

# Managed Care sinnvoll fördern

## Managed Care in der Revision des KVG

**Welches sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Managed Care in der Schweiz? Wieweit kann die Managed Care durch Gesetzesänderungen gefördert werden? Der Leiter der Abteilung Kranken- und Unfallversicherung des Bundesamts für Gesundheit nimmt Stellung.**

**Fritz Britt**

Die Verbreitung der Managed Care in der Schweiz stagniert seit etwa fünf Jahren. Deshalb ist in politischen Kreisen unbestritten, dass Wege gefunden werden müssen, um die vielen Formen von Care Management zu fördern und die Vorteile von Care Management im Bereich von Kostenentwicklung und Qualität im Gesundheitswesen noch vermehrt nutzbar zu machen.

### Aktuelle Situation

Das geltende Krankenversicherungsgesetz KVG sieht bezüglich Managed Care in den Artikeln 41 (Absatz 4) und 62 (Absätze 1 und 3) eine sehr liberale Lösung vor (siehe *Kasten*); basierend auf diesem Gesetz können grundsätzlich sämtliche Formen von Care Management in besondere Versicherungsformen eingebracht werden. Das KVG geht also in der Zahl der Möglichkeiten weit

über Hausarztssysteme oder HMO-Organisationen hinaus und bietet Krankenversicherern und Leistungserbringern bereits heute einen grossen Gestaltungsfreiraum. Dieser Freiraum wird aber nur zögerlich genutzt.

Allerdings hat auch das Gesetz einige Schwächen, die in der kommenden Revision ausgeglichen werden sollen. Die Überlegungen des BAG im Hinblick auf diese Gesetzesrevision werden im Folgenden vorgestellt.

### Was ist Managed Care?

Wenn das KVG und die Managed Care weiterentwickelt werden sollen, müssen zunächst noch einige Abgrenzungen vorgenommen werden. Ohne Managed Care neu definieren zu wollen, ist doch festzuhalten, dass es im Kern um das Management des Versicherten und/oder des Patienten geht. Es geht also um Gesundheitsverhalten und darum, auf den Therapieplan des Patienten über die ganze

«Damit solche Risiken eingegangen werden, braucht es auch einen gesetzlichen Rahmen, der sicherstellt, dass sich Management lohnt.»

Behandlungskette hinweg Einfluss zu nehmen. Und zwar aktiv und explizit, in der Regel im Rahmen eines Vertrages mit einem oder mehreren Versicherern. Definitiv keine Managed Care sind so genannte «Hausarztmodelle» einer ganzen kantonalen Ärztesellschaft; hier fällt



Fritz Britt

nämlich das Element des Managements weg. Ebenfalls nicht um Managed Care handelt es sich bei der Bonusversicherung oder der Versicherung mit freiwillig erhöhter Franchise. Auch wenn diese Versicherungsformen allenfalls zu Verhaltensänderungen von Versicherten führen können, fehlt doch die Einflussnahme auf den Therapieplan, das Element des Managements. Es handelt sich hierbei also um Versicherungsformen mit modifizierten Finanzierungsformen, aber nicht um Managed Care.

### Was heisst «Managed Care fördern»?

Managed Care zu fördern bedeutet grundsätzlich, Freiraum zu gewähren für neue Behandlungs-, Management- und Versicherungsformen. Leistungserbringer, die sich in Managed-Care-Strukturen begeben, übernehmen zusätzliche Verantwortung; sie gehen ein unternehmerisches Risiko ein. Krankenversicherer, die solche Versicherungsmodelle anbieten und entsprechende Ver-

Kasten:

### Die heutigen gesetzlichen Grundlagen

Im geltenden Krankenversicherungsgesetz KVG finden sich die folgenden Angaben zu besonderen Versicherungsformen/Managed-Care-Modellen:

#### Artikel 41 KVG, Absatz 4:

Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 2<sup>1</sup> gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.

#### Artikel 62 KVG (Besondere Versicherungsformen), Absätze 1 und 3:

Absatz 1: Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 vermindern.

Absatz 3: Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.

träge abschliessen wollen, müssen neue langfristige Geschäftsbeziehungen eingehen und stehen aufgrund der Erwartungen der Versicherten unter Erfolgsdruck: auch hier ein neues unternehmerisches Risiko. Damit solche Risiken eingegangen werden, braucht es vor allem unternehmerischen Freiraum – aber auch einen gesetzlichen Rahmen, der sicherstellt, dass sich Management lohnt und dass sich das unternehmerische Risiko auszahlt. So weit ist das KVG heute noch nicht.

Managed Care fördern heisst also nicht nur, den nötigen Freiraum zu gewähren, sondern auch, Anreize so zu setzen, dass sich Managed Care

sowohl für Versicherer als auch für Leistungserbringer und für Patienten auszahlt – und zwar vor allem bei den chronischen und kostspieligen Krankheiten. Denn genau dort bringt Management neben einer günstigeren Kostenentwicklung in der Regel auch mehr Qualität für den Patienten. Zudem muss ein Managed-Care-Netzwerk Verhandlungsspielraum haben. Das Netzwerk muss mit allen externen Leistungserbringern, welche Leistungen für seine Managed-Care-Patienten erbringen, die Preise/Tarife aushandeln können. Die Budget- und Therapieverantwortung für die ganze Behandlungskette bedingt nämlich selbstverständlich auch ein teilweises Outsourcing.

### Gesetzesrevision – Überlegungen des BAG

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als federführendes Amt prüft in den Arbeiten zur Formulierung der Revision des KVG eine Vielzahl von Elementen:

In der Gesetzesrevision, die im vergangenen Jahr gescheitert ist, wurde das Ärztenetzwerk als besondere Versicherungsform näher umschrieben. Nun wird geprüft, ob die damals gewählte etwas konkretere Umschreibung mit Begriffen wie «Managed-Care-Modell», «Budgetverantwortung» und «gesamte Behandlungskette» tatsächlich geeignet ist, diese Art von Therapieverantwortung und Versicherungsmodell zu fördern und neue Impulse zu geben. Indem stattdessen das Bestehen von Vertragsverhältnissen zwischen

«Das Netzwerk muss mit allen externen Leistungserbringern die Preise/Tarife aushandeln können.»

dem Leistungserbringer und dem Versicherer sowie unter Leistungserbringern betont wird, soll sowohl den Versicherern wie auch den Betreibern von Managed-Care-Organisationen mehr Freiheit eingeräumt werden. Dabei ist unter Fachleuten

unbestritten (auch wenn aus politischen Gründen andere Meinungen vertreten werden), dass das Vertragsprinzip bei gleichzeitiger konse-

«Als eine Art Zwischenlösung bietet sich die unterschiedliche Ausgestaltung der Kostenbeteiligung an.»

quenter Aufhebung des Kontrahierungszwangs die Weiterentwicklung und Verbreitung von Managed Care unterstützt.

Bei den Versicherungsverträgen ist zudem vorgesehen, Vertragsdauern von über einem Jahr zu ermöglichen, damit auch eine längerfristige Verhaltensänderung in eine vertragliche Verpflichtung eingebaut werden kann. Und der Anreiz für das Eingehen eines Versicherungsvertrages im Sinne der Managed Care soll nicht ausschliesslich in einer tieferen Versicherungsprämie bestehen dürfen, sondern auch in einer tieferen Kostenbeteiligung oder in einer Rückvergütung nach Abschluss des Rechnungsjahres.

Bei allen Änderungsüberlegungen ist zu beachten, dass es sich bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung noch immer um eine Versicherung mit versicherungstechnischen Ausgleichselementen (Einheitsprämie und Risikoausgleich) handelt, und um eine Versicherung, die nicht alle Leistungen des Gesundheitswesens abdeckt. Schliesslich ist durchaus auch zu berücksichtigen, dass mehr Freiraum einzuräumen nicht unbedingt heissen muss, noch mehr gesetzliche Bestimmungen zu formulieren.

### Anreize für Managed Care

Eine Schwierigkeit bei der Gestaltung der Anreize besteht darin, dass es sich nicht auszahlen darf, weder für den Leistungserbringer noch für den Versicherten oder Patienten, sich nicht in einem Managed-Care-Modell zu engagieren beziehungsweise zu versichern. Zugleich kann es aber wohl nicht angehen, die Basisform der obligatorischen Krankenversi-

<sup>1</sup> Der Absatz 2 des Artikels 41 nennt die Bedingungen für die Leistungs-Inanspruchnahme ausserhalb des Wohnkantons.

cherung generell unattraktiv zu machen. Als eine Art Zwischenlösung bietet sich die unterschiedliche Ausgestaltung der Kostenbeteiligung an: Durch die Erhöhung der Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die Flexibilisierung bei der freiwillig erhöhten Franchise wird Freiraum geschaffen, um diese Elemente vermehrt in die Ausgestaltung des Managed-Care-Versicherungsmodells einzubeziehen.

Dagegen zielt ein Obligatorium von Managed Care in eine völlig falsche Richtung. Ein flächendeckendes schweizerisches Managed-Care-Modell verliert sowohl die Vorteile des Care Managements wie auch die Anreizwirkung. Und es verursacht höhere Administrativkosten. Denk-

bar ist einzig eine Lösung, die den Versicherer verpflichtet, überall dort, wo er die obligatorische Krankenversicherung anbietet, auch irgendein Versicherungsmodell mit Managed Care anzubieten. Bessere Rahmenbedingungen für eine künftig breitere Entwicklung von Managed Care sind aber solchen eher etatistischen Lösungen vorzuziehen.

### Den Vorsprung nicht aufgeben

Die Schweiz tut gut daran, ein eigenständiges Verständnis von Managed Care zu entwickeln. Wir sind international in der Entwicklung von Care Management und besonderen Versicherungsmodellen ohnehin schon ganz vorne mit dabei. Dabei können wir künftig getrost die Entwicklungen in den Vereinigten Staaten aus-

ser Acht lassen, denn die Verhältnisse der USA sind weder auf Europa noch auf die Schweiz übertragbar. Und: Auf die Verhältnisse in den USA zugeschnittene Studien sagen über die künftige Entwicklung von Managed Care in unserem Land kaum etwas aus. Die Schweiz ist auch in dieser Diskussion dem Rest Europas mindestens zehn Jahre voraus; wir sollten diesen Vorsprung nicht aufgeben. ■

**Autor:**

**Fritz Britt**

Fürsprecher

Leiter Kranken- und

Unfallversicherung

Bundesamt für Gesundheit

Effingerstrasse 20

3003 Bern

## Managed Care in der KVG-Revision – den Paradigmenwechsel ermöglichen

**Ist die Politik bereit, Managed Care durch veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen zu fördern? – Stellungnahme eines SP-Nationalrats.**

**Jost Gross<sup>1</sup>**

**M**anaged Care ist ein Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen. Leistungserbringer und Versicherer übernehmen eine gemeinsame Kostenverantwor-

tung, statt sich gegenseitig den Schwarzpeter, das heisst die Schuld an der Kostenexplosion, zuzuschreiben. Ist es sinnvoll, einen solchen Paradigmenwechsel auf dem gesetzgeberischen Weg voranzutreiben?

### Drei gesundheitspolitische Optionen

Die überdurchschnittliche Kostenentwicklung in der sozialen Krankenversicherung ist eine Realität, und es ist auch nicht länger zu bestreiten, dass sie in einer engen Relation zur Versorgungsdichte (Ärzte- und Spitalbettendichte) steht. Es kann zwar sinnvoll sein, das Nachfrageverhalten durch wirtschaftliche Anreize (z.B. differenzierten Selbstbehalt) zu beeinflussen. Viel wichtiger aber ist die Angebotssteuerung. Im



Jost Gross

stationären Bereich sind entsprechende Massnahmen (Spitalplanung und Globalbudgets in öffentlichen

<sup>1</sup> Dr. iur. Jost Gross ist zurzeit als Hochschuldozent, als Rechtsanwalt und als Nationalrat (SP) tätig. Im Parlament vertritt er die sozialdemokratische Partei in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit sowie in der Staatspolitischen Kommission des Nationalrats.

Spitälern) zum Teil schon institutionalisiert. Dagegen sind im *ambulant* Bereich, gegenüber privaten Leistungserbringern, steuernde oder planerische Massnahmen viel schwieriger durchzusetzen. Hier muss sich der Staat in der Regel damit begnügen, Rahmenbedingungen oder Anreizstrukturen zu setzen.

Für den ambulanten Bereich bleiben deshalb nur drei gesundheitspolitische Optionen:

■ Auf der einen Seite eine Bewirtschaftung oder Kontingentierung medizinischer Leistungen durch Globalbudgetierung von oben nach unten, durch eine Positivliste oder durch die Einschränkung des Pflichtleistungskatalogs. – Das wäre offene Rationierung.

■ Auf der andern Seite die völlige Freigabe der Leistungserbringung nach dem Marktmechanismus, wie in den USA. – Das führt meines Erachtens geradewegs in die Zwei- oder Dreiklassenmedizin.

■ Bleibt der goldene Mittelweg: Leistungserbringer und Versicherer sind gemeinsam für eine angemessene Kostenentwicklung verantwortlich, das heisst, Überborden führt ohne weiteres zu sinkenden Tarifen. – Dieser Weg scheint mir der einzige politisch gangbare zu sein.

Gemeinsame Kostenverantwortung verlangt von allen Partnern ein Umdenken, vor allem von den Ärztinnen und Ärzten. Sie müssen sich von einer primär berufsständischen Rolle der Interessenwahrung emanzipieren. Die volkswirtschaftliche Gesamtverantwortung vermittelt den ärztlichen Leistungserbringern aber auch zusätzliche Kompetenzen und Optionen. Dies gilt vor allem für Managed-Care-Modelle in der Art integrierter Versorgungsnetze, in denen sich die Ärztinnen und Ärzte im Gatekeeping oder im Case Management engagieren können. Müssen solche Netze alle grundversicherten Leistungen anbieten, so sind sie zudem geeignet, die föderalistische Begrenzung auf kantonale Versorgungse-

bierte zu sprengen – mit dem Ziel, kantonale Überkapazitäten zu vermeiden und in regionalen Spitalregionen zu denken und zu planen. Das wäre ein erster Schritt zur Schaffung eines Gesundheitsleistungsmarktes Schweiz.

### Aktueller Stand der gesundheitspolitischen Diskussion

Im ambulanten Bereich scheint die gemeinsame Kostenverantwortung der Leistungserbringer und der Kostenträger im Sinne von Managed Care also die einzig mögliche Antwort auf die überdurchschnittliche Kostenentwicklung zu sein. Wie aber steht die Politik zu Managed Care?

Die gescheiterte zweite KVG-Revision hat Managed Care, bei aller Kritik in Teilpunkten, als Modell der Qualitätssicherung und der Mengen- und Kostenlenkung konsensfähig gemacht. Sie hat die notwendigen staatlichen Rahmenbedingungen so formuliert:

■ Die Netze müssen alle grundversicherten Leistungen anbieten, unter Einschluss der Spitalbehandlung.

■ Damit sprengen sie die kantonalen Grenzen und werden zu regionalen Netzen. Innerhalb des Netzes muss die ausserkantonale Hospitalisation problemlos möglich sein.

■ Netze bedeuten zunächst eine Beschränkung der freien Arztwahl. Es müssen deshalb Anreize für alle Partner im Gesundheitswesen bestehen, sich einem Netz anzuschliessen. Für die PatientInnen können diese Anreize zum Beispiel durch gesicherte Qualitätsstandards, durch Prämienverbilligung und durch differenzierten Selbstbehalt geschaffen werden.

■ Managed Care ist nur mengenregulierend wirksam, wenn Versicherer und Leistungserbringer eine gemeinsame Kostenverantwortung übernehmen.

Natürlich sind nicht alle Fragen in diesem Zusammenhang beantwortet:

■ Der Begriff der gemeinsamen Budgetverantwortung muss konkretisiert werden.

■ Netze dürfen nicht Instrumente der Risikoselektion sein.

■ Es muss ein kreativer Wettbewerb unterschiedlich ausgerichteter Netze in der gleichen Region möglich sein. Es ist unerwünscht, durch Netzkartelle aller Leistungserbringer den Status quo einfach nur zu bewahren. In Landregionen ist es schwieriger als in städtischen Agglomerationen, mehrere konkurrierende Modelle aufzubauen; zumindest sind die durch das Kartell- und Wettbewerbsrecht gesetzten Schranken überall beachtlich<sup>2</sup>.

Der Bundesrat hat schon angekündigt, Managed Care als Reformprojekt weiterzuverfolgen. Dabei sollen die notwendigen Retuschen und Verfeinerungen erfolgen.

### Zieldefinition

Abschliessend ist ein grosses Missverständnis zu klären. *Niemand* will durch die Gesetzesrevision funktionierende Managed-Care-Modelle sofort flächendeckend verordnen. Vielmehr geht es darum, diese kleine Revolution im Gesundheitswesen durch staatliche Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen möglich zu machen. Eine solche Revolution braucht Zeit. Fernziel ist es, aus den kleinen erfolgversprechenden Oasen das dominante Modell der Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Versicherern zu machen. Damit kann das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zwar kaum gestoppt, aber im Trend korrigiert werden. ■

**Autor:**

**Dr. iur. Jost Gross**

Gross, Linder & Partner

Rechtsanwaltsbüro

Haus Washington

Rosenbergstrasse 22

9000 St. Gallen

E-Mail: [info@glp-anwaelte.ch](mailto:info@glp-anwaelte.ch)

<sup>2</sup> Anmerkung der Redaktion: Zur Bedeutung des Kartellgesetzes für Ärztenetze siehe auch Artikel «Vom ärztlichen Recht auf Verträge» von Ueli Kieser und Tina Schleich (Seite 10 ff.).