

## Der Nutzen der sozialen Determinanten der Gesundheit (SDH) im Gesundheitswesen

### Der Risikoausgleich

Je kranker jemand ist, desto mehr Gesundheitswesensressourcen braucht man. Wie können wir gerecht dafür bezahlen? Es wäre unmoralisch (und auch illegal in vielen Ländern), die Krankenkassenprämien auf die echte Kosten der Pflege beruhend zu berechnen.<sup>1</sup> Eine Option ist der Risikoausgleich (siehe Kasten), sodass die Bezahlungen die Kosten enger spiegeln; der **Risikoausgleich (RA)** könnte von der Regierung (um Krankenkassen zu vergüten) oder der Krankenversicherungen (um Ärzte zu vergüten) genutzt werden.

In der Schweiz erhalten Grundversicherungskrankenkassen mit höherem Mitglieder-Risiko Geld aus einem Fond, in den Kassen mit niedrigerem Versicherten-Risiko einzahlen. Die verwendete **Risikoausgleichsberechnung** für den Ausgleich nutzt aber nur wenige Faktoren: das Alter, das Geschlecht, die Aufenthaltsdauer in einem Spital oder Pflegeheim sowie die pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) für Krankheiten wie z.B. Diabetes, Depression oder Krebs.<sup>2</sup> Die letzten zwei Faktoren wurden in Schweiz erst in den letzten Jahren eingeführt, aber der Anfang ist gemacht. Eine möglichst genaue Klassifikation der Krankheiten oder der bezogenen Dienstleistung hilft, um zukünftige Kosten vorauszusagen: Hat jemand einen Herzinfarkt gehabt hat, so könnten langfristig teure Dienste wie ein Bypass-Chirurgie oder einen Herzschrittmacher benötigt werden - gegenüber einem gebrochenen Bein, für das wahrscheinlich kein weiterer Spitalaufenthalt notwendig sein wird. Ein Bericht des Nationalrats in 2013 anerkennt, dass in der aktuellen Risikoausgleichsberechnung die Kosten der ambulanten Versorgung fehlen.<sup>3</sup> Auf diesen hat 2016 ein Bericht mit der Empfehlung geantwortet, dass

#### Was ist Risikoausgleich (RA)?

Risikoausgleich bestimmt, wie gesund oder krank Patienten sind und berechnet damit, wie gross die Gesundheitswesenskosten für ein Jahr werden, d.h. wie hoch das finanzielle Risiko für Patientenbevölkerungen ist.

Eine Krankenkasse erhebt z.B. **Prämien** von CHF 100 pro Jahr. Ein junges, gesundes Mitglied hat jährliche medizinische Kosten von CHF 15 - ein Gewinn von CHF 85 für die Kasse. Die Kosten für jemand im mittleren Alter mit Diabetes, Krebs und Depression belaufen sich zusammen auf CHF 1'000 - d.h. die Kasse wendet CHF 900 mehr auf als dass sie Prämie erhalten hat. Die Krankenkasse benötigt die Gewinne von zirka 10 gesunden Mitgliedern (CHF 850) um die Kosten des teuren Mitglieds auszugleichen.

Aber wenn eine Kasse oder Arztpraxis eine unangemessene hohe Zahl von älteren, kranken oder irgendwie teuren Mitgliedern hat, können die „Gewinnen“ nicht all die Kosten abdecken.

Die Lösung ist die Kosten auszugleichen durch eine grössere Gewichtung von Patienten mit höheren Bedürfnissen gegenüber Patienten mit niedrigeren Bedürfnissen. Unternehmen (Krankenkassen oder Arztpraxen) enthalten mehr Geld, wenn ihre Patientengruppe überdurchschnittlich riskant sind. RA leistet Abhilfe gegen Diskriminierung von kranken und bedürftigen Menschen, da Krankenkassen und Ärzten ansonsten netto einen finanziellen Verlust erleiden würden, wenn sie diese Patienten bedienen.

Welche Faktoren in einer RA Formel eingeschlossen sein sollten, ist eine fortdauernde Debatte im Gesundheitsversicherungsbereich.

<sup>1</sup> Deshalb haben wir Gruppeversicherung: man könnte selbst Krebs oder einen Herzinfarkt wahrscheinlich kaum bezahlen, aber wenn die Kosten zwischen einer grossen Gruppe gemeinsam aufgeteilt werden, werden die Kosten bezahlbar.

<sup>2</sup> u.a. Risikoausgleich: KVG 832-10 Artikel 16-18; KVG 832.112.11

<sup>3</sup> Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, Parlamentarische Initiativen Risikoausgleich / Wirksamen Risikoausgleich schnell einführen, 6.13

Spitalaufenthalten verbessert werden sollten durch das Nutzen von diagnosebezogene Fallgruppen (DRG) oder Aufenthaltsdauer.<sup>4</sup>

Aber es gibt eine weitere Gruppe von Faktoren, die Auswirkung auf die Kosten des Gesundheitswesens und die Ergebnisse hat: **die sozialen Determinanten der Gesundheit (SDH)**

### Die sozialen Determinanten der Gesundheit

Mehrere Einflussfaktoren haben eine Wechselbeziehung auf die Gesundheit. Jeder der Faktoren kann eine positive, negative oder neutrale Auswirkung haben (siehe **Figur 1**). Es ist klar, dass die Biologie (die Gene) der Person, die Verfügbarkeit von ärztlicher Betreuung und die Lebensführung einen Beitrag zum Gesundheitszustand leisten. Aber die Umwelt und sozio-ökonomische Faktoren, d.h. die SDH, leisten auch einen Beitrag.

<b>Figur 1: Determinanten der Gesundheit</b>	
<b>Treiber der Gesundheit</b>	<b>Beispiele (positiv und negativ)</b>
Gene / Biologie	Prädisposition vom Diabetes Alkohol-Embryopathie
Verhalten	Bewegung, Rauchen, fettarmes oder -reiches Essen
Ärztliche Betreuung	Ärzten reden nicht die Sprachen der Patienten Verfügbarkeit von Mutterschaftsvorsorge Kostenlose Arztbesuche für Familien
Umwelt	Unterbringung hat Schädlingen (z.B. Kakerlaken, Mäuse) Verfügbarkeit von frischem Obst und Gemüse Braucht man ein Auto, um die Apotheke zu erreichen? Haben die Eltern Bücher als Kind gelesen? Zuverlässiges öffentliches Verkehrssystem
Sozial und ökonomische Eigenschaften	Niedrige Bildungsebene Hat man sich scheiden lassen? Starkes Unterstützungsnetz?

Untersuchungen zeigen die Auswirkung von soziale Determinanten auf viele Angelegenheiten von einzige Krankheiten (die Quote von der Gonorrhö in den USA<sup>5</sup>) zu Säuglingssterblichkeit<sup>6</sup> zu die Kosten von Pflege und zu Ergebnissen für benachteiligte Menschen (Einwandern in der Schweiz<sup>7</sup>). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) machte SDH zu einem besonderen Schwerpunkt (siehe **Figur 2**), um weltweit Gesundheitsgerechtigkeit zu verbessern.

“Da aber die soziale Determinanten der Gesundheit (SDH) wie Armut oder limitierte Ausbildung auch eine Auswirkung auf die Befähigung haben, um ärztliche Betreuung zu

<sup>4</sup> Bundesamt für Gesundheit, Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA); Totalrevision, 9.16

<sup>5</sup> Moonesinghe, R., Fleming, E. et al [www.mdpi.com/journal/ijerph](http://www.mdpi.com/journal/ijerph)

<sup>6</sup> Kim, D. <https://www.mdpi.com/1660-4601/10/6/2296>

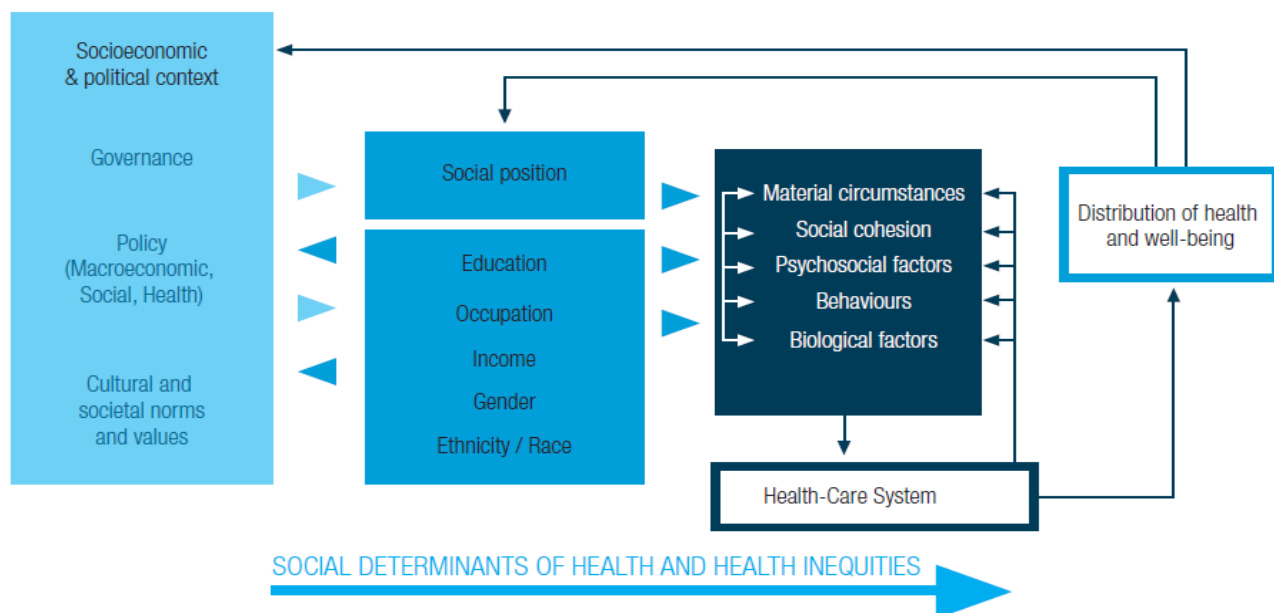
<sup>7</sup> Gasser, K. and Guggisberg, J. <https://www.suchtschweiz.ch/forschung/fachzeitschrift-abhaengigkeiten/2011/20112012-n-31/>

suchen, medizinische Empfehlungen einzuhalten und damit gute Ergebnisse zu erreichen, sollten Risikoformeln SDH einschliessen.”<sup>8</sup>

Arlene Ash, Eric Mick, et. al “Social Determinants of Health in Managed Care Payment Formulas”

Eine Recherche des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) an der Universität Bern über soziale Determinanten von jugendliche Männer fand Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Personen aus den deutschen, französischen und italienischen Teilen der Schweiz. So bewegen sich z.B. Männer in deutschsprachigen Regionen mehr als solche in italienisch- oder französischsprachigen. Männer in der Romandie beteiligen sich häufiger am risikoreichen Alkoholtrinken als Männer in deutschsprachigen Gegenden. Die Studie fand auch das Männer mit niedriger Ausbildung, niedrigem Einkommen und deren Eltern eine niedrige Ausbildungen haben, voraussichtlich rauchen, sich weniger bewegen und übergewichtig sind.<sup>9</sup>

**Figur 2: World Health Organization – Closing the gap in a generation**



### Nutzen der SDH für Risikoausgleich-Formel

Rund um die Welt fangen **Behörden**, private **Krankenkassen**, **Accountable Care Organizations (ACO/MCO)** und auch einzelne Arztpraxen an, soziale Determinanten der Gesundheit einzuschliessen, wenn sie Patienten beurteilen. Das Ziel ist, Patienten besser zu versorgen, sodass sich ihre Gesundheit und ihre Lebensqualität verbessern, während die Kosten auch (hoffentlich aber nicht unbedingt) sinken. 2016 hat in der USA das Amt für öffentliche Krankenkassen im Bundesstaat Massachusetts (MassHealth<sup>10</sup>) begonnen, SDH in seine Risikoausgleichstrategie einzuschliessen. MassHealth war damit das erste Medicaid Amt eines Bundesstaates, das dies anwandte. Die Wissenschaftlerin Arlene Ash an der Medical School der Universität der von Massachusetts wurde mit der Entwicklung einer auf SDH basierende Formel beauftragt.<sup>11</sup>

<sup>8</sup> Ash, A. and Mick, E. et al <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710209/>

<sup>9</sup> Abel, T., Hofmann, K. et al <https://smw.ch/article/doi/smw.2013.13901>

<sup>10</sup> Medicaid ist das US-staatliche öffentliche Krankenkassen Programm für Menschen mit niedrigem Einkommen, das jeder Bundesstaat unabhängig umsetzt.

<sup>11</sup> Offenlegung: Ich habe an der Medical School der University of Massachusetts gearbeitet, aber nicht mit Dr. Ash selbst

Arztpraxen und Versorger-Organisationen, welche die finanziellen Risiken für die Ergebnisse und Kosten ihren Patienten über Alternative Vergütung Methoden (APM) übernehmen, fanden SDH essentiell sowohl um ihre Patienten besser zu bedienen als auch um Kosten zu verringern.

---

“Die Behandlung von Obdachlosigkeit als ein kombiniertes Gesundheit und soziales Thema ist kritisch, um die entsetzlichen Gesundheitsergebnisse von obdachlosen Menschen zu verbessern. Zusätzlich können die enormen ökonomische Kosten der Spitalpflege von obdachlosen Personen reduziert werden, wenn Unterkunft und andere soziale Determinanten berücksichtigt werden.”<sup>12</sup>

Amanda Stafford and Lisa Wood, “Tackling Health Disparities for People Who Are Homeless? Start with Social Determinants”

---

SDH ist ein mächtige Tool, um grundlegende Ursachen von Gesundheitsprobleme zu erfassen. Durch das Erheben und das Nutzen der Daten über soziale Determinanten haben Pfleger die Chance, die Gesundheit und die Lebensqualität ihrer Patienten zu verbessern. Und wenn dabei die Pflegekosten als Folge davon auch noch zurückgehen, dann ist dies ein umso besseres Win-Win Ergebnis.

---

<sup>12</sup> Stafford, A. and Wood, L. <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/12/1535>