

Budgetmitverantwortung, Hausarztvertrag, Capitation, Managed Care und Co.



Jörg Fritschi

Aktuar, med-swiss.net

Immer wieder führen Begriffe aus dem Care Management zu Missverständnissen oder rufen Unsicherheiten hervor. Der Beitrag will Informationsmängel korrigieren und damit zur sachlichen Diskussion beitragen.

Les termes relatifs au Care Management prêtent souvent à confusion, suscitant ainsi des incertitudes. Cet article souhaite fournir des informations et corriger les malentendus pour contribuer à une discussion dépassionnée.

Dem Dachverband der Schweizer Ärztenetzwerke med-swiss.net gehören 38 Hausarztvereine und Netzwerke mit rund 1500 Ärztinnen und Ärzten an, die rund 250 000 Managed Care Versicherte betreuen. Die mit den Versicherern abgeschlossenen Verträge sind gekennzeichnet durch die Prinzipien Gatekeeping, Kostentransparenz und wahlweise Budgetmitverantwortung. Die Vielfältigkeit der Ausgestaltung der Ärztenetzwerke beinhaltet ein erhebliches Erfahrungspotential; neben reinen Grundversorgernetzwerken gibt es auch Netzwerke, die Spezialisten und stationäre Einrichtungen umfassen.

Warum Managed Care (MC)?

Das Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch:

- unkontrollierte Nachfrage,
- unkontrolliertes Angebot,
- zunehmend begrenzte finanzielle Ressourcen,
- ökonomisch schlecht erfassten Nutzen (ausser SUVA, die Heilungskosten und Tagelnder erfasst).

Darum Managed Care!

Managed Care wird und kann:

- Nachfrage und Angebot mit Rücksicht auf die Ressourcen sorgfältig in Einklang bringen,
- die ganze Behandlungskette steuern (ambulant und stationär),
- die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien gemäss KVG) nachweisen.

Managed Care wird mit oder ohne Ärzteschaft ihren Gang nehmen

Wie funktioniert Managed Care? Eigentlich ganz einfach: Es ist ein vertraglich ausgehandeltes Dreiecksverhältnis zwischen Versicherten, Versicherern und der Ärzteschaft.

Die Parteien arbeiten im Rahmen vertraglich geregelter Steuermechanismen zusammen. Dies im Interesse einer optimalen Gesundheitsversorgung und mit Rücksicht auf einen sorgfältigen Umgang mit den Ressourcen. Bei den Pseudohausarztversicherungen oder Listenprodukten der Versicherer besteht kein Vertrag zwischen Versicherer und Ärzteschaft. Damit wird Care Management nur halbwegs realisiert.

Warum Ärztenetzwerke?

Wer anders könnte die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und vor allem die Wirtschaftlichkeit (WZW) der medizinischen Leistungen besser beurteilen als die Ärzteschaft selber? Warum überlassen wir Ärztinnen und Ärzte die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit unserer Leistungen den Ökonomen? Das Wirtschaftlichkeitskriterium kann von einem Ärztenetzwerk jedoch weit besser umgesetzt und auch nachgewiesen werden als von einzelnen Ärztinnen und Ärzten.

Was ist ein Ärztenetzwerk?

Ärztenetzwerke sind Organisationen, die von Leistungserbringern gebildet werden und durch verbindliches Zusammenwirken unter sich, mit netzfremden Leistungserbringern und mit den Kostenträgern auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsleistungen erbringen und gleichzeitig ökonomische Mitverantwortung zu übernehmen bereit sind. Die Patientenbetreuung erfolgt qualitäts- und nachweisbar kostenbewusst. Optimale ambulante Therapie erspart kostenintensive Spitalaufenthalte. Die Verantwortung wird durch strukturierte Kommunikationsformen (Qualitätszirkel, CIRS) breit abgestützt.

Das Kollektiv

Im Gegensatz zu einigen anderen europäischen Ländern wird Managed Care in der Schweiz nur über die Kollektive der Versicherten und der ÄrztInnen umgesetzt! Budgets werden bei uns nie auf die einzelne Patientin oder den einzelnen Arzt heruntergebrochen! Die Ärzteschaft muss sich in einer geeigneten Gesellschaftsform organisieren (Verein, Aktiengesellschaft), damit die ein-

zelen Mitglieder nicht mit ihrem Privatvermögen haften.

Das Budget

Ein Budget stellt eine Kostenzielvorgabe für die Betreuung eines Versichertenkollektivs dar und kann mit verschiedenen Methoden berechnet werden. In der Schweiz haben sich drei Budgetberechnungsmethoden etabliert: Der Vergleich mit dem konventionell versicherten Kollektiv (Parallelkostenrechnung), der Vergleich des MC-Kollektivs mit seinen eigenen Vorjahreskosten (Vorkostenrechnung) und das Budget pro Versicherten und Jahr (Capitation, Kopfpauschale). In der Regel beschränkt sich das Budget auf die obligatorische Krankenpflege (OKP). Ein Budget kann die ganze Behandlungskette oder nur einen Teil davon umfassen.

Wichtig

- Capitation stellt keine Versicherungsform dar, sondern ist lediglich eine (sehr exakte) Methode der Budgetberechnung!
- Budgetberechnungen sind nicht in Stein gemeisselt, sondern verhandelbar!
- Am Jahresende wird das Budget mit den tatsächlich entstandenen Kosten verglichen.
- Nirgends in der Schweiz wird ein Budgetbetrag einer einzelnen Ärztin/einem einzelnen Arzt ausbezahlt!

Arbeiten MC-Kollektive günstiger?

Lange offen war die Frage, ob die Kostendifferenz durch eine echte Einsparung oder durch Versichertenselektion zustande kommt. Die Hausarztmodellstudie Aarau (HAMA-Studie) [1] hat bewiesen, dass zwei in Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Versicherern gebildete Modellkollektive bezüglich Alter und Morbidität vergleichbar waren. Die Einsparungen sind also echt!

Gewinn- und Verlustbeteiligung (Risikobeteiligung)

Vorbemerkung: Der Begriff «Risiko» ist im ökonomischen und nicht im medizinischen Sinn zu verstehen, d.h. einem möglichen Gewinn steht ein möglicher Verlust gegenüber. Ohne Gewinn-Verlustbeteiligung bleibt ein Budget informell. Erst die Beteiligung am Gewinn oder Verlust bedeutet ökonomische Mitverantwortung.

Die Risikobeteiligung (Bonus/Malus) kann als Fixbetrag oder als prozentuale Beteiligung ausgehandelt werden. Letztere wird üblicherweise zwischen beiden Vertragspartnern aufgeteilt und kann auch limitiert werden. In der Ökonomie üblich wäre eine Verteilung von je 50%. Die Versicherer übernehmen jedoch meist 60–70% des Risikos, das Netzwerk 30–40%.

Das heisst: Auch die Modalitäten der Gewinn-Verlustbeteiligung sind verhandelbar! Weitere Sicherungsmassnahmen können ausgehandelt werden (Rückstellungen, Rückversicherungen, Grossrisikoabfederung).

Welche Managed Care-Vertragsformen sind heute in der Schweiz gebräuchlich?

1. MC-Vertrag ohne ökonomische Verantwortung («Hausarztvertrag», «Hausarztversicherung»)

Der Vertrag enthält folgende Elemente:

- Gatekeeping: Der Patient meldet sich immer zuerst bei seinem aus dem Ärztenetzwerk ausgewählten Hausarzt.
- Kostendaten: Der Versicherer stellt dem Ärztenetzwerk Kenndaten der Kostenentwicklung zur Verfügung.
- Überweisungskontrolle: Das Gatekeeping wird vom Netzwerk kontrolliert. Der Steuerungsaufwand des Netzwerks und allfällige freiwillige Projektarbeit werden von den Versicherern anteilmässig vergütet. Üblicherweise wird das Budget mit der Methode der Parallelkosten oder der Vorjahreskosten berechnet. Das Ärztenetzwerk beteiligt sich nicht an Gewinn oder Verlust. Der Vertrag stellt einen niederschweligen

Eintritt ins Care Management dar und ist gut geeignet, die MC-Mechanismen kennenzulernen.

2. MC-Vertrag mit bescheidener ökonomischer Mitverantwortung («Hausarztvertrag, Hausarztversicherung»)

Gleiche Kriterien wie unter Punkt eins, jedoch mit geringer Gewinn-Verlustbeteiligung im Sinne eines Fixbetrages pro Versicherten und Jahr mit verhandelbarer Limitierung des Gesamtbetrages.

3. MC-Verträge mit höherverbindlicher ökonomischer Mitverantwortung («Capitationvertrag»)

Gleiche Kriterien wie beim ersten Punkt. Für diese Verträge hat sich in der Schweiz die Budgetberechnung auf der Basis der Capitation eingebürgert. Dies hat der Vertragsform zum verkürzten Namen «Capitationvertrag» verholfen.

Mehr als die Budgetberechnungsmethode ist allerdings die Risikobeteiligung bedeutsam: Diese wird prozentual berechnet, und kann auch limitiert werden. Die vereinbarten Beträge sind im Allgemeinen höher als beim Vertrag mit bescheidener ökonomischer Mitverantwortung.

Besteht im Rahmen eines MC-Vertrages nicht die Gefahr der Unterversorgung?

Die Ärzteschaft verrechnet ihre Leistungen den Patienten oder dem Versicherer wie üblich nach dem Einzelleistungsprinzip im Rahmen der gültigen Tarifvereinbarung.

Budgetmitverantwortungsverträge kombinieren die Tendenz der Einzelleistungsverrechnung (Übersorgung) mit der Tendenz der Budgetkontrolle (Unterversorgung) und gleichen damit beide Tendenzen elegant aus.

Es ist ein wirksames und wahrscheinlich das einzige Instrument, um den Vorwurf der Mengenausweitung nachweisbar zu widerlegen.

Das Netzwerk selber wird eine Unterversorgung tunlichst vermeiden; nur durch angemessene spezialärztliche und stationäre Betreuung lassen sich kostenintensive Komplikationen bannen.

Ist Qualität mit Budgetmitverantwortung vereinbar?

Durch eine optimale ambulante Versorgung lassen sich Spitaleinweisungen und damit hohe Folgekosten vermeiden. Die Hospitalisation zur richtigen Zeit verhindert ebenfalls Komplikationen und damit weitere Kosten. Die Zusammenarbeit zwischen Grundversorgern und Spezialisten erhält im Rahmen der ökonomischen Mitverantwortung ganz besonderes Gewicht.

Die Budgetmitverantwortung relativiert mindestens einen Teil der von verschiedenen Obrigkeiten geforderten Obligationen der Qualitätssicherung (Top-down-Qualität). Das Ärztenetzwerk wird im Rahmen eines selbstgewählten Qualitätsmanagements von sich aus eine optimale ambulante Versorgung anstreben, um höhere Folgekosten zu vermeiden (Bottom-up-Qualität).

Was passiert, wenn das Budget überschritten wird?

Wird das Kostenziel überschritten, muss kontrolliert werden, ob dessen Berechnung korrekt erfolgt ist. Ist dies der Fall, so wird der vertraglich vereinbarte Anteil des Fehlbetrages ins anschliessende Geschäftsjahr des Netzwerkes übertragen.

Zwingen die Versicherer den Ärztenetzwerken ein ruinöses Budget auf, werden diese insolvent. Dies hätte zur Folge, dass sich die Zusammenarbeit zwischen Versicherern und Netzwerken auflöst. An einer solchen Entwicklung sind die Versicherer nicht interessiert, da sie damit Partner verlieren, die sich der ökonomischen Herausforderungen im Gesundheitswesen annehmen.

Wie wird ein Budgetüberschuss im Rahmen der Budgetmitverantwortung gehandhabt?

Der Vertrag muss regeln, dass Überschüsse grundsätzlich im Versicherungssystem verbleiben und wie diese zwischen Versicherern, Versicherer und Ärztenetzwerk zu verteilen sind. Die Auflagen im KVG sind zu berücksichtigen.

Ärztenetzwerke mit ökonomischer Mitverantwortung weisen erfahrungsgemäss regelmässig einen Gewinn aus; damit können die Prämien reduziert, die Netzwerkarbeit (z.B. Qualitätszirkelarbeit) entschädigt und die Netzwerkentwicklung (z.B. Praxiszertifizierung) finanziert werden.

Fazit

Die Budgetmitverantwortung ist ein erfolgversprechendes Zusammenarbeitsprinzip zwischen Ärztenetzwerken und Versicherern. Es ist eine zukunftsweisende Chance für die Ärzteschaft, das Gesundheitssystem mitzugestalten. Die Patientenbetreuung erfolgt qualitäts- und nachweisbar kostenbewusst.

Wer nun noch Angst vor Managed Care bekundet, dürfte der LeiKoV nie zugestimmt haben: LeiKoV wird tatsächlich nicht von einem Kollektiv, sondern von der einzelnen Ärztin und dem einzelnen Arzt getragen. Die Budgetberechnungsmethode basiert auf den mit einigen Faktoren korrigierten Vorjahreskosten, wobei ein rechter Teil dieser Korrekturfaktoren von der Ärzteschaft nachgewiesen werden muss. Die Risikobeteiligung liegt zu 100% bei jeder Ärztin/bei jedem Arzt. Logischerweise beteiligen sich die Versicherer nicht am Risiko dieses Taxpunktwert-Management-Instrumentes.

Take home messages «Kurz und bündig»

■ Managed Care wird angesichts der Probleme im heutigen Gesundheitswesen mit oder ohne Ärzteschaft ihren Gang nehmen. Warum überlassen wir Ärztinnen und Ärzte das WZW-Kriterium Wirtschaftlichkeit allein den Ökonomen? Wer kann die Wirtschaftlichkeit unseres Handelns besser beurteilen als wir selber?

■ Managed Care wird in der Schweiz im Gegensatz zu einigen anderen europäischen Ländern immer nur über Kollektive (Versicherte, Patienten, Ärzte) umgesetzt.

■ Ein Budget ist ein verhandelbares Kostenziel.

■ Capitation (Kopfpauschale) ist lediglich eine von mehreren Budgetberechnungsmethoden. Capitation stellt keine Versicherungsform dar!

■ Ökonomische MIT-Verantwortung entsteht erst durch Risikobeteiligung. Risiko ist hier im ökonomischen, nicht im medizinischen Sinn zu verstehen, d.h. einem möglichen Verlust steht immer ein möglicher Gewinn gegenüber.

■ Risikobeteiligung ist verhandelbar und nicht in Stein gemeisselt. Sie kann prozentualisiert und limitiert werden. Am Risiko beteiligen sich Versicherer und Ärztenetzwerk!

Irrtümer und Fallgruben:

■ Streichen Sie bitte das Schlagwort «Budgetverantwortung» aus Ihrem Vokabular und ersetzen Sie es mindestens durch den die Realität besser abbildenden Ausdruck «BudgetMITverantwortung».

■ Vergessen Sie bitte das Märchen, dass der einzelne Arzt ein Kopfgeld für den einzelnen Patienten erhält.

■ Vergessen Sie bitte das Märchen, dass der budgetierte Betrag vor dem Jahresende aufgebraucht ist!

Literatur

- 1 Hausarztmodellstudie Aarau (HAMA), <http://jech.bmjournals.com/cgi/content/full/60/1> / oder www.med-swiss.net. Die Studie wurde vom Verein Hausärzte der Region Aarau, der Abteilung medizinische Ökonomie des Universitätsspitals Zürich (Leitung: Prof. Thomas D. Szucs), der SanaCare AG und den Krankenversicherern Atupri, CONCORDIA, Helsana und Wincare durchgeführt.
- 2 Warum Begriffe aus der Ökonomie uns Ärztinnen und Ärzte nicht erschrecken müssen! SÄZ 2006;87:29/30:1315-19.

Dr. med. Jörg Fritschi
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Klein Buholz 3
6012 Obernau
j.fritschi@hin.ch