

Budgetverantwortung ist ein Muss

Wenn Ärzte ökonomische Verantwortung übernehmen, gefährde das die Qualität, meinen manche Ärzte in Einzelpraxen. Die Erfahrungen der Ärztenetze zeigen, dass das so nicht stimmt.

Philip Baumann, Karl Metzger, Andreas Bühler

Im stationären Sektor setzt sich die Pauschalfinanzierung in Form von Fallpauschalen zunehmend durch. Diese Entwicklung wird aktiv von der öffentlichen Hand gefördert und mit Steuergeldern finanziert. Dagegen steckt die Entwicklung im ambulanten Sektor noch in den Kinderschuhen. Viele Ärzte lehnen Pauschalfinanzierungen und die damit verbundene finanzielle Verantwortung als qualitätsmindernd und unethisch ab [1, 2]. Die Übernahme eines Budgets – ob pro Fall (Fallpauschale), pro Patientin oder Patient (Capitation = Kopfgeld) oder als Netzbudget (für ganze Patientenkollektive) – wird daher strikte verweigert. Die Erfahrungen innovativer Ärztenetze und Versicherer zeigen aber, dass die Übernahme einer finanziellen Mitverantwortung nicht nur möglich, sondern auch sehr sinnvoll ist.

Ermutigende Erfahrungen

Die Entwicklung der letzten fünf Jahre im Bereich von Managed Care (MC) zeigt, dass Ärztenetze und Versicherer mit dem Thema Budgetverantwortung umzugehen gelernt ha-

ben. Die *Tabelle* zeigt den aktuellen Stand der Umsetzung von Modellen mit einer Budgetverantwortung in den MC-Verträgen dreier grosser MC-Regionen. Beachtenswert ist dabei, dass der Anteil der Verträge mit Budgetverantwortung bereits bei rund 85 Prozent aller MC-Verträge liegt und schon 60 Prozent der MC-Versicherten umfasst.

Für die in diesen Ärztenetzen engagierten Ärzte und Versicherer stellt sich heute nicht mehr die Frage, ob eine Budget(mit)verantwortung übernommen werden soll oder nicht. Es geht nur noch darum, diese möglichst gut in den MC-Verträgen und den Netzwerkaktivitäten abzubilden. Der Präsident des Ärztenetzes Winterthur-Andelfingen (hawa), Alfred Rösli, bringt es auf den Punkt:

«Für uns umfasst die ganzheitliche Betreuung unserer Patienten auch die ökonomische Dimension. Ohne eine Mitverantwortung für die Kosten zu übernehmen, verlieren wir unseren Anspruch auf eine medizinisch geprägte und dem Wohl der Patienten verpflichtete Steuerung des Gesundheitswesens. Wir wollen die Effektivität und die Effizienz der Medizin verbessern. Dazu müssen wir uns intensiv mit dem Qualitätsmanagement, den Nutzen- und den Kostenfragen auseinander setzen. Wir haben bereits vor acht Jahren die ersten MC-Verträge mit Versicherern abgeschlossen, die eine Budgetverantwortung beinhalteten.»

Die MC-Verträge in diesen Regionen basieren alle auf Budgets, die anhand der Vorjahreskosten oder eines nach Alter und Geschlecht normierten Referenzkollektivs berechnet werden. Dazu gibt es verschiedene



Philip Baumann



Karl Metzger



Andreas Bühler

Tabelle:

Umsetzung der Budgetverantwortung in drei grossen Managed-Care-Regionen

Kanton/Region	Aargau	Thurgau	Winterthur/ Andelfingen	Total
<i>Managed-Care-Organisation</i>	<i>argomed</i>	<i>thurcare</i>	<i>hawadoc</i>	
Anzahl Ärztenetze	9	4	1	14
Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte	281	150	100	531
Anzahl MC-Versicherte	68 600	58 000	25 700	152 300
Marktanteil MC-Versicherte im Kanton/in der Region	12%	25%	17%	
Anzahl MC-Versicherte pro Netzarzt	244	387	257	287
Anzahl MC-Verträge mit Versicherern	18	15	16	49
davon mit Risiko- und Erfolgsbeteiligung	14	15	12	41
<i>in % der MC-Verträge</i>	<i>78%</i>	<i>100%</i>	<i>75%</i>	<i>84%</i>
<i>in % der MC-Versicherten</i>	<i>34%</i>	<i>100%</i>	<i>39%</i>	<i>60%</i>

taugliche Ansätze, aber leider noch keinen, der die Morbidität konkret und explizit berücksichtigt. Das Risiko des Ärztenetzes wird allgemein auf ein nicht existenziell bedrohliches Niveau – maximal 5000 Franken pro Arzt – beschränkt. Die zu erreichenden Einsparungen oder die Differenz zum Referenzkollektiv werden vom Ärztenetz und den Versicherern gemeinsam vereinbart. Die Mehrheit der Netze hat die postulierten Budgetziele in der Vergangenheit erreicht. Unsicherheiten bestehen bei der Interpretation der Gründe für das Erreichen der Ziele [3]. Einig sind sich die Netze darin, dass die konkreten Implikationen im Praxisalltag bisher als unbedenklich einzustufen sind. Und dass die Datenparität¹ mit den Versicherern eine «conditio sine qua non» für faire Verhandlungen im Hinblick auf MC-Verträge mit Budgetverantwortung darstellt.

Der Schweizer Dachverband der Ärztenetze med-swiss.net empfiehlt den Ärztenetzen daher, sich kon-

struktiv mit der Budgetverantwortung auseinander zu setzen und Schritte in diese Richtung zu unternehmen [4]. Die Erfahrungen haben aber auch gezeigt, dass gewisse Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit Ärztenetze eine Budgetverantwortung übernehmen können:

Prämissen für Budgetverantwortung

■ Offene und faire Kalkulationsgrundlagen bilden die Basis für jegliche Budgetvereinbarung. Dazu sind die zu erwartenden Kosten des Patientenkollektivs prospektiv zu schätzen [5]. Leider wird dabei heute die Morbidität des Patientenkollektivs meist nicht einbezogen. So ist die erforderliche Kalkulationsgenauigkeit niemals zu erreichen. Den Ärztenetzen droht damit eine unfaire und letztlich falsche Erfolgsbemessung. Ein tauglicher Ansatz für die Messung der Morbiditätsindikator (TMI), der von den oben genannten Ärztenetzen entwickelt und in die Praxis umgesetzt wird [6]. Bis zur Verwendung als Kalkulationsgrundlage für die prospektive Berechnung neuer Budgets braucht es aber noch zusätzliche Validierungen und vor allem eine breitere Anwendung des TMI. Beides sollte Ende 2005 abgeschlossen werden können.

■ Das Finanzrisiko der Krankenversicherung ist Sache der Versicherer und darf nicht vollumfänglich auf das Ärztenetz überwältigt werden. Um das finanzielle Risiko des Ärztenetzes zu beschränken, können die Grossrisiken ausgesondert und/oder das maximale Finanzrisiko beschränkt werden.

■ Ohne taugliche Instrumente zur Steuerung der Behandlungsprozesse kann ein Ärztenetz keine nachhaltige Wirkung erzielen. Die Anwendung von MC-Instrumenten (z.B. Disease Management, Case Management, Guidelines, Evidence based Medicine, Qualitäts- und Kostenindikatoren) ist aber immer auch ein heikler Eingriff in die Autonomie der PatientInnen. Die Instrumente sind daher sorgfältig auf ihren Nutzen für die Patienten zu prüfen, bevor sie im Feld eingesetzt werden. Dabei muss den ethischen Fragen und den Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis unbedingt Rechnung getragen werden.

■ Last but not least gilt auch in den MC-Systemen die Führungsregel: «If you can't measure it, you can't manage it.» Ohne eigene Versicherten-, Leistungs- und Kostendaten ist ein Ärztenetz der Willkür seiner Partner ausgeliefert. Ohne ein konsequentes Monitoring wird keine Optimierung der Qualität und der Kosten gelingen. Hierzu sind auf Stufe der Praxen und der Ärztenetze bereits ermutigende Fortschritte erzielt worden. Sie sollten von allen Partnern im Gesundheitswesen weiter verfolgt und ebenso aktiv finanziell gefördert werden wie im stationären Sektor.

Argumente für die ärztliche Budgetverantwortung

Aus ökonomischer und aus volkswirtschaftlicher Sicht sprechen zwei ganz wesentliche Gründe dafür, dass Ärztenetze unbedingt lernen sollten, mit einer Budgetverantwortung umzugehen:

■ In allen Bereichen der Medizin, in denen die Beschränktheit der Ressourcen aus der Situation heraus gegeben und «selbstverständlich» ist (Katastrophen-, Kriegs- und Notfallmedizin), weiss jeder Mediziner, dass rigorose Bestimmungen bezüg-

¹ Datenparität (-gleichstellung): Die langjährige Erfahrung in den MC-Modellen zeigt, dass die Verträge dann am besten auszuhandeln, umzusetzen und zu leben sind, wenn sich Ärztenetze und Krankenversicherer mit je eigenen Zahlen als ebenbürtige Partner an den Tisch setzen können. Der Begriff der Datenparität hinterfragt hiermit auch das Ideal einer einzigen Einheitsstatistik. Beide Partner anerkennen gegenseitig die Ebenbürtigkeit (und die Grenzen) der verschiedenen, sich meist ergänzenden Daten und Statistiken.

lich Triagierung und Mittelzuteilung wichtig und nützlich sind, um sicherzustellen, dass die knappen Mittel gezielt und wirksam eingesetzt werden. Um diese Aufgabe muss sich auch im Gesamtsystem «Gesundheitswesen» jemand kümmern. Es ist eine ethische Pflicht, die letztlich immer begrenzten Mittel da einzusetzen, wo sie den grösstmöglichen Nutzen erzeugen. Das ist nur mit präziser Kenntnis der Kosten und des Nutzens einzelner Leistungen möglich. Und mit einer Honorierung derjenigen, die sich der Aufgabe stellen, die Budgetverantwortung mitzutragen und umzusetzen.

■ Die Mediziner werden ihren Anspruch auf die Rolle als führende Berufsgruppe im Gesundheitswesen nur dann aufrechterhalten können, wenn sie sich bewusst und aktiv um die optimale Ressourcenallokation kümmern. Andernfalls werden sich Dritte (Non Professionals) in den Ablauf der Behandlungsprozesse einmischen und die «gerechte» Verteilung der Ressourcen von Aussen diktieren.

Die Übernahme einer Budgetverantwortung ist niemals hinreichend, um die Grundprobleme in unserem Gesundheitswesen zu lösen. Aber sie setzt Energien frei, welche die verkrusteten Denkmuster und Strukturen bewegen können. Die Vereinbarung einer Budgetverantwortung ist ein erster, notwendiger Schritt in die richtige Richtung. Er honoriert diejenigen, die sich ihrer ethischen und moralischen Verantwortung stellen. ■

Autoren:

Philip Baumann

lic. oec. publ.
Managing Director

Karl Metzger

Eidg. Dipl. Organisator
Leiter Managed Care

Andreas Bühler

Dr. med. et sc. nat.
Managing Partner
BlueCare, Winterthur

Korrespondenzadresse:

BlueCare

Pflanzschulstrasse 3

8400 Winterthur

E-Mail: bluecare@bluecare.ch

Literatur:

1. Baur H. R.: Kritische Bemerkungen zum Modell «Ärztetzwerk mit Budgetverantwortung». Schweiz. Ärztezeitung SAeZ 2003; 84: Nr 40: 2081–2082.
2. Sommer J. H.: Ärzte ohne finanzielle Verantwortung. SAeZ 2003, 84: Nr. 40: 2083–2084.
3. Tapernoux F.: Replik «Ärzte ohne finanzielle Verantwortung?» SAeZ 2003, 84: Nr. 44: 2304–2305.
4. HAMA-Studie – Hausarzt-Modell-Studie Aarau, 25. November 2002. Internet: www.med-swiss.net/managedcare
5. med-swiss.net (Dachverband der Schweizer Ärztenetzwerke): Grundlagenpapier «Ärztetzwerke – von der Vision zur Realität», 19. Januar 2005.
6. Bühler A.: Grundlagen zur finanziellen Erfolgsbemessung in Managed-Care-Systemen. SAeZ 2000; 81: Nr 20: 1040–45.
7. Bühler A., Zaugg P. Y.: Der Thurgauer Morbiditätsindikator (TMI) – ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu besseren Pauschalabgeltungsmodellen. SAeZ 2003;84: Nr 6: 264–267.