

# Mehr Forschung zu Effizienz und Qualität

Bei Untersuchungen zu Kostenvorteilen von MC werden meist einzelne Massnahmen isoliert betrachtet. Um aussagestarke Ergebnisse zu erhalten, braucht es Untersuchungen, bei denen die Gesamteffekte von Massnahmen den Gesamtkosten gegenübergestellt werden. Ein weiterer Aspekt mit Forschungsbedarf ist die Qualität: Verbesserte Qualitätsmessungen würden nicht nur MC zugute kommen, sondern den Wettbewerb unter allen Leistungserbringern Richtung Qualitätswettbewerb lenken.



Konstantin Beck

## Konstantin Beck

Die Schweizer Krankenversicherer verstehen sich als Dienstleister, die die Finanzierung der Gesundheitsausgaben ihrer Kunden erleichtern respektive ermöglichen. Gleichzeitig reduzieren sie die Schwankungen dieser Ausgaben – und damit die Unsicherheit. Damit stehen also die Finanzierung und die Kundenbeziehung im Vordergrund. Der Versicherer sucht das Angebot, das den Präferenzen möglichst vieler Kunden optimal entspricht. Da das Gesetz die Variation des Leistungsumfangs einschränkt, konzentrieren sich die Anstrengungen des Versicherers auf die Regulierung der Prämie und die Organisation der Leistungserbringung. Von Managed Care (verstanden als eine mögliche Organisationsform) verspricht er sich einen effizienteren Einsatz der Ressourcen. Diesen Effizienzgewinn kann er als Prämienrabatt an seine Kundschaft weitergeben.

## Pragmatische Fragestellungen

Das geschilderte Selbstverständnis macht deutlich, dass für den Versicherer äusserst pragmatische Fragestellungen im Zentrum stehen:

*Wissenstransfer:* Sollen in der Schweiz neue Formen der Krankenversicherung, der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und der Arzt-Patienten-Beziehung zur Anwendung kommen, entsteht unmittelbar eine grosse Nachfrage nach vorliegenden Erfahrungen: Was hat sich bewährt, was wurde andernorts verworfen, wie entwickeln sich vergleichbare Märkte, so lauten die konkreten Fragestellungen. Den Transfer vor allem der US-amerikanischen Erfahrung stellten beispielsweise Zweifel/Pedroni [1] (historisch bedeutsam), Sommer [2] und jüngst Schlette et al. [3] sicher.

*Betriebswirtschaftliche Fragen:* Auf den Wissenstransfer und mit diesem verbunden folgen die betriebswirtschaftlichen Fragen. So war beispielsweise die Krise der Schweizer HMO- und Hausarztbewegung Ende der 1990er Jahre keine Frage «falscher» Medizin, sondern eine Frage «falsch organisierter» Medizin. Auffällig ist dabei, dass die dazu – zumindest uns bekannten – wichtigsten Arbeiten nicht aus der Schweiz, sondern aus Deutschland kommen [4].

*Optimale Finanzierung:* Es ist kein Zufall, dass die Krankenversicherer gerade auf diesem Gebiet am meisten eigene Untersuchungen vorweisen können. Werden MC-Organisationen in Betrieb genommen, stellt sich die Frage der richtigen Finanzierung. Da die Betreiber eine mögliche Unterfinanzierung, die Kassen dagegen eine Überfinan-

zierung befürchten, entsteht ein gewisser Antagonismus. Dieser ist nur mit der Suche nach der fairen, das heisst risikogerechten Finanzierung zu lösen. Beck [5] beschreibt diese Entwicklung, während Beck/Käser [6] die jüngsten Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet aufzeigen. Konkret erläutern sie den Einbezug von Medikamenteninformationen zur Morbiditätsmessung von Versicherten. Auch sei hier das von Grund auf neu entwickelte Morbiditäts-Klassifikations-System der Blue Care erwähnt [7].

*Wirtschaftlichkeitskontrolle:* Zu den primären Interessen des Krankenversicherers gehört auch, die wirtschaftliche Effektivität der getroffenen MC-Massnahmen zu überprüfen. Schliesslich ist er es, der eventuelle Verluste als reduzierte Prämienrabatte seinen Kunden kommunizieren muss. Auch hier kommen wichtige Arbeiten aus dem Umfeld der Krankenversicherer, so die von der SWICA finanzierte Analyse der Einspareffekte [8, 9]. In seinen Arbeiten weist Lehmann nach, dass in (Staff-model-) HMOs die risikokorrigierte Kosteneinsparung 40 Prozent beträgt, während sie sich in den lockerer organisierten Hausarztmodellen auf lediglich 10 Prozent bis 20 Prozent beläuft.

*Analyse der Rahmenbedingungen:* MC spielt sich nicht im luftleeren Raum ab, sondern ist stark von den Rahmenbedingungen des Schweizer Gesundheitswesens abhängig. In-

**Zu den primären Interessen des Krankenversicherers gehört auch, die wirtschaftliche Effektivität der getroffenen MC-Massnahmen zu überprüfen.**

sofern könnten beispielsweise die wissenschaftliche Analyse der Spitalfinanzierung und des Risikoausgleichs indirekt zur Förderung von MC in der Schweiz beitragen. Die direkte Subventionierung der Spitalkosten durch die Kantone schmälert den beim Krankenversicherer ausgewiesenen Kostenvorteil von MC-Modellen, da diese ihren Effizienzvorteil unter anderem durch die Vermeidung unnötiger Spitaleintritte erwirtschaften [10]. Und solange sich Risikoselektion für die Kassen besser auszahlt als die In-

vestition in MC-Modelle, liegen die Aktivitäten in diesem Bereich unter dem volkswirtschaftlich optimalen Niveau [11]. Eine relativ geringfügige Änderung der aktuellen

**Eine relativ geringfügige Änderung der aktuellen Risikoausgleichsformel würde ausreichen, um die Attraktivität von MC zu steigern und die der Selektion erheblich zu reduzieren.**

Risikoausgleichsformel würde ausreichen, um die Attraktivität von MC zu steigern und die der Selektion erheblich zu reduzieren [12].

### Offene Fragen

Der oben beschriebene «tour d'horizon» erweckt fälschlicherweise den Eindruck, alle Forschungsbaustellen im Bereich MC seien bereits in Bearbeitung. Grundsätzlich ist es erfreulich, dass zahlreiche Themen in Angriff genommen und teilweise schon weit vorangetrieben worden sind. Abgesehen von der Aufrechterhaltung des Wissenstransfers oder der wiederholten Überprüfung der Organisationsformen sind jedoch Themen auszumachen, die einer Klärung durch wissenschaftliche Forschung harren. Vor allem zwei Punkte sind hier aus Sicht des Krankenversicherers zu nennen:

*Gesamtsicht der Effizienz:* Es gibt neben den genannten Studien zahlreiche Untersuchungen zu den Kostenvorteilen einzelner Massnahmen im Bereich MC. Doch relativiert die isolierte Betrachtung des jeweiligen Untersuchungsgegenstands häufig das gefundene Ergebnis. Es fehlen Untersuchungen mit dem Ziel, die Gesamteffekte (soweit messbar) von MC-Massnahmen den Gesamtkosten gegenüberzustellen. Mit Gesamtkosten sind hier alle Aufwendungen gemeint, die zur Umsetzung der betrachteten Massnahmen notwendig sind. Etwas plakativ ausgedrückt lautet die Forschungsfrage: Lohnt sich eine Kostensparmassnahme überhaupt? Gerade im Bereich Disease Management darf die Hypothese gewagt werden, dass dies nicht immer der Fall ist.

*Qualität:* Auch die Qualität ist ein Aspekt, der häufig zu wenig beachtet wird, da sich

Qualität, im Gegensatz zu den Kosten, nicht so einfach messen lässt. Eine verbesserte Qualitätsmessung würde der MC-Bewegung zugute kommen, da die Versorgungsqualität in HMOs im Schnitt vermutlich höher ausfällt als in der traditionellen Versorgung, wo der Patient viel stärker auf sich selbst gestellt ist. Trifft dies tatsächlich

**Es fehlen Untersuchungen  
mit dem Ziel, die Gesamteffekte  
(soweit messbar) von MC-Mass-  
nahmen den Gesamtkosten  
gegenüberzustellen.**

zu, wäre das Preis/Leistungsverhältnis einer HMO wesentlich attraktiver, da bessere Qualität zu einem tieferen Preis geboten werden kann. Zusätzlich würde eine verbesserte Qualitätsmessung aber auch den Wettbewerb unter den Leistungserbringern allgemein stärker Richtung Qualitätswettbewerb lenken, was sicher im Sinne der Versicherten ist.

**Die Frage der Finanzierung**

War bisher ausschliesslich von Finanzierung durch den Versicherer die Rede, soll abschliessend die Finanzierung der Forschung thematisiert werden. Wie bereits dargestellt, hat der Versicherer ein konkretes Interesse an der Erforschung bestimmter, zum Teil enger Fragestellungen. Wo dieses Interesse gegeben ist, sind sowohl Finanzierung universitärer Forschung oder aber eigene Forschungsanstrengungen nachweisbar. Dass hier weiterhin Forschungsbedarf besteht, wurde ebenfalls erwähnt. Problematisch ist hier jedoch das gespaltene Verhältnis des Versicherers zu MC, weil er – unter den heutigen Rahmenbedingungen – stets mit der Nebenbuhlerin «Risikoselektion» liebäugelt.

Doch benötigt Forschung zusätzlich Freiheit, um neue, möglicherweise unproduktive Wege zu gehen und Ideen zu prüfen, die nicht zwangsläufig zu umsetzbaren Produkten führen. Diese Forschungsperspektive käme zu kurz, würde ausschliesslich der Krankenversicherer zur Finanzierung herangezogen. Für die kreative, bereichernde, aber zuweilen auch im Elfenbeinturm verstiegene

Forschung braucht es öffentliche Mittel der Universitäten, des Nationalfonds und weitere Institutionen. Nur wenn beide Forschungsstränge finanziert werden, entsteht eine produktive Atmosphäre gegenseitiger Bereicherung.

Autor:

**PD Dr. Konstantin Beck**

Direktionsmitglied der CSS Versicherung  
Tribtschenstrasse 21  
6002 Luzern  
konstantin.beck@css.ch

Literatur:

1. Peter Zweifel & Gabriella Pedroni (1981): Die Health Maintenance Organization – Die Alternative im Gesundheitswesen? (Interpharma) Basel.
2. Jürg H. Sommer (1999): Gesundheitssystem zwischen Plan und Markt. (Schattauer) Stuttgart.
3. Sophia Schlette, Franz Knieps & Volker Amelung, Hrsg. (2005): Versorgungsmanagement für chronisch Kranke – Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland, (Bertelsmann Stiftung) Güterslohe.
4. Volker Eric Amelung/Harald Schumacher (2004): Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, (Gabler) Wiesbaden.
5. Konstantin Beck (2004): Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, (Haupt) Bern.
6. Konstantin Beck & Urs Käser (2006): Durchbruch bei der Suche nach morbiditätsorientierter Capitationberechnung, zur Publikation eingereicht bei Managed Care.
7. Andreas Bühler & P. Y. Zaugg (2003): Der Thurgauer Morbiditätsindikator, in: Schweizer Ärztezeitung, 84 Nr. 6, S. 264–267.
8. Hansjörg Lehmann (2003): Managed Care – Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen?, (Rüegger) Chur.
9. Hansjörg Lehmann und Peter Zweifel (2004): Innovation and risk selection in deregulated social insurance, in: Journal of Health Economics, Vol. 23, S. 997–1012.
10. Robert E. Leu (2004): Monistische Spitalfinanzierung. Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Bern.
11. Stefan Spycher (2002): Risikoausgleich in der Krankenversicherung: Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen, (Haupt) Bern.
12. Konstantin Beck, Maria Trottmann, Urs Käser, Bernhard Keller, Stefan von Rotz & Peter Zweifel (2006): Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung, (Ott Verlag) Bern.