

Heinz Locher

Jenseits von Managed Care 2011

Ein Ausblick auf weitere notwendige Reformschritte nach der laufenden KVG-Revision

Auch ein positives Resultat der laufenden Gesetzesrevision kann nur einen weiteren Schritt auf dem weiten Weg einer erfolgreichen Etablierung der Managed-Care-Grundsätze in der Schweiz bedeuten, dessen Beginn noch in die KUVG-Zeit zurückgeht. Mögliche weitere «Zukünfte» müssen schon heute angedacht und Massnahmen zu deren Ermöglichung eingeleitet werden.

Noch darf gehofft werden, dass die Eidgenössischen Räte ihre Mehrfachpokerrunde zur Managed-Care-Vorlage mit einem praxistauglichen Ergebnis erfolgreich abschliessen. Anschliessend werden sich wohl die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger anlässlich einer Referendumsabstimmung ebenfalls zur Vorlage zu äussern haben, nachdem sich gegenwärtig standespolitische Nostalgiker zum Klang der alten Nationalhymne «... hast noch der Ärzte ja, ...» freudlos zum letzten Streit formieren. Ist damit, um wieder einmal Francis Fukuyama zu bemühen, das «Ende der Geschichte» erreicht? Wohl kaum. Weitere Reformen müssen und werden folgen.

Weshalb den Selbstbehalt zum Voraus festlegen?

Einen der Streitpunkte bildet die Höhe des Selbstbehaltes. Zur Diskussion stehen die Modelle 20/10 und 15/5. Gestritten wird insbesondere über die Frage, ob das Modell 15/5 zu einer Prämienhöhung führen würde. Wie auch bei andern Themen des Gesundheitswesens (z.B. der Diskussion um die Preisdifferenzierung zwischen Originalpräparaten und Generika) sind offensichtlich einige grundlegende Aspekte in der Diskussion völlig verlorengegangen, wenn sie den Akteuren überhaupt einmal bewusst waren. Der Sinn des Selbstbehalts besteht ja bekanntlich darin, die Versicherten bzw. nun Kranken zu einer massvollen Inanspruchnahme von Leistungen anzuhalten. Mit dem Beitritt zu einem Managed Care-Versicherungsplan haben diese aber bereits ein «Commitment» zur massvollen Nutzung der Ressourcen des Gesundheitssystems abgelegt, so dass in diesem Modell ein Selbstbehalt eine unnötige Verdoppelung des negativen Anreizes bewirkt.

Bei gut konzipierten und gelebten MC-Versicherungsplänen können Kosteneinsparungen von 9% und mehr erreicht werden [1]. Deshalb ist ein Verzicht auf einen obligatorischen Selbstbehalt oder zumindest ein Umschwenken auf das Modell 15/5 vertretbar. Ein völliger

Verzicht auf die Vorschrift eines wie auch immer festgelegten Selbstbehalts würde zudem einen Beitrag zum mehr als notwendigen Abbau der ohnehin zu hohen Regelungs-dichte leisten, ebenso wie die völlige Freigabe der Vertragsdauer mit der Möglichkeit des Kassen- und Modellwechsels nach vorgängig festgelegten Bedingungen oder der Verzicht auf vorgegebene maximale Prämienrabatte. Es ist unverständlich, dass der Gesetzgeber (auch) hier Mikro-management betreibt und die Vertragsautonomie von Versicherten und Versicherern in derart kleinkariert Weise einengen will [2]. Den Krankenversicherern sollte es zudem zur Steigerung der Attraktivität derartiger Modelle freigestellt bleiben, bei guten Ergebnissen eine Rückvergütung auszurichten. Falls sich diese an das ganze Kollektiv eines MC-Versicherungsplans und nicht an einzelne Individuen richtete, ergäbe sich auch eine klare Abgrenzung zu Bonus-Modellen. Ferner ist zur Stärkung der Vertragsautonomie von gesetzlichen Einschränkungen abzu-sehen, wer als Träger der Integrierten Versorgung mit Budgetverantwortung zugelassen wirken kann: Gruppen von Leistungserbringern, Managed-Care-Organisationen, Spitäler oder Organisationen im Eigentum von Krankenversicherern.

Je integrierter, umso effizienter

Zur Gewährleistung einer Integrierten Versorgung mit Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer genügen reine organisationsübergreifende Prozessoptimierungen kaum. Nicht alle Akteure sind zudem bereit und finanziell in der Lage, die damit verbundenen finanziellen Risiken zu tragen. Dies gilt nicht zuletzt dann, wenn Formen des «payment for performance» bzw. des «payment for results» Platz ergreifen sollen. Eine systematische Einordnung vermittelt dazu Überblickswissen: Die Darstellung von Shih et al. [3] zeigt die Zusammenhänge zwischen Produktionsstruktur, Tarifform und Qualitätssicherung in illustrativer Weise. Je integrierter ein Leistungssystem ist (horizontale Achse), desto besser ist es in der Lage, globale DRG-Pauschalen oder Integrierte Capitation-Modelle zu tragen (vertikale Achse



Heinz Locher

Abb. 1 Produktionsstruktur, Tarifform und Qualitätssicherung.



links). Zudem ist ein solches System auch bezuglich eines hohen Entschädigungsanteils von Outcome-Parametern (vertikale Achse rechts) tragfähig.

Die sich daraus ergebenden Einsichten decken sich vollständig mit den Anliegen von Porter [4] und Teisberg [5] bezuglich interinstitutioneller Komplexpauschalen und der Orientierung der Qualitätsmessung am Ende einer Behandlungsperiode bzw. bei chronisch Kranken pro Behandlungsperiode – über die Grenzen der beteiligten Leistungserbringer hinaus. Was das konkret bedeutet, zeigt Teisberg am Beispiel der Behandlungskette für chronische Nierenkrankheiten auf: Eine Kombination von Outcome-Messungen mit einer Neuorientierung von Ärzteteams als integrierte Behandlungszentren würde nicht nur den Patientennutzen markant steigern, sondern auch zusätzliche Erträge und Erfahrungsgewinn für die Leistungserbringer ermöglichen (S. 73ff.).

Solche bereichsübergreifenden Managed-Care-Modelle sind für verschiedenste Patientengruppen realisierbar. Auf Initiative des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) wird gegenwärtig ein derartiger Ansatz für HIV-Patienten erforscht und anschliessend erprobt. Falls er gelingt, bedeutete dies einen weiteren Meilenstein in der auch aus

internationaler Sicht äusserst innovativen und erfolgreichen Handhabung der HIV-Problematik durch das BAG.

Literatur

- 1 Beck, Konstantin, Die Sorge der Politik um die Zusammensetzung des MC-Kollektivs ist übertrieben, in *infosantesuisse* 9–10/10, S. 4–7.
- 2 W. Oggier hat schon früh auf die Bedeutung der Wahlfreiheit im Zusammenhang mit der Managed-Care-Vorlage hingewiesen: Oggier Willy, *Macht duales Modell Schule?*, datamaster, Edition 4, September 2008, S. 9 ff.
- 3 Shih A. et al, *Organizing the U.S. Health Care Delivery System for High Performance*, The Commonwealth Fund, New York Aug 2008, p 21.
- 4 Porter, Michael A., *What Is Value in Health Care?*, *N Engl J Med* 363;26 *nejm.org*, December 23, 2010, p 2477–81.
- 5 Teisberg, Elizabeth Olmsted, *Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen*, Zürich 2008.

Korrespondenz:

Heinz Locher, Dr. rer. pol.

Postfach 266, 3000 Bern 15

heinz@locher-bern.ch

«Nicht Jahre, sondern Jahrzehnte»

Fragen an Heinz Locher zum gemeinsamen Buch mit Hans Heinrich Brunner

Care Management: *Gemeinsam mit dem im Frühjahr 2010 verstorbenen Hans Heinrich Brunner haben Sie ein Buch über das Schweizerische Gesundheitssystem geschrieben, das praktisch ohne Zahlen und Tabellen auskommt, dafür mit pointierter Kritik an der Selbstzufriedenheit der Protagonisten des angeblich «besten Gesundheitssystems der Welt» aufwartet. Was wollen Sie damit erreichen?*

Heinz Locher: Mit einer praxisbezogenen Schau auf seine Stärken und Schwächen wollten wir einen Beitrag zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems leisten. Zu diesem Zweck hinterfragten wir dessen Mechanismen, die darin tätigen Akteure und deren möglichen Beweggründe und leuchteten dabei auch Räume aus, die hochbedeutsam sind, aber kaum je im gesundheitspolitischen Diskurs aufscheinen. Die Themenauswahl ist subjektiv, aber nicht zufällig, und erhebt keinen Anspruch auf «enzyklopädische» Vollständigkeit. Daraus ergab sich auch der Untertitel «Feststellungen, Anregungen und Lösungsvorschläge», verbunden mit Hinweisen auf Handlungsachsen und Optionen. Das Buch steht damit in einer Tradition unbestechlicher kritischer Aufklärung, der wir uns beide stets verbunden fühlten. Der Fokus auf Systeme, Werthaltungen und die «langen» Entwicklungswellen führte konsequenterweise zum Verzicht auf die Nennung ohnehin rasch veraltender «aktueller» Zahlen.

Im Kapitel 6 übertragen Sie die Prinzipien der «Evidence Based Medicine» auf das Gesundheitssystem als Ganzes und stellen im Titel die Frage: «Ist ein Gesundheitssystem für die Schweiz denkbar, in dem nur wissenschaftlich fundierte, nutzenstiftende Behandlungen durchgeführt werden?». Die Antwort habe ich nicht gefunden. Ist das Absicht?

Der Aufbau unseres Buches ist dem einer Bogenbrücke vergleichbar. Die zwei Fundamente sind das zu Beginn stehende Kapitel über das Gesundheitswesen als komplexes System mit den sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen bezüglich seiner Nichtplanbarkeit einerseits, das gegen Schluss stehende Kapitel über Ordnungspolitik, Wettbewerb und Regulierung. Die Antwort auf die genannte Frage ergibt sich im Zusammenspiel dieser beiden Aspekte mit den WZW-Bestimmungen. Sie lautet «Im Prinzip ja» – was nicht als Reverenz an Radio Eriwan verstanden werden soll, sondern als Hinweis darauf, dass hierfür verschiedene Voraussetzungen gegeben sein müssten, die in der Schweiz (noch?) weitgehend fehlen. Der Aufbau eines wirksamen Systems von Regulatoren und Regula-

tionsprozessen könnte angesichts der politischen Entscheidungsprozesse in der Schweiz nicht Jahre, sondern Jahrzehnte benötigen – ein von der Sache her eigentlich nicht akzeptabler Zeithorizont.

Das Krankenversicherungsgesetz verlangt in Art. 32 Abs. 1, dass die durch die obligatorische Grundversicherung vergüteten Leistungen «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sein müssen. Sie trauen den zuständigen Behörden nicht zu, die Einhaltung dieses «WZW-Kriteriums» zu überprüfen und sicherzustellen. Woran liegt das?

Nebst einer fehlgeleiteten politischen Kultur, in welcher sich die politischen Entscheidungsträger chronisch überschätzen, liegt der Hauptgrund in der fehlenden Trennung der heute im Bundesamt für Gesundheitswesen vermischten Aufgaben der Politikberatung einerseits, der rein fachorientierten Regulierung andererseits. Dieser Missstand hat sich in jüngster Vergangenheit bei den Vorgängen um Billigkassen, Prämiedumping und fehlenden Reserven in geradezu dramatischer Weise manifestiert. Wie man ihn beheben könnte, legen wir im Buch dar.

In diesem Kapitel hätte ich auch einen Abschnitt über Managed Care und Versorgungsnetze erwartet. Sehen Sie hier Potential für die Überwindung von Hindernissen auf dem Weg zu einem «evidenzbasierten Gesundheitswesen»?

Wir beurteilen Managed Care und Versorgungsnetze im Buch sehr positiv, haben unsere Haltung dazu aber im Kapitel «Walmart oder das Ende der Cottage-Industrie» dargelegt. Managed-Care-Organisationen stellen aus unserer Sicht auch einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Produktionsstruktur und Stärkung der Risikotragfähigkeit der Leistungserbringer dar – beides Voraussetzungen zum Einsatz neuer Formen der outputbezogenen Leistungsfinanzierung.

Interview: Anna Sax



Brunner, Hans Heinrich
Locher, Heinz
Die Schweiz hat das beste Gesundheitssystem – hat sie das wirklich?
Feststellungen, Anmerkungen und Lösungsvorschläge
EMH Schweiz. Ärzteverlag, 2011
ISBN: 978-3-03754-054-1
Preis: 35.00 CHF