

Wem gehört das Gesundheitswesen ?

Michel Romanens
Franz Ackermann
Bernhard Hofmeier

Taskforce on
Appropriate Physician Profiling
Version vom 22. November 2009



Educational Slide Kit



Disclaimer

Die vom wissenschaftlichen Verein Physician Profiling im Folgenden zusammengestellten Informationen bilden Teil unserer Öffentlichkeitsarbeit, damit sich Interessierte mit relativ wenig Aufwand ein Bild machen können, wie in der Gesundheitspolitik mit Desinformationen ein verzerrtes Bild der Tatsachen wiedergegeben wird.



Hintergrund

Das Schweizerische Gesundheitswesen ist ein starker Wirtschaftsfaktor, dessen Mehrwert für die Gesellschaft kaum überschätzt werden kann.

Krankenkassen und private Spitalketten versuchen, das Gesundheitswesen durch Privatisierung radikal umzubauen, um den vom Personal des Gesundheitswesens generierten Mehrwert abzuschöpfen.

Ziel ist die Dreiklassenmedizin



Key Note

Das Gesundheitswesen gehört den Schweizern

Die geplante Privatisierung des Gesundheitswesens durch die Krankenkassen-Lobby und die Privatspitäler führt direkt in die Dreiklassen-Medizin



Kuriose Aussagen

„Man sollte Bagatell-Probleme aus der Grundversicherung herausnehmen, damit erfüllt die Versicherung ihren ursprünglichen Zweck, nämlich die Versicherung von schweren und damit teuren Fällen. So könnten auch gleich die Hausärzte eingespart werden. „

Freies Zitat nach Felix Schneuwly, Leiter Abteilung Politik und Kommunikation, santésuisse, am SÄZ-Podiumsgespräch in Basel: «Kunden oder Patienten? Medizin zwischen Dienstleistung und Fürsorge» am Mittwoch, 18. November 2009, Hotel Hilton, Basel



Glossar 1

RSA:

Risikostrukturausgleich. Mildert Kostenrisiken ab, indem Krankenkassen mit vielen teuren Patienten aus einem Pool Geld erhalten. Je besser der RSA funktioniert, desto weniger macht die Jagd nach guten Risiken und das Abstoßen von schlechten Risiken einen Sinn. Der demographische RSA (Alter und Geschlecht) sollte künftig durch den morbiditäts-basierten RSA ersetzt werden (Hospitalisation im Vorjahr, Informationen aus PCG ecc)



Glossar 2

ATC-Codes:

Codierung von Medikamenten, internationaler Code. Santésuisse verfügt über die Information, welche Medikamente verordnet wurden und kann daraus nach Gutdünken Behandlungskosten aufgrund des Casemix ableiten, indem Sie – auf bisher nicht öffentlich bekannte Art – Medikamentenkosten in die Wirtschaftlichkeitsbeurteilungen einfließen lässt.



Glossar 3

PCG:

Pharmaceutical Cost Groups sind Variablen zur Verbesserung des Risikoausgleichs. Verschiedene Medikamente (z.B. Insulin) weisen auf die Diagnose hin (Diabetes). Gegenüber DRG (diagnosis related cost groups) sind PCG besser, weil damit kaum geschummelt werden kann. PCG in der Schweiz sind noch experimentell und Gegenstand weiterer Forschung. PCG könnten künftig für verbesserte Wirtschaftlichkeitsverfahren eingesetzt werden.



Glossar 4

Confounders:

Untersucht man in der Epidemiologie den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Lungenkrebs, verursacht der hohe Alkoholkonsum statistisch betrachtet Lungenkrebs. Warum ? Weil man die Confounder-Variable Nikotinkonsum nicht in die Statistik einbezogen hat! Denn viele Trinker sind auch Raucher. Der Nikotinkonsum ist der krank machende Confounder, der Alkoholkonsum der Indikator für Lungenkrebs.

So sollte in der statistischen Betrachtung der santésuisse der Hausarzt der Indikator für hohe Kosten, der Confounder aber die Krankheit des Patienten sein, denn die Krankheit erklärt über 80% der Kosten. Damit wäre die richtige Perspektive hergestellt. Denn der Arzt betreibt Verarztung, nicht Überarztung, wie die santésuisse meint. Die statistische Methode der santésuisse ist somit inkl. ANOVA-Methode grundsätzlich falsch, da der wichtigste Confounder für Kosten, die Krankheit des Patienten, nicht in der ANOVA-Statistik berücksichtigt wird.



Glossar 5a

Risikoausgleich oder Risikostrukturausgleich:

Der Preis für medizinische Leistungen kann direkt abgegolten werden (z.B.: Tarmed). Hier ist ein Risikoausgleich nicht notwendig.

Will man hingegen abschätzen, wieviel eine Person künftig Kosten verursachen wird (=Kostenrisiken), benötigt man weitere Informationen. Anhand der statistischen Grösse R^2 kann erfasst werden, wie gut diese weiteren Informationen die Kostenrisiken abbilden. Aktuell: im besten Fall zu knapp 50%. Der Rest ist dann das unternehmerische Risiko des Grundversorgers oder des Spitals.



Glossar 5b

In diesem Szenario ist das Abstoßen kostenintensiver Patienten ein Muss, um finanziell zu überleben. Typische Beispiele bilden die Fallpauschalen in Deutschen Spitälern und die Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse bei den Hausärzten. Im ersten Fall wurden die Spitälern geschlossen oder an private Anbieter verkauft (www.spitalsterben.ch), im zweiten Fall werden teure Patienten medizinisch unterversorgt (implizite Rationierung) oder an andere Leistungserbringer weiter gewiesen (Spitalambulatorien, siehe www.consano.ch).



Glossar 5c

Ein fairer Risikoausgleich erfasst Kosten zu 100% und ist damit absurd; man könnte genau so gut die Einzelleistungen abrechnen.

Der unfaire Risikoausgleich sagt Kosten ungenügend vorher (z.B. Fallpauschalen) und verschiebt damit die Kostenrisiken auf die Institution. Der Sinn der Fallpauschalen ab 2012: Zentralisierung teurer Patienten, z.B. in Unikliniken, Spitalschliessungen über Bankrotte, Verkauf von Spitälern an Private, siehe auch

<http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhaus#.22Kliniksterben.22>



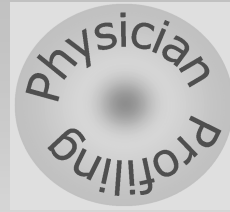
Glossar 6

Erklärungsgehalt von Variablen im Risikoausgleich (R^2):

Kein Risikoausgleich	0%
Alter, Geschlecht	11%
Alter, Geschlecht, Spital im Vorjahr	21%
Alter, Geschlecht, Spital im Vorjahr, PCG	30%
Alle verfügbaren Variablen der Krankenkassen	48%
AP-DRG 2007	48%

<http://physicianprofiling.ch/PHYBeck2.pdf>

<http://physicianprofiling.ch/SwissDRGRisikoausgleich2007.pdf>



Merke 1

Problem 1: Chronisch kranke, teure Patienten verursachen 80% der Gesundheitskosten

Problem 2: die meisten Personen (90%) bleiben gesund und verursachen 20% der Kosten





Merke 2

Dreiklassenmedizin

- 1. Klasse: Luxusmedizin aller Art zu sehr hohen Preisen, 5% der Bevölkerung (Schätzung)
- 2. Klasse: Luxusmedizin aller Art zu hohen Preisen, 15% der Bevölkerung (Schätzung)
- 3. Klasse: Minimalmedizin (Behandlung nur bei schwerer Krankheit solidarisch bezahlt, Bagatellen und Prävention sind nicht Gegenstand ärztlicher Behandlung, sondern von Telefon- und Gesundheits-schwestern in Gesundheitszentren, nur gegen Barbezahlung (Schätzung: betrifft 80% der Bevölkerung)



Wie das Gesundheitswesen Schweiz privatisiert werden soll



Methoden

Desinformation zu den Kosten: nicht das Gesundheitswesen, sondern die Prämien sind zu teuer

Erhöhung der Kopfsteuern: Senkung von sozialen Einkommenssteuern (je mehr verdient, je mehr versteuert) zu Lasten der Kopfsteuer (jeder zahlt, was er muss, unabhängig vom Einkommen).

DRG Fallpauschalen: ungenügende Abgeltung ärztlicher Leistungen

Wirtschaftlichkeitsverfahren: faktisches Globalbudget in der Grundversorgung



Auswirkung

Desinformation zu den Kosten: Das Volk wird konditioniert und findet nun selber, dass die Kosten zu hoch sind. Das ebnet der Politik den Weg.

Erhöhung der Kopfgelder (Prämien): dies erhöht zusätzlich die Wut auf die teuren Gesundheitskosten und ebnet der Politik ebenfalls den Weg.

DRG Fallpauschalen: die öffentlichen Spitäler werden kaputt gespart, nochmals kurz aufgerüstet und dann an private verkauft.

Wirtschaftlichkeitsverfahren: da 20% schwarze Schafe gefunden wurden, muss der Kontrahierungszwang aufgehoben werden.



Aktuelles

Herr Dr. Willy Oggier fordert verbesserten Risikoausgleich (NZZ am Sonntag vom 22.11.2009): es hat sich herumgesprochen, dass der fehlende Risikoausgleich mit der Jagd nach billigen Prämienzahlern untragbar geworden ist. Dies ist jedoch das Hauptargument für den erneuten Auftrieb der Einheitskassen-Befürworter. Die Annahme einer Einheitskasse durch das Volk führt jedoch direkt in die Staatsmedizin. Bereicherung am Gesundheitswesen durch private Abzocker wäre passé. Deshalb nun die Notbremse mit dem Risikoausgleich, damit die Einheitskasse den künftigen Abzockern keinen dicken Strich durch die Rechnung macht.



Und nun das „aber“ ...

Wenn für die Krankenkassen ein fairer Risikoausgleich gelten soll, dann aber auch für **ALLE ANDEREN**. Ein unfairer Risikoausgleich existiert bei den Fallpauschalen und bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren.



Spitäler und die Zukunft

DRG und Privatisierung als Erfolgsrezept?

KLOTEN – Könnte die Führung öffentlicher Spitäler durch private Unternehmen im Auftrag der Kantone die Kostenproblematik entschärfen? Wie bemühen sich neue private Modelle um eine Effizienzsteigerung? Und wie verändern diagnosebezogene Fallgruppen die Spitallandschaft?

„Unter den gegebenen politischen Verhältnissen, bei denen der Staat die Investitionen finanziert und Defizitbeiträge zahlt, ist es unmöglich, ein öffentliches Spital betriebswirtschaftlich zu führen“, erklärte **Dr. Robert Bider**, CEO der Privatlinikgruppe Hirslanden, an der 5. Euroforum-Jahrestagung. Voraussetzung wäre, dass sich der Staat aus den operativen Führungsaufgaben zurückzieht, was sowieso nicht

„Wenn das so weiter geht, werden die Gesundheitskosten bald 20 % des Bruttoinlandsprodukts verbrauchen“, vermutete er.

Die Antwort der Initiatoren im norddeutschen Raum lautete: Regionale Gesundheitszentren sollen eine rationelle qualitativ hoch stehende Massenversorgung ohne Verschwendung bieten. Entsprechend eröffnete die Rhön-Klinikum AG Ende 2005 seine ersten zwei „Tele-Portal-Kliniken“. In ihnen wird die höchste Kompetenz in den Sockel der Pyramide verlegt, ins Medizi-

nische Versorgungszentrum (MVZ). Das ist der Ort, an dem die Patienten als erstes ankommen, eingehend diagnostiziert und ambulant behandelt werden, wie Eugen Münch erklärte. Erst wenn die Kompetenz dieser Einheit überschritten ist, wird der Fall eine Stufe höher in die Grundversorgungsklinik (auf universitärer Basis) überwiesen. Darüber befindet sich eine Experimentalebene. „Mit

dieser Aufteilung sind mindestens 20 % der Kosten einzusparen“, sagte Eugen Münch.

Die MVZ sind bemüht, freiberufliche Fachärzte und Hausärzte anzubinden. Wobei die Hausärzte „als Dolmetscher für die elektronischen Akten und Transformatoren zur Sicherung der Compliance wichtig

► Seite 9





Zusammenfassung

Das CH Gesundheitswesen wird privatisiert, um den Mehrwert einer exzellent funktionierenden Konstruktion besser abzuschöpfen.

Die künftigen Chefs sind die privaten Krankenkassen: sie entscheiden, welche Spitäler, welche Ärzte und welche Patienten zu welchem Preis und wo behandelt werden.

Die Kosten in der Grundversorgung werden massiv heruntergefahren, Bagatellen und Prävention müssen selber bezahlt werden. Die Hausärzte werden abgeschafft und durch billigere Kräfte ersetzt. Wer mehr will, bezahlt dies selber oder über Zusatzversicherungen.



Wertung

Die Privatisierung des Gesundheitswesens wird sicher die Kosten senken und möglicherweise einige Prozent bei ineffizienten Abläufen sparen helfen.

Die Privatisierung wird zu einer Entsolidarisierung in der Grundversorgung führen. Damit ist die Zunahme von schweren Krankheitsfällen Programm.

An diesen lässt sich dann Geld verdienen. Oder sie werden medizinisch unterversorgt.



Was ist zu tun ?

Der vollumfängliche Risikoausgleich ist konsequent für alle Bereiche der Behandlungskette – ambulant und stationär – einzufordern.

Nur ein solcher Risikoausgleich gestattet auch künftig eine „Fairness & Equity“ in den medizinischen Behandlungsketten.

Nur eine Einheitskasse garantiert, dass der private Sektor im CH Gesundheitswesen nicht überhand nimmt und zu einer unzumutbaren Entsolidarisierung bei den Behandlungskosten führt.



Weitere Informationen

www.physicianprofiling.ch

www.consano.ch

www.spitalsterben.ch

www.aerzteblatt.de

www.mydrg.de

<http://de.wikipedia.org/wiki/DRG>