

Beurteilung der Wirtschaftlichkeit

Chronisch Kranke im Regen stehen gelassen?

ZÜRICH – „Bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung arbeitet Santésuisse mit steinzeitlichen Statistikmethoden und falschen Zahlen“, wirft Consano-Präsident Dr. Cyrill Jeger, Olten, dem Dachverband der Krankenkassen vor. Und das hat gravierende Folgen für chronisch kranke Patienten.

Die Situation hat sich nicht verbessert. Vor einem Jahr forderte der Verein Consano die Santésuisse auf, bei ihren Wirtschaftlichkeitsprüfungen einen fairen Massstab anzulegen. (Medical Tribune berichtete darüber.) Ein Jahr später stehen die Grundversorger noch immer im Spannungsfeld zwischen den steigenden Ansprüchen der Patienten, den eigenen Ansprüchen an die Behandlungsqualität, dem Spardruck der Versicherer und der Notwendigkeit, als Kleinunternehmer erfolgreich zu sein.

„Alle vier Ansprüche sind berechtigt, aber die Kräftebalance ist gestört, weil sich die Strukturen und Verhältnisse geändert haben“, erklärte Dr. Jeger kürzlich anlässlich eines *Media-Forums* des Instituts für Angewandte Medienwissenschaft. Nicht zuletzt wegen fehlenden Engagements der Berufsverbände habe sich Santésuisse – unkontrolliert durch das Bundesamt für Gesundheit – vermehrt hoheitliche Rechte angeeignet und sei zu einer Monopolmacht herangewachsen, die quer zur Rechtsstruktur der Gesellschaft stehe.

„Stossend ist vor allem, dass der Branchenverband der Krankenversicherer bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungserbringer mit falschen Zahlen arbeitet“, sagte Dr. Jeger. Falsch deshalb, weil er den Mittelwert der verursachten Kosten als Massstab

für die so genannte Überarztung aufgrund der eigenen Rechnerstatistik errechnet und dabei die Morbidität des jeweiligen Patientenguts ignoriert. „Das sind steinzeitliche Statistikmethoden, fern von jeglichem wissenschaftlichem Ansatz.“ Die Rechnerstatistik der Santésuisse wird auch kritisiert, weil zahlreiche Versicherte mit hohem Selbstbehalt häufig gleich aus eigener Tasche zahlen und in der Statistik der Santésuisse gar nicht auftauchen. Deshalb seien auch die Zahlen der Trust-Center mitzubetrachten.



Dr. Cyrill Jeger

Zwar wendet Santésuisse für ihre Statistik seit 2004 die so genannte ANOVA-Methode an, bei der Alter und Geschlecht sowie die kantonalen Kostenunterschiede in die Berechnung der Mittelwertüberschreitung einbezogen werden. Doch der Faktor Morbidität bleibt weiter aussen vor.

Unerträglich und gesetzeswidrig findet Dr. Jeger überdies, dass rein wirtschaftliche Kriterien verwendet werden, um die Angemessenheit

ärztlicher Leistungen zu beurteilen, schreibt doch Artikel 32 des KVG vor, dass neben der Wirtschaftlichkeit auch die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit anzustreben sind.

Chroniker vermehrt abgeschoben?

Die Folgen dieser Konstellation? „Man achtet vermehrt darauf, innerhalb des vorgegebenen Rasters unauffällig zu bleiben“, hat Dr. Jeger bei Kollegen beobachtet. Um sich Wirtschaftlichkeitsverfahren zu ersparen, seien viele Leistungserbringer gezwungen, jene 10 % der Patienten, die bekanntlich 60 % der Kosten verursachen, an Spezialisten oder Ambulatorien zu überweisen. Damit haben sie auch gleich noch das Verschreiben von Rezepten vermieden, die zu Rückforderungen wegen zu hoher veranlasster Medikamentenkosten führen könnten. So würden chronisch Kranke aus reinen Kostengründen immer unbeliebter. Ein Qualitätszerfall ihrer Behandlung sei unausweichlich. Für das Gesundheitssystem aber laufe dieses Vermeidungsverhalten auf eine blosse Kostenverschiebung, ja sogar auf eine Kostenvervielfachung hinaus.

Es braucht valide Messinstrumente!

„Die Wirtschaftlichkeitsbeurteilung der Santésuisse muss auf abgesicherten Messinstrumenten beruhen, damit teure, aber zweckmässige Leistungen nicht als Überarztung eingestuft werden!“, forderte Dr. Jeger. Auch der Risikoausgleich der Kassen untereinander, bei dem jährlich 1,1 Milliarden Franken umverteilt werden, sei zu verfeinern, indem die Morbidität mit erfasst wird.



Beim Risikoausgleich zumindest zeigt sich ein kleiner Silberstreifen am Horizont. Wenn es nach dem Ständerat geht, soll durch Einbezug des Faktors „Spitalaufenthalt im Vorjahr“ die Morbidität künftig mitgewichtet werden – neben Alter, Geschlecht und regionalen Unterschieden. So hat es die kleine Kammer in der Frühlingssession für die KVG-Revision zuhanden des Nationalrats gutgeheissen.

Ob sich damit die Jagd der Krankenkassen nach jungen, gesunden

Risiken bremsen und das Abwimmeln von Kranken durch Vertrödeln von Anträgen, durch Vorbehalte bei den privaten Zusatzversicherungen, durch Verzögern von Rückerstattungen an teure Versicherte oder durch eigene Billigkassen vermeiden lässt? „Jedenfalls müsste nun wenigstens das Kriterium Morbidität auch in die Wirtschaftlichkeitsbeurteilung der Leistungserbringer durch die Santésuisse Eingang finden“, so die Meinung von Dr. Jeger.

Christine Kaiser

Warum gegen Morbidität im Risikoausgleich?

Der Ruf nach dem Einbezug der Morbidität in den Risikoausgleich der Krankenkassen ist nicht neu, hat aber bisher nichts bewirken können. Vertreter der SP und der Grünen vermuten seit längerem, dass Bundesrat **Pascal Couchepin** in seiner Gesundheitspolitik von der Krankenkasse Groupe Mutuel beeinflusst ist, was dieser bestreitet. Der Gesundheitsminister war jedoch früher Verwaltungsrat der Versicherungsgesellschaft und ist angeblich mit deren Chef **Pierre-Marcel Revaz** befreundet. Dieser begründete im vergangenen Oktober in der *NZZ* die Einwände seiner Gruppierung gegen den Einbezug von Gesundheitskriterien unter anderem wie folgt:

- ▶ Der Einbezug der Morbidität in den Risikoausgleich würde zur Kompensation von Gesundheitskosten führen und das Fundament des heutigen Krankenversicherungssystems untergraben.
- ▶ Die Bildung einer einzigen, grossen Risikogemeinschaft über alle Versicherer hinweg würde die einzelne Kasse der Verantwortung für ihre Geschäftsführung entheben und die Gesundheitskosten explodieren lassen.
- ▶ Faktisch würden die Versicherer ein Kartell bilden, was gleichbedeutend wäre mit dem Ende des Wettbewerbs und einer Vorstufe der Einheitskasse gleichkäme.
- ▶ Der Einbezug der Morbidität in den Risikoausgleich hätte drastische Auswirkungen auf die Anstrengungen der Versicherer, die Gesundheitskosten zu begrenzen, denn es würden falsche Anreize geschaffen.
- ▶ Das Kriterium „Spitalaufenthalte“ widerspricht der gegenwärtigen Entwicklung der Medizin und allen Wirtschaftlichkeitsüberlegungen, teure stationäre durch ambulante Behandlungen zu ersetzen. Da die Versicherer sich diese Kosten kompensieren lassen könnten, gewännen Spitalbehandlungen an Attraktivität – mit entsprechenden kostentreibenden Folgen.
- ▶ Die Umverteilung von Geldern unter den Krankenversicherern hat keinen Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitskosten.

Plädoyer für einen Einbezug

„Die teuersten 10 % der Fälle verursachen 60 % der Gesamtkosten. Das teuerste Prozent sogar 25 %“, erklärte unlängst der Versicherungsmathematiker **Dr. oec. publ. Konstantin Beck** von der CSS in einem Gespräch mit *NZZ Folio*. Diese schiefe Verteilung der Wahrscheinlichkeiten mache die Krankenversicherung zum hochriskanten Geschäft. Richtig ins Geld gehe nicht der Durchschnitt der Versicherten, sondern der statistische Ausreisser. Ein während sieben Jahren auf der Intensivstation künstlich beatmeter Patient habe jährlich 100 000 Franken gekostet.

„Beruht die Prognose allein auf Alter und Geschlecht, werden die 20 % der teuersten Fälle um 60 % unterschätzt“, betonte der Mathematiker. Die teuersten Krankheitsfälle fänden sich ausgerechnet bei der vermeintlich günstigsten Klientel, unter jungen Männern. Denn chronisch Kranke würden nicht so alt.

Nach Erkenntnis des Experten erlauben die Daten der letzten drei Jahre eine Prognose mit einer Treffergenauigkeit von 66 %.

Christine Kaiser

Droht Qualitätszerfall und Abschiebung?

Fortsetzung von Seite 9

und die Wirtschaftlichkeit braucht es Indikatoren, die von einer paritätisch besetzten Kommission unter Einbezug der Fachgesellschaften festgelegt werden müssen“, betonte Prof. Leu.

Zu den unabdinglichen Rahmenbedingungen, die Prof. Leu als Voraussetzung für einen derartigen regulierten Wettbewerb nannte, gehören Bedingungen, wie sie teils heute schon bestehen: ein Leistungspaket, das Versicherungsobligatorium, die Freiheit der Kassenwahl und der Aufnahmezwang in die Grundversicherung, pauschale Prämien und einkommensabhängige Prämienbeiträge. Zusätzlich ist der Risikostrukturausgleich zu verbessern, um die chronischen Patienten besser abzusichern. In den Risikoausgleich gehören Morbiditätsindikatoren wie chronische Erkrankungen, was den Anreiz der Kassen, Chroniker zu versichern, verändern und der Dis-

kriminierung Einhalt gebieten würde. Prof. Leu: „Es muss sich lohnen, Chroniker zu versichern.“

Zusätzlich sind die wählbaren Kostenbeteiligungen nach oben zu begrenzen, um der Entsolidarisierung vorzubeugen. Ein Mindestversorgungsstandard ist festzulegen, was die heutige Spitalplanung überflüssig macht. Auch ist sicherzustellen, dass das Kartellgesetz gegen einen eventuellen Missbrauch der Marktmacht angewendet werden kann. Es braucht eine monistische Finanzierung, Leistungsanbieter und -einkäufer müssten Entscheidungskompetenzen haben. Die Kantone als Aufsichtsorgane wachen über die flächendeckende Versorgung.

Gern möglichst viele Ärzte unter Vertrag

Welche Auswirkungen sind zu erwarten? „Strukturbereinigung im

Spitalbereich, mehr Spezialisierung und ein verstärktes Qualitätsmanagement; Netzwerkbildung im ambulanten Bereich; mehr Optionen im Versicherungsbereich“, zählte Prof. Leu auf. Er geht davon aus, dass die Krankenversicherer gern möglichst viele Ärzte unter Vertrag nehmen werden, weil sie nur so für die Versicherten attraktiv sein können, was ein Blick in die USA bestätige, wo schon immer Vertragsfreiheit geherrscht hat.

„Und um die in den Rahmenbedingungen festgelegte Mindestversorgung sicherzustellen, werden die Kassen auch an Landärzten interessiert sein“, führte der Volkswirtschaftler aus, was dazu führen werde, dass die Ärzte in der Peripherie besser honoriert würden. Handkehrum wäre die heute angeprangerte Überarztung nicht mehr möglich.

Christine Kaiser