

Nadine Engler

Management von Hochkostenfällen

Analyse der Kostenkonzentration und ein 10-Punkte-Plan für die Umsetzung in der Praxis

Die Gesundheitskosten fallen stark konzentriert an und Hochkostenfälle nehmen über die Jahre hinweg zu. Werden die kritischen Fälle frühzeitig erkannt, kann die Effizienz der Versorgung deutlich verbessert werden. Ein erfolgreiches Management ist auch bei ungünstigen politischen Rahmenbedingungen möglich, wie eine genaue Analyse zeigt.



Nadine Engler

Gemessen am Bruttoinlandprodukt sind die Gesundheitsausgaben der Schweiz von 1980 bis 2006 um rund 50% gewachsen. Neben dem Kostenwachstum zeigen die Daten auch eine deutliche Konzentration: Knapp 7% der Versicherten generieren über 50% der Gesundheitskosten (vgl. Abb. 1). Eine verhältnismässig kleine Versichertengruppe ist somit für einen relativ grossen Teil der Ausgaben in der Krankenversicherung verantwortlich. Um das Kostenwachstum dort zu bremsen, wo es entsteht, ist es wichtig, die Kostenkonzentration genauer zu untersuchen.

Wie sind die Hochkostenfälle definiert?

In meiner Dissertation schenke ich der Kostenkonzentration und dem Management der Hochkostenfälle Beachtung, die schweizweit und international (noch)

Tab. 1 Beschreibung der Hochkostenkategorien zum Verständnis der Abbildungen.

Kategorie	Beschreibung
Keine HKF	Versicherte, welche Kosten unter CHF 10000.– pro Jahr auslösten.
HKF 0	Versicherte, welche Kosten zwischen CHF 10000.– und 20000.– pro Jahr auslösten.
HKF 1	Versicherte, welche Kosten zwischen CHF 20000.– und 50000.– pro Jahr auslösten.
HKF 2	Versicherte, welche Kosten von über CHF 50000.– pro Jahr auslösten.

fehlt. Dazu wurde eine Datenanalyse zur Beschreibung der Hochkostenfälle erstellt (Definitionen der Kostenkategorien: siehe Tabelle 1).

Die Hochkostenfälle (HKF) kommen in allen Alterskategorien und allen soziodemographischen Merkmalen vor und sind nicht einfach zu identifizieren. Die Ergebnisse aus der Datenanalyse können dennoch zu prägnanten Erkenntnissen zusammengefasst werden:

- Die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen sind stark konzentriert (Abb. 1).
- Die HKF nehmen über die Jahre hinweg zu.
- Die HKF weisen ein höheres Durchschnittsalter auf als die übrigen Versicherten (vgl. Abb. 2).
- Die HKF haben einen höheren Frauen- als Männeranteil.
- Die Wahl tiefer Franchisen durch die HKF lässt vermuten, dass diese sich ihrer hohen Gesundheitskosten bewusst sind.

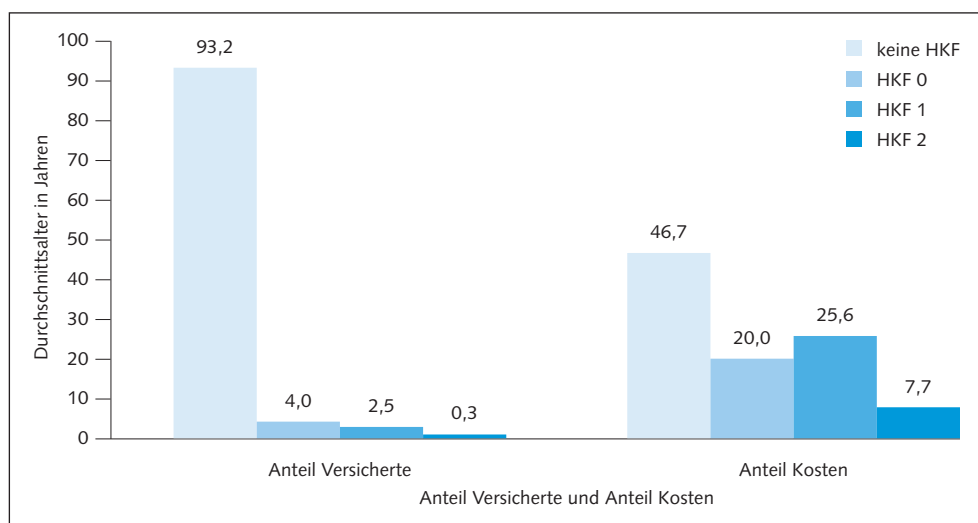


Abb. 1 Anteil Versicherte nach Hochkostenkategorie und deren Anteil an den Gesundheitskosten. Quelle: Eigene Berechnungen (Datenbasis: CSS-Versicherung 2000–2004).

Abb. 2 Durchschnittsalter der Versicherten nach Hochkostenkategorie. Quelle: Eigene Berechnungen (Datenbasis: CSS-Versicherung 2000–2004).

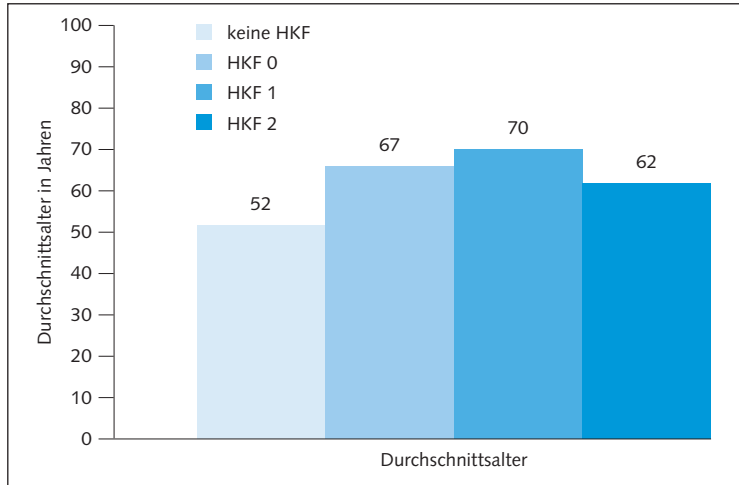
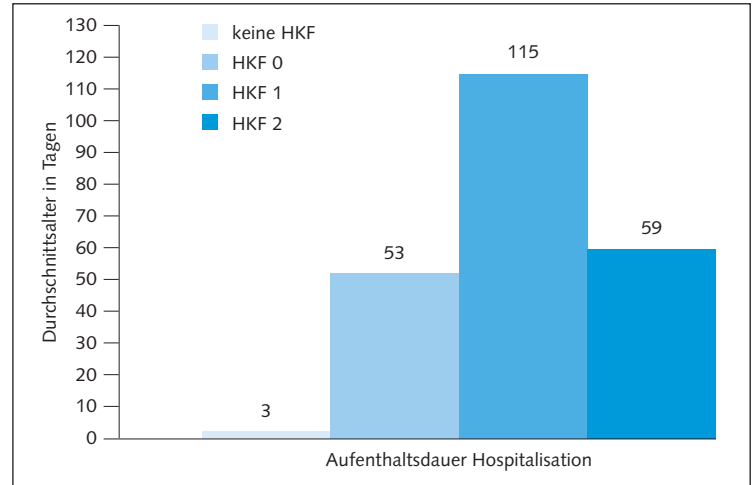


Abb. 3 Stationäre Aufenthaltsdauer in Tagen nach Hochkostenkategorie. Quelle: Eigene Berechnungen (Datenbasis: CSS-Versicherung 2000–2004).



- Die HKF sind häufiger im Spital und haben eine deutlich längere Hospitalisationsdauer als die übrigen Versicherten (vgl. Abb. 3).
- Den grössten Kostenanteil der HKF machen stationäre Spitalaufenthalte aus.
- Den zweitgrössten Kostenanteil verursachen Kosten für Medikamente.
- Die HKF haben komplexe Behandlungsverläufe.
- Die HKF sind multimorbid.

Die Hochkostenfälle sind zwar gehäuft bei den älteren Versicherten anzutreffen, sind aber in allen Alterskategorien vertreten. Nach Alter aufgeteilt, lassen sich folgende Aussagen treffen:

- Junge HKF: Verursachen vor allem teure stationäre Spital- und Psychotherapiekosten und sind am häufigsten bei ambulanter Psychotherapie und ambulanten Spitalbehandlungen vertreten.
- HKF mittleren Alters: Hohe Kosten werden vor allem durch Medikamente verursacht. Sie sind am häufigsten bei ambulanten Arztbehandlungen vertreten.
- HKF im hohen Alter: Pflege und lange stationäre Spitalaufenthalte generieren die grössten Kostenanteile.

Aus allen Resultaten können für das Management von HKF zwei grundlegende Aussagen gemacht werden:

- Die Kosten der seltenen, teuersten Fälle setzen sich aus hohen Einzelleistungspreisen und wenigen Leistungen zusammen.
- Die Kosten der häufigen und moderat teuren Fälle setzen sich aus tiefen Einzelleistungspreisen und vielen unterschiedlichen Leistungen zusammen.

Als Implikation ergibt sich eine unterschiedliche Handhabung der zwei heterogenen Gruppen. Erstere haben für die Gesellschaft ein tiefes Kostengewicht. Bedeu-

tende Kostensenkungen sind vermutlich nur durch Senkung der Einzelleistungspreise möglich. Die zweite Gruppe bietet sich ausgesprochen gut für Case und Disease Management an, da hier die meisten Effizienzsteigerungen durch eine verbesserte Koordination der unterschiedlichen Leistungen zu vermuten sind. Aus diesem Grund wurde eine umfassende Literaturanalyse zu Case und Disease Management durchgeführt.

Kritische Beurteilung in der Literatur

Beide theoretischen Konzepte von Case und Disease Management erscheinen sinnvoll, um HKF zu managen. Die beiden Management-Ansätze lassen sich gut voneinander abgrenzen, es finden sich aber viele Gemeinsamkeiten in den einzelnen Prozessstufen. So ist Case Management auf kostenintensive Einzelfälle ausgerichtet und Disease Management befasst sich im Gegensatz dazu mit der Versorgungsverbesserung von häufigen chronischen Diagnosen. Die Vorgehensweise der Case und Disease Manager ist jedoch eine ähnliche. Trotz der positiv scheinenden theoretischen Konzepte zu Case und Disease Management zeigen empirische Studien, welche die Interventionen bewerten sollen, ernüchternde und gegensätzliche Resultate.

Bis auf eine einzige Studie über Case Management in der Geriatrie bei der Spitalaustrittsplanung belegt keine randomisierte Studie die Wirksamkeit von Case Management. Disease Management hat laut randomisierten Studien eine positive Wirkung auf die Versorgungsqualität. Die Resultate sind aber je nach Diagnose unterschiedlich. Generell lässt sich die Aussage treffen, dass sich die Hospitalisationen deutlich verringern, wobei

jedoch die Kostenwirksamkeit selten umfassend berechnet wird.

Ungünstige politische Rahmenbedingungen

Zur Überprüfung des aktuell bestehenden Hochkostenfall-Managements und dessen Herausforderungen in der Schweiz wurden diverse Case und Disease Manager interviewt. Als Hauptprobleme für die Umsetzung von Hochkostenfall-Management werden der ungenügende Risikoausgleich, der Schweizer Datenschutz, die mangelnde Akzeptanz, Intransparenz der Leistungserbringer und die politischen Rahmenbedingungen genannt. Einige Interview-Partner sahen Case Management durch den ungenügenden Risikoausgleich gänzlich blockiert, wobei andere Institutionen mit denselben Rahmenbedingungen scheinbar Case Management in grossem Umfang und mit positiver Evaluation betreiben. Das Argument des ungenügenden Risikoausgleichs stellt sicherlich eine nicht optimal ausgestaltete Rahmenbedingung dar, jedoch verunmöglicht sie offenbar erfolgreiches Hochkostenfall-Management nicht gänzlich. Ähnlich verhält es sich mit dem Datenschutz. Es sind sich alle einig, dass dieser ein starkes Hindernis für das Hochkostenfall-Management darstellt. Die Uneinigkeit bei der Fallidentifikation und das ständige Betonen der Intransparenzen bestätigen diesen Verdacht.

Effizienzsteigerung ist möglich

Aufgrund der Erkenntnisse aus meiner Dissertation kann zusammengefasst werden: Die empirische Analyse hat belegt, dass die Kostenverteilung im Schweizer Gesundheitswesen asymmetrisch ist und sich die HKF aufgrund ihrer Merkmalsausprägungen ausgesprochen gut für optimierte Fallführung (Case und Disease Management) eignen. Bei optimal ausgestaltetem Management der HKF kann die Versorgungssituation und Behandlungsqualität der HKF verbessert und dabei Kosten gesenkt werden.

Was ermöglicht eine erfolgreiche Umsetzung?

Wie Sie ein Management für HKF trotz der erschwerten Rahmenbedingungen zielgerichtet umsetzen können, zeigt der 10-Punkte-Plan für ein erfolgreiches Hochkostenfall-Management, den ich als Best-Practice-Guideline herausgearbeitet habe.

Folgende Empfehlungen unterstützen Sie bei den sich stellenden Herausforderungen:

- *Punkt 1 – Das Datensystem:* Sie bauen ein internes, adäquates Datensystem zur frühzeitigen Erkennung von HKF auf.

- *Punkt 2 – Die Beteiligten:* Sie identifizieren frühzeitig die medizinischen Leistungserbringer, den Arbeitgeber, andere Versicherungen und die Bezugspersonen des Patienten und integrieren diese in die neuen Abläufe.
 - *Punkt 3 – Die Kommunikation:* Sie zeigen Patienten, Arbeitgebern und Leistungserbringern den Nutzen auf, den Case Management für sie bringt, und überwinden so Hemmschwellen.
 - *Punkt 4 – Die Patientenakte:* Die Leistungserbringer können einfach und schnell auf eine elektronische Patientenakte zugreifen.
 - *Punkt 5 – Der Informationsaustausch:* Die Beteiligten tauschen Informationen schnell und unkompliziert aus.
 - *Punkt 6 – Der Vertragsabschluss:* Zwischen Ihnen und einem Spital/Rehaklinik verbessert ein Vertragsabschluss die Zusammenarbeit und beispielsweise auch das Entlassungsmanagement.
 - *Punkt 7 – Das Networking:* Sie bilden starke und umfassende Netzwerke mit ambulanten Pflegediensten und gestalten aktiv die Beziehungen zu medizinischen Leistungserbringern, aber auch anderen Versicherungen (IV).
 - *Punkt 8 – Die Wiedereingliederung:* Sie setzen sich intensiv mit dem Patienten, dem Arbeitgeber und anderen betroffenen Versicherungen (KTG, IV) auseinander, um eine Reintegration in den Beruf zu erreichen.
 - *Punkt 9 – Der Case Manager:* Sie setzen medizinisch ausgebildete Fachkräfte als Case Manager ein, um im Heilkostenmanagement eine hohe Qualität sicherzustellen.
 - *Punkt 10 – Die Erfolgskontrolle:* Sie prüfen und belegen durch internes Controlling den wirtschaftlichen Nutzen des Case Managements und schaffen dadurch Akzeptanz innerhalb und ausserhalb ihrer Organisation.
- Durch diesen 10-Punkte-Plan gelingt es (trotz den ungünstigen Rahmenbedingungen) ein erfolgreiches Management der HKF aufzubauen. Das würde einen entscheidenden Beitrag zur Bewältigung der Problematik der immer stärker alternden Gesellschaft mit multimorbiden chronischen Krankheiten leisten. Möchten Sie mehr erfahren oder meine Dissertation bestellen? Nehmen Sie Kontakt mit mir auf, ich freue mich auf Ihr Feedback.

Korrespondenz:

Dr. rer. pol. Nadine Engler
Senior Consultant Gsponer Consulting
Business Unit: Gsponer-Health
Postfach, 4018 Basel
nadine.engler@gsponer.com
www.gsponer-health.com