

# Der demografische Wandel als Herausforderung für die Krankenkassen

**Eine der Hauptaufgaben der Krankenversicherer besteht darin, ihren Kunden den Zugang zu einer optimalen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, und das zu bezahlbaren Prämien. Die Krankenversicherer sind für ein gut funktionierendes Gesundheitswesen mitverantwortlich, wobei es letztlich darum geht, die Kosten in den Griff zu bekommen.**

**Reto Neuhaus**

**D**as steigende Durchschnittsalter der Schweizer Bevölkerung stellt für alle Sozialwerke eine Herausforderung dar und ist damit auch ein zentrales Thema für die Krankenkassen. Neben der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung hält das Krankenversicherungsgesetz (KVG)<sup>1</sup> für Leistungserbringer und Krankenversicherer fest, dass die Leistungen den WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit)<sup>2</sup> entsprechen müssen. Weiter sind die Krankenversicherer unter anderem dazu angehalten, die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass<sup>3</sup> zu beschränken.

## **Betagte Patienten als gleichberechtigte Kunden**

Das Gesetz geht somit davon aus, dass allen Personen mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine optimale Gesundheitsversorgung zu tragbaren Preisen zusteht. Die gesetzliche Vorgabe zum ökonomischen Umgang mit den finanziellen Ressourcen entspricht einem «ökonomischen Diktat». Denn bei den steigenden Gesundheitskosten und knappen Finanzmitteln rückt sofort die Frage des Nutzens und somit der Rationalisierung der Leistungen in den Vordergrund. Zwar wird noch von Solidarität unter den Generationen gesprochen, doch beim Thema Kosten-Nutzen respektive Rationalisierung von Gesundheitsleistungen richtet sich die Aufmerksamkeit heute zuerst auf die betagte Bevölkerung [1].

Anstelle der ethisch fragwürdigen Diskussion über die Notwendigkeit von Behandlungen bei betagten Patienten sollten Leistungserbringer und Krankenversicherer darüber nachdenken, wie sie ihrer gesetzlichen Verpflichtung bei dieser Patientengruppe nachkommen können ohne Einschränkung von notwendigen Behandlungen. Aus Sicht der Krankenversicherer müssten betagte Patienten Kunden sein, die eine Gleichstellung und Gleichbehandlung gegenüber jüngeren Kunden erwarten können. Doch der heutige Risikoausgleich belohnt die Selektion von guten (gesunden) Risiken anstelle der Förderung eines optimalen Kostenmanagements. Ein Lösungsansatz könnte darin bestehen, betagte Patienten mittels neuen (integrierten) Versorgungsmodellen gezielt zu behandeln.



Reto Neuhaus

Es ist nicht Sache der Krankenversicherer, über die Art der Behandlung bei betagten Patienten zu bestimmen. Sie können höchstens mittels Gestaltung ihrer Versicherungsangebote einwirken und über Tarifverhandlungen Einfluss auf die Kostenentwicklung nehmen. Heute existieren zahlreiche Angebote<sup>4</sup> auf dem Markt, aber nur für gesunde Risikogruppen. Bei den heutigen Versicherungsprodukten handelt es sich vorwiegend um reine Prämiensparmodelle, die vielfach zur Risikoselektion eingesetzt werden. Was fehlt, ist ein Modell oder ein spezifisches Versicherungsprodukt für betagte Patienten.

## **Gesundheitsrisiken frühzeitig erfassen**

In integrierten Versorgungsmodellen kann der Patient mit altersspezifi-

1 SR 832.10 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung KVG

2 SR 832.10 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung KVG; Artikel 32

3 SR 832.10 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung KVG; Artikel 22

4 Hausarzt- und HMO-(Health Maintenance Organization-) Modelle

schen Interventionen und Leistungen (Behandlungsketten) gesteuert und medizinisch versorgt werden. Hier tritt der Krankenversicherer als Begleiter auf, und diese Rolle beginnt schon bei der Erkennung eines potenziellen Hochkostenfalles. Um diese Begleitung effektiv und effizient wahrzunehmen, fehlt es dem Versicherer aber weitgehend an Datenmaterial. Dabei liesse sich aus der Leistungshistorie eines Kunden (Summe der bezogenen respektive abgerechneten Leistungen) ein Bild über mögliche Gesundheitsrisiken erstellen. Der Kunde könnte dabei rechtzeitig und vor Eintritt des befürchteten Gesundheitsrisikos in eine adäquate Behandlung integriert werden. Dazu wären die Vertrauensärzte der Versicherer und eine zu schaffende Instanz auf kantonaler Ebene (zum Beispiel Kantonsarzt) nötig, welche die medizinische Versorgung von betagten Patienten koordiniert und steuert.

Speziell entwickelte IT-Lösungen könnten hier einen nicht zu unterschätzenden Beitrag leisten. Wenn es dem Krankenversicherer gelingt, über den bereits involvierten Leistungserbringer einen geeigneten Behandlungspfad festzulegen, könnten neben einer adäquaten Behandlung längerfristig auch Kosten eingespart werden. Doch setzt eine solche «präventive» Altersmedizin auch immer die Einwilligung der Patienten und Kunden voraus. Besonders für betagte Menschen steht heute in der Regel keine Behandlungskette zur Verfügung, die auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmt ist.

### Die Rolle der Übergangspflege

Gerade in der Akutgeriatrie fehlt aus Sicht der Krankenversicherer ein solches Angebot weitgehend. Die Versicherer stehen vor dem Problem, dass die Schnittstelle zwischen Akutmedizin und Akutgeriatrie nicht eindeutig ist. Aus Kostenüberlegungen beschränkt sich die Diskussion zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern meist auf die Frage der Akutspitalbedürftigkeit mit dem Ziel, den Patienten der Langzeitpflege zuzuführen. Das The-

ma Akutgeriatrie wird politisch wie auch von Versicherern und Leistungserbringern zu wenig thematisiert. Das zeigt sich bei den Tarifverhandlungen mit den Spitälern, wo diese Patientengruppe kaum einbezogen ist, da keine Behandlungsketten mit entsprechenden Tarifpositionen vereinbart werden und die Tarife in erster Linie den akuten Spitalfall regeln.

Aussicht auf Erfolg besteht, wenn die Diskussion über ganzheitliche Behandlungspfade zu Ende geführt wird. Im Kanton Bern beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe aus Kantonsvertretern, Leistungserbringern und Krankenversicherern mit dem Thema «Vernetzte Nachsorge; Akut – Geriatrie – Rehabilitation – Spitem» und sucht nach Lösungsmodellen. Ein Ansatz könnte das Pilotprojekt für die Übergangspflege<sup>5</sup> im Kanton Bern sein. Mit dieser kann unter anderem Geriatriepatienten eine bessere Betreuung angeboten werden. Im Zentrum steht hier die Phase zwischen Akutspitalbedürftigkeit und Rehabilitation respektive dem Austritt nach Hause, wenn die Geriatriepatienten nicht mehr akutspitalbedürftig sind, aber ihre Konstitution den nächsten Schritt noch nicht erlaubt. In solchen Fällen lassen sich mit der Übergangspflege oder «Post-Akutpflege» unnötige oder lange Aufenthalte in Rehabilitationskliniken vermeiden. Als weiterer positiver Effekt können Diskussionen über die Schnittstelle Akut-/Langzeitpflege verringert werden.

### Finanzierungsmodelle

Die Familienbetreuung ist in Modellen der vernetzten Nachsorge oder integrierten Versorgung wichtig, denn betagte Patienten fühlen sich in ihrer gewohnten Umgebung am wohlsten. Die Krankenversicherer sollten deshalb vermehrt personelle Ressourcen für die Betreuung und Umsetzung von Managed-Care-Programmen einsetzen, mit dem Fokus auf eine altersgerechte medizinische Versorgung und nicht auf eine Risikoselektion. Die Eigenverantwortung jedes einzelnen Patienten ist dabei wesentlich und muss von den Versicherern mit Anreizen gefördert

werden. Unter der heutigen Gesetzgebung kann ein Patient nicht gezwungen werden, sich speziellen Behandlungsprogrammen zu unterziehen. Im Gegensatz zum Unfallversicherungsgesetz UVG<sup>6</sup> ist im KVG die Mitwirkungspflicht nicht festgelegt, und für den Patienten besteht keine Verpflichtung.

Die Kosten für Geriatriepatienten in integrierten Versorgungsmodellen könnten über einen diagnosebezogenen Schadenpool<sup>7</sup> analog dem Elementarschadenpool finanziert werden. Dieser müsste den jetzigen Risikoausgleich, der zu Marktverzerrungen und Entsolidarisierung führt, ablösen. Die Kosten für die reine Alterspflege, die heute nur teilweise finanziert sind, könnten über eine für alle Erwachsenen obligatorische Pflegeversicherung vorfinanziert werden.

Der Leistungskatalog wäre so zu gestalten, dass ein Grundangebot an Pflichtleistungen besteht, auf das jeder Versicherte Anspruch hat. Darüber hinaus müssten die Krankenversicherer mit den Leistungserbringern integrierte, geriatriegerechte Versorgungsmodelle entwickeln.

### Geriatrisches Assessment und politische Massnahmen

Ein weiterer Ansatz zur Unterstützung integrierter Versorgungsmodelle ist ein multidimensionales geriatrisches Assessment [2] bei Eintritt in die Modelle (obligatorisch ab einem bestimmten Alter). Bei einem solchen Assessment wird ein standardisierter Satz von Informationen aus den fünf Gesundheitsdimensionen (somatisch, psychisch, sozial, funktionell und ökonomisch) erhoben. Auf diese Weise lässt sich frühzeitig der richtige Behandlungspfad erkennen, und entsprechende Massnahmen können eingeleitet werden. Auf politischer Ebene hat der Bundesrat den Auftrag<sup>8</sup> erhalten, die rechtlichen Grundlagen für eine «Prävention zur Förderung der Ge-

5 [www.be.ch/uebergangspflege](http://www.be.ch/uebergangspflege)

6 SR 832.20 Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung UVG

7 Prof. Dr. Roland Schaer, Vortrag vor der volkswirtschaftlichen Gesellschaft Bern vom 6. Februar 2006

8 Motion 05.3436 NR Bea Heim vom 17. Juni 2005

sundheit und der Autonomie im Alter» zu schaffen. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) hat am 25. April 2006 die Motion zur Annahme beantragt. Den Erwägungen der Kommission kann aus Sicht der Krankenversicherer nur zugestimmt werden. Mit einer griffigen Präventionsstrategie, eventuell mit Elementen der oben erwähnten integrierten Versorgungsmodelle, können das Pflegerisiko vermindert oder zumindest hinausgezögert und auf längere Sicht auch die Gesundheits-

und Pflegekosten reduziert werden. Dies muss im Interesse derjenigen sein, die das schweizerische Gesundheitswesen mittragen und früher oder später selber betroffen sind – also von uns allen. ■

**Autor:**  
**Reto Neuhaus**

Leiter Tarife / Verträge und  
Absolvent Nachdiplomstudium  
Sozialversicherungsmanagement  
an der  
Hochschule für Wirtschaft Luzern

Genossenschaft KPT/CPT  
Krankenkasse  
Tellstrasse 18  
3000 Bern 22  
E-Mail: neuhaus.reto@kpt.ch

**Literaturliste:**

1. Grob D: Das Gespenst der Altersrationierung. VSAO Journal Sept. 2004; 9, 45-47.
2. Grob D: Geriatrie: Siebzig Jahre geriatri-sches Assessment – wo stehen wir heute? Schweiz. Med. Forum 2005; 5, 1280-1282.