

Managed Care in der Schweiz

Geschichtlicher Abriss und Bedeutung der finanziellen Anreize

F. Huber, C. Marti, A. S. Götschi, A. Weber

Seit 1990 werden in der Schweiz im Rahmen der neuen Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Arztwahl neue Anreizsysteme für Ärzte erprobt [1]. Die Belohnung für das ärztliche Handeln wurde in diesen Modellen seither mehr oder weniger konsequent umgestaltet. Neue Anreize (Capitation) stellten das bisherige Einzelleistungsprinzip (Fee-for-service) auf den Kopf. Mit Managed Care werden Ärzte explizit mit dem Aspekt der finanziellen Verantwortung (Accountability) konfrontiert.

Alles nur eine Frage des Geldes?

Die Motivation für ausserordentliche Leistungen oder für einen sehr guten Arbeitseinsatz liegt in der persönlichen Antwort auf folgende Fragen: Wird mein Verhalten genügend honoriert? Erfahre ich eine innere Befriedigung durch mein eigenes Tun? Das ist beim ärztlichen Verhalten nicht anders als bei anderen Jobs. Am Beispiel der Managed-Care-Geschichte in der Schweiz lässt sich nachvollziehen, dass viele Initiativen aus nicht-pekuniären Motiven entstanden sind. Viele Pioniere haben ihre Energie aus der Lust an einer sinnvollen Veränderung geschöpft und setzen heute noch auf die innere Befriedigung, die ihnen ihre Arbeit ermöglicht. Sie haben erfahren, wie spannend eine partnerschaftliche, respektvolle und haushälterische Medizin sein kann. Eine Weiterentwicklung von Managed Care wird sich in der Schweiz aber nur ergeben, wenn zusätzliche finanzielle Anreizsysteme das veränderte Verhalten honorieren. Erst dann wird es die Multiplikation oder Nachahmung der Pionierleistungen geben.

Grundsätzliche Überlegungen

Jede Entschädigungsform beeinflusst das ärztliche Handeln und die Menge der erbrachten Leistungen. Domenighetti hat nachgewiesen, dass in der Schweiz im Einzelleistungssystem den Patienten zu viel Medizin zugemutet wird [2, 3]. Aus den USA wissen wir andererseits, dass Capitationmodelle z.T. in Verruf geraten sind, weil Ärzte mehr verdienen, wenn sie ihren Patienten medizinische Leistungen vorenthalten [4]. Die Angemessenheit des Leistungsspektrums lässt sich medizinisch nicht befriedigend festlegen und ist in erster Linie von soziokulturellen Fak-

toren abhängig [5]. Deshalb lässt sich die Beurteilung von Managed-Care-Modellen in den USA aus der Sicht der Patienten nur sehr begrenzt auf unsere Verhältnisse übertragen. Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen entspricht in der Regel dem allgemeinen Konsumverhalten der Bevölkerung. Auch in unserer Gesellschaft gibt es sehr unterschiedliche Erwartungshaltungen an die medizinische Versorgung. Dies verlangt nach einer entsprechenden Differenzierung auf der Angebotsseite der medizinischen Leistungserbringung. Die Versicherten sollen ihr Betreuungssystem wählen können, dafür unterschiedliche Preise bezahlen müssen und über die Entschädigung der Ärzte im gewählten Modell Bescheid wissen. Jedes Entschädigungssystem braucht Kontrollmechanismen und Absicherungsinstrumente, um Missbräuche einzugrenzen. Im Einzelleistungssystem muss man sich der Gefahr der Überversorgung, in Capitationmodellen des Risikos einer Unterversorgung bewusst sein. Ärztliches Handeln kann letztlich nur in einer Atmosphäre des Vertrauens erfolgreich sein. Und dies setzt Transparenz über ärztliche Entscheidungsmotive voraus.

Die Managed-Care-Entwicklung in der Schweiz lässt verschiedene Abschnitte erkennen:

Kasseneigene HMO-Gruppenpraxen

1990 begannen Krankenkassen in der Schweiz mit der Eröffnung von eigenen HMO-Gruppenpraxen. In kasseneigenen HMOs werden die Ärzte angestellt und beziehen ein fixes Gehalt. Sie haben somit keinen finanziellen Anreiz zur unnötigen Mengenausweitung. Gleichzeitig wird jeder Gruppenpraxis ein virtuelles Budget für die Gesamtkosten ihrer im Modell eingeschlossenen Patienten zugeteilt. Virtuell deshalb, weil Budgetunterschreitungen oder -überschreitungen kaum einen Einfluss auf den Lohn der Ärzte und den Praxisbetrieb haben. Den ersten HMOs gelang es schon nach drei Jahren, ihre Budgetvorgabe einzuhalten und Gewinne zu erzielen, ohne Zeichen einer Unterversorgung [6]. Doch die Gewinne wurden von den Trägerkassen abgeschöpft, um andere, defizitäre HMOs zu subventionieren. Eine Quersubventionierung durch die Normalversicherten durfte nicht stattfinden.

1 Baumberger J. So funktioniert Managed Care. Stuttgart: Thieme Verlag; 2001.

2 Domenighetti G, Gutzwiller F, Martinoli S. Revisiting the most informed consumer of surgical services. *Int J Techn Assessment in Health Care* 1993;4:505-13.

3 Domenighetti G. Consommation chirurgicale en Suisse et comparaison avec la France. Lausanne: Editions Réalités Sociales; 1996.

4 Pereira AG, Pearson SD. Patient attitudes toward physician financial incentives. *Arch Intern Med* 2001;161(10):1313-7.

5 Welch H, Mogielnicki J. Presumed benefit: lessons from the American experience with marrow transplantation for breast cancer. *BMJ* 2002;324:1088-92.

6 Hypertoniemanagement. Neue Formen der Krankenversicherung. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. BSV: Beiträge zur sozialen Sicherheit. 1998.

Korespondenz:
Dr. med. Felix Huber
MediX Gruppenpraxis
Rotbuchstrasse 46
CH-8037 Zürich

E-Mail: felix.huber@medix-aerzte.ch

Homepage: www.medix-aerzte.ch
und www.medix-gruppenpraxis.ch

Kassen-HMOs sind also Modelle, welche den finanziellen Anreiz zur Mengenausweitung unterbinden sollen. Die angestellten Ärzte gingen zudem kein eigenes finanzielles Risiko ein. Die Anstellungsbedingungen haben über die Jahre bei einem Teil der HMO-Ärzte zu einem gewerkschaftlichen Sicherheitsdenken geführt. Die Energie floss mehr in die Verteidigung der erworbenen Rechte als in die kontinuierliche Weiterentwicklung der Modelle. Verschiedene Versicherer versuchen heute, ihre HMO-Praxen in Richtung selbständiger Unternehmen mit echter Budgetverantwortung weiterzuentwickeln.

Hausarztmodelle

Als Alternative zu den Kassen-HMOs gründeten 1994 die Wintimed-Ärzte zusammen mit Helsana, Konkordia und Wincare (damals KFW) das erste Hausarztmodell der Schweiz. Ähnlich wie bei den HMOs wurde eine finanzielle Zielvorgabe definiert. Angestrebt wurden 15–20% tiefere Kosten bei den Hausarztversicherten als in einem bezüglich Alter und Geschlecht vergleichbaren Kollektiv von traditionell Versicherten. Neu für das schweizerische Gesundheitswesen war eine finanzielle Erfolgsbeteiligung der Ärztesgruppe. Übertrafen sie das Ziel, wurde sie mit maximal Fr. 10 000.– pro Arzt und pro Jahr belohnt. Verfehlten sie das Ziel, verpflichteten sich die Ärzte, bis maximal Fr. 10 000.– pro Arzt und pro Jahr an die Versicherung zurückzuzahlen [7].

Mit Einführung des KVG kam es in den Folgejahren zu einer rasanten Verbreitung von Hausarztmodellen in der Schweiz. In den meisten Hausarztmodellen war wohl eine finanzielle Verantwortung vorgesehen, wurde aber wegen des Widerstandes der Ärzte nie eingeführt. In der Zwischenzeit haben die sogenannten Vorkostenanalysen gezeigt, dass Versicherte, die einem HMO- oder Hausarztmodell beitraten, schon vor dem Modellbeitritt weniger kosteten als die traditionell Versicherten [8]. Dies machte die Bemessung der effektiv durch das Modell erzielten Einsparungen schwierig. Für die HMOs wurde in der umfangreichen BSV-Analyse immerhin aufgezeigt, dass signifikante Einsparungen trotz Risikoselektion möglich sind [9]. Die meisten Hausarztmodelle waren auch nicht in der Lage, auf der Behandlungsprozessebene signifikante Verbesserungen aufzuzeigen (Nachweis der besseren Koordination durch Disease-Management und Guidelines, regelmässige Qualitätszirkel usw.). Die meisten Hausärzte beteuerten, ihre Hausarztversicherten genau gleich zu betreuen wie ihre traditionell Versicherten. Die Versicherer gehen deshalb davon aus, dass keine Kosten eingespart wurden. Es entstanden aber erheb-

liche Mindereinnahmen infolge der gewährten Prämienrabatte. Die Konsequenz ist, dass sich seit dem Jahr 2001 verschiedene grosse Versicherer aus ihren Hausarztverträgen zurückgezogen haben (CSS, Helsana, KPT).

Ärztetze mit Capitationverträgen

Mit dem Ziel, Patienten umfassend, über Fach- und Institutionsgrenzen hinweg, zu betreuen, wurde 1998 die MediX Gruppenpraxis als erste ärztzeigene HMO-Praxis gegründet. Man wollte einerseits die Praxis als selbständiges, von den Krankenversicherern unabhängiges Unternehmen führen – wie andere freipraktizierende Kollegen/-innen. Gleichzeitig wollte man eine patientenorientiertere und eine weniger taxpunktorientierte Medizin praktizieren. Eine Medizin, die sich auf das beschränkt, was dem Patienten wirklich nützt und dem Arzt trotzdem ein gutes Einkommen garantiert. Zu diesem Zweck schloss die MediX Gruppenpraxis mit verschiedenen (heute sind es fünf) Versicherern Capitation- bzw. Budgetverträge* ab. Für Versicherte, die das HMO-Modell wählen, schliesst die Capitation sämtliche ambulanten und stationären Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie verschiedene ambulante Zusatzversicherungsleistungen ein. Für Patienten mit hohen Jahreskosten wird eine spezielle Grossrisikoversicherung abgeschlossen. Die Capitation wurde anfänglich basierend auf den Durchschnittskosten eines bezüglich Wohnregion, Alter und Geschlecht übereinstimmenden Vergleichskollektives abzüglich eines Einsparzieles berechnet. Das Einsparziel wurde in etwa dem Prämienrabatt gleichgesetzt, der den Versicherten im HMO- oder HAM-Modell gewährt wird. Damit bezweckten die Versicherer, ihre Prämienmindereinnahmen durch entsprechende Kostenreduktionen wieder wettzumachen. Aufgrund der oben erwähnten Risikomischung wurden aber noch vor Ablauf des ersten Betriebsjahres Korrekturfaktoren bei den Capitationberechnungen eingeführt. So wurden die Vorkosten dieses Kollektivs (vor Eintritt ins Modell) und die Hospitalisation während mindestens zwei Tagen im Vorjahr berücksichtigt [10]. Für Patienten, die schon vor Eintritt in das HMO-Modell niedrige Gesundheitskosten haben, ist die Capitation also kleiner als für Patienten mit hohen Kosten oder mit einem Krankenhausaufenthalt im Vorjahr. Eine möglichst exakte Abbildung der Risikostruktur in den Capitationverträgen ist von entscheidender Bedeutung. Bezahlen die Versicherer zu viel für ihre Versicherten im Modell, so werden diese Modelle für die Versicherer finanziell uninteressant. Er-

7 Fröhlich F, Brändli N, Marti C, et al. Das Hausarztssystem Wintimed. Bilanz und Auswertung nach vier Jahren. Schweiz Ärztezeitung 1999;80:1663-8.

8 Weber A, Cottini G. Kostenvorteil dank Risikoselektion? Schweiz Zeitschr Managed Care 1998;14-7.

9 Baur R, Hunger W, Kämpf K, Stock J (Prognos AG). Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesenbericht. Nr. 1/98 BSV: Beiträge zur sozialen Sicherheit.

10 Beck K. Risikoausgleich – Basis für sinnvollen Wettbewerb in der Krankenversicherung. CSS 1998.

* Unter Capitation versteht man eine im voraus bezahlte (Kopf-)Pauschale (entspr. KVG Art. 43), mit der Leistungserbringer entgolten werden, unabhängig von den tatsächlich erbrachten medizinischen Leistungen.

halten andererseits die Ärzte zu wenig, können sie die Leistungskosten ihrer Patienten nicht decken.

Seit 1999 haben sich weitere 20 Ärztinnen und Ärzte in der Stadt und Agglomeration Zürich dem Modell der MediX Gruppenpraxis angeschlossen. Sie bilden zusammen den MediX Ärzteverband Zürich. Jeder Arzt hat einen Leistungsvertrag mit der MediX Praxisnetz AG und kann sich an dieser als Aktionär beteiligen. Er bleibt jedoch weiterhin selbstständiger Arzt in seiner eigenen Praxis. Gemeinsam mit der Praxis Bubenberg in Bern wurde 1999 der MediX Ärzteverband gegründet. Die Praxis Bubenberg ist eine ehemalige Kassen-HMO (Arcovita/Medinet), die über einen «Mitarbeiter-Buy-out» eine eigenständige Aktiengesellschaft gründete. Gleichzeitig gründeten auch die WintiMed-Ärztinnen und -Ärzte eine Aktiengesellschaft und schlossen analoge Budgetverträge ab. Im Jahr 2001 gingen zwei weitere Kassen-HMOs, die Medinet-Praxen in Zürich und Luzern den Weg der Praxis Bubenberg und schlossen sich als selbstständige Praxen dem MediX Ärzteverband an. Der Gesundheitsplan HMO Basel wurde bereits 1995 in eine paritätische Stiftung (ÖKK und Ärzte) umgewandelt und vereinbarte mit verschiedenen Versicherern Capitationverträge. In der Westschweiz schloss das réseau Delta in Genf vor zwei Jahren ebenfalls Capitationverträge ab.

Welche Anreize bestehen für die Ärzte in einem Capitationmodell, die medizinische Versorgung ihrer Patienten/-innen zu optimieren? Die Beteiligung an der Betriebsgesellschaft, die für sämtliche Kosten der eingeschriebenen Patienten aufkommt, ist ein direkter finanzieller Anreiz, kostengünstige Medizin zu praktizieren. Steuerungsaufwendungen und Qualitätszirkelarbeit, die im normalen Einzelleistungskatalog nicht enthalten sind, können entschädigt werden, was einer Dividende von 5 bis 10% entspricht. Denkbar wäre auch eine Tarifierhöhung für die Netzärzte. Ärztenetze mit eigenem Budget stehen im Vergleich zu Ärzten in Kassen-HMOs oder Hausarztnetzen ohne Budget in einer direkteren unternehmerischen Gesamtverantwortung. Sie werden umso mehr Energie für Optimierungsprozesse einsetzen.

Qualitätskontrolle

Wie entgegnet man der Gefahr der Unterversorgung der Patienten oder der Aushöhlung der eigenen Betriebsgesellschaft durch überhöhte Rechnungsstellung der einzelnen Partner im MediX Ärzteverband? Die wöchentlichen Quali-

Qualitätszirkel im MediX Ärzteverband Zürich.

Im MediX Ärzteverband treffen sich die Ärzte zu wöchentlichen, strukturierten, vorbereiteten und protokollierten Qualitätszirkeln. Die Gliederung gestaltet sich wie folgt:

1. Dringende Fragen und Anliegen, aktuelle Themen;
2. CIR (Critical Incident Reporting);
3. Überweisungen;
4. Hospitalisationen;
5. Behandlungsverläufe / Case Management;
6. Guidelines / Disease Management;
7. Journalclub;
8. Schriftliche Berichte aus Fortbildungen;
9. Organisation und Administration, Versicherungsfragen;
10. Varia, Termine, Aufgaben.

tätszirkel, die nach einem festgelegten Programm ablaufen (siehe Kasten), ermöglichen gegenseitige Kontrolle und schaffen kreativen Raum für neue Lösungen. Das wöchentliche Critical Incident Reporting wurde zu einem wichtigen Qualitätsinstrument [11]. Alle Praxen sind im Besitz des EQUAM-Zertifikates und informieren ihre Patienten regelmässig über die Möglichkeit, bei Unstimmigkeiten den Ombudsarzt der EQUAM-Stiftung kontaktieren zu können.

Letztlich entscheidend für das Überleben des Modells wird die Kundenzufriedenheit sein. Ärztenetze mit Budget werden in Zukunft bevorzugt unter Qualitätslabels auftreten, mit denen die Patienten ein klares Betreuungskonzept assoziieren. Diese Prozesse orientieren sich an einem sorgfältigen und nachhaltigen Imageaufbau. Umgekehrt würde eine kurzfristige Gewinnmaximierung diese Bestrebungen schnell in den Ruin treiben.

Zukünftige Entwicklung

Die Schweiz gilt in Europa als Pionierland für Managed Care. Trotzdem ist die Managed-Care-Entwicklung rückläufig. Detaillierte Angaben dazu werden jährlich in der Zeitschrift «Managed Care» publiziert [12]. Wir stehen an einem kritischen Wendepunkt, an dem mutige Innovationen gefordert sind. Auf gesetzlicher Ebene sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die gut organisierte Netzwerke fördern und Ver-

11 Huber F. CIR in der Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(28):1517-21.

12 Managed-Care-Modelle in der Schweiz im Jahre 2002. Managed Care 2002;4/5:28-36.

sicherte belohnen, die sich in solchen Modellen betreuen lassen. Ärztenetze sollten in einem revidierten KVG zu einem Grundpfeiler der ärztlichen Versorgung bestimmt werden. Andererseits muss es den Netzwerken gelingen, sich noch mehr an den Bedürfnissen der Kunden zu orientieren und den Kundennutzen besser zu kommunizieren. Dazu wird der Aufbau einer Betreuungsmarke unentbehrlich. In einer pluralistischen Gesellschaft können die Präferenzen der Bevölkerung nur in unterschiedlichen Versicherungsmodellen mit verschiedenen Leistungspaketen, welche auch die Praxisstile oder die Betreuungsphilosophie der Ärzte klar zum Ausdruck bringen, befriedigt werden [13]. Die Patienten/Versicherten müssen ausreichend über die Leistungspakete, Anreizsysteme und die Betreuungsphilosophie (z.B. Behandlungsrichtlinien) im Versicherungsmodell des Ärztenetzes informiert sein. Dabei haben die Patienten- und Konsumentenorganisationen eine neue Kontrollfunktion zu übernehmen (z.B. Guide santé). Der mündige Bürger soll gemäss persönlicher Präferenzen zwischen konkurrierenden Krankenversicherungsmodellen mit verschiedenen Leistungspaketen und unterschiedlicher Prämienhöhe auswählen können.

Für die Weiterentwicklung der Managed-Care-Modelle ist die Budgetverantwortung die entscheidende Voraussetzung. Die finanziellen Anreize fördern eine effiziente Gestaltung der medizinischen Versorgung und ermöglichen neue Organisationsstrukturen. In diesen können die Leistungserbringer ihre Tätigkeit besser koordinieren und im Sinne eines integrierten Versorgungssystems auf übergeordnete, gemeinsame Ziele einer Optimierung innerhalb der angestrebten Betreuungsphilosophie ausrichten. Die Budgetverantwortung führt auch zu einer sorgfältigen Auswahl der an einem Netzwerk beteiligten Leistungserbringer (mit wem will man sich ins gleiche Boot setzen oder ein gemeinsames Unternehmen starten?). Aus den heutigen Hausarztmodellen und den in die Selbständigkeit überführten Kassen-HMOs könnten sich un-

terschiedliche, überregionale Versorgungsnetze bilden, die mit den Versicherern Budgets für die Betreuung ihrer Patienten aushandeln [14] und untereinander im Wettbewerb stehen.

Bei der Budgetberechnung wird man das Risiko für die Ärzte und für die Patienten durch faire Capitationformeln und Grossrisikoabsicherung eingrenzen. Die Gewinn-/Verlust-Möglichkeiten unter Budgetverantwortung sollen US-amerikanische Erfahrungen berücksichtigen, wie sie Steven Pearson et al. formuliert haben [15]. Budgetverantwortung (Capitation) stellt zwar das bisherige Einzelleistungsprinzip auf den Kopf. Trotzdem soll Managed Care nicht einfach eine Medizin unter umgekehrten Vorzeichen bedeuten. Sie wird sich nur dann erfolgreich entwickeln, wenn neben dem direkten finanziellen Erfolg auch die Patientenzufriedenheit und die ständige Qualitätsverbesserung gemessen werden [16]. Managed Care wird eine nachhaltige Akzeptanz unter den Patienten finden, wenn damit eine neue, ausgewogene Medizin gefördert wird, welcher Empathie und der gekonnte Umgang mit Ungewissheit und Angst ebenso wichtig sind wie technische Fertigkeiten, eine Medizin, welche ihre Grenzen ebenso respektiert wie ihre ständig wachsenden Möglichkeiten.

Es gibt eine Auswahl von Instrumenten, mit denen Managed Care zu Kosteneinsparungen führen kann. Diese sind: bessere Koordination der Behandlungskette (Case Management), diagnosebezogene Optimierung (Disease Management), Tarifverhandlungen mit bevorzugten Leistungsanbietern (ambulant oder stationär) und vor allem die intensive laufende Fortbildung der beteiligten Gatekeepingärzte (wöchentliche Qualitätszirkel).

Diese Steuerungsinstrumente werden nur dann konsequent eingesetzt, wenn sich der Aufwand lohnt und die Anreize so gesetzt sind, dass Ärztenetze die internen organisatorischen Massnahmen treffen können. Managed Care wird dann weniger vom Idealismus als mehr vom berechtigten Anliegen, für eine gute Leistung richtig honoriert zu werden, geprägt sein.

- 13 Sommer J. Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen. Basel: EMH-Verlag, 2001.
- 14 S. auch Arbeitsgruppe X-und. Ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen. Bern 1998.
- 15 Pearson SD. Ethical guidelines for physician compensation based on capitation. N Engl J Med 1998;339:689-93.
- 16 Stoddard JJ, Grossman JM, Rudell LS. Physicians more likely to face quality incentives than incentives that may restrain care. Issue Brief Cent Stud Health Syst Change 2002;(48):1-4.