

Managed Care – eine (ökonomische) Notwendigkeit im Interesse der Solidargemeinschaft

Die Versicherungsprämien spielen im zunehmenden Wettbewerb auf den Krankenversicherungsmärkten in der Schweiz und in Deutschland, aber auch in anderen Ländern, eine immer wichtigere Rolle. Sie beeinflussen entscheidend die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten – und hiermit das langfristige Überleben des Versicherers. Doch die Versicherer können ihre Gesundheitsausgaben und damit die Prämien nur sehr begrenzt beeinflussen.

Bernhard J. Güntert

Die aktuell vorgeschlagenen Gesundheitsreformen bringen den Krankenversicherern wenig Spielraum. Die Strategie der kleinen Schritte zur Reform des KVG in der Schweiz entpuppt sich immer mehr als Strategie der «Nicht-Reform». In Deutschland wird versucht, mittels Disease-Management-Programmen und Modellversuchen zur integrierten Versorgung den möglichen negativen Auswirkungen des neuen DRG-Systems zu begegnen. Andere von Krankenversicherern seit langem geforderte, von Ärzten aber vehement

bekämpfte Reformen, wie Aufhebung des Kontrahierungszwangs und verbesserte Möglichkeiten der Versicherer zur Kostenlenkung im Interesse des Versichertenkollektivs, werden nicht umgesetzt. Dies obwohl sie wichtige Elemente der mit den jüngsten Gesetzesrevisionen sanktionierten Marktmechanismen im Gesundheitswesen wären. Erst diese Massnahmen würden es den Krankenversicherern erlauben, in einen für die Versicherungsnehmer interessanten Wettbewerb, der über die Prämie hinausgeht und auch Leistung, Qualität und Service umfasst, zu treten.

Prämienwettbewerb

Seit die Krankenversicherer untereinander im Wettbewerb stehen, ist die Prämienhöhe eine zentrale Grösse. Mit ihr wird – wie differenzierte Auswertungen der Kassenwechsel zeigen – massgebend die Anzahl der Versicherten, aber auch die Risikostruktur beeinflusst.

Wovon hängt die Prämie ab?

Die Höhe der Krankenversicherungsprämien ist eine Funktion verschiedener Faktoren. Etwas vereinfacht kann dies wie folgt dargestellt werden:

Prämienhöhe = f (Anzahl Versicherungsnehmer, relatives Risiko des Versichertenkollektivs, erbrachte Gesundheitsleistungen, Leistungsangebot, Preis/Tarif, Selbstbeteiligung, Risiko(struktur)ausgleich, Reserven, Verwaltungskosten)

Welchen Einfluss haben die Versicherer?

Da sich unter den heutigen Rahmenbedingungen die Krankenversicherungsprodukte nur wenig unter-



Bernhard J. Güntert

scheiden und die Servicequalität kaum beurteilt werden kann, wird der Krankenversicherungsmarkt immer mehr zu einem Preismarkt. Die *Anzahl der Versicherten* ist daher ein Resultat der Prämienhöhe und weitgehend über die Prämienhöhe beeinflussbar.

Mit der gesetzlichen Versicherungspflicht soll eine *Risikoselektion* durch die Krankenversicherer verhindert werden. Der Risiko(struktur)ausgleich zwischen den Versicherern soll die Attraktivität einer Risikoselektion weiter reduzieren. Eine kritische Analyse von Werbung und Marktbearbeitung der Krankenversicherer zeigt jedoch, dass viele Versicherer klar zielgruppenspezifisch vorgehen und damit durchaus eine Risikoselektion betreiben. Zudem versuchen in der Schweiz immer mehr Versicherer über ein Konstrukt verschiedener rechtlich unabhängiger, aber administrativ miteinander verbundener Kassen Prämienhöhe und Risikostruktur bewusst zu beeinflussen, aus der langfristigen Perspektive der

Solidargemeinschaft eine äusserst problematische Strategie! Damit optimieren die Krankenversicherer kurzfristig ihre Marktposition. Das Grundproblem der Krankenversicherung, die andauernde Kostensteigerung, wird jedoch nicht gelöst.

Der Gestaltungsspielraum der Krankenversicherer auf der Kostenseite ist stark eingeschränkt. Die Entscheidungen über die konkrete *Leistungserbringung* liegen bei den behandelnden Health-Professionals. Diese orientieren sich an medizinischen und pflegerischen Notwendigkeiten, also am diagnostizierten Krankheitsbild, an den physischen, psychischen und sozialen Ressourcen der Patienten und an den medizinischen Standards. Daneben haben aber auch das bestehende medizinische und pflegerische *Leistungsangebot* sowie bestehende Arbeitsbeziehungen zwischen Health-Professionals einen grossen Einfluss auf die Behandlungsentscheidungen. Der Einfluss der Versicherten auf diese Entscheidungen ist, trotz aller Bemühungen um Mündigkeit der Patienten (z.B. durch Information, aber auch durch Selbstbeteiligung), eher gering. Zudem denken Patienten – als direkt von Krankheit und Schmerz Betroffene – verständlicherweise zuerst an sich selbst. Die Perspektive des Versichertenkollektivs ist dabei zweitrangig.

Die Krankenversicherer müssen die Leistungsentscheidungen der Health-Professionals unter den bestehenden Rahmenbedingungen (Kontrahierungszwang) weitestgehend finanziell nachvollziehen, ohne darauf viel Einfluss nehmen zu können. Eine bessere Integration der verschiedenen Leistungsanbieter, die Information und Schulung von Versicherungsnehmern, eine Förderung evidenzbasierter Entscheidungen, aktives Qualitätsmanagement oder die Nutzung kosteneffektiver Behandlungs- und Pflegealternativen sind nur sehr eingeschränkt möglich.

Auch auf das *Preisniveau* haben einzelne Krankenversicherer kaum Einfluss. Tarifstruktur und Taxpunktwerte werden auf der übergeordneten Ebene der Landesorganisationen auf dem Verhandlungsweg, teilweise ba-

sierend auf betriebswirtschaftlichen Untersuchungen, festgelegt. Damit wird – sicher auch im Interesse des schwächsten Marktpartners, des Patienten – die Preisbildung im (freien) Spiel von Angebot und Nachfrage ausgehebelt.

Gesetzlich festgelegt sind auch *Selbstbeteiligung*, *Risiko(struktur)ausgleich* und *Mindestreservesatz*.

Als weitere Grösse auf der Kostenseite bleiben die *Verwaltungskosten*. Diese machen in der Schweiz etwa 8 Prozent des Umsatzes aus. Aber auch diese Kosten liegen nur zum Teil im direkten Einflussbereich des einzelnen Krankenversicherers. Viele verwaltungstechnische Anforderungen ergeben sich aus dem Markt beziehungsweise durch Vorgaben der Aufsichtsorgane.

Fazit

Die Analyse zeigt, dass viele Faktoren, welche die Kosten der Krankenversicherer und damit die Prämien beeinflussen, ganz oder zu grossen Teilen fremddeterminiert sind.

Die effektivste Möglichkeit für die Versicherer, die Kostenströme im Gesundheitswesen zu beeinflussen, bestünde in der Steuerung der konkreten Leistungserstellung. Mit Managed-Care-Ansätzen könnten auch die Krankenversicherer, neben den Ärzten, in die Funktion des Agenten treten und die Patienten bei der Auswahl von Gesundheitsleistungen unterstützen, dies unter Mitberücksichtigung der langfristigen Interessen der Solidargemeinschaft.

Dazu gilt es aber die Rahmenbedingungen für Managed Care in den Krankenversicherungssystemen Europas zu verbessern. Ein wichtiges Instrument dafür wäre die Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Dadurch ergäbe sich die Möglichkeit, Leistungserbringer auf ein gewisses Entscheidungs- und Betreuungsverhalten und auf die Einhaltung von Qualitäts- und Effizienzstandards zu verpflichten sowie den Versicherten neue Wahlmöglichkeiten zu sichern.

Die Evaluation verschiedener Managed-Care-Instrumente (Case- und Care-Management, Qualitätszirkel, Medikamentenmonitoring, Second

Opinion usw.) zeigt, dass es durchaus gelingen kann, signifikante Einsparungen ohne Qualitätseinbussen zu erzielen. Nicht nur finden kostengünstigere Behandlungsalternativen Anwendung, Managed-Care-Ansätze verbessern auch die Transparenz und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern. Dadurch wird die Patientenzufriedenheit gesteigert.

Viele Erfahrungen mit Ärztenetzen, Gesundheitszentren und integrierten Versorgungsmodellen in Deutschland und in der Schweiz sind positiv verlaufen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass sie nicht, wie viele US-amerikanische Vorbilder, sich nur an ökonomischen Vorteilen orientieren, sondern ganz klar Qualitäts- und soziale Aspekte mitberücksichtigen. Hier müssen die Krankenversicherer durchaus noch dazulernen und taugliche Beurteilungsinstrumente entwickeln. Dazu sind sie jedoch – wie neuere Entwicklungen im Healthcare-Relationship-Management (HRM)¹ zeigen – durchaus bereit. Auf diesem Hintergrund ist es nur schwer zu verstehen, dass in den aktuellen Reformbestrebungen in Deutschland und in der Schweiz wirksame Managed-Care- und Kostenlenkungsinstrumente kaum mehr weiterverfolgt werden. ■

Autor:

**Univ.-Prof. Dr. oec./MHA
Bernhard J. Güntert**

Institutsvorstand
Institut für Management und
Ökonomie im Gesundheitswesen
UMIT – Private Universität
für Gesundheitswissenschaften,
Medizinische Informatik
und Technik

Eduard Wallnöfer Zentrum
A-6060 Innsbruck/Hall i.T.

E-Mail: bernhard.guentert@umit.at

Internet: www.umit.at

Literatur beim Verfasser

¹ Healthcare-Relationship-Management ist das Management der Kundenbeziehungen durch die Krankenversicherer, das insbesondere in Deutschland dank geänderten Anreizen (höhere Beiträge für chronisch Kranke, die an einem Disease-Management-Programm teilnehmen) neuerdings neben dem Anwerben neuer Versicherter auch Bemühungen zur bestmöglichen Versorgung bestehender Kunden umfasst.