

Peter Zweifel, Johannes Schoder

Managed Care im internationalen Vergleich: Lehren für die Schweiz

Die Schweiz ist nach den USA das Land mit dem vielfältigsten Managed-Care-Angebot. Die folgenden Länderanalysen liefern Hinweise zur möglichen Optimierung von Managed-Care-Formen.

Deutschland

Fehlende Anreize zur Teilnahme an Managed-Care-Modellen auf seiten der Patienten und Leistungserbringenden sowie die starke Reglementierung durch Gesetze und Verordnungen auf seiten der Krankenversicherer lassen die Managed-Care-Modelle aus Deutschland als nicht sehr attraktiv für die Schweiz erscheinen. Ideen wie Disease-Management-Programme, welche die in Deutschland stark ausgeprägte sektorale Trennung überwinden sollen, sind zwar gut, aber die detaillierten Vorgaben der Regierung lassen wenig Spielräume für die Versicherer bei der Ausgestaltung attraktiver Angebote. Zielgruppenorientierte Angebote werden damit erschwert. Entsprechend wurden diese Programme schlecht bewertet, so dass das deutsche Managed-Care-Konzept nicht nachahmenswert erscheint.

Niederlande

Im Gegensatz zur Schweiz gibt es in den Niederlanden keine expliziten Managed-Care-Formen wie Health-Maintenance-Organisationen oder Disease-Management-Programme. Grund dafür ist, dass Managed-Care bereits in der Normalversorgung praktiziert wird (Gate-keeping und selektives Kontrahieren). Besonders die Aufhebung des Kontrahierungszwangs erlaubt einen stärkeren

Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Die Versicherer erhalten dadurch mehr Spielräume bei der Gestaltung ihres Produktangebots, indem sie nur bestimmte Leistungserbringer unter Vertrag nehmen. Sie können ihr Angebot differenzieren, weil sie selbst bestimmen dürfen,

mit welchen Zusatzleistungen sie den gesetzlichen Grundleistungskatalog ergänzen möchten (Bottom-up-Prinzip). Hingegen wird beispielsweise in Deutschland vom Gesetzgeber die Ausgestaltung von Managed Care detailliert vorgeschrieben. Er legt namentlich fest, welche Disease-Management-Programme eingeführt werden dürfen und wie genau der Arzt die Behandlung zu dokumentieren hat (Top-down-Prinzip). Ähnlich wie die niederländische siedelt auch die schweizerische Gesetzgebung mit dem KVG 1996 das Recht auf die Lancierung neuer Vertragsformen beim Versicherer an. Sie untergräbt jedoch gleichzeitig den Produktwettbewerb, indem die Bonusoption von vornherein mit einem Prämienzuschlag von zehn Prozent verteuert und die Prämienreduktion für Managed-Care-Verträge während der ersten fünf Jahre ihres Bestehens auf 20 Prozent beschränkt wird. Da die freie Arztwahl den Schweizern durchschnittlich rund 35 Prozent der Durchschnittsprämie wert ist [1], genügt dieser Preisvorteil kaum, um eine Mehrheit der Versicherten zum Wechsel zugunsten einer Managed-Care-Alternative zu bewegen.

Im Gegensatz zur Schweiz sind die Rahmenbedingungen für einen Wettbewerb um ungünstige Risiken in den Niederlanden besser ausgestaltet. Der Risikostrukturausgleich enthält neben Alter und Geschlecht weitere Ausgleichsfaktoren wie körperliche Behinderung oder Medikamentenausgaben der letzten Jahre. In Verbindung mit der Ergänzung des Grundleistungskatalogs und selektivem Kontrahieren erlaubt dies den Versicherern, Versorgungspakete speziell für ungünstige Risiken zu schnüren. Auf der anderen Seite erhalten die BürgerInnen durch die Prämienreduktion von zehn Prozent einen Anreiz, sich zu Gruppen zusammenzuschliessen und Marktmacht aufzubauen. Dies führt dazu, dass die Präferenzen der Nachfragenden stärker berücksichtigt werden,



Peter Zweifel



Johannes Schoder

Im Gegensatz zur Schweiz sind die Rahmenbedingungen für einen Wettbewerb um ungünstige Risiken in den Niederlanden besser ausgestaltet

ren Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Die Versicherer erhalten dadurch mehr Spielräume bei der Gestaltung ihres Produktangebots, indem sie nur bestimmte Leistungserbringer unter Vertrag nehmen. Sie können ihr Angebot differenzieren, weil sie selbst bestimmen dürfen,

gerade beim Aufbau von Versorgungsangeboten für chronisch Kranke.

Defizite gibt es in den Niederlanden bei der Erfassung und Verbreitung von Informationen über die Qualität der erbrachten Leistungen. Denn ein günstiges Angebot könnte auch ein Hinweis auf Qualitätseinbussen sein. Für diesen Aspekt könnte das schwedische System Vorbildfunktion für die Schweiz haben.

Schweden

Mit den Qualitätsregistern werden umfassende Informationen über ausgewählte Krankheiten bereitgestellt, die eine Aussage über die Qualität der stationären Behandlung zulassen. Die Register beinhalten Daten über den zu behandelnden Patienten (u.a. Alter, Geschlecht, Risikofaktoren), das behandelnde Spital, die Diagnose, die angewandte Behandlungsmethode und das Behandlungsergebnis. Die Teilnahme daran ist freiwillig, aber die regelmässige Veröffentlichung der Register schafft Markttransparenz und damit einen Druck auf die nicht teilnehmenden Spitäler.

In der Schweiz werden zwar im Rahmen des TARMED die Leistungen von niedergelassenen ÄrztInnen dokumentiert und veröffentlicht, die Weitergabe von Diagnosedaten aufgrund von Datenschutzbedenken jedoch verweigert. Stünden Diagnosedaten zur Verfügung, könnten daraus bessere Rückschlüsse auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen gezogen werden [2]. Darüber hinaus könnten die Daten auch zu einer Optimierung der Behandlung sowohl unter ökonomischen wie medizinischen Aspekten beitragen.

In einigen schwedischen Provinzen wird neben der medizinischen Wirksamkeit auch die Kosteneffektivität geprüft und eine Rangliste der Behandlungsmethoden aufgestellt. Aufgrund der so gewonnenen Erkenntnisse und Bewertungen von medizinischen Leistungen kann es im Hinblick auf das Leistungs-Kosten-Verhältnis auch schon zur Streichung von Leistungen aus dem Grundkatalog kommen.

In der Schweiz wird der Leistungskatalog zwar zügig durch neue Therapien ergänzt, aber einmal aufgenommene Leistungen werden kaum je auf ihr Leistungs-Kosten-Verhältnis überprüft. Während sich E-Health-Produkte in der Schweiz noch in der Pilotphase befinden, gibt es in Schweden bereits ein Netzwerk, das die meisten medizinischen Einrichtungen verbindet und die Speicherung und Übertragung der Patientendaten möglich macht. Dieses Netzwerk fördert neben dem Informationsaustausch auch technische bzw. medizintechnische Innovationen, z.B. die Teleradiologie. Damit wird die Leistungsfähigkeit des schwedischen Gesundheitswesens

trotz der teils grossen Distanzen zu den städtischen Zentren deutlich erhöht.

Grossbritannien

Auch Grossbritannien setzt zunehmend auf E-Health und bemüht sich durch gezielte Massnahmen und Kontrollen um Qualitätssteigerung. Mit dem sogenannten «Hospital Star Rating» steht der Öffentlichkeit eine Informationsquelle zur Verfügung, die Aussagen über die Verfügbarkeit, Qualität und Effektivität sowie den Zugang zu medizinischen Leistungen macht. Allerdings gibt es Nachbesserungsbedarf, da die Behandlungsqualität statt an den Ergebnissen im wesentlichen an der Menge der erbrachten Leistungen gemessen wird. Zudem spielt die Kosteneffizienz eine untergeordnete Rolle. Die Wartezeit bestimmt immer noch weitgehend die Wahl des Spitals im Krankheitsfall; daran ändert auch das Spitalrating nichts.

Das «Health Space Portal» des nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) hat das Problem der Datensicherheit dadurch gelöst, dass die Patienten entscheiden können, wer

In England können Patienten entscheiden, wer auf ihre Daten zugreifen darf und wer nicht

Zugriff auf ihre Patientenakte haben darf. Bei der Behandlung von chronischen Krankheiten versucht das «Expert Patient Program» die Patienten stärker in die Therapie mit einzubeziehen. Dadurch werden Wissen und Erfahrung der Betroffenen genutzt und ausserdem Kosten eingespart. Dies ist ein Managed-Care-Element, das sowohl unter medizinischen, psychologischen, sozialen als auch wirtschaftlichen (Präferenzgerechtigkeit) Aspekten auch in der Schweiz aufgenommen und weiterverfolgt werden sollte.

USA

Die längste Erfahrung im Bereich Managed Care haben die USA, die als Vorbild und Vorreiter dienen. Heute wird diese Erfahrung eher kritisch gesehen und bei Gegnern von Managed Care oft als Menetekel angeführt. Die Schwachstellen liegen vor allem in den gesetzlichen Rahmenbedingungen, welche die Vermittlung der Krankenversicherung über den Arbeitgeber steuerlich begünstigen und Personen ohne Beschäftigung benachteiligen. Das Managed-Care-Konzept führte im marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitswesen zur Zusammenführung von Leistungserbringern und Krankenversicherern. Die

Präferenzen der BürgerInnen blieben aussen vor, bis es Ende der 1990er Jahre zum «Managed-Care-Backlash» kam.

Die Sozialverpflichtung der staatlichen Programme «Medicare» (Rentner) und «Medicaid» (Arme), eine Gegenbewegung zu Managed Care, hatte wenig Gewicht; die Betroffenen wurden an den billigsten Bieter ausgegliedert. Medizinische Versorgung aus einer Hand heisst für die Betroffenen, aber auch für viele Beschäftigte stark eingeschränkte Wahlfreiheit, Einflussnahme des Arbeitgebers und eingeschränkte Leistungskataloge nach Kostenvorgaben an die Managed-Care-Organisation. Zudem steigen die Gesundheitsausgaben trotz Managed Care wieder unvermindert an. Diese Tatsache kann aber auch Ausdruck der Präferenzen der BürgerInnen sein, die den Nutzen eines längeren Lebens in Gesundheit höher einschätzen als den Konsum anderer Güter. Besonders in einem marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitswesen wie in den USA können sich die Präferenzen für ein längeres Leben in Gesundheit (dies impliziert eine höhere Nachfrage nach teuren lebensverlängernden medizinischen Technologien) am ehesten durchsetzen [3].

In der Schweiz hingegen herrschen andere Rahmenbedingungen. Die gezielte Prämienverbilligung gewährleistet den Zugang zu einer ausgebauten medizinischen Versorgung auch für wirtschaftlich Schwache, dies mit freier Wahl des Krankenversicherers. Managed Care ist lediglich eine weitere Alternative der medizinischen Versorgung und gehört nicht wie in den USA zum vorherrschenden (und oft vorgeschriebenen) Versicherungsprodukt.

Literatur

- 1 Zweifel P, Telser H, Vaterlaus S. Consumer resistance against regulation: the case of health care. *Journal of Regulatory Economics* 2006; 29:21–39.
- 2 Becker K, Brändle A. Länderkapitel Schweiz. Studienmanuskript. Sozialökonomisches Institut, Universität Zürich 2006.
- 3 Hal RE, Jones CI. The Value of Life and the Rise in Health Spending. *Quarterly Journal of Economics* 2007; 122(1):39–72. Breyer F, Zweifel P, Kifman M. *Gesundheitsökonomie*. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York 2005.

Die Studie zum Artikel

Grundlage dieses Artikels bildet die Studie «Managed Care – ein internationaler Vergleich mit Lehren für die Schweiz» von Prof. Dr. Peter Zweifel und Dipl.-Vw. Johannes Schoder vom Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich. Die Studie wurde von der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (vips) in Auftrag gegeben und ist unter folgendem Link einsehbar:

www.vips.ch/de/publikationen/index_276.php.

Die Ergebnisse der Studie wurden mit zehn Schweizer Experten diskutiert. Die Diskussion ist in der vips-Publikation «PharmaDirekt» vom Januar 2008 zusammengefasst:

www.vips.ch/de/media/Publikationen_PharmaDirekt_20_0108_d.pdf.

Prof. Dr. Peter Zweifel
Sozialökonomisches Institut
Hottingerstrasse 10
8032 Zürich
pzweifel@soi.uzh.ch

Dipl.-Vw. Johannes Schoder
Sozialökonomisches Institut
Hottingerstrasse 10
8032 Zürich
johannes.schoder@soi.uzh.ch