

Rette sich, wer will?

Managed Care könnte in der Schweiz einen Durchbruch erleben – wenn die dazu nötigen Rahmenbedingungen endlich geschaffen würden. Diese Meinung vertraten an einem Kongress zum 13. Geburtstag von Managed Care in der Schweiz vier HMO-Pioniere. Über die Rolle von Managed Care im Gesundheitssystem haben die vier aber unterschiedliche Vorstellungen.



Welche Zukunft für Managed Care? Zu dieser Frage äusserten sich in der Podiumsdiskussion unter Moderation von Eleonore Baumberger (Mitte) Jacqueline Bachmann (links), Urs J. Philipp, Philippe Lehmann und Rita Ziegler.

Am 1. Januar 1990 wurde in Zürich-Wiedikon die erste Health Maintenance Organization (HMO) der Schweiz eröffnet (diese HMO war zugleich die erste in Europa). Der 1. Januar 1990 kann also als eigentliche «Geburtsstunde von Managed Care in der Schweiz» bezeichnet werden. Bald darauf wurden in verschiedenen Städten der Schweiz weitere HMO-Zentren gegründet. Im Jahr 1994 wurde dann in Winterthur das erste Hausarztmodell geschaffen; es folgten weitere Hausarztmodelle in der ganzen Schweiz. Später belebten erste ärztzeigene HMOs und Capitationmodelle den Markt im Managed-Care-Bereich.

Trotz all den Erfolgen – die zu einem grossen Teil dem enormen Engagement einiger weniger Managed-Care-Pioniere zu verdanken sind – hat die Managed Care in der Schweiz 13 Jahre später «zwar definitiv Fuss gefasst – sie hat sich bisher aber nur begrenzt ausgebreitet». Aufgrund dieser Feststellung haben sich Jürg Baumberger (HMI creative AG, Sirmach) und Max Künzi (OmbudsBeratung Gesundheitswesen, Oensingen) zum Ziel gesetzt, «mit punktuellen Veranstaltungen der Managed-Care-Bewegung zusätzliche Impulse zu verleihen».

Eine erste solche Veranstaltung fand am 14. November 2003 in Bern statt. Sie war überschrieben mit «13 Jahre Managed Care in der Schweiz: eine vorausschauende Standortbestimmung».

Vielfältige Probleme

Referenten waren an diesem Kongress unter anderem die HMO-Ärzte Thomas Grüninger (HMO-Gesundheitsplan, Basel), Felix Huber (MediX-Ärzteverbund, Zürich) und Philippe Schaller (Réseau Delta, Kanton Genf) sowie der ehemalige HMO-Manager Richard Eisler (heute Geschäftsleiter von comparis.ch)². Thomas Grüninger war an der Gründung des HMO-Gesundheitsplans in Basel beteiligt und ist bis heute Medizinischer Leiter der HMO-Praxis, welche – inzwischen zusammen mit rund 60 in eigener Praxis praktizierenden Ärzten im Kanton Basel-Stadt – die Versicherten des Gesundheitsplans HMO betreut. Felix Huber war, ebenso wie Richard Eisler, am Aufbau der ersten Schweizer HMO in Zürich-Wiedikon beteiligt. Heute ist er Medizinischer Leiter der ärztzeigenen HMO in Zürich-Wipkingen (MediX-Gruppenpraxis), die sich mit an-

deren Ärzten in den Kantonen Zürich und Bern zum MediX-Ärzteverbund zusammengeschlossen hat. Philippe Schaller schliesslich war 1992 am Aufbau des HMO-Gesundheitsplans der Universität Genf beteiligt. 1995 haben sich die Ärzte dieses Gesundheitsplans mit weiteren frei praktizierenden Hausärzten im Kanton Genf zum «Réseaux de soins Delta» zusammengeschlossen, dem heute rund 50 Hausärzte angehören. Die vier HMO-Pioniere wissen aus ei-

¹ Gemeint sind hier ärztzeigene HMOs und Hausarztmodelle, in denen die Ärzte nicht für einzelne Leistungen entschädigt werden (Einzelleistungsvergütung), sondern pro Versicherten eine im Voraus definierte «Kopfpauschale» (Capitation) erhalten.

² Daneben kamen weitere Persönlichkeiten aus dem Managed-Care-Bereich sowie weitere Persönlichkeiten aus dem schweizerischen Gesundheitswesen zu Wort: Manfred Manser (Helsana), Fritz Britz (Bundesamt für Sozialversicherung), Jacqueline Bachmann (Stiftung für Konsumentenschutz), Philippe Lehmann (Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz), Urs J. Philipp (SanaCare), Rita Ziegler (Kantonsspital Basel), Eleonore Baumberger (St. Galler Tagblatt), Bernhard Wegmüller (H+), Hansueli Regius (Swica).

Mit Hans Heinrich Brunner (FMH-Präsident), Uma Grob (H+) sowie Felix Gutzwiller (Nationalrat), die im Programm ebenfalls als Referenten aufgeführt waren, liessen sich allerdings einige wichtige Entscheidungsträger aus der Schweiz entschuldigen. Dafür war mit Franz Knieps (Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, Berlin) ein prominenter Gast aus Deutschland angereist. Der vorliegende Bericht konzentriert sich aus Platzgründen auf die Beiträge der vier HMO-Pioniere.

gener Erfahrung, dass Managed Care sich in der Schweiz vor allem deshalb nicht weiter ausbreitet, weil die Rahmenbedingungen für Managed Care noch immer alles andere als optimal sind. Sie sprachen unter anderem die folgenden Probleme an:

- Der Risikoausgleich zwischen den Versicherern ist ungenügend. Das führt dazu, dass viele Krankenversicherer nicht in Managed-Care-Modelle investieren, weil sie ihre Kosten auf bequemere Weise tief halten können: indem sie versuchen, gesündere Versicherte anzuziehen und kranke abzustossen (Risikoselektion). Zudem werden die Managed-Care-Modelle dadurch geschwächt, dass die Versicherer für Managed-Care-Versicherte – welche tiefere Prämien bezahlen – gleich hohe Risikoausgleichsbeiträge bezahlen müssen wie für konventionell Grundversicherte. Nach Meinung vieler Managed-Care-Experten führt dies zu nicht gerechtfertigten Quersubventionierungen zwischen den Managed-Care-Versicherungen und der konventionellen Grundversicherung.
- Es bestehen keine allgemein anerkannten Modelle zur Risikobemessung. Deshalb lässt sich erstens die Behauptung von Kritikern, dass die Managed-Care-Modelle ihre Kostenvorteile durch Risikoselektion erzielen, nicht eindeutig widerlegen. Zweitens fehlen deshalb die Berechnungsgrundlagen, um den Ärzten in Capitationmodellen faire (d.h. risikogerechte) Kopfpauschalen (Capitations) zu bezahlen.
- Obwohl viele Managed-Care-Anbieter Qualitätsmessungen durchführen, können sie nicht nachweisen, dass sie allfällige Kostenvorteile nicht durch Qualitätsabbau erreichen. Weil in der herkömmlichen ambulanten medizinischen Versorgung in der Schweiz bisher keine systematische Qualitätskontrolle stattfindet, fehlt nämlich die Datenbasis für Qualitätsvergleiche zwischen Managed Care und der konventionellen Grundversicherung.

Anerkannte Forderungen

Damit sich Managed Care weiter ausbreiten könnte, müssten sich die Politiker endlich dazu durchringen, die Rahmenbedingungen für Managed Care zu verbessern. So forderte zum



Von der Rolle der Managed Care im Gesundheitssystem haben sie unterschiedliche Vorstellungen: die HMO-Ärzte Philippe Schaller (links), Thomas Grüninger und Felix Huber.

Beispiel Thomas Grüninger unter anderem von den Politikern, dass sie den Risikoausgleich verbessern und dass sie auch bei ambulanten Grundversicherungsleistungen eine systematische Qualitätssicherung verlangen sollten. Und Philippe Schaller plädierte dafür, die Forschung zum Thema Capitationberechnung voranzutreiben.

Doch diese politischen Forderungen sind zwar im Grundsatz längst allgemein als richtig anerkannt; ob und bis wann sie erfüllt werden, ist aber höchst ungewiss.

Unterschiedliche Vorstellungen

Während sich die HMO-Pioniere über die oben genannten Forderungen weit gehend einig sind, haben sie zu anderen Aspekten unterschiedliche Vorstellungen:

Thomas Grüninger und Felix Huber leiten selber Ärztegruppen, die mit verschiedenen Krankenversicherern Capitationverträge abgeschlossen haben. Beide fordern auch ihre Arztkollegen dazu auf, vermehrt Budgetverantwortung zu übernehmen. Richard Eisler empfiehlt den Ärzten sogar, ihre Managed-Care-Produkte künftig selber zu verkaufen (also selber als Krankenversicherer aufzutreten), da sich die bestehenden Anbieter nur halbherzig für Managed Care einsetzen.

Auch Philippe Schaller arbeitet in einem Ärztenetzwerk, das mit verschiedenen Krankenversicherern Capitationverträge abgeschlossen hat,

doch sein Enthusiasmus für diese Modelle ist merklich kleiner. Wenn keine rationalen Grundlagen für eine Capitationberechnung vorliegen, kann die Übernahme des Versicherungsrisikos die Ärzte nämlich daran hindern, sich der «mühsamen» Patienten, die sich nicht an die Managed-Care-Regeln halten, anzunehmen. Genau hier sieht Schaller aber die eigentliche Chance von Managed Care: Die Ärzte können jene Patientinnen und Patienten identifizieren, die ihre Mitarbeit verweigern; sie können versuchen, ihr Verhalten zu verstehen, ihr Vertrauen zu gewinnen und sie vom Nutzen der Zusammenarbeit zu überzeugen, ohne als Leistungsverweigerer aufzutreten. Schaller findet es deshalb wichtig, neben finanziellen Anreizen andere Wege zu finden, um Ärzte zu Verhaltensänderungen zu motivieren. Ebenfalls skeptisch ist Schaller gegenüber der Vorstellung seiner Deutschschweizer Kollegen, dass es vor allem darauf ankomme, den Ärzten und den Versicherern die Möglichkeit zu geben, sich als freie Unternehmer im Wettbewerb zu bewähren. Die Krankenversicherer sollten nach Schallers Meinung in der Grundversicherung besser zusammen als gegeneinander arbeiten; den bestehenden Wettbewerb hält Schaller hier nicht für sinnvoll. Dagegen befürwortet er einen gewissen geordneten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Auch die Leistungserbringer sollten

Kasten:

Zwei Instrumente-Typen im Réseau Delta

Die Spezialität von Managed-Care-Modellen besteht darin, dass sie die Versorgung ihrer Patienten gezielt steuern. Zu diesem Zweck werden **Managed-Care-Instrumente** eingesetzt. Im Réseau Delta sind dies gemäss Philippe Schaller unter anderem die folgenden:

- Qualitätszirkel zur kontinuierlichen Weiterbildung der Ärzte
- medizinisches Profiling der Ärzte
- administratives Profiling der Versicherten (um Patienten, die sich nicht an die Gatekeeping-Regeln halten³ oder die aus anderen Gründen hohe Kosten verursachen, zu identifizieren)
- Gatekeeping im modernen Sinn (d.h. Zusammenarbeit mit Patienten statt Leistungsverweigerung)
- Disease Management
- Evidence based Medicine
- Nutzung der Informationstechnologien
- Capitation
- Management chronischer Krankheiten.

Nach Auffassung des Réseau Delta kann heute aber durch Managed-Care-Instrumente allein keine gute Versorgung mehr sichergestellt werden. Zusätzlich brauche es **Planungsinstrumente**, um die Vernetzung mit anderen Anbietern im Gesundheitssystem zu verbessern. Das Réseau Delta versucht deshalb im Rahmen verschiedener Projekte, Partnerschaften zu anderen Gesundheits-, Sozial- und universitären Einrichtungen im Kanton aufzubauen. Zurzeit bestehen unter anderem in den folgenden Bereichen Projekte:

- Geriatrie (Partner: Spitex, Geriatriekliniken, geriatrische Polikliniken usw.; Ziel: die Versorgung für Personen mit abnehmender Selbstständigkeit verbessern)
- Rehabilitation/Informatik (Partner: Kantonsspital)
- Psychiatrie
- elektronisches Patientendossier (kantonales Projekt mit dem Ziel, alle an der Gesundheitsversorgung Beteiligten im ganzen Kanton elektronisch zu vernetzen)

sich seiner Meinung nach aber nicht primär als Konkurrenten verstehen; vielmehr sollten sie auch einen Beitrag zur Integration und Vernetzung des regionalen Versorgungsnetzes leisten und sich an Public-Health-Projekten beteiligen. Dies gilt nach Schallers Verständnis gerade auch für Managed-Care-Anbieter, die hier sogar eine Vorreiterrolle spielen könnten. Das Réseau Delta beteiligt sich deshalb auch massgeblich an regionalen und kantonalen Projekten (siehe *Kasten*).

³ Gemeint sind hier Versicherte, die im Krankheitsfall oft direkt den Spezialisten oder das Spital aufsuchen, obwohl sie sich gemäss ihrem Versicherungsvertrag immer (ausser in Notfällen) zuerst an ihren Hausarzt (Gatekeeper) wenden müssten.

⁴ Im Unterschied zu früheren Äusserungen plädierten sie jetzt auch dafür, den Kontrahierungszwang in der Grundversicherung bestehen zu lassen. Es sollen ihrer Meinung nach also weiterhin alle Ärzte zu Lasten der Grundversicherung abrechnen können.

Richard Eisler argumentierte: Wenn der Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich nicht aufgehoben wird, werden die Kosten im konventionellen System schneller ansteigen. Dies wird dazu führen, dass sich die Kostenkurve in der konventionellen Grundversicherung und die Kostenkurve im Managed-Care-System schneller auseinander bewegen – was den Anreiz für die konventionell Versicherten, auf die Kostenkurve des Managed-Care-Systems «umzusteigen», verstärken wird.

Welche Rolle für Managed Care?

Insgesamt entstand also der Eindruck, dass die drei HMO-Pioniere aus der Deutschschweiz und der Pionier aus der Westschweiz unterschiedliche Vorstellungen haben über die Rolle von Managed Care im Gesundheitssystem:

- Die Deutschschweizer möchten Managed Care finanziell vom konventionellen System abnabeln (separater Risikoausgleich) und das konventionelle System, salopp ausgedrückt, «seinem Schicksal überlassen»⁴. Während die Kosten im konventionellen System zunehmend ins Unbezahlbare steigen würden, würden die Managed-Care-Modelle, in denen die Leistungserbringer das finanzielle Risiko (mit-)tragen, durch ihre Preisentwicklung überzeugen. Jeder Versicherte hätte die Möglichkeit, durch einen Wechsel ins Managed-Care-Modell von den so erzielten Kostenvorteilen zu profitieren – nach dem Motto: Rette sich, wer will.
- Der Vertreter aus der Romandie möchte Managed Care ins Ge-



Richard Eisler empfiehlt den Ärzten, ihre Managed-Care-Produkte künftig selber zu verkaufen (also selber als Krankenversicherer aufzutreten), da sich die bestehenden Anbieter nur halbherzig für Managed Care einsetzen.

samtsystem integrieren und zur Verbesserung des gesundheitlichen Wohls der Gesamtbevölkerung (Public Health) nutzen. Managed Care soll durch seine Qualität überzeugen und die Leistungserbringer zur Qualitätsverbesserung motivieren. Die Managed-Care-Systeme könnten eine Pionierrolle in diagnose- und regionsgebundenen Versorgungsnetzen sowie in Public-Health-Projekten übernehmen. Sie würden damit eine (Mit-) Verantwortung für die Qualität und dadurch auch für die Kosten im gesamten Gesundheitssystem übernehmen. ■

Bericht und Fotos:

RITA SCHNETZLER