

Managed Care – aber wer managed?

R. Mégroz

Alle wollen Kostensteuerung im Gesundheitswesen. Die heute praktizierte Entschädigung schafft auf Seiten der Anbieter* und Verbraucher keine Anreize zum sparsamen (optimalen) Mitteleinsatz. Managed-Care-Modelle und andere Lösungsansätze orientieren sich an einer «paternalistischen» Steuerung von «oben». Zur mündigen Handlungsfähigkeit müssten die Verbraucher mit ökonomischer Verantwortung ausgestattet werden.

Durch Anpassung des Selbstbehaltes an die heutigen ökonomischen Gegebenheiten und die Risikofähigkeit könnte ein taugliches Anreizsystem etabliert werden.

Einleitung

Steuerung kann grundsätzlich über regulierte oder selbstregulierende Mechanismen erreicht werden. Regulierende Eingriffe in kybernetisch komplexe Systeme, wie zum Beispiel eine Gesundheitsversorgung, bedingen exakte Kenntnisse vieler Parameter dieses Systems. Regulationen können langfristig zu nicht abschätzbaren, fatalen Folgen führen, wobei bruttosoziale Mehrkosten noch die harmlosesten wären. Beispielhaft wird uns dies in einigen Ländern (z. B. Dänemark, Deutschland) [1, 2] vor Augen geführt.

Selbstregulierende Mechanismen steuern flexibel über gesetzte Bedingungen. Änderungen der Parameter werden dabei verzögerungsfrei berücksichtigt. Ein Anreizsystem ist eine solche Bedingung. Ohne Anreizsysteme gibt es keine wirtschaftliche Steuerung. In unserem Gesundheitssystem existiert praktisch kein Anreizsystem. Es würde zum angemessenen Mitteleinsatz auf Verbraucher- und Anbieterseite motivieren. So entstünde ökonomische Mitverantwortung und Mündigkeit.

Managed-Care- und andere Modelle wollen im wesentlichen über eine Kostensteuerung durch die Leistungserbringer (Anbieter) Ausgaben sparen. Die Ansätze dieser Formen der Kostenkontrolle entstammen einem in der Medizin traditionell paternalistischen Denken. Die Patienten sind nicht wirklich aktive Teilnehmer. Der Arzt oder die Ärztin schliesst als Gatekeeper die Türe, wenn zuviel des Guten geflossen ist. Eine bewusst stark vereinfacht gehaltene Analogie veranschaulicht die Problemstellung: Weder der Bäcker noch meine Bank (oder gar seine) können für die Steuerung meines Brotkonsums zuständig sein.

Ursprünglicher Zweck der Versicherung war, medizinische Leistungen auch nicht Begüterten

zugänglich zu machen durch eine Solidarisierung der Kosten [3].

Heute geht es nicht mehr um diese Ziele. Die Jahresprämie für einen Erwachsenen kostet etwa den Preis eines Paketes Zigaretten pro Tag. Die Funktion der Krankenversicherung liegt darin, den einzelnen Menschen vor materieller Not infolge Krankheit zu schützen. Gemäss Risikotheorie kann die Risikofähigkeit des Erwachsenen heute höher veranschlagt werden.

Wer also soll managen?

«Manged care by patient» hiesse, dass Volljährige für die ersten 1400 bis 1600 Franken Gesundheitskosten selbst aufkommen. Diesen Betrag übersteigende jährliche Kosten werden versichert. Gleichsam mit politischer Verantwortung darf man von Volljährigen auch Verantwortung für die eigene Gesundheit erwarten. Für Minderjährige wird das System belassen oder sogar verbilligt.

Entscheidendes Merkmal dieses Managements: Der Leistungsbezug kann unmittelbar mit einer eigenen finanziellen Aufwendung korreliert werden. Dies aktiviert ganz entscheidend Nutzensüberlegungen und Prioritätsetzungen.

Damit wird mündige Mitverantwortung für die Versorgungsqualität in die Hände der Nutzniesser gelegt. Sie selektionieren letztlich die Ärzte, welche den gewünschten (mehrdimensionalen) Qualitätsanforderungen entsprechen. In ihrem Ermessen liegt es, Ersparnisse zu erzielen durch ein gesundheitsförderndes Verhalten. Prävention verliert ihren Status als Worthülse. Für den «Ernstfall» oder das Alter mit höherer Gebrechlichkeit sollen ferner materielle Vorkehrungen getroffen werden.

Berechnung

Die Berechnung durch einen Versicherungsmathematiker [4] ergibt eine reduzierte Prämie für Erwachsene von etwa Fr. 1500.– bis 1200.– (statt durchschnittlich rund Fr. 2100.–) pro Jahr bei einem flächendeckenden Selbstbehalt von Fr. 1400.– bis 1600.– [5]. Die maximal möglichen Kosten für ein Individuum fallen etwa gleich hoch aus wie bisher.

* Bei den gewählten Formulierungen sind beide Geschlechter gemeint.

1 in «checkup» Nr. 15, Informationsschrift der Ärztekasse.

2 Grossbritannien: «wenn Ärzte immer gegen die Zeit arbeiten», Tages-Anzeiger, 2. 9. 2002.

3 Biedermann P. Die Entwicklung der Krankenversicherung in der Schweiz. Inauguraldissertation 1955.

4 Berechnungen Dipl. math. ETH Hanspeter Schwarz, Executive MBA HSG; mit bester Verdankung.

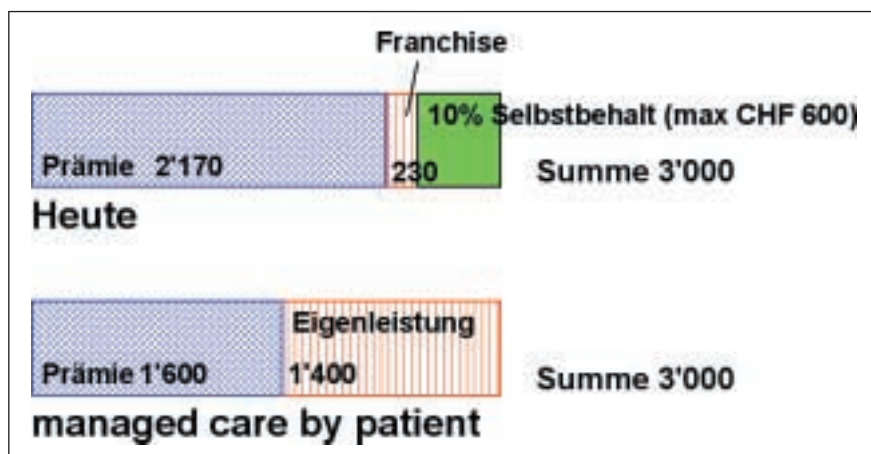
5 BSV. Statistik über die KV 1999. Annahme: gleichbleibende Höhe der Gesundheitskosten.

Korrespondenz:
Dr. med. René Mégroz
Untertor 39
CH-8400 Winterthur

E-Mail: r.mégroz@active.ch

Abbildung 1

Maximale Kosten für den Versicherten.



Änderungen für die Patienten

Belege werden selbst verwaltet und eingereicht im Falle der Berechtigung zum Leistungsbezug von der Versicherung (Vereinfachung der Bürokratie). Dieser Aufwand darf von Bürgern eines direktdemokratisch organisierten Landes, die überdies jährlich selbst eine Steuererklärung einreichen, erwartet werden. Bezüglich der Maximalkosten ändert sich nichts. Menschen mit einem schmalen Budget sollen wie heute zu Subventionen nach einem Holprinzip kommen. Es sollen aber keine buchhalterischen Nulleinkommen subventioniert werden.

Wird das Solidaritätsprinzip angetastet?

Das Solidaritätsprinzip spielt gleich wie heute ab dem Betrag des Selbstbehaltes. Bis zu dieser Höhe soll eben die Eigenverantwortung gestärkt werden. Nur sozial Bedürftige können ihre Gesundheitskosten durch die Gemeinschaft decken lassen. Im Falle von Krankheit wird ein schweres Schicksal durch die Gemeinschaft unverändert solidarisch getragen.

Sind chronisch Kranke oder alte Menschen diskriminiert?

Auf den ersten Blick scheinen chronisch kranke Menschen benachteiligt zu sein, da sie jährlich einen hohen Betrag auslegen müssen. Einerseits fallen die Gesamtauslagen für diese Patientengruppe nicht höher aus als jetzt. Andererseits ist die Unterscheidung in chronisch oder akut

Kranke artifizell. Über die Zeit betrachtet kann jeder eines Tages (chronisch) krank werden oder an Altersgebrechen leiden.

Chronisch Kranke werden überdies dazu motiviert, z. B. in Selbsthilfegruppen oder in spezifischen Vereinen (z. B. Diabetes), Autonomie zu erwerben.

Krankheit als Schicksal

Viele Krankheiten sind nur teilweise schicksalhaft, sondern eindeutige Folgen von Bewegungsmangel, zu vielem und falschem Essen, zu vielen Noxen, schädigenden Arbeitsplätzen, u. v. a. m. Diese gesundheitlichen Störungen sind unserem Einfluss zugänglich. Aber wo ist der Motor, all die schönen Worte aus den Fernsehsendungen, Gesundheitsblättern oder dem Mund der behandelnden Ärzte umzusetzen? Hier soll das Anreizsystem nachdrücklich helfen.

Droht Unterbehandlung?

Unterbehandlung als Folge der vermehrten Eigenverantwortung ist möglich. Mit der gleichen Berechtigung könnten wir uns bei der heutigen Sachlage Sorgen machen über eine teilweise Überbehandlung mit potentiell ebenso negativen Folgen (z. B. Antibiotika-Fehlindikationen).

Änderungen bei uns Ärzten

Dem Selektionsdruck durch unsere Patienten sollten wir uns ehrlicherweise stellen, statt eine Selektion weniger kompetenten Leuten zu überlassen.

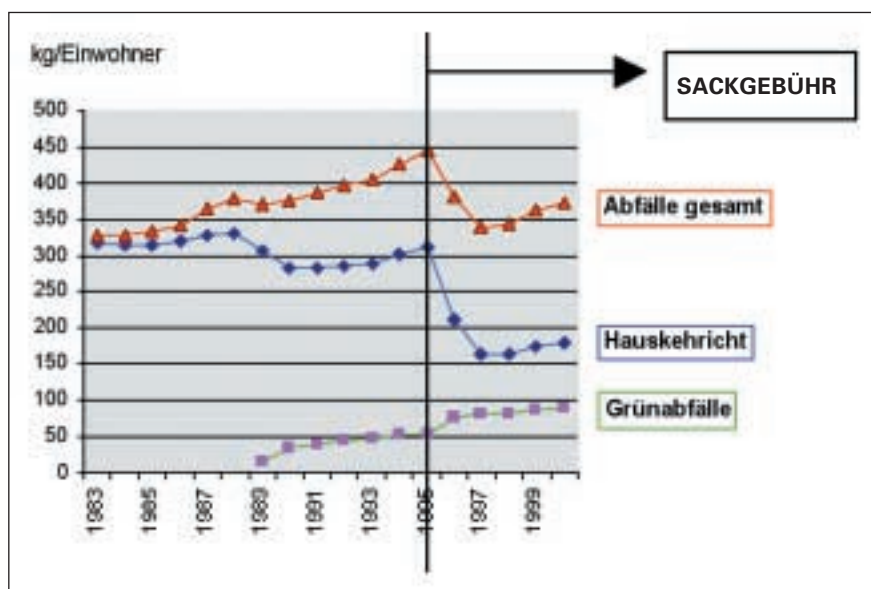
Bei den Tarifen könnte der «Markt» (wieder) Einzug halten. Der sogar unter TARMED stossende Stundenansatz (verglichen mit ähnlichen Berufsgruppen und deren Dienstleistungen) könnte situationsgerecht angepasst werden.

Die Diskussion über die Systeme «tiers garant» und «tiers payant» kann relativiert werden. Mehrheitlich stellt sich die Frage des «tiers» gar nicht. In erster Linie überprüft der Leistungsbezüger die Kosten auf Plausibilität.

Fundierte Kenntnisse in ökonomischen Zusammenhängen ärztlicher Handlungen müssen bei den Ärzten vorausgesetzt werden. Folglich müsste ein Schwerpunkt in der Grundausbildung zukünftiger Ärztegenerationen vermutlich statt bei der Physik unter anderem bei Gesundheitsökonomie liegen.

Abbildung 2 (als Anschauungsbeispiel eines Anreizsystems).

Die Kehrichtmenge aus den Haushalten geht drastisch zurück. Zunehmende Grünabfälle (und andere Recyclingstoffe, hier nicht abgebildet). Die Entwicklung der Gesamtabfälle zeigt ebenfalls sinkende Kurventendenz [6].



Eine ebenfalls zu erwartende deutliche Reduktion von Versicherungsanteilen wird uns endlich mehr Zeit für unsere eigentliche ärztliche Tätigkeit geben.

Wir werden von der Steuerungsfunktion entlastet, deren Zuständigkeit wir als nicht primär ärztliche Aufgabe ablehnen sollten.

Änderungen für die Versicherungen

Bei den Versicherern kann der Verwaltungsaufwand voraussichtlich markant reduziert werden.

Die in letzter Zeit von den Versicherungen und anderen Gruppierungen entdeckte Berufung zur Selektion ärztlicher Leistungserbringer fällt weg, dies tun die Zuständigen, nämlich die Patienten. Die Diskussion um die Auflösung des Kontrahierungszwangs können wir abschliessen. Die selektionierten Ärzte erfüllen sämtliche geforderten Kriterien. Die Praktik der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch das Konkordat entfällt.

Weitere zu erwartende Folgen

Generika werden begehrt sein, Konsumenten bestehen auf deren Verschreibung. Viel weniger Medikamente werden im Abfall enden.

Therapeuten verschiedenster Richtungen werden weniger, aber motiviertere Patienten sehen.

In einem gewissen Sinn könnte durch flexiblere Tarife die hier und da geforderte soziale Kostenumverteilung stattfinden. Sozial schlecht positionierte Menschen könnten sehr billig oder gelegentlich kostenlos behandelt werden.

Anschauungsbeispiel eines Anreizsystems siehe Abbildung 2

Veranschaulichung der Leistungsfähigkeit eines Anreizsystems. Die Vergleichbarkeit mit dem Gesundheitswesen ist spekulativ. Insbesondere sei hier betont, dass keineswegs das Abfuhrwesen mit dem Gesundheitswesen verglichen werden soll. Es geht um das Anreizsystem: Durch eine neueingeführte Kehrichtsackgebühr konnte der Konsument nun seine Kosten mit seinem Verhalten assoziieren. Es gibt eine zwingende Motivation, Abfall zu vermeiden oder zu trennen. Die Zahlen von Winterthur belegen eine eindruckliche Reduktion der Hauskehrichtmenge um rund die Hälfte! Die Erteilung von Finanzkompetenz hat entscheidende steuernde Wirkung. Es wäre naiv zu erwarten, jeder Konsument würde aus freien Stücken oder aus Einsicht ökologisch denken und handeln. Das tun nur ein paar Idealisten. Für eine flächendeckende Wirkung braucht es ein wirksames Anreizsystem.

Vergleich dieses Modells mit anderen aktuellen Vorschlägen

Verschiedene Vorschläge [7–9] zur Steuerung der Kosten in unserem Gesundheitswesen liegen vor. Man vermisst jeweils die Installation eines angemessenen Anreizsystems. Die paternalistischen Strukturen bleiben erhalten. So dürfen keine relevanten Verhaltensänderungen erwartet werden. Zur Umverteilung der Gesundheitskosten wird vorgeschlagen, die Prämien einkommensabhängig zu gestalten. Die Einflechtung der Steuerämter für die Prämienzahlungen fördert kostspielige Bürokratie und generiert wohl auch juristische Reibungswärme. Besserverdienende würden zweimal bezahlen (höhere Steuern plus höhere Prämien). Weitere Ideen erlauben den Weg zu Spezialisten nur über den Gatekeeper (Grundversorger) [8]. Solche aliberalen Ansinnen zementieren gar die paternalistische Haltung. Zur Umsetzung ist ein erheblicher, teurer Kontrollaufwand notwendig. Jegliche regulativen Massnahmen sind in ihren langfristigen Folgen schwer abschätzbar, wie eingangs angedeutet.

6 Quelle Städtische Werke Winterthur, mit bester Verdankung.

7 Pauli D. Franchisen statt Prämien. *ars medici* 2001;4:170-4.

8 FDP-Medizin mit Bremswirkung. *Tages-Anzeiger*, 26. 1. 2002, und *FACTS* Nr. 9, 28. Februar 2002.

9 Prof. Zweifel. Höhere Prämien für die Kranken. *Tages-Anzeiger*, 29. 1. 2002.

Schlussbemerkung

Niemand ist gerne krank. Wir Hausärzte sehen oftmals wenig Motivation der Patienten, selbst etwas für die eigene Gesundheit zu leisten. Zum Beispiel Rückenschmerz. Physiotherapie ist attraktiver, als Übungen zu Hause durchzuführen. Der finanzielle Anreiz könnte hier nachhaltig positiv wirken.

Den Selbstbehalt zu erhöhen ist natürlich keine neue Idee. Die Berechnung der konkreten Zahlen lässt aber doch Chancen erwarten, dass ein angemessenes Anreizsystem die Lösung vieler unserer Probleme im Gesundheitswesen in einem guten Sinn unter Wahrung erdenklich vieler Interessen ermöglichen könnte. «Managed care by patient» wäre ehrlich und transparent ohne Mehrkosten. Zur Kostensteuerung wäre es eine unter anderen denkbare Massnahme. Es könnte verhältnismässig einfach eingeführt werden.