

Wie kann die Attraktivität gesteuerter Versicherungsmodelle verbessert werden?

M. A. Fischer-Taeschler

Die Vorbereitungsarbeiten für eine dritte KVG-Revision sind im Gange. Unter anderen ist eine Projektgruppe im Auftrag des Bundesrates und des EDI damit beschäftigt, «... zu prüfen, wie die Verbreitung der Managed-Care-Modelle mit geeigneten Anreizsystemen gefördert werden kann ...». Der Autor dieses Artikels ist von der FMH in diese Projektgruppe delegiert worden. Er ist seit Juni 2002 auch Präsident von *med-swiss.net*, der Dachorganisation der Schweizer Ärztenetzwerke.

Wesentliche Elemente, welche das Care-Management ausmachen

- Steuerung der Gesundheitsleistung durch eine Vereinbarung zwischen Versicherungsnehmer/Patienten und einer Vertrauensperson;
- Risikobeteiligung der Leistungserbringer bzw. deren Netze;
- Vernetzung der Leistungserbringer und der Behandlungseinrichtungen.

Wer ist verantwortlich für die Steuerung?

In den bisherigen Hausarztnetzen war dies ausschliesslich der Hausarzt*. Es gibt aber bereits jetzt Ansätze, welche andere Lösungen erproben (Care-Manager der Versicherungen, Telefontriage). Steuerung verlangt auf der Seite des Patienten das Vertrauen, auf der Seite des für die Steuerung Verantwortlichen umfassendes medizinisches Wissen und Verständnis für Verfahrensabläufe. Diese Voraussetzungen erfüllen gegenwärtig fast ausschliesslich die in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte. Auch bei ihnen besteht vielerorts bei der Kenntnis von Verfahrensabläufen noch erheblicher Nachholbedarf. Besser stehen hier jene Kantone da, wo sich bereits Hausarztnetze, ärztliche HMOs und Betriebsgesellschaften¹ gebildet haben. Es ist denkbar, dass auch ärztliche Vertreter von Spezialitäten (z.B. Rheumatologen oder Gynäkologen) in gewissen Fällen die Aufgabe der Vertrauensperson übernehmen können. Ob in fernerer Zukunft ein eigentliches Berufsbild

eines «Care Managers» entstehen wird, ist nicht ausgeschlossen.

Die Gesetzgebung, die Steuerungsorgane betreffend, muss offen formuliert werden, aber Standards setzen.

Welches sind die Anforderungen an die Organe des Care-Managements?

Mit den Organen sind sowohl die Care-Manager wie die dahinterstehenden Organisationen (Netzwerke, Versicherungen, Versichertenorganisationen) gemeint. Mit dem Anspruch auf Steuerung sind auch Verantwortung und Haftung verbunden. Damit ist klar, dass ein konsequentes Qualitätsdenken² und Wissen in wirtschaftlichen Dimensionen entwickelt werden muss.

Ein finanzieller Anreiz für die Anbieter ist erwünscht und erhöht die Akzeptanz der gesteuerten Modelle. Eine erfolgreiche Steuerung verlangt notwendigerweise die Einbindung der Steuerungsorgane in die Budgetverantwortung.

Die Gesetzgebung muss Rahmenbedingungen für die Normen der Qualitätssicherung und die Verantwortlichkeiten setzen. Risiko- und Erfolgsbeteiligungen sollen ausdrücklich erlaubt und eventuell sogar vorgeschrieben werden. Die Budgetverantwortung soll als wichtiges Steuerungselement Erwähnung finden.

Was muss die öffentliche Hand beisteuern?

Während die wissenschaftliche Forschung im Bereich der Medizin auch in der Schweiz auf höchstem Niveau und mit glänzenden Erfolgen brillieren kann, muss die Managed-Care-Bewegung auf kleinem Feuer kochen. Die meiste Arbeit wird durch hochmotivierte, aber bald auch desillusionierte Pioniere in Fronarbeit geleistet. Mit etwas Glück lassen sich von Zeit zu Zeit Sponsoren herbei, welche verhindern, dass die Arbeit nicht nur gratis, sondern auch noch mit zusätzlichen eigenen Mitteln finanziert werden muss. Besser organisierte Netze und HMOs kennen zwar Entschädigungsreglemente, für fun-

* Im Dienste der besseren Lesbarkeit wurde auf die weibliche Form teilweise verzichtet, es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

1 Unter dem Namen *med-swiss.net* haben sich diese Organisationen zu einem Dachverband mit Sitz in Zürich zusammengeschlossen.

2 Die Ärztenetze und HMOs unternehmen in diesem Bereich grosse Anstrengungen. Unter den Namen *EQUAM* und *Qualimed.net* bestehen zwei Projekte zur Qualitätssicherung mit der späteren Möglichkeit zur Zertifizierung

Korrespondenz:
Dr. med. M. A. Fischer-Taeschler
Präsident *med-swiss.net*
Brestenbergstrasse 21
CH-5707 Seengen

E-Mail: ma.fischer@hin.ch

dierte Projekte und echte Grundlagenforschung fehlt aber das Geld. Die Versicherer sind zurückhaltend und auf den kurzfristigen Erfolg bedacht. Hier muss die öffentliche Hand einspringen und die Forschung koordinierend und materiell fördern.

Die Gesetzgebung muss explizit die Grundlagenforschung in Care-Management als durch die öffentliche Hand förderungswürdig bezeichnen. Die öffentliche Hand muss verpflichtet werden, die dazu nötigen Gelder freizugeben.

Was muss der Versicherer beitragen?

Der Konkurrenzkampf unter den Versicherern zeichnet sich gegenwärtig in erster Linie durch den Kampf um die guten Risiken aus. Modelle, welche kostenträchtige Kunden anlocken, schaden dem Versicherungsanbieter. Demgegenüber macht die Steuerung im Gesundheitswesen nur dort Sinn, wo grosse Kosten anfallen. Dieser Widerspruch kann nur durch einen Risikoausgleich gelöst werden, welcher den Namen auch verdient. Alternativ bietet sich ein Grossrisikopool an, welcher entweder von den Versicherern gemeinsam oder durch eine öffentliche Rückversicherung gespiesen wird. (Mehrwertsteuer? Geht man davon aus, dass auf die monistische Spitalfinanzierung umgestellt wird, werden die Kantone über genügend Geld für die Prämienverbilligung verfügen, womit die bisher dafür verwendeten Mehrwertsteuerprozente frei werden).

Ein weiterer Aspekt, welcher bisher aus der Diskussion ausgeklammert wurde, aber in der Praxis eine eminente Rolle spielt, ist die Trennung der Kranken- und Taggeldversicherung. Eine Behandlung, welche den Arbeitsausfall verkürzt, kann Mehrkosten verursachen, welche aber durch die kleineren Taggeldkosten mehr als kompensiert werden. Die diesbezügliche Praxis der Unfallversicherer ist Beweis genug. Die Fragmentierung der Krankenversicherer in kleine und kleinste Kassen bedeutet hier ein grosses Hindernis, da kleine Kassen kaum die Ressourcen für solche Versicherungsangebote haben.

Bisherige Erfahrungen mit den Hausarztmodellverträgen zeigen, dass die Versicherer zu rasch Erfolge erwarten und deshalb wegen scheinbar ungenügender Resultate Verträge nach kurzer Zeit wieder aufkündigen. Nachhaltigkeit ist jedoch ein wichtiges Element der Steuerung.

Die Erfolgsberechnungen für die bisherigen Managed-Care-Modelle der Versicherungen sind kaum transparent und häufig widersprüchlich (zum Beispiel Daten von Sanacare und Helsana über das gleiche Patientengut der Helsana).

Die Gesetzgebung muss die Frage des Risikoausgleiches ernsthaft angehen und entsprechende Forschungsprojekte (siehe Punkt 4) prioritär fördern³. Alternativen, wie ein Hochrisikopool, müssen geprüft werden. Das Zusammenspiel von Kranken- und Taggeldversicherung muss verbessert werden. Die Vertragssicherheit zwischen Netzen und Versicherern muss erhöht werden. Die Versicherer und Modellanbieter müssen die Möglichkeit erhalten, finanziell über einen grösseren Zeitraum zu planen. Es müssen Vorschriften für eine transparente Rechnungslegung der Versicherer erlassen werden.

Was muss der Versicherungsnehmer leisten?

Den heute geläufigen Modellen wird oft vorgeworfen, dass sie gute Risiken anziehen und deshalb die ausgewiesenen Resultate durch Selektion entstehen. Beweise für oder gegen diese These fehlen weitgehend. Dies ist auch nicht Thema dieser Abhandlung. Ziel der Reform muss es aber sein, vor allem die kostenträchtigen Risiken der Steuerung zuzuführen. Während Franchisen erwiesenermassen vor allem gute Risiken anziehen und kein lenkendes Potenzial haben, ist der Selbstbehalt umso höher, je mehr Leistungen bezogen werden. Durch eine Differenzierung des Selbstbehaltes in der Grundversicherung könnten Anreize geschaffen werden, dass kostenintensive Risiken vermehrt die Angebote mit Steuerung in Anspruch nehmen. Steuerung ist nur wirksam, wenn sie über mehrere Jahre ihre Wirkung erzielen kann. Durch gezielte Anreize (Bonus/Malus, Treueprämien, nach Beitrittsjahren abgestufte Prämien) soll die Treue zum Versicherungsmodell gefördert werden.

Die Gesetzgebung muss abgestufte Selbstbehalte für die Grundversicherung vorschreiben. Versicherungsmodelle mit Steuerung müssen durch tiefere Ansätze für den Selbstbehalt privilegiert werden. Die Treue zum Versicherungsmodell soll belohnt werden.

3 Der Verband Managed Care des Kantons Thurgau (VMCT) hat dazu einen interessanten Beitrag entwickelt. Beim *Thurgauer Morbiditätsindikator* handelt es sich um ein einfaches Modell zur Erfassung der Morbidität und damit zum Kostenrisiko des Versicherten.

Der Leistungskatalog

Von vielen Seiten wird immer wieder moniert, dass der ausufernde Leistungskatalog zu höheren Kosten führe. Zuverlässige Daten, welche diese Behauptung stützen, fehlen leider, wenn man von der Studie Sommer absieht, welche dokumentiert, dass komplementärmedizinische Leistungen nicht an Stelle, sondern zusätzlich zur klassischen Medizin konsumiert werden. Teuer sind vor allem neue Abklärungs- und Therapiemethoden, welche aber gleichzeitig meist auch einen unverzichtbaren Fortschritt bedeuten. Nur die unkritische oder gar unzweckmässige Anwendung dieser Errungenschaften verdient es eingeschränkt zu werden. Dies ist wiederum die Aufgabe der Steuerung. Es wäre sinnvoll, wenn in der Einführungsphase die Anwendung solcher Methoden nur unter der Voraussetzung einer angemessenen Steuerung entschädigt würde. Dies würde wiederum die Attraktivität von Care-Management-Modellen erhöhen. Es wäre aber auch zu prüfen, ob im Rahmen von Behandlungsverträgen die freiwillige Einschränkung des Leistungskatalogs zu erlauben ist.

Die Gesetzgebung soll die Neueinführung von Abklärungs- und Behandlungsmethoden in der Einführungsphase von der Steuerung durch Care-Management-Organisationen abhängig machen. Im Rahmen von Care-Management-Verträgen soll die freiwillige Einschränkung des Leistungskatalogs erlaubt werden.

Zwangsmässiges Care-Management in der Grundversicherung?

Mehrere parlamentarische Vorstösse verlangen für die Grundversicherung das Obligatorium für Care-Management. Prominent ist hierbei die Motion Sommaruga, welche vom Nationalrat im Oktober 2000 überwiesen wurde. Sie verlangt, «in der Grundversicherung das Hausarztmodell, respektive verwandte Modelle, wie HMO oder Ärztenetze, obligatorisch und flächendeckend einzuführen». Ein solcher Zwang wäre natürlich die konsequenteste Methode, Care-Management-Modellen zum Durchbruch zu verhelfen. Die Gefahr ist andererseits gross, dass ohne den aktiven Entschluss des Versicherungsnehmers zur Teilnahme am Modell der Unmut über die neuen Einschränkungen und die Tendenz zu deren Umgehung gross würde. Der zuständige Arzt würde statt zur Vertrauensperson zum Polizisten. Diese Situation wäre den Zielen der Steuerung abträglich. Sollten sich unter diesen Umständen die erwarteten (finanziellen) Effekte nicht einstellen, würde die ganze Care-Management-Philosophie kompromittiert.

Unter der Voraussetzung, dass andere griffige Anreize gemäss den oben beschriebenen Vorschlägen geschaffen werden, soll zum heutigen Zeitpunkt auf einen generellen Zwang verzichtet werden. Ein solcher müsste geprüft werden, wenn sich der Erfolg der Modelle auch im grösseren Rahmen bestätigen würde.