

# Kosten- und Qualitätsmanagement: ein Muss für die HMO-Praxis, immer wichtiger auch für die konventionelle Praxis

**Mit zunehmender Grösse einer Gruppenpraxis nimmt auch die Bedeutung des Managements zu. Sind diesbezüglich Unterschiede zwischen HMO-Zentren und konventionellen Gruppenpraxen feststellbar? Unsere Betrachtung zeigt: Es gibt nach wie vor HMO-spezifische Managementaufgaben. Auch konventionell tätige Ärztinnen und Ärzte können sich diesen Aufgaben aber immer weniger entziehen.**

**Kurt Hess<sup>1</sup>, Urs J. Philipp**

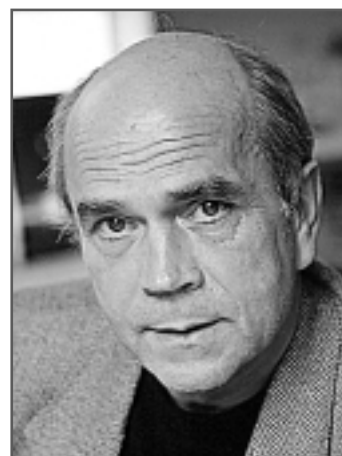
Die praktizierte Medizin und die Managementverantwortung stellen zwei Kulturen dar, die nur beschränkt miteinander kommunizieren. Die Notwendigkeit einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit hat jedoch insbesondere durch das Aufkommen von Managed Care sukzessive zugenommen. Seit dem Aufbau der ersten HMO-Praxis in der Schweiz (1990) und der Gründung der ersten Managed-

Care-Organisation (MCO)<sup>2</sup> hat sich zwischen der Ärzteschaft und den Versicherern ein Podium für diesen Dialog etabliert.

In den Anfangsjahren wurde noch versucht, die betriebswirtschaftlichen und medizinischen Managementaufgaben konsequent nach Verantwortlichkeiten zu trennen. Heute wissen wir, dass diese Trennung weder möglich noch der notwendigen Kooperation förderlich ist: Gerade in einer HMO, und noch mehr mit dem Aufkommen von ärzteigenen Modellen, sind die beiden Verantwortlichkeiten untrennbar gekoppelt und übertragen dadurch dem Praxisleiter neue, zusätzliche Aufgaben.

## Versuch einer Definition

Das klassische Muster einer HMO ist auf den Charakteristika Capitation<sup>3</sup>, Gatekeeping<sup>4</sup> und medizinisches Controlling<sup>5</sup> aufgebaut. Der Angestelltenstatus der Ärzteschaft sollte das paradoxe Anreizsystem des Einzelleistungstarifs neutralisieren. Damit befand sich insbesondere die Praxisleitung in der schwierigen Lage, die sich teilweise widersprechenden Postulate einer umfassenden und menschlichen Medizin und



Kurt Hess



Urs J. Philipp

eines konsequenten ökonomischen Denkens und wirkungsvollen Controllings zu verbinden. Die Capitation musste für die gesamte Versorgung reichen, die medizinische Qualität und die Patientenzufriedenheit sollten überdurchschnittlich sein: die perfekte Quadratur des Kreises, die zudem unter einem erheblichen Erfolgsdruck stand. Inzwischen haben sich aus den klas-

<sup>2</sup> Managed Care Organization (MCO): Unternehmen oder Institutionen, die Modelle und Steuerungselemente von Managed Care zugunsten der Leistungserbringer und/oder der Versicherer anbieten und die finanziellen Risiken für beide Partner reduzieren.

<sup>3</sup> Capitation («Kopfpauschale»): Vergütungsform für die Vergütung der Leistungserbringer durch die Versicherer oder die MCO. Im Voraus festgelegter Betrag für die gesamte medizinische Versorgung eines Versicherten, ob gesund oder krank.

<sup>4</sup> Gatekeeping: Funktion des Hausarztes, der (von Notfällen abgesehen) den Zugang zur fachärztlichen und stationären Versorgung steuert und koordiniert.

<sup>5</sup> Medizinisches Controlling: Summe der ärztlichen Massnahmen zur Steuerung der medizinischen Leistungen nach Gesichtspunkten der Qualitätssicherung und der Kostenkontrolle.

<sup>1</sup> Kurt Hess war am Aufbau der ersten HMO in der Schweiz – des SanaCare-Gesundheitszentrums – beteiligt und war lange Zeit als Praxisleiter in dieser HMO tätig; daneben war er Leiter des Bereichs HMO bei der Managed-Care-Organisation HMO. Heute arbeitet er als selbstständiger Berater unter anderem für die SanaCare.

sischen HMO-Systemen Modelle verschiedenster Ausgestaltung und von verschiedenstem Vernetzungsgrad entwickelt. Die Stichworte sind heute «Risikobeteiligung» seitens der Ärzteschaft (bis hin zu ärzteigenen Praxen) und «Total Quality Management» (bis hin zu Zertifizierungen von unabhängiger Seite). Damit wird die anfangs klare Definition des Begriffs HMO immer mehr verwischt. Zunehmend entstehen auch Mischformen zwischen HMO-Zentren und konventionellen Gruppenpraxen: Praxen, in denen gleichermaßen HMO- und Nicht-HMO-Patienten versorgt werden. Geblieben sind all diesen Modellen lediglich die mindestens teilweise Finanzierung über Behandlungspauschalen und ein unterschiedlich ausgeprägtes Gatekeeping. Und geblieben ist die ärztliche Autonomie in medizinischen Entscheidungen als Maxime, von der sich einige US-Modelle bereits bedenklich wegentwickelt haben.

### Die Capitation als entscheidendes Merkmal

Das System der Capitation generiert wohl die häufigsten und komplexesten HMO-spezifischen Managementaufgaben. Die Verfügbarkeit eines fixen Betrags für jeden Versicherten (ob gesund oder krank) erfordert einen kostenbewussteren Umgang in jedem einzelnen Fall und auch eine Anpassung der organisatorischen und personellen Entscheidungen an die relative Beschränktheit des Budgets.

Im *Kasten* sind die zentralen HMO-spezifischen Managementaufgaben der Praxisleitung aufgeführt, die hier einer kurzen Betrachtung unterzogen werden sollen. Damit obliegt der ärztlichen Leitung nicht nur die anspruchsvolle und unbestritten prioritäre Aufgabe der medizinischen Versorgung und Betreuung, sondern es kommt ihr zudem eine gewisse vertrauensärztliche Funktion im Interesse des Kostenträgers zu.

Daneben fallen einige weitere gewichtige Aufgaben an, die in der Regel zentralisiert, etwa in einer Managed-Care-Organisation, wahrgenommen werden:

Kasten:

#### HMO-spezifische Managementaufgaben der ärztlichen Praxisleitung:

- Planung und Budgetierung
- medizinisches (und betriebswirtschaftliches) Controlling
- PPO und Make-or-Buy
- Personalrekrutierung
- Disease und Case Management
- Qualitätsmanagement

- Verhandlung der Capitation
- Finanz- und Rechnungswesen
- Akquisition von Versicherern
- Datenanalyse
- Verhandlungen mit Politik und Verbänden.

Konsequente *Planung und Budgetierung* gehören heute in konventionell geführten wie in HMO-Praxen zu den Schlüsselaufgaben. Sie haben in einem Capitation-Modell aber eine zusätzliche Bedeutung. Aus dem Planungs- und Budgetierungsprozess sowie aus dem *medizinischen und betriebswirtschaftlichen Controlling* leitet sich die Basis für die Capitation-Verhandlungen ab. Das Controlling und eine permanente Datenanalyse sind wichtige «Frühwarnsysteme» und zentrale Führungsinstrumente. Jede strategische Entscheidung, wie künftige Ausrichtung der Praxis, Akquisition von neuen Versicherern, Tarifverhandlungen mit Drittleistungserbringern und so weiter, beruht auf diesem Instrumentarium. Zusätzlich sind regelmässige Statistiken betreffend Überweisungen an Dritte, Analysen des Medikationsverhaltens, Peer Reviews bei komplexen und teuren Fällen und Leistungsstatistiken zu erstellen. In diesem Zusammenhang hat sich die Auswahl der Drittleistungserbringer im Sinne der PPO<sup>6</sup> als eine der kostenrelevanten Managementaufgaben des Leitenden Arztes erwiesen. Neben den Kostendaten dienen

Kriterien wie Kooperationsqualität und Patientenzufriedenheit als Grundlage für die Spezialärzteleisten. Aus den gleichen Datenquellen werden periodisch die *Make-or-Buy*<sup>7</sup>-Entscheidungen überprüft, denn bei entsprechendem Bedarf kann in gewissen Fällen die Beschäftigung eines eigenen Spezialisten durchaus vorteilhaft sein.

Alle diese Prozesse zielen auf Kostentransparenz und -wirksamkeit der zu treffenden Entscheidungen ab; sie sind aber nur effektiv, wenn sie von allen Mitarbeitenden einer HMO getragen werden. Damit sind besondere Anforderungen an die Führung gestellt, und diese beginnt bereits bei der *Personalrekrutierung*, vor allem bei der Anstellung von Ärztinnen und Ärzten. Eigenschaften wie Interesse an den Schlüsselprozessen von Managed Care, unternehmerisches Denken, überdurchschnittliche Teamfähigkeit sowie Bereitschaft zur Hinterfragung der eigenen Arbeit sind unabdingbar. Stillstand ist in solchen dynamischen Umgebungen stets Rückschritt, und es stellt sich die Frage, ob sich die HMO-Ärztenschaft allseits bewusst ist, wie fatal das Fehlen solcher Voraussetzungen für das längerfristige Prosperieren des Modells und damit der Praxis ist. Es genügt erfahrungsgemäss nicht, sich abgeschirmt von den Postulaten von Managed Care auf eine gute Medizin zu beschränken, wenn diese auch unbestritten erste Voraussetzung für den langfristigen Bestand solcher Modelle darstellt. Es genügt ferner nicht, wenn eine HMO ihre gute Versorgungsqualität selbst deklariert. Das *Qualitätsmanagement* hat deshalb in Capitation-Modellen eine enorm grosse Bedeutung, einerseits wegen der eingeschränkten Arztwahl, aber auch im Hinblick auf das Image des Modells, das noch heute gern mit Sparmedizin assoziiert wird. So haben manche HMO-Zentren in der medizinischen Qualitätssicherung traditionell eine eigentliche Pionier-

<sup>6</sup> PPO: Preferred Provider Organization. System der beschränkten Auswahl von Leistungserbringern nach Massgabe von qualitativen und ökonomischen Gesichtspunkten.

<sup>7</sup> Make-or-Buy: Entscheid darüber, ob eine Kategorie von Leistungen durch Spezialärzte der eigenen Praxis oder durch Überweisung an externe Leistungserbringer erbracht werden soll.

rolle gespielt, die auch heute, mit den unabhängigen Kontrollen und Zertifizierungen<sup>8</sup>, konsequent beibehalten werden muss. Solche Bemessungssysteme stossen heute auf politischer Ebene zunehmend auf grosse Resonanz.

### Wer kann diesen hohen Erwartungen genügen?

Die ärztliche Ausbildung klammert auch heute noch das Vermitteln von Managementwissen – von der Praxisführung über das Kostenmanagement bis zu den ökonomischen Zusammenhängen im Gesundheitswesen – weit gehend aus. Die hier skizzierten speziellen Anforderungen an ein HMO-Management müssen deshalb fast ausschliesslich in Eigenregie erfüllt werden – und dies neben der täglichen Präsenz für die Patientinnen und Patienten. Immerhin stellt die Capitation-bezogene Finanzierung einen hohen Anreiz dar, sich entsprechendes Know-how zu erwerben, dies vor allem in Modellen mit ärztlicher Einbindung in die finanzielle Verantwortung. Den konventionellen Praxen geht dieser Anreiz dagegen vollständig ab, selbst wenn manche der beschriebenen Qualitäten längst zum selbstverständlichen Repertoire auch der traditionellen Einzelpraxen gehören müssten. Damit ist auch gesagt, dass die Verbreitung von Managed Care über entsprechend gesetzte Anreize – für Leistungserbringer, Versicherer und Versicherte – gesteuert werden sollte. Es stimmt

einigermassen zuversichtlich, dass im Zuge der anstehenden KVG-Revisionen solche Einsichten und Postulate zentral und in einem erstaunlichen Konsens in die Konzepte einfliessen. ■

**Autoren:**

**Dr. med. Kurt Hess**

Beauftragter der Geschäftsleitung

SanaCare

E-Mail: kurt.hess@sanacare.ch

**Urs J. Philipp**

Dipl. pharm. ETH, M.H.A.

Geschäftsführer

SanaCare AG

Lagerhausstrasse 11

8401 Winterthur

E-Mail: urs.philipp@sanacare.ch

<sup>8</sup> Unabhängige Kontrollen und Zertifizierungen: Auf Initiative von SanaCare, MediX und Gesundheitsplan HMO ist 1999 die unabhängige Stiftung EQUAM (Externe Qualitätskontrolle in der Medizin) gegründet worden, die heute vom Bund als bisher einzige Zertifizierungsstelle für die Qualität der ambulanten Medizin akkreditiert ist.



## Forum Managed Care

### Hinweis:

Die nächste *Mitgliederversammlung des Vereins Forum Managed Care* findet statt am

Donnerstag, 5. Juni 2003,

von 16 bis ca. 18.00 Uhr

Ort: CEVI-Zentrum, Konferenzsaal New York, Sihlstrasse 33, 8021 Zürich

Anmeldung per E-Mail erwünscht an: office@mhc-consulting.ch