Katrin Eggimann, Andreas Wasmer

Abbild der Realität oder Scheingenauigkeit?

Bilden Modelle zur finanziellen Erfolgsbemessung die Leistung der Ärztenetze korrekt und hinreichend ab?

Verträge zwischen Versicherern und Ärztenetzen sehen in vielen Fällen eine Budget-Mitverantwortung vor, welche basierend auf einer finanziellen Erfolgsbemessung in ein Bonus-Malus-System mündet. Die drei Managed-Care-Organisationen Argomed, eastcare und hawadoc haben festgestellt, dass die Netzergebnisse vieler Ärztenetze starken Schwankungen unterliegen, welche nicht in Kausalzusammenhang zu den tatsächlichen Aktivitäten und Leistungen der Ärztenetze gebracht werden konnten. Gemeinsam mit ihrem System- und Projekt-Partner BlueCare haben sie deshalb die sich im Einsatz befindenden Berechnungsmodelle analysiert und Handlungsempfehlungen erarbeitet.

Zwei Thesen stehen im Raum

Verschiedene Studien haben in den vergangenen Jahren gezeigt, dass Managed Care einen positiven Kosteneffekt mit sich bringt [1–3]. Auch der vorliegende Artikel gibt keinerlei Anlass, den Nutzen der Integrierten Versorgung zu hinterfragen – im Gegenteil: Die Projektbeteiligten sind überzeugt, dass die Grundprinzipien und -elemente wie Gatekeeping (Betreuungskoordination), Vernetzung, Vermeidung von Doppelspurigkeiten, sorgfältiger Umgang mit begrenzten Ressourcen, Kostentransparenz, Qualitätszirkel und Budgetmitverantwortung einen wichtigen und wirksamen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen leisten.

Gegenstand der im Jahr 2011 durchgeführten Untersuchung waren die Modelle der finanziellen Erfolgsbemessung von Ärztenetzen. Dabei standen zwei Thesen im Raum:

These: *Die finanzielle Erfolgsbemessung bildet die Leistung der Ärztenetze korrekt ab. Deshalb reicht die finanzielle Erfolgsbemessung als Instrument aus, um die Leistung der Netze zu messen.*

Antithese: *Bei den finanziellen Erfolgsbemessungsmodellen tragen Zufall und/oder Unzulänglichkeiten in der Berechnungsmethode einen wesentlichen Anteil am Resultat. Nebst der finanziellen Erfolgsbemessung braucht es weitere qualitative Kriterien, um die Leistung eines Ärztenetzes sowie deren erzielte Einsparungen zu messen.*

Was heisst Budgetmitverantwortung?

«Budgetmitverantwortung» bedeutet eine zwischen dem Ärztenetz und dem Krankenversicherer vertraglich vereinbarte Gewinn-Verlust-Beteiligung für das Kollektiv von Managed-Care-Versicherten. Als Basis für die Berechnung des «Gewinns» werden die

Abbildung 1
Beispielmodell für eine Netzergebnisrechnung.

tatsächlichen Kosten mit einem risikogerecht berechneten Budget verglichen. Da es sich dabei um ein «Schatten-Budget», d.h. um eine reine Zielgrösse handelt, ist es nicht möglich – wie häufig geäusserte Bedenken wiedergeben –, dass ein Budget bereits im Herbst «aufgebraucht» sein kann und somit eine Unterversorgung droht. Nebst der Gewinn-Verlust-Beteiligung (Bonus-Malus-System) wird den Ärztenetzen in der Regel auch eine sogenannte Systemabgeltung ausbezahlt. Diese Komponente entschädigt die Netzärzte für ihre Managed-Care-Steuerungsaufgaben.

Berechnung des Netzergebnisses pmpy

Die Versicherer stellen den Ärztenetzen die Netzergebnisse pro Versichertenjahr (pmpy = per member per year) in Form einer Schlussabrechnung (auch Systemabrechnung genannt) zu. Die Berechnungsmethoden und Modellparameter unterscheiden sich je nach Vertrag, weshalb das Beispielmodell in der Abbildung 1 lediglich zur Illustration dient.

Drei Managed-Care-Organisationen – eine Erkenntnis

Die drei Managed Care Organisationen Argomed, eastcare und hawadoc haben gemeinsam mit BlueCare die Modellmechanik einzelner Managed-Care-Verträge untersucht. Anstoss war, dass die Netzergebnisse vieler Ärztenetze starken Schwankungen unterliegen und dass sich für diese Schwankungen keine Erklärung fand. Als Berechnungsgrundlage wurden Daten von 34 Ärztenetzen mit 1340 angeschlossenen Ärztinnen und Ärzten, die für rund 600000 Managed-Care-Versicherte die Rolle als Gatekeeper (Betreuungsärztinnen und -ärzte) wahrnehmen. Damit konnte eine breite regionale Abdeckung erreicht werden. Betrachtungsgegenstand der Analyse bildeten die Schlussabrechnungen ausgewählter Krankenversicherer und Ärztenetze über einen Zeitraum von drei Jahren.

Hierbei zeigte sich, dass bereits minimale Abweichungen einzelner Berechnungsfaktoren das «Zünglein an der Waage» spielen und ein ursprünglich negatives Netzergebnis ins Gegenteil kehren können. Nachfolgend wird auf die Ursachen, d.h. auf die Schwachstellen der einzelnen Modellparameter eingegangen.

Patienten-Kollektive sind häufig zu klein

In vielen Fällen sind die betrachteten Patienten-Kollektive zu klein, um eine statistisch solide Erfolgsbemessung vornehmen zu können. Aus der Studie von Beck [1] lässt sich ableiten, dass für eine faire Leistungsbeurteilung eines Ärztenetzes eine minimale Kollektivgrösse von 10000 Versicherten anzustreben ist. Helsana [4] berechnete mittels einer Simulation die Streuung von je 500 zufälligen Kollektiven in Abhängigkeit von der Kollektivgrösse: Das Netzergebnis eines Kollektivs von z.B. 2000 Versicherten streut dabei in einer Bandbreite von ± 4%. Stellt man nun diese Streuung einem in der Praxis vorkommenden und gleichzeitig Bonus-Malus-relevanten Einsparungsziel von 10% gegenüber, so haftet diesem Einsparungsziel etwas Willkürliches an.

Managed-Care-Versicherte im Kantonalen Risikoausgleich verfälschen die Vergleichsbasis

Des Weiteren birgt das Heranziehen des kantonalen Risikoausgleichs als Referenzkosten-Kollektiv für die Budgetberechnung den systemimmanenten «Fehler» in sich, dass (a) dieses Referenzkosten-Kollektiv auch MC-Versicherte miteinschliesst und (b) auch Nicht-MC-Versicherte von der integrierten Versorgung mitprofitieren. So zeigt beispielsweise eine konsequentere Anwendung von Generika anstatt Originalpräparaten beim gesamten Patientenkollektiv ihre Wirkung. Stellt man also Vergleiche mit den Referenzkosten des kantonalen Risikoausgleichs an, dann entspricht dies nicht einem Vergleich mit einem Nicht-MC-Kollektiv, sondern man vergleicht das MC-Kollektiv bis zu einem gewissen Grad auch mit sich selbst. Mit wachsendem Anteil an Managed-Care-Versicherten verstärkt sich dieser Effekt.

Fehlende Transparenz und unzureichende Spezifikation

Die Berechnungsmodelle sind in den Managed-Care-Verträgen nicht ausreichend spezifiziert. Dies obschon sich die unterschiedliche Auslegung einzelner Berechnungsparameter stark auf das Netzergebnis auswirken kann. Zudem wird beispielsweise die zeitliche Abgrenzung der Kosten (welche Kosten werden welchem Jahr zugeordnet?) unterschiedlich gehandhabt.

Korrekturfaktoren haben einen grossen Einfluss auf das Netzergebnis

Hinsichtlich Korrekturfaktoren lässt sich zusammenfassen, dass sich mit diesen die Genauigkeit der Netzergebnisse nicht verbessert. Vielmehr wird durch die Anwendung von Korrekturfaktoren die Problematik der zu kleinen Kollektive noch zusätzlich verschärft und damit die Erfolgsbemessung noch willkürlicher.

Die *Grossrisiko-Versicherung* ist aus der Optik der Ärztenetze dringend zu empfehlen. Der «Kasus knaxus» dieser Vertragskomponente liegt jedoch darin, dass der Faktor ausgehend von einem Versichertenkollektiv berechnet wird, welches nur dem Versicherer bekannt ist, und dass auch die einzelnen Grossrisiko-Kostenpositionen gegenüber den Ärztenetzen mehrheitlich *nicht* offengelegt werden. Bei identischer Risikoübernahme weichen die Grossrisiko-Faktoren zwischen einzelnen Versicherern massgeblich voneinander ab.

Der *Spital-Faktor* bildet zwar die Morbidität partiell ab, benachteiligt aber Ärztenetze, welche die Spitalaufenthalte zu verkürzen bzw. zu vermeiden versuchen: Weniger Spitalaufenthalte im Vorjahr haben ein tieferes Budget zur Folge. Somit setzt der Spitalfaktor – zumindest theoretisch – einen falschen Anreiz und steht zu den übergeordneten Managed Care Zielsetzungen im Konflikt.

Bei der *Nachkalkulation* fliessen innerhalb der betrachteten Schlussabrechnung lediglich die OKP-Bruttokosten ins Netzergebnis ein. In die Berechnung von Budget, Korrekturfaktoren und Grossrisiken fliesst die Nachkalkulation hingegen nicht ein. Aufgrund dieser sehr einseitigen Handhabung kann die Nachkalkulation ausschliesslich eine Verschlechterung des Netzergebnisses zur Folge haben und ist deshalb zumindest in der heutigen Form und aus Sicht der Ärztenetze als Berechnungsparameter nicht zu empfehlen.

Konklusion und Handlungsempfehlung

Anti-These bestätigt: Bei den finanziellen Erfolgsbemessungsmodellen tragen Zufall und/oder Unzulänglichkeiten in der Berechnungsmethode einen wesentlichen Anteil am Resultat. Nebst der finanziellen Erfolgsbemessung braucht es weitere qualitative Kriterien, um die Leistung eines Ärztenetzes sowie mögliche Einsparungen zu messen.

Die Erkenntnisse aus dem Projekt zeigen auf, dass zwar eine möglichst genaue und realitätsnahe Berechnung angestrebt wird, dass sich aber Versicherer und Ärztenetze *der Grenzen der Berechnungsmechanik stets bewusst sein* müssen:

– In vielen Fällen ist das Einsparziel vor dem Hintergrund der hohen Streuung bei der Modellrechnung zu hoch angesetzt. Deshalb sollte entweder eine *solidere Referenzkostenbasis* zur Berechnung herangezogen werden oder zumindest *realistische Einsparungsziele vereinbart* werden (Stichwort «Einsparungs-Korridor»).
– In diesem Zusammenhang muss auch postuliert werden, dass die Berechnungsgrundlagen und -methoden der Versicherer *einzufordern und offenzulegen* sind, so dass die Nachvollziehbarkeit durch die Ärztenetze gewährleistet ist.
– Es empfiehlt sich, eine *minimale Kollektivgrösse* vertraglich zwischen Versicherer und Ärztenetzen zu vereinbaren: Idealerweise sollte eine Kollektivgrösse von mindestens 10000 MC-Versicherten angestrebt werden, aber bereits eine Untergrenze von 5000 würde in einem ersten Schritt gegenüber dem heutigen Stand eine Verbesserung darstellen. Dies könnte z.B. mittels Pooling von Ärztenetzen zu Verhandlungszwecken erreicht werden.
– Die Verwendung der Leistungsdaten der Standardversicherten aus dem *Datenpool der Santésuisse* als Referenzkosten stellt eine Option dar, welche einen etwas besseren «Aussenvergleich» möglich macht.
– Die *Nachkalkulation* sollte konsequent bei allen relevanten Faktoren im Berechnungsmodell berücksichtigt werden. Falls dies nicht möglich ist, sollte auf die Nachkalkulation gänzlich verzichtet werden.
– Langfristig gilt es, *Morbiditätsindikatoren* in die finanzielle Erfolgsbemessung zu integrieren. Eine Umsetzung des TMI, welcher den Grad der chronischen Morbidität in sieben Stufen von «gesund» bis «polymorbid» wiedergibt, wäre wohl die zielführendste Option, obschon sich eine Umsetzung und Pflege eines solchen Instruments ohne unmittelbaren medizinischen Mehrwert schwer in der Praxis rechtfertigen lässt. Eine Differenzierung der Referenzkosten des kantonalen Risikoausgleichs nach «Spitaltage im Vorjahr ja/nein» erfolgt ab dem Ausgleichsjahr 2012 und erlaubt eine verbesserte Abbildung der Morbidität. Prämisse bei all diesen Stossrichtungen sind die Nachvollziehbarkeit der Berechnungen und die Verhältnismässigkeit bezüglich des administrativen Aufwands.

Die Projektpartner kommen zudem zum Schluss, dass das Erfolgsbemessungsmodell um *weitere steuerungsrelevante Messgrössen finanzieller und nichtfinanzieller Art* zu ergänzen ist und dass verstärkt auch die Dimension «*Kunden-/Patientennutzen*» in geeigneter Form in die Beurteilung einfliessen muss. Abbildung 2 zeigt beispielhaft verschiedene Leistungskomponenten, welche als Basis für einen modularen Vertragsaufbau dienen könnten.

– Als sogenannte *Output-Grösse* – eine solche stellt auch das Netzergebnis pmpy dar – kann z.B. mit der Kennzahl «Erfüllungsgrad Therapiekonsens» ein wichtiger Fokus auf einen Aspekt gelegt werden, der gezielt durch die Netzärzte beeinflussbar ist und im unmittelbaren Zusammenhang zur angestrebten Kosteneindämmung und Versorgungsqualität steht.
– Auch *Input-Grössen* als Spiegelbild von Bestrebungen – jedoch nicht als Abbild der daraus resultierenden Ergebnisse – können als Indikator für eine aktive und somit wirkungsvolle integrierte Versorgung herangezogen werden. Ausgangspunkt hierfür sind sämtliche Aktivitäten und Massnahmen, die der Erreichung des übergeordneten Ziels, namentlich der Erhöhung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Kosteneindämmung, dienlich sind. Davon abgeleitete Messgrössen stellen z.B. die *Teilnahmehäufigkeit an Qualitätszirkeln* sowie eine *PPO-Zuweisungsquote* (Anteil «Überweisungen an Preferred-provider-Organisa-

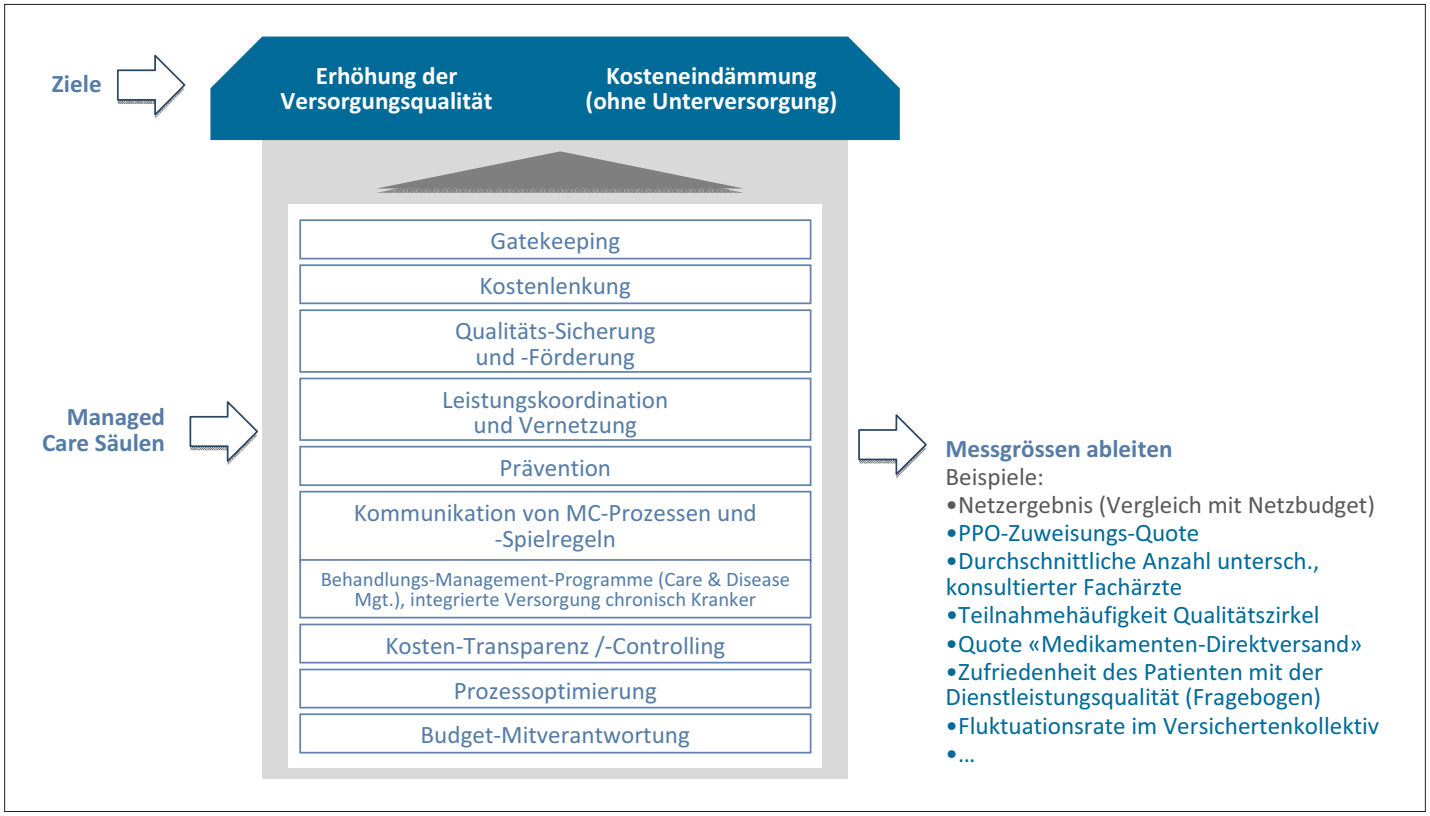

Abbildung 2
Leistungskomponenten, welche als Basis für einen modularen Vertragsaufbau dienen könnten.

tionen» gemessen an allen Überweisungen) dar.
– Die Schlüsselfragen bei der Festlegung solcher Messgrössen lauten: Ist die Messgrösse zweckdienlich, d.h. steuert die Messgrösse das Verhalten in die richtige Richtung und misst die Messgrösse tatsächlich das, was sie zu messen vorgibt? Ist das Set an Messgrössen in sich ausgewogen, d.h. folgt dadurch keine unerwünschte, einseitige Steuerung?

Die Entwicklung solcher Leistungsbeurteilungskriterien erfolgt idealerweise durch die Versicherer und Ärztenetze in einem gemeinsamen Projekt, um von Beginn an eine möglichst breite Akzeptanz zu erzielen. Es empfiehlt sich folgende Vorgehensweise: In einem ersten Schritt werden Kriterien bzw. Ziele sowie mögliche Messgrössen definiert. In einem zweiten Schritt werden diese Messgrössen erhoben. Dies kann bereits schon im Rahmen der vertraglichen Vereinbarung, jedoch ohne finanzielle Auswirkungen und im Sinne einer Schattenrechnung erfolgen. Und erst in einem dritten Schritt, d.h. wenn bereits Erfahrungswerte über einen ausreichend langen Zeitraum vorliegen, können die Zielwerte festgelegt und in den Verträgen verankert werden. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung haben sich Versicherungen offen für Gespräche in diese Richtung gezeigt.

Die Projektpartner:
- **Argomed** betreut aktuell 18 Ärztenetze mit 700 Ärzten und 350 000 Versicherten und ist in fünf Kantonen vertreten.
- **eastcare** betreut aktuell 11 Ärztenetze mit über 400 Ärztinnen und Ärzten und rund 180 000 Managed-Care-Versicherten.
- **hawadoc** betreuet aktuell 5 Ärztenetze mit 270 Ärzten und 90 000 Managed-Care-Versicherten.
- **BlueCare** unterstützt mit Consulting Services Akteure im Gesundheitswesen.

Literatur

1 Beck K, Kunze U, Buholzer M, Trottmann M. Steigern Schweizer Ärztenetze die Effizienz im Gesundheitswesen? CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie, 2011.
2 Lehmann H-J. «Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen?» Zürich: Rüegger; 2003.
3 Reich O et al. An empirical investigation oft he efficiency effects of integrated care models in Switzerland, 2012.
4 Helsana: Morbiditätsbasiertes Kostenmodell und seine praxisrelevanten Auswirkungen. Symposium Forum Managed Care 2010.

Korrespondenz:
Andreas Wasmer
BlueCare
Pflanzschulstrasse 3
8400 Winterthur
andreas.wasmer[at]bluecare.ch