

Agieren statt kontrollieren

Interview mit Urs J. Philipp

Was genau macht eigentlich den Unterschied aus zwischen der normalen Grundversicherung und einer Hausarztmodell- oder einer HMO-Versicherung? Und welche Aufgabe kommt dabei der Managed-Care-Organisation zu? Diese und weitere Fragen hat «Managed Care» dem Geschäftsführer der SanaCare gestellt.

Viele Versicherer in der Schweiz bieten Hausarztmodell- und/oder HMO-Versicherungen an. Betrieben werden diese Managed-Care-Modelle meist von so genannten Managed-Care-Organisationen (MCOs)¹, die von Versicherern und/oder von Leistungserbringern aufgebaut wurden. Alle MCOs übernehmen eine Schnittstellenfunktion zwischen Leistungserbringern und Leistungseinkäufern (Versicherern); die verschiedenen MCOs werden aber unterschiedlich finanziert, sie befinden sich in unterschiedlichen Positionen zwischen Leistungserbringern und Leistungseinkäufern, und ihr Aufgabenspektrum ist unterschiedlich. Zu den ältesten von Versicherern getragenen Managed-Care-Organisationen in der Schweiz gehört – neben Unimedes, CO-SAMA und der Basler Stiftung HMO – die SanaCare AG (siehe *Kasten*). «Managed Care» hat den Ge-

schäftsführer der SanaCare gefragt, welches die Funktionen seines Unternehmens sind.

Managed Care: Die Krankenversicherer stehen untereinander im Wettbewerb. Sie haben also ein Interesse daran, andere und bessere Versicherungsprodukte anzubieten als die Konkurrenz. Können sich Krankenversicherer, die mit SanaCare zusammenarbeiten, im Managed-Care-Bereich untereinander überhaupt noch voneinander abgrenzen?

Urs Philipp: Die HMO-Versicherung ist in allererster Linie ein Produkt im Bereich der Grundversicherung. Für Krankenversicherer ist es sehr schwierig, sich in der Grundversicherung von den Konkurrenten zu differenzieren, entsprechend intensiv ist diesem Bereich der Wettbewerb. Die SanaCare bietet mit ihrem HMO-Produkt für alle Krankenversicherer dieselben Leistungen an. Trotzdem sind unserer Meinung nach Differenzierungsmöglichkeiten vorhanden, zum Beispiel über den Preis; über die Region, in der man das Produkt anbietet; allenfalls darüber, welches Kollektiv man akquiriert, über die Positionierung des Produkts.

MC: Wie erklären Sie einem Versicherer, warum er die Managed-Care-Produkte bei Ihnen einkaufen soll? Geht es vor allem um Synergiennutzung?

Philipp: Synergiennutzung ist ein Aspekt: Die SanaCare kann die Dienstleistung HMO natürlich effizienter erbringen, wenn viele Versicherte im System sind, denn dann werden skalenökonomische Effekte

wirksam, und die vorhandene Infrastruktur wird besser ausgenutzt. Es besteht aber unter den HMO-Anbietern in der Schweiz zurzeit kaum ein harter Konkurrenzkampf. Der Markt ist nicht gesättigt; er ist im Wachsen begriffen, und es ist noch ein riesiges Potenzial vorhanden. Da konzentriert man sich in erster Linie darauf, neue Versicherte zu akquirieren, und nicht darauf, bestehende HMO-Versicherte von Konkurrenten abzuwerben.

Um einem Versicherer unser Produkt zu verkaufen, müssen wir uns aber natürlich von der Konkurrenz differenzieren. Da ist das Preis-Leistungs-Verhältnis – die Höhe der Capitation² – sicher ein wichtiges Argument. Auch die Philosophie – der «HMO-Gedanke» – und die Anreizsysteme für die Leistungserbringer sind Argumente. Daneben geht es aber auch um regionale Gegebenheiten: Wir sind nicht in der ganzen Schweiz tätig; die Konkurrenten auch nicht.

Auch über das Leistungsangebot kann man sich differenzieren. Es haben nicht alle HMO-Zentren dieselbe medizinische Ausrichtung. Schlussendlich wird der Patient entscheiden, ob er mit der Leistung zufrieden ist oder nicht.

MC: Ein Versicherer, der mit Ihnen zusammenarbeitet, entscheidet sich ja im Unterschied zu jenem Versicherer, der ein eigenes HMO-Zentrum eröffnet, auch dafür, einen Teil der Arbeit auszulagern.

Philipp: Bis vor kurzem war man der Meinung, dass eine HMO auch ei-

¹ Einen Überblick über alle MCOs in der Schweiz finden Sie in *Managed Care* 4+5/02, Seiten 35 bis 36.

² Capitation: Pauschale pro Versicherten



Urs J. Philipp (Dipl. pharm. ETH, M.H.A.) arbeitet seit 1998 bei der SanaCare AG; seit 2000 ist er Geschäftsführer dieses Unternehmens.

nen Teil der «klassischen Versicherungsadministration», zum Beispiel die Leistungsabwicklung, übernehmen müsse, um das Gatekeeping in all seinen Facetten wahrnehmen zu können. Wir von der SanaCare waren ebenfalls lange dieser Meinung, haben uns jetzt aber zu einem strategischen Wechsel entschieden. Wir haben beschlossen, die Leistungsab-

wicklung auf Ende 2003 dem Versicherer zurückzugeben. Leistungen abwickeln ist eine Kernkompetenz des Krankenversicherers. Die Managed-Care-Organisation befasst sich, neben der Erbringung medizinischer Dienstleistungen, mit dem medizinisch-ökonomischen Controlling und dem operativen Betrieb der Systeme. Durch den strategischen Wechsel können wir erhebliche Administrationskosten einsparen.

MC: Die Administrationskosten sind in MC-Modellen aber auch heute noch höher als im konventionellen System?

Philipp: Nach unserem strategischen Wechsel soll der alternativ Versicherte beim Versicherer keine höheren Kosten mehr verursachen als der normal Grundversicherte. Aber es kommt natürlich noch ein kleiner Teil an administrativen Kosten von Seiten der Managed-Care-Organisation dazu, sodass die Gesamtsumme beim alternativ Versicherten dann immer noch ein bisschen höher ist.

MC: Dieser «kleine Teil» an administrativem Mehraufwand: das ist vor allem das medizinisch-ökonomische Controlling?

Philipp: Den grössten Aufwand hat das Unternehmen mit dem Gatekeeping³.

Daneben gibt es auch noch einen Teil «nicht tarifierbarer» Leistungen: Grundleistungen, die für das System wichtig sind, die man aber über keinen bestehenden Tarif abbilden, also auch nicht verrechnen kann. Zum Beispiel gewisse Leistungen der Gesundheitsschwester oder Massnahmen zur Qualitätssicherung. Wir sind der Meinung, dass solche Investitionen schlussendlich Einsparungen im System generieren. Das System als Ganzes erzielt ja 15 bis 25 Prozent Einsparungen.

MC: Lohnt es sich also jedenfalls, mehr zu administrieren, weil man so die Leistungskosten senken kann?

Philipp (lacht): Nein, das würde ich nicht so sagen. Ich denke schon, dass der administrative Teil so klein wie möglich sein muss. Man hatte früher die Tendenz, eine absolute Kontrolle anzustreben. Jede Rechnung von Drittleistungserbringern wurde überprüft. Heute macht man das nur noch gezielt, nach speziellen Controllingregeln.

MC: Verändert sich dadurch auch die Einstellung zu den Leistungserbringern?

Philipp: Wir sind der Meinung, dass es sich viel mehr lohnt, in den prospektiven Teil des Gatekeepings zu investieren, das heisst unsere Versicherten gut zu informieren, die Drittleistungserbringer, an die wir unsere Patienten überweisen, sehr genau zu kennen und auszusuchen und zum Beispiel gute und detaillierte Überweisungsschreiben zu verfassen.

MC: Was kann eine Managed-Care-Organisation dazu beitragen?

Philipp: Das ist eine Leistung, die unsere Ärzte erbringen. Sie kennen die Drittleistungserbringer, an die sie überweisen, häufig persönlich. Sie kennen deren Kosten-Nutzen-Verhältnis und wissen, wie ihre Patien-

Kasten:

SanaCare – ein Kurzporträt

Die SanaCare AG entwickelt und betreibt im Auftrag ihrer Trägerversicherer, CONCORDIA und Wincare, alternative Versicherungsmodelle auf der Grundlage von Managed-Care-Prinzipien. Neben den beiden Trägerversicherern zählen auch verschiedene weitere Versicherer zu ihren Kunden (Helsana, Atupri, KBV, Panorama, Provita, ÖKK, CSS).

Die SanaCare (früher SanaGroup) ist 1994 als Nachfolgeorganisation der Interessensgemeinschaft für alternative Krankenversicherungsmodelle (IGAK) entstanden, welche 1990 das erste HMO-Zentrum in Zürich-Wiedikon eröffnet hat. Seit 1996 ist SanaCare eine Tochtergesellschaft der Wincare und der CONCORDIA. Heute betreibt sie sechs eigene HMO-Gesundheitszentren in den Städten Bern, Luzern, Winterthur und Zürich, und sie bietet in Zusammenarbeit mit 34 Ärztenetzwerken vor allem in der Deutschschweiz das Hausarztmodell CareMed an. SanaCare beschäftigt zurzeit rund 175 Personen, von denen rund 70 Prozent in den HMO-Gesundheitszentren tätig sind. Zu den Kernkompetenzen der SanaCare gehört, neben dem Betrieb der HMO-Zentren, insbesondere das Managed-Care-orientierte Informationsmanagement (Datenaustausch und Datenverarbeitung zwischen Krankenversicherern und Hausärzten) und das medizinisch-ökonomische Systemcontrolling. Zu diesem Zweck hat SanaCare eine eigene Extranetapplikation entwickelt. In jüngster Zeit arbeitet SanaCare auch vermehrt auf Mandatsbasis; so konnte sie im Jahr 2000 das Mandat für den Aufbau und die Betreuung eines flächendeckenden Hausarztmodells mit 46 Hausärzten und Spezialisten im Fürstentum Liechtenstein übernehmen.

³ Gatekeeping: Funktion des Hausarztes, der (von Notfällen abgesehen) den Zugang zur fachärztlichen und stationären Versorgung steuert und koordiniert.

ten nach einer Überweisung zurückkommen.

MC: *Vor allem im Fall der Hausarztnetze haben Sie als MCO aber auch eine Kontrollfunktion. Es ist einem Versicherer ja nicht egal, mit welchen Hausärzten er einen Vertrag abschliesst.*

Philipp: Sie haben recht. Die Versicherer wollen, dass da eine gewisse Selektion stattfindet. Die Selektion der Leistungserbringer muss aber durch die Ärzte des Netzes erfolgen, allerdings unter Miteinbezug der Kriterien der Versicherer.

MC: *Wo liegt da die Aufgabe der MCO, also der SanaCare?*

Philipp: Wie gesagt, die Selektion soll nicht durch die MCO und nicht durch den Krankenversicherer erfolgen; das muss unter der Federführung der Ärzte selber stattfinden. Unsere Aufgabe ist es, den Betrieb sicherzustellen; Datengrundlagen zu liefern; die Schnittstellen sicherzustellen zwischen den Krankenversicherern und den Netzwerken; die Verhandlungen zu führen.

Wenn wir von einem Versicherer ein Verhandlungsmandat für eine bestimmte Region erhalten, wird natürlich der Verhandlungsspielraum im Voraus abgesteckt. Der Versicherer hat bestimmte Vorstellungen: welche Region, welche Eckwerte im Vertrag, Risikobeteiligung Ja/Nein. Dann versucht die SanaCare, mit den Ärzten dieser Region einen entsprechenden Konsens zu erreichen.

MC: *Ist das Verhandlungsmandat der Versicherer eine Form der Differenzierung im Bereich der Hausarztnetzwerke?*

Philipp: Ja, aber wenn wir versuchen würden, die individuellen Vorstellungen jedes Versicherers in ein Netz zu integrieren, wäre das nicht mehr handhabbar, weder für die SanaCare noch für die Netzwerke. Die SanaCare muss versuchen, die Interessen verschiedener Versicherer zu poolen. Wenn bei einem unserer Kunden neue Ideen auftauchen, versuchen wir, diese bei allen Versicherern abzustützen, wenn das irgendwie möglich ist.

MC: *Auch zwischen Managed-Care-Versicherung und Grundversicherung sollte ja ein Unterschied bestehen. Welche Funktion hat hier die MCO?*

Philipp: Ich sehe das nicht als Aufgabe der MCO. Ausser wenn die MCO selber Leistungen erbringt. Es ist Aufgabe der Leistungserbringer, diese Differenzierung zu erreichen. Und es ist die Aufgabe des Versicherers. Denn so, wie er das Produkt im Markt positioniert, kommt es beim Versicherten auch an. Spätestens beim Versicherten sollten sich der Versicherer und der Leistungserbringer also wieder treffen – damit man ihm dasselbe Produkt nicht auf der einen Seite für rot und auf der anderen für schwarz verkauft.

MC: *Grundsätzlich gehe ich davon aus, dass ein MC-Versicherter anders behandelt werden sollte als ein konventionell Versicherter. Stimmt das?*

Philipp: Gute Frage. Anfangs war es sicher so, dass man MC-Versicherte anders behandelte – das heisst, dass man sich besonders Mühe gab, hier nicht zu viele Kosten zu generieren. Aber – ich sehe vor allem, wie das bei uns in den HMO-Zentren läuft: Dieser Unterschied wird bei uns längst nicht mehr gemacht. Die HMO-Versicherten und die externen Versicherten werden genau nach denselben Prinzipien behandelt. Ziel ist die optimale Versorgung und nicht die maximale.

MC: *Warum müssen die einen mehr bezahlen als die anderen?*

Philipp: Weil die einen bereit sind, auf die freie Arztwahl zu verzichten, während die anderen jederzeit direkt einen Spezialisten aufsuchen können, wenn sie das nötig finden.

MC: *Der Unterschied entsteht also nicht durch die Art, wie man behandelt, sondern vor allem durch die Beschränkung bei der Auswahl, durch die Selektion.*

Philipp: Es ist wirklich sehr schwierig, eine qualitative Differenzierung zu erreichen. Ich bin überzeugt, dass alle Leistungserbringer, ob HMO, Hausarztssystem oder konventionel-

les System, eine gute Leistung erbringen. Ich bin aber auch überzeugt davon, dass man genau durch diese Selektion – mit welchen Leistungserbringern arbeiten wir zusammen? –, sehr viel erreichen kann. Das betrifft nicht nur die HMO-Zentren, sondern sicher auch die Hausarztnetzwerke.

MC: *Um eine solche Selektion geschickt zu machen, braucht man Informationen.*

Philipp: Ja, man braucht viele Informationen über die erbrachten Leistungen. Aber man muss auch agieren; man muss lobbyieren. Man muss die Beziehungen zu den Drittleistungserbringern prospektiv aufbauen und unterhalten. Man muss offensiv kommunizieren, was von ihnen erwartet wird. ■

Interview:
Rita Schnetzler
Redaktion «Managed Care»