

Managed Care in der Schweiz: Bis hierher! Und wie weiter?

L. Buchs

Wohl keine andere Branche hat in den vergangenen zehn Jahren in der Schweiz so grundlegende Veränderungen erfahren wie diejenige des Gesundheitswesens [1].

Die seit über 20 Jahren anhaltende, unaufhaltbare Kostensteigerung im Gesundheitswesen gilt als eines der zentralen gesundheitspolitischen Themen.

Die Schweiz verhält sich diesbezüglich ähnlich wie andere Industrieländer. Die Ausgaben im Gesundheitswesen sind mittlerweile auf über 10% des Bruttoinlandsproduktes gestiegen [2].

Für die Ökonomen liegt die Hauptursache dieser Kostenentwicklung in den suboptimalen Marktverhältnissen: Der Patient, welcher als «Kunde» eine Gesundheitsleistung «einkauft», und der Arzt, das Krankenhaus und andere Leistungsanbieter, welche in Form von therapeutischen Handlungen die Leistungen am Patienten erbringen, stehen in keinem direkten Verhältnis in bezug auf die finanzielle Abgeltung, weil die Krankenversicherer als Zahlstellen zwischengeschaltet sind [3].

Kein Anreiz für Kostenbewusste

Mit Ausnahme der Jahresfranchise und des Selbstbehaltes muss der die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmende Patient für die von ihm «eingekauften» Leistungen nicht selber aufkommen. Diese spezielle Marktstruktur bietet wenig Anreiz, die im «Gesundheitswarenhaus» erhältlichen Leistungen kostenbewusst zu konsumieren [4, 5]. Sie sind im Gegenteil sogar so gesetzt, dass es für den Therapeuten als Leistungserbringer und den Patienten als Leistungsbezüger ökonomisch vorteilhaft erscheint, das Leistungsvolumen auszudehnen und damit die Kostenspirale ständig rascher drehen zu lassen.

Korrespondenz:

Leo Buchs

MHC-Consulting Buchs & Partner

Leihgasse 44

Postfach 2539

CH-6342 Baar

E-mail: l.buchs@mhc-consulting.ch

Schwarzpeterspiel der Politiker und der Krankenversicherer

Im kantonal strukturierten Gesundheitswesen der Schweiz fiel es den Politikern lange Zeit schwer, sich das nötige Fachwissen anzueignen, um sich mit der erforderlichen Sachkompetenz in der komplexen Materie eines modernen Gesundheitswesens auseinanderzusetzen zu können und darauf basierend zeitgemässe gesetzliche Grundlagen zu schaffen. Lange Jahre begnügte man sich damit, immer neue Expertisen ausarbeiten zu lassen, die immer wieder mit gleichgelagerten Interessenvertretern besetzt wurden und sich gegenseitig neutralisierten. Zwar wurden von weitsichtigen Sachverständigen mehrmals zukunftsweisende Reformvorschläge erarbeitet, die dann in der parlamentarischen Behandlung regelmässig unter den Tisch fielen. Auch die Sanitätsdirektorenkonferenz, welche eigentlich eine Führungsrolle im Gesundheitswesen einnehmen sollte, sah sich und sieht sich auch heute noch ausserstande, visionäre Strategien zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang ist auch symptomatisch, wie spät sich die Kantone und die Krankenversicherer in die Diskussion des neuen KVG eingeschaltet hatten. Wie schon damals so auch heute, wo dringend notwendige Anpassungen des KVG anstehen, um die immer weiter ausufernde Kostenentwicklung im weitgehend führungslosen Gesundheitswesen zu stabilisieren, finden die Politiker Mittel und Wege, sich aus der Verantwortung zu stehlen.

Voraussetzungen für nachhaltige Reformen

Die heute im Vordergrund stehende Vergütungsform für medizinische und therapeutische Leistungen, nämlich die Einzelleistungsvergütung, stellt ein ausschliesslich monetäres Anreizsystem dar. Dieses System nimmt die Notwendigkeit der ganzheitlichen Betrachtungsweise über die ganze Behandlungskette nicht wahr, sondern fokussiert die einzelne ärztliche Tätigkeit [6]. Auch die in Managed-Care-Strukturen eingesetzte Kopf- oder Fallpauschale ist als rein monetäres Anreizsystem auf einseitige Betrachtung ausgelegt. Immerhin versucht die Kopfpauschale das Kostenproblem dadurch in den Griff zu bekommen, dass sie die Verantwortung weitgehend auf die Ärzte verlagert. Wesentlicher Kritikpunkt an diesen beiden monetären Vergütungsformen ist die Fokussierung auf einzelne ärztliche Tätigkeiten. Derartige Steuerungselemente schliessen die Möglichkeiten gemeinsam von allen Beteiligten getragener Verantwortung aus [3].

Anstelle von Versicherungsmodellen, welche ausschliesslich auf monetäre Anreize ausgerichtet sind, befürworten wir eine Vielfalt von Versicherungslösungen, welche besser auf die Bedürfnisse und Interessen der Versicherten ausgerichtet sind und sowohl die Versicherten wie die Leistungserbringer mit den Versicherern in eine gemeinsame finanzielle Mitver-

Tabelle 1
 Entwicklungsstufen des Capitation-Risiko-Managements.

Systemelemente	Stufe 1: Primär- versorgung	Stufe 2: Spezialisten und Spitalversorgung	Stufe 3: Systemerweiterung und -verbesserung	Stufe 4: ganzheitliches Management
Umfang der Capitation	Primärversorgung	Primärversorgung; Spezialisten; Akutspital	Stufe 2 sowie: Notfall; andere stationäre Institutionen; Psychiatrie; Medikamente; Labor usw.	Stufe 3 sowie: Spitex (Hauspflege); restliche netzexterne Leistungen
Risikopools	Primärversorger	Spezialisten; Akutspital; Notfall; Medikamente	Labor; Diagnostik; Notfall; Medikamente	gesamte Leistungskette
Hauptziel der Netzstruktur	Management der Grundversorgung; internes Kosten- management	Reduktion von Anzahl und Umfang der spezialärztlichen Behandlung; Reduktion der Spitaleintritte und Aufenthaltsdauer	Optimierung der Behandlungsprozesse auf Basis EBM	Ausbau Prävention; Analyse der Behandlungs- ergebnisse (Outcome-Monitoring)
Wichtige Prozesse und Instrumente	Dokumentation und Analyse der Behandlungsabläufe; Kostenanalyse auf Basis Vergleichs- und Verhältniszahlen	PPO-Verträge; Full-capitation- Verträge	Case-Management	Disease-Management

Quelle: eigene Darstellung des Autors, in Anlehnung an [10].

antwortung einbinden. Dieser Ansatz der Vernetzung aller beteiligten Akteure erlaubt eher die Bewältigung der überaus komplexen Kernprobleme im Gesundheitswesen als den grossen innovativen Wurf eines einzelnen Akteurs [6].

Von der Dialogbereitschaft zur Partnerschaft

Vernetzung in dieser Form funktioniert aber nicht automatisch, sondern ist aufwendig. Die bei der Umsetzung von Managed-Care-Modellen der ersten Stufe dokumentierte Dialogbereitschaft zwischen den Direktbeteiligten auf Kostenträger- und Leistungserbringerseite bilden die Basis für anspruchsvollere, zeit-, arbeits- und verständigungsintensivere Prozesse der Zusammenarbeit. Denn Vernetzung heisst mehr, als in einem einmaligen Kraftakt Zusammenarbeit zu proben, um dann wieder in alte Arbeitsstrukturen, sprich Grabenkämpfe, zurückzufallen [3].

Solange die Problemlösungsvorschläge in Fortsetzung der Monopolisierung der Leistungsdefinition alleine bei den Ärzten und der Kostenverantwortung bei den Krankenversicherern fokussiert, werden darauf basierende Veränderungsstrukturen erfolglos bleiben. Deswegen kann einzig die Mitwirkung des Patienten und der Kostenträger an der Leistungserstellung einerseits und der Einbezug der Patienten und der Leistungserbringer in die Kostenverantwortung

andererseits eine effiziente, nachhaltige Kostenstabilisierung zur Folge haben. Vor diesem Hintergrund verändert sich sowohl die bisherige Definition der Leistungserbringung und der Kostenverantwortung. Ausgangspunkt dieser Betrachtungsweise ist die Überzeugung, dass die Fähigkeit gegenseitiger Wahrnehmung der Akteure als wesentliche Voraussetzung erfüllt sein muss.

Wenn wir, wie oben argumentiert, Leistung im Gesundheitsbereich als Ergebnis gemeinsamer Tätigkeit von Ärzten, Patienten und Kostenträgern verstehen, und auch die Kostenverantwortung dafür gemeinsam getragen wird, dann rücken die Begriffe Kooperation, Koordination und Kommunikation in den Vordergrund. Diese drei Begriffe, welche die Hoffnung auf ein hochwertiges ganzheitliches Gesundheitssystem nähren, erfordert von allen Beteiligten Flexibilität, denn es geht darum, die bisherige Wahrnehmung aus dem einseitigen, eigenen Blickwinkel zu erweitern und die Probleme der anderen aus ihrer Sicht nachvollziehen zu können [6]. Diese Fähigkeit setzt voraus, die eigene Wahrnehmung zwar begründen zu können, jedoch nicht als einzig gültige anzuerkennen. Verhaltensänderungen in der beschriebenen Form und der Ausbau von Anreizstrukturen über den monetären Bereich hinaus, nämlich auf der Basis eines transdisziplinären Vertrauensverhältnisses, bewirken keine kurzfristigen Kostensenkungen [7].

Vernetzte Strukturen als Grundlage für die Kostenstabilisierung

Das Hauptproblem des Gesundheitswesens liegt bei dieser Betrachtungsweise zum einen darin, dass sowohl die Akteure auf der Leistungserbringer- wie auf der Kostenträgerseite sich schwertun mit der Wahrnehmung der Problemkomplexität, und zum anderen in der damit verbundenen ungenügenden Zusammenarbeit.

In der Organisation von vernetzten Strukturen der medizinischen Leistungserstellung, der Krankenversicherung und der Patienten geht es in einer ersten Stufe darum, Lernprozesse und Verhaltensänderungen zu ermöglichen. Dazu gehören nicht nur äussere technische Massnahmen, wie Regeln und Normen, sondern vor allem neue Vergütungsstrukturen, die vernetztes Denken und Handeln unterstützen. Auf das Potential der Krankenversicherer zur Stabilisierung der Gesundheitsausgaben bezogen, bedeutet dies, dass die bisher noch zaghafte Schritte in Richtung integrierte Versorgungs- und Vergütungsmodelle mit Überzeugung weitergeführt und neue innovative Dienstleistungen gemeinsam mit den direkt beteiligten Partnern entwickelt werden müssen. Denkbar wären dabei Modelle, in denen nicht oder nicht nur monetäre Anreize im Vordergrund stehen, zum Beispiel Optimierung der Behandlungsepisoden, Verzahnung der Organisation über die ganze Behandlungskette. Der weiterwachsende ökonomische Druck wird aufdecken, ob sich hinter dem Label «Marktwirtschaft» nur die Befriedigung des Egos einzelner Verantwortungsträger verbirgt [6].

Lösungsmuster

Die bisher entwickelten neuen Pauschalvergütungssysteme, welche nur ansatzweise Managed-Care-Elemente enthalten, werden, wenn überhaupt, nur vorübergehend die Kosteneskalation eindämmen können. Die Struktur des von einer Studiengruppe [8] entwickelten, integrierten Versorgungsmodells enthält dagegen Elemente, welche

- auf längere Dauer einen bedarfsgerechten Zugang zur medizinischen Versorgung gewährleisten;
- alle Beteiligten in eine gemeinsame Verantwortung einbinden;
- Gewähr bieten für effektive und effiziente medizinische Versorgung.

In diesen neuen Strukturen werden schweizweit alle Leistungserbringer innerhalb der ganzen Behandlungskette in regionale Versorgungsnetze zusammengefasst. Diese handeln im Rahmen von Leistungsaufträgen, die mit den Krankenversicherern und weiteren Kostenträgern vereinbart sind. Die Patienten als Leistungsbezüger wählen ihre Krankenversicherung, ihren Versicherungsplan und ihr Versorgungsnetz freiwillig aus. Als Generalunternehmer koordinieren die Versorgungsnetze die Leistungserbringer und legen mit diesen effektive Behandlungs-

abläufe fest. Die einzelnen Versorgungsnetze unterscheiden sich im Leistungsangebot untereinander durch verschiedene Angebotsrichtungen. Eine geographische Region umfasst mehrere Netze, dies bietet den Versicherten eine Auswahlmöglichkeit und fördert den Wettbewerb. In den Netzen übernehmen die Patienten als selbstverantwortliche Leistungsbezüger eine mitgestaltende Rolle zum Beispiel als Mitglieder eines Netzrates. Die Krankenversicherer werden verpflichtet, mit mehreren Versorgungsnetzen Verträge abzuschliessen. Das Wettbewerbsprinzip fordert, dass ein Netz nicht durch einen einzelnen Krankenversicherer kontrolliert werden darf.

Alle Versorgungsnetze bieten die gesetzlich verankerte ordentliche Versorgung an. Daneben ist es ihnen freigestellt, auch Zusatzleistungen anzubieten, die von den Krankenversicherern in Form von Zusatzversicherungen abgedeckt oder aber von selbstzahlenden Patienten vergütet werden.

Die Netzgrösse wird nach folgenden Kriterien festgelegt:

- Einwohnerzahl, welche eine homogene Verteilung der Risiken gewährleistet;
- Überschaubarkeit;
- Regionale, geographische Gegebenheiten;
- Administrativer Aufwand.

Ein Health-Informationssystem stellt den interdisziplinären Informationsaustausch aller am Gesundheitsverlauf von Patienten beteiligten Fachkräfte sicher. Die Vernetzung aller Leistungserbringer durch das Care-Management strukturiert ein lernendes virtuelles Team, in dem jeder Teilnehmer neue Erkenntnisse über den Therapieverlauf des Patienten bekommt. Dieser permanente Erkenntnisgewinn verbessert die Qualität der einzelnen Leistungserbringer und erhöht die Effizienz der gesamten Behandlungskette. Am Health-Informationssystem sind alle an der Behandlung beteiligten Experten angeschlossen. Es wird vom Care-Manager über das Internet gesteuert [9].

Die Steuerung der Leistungsangebote innerhalb dieser Netzstrukturen kann wegen deren Grösse und Komplexität sowie der Professionalität der am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen nicht auf traditionell hierarchischen Strukturen beruhen. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Netzbereiche muss vertraglich vereinbart werden. Diese Zusammenarbeit wird durch ein Netzführungsgrremium koordiniert.

Die Überführung des traditionellen Vergütungssystems auf der Basis des Einzelleistungstarifs in ein netzspezifisches Globalbudget bzw. in ein Capitationmodell muss stufenweise erfolgen. Die Netzstruktur übernimmt stufenweise das finanzielle Risiko für jene Leistungen, welche es realistischerweise beeinflussen und kontrollieren kann. Es ist nicht möglich, in diesem Beitrag alle Aspekte der Umsetzung auf ein «full capitated»-Modell zu diskutieren. Es soll zumindest festgehalten werden, dass die Überführung in ein solches nicht über Nacht geschehen kann. Vielmehr erfordert dies einen Entwicklungsprozess, in dessen

Verlauf die Netzstruktur die Fähigkeit im Management der Behandlungskosten und -qualität schrittweise aufbaut. Die Entwicklung lässt sich in vier Phasen gemäss Tabelle 1 unterteilen. Der Autor geht davon aus, dass die Einführung eines solchen neuartigen Gesundheitssystems mindestens 5 Jahre in Anspruch nehmen dürfte.

Vernetzung bedeutet Investition

Akteure im Gesundheitswesen, die sich für die aktive, auf Partnerschaft beruhende Vernetzung der Gesundheitsstrukturen auf der Grundlage dieses Lösungsmusters entscheiden, müssen sich im klaren sein, dass es sich um mittel- und langfristige Investitionen handelt, die aller Voraussicht nach gerade in der Anlaufphase zu höheren Kosten führen können. Wer aber mit vernetzten Strukturen der Hoffnung auf eierlegende Kaninchen erliegt, und innerhalb kürzester Zeit eine Verbesserung der medizinischen Qualität bei deutlich niedrigeren Kosten erwartet, programmiert das Scheitern dieses erfolgversprechenden Strukturwandels schon in der Startphase und diskreditiert damit die anderen Akteure im Gesundheitswesen.

Literatur

- 1 Egli M (Hrsg.). Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz. Kapitel 2.3 Krankenversicherung. Beromünster: Trend Care AG; 1998.
- 2 Buchs L. Gesundheitspolitik Schweiz. Kaum sektorübergreifende Vernetzungen. AS-Aktuell 1999;13-4.
- 3 Kayser B, Schwefing B. Managed Care und HMOs. Bern: Verlag Hans Huber; 1998.
- 4 Buchs L. Das Schweizer Hausarztmodell. Erfolgsgeschichte und Risikoselektion. ZFA 1999;75(11-12): 569-74.
- 5 Buchs L. Vernetzung im Gesundheitsmarkt der Schweiz. Bis hierher und wie weiter? praxisNetz 2000;4:22-3.
- 6 Buchs L. Managed Care in der Schweiz. In: Kocher G, Oggier W. (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002. Solothurn: KSK-Verlag; 2001.
- 7 Amelung VE, Schumacher H. Managed care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Gabler; 2000.
- 8 Arbeitsgruppe «Medizin fürs Gesundheitswesen». Ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen. Bern: X-und; 1998.
- 9 Arnold M, Lauterbach KW, Preuss K-J. Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart: Schattauer; 1997.
- 10 Yates P. Capitation: Stufenweise Entwicklung zum «full capitated»-Modell. MCCM 1998;3:48-51.