

# Integriertes Managed Care Thurgau (IMC TG): Überlegungen aus ökonomischer Sicht

**Welches sind die Voraussetzungen, damit ein integriertes Managed-Care-Modell zu Stande kommt? Und: Sind diese Voraussetzungen im Fall des im Thurgau geplanten Modells erfüllt? Diesen Fragen geht hier ein Vertreter der Krankenversicherer nach.**

**Pius Gyger**

Im Kanton Thurgau ist die Einführung des so genannten «Integrierten Managed Care Thurgau» (IMC TG) geplant. Die mit dem Projekt befasste Arbeitsgruppe hat im Dezember 2002 den entscheidenden Schlussbericht vorgelegt<sup>1</sup>.

## Grundzüge des Vorhabens

Gemäss Projektbericht besteht das Hauptziel darin, für die kommenden Jahre eine geordnete Entwicklung des Gesundheitswesens im Kanton zu ermöglichen, die einerseits die Qualität der bestehenden Versorgung erhält und verbessert sowie andererseits die Kostenentwicklung langfristig kontrollierbar macht.

Konkret sollen die Versicherer den Versicherten das Versicherungsmodell «IMC TG» zu einer tieferen Prämie anbieten als die obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP (Prämiendifferenzierung). Der Versicherte soll sich verpflichten, sich einem Gatekeeping zu unterziehen, das heisst, er soll die Steuerung des

Behandlungsprozesses durch einen Care Manager akzeptieren (Überweisungsmanagement, Führung Patientenakte, Beteiligung Qualitätszirkel usw.). Die heutigen Managed-Care-Versicherungsprodukte sollen möglichst übernommen werden können. Im Bedarfsfall müssen sie angepasst werden.

Mit der ILIT, der Interessengemeinschaft Leistungserbringer Integriertes Managed Care Thurgau<sup>2</sup>, sollen die Versicherer den so genannten IMC-Vertrag abschliessen. Die ILIT soll dabei das Schnittstellenmanagement zwischen den Leistungserbringern übernehmen, das wirtschaftliche Risiko unter den Partnern aufteilen und gegenüber den Versicherern die gemeinsame Verantwortung übernehmen. Die einzelnen Leistungserbringer sollen mittels Anschlussvereinbarung mit der ILIT die durch den IMC-Vertrag generierten Rechte und Pflichten übernehmen. Der IMC-Vertrag soll nicht zuletzt die finanzielle Risikobeteiligung der Leistungserbringer regeln (Budgetverantwortung). Geplant ist, auf Basis von Vorjahreskosten des dann zumal versicherten Kollektivs ein (gemäss verschiedenen Faktoren anpassungsfähiges) Budget zu vereinbaren. Die interne Verteilung unter den Leistungserbringern ist Aufgabe der ILIT. Damit die Risikokollektive adäquat eingeschätzt werden können, soll der so genannte Thurgauer Morbiditätsindikator zur Anwendung gelangen. Dabei wird das Risikoprofil (Abstufung nach Grad chronischer Krankheiten) der Versicherten von den beteiligten Ärzten erfasst.

Wie die Versicherer als Vertragspartner organisiert werden, ist noch of-



Pius Gyger

fen. Für die Projektleitung kommen die Absprache zwischen den einzelnen Leistungseinkäufern oder eine zu gründende Interessengemeinschaft Leistungseinkäufer in Frage. Die bestehenden allgemeinen Tarifverträge zwischen den Versicherern und Leistungserbringern sollen durch die IMC-Verträge nicht ersetzt werden. Im IMC-Modell soll konventionell abgerechnet werden.

Über dem ganzen Konstrukt soll ein Gesundheitsrat etabliert werden, welcher gesundheitspolitische Informationen zuhanden der Bevölkerung aufarbeitet, eine Ombudsstelle betreibt, die Systementwicklung und -pflege unterstützt sowie bei Bedarf ein Schlichtungsverfahren durchführt.

Die Versicherer waren in unterschiedlicher Besetzung und auf un-

<sup>1</sup> siehe auch Alfred Muggli, Jürg Baumberger: Den Stillstand durchbrechen. *Managed Care* 2/2003, 33-35.

<sup>2</sup> Die ILIT ist zusammengesetzt aus: Spital Thurgau AG (öffentliche Spitäler), Verband der Ostschweizer Privatkliniken und Verband Managed Care Thurgau (VMCT). Der VMCT wiederum besteht aus den bestehenden Netzwerken der Grundversorger und der Spezialisten in der Praxis und im Spital; er vertrat die Netzwerke bisher nach aussen.

terschiedlicher Ebene in die Projektarbeiten integriert. Sie haben dabei immer die Haltung vertreten, dass wettbewerbliche Elemente für Anreize zur effizienten Versorgung sorgen müssten.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind die Projektideen auf dem Tisch. Konkrete Zusammenarbeitsverträge (IMC-Vertrag usw.) bestehen noch nicht.

**Beurteilung**

Ob sich ein derartiges zentralistisches, flächendeckendes und auf Konsens setzendes System umsetzen lässt, ist daran zu prüfen, ob die einzelnen Vertragspartner bei einer Beteiligung mindestens gleich gut gestellt sind wie bei einer Nichtbeteiligung. Zudem ist zu prüfen, ob die wettbewerbsrechtlichen Rahmenbedingungen beachtet werden.

**1. Werden sich die Vertragspartner einigen?**

*A) Die Sicht der Leistungserbringer*  
De facto stehen die Leistungserbringer heute in einem Marktanteils-wettbewerb. Dies wird weiterhin so bleiben. Es ist also damit zu rechnen, dass zum Beispiel die Privatspitäler daran interessiert sind, dass das Aufkommen an Patienten weiterhin mindestens so gross ist wie bisher. Sie werden sich nur dann zur Mitarbeit verpflichten, wenn sie mit

«Ob sich ein derartiges System umsetzen lässt, ist daran zu prüfen, ob die einzelnen Vertragspartner bei einer Beteiligung mindestens gleich gut gestellt sind wie bei einer Nichtbeteiligung.»

mindestens gleich vielen aus den Patientenzuweisungen entstehenden Erträgen rechnen können, wie wenn sie nicht beteiligt wären. Dasselbe gilt auch für die öffentlichen Spitäler, für die Spezialisten und für die Grundversorger. Mit anderen Worten: Aus Sicht der Leistungser-

bringer muss der Gesamtertrag aus den Verträgen mit den Versicherern mindestens dem Ertrag entsprechen, mit dem ohne IMC-Vertrag gerechnet werden kann. Auf jeden Fall ist keine der an der ILIT beteiligten Gruppen daran interessiert, dass auf ihre Kosten Effizienzverbesserungen (zum Beispiel durch Verzicht auf Überweisung, Überweisung in günstigere Klinik, Generikaabgabe usw.) stattfinden.

Damit aus dem heutigen Überweisungs-/Zuweisungs-Wettbewerb ein stabiles Gebilde entstehen kann, braucht es Garantien für die einzelnen Anbieter, dass sie bestimmte Erträge erzielen werden. Es muss aus dem Zuweisungswettbewerb also entweder ein umfassendes Zuweisungskartell oder ein Ertragsaufteilungskartell entstehen.

Seitens der Leistungserbringer wird es ein fast unüberwindbarer Kraftakt werden, sich auf ein flexibles Globalbudget – um das es letztlich geht – so zu einigen, dass insgesamt weniger Erträge – das heisst aus Sicht der Versicherer tiefere Kosten – generiert werden als ohne das integrierte Modell. Letztlich bedeutet das, dass die ILIT den Versicherern einen hohen Preis abfordern muss, damit eine Einigung zwischen den Leistungserbringern überhaupt denkbar ist. Damit die Versicherer für das Angebot der ILIT dann noch – wie von der Projektgruppe vorgesehen – tiefere Prämien verlangen könnten als für die ordentliche OKP, müssten die ordentlich Versicherten die IMC-TG-Versicherten quersubventionieren.

*B) Die Sicht der Versicherer*

Aus Sicht der Projektleitung sollen sich die Leistungseinkäufer in einer Interessengemeinschaft zusammenschliessen oder sich zumindest absprechen. In der ordentlichen OKP sind die Versicherer aufgrund des Kontrahierungszwanges de facto bereits der Möglichkeit beraubt, sich über spezielle Vereinbarungen mit den Leistungserbringern untereinander zu differenzieren. Nun sollen sie auch noch im Managed-Care-Bereich die identischen Produkte mit dem dahinter stehenden

identischen IMC-Vertrag anbieten. Eigentlich stehen die Versicherer aber in einem wettbewerblichen Verhältnis.

Für die Versicherer gilt ausserdem das oben für die Leistungserbringer Gesagte in umgekehrter Richtung: Nur wenn wirklich mit tieferen Kos-

«Keine der beteiligten Gruppen ist daran interessiert, dass auf ihre Kosten Effizienzverbesserungen stattfinden.»

ten zu rechnen ist, ist eine Einigung überhaupt möglich. Und auch dann noch ist der Zustand unbefriedigend, weil die Versicherer keine Möglichkeiten haben, sich untereinander zu differenzieren.

*C) Einigung zwischen Versicherern und Leistungserbringern?*

Unter diesen Umständen ist die Verhandlungskonstellation zwischen Monopsonisten<sup>3</sup> (alle Versicherer) und Monopolisten<sup>4</sup> (alle Leistungserbringer) durch grundlegende Differenzen charakterisiert, die schwierig zu umschiffen sein werden. Die Monopsonisten möchten Ertragssenkungen, die Monopolisten möchten Ertragserhöhungen. Diese Konstellation ist der heutigen Verhandlungssituation im konventionellen Grundversicherungsbereich ganz ähnlich. Bekanntlich braucht es dort für eine Einigung des Öfters eine höhere Instanz. Im Managed-Care-Bereich braucht es diese nicht: Wenn sich die Verhandlungspartner nicht einig werden, kommt einfach kein Vertrag zu Stande.

**2. Wettbewerbsrechtliche Bedenken**

Das Kartellgesetz ist auch in der OKP anwendbar – allerdings nur dort, wo das KVG Spielraum für

<sup>3</sup> Monopson: Marktform, bei der ein marktbeherrschendes Unternehmen oder eine Unternehmensgruppe als alleiniger Nachfrager auftritt.

<sup>4</sup> Monopolist: marktbeherrschendes Unternehmen oder Unternehmensgruppe, die auf einem Markt als alleiniger Anbieter auftritt.

Wettbewerb lässt. Es war beispielsweise auf die Sanphar-Margenordnung anwendbar, die sich vornehmlich auf SL-Medikamente (OKP) bezog. Es wäre beispielsweise auch auf Prämienabsprachen der Versicherer in der ordentlichen OKP anwendbar. Nicht anwendbar ist es beispielsweise auf Verbandstarifver-

**«Die Monopsonisten möchten Ertragssenkungen, die Monopolisten Ertragserhöhungen.»**

träge der ordentlichen OKP, da das KVG explizite Regeln vorsieht und diese Vorrang haben vor dem Kartellgesetz. Dass das KVG bei Managed-Care-Leistungsverträgen Wettbewerb nicht ausschliesst, ist offensichtlich und bewiesen. Kartellrechtliche Probleme müssen im Zusammenhang mit dem IMC TG also berücksichtigt werden. Die Projektgruppe handelt die kartellrechtlichen Probleme allerdings sehr oberflächlich ab. Sie schreibt: «Die Leistungserbringer schliessen sich zusammen, und solche, die nicht dabei sind, sind zunächst ausgeschlossen.»

Trotz der propagierten Flächendeckung ist offenbar der Arbeitsgruppe doch klar, dass es bei Managed-Care-Leistungsverträgen im Unterschied zu ordentlichen Tarifverträgen keine Beitrittsrechte geben kann; sie stellt fest: «In den Verträgen soll vorgesehen werden, dass Leistungserbringer, die bestimmten, zu definierenden Kriterien nicht genügen, auch wieder ausgeschlossen werden können.» Der Anreiz der beteiligten Leistungserbringer wird unter diesen Umständen in erster Linie darin bestehen, bei nichtbeteiligten Leistungserbringern zu sparen. Dabei handelt es sich letztlich um ein implizites Eingeständnis, dass keine Flächendeckung angestrebt werden kann, oder mit anderen Worten: dass es Wettbewerb eben braucht.

«Das Produkt IMC TG ist nicht

marktbeherrschend. Heute sind 20 Prozent der Thurgauer Bevölkerung in Managed-Care-Produkten versichert», schreibt die Projektgruppe weiter. Es ist fraglich, ob die Wettbewerbskommission (WEKO) den Markt in der Grundversicherung im Falle einer Untersuchung nicht aufteilen würde in einen Markt für koordinierte/gesteuerte Leistungen (Managed Care) und einen Markt für Leistungen ohne Koordination/Steuerung. Dann würden aus den 20 Prozent plötzlich 100 Prozent, weil keine parallelen Managed-Care-Angebote bestehen (können).

Letztlich vergisst die Projektgruppe, dass es neben der Problematik des Missbrauchs marktbeherrschender Stellungen auch die kartellrechtliche Problematik der Preisabrede gibt. Geht man davon aus, dass das KVG im Managed-Care-Bereich Wettbewerb potenziell zulässt, so wäre nur schon die Anwendung der konventionellen Tarife (Arztarief usw.) eine unzulässige Preisabrede gemäss Artikel 5 des Kartellgesetzes.

**Fazit**

Zweifelsohne sind die grundlegenden Ziele des Projektes IMC TG positiv zu beurteilen.

Aber: Das Projekt hat den Grundkonflikt zwischen Wettbewerb unter Leistungserbringern und Flächendeckung (noch?) nicht gelöst. Weshalb eine Beschränkung auf das Kantonsgebiet vorgesehen ist, scheint aus ökonomischer Sicht nicht nahe liegend.

Tatsächlich effizienzfördernde und damit kostensparende Budget-(Capitation-)Modelle können nur etabliert werden, wenn der Budget-(Capitation-)Nehmer die Kosteneinsparungen bei unter im Wettbewerb stehenden «Zulieferern» (Spezialisten, Spitäler usw.) erzielen kann. Mit anderen Worten: Solche Modelle dürfen nicht flächendeckend sein. Wenn ein flächendeckendes integriertes Modell, wie es im Kanton Thurgau diskutiert wird, nicht zu Stande kommt, hat dies für die Leistungserbringer keine Nachteile, weil ihre Vertragssicherheit in der OKP dank dem Kontrahierungszwang in jedem Fall gewährleistet ist. Flächen-

deckende integrierte Modelle sind nur dann stabil, wenn sie Kostenerhöhungen bewirken, weil die Leistungserbringer nur dann einen Anreiz haben, sich zu beteiligen. Solche Modelle sind deshalb abzulehnen.

Die Aufhebung des Kontrahierungszwang würde die Etablierung tatsächlich effizienzfördernder Managed-Care-Modelle begünstigen, weil dann bei Nichtbeteiligung an Managed-Care-Vereinbarungen die

**«Das Projekt hat den Grundkonflikt zwischen Wettbewerb unter Leistungserbringern und Flächendeckung (noch) nicht gelöst.»**

wirtschaftliche Sanktion darin bestehen könnte, überhaupt keinen Vertrag zu haben.

Effizienzsteigerungen durch besser geregelte vertikale Verbindungen sind sicherlich möglich. Ob diese vertikale Integration gleich alle Anbieter einschliessen muss und damit gleichzeitig zur horizontalen Vereinbarung<sup>5</sup> werden soll, ist aber nicht nur aus wettbewerbstheoretischer, sondern auch aus wettbewerbsrechtlicher Sicht fragwürdig. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein integriertes Modell, wie es die Projektgruppe vorgestellt hat, gegen das Kartellgesetz verstösst, ist denn auch recht gross. ■

**Autor:**

**Pius Gyger**

Gesundheitsökonomie  
 HELSANA Versicherungen AG  
 Stadelhoferstrasse 25  
 8024 Zürich  
 E-Mail: Pius.Gyger@helsana.ch

<sup>5</sup> horizontale Vereinbarung: Vereinbarung auf gleicher «Handelsstufe», beispielsweise zwischen allen Hausärzten untereinander oder zwischen allen Akutspitalern untereinander.