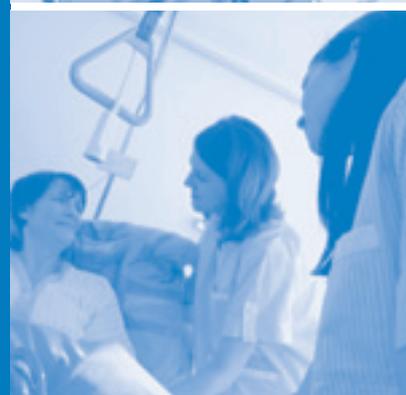


Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Hochkostenfälle in der Krankenversicherung

Vorstudie



BAG OFSP UFSP SFOPH

Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

Hochkostenfälle in der Krankenversicherung

Vorstudie

Jürg H. Sommer
Ortrud Biersack

Oktober 2005

Das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht in seiner Reihe «Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung» konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Gesundheit wieder.

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit

Publikationszeitpunkt: Februar 2006

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Gesundheit.

Weitere Informationen: BAG, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Till Bandi, Telefon +41 (0)31 322 91 31
till.bandi@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Bezugsquelle: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

BBL-Artikelnummer: Form. Nr. 316.712

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 2.06 300 kombi 60EXT05001

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Avant-propos	2
Premessa	3
Foreword	4
Zusammenfassung	5
Résumé	6
Riassunto	7
Summary	8
1 Einleitung	9
2 Hochkostenfälle	12
2.1 Hochkostenfälle nach Alter	13
2.1.1 Zusammensetzung nach Alter	13
2.1.2 Anteil je Altersgruppe	15
2.1.3 Spitalleistungen	17
2.1.4 Durchschnittskosten	19
2.1.5 Anteil Versicherte, die am 31.12.2004 noch am Leben sind	21
2.2 Hochkostenfälle nach Versicherungsstatus	22
2.2.1 Anteil nach Versicherungsstatus	22
2.2.2 Durchschnittskosten	23
2.3 Hochkostenfälle im Zeitablauf	26
2.3.2 Veränderung Durchschnittskosten	27
2.4 Fazit	29
3 Ausgewählte Fallbeispiele	31
4 Fallführung	37
4.1 Zweck und Ziel der Fallführung	37
4.2 Empirische Evidenz	38
4.3 Fallführung bei den schweizerischen Krankenversicherern	40
4.3.1 Angebot	41
4.3.2 Art der Fälle	44
4.3.3 Fallgewinnung	48
4.3.4 Fallsteuerung	50
4.3.5 Probleme	52
5 Zusammenfassung und Folgerungen	54
Literatur	57
Anhang A	58
Anhang B	60

Vorwort

Die rund 30 % der Erkrankten mit den höchsten Kosten verursachen ca. 80 % der Gesamtkosten der obligatorischen Krankenversicherung. Bei den Spitalkosten ist diese Konzentration noch ausgeprägter. Über diese «Hochkostenfälle» besteht wenig Information, weder sind die verschiedenen beteiligten Leistungserbringer und deren Zusammenarbeit bekannt noch kennt man die Kosten- und Behandlungsverläufe über eine längere Zeitspanne.

Für die Analyse der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung bedeutet dies eine gravierende Wissenslücke, ist es doch durchaus denkbar, dass die Kostensteigerung in der Krankenversicherung wesentlich auf eine Steigerung der Kosten im Hochkostenbereich zurückzuführen ist. Die allgemeine Diskussion der Gesundheitskosten könnte also stark verzerrt sein durch die Tatsache, dass die Entwicklung dieser hohen Kosten nicht angemessen differenziert erfolgen kann, was wiederum die Gefahr birgt, dass Massnahmen zur Kosteneindämmung infolge der ungenügenden Informationslage nicht die erhofften Resultate erbringen oder sogar Fehlentwicklungen zur Folge haben können.

Mit der vorliegenden Arbeit soll daher anhand ausgewählter, möglichst repräsentativer Fälle geklärt werden, welche Bedeutung den Hochkostenfällen zukommt, welche die Ursachen der hohen Kosten sind und welche Fragen anhand vertiefter Detailuntersuchungen geklärt werden müssten. Die Untersuchung soll zudem Aufschluss geben über die Kosten- bzw. Wirtschaftlichkeitskontrollen und das Fallmanagement der Versicherer, um die damit verbundenen Probleme besser beurteilen zu können.

Bei dem Auftrag handelt es sich um eine Vorstudie, das heisst, es soll geklärt werden, ob weitere Untersuchungen notwendig sind, wo in erster Priorität anzusetzen und wie vorzugehen ist.

Avant-propos

On chiffre à quelque 30 % le nombre de personnes malades occasionnant les coûts les plus élevés dans l'assurance-maladie obligatoire, soit 80 % de la totalité des coûts. Dans le secteur hospitalier, cette concentration est encore plus marquée. Il n'existe que peu d'informations sur ces «cas très coûteux», parce qu'on ne connaît ni les divers fournisseurs de prestations impliqués et leur collaboration, ni l'évolution des coûts et des traitements sur une longue période.

Ces connaissances lacunaires sont une lacune majeure si l'on veut analyser l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie, mais il est néanmoins concevable que l'augmentation provienne essentiellement des cas occasionnant des coûts très élevés. La discussion générale sur les coûts de la santé pourrait donc être fortement faussée par le fait que leur évolution ne peut justement pas être différenciée de manière appropriée. On court alors le risque que des mesures en vue de réduire les coûts n'obtiennent pas les résultats escomptés, par suite du manque d'informations, voire même qu'elles aient des effets pervers.

Le présent travail vise donc, à l'aide d'exemples choisis, les plus représentatifs possible, à connaître l'importance et les causes des coûts très élevés et les questions qui devraient être éclaircies à l'aide d'enquêtes détaillées. Il faut en outre tirer des conclusions sur les contrôles en matière de coûts et d'économicité et sur la gestion des cas mise en place par les assureurs afin de mieux évaluer les problèmes qui en découlent.

Le mandat porte sur une étude préliminaire. Certains points restent donc à éclaircir : des enquêtes complémentaires sont-elles nécessaires, où faut-il agir en priorité et comment procéder?

Premessa

Si stima che grossomodo il 30 % dei malati finanziariamente più onerosi cagioni l'80 % circa della totalità dei costi dell'assicurazione malattie obbligatoria. Nel settore dei costi ospedalieri la concentrazione è ancora più accentuata. L'informazione relativa ai «casi finanziariamente onerosi» è lacunosa: infatti, non sono noti né i diversi fornitori di prestazioni interessati, né il loro grado di collaborazione, né l'evoluzione a lungo termine dei costi e delle cure.

Nonostante queste lacune non permettano una corretta analisi dell'evoluzione economica in seno all'assicurazione malattie, l'incremento dei costi è con ogni probabilità da ricondurre, essenzialmente, all'aumento delle spese nei settori più onerosi. Il discorso generale sui costi della salute rischia di scomporsi per l'impossibilità di differenziare sufficientemente le fonti dei costi elevati. L'incompletezza delle informazioni può vanificare le misure di contenimento dei costi finora adottate, che non solo rischiano di non raggiungere gli scopi prefissati, ma possono addirittura generare sviluppi negativi.

Sulla base di casi scelti e il più possibile rappresentativi, il presente studio intende evidenziare tre cose: il significato che va dato ai settori finanziariamente più onerosi, le cause dei costi elevati e le questioni tuttora irrisolte da chiarire mediante analisi dettagliate e approfondite. Lo studio intende inoltre fornire informazioni sul controllo dei costi e dell'economicità nonché sulla gestione dei casi da parte degli assicuratori, al fine di poter valutare meglio i problemi connessi.

Il mandato si prefigge uno studio preliminare che chiarisca la necessità o meno di ulteriori esami nonché la priorità e le modalità degli interventi da realizzare.

Foreword

Around 30 % of patients with the highest medical costs account for approximately 80 % of the total costs incurred by the mandatory health insurance system. This concentration is even more pronounced for hospital costs. There is little information available about these "cost-intensive cases"; the individual service providers involved in these cases are not known, neither is their interaction with each other nor the way costs and patient management develop over longer periods of time.

This represents a major gap in the information available for analyzing cost development in the health insurance system, since it is quite conceivable that the rising costs incurred by the system are due in no small part to an increase in costs at the cost-intensive end of the spectrum. This means that the general discussion about healthcare costs is perhaps being seriously distorted by the fact that the development of these high costs cannot be differentiated adequately; this in turn means that cost-containment measures run the risk of not producing the desired results, or even of pushing developments in the wrong direction, because the information on which they are based is inadequate.

Against this background, the intention of the present study is to examine cases which are as representative as possible to ascertain the role played by cost-intensive cases and the reasons for the high costs, and to identify questions that need to be examined in more detailed studies. The study is also intended to provide information on the cost and efficiency controls exerted by the health insurers and their approach to case management so that the associated problems can be evaluated more accurately.

This is a preliminary study which aims to establish whether further studies are necessary, which aspects they should primarily be investigating, and how they should proceed.

Zusammenfassung

Innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung kommt es zu einer beträchtlichen Konzentration der Kosten auf eine kleine Gruppe von Versicherten. Ein grosser Teil der Ausgaben für die Hochkostenfälle fliesst in die medizinische Versorgung im Alter, da es sich bei den meisten teuren Versicherten um betagte Versicherte handelt. Der Anteil der jüngeren Personen an den Hochkostenfällen ist zwar um einiges geringer, dafür sind diese Patienten dann aber überdurchschnittlich teuer. Im Zeitablauf scheint die Anzahl Hochkostenfälle zuzunehmen und wesentlich zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beizutragen. Um die Bedeutung der Konzentration der Kosten vertiefter zu würdigen, wäre eine breitere Datenerfassung, d.h. die Auswertung der Daten möglichst aller Versicherten über mehrere Jahre, wünschenswert. Leider ist zurzeit, aufgrund der ungenügenden Datenlage, eine umfassendere statistische Auswertung von Hochkostenfällen nach Erkrankungen sowie medizinischen Leistungen nicht möglich. Zum Management von Hochkostenfällen bestehen unter den Krankenversicherern zurzeit verschiedene Formen der Fallführung. Vor allem das Fall-, Care- und Case Management ist in den letzten Jahren eingeführt worden. Die Effektivität bzw. der Nutzen des bestehenden Leistungsmanagements ist jedoch als eher gering einzustufen. Das Nutzenpotential dieser Ansätze kann nur dann zum Tragen kommen, wenn im schweizerischen Gesundheitswesen wettbewerbliche Rahmenbedingungen eingeführt werden, die Anreize enthalten, dass

- die medizinischen Leistungserbringer an einer Zusammenarbeit bzw. einer Einbindung in ein Leistungsmanagement interessiert sind und
- die Krankenversicherer mittels ausgebauter Diagnose- und Leistungsstatistiken Einrichtungen der Fallführung kostensteuernd bzw. effizient betreiben.

Résumé

Dans l'assurance-maladie obligatoire, les coûts se concentrent essentiellement sur un petit groupe d'assurés. Une grande part des dépenses relatives aux cas très coûteux revient aux soins médicaux dispensés majoritairement aux assurés âgés. La proportion des assurés plus jeunes est certes un peu plus faible, mais les patients sont coûteux dans une mesure supérieure à la moyenne. Au cours du temps, le nombre de cas très coûteux semble s'accroître et influencer notablement sur l'évolution des coûts de la santé. Pour avoir une estimation plus précise de la concentration des coûts, une vaste saisie de données – autrement dit l'évaluation des données du plus grand nombre possible d'assurés sur plusieurs années – est souhaitable. Malheureusement, pour le moment, faute de données suffisantes, il n'est pas possible de dresser une évaluation statistique plus complète des cas très coûteux selon les maladies et les prestations médicales. Les assureurs ont introduit diverses formes de gestion de ces cas, notamment le pilotage des cas le «care management» et le «case management». L'efficacité et l'utilité de la gestion des prestations, telle qu'elle existe actuellement, doivent cependant être considérées comme plutôt faibles. Le potentiel contenu dans ces solutions ne peut déployer ses effets que si des conditions-cadres favorisant la concurrence sont introduites incitant

- les fournisseurs de prestations médicales à se conformer à une gestion des prestations par cas et
- les assureurs-maladie à introduire une gestion efficace des cas pour piloter les coûts au moyen de statistiques performantes des diagnostics et des prestations.

Riassunto

I costi dell'assicurazione malattie obbligatoria si stanno vieppiù concentrando su di un piccolo gruppo di assicurati. Gran parte delle spese sono da attribuire all'assistenza medica fornita ai rappresentanti della terza età, dato che gli anziani rappresentano spesso la categoria degli assicurati più cari. Nonostante i giovani che determinano i casi finanziariamente più onerosi non siano molti, i costi da essi cagionati sono nettamente superiori alla media. Il numero degli assicurati più cari sembra aumentare col tempo, determinando in modo essenziale l'evoluzione dei costi nel settore sanitario. Per esaminare a fondo l'importanza della concentrazione dei costi sarebbe necessario procedere a un rilevamento dei dati su più vasta scala, ossia coinvolgendo tutti gli assicurati sull'arco di diversi anni. Attualmente, purtroppo, l'incompletezza dei dati non consente di procedere ad una valutazione statistica più precisa dei casi finanziariamente onerosi, a seconda della malattia e della prestazione medica. Vi sono attualmente numerosi strumenti a disposizione degli assicuratori, come la gestione dei casi, il care management e il case management, introdotti negli ultimi anni. Tuttavia, l'efficacia e l'utilità dell'attuale gestione delle prestazioni sono piuttosto deboli. L'utilità potenziale degli strumenti indicati si svilupperà solo se nel settore sanitario svizzero verranno introdotte condizioni quadro concorrenziali, che comprendano incentivi affinché

- i fornitori di prestazioni mediche siano interessati a collaborare nel quadro della gestione delle prestazioni e ad integrarvi la propria attività, e
- gli assicuratori malattie gestiscano efficientemente i casi, controllando i costi mediante statistiche delle diagnosi e delle prestazioni.

Summary

A substantial proportion of costs within the mandatory health insurance system are concentrated on one small section of the insured population. Much of the expenditure goes into providing medical care for the aged as most of these cost-intensive cases are elderly people. Younger people account for a somewhat smaller percentage of total costs, but the per capita costs incurred are higher than the average. The number of cost-intensive cases seems to be increasing over time and appears to be a significant contributory factor in rising healthcare costs. To better appreciate the significance of cost concentration, a broader range of data should be gathered and assessed, ideally covering all cost-intensive cases over a period of several years. At present the lack of adequate data makes it impossible to undertake a more extensive statistical analysis of cost-intensive cases by disease and medical services provided. Health insurers currently manage cost-intensive cases in various ways; most notably, care and case management have been introduced in recent years. However, the effectiveness and benefits of the current system of managing the services provided to cost-intensive cases tend to be suboptimal. The potential benefits of these approaches can only be fully brought to bear once a competitive framework is introduced to the Swiss healthcare system, offering incentives for

- medical service providers to become actively involved in or even integrated into a system for managing service provision
- health insurers to pursue cost-controlled and efficient case management by providing comprehensive diagnostic and service provision statistics.

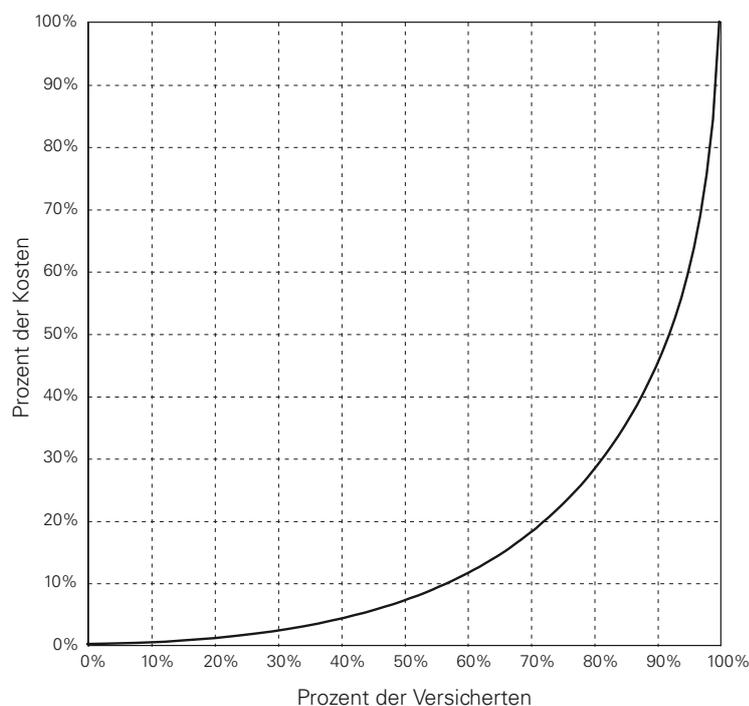
1 Einleitung

Die Bruttoleistungen in der obligatorischen Krankenversicherung beliefen sich im Jahr 2003 auf 17,9 Mrd. Franken¹. Dabei ist eine erhebliche Konzentration der Kosten unter den Versicherten zu beobachten. Abbildung 1.1 illustriert die Situation der Verteilung der Bruttokosten unter den *Erkrankten* für das Jahr 2001:

- Die teuersten 20% der Erkrankten verursachen rund 70%, die teuersten 10% der erkrankten Versicherten etwa 46% und die teuersten 2% der Patienten 25% der Gesamtkosten.
- Demgegenüber hat rund die Hälfte der Erkrankten Kosten von maximal 900 Franken und beansprucht 7% der Gesamtausgaben der Krankenversicherung.

Eine verhältnismässig kleine Versichertengruppe ist somit für einen relativ grossen Teil der Ausgaben in der Krankenversicherung verantwortlich. Gegenwärtig sind über diese «Hochkostenfälle» wenig Informationen vorhanden, weder über die Kostenverursacher noch über die Kostenverläufe und schon gar nicht über die beanspruchten Leistungen.

Abbildung 1.1 Lorenzkurve der Bruttokosten der Erkrankten, 2001



Quelle: Nach einer Auswertung des Bundesamtes für Gesundheit (2005).

Für die Analyse der Kostenentwicklung und die Evaluation der Leistungen des Gesundheitswesens bedeutet dies eine gravierende Wissenslücke. So ist es beispielsweise denkbar, dass die Kostensteigerungen in der Krankenversicherung wesentlich auf eine Zunahme der Kosten im Hochkostenbereich zurückzuführen sind. Eine vertiefte Untersuchung der Bedeutung und Zusammensetzung der Hochkostenfälle drängt sich daher auf. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Massnahmen zur Kosteneindämmung und Effizienzsteigerung aufgrund falscher Informationen bzw. falscher Ansatzpunkte nicht zu den erhofften Resultaten führen werden.

¹ Bundesamt für Gesundheit (2005).

Vor diesem Hintergrund entstand im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) die vorliegende «Vorstudie Hochkostenfälle». Das Ziel dieser Voranalyse ist es zunächst, einen quantitativen Überblick sowie erste Kenntnisse über die finanzielle Bedeutung und Zusammensetzung von Hochkostenfällen zu gewinnen. Darüber hinaus soll die Vorstudie auch Aufschluss darüber geben, inwieweit und in welchen Formen die Krankenkassen über Einrichtungen der so genannten «Fallführung» (wie administrative Fallführung, Fall- Case- oder Care Management, Disease Management), d.h. über ein spezielles Kosten- und Leistungsmanagement von (teuren) Patienten verfügen. Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurde folgendes *Vorgehen* gewählt:

• **Datenquellen**

Es wurden fünf mittelgrosse bis grosse Krankenkassen angeschrieben und um Teilnahme an der Vorstudie gebeten. Vier der fünf Leistungserbringer unterstützten das Vorhaben und stellten ihre Daten bzw. Informationen zur Verfügung. Einer der Krankenversicherer bot sich zudem als so genannte «Pilotkrankenkasse» an. Mit ihr konnten die Möglichkeiten der Untersuchung näher abgeklärt und die zu erhebenden Daten spezifiziert werden.

• **Definition Hochkostenfälle und Grundgesamtheit**

Aus technischen Gründen wurde zur Bestimmung eines Hochkostenfalls mit dem einfachen Fallbegriff «Kosten pro Jahr» gearbeitet. Im Gegensatz zu einer Falldefinition wie «Kosten pro Person oder Erkrankung» bietet diese Vorgehensweise vorerst nur einen statischen Einblick in die Situation von Versicherten mit hohen Kosten. Für die Analyse wurden *zwei Segmente* von Hochkostenfällen innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gebildet.

1. *Hochkostenfälle 1 (HKF 1)*

Diese Gruppe umfasst alle Leistungsbezüger, d.h. *Erkrankte ohne Unfall*, welche Kosten im Umfang zwischen 20'000 und 50'000 Franken pro Jahr auslösten.

2. *Hochkostenfälle 2 (HKF 2)*

Definiert als alle Leistungsbezüger, d.h. *Erkrankte ohne Unfall*, welche Kosten grösser als 50'000 Franken pro Jahr verursachten.

Die *Grundgesamtheit* umfasste alle Personen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Gesamtbestand OKP-Versicherte) der vier Krankenkassen, definiert als

- Durchschnitts-, d.h. Risikobestand,
- unabhängig von Unfalldeckung,
- nur Versicherte wohnhaft in der Schweiz,
- ohne HMO-Versicherte,
- inklusive Leistungsbezüger mit Kosten von 0 Franken.

• **Daten zu den Versicherten**

Aus den Datenbanken der vier Krankenkassen wurden zu den drei definierten Versicherten(teil)gruppen zum einen für die Abrechnungsjahre 2000 und 2003 *pro Altersgruppe* (0-18/19-25/26-30/31-40/41-50/51-60/61-70/71-80/81-90/>90) und zum zweiten für das Abrechnungsjahr 2003 *nach Versicherungsstatus* (Allgemein, Halbprivat, Privat) folgende Grössen gezogen (vgl. Anhang B, Erhebungsformular):

- Anzahl Versicherte,
- die Gesamtkosten , d.h. OKP-Bruttoleistungen in Franken,
- davon die Kosten «Spital stationär» und «Spital ambulant» in Franken.

Für jede Versicherten(teil)gruppe wurde darüber hinaus die Anzahl Versicherte, die am 31. 12. 2004 noch am Leben sind, nach Altersgruppen für das Abrechnungsjahr 2003 erfragt.

Die Pilotkrankenkasse stellte zusätzlich ausgewählte Leistungsdaten zu vier Fallbeispielen von Hochkostenversicherten zusammen.

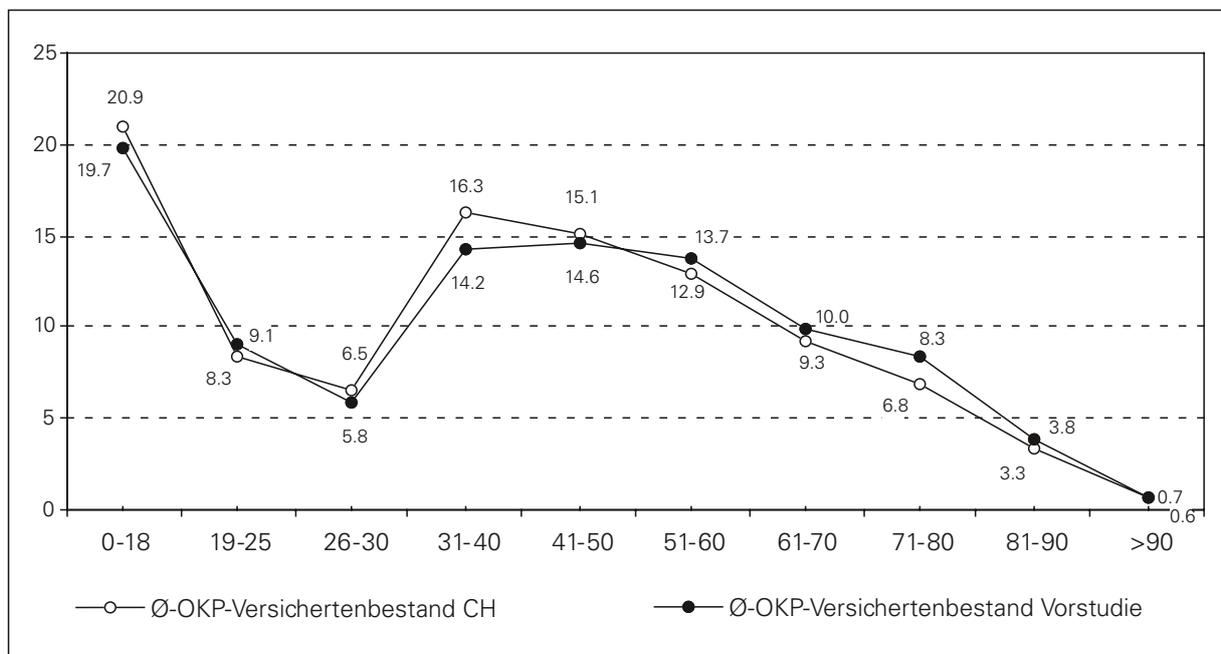
• **Informationen zur Fallführung**

Zur Erhebung der Situation der bestehenden Fallführungen unter den Krankenkassen wurde ein halb-strukturierter Fragebogen (vgl. Anhang B, Fragebogen) eingesetzt.

2 Hochkostenfälle

Insgesamt wiesen die befragten Krankenkassen im Jahr 2003 2'318'542 OKP-Versicherte². Dies entspricht 31,4% des in der Schweiz durchschnittlichen Versichertenbestands³ (7'338 Mio. Personen) des Jahres 2003. Zwischen dem Gesamtbestand der Versicherten und der OKP-Versichertengruppe der befragten Krankenkassen bestehen zunächst leichte Unterschiede in der Zusammensetzung: Abbildung 2.1 zeigt kleine Abweichungen in der Verteilung der Personen nach Altersgruppen. Im Vergleich zum Gesamtbestand weist das Versichertenkollektiv der vier Krankenversicherer leicht tiefere Anteile an jüngeren Versicherten bei gleichzeitig etwas höheren Anteilen an älteren Personen (>50 Jahre) auf. Die Ergebnisse der Vorstudie beziehen sich daher stets auf das untersuchte, spezifische Teilkollektiv. Wünschenswert wäre letztlich eine umfassende Auswertung des gesamten schweizerischen OKP-Versichertenbestands, was allenfalls in einem zukünftigen Projekt realisiert werden könnte. Immerhin deckt die vorliegende Untersuchung fast ein Drittel des gesamten Versichertenkollektivs in der Schweiz ab, womit die Aussagen in ihrer Grundtendenz auch eine gewisse Gültigkeit beanspruchen dürften.

Abbildung 2.1 Anteil der Altersgruppen (in Jahren 0-18; 19-25 usw.) am durchschnittlichen OKP-Versichertenbestand gesamt und durchschnittlichen OKP-Versichertenbestand, der in die Vorstudie einging, in %, 2003



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (2005), eigene Berechnung.

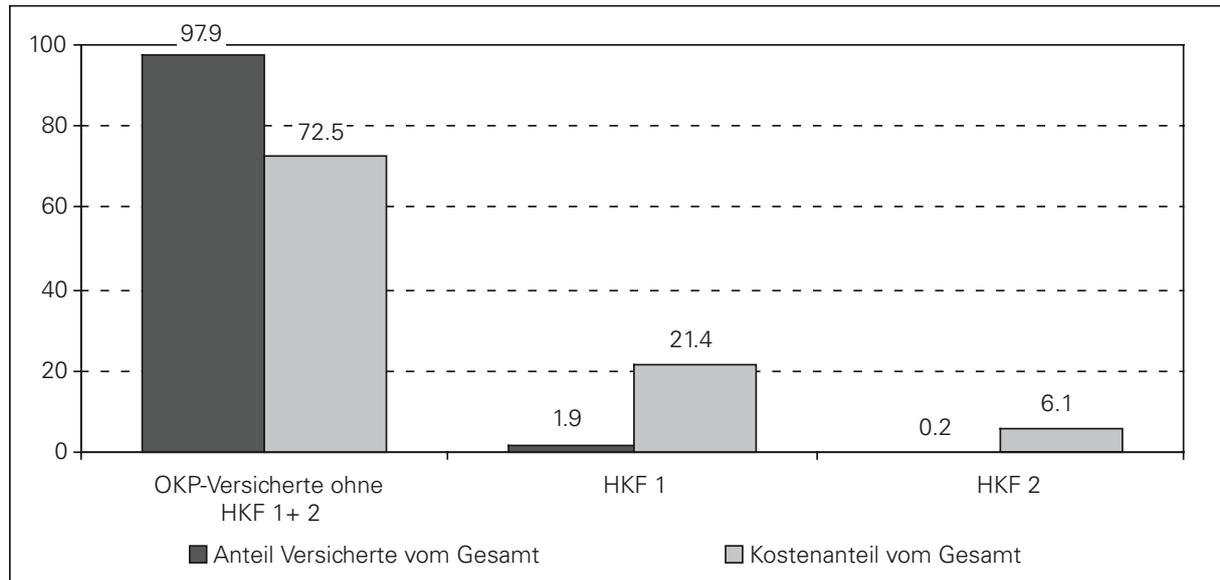
Insgesamt verursachte ein Anteil von 1,9% der OKP-Versicherten⁴ im Jahr 2003 Kosten zwischen 20'000 und 50'000 Franken (HKF 1), 0,2% der Personen hatten Kosten über 50'000 Franken (HKF 2) (vgl. Abbildung 2.2). Insgesamt waren den HKF 1 etwa 21,4% der gesamten OKP-Bruttokosten, den HKF 2 etwa 6,1% der Kosten zuzuschreiben. Zusammengenommen lösten 2,1% der versicherten Personen (HKF 1 und HKF 2) rund 27,5% der Kosten innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung aus. Im Folgenden werden diese Hochkostenversicherten in Bezug auf ihr *Alter* näher betrachtet. Danach erfolgt eine Aufschlüsselung nach *Versicherungsstatus* und zuletzt noch ein kurzer Blick auf die quantitative Gesamtentwicklung zwischen den *Jahren 2000 und 2003*.

² Definiert als Durchschnitts-, d.h. Risikobestand, unabhängig von Unfaldeckung, nur Versicherte wohnhaft in der Schweiz, ohne HMO-Versicherte, inklusive Leistungsbezüger mit Kosten von 0 Franken.

³ Bundesamt für Gesundheit (2005).

⁴ Alle OKP-Versicherte der vier Krankenkassen, nicht nur Erkrankte.

Abbildung 2.2 Anteil Hochkostenfälle 1 und 2 sowie Kostenanteil vom OKP-Versichertenbestand Gesamt bzw. Kosten vom Gesamt der befragten Krankenkassen, in %, 2003



Quelle: Eigene Berechnung.

2.1 Hochkostenfälle nach Alter

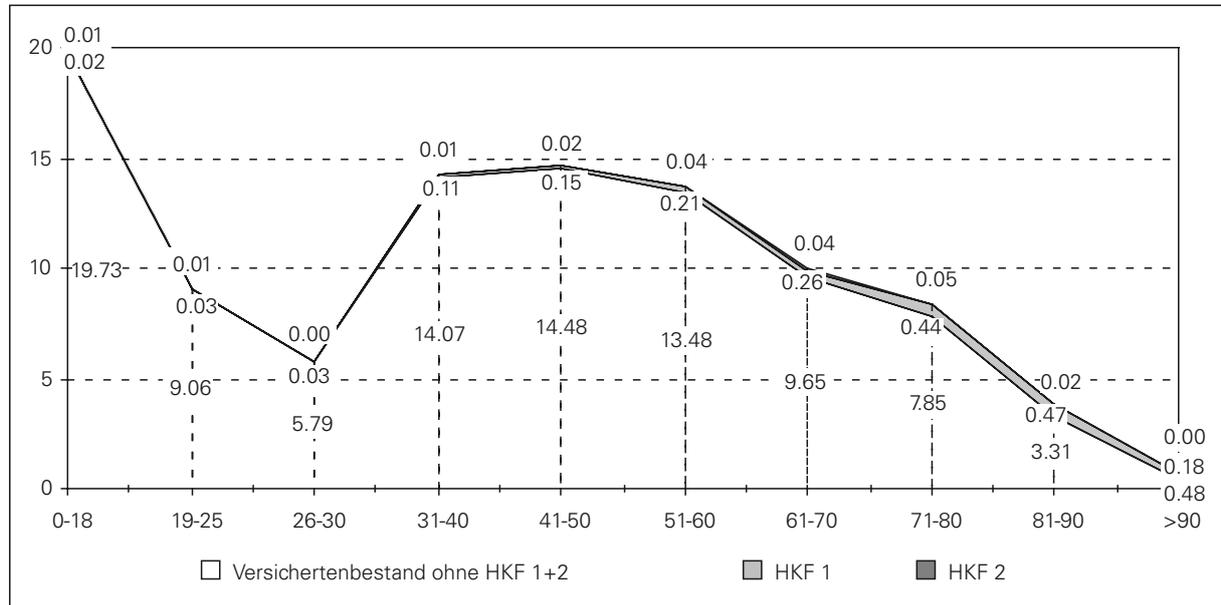
2.1.1 Zusammensetzung nach Alter

Abbildungen 2.3 und 2.4 zeigen im Überblick die Bedeutung der HKF 1 und 2 (Gesamtanteil von 1,9% und 0,2%) vom Gesamtversichertenbestand sowie deren Kostenanteile von den Gesamtkosten (21,4% und 6,1%) verteilt *nach Altersgruppen* (0-18 Jahre, 19-25 Jahre, 26-30 Jahre, 31-40 Jahre, 41-50 Jahre usw.):

- Der Anteil der *HKF 1* von den Gesamtversicherten verteilt sich schwerwiegend auf die Altersgruppen zwischen 50 und 90 Jahre. Die folgenden vier grössten *Anteile vom Gesamtversichertenbestand* zählen zur Gruppe der HKF 1 und lösen entsprechende *Anteile an den OKP-Gesamtleistungen* aus:
 - 0,47% der Versicherten sind zwischen 81 und 90 Jahre alt und verursachen 5,3% der Gesamtkosten,
 - 0,44% der Versicherten sind zwischen 71 und 80 Jahre alt und verursachen 5,0% der Gesamtkosten,
 - 0,26% der Versicherten sind zwischen 61 und 70 Jahre alt und verursachen 2,9% der Gesamtkosten,
 - 0,21% der Versicherten sind zwischen 51 und 60 Jahre alt und verursachen 2,4% der Gesamtkosten.
- Bei den HKF 2 sind die grössten *Anteile vom Gesamtversichertenbestand* in folgenden Altersgruppen mit entsprechenden *Gesamtkostenanteilen* zu beobachten:
 - 0,05% Versicherten sind zwischen 70 und 81 Jahre alt und verursachen 1,5% der Gesamtkosten.
 - 0,04% Versicherten sind zwischen 61 und 70 Jahre alt und verursachen 1,1% der Gesamtkosten,
 - 0,04% der Versicherten sind zwischen 51 und 60 Jahre alt und verursachen 1,1% der Gesamtkosten,

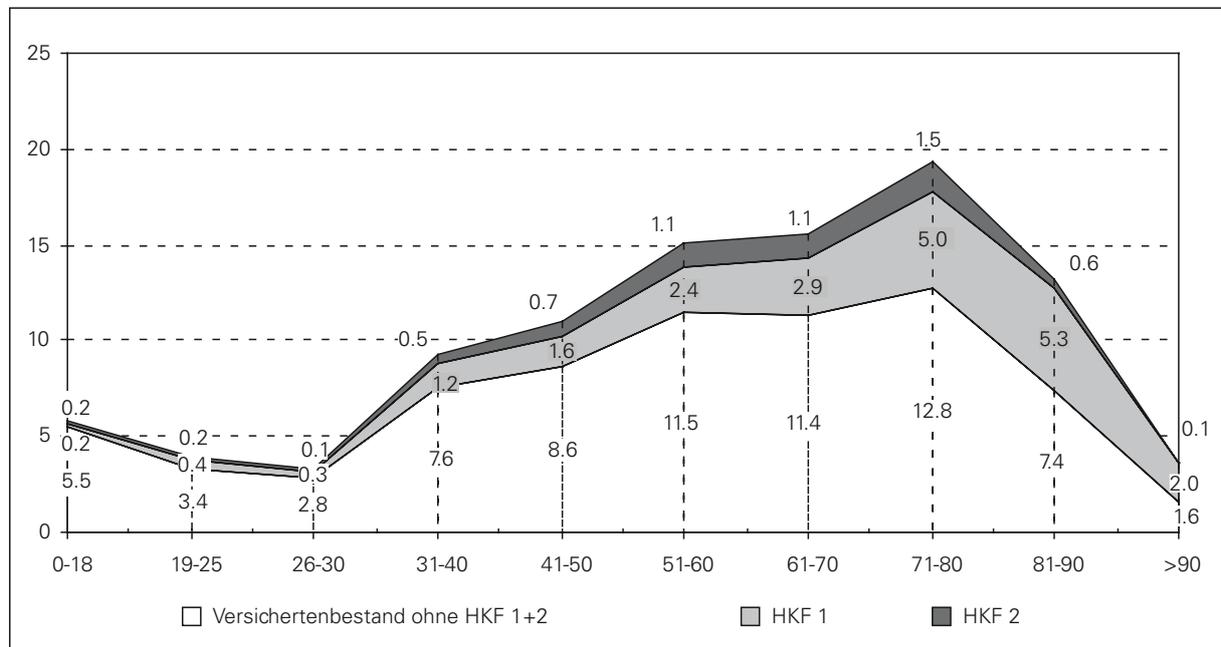
Die grosse Mehrheit an Hochkostenfällen findet sich demzufolge unter den älteren Versicherten.

Abbildung 2.3 Anteil Hochkostenfälle 1 und 2 vom OKP-Gesamtversichertenbestand nach Altersgruppen (in Jahren), in %, 2003



Quelle: Eigene Berechnung.

Abbildung 2.4 Anteil der Kosten der Hochkostenfälle 1 und 2 von den OKP-Gesamtkosten nach Altersgruppen (in Jahren), in %, 2003



Quelle: Eigene Berechnung.

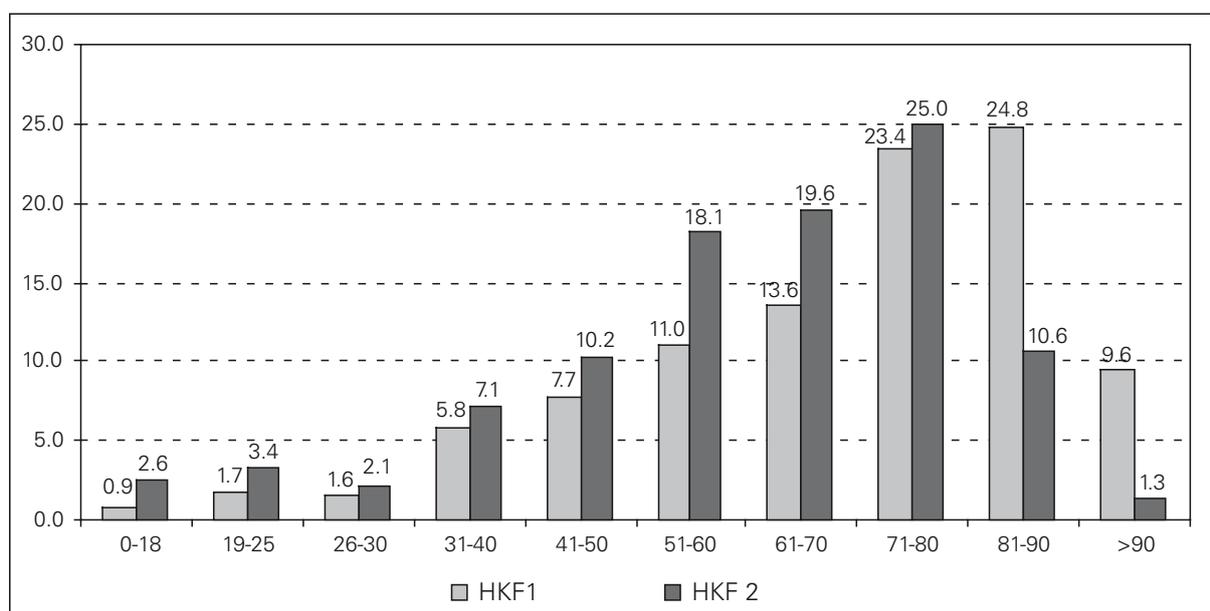
In Abbildung 2.5 wird die Gesamtheit der Hochkostenfälle 1 und 2 *anteilmässig* nach Altersklassen aufgeschlüsselt.

- Bei den *HKF 1* sind die prominentesten Altersgruppen die 71-80 Jährigen sowie die 80-90-Jährigen, die den grössten Anteil von 23% bzw. beinahe 25% ausmachen. Danach folgen die 61-70-Jährigen

mit einem Anteil von 13,6%. Die unter 30-Jährigen machen demgegenüber nur 4,2% der HKF 1 aus. Insgesamt sind fast 82% der HKF 1 älter als 50 Jahre und über 70% älter als 60 Jahre (vgl. Anhang A, Abbildungen 1 und 2). Der Anteil der über 50-Jährigen, verursacht etwa 80%, derjenigen der über 60-Jährigen ca. 70% der Kosten aller HKF 1.

- Die Situation bei den HKF 2 präsentiert sich ähnlich, aber um zwei Altersklassen nach «unten» versetzt. Ein grosser Anteil von 25% der sich in Gruppe der HKF 2 befindenden Hochkostenfälle ist zwischen 71 und 80 Jahre alt, gefolgt von den 61-70 Jährigen (19,6%). Im Vergleich zu den HKF 1 machen auch die 51-60-Jährigen bei den HKF 2 einen bedeutenderen Anteil von 18% aus, während die 81-90-Jährigen vergleichsweise kein so grosses Gewicht mehr einnehmen (10,6%). Auch in der Gruppe der HKF 2 machen die unter 30-Jährigen wiederum nur einen vergleichsweise kleinen Anteil von 8,1% aus. Insgesamt sind fast 75% der HKF 2 älter als 50 Jahre. Im Vergleich zur Gruppe der HKF 1 sind aber nur etwa 56% über 60 Jahre alt. Der Anteil der über 50-Jährigen verursacht über 70%, derjenige der über 60-Jährigen etwas mehr als die Hälfte der Kosten aller HKF 2 (vgl. Anhang A, Abbildungen 1 und 2).

Abbildung 2.5 Zusammensetzung Hochkostenfälle 1 und 2 nach Altersgruppen, in %, 2003



Quelle: Eigene Berechnung.

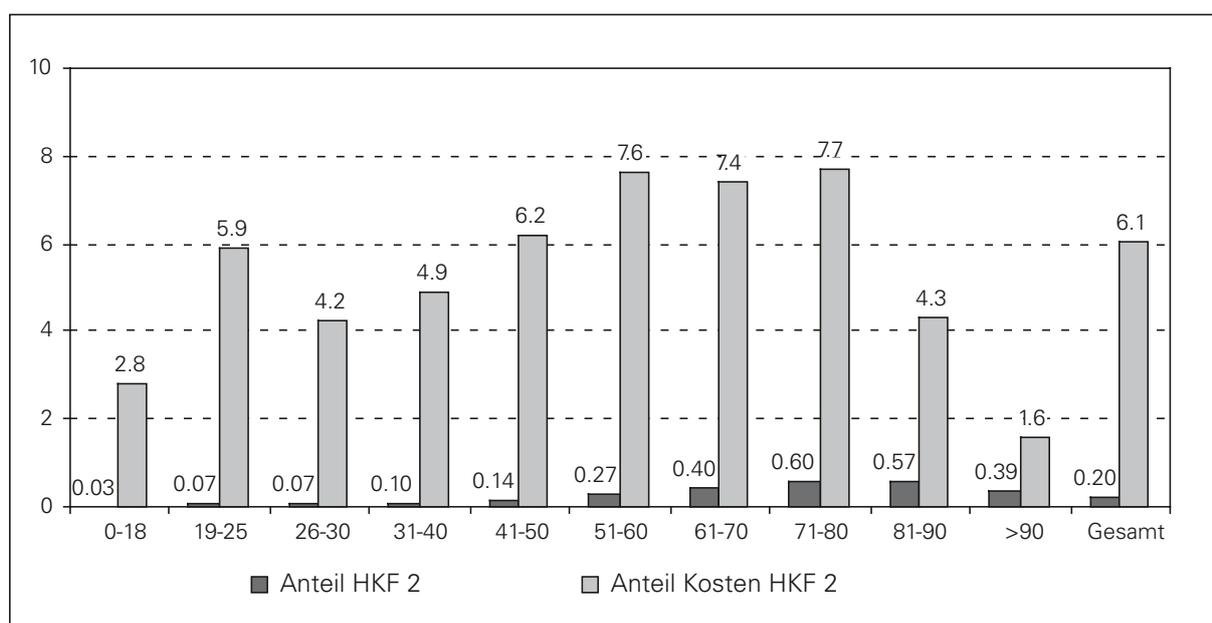
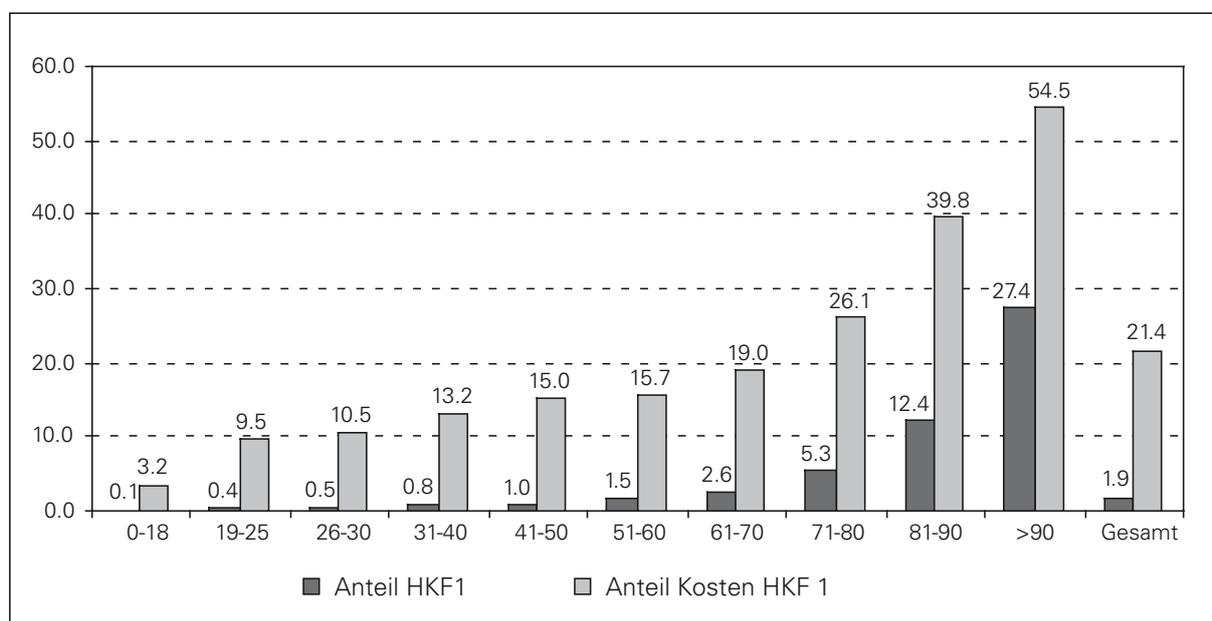
2.1.2 Anteil je Altersgruppe

Welcher Anteil je Altersgruppe ist ein Hochkostenfall? Abbildung 2.6 zeigt die Anteile der Versicherten, bei denen es sich um einen Hochkostenfall (Typ 1 und 2) handelt sowie deren Anteil an den Leistungen innerhalb jeder Altersgruppe:

- Die Wahrscheinlichkeit, ein HKF 1 zu sein, ist unter den über 90-Jährigen am grössten. So verursachten im Jahr 2003 etwa 27% der über 90-Jährigen Kosten zwischen 20'000 und 50'000 Franken. Insgesamt beanspruchten sie dabei 54% der in ihrer Altersklasse veranlassten OKP-Ausgaben. Gefolgt wird diese Gruppe von den 81-90-Jährigen, unter denen 12% zu den HKF 1 zählen und fast 40% der Kosten innerhalb ihrer Altersgruppe verursachten. Bei den 71-80 Jährigen sind rund 5% HKF 1 und verursachen 26% des Aufwands ihrer Altersgruppe. Bei den Personen, die jünger als 70 Jahre sind, ist die Wahrscheinlichkeit, ein HKF 1 zu sein, beträchtlich tiefer. Dabei sinken mit abnehmendem Alter die Anteile der HKF 1 in jeder Altersgruppe (61-70 Jährige: 2,6% im Vergleich zu den 0-18-Jährigen: 0,1%), die damit verbundenen Kostenanteile aber nicht im gleichen relativen Ausmass. Innerhalb der jüngeren Altersgruppen ist folglich eine ausgeprägtere Konzentration der Kosten zu beobachten.

- Die Wahrscheinlichkeit, zu den *HKF 2* zu gehören, ist bei den 71-90-Jährigen am höchsten (71-80 Jahre: 0,60%; 81-90 Jahre: 0,57%). Während aber die 71-80-Jährigen fast 8% der Kosten ihrer Altersgruppe verursachen, sind dies bei den 80-90-Jährigen nur etwas über 4%. Ein beinahe gleich grosser Anteil von 0,40% bzw. 0,39% der 61-70-Jährigen bzw. der über 90-Jährigen sind *HKF 2*. Die ersteren beanspruchen aber über 7%, die zweitgenannten nicht ganz 2% der Kosten innerhalb ihrer Altersgruppe. Unterhalb des Alters von 60 Jahren sinkt die Wahrscheinlichkeit, ein *HKF 2* zu sein, allerdings fällt der innerhalb der Altersgruppe entsprechende Kostenanteil der *HKF 2* nicht im gleichen Ausmass. So sind 0,27% der 51-60-Jährigen *HKF 2* und veranlassen einen ähnlich hohen Anteil der Kosten wie die stärker betroffenen 71-80-Jährigen. Ebenso ist ein relativ geringer Anteil von 0,07% der 19-25-Jährigen ein *HKF 2*, gleichzeitig verursacht diese Gruppe aber 5,9 % der Kosten ihrer Altersgenossen. In dieser Altersgruppe ist folglich eine überdurchschnittlich starke Konzentration der OKP-Leistungen auf wenige Hochkostenfälle (> 50'000 Franken im Jahr) zu beobachten.

Abbildung 2.6 Anteil Hochkostenfälle 1 und 2 und ihr Anteil an Kosten innerhalb jeder Altersgruppe, in %, 2003



Quelle: Eigene Berechnung.

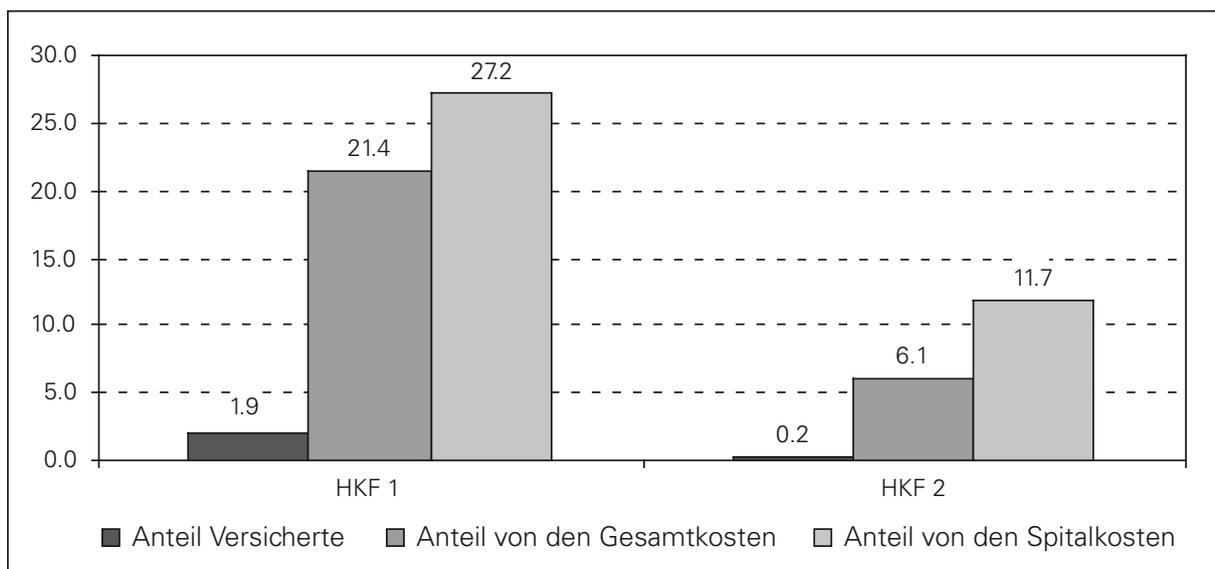
2.1.3 Spitalleistungen

Ein hoher Anteil der Kosten in der Krankenversicherung fällt im Spitalbereich an. Im Gesamten verursacht die Spitalversorgung etwa 37% der OKP-Bruttoleistungen. Im Fall der HKF 1 sind es durchschnittlich 47% und bei den HKF 2 durchschnittlich 71% der Kosten, die in den Spitälern anfallen. Bei der Spitalversorgung ist die Konzentration der Kosten daher noch extremer. Den 1,9% HKF 1 sind 27,2%, den 0,2% HKF 2 11,7% der gesamten Spitalkosten zuzuschreiben (vgl. Abbildung 2.7 und 2.8). Insgesamt verursachen damit 2,1% der Versicherten fast 40% aller OKP-Ausgaben im Spitalsektor.

Einen besonders hohen Anteil an Spitalkosten weist sowohl unter den HKF 1 wie den HKF 2 die jüngste Altersgruppe auf (vgl. Abbildung 2.8). Bei den unter 18-Jährigen fallen etwa 82% der Kosten der HKF 1 und 90% der HKF 2 im Spitalbereich an. Demgegenüber weisen vor allem die HKF 1 unter den 81-90- und über 90-Jährigen einen unterdurchschnittlichen Anteil an den Spitalkosten von 31% bzw. 17% auf. Bei den HKF 2 ist der Anteil der Spitalausgaben bei den über 90-Jährigen mit 34% vergleichsweise niedrig. Dies liegt insbesondere daran, dass unter den Hochbetagten die Kosten für eine Pflegebetreuung, welche anstelle der akuten Spitalversorgung tritt, an Bedeutung gewinnen.

Die Mittel, die in den Spitalsektor fließen, lassen sich nach stationären und ambulanten in den Spitälern erbrachten Leistungen aufschlüsseln, wobei die stationäre Versorgung finanziell die gewichtigere darstellt (vgl. Abbildung 2.9).

Abbildung 2.7 Anteil Hochkostenfälle 1 und 2 vom Gesamtbestand, ihr Anteil von den Gesamt- und Spitalkosten, in %, 2003



Quelle: Eigene Berechnung.

Abbildung 2.8 Anteil der Spitalkosten «gesamt» bei den OKP-Versicherten gesamt und bei den Hochkostenfällen 1 und 2, nach Altersgruppen, in %, 2003

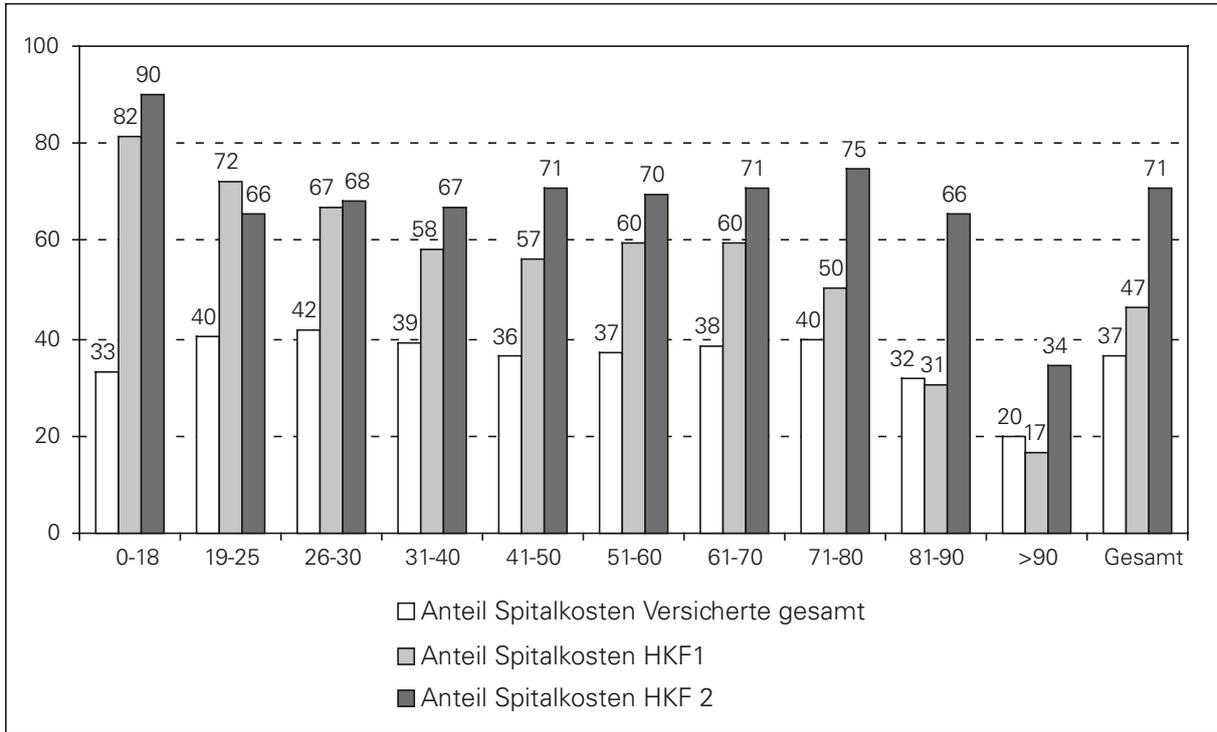
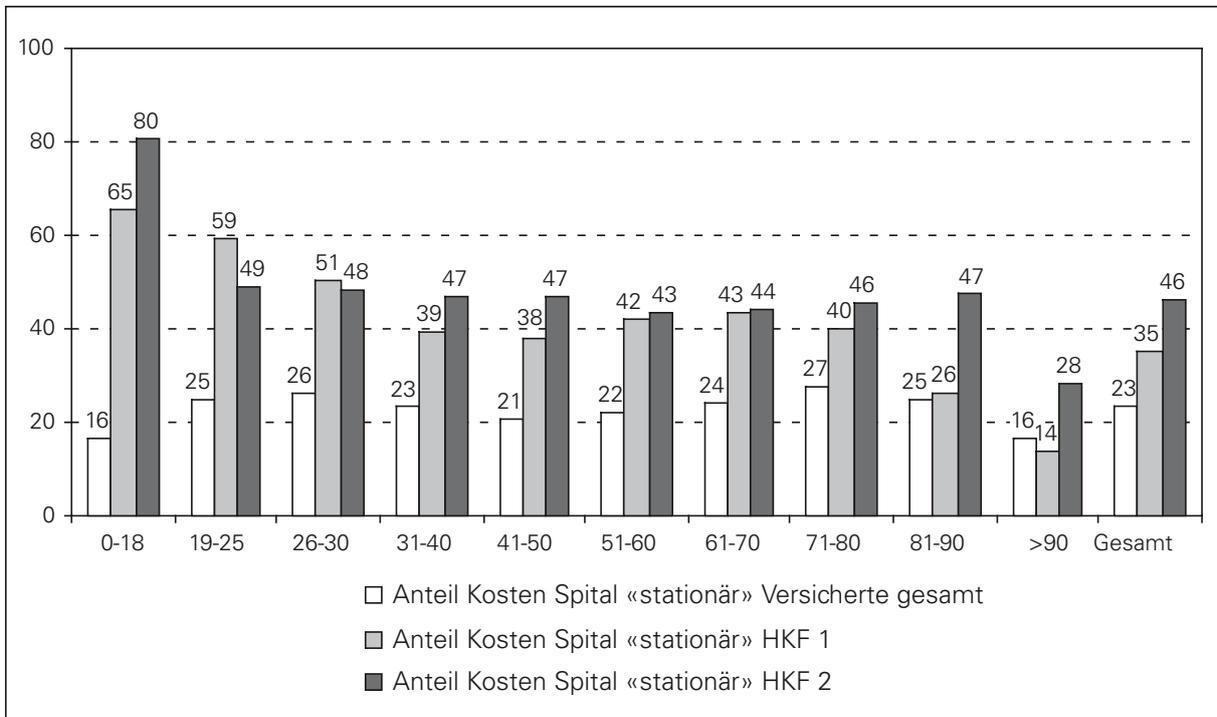


Abbildung 2.9 Anteil der Spitalkosten «stationär» bei den OKP-Versicherten gesamt und bei den Hochkostenfällen 1 und 2, nach Altersgruppen, in %, 2003



Quelle: Eigene Berechnung.

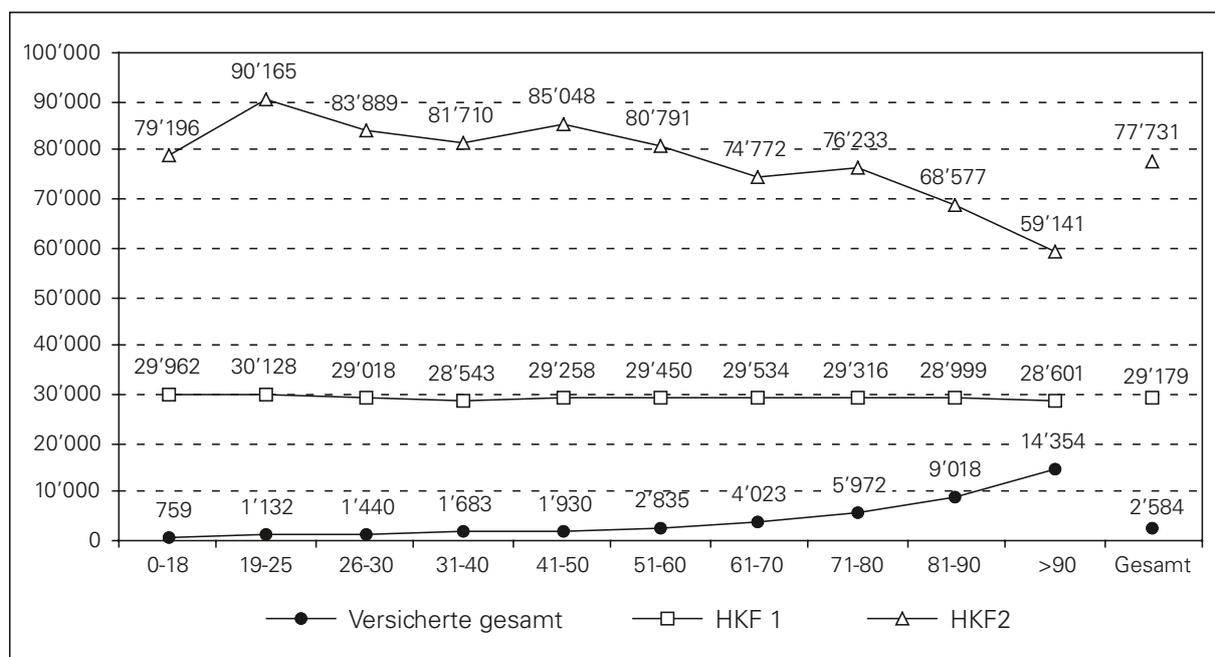
Insgesamt beansprucht der stationäre Bereich 23% der OKP-Bruttoleistungen. Bei den Hochkostenversicherten ist der Anteil um einiges höher, so fließen bei den HKF 1 durchschnittlich 35% und bei den HKF 2 etwa 46% der Ausgaben in die stationäre Betreuung. Analog zu den Gesamtspitalkosten zeigt sich, dass bei den 0-18-Jährigen ein sehr grosser Anteil der Kosten der HKF 1 und vor allem der HKF 2 in der stationären Versorgung (65% bzw. 80%) anfällt. Ebenso weisen die HKF 1 der 19-25 und der 26-30-Jährigen einen überdurchschnittlich höheren Anteil an stationären Kosten auf (59% bzw. 51%). Der tiefere Anteil der gesamten Spitalkosten bei den HKF 1 der über 80-Jährigen sowie bei den HKF 2 der über 90-Jährigen spiegelt sich auch beim Anteil der stationären Kosten an den gesamten OKP-Leistungen wider (HKF 1: 81-90: 26%, >90: 14%; HKF 2: >90: 28%).

2.1.4 Durchschnittskosten

Abbildung 2.10 zeigt, wie die *Durchschnittskosten pro Kopf* mit zunehmendem Alter in der Krankenversicherung ansteigen: Ein Versicherter unter 18 Jahren verursachte im Jahr 2003 durchschnittlich 759 Franken, ein 31-40-Jähriger 1'683 Franken und ein über 90-Jähriger 14'354 Franken – also über das achtfache – an jährlichen Kosten. Innerhalb der Krankenversicherung findet folglich eine starke Umverteilung von «jung zu alt» statt. Bei den Hochkostenversicherten präsentieren sich die Durchschnittskosten pro Kopf wie folgt:

- Bei den *HKF 1* sind die jährlichen Durchschnittskosten pro Kopf unter den Altersgruppen ähnlich hoch und pendeln mit maximaler Differenz von etwa 1'500 Franken zwischen mindestens 28'601 Franken (> 90 Jahre) und höchstens 30'128 Franken (26-30 Jahre).
- Bei den *HKF 2* bestehen beträchtliche Unterschiede in den jährlichen Durchschnittskosten pro Kopf je Altersklasse. Den grössten Wert nehmen die 19-25 Jährigen mit 90'165 Franken pro Kopf im Jahr 2003 ein. Die höheren Altersgruppen weisen in dieser Versichertengruppe weit weniger hohe Durchschnittskosten pro Kopf aus. Am tiefsten sind die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten bei den über 90-Jährigen mit 59'141 Franken und den 81-90 Jährigen mit 68'577 Franken im Jahr 2003.

Abbildung 2.10 Gesamtdurchschnittskosten pro Kopf bei den OKP-Versicherten und den Hochkostenfällen 1 und 2, nach Altersgruppen, in Franken, 2003



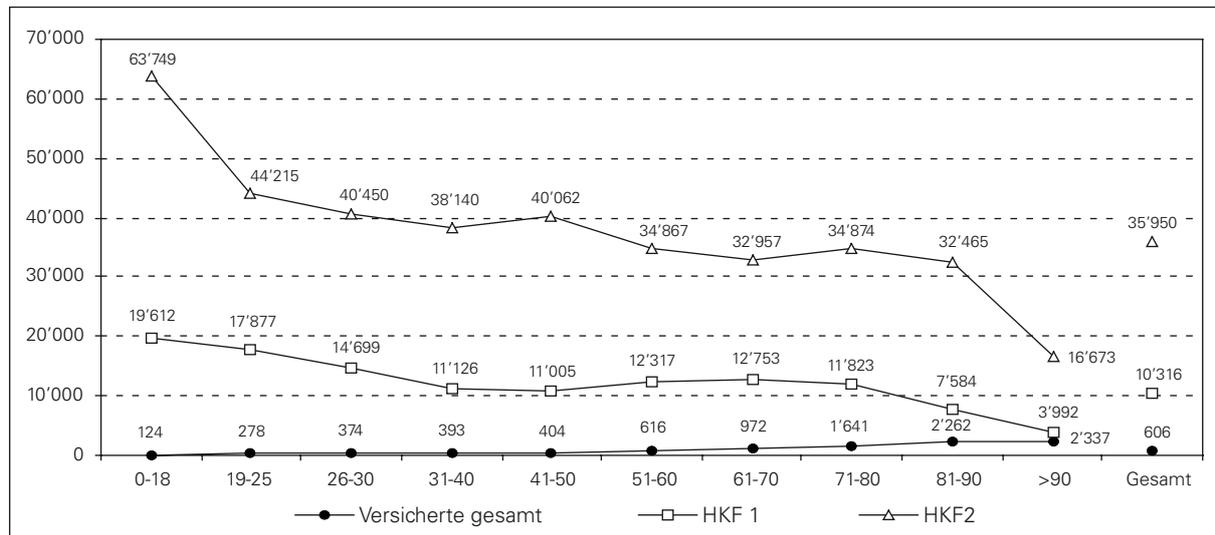
Quelle: Eigene Berechnung.

Die *Pro-Kopf Durchschnittskosten für die stationäre Versorgung* betragen pro HKF 1 im Mittel 10'316 Franken, jene für die ambulante Spitalversorgung 3'260 Franken. Ein HKF 2 veranlasste im Jahr 2003 durchschnittlich 35'950 Franken im stationären und 19'071 Franken im spitalambulanten Bereich (vgl. Abbildung 2.11). Bei der *Zusammensetzung der Pro-Kopf-Durchschnittskosten im Spitalbereich* sind in beiden Hochkostenfallgruppen wiederum Unterschiede zwischen den Altersgruppen zu beobachten:

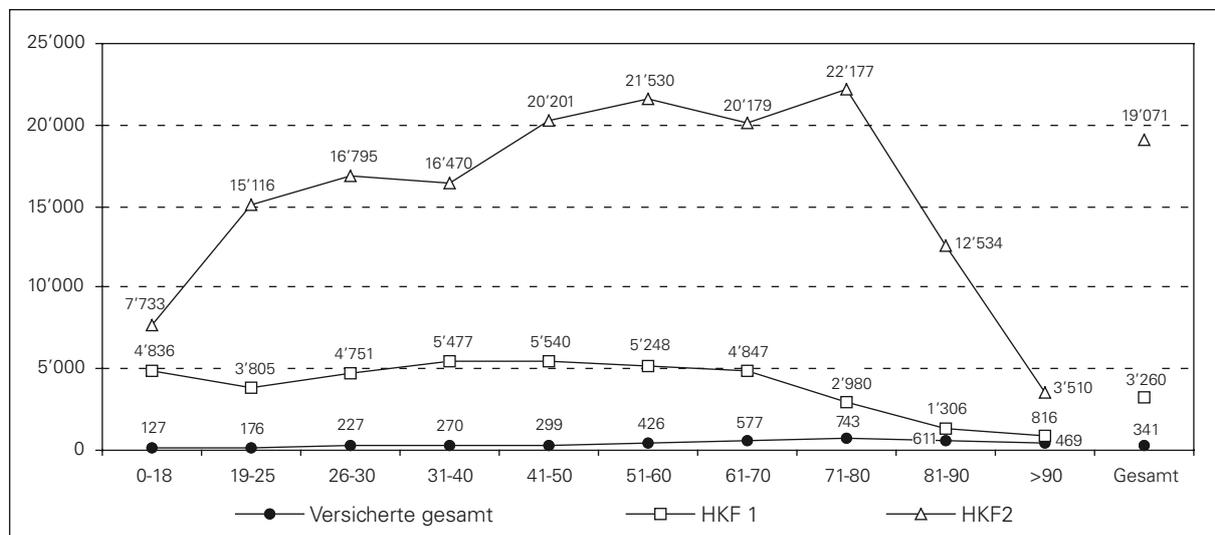
- Bei den *HKF 1* weisen vor allem die unter 30-Jährigen überdurchschnittlich hohe Kosten pro Kopf in der stationären Versorgung auf. Dabei veranlassten die 0-18-Jährigen mit 19'612 Franken im Jahr 2003 die höchsten stationären Durchschnittskosten pro Kopf. Die tiefsten stationären Durchschnittskosten fallen bei den über 80-Jährigen an: Bei den 81-90-Jährigen beliefen sie sich auf 7'584 Franken, bei den über 90-Jährigen auf 3'992 Franken im Jahr 2003. Auch im ambulanten Spitalbereich weisen die ältesten Versicherten bei den HKF 1 die verhältnismässig tiefsten durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten auf (81-90 Jahre: 1'309 Franken; >90 Jahre: 816 Franken). Die höchsten spitalambulanten Durchschnittskosten fallen bei den Versicherten zwischen 30 und 60 Jahren an (31-40 Jahre: 5'477 Franken; 41-50 Jahre: 5'540 Franken, 51-60 Jahre: 5'248 Franken).

Abbildung 2.11 Durchschnittskosten pro Kopf Spital «stationär» und «ambulant» bei den OKP-Versicherten und den Hochkostenfällen 1 und 2, nach Altersgruppen, in Franken, 2003

Durchschnittskosten pro Kopf Spital «stationär»



Durchschnittskosten pro Kopf Spital «ambulant»



Quelle: Eigene Berechnung.

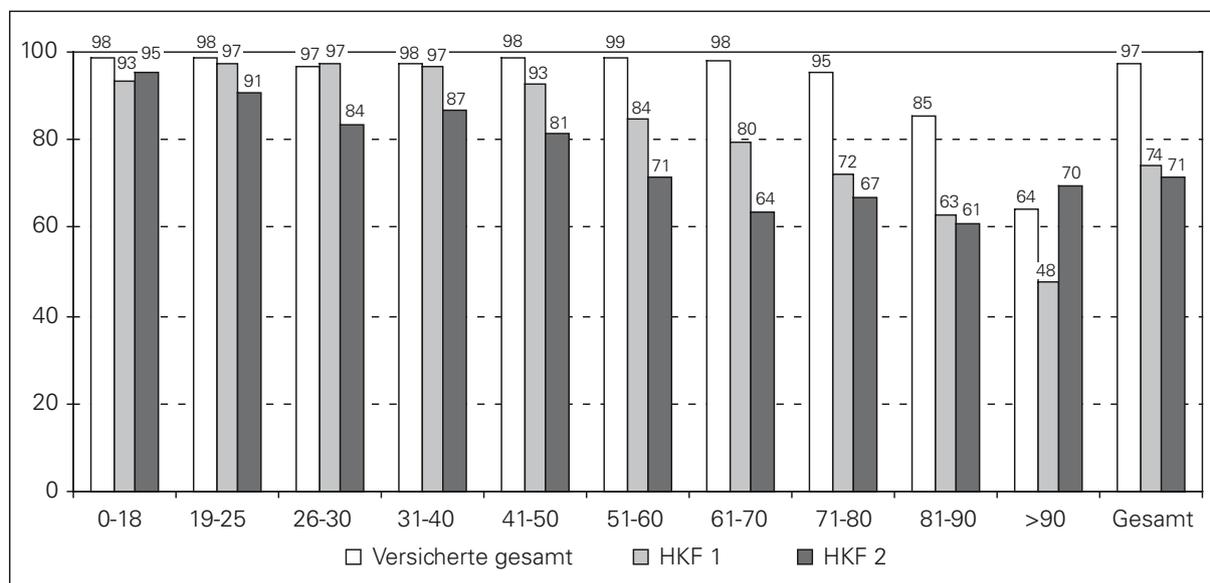
- Bei den *HKF 2* fallen die vergleichsweise sehr hohen stationären Durchschnittskosten bei den 0-18-Jährigen von 63'749 Franken, verbunden mit relativ tiefen spitalambulanten Durchschnittskosten von 7'733 Franken, auf. Umgekehrt weisen vor allem die Altersgruppen zwischen 40 und 80 Jahren höhere Pro-Kopf-Kosten in der ambulanten Spitalversorgung von zwischen 20'000 und 22'000 Franken auf. Ab Alter 80 und vor allem bei den über 90-Jährigen sind die Durchschnittskosten der spitalambulanten wie der stationären Versorgung wieder vergleichsweise niedriger (81-90 Jahre: 12'534 Franken; >90 Jahre: 3'510 Franken).

2.1.5 Anteil Versicherte, die am 31.12.2004 noch am Leben sind

In der Untersuchung wurde weiter erhoben, welcher Anteil der Versicherten am 31.12.2004 – d.h. ein Jahr später – noch am Leben ist. Hier ist anzumerken, dass allfällige Todesfälle der *Krankenkassenwechsler* den Krankenversicherer nicht bekannt sind und daher in die Erfassung nicht mit eingingen.

Im Durchschnitt beläuft sich der Anteil der Versicherten, die am 31.12.2004 noch am Leben waren, im Gesamten auf 97%, bei den *HKF 1* auf 74% und bei den *HKF 2* auf 71%. Abbildung 2.13 zeigt, dass vor allem ab dem Alter 80 – der gesamte Anteil der Versicherten, welche am Ende des Jahres noch am Leben sind, sinkt (von 95% auf 64%). Bei den *HKF 1* fällt der Anteil der Überlebenden stetig. Der tiefste Wert an Überlebenden wird bei den über 90-Jährigen mit 48% erreicht. Der Anteil der Patienten, die am 31.12.2004 noch am Leben sind, fällt bei den *HKF 2* ab dem Alter 25 unter 90% und ab dem Alter 50 auf 71% und darunter. Die meisten Todesfälle verzeichnet die Altersgruppe der 81-90-Jährigen (Überlebensrate: 61%); deren Überlebensrate ist sogar niedriger als diejenige der über 90-Jährigen (Überlebensrate: 70%). Trotz dem durchschnittlich höheren Anteil an Todesfällen kann man festhalten, dass die Mehrheit der Hochkostenfälle ihre hohen Leistungen (bereits) vor ihrem letzten Lebensjahr auslösen.

Abbildung 2.12 Anteile der OKP-Versicherten und Hochkostenfälle, die am 31.12.2004 noch am Leben sind, nach Altersgruppen, in %, 2003



Quelle: Eigene Berechnung.

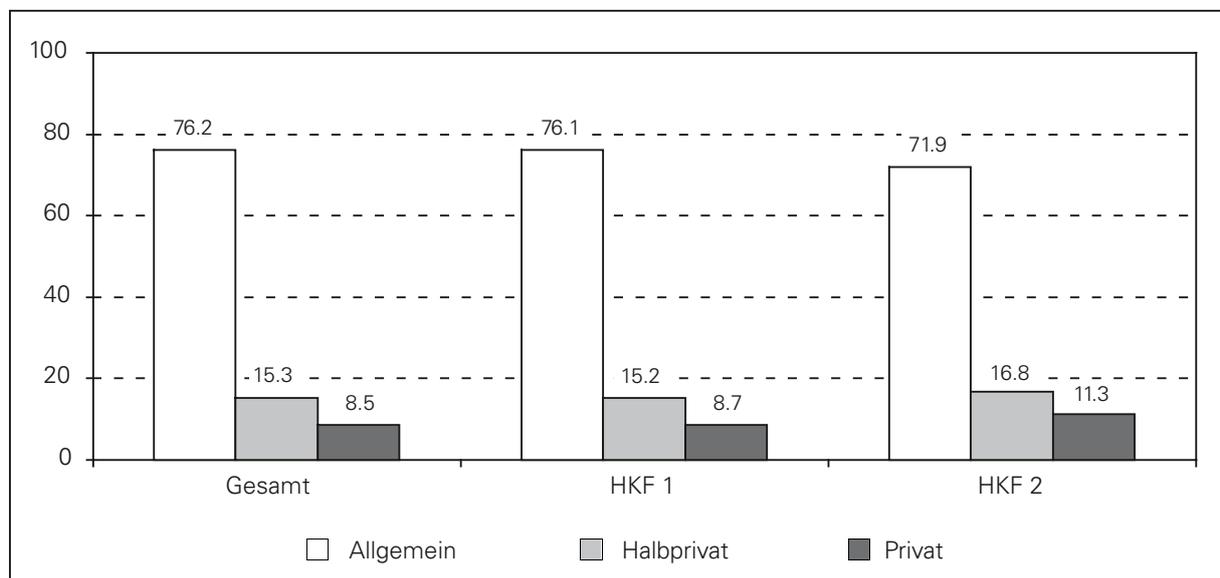
2.2 Hochkostenfälle nach Versicherungsstatus

In einem weiteren Schritt wurden die Hochkostenfälle *nach Versichertenstatus*, d.h. nach Allgemein-, Halbprivat- und Privatversicherung unterschieden.

2.2.1 Anteil nach Versicherungsstatus

Vom untersuchten Kollektiv sind 76,2% Personen allgemeinversichert, ein Anteil von 15,3% verfügt über eine Halbprivatversicherung, 8,5% der Personen zusätzlich über eine Privatversicherung (vgl. Abbildung 2.13). Die Zusammensetzung der Gruppe der HKF 1 nach Versichertenstatus entspricht weitgehend derjenigen der Grundgesamtheit. Dies im Gegensatz zu den HKF 2, bei denen der Anteil an Zusatzversicherten insgesamt über 2 Prozentpunkte höher ist als im gesamten Versichertenkollektiv (16,8% Halbprivatversicherte, 11,3% Privatversicherte).

Abbildung 2.13 Zusammensetzung der OKP-Versicherten und Hochkostenfälle nach Versicherungsstatus, in %, 2003

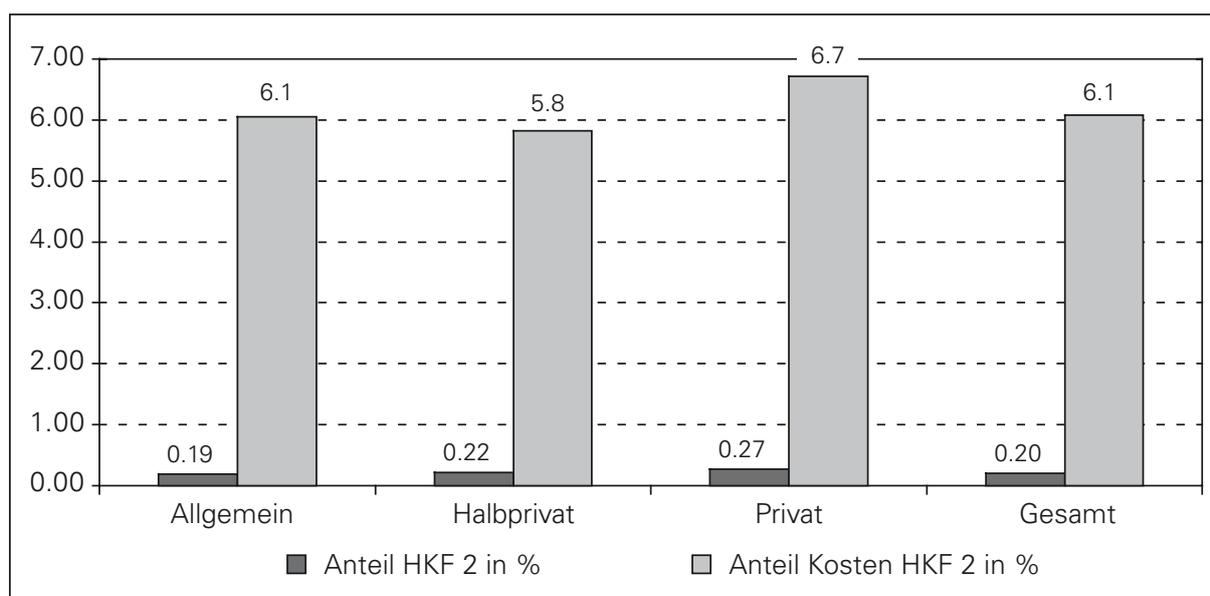
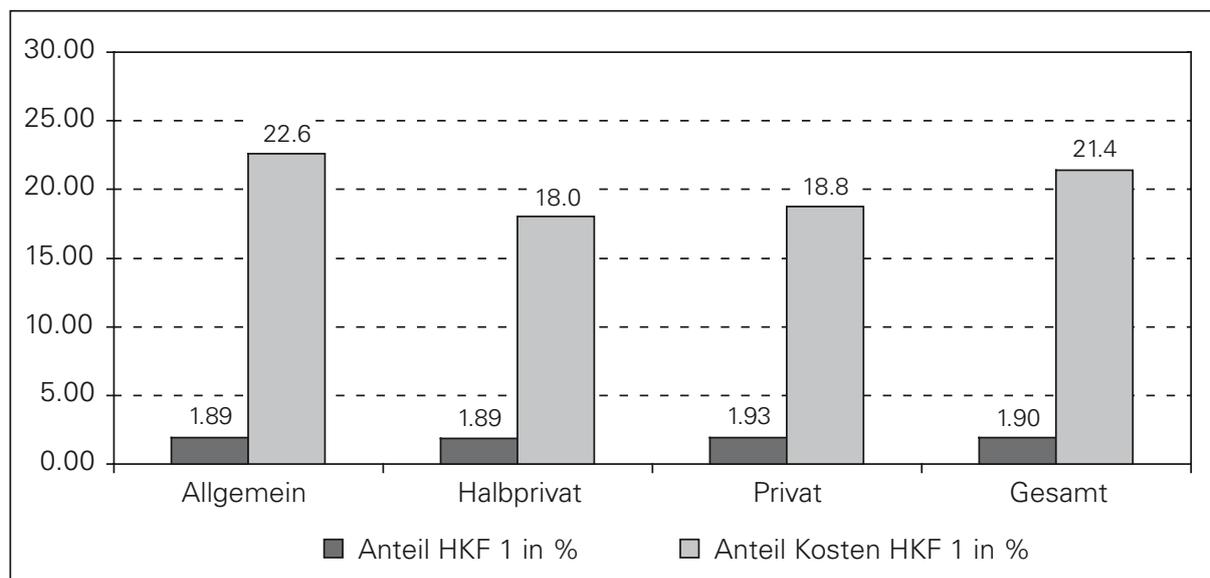


Quelle: Eigene Berechnung.

Abbildung 2.14 zeigt die Anteile der Hochkostenfälle (HKF 1 und HKF 2) innerhalb der verschiedenen Versicherungssegmente sowie deren korrespondierende Anteile ihrer OKP-Bruttoleistungen:

- Einen leicht höheren Anteil an *HKF 1* weist die Gruppe der Privatversicherten auf (1,93% im Vergleich zu 1,89% bei den anderen Versicherungssegmenten). Leicht konzentrierter sind die Kosten bei den Allgemeinversicherten, wo 1,9% der Personen für 22,6% der Kosten verantwortlich sind (Im Vergleich: Halbprivat: 18,0%; Privat: 18,8%)
- Bei den Privatversicherten fällt der überdurchschnittlich hohe Anteil an *HKF 2* auf (um ein Drittel höher als bei den ausschliesslich grundversicherten Personen). Auch bei den Halbprivatversicherten ist der Anteil an HKF 2 im Vergleich zu den Allgemeinversicherten grösser (0,22%). Daneben fallen wie bei den HKF 1 die Kosten im Segment der ausschliesslich grundversicherten Personen wiederum leicht konzentrierter aus.

Abbildung 2.14 Anteile der Hochkostenfälle und deren Kostenanteil innerhalb der verschiedenen Versicherungssegmenten, in %, 2003

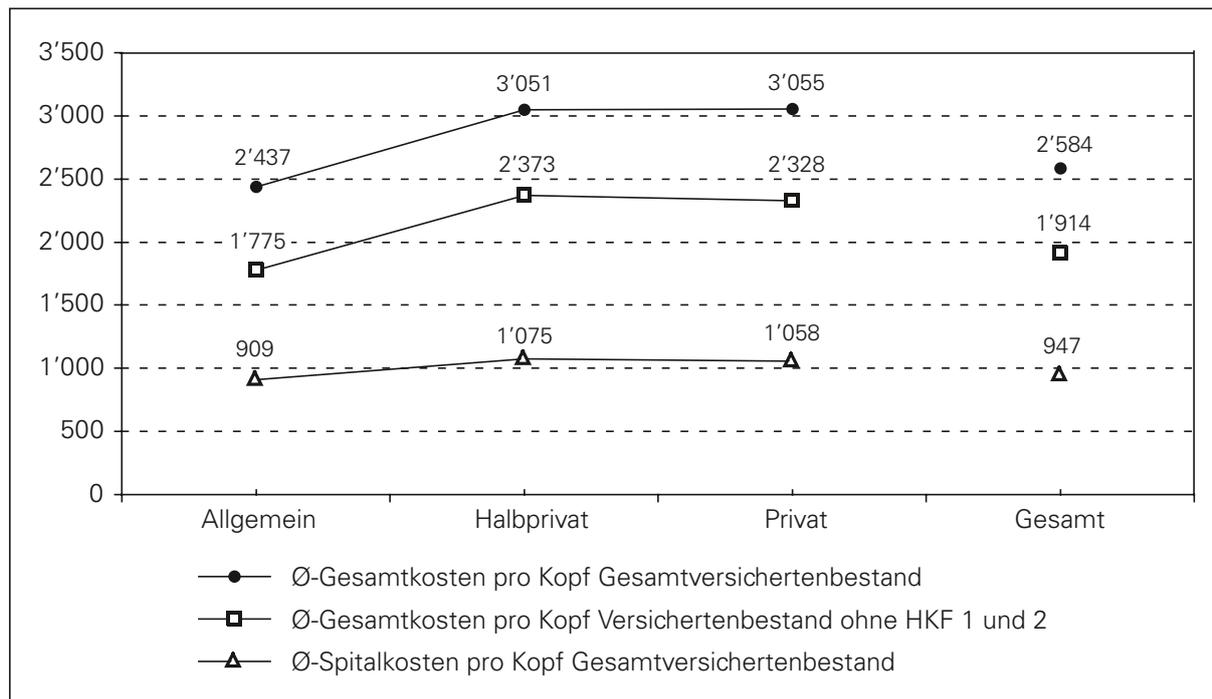


Quelle: Eigene Berechnung.

2.2.2 Durchschnittskosten

Gemäss Abbildung 2.15 sind die Durchschnittskosten pro Kopf aller Versicherten bei den Zusatzversicherten innerhalb der OKP-Leistungen um etwa 25% höher als die Durchschnittskosten eines Allgemeinversicherten: Eine ausschliesslich grundversicherte Person löste im Schnitt 2'437 Franken, eine halbprivatversicherte 3'051 Franken und eine privatversicherte 3'055 Franken OKP-Bruttoleistungen im Jahr 2003 aus. Zieht man die Hochkostenfälle vom Gesamtbestand und den Gesamtkosten ab, so bleiben die Unterschiede bestehen. Die Zusatzversicherten sind im Durchschnitt bis zu 600 Franken bzw. einem Drittel pro Kopf teurer pro Jahr als die Allgemeinversicherten.

Abbildung 2.15 Durchschnittskosten pro Kopf nach Versicherungsstatus, in Franken, 2003



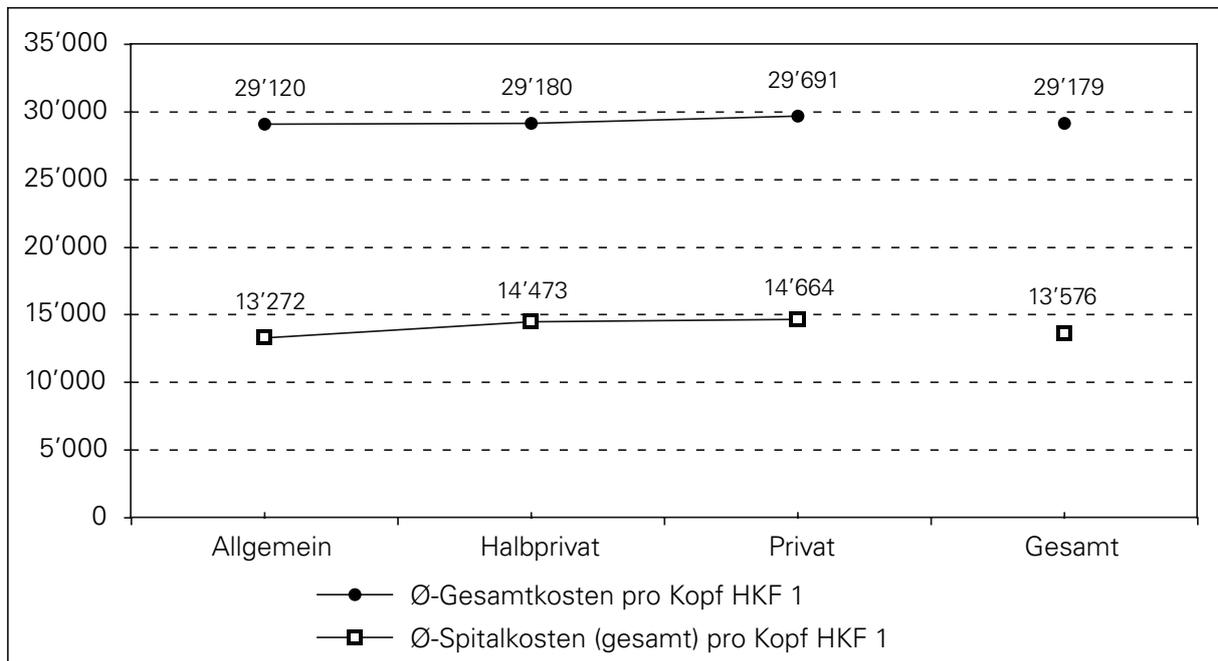
Quelle: Eigene Berechnung.

Die Durchschnittskosten pro Kopf im Spitalbereich (stationär und ambulant) sind ebenfalls bei den Zusatzversicherten höher, aber nicht im gleichen Ausmass (Allgemein: 909 Franken; Halbprivat: 1'075 Franken; Privat: 1'058 Franken). Diese Kostenunterschiede pro Kopf zwischen den Allgemein- und Zusatzversicherten müssen folglich auf Ursachen ausserhalb der Spitalversorgung, d.h. auf die anderen medizinischen Leistungsbereiche zurückzuführen sein.

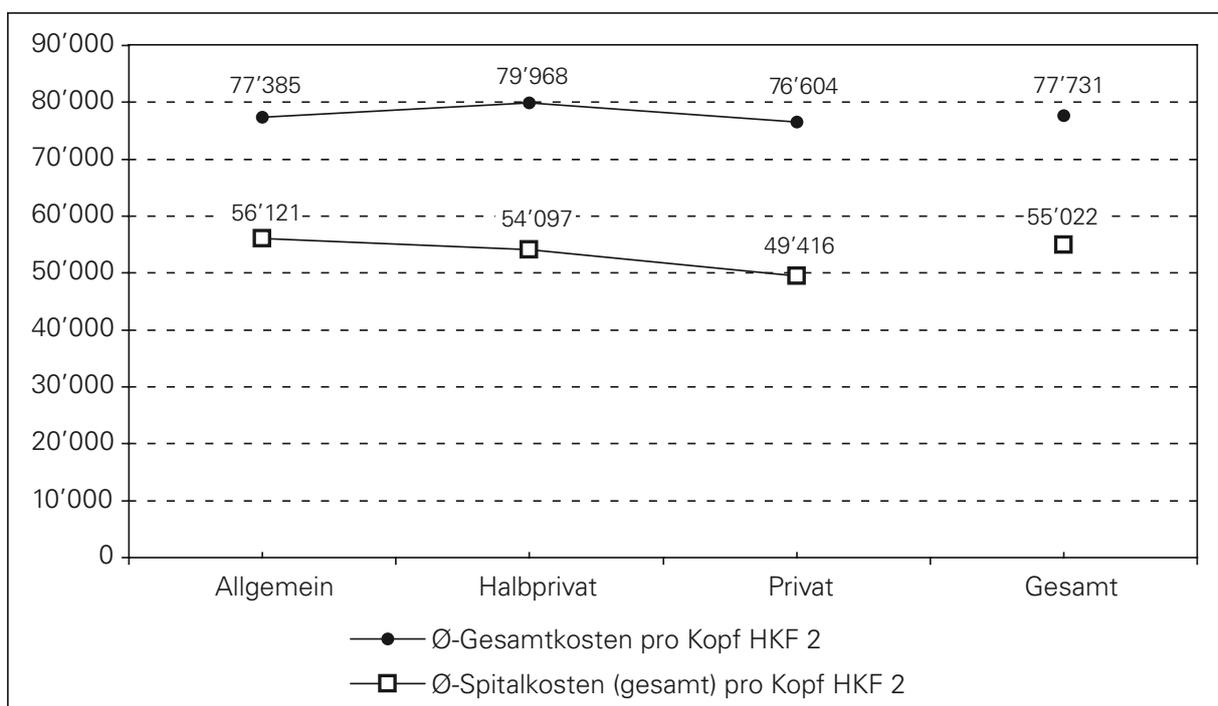
Bei den *HKF 1* unterscheiden sich die Durchschnittskosten pro Kopf nach Versichertenstatus nicht so stark wie bei den gesamten OKP-Versicherten (vgl. Abbildung 2.16). Die Durchschnittsgesamtkostenwerte sind bei den Privatversicherten (29'691 Franken) anteilmässig nur wenig höher als die Werte der anderen Versichertensegmente (Allgemein: 29'120 Franken; Halbprivat; 29'180 Franken). Im Spitalbereich (ambulant und stationär) sind die Unterschiede leicht stärker ausgeprägt. Bei den *HKF 2* sind die Durchschnittskosten der privatversicherten Personen von insgesamt 76'604 Franken sogar tiefer als diejenigen der Halbprivat- und Allgemeinversicherten (79'968 Franken bzw. 77'385 Franken).

Abbildung 2.16 Durchschnittskosten pro Kopf der Hochkostenfälle nach Versicherungsstatus, in Franken, 2003

HKF 1



HKF 2



Quelle: Eigene Berechnung.

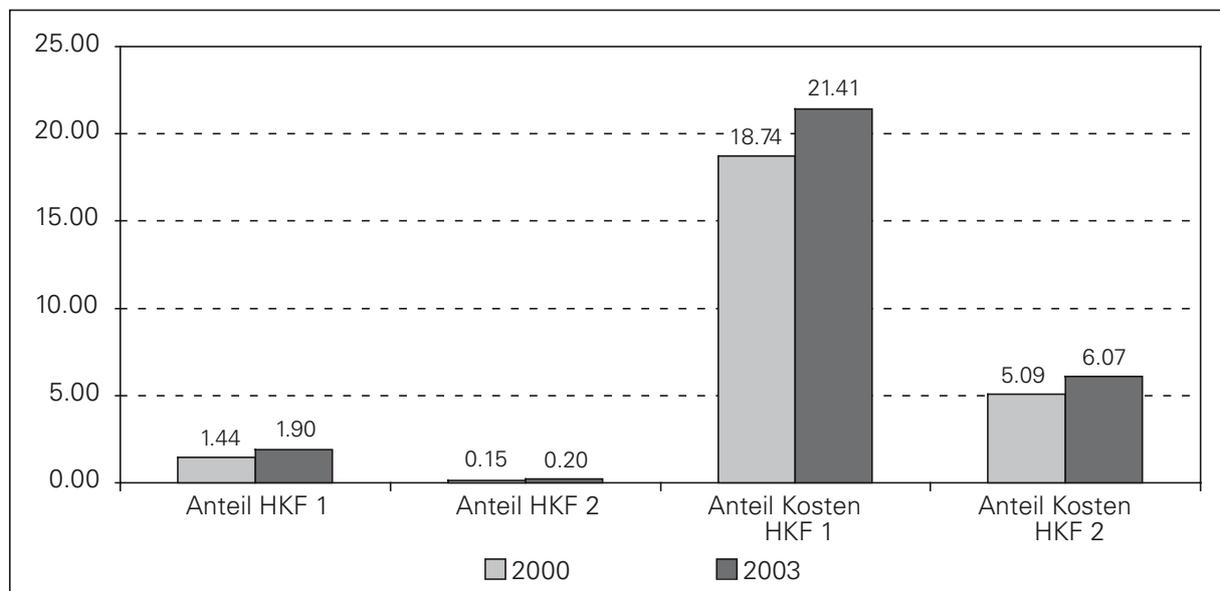
2.3 Hochkostenfälle im Zeitablauf

Von weiterem Interesse ist, wie sich die Hochkostenfälle im *Zeitablauf* verhalten. Um darüber erste Informationen zu erhalten, wurden die Kostendaten nach Altersgruppen aus dem Jahr 2003 der vier Krankenkassen mit denjenigen aus dem Jahr 2000 verglichen. Dabei wurden einfachheitshalber die Kostengrenzen der Hochkostengruppen für beide Jahre gleich (*HKF 1: zwischen 20'000 und 50'000.– Franken pro Jahr* und *HKF 2: > 50'000.– Franken pro Jahr*), d.h. ohne Berücksichtigung einer allfälligen Inflation, definiert. Da die Untersuchung nur eine Teilpopulation der gesamten OKP-Versicherten betrachtet, ist ein solcher einfacher Bestandsvergleich mit Vorsicht zu interpretieren. Allfällig zu beobachtende Veränderungen in der Zusammensetzung und im Umfang von Hochkostenfällen könnten nämlich auf eine Veränderung der (Risiko-)Struktur des untersuchten Teilkollektivs, wie z.B. einer Entmischung durch Abwanderung von jüngeren Personen und Verbleib von kränkeren Versicherten bei den befragten Krankenkassen, zurückzuführen sein. Um die zeitliche Entwicklung der Kostenverteilung in der Krankenversicherung genauer zu analysieren, wäre es daher sinnvoll, den gesamten OKP-Versichertenbestand in eine Untersuchung miteinzubeziehen und über einen längeren Zeitraum zu beobachten.

2.3.1 Veränderung Umfang Hochkostenfälle

Aus Abbildung 2.17 gehen die Anteile der HKF 1 und 2 sowie deren Kostenanteile an den OKP-Bruttoteleistungen der Jahre 2000 und 2003 hervor. Im untersuchten Versichertenkollektiv ist der Anteil der HKF 1 von 1,4% im Jahr 2000 auf 1,9% im Jahr 2003 angestiegen. Der Kostenanteil, den die HKF 1 beanspruchten, hat sich in diesem Zeitraum von 18,7% auf 21,4% erhöht. Auch der Anteil der HKF 2 hat zwischen dem Jahr 2000 und 2003 von 0,15% auf 0,20% zugenommen. Deren Kostenanteil wuchs von 5,1% auf 6,1% an. Die Anteile je Altersgruppe, bei denen es sich um HKF 1 oder HKF 2 handelt, erhöhten sich je Altersgruppe (bis auf die über 90-Jährigen) zwischen 16% und 47% (vgl. Anhang A, Abbildung 3) und im Gesamten um über 30%.

Abbildung 2.17 Anteil Hochkostenfälle 1 und 2 sowie Kostenanteil vom OKP-Versichertenbestand Gesamt bzw. Kosten vom Gesamt der befragten Krankenkassen, in %, 2000 und 2003

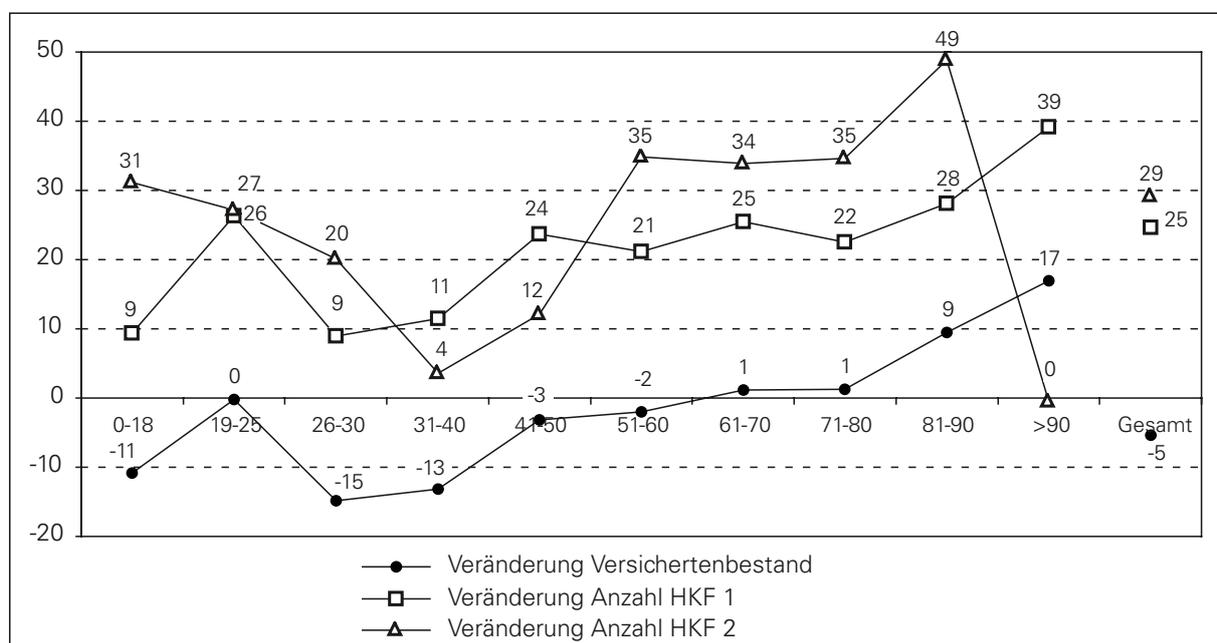


Quelle: Eigene Berechnung.

Dieser Zuwachs an Hochkostenfällen könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich die Risikostruktur des untersuchten Versichertenkollektivs im Vergleich zum gesamten OKP-Versichertenbestand durch eine ungünstige Zu- und Abwanderung von kranken Personen generell verschlechtert hat. Tatsächlich hat sich die Zusammensetzung des Versichertenbestands der vier Krankenkassen zwischen 2000 und 2003 ver-

ändert (vgl. Abbildung 2.18). Während die Anzahl Versicherten unter 60 Jahren, vor allem der 0-18-, der 26-30- und der 31-40-Jährigen in absoluten Zahlen abnahmen, stieg gleichzeitig der Umfang der über 80-Jährigen. Der gesamte Versichertenbestand sank zwischen dem Jahr 2000 und 2003 um 5% von 2,45 Mio. auf 2,32 Mio. Mitglieder, die Anzahl HKF 1 wuchs im gleichen Zeitraum um 25% von 35'281 auf 43'958 Personen und diejenige der HKF 2 um 29% von 3'624 auf 4'682 Versicherte an. Da der Anteil an Hochkostenfällen besonders unter den älteren Personen hoch ist, kann diese Strukturverschiebung im Versichertenbestand für die im Zeitvergleich zu beobachtende Zunahme an kostenintensiven Fällen (HKF 1 und HKF 2) verantwortlich sein. Allerdings erscheint der Anstieg an Hochkostenversicherten trotz der Zunahme an älteren Versicherten im Bestand relativ gross. Es zeigt sich auch, dass die absolute Anzahl der Hochkostenfälle (ausser im Fall der HKF 2 bei den über 90-Jährigen) in allen Altersgruppen zunahm und beträchtlich über der prozentualen Veränderung der Gesamtversicherten je Altersklasse lag. Einen Zuwachs von über 20% an HKF 1 war vor allem in den Altersgruppen

Abbildung 2.18 Veränderung der Anzahl gesamter OKP-Versicherten und der Anzahl Hochkostenfälle im untersuchten Versichertenkollektiv, nach Altersgruppen, in %, 2003



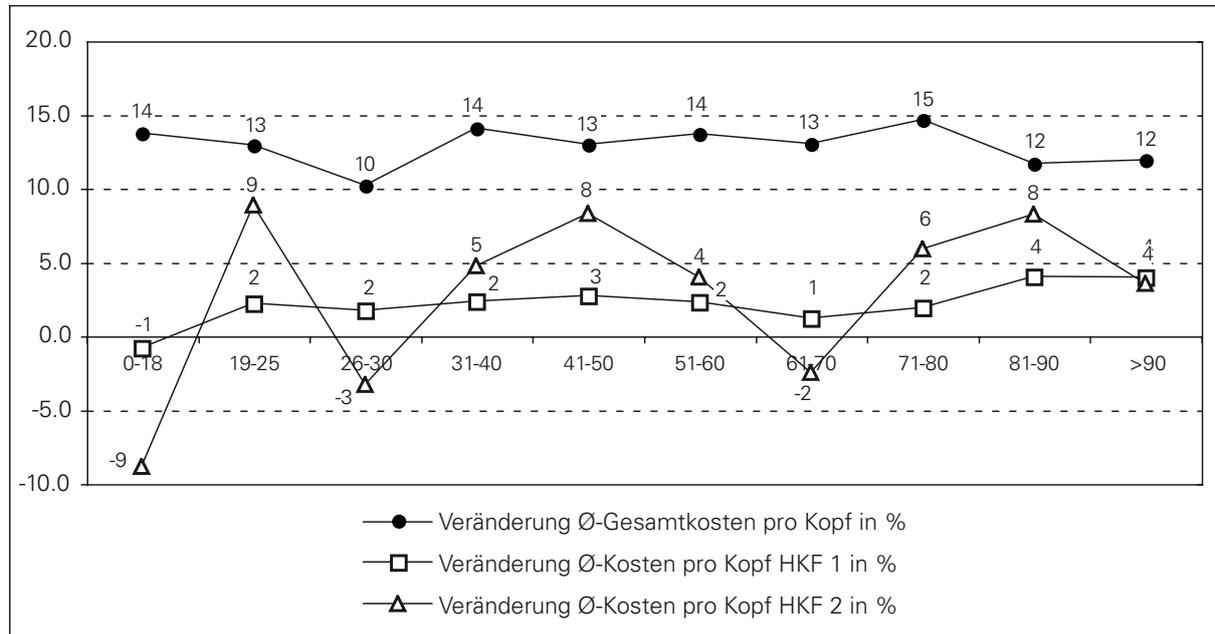
Quelle: Eigene Berechnung.

19-25 (26%) – also auch dort, wo die Versichertenzahl sank – und ab dem Alter 40 zu beobachten. Einen starken Zunahme an HKF 1 erfuhr vor allem die älteste Versicherungsgruppe (>90 Jahre: +39% HKF1). Der absolute Anstieg an HKF 2 war vergleichsweise am grössten bei den 81-90-Jährigen (49%). Diese Veränderungen deuten darauf hin, dass die Anzahl an Hochkostenfällen im Laufe der Zeit zunimmt.

2.3.2 Veränderung Durchschnittskosten

Bei den HKF 1 pendeln die Wachstumsraten der Durchschnittskosten pro Kopf zwischen -1% (0-18-Jährige) und +4% (> 80 Jahre) (vgl. Abbildung 2.19). Bei den HKF 2 bewegen sich die Veränderungsraten zwischen den Altersgruppen zwischen einem negativen Wachstum von -9% (0-18-Jährige) und einer positiven Zunahme von +9% (19-25-Jährige). Die Wachstumsraten der Pro-Kopf-Durchschnittskosten der Versicherten ohne die Hochkostenfälle lagen bis auf die Altersgruppe der 81-90-Jährigen oberhalb derjenigen der Hochkostengruppen. Zusammen mit den Hochkostenfällen erhöhten sich die Wachstumsraten der Durchschnittskosten pro OKP-Versicherten je Altersgruppe nochmals und betrugen zwischen dem Jahr 2000 und 2003 zwischen 10% und 15%.

Abbildung 2.19 Veränderung der Durchschnittskosten der verschiedenen Versichertengruppe zwischen 2000 und 2003, in %



Quelle: Eigene Berechnung.

Zwar sind die Veränderungsrate der Pro-Kopf-Durchschnittskosten der Versicherten ohne die Hochkostenfälle grösser als diejenigen der Hochkostengruppen selbst, um aber noch einen Eindruck über die Proportionen der Kostenveränderung zu erhalten, wird in Tabelle 2.1 die absoluten durchschnittlichen Zunahme der OKP-Leitungen pro Kopf aufgezeigt.

Zwischen den Jahren 2000 und 2003 verteuerte sich ein HKF 1 im Durchschnitt um 735 Franken, ein HKF 2 um 2'517 Franken. Die Pro-Kopf-Durchschnittskosten der Versicherten *ohne diese Hochkostenfälle* stiegen in diesem Zeitraum um 223 Franken, also im Vergleich zu den HKF 1 und HKF 2 in absoluten Werten um einen weit geringeren Betrag. Insgesamt veränderten sich die Pro-Kopf-Durchschnittskosten des *gesamten Versichertenkollektivs* um 399 Franken. Ein grosser Teil der allgemeinen Kostensteigerung geht demzufolge auf die Entwicklung bei den Hochkostenfällen (Zunahme Anzahl, Zunahme Leistungen) zurück. Gleichzeitig ist aber zu beobachten, dass die *durchschnittlichen Spitalkosten pro Kopf* bei den HKF 1 und HKF 2 zwischen dem Jahr 2000 und 2003 sogar gesunken sind (vgl. Tabelle 2.1). Bei den Hochkostenversicherten hat sich offenbar in diesem Zeitraum auch die *Zusammensetzung der Leistungen* verändert. Der Anteil der Spitalkosten hat sich verringert (HKF 1: 2000: 50% /2003: 47%; HKF 2: 2000: 75% /2003: 71%), während der Aufwand für die

Tabelle 2.1 Durchschnittskosten pro Kopf, 2000 und 2003, in Franken

Versichertengruppe	Durchschnittskosten pro Kopf, 2000	Durchschnittskosten pro Kopf, 2003	Veränderung 2000-2003,
HKF 1	28'444 Franken	29'179 Franken	+ 7'35 Franken
HKF 2	75'214 Franken	77'731 Franken	+ 2'517 Franken
Versichertenbestand ohne HKF 1 und 2	1'691 Franken	1'914 Franken	+ 223 Franken
Gesamtversichertenbestand	2'185 Franken	2'584 Franken	+ 399 Franken
Versichertengruppe	Durchschnittskosten Spital gesamt pro Kopf, 2000	Durchschnittskosten Spital gesamt pro Kopf, 2003	Veränderung 2000-2003,
HKF 1	14'342 Franken	13'576 Franken	-766 Franken
HKF 2	56'695 Franken	55'022 Franken	-1'674 Franken
Gesamtversichertenbestand	794 Franken	947 Franken	+153 Franken

Quelle: Eigene Berechnung.

anderen medizinischen Leistungen an Gewicht zugenommen hat. Welcher Versorgungsbereich (Pflege, Arzt, Medikamente etc.) dabei absolut und anteilmässig zulegte, müsste weiter abgeklärt werden.

2.4 Fazit

Aus der Auswertung der Daten des Versichertenkollektivs der vier an der Untersuchung beteiligten Krankenkassen können zusammenfassend folgende erste Aussagen über die Situation von Hochkostenfällen in der Krankenversicherung gemacht werden:

– Starke Konzentration der Kosten auf ältere Versicherte

Im Jahr 2003 löste ein Anteil von 1,9% der OKP-Versicherten Leistungen im Umfang zwischen 20'000 und 50'000 Franken (HKF 1) innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung aus. Insgesamt war diese Hochkostengruppe für 21,4% der OKP-Bruttokosten verantwortlich. Ein Anteil von 0,2% des Versichertenkollektivs wiesen im Jahr 2003 Kosten grösser als 50'000 Franken (HKF 2) aus. Diesen Erkrankten waren 6,1% der OKP-Gesamtkosten zuzuschreiben.

Insgesamt machen bei den HKF 1 wie auch bei den HKF 2 die unter 30-Jährigen Versicherten nur einen relativ kleinen Teil von 4,2% bzw. 8,2% aus. Die grosse Mehrheit an Hochkostenfällen findet sich vor allem unter den älteren Versicherten. Etwa 82% der HKF 1 sind älter als 50 Jahre und binden 80% der gesamten Kosten innerhalb der HKF 1. Dabei stammen die grössten Anteile der HKF 1 von fast je einem Viertel aus den Altersgruppen der 71-80-Jährigen sowie 80-90-Jährigen. Bei den HKF 2 präsentiert sich die anteilmässige Verteilung fast um zwei Altersklassen nach «unten» versetzt. So stellen bereits die Altersklassen der 51-60-Jährigen (18,1%) sowie der 61-70-Jährigen (19,6%) neben den 71-80-Jährigen (25,0%) die grösseren Anteile an den HKF 2. Insgesamt sind fast 75% der HKF 2 über 50 Jahre alt und verursachen über 70% der gesamten Kosten der HKF 2.

Die Wahrscheinlichkeit, ein HKF1 zu sein, ist unter den über 90-Jährigen mit 27% ziemlich hoch. Unter den Altersgruppen ist die Rate, zu den HKF 2 zu zählen bei den 71-90 Jährigen mit etwa 0,6% relativ am grössten. Insgesamt besteht die höchste relative Wahrscheinlichkeit, ein Hochkostenfall zu sein, ab dem Alter 70. Ein wesentlicher Teil der OKP-Leistungen wird für die *medizinische Versorgung der Betagten* aufgewendet.

– Teurere Hochkostenfälle unter den 19-25-Jährigen

Vor allem bei den HKF 2 lässt sich eine stärkere Konzentration der Kosten innerhalb der jüngeren Altersgruppen (ab unter 50 Jahren) und vor allem unter den 19-25-Jährigen beobachten. Während die Durchschnittskosten pro Kopf je Altersgruppe bei den HKF 1 ähnlich hoch ausfallen, zeigen sich bei den HKF 2 beträchtliche Unterschiede nach Alter der Versicherten. Die grössten Durchschnittskosten weisen dabei die 19-25-Jährigen auf. Demzufolge kommt es unter den jüngeren Versicherten zu weniger Erkrankten,

die über 50'000 Franken pro Jahr (HKF 2) kosten. Im Vergleich zu den älteren Versichertensegmenten sind diese Fälle dann aber überdurchschnittlich teuer.

– *Kostenintensive Spitalversorgung vor allem bei den jüngsten Hochkostenfällen*

Insgesamt fliessen 37% aller OKP-Leistungen in den Spitalbereich. Um einiges höher ist der Kostenanteil für die Spitalversorgung bei den HKF 1 mit 47% und bei den HKF 2 mit 71%. Die Aufschlüsselung der Durchschnittskosten pro Kopf zeigt, dass es sich bei den jüngsten HKF 1 und HKF 2 vor allem um überdurchschnittlich kostenintensive Patienten in Bezug auf die Spitalleistungen und dort vor allem bei der akutstationären Betreuung handelt. Bei den hochbetagten Hochkostenfällen ist der Anteil an Spitalleistungen geringer, dafür spielen die Pflegeleistungen eine grössere Rolle.

– *Tiefere Überlebensrate bei den Hochkostenfällen*

Im Schnitt ist die Überlebensrate unter den Hochkostenfällen mit 74% (HKF 1) und 71% (HKF 2) um ein Fünftel tiefer als im Gesamten (97%). Gleichzeitig fällt der Anteil der Personen, die nach einem Jahr noch am Leben sind, unter den HKF 1 schon ab dem Alter 50 und bei den HKF schon bei den Versicherten ab dem Alter 25 unter 90%. Die insgesamt tiefste Überlebenswahrscheinlichkeit weisen die HKF 1 der über 90-Jährigen mit 48% auf.

– *Anteilmässig mehr Hochkostenfälle unter den Privatversicherten*

Der Privatversichertenbereich weist einen höheren Anteil an HKF 1 und HKF 2 auf als die Gruppe der Allgemeinversicherten. Ob dies aber darauf zurückzuführen ist, dass sich unter den Privatversicherten tatsächlich mehr ältere oder kranke Personen befinden oder es in diesem Segment zu einer durch die Zusatzversicherung stimulierten Leistungsausweitung und damit auch für die Grundversicherung teureren Versorgung kommt, müsste weiter abgeklärt werden.

– *Allgemein teurere Zusatzversicherte, aber zum Teil nur leicht teurere Hochkostenfälle unter den Zusatzversicherten*

Die OKP-Durchschnittskosten pro Kopf sind bei den Zusatzversicherten auffallend höher als jene der Allgemeinversicherten (um 25%). Der Kostenunterschied ist auch abzüglich der Wirkung der Hochkostenfälle und vor allem ausserhalb der Spitalleistungen zu beobachten. Hierzu stellen sich mehrere Fragen: Sind die Zusatzversicherten grundsätzlich kränker oder älter und damit teurer? Die These, dass gerade diejenigen Personen, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko aufweisen, dazu neigen, sich «besser» versichern zu lassen, würde ein solches Ergebnis unterstützen. Auf der anderen Seite könnten die höheren Pro-Kopf-Kosten auch darauf zurückgehen, dass gerade bei den Zusatzversicherten ein erhöhter Anreiz zu Moral Hazard besteht, d.h. diese ihre höhere Prämienausgaben auch durch eine verstärkte Nachfrage von Gesundheitsleistungen amortisieren möchten.

In den beiden Hochkostengruppen sind die relativen Unterschiede in den Durchschnittskosten pro Kopf nicht mehr so frappant. Oberflächlich betrachtet deutet dies darauf hin, dass es unter den kostenintensiven Versicherten kaum Unterschiede zwischen den verschiedenen Versicherungsbereichen betreffend der medizinischen Versorgung, was die OKP-Leistungen angeht, auszumachen sind.

– *Zunahme an Hochkostenfällen im Zeitablauf*

Die absolute Zunahme an Hochkostenfällen in allen Altersgruppen deutet trotz der Verschlechterung der Risikostruktur des untersuchten Versichertenkollektivs darauf hin, dass die Anzahl der teuersten Versicherten im Zeitablauf steigt. Vor dem Hintergrund der ständigen Expansion der medizinisch-technologischen Möglichkeiten in der Gesundheitsversorgung ist diese Entwicklung nicht überraschend.

– *Wachstum der Durchschnittskosten*

Zwar waren die Veränderungsraten der Durchschnittskosten pro Kopf je Altersgruppe zwischen dem Jahr 2000 und 2003 im Versichertenkollektiv *unabhängig* von den Hochkostenfällen gross und deuten auf eine *zunehmende Medikalisation aller Versicherten* hin, dennoch trägt die Entwicklung der Hochkostenfälle (Zunahme, Teuerung) zum Anstieg der OKP-Leistungen wesentlich bei. Dabei scheint das Wachstum der Leistungen bei den Hochkostenversicherten vor allem in den medizinischen Versorgungsbereichen *ausserhalb* des Spitalsektors stattgefunden zu haben.

3 Ausgewählte Fallbeispiele

Bis anhin wurden in der Untersuchung Hochkostenfälle nur aus einem eng gefassten Blickwinkel beleuchtet, d.h. es wurden jene Versicherte untersucht, die hohe Ausgaben innerhalb *eines Jahres* veranlassten. Von besonderem gesundheitspolitischem Interesse ist des weiteren die Frage, an welchen *Erkrankungen* diese Hochkostenfälle (hauptsächlich) leiden, d.h. welche Krankheitsbilder gegenwärtig in der medizinischen Versorgung zu derart hohen Ausgaben führen, welche *therapeutischen Leistungen* damit einhergehen und wie sich die Kosten dieser teuren Versicherten *über die Zeit*, d.h. den gesamten Behandlungsverlauf, verhalten. Gerade bei der Bestimmung und Charakterisierung der Krankheitsbilder von Hochkostenfällen bestehen aber – unter anderem aufgrund der gegenwärtigen Bedingungen des Personendatenschutzes – beträchtliche Informationshürden bzw. -lücken. So werden von den Krankenkassen die erkrankten Versicherten in der Regel nicht nach medizinischer Diagnose, d.h. im Rahmen eines anerkannten Diagnose-Codes (z.B. ICD-10) erfasst (vgl. Kapitel 4, Umfrage bei den Krankenversicherern). Dadurch, dass die Registrierung der Versicherten bzw. Patienten zur Zeit nur im Bereich der Kosten wirklich systematisch betrieben wird, ist die Gewinnung zusätzlicher Informationen und Auswertungen von Versichertenprofilen für die Krankenkassen selbst sehr aufwändig, da sie jedem einzelnen Fall gesondert analysieren müssen.

Einen Anhaltspunkt über die möglichen Erkrankungen von den teuersten Patienten bietet eine Untersuchung des Versichertenkollektivs des MediX-Ärzteverbands Zürich.⁵ Bei den häufigsten Diagnosen der Patienten mit Jahreskosten *über 10'000 Franken* handelte es sich um *Dialysen, Insult, Koronare Herzkrankheit, Oesophagus- und Kolonkarzinom, Demenz, Bronchuskarzinom, Aortenaneurysma, malignes Lymphom, Diabetes, Schenkelhalsfraktur, Mamma- oder Ovariakarzinom, Primär sklerosierende Cholangitis, HIV, Hüft- und Knie-Totalprothese* (vgl. Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1 Häufigste Diagnosen bei PatientInnen mit Jahreskosten über 10'000 Franken im MediX Ärzteverbund Zürich*

Anzahl Versicherte	ICD-10-Code	Diagnose	Jahreskosten zusammen (in Franken)
4	Z 49	Dialysen	398'896
7	I 64	Insult	396'616
10	I 20 – I 25	Koronare Herzkrankheit	262'511
9	C 15, C 18	Oesophagus- und Kolonkarzinom	171'733
8	F 00 – F 05	Demenz	138'341
5	C 34	Bronchuskarzinom	114'890
4	I 71	Aortenaneurysma; periphere arterielle Verschlusskrankheit	79'622
3	C 82 – C 85	Malignes Lymphom	77'536
3	E 10	Diabetes	75'960
4	S 72	Schenkelhalsfraktur	73'548
3	C 50, C 56	Mamma- oder Ovariakarzinom	57'911
2	K 83	Primär sklerosierende Cholangitis	48'382
3	B 20 – B 24	HIV	43'240
3	M 16, M 17	Hüft- und Knie-Totalprothese	39'366
68	Total		1'978'551
1,7%			30%

* Das Versichertenkollektiv umfasst insgesamt 4'103 Personen mit Jahreskosten von insgesamt 6'617'294 Franken. 101 Patienten (2,5%) verursachten Jahreskosten von über 10'000 Franken und waren insgesamt für 2'558'817 Franken (39% der Gesamtkosten des Gesamtkollektivs) verantwortlich. Quelle: Weber (2005)

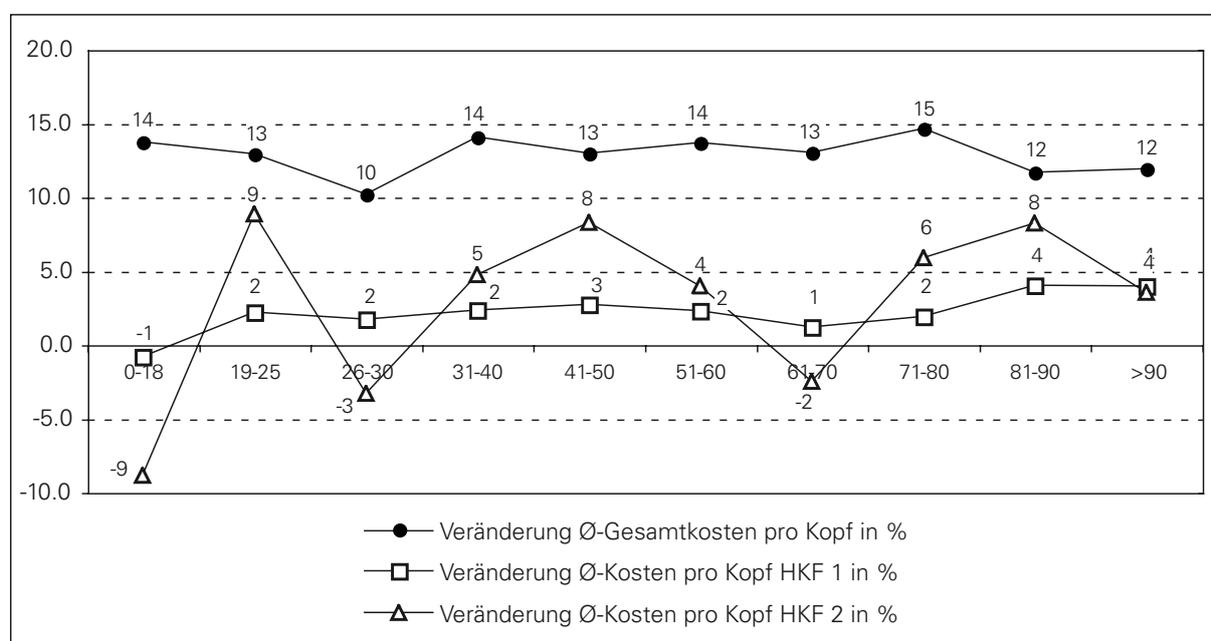
⁵ Das Versichertenkollektiv umfasst insgesamt 4'103 Personen mit Jahreskosten von insgesamt 6'617'294 Franken. 101 Patienten (2,5%) verursachten Jahreskosten von über 10'000 Franken und waren insgesamt für 2'558'817 Franken (39% der Gesamtkosten des Gesamtkollektivs) verantwortlich [Weber (2005)].

Um die Krankheits- bzw. Versorgungssituation von Hochkostenfällen wenigstens exemplarisch vertiefter zu illustrieren, stellte freundlicherweise eine der an der Vorstudie teilnehmenden Krankenkasse (Pilotkrankenkasse) einige Leistungsdaten von vier ausgewählten Versicherten zusammen:

• **Fallbeispiel 1**

Frau B.S., 59 Jahre, wurde im Jahr 2004 mit Kosten im Umfang von 25'864 Franken zu einem *Hochkostenfall des Typs 1* (Kosten zwischen 20'000 und 50'000 Franken pro Jahr). Nach einem Schlaganfall leidet die Patientin an einer Halbseitenlähmung (Hemiparese nach cerebrokulärem Insult). Zwischen den Jahren 1999 und 2003 hatte die Frau jährliche Kosten zwischen etwa 900 und 4'000 Franken, hauptsächlich verursacht durch Arztbesuche und Medikamente (vgl. Abbildung 3.1). Im Jahr 2004 kam es zu OKP-Leistungen im Umfang von 25'864 Franken. Vier Fünftel der Leistungen des Jahres 2004 wurden durch die akutstationäre Versorgung ausgelöst. Es ist anzunehmen, dass die zukünftige pflegerische Betreuung der Frau auch weiterhin beträchtliche Kosten mit sich bringen wird.

Abbildung 3.1 Fallbeispiel 1: Frau B.S., Jahrgang 1946, jährliche Therapiekosten in Franken 1999-2004 (nicht alle Kostenteilbereiche angezeigt)



Quelle: Eigene Darstellung.

• **Fallbeispiel 2**

Die 46 Jahre alte Frau K.W. verursachte im Zeitraum von 1999 bis 2004 bereits zweimal – in den Jahren 2000 und 2002 – jährliche Kosten zwischen 20'000 und 50'000 Franken (*Typ HKF 1*). Auch in den übrigen Jahren waren ihre OKP-Leistungen im Vergleich zu den Pro-Kopf-Durchschnittskosten ihrer Altersgruppe überdurchschnittlich hoch (1997: 7'307 Franken; 2001: 9'746 Franken; 2003: 12'722 Franken; 2004: 14'952 Franken; vgl. Abbildung 3.2).

Das Hauptproblem der Patientin liegt in der Erkrankung «Fibromyalgie», einem chronischen Schmerzleiden im Bereich von Sehnen und Muskeln. Daneben leidet die Frau an einer ausgeprägten Fettleibigkeit, Diabetes mellitus, wiederkehrenden depressiven Episoden und einer entzündlichen Erkrankung der Speiseröhre (gastroösophagealer Reflux) (vgl. Tabelle 3.2).

Etwas mehr als die Hälfte der «Hochkosten» des Jahres 2000 beanspruchte die Versorgung durch das Akutspital (12'013 Franken). Ein weiterer grosser Ausgabenposten in diesem Jahr stellten die Medikamente (4'336 Franken) sowie die ambulante ärztliche Betreuung (3'306 Franken) dar. Im zweiten «Hoch-

kostenjahr» 2002 verteilten sich die Ausgaben etwas gleichmässiger auf die stationäre und ambulante Spitalversorgung, die Medikamente, und die ärztlichen Dienste sowie verstärkt auch auf psychotherapeutische Leistungen (2'315 Franken). Grundsätzlich wies in all den beobachteten Jahren die Patientin vor allem hohe jährliche Medikamentenausgaben (zwischen ca. 3'000 bis 5'000 Franken) sowie regelmäßige ambulante Kosten (Arzt und Spital) auf. Seit dem Hochkostenjahr 2000 hatte die Frau auch immer wieder Spitalaufenthalte zu verzeichnen. Vor allem im Jahr 2004 kam es wieder zu einer Hospitalisation im Umfang von 6'717 Franken. Im Zeitraum von 1999 bis 2004 beanspruchte die Versicherte K.W. für insgesamt 87'583 Franken OKP-Leistungen. Zu ihrer medizinischen Betreuung waren in den letzten sieben Jahren (1997-2004) die folgenden Leistungserbringer involviert:

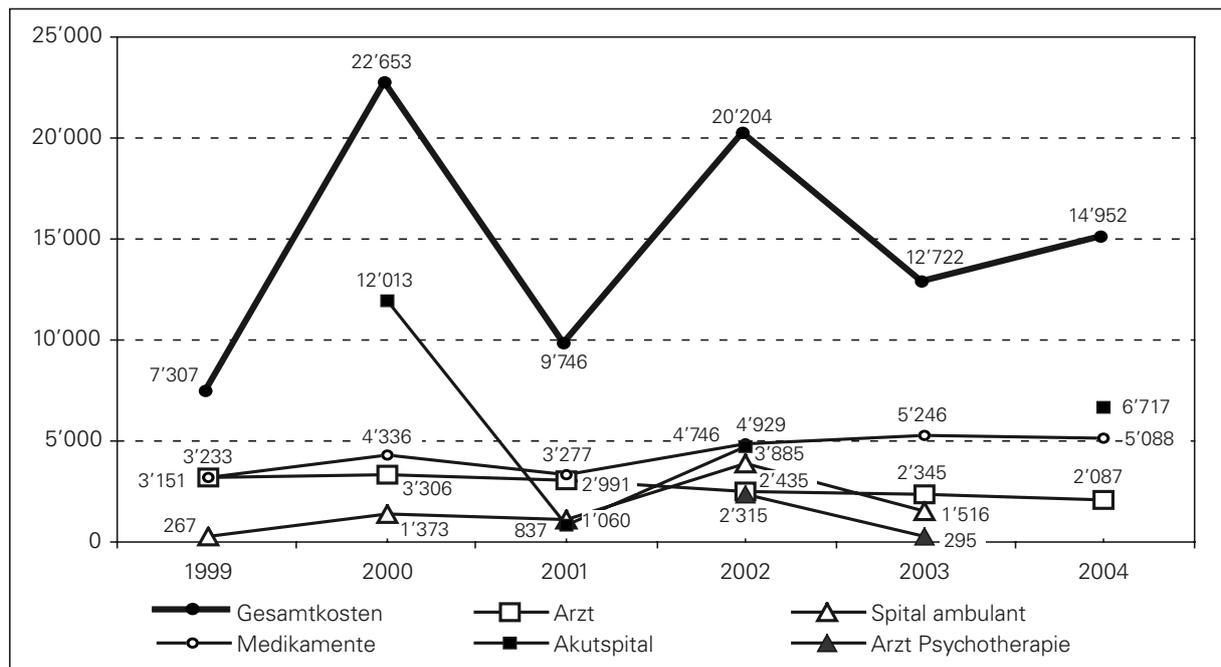
- 6 Kliniken
- 13 Ärzte/Ärztinnen
- 6 Physiotherapeuten
- 5 Apotheken
- 10 weitere verschiedene Akteure.

Table 3.2 Fallbeispiel 2: Krankheitsbild

Fallbeispiel 2: Frau K.W., Jahrgang 1959, OKP-Gesamtkosten 1999-2004: 87'583 Franken	
Hauptproblem:	Nebendiagnosen:
Fibromyalgie	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgeprägte Adipositas • Diabetes mellitus • Rezidivierende depressive Episoden • Gastroösophagealer Reflux

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 3.2 Fallbeispiel 2: Frau K.W., Jahrgang 1959, jährliche Therapiekosten in Franken 1999-2004, (nicht alle Kostenteilbereiche angezeigt)



Quelle: Eigene Darstellung.

• **Fallbeispiel 3**

Frau H.M., 68 Jahre, löste im Zeitraum von 1996-2004 mehrmals jährliche Kosten zwischen 20'000 und 50'000 Franken aus (*Typ HKF 1*; 1997: 20'122 Franken; 2000: 21'205 Franken; 2001: 32'080 Franken) und weist auch in den restlichen Jahren sehr hohe OKP-Leistungen auf (zwischen 10'000 und 19'000 Franken). In den Jahren 1996 bis 2004 verursachte sie Gesundheitsausgaben innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung von insgesamt 156'423 Franken.

Das Hauptproblem der Patientin besteht in einer Invalidisierung durch chronische lumbale Schmerzen (Lendenwirbel). So hatte sie in den letzten 25 Jahren mehrfache operative Eingriffe im Wirbelbereich zu erdulden. Neben dieser Diagnose leidet Frau H.M. zusätzlich an einer Erkrankung der Herzkranzgefässe, einer Diabestes mellitus Typ 2, an Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) und einer Schilddrüsenüberfunktion (Hypothyreose) (vgl. Tabelle 3.3).

Abbildung 3.3 zeigt, dass neben den Hospitalisationen in den Jahren 1997, 1998, 2000 2001 und 2003 bei dieser Patientin vor allem die Medikamente einen beträchtlichen und steigenden Anteil der jährlichen OKP-Leistungen ausmachen. Besonders hoch waren die Medikamentenkosten im Jahr 2001 im Umfang von 17'622 Franken, gleichzeitig kam es in diesem Jahr auch zu einem über 10'000 Franken teuren Spitalaufenthalt. Im *Monat Februar 2002* allein nahm die Patientin *24 verschiedene Arzneimittel* zu sich (vgl. Tabelle 3.4).

Insgesamt beanspruchte Frau H.M. in den Jahren von 1996 bis 2003 die folgenden medizinischen Leistungserbringer:

- 5 Kliniken
- 14 Ärzte/Ärztinnen
- 5 Physiotherapie-Praxen
- 6 Apotheken

Tabelle 3.3 Fallbeispiel 3: Krankheitsbild

Fallbeispiel 3: Frau H.M., Jahrgang 1937, OKP-Gesamtkosten 1996-2004: 156'423 Franken	
Hauptproblem	Nebendiagnosen
Invalidisierende, chronische lumbale Schmerzen	• Koronare Herzkrankheiten
- LWS-Kontusion 9/2000	• Diabetes mellitus 2
- St.n. Spondylodese L2-S1 links 4/1997	• Arterielle Hypertonie
- St. n. Laminektomie L1 und LD 1980/1991	• Hypothyreose, substituiert

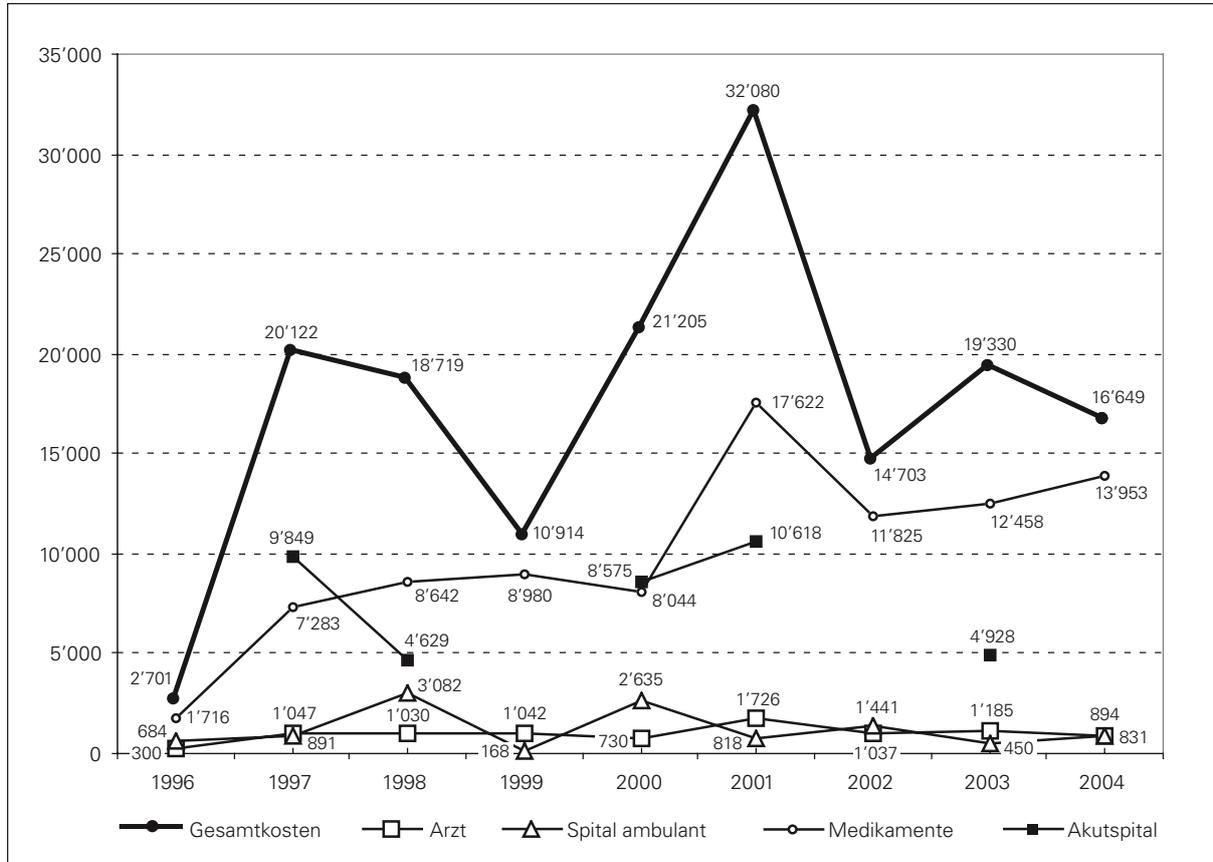
Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 3.4 Fallbeispiel 3: Medikamente

Medikamente im Februar 2002		
1. Durogesic	2. Co-Reniten	3. Mucilar
4. Celebrex	5. Aspirin cardio	6. Ecofenac Lipogel
7. Sevredol Supp.	8. Selipran	9. Hemeran Salbe
10. Spiricort	11. Temesta	12. Haldol Tropfen
13. Fluctine	14. Eltroxin	15. Dafalgan Brausetabletten
16. Diamicron	17. Estraderm TTS	18. Lasix 1/Woche
19. Glucophage forte	20. Nexium	21. Fragmin
22. Nebilet	23. Motilium	24. Salvia Wild

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 3.3 Fallbeispiel 3: Frau H.M., Jahrgang 1937; jährliche Therapiekosten in Franken 1996-2004, (nicht alle Kostenteilbereiche angezeigt)



Quelle: Eigene Darstellung.

• **Fallbeispiel 4**

Frau A.M., 60 Jahre, verursachte im Zeitraum von 1999 bis 2002 jährlich mehr als 30'000 Franken und im Jahr 2002 etwa 49'000 Franken an Kosten innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung. Sie zählte wiederkehrend zur Versichertengruppe der *HKF 1*. Im Jahr 2004 wurde die Patientin zu einem *Hochkostenfall 2*, mit 148'413 Franken OKP-Leistungen.

Das Hauptproblem von Frau A.M. liegt in einer Querschnittlähmung und einer daraus entstehenden gesundheitlichen Verschlechterung durch ein Wundliegeneschwür. Daneben weist die Patientin depressive Episoden sowie eine Magersucht (Anorexie) auf (vgl. Tabelle 3.5)

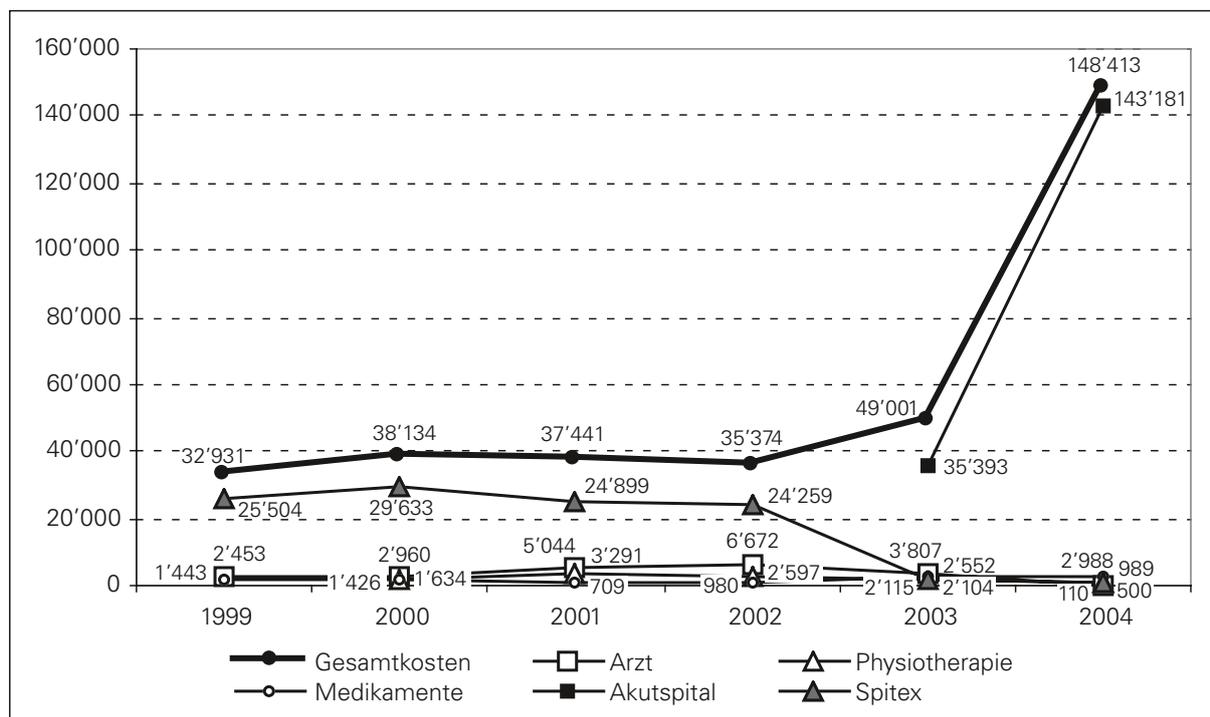
Der Hauptteil der Kosten wurde zwischen 1999 und 2003 durch die Spitex-Betreuung der behinderten Frau veranlasst (vgl. Abbildung 3.4). Im Jahr 2003 erfolgte eine Hospitalisation im Akutspital (35'393 Franken). Im darauffolgenden Jahr 2004 verursachte die akutstationäre Versorgung der Patientin insgesamt Kosten in der Höhe von 143'181 Franken. Frau A.M. wird aufgrund ihres Krankheitsbildes stets auf Pflege angewiesen sein und stellt daher einen langfristigen Hochkostenfall dar.

Tabelle 3.5 Fallbeispiel 4: Krankheitsbild

Fallbeispiel 3: Frau A.M., Jahrgang 1945, OKP-Gesamtkosten 1999-2004: 341'293 Franken	
Hauptproblem:	Nebendiagnosen:
Dekubitus bei Tetraplegie	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Episode • Anorexie

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 3.4 Fallbeispiel 4: Frau A.M., Jahrgang 1945, jährliche Therapiekosten in Franken 1996-2004, (nicht alle Kostenteilbereiche angezeigt)



Quelle: Eigene Darstellung.

Zusammenfassend kann folgendes zur Situation des Krankheits- und Leistungsprofils von Hochkostenfällen festgehalten werden:

- Zur Zeit gestaltet sich eine Bestandsaufnahme und Analyse von Hochkostenfällen nach Krankheitsbildern äusserst zeitaufwändig bzw. schwierig, da die Krankenkassen neben ihrer Kostenstatistik über *keine systematische Diagnose- und Leistungsstatistik* ihrer Versicherten verfügen. Hinweise bestehen, dass die teuren Versicherten neben den Dialyse- und HIV-Patienten mehrheitlich an altersbedingten Erscheinungen wie Schlaganfällen, koronaren Herzkrankheit, Diabetes, Demenz, Hüft- und Knie-Totalprothesen sowie auch verschiedenen Krebserkrankungen leiden.
- Die gezeigten Fallbeispiele deuten darauf hin, dass sich die «Hochkosten» eines Versicherten keineswegs auf ein Jahr beschränken. Im Gegenteil ist zu vermuten, dass ein «Hochkostenfall» über Jahre hinweg mit überdurchschnittlichen hohen OKP-Leistungen verbunden ist. Hochkostenfälle scheinen mit *komplexen Krankheitsbildern* und einer zunehmenden *Kumulation von Gesundheitsproblemen* verbunden zu sein.
- Es hat sich in der Untersuchung gezeigt, dass ein Hauptteil der Kosten der teuren Versicherten vor allem durch die *Spitalversorgung* ausgelöst wird, was auch die Fallbeispiele illustrieren. Gleichzeitig hatten die beschriebenen Patientinnen auch sehr hohe Ausgaben für *Arzneimittel*. Es stellt sich weiterführend die Frage, ob es – ähnlich wie es im Spitalbereich zu beobachten ist – auch im Bereich der Medikamente zu einer verstärkten Konzentration der OKP-Leistungen auf die Gruppe der Hochkostenfälle kommt und dieser Kostenbereich sich zu einem Fokus von spezifischen Massnahmen eignen könnte.
- Auffallend bei den skizzierten Patienten ist die hohe Zahl involvierter medizinischer Leistungserbringer. Dies deutet auf das Problem einer *fehlenden bzw. mangelhaften Koordination* der Akteure sowie *Ineffizienzen* in der medizinischen Versorgung hin, was innerhalb des föderalistischen, sektoriell und finanziell fragmentierten Gesundheitswesens nicht verwundert.

Das Thema der Koordination von Gesundheitsleistungen innerhalb der Krankenversicherung ist unter anderem Gegenstand des nachfolgenden Kapitels, das einen Einblick über die bei den Krankenkassen vorhandenen Einrichtungen der «Fallführung» bietet.

4 Fallführung

Nach der Beschreibung der Hochkostenfälle folgt in diesem Kapitel die Analyse der Rolle der *Fallführung bzw. des Leistungsmanagements* im schweizerischen Krankenversicherungssystem. Eine im Rahmen dieser Vorstudie durchgeführte Umfrage der vier ausgewählten Krankenkassen liefert einen ersten, vorläufigen Einblick, inwieweit die Krankenkassen über bestimmte Einrichtungen bzw. Formen eines Fallmanagements verfügen und beleuchtet einige ausgewählte Aspekte ihrer derzeitigen Funktionsweise (Abschnitt 4.2.; Anhang B, Fragebogen). Einleitend wird in den nächsten Abschnitten kurz auf die Hintergründe und bisherigen Erfahrungen mit Ansätzen der Fallführung – insbesondere des Case- und Disease Managements – eingegangen.

4.1 Zweck und Ziel der Fallführung

Der Prozess der medizinischen Leistungserbringung ist durch eine *starke Fragmentierung der Versorgungsbereiche* (ambulant, stationär, Rehabilitation, etc.) bei gleichzeitig hoher Interdependenz der daran beteiligten Akteure sowie zunehmenden Spezialisierung geprägt. Im gegenwärtigen Gesundheitswesen ist jeder medizinische Leistungserbringer nur für einen bestimmten Abschnitt in einer zusammenhängenden Behandlungskette zuständig und versucht diesen Teilbereich nach den derzeit gesetzten Anreizen für sich einzelwirtschaftlich zu optimieren. In einem solchermassen ausgestalteten System *fehlt eine übergeordnete Koordination bzw. der Anreiz zur Prozessoptimierung mit den vor- und nachgelagerten Leistungsbereichen bzw. den dort verantwortlichen Akteuren*. Dies kann zu einer ineffizienten, teuren medizinischen Leistungserstellung mit hohen Transaktionskosten, Doppelspurigkeiten, langen Hospitalisationen, kostenintensiven Überversorgung etc. führen. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass gerade bei chronisch Kranken oder Personen mit multiplen, komplexen Erkrankungen eine nachteilige Fehlversorgung resultiert. Vor diesem Hintergrund ist der Bedarf, die medizinische Versorgung von Versichertenfällen bzw. von spezifischen Patienten verstärkt aus einer übergeordneten Sicht im Rahmen sogenannter *Fallführungen oder Leistungsmanagementmodellen*⁶ zu steuern, zu sehen. Aus Gründen der Effizienz drängt sich gerade wegen der starken Konzentration der Gesundheitskosten eine spezielle Betreuung bzw. Management der (potentiellen) Hochkostenfälle auf.

Zwei bestehende Ansätze sind das sogenannte Case Management und Disease Management. Beide wollen die Behandlungsabläufe sowohl medizinisch wie wirtschaftlich optimieren.⁷ Das *Case Management*⁸ stellt ein ursprüngliches Managed Care-Instrument dar. «Managed Care» wiederum ist ein Konzept, das durch den Einsatz integrierter Organisationsformen, Managementprinzipien und der Verknüpfung von medizinischer und finanzieller Verantwortung bei den Leistungserbringern sowohl eine Begrenzung der Kosten bzw. Effizienzsteigerung als auch eine Erhöhung der medizinischen Versorgungsqualität verspricht. Das Case Management soll dazu dienen, bei *komplexen und teuren Fällen* eine Schnittstellenkoordination zwischen organisatorischen und professionellen Einheiten innerhalb der gesamten Behandlungskette, eine kontinuierliche Evaluation sowie Planung der medizinischen Betreuung entsprechend den Bedürfnissen des Patienten vorzunehmen und damit gesamthaft eine Effizienzverbesserung erzielen. Gemäss der theoretischen Literatur läuft ein idealtypisches Case Management organisatorisch in fünf bis acht Hauptphasen oder Prozessstufen ab. Hierzu zählen

- das *Case Finding* oder die Identifikation der Zielgruppe,
- das *Assessment*, d.h. die Einschätzung der Bedarfslage des Patienten,
- die *Planung und Durchführung* der zu erfolgenden Versorgung,
- das *Monitoring* der Zielerreichung,
- die *Evaluation und Abschluss* des Case Management-Falles.

⁶ Im weiteren sollen die Begriffe «Fallführung» bzw. «Leistungsmanagement» als übergeordnete Bezeichnungen für die verschiedenen Ansätze und Modelle, die medizinische Versorgung einzelner oder Gruppen von Versichertenfällen zu optimieren oder zu steuern verwendet werden.

⁷ Vgl. Werthemann (2005) und die dort angegebene Literatur.

⁸ Ins Deutsche übertragen auch «Fallmanagement» genannt. Daneben findet sich auch die Bezeichnung Care Management.

Im Gegensatz zum Case Management konzentriert sich ein *Disease Management* nicht auf multiple und kostenintensive Einzelfälle, sondern auf *bestimmte (chronische) Krankheitsbilder*, um frühzeitig die therapeutische Versorgung der potentiellen und bereits erkrankten Patienten zu beeinflussen. Dabei wird mit Hilfe von evidenzbasierten, diagnosebezogenen Behandlungsrichtlinien (*Clinical Pathways*) der Therapieverlauf aus einer medizinischen, pflegerischen und sozialen Perspektive vorgegeben und optimiert. Beim Disease Management verspricht man sich durch eine frühzeitige *Vermeidung* von teuren Komplikationen und Verschlechterung der Krankheit eine Qualitätssteigerung sowie Kostensenkung.

4.2 Empirische Evidenz

In der Praxis kann der Einsatz einer Fallführung je nach Ausgestaltung und Zusammenwirken der bereits gesetzten Rahmenbedingungen nicht nur zu den erhofften Qualitäts- und Effizienzsteigerungen führen, sondern auch mit unerwünschten (Kosten-)Wirkungen verbunden sein. So wird von Kritikern des Case- und Disease Managements befürchtet, die Krankenkassen (insbesondere Managed Care-Organisationen) könnten dieses Instrument dazu einsetzen, die Versicherten medizinisch weniger gut, d.h. qualitativ schlechter zu versorgen, um auf diese Weise Kosten einzusparen. Allerdings ist die Gefahr der Überversorgung wohl mindestens ebenso gross einzuschätzen. So hat die pharmazeutische Industrie das Konzept des Disease Managements als Strategie für eine gezielte Produkteplatzierung und Sicherung von Marktanteilen entdeckt.⁹ Schliesslich verursacht ein Leistungsmanagement selbst auch Betriebskosten. Eine mögliche Gefahr besteht folglich auch darin, dass von den Verantwortlichen eine unnötige und ressourcenintensive Bürokratie entwickelt wird, die in keinem Verhältnis zum gewonnenen Nutzen steht.

Die empirische Evaluation des Case- und Disease Managements und vor allem der Nachweis von *Effizienzsteigerungen bzw. Kosteneinsparungen* gestaltet sich letztlich als äusserst schwierig. In der Literatur sind die Zusammenhänge und Wirkungen nicht abschliessend geklärt. Folgende Erkenntnisse lassen sich bis anhin zusammenfassen:

- In der Praxis nimmt insbesondere das Case Management verschiedene Ausprägungen an. Seine Ausgestaltung ist dabei vor allem durch die Entwicklung von Modellen in den USA geprägt und weist eine hohe Variabilität auf. Das grosse Interesse an diesem Ansatz führte in den letzten Jahren zwar zu einer Fülle an Projektberichten und Publikationen, allerdings ist aufgrund der weitgefassten Definition des Konzeptes von Case Management ein direkter Vergleich mit anderen Modellen oft problematisch sowie allfällige Studienergebnisse kaum übertragbar.¹⁰ Da sich das Case Management auf Patienten mit sehr unterschiedlichen und meist komplexen Krankheitsproblemen konzentriert, lassen sich die individuell angezeigten bzw. vorgenommenen Interventionen kaum standardisieren und rationalisieren. Auch aus diesem Grund gestalten sich systematische Untersuchungen über die Wirksamkeit der Massnahmen von Case Management als schwierig.¹¹
- Positive Wirkungen bzw. ein positives Nutzenpotential konnten vor allem bei *Disease Management-Projekten* und bei solchen Case Management-Programmen, bei denen es sich eigentlich ebenfalls um Disease Management handelt, nachgewiesen werden. Verschiedene Untersuchungen kamen zum Ergebnis, dass sich mit Disease Management die Hospitalisationen sowie Notfallkonsultationen von bestimmten Patientengruppen senken und verschiedene Faktoren der Betreuungsqualität verbessern lassen.¹² Eine vom US-amerikanischen Department of Veterans Affairs (VATAP) durchgeführte Literaturanalyse bestätigt darüber hinaus einen positiven Nutzen in Form von weniger Spitaltagen, einer Abnahme der Rehospitalisationen sowie gesteigerter Lebensqualität bei Case Management-Programmen, welche Diabetes- und Asthma Patienten, Personen mit Herzinsuffizienz und nach Infarkt versorgen (vgl. Tabelle 4.1). Ebenso wurden in der Überblicksanalyse beim Spitalentlassungsmanagement und gewissen geriatrischen Programmen positive Effekte nachgewiesen. Demgegenüber wurde festgehal-

⁹ Vgl. Angell (2004), Bloor and Maynard (2000).

¹⁰ Vgl. Werthemann (2005, 67ff).

¹¹ Vgl. Weber (2005, 9).

¹² Vgl. Ashton et al. (2003); Jha et al. (2003).

ten, dass beispielsweise bei älteren Personen mit funktionellen Einschränkungen Case Management zu häufigeren Spitalaufenthalten und signifikanter Kostensteigerung führen kann. Ähnliche Ergebnisse lieferte eine Studie zur Wirksamkeit von Case Management bei gewissen psychiatrischen Leiden.¹³

Tabelle 4.1 Case Management-Programme mit positiver Wirkung gemäss einer Literaturanalyse des US-amerikanischen Departments des Veterans Affairs VATAP (2000)

Zielgruppe	Intervention	Nutzen
Asthma-PatientInnen	<i>Patientenschulung und Betreuung im Asthmazentrum</i>	Ressourcenverbrauch á
PatientInnen mit Herzinsuffizienz	<i>Patientenschulung, Follow-up, Medikamenten-Review</i>	Mortalität á, Hospitalisationen á, Ressourcenverbrauch á, Lebensqualität z.T. á
Diabetes-PatientInnen	<i>Patientenschulung, Monitoring, Follow-up</i>	Lebensqualität á, Glykämiekontrolle á, Symptomkontrolle á,
PatientInnen nach Herzinfarkt	<i>Patientenschulung, Follow-up</i>	Risikofaktorkontrolle á (Nikotinstopp, LDL á1 usw.)
Spitalentlassung	<i>Bedürfnisanalyse, Entlassungsplanung, Medikamenten-Review, Follow-up</i>	Rehospitalisationen á, Spitaltage á, Ressourcenverbrauch á

1= Senkung des Cholesterinspiegels.

Quelle: In Anlehnung an Weber (2005, 9) und der dort angegebenen Literatur.

- Diese zum Teil positiven Resultate zum Disease Management und die daraus allfälligen Schlussfolgerungen müssen allerdings relativiert werden. Eine systematische Literaturanalyse des US-amerikanischen Congressional Budget Office (CBO) kam im Jahr 2004 zum Ergebnis, dass die Annahme, mit Disease Management liesse sich nun *gesamthaft Kosten einsparen*, d.h. die Gesundheitsausgaben reduzieren, in der Forschung noch nicht bestätigt werden konnte:

«... to date there is insufficient evidence to conclude that disease management programs can generally reduce overall cost of health care services.»

Die Autoren halten fest, dass die bestehenden Evaluationen bislang nur einen *Ausschnitt* der Wirkungen beleuchten bzw. erfassen:

Zum einen versuchen die meisten Untersuchungen, die Kosten eines Disease Management Programms nicht direkt zu ermitteln, sondern beziehen sich (nur) auf die einfacher zu bewerkstellende Messung von *Prozessverbesserungen* (process outcomes) oder *Zwischenergebnissen* des Gesundheitszustandes der Patienten (intermediate outcomes). Prozessverbesserungen stellen beispielsweise Massnahmen wie das regelmässige Überwachen des Blutdrucks oder die Kontrolle des Blutzuckers oder des Cholesterins dar; medizinische Zwischenergebnisse werden wiederum durch Indikatoren wie die Verbesserung der Höhe des Blutdrucks oder des Cholesterinspiegels gemessen. Kritisch an einem solchen Vorgehen ist, dass damit nur die Vorstufen und nicht die tatsächlichen Health Outcomes, die ein Disease Management produziert bzw. erreichen soll, erfasst werden. Das Disease Management zielt darauf ab, präventiv Komplikationen und eine frühzeitige Verschlechterung einer Erkrankung zu verhindern. Mögliche Indikatoren der Health Outcomes eines erfolgreichen Disease Managements wären dabei beispielsweise die Rate von Amputationen, Herzinfarkten oder vermiedenen Todesfällen. Diese Health Outcomes treten allerdings erst nach vielen Jahren auf und werden in den üblicherweise kurzfristig angelegten Studien des Disease Managements nicht erfasst. Aus den meisten Untersuchungen lassen sich demnach auch keine Schlussfolgerungen darüber ziehen, welchen Einfluss Disease Management längerfristig gesehen auf die gesamten Gesundheitskosten ausübt.

¹³ Vgl. Weber (2005) und dort angegebene Literatur.

Die wenigen Studien, welche die *Kosten* direkt adressieren, berücksichtigen nicht alle relevanten und möglichen Kostenaspekte. Um den tatsächlichen Gesamtkosteneffekt von Disease Management zu berechnen, sollten alle administrativen Kosten des Programms, jegliche mit der Erkrankung verbundenen Ausgaben sowie auch alle ungewollten Konsequenzen der Massnahmen, die sich langfristig ergeben, einbezogen werden. Das heisst, dass sich beispielsweise die Analyse nicht nur auf die Ermittlung kurzfristiger Veränderungen in der Anzahl Hospitalisationen oder Notfalleinweisungen beschränken darf, sondern wirklich *jede* (weitere) therapeutische Massnahme zur Behandlung der Erkrankung erfassen muss. Die Kostenberechnung muss auch jene Fälle miteinschliessen, die erst durch das Programm identifiziert wurden und zunächst kurzfristig auch kostensteigernd wirken. Gleichzeitig können durch das Disease Management weitere Krankheitsbilder entdeckt werden, welche ansonsten nicht behandelt worden wären. Ebenso müssen die Ausgaben für Falsch-Positive-Fälle sowie alle zusätzlichen Abklärungen, therapeutischen Nebeneffekten und allfällige Komplikationen in die Analyse eingehen.

Um die Effekte eines Disease Management überhaupt zu bewerten, muss darüber hinaus ein systematischer Vergleich zwischen der Patientengruppe, welche im Rahmen eines Disease Managements betreut wird, und jenen, die die Massnahmen nicht erhalten, bewerkstelligt werden. In der Regel wird die Vergleichbarkeit nur durch randomisierte klinische Versuche, in welchen die Individuen zufällig entweder der Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe zugeordnet werden, gewährleistet. Die gegenwärtigen Studien über Disease Management verfügen aber entweder über kein solches randomisiertes Setting oder sie kämpfen mit methodischen Problemen, wie Selection Bias oder Regression to the Mean, die besonders bei der Auswahl und beim Profil von Disease Management Personen auftreten können. Im Ergebnis sind diese Studienresultate schwer generalisierbar und nicht auf breite Gruppen von Patienten übertragbar.

Zusammenfassend erweist sich die Evaluation von Case- und Disease Management als komplexes Unterfangen. Während sich beim Case Management die Untersuchung und Interpretation besonders schwierig gestaltet, konnten beim Ansatz des Disease Managements wenigstens einige positive Effekte, wie Senkung der Spitalbenutzung oder eine Verbesserung von Indikatoren der Versorgungsqualität nachgewiesen werden. Bei diesen Befunden handelt es sich jedoch nur um Teil- bzw. Zwischenergebnisse innerhalb des ganzen (langfristig zu betrachtenden) Wirkungsgefüges. Für die These, durch Disease Management liessen sich auch die Gesamtkosten reduzieren, besteht bislang keine wissenschaftlich gesicherte Basis.

4.3 Fallführung bei den schweizerischen Krankenversicherern

Die Krankenkasse Helsana führte im Jahr 1998 einen ersten Ansatz eines Fallmanagements in der Schweiz ein.¹⁴ Bis heute sind unter den schweizerischen Krankenkassen weitere Modelle der Fallführung bzw. des Leistungsmanagements entwickelt worden, die sich auf eine vermehrte Steuerung der medizinischen Leistungserbringung und -inanspruchnahme konzentrieren. Die an der vorliegenden Umfrage beteiligten vier Krankenkassen umfassen 2,32 Mio. grundversicherte Personen. Dies entspricht 31,4% der gesamten schweizerischen OKP-Versichertenpopulation. Um einen etwas differenzierteren ersten Überblick über das gegenwärtigen Vorhandensein bzw. den Einsatzbereich des Leistungs- bzw. Fallmanagements unter den Krankenkassen zu erhalten, wurde bei der Befragung zwischen den Ansätzen des Case Managements, dem Disease Management sowie zusätzlich einer technisch rein administrativen Fallbetreuung unterschieden:

- *Administrative Fallführung:*
Fallführung *ohne* Versichertenkontakt
- *Fall-, Case- oder Care Management:*
Administrative Fallbetreuung und vor allem persönliche Fallbetreuung *mit Kontakten* zu Versicherten und weiteren beteiligten Leistungserbringern

¹⁴ Werthemann (2005, 126).

- *Disease Management*: kooperativer Prozess, der auf eine optimierte Versorgung eines (meist häufigen oder schwerwiegenden) *spezifischen Krankheitsbildes* zielt.

In den nächsten Abschnitten soll das Angebotsspektrum, der Umfang und die Art der betreuten Versicherungsfälle, der Prozess der Fallgewinnung sowie Aspekte der Fallsteuerung durch die Krankenkassen näher dargelegt werden. Die Ergebnisse der Befragung werden mit Erkenntnissen der aktuellen Studie von Werthemann (2005), die vor allem den Ansatz des Case Management bzw. von Case Management-varianten Modellen¹⁵ im schweizerischen Gesundheitswesen empirisch näher untersuchte, ergänzt bzw. erweitert.

4.3.1 Angebot

Die Tabellen 4.2 und 4.3 geben einen Überblick die bei den vier befragten Krankenkassen vorhandenen Formen des Leistungsmanagements und den Umfang an speziell betreuten Fällen im Jahr 2003. Die Befragung ergab folgende Resultate:

- **Angebotsspektrum**

Eine der vier Krankenkassen beschränkt sich auf das Fall-, Case- oder Care Management (KK C). Eine weitere Krankenkasse unterhält ein administratives Fall-Management sowie ein Fall-, Case- oder Care Management (KK A). Die dritte Krankenkasse betreibt ein Fall-, Case- oder Care- und ein Disease Management (KK D). Nur ein Krankenversicherer verfügt über *alle drei Formen* der Fallführung (KK B). Insgesamt wird ein Fall-, Case- oder Care Management von allen vier Krankenkassen unterhalten. Bei je der Hälfte der befragten Krankenversicherer existiert eine administrative Fallführung (KK A und B) bzw. ein Disease Management-Programm (KK B und D).

Die Fallführungen werden von den Krankenkassen in unterschiedlichen Versicherungssegmenten (Grund-, Zusatz-, Unfallversicherung und andere) eingesetzt. Besteht eine Form der Fallführung in einer Krankenversicherung, so werden in der Regel die Bereiche der Grund- und Zusatzversicherung abgedeckt.

- **Umfang betreuter Fälle**

In der KK A wurden im Jahr 1,9% der dort grundversicherten Personen durch die administrative Fallführung betreut, während KK B rund 8,5%, d.h. anteilmässig über das Vierfache an Cases, erfasst. Beim Fall-, Case- und Care Management werden je nach Krankenkasse zwischen 0,2% und 1,7%, beim Disease Management zwischen <0,005% und 0,01% des eigenen OKP-Versichertenbestandes betreut (vgl. Tabelle 4.2).

Insgesamt wurden im Jahr 110'419 Fälle oder 4,8% von den 2,3 Mio. grundversicherten Personen der vier Krankenversicherer durch eine der drei Formen des Fallmanagements erfasst (vgl. Tabelle 4.3). Krankenkasse A und B decken mit ihrem *administrativem Fallmanagement* etwa 1,5 Mio. Krankenversicherte ab. Zusammen betreuten sie im Jahr 2003 90'000 Fälle (KK A: 10'000, KK B: 80'000 Fälle) oder 3,9% des gesamten Grundversichertenkollektivs der befragten Krankenkassen.

Im Jahr 2003 wurden von den vier Krankenversicherern insgesamt 20'309 Fälle innerhalb des *Fall-, Care- oder Case Managements* betreut (KK A: 1'307, KK B: 16'000, KK C: 2002, KK D: > 1'000 Fälle). Dies entspricht knapp einem Prozent des gemeinsamen Versichertenkollektivs.

Das *Disease Management* der Krankenkassen B und D erfasste etwa 100 Cases (KK B: 100, KK D: <10 Fälle) und versorgte damit 0,005% aller grundversicherten Personen der vier Krankenversicherer.

¹⁵ Ihre Arbeit stützt sich auf die hier benutzte Umschreibung der Modelle des *Fall-, Case- oder Care Managements*.

Tabelle 4.2 Vorhandene Formen der Fallführung in vier schweizerischen Krankenkassen und betreute Fälle, 2003

Form der Fallführung	KK A	KK B	KK C	KK D
Administrative Fallführung	vorhanden (S)	vorhanden (S)		
Betreute Fälle 2003	ca. 10'000	80'000		
Betreute Fälle in % des OKP-Versichertenbestands KK*	ca. 1,9 %	8,5 %		
<i>Einsatz in der</i> Grundversicherung	X	X		
→ Zusatzversicherung	X	X		
→ Unfallversicherung	X	X		
→ andere	X			
Fall-, Case- oder Care Management	vorhanden (S)	vorhanden (S)	vorhanden	vorhanden (S)
Betreute Fälle 2003	1'307	16'000	2'002	> 1'000
Betreute Fälle in % des OKP-Versichertenbestands KK*	0,2 %	1,7 %	0,4 %	> 0,3 %
<i>Einsatz in der</i> Grundversicherung	X	X	X	X
→ Zusatzversicherung	X	X	X	X
→ Unfallversicherung	X	X	X	
→ andere	X			
Disease Management		vorhanden (S)		vorhanden
Betreute Fälle 2003		100		< 10
Betreute Fälle in % des OKP-Versichertenbestands KK*		0,01 %		< 0,005 %
<i>Einsatz in der</i> Grundversicherung		X		X
→ Zusatzversicherung				X
→ Unfallversicherung				
→ andere				

(S) = Schwergewicht
 * gerundete Werte
 Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 4.3 OKP-Versichertenbestand Schweiz, OKP-Versichertenbestand der vier befragten Krankenkassen, betreute Fälle durch Fallführung, 2003

Ø-OKP-Versichertenbestand 2003 gesamt ganze Schweiz 1	7'377'772
Ø-OKP-Versichertenbestand 2003 KK A-D	2'318'542
in % vom OKP-Versichertenbestand gesamt	31.4 %
Administrative Fallführung KK A und KK B	
Betreute Fälle 2003 KK A-D	ca. 90'000
Betreute Fälle in % des OKP-Versichertenbestands KK A-D*	ca. 3.9 %
Fall-, Case- oder Care Management KK A-D	
Betreute Fälle 2003 KK A-D	> 20'309
Betreute Fälle in % des OKP-Versichertenbestands KK A-D*	> 0.9 %
Disease Management KK B und KK C	
Betreute Fälle 2003 KK A-D	< 110
Betreute Fälle in % des OKP-Versichertenbestands KK A-D*	< 0.005 %
Fallführungen gesamt KK A-D	
Betreute Fälle 2003 KK A-D	ca. 110'419
Betreute Fälle in % des OKP-Versichertenbestands KK A-D*	ca. 4.8 %

1 Bundesamt für Gesundheit (2005).

* gerundete Werte

Quelle: Eigene Darstellung.

• Trend

Von den befragten Krankenkassen wird der Trend der innerhalb der verschiedenen Fallführungen erfassten Fälle pro Jahr als *steigend* beurteilt und wie folgt begründet.

Administrative Fallführung:

- Generelle Zunahme komplexer Leistungsfälle mit Notwendigkeit der administrativen Fallführung
- Zunahme Versicherte
- Ausbau der Tätigkeit in diesem Bereich

Case Management:

- bewährtes Instrument
- regionale Ausbreitung
- grössere Erfahrung der Care Manager
- Zunahme Versicherte
- Kontakte Leistungserbringer
- Notwendigkeit, wegen teuren unkoordinierten Behandlungen mehr Einfluss zu nehmen

Disease Management:

- Zunehmender Bekanntheitsgrad
- Integration von medizinischen Fachgesellschaften

Alle vier Krankenkassen beabsichtigen, ihr Fall-, Care oder Case Management auszubauen (vgl. Tabelle 4.4). Auch die bereits bestehende administrative Fallführung der Krankenversicherer A und B soll erweitert werden. Zudem plant Krankenkasse A ein Disease Management einzuführen und Krankenkasse B will ihr bestehendes Disease Management weiter ausbauen.

Tabelle 4.4 Geplanter Ausbau der Fallführung unter den Krankenkassen, 2005

Form der Fallführung	KK A	KK B	KK C	KK D
Administrative Fallführung	Ausbau geplant	Ausbau geplant	k.A.	k.A.
Fall-, Care oder Case Management	Ausbau geplant	Ausbau geplant	Ausbau geplant	Ausbau geplant
Disease Management	Einführ. geplant	Ausbau geplant	k.A.	k.A.

Quelle: Eigene Darstellung.

Zusammenfassend ist das Angebot von Fallführungen unter den Krankenkassen unterschiedlich ausgebaut. Der Entwicklungsstand bzw. die Ausprägung der einzelnen Fallführungsmodelle differiert, worauf der unterschiedlich grosse Umfang der erfassten Fälle vom jeweiligen Versichertenkollektiv und die Art der speziell betreuten Erkrankungen je Krankenkasse hinweisen (vgl. Tabelle 4.5). Während die administrative Fallführung bezüglich des Umfangs an speziell verwalteten Fälle die bedeutendste Form des Leistungsmanagements in der Krankenversicherung darstellt, liegt das *Schwergewicht* betrieblich wie auch im Markt jedoch auf dem *Fall-, Case- oder Care-Management* (alle befragten Krankenkassen führen ein solches Modell.). Laut der Studie von Werthemann (2005, 130) verfügten im Jahr 2003 elf der 17 grössten Krankenkassen (mehr als 90'000 Versicherte) über eine eigene Form des Case Managements.¹⁶ Diese Versicherer mit Case Management umfassten im Jahr 2003 67,7 % der grundversicherten Personen in der Schweiz.

Der steigende Trend der zu betreuenden Fälle pro Jahr hat laut dem Urteil der Krankenkassen sowohl endogene wie auch exogene Ursachen, bzw. angebots- wie auch nachfragewirksame Treiber. Einerseits führen die zunehmende Etablierung sowie die innerhalb eines Fallmanagementsystems gesammelten Erfahrungen der Krankenkassen rein technisch zu einer Verbreiterung der Erfassung von speziell zu verwaltenden Fällen. Andererseits ist aber auch ein Anstieg an immer komplexer werdenden Cases, die eine zunehmende Koordination der Leistungen notwendig macht, im Gesundheitswesen zu beobachten. Insgesamt ist bei den Krankenversicherern – wenn auch im unterschiedlichen Ausmass – mit einer generellen Zunahme bzw. Weiterentwicklung des Leistungsmanagements zu rechnen.

4.3.2 Art der Fälle

Tabellen 4.5 und 4.6 geben einen Überblick über die häufigsten Erkrankungen sowie typischen Personengruppen der innerhalb der verschiedenen Fallführungen von den Krankenkassen betreuten Fälle.

Administrative Fallführung:

Beide Krankenkassen mit administrativer Fallführung erfassen in diesem Bereich vor allem Personen mit *Herzinsuffizienz, Koronaren Herzkrankheiten und andere, Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Neurologische Erkrankungen und Unfälle (ohne Schleudertrauma)*. Krankenkasse A betreut zusätzlich noch häufig die Diagnosen Schleudertrauma, Diabetes, Asthma/COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung), und psychische Krankheiten. Diese Erkrankungen werden von Krankenversicherer B hingegen im Bereich seines Fall-, Care oder Case Management und zum Teil auch in seinem Disease Management versorgt. Zusätzlich erfasst die administrative Fallführung der KK B auch noch Krebspatienten.

Typische Personengruppen sind in diesem Bereich vor allem *chronisch Kranke*, zum Teil aber auch Versicherte, die älter als 65 Jahre sind (vgl. Tabelle 4.7).

¹⁶ Eine Krankenkasse startete das Case Management im Jahr 2003 als Pilotprojekt [Werthemann (2005, 130)].

Fall-, Case- oder Care Management:

Alle vier befragten Krankenversicherer betreuen mit ihrem Fall-, Care- oder Case Management *Erkrankungen des Bewegungsapparates* sowie *Neurologische Erkrankungen*. Drei Viertel der Krankenkassen erfassen vor allem auch *Koronare Herzkrankheiten und andere, Kreislauferkrankungen* sowie *Unfälle (ohne Schleudertrauma)*. Zwei Kassen versorgen zudem Patienten mit Herzinsuffizienz, Diabetes und Krebs. Nur ein Krankenversicherer betreut in seinem Fall-, Care- oder Case Management noch das Schleudertrauma sowie psychische Leiden.

Die in diesem Bereich betreuten Personen sind vorwiegend *über 65 Jahre* alt und *chronisch krank* und teilweise *alleinlebend* (vgl. Tabelle 4.7).

Disease Management:

Innerhalb der bestehenden Disease Management-Programme der zwei Krankenkassen B und D werden vor allem Patienten mit *Herzinsuffizienz* sowie *Asthma/COPD* versorgt. KK B bietet darüber hinaus sein Disease Management auch für Kreislauferkrankungen, Diabetes, psychische Erkrankungen sowie Adipositas und Osteoporose an.

Bei diesen Fällen handelt es sich wiederum hauptsächlich um *über 65-jährige* sowie *chronisch kranke Versicherte*.

Tabelle 4.5 *Erkrankungen der innerhalb der verschiedenen Fallführungen und Krankenkassen betreuten Fälle*

(Schattierung: Hervorhebung der relativen Häufigkeit der Antworten unter den Krankenkassen)

Erkrankung (xxx = häufig, x = selten, o = nie)	administrative Fallführungen		Fall-, Case oder Care Management				Disease Management	
	KK A	KK B	KK A	KK B	KK C	KK D	KK B	KKD
• Herzinsuffizienz	xxx	xxx	x	xxx	xxx	x	xxx	xxx
• Koronare Herzkrankheiten u. andere	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	x	x	k.A.
• <i>Kreislauferkrankungen</i>	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	x	xxx	k.A.
• Erkrank. des Bewegungsapparates	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	o	k.A.
• Neurologische Erkrankungen	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	o	k.A.
• Unfälle (ohne Schleudertrauma)	xxx	xxx	xxx	xxx	x	xxx	o	k.A.
• Schleudertrauma	xxx	x	x	xxx	x	x	o	k.A.
• Diabetes	xxx	x	x	xxx	x	xxx	xxx	k.A.
• Asthma/COPD	xxx	x	x	xxx	x	x	xxx	xxx
• psychische Krankheiten	xxx	x	x	xxx	x	x	xxx	k.A.
• Krebs	x	xxx	x	x	xxx	xxx	o	k.A.
• <i>andere</i>								<i>Adipositas/ Osteoporose</i>

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 4.6 Häufigste Erkrankungen, die durch eine Form der Fallführung betreut werden, nach Krankenkasse

Erkrankung	KK A	KK B	KK C	KK D
• Herzinsuffizienz	AF	AF/CM/DM	CM	DM
• Koronare Herzkrankheiten und andere	AF/CM	AF/CM	CM	
• Kreislauferkrankungen	AF/CM	AF/CM/DM	CM	
• Erkrankungen des Bewegungsapparates	AF/CM	AF/CM	CM	CM
• Neurologische Erkrankungen	AF/CM	AF/CM	CM	CM
• Unfälle (ohne Schleudertrauma)	AF/CM	AF/CM		CM
• Schleudertrauma	AF	CM		
• Diabetes	AF	CM/DM		CM
• Asthma/COPD	AF	CM/DM		DM
• psychische Krankheiten	AF	CM/DM		
• Krebs		AF	CM	CM
• <i>Andere: Adipositas, Osteoporose</i>		DM		

AF = Administrative Fallführung, CM = Fall-, Care- oder Case Management, DM = Disease Management
Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 4.7 Typische Personengruppen innerhalb der Fallführung
(Schattierung: Hervorhebung der relativen Häufigkeit der Antworten unter den Krankenkassen)

Typische Personengruppen	administrative Fallführungen		Fall-, Case oder Care Management				Disease Management	
	KK A	KK B	KK A	KK B	KK C	KK D	KK B	KK D
• Frauen								
• Männer								
• Über 65-Jährige	X		X	X	X	X	X	X
• Alleinlebende			X			X		
• Chronisch Kranke	X	X		X	X	X	X	X
• Spezifische Versicherungsklasse								
• andere								

Quelle: Eigene Darstellung.

Zusammenfassend bestehen zwischen dem gesamten Leistungsmanagement der Krankenkassen sowie innerhalb der verschiedenen Modelle Unterschiede in der Fallzusammensetzung bzw. im Patientenspektrum. Dies deutet – wie auch bereits der relative Umfang der betreuten Fälle (vgl. Tabelle 4.2) – auf einen unterschiedlichen Entwicklungsstand bzw. eine unterschiedliche Bedeutung der Fallführung unter den Leistungserbringern hin: Einerseits deckt beispielsweise Krankenkasse B alle genannten Krankheitsbilder durch eine oder zwei Formen der Fallführung ab. Andererseits betreut Krankenkasse C mit ihrem Fall-, Care- oder Case Management nur die Hälfte der von Krankenkasse B erfassten Erkrankungen (vgl. auch Tabelle 4.5).

Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass die Diagnosen

- Herzinsuffizienz
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Neurologische Erkrankungen

gegenwärtig durch alle vier Krankenversicherer in irgendeiner Form der Fallführung abgedeckt werden.

Die Erkrankungen

- Koronare Herzkrankheiten und andere
- Kreislauferkrankungen
- Unfälle (ohne Schleudertrauma)
- Diabetes
- Asthma/COPD
- Krebs

werden von mindestens drei der vier Krankenkassen innerhalb eines Modells des Leistungsmanagements speziell betreut (vgl. Tabelle 4.7). Durch eine Fallführung weniger abgedeckt sind hingegen die Diagnosen *Schleudertrauma*, *psychische Erkrankungen* oder *Adipositas* und *Osteoporose*. Einige für das *Disease Management* geeignete Krankheitsbilder – wie *koronare Herzkrankheiten*, *Kreislauferkrankungen*, *Diabetes* – werden zur Zeit unter den Krankenkassen eher innerhalb des Case Management-Ansatzes betreut. Dieser Tatbestand und die im Rahmen eines Disease Managements erfassten Diagnosen und ihr Umfang sind ein weiterer Hinweis darauf, dass diese Form der Fallführung unter den Krankenversicherern noch am wenigsten etabliert ist. Allein Krankenkasse B weist auch im internationalen Vergleich mit Disease Management-Modellen ein relativ breites Patientenspektrum auf (vgl. Tabelle 4.7). Im schweizerischen Gesundheitswesen besteht folglich weiterhin Potential, Disease Management-Programme einzusetzen.

Insgesamt werden 4,8% der Versicherten der OKP-Versicherten – hinsichtlich der einzelnen Krankenkassen allerdings mit unterschiedlicher Deckung und Umfang – durch eine Form der Fallführung erfasst. Die in der Vorstudie definierten Hochkostensegmente (HKF 1 und 2) umfassten zusammen 2,1% des Versichertenbestands. Damit geht die Anzahl der innerhalb eines Leistungsmanagements speziell verwalteten Versicherungsfälle rein quantitativ über den Umfang der hier untersuchten Hochkostenfälle hinaus. Bei den betreuten Patienten muss es sich jedoch keineswegs um die in der Vorstudie definierten bzw. thematisierten Hochkostenversicherten handeln (siehe auch Abschnitt 4.3.4 zum Thema Fallgewinnung). Zwar sind die innerhalb einer Fallführung erfassten Cases hauptsächlich ältere bis alte Personen (über 65 Jahre alt) und chronisch Kranke, also aus derjenigen Alters- bzw. Versichertengruppierung, bei der ein regelmässiger und überdurchschnittlich teurer Bezug an Gesundheitsleistungen zu erwarten ist und aus welchen auch die meisten Hochkostenfälle stammen. Werthemann (2005, 140f) hält in ihrer Arbeit fest, dass jedoch die Gruppe der *Schwerstkranken* (ca. 0,1 %) gegenwärtig nicht zur Zielgruppe des Case Managements zählt, da – gemäss den Aussagen der Krankenversicherer – in diesen oft terminalen Fällen Kosteneinsparungen ohne spürbaren und von den Kassen klar abgelehnten Leistungsabbau für den Patienten kaum möglich sind. Beispiele bei Medicare-Patienten in den USA zeigen jedoch, dass grundsätzlich Case Management auch bei terminalen Patienten sinnvoll eingesetzt werden kann.¹⁷

¹⁷ Vgl. Werthemann (2005, 77ff).

Tabelle 4.7 *Betreute Diagnosen in Disease Management-Programmen der zwei schweizerischen Krankenkassen und Implementierung von Disease-Management-Programmen in ausgewählten Versorgungssystemen in den USA und Grossbritannien*

Land	CH		USA	GB
	KK B	KK D	VA ¹	Kaiser Permanente ² NHS ³
• Herzinsuffizienz	X	X	X	X
• Koronare Herzkrankheiten u. andere	selten		X	X
• Kreislauferkrankungen	X		Hypertension	Hypertension
• Neurologische Erkrankungen			Epilepsie	Epilepsie
• Diabetes	X		X	X
• Asthma/COPD	X	X	COPD	Asthma
• psychische Krankheiten	X		Depression, Schizophrenie	Depression, Schizophrenie
• Krebs				X
• Adipositas	X			
• Osteoporose	X			
• Cerebrovaskulärer Insult			X	X

1 Veterans Affairs Health Care System

2 Kaiser Permanente ist das grösste nicht gewinnorientierte integrierte Gesundheitsnetz in den USA, Kalifornien.

3 National Health Service, staatliches Gesundheitssystem in Grossbritannien.

Quelle: In Anlehnung an Weber (2005).

4.3.3 Fallgewinnung

In der Regel erfolgt bei den Krankenversicherern *keine systematische Diagnoseerfassung* der Versichertenfälle. Drei der vier Krankenkassen verneinten denn auch die entsprechende Frage. Um im Bedarfsfall die Diagnosen der Fälle zu erhalten, müssen laut Angaben von zwei Krankenkassen der behandelnde Arzt bzw. die zuständigen Leistungserbringer speziell angefragt werden.

Die Rekrutierung bzw. Identifizierung von der im Rahmen des Leistungsmanagements zu betreuenden Fälle wird von den befragten Krankenkassen gegenwärtig wie folgt gehandhabt:

Administrative Fallführung:

Bei der administrativen Fallführung findet die Selektion der Cases vor allem über das Instrument der *Kostengutsprache* statt. Ebenso können bei definierten Rechnungen spezielle Massnahmen eingeleitet werden. Die Merkmale, anhand welcher die Fälle ausgewählt werden, unterscheiden sich teilweise unter den beiden Krankenkassen mit administrativer Fallführung, am zentralsten ist jedoch das Kriterium *Spitalbenutzung* (z.B. *Eintritte, Dauer*) der Versicherten (vgl. Tabelle 4.8). Für eine der Kassen sind weiter die anfallenden Gesamtkosten, für die andere die Medikation entscheidend, einen Fall zu eröffnen. Kaum eine Rolle spielen hingegen die Diagnosegruppe, Geschlecht, Alter und Versicherungsklasse der Versicherten.

Fall-, Care- oder Case Management:

Auch beim Fall-, Care- oder Case Management erfolgt die Fallgewinnung über *Kostengutsprachen*. Zusätzlich führen auch Meldungen von den Versicherten, Angehörigen oder Leistungserbringern zur Fallöffnung. Teilweise setzen die Krankenkassen bei der Auswahl der Fälle auch eine Kriterienliste ein. Häufigstes und von allen Kassen eingesetztes Merkmal der Versichertenselektion ist wiederum die *Spitalbenutzung* (vgl. Tabelle 4.8). Hinzu kommt bei diesem Leistungsmanagement noch bei einer Mehrheit der Krankenkassen das Kriterium der *Diagnosegruppe*. Die anfallenden Gesamtkosten werden von zwei, die Medikation von nur einer der befragten Kassen zur Fallauswahl herangezogen. Auch hier spielen die Kriterien Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse keine oder nur eine geringe Rolle

Disease Management:

Beim *Disease Management* erfolgt bei einer Kasse die Identifizierung von Cases über die Medikamenten-Daten. Die andere Kasse verwendet einen Kriterienkatalog. Wichtigstes Auswahlkriterium ist im Gegensatz zu den anderen Fallführungen für beide Krankenversicherer die *Medikation* und für eine Krankenkasse noch die *Diagnosegruppen* der Versicherten (vgl. Tabelle 4.8). Anfallende Gesamtkosten, Spitalbenutzung, Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse spielen hingegen nur eine untergeordnete bzw. keine Rolle.

Tabelle 4.8 Merkmale, nach welchen die Auswahl der betreuten Fälle erfolgt
(Schattierung: Hervorhebung der relativen Häufigkeit der Antworten unter den Krankenkassen)

Merkmal (xxx = häufig, x = selten, o = nie)	administrative Fallführungen		Fall-, Case oder Care Management				Disease Management	
	KK A	KK B	KK A	KK B	KK C	KK D	KK B	KKD
• Anfallende Gesamtkosten	x	xxx	xxx	xxx	x	x	x	x
• Spitalbenutzung	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	x	x
• Medikation	xxx	x	x	xxx	x	x	xxx	xxx
• Diagnosegruppen	o	x	x	xxx	xxx	xxx	o	xxx
• Geschlecht	o	o	o	o	o	o	o	o
• Alter	o	o	o	o	o	o	x	o
• Versicherungsklasse	o	o	o	o	x	x	o	x
• andere	1		1					

1 = Kostengutsprachen für bestimmte Leistungen.
Quelle: Eigene Darstellung.

Zusammenfassend findet die Fallgewinnung der Krankenversicherer zur Zeit vor allem über den Weg der *Kostengutsprachen* statt. Wichtige Auswahlmerkmale bei der Falleröffnung sind die *Spitalbenutzung* (z.B. *Eintritte, Dauer*) und zum Teil die *Diagnosegruppen* sowie die *Medikation* der Versicherten (beim *Disease Management*). Zur Aufnahme einer Fallbetreuung spielen die *anfallenden Gesamtkosten* eines Versicherten nur bei einem Teil der Krankenkassen eine Rolle.

Laut Werthemann (2005, 134 ff) konzentriert sich das Case Management bzw. Leistungsmanagement der Krankenkassen hauptsächlich auf den stationären Aufenthalt und die Beeinflussung der Nachbehandlung. Im gegenwärtig ausgestalteten Gesundheitssystem mit Vertragszwang und Einzelleistungshonorierung kann in der Regel die ambulante, allgemeinärztliche und prästationäre Versorgung von den Krankenkassen nicht wirklich beeinflusst werden, da sie die Meldungen von bereits erbrachten Leistungen meist erst durch die Rechnungsstellung der Haus- und Spezialärzte erhalten.

Werthemann (2005, 135ff) zeigt in ihrer Studie, dass sich beim Prozess des Case Findings oder Falleröffnung der Anteil der Kontaktaufnahmen durch die medizinischen Leistungserbringer auf lediglich 18% der Fälle beschränkt. In rund drei Vierteln der Fälle initiieren die Krankenkassen selbst die Kontaktaufnahme. Der Zeitpunkt eines Case-Managements-Beginns hängt daher entscheidend davon ab, wann die Krankenversicherer erstmals über eine (komplexe) Erkrankung eines Versicherten informiert werden. Für die Krankenkasse stellt dabei das Kostengutsprachege such die «Initial-Information» dar. Diese Vorgehensweise bedeutet aber auch, dass erst *nachdem* eine Leistung medizinisch indiziert worden ist, Informationen über den Patienten, über die Eintrittsdiagnose und über die bevorstehende Behandlung bei den Krankenkassen vorliegen. Ebenso stellen die den Krankenkassen zur Verfügung stehenden Informationen der Spitalbenutzung wie der Medikation *retrospektive Auswahlkriterien* dar, d.h. Indikatoren für schon entstandene oder für bereits medizinisch schon als notwendig erachtete Leistungen und Therapien. Die im gegenwärtigen System fehlende systematische Diagnoseerfassung aller Versicherten- bzw. Behandlungsfälle durch die Krankenversicherer wird von einem Teil der Befragten als Problem

für ein wirkungsvolles Leistungsmanagement angesehen. Die Konsequenzen davon sind laut Angaben der Krankenversicherer:

- Zu später Beginn der Fallführung
- Unvollständige und wenig treffsichere Selektion
- Aufwändige Abklärungen notwendig
- Mangelhafte Information über medizinischen Hintergrund erschwert Tätigkeit generell massiv
- Potential kann nur teilweise ausgeschöpft werden

Zwar können zur Beschreibung möglicher Case Management-Zielgruppen nicht allein Diagnosen als Identifizierungskriterien dienen, da dort vor allem medizinisch sowie sozial komplexe und dadurch kostenintensive Einzelfälle selektiert werden sollen, bei denen sich der Koordinationsaufwand «lohnend» soll. Dennoch ist für jedes effiziente Leistungsmanagement das Vorhandensein von Patientendiagnosen unabdingbar. Ein Disease Management kann nur durch eine wirkungsvolle *Früherfassung* sowie den Einschluss möglichst aller PatientInnen mit der entsprechenden Krankheit eine optimierte Versorgung erreichen. Die in Frage kommenden Personen lassen sich dabei besser rekrutieren, wenn das Disease Management-Programm diese über Medikations-Daten oder Diagnosecodes zentral identifiziert und angeht¹⁸. Die prekäre Datenlage erschwert den Krankenkassen folglich die Möglichkeit *von sich aus* systematisch Fälle aus ihrem Versichertenpool zu selektieren ebenso wie leistungserbringerbezogene Vergleiche und Evaluationen (Benchmarking) anzustellen. Auch aus diesem Grund ist es nicht erstaunlich, dass gerade diese Form der Fallführung unter den Krankenversicherern noch nicht besonders ausgebaut bzw. entwickelt worden ist.

Insgesamt gestaltet sich die Fallgewinnung und -führung durch die Krankenversicherer im gegenwärtigen System als vorwiegend *reaktiv* statt *proaktiv*.

4.3.4 Fallsteuerung

Von weiterem Interesse ist, ob und wie die Krankenversicherer mit ihren Leistungsmanagement-Modellen nach der Fallaufnahme den Behandlungsverlauf ihrer Cases beeinflussen bzw. steuern.

• **Behandlungsprozess**

Über die Art und Weise, wie der Fallmanager Einfluss auf den Behandlungsprozess nehmen kann, liegen nur beschränkte bzw. zum Teil nur wenig aussagekräftige Informationen vor:

- Der Einfluss auf den Behandlungsprozess durch den Fallmanager erfolgt bei der *administrativen Fallführung* weitgehend über die Erteilung von Kostengutsprachen und wird laut Aussage einer Krankenkasse als *begrenzt* qualifiziert.
- Beim *Fall-, Care- oder Case Management* wird durch direkten Kontakt und persönliche Beratung von Versicherten und Angehörigen und Leistungserbringern Einfluss auf den Behandlungsverlauf ausgeübt. So werden unter anderem laut Aussage einer Krankenkasse therapeutische Alternativen vorgeschlagen und eine Vernetzung der involvierten medizinischen Leistungserbringer etabliert, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Die Patientenbegleitung erfolgt vorwiegend über telefonische Beratung. Die Steuerung findet ebenfalls über das Instrument der Kostengutsprachen statt.
- Eine der beiden Krankenkassen mit einem *Disease Management-Programm* gibt an, Einfluss auf den Behandlungsprozess über die Erhöhung des Bekanntheitsgrads und Akzeptanz des Modells bei den

¹⁸ Weber (2005).

Leistungserbringern auszuüben. Darunter erwähnt sie beispielsweise das Abschliessen von Verträgen und Setzen von finanziellen Anreizen bei den Leistungserbringern. Die Patientenbetreuung liegt dabei in der Verantwortung des Hausarztes, zusätzlich erfolgt eine Begleitung durch Gesundheitsinstruktoren.

• **Kostenplanung und -kontrolle**

Deklarierte Ziele der bestehenden Modelle der Fallführung durch die Krankenkassen sind die *Kostensteuerung bzw. -optimierung* (z.B. durch vermehrte Transparenz, Koordination der Behandlungsphasen und Vermeiden von Doppelspurigkeiten, insbesondere beim Disease Management Vermeiden von Hospitalisationen oder Folgekomplikationen) sowie die *Qualitätssteigerung* (z.B. beim Fall-, Care oder Case Management: Verbesserung der Beratung der Versicherten, Kundenzufriedenheit).

Die Krankenkassen wurden befragt, inwiefern sie eine *spezielle Kostenplanung und -kontrolle* innerhalb ihrer Fallführungen durchführen und ob sie diese für eine aktive Steuerung der Kosten einsetzen (vgl. Tabelle 4.9):

Im Fall der *administrativen Fallführung* verfügt nur eine der beiden Krankenversicherer über eine fallorientierte sowie gesamte Kostenplanung und -kontrolle. Diese dient laut Angabe der betreffenden Krankenkasse zur Fall- und Gesamtkostensteuerung.

Im Bereich des *Fall-, Care- oder Case Managements* führen drei der vier Kassen eine fallorientierte und übergeordnete Kostenplanung und -kontrolle durch. Zwei verwenden sie zur aktiven Steuerung der individuellen Fall- wie Gesamtkosten des Leistungsmanagements.

Einer der beiden Krankenversicherer mit einem *Disease Management-Programm* verfügt über eine Kostenplanung und -kontrolle auf Fall- und Gesamtebene. Allerdings wird sie nicht zur aktiven Lenkung der Kosten eingesetzt.

Als die gegenwärtig grössten Möglichkeiten, durch die Fallführungen Kosten einzusparen, wird von den Krankenkassen folgendes genannt:

Administrative Fallführung:

- Transparenz der Behandlungspfade, Leistungskosteneinsparungen

Fall-, Care- oder Case Management:

- Empfehlung alternativer Behandlungsmöglichkeiten gleicher Qualität
- Vermeiden von Doppelbehandlungen
- Umsteuerung zu Preferred Provider (gezielte Steuerung der Behandlung, zur richtigen Zeit am richtigen Ort)
- Kostenlenkung im Bereich postakuter Weiterbehandlung
- Verkürzung Aufenthaltsdauer, Vermeiden von Hospitalisationen

Disease Management:

- Vermeiden von teuren Notfallhospitalisationen und Folgekomplikationen (z.B. Diabetes).

Bis auf Krankenkasse A, die bei der administrativen Fallführung keine Kostenplanung und -kontrolle durchführt, geben alle Krankenversicherer an, dass ihr Betrieb für die entsprechenden Zielgruppen im Vergleich zu vorher Kosten einspart und dass diese Einsparungen die Kosten der jeweiligen Fallführung decken.

Tabelle 4.9 Kostenplanung und Kostenerfahrungen unter den Fallführungen

Kostenplanung und -kontrolle	administrative Fallführungen		Fall-, Case oder Care Management				Disease Management	
	KK A	KK B	KK A	KK B	KK C	KK D	KK B	KK D
Spezielle fallorientierte Kostenplanung und -kontrolle	nein	ja	ja	ja	nein	ja	ja	k.A.
→ Zur aktiven Steuerung der individuellen Fallkosten	---	ja	ja	ja	---	nein	nein	k.A.
Übergeordnete Kostenplanung und -kontrolle für gesamtes Fallmanagement	nein	ja	ja	ja	nein	ja	ja	k.A.
→ Zur aktiven Steuerung der Gesamtkosten der betreuten Fälle	---	ja	ja	ja	---	nein	nein	k.A.
Kosteneinsparungen für entsprechende Zielgruppen	nicht eruierbar	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.A.
Kosten für Fallführung durch die Einsparungen gedeckt	---	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.A.

Quelle: Eigene Darstellung.

Zusammenfassend erscheinen die derzeitigen Möglichkeiten der Krankenkassen den Behandlungsverlauf der Cases zu steuern als ziemlich *beschränkt*. Im Rahmen der Grundversicherung und innerhalb des bestehenden Vertragszwangs sind die Krankenkassen verpflichtet, die medizinische Leistungserbringung zu finanzieren. Vor diesem Hintergrund können sie folglich lediglich Empfehlungen aussprechen, Alternativen formulieren oder durch Koordination Doppeluntersuchungen zu vermeiden versuchen. Laut Werthemann (2005, 145), geben die Krankenkassen selbst an, dass sie (nur) eine Triagefunktion durch «Hinterfragen», «Alternativen aufzeigen» und nicht durch direktes Steuern übernehmen wollen. Ihre Fall- bzw. Case Manager agieren eher in einer beratenden Funktion als «Kosten- und Qualitätserzieher» bei den Leistungserbringern. Werthemann (2005, 153) führt an, dass die Kassen derzeit einen grossen Teil von Leistungen vergüten, die eigentlich nicht vergütungspflichtig sind respektive für die es günstigere Alternativen gäbe. Case Management dient den Krankenkassen zu einer verbesserten Abklärung ihrer Leistungspflicht. Der *direkte Einfluss auf den Behandlungsverlauf* von seiten der Krankenkassen ist damit als *gering* einzustufen.

Die Fallführungen werden von den Krankenversicherern weitgehend mit einer Kostenplanung und -kontrolle begleitet. Auch wenn diese nicht immer zur aktiven Kostensteuerung der Fälle bzw. des Leistungsmanagements eingesetzt wird, gibt die Mehrheit der Kassen an, durch ihre Fallführungen Kosteneinsparungen zu realisieren. Angesichts der derzeitigen Grenzen der Fallführung erstaunt eine derartige Aussage. Die Krankenversicherer bzw. die Verantwortlichen haben jedoch einen inhärenten Anreiz, ihr Leistungsmanagement als erfolgreich auszuweisen. Wie der Erfolg bzw. die Kosteneffekte der Fallführungen von den Krankenkassen tatsächlich gemessen werden, müsste näher abgeklärt werden.

4.3.5 Probleme

Spezifische Probleme für das Betreiben und Durchführen einer sinnvollen Fallführung sehen die befragten Krankenkassen in der heutigen Situation insbesondere in folgenden Bereichen:

- Eine Hauptschwierigkeit stellt die Zusammenarbeit mit den medizinischen Leistungserbringern dar: Z.B. empfinden die Kassen die Kooperation als gering bzw. mangelhaft. Darüber hinaus erwähnt eine Kasse, dass trotz guten gesetzlichen Rahmenbedingungen der Datenschutz von den Leistungserbringern destruktiv eingesetzt wird.
- Auch die Akzeptanz bei den Patienten wird von einer Krankenkasse als niedrig eingestuft.

- Ebenso werden bestehende regulatorische Bestimmungen, die allgemein schlechte Datenlage im schweizerischen Gesundheitswesen, die mangelhafte Ausgestaltung des Risikoausgleichs sowie die ungleichen Finanzierungsmodelle «ambulant – stationär» als problematisch eingestuft.

Diese von seiten der Krankenkassen beim Betreiben eines Leistungsmanagements empfundenen Mängel und Schwierigkeiten sind ein Spiegelbild der im Gesundheitswesen inhärenten, kostensteigernden Verhalten belohnenden Anreize. Die Fallführung muss von den Krankenversicherern heute – insofern sie nicht innerhalb einer Managed Care- oder ähnlichen Organisation (z.B. HMO oder integriertes Versorgungsnetz)¹⁹ stattfindet – in einem Umfeld eingesetzt werden, das auf seiten der medizinischen Leistungserbringer vom Kontrahierungszwang und Einzelleistungstarifizierung und auf seiten der Versicherten bzw. Patienten durch risikounabhängige Prämien sowie durch eine hohe Anspruchshaltung bei gleichzeitig mangelndem Kostenbewusstsein geprägt ist.

¹⁹ Weber (2005).

5 Zusammenfassung und Folgerungen

Die Vorstudie kommt zusammenfassend zu folgenden Erkenntnissen hinsichtlich der Situation der Hochkostenfällen und der Funktionsweise der Fallführung bei den Krankenversicherern:

- **Situation Hochkostenfälle**

Innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung kommt es zu einer beträchtlichen Konzentration der Kosten auf eine kleine Gruppe von Versicherten. Ein grosser Teil der Ausgaben für die Hochkostenfälle fliesst in die *medizinische Versorgung im Alter*, da es sich bei den meisten teuren Versicherten um ältere bzw. hochbetagte Versicherte handelt. Der Spitalbereich absorbiert den Hauptteil der Gelder. Der Anteil der jüngeren bzw. jüngsten Personen an den Hochkostenfällen ist zwar um einiges geringer, dafür sind diese Patienten dann aber überdurchschnittlich teuer. Bei der Versorgung dieser jungen Hochkostenversicherten nimmt die *stationäre Spitalbetreuung* ein vergleichsweise noch grösseres Gewicht ein.

Im *Zeitablauf* scheint die Anzahl Hochkostenfälle zuzunehmen und wesentlich zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beizutragen. Gleichzeitig ist aber auch – als Folge der zunehmenden Medikalisierung der Gesellschaft – ein starker Anstieg an Leistungen bei den Personen, welche die Kosten unterhalb der in der Vorstudie gesetzten Hochkostengrenzen aufweisen, zu beobachten.

Um die Bedeutung der Konzentration der OKP-Kosten auf die älteren Versicherten sowie die zeitliche Entwicklung von Hochkostenfällen vertiefter bzw. genauer zu würdigen, wäre eine breitere Datenerfassung, d.h. die Auswertung der Daten möglichst aller OKP-Versicherten über mehrere Jahre, wünschenswert. Dabei sollte bei der Erhebung von Kosten- und Versichertendaten zwischen mehr als den hier gewählten zwei Kostenklassen (HKF 1: zwischen 20'000 und 50'000 Franken pro Jahr; HKF 2: > 50'000 Franken pro Jahr) unterschieden werden. Interessant wäre zu sehen, wie sich z.B. eine «mittlere» Kostenklasse (z.B. Versicherte mit einem Leistungsbezug zwischen 10'000 und 20'000 Franken pro Jahr) über die Altersgruppen verteilt, d.h. ob sich diese ebenso auf die älteren Versichertenklassen konzentrieren und damit den Fokus auf spezifische Altersgruppen verstärken. Um den Beitrag der Hochkostensegmente zur Kostenentwicklung vertiefter zu würdigen, wäre es darüber hinaus aufschlussreich, wie sich insgesamt die verschiedenen definierten Versichertenkostenklassen – so vor allem auch zusätzlich zu den Hochkostengruppen diejenigen mit den tiefsten OKP-Leistungen – im Laufe der Zeit quantitativ verändern (vgl. Tabelle 5.1).

Eine umfassendere statistische Auswertung von Hochkostenfällen nach *Erkrankungen* sowie *medizinischen Leistungen* ist zur Zeit nicht möglich. Hierfür müsste die Datenlage bei den Krankenversicherern entscheidend verbessert werden. Nebst der Kostenstatistik müssten die Krankenkassen auch eine *Diagnose- und Leistungsstatistik* über alle Versicherten führen. Eine *Annäherung* an die möglichen Ursachen von hohen OKP-Leistungen von bestimmten Versicherten könnten gegenwärtig vielleicht einerseits die im Rahmen der *Fallführung* erfassten Patienten und deren Daten bei den Krankenkassen oder andererseits ausgewählte Managed Care-Organisationen, welche aufgrund der Einbindung ihrer medizinischen Leistungserbringer über die Diagnosen ihrer Versicherten verfügen (siehe Beispiel MediX Ärzteverbund Zürich), liefern. Im ersteren Fall entsprechen zwar die hier in der Vorstudie mit dem Fallbegriff «Kosten pro Jahr» statistisch festgelegten Hochkostenfälle nicht den innerhalb des Leistungsmanagements der Krankenversicherer betreuten Cases, dennoch kennzeichnen sich diese Versicherten unter anderem auch durch eine über den Behandlungsverlauf zu beobachtende intensive Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. bzw. durch (potentiell) hohe Kosten aus.

• Situation der Fallführung

Unter den Krankenversicherern bestehen zur Zeit verschiedene Formen der Fallführung. Vor allem das *Fall-, Care- und Case Management* ist in den letzten Jahren eingeführt worden und im Ausbau begriffen. Die Effektivität bzw. der Nutzen des bestehenden Leistungsmanagements ist jedoch aus folgenden Gründen als ziemlich gering einzustufen:

- *Erschwerte Fallrekrutierung*: Die wichtigsten Informationsquellen, einen Fall aufzunehmen, stellen zur Zeit das Kostengutsprachege such, die Spitalbenutzung sowie Medikation eines Versicherten dar. Das Managen der für ein Fallmanagement in Frage kommenden Patienten und ihrer kostenauslösenden Therapien ist demzufolge weitgehend *retrospektiv* statt *prospektiv* ausgerichtet
- *Geringe Steuerungsfunktion*: Anstelle einer proaktiven Steuerung der Therapien und des gesamten Behandlungsverlaufs der Patienten betreiben die Krankenkassen ihr Fall- bzw. Case Management mehr als eine Art *Beratungsaufgabe* und *formale Leistungsüberprüfung*.
- *Beschränkter Steuerungsbereich*: Das Case Management der Krankenkassen konzentriert sich hauptsächlich auf den *stationären Aufenthalt und Nachbehandlung*. Die HMOs (spezifische Managed Care Organisation) in den USA setzen ihr Case Management im Gegensatz dazu schon mit frühzeitiger Prävention und entsprechendem Monitoring bei potentiell kostenintensiven Versicherten im ambulanten Bereich ein. Nur mit einer solchen Vorgehensweise können die Ausgaben, die durch Eintritte oder längere Spitalaufenthalte in Akutspitälern und Rehakliniken ausgelöst werden, verhindert oder vermindert und die Qualität gesteigert werden.
- *Fehlende Motivation*: Die Bereitschaft bzw. Zusammenarbeit der medizinischen Leistungserbringer überhaupt an einem Leistungsmanagement teilzunehmen und durch präventive Massnahmen zukünftig drohende Hochkostenfälle zu verhindern, ist so gut wie nicht vorhanden.

Im gegenwärtigen System läuft die Weiterentwicklung der Fallführung bei den Krankenkassen Gefahr, sich *kostensteigernd* auszuwirken. Von den Krankenkassen wird ein teurer Verwaltungsaufwand betrieben, ohne dass spürbare Wirkungen auf die Leistungen bzw. Kosten und das Verhalten der medizinischen Leistungserbringer auszumachen wären. Gleichzeitig bestehen für pharmazeutische Unternehmen starke Anreize, Disease Management als gewinnsteigernde Marketingstrategie zu nutzen. Die Krankenkassen stellen im heutigen Umfeld mit ihren beschränkten Kompetenzen kein wirkliches Gegengewicht zu diesen Interessen dar.

Das Nutzenpotential eines Ansatzes wie dasjenige des Case- und Disease Managements kann nur dann zum Tragen kommen, wenn es im schweizerischen Gesundheitswesen zu einem *Paradigmawechsel* kommt. Erst die konsequente Einführung von *wettbewerblichen Rahmenbedingungen*²⁰ wird auf alle Akteure den notwendigen Druck ausüben, die für eine effiziente Gesundheitsversorgung unerlässlichen Kosten-Nutzenüberlegungen auch tatsächlich vorzunehmen.

In Tabelle 5.1 sind die aus dieser Vorstudie gewonnenen Empfehlungen für weitere Analysen und Massnahmen zusammengefasst.

²⁰ Siehe hierzu die Publikationen von Sommer (1999, 2005).

Tabelle 5.1 Empfehlungen für weitere Analysen und Massnahmen

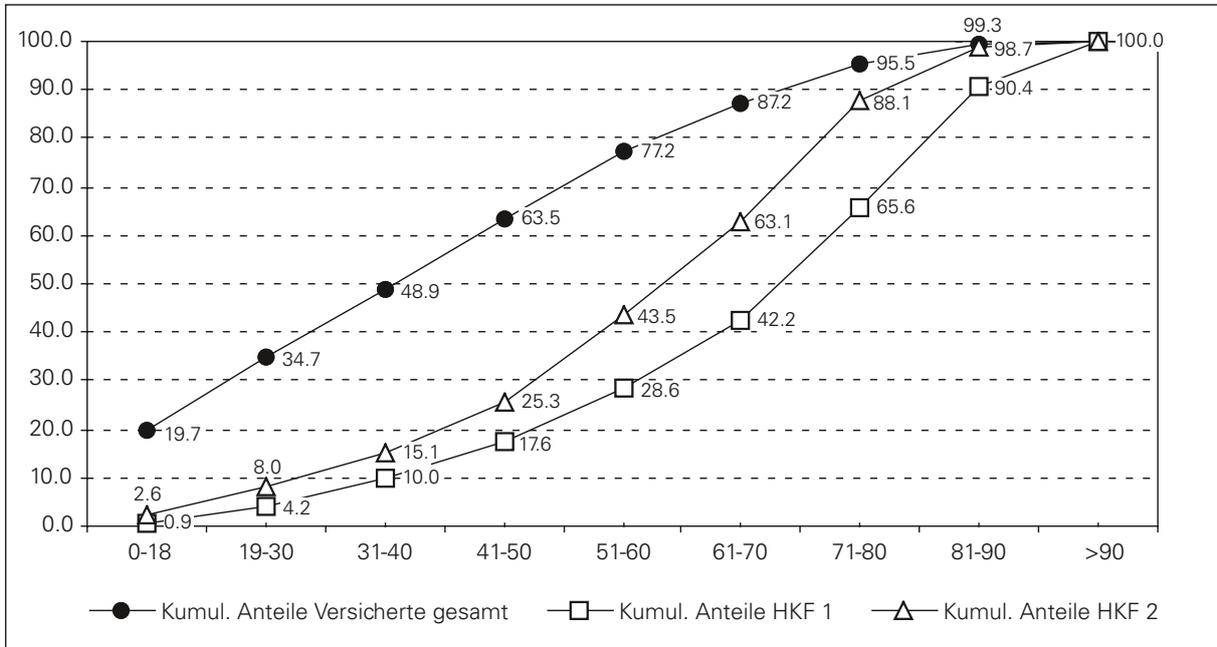
Weitere Auswertungen im Rahmen der gegenwärtigen Datenlage
→ zur quantitativen Entwicklung von Hochkostenfällen
<ul style="list-style-type: none">• Auswertung der Daten <i>aller</i> OKP-Versicherten mittels der bestehenden Kostenstatistik der Krankenversicherer auf Basis des Fallbegriffs «Kosten pro Jahr».
<ul style="list-style-type: none">• Alle OKP-Versicherte eingeteilt nach verschiedenen Kostenklassen pro Jahr und nach Altersgruppen erheben.
<ul style="list-style-type: none">• Beobachtung der Entwicklung aller Kostenklassen über mehrere Jahre.
<ul style="list-style-type: none">• Zusätzliche Untersuchung der Rolle (Anteil, Konzentration, Entwicklung) der Medikamente- und Pflegekosten unter den Hochkostenversicherten.
→ zu den Ursachen von Versicherten mit hohen Kosten
<ul style="list-style-type: none">• Analyse der bei ausgewählten Managed Care-Organisationen gesammelten Versichertendaten (z.B. Diagnosen der teuersten Erkrankten, erbrachte Leistungen).
<ul style="list-style-type: none">• Untersuchung der innerhalb der Einrichtungen der Fallführungen der Krankenversicherer gesammelten Informationen von betreuten Fällen bzw. teuren Versicherten (Krankheitsbilder, therapeutische Leistungen, Anzahl involvierte Leistungserbringer etc.)
Massnahmen zur Gewährleistung der Zielerreichung der Fallführung
<ul style="list-style-type: none">• Etablierung einer Diagnose- und Leistungsstatistik bei den Krankenversicherern.
<ul style="list-style-type: none">• Innerhalb wettbewerblicher Rahmenbedingungen ökonomische und organisatorische Anreize für die Akteure so setzen, dass<ul style="list-style-type: none">– die medizinischen Leistungserbringer an einer Zusammenarbeit bzw. einer Einbindung in ein Leistungsmanagement interessiert sind und– die Krankenversicherer Einrichtungen der Fallführung kostensteuernd bzw. effizient betreiben.

Literatur

- Angell, M.: The Truth about the Drug Companies. New York: Random House, 2004.
- Ashton, C.M. et. al.: Hospital Use and Survival among Veterans Affairs Beneficiaries. In: New England Journal of Medicine 2003, 349; 17: 1637-1646.
- Bloor, K. and A. Maynard: Disease Management. A Global Cost-Containing Initiative? In: Pharmaco-economics 17 (6): 539-544.
- Bundesamt für Gesundheit: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003. Januar 2005.
- Crosson, F.J. and P. Madvig: Does Population Management of Chronic Disease Lead to Lower Costs of Care? In: Health Affairs 2004, Vol. 13 (6): 76-78.
- Fireman, B., Bartlett, J., Selby, J.: Can Disease Management Reduce Health Care Costs By Improving Quality? In: Health Affairs 2004, Vol. 13 (6): 63-75.
- Jha, A.K. et al.: Effect of the Transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the Quality of Care. In: New England Journal of Medicine 2003, 348; 22: 2215-2227.
- Marshall M., Gray, A., Lockwood, A., Green, R.: Case Management for People with Severe Mental Disorders. Cochrane Database System Review, 2000.
- Sommer, J.H.: Gesundheitswesen. Diagnose und Therapieoptionen. Gutachten im Auftrag der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz, unveröffentlicht, Basel, 2005.
- Sommer, J.H.: Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt. Schattauer Verlag, 1999.
- U.S Congress, Congressional Budget Office: An Analysis of the Literature on Disease Management Programs. October 13, 2004.
- US Department of Veterans Affairs (VATAP): VA Technology Assessment Programm Short Report – Impacts of Case Management Programs. June 2000.
- Weber, A.: Case und Disease Management im Ärztenetz. In: Managed Care, 3, 2005: 8-11.
- Werthemann, C.: Case Management im Gesundheitswesen. Konzeptionelle Grundlagen, ausländische Beispiel und erste Erfahrungen in der Schweiz. Eingereichte Dissertation der Universität Basel, unveröffentlicht, 2005.

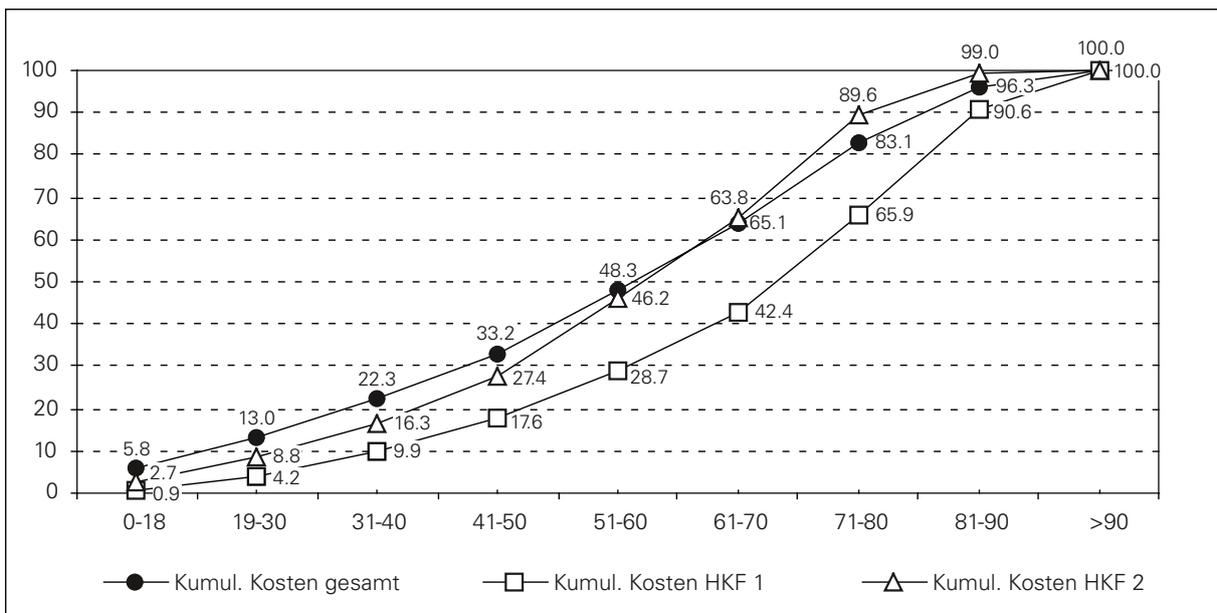
Anhang A

Abbildung 1 Kumulierte Anteile OKP-Versicherte gesamt, Hochkostenfälle 1 und 2 nach Altersgruppen, in %, 2003



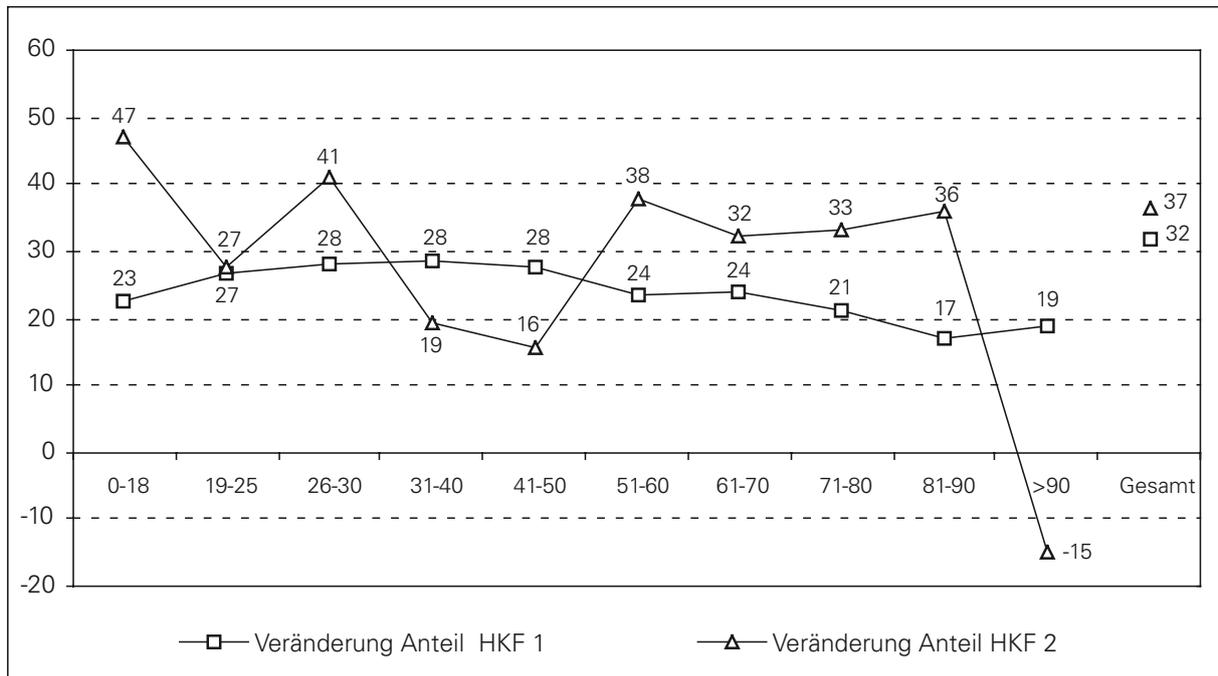
Quelle: Eigene Berechnung.

Abbildung 2 Kumulierte Kosten OKP-Versicherte gesamt, Kosten Hochkostenfälle 1 und 2 nach Altersgruppen, in %, 2003



Quelle: Eigene Berechnung.

Abbildung 3 Veränderung des Anteils der Hochkostenfällen zwischen 2000 und 2003 vom Gesamt innerhalb der jeweiligen Altersgruppe, in %



Quelle: Eigene Berechnung.

Anhang B

Anhang B / Daten Teil 1: Umfang Versicherte und Kosten nach Altersgruppen

Bitte Tabelle 1 und 2 ausfüllen

Tabelle 1: Abrechnungsjahr 2000

Altersgruppe	Gesamtbestand OKP-Versicherte				(I) Leistungsbezüger(o. Unf.) mit Kosten zw. 20'00
	Anzahl Versicherte	Gesamtkosten (OKP-Bruttoleistungen in Franken)	davon Kosten "Spital stationär" (in Franken)	davon Kosten "Spital ambulant " (in Franken)	
0-18					
19-25					
26-30					
31-40					
41-50					
51-60					
61-70					
71-80					
81-90					
>90					
Gesamt	0	0	0	0	0

Tabelle 2: Abrechnungsjahr 2003

Altersgruppe	Gesamtbestand OKP-Versicherte				Anzahl Versicherte, die am 31.12.2004 noch am Leben sind	(I) Leistungsbezüger(o. Unf.) mit Kosten zw. 20'00
	Anzahl Versicherte	Gesamtkosten (OKP-Bruttoleistungen in Franken)	davon Kosten "Spital stationär" (in Franken)	davon Kosten "Spital ambulant " (in Franken)		
0-18						
19-25						
26-30						
31-40						
41-50						
51-60						
61-70						
71-80						
81-90						
>90						
Gesamt	0	0	0	0	0	0

Anhang B / Daten Teil 2: Umfang Versicherte und Kosten nach Versichertenstatus

Bitte Tabelle 3 ausfüllen

Tabelle 3: Abrechnungsjahr 2003

Versichertenstatus	Gesamtbestand OKP-Versicherte				(I) Leistungsbezüger (o. Unf.) mit Kosten zw. 20'00
	Anzahl Versicherte	Gesamtkosten (OKP-Bruttoleistungen in Franken)	davon Kosten "Spital stationär" (in Franken)	davon Kosten "Spital ambulant " (in Franken)	
"Nur" Allgemein					
Halbprivat					
Privat					
Gesamt	0	0	0	0	0

Anhang B/Fragebogen zur Fallführung der Krankenversicherer

1. Allgemein: Zur Diagnoseerfassung der Versicherten			
Werden Ihre Versicherten(-fälle) systematisch mit Diagnosen (bspw. ICD-10) erfasst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn nicht, wie nähern Sie sich den Diagnosen an bzw. wie erhalten Sie im Bedarfsfall die Diagnosen Ihrer Versichertenfälle?			
.....			
2. Formen der Fallführung und Ziele			
	a) Administrative Fallführung	b) Fall-, Case- oder Care Management	c) Disease Management
2.1 Welche der genannten Formen von Fallführung wenden Sie in Ihrer Versicherung bereits an?	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Auf welcher Form der Fallführung liegt Ihr Schwergewicht? <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> Schwergewicht	<input type="checkbox"/> Schwergewicht	<input type="checkbox"/> Schwergewicht
Mit den Fragen nur weiterfahren, wenn entsprechende Form der Fallführung vorhanden.			
2.2 In welchem Versicherungssegment setzen Sie Ihre Fallführung ein?	<input type="checkbox"/> Grundversicherung <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Grundversicherung <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Grundversicherung <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> andere
2.3 Welches sind die wichtigsten Ziele Ihrer Fallführung?

<p>3.3 An welchen der folgenden Erkrankungen leiden Ihre Fälle?</p>	<p>a) Administrative Fallführung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Asthma/COPD <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ koronare Herzerkrankungen und andere <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Kreislauferkrankungen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Erkrankungen des Bewegungsapparates <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Krebs <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Neurologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ psychische Erkrankungen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Schleudertrauma <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Unfälle (ohne Schleudertrauma) <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ andere ▪ keine typischen Erkrankungen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie 	<p>b) Fall-, Case- oder Care Management</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Asthma/COPD <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ koronare Herzerkrankungen und andere <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Kreislauferkrankungen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Erkrankungen des Bewegungsapparates <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Krebs <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Neurologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ psychische Erkrankungen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Schleudertrauma <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Unfälle (ohne Schleudertrauma) <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ andere ▪ keine typischen Erkrankungen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie 	<p>c) Disease Management</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Asthma/COPD <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ koronare Herzerkrankungen und andere <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Kreislauferkrankungen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Erkrankungen des Bewegungsapparates <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Krebs <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Neurologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ psychische Erkrankungen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Schleudertrauma <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ Unfälle (ohne Schleudertrauma) <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie ▪ andere ▪ keine typischen Erkrankungen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie
--	---	--	---

5. Organisation und Management			
	a) Administrative Fallführung	b) Fall-, Case- oder Care Management	c) Disease Management
5.1 Wo ist die Fallführung in Ihrer Versicherung organisatorisch angesiedelt? (z.B. Managed Care Abteilung, Stab, Finanzabteilung, andere)
5.2 Welche Kompetenzen haben Ihre Fallmanager gegenüber den Leistungserbringern?

6. Finanzierung und Kosteneffekte			
	a) Administrative Fallführung	b) Fall-, Case- oder Care Management	c) Disease Management
6.1 Führen Sie eine spezielle fallorientierte Kostenplanung und -kontrolle durch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, verwenden Sie diese auch für eine aktive Steuerung der individuellen Fallkosten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.2 Führen Sie eine übergeordnete Kostenplanung und -kontrolle für ihre gesamtes Fallmanagement durch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, verwenden Sie diese auch für eine aktive Steuerung der Gesamtkosten der betreuten Fälle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.3 Spart Ihr Betrieb durch die Fallführung Kosten für die entsprechenden Zielgruppen im Vergleich zu vorher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht eruiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht eruiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht eruiert

	a) Administrative Fallführung	b) Fall-, Case- oder Care Management	c) Disease Management
<p>Wenn Frage 6.3 Kosteneinsparung mit "ja" beantwortet wurde: 6.4 Sind die Kosten für die Fallführung durch die Einsparungen gedeckt?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht eruerbar</p> <p>..... </p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht eruerbar</p> <p>..... </p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht eruerbar</p> <p>..... </p>
<p>Wenn Frage 6.3 Kosteneinsparung mit "ja" beantwortet wurde: 6.5 Worin bestehen gegenwärtig die grössten Einsparungsmöglichkeiten durch die Fallführung?</p>	<p>..... </p>	<p>..... </p>	<p>..... </p>
<p>6.6 Worin sehen Sie (weitere) potentielle Einsparungsmöglichkeiten durch die Fallführung?</p>	<p>..... </p>	<p>..... </p>	<p>..... </p>

