

Tauschen im Dreieck

Alle Parteien sollen das Risiko teilen. Hier sind sich die Gesundheitsökonominnen einig. Man sucht nach neuen Vertragsformen, die zu einer bewussteren Kooperation führen.

Stefan Felder

Beim Bäcker ist es vergleichsweise einfach. Die Kundin nimmt und zahlt das Brot, und der Tausch ist damit abgeschlossen. In einem modernen Gesundheitssystem laufen die Kauf- und Verkaufsvorgänge dagegen übers Eck. Wie beim Bäcker zahlt die Patientin zwar die bezogene Leistung beim Produzenten – in diesem Fall dem Arzt –, erhält jedoch ihre Auslagen vom Krankenversicherer zurückerstattet. Dieser verkauft ihr gegen eine monatliche Prämienzahlung den Versicherungsschutz und regelt mit den Leistungserbringern die Vergütung.

Damit steht im Tausch-Dreieck jeder zwei jeweils unterschiedlichen Vertragspartnern gegenüber. Erschwerend kommt hinzu, dass die Vertragsparteien nicht einsehen können, was die jeweils anderen unternehmen, damit Erkrankungen vermieden werden und deren Behandlungskosten begrenzt bleiben. Die Patientin wie auch der Krankenversicherer sind zudem nicht in der Lage, genau abzuschätzen, ob die erbrachten Leistungen in jedem Fall indiziert sind. Der Versicherer ist in einer besonders schlechten Position, weil Patienten und Leistungserbringer einen Anreiz haben, zu seinen Lasten möglichst viele Leistungen abzurechnen – jedenfalls dann, wenn der Vertrag eine volle Deckung vorsieht.

Vergütungen werden pauschalisiert

Als ob dies der Herausforderungen nicht schon genug wären, ist bei den Verträgen noch zu berücksichtigen, dass Aufwand und Erfolg einer medizinischen Leistungserbringung unsicher sind. Bei dem einen Patienten schlägt die Behandlung an, bei einem anderen nicht. In einem Fall gestaltet sich die Behandlung aufwendig, in einem andern nicht. Aufgrund dieser Unsicherheiten haben auch die Leistungserbringer ein starkes Interesse daran, dass ihre Vergütung in Teilen den Charakter einer Versicherung hat.

Unter Gesundheitsökonominnen ist man sich darin einig, dass alle Parteien einen Teil des Risikos tragen sollten. Vollversicherung für die Patientin ist genauso wenig geboten wie eine Vollabsicherung des Arztes. Für Patienten ist

dies realisiert, wenn auch deren proportionale und absolute Kostenbeteiligung (Franchise) an der medizinischen Versorgung noch besser ausgestaltet werden könnte. Und die Versicherten haben die Möglichkeit, sich in spezielle Verträge einzuschreiben, die sie in der freien Arztwahl einschränken. Alle diese Verträge binden die Versicherten im Krankheitsfall; entweder ist es der zu zahlende Preis, der ihre Nachfrage nach medizinischen Leistungen begrenzt, oder die eingeschränkte Auswahl der Leistungserbringer.

Bei der Vergütung sind die Ärzte im niedergelassenen Bereich heute weitestgehend abgesichert. Der Versicherer darf keine Auswahl unter ihnen treffen; es herrscht der sogenannte Kontrahierungszwang. Die Versicherer können die Vergütung von ärztlichen Leistungen nur verweigern, wenn deren Erbringung nicht indiziert war, wobei die Beweislast auf ihrer Seite liegt. Zudem können Leistungen einzeln

Man könnte im hausärztlichen Bereich mit einer fixen Vergütung pro Versichertem arbeiten.

abgerechnet werden. Ärzte tragen kein Risiko von hohen Aufwänden, die sie nicht vergütet erhalten. Damit ist der Spielraum für die Ärzte gross und die Zurückhaltung bei der Leistungserbringung klein, zumal die Selbstbeteiligung der Patienten niedrig ist.

In der Schweiz ist man gerade dabei, den Umfang der Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung einzuschränken und diese teilweise zu pauschalisieren. Der vorgeschlagene neue Tarif bündelt gewisse Leistungen, die nur noch als eine Position abgerechnet werden können. Für den chirurgischen Bereich überlegt man, zum Beispiel bei der Operation des grauen Stars, neu Behandlungen pauschal zu vergüten. Dort ist die Behandlung jeweils hinreichend einheitlich, sodass Spritzen, Tupfer, ärztliche Zeit sowie die Nutzung der Apparate und Räume nicht einzeln abgerechnet werden sollten.



Check-up mit Prof. Biedermann

Geschlechtsunterschied

Es ist augenfällig, dass Patientinnen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit den verfügbaren blutdrucksenkenden Medikamenten weniger gut behandelt sind als Männer. Dies liegt daran, dass früher – wegen der Angst vor fruchtschädigenden Wirkungen – Frauen im gebärfähigen Alter von klinischen Studien zur Prüfung der Medikamentenwirksamkeit ausgeschlossen wurden.

Aber man könnte die Reform vertiefen und etwa im hausärztlichen Bereich mit einer fixen Vergütung pro eingeschriebenem Versicherten arbeiten. Damit würden die finanziellen Anreize von den Füssen auf den Kopf gestellt. Die Ärzte verdienen viel, wenn sie wenig machen – gerade umgekehrt, als es heute der Fall ist.

Zuschläge für Langlieger

Im akutstationären Bereich hat die Schweiz im Jahr 2012 die Vergütung von tagesgleichen Pflegesätzen auf diagnosebezogene Fallpauschalen umgestellt. Verdiente ein Spital früher mehr, wenn es einen Patienten länger behandelte, kehrte sich dies mit der Einführung der Fallpauschalen um. Je früher die Entlassung, umso höher der Gewinn des Spitals.

Dies hat dazu geführt, dass die Spitäler ihre Behandlungsabläufe heute besser strukturieren. Die pauschalisierte Vergütung überträgt ausserdem das Risiko hoher Behandlungskosten grundsätzlich an das Spital. Allerdings wird dieses Risiko insofern abgeschwächt, als die Fallpauschalen nicht nur diagnosebezogen sind, sondern auch Prozeduren und deren Kosten berücksichtigen, die erst nach der Diagnosestellung auftreten. Auch für Langlieger gibt es Zuschläge, die das Kostenrisiko zwischen dem Spital und dem Versicherer aufteilen.

Im Spitalbereich bahnt sich eine Entwicklung an, die bei der Vergütung zusätzlich das Ergebnis der Behandlung berücksichtigt. Sie läuft unter den Schlagwörtern «Value-based Health Care» und «Pay for Performance» (P4P). So verlangt die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich seit 2019 von den Listenspitälern eine Messung der Indikations- und Ergebnisqualität bei Patienten mit Hüft- und Knieprothesenoperationen (zirka 6500 Operationen pro Jahr). Die Spitäler erhalten einmal jährlich eine Auswertung ihrer Daten, mit der sie sich mit dem Durchschnitt der anderen vergleichen können. Die Qualitätskontrolle geschieht durch ein Board, das unabhängig von der Gesundheitsdirektion arbeitet.

Untersuchungen aus den USA haben gezeigt, dass die gegenseitige Information von Chirurgen über die Qualität ihrer Operationen deren Ergebnis stark verbessern können. Das Wissen darum, dass man mit dem Ergebnis seiner Arbeit auf einer Rangliste erscheint, spornt diese zu besseren Leistungen an.

In einem Pilotprojekt entwickeln gegenwärtig der Versicherer Groupe Mutuel, das Universitätsspital Basel und das Hôpital de La Tour in Meyrin im Kanton Genf ein neues Tarifsysteem im Bereich der Hüftgelenkprothesen. Nebst der Information darüber, wie die Spitäler im Vergleich abschneiden, sollen hier auch monetäre Anreize zum Tragen kommen. Grundlage für Ab- und Zuschläge auf die Fallpauschale sind Wiedereintritts- und Revisionsraten sowie die Veränderung des subjektiven Gesundheitszustandes, die beim Patienten während des Spitalaufenthalts und danach erhoben wird.

Solche neuen Formen der Zusammenarbeit zwischen Versicherern und Spitalern sind wichtig, denn die Vergütung sollte die Qualität der Leistung abbilden. In dieser Hinsicht tut

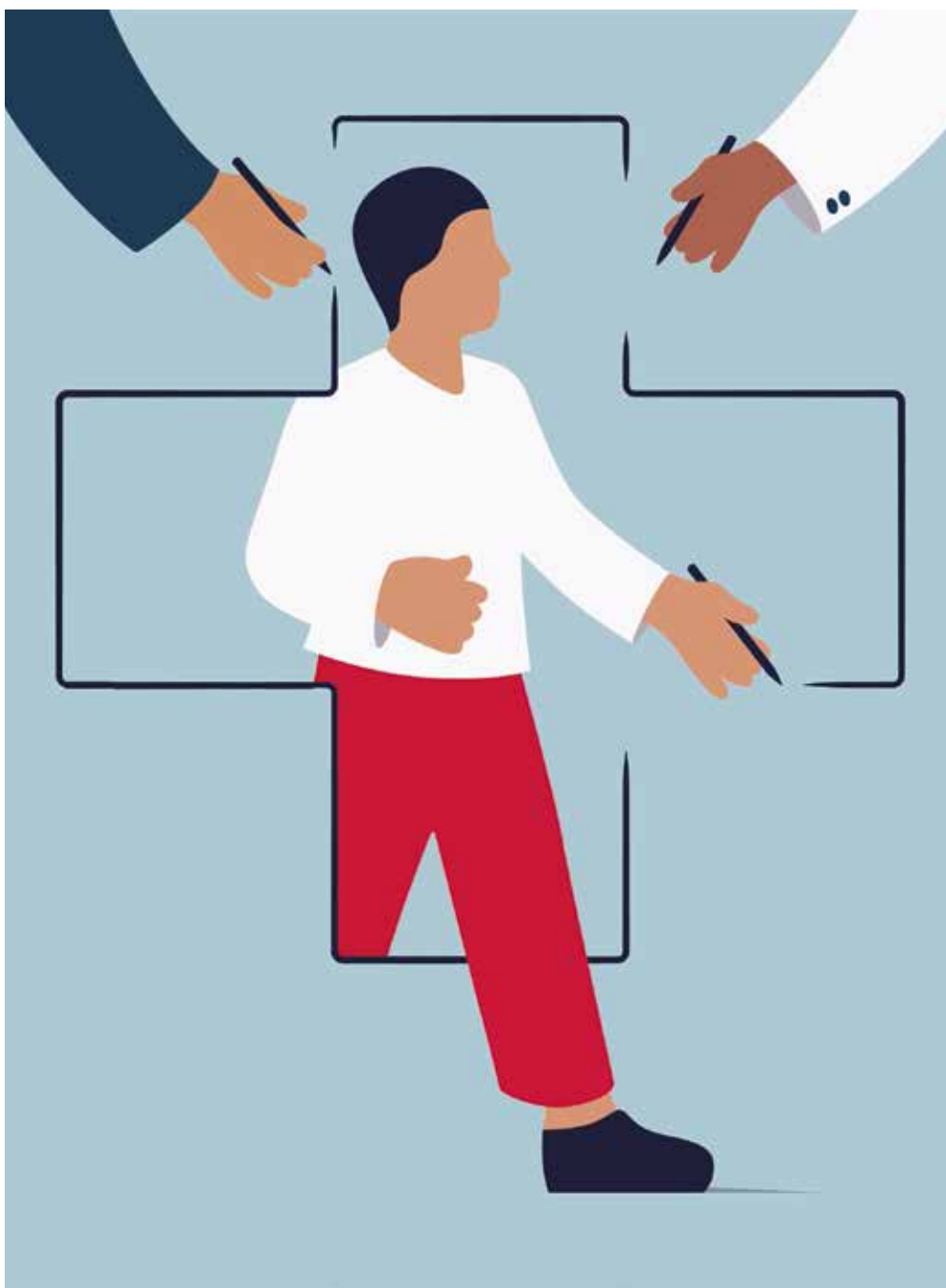
sich das Schweizer Gesundheitssystem bisher schwer. Das Krankenversicherungsgesetz verlangt zwar, dass medizinische Leistungen zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich sind. Qualität wird jedoch nicht als ein graduelles Ergebnis einer Leistungserbringung verstanden, sondern lediglich vorausgesetzt. Die eidgenössische Qualitätskommission legt Massstäbe fest, die *top-down* umzusetzen sind.

Ausweg für Versicherer

Solche Initiativen scheitern in der Regel – wenn nicht an der schieren Datenmenge, dann am Widerstand und am Ausweichverhalten der betroffenen Leistungserbringer. Damit es funktioniert, muss P4P von unten aufwachsen, wo sich einzelne Leistungserbringer und Ver-

sicherer in Verträgen finden. Dem steht zwar grundsätzlich der Zwang für die Versicherer entgegen, mit jedem Leistungserbringer unter den landesweit geltenden Manteltarifen zu kontrahieren. Aber es gibt einen Ausweg: Wenn sich der Dritte im Tausch-Dreieck, der Versicherte, einem Selektivvertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherer anschliesst, sind Letztere frei, die Vergütung im Einzelnen zu regeln. Es kommt also letztlich auf die Krankenversicherer an, sich im Wettbewerb mit innovativen Vertragsformen wie P4P durchzusetzen.

Stefan Felder ist Ordinarius für Gesundheitsökonomie und Inhaber der Stiftungsprofessur Health Economics an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Basel.



Besonders schlechte Position: Leistungserbringer und Versicherer müssen sich in Verträgen finden.



Check-up mit Prof. Biedermann

Mann mit häufigen Erkältungen

Herr G., knapp 20-jährig, stört sich daran, dass er so häufig erkältet ist. Er raucht, aber das tun auch seine Kollegen, die keine Atemwegsinfekte erleiden. Das klinische Befundmuster weist bei diesem jungen Mann auf einen sogenannten Alpha-1-Antitrypsin-Mangel hin, einen genetischen Defekt eines wichtigen Schutzmechanismus der Lunge. Der Patient nimmt die anschliessend erfolgte Diagnose aufmerksam zur Kenntnis – und hört auf zu rauchen. Seither hat er keine Atemwegsinfekte mehr. Auch die Covid-19-Pandemie hat er unbeschadet überstanden.