

Managed Care und Ärztetzwerke in der Schweiz

Die aktuelle Revision des KVG sieht vor, den Netzwerken grössere Bedeutung zu geben, und hat deshalb mehrere Elemente zu deren Förderung in die Vorlage eingebaut. Der nachfolgende Text gibt einen kurzen Überblick über das aktuell existierende Angebot in der Schweiz und die wichtigsten Merkmale der bestehenden Netzwerke. Mit *med-swiss.net* verfügen die Netzwerke über einen Dachverband, welcher neben Dienstleistungsaufgaben auch die Interessenvertretung nach aussen wahrnimmt.

Max-Albrecht
Fischer-Taeschler

Welches sind die Charakteristiken von Managed-Care-Modellen?

Managed-Care-Modelle weisen typischerweise folgende Merkmale auf:

- Die Steuerung und Koordination des gesamten Prozesses der Leistungserbringung erfolgt aus einer Hand.
- Die Leistungserbringer sind in das Versicherungsrisiko in irgendeiner Form eingebunden (Budgetverantwortung).
- Die Leistungserbringer und Behandlungseinrichtungen sind vernetzt.

Diese Merkmale lassen für verschiedene Formen von Versorgungsmodellen Spielraum. In der Schweiz haben sich bisher vor allem Hausarztversicherungen und HMO-Modelle («health maintenance organisations») durchgesetzt. Während erstere stärker an die gewachsenen Strukturen in unserem Lande anknüpfen, sind HMO-Modelle Netzwerke, welche über einen höheren Organisationsgrad verfügen.

Worin unterscheiden sich die Managed-Care-Modelle von den herkömmlichen Versicherungsformen?

Durch die intensivierete Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter, kombiniert mit der Steuerung aus einer Hand (Hausarzt), werden das Behandlungskonzept und die Betreuung der Patientinnen und Patienten besser koor-

diniert und damit Doppelspurigkeiten vermieden. Die intensivierete Zusammenarbeit führt auch zu besserer Qualität, indem immer dort die Leistung erbracht wird, wo diese am kompetentesten und effizientesten angeboten werden kann. Durch die Beteiligung der Leistungserbringer am finanziellen Risiko steigt deren Motivation, auch wirtschaftliche Kriterien in ihre Arbeit einfließen zu lassen.

Wie ist die finanzielle Risikobeteiligung konkret ausgestaltet?

Es gibt in ihrer Verbindlichkeit und in der Tragweite für die Beteiligten sehr unterschiedliche Möglichkeiten. Viele Verträge beinhalten ein einfaches Bonus-Malus-System: Aufgrund von vorher vereinbarten Zielwerten erhalten die Leistungserbringer bei Übertreffen der Ziele einen Bonus oder zahlen bei Verfehlen einen Malus. Es geht dabei um Beträge mit einer Obergrenze von meistens 3000 bis 5000 Franken pro Arzt. Einzelne Netze gehen aber wesentlich weiter, indem mit den Versicherungen eine «capitation» (Kopfpauschale) vereinbart wurde: Die Netze erhalten pro Jahr und Anzahl Versicherter einen festen Betrag und müssen damit alle Behandlungen inklusive Spitalaufenthalte finanzieren. Auch bei diesen Modellen sind aber Gewinn- und Verlustbeteiligung meist durch flankierende Massnahmen limitiert. Dies rechtfertigt sich durch die meist noch kleinen Kollektive und die noch ungenügenden Erfahrungen mit solchen Verträgen.

Welche Angebote gibt es aktuell in der Schweiz?

Total gibt es in der Schweiz über 60 Netzwerke, welche sich durch Elemente der Steuerung charakterisieren. Als Managed-Care-Organisationen im engeren Sinne können davon etwa 40 bezeichnet werden. Ihre Verbreitung ist regional noch sehr unterschiedlich. In einigen Kantonen (z.B. Aargau und Thurgau) besteht ein flächendeckendes Angebot mit einem Versichertenanteil von 20% und mehr, in anderen Regionen, vor allem in der Westschweiz, ist das Angebot wesentlich geringer. HMO-Modelle haben sich vor allem in städtischen Agglomerationen (Genf, Bern, Zürich) durchgesetzt, während die eher ländlich geprägten Gebiete

Die französische Version dieses Artikels erscheint in der nächsten Nummer von PrimaryCare.

Korrespondenz:
Dr. med. Max-Albrecht
Fischer-Taeschler
Facharzt Allgemeine Medizin FMH
Brestenbergstrasse 21
CH-5707 Seengen
ma.fischer@hin.ch

vor allem über Hausarztnetze verfügen. Über die ganze Schweiz gesehen sind heute etwas mehr als 8% der Bevölkerung in Managed-Care-Modellen versichert.

Welche Erfahrungen wurden bisher gemacht?

Nach anfänglichen Erfolgsmeldungen mit geschätzten Einsparungen von bis zu 30% zeigte sich bald, dass der Anreiz über Prämiensparnisse zu einer teilweisen Selektion der Patienten führte. Es waren vor allem jene Leute, welche schon vorher ein faktisches «Hausarztmodell» gelebt hatten, welche den neuen Netzen beitraten. Damit ging auch das Interesse der Versicherungen teilweise wieder verloren. Auch nach Korrektur dieses Selektionseffektes lässt sich aber weiter nachweisen, dass die Managed-Care-Modelle günstiger arbeiten. Nicht zu unterschätzen sind dabei die positiven Nebeneffekte der neuen Zusammenarbeitskultur unter den Anbietern für die konventionell Versicherten. Es herrscht Einigkeit unter den Anbietern von besonderen Versicherungsformen, dass die Managed-Care-Modelle in der Schweiz ein grosses Entwicklungspotential haben. Vor allem sollen Aspekte der Qualität vor jenen der reinen Kostensparmodelle in den Vordergrund rücken. Die ökonomischen Ziele bleiben aber weiter ein Hauptanliegen aller Bestrebungen.

Welche Risiken sind mit den neuen Versicherungsformen verbunden?

Der finanzielle Druck, der durch die Vergünstigungen für die Versicherten und die Risikobeteiligung entsteht, könnte zu negativen Einflüssen auf die Qualität führen. Die Ärztenetzwerke kennen dieses Risiko und haben bereits grosse Anstrengungen zur Qualitätssicherung unternommen (Equam, Qualimed.net). Es ist überdies unbestritten, dass der Leistungskatalog gemäss KVG auch für die Netze verbindlich bleiben wird. Es herrscht Einigkeit darüber, dass die Ersparnisse der Netzwerke nicht durch Leistungsverweigerung (Rationierung), sondern durch den rationelleren Einsatz der Mittel erreicht werden sollen.

Welche Chancen bieten die neuen Versicherungsformen?

Für die Versicherten und Patienten bietet Managed-Care neben günstigeren finanziellen Bedingungen Hilfe, sich im immer dichter werdenden Dschungel des medizinischen Angebotes zurechtzufinden und auf kürzestem Weg die für ihn und sein Leiden angemessene Therapie zu erhalten.

Für die Versicherer und die öffentliche Hand bietet sich die Chance, die beschränkten Mittel für die Gesundheitsversorgung effizienter einzusetzen und das unkontrollierte Anwachsen der Kosten in den Griff zu bekommen, ohne dass die Qualität und das Angebot auf unpopuläre Art eingeschränkt werden muss.

Für die Anbieter entstehen neue Anreize und Formen der Zusammenarbeit, welche die Arbeitsmotivation verbessern.