

Wertbestimmung und Preisbildung im Gesundheitswesen

Die Preise und die Preisbildung tragen mehr zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bei, als dies von manchen Experten behauptet wird. Diesen Schluss legte ein Referat über die Preisbildung (beziehungsweise die Bewertung von Leistungen) im Gesundheitswesen nahe, das im Rahmen des 5. Novartis-Forums für Gesundheitsökonomie gehalten wurde. Der folgende Bericht soll einen Eindruck davon geben, wo die Missstände liegen und wie abzuhelpen wäre.

Rita Schnetzler

Am 27. November 2002 fand in Bern das 5. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie statt. Es thematisierte verschiedenste praktische Aspekte der Gesundheitsökonomie. Die Referentinnen und Referenten stammten aus Gesundheitspolitik, Medizin, Krankenversicherung und Wirtschaftswissenschaft.

Einer der Referenten war Pius Gyger, Mitglied der Direktion der Helsana Versicherungen AG. Sein Vortragsthema lautete Preisbildung beziehungsweise «Bewertung von Leistungen im schweizerischen Gesundheitssystem». Die folgenden Ausführungen stützen sich auf das Referat von Pius Gyger sowie auf seine ergänzenden Informationen in den Veranstaltungsunterlagen. Im Zentrum stehen dabei die Fragen: Was ist ein Preis und wie kommt er zustande? Auf welche Grundlagen stützt sich die Preisbildung im schweizerischen Gesundheitswesen?

Was ist ein Preis?

Seit Jahrhunderten denken Philosophen und Ökonomen über das Wesen von Wert und Preis nach. Der Begründer der Marktwirtschaft, Adam

Smith (1723–1790), unterschied zwischen dem Tausch- und dem Gebrauchswert einer Leistung.¹ Der Tauschwert ist der Preis; der Gebrauchswert entspricht der Fähigkeit der entsprechenden Leistung, menschliche Bedürfnisse zu befriedigen. Leon Walras (1834–1910) sah die Nutzenschätzung der Verbraucher als Ursache für den Wert der Güter. Die Nutzenschätzung ihrerseits hänge von verschiedenen Rahmenbedingungen und Überlegungen der Verbraucher ab.

Preisbildung im Gesundheitswesen

Wer Gygers Referat gehört hat, weiss, dass das eben Erläuterte für das Gesundheitswesen nicht gilt: Wenn der Wert beziehungsweise der Preis von Leistungen im Gesundheitswesen ermittelt wird, spielt die Nutzenschätzung der Verbraucher nicht (oder zumindest kaum) eine Rolle.

Wie dann werden im Gesundheitswesen Leistungen bewertet? Welche Instanzen setzen die Preise fest und auf welche Berechnungen stützen sie sich dabei?

Diese Fragen können, wie Pius Gyger aufzeigte, nicht allgemein, sondern nur für die einzelnen Leistungsbereiche beantwortet werden. So werden zum Beispiel die Preise der kassenpflichtigen Medikamente von den Behörden (Bundesamt für Sozialversicherung) festgesetzt (*behördliche Preisbildung*); die Tarife für die ambulanten medizinischen Grundversicherungsleistungen, die Tarife für die kassenpflichtigen Zahnarztleistungen und die Spitalpauschalen basieren auf Blockverhandlungen zwischen Verbänden der Versicherer und der Leistungserbringer (*verbandsbezogene Preisbildung*). Daneben treffen einzelne Leistungserbringergruppen (v.a. HMOs und Hausarztmodelle mit Capitation sowie einzelne Spitäler im Zusatzversicherungsbereich) mit einzelnen Versicherern individuelle Tarifvereinbarungen (*individuelle Preisbildung*).

Auch das *Vorgehen* zur Preisbeziehungsweise Tarifbildung variiert von Fall zu Fall. Im Bereich der obligatorischen Grundversicherung werden die Regeln für die Preisbildung vom Krankenversicherungsgesetz (KVG) und insbesondere durch die Praxis des Preisüberwachers festgelegt. Doch das Vorgehen in den verschiedenen Leistungsbereichen ist keineswegs einheitlich und auch für Ex-



Das Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie fand im November 2002 bereits zum fünften Mal statt.

perten offenbar nur teilweise nachvollziehbar. Die Preise orientieren sich an retrospektiv ausgewiesenen Kosten (Spital), unterschiedlichen Quervergleichen (Medikamente, Spital), Kosten von Norminstitutionen (Physiotherapie, Arzt) oder werden auch einmal ziemlich willkürlich («pragmatisch») festgelegt. Pius Gyger versteht aus ökonomischer Sicht zudem nicht, weshalb im schweizerischen Gesundheitswesen neuere Leistungen immer auch teurer sind (Medikamente, Medizinaltechnik). Dies sei keineswegs ein ökonomisches Naturgesetz.

¹ Die Unterscheidung zwischen Gebrauchswert und Tauschwert stammt allerdings ursprünglich von Aristoteles; sie wurde von Adam Smith (1723 bis 1790) wieder aufgenommen. William Petty (1623 bis 1687) unterschied zwischen dem natürlichen Preis (= Wert), der durch die auf die Leistung verwendete Arbeit bestimmt wird, und dem politischen Preis, der aufgrund von permanenten und zufälligen Bestimmungsgründen vom natürlichen Preis abweicht. Richard Cantillon (1680 bis 1734) sprach vom «normalen Wert» (= innerer Wert, innerer Preis) und vom Marktpreis, der nicht mit dem «normalen Wert» übereinstimmt. Aufgabe des Marktes ist es gemäss Cantillon, dafür zu sorgen, dass der Marktpreis zum inneren Wert tendiert.



Das Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie überzeugte auch diesmal durch die kompetente Besetzung und das abwechslungsreiche Programm (im Bild: Andreas Roos [Winterthur Versicherung] bei seinem Referat über «Die private Krankenversicherung – Rosinenpicken oder Eigenverantwortung»).

Nicht nur im regulierten Leistungsbereich der obligatorischen Grundversicherung, sondern auch im «Wettbewerbsbereich», das heisst im Bereich der Leistungen, die von Zusatzversicherungen oder vom Verbraucher/Patienten selber bezahlt werden, findet gemäss Pius Gyger (zurzeit noch) wenig Preiswettbewerb statt.

Die Gesundheitsökonomie verfügt zwar über zahlreiche Instrumente (z.B. Kosten-Nutzen-Analyse, Nutzwertanalyse, Kostenminimierungsanalyse usw.), um den Nutzen/Wert einer Leistung aus Sicht der Verbraucher oder der Volkswirtschaft zu ermitteln. Gesundheitsökonomische Instrumente spielen bei der Preisbildung im Gesundheitswesen gemäss Pius Gyger aber «praktisch keine Rolle» – im regulierten Bereich ebenso wenig wie im Wettbewerbsbereich. So widerspiegeln die Preise denn auch nicht (oder nur selten) die Zahlungsbereitschaft der Konsumenten. In der Regel sind die Preise zudem mehr oder weniger unabhängig von der Qualität der Leistungen.

Bedeutung der Preise im Gesundheitswesen

Die Preisbildung im Gesundheitswesen scheint also insgesamt reichlich willkürlich und unsystematisch zu sein. Können wir uns das noch leisten in einer Zeit, in der die Gesundheitskosten und hiermit der Leidensdruck der Krankenversicherten ständig zunimmt? Die Analyse zu Händen der Bundesratsklausur vom 22. Mai 2002, so Gyger, macht dazu (ebenso wie viele andere Statements

von Experten) widersprüchliche Aussagen:

«Werden die Kosten in ihre Komponenten (Preis und Menge) zerlegt, so ist festzustellen, dass die Preise eine deutlich untergeordnete Rolle spielen», heisst es an einer Stelle. Daraus wäre zu schliessen, dass die Preisbildung die Kostenentwicklung nicht oder nur unwesentlich beeinflusst. An einer anderen Stelle ist aber im selben Dokument zu lesen: «Bei der so genannten Mengenerwicklung handelt es sich im Wesentlichen um die Substitution von älteren durch neuere, in der Regel bessere und auch wirksamere Therapieformen, die zudem teurer sind.» Der höhere Preis der neuen Therapien wäre, gemäss dieser Aussage, also eigentliche Ursache der Kostenentwicklung. Allerdings besagt der Bericht weiter: «In keinem Jahr seit der Einführung des KVG hat die Neuzulassungen von Leistungen in die OKP ein wirklich prämienerndes Element dargestellt.»

Diese widersprüchlichen Aussagen deuten darauf hin, dass Massnahmen im Bereich der Preisbildung von Seiten der Behörden und der Politik bisher als unwichtig betrachtet wurden (oder zumindest, mangels politischer Durchsetzbarkeit, als unwichtig bezeichnet wurden).

Pius Gyger ist überzeugt: «Die Bedeutung der Preisbildung wurde bisher unterschätzt.»

Mögliche Lösungsansätze

Wenn im Gesundheitswesen eine bessere Kostensteuerung angestrebt werden soll, kann gemäss Gyger also unter anderem durchaus auch im Bereich der Preisbildung angesetzt werden.

Als mögliche Verbesserungsmassnahmen nannte er:

- die Verknüpfung der Preise mit Qualitätsaspekten vorantreiben²
- im Wettbewerbsbereich die Wettbewerbsgesetzgebung durchsetzen (Monopole und kartellorientierte Preisbildung verhindern)

² Solange die Leistungen einzeln bezahlt werden (Einzelleistungstarif), entsteht für die Leistungserbringer nämlich – unabhängig von der Höhe des Preises – ein Anreiz, die Leistungsmenge auszuweiten. Dagegen schaffen Pauschalen (z.B. Globalbudget, Versichertenpauschalen, Fallpauschalen) einen Anreiz, die Leistungsmenge zu minimieren. Das optimale Abgeltungsmodell existiert daher nicht. Deshalb muss über längere Frist eine Verknüpfung zwischen Preis und Qualität erreicht werden.

Neue Bildungsangebote im Bereich Gesundheitsökonomie

Das Schweizerische Netzwerk Gesundheitsökonomie – ein Zusammenschluss der verschiedenen universitären Institute der Schweiz, die im Bereich Gesundheitsökonomie tätig sind¹ – bietet ab Herbst 2003 eine interdisziplinäre Masterausbildung in Gesundheitsökonomie und -management an. Diese Ausbildung wird gleichzeitig an den Universitäten Lausanne, Bern und Lugano angeboten. Sie kann berufsbegleitend absolviert werden (Teilzeitstudium, ca. 40%) und dauert zwei Jahre (entsprechend einem vollen Studienjahr). Das Netzwerk koordiniert das Programm, die Bestimmungen für die Rekrutierung der Dozenten, die Zulassungsbestimmungen für Studenten sowie die Studiendauer und die Einschreibgebühr.

Daneben ist auch eine schweizerische (oder internationale) Doktoratsausbildung (ein «PhD Programm») in Gesundheitsökonomie geplant. Dieses Studium soll aus einem ökonomischen Grundstudium an einer Schweizer Universität bestehen, ergänzt durch Kursangebote des Schweizerischen Netzwerks für Gesundheitsökonomie in den Bereichen Gesundheitsökonomie, ökonomische Analysen im Gesundheitsbereich, ökonomische Evaluation im Gesundheitsbereich sowie Gesundheitspolitik. Der Doktorand soll von einem Professor des Netzwerks betreut werden; das Netzwerk wird auch einen jährlichen Workshop durchführen, an dem ein Austausch zwischen den Doktoranden stattfinden kann. Das Programm soll maximal drei Jahre dauern und mit einem Dokortitel abgeschlossen werden, der von der Universität, an welcher der/die Studierende eingeschrieben ist, ausgestellt und durch ein Label des Netzwerks Gesundheitsökonomie ergänzt wird.

¹ siehe auch «Das IEMS wird «Leading House» in Gesundheitsökonomie» (Interview mit Alberto Holly) in «Managed Care» 2/02, Seiten 17 und 18

Kontaktadresse für weitere Informationen: Institut d'économie et management de la santé (IEMS), Leading House des Schweizerischen Netzwerks Gesundheitsökonomie, Universität Lausanne, Champ de l'air, Rue du Bugnon 21, 1005 Lausanne. Tel. 021-692 33 20; Fax 021-692 33 65; Internet: www.hospvd.ch/iems

- für den behördlich regulierten Bereich ein einheitliches Vorgehen zur Preisfestsetzung prüfen
- bei der Preisfestsetzung geeignete und anerkannte ökonomische Instrumente anwenden
- systematisch Benchmarking-Systeme einführen, welche Anreize schaffen, das Vorgehen zur Preisbildung zu optimieren (dies ist laut Gyger die einzige Möglichkeit der Kostenträger, die Anbieter trotz Kontrahierungszwang einem gewissen Wettbewerbsdruck auszusetzen)
- systematisch hinterfragen, ob Neuerungen tatsächlich immer teurer sein müssen.

Einen weiteren Ansatz für Verbesserungen stellte Alberto Holly, Leiter des Institut d'économie et management de la santé (IEMS), Lausanne, vor: Dass bei der Preisbildung so selten gesundheitsökonomische Instrumente zum Einsatz kommen, könnte nicht zuletzt auch daran liegen, dass im schweizerischen Gesundheitswesen ein Mangel an gesundheitsökonomischem Know-how besteht.

Das «Netzwerk Gesundheitsökonomie» der Schweizer Universitäten, das vom IEMS geleitet wird, wird hier Abhilfe schaffen: Es wird ab Herbst 2003 eine Master- und möglicherweise schon bald auch eine Doktorausbildung in Gesundheitsökono-

mie anbieten (siehe *Kasten*). Bleibt zu hoffen, dass der daraus resultierende Zuwachs an gesundheitsökonomischer Kompetenz die Kostensituation im schweizerischen Gesundheitswesen zu verbessern vermag. Solche Verbesserungsmaßnahmen könnten, wie gezeigt wurde, nicht zuletzt auch bei der Preisbildung ansetzen. ■

Bericht und Fotos:

RITA SCHNETZLER
REDAKTION «MANAGED CARE»

KOLUMNE

Zahlt der IV eine Hilflosenentschädigung!

von Hans Schmidt, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»

Seit kurzem stellen Politiker und Prämienzahler erschreckt fest: Die Kosten für Invalidität steigen noch rascher als die Gesundheitskosten. Ein Grundübel liegt in der unerträglichen Langsamkeit der Invalidenversicherung (IV). Doch das Schnecken tempo wird vom Eidgenössischen Versicherungsgericht sogar noch in Schutz genommen.

Die internationale Gemeinde der Schmerzspezialisten ist sich einig: Schmerzen müssen möglichst innert der ersten sechs Wochen nach Auftreten intensiv angegangen werden. Danach droht Chronifizierung und hiermit bleibende Arbeitsunfähigkeit. Aus Erfahrung wissen alle in der Schweiz: Nach einem Jahr Arbeitsunfähigkeit mit erheblichen Schmerzen ist an eine Wiedereingliederung nicht mehr zu denken.

Doch die IV kümmert das nicht, sie lässt sich Zeit, wie der folgende,

vor kurzem entschiedene Fall zeigt (I 57/02): Die Patientin, Jahrgang 1949, erlitt im März 1999 einen Unfall. Sie meldete sich noch im gleichen Jahr bei der IV an und wartet seither auf den Rentenbescheid. 20 Monate brauchte die IV, um alle ärztlichen Berichte zu sammeln und sich mit der Unfallversicherung abzusprechen. Erst dann gab sie im Juli 2001 ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag. Und dieses Gutachten liegt bald drei Jahre nach der IV-Anmeldung noch immer nicht vor.

Das war ein Grund für den Anwalt, eine Rechtsverweigerungsbeschwerde gegen die IV zu erheben. Er wurde sogar vom Bundesamt für Sozialversicherung unterstützt, das mehrere Perioden von Untätigkeit bemängelte. Doch das EVG (Eidgenössisches Versicherungsgericht) wies die Beschwerde ab. Bevor man Eingliederungsmassnahmen in Erwägung ziehe,

müsse man zuerst medizinische Abklärungen vornehmen.

Die Patientin, heute 53-jährig, fristet ihr Leben mit einer Rente der Pensionskasse in der Höhe von 302.15 Franken. Dauerschmerz und Wartezeit haben sie gezeichnet. Glaubt jemand, hier bestünden noch Chancen für eine Reintegration?

Die IV fördert mit ihrer passiven Langsamkeit Invalidität, statt sie zu vermeiden. Die IV ist in allen Kernfunktionen des täglichen Lebens so erheblich eingeschränkt, dass jegliche Kreativität und Selbständigkeit verloren sind. Zahlt ihr eine Hilflosenentschädigung schweren Grades!

Hans Schmidt, Rechtsanwalt lic. oec., Schmidt Eugster Rechtsanwälte, Küssnacht; Mitglied des Redaktionellen Beirats und des Redaktionsausschusses der Zeitschrift «Managed Care»