

Bernhard Raos

# Bessere Qualität für weniger Geld

Bereits zwei Drittel der Concordia-Versicherten sind in Managed-Care-Modellen

**Für eine erfolgreiche integrierte Versorgung braucht es ein Umdenken, finanzielle Anreize und ein entsprechendes regulatorisches Umfeld. Billigkassenwettbewerb und Risikoselektion müssen unterbunden werden. Für Managed Care soll Vertragsfreiheit gelten. Dies fordert Nicolai Dittli, CEO der Krankenkasse Concordia. Wir fassen sein Referat am Symposium 2010 des Forum Managed Care in Zürich zusammen.**

Die Nagelprobe passiert in unserem Gesundheitssystem immer dann, wenn jemand persönlich betroffen ist. Nach einer Herzoperation wurde Nicolai Dittli, Chef der Concordia-Krankenkasse, von den behandelnden Spitalärzten zu einer ambulanten Reha aufgefordert. Sein Hausarzt im Managed-Care-Modell war anderer Ansicht: Ein so junger Patient brauche keine verordnete Reha. Es genüge, wenn er sich täglich zwei Stunden draussen bewege. Die vom Spital empfohlene Therapie sei also weder nötig noch wirtschaftlich. Dittli spielte den Ball an die Spezialisten zurück, die darauf pochten, doch unbedingt auf sie zu hören. Nun wandte sich der verunsicherte Patient an den Chefarzt und stellte ihm die Gretchenfrage: Wem soll ich glauben? Die Antwort des Chefarztes: «Vertrauen Sie Ihrem Hausarzt.» Was der Kassenchef dann auch tat.

## Jedes Jahr fünf Prozent mehr Kosten

Dittli hat diese Geschichte in sein Referat («Was erwarten die Krankenversicherer von der integrierten Versorgung?») am diesjährigen Symposium des Forum Managed Care im Zürcher Hallenstadion eingeflochten. Die Erkenntnis aus der persönlichen Erfahrung: «Wir stecken in Sachen integrierte Versorgung eigentlich noch in den Kinderschuhen.» Dabei ist seine Concordia-Kasse diesbezüglich vorbildlich, denn 65 Prozent ihrer Versicherten haben für 2010 bereits ein Managed-Care-Modell gewählt. Für Dittli ein strategischer und ein notwendiger Entscheid: «Wir brauchen bessere und integrierte Versorgungskonzepte zu tieferen Kosten.»

Das Hauptproblem des Gesundheitswesens ist die Mengenausweitung bei den Leistungen. Jahr für Jahr steigen so die Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP um durchschnittlich 5 Prozent. 1996 betrug die Quote pro Versicherten 1856 Franken (Leistungen: 1723 Franken; Verwaltungskosten: 133 Franken),



Nicolai Dittli, CEO der Krankenkasse Concordia.

2008 waren es bereits 3139 Franken (Leistungen: 2984 Franken; Verwaltungskosten: 155 Franken). Fahre dieser Zug ungebremst weiter, so Dittli, koste die OKP bis in 10 Jahren weitere 1700 Franken mehr.

Will man den Kostenzug nicht entgleisen lassen, sind echte Spareffekte bei den Leistungen nötig. Drei Studien aus der Schweiz – Schwenglenks (2002), Lehmann (2003), Beck (2010) – zeigen Kosteneinsparungen zwischen 10 und 40 Prozent durch integrierte Versorgung. Die höchste Einsparung erzielte das HMO-Modell. Die Risikoselektion durch integrierte Netze wurde in den Studien berücksichtigt: Die Risikostruktur ist hier meist besser, weil die Anreize für ältere Versicherte und chronisch Kranke klein sind und diese den Modellen bisher eher skeptisch gegenüberstehen. Beim Managed-Care-Pionier Concordia registriert man bereits gegenläufige Tendenzen. Das Durchschnittsalter in HMO- und Hausarztversicherungen wird immer höher, weil die Versicherten den Netzwerken auch im Alter treu bleiben.

## Sektorenübergreifend und interdisziplinär

Noch verstehen die Marktteilnehmer unter integrierter Versorgung ganz Unterschiedliches. Dittli definierte die für ihn wesentlichen Merkmale: Echte Integration bedinge, dass sich alle Leistungserbringer-Gruppen beteiligten, auch sektorenübergreifend und interdisziplinär. Da

sei der Weg noch weit. Netze müssten zudem gesteuert werden, verbindlich und mit klaren Verantwortlichkeiten. Und es brauche ein unabhängiges Monitoring der Outcomes von Qualität und Kosten.

Die integrierte Versorgung in Ärztenetzen soll nach dem Willen des Nationalrats zum Normalfall der ambulanten Versorgung werden. Die freie Arztwahl der Patienten wird eingeschränkt, die Behandlungen will man besser koordinieren und generell die Qualität steigern. Davon verspricht man sich tiefere Kosten. Im Grundsatz sind die Krankenversicherer für diese Gesundheitsreform. Wie das regulatorische Umfeld ausgestaltet wird, dazu gibt es allerdings aus Sicht der Krankenversicherer noch Knacknüsse zu lösen. So fordert der Concordia-Chef unter anderem «genügend finanzielle Anreize für die Kunden, auch für Kranke». Erst dann gebe es flächendeckende Angebote.

### Gegen den Vertragszwang

Auch die Versicherer selber pochen auf finanzielle Anreize, allerdings auf andere als bei der reinen Risikoselektion in den sogenannten Billigkassen. «Die unselige Jagd nach Jungen und Gesunden bringt nichts. Damit hat die Politik ein schlechtes System gefördert», kritisierte Dittli. Dringend nötig sei nun ein verbesserter und verfeinerter Risikoausgleich: «Wir brauchen dazu Morbiditätsindikatoren. Versicherte sind Krankheitsgruppen zuzuordnen.» Allein auf Optimierungen beim Spitalaufenthalt zu setzen, reiche bei weitem nicht aus. Dittli sieht sich in seiner Kritik durch *santésuisse*, den Branchenverband der Krankenversicherer, bestätigt.

Was dem Concordia-CEO sauer aufstösst, ist der geplante Angebotszwang für Managed-Care-Modelle. Damit zerstöre man «die positiven Effekte der geplanten Anreize für Kunden und Versicherer mit einem Schlag. So entstehen keine echten Innovationen, sondern reine Alibi-Modelle.» Der grösste Druck komme ja von den Prämienzahlern, die nun einen höheren Selbstbehalt zahlen müssten und günstigere Angebote einforderten. Zwang sei unnötig und bringe sicher keine guten Verträge.

Ebenso unzufrieden ist Dittli mit der verlangten Unabhängigkeit der Versorgernetze. Davon wären die versicherereigenen HMOs betroffen. So hält Concordia die Hälfte an der Sanacare, die in 14 Gesundheitszentren rund 40 000 Versicherte betreut. Dittli nützte das Forum, Werbung in eigener Sache zu platzieren: «In 20 Jahren hatten wir bei Sanacare keinen einzigen Fall, bei dem Patienten wegen der Besitzverhältnisse suboptimal behandelt wurden.» Mit der Forderung nach Unabhängigkeit gefährde die Politik die «Pionierarbeit» der Versicherer-HMOs.

Der Referent formulierte dann seine Erwartungen zur integrierten Versorgung gegenüber allen Beteiligten: Von den Ärzten und anderen Leistungserbringern will er eine stärkere Outcome-Orientierung und das «ohne Angst vor Transparenz». Entscheidend ist für ihn «die Qualität über die ganze Behandlungskette und nicht nur über Teilschritte». Damit vermeide man auch unnötige Behandlungen, was aber mehr Teamplaying und klare Verantwortlichkeiten für die Steuerung der Behandlung bedinge. Und: «Wo immer möglich, sollten alle auch an die Kosten denken, bei Abklärungen, Medikamenten und bei ambulanten und stationären Leistungen.» Dittli ist für finanzielle Anreize in integrierten Netzen, verlangt dafür aber auch Budgetmitverantwortung.

Auch der eigenen Branche hielt der Kassenchef den Spiegel vor. Krankenversicherer sollen den unseligen Billigkassen-Wettbewerb beenden und Quersubventionierungen unterlassen. Er will «Leistungswettbewerb mit unterschiedlichen Managed-Care-Angeboten und hohe Servicequalität statt Risikoselektion». Für integrierte Versorgung fand er auch ein neues Synonym – «den begleiteten Zugang zur qualitativ hochstehenden Medizin für Kunden». Verbesserungen sieht er auch für den Bereich Chronic Care. Eine Kompetenz der Kassen müsse es sein, medizinische Leistungen adäquat zu beurteilen. Konsequenzen daraus sind für ihn leistungsgerechte Verträge mit integrierten Versorgungsnetzen. Die Versicherer sollen bei der Lenkung der Leistungen mithelfen, die Daten bewirtschaften und bei Verstössen gegen Vorgaben auch abklären.

### Keine Zweitklassmedizin

Und der Beitrag der Patienten? Da ärgerte sich Dittli vorab über die Verunsicherung aus Kreisen der politischen Linken. «Integrierte Versorgung ist alles andere als Zweitklassmedizin. Die Qualität der Versorgung ist in einem Netzwerk grösser, vielleicht ist die Auswahl kleiner.» Die Patienten müssten umdenken, denn mehr sei nicht immer besser: «Akzeptieren Sie Ihren Hausarzt als Gatekeeper und gehen Sie – von Notfällen und speziellen Situationen abgesehen – nicht mehr direkt zu Spezialisten oder ins Spital.» Wer diese Lenkung nicht zulasse, müsse bereit sein, selber mehr zu bezahlen. Und dies nicht nur mit höheren Prämien sondern auch im Leistungsfall. Dittli spielte im Schlusswort den Ball ans Parlament weiter: «Der Ständerat muss Korrekturen am nationalrätlichen Entscheid anbringen – für eine bessere Medizin mit weniger Kostenwachstum.» Das Feilschen um die Gesundheitsreform ist in vollem Gang.