

# Finanzierung von Case Management

**Gehört das Case Management in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung? Oder in jenen freiwilliger Krankenpflege-Zusatzversicherungen? Oder ist es Sache der einzelnen Versicherer, das Case Management zu bezahlen und als Managementstrategie zu eigenen Gunsten zu nutzen?**

Klaus Müller<sup>1</sup>

Ein zentrales Merkmal (auch) des schweizerischen Gesundheitswesens ist bekanntlich die Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie zwischen Kuration, Rehabilitation und Langzeitpflege und zwischen verschiedensten Kosten- und Leistungsträgern (z.B. Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung). Dies führt dazu, dass ärztliche Entscheidungen nicht aufeinander abgestimmt wer-

den, dass zu wenig informiert, kommuniziert und koordiniert wird, dass Schnittstellenprobleme zwischen den Leistungserbringern und Versorgungssektoren auftreten und dass einzelne Leistungserbringer sowie die verschiedenen Sozialversicherungen gegenseitig Kosten aufeinander abwälzen. Um eine Betreuungskontinuität und nachhaltige Heilungs- und Rehabilitationserfolge sicherzustellen, müssten alle Leistungserbringer zusammenarbeiten und ihre Leistungen koordinieren. Doch dazu fehlen die nötigen Verantwortlichkeiten und Anreize. So motivieren beispielsweise die akutstationären Fallkostenpauschalen die Akutspitäler dazu, Patienten und Kosten auf nachgelagerte Leistungserbringer abzuwälzen. Und Krankenversicherer können durch die Verweigerung von Kostengut-sprachen für Rehabilitationsleistungen Einsparungen zu Lasten der Invalidenversicherung (IV-Renten) realisieren.

Dies alles beeinträchtigt die Effektivität und die Effizienz der Gesamtversorgung. Deshalb wird versucht, mittels Case Management (CM) eine integrierte und umfassend optimierte medizinische Versorgung zu erreichen. Oberste Zielsetzung von CM ist die integrierte Versorgung nach dem Motto «der richtige Patient für die richtige Behandlung zur richtigen Zeit am richtigen Ort». Wie aber soll diese Leistung finanziert werden?

## CM als Pflichtleistung?

Eine Möglichkeit besteht darin, CM als Pflichtleistung im Rahmen einer Sozialversicherung – beispielsweise der obligatorischen Krankenpflege-

versicherung – anzuerkennen, sodass der Versicherte einen einklagbaren Rechtsanspruch auf die Finanzierung durch den entsprechenden Versicherer hat. Am Beispiel des KVG soll aufgezeigt werden, wie eine solche Lösung zu begründen wäre.

Voraussetzung für die Finanzierung von Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist

«Damit CM als Pflichtleistung anerkannt würde, müsste nachgewiesen werden, dass eine integrierte Versorgung (nur) mit CM zu erreichen ist.»

die Anerkennung als Pflichtleistung durch die Eidgenössische Leistungskommission (ELK). Die Artikel 32 und 33 KVG verlangen dafür den Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Damit CM als Pflichtleistung anerkannt würde, müsste also nachgewiesen werden, dass das Ziel der integrierten Versorgung (nur) mit CM zu erreichen ist, dass CM praktischen Nutzen bringt und dass die erreichbaren Einsparungen den erforderlichen Kostenaufwand rechtfertigen.

Dabei könnte wie folgt argumentiert werden: Das Ziel einer integrierten Versorgung ist zumindest so lange *nur mittels CM zu erreichen*, als auf Seiten der Leistungserbringer (noch) keine Verantwortlichkeit für eine optimale Gesamtversorgung und auch keine Anreize für die dafür nötige Leistungscoordination und Schnittstellenoptimierung bestehen.

<sup>1</sup> Dr. rer. pol. Klaus Müller hat nach langjähriger Lehr- und Forschungs- sowie Beamtentätigkeit (u.a. Aufbau und Leitung der Planungsabteilung des Sanitätsdepartements Basel-Stadt) ein eigenes Beratungsunternehmen gegründet und sich international vor allem als Experte für die medizinische Rehabilitation positioniert. Sein Schwerpunkt liegt in der Beratung der Leistungserbringer im Bereich Qualitäts- und Kostenmanagement sowie der Kantone im Bereich umfassend orientierter Spitalplanungen. Zudem ist er Autor des Buches «Integriertes Leistungsmanagement der medizinischen Versorgung. Gründe und Grundlagen für umfassende Behandlungs- und Rehabilitationsketten bei chronischen Krankheiten» (SGGP-Schriftenreihe Band 51).

Der *Nutzen* von CM besteht in der Überwindung der sektoriellen, fragmentierten und unkoordinierten Verantwortlichkeit der einzelnen Leistungserbringer für ihre jeweiligen Versorgungsepisoden. Durch ein Schnittstellen-Management im Sinne einer Koordination, Kontrolle und Optimierung der individuellen Indikations- und Triagekriterien soll möglichst wirksam sichergestellt werden, dass ein Patient auf der adäquaten Versorgungsebene intersektoriell integriert mit jenen Leistungen versorgt wird, die zur Erreichung seines Behandlungsziels notwendig sind.

*Einsparungen* sind möglich, indem unnötige diagnostische und therapeutische Leistungen sowie Doppelspurigkeiten vermieden werden. So sollen insbesondere Spitaleinweisungen verhindert und die Spitalaufenthaltsdauer auf das medizinisch notwendige Mass begrenzt und so die Spitalkosten verringert werden. Damit CM als Pflichtleistung anerkannt werden könnte, müssten aber diese Einsparungen den erforderlichen personellen und organisatorischen Aufwand rechtfertigen. Dies erfordert eine Beschränkung des CM auf die komplexen Versorgungsfälle. Zielgruppe von CM wären damit in erster Linie Personen mit chroni-

**«Es gäbe keine plausible Begründung dafür, die ‹Versorgung aus einer Hand› den Zusatzversicherten vorzubehalten.»**

schon und besonders komplexen Krankheitsbildern beziehungsweise Verletzungen und/oder Behinderungen. Sie sind nämlich die «Hauptversacher von Spitalkosten», aber häufig auch «Wanderer zwischen verschiedenen Versorgern und Versorgungssektoren». Denn vor und nach ihrer – häufiger wiederkehrenden – Spitalbedürftigkeit haben diese Personen immer auch einen ambulanten kurativen, häufig einen rehabilitativen und allenfalls auch einen (ambulanten oder stationären)

pflegerischen Versorgungsbedarf. In Folge der demografischen Alterung sowie der weiter zunehmenden Überlebenschancen nach schweren Krankheiten oder Verletzungen wächst die Zahl dieser komplexen Versorgungsfälle und hiermit der CM-Bedarf.

### CM als Wahlleistung?

Eine andere Möglichkeit bestände darin, CM als Wahlleistung im Rahmen einer Zusatzversicherung zu definieren. Voraussetzung dazu wäre, dass es sich um eine Leistung handelt, die «nice-to-have» (d.h. wünschbar), aber nicht notwendig ist. Eine integrierte sowie leistungs- und sektorübergreifend kostenoptimierte medizinische Versorgung sicherzustellen, ist allerdings nicht «nice-to-have», sondern vielmehr ein offensichtliches Muss im Sinne einer KVG-konformen Grundversorgung, die den gesetzlichen Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit praktisch Rechnung trägt. So sind beispielsweise bei Patienten nach Hirn- oder Herzinfarkten ohne integrierte Versorgung nachweisbar Re-Infarkte häufiger und nachhaltige Rehabilitationsresultate seltener. Von daher gäbe es keine plausible Begründung dafür, die «Versorgung aus einer Hand» beziehungsweise die Betreuungskontinuität und die entsprechend nachhaltigeren Resultate den Versicherten mit einer Zusatzversicherung vorzubehalten.

### Rahmenbedingungen für ein sich selbst finanzierendes CM der Versicherer

Eine dritte Möglichkeit besteht darin, es jedem Versicherer selber zu überlassen, ob er CM als Instrument für das Leistungsmanagement implementieren will oder nicht. Eine Versicherung wird einen personellen und organisatorischen Aufwand für das CM von sich aus grundsätzlich nur insoweit erbringen, als die mittels Leistungsmanagement erreichten Einsparungen über den damit verbundenen Kosten liegen, sodass sich CM auch betriebswirtschaftlich rentiert. Das CM-spezifische Einsparpotenzial (z.B. weniger Doppel-

spurigkeiten und «Fehlplatzierungen») wurde oben bereits angesprochen. Durch die Begrenzung der CM-Aktivitäten auf die «schlechten Risiken» oder die (potenziellen) «Hochkostenfälle» können die einzelnen Versicherer das Kosten-Nutzen-Verhältnis optimieren und so die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass sich CM tatsächlich selber finanziert.

**«Durch die Begrenzung des CM auf die ‹schlechten Risiken› können die Versicherer das Kosten-Nutzen-Verhältnis optimieren.»**

Der betreffende Versicherer muss aber auch wirklich selber Nutznießer der resultierenden Kosteneinsparungen sein. Dies ist beispielsweise dann nicht der Fall, wenn durch die CM-Aufwendungen eines Krankenversicherers IV-Rentenleistungen eingespart werden. Andererseits kann ein Krankenversicherer aber auch – unzulässigerweise – Einsparungen zu Lasten der IV realisieren, wenn er die Kostengutsprache für Rehabilitationsleistungen verweigert, dadurch Rehabilitationspotenziale unausgeschöpft bleiben und so unnötigerweise eine Rentenabhängigkeit entsteht. Die Situation der Unfallversicherer ist insofern anders, als diese ja Kostenträger sowohl für Rehabilitations- als auch für Rentenleistungen sind. Damit kommen ihnen die dank CM realisierten Einsparungen im Bereich der Rentenleistungen selber zugute. Dafür müssen sie aber auch selber für die Folgekosten unausgeschöpfter Rehabilitationspotenziale aufkommen. ■

**Autor:**  
**Dr. Klaus Müller**  
Integria Consult  
3006 Bern

E-Mail: [integria.consult@befree.ch](mailto:integria.consult@befree.ch)