

Ein Budget für Ärzte?

Alles, was Sie schon immer über Budgetverantwortung wissen wollten

A. S. Götschi, A. Weber

Capitation oder Budgetverantwortung lassen die emotionalen Wellen hochschlagen. Die einen sehen sie als Weg für mehr Freiheit für die Ärzte, andere sehen darin den Niedergang des Gesundheitswesens und lehnen sie aufs Schärfste ab. Sehr viele Kolleginnen und Kollegen sind unsicher, was sie davon halten sollen. Für viele ist nicht klar, was eigentlich unter Budgetverantwortung zu verstehen ist und wie ein solches Budget berechnet wird. Dieser Artikel soll einige der Fragen zu Budgetverantwortung beantworten.

Was ist ein Budget?

Ein Budget ist eine Kostenzielvorgabe für die Betreuung eines Versichertenkollektivs. Dabei sind die Ärzte beteiligt an Gewinn oder Verlust bei Erreichen/Nichterreichen der Zielvorgabe.*

Budgetverantwortung bedeutet: Eine Ärztegruppe übernimmt die Verantwortung, dass für eine bestimmte Gruppe von Patienten ein vereinbartes Kostenziel eingehalten wird. Korrekterweise sollte man bei den in der Schweiz existierenden Modellen von «Budgetmitverant-

wortung» sprechen, denn die Ärzte teilen die finanzielle Verantwortung – also auch den Gewinn oder Verlust – mit den Versicherungen.

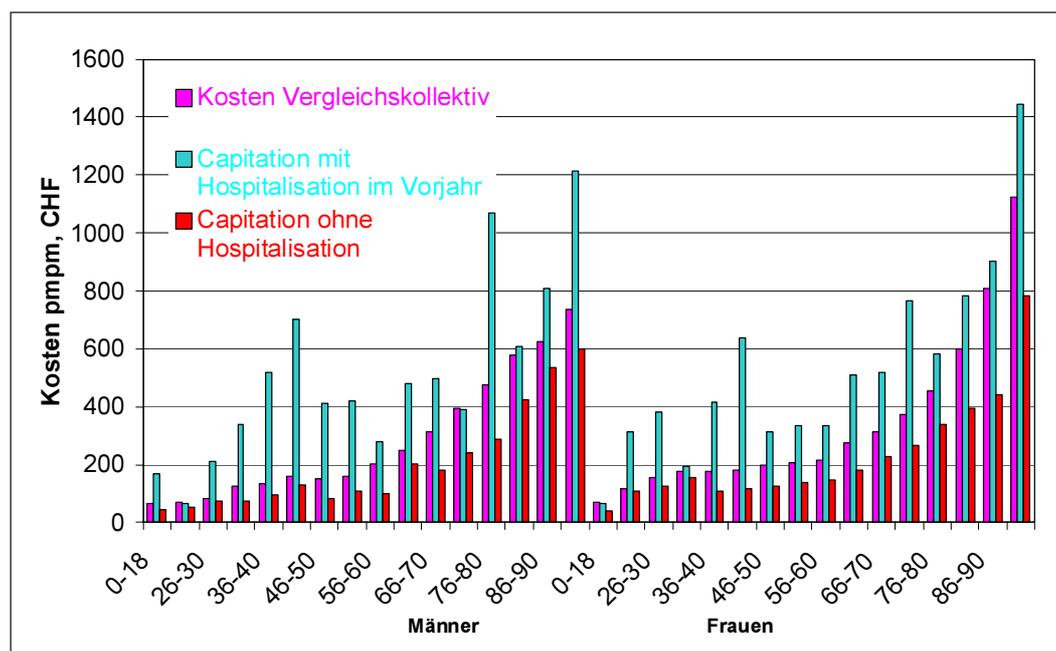
In der Schweiz wird ein solches Budget von der Ärztegruppe mit den Versicherern verhandelt, und zwar für bei den Versicherungen eingeschriebene Hausarztmodell-/HMO-Modell-Versicherte. Das Budget bezieht sich also jeweils nur auf die modellversicherten Patienten, die in diesem Netz betreut werden, und nicht auf alle Patienten in den einzelnen Praxen. Jeder Arzt kann weiterhin alle Patienten betreuen, konventionell Versicherte und Hausarztmodellversicherte.

Wie wird ein Budget berechnet?

Das Budget wird immer auf das gesamte Netz berechnet und nie auf einen einzelnen Arzt. Es setzt sich aus einzelnen Pauschalen (Capitation) pro Versicherten im Hausarztmodell zusammen.

Abbildung 1

Beispiel für Pauschalen. Die einzelnen Pauschalen sind je nach Alter und Geschlecht verschieden. Für Patienten mit Hospitalisationen im Vorjahr sind die Pauschalen höher. Die Höhe der Pauschalen wird bezogen auf ein Vergleichskollektiv berechnet. Das Budget setzt sich aus den einzelnen Pauschalen zusammen.



* Definition Vision 08 von med-swiss.net (Dachverband der Schweizerischen Hausarzt-systeme).

Korrespondenz:
Dr. med. Anne Sybil Götschi,
Dr. med. Andreas Weber
MediX Management
Rotbuchstrasse 46
CH-8037 Zürich

Diese Pauschalen sind z.B. abhängig vom Alter, Geschlecht, vom Gesundheitszustand, vom Wohnort usw. Um den Gesundheitszustand einschätzen zu können, werden die Hospitalisationstage im Vorjahr verwendet. Für einen älteren Mann, der im Vorjahr hospitalisiert wurde, ist die Pauschale grösser als für eine junge Frau (Abb. 1). Ein Netz, das viele ältere und kränkere Menschen behandelt, erhält also ein grösseres Budget als ein Netz mit jungen, gesunden Versicherten. Die Budgetberechnungen werden jedes Jahr angepasst und laufend verfeinert. Die Berechnungsmethoden sind je nach Versicherung verschieden.

Risikoabsicherung für teure Fälle

Zusätzlich wird mit den Versicherungen eine Grossrisikoversicherung abgeschlossen. Diese übernimmt die Behandlungskosten ab einem bestimmten vereinbarten Betrag. Auch hier sind verschiedene Vereinbarungen möglich. Zum Beispiel: Überschreiten die Kosten eines Versicherten im Laufe eines Jahres die Obergrenze von Fr. 10 000.–, so gehen die weiteren Kosten für diesen Versicherten ganz oder zu 90% zu lasten der Versicherung und nicht zu Lasten des Budgets. Damit wird ermöglicht, dass auch Patienten, die sehr aufwendige Behandlungen brauchen, in einem «Budgetmodell» betreut werden können, ohne das Budget zu sprengen.

Was wird aus dem Budget bezahlt?

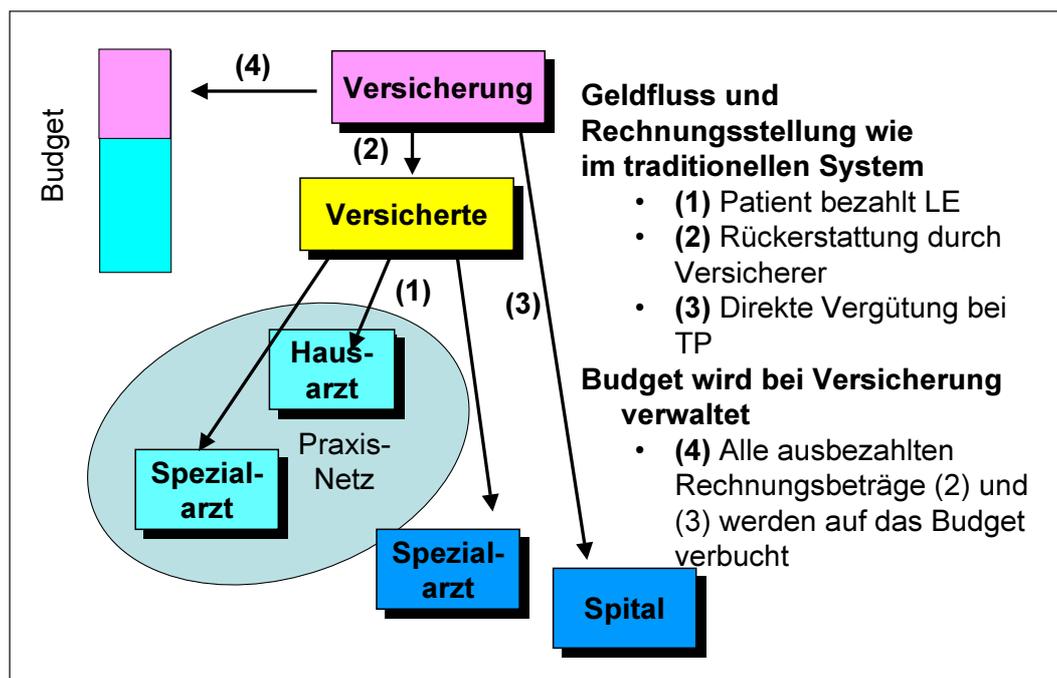
Aus dem Budget werden bis zu der vereinbarten Obergrenze der Grossrisikoversicherung alle Leistungen der obligatorischen Grundversicherung finanziert. Und zwar nicht nur die Leistungen, die der Hausarzt oder Spezialist der Ärzteguppe selbst erbringt, sondern auch die, die er durch Überweisung zu Spezialisten, zu Therapeuten oder in Spitäler veranlasst.

Wer verwaltet das Budget?

Das Budget bleibt als «Budget im Hintergrund» (Kontokorrentkonto) bei der Versicherung. Es wird weder der Ärzteguppe ausbezahlt noch dem einzelnen Arzt. Der einzelne Arzt der Gruppe wird also weder von der Versicherung entlohnt, noch bezieht er Vorauszahlungen.

Die Rechnungsstellung läuft für alle Beteiligten gleich wie im konventionellen System: Alle Ärzte stellen ihren Patienten Rechnung, diese bezahlen sie und reichen sie ihrer Versicherung zur Rückerstattung ein. Auch bei Verträgen mit «tiers payants» werden die Rechnungen wie bis anhin von der Versicherung direkt dem Leistungserbringer vergütet, und die Versicherung fordert beim Versicherten die Kostenbeteiligung ein (Abb. 2).

Abbildung 2
Geldfluss und Budgetverwaltung.



Sämtliche für das entsprechende Versichertenkollektiv ausbezahlten Leistungen werden bei der Versicherung auf das Budget verbucht. Selbst wenn das Budget während des Jahres überzogen wird, werden den Patienten alle Rechnungen rückerstattet oder im Falle des «tiers payant» alle Leistungserbringerrechnungen vollumfänglich bezahlt.

Was geschieht mit einem Gewinn?

Im Jahr, das dem «Budgetjahr» folgt, wird eine Schlussabrechnung gemacht. Vom Budget werden alle ausbezahlten Leistungen abgezogen. Normalerweise werden von der Ärztegruppe auch Aufwände für Behandlungssteuerung und Netzmanagement auf das Budget verrechnet.

Resultiert ein Gewinn, so wird dieser zwischen der Ärztegruppe und dem Versicherer geteilt. Die Ärztegruppe kann mit dem Gewinn neue Projekte finanzieren (Qualitätssicherung, Disease Management, Case Management) und einen Teil des Gewinns via Boni und Dividenden an die einzelnen Ärzte und Aktionäre ausschütten (Abb. 3).

Wer trägt den Verlust?

Sind die Kosten höher als das Budget, so wird der Verlust ebenfalls zwischen Versicherer und Ärztegruppe geteilt. Dabei haftet das Netz je nach Rechtsform mit maximal seinem Eigenkapital, im Falle einer Aktiengesellschaft mit dem zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Vermögen. In den Verträgen kann auch der maximale Verlustbeitrag der Ärztegruppe im voraus festgelegt werden.

Der einzelne Arzt der Gruppe haftet weder mit seinem Privatvermögen noch mit seinen in der Praxis verrechneten Leistungen für den Verlust. Er kann im Maximum sein für das Netz eingesetztes Aktienkapital verlieren.

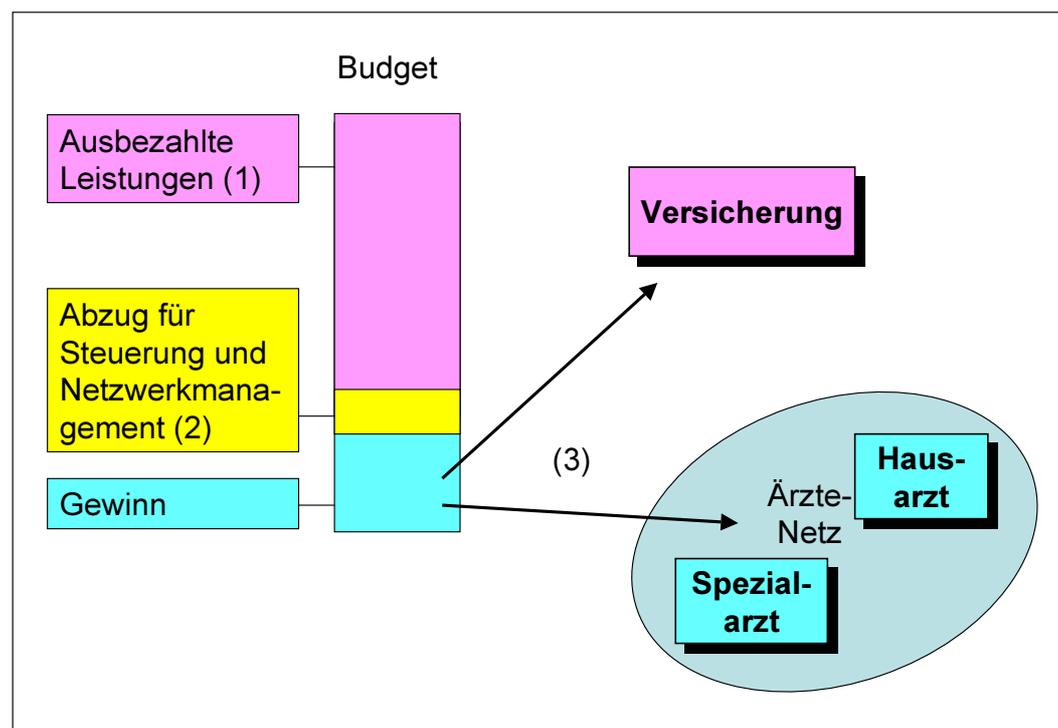
Die Ärzte tragen also die ökonomische Verantwortung nicht allein, sondern gemeinsam mit dem Versicherer. Korrekterweise spricht man deshalb von «Budgetmitverantwortung».

Unterschiede zu den USA

Die Systeme in den USA und das in der Schweiz sind grundsätzlich verschieden. In den USA erhält der einzelne Arzt ein Budget für seine Patienten und trägt auch Gewinn und Verlust

Abbildung 3

Gewinnverteilung. (1) und (2): Vom Budget werden abgezogen: sämtliche ausbezahlten Leistungen und die von der Ärztegruppe aufgewendeten Kosten für Management und Leistungssteuerung. (3) Der Gewinn wird zwischen Versicherung und Ärztegruppe geteilt.



alleine. In der Schweiz erhält hingegen eine ganze Ärztegruppe gemeinsam das Budget, was das Verlustrisiko für den einzelnen Arzt massiv verkleinert und somit auch seinen Anreiz zur Unterversorgung. Zudem verdient der einzelne Arzt sein Einkommen weiterhin hauptsächlich durch Abrechnung nach dem gültigen Tarif, der Gewinn aus den Budgetverträgen macht in der Schweiz nur einen kleinen Teil des Einkommens aus. Diese Prinzipien verkleinern das Risiko, dass medizinische Entscheide massiv durch finanzielle Überlegungen beeinflusst werden (siehe auch [1]).

Budgetmythen

Über Budgets in der Medizin geistern viele Mythen herum. Hier einige der geläufigsten und Gedanken dazu aus Sicht von Ärzten, die bereits Erfahrung mit Budgetverantwortung haben.

Budgetmythos 1: Wenn das Budget eines Patienten aufgebraucht ist, bekommt er nichts mehr

Das Budget der Ärztegruppe ist ein gemeinsames Budget für alle Patienten aller beteiligten Ärzte. Wenn also für einige Patienten höhere Kosten anfallen, als es in ihrer «Pauschale» berechnet wurde, so wird das kompensiert dadurch, dass in einem Netz immer auch einige Patienten sind, die weniger kosten, als das Netz für sie erhalten hat. Dazu kommt, dass die Versicherten ihren Versicherungsvertrag nicht mit der Ärztegruppe, sondern mit der Versicherung abschliessen. Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt auch bestehen, falls das mit den Ärzten vereinbarte Budget nicht ausreichen sollte. Patienten brauchen also nicht zu fürchten, dass sie nur Leistungen bis zu einem bestimmten Betrag bekommen und, wenn ihre «Pauschale» aufgebraucht ist, nichts mehr!

Budgetmythos 2: Wenn das Budget überzogen wird, wird meine Arbeit als Hausarzt nicht bezahlt

Die Hausärztinnen werden wie die anderen Leistungserbringer nach dem üblichen Tarif entschädigt. Rechnungsstellung und Geldfluss sind wie bei allen anderen Patienten.

Wird das Budget überzogen, muss das Netz mit seinem Eigenkapital für einen Teil des Verlusts aufkommen. Das Netz haftet je nach Rechtsform maximal mit seinem Eigenkapital.

Kein Arzt muss seine verrechneten Leistungen zurückerstatten.

Budgetmythos 3: Teure Behandlungen sprengen das Budget, darum bekommen die Patienten keine teuren Behandlungen

Es wird eine Grossrisikodeckung für sehr hohe Jahreskosten vereinbart. Der Versicherer übernimmt dann die Kosten ab einem bestimmten Betrag. Auch sehr teure Behandlungen, wie zum Beispiel Krebstherapien oder lange Aufenthalte auf der Intensivstation, können so finanziert werden.

Budgetmythos 4: Je weniger ein Arzt bei einem Patienten macht, desto mehr Gewinn hat er

Nichts tun oder zuwenig tun hat oft die Folge, dass die Behandlung dann etwas später um so teurer kommt. Je rascher ein Patient gesund ist, desto günstiger für den Arzt. Trotzdem besteht die Gefahr der Unterversorgung, der z.B. mit folgenden Massnahmen begegnet werden kann [2]:

1. Budgetverantwortung als ganze Gruppe tragen und nie auf einzelnen Arzt herunterbrechen.
2. Schwierige Entscheide im Team treffen (in den wöchentlichen Qualitätszirkeln).
3. Grundsätze der medizinischen Betreuung in Form von Guidelines schriftlich festhalten.
4. Den Patienten schriftliche Unterlagen über Behandlungsoptionen und -empfehlungen abgeben.
5. Unabhängiger Ombudsarzt für die Patienten.
6. Wöchentliche oder mindestens zweiwöchentliche Qualitätszirkel, z.B. entsprechend EQUAM-Vorgaben.
7. Critical Incident Reporting.
8. Qualitätsprüfung (z.B. EQUAM-Zertifizierung).
9. Finanzielle Risikoeingrenzung in den Budgetverträgen.
10. Budget risikogerecht berechnen.
11. Nicht rentable Verträge rechtzeitig kündigen.

Budgetmythos 5: Budgetmedizin ist schlechtere Medizin

Diese Art der Entschädigungsform belohnt die Qualität der ärztlichen Arbeit: Je rascher die Patienten gesund werden, je weniger Komplikationen sie haben und je weniger sie ins Spital müssen, desto mehr bleibt am Ende des Jahres vom Budget für die Ärztegruppe übrig.

1 Pearson SD, Sabin JE, Emanuel EJ. Ethical guidelines for physician compensation based on capitation. *N Eng J Med* 1998; 339:689-93.

2 Götschi AS, Weber A. Ärztenetze – die bessere Wahl. *Schweiz Ärztezeitung* 2003;84(44):2300-3.

Leben mit dem Budgetmodell

Seit gut fünf Jahren hat die Hausarztgruppe WintiMed Budgetverträge mit aktuell fünf Krankenversicherungen – darin eingeschlossen sind 4689 Versicherte in 28 WintiMed-Praxen (gut 700 mehr als im Vorjahr). Die grosse Mehrheit unserer Patienten (>80%) ist aber nach wie vor konventionell versichert. Zusätzlich betreuen wir dieses Jahr noch etwa 3500 Patienten im Hausarztmodell ohne Budgetverantwortung.

Patientinnen und Patienten im Budgetmodell profitieren – neben dem Prämienrabatt – von Extraleistungen: Sie können sich jedes Jahr gratis gegen Grippe impfen lassen, sie erhalten mindestens zweimal pro Jahr persönliche Post mit Informationen zu einem aktuellen Gesundheitsthema und Einladungen zu Patientenveranstaltungen, und die Teilnehmer/innen an der lokalen Herzrehabilitationsgruppe Phase III bekommen dort einen kleinen Rabatt.

Die WintiMed-Praxen erhalten eine kleine Administrationsentschädigung für die gegenüber dem üblichen Verrechnungsmodell zweifelloso vermehrten organisatorischen Umtriebe, wie: Überweisungsmeldungen, Nachfragen im Spital zur optimalen Koordinierung der Weiterbetreuung, Nachführen der Mutationen des Versichertenstatus auf KGs und im PC. Fachliche und administrative Fragen, die für die Steuerung der Behandlung wichtig sind, besprechen wir an Teamsitzungen. Für jede Teilnahme gibt es eine kleine Entschädigung. Die aktive Mitarbeit in Projektgruppen (Generikaprojekt, Zertifizierung, Patientenrundschriften) wird mit dem doppelten Ansatz entschädigt.

Um unsere Hausarztgruppe als Unternehmen zu stärken, haben wir eine Aktiengesellschaft WintiMed AG gegründet. Die vier WintiMed-Ärzte, die im Verwaltungsrat sitzen, müssen sich natürlich vertieft mit der finanziellen Gesundheit der Firma befassen, Verträge, Quartalsrapporte und Bilanzen studieren und entsprechende Entscheide fällen. Dabei erhalten wir Support von einer Managementgesellschaft, die Erfahrung im Netzwerkbetrieb hat und auch im Verwaltungsrat Einsitz nimmt. Diese enge Zusammenarbeit hat sich bewährt. Eine vertrauenswürdige Managementgesellschaft ist sowieso unentbehrlich für Netze mit

Budgetverantwortung: Erst ihr fundiertes ökonomisches Know-how und ihr Versicherungswissen ermöglichen das Aushandeln fairer Verträge.

Bei gutem Geschäftsgang werfen unsere Aktien eine Dividende ab (das war bis jetzt zweimal der Fall), in der Aufbauphase oder bei schlechtem Geschäftsgang halt keine. Und der schlimmste denkbare Fall wäre, dass wir mit unserem persönlichen Aktienkapital für Verluste geradestehen müssten. Das würde aber keinen einzigen der ärztlichen Aktionäre mehr als Fr. 10 000.– kosten, und wir haben seinerzeit empfohlen, dass alle ungefähr gleich viele Aktien zeichnen.

Auf der menschlichen und medizinischen Ebene hat uns die Kultur der Teamsitzungen viel gebracht – mussten anfangs noch einige Mitglieder deutlich auf ihre Pflicht zur Teilnahme an mindestens 10 Teamsitzungen pro Jahr hingewiesen werden, so beträgt die durchschnittliche Beteiligung jetzt fast 20 pro Jahr, also fast das Doppelte des obligatorischen Minimums. Wahrscheinlich ist dies so, weil es eine ausgezeichnete Gelegenheit ist, medizinische Probleme und Erfahrungen rasch und niederschwellig in der Peergroup zu diskutieren. Jede Teamsitzung wird vom medizinischen Geschäftsleiter vorbereitet und moderiert. Oft sind zusätzlich Gäste eingeladen (Vertreter von Versicherungen, Spezialärztinnen, Qualitätsexperten, Fallmanager, Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen). Ausführliche Protokolle informieren auch die jeweils Nichtanwesenden über das Verhandelte. An unseren Teamsitzungen wird übrigens viel gelacht – der psychohygienische Aspekt von solchen Treffen sollte nicht unterschätzt werden.

Kurz gesagt: Wir betreiben einen Mehraufwand für die Budgetpatienten, werden für diesen Mehraufwand aber angemessen entschädigt und haben bis jetzt immer schwarze Zahlen geschrieben. Ob wir es gut gemacht oder einfach Glück gehabt haben, wird retrospektiv zu beurteilen sein. Wir glauben, etwas von beidem.

*Dr. med. Fiona Fröhlich Egli,
Allgemeinmedizin FMH,
Hausärztin WintiMed
und Verwaltungsratspräsidentin WintiMed AG*

Was mich dazu bewegen hat, mich für die Budgetverantwortung zu interessieren

- Irgendeine Methode müssen wir finden, um die Gesundheitskosten einzudämmen. Ich habe mich ein bisschen umgehört, und ausser dem Leistungsabbau ist die Budgetverantwortung wohl die einzige erfolgversprechende Methode.
- Die Ärzte, die bei solchen Modellen dabei sind, bemühen sich sehr um ihre Fortbildung. Ich möchte ebenfalls auf dem aktuellen Stand der Medizin arbeiten und nicht in 20 Jahren noch die gleiche Medizin machen wie heute.
- Ich vermisse schon jetzt das «Netzwerk Spital». In einem «normalen» Hausarztzentrum wäre das Gefühl wohl etwa ähnlich.

Was mich überzeugt

- Das Finanzierungsmodell leuchtet mir ein. Das finanzielle Risiko ist für die Ärzte tragbar.
- Das Prinzip der regelmässigen Qualitätszirkel: der fachliche und persönliche Austausch und die gemeinsame Erarbeitung von Guidelines.
- Warum nicht das Wissen und die Erfahrung der Gruppen übernehmen, die schon Erfahrung mit Budgetverantwortung haben und Chancen und Risiken kennen? Ich denke nicht, dass jeder einzelne Arzt immer alles neu erfinden muss. Ich finde es gut, wenn gesamtschweizerisch gewisse

Richtlinien aufgestellt werden, sowohl fachlich wie auch administrativ.

- Alle Ärzte, die ich bisher kennengelernt habe und die diesem System gewogen sind, schätze ich als sehr verantwortungsbewusst und engagiert ein. Ich möchte gern dazugehören.

Was mich noch etwas beunruhigt

- Wie erkläre ich den Verzicht auf eine unnötige Untersuchung/Therapie dem Patienten, so dass er nicht das Gefühl hat, er bekomme sie nur nicht, weil sie zu teuer ist?
- Wie gross wird der zeitliche Aufwand für den Aufbau unseres Netzes sein? Wie gross wird der Aufwand für den Betrieb sein? Schaffe ich das alles neben meiner Praxistätigkeit?
- Wir wären dann in ein System eingebunden. Wieviel Freiheit gebe ich als einzelne Ärztin ab? Wieviel Eigenständigkeit kann ich behalten?
- Die Aufbauarbeit: Schaffen wir es, ein Netz zu bilden? Wieviel Zeit brauchen wir dafür? Bekommen wir genügend Unterstützung beim Aufbau?

*Dr. med. Caroline Trutmann,
Allgemeinmedizin FMH, arbeitet in eigener
Praxis in einer Gemeinschaftspraxis
und überlegt sich, mit einigen Kolleginnen
und Kollegen Budgetverantwortung
zu übernehmen*