

# Chancen und Risiken von Managed Care für das Zusammenspiel im Dreieck Arzt-Patient-Versicherer

**Die Gesundheitsökonomie erklärt die Ineffizienzen im Gesundheitswesen damit, dass im Zusammenspiel zwischen Auftraggebern (Principals) und Auftragnehmern (Agents) Wissensasymmetrien bestehen, welche die Beteiligten zu ihren Gunsten ausnutzen können. Managed Care will die Regeln für das Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Auftraggebern und Auftragnehmern im Gesundheitswesen ändern.**

**Daniel Finsterwald<sup>1</sup>**

**G**esundheitsökonomien bemühen sich seit längerem, die Ineffizienzen unseres Gesundheitssystems aufzuzeigen. Die Ursache der Ineffizienzen orten sie vor allem bei den falschen Anreizstrukturen. Da die Patienten die Kosten nicht selber tragen und die Ärzte entsprechend ihren Leistungen entlohnt werden, sind beide versucht, mehr als das Notwendige zu konsumie-

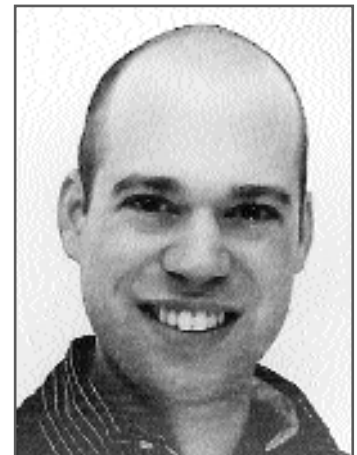
ren beziehungsweise zu leisten. Im Gesundheitsmarkt scheint also das übliche Spiel von Angebot und Nachfrage nicht zu funktionieren.

## Ursache der Ineffizienzen

Die Gesundheitsökonomie versucht den «Marktmangel» im Gesundheitswesen hauptsächlich mit zwei fundamentalen Konzepten zu erklären: mit der *Wissensasymmetrie* und der *Principal-Agent-Beziehung* [1]. Diese Konzepte entstammen der Spieltheorie und sind, wie wir sehen werden, eng miteinander verbunden. Die Wissensasymmetrie entsteht, wenn – entgegen den Annahmen der neoklassischen Ökonomie – Nachfrager und Anbieter nicht über dasselbe Mass an Informationen verfügen.

Das Modell der Principal-Agent-Beziehung ermöglicht es, die Probleme zwischen einem Auftraggeber (Principal) und einem Auftragnehmer (Agent) besser zu verstehen. Im Gesundheitsmarkt gibt es viele Principal-Agent-Beziehungen. Der Einfachheit halber werden wir uns hier auf die drei wichtigsten konzentrieren: Die Versicherter-Versicherer-Beziehung, die Versicherer-Arzt-Beziehung und die Arzt-Patient-Beziehung.

Eine Principal-Agent-Beziehung besteht aus einem so genannten «Vertrag». Dieser Vertrag ist grundsätzlich zwei Risiken ausgesetzt, welche beide mit Wissensasymmetrie zusammenhängen: Wenn einer der Vertragspartner den anderen unter Ausnutzung einer Wissensasymmetrie vor Vertragsabschluss «austrickst», spricht man von «*Adverse Selection*». Wenn er es *nach* Vertragsabschluss macht, handelt es sich um «*Moral Hazard*».



Daniel Finsterwald

Im Gesundheitswesen bestehen diese beiden Risiken in besonderem Mass, erstens wegen der grossen Wissensasymmetrie und zweitens wegen der Finanzierung durch Dritte. Die Krankenversicherung, welche den Grossteil der Gesundheitskosten deckt, ist diesbezüglich in einer strategisch besonders ungünstigen Situation. Sie leidet einerseits unter *Adverse Selection*, weil die gesunden Versicherten oft eine minimale Versicherung wählen, die Kranken hingegen eher die Versicherung mit den meisten Leistungen. Andererseits ist sie einem *Moral Hazard* ausgesetzt, welchen alle Versicherungssysteme kennen, der aber im Gesundheitswesen besonders deutlich zum Vorschein kommt. Dieser besteht darin, dass die Versicherten mehr Leistungen in Anspruch nehmen, wenn die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden, als wenn sie selber dafür aufkommen müssten. Die Nachfrage wird dadurch künstlich in die Höhe getrieben.

Dazu kommt, dass die Gesundheit ein besonders wichtiges Gut ist und

<sup>1</sup> Daniel Finsterwald, lic. rer. soc., ist Nachdiplomstudent am Institut d'Etudes Politiques in Paris. Dieser Artikel basiert auf der Lizentiatsarbeit «Les «réseaux de médecins de famille»: une solution pour freiner l'explosion des coûts de la santé?» von Daniel Finsterwald an der Universität Genf (2002), bestellbar per E-Mail bei: d.finsterwald@hotmail.com für Fr. 18.-.

dass die Menschen meist nicht selber einschätzen können, ob und wie sehr sie krank sind. Sie müssen sich demzufolge auf die Diagnose des Arztes verlassen, welcher über das notwendige Wissen verfügt. Diese Wissensasymmetrie hat zur Folge, dass der Arzt als Anbieter einen direkten Einfluss auf die Nachfrage ausüben kann. Wenn er pro Leistung entlohnt wird, besteht die Gefahr der Überversorgung. In der Gesundheitsökonomie nennt man dies die *Induktion der Nachfrage durch das Angebot*. Empirische Studien haben die Existenz dieses Phänomens im ambulanten Bereich in der Schweiz zeigen können [2].

**Die Instrumente von Managed Care**

Managed Care (MC) versucht, die Ineffizienzen im Gesundheitswesen zu bekämpfen, indem es die Anreizstrukturen des Gesundheitswesens verändert (siehe auch *Kasten*). Managed Care besteht aus einer bestimmten Anzahl Instrumenten. Ei-

**Kasten: Die Ziele von Managed Care**

Es gibt weltweit viele verschiedene MC-Modelle. Eines haben diese Modelle aber gemeinsam: Ihr Ziel ist es, die Effizienz des Gesundheitssystems zu erhöhen, das heisst das Verhältnis zwischen Kosten und Qualität der Versorgung zu verbessern. Dies kann sowohl bedeuten, Einsparungen bei gleichbleibender Qualität zu realisieren, wie auch, die Qualität bei gleich bleibenden Kosten zu verbessern. Unter den Befürwortern des Managed Care streichen die einen den Vorteil der Kostenreduktion hervor, vor allem die Krankenkassen, wogegen andere eher den der Qualitätsverbesserung sehen, vor allem die Ärzteschaft.\*

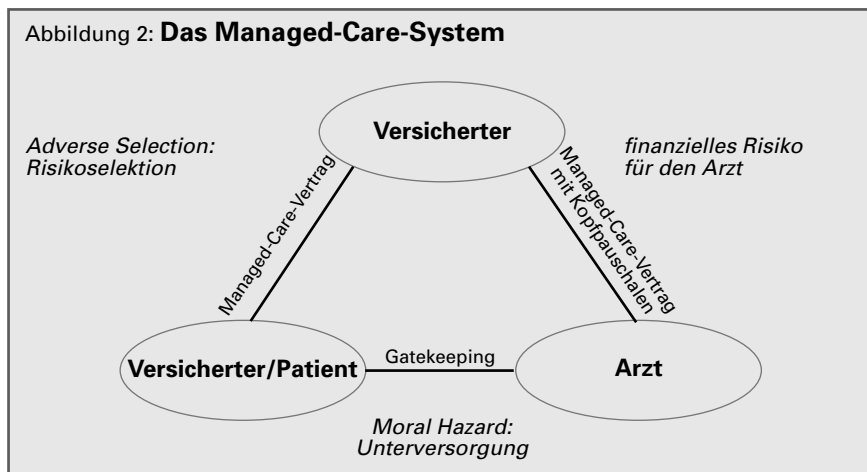
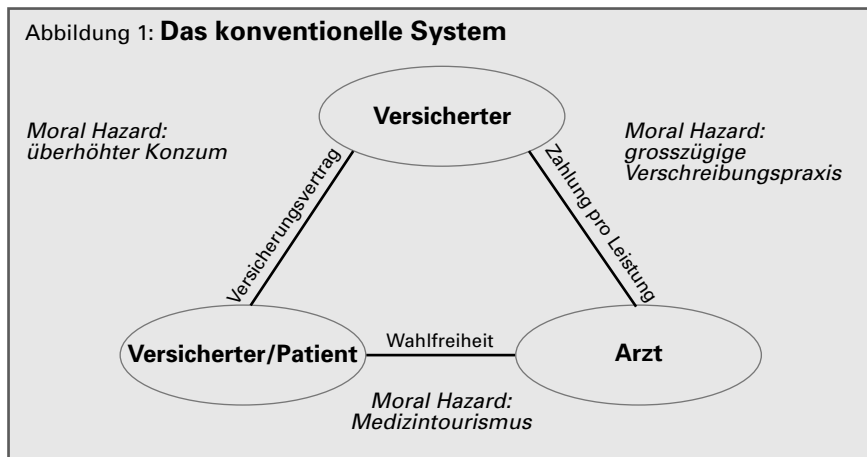
\* Für eine ausführlichere Darstellung siehe: Daniel Finsterwald, 2002: *Les «réseaux de médecins de famille»: une solution pour freiner l'explosion des coûts de la santé?*, Lizenziatsarbeit Uni Genf. Bestellbar per E-Mail bei d\_finsterwald@hotmail.com für Fr. 18.-.

nige davon setzen direkt bei den oben beschriebenen Problemen an: Das *«Gatekeeping»* zum Beispiel dient dazu, das Problem des Moral Hazard zwischen dem Versicherer und dem Versicherten zu lösen. Der Hausarzt muss dafür sorgen, dass die Nachfrage nach Untersuchungen und Spezialistenbesuchen auf das medizinisch Notwendige beschränkt wird. Wenn der Hausarzt aber nach wie vor pro Leistung bezahlt wird, besteht die Gefahr, dass er zu viele Tätigkeiten selber übernehmen will

und den Patienten allzu selten zum Spezialisten schickt. Ein zweites wichtiges Instrument im Managed Care, die *«Capitation»* (=Kopfpauschalen), bekämpft die Moral-Hazard-Probleme zwischen dem Versicherer und dem Arzt. Letzterer übernimmt nun nicht mehr nur die medizinische Verantwortung für seine Patienten, sondern auch die finanzielle. Er bekommt einen Pro-Kopf-Betrag, der entsprechend dem Risikofaktor seiner Patienten (Alter und Geschlecht, meistens in Kombination mit anderen Kriterien) errechnet wird [3]. Er muss nun dafür sorgen, dass seine Patienten möglichst effizient behandelt werden. So verhindert die Krankenkasse die Induktion der Nachfrage durch das Angebot.

**Auswirkungen von Managed Care**

Das Gatekeeping und die Capitation verbessern wesentlich die Position der Krankenkasse gegenüber dem Patienten/Versicherten und dem Arzt. Dadurch entstehen aber neue Gefahren. Zuerst einmal besteht die Gefahr der Unterversorgung, weil der Hausarzt nun versuchen muss, die Kosten in Grenzen zu halten. Zweitens ist der Arzt einem finanziellen Risiko ausgesetzt, was ihn in Schwierigkeiten bringen kann. Drittens besteht die Gefahr der Risikoselektion durch die Managed-Care-Versicherungen. Man kann davon ausgehen, dass die schlechten Risiken unter den Versicherten skeptischer gegenüber einem Versicherungsmodell sind, das sie in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einschränkt. Wenn aber die



Versicherten, die einem Managed-Care-Modell beitreten, schon vorher unterdurchschnittliche Kosten verursachen, machen die Krankenkassen gar keine richtigen Einsparungen und gewähren nur unberechtigte Prämienrabatte. Die Risikoselektion scheint insbesondere bei HMOs ein ernsthaftes Problem zu sein, wohl weil es das Modell mit den stärkeren Einschränkungen ist. Aber Untersuchungen bestätigen, dass auch Hausarztmodelle nicht frei davon sind [4].

Wie man sieht, löst Managed Care gewisse Probleme, bringt aber gleichzeitig neue hervor (siehe auch *Abbildungen 1* und *2*). Die Ärzte, welche die Gatekeeper-Rolle übernehmen und die Versorgung koordinieren müssen, erleben eine Aufwertung ihrer Tätigkeit. Gleichzeitig aber müssen sie mehr Verantwortung übernehmen, dies umso mehr, wenn sie teilweise oder sogar aus-

schliesslich mit Kopfpauschalen entlohnt werden.

Die Patienten ihrerseits erhalten zwar Prämienrabatte, können ihren Arzt aber nicht mehr frei wählen. Sie setzen sich ausserdem der Gefahr der Unterversorgung aus, insbesondere wenn ihr Hausarzt die finanzielle Verantwortung teilweise oder ganz übernehmen muss. Hier spielen die Qualitätszirkel und das Qualitätsmanagement eine ganz entscheidende Rolle. Sie sollen sicherstellen, dass die Kostenreduktion nicht einhergeht mit einer Verminderung der Versorgungsqualität.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Managed Care hauptsächlich die *Spielregeln* im Dreiecksspiel zwischen Versicherer-Versicherter-Arzt ändert. Dies ermöglicht es, zumindest theoretisch, die Effizienz des Systems zu verbessern. Auf individueller Ebene sieht sich aber jeder Spieler mit neuen Chancen und auch

neuen Risiken konfrontiert. Das sollte man nicht aus den Augen verlieren. ■

**Autor:**

**Daniel Finsterwald**

Fondation Suisse

7 bd. Jourdan

75014 Paris

E-Mail:

d\_finsterwald@hotmail.com

**Literatur:**

1. Sherman Folland, Allen G. Goodman et Miron Stano, 1997: *The Economics of Health and Health Care*, New Jersey, S.147.

2. Gianfranco Domenighetti et Emanuela Pipitone, 2002: *Induction de l'offre de prestations médicales par la demande*. *Primary Care*, 2, 241-245.

3. Konstantin Beck, 2001: *Capitationsberechnung in der Schweiz: The State of the Art*. *Managed Care*, 1/2001, 12-16.

4. Andreas Weber und Giacomo Cottini, 1998: *Hausarztmodelle: Kostenvorteil dank Risikoselektion*. *Managed Care* 1/1998: 14-17.

## Neu

### Schweizerisches Vademecum Gesundheitswesen 2003

Das unentbehrliche Hilfsmittel für alle Berufstätigen im Schweizer Gesundheitswesen.

- Alle Adressen aus Medizin und Schweizer Gesundheitswesen in einem Ordner
- Ordner DIN A5 verstärkt, Register
- Inkl. E-Mail- und Internetadressen
- Adressen nach systematischer und alphabetischer Gliederung

#### 6300 Adressen aus Medizin und dem Schweizer Gesundheitswesen in einem Ordner

Behörden und Ämter, EDI, Gesundheitsbehörden, Universitätskliniken, Spitäler, kant. Einrichtungen, Krankenversicherer, Santé Suisse, FMH, kant. Ärztesellschaften, medizinische Gesellschaften, medizinische Fakultäten, Behindertenhilfe, Patientenorganisationen, Schulen, Pharmaunternehmen, Medizintechnik-Firmen, Apotheke u. Pharmazie, Bibliotheken, Prävention, Beratungsunternehmen, Stellenvermittlungen, intern. Organisationen, Rettungswesen, IT Industrie u. eHealth-Unternehmungen, Fachmedien, Alters-/Pflegeheime, Spitex

#### Bestellformular/Formulaire de commande

Bitte senden Sie gegen Rechnung für Fr. 98.- (+ MwSt. + Versandkosten)

Envoyez-moi pour le prix de Fr. 98.- (+ TVA + frais d'expédition)

..... Exemplar(e)/ Exemple(s)

Weitere Informationen (Inhaltsverzeichnis etc.): [www.trendcare.ch](http://www.trendcare.ch)

Plus d'informations (table des matières etc.): [www.trendcare.ch](http://www.trendcare.ch)

#### an folgende Adresse/à l'adresse suivante

Firma/Entreprise: .....

Name/Nom: .....

Vorname/Prénom: .....

Adresse/Adresse: .....

PLZ+Ort/CP+Ville: .....

E-Mail: .....

Datum + Unterschrift/Date + Signature: .....

## Nouveau

### Vademecum de la santé publique Suisse 2003

Une aide indispensable pour tous les Health Professional en Suisse.

- Toutes les adresses dans les domaines de la médecine et de la santé publique Suisse dans un seul classeur
- un classeur DIN A5 renforcé, avec registre
- Avec adresses e-mail et internet
- Avec liste d'adresses systématiques et liste d'adresses alphabétiques

#### 6300 adresses dans les domaines de la médecine et de la santé publique Suisse dans un classeur

Administration et offices, DFI, Autorités des affaires sanitaires, Hôpitaux Universitaires, Assurances maladie, Santé Suisse, FMH, Soc. cant. de médecine, Liges des Santé, Liges de santé et aide aux invalides, Enseignement en soins infirmiers, Ecoles, Importeurs de Spécialités Pharmaceutiques, Industrie Medical Suisse, Pharmaciens et Pharmacie, Bibliothèque, Prévention, Entreprises de conseil, Bureaux de placement, Organisations internationales, Sauvetage, IT dans la médecine et l'informatique et Entreprises e-Health, Médias spécialisées en médecine et santé, établissement médico-social, hom medicalisé, Aide et soins à domicile âgées

Bestellung per E-Mail: [info@rosenfluh.ch](mailto:info@rosenfluh.ch)

Ordre par E-Mail: [info@rosenfluh.ch](mailto:info@rosenfluh.ch)

Bestellung per Fax: 052-675 50 61

Ordre par fax: 052-675 50 61

Bestellung per Post/Ordre par poste:

Rosenfluh Publikationen

Schaffhauserstrasse 13

8212 Neuhausen am Rheinfall