

# Grundlagen zur finanziellen Erfolgsbemessung in Managed-Care-Systemen

A. Bühler

## Zusammenfassung

Für zahlreiche Managed-Care-Systeme (Hausarzt-system und HMO) werden für das Jahr 2001 neue Verträge mit den Kostenträgern verhandelt. Einer der zentralen Punkte ist dabei die finanzielle Mitverantwortung der Ärzte und Ärztinnen für die Kosten der Versicherten eines Managed-Care-Systems. Diese Mitverantwortung wird in der Form eines finanziellen Erfolgs bemessen. Die grundlegenden Überlegungen sind dabei unabhängig davon, ob die finanzielle Erfolgsbemessung als Schattenrechnung, Netzpauschale mit Nachkalkulation, Netzbudget oder Kopfpauschale (Capitation) ausgestaltet ist.

Die in den bisherigen Managed-Care-Verträgen verwendeten Ansätze mögen weder Leistungserbringer noch Kostenträger zu befriedigen. Neue Lösungen können nur im Dialog zwischen beiden Partnern gefunden werden. Dazu hat sich ein Vorgehen in drei Schritten bewährt. Im ersten Schritt sind die Berechnungsgrundlagen zu klären. Dabei zeigt sich, dass sich die Realität nicht in einem einfachen Modell abbilden lässt und die Morbidität in einem Versichertenkollektiv eine der wesentlichen Kostenfaktoren ist. Für den zweiten Schritt, der Vereinbarung von Kosten- und Erfolgsbemessungsmodellen, bedeutet dies, dass die grundlegenden Mängel der heutigen Modelle zur Schätzung von OKP-Kosten kurzfristig nicht behoben werden können. Der Spielraum für neue Lösungen bietet sich in erster Linie bei den Erfolgsbemessungssystemen, indem mehrdimensionale Systeme eingeführt werden. Erst der dritte Schritt ist der eigentliche Verhandlungsschritt. Erst in diesem letzten Schritt wird die Höhe der einzelnen Modellparameter verhandelt.

Dieser Artikel fokussiert auf die Berechnungsgrundlagen und ist als Diskussionsbeitrag gedacht.

Korrespondenz:

Dr. med. et sc. nat. Andreas Bühler

BlueCare

Deisrütistrasse 11

CH-8472 Ohringen

E-mail andreas.buehrer@bluecare.ch

## Einleitung

Die finanzielle Erfolgsbemessung in den heutigen Managed-Care-Systemen wird von Ärzten und/oder Versicherern als unbefriedigend empfunden. Versicherer vermuten, ein Verlustgeschäft zu machen. Ärzte beklagen sich, ungerecht beurteilt zu werden. Die Diskussion über neue Möglichkeiten der Erfolgsbemessung ist seit einiger Zeit im Gange. Es hat sich gezeigt, dass nur dann eine für beide Partner befriedigende Lösung gefunden werden kann, wenn diese Lösung für beide Seiten transparent ist. Dabei hat sich ein schrittweises Vorgehen bewährt:

- Berechnungsgrundlagen klären (siehe «Grundlagen»);
- Kosten- und Erfolgsbemessungsmodell vereinbaren (siehe «Heute mögliche Kostenmodelle» und «Erfolgsbemessungssysteme»);
- Netzbudget und Erfolgsbemessungsparameter verhandeln (siehe «Vertragsverhandlungen»).

## Grundlagen

### Finanzielle Verantwortung in Managed-Care-Systemen

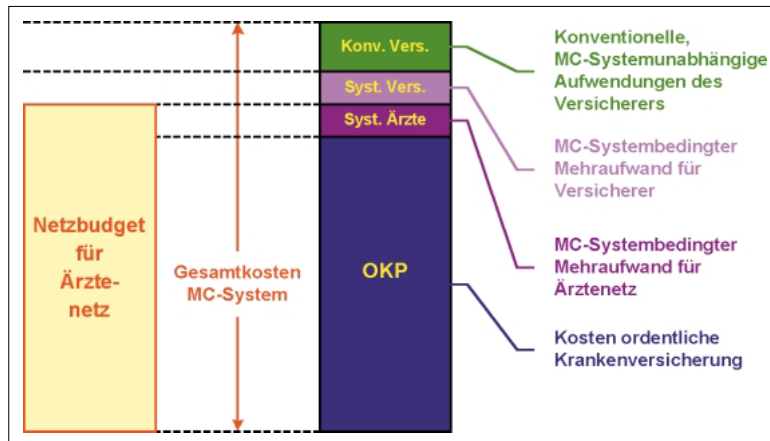
#### *Kostenblöcke in Managed-Care-Systemen*

Die Gesamtkosten von Grundversicherten in Managed-Care-Systemen setzen sich aus vier Kostenblöcken zusammen (siehe Abb. 1). Der grösste Block wird dabei von den im Rahmen der Ordentlichen Krankenversicherung (OKP) erbrachten Leistungen (blau) gebildet. Unabhängig vom Versicherungsmodell fallen beim Versicherer Kosten für Administration, Marketing, Rückstellungen und Reservebildungen an (grün). Managed-Care-Systeme zeichnen sich durch gezielte Steuerungsanstrengungen aus. Diese Steuerungsbemühungen haben sowohl auf Ärzte- wie auch auf Versichererseite zusätzliche Kosten zur Folge (violett, lila). Es ist klar, dass Managed-Care-Systeme mittelfristig nur Bestand haben werden, wenn sich der zusätzlich betriebene Aufwand in irgendeiner Form sowohl für die Ärzte wie die Versicherer bezahlt macht. Es ist von grosser Bedeutung, dass innerhalb eines Managed-Care-Systems Transparenz über alle Kostenblöcke herrscht und damit der Anteil von Administration und Steuerung gemessen an den OKP-Kosten ersichtlich ist.

#### *Finanzielle Mitverantwortung der Ärztenetze in Managed-Care-Systemen*

In Managed-Care-Systemen übernimmt das Ärztenetz eine finanzielle Verantwortung für die Kosten der MC-Versicherten im System. Dadurch wird ein Teil des finanziellen Risikos vom Versicherer auf das Ärztenetz übertragen. Begriffe wie Netzbudget, Netzpauschalen oder Kopfpauschalen («capitation») halten fest, wie viel eine Anzahl von Versicherten resp. ein Versicherter pro Monat (Jahr) kosten wird, soll oder darf. Die grundsätzlichen Überlegungen bleiben unabhängig vom gewählten Begriff dieselben. Im fol-

**Abbildung 1**  
 Kostenblöcke in Managed-Care-Systemen.



genden wird der Begriff Netzbudget verwendet. Es ist klar, dass Ärztenetze – im Rahmen von Netzbudgets – die Verantwortung nur für Kosten übernehmen können, die sie auch selbst beeinflussen können. Das Netzbudget für ein Ärztenetz setzt sich somit aus den OKP-Kosten und dem ärzteseitig anfallenden Systemsteuerungsaufwand zusammen.

$$\text{Netzbudget für Ärztenetz} = \text{OKP-Kosten} + \text{Systemsteuerungsaufwand für Ärztenetz}$$

Ob die Rechnung für die Versicherer aufgeht oder nicht, ist zwar für ein Managed-Care-System von zentraler Bedeutung, kann und muss aber nicht durch die Ärztenetze beurteilt werden. Die Festlegung des Prämienniveaus, der Marketingaufwendungen, der Investitionen in Betrieb und Abwicklung sowie der angestrebten Reservebildung gehören in die Zuständigkeit des Versicherers.

*Schritte zur Kalkulation von Netzbudgets:* Um eine transparente Kalkulationsmethodik zur Berechnung von Netzbudgets zu gewährleisten, sind grundsätzlich drei Schritte zu unterscheiden:

1. Schätzen der OKP-Kosten (siehe «Modelle zur Schätzung von OKP-Kosten»);
2. Zielvorgabe für OKP-Kosten des MC-Kollektivs (siehe auch Kapitel «Erfolgsbemessung»);
3. Netzbudget für Ärztenetz = OKP-Kosten plus Systemsteuerungsaufwand für Ärztenetz.

Im Rahmen der Kalkulationsmethodik können insbesondere auch Nachkalkulationsverfahren zur Bestimmung der OKP-Kosten vereinbart werden (siehe «Nachkalkulation reduziert die Unsicherheit für Ärztenetze und Versicherer»).

### Modelle zur Schätzung von OKP-Kosten (Kostenmodelle)

*Die Realität lässt sich nicht durch ein einfaches Kostenmodell abbilden*

Die Diskussionen der letzten Monate haben klar gezeigt, dass die Schätzung der OKP-Kosten für ein MC-Kollektiv die zentrale Hürde darstellt. Der Grund

dafür ist, dass sich die Realität nicht durch ein einfaches Kostenmodell abbilden lässt. Die Gründe hierfür liegen auf verschiedenen Ebenen:

- Der Eintritt eines Versicherten in ein Managed Care ist – im statistischen Sinne – nicht zufällig. Damit ist eine (Risiko-)Selektion wahrscheinlich.
- Wesentliche Kostenfaktoren wie die Morbidität sind schwierig zu erfassen und sind – über die Zeit betrachtet – nicht konstant. Kosten korrelieren nur bedingt mit der Morbidität.
- Insbesondere bei gesteuerten Kollektiven, wie dies MC-Kollektive sind, ist es nicht zulässig, von Kosten auf die Morbidität oder Risikozusammensetzung zu schliessen.
- Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sind ständig im Fluss (Änderung im KVG und dessen Verordnungen, Entwicklung der Medizin, Einfluss von Werbung und Medien).

### Die finanzielle Systemleistung

Gerade wegen den oben aufgezeigten Schwierigkeiten ist es wichtig, von klaren Definitionen auszugehen. Deshalb wurde der Begriff der finanziellen Systemleistung eingeführt.

*Die finanzielle Systemleistung eines MC-Systems ist durch die Kostendifferenz zwischen den Kosten eines «Durchschnittskollektivs» und denen eines MC-Kollektivs charakterisiert, welche im Verhalten von*

- Versicherten/Patienten,
- Ärzten/Leistungserbringern und
- Versicherern begründet ist.

Diese Definition lässt bewusst offen, wer der drei Partner (Versicherte, Ärztenetz, Versicherer) wie viel zur finanziellen Systemleistung beigetragen hat.

Die Kosten eines Versichertenkollektivs hängen von vielen verschiedenen Faktoren ab. Darum ist der Vergleich eines MC-Kollektivs mit einem Vergleichskollektiv nur möglich, wenn ein Teil der Kostenfaktoren korrigiert (= standardisiert) werden. Aus der Definition der «finanziellen Systemleistung» geht hervor, dass all jene Kostenfaktoren, welche nicht durch das Verhalten von Versicherten, Ärztenetzen und Krankenversicherern bedingt sind, korrigiert werden müssen.

**Tabelle 1**

Zu korrigierende Kostenfaktoren	Nicht zu korrigierende Kostenfaktoren
Alter	Wahl des Versicherungsmodells
Geschlecht	Konsumverhalten des Versicherten
Versicherer	Art der medizinischen Behandlung
Regionale Unterschiede	Anzahl Spiltaltage
Morbidität	Vorjahreskosten/Vorkosten
Sozialstatus	

### Zwei Typen von Modellansätzen

Zur Schätzung der OKP-Kosten eines MC-Kollektivs stehen grundsätzlich zwei verschiedene Ansätze zur Verfügung:

Abbildung 2  
 Ansatz Referenzkosten.

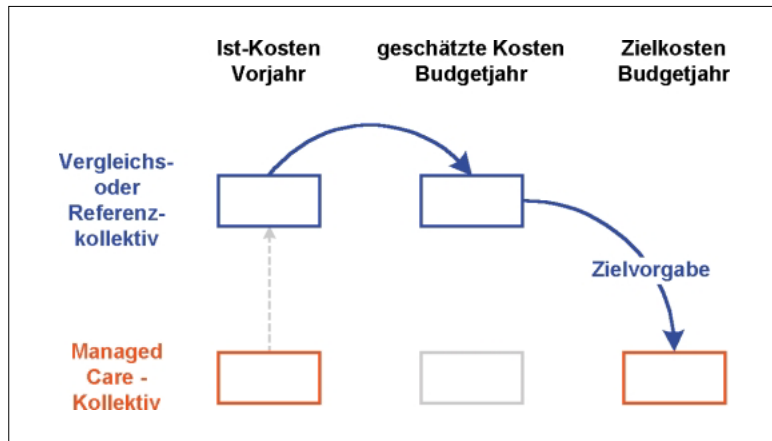
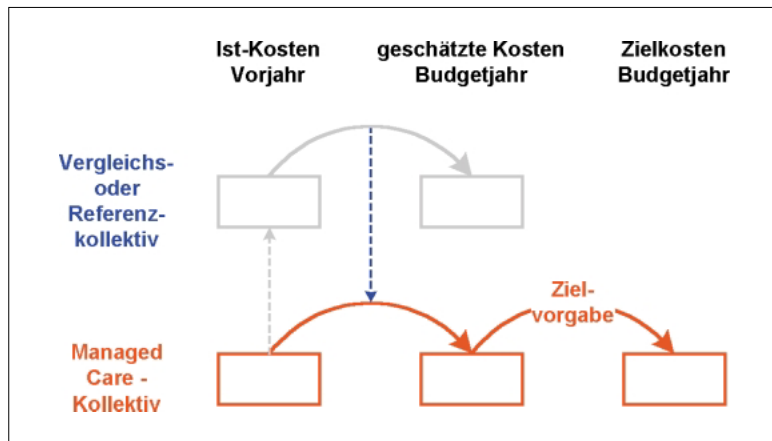


Abbildung 3  
 Ansatz Vorjahreskosten.



- Ansatz Referenzkosten (siehe Referenzkostenmodelle) → es wird von einem Referenzkollektiv auf das MC-Kollektiv geschlossen;
- Ansatz Vorjahreskosten (siehe Vorjahreskostenmodelle) → es wird primär das MC-Kollektiv betrachtet.

Beide Ansätze haben gewichtige Vor- und Nachteile und werden im folgenden diskutiert.

**Referenzkostenmodelle:** In Referenzkostenmodellen (siehe Abb. 2) werden die OKP-Kosten für ein Vergleichs- resp. Referenzkollektiv budgetiert. Dabei ist unter dem Vergleichskollektiv ein effektiv bestehendes Versichertenkollektiv und unter dem Referenzkollektiv ein auf dem Vergleichskollektiv basierendes, dem MC-Kollektiv angepasstes standardisiertes, virtuelles Kollektiv zu verstehen. Die Zielkosten des MC-Kollektivs für das Budgetjahr ergeben sich dann aus den geschätzten Kosten des Referenzkollektivs minus der Zielvorgabe. Diese Zielvorgabe entspricht im Idealfall der finanziellen Systemleistung.

- Referenzkostenmodelle haben den Vorteil,
- dass sie wenig empfindlich auf Veränderungen der Rahmenbedingungen sind;
  - dass sie den Vergleich zwischen dem MC-Kollektiv und einer Referenz zulassen und damit Aussagen über die Leistung eines MC-Systems machen.
- Referenzkostenmodelle haben den Nachteil,
- dass sie hohe Anforderungen an die Berechnung des Referenzkollektivs stellen, wenn Referenz- und MC-Kollektiv vergleichbar sein sollen. So muss z.B. die Morbidität in MC- und im Vergleichskollektiv bekannt sein, um diese zu korrigieren;
  - dass davon ausgegangen wird, dass die Anstrengungen im MC-Bereich nur Auswirkungen auf das MC-Kollektiv, nicht aber das Vergleichskollektiv haben.

**Vorjahreskostenmodelle:** In Vorkostenmodellen (siehe Abb. 3) werden die OKP-Kosten auf den Vorjahreskosten des MC-Kollektivs berechnet. Von einem Vergleichskollektiv werden höchstens Hilfsparameter, z.B. die Teuerung zur Schätzung der Budgetkosten, übernommen. Die Zielkosten des MC-Kollektivs für das Budgetjahr ergeben sich dann aus den geschätzten Kosten für das MC-Kollektiv abzüglich der Zielvorgabe. Dies bedeutet also, dass die Zielkosten in sich auf dem MC-Kollektiv gerechnet werden.

- Vorjahreskostenmodelle haben den Vorteil,
- dass sie sich besonders zur Schätzung von Budgetkosten eignen, weil Eigenschaften des Kollektivs wie z.B. die Morbidität mitberücksichtigt werden;
  - dass zur Berechnung der Zielkosten kein Vergleichskollektiv notwendig ist.

- Vorjahreskostenmodelle haben den Nachteil,
- dass sie keinen Vergleich zu einer Referenz beinhalten und damit zur Beurteilung der Leistung eines MC-Systems wenig aussagekräftig sind;
  - dass sie in sich gerechnet werden und damit die effektiven Kosten im Budgetjahr im folgenden Jahr wieder als Basis zur Berechnung der Zielkosten dienen. Dadurch entsteht eine Rekursion, ein «Schwanzbeisser»-Effekt. Es ist damit klar, dass sich Art und Höhe der Zielvorgabe im Falle eines Vorjahreskostenmodells von derjenigen in einem Referenzkostenmodell unterscheiden müssen;
  - dass die Kollektiveigenschaften (z.B. Morbidität) und Rahmenbedingungen als über die Zeit konstant angenommen werden oder falls diese Eigenschaften berücksichtigt werden, dies ähnlich hohe Anforderungen stellt wie die Berechnung eines Referenzkollektivs;
  - dass allenfalls Hilfsgrößen von Vergleichskollektiven übernommen werden müssen.

*Nachkalkulation reduziert die Unsicherheit für Ärztenetze und Versicherer*

Unabhängig vom verwendeten Modellansatz zur Schätzung der OKP-Kosten besteht die Möglichkeit, Nachkalkulationsmechanismen zu vereinbaren. So

Abbildung 4

Kostengünstige Versichertenkollektive tendieren zum Mittelwert.

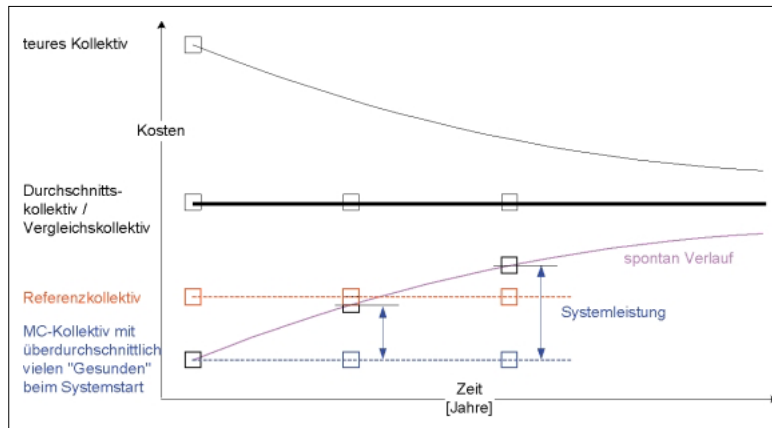
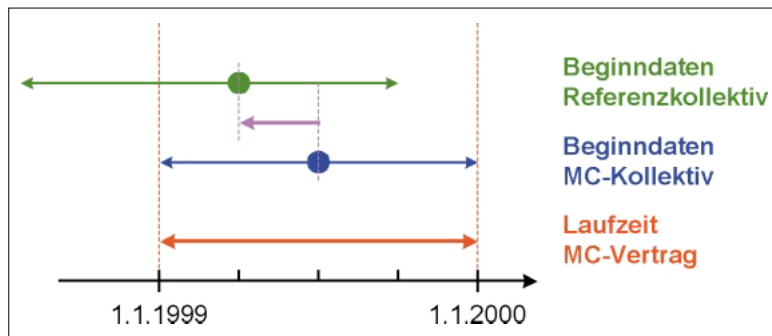


Abbildung 5

Zeitliche Abgrenzung von Kosten- oder Leistungsdaten.



kann an Stelle einer geschätzten Teuerung bei der Nachkalkulation die effektive Teuerung eingesetzt werden. Es ist selbstverständlich, dass die Regeln zur Nachkalkulation im voraus verbindlich festgelegt werden müssen. Vereinbarungen über Nachkalkulationen erhöhen die Sicherheit für beide Vertragspartner, eine faire Abmachung getroffen zu haben.

*Kostengünstige Kollektive tendieren zum Mittelwert («trend to the mean»)*

Ein weiteres zu berücksichtigendes Phänomen ist die Tendenz von kostengünstigen Kollektiven, gegen den Mittelwert zu streben. Ein kostengünstiges oder überdurchschnittlich gesundes Kollektiv hat eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, teurer resp. kränker zu werden und sich damit einem Mittelwert anzunähern. Dies lässt sich an einem einfachen Beispiel illustrieren: Werden aus einem Versichertenkollektiv alle Versicherten ausgewählt, welche im letzten Jahr nichts gekostet haben, so ist es einleuchtend, dass dieses Versichertenkollektiv im Folgejahr nicht wieder nichts kostet. Ein Teil der Versicherten wird Leistungen in Anspruch nehmen und dadurch Kosten verursachen. Diese Kosten werden zwar mit grosser Wahrscheinlichkeit unter den durchschnittlichen Kosten des Gesamtkollektivs liegen, aber ebenso mit grosser Wahr-

scheinlichkeit über null liegen. Die Halbwertszeit dieses exponentiellen Verlaufs beträgt etwa 2–3 Jahre. Natürlich gilt Analoges auch im umgekehrten Sinn für überdurchschnittlich teure oder kranke Versichertenkollektive. Die Abbildung 4 zeigt dieses Phänomen schematisch und vereinfacht dargestellt.

*Zeitliche Abgrenzung*

Kosten- oder Leistungsdaten können zeitlich nach dem Datum des Behandlungsbeginns oder nach Abrechnungsdatum beim Versicherer abgegrenzt werden (siehe Abb. 5). Aus methodischer Sicht ist die Abgrenzung nach Behandlungsbeginn zu favorisieren,

- weil dadurch Kostendaten und MC-Vertrag zeitlich übereinstimmen;
- weil die Abgrenzung nach Abrechnungsdatum eine zusätzliche Verzerrung mit sich bringt, da die Dauer von Behandlungsbeginn bis zur Abrechnung durch den Krankenversicherer sehr unterschiedlich sein kann;
- weil bei Abgrenzung nach Abrechnungsdatum im ersten Vertragsjahr in den ersten Wochen bis Monaten keine Kostendaten anfallen und darum die OKP-Kosten im ersten Jahr nicht die wirklichen Kosten repräsentieren.

**Fazit**

- Die Realität lässt sich nicht durch ein einfaches Kostenmodell abbilden.
- Morbidität ist der wesentliche Kostenfaktor und kann in (gesteuerten) Systemen nicht durch Kosten beschrieben werden.
- Zur Beurteilung der finanziellen Systemleistung eines MC-Systems ist der Vergleich mit einer Referenz zwingend notwendig.
- Die in Abbildung 6 dargestellte Kostenentwicklung wäre als Erfolg zu werten.

Welche Folgerungen diese Analyse der Berechnungsgrundlagen für die heute möglichen Kosten- und Erfolgsbemessungsmodelle und damit für die MC-Verträge 2001 haben werden, wird in den nächsten beiden Kapiteln ausgeführt.

**Heute mögliche Kostenmodelle**

**Limitationen der heute möglichen Kostenmodelle**  
 Aufgrund der im Abschnitt «Grundlagen» gemachten Analyse wird klar, dass die im Jahre 2001 zur Anwendung kommenden Kostenmodelle zur Berechnung (Budgetierung) von OKP-Kosten für MC-Kollektive *weiterhin limitiert* sein werden, weil sich die Unsicherheiten bezüglich Morbidität in so kurzer Zeit nicht beheben lassen.

Im Kanton Thurgau ist zwar in diesem Jahr (2000) ein Feldtest mit Morbiditätsindikatoren geplant. Nach erfolgreichem Verlauf dieses Versuchs ist jedoch mit weiteren ein bis zwei Jahren zu rechnen, bis genügend Daten vorliegen werden, um einen solchen Morbiditätsindikator definitiv in Kostenmodelle integrieren zu können.



Abbildung 6

Angestrebte Kostenentwicklung in MC-Systemen.

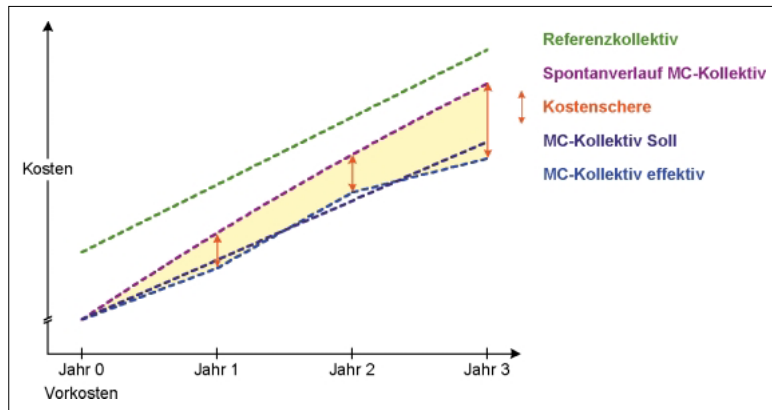
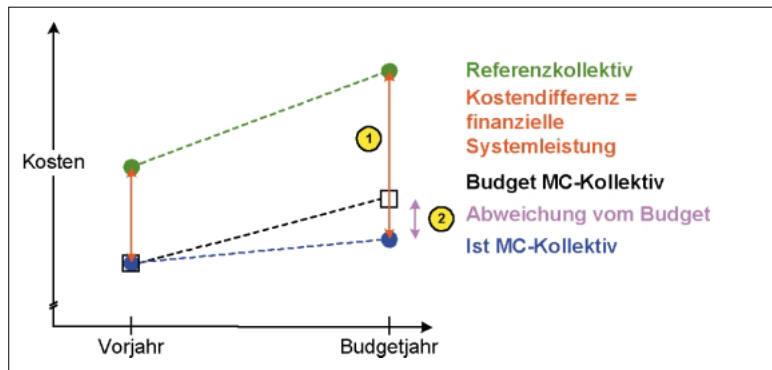


Abbildung 7

Finanzparameter zur Erfolgsbemessung.



Dies bedeutet für die Vertragsverhandlungen 2001, dass nach wie vor nur limitierte Kostenmodelle zur Verfügung stehen werden. Diesem Umstand ist vor allem bei der Vereinbarung von Erfolgsbemessungssystemen (siehe «Erfolgsbemessungssysteme») Rechnung zu tragen.

**Übersicht über die heute möglichen Kostenmodelle**  
 Im folgenden eine kurze Übersicht über heute mögliche Kostenmodelle. Für Lösungen stehen heute im wesentlichen folgende Parameter zur Verfügung: Brutto/Netto-OKP-Kosten, Vorjahreskosten, Versicherer, Region, Alter, Geschlecht, evtl. Mortalität, regionale/kantonale Teuerungen von Referenzkollektiven. Damit ist der Rahmen für mögliche Lösungen abgesteckt.

**Referenzkostenmodelle**

Die Stärke der heute möglichen Referenzkostenmodelle liegt darin,

- dass der ärzte- und versichererseitige Systemsteuerungsaufwand direkt in das Kostenmodell einfließt;

- dass das MC-Kollektiv mit einer unabhängigen Referenz verglichen wird;
- dass sie relativ stabil gegenüber Veränderungen im Gesundheitswesen (Rahmenbedingungen) sind. Dies könnte während der Einführung von TarMed ein Vorteil sein.

Unbefriedigend bleibt, dass

- die Morbidität im Referenzkollektiv nicht korrigiert werden kann und damit die Aussagekraft der Kostendifferenz (finanzielle Systemleistung) zwischen MC- und Referenzkollektiv relativiert wird.

**Vorjahreskostenmodelle**

Die Stärke der heute möglichen Vorjahreskostenmodelle liegt darin,

- dass relativ einfache Modelle ohne direkten Zusammenhang zum Prämienrabatt möglich sind. (z.B. mit der Zielvorgabe, die regionale oder kantonale Teuerung zu unterschreiten);
- dass die Eigenschaften des MC-Kollektivs wie zum Beispiel die Morbidität mitberücksichtigt werden.

Unbefriedigend bleibt,

- dass sie keinen Vergleich zu einer Referenz beinhalten;
- dass die Kollektiveigenschaften (z.B. Morbidität) über die Zeit als konstant angenommen werden, dies müsste korrigiert werden;
- dass allenfalls Hilfsgrößen von Vergleichs- resp. Referenzkollektiven übernommen werden;
- dass Zeitreihenanalysen von «stabilen» Bedingungen im Gesundheitswesen (Rahmenbedingungen) ausgehen. Dies könnte während der Einführung von TarMed problematisch sein.

**Deckungsbeitragsrechnung**

Einzelne Versicherer schlagen vor, die Deckungsbeitragsrechnung ihrer Versicherungsprodukte zur Festlegung des Netzbudgets beizuziehen. Diese Vorschläge sind für die Ärztenetze problematisch, weil dieser Ansatz sehr viele, zum Teil nicht transparente Komponenten enthält, welche nicht durch die Ärzte und Ärztinnen beeinflussbar sind. In Analogie müsste eine Arztpraxis eine Rentabilitätsgarantie von den Versicherern für ihre Praxis anstreben.

**Erfolgsbemessungssysteme**

Wie unter «Heute mögliche Kostenmodelle» gezeigt wurde, sind die zur Zeit möglichen Kostenmodelle zur Schätzung/Berechnung der OKP-Kosten limitiert. Dies kann kurzfristig nicht geändert werden und ist bei der Diskussion von Erfolgsbemessungssystemen zu berücksichtigen. Eine der Chancen für die MC-Verträge 2001 liegt im grossen Gestaltungsspielraum für Erfolgsbemessungssysteme. Dabei sind besonders mehrdimensionale Erfolgsbemessungssysteme von Interesse, weil sie mehr Freiheitsgrade beinhalten und damit neue Lösungsmöglichkeiten bieten.

### Eindimensionale finanzielle Erfolgsbemessungssysteme

Bis heute werden in den Schweizer MC-Systemen nur eindimensionale finanzielle Erfolgsbemessungssysteme verwendet. Dabei wird mit Hilfe eines Kostenmodells ein «Netzbudget» (Zielkosten) festgelegt. Die Beurteilung des finanziellen Erfolgs beschränkt sich auf das Unter- oder Überschreiten der Zielkosten. Damit ist eine sehr enge Koppelung zwischen Kostenmodell und Erfolgsbemessung gegeben. Die Qualität der Erfolgsbemessung steht und fällt mit der Qualität des verwendeten Kostenmodells. Die Unzufriedenheit mit den heutigen finanziellen Erfolgsbemessungssystemen erstaunt deshalb nicht.

Besonders deutlich wird diese Problematik bei Capitationverträgen. Darum sind zur Zeit für viele Versicherer und Ärztenetze Capitationverträge – vor allem für grössere Versichertenkollektive – undenkbar. Wird zur Bestimmung der Capitation ein Referenzkostenmodell verwendet, wird hinter einer hohen Kostendifferenz von Versichererseite eine Risiko-selektion vermutet. Von der grossen Freiheit auf Ärzte-seite ist wenig zu spüren, weil die Versicherer wegen der Unsicherheit in den Kostenmodellrechnungen und anderen Gründen eine Schattenrechnung gemäss Einzelleistungstarif verlangen. Werden Vorjahreskostenmodelle verwendet, führt dies dazu, dass die Capitation schrittweise nach unten gedrückt wird, weil ohne externe Referenz Kosteneinsparungen nicht nachgewiesen werden können.

### Mehrdimensionale Erfolgsbemessungssysteme

Die beste Möglichkeit, mit der Unsicherheit von Kostenmodellen umzugehen, ist die Einführung von mehrdimensionalen Erfolgsbemessungssystemen. Dieser Ansatz bietet die Möglichkeit, mehrere Finanzparameter oder sogar mehrere Kostenmodelle gleichzeitig zu verwenden. Mehrdimensionale Erfolgsbemessungssysteme bieten zudem den Vorteil, dass sich neben finanziellen Grössen auch einfache Qualitätsindikatoren integrieren lassen.

So ist es z. B. denkbar, das «Netzbudget» mit einem Vorjahreskostenmodell zu berechnen und im Erfolgsbemessungssystem die finanzielle Systemleistung (1) sowie die Abweichung vom Budget (2) als zwei gleichwertige Indikatoren zu verwenden (siehe Abb. 7). Zusätzlich können als Qualitätsindikator z. B. die Patientenzufriedenheit, die Qualität in den Qualitätszirkeln oder die lokale MC-Systemausbreitung mit berücksichtigt werden.

Die Zielgrössen, auf denen das mehrdimensionale Erfolgsbemessungssystem basiert, können auf verschiedenste Arten in dieses eingebunden werden. Eine einfache Möglichkeit gewichtet z. B. alle Zielgrössen gleich und legt für jede ein Bonus-/Malus-System (z. B. +/- Fr. 300.- pro Arzt) fest.

### Vertragsverhandlungen

Erst nachdem die Berechnungsgrundlagen geklärt und Kostenmodel(le) sowie das Erfolgsbemessungs-

system festgelegt worden sind, werden im letzten Schritt die Grösse oder Höhe der verschiedenen Modellparameter vereinbart. Der aufgezeigte Weg bietet viele Möglichkeiten, individuelle Lösungen zwischen Ärztenetzen und Versicherern zu finden, welche für die jeweiligen Partner akzeptabel sind und damit Vertragsverhandlungen erfolgreich abschliessen lassen. Der gesamtschweizerische Einheitsvertrag erscheint allerdings unwahrscheinlich.

Managed-Care-Systeme werden sich nur weiterentwickeln, wenn sie für Versicherte (Patienten), Krankenversicherer sowie Ärzte und Ärztinnen (Leistungserbringer) attraktiv sind.

### Glossar

#### *Erfolgsbemessungssystem*

System zur Beurteilung eines MC-Systems oder MC-Netzes. Ein solches System kann aus einem oder mehreren Faktoren bestehen (Finanzgrössen: z. B. Abweichung von Budgetvorgabe, finanzielle Systemleistung; Qualitätsindikatoren: z. B. Patientenzufriedenheit; weitere Bewertungskriterien: z. B. Innovationen des MC-Netz).

#### *Finanzielle Systemleistung*

Die finanzielle Leistung eines MC-Systems ist durch die Kostendifferenz zwischen den Kosten eines «Durchschnittskollektivs» und denen eines MC-Kollektivs charakterisiert, welche im Verhalten von Versicherten/Patienten, Ärzten/Leistungserbringern, Versicherern begründet ist.

#### *Kostenmodell*

Modell zur Schätzung/Berechnung/Bestimmung/Budgetierung der Vorgabe der OKP-Kosten für ein MC-Kollektiv

#### *MC*

Managed Care

#### *MC-Kollektiv*

Kollektiv von Versicherten in einem MC-System, z. B. Netz Frauenfeld Hausarztssystem SanaCare (vgl. Vergleichskollektiv)

#### *Vergleichskollektiv*

Kollektiv von Versicherten, welche mit einem MC-Kollektiv verglichen werden sollen, z. B. konventionell Versicherte des gleichen Versicherers/MCO in der gleichen Region (siehe auch Referenzkollektiv)

#### *Referenzkollektiv*

ist ein virtuelles/gerechnetes Kollektiv. Es basiert auf einem Vergleichskollektiv, ist aber bezüglich der Verteilung von Alter, Geschlecht u. a. Parametern demjenigen des MC-Kollektivs angepasst worden.

#### *Netzpauschalen*

syn. Netzbudget: Budget für ein MC-System. Mit diesem Budget sollen die Kosten aller in diesem System eingeschriebenen Patienten und eine Systemsteuerungspauschale abgedeckt werden.

#### *OKP-Kosten*

Kosten, für Leistungen aus der ordentlichen Krankenpflegeversicherung = Kosten der KVG-Leistungen

#### *Systemsteuerung*

Aktivitäten, die nötig sind, um das für ein MC-System vereinbarte Ziel zu erreichen

#### *Vorkosten*

Kosten eines Versicherten/Kollektivs vor Eintritt in MC-System

#### *Vorjahreskosten*

Kosten eines Versicherten/Kollektivs im Vorjahr (in den Vorjahren)