Foto: Ärztekammer für Wien

Der 1971 in Zürich geborene Lukas Steinmann ist wissenschaftlicher Projektleiter bei avenir suisse – think tank for economic and social issues in Zürich.

Steinmann studierte Volkswirtschafts- und Betriebswirtschaftslehre an der Universität Zürich (Dissertation zum Thema „Konsistenzprobleme der Data Envelopment Analysis in der empirischen Forschung“). Sein beruflicher Werdegang vor der Tätigkeit bei avenir suisse: Angestellter bei der SPSS (SCHWEIZ) AG; Assistent im Bereich Gesundheitsökonomik am Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich bei Prof. Zweifel; Mitarbeiter bei der Plaut Strategie Consulting AG in Bern und danach bei der SWICA Gesundheitsorganisation in Winterthur.

Adresse des Autors:
Dr. Lukas Steinmann
Avenir suisse –
think tank for economic and social issues
Giessereistrasse 5
8005 Zürich
Schweiz

Erfahrungen mit „Managed Care“ in der Schweiz

Vortrag bei der von Austria perspektiv und der Ärztekammer für Wien initiierten Expertendiskussion „Gesundheitswesen im Umbruch“. Die Projekt begleitende Veranstaltung der Plattform „Nachhaltige Gesundheitspolitik für Österreich“ fand im Oktober 2003 in Wien statt.

In der Schweiz stehen die Krankenversicherer in einem Wettbewerb zueinander. Neben den Versicherungsprämien sind innovative Versicherungsverträge – wie z.B. Managed Care – ein Mittel, um die Gunst der Versicherten zu gewinnen.

Was bedeuten Managed Care (MC) und Evidence Based Medicine (EBM)?

Die Zahl der Definitionen von Managed Care ist beachtlich, was dazu beiträgt, dass oft Missverständnisse entstehen. Im Managed Healthcare Dictionary wird Managed Care wie folgt umschrieben:

> *Any method of healthcare delivery designed to reduce unnecessary utilization of services, and provide for cost containment while insuring that high quality of care or performance is maintained.*

Dieser Definition zufolge umfasst Managed Care alle Maßnahmen, die unnötige Leistungen vermeiden helfen und die eine Kosteneindämmung erlauben, ohne die Qualität der Gesundheitsversorgung zu kompromittieren.

Unnötige Leistungen vermeiden

Wie wird Managed Care umgesetzt? Die Versicherer schliessen entweder Verträge mit Ärzte-Netzwerken ab oder stellen die medizinische Versorgung gleich selber bereit. Ich erläutere Managed Care stellvertretend anhand der Health Maintenance Organisation (HMO). Während bei den traditionellen Versicherungsformen der Patient die freie Wahl des Leistungserbringers hat, muss er bei der HMO einen so genannten «Gatekeeper» aufsuchen. Dieser Gatekeeper koordiniert die medizinische Versorgung, die im Netzwerk durchgeführt oder an Spezialärzte delegiert wird. Der Gatekeeper hat die Übersicht über die gesamte Behandlungskette. Die Vergütung der Leistungen erfolgt typischerweise über eine so genannte «Capitation», bei der die Managed-Care-Or-

„Gatekeeper“ koordiniert die medizinische Versorgung

Netzwerk-Ärzte

ganisation pro Versicherten einen fixen Betrag gutgeschrieben bekommt. Die Kostenbeteiligung des Versicherten ist gering, wenn die Leistungen durch die Netzwerk-Ärzte erbracht oder von diesen verordnet werden. Lässt der Versicherte sich – ohne entsprechende Überweisung durch den Netzwerkarzt – außerhalb des Netzwerkes behandeln, ist die Kostenbeteiligung dagegen hoch, im Extremfall muss er die gesamten Kosten selbst tragen. Durch diese Rahmenbedingungen wird der Leistungsumfang bei der Managed Care durch die Angebotsseite, d.h. durch den Leistungserbringer festgelegt.

Leistungsumfang wird durch Angebotsseite festgelegt

Bei Managed Care werden die Behandlungskosten im Wesentlichen über zwei organisatorische Massnahmen reduziert.

Medizinische und ökonomische Verantwortung des Leistungserbringers

(1) Bei der traditionellen Versicherungsform hat der Arzt lediglich die medizinische Verantwortung und ist entsprechend – wie dies ja im Medizinstudium vermittelt wird – primär an der höchstmöglichen Qualität interessiert, die Kosten sind sekundär. Bei Managed Care werden die medizinische und die ökonomische Verantwortung beim Leistungserbringer zusammengeführt – der Leistungserbringer trägt also auch die Budgetverantwortung. Der Arzt kann die Gesundheitsversorgung unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Qualität und der Kosten optimieren: Es resultiert ein besseres Qualitäts-Kosten-Verhältnis, sprich eine höhere Kosteneffizienz.

Gatekeeper: Abbau institutioneller Barrieren

(2) Als zweite organisatorische Maßnahme ist die Integration der Behandlungskette zu sehen. Der Gatekeeper koordiniert die gesamte Behandlung in der traditionellen Behandlungskette zwischen Hausarzt, Spezialist, Krankenhaus und der häuslichen Krankenpflege. Mit dieser Maßnahme werden die institutionellen Barrieren abgebaut und der Informationsfluss gefördert, was sich positiv auf die Kosten auswirkt, da die Informationsbeschaffung bis zu 50% der Behandlungskosten ausmachen. Zudem können Doppelspurigkeiten minimiert und gleichzeitig sichergestellt werden, dass Behandlungen von der am besten geeigneten Instanz durchgeführt werden.

Besseres Qualität-Kosten-Verhältnis

Offensichtlich tritt der Versicherte mit Managed Care das Recht der freien Arztwahl ab. Auf dieses Recht verzichten Versicherte natürlich nicht freiwillig, es sei denn, man bietet ihnen im Gegenzug ein Entgelt, z.B. in der Form einer reduzierten Versicherungsprämie bzw. eines besseren Qualität-Kosten-Verhältnisses.

Folgende Definition umschreibt Evidence Based Medicine:

The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of Evidence Based Medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.

Evidence Based Medicine kombiniert individuelles, klinisches Fachwissen mit Evidenz aus systematischer Forschung. Bei Evidence Based Medicine werden empirisch ermittelte Best-Practice-Methoden in Behandlungsrichtlinien zusammengefasst, die als Standards dienen und bevorzugt, aber unter Würdigung der patientenspezifischen Eigenheiten, zur Anwendung gelangen sollen.

Evidence Based Medicine

Gerade bei Ärzten mit Budgetverantwortung, wie dies bei Managed Care der Fall ist, findet Evidence Based Medicine grossen Anklang. Das Zusammenlegen der ökonomischen und medizinischen Verantwortung führt zu einem substanziellen Interesse an der «richtigen», an der optimalen Behandlungsmethode, da nicht effektive oder unnötige Behandlungen kein zusätzliches Einkommen generieren und Behandlungsfehler zu kostspieligen Nachbehandlungen führen können. Diese Nachbehandlungen belasten das Budget empfindlich, da diese nicht als Einzelleistungen verrechnet werden können.

Interesse an der optimalen Behandlungsmethode

Allerdings können Behandlungsrichtlinien als Vorschriften aufgefasst werden, die die Entscheidungsfreiheit der Ärzte einschränken, was nicht überall auf viel Gegenliebe stößt. Die Evidence Based Medicine kann ihre positive Wirkung auf die Qualität und die Kosten nur dann entfalten, wenn sie von den Ärzten freiwillig betrieben und nicht als lästige Pflicht bzw. Einschränkung empfunden wird.

Managed-Care-Versicherte weisen niedrigere Pro-Kopf Behandlungskosten auf. Diese sind einerseits auf die erwähnten Effizienzgewinne zurück zu führen, die ihren Ursprung bei den organisatorischen Innovationen haben. Andererseits kann eine – notabene unerwünschte – Risikoselektion stattfinden: «Gute Risiken», d.h. Personen mit kleinem Krankheitsrisiko, schließen sich den Managed-Care-Versicherungsformen mit den niedrigeren Prämien an während die schlechten Risiken bei den traditionellen Versicherungsformen mit den größeren Wahlfreiheiten bleiben. Folglich werden die durchschnittlichen Kosten der Managed-Care-Versicherten nicht nur im Ausmaß der Effizienzgewinne, sondern zusätzlich als Resultat der Risikoselektion sinken.

Niedrigere Pro-Kopf-Behandlungskosten von MC-Versicherten

Das Ziel der empirischen Forschung muss es sein, die Kostenreduktion in die Komponenten Risikoselektion und Effizienzgewinne aufzuspalten. Nur die Effizienzgewinne sind erstrebenswert, die Risikoselektion ist volkswirtschaftlich unerwünscht und sollte verhindert werden.

Risikoselektion ist volkswirtschaftlich unerwünscht

Führt Managed Care zu Effizienzgewinnen?

Unzählige wissenschaftliche Arbeiten untersuchten die Kostenwirkung von Managed Care in verschiedenen Ländern. Um den Effekt der Riskoselektion zu isolieren und die reinen Effizienzgewinne zu ermitteln, wurden randomisierte Studien durchgeführt oder Kontrollvariablen, die mit diagnos-

tischen Informationen sowie sozioökonomischen Größen die individuelle Risikostruktur approximieren sollen, in die Analysen aufgenommen.

Studien über Kostenwirkung von Managed Care

Ich beschränke mich an dieser Stelle auf vier Studien, die die Kostenwirkung von Managed Care in der Schweiz analysierten. Diese vier Studien erfassen eine breite Palette von sozioökonomischen Grössen. So werden Alter, Geschlecht, Wohnort und so weiter aber auch der Gesundheitszustand berücksichtigt. Somit ist gewährleistet, dass die ausgewiesenen Effizienzgewinne nicht bzw. nur in geringem Ausmaß Risikoselektionskomponenten enthalten.

Effizienzgewinne von rund 20%

Die Studie des Bundesamtes für Sozialversicherung aus dem Jahre 1998 ist insofern speziell und interessant, da auch die Patientenzufriedenheit und der Behandlungserfolg untersucht wurden. Die Effizienzgewinne betragen rund 20%, die Patienten sind identisch zufrieden und auch der Behandlungserfolg ist vergleichbar. Auch die drei anderen Studien zeigen, dass mit HMO rund 26 bis 36 % der Behandlungskosten durch Effizienzgewinne gespart werden können.

	BSV (1998)	HAM-Aarau (2003)	Lehmann (2002)	SWICA (2003)
Samplegrösse	5297	317/149	240000	580000
Kontrollvariablen:				
Sozioök. Merkmale	ja	ja	ja	ja
Gesundheitszustand	erfasst	erfasst	latent	latent
Patientenzufriedenheit	identisch	-	-	-
Behandlungsergebnis	identisch	-	-	-
Effizienzgewinne:				
HMO	20-25%		36%	26%
HAM		7-20%	10%	11%

Diese Resultate – wie auch Evidenz aus der internationalen Literatur – sprechen für sich. Mit Managed Care lassen sich Effizienzgewinne erzielen und folglich effektiv Kosten im Gesundheitswesen sparen.

Sind diese Erkenntnisse für Österreich relevant?

Managed Care basiert auf Freiwilligkeit

Dürfen vergleichbare Effizienzgewinne durch Managed Care in Österreich erwartet werden? Folgende Rahmenbedingungen – die in der Schweiz teilweise erfüllt sind – scheinen Voraussetzung für erfolgreiches Managed Care zu sein:

(1) Freiwilligkeit. Managed Care basiert auf Freiwilligkeit, sowohl bei den Versicherten, den Kassen wie auch bei den Leistungserbringern. Diese Freiwilligkeit wird nur durch entsprechende Anreizstrukturen erreicht. Hoheitlich verordnete Managed Care und Evidence Based Medicine sind – ohne die entsprechende Anreize – kaum sinnvoll und auch nicht der Sache dienlich.

Wettbewerb bei Kassen und Ärzten

(2) Wettbewerb bei den Kassen und den Ärzten: Dieser schafft Anreize für die Entstehung und Verbreitung der Mana-

ged-Care-Organisationen. Eine Monopolkasse hat schlicht keinen Grund, eine Managed-Care-Organisation zu betreiben. Auch hätte eine durch Ärzte gegründete Managed-Care-Organisation eine derart schlechte Verhandlungsposition gegenüber einer Monopolkasse, dass eine solche Initiative im Keim erstickt wird.

(3) Adäquater Finanzausgleich: Solange die Effizienzgewinne über einen Finanzausgleich – wie er in Österreich vorliegt – abgeschöpft werden, bestehen für die Krankenversicherer keine Anreize zur Einführung von Managed Care.

Freie Wahl der Versicherungsform

(4) Freie Wahl der Versicherungsform: Sie ist eine Bedingung dafür, dass unzufriedene Patienten innert angemessener Frist die Möglichkeit haben, von einer traditionellen zu einer Managed-Care-Versicherungsform wechseln zu können und vice versa. Diese Mobilität zwischen den Versicherungsformen stellt sicher, dass die Qualität vergleichbar (bzw. identisch) ist.

Österreich: In der gegebenen Konstellation spricht wenig für großes Sparpotential durch MC

In Österreich spricht in der gegebenen Konstellation wenig für ein großes Sparpotential durch Managed Care. Zuerst jedoch die gute Nachricht: Da in Österreich kein Kassenwettbewerb vorherrscht ist auch keine Risikoselektion möglich und folglich fallen auch keine Risikoselektionskosten an. Die Schattenseite der Medaille ist, dass weder für die Kassen noch die Ärzte Anreize bestehen, Managed Care auf freiwilliger Basis zu organisieren. Da der Kassenwettbewerb in Österreich kein Thema ist, muss Managed Care hoheitlich verordnet werden, was nur dann Erfolg verspricht, wenn auch entsprechende Anreizstrukturen geschaffen werden können. D.h. die beteiligten Kassen, Leistungserbringer und Versicherten müssen an den Effizienzgewinnen beteiligt werden.

Finanzausgleich müsste angepasst werden

Für die Patienten ergeben sich dann Anreize, sich Managed Care anzuschließen, wenn differenzierte Beitragssätze erhoben werden können. Dies wäre an sich mit geringem Aufwand möglich. Allerdings müsste dazu der Finanzausgleich angepasst werden. Der bestehende Finanzausgleich setzt nämlich in zweifacher Hinsicht keine für Managed Care förderlichen Anreize:

(1) Die Krankenkassen haben auch in Bezug auf den Finanzausgleich keine Anreize, MC zu organisieren, da die Effizienzgewinne in die "teuren Länder" transferiert werden.

(2) Da die Effizienzgewinne mit dem Finanzausgleich transferiert werden, haben die Kassen auch nicht die Möglichkeit, günstigere MC-Prämien bzw. Beitragssätze anzubieten. Differenzierte Beitragssätze sind aber eine Voraussetzung für die Teilnahme der Versicherten an MC.

Insgesamt müssten also weitreichende Massnahmen ergriffen werden, damit Managed Care und Evidence Based Medicine ihr Potential in Österreich entfachen können.