

# Drittes Forum-Managed-Care-Symposium

Zürich-Regensdorf, 27./28.10.2000

Jean-Pierre Grob

**Zusammenfassung:** Auch wenn im Bereich von Managed Care eine gewisse Phase der Ernüchterung eingetreten ist und weniger Ärzte und Versicherer mit voller Begeisterung hinter MC-Modellen stehen, sind doch gute neue Ansätze besprochen worden. Man muss gewisse Modelle durchspielen, bevor man eindeutig sagen kann, ob sie etwas taugen oder nicht.

Wir tun gut daran, bei den neuen differenzierten MC-Modellen am Ball zu bleiben. Denn es ist eine Frage der Zeit, wie lange der Kontrahierungszwang noch aufrechterhalten bleiben kann. Sobald ein nächster politischer Vorstoss etwas geschickter formuliert wird, wird der Kontrahierungszwang fallen.

**Résumé:** Même si, dans le domaine du managed care, on est entré dans une certaine phase de désillusion et que les médecins tout comme les assureurs sont moins nombreux à soutenir avec grand enthousiasme ces modèles, on nous a cependant promis de nouvelles envolées. Il faut bien expérimenter certains modèles avant de pouvoir dire sans équivoque s'ils valent quelque chose ou non.

Nous voulons bien rester à l'écoute des nouveaux modèles différenciés de managed care. Reste à savoir combien de temps l'obligation de contracter pourra encore être maintenue. Dès qu'un prochain assaut politique sera plus habilement lancé, l'obligation de contracter tombera.

## Das Hausarztmodell ist tot, es lebe das neue Modell!

Auch am diesjährigen Forum tritt «Care» in den Hintergrund, «Managen» ist angesagt. Wenn man das Ganze mit einer guten Portion Evidence-Based Medicine würzt, sind sicher gute und konkrete Ansätze vorhanden. Leider entsprechen die theoretischen Überlegungen nicht immer dem Alltag in unserer Praxis. Auch die Tatsache, dass viele Krankenversicherer im Moment den Hausarztmodellen die kalte Schulter zeigen, ist nicht

gerade ermutigend. Trotzdem konnte man mit den laufenden «konventionellen» Hausarztmodellen viele Erfahrungen sammeln.

Am dritten Symposium für Managed Care in Regensdorf ZH berichtete *Prof. Peter Zweifel* in seinem Einführungsreferat über Vor- und Nachteile von Pauschalvergütungen. Dabei hat er unter anderem erwähnt, dass eine Pauschalvergütung ohne Berücksichtigung des Risikopotentials nicht optimal sei. Auch reine Pauschalvergütungen ohne Berücksichtigung der Kostenüber-, aber auch Kostenunterschreitung seien kaum gute Lösungen. Im Gegensatz zu den Pharmafirmen seien Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte und Apotheker) als Eigentümer ihrer Betriebe wenig diversifiziert und somit auch wenig risikofreudig. Aus diesem Grunde seien sie den reinen Pauschalvergütungen gegenüber kritisch eingestellt. Andererseits seien Politiker für fixe Jahresbudgets (Globalbudget), da Einzelleistungsvergütungen, aber auch differenzierte Fallpauschalen finanziell ein erhebliches Risiko bedeuten. P. Zweifel kritisierte auch das starre System in Deutschland und wagte sogar, die Niederlande anzugreifen, da die CH punkto Wettbewerb usw. viel weiter sei als die NL.

Nach dem Mittagessen (Kaffee und Getränke waren in der Seminarpauschale nicht inbegriffen – es ist halt so eine Sache mit den Pauschalvergütungen) sprach *Prof. Dr. med. Franco Cavalli* über politische Rahmenbedingungen zur Pauschaltarifierung. Er lobte das Gesundheitssystem in Kanada, welches staatlich gelenkt sei und somit auch Kosteneinsparungen zeige (<10% des BSP). Den USA sei dieser Schritt mit der Marktwirtschaft nicht gelungen, da dort trotz MC-Modellen die Ausgaben sehr hoch seien. Gesamthaft betrachtet vermochte F. Cavalli das Plenum nicht zu überzeugen, da er nur den altbekannten Einheitsbrei der SP vortrug und somit nichts Neues erzählte.

Im nächsten Vortrag hat *Professor Dr. Wynand van de Ven* aus den Niederlanden über das Phänomen der Risikoselektion berichtet. Dies sei ein Makel, welcher all unsern MC-Modellen anhafte und bis jetzt auch nicht sauber widerlegt worden sei. Beeindruckt hat uns seine Aussage, dass eine Risikoselektion sehr attraktiv sei, um die Praxiskosten positiv zu beeinflussen. Ein hospitalisierter Patient verursache in den folgenden drei Jahren doppelt soviele Kosten wie eine entsprechende

Kontrollgruppe. Aus diesem Grunde müsse bei Abschluss eines Capitationsvertrages ein Risikoausgleich stattfinden, wobei wir auf die Mitarbeit der Krankenversicherer angewiesen seien, da nur sie über entsprechende Daten verfügen.

In *Workshops* sind dann verschiedene Codierungssysteme, Morbiditätsklassifizierungssysteme und Probleme mit Pauschalentschädigungen besprochen worden. Sicher ist, dass auch wir Solothurner Ärzte in Zukunft einen etwas differenzierteren Code anwenden müssen, um den Versicherern, aber auch den Statistikern gerecht zu werden. Nicht ganz klar war die Aussage, warum wir mit einer Pauschalentschädigung mehr Zeit für den Patienten haben sollen. Ist der heutige Tarif derart ungerecht, dass wir rationeller (und somit zeitsparender) arbeiten müssen? Vielleicht wird der Tarmed in Zukunft so gut sein, dass Capitationverträge gar nicht mehr nötig sein werden! – Sonderbarerweise kursierte während einer Pause das Gerücht, dass der Tarmed wahrscheinlich gar nie eingeführt werden soll. Aber eben: Es bleibt ein Gerücht ohne genaue Quellenangabe, so dass man nicht weiter darauf eingehen soll.

Nach einem guten Nachtessen wurden wir zu einem kontradiktorischen Podiumsgespräch eingeladen mit dem Thema «Capitation und Ethik – Die Ästhetik des Unterlassens». Im Vergleich zu Vorjahren war dieses Podiumsgespräch nicht gerade spannend. Allgemein muss auch erwähnt werden, dass die grossen Persönlichkeiten (speziell Politiker) der gesundheitspolitischen Szene nicht zur Teilnahme mobilisiert werden konnten und somit viele Diskussionen wenig brisant waren.

Am Samstagmorgen hat uns *Dr. med. Julian Neal aus GB* gezeigt, wie auch in einem staatlichen System sinnvolle Managed Care betrieben werden kann und wie mit einem entsprechenden Regierungswechsel alle Vorarbeiten wieder zunichte gemacht werden können. Die Details dieses interessanten Vortrages wird man sicher in der nächsten Zeitschrift des Forum Managed Care entnehmen können.

Es folgte dann ein Vortrag von *Prof. Dr. Bernhard Güntert*, welcher ein MC-Modell aus Deutschland präsentierte. Hier wurde jedoch primär die Zufriedenheit der Patienten und der Ärzte ausgewertet, der Effekt von Managed Care war nur zweitrangig.

Herr André Steiner (Direktor der Klinik Im Schachen Aarau) präsentierte den Einfluss von Fallpauschalen in einer privaten Klinikette (Registrierung von kostentreibenden Aktivitäten, Outsourcing z.B. des Rechenzentrums, Streichung von nicht wertschöpfenden Aktivitäten).

Am meisten beeindruckt hat mich persönlich der Vortrag von *Dr. med. Andreas Weber*, welcher in kompetenter Weise die wahrscheinlich zukunftsweisenden Aktivitäten der MediX AG präsentiert hat. Es handelt sich um eine Ärzteorganisation im Raume Zürich, wo im Rahmen eines Capitation-Modells auch Spitälkosten übernommen werden müssen. Klar ist, dass ein solches Modell nur mit Hilfe von professionellen Mitarbeitern betrieben werden kann. Wir sind uns bewusst, dass der Markt nicht nur im ambulanten Sektor, sondern auch im stationären Bereich spielen muss. Damit jedoch der Markt zwischen den Spitälern funktioniert, muss eine gewisse Auswahl vorhanden sein. Dies ist aber nur in grösseren Agglomerationen der Fall, da man in kleinen Zentren meistens nur ein Spital zur Auswahl hat, welches keine Konkurrenz zu befürchten hat und somit eine Art Monopolstellung einnimmt. Bei diesem Modell darf man nicht ausser acht lassen, dass die Verwaltungskosten recht teuer sind, betragen sie doch rund 15%. Wie sich dieses gegenwärtige Vorzeigemodell auf lange Sicht bewähren wird, wird die Zukunft zeigen.