

Irchel-Tagung der SGGP vom 3. Oktober 2006

Qualität - zum Abschluss frei gegeben? Ängste und Erfahrungen im Zusammenhang mit neuen Entschädigungsformen

Die Sicht des Befürworters von pauschalisierten Vergütungsformen

Stefan Schütz, lic.rer.pol, M.H.A.

Die Möglichkeiten der Medizin, insbesondere die fortschreitende Spezialisierung, stellen höhere Ansprüche an die Organisation der Gesundheitsversorgung. Der Abstimmungsbedarf zwischen den verschiedenen medizinischen Fachstellen steigt. Die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung hängen also auch vom (guten) Zusammenwirken der Schnittstellen ab.

Die in der Schweiz dominierenden Entschädigungssysteme setzen jedoch kaum Anreize, den Behandlungsfall als Ganzes zu betrachten. Im Gegenteil: Einzelleistungstarife wie der Tarmed schaffen Anreize zur Mengenausweitung. Neben der Unwirtschaftlichkeit besteht die Gefahr der medizinischen Überversorgung.

Pauschale Vergütungsmodelle, so genannte Kopfpauschalen, erfassen dagegen den ganzen Behandlungsfall. Je nach Ausgestaltung der Kopfpauschale werden einzelne Glieder der Behandlungskette zusammengefasst, z.B. akutstationäre Behandlungen im DRG-System. In Managed Care Systemen wie sie die Stiftung HMO Gesundheitsplan betreibt, wird die gesamte Gesundheitsversorgung pauschalisiert (Versichertenpauschale gemäss KVG Art. 43/3 oder so genannte „Full-Capitation“).

Alle Varianten von Kopfpauschalen setzen eine zentrale Rahmenbedingung voraus: Ein Glied der Behandlungskette trägt eine medizinische und finanzielle Verantwortung, die über den eigenen Versorgungsbereich hinausgeht. Dabei geht es um die klare Auftragsformulierung, -erfüllung sowie -überwachung und nicht um die fachliche Beurteilung und Bevormundung einer hochspezialisierten Leistung durch eine fachfremde Person.

Mittels Kopfpauschalen sollen Doppelspurigkeiten beseitigt und medizinisch nicht notwendige Leistungen verhindert werden. „Weniger ist mehr“ ist also hier das Motto. Damit verbunden ist aber auch die Gefahr der medizinischen Unterversorgung.

Einzelleistungstarife schaffen Anreize zur Überversorgung, pauschalisierte Entgelte zur Unterversorgung. Beide Situationen sind zu vermeiden. Managed Care Modelle wie HMO Gesundheitsplan haben deshalb zusätzliche Qualitätssicherungsmassnahmen eingeführt. Dazu zählen ein systematisches Überweisungsmanagement, die Qualitätszirkelarbeit, Patientenbefragungen sowie externe Qualitätsüberprüfungen wie die Equam-Zertifizierung. Angesichts der ökonomischen Anreize erstaunt es nicht, dass der Bereich der konventionellen Versorgung diesbezüglich Nachholbedarf hat.

HMO Gesundheitsplan ist eine nicht-gewinnorientierte Stiftung. Diese betreibt für verschiedene Krankenversicherer HMO-Hausarztmodelle. Das grösste Modell befindet sich in der Region Basel. In diesem Netzwerk werden rund 25'000 Personen, die die HMO-Hausarztversicherung gewählt haben, mittels Capitation finanziert. Die Versicherten haben eine bzw. einen der über 80 HMO-Hausärztinnen und -ärzte gewählt. Diese sind bei Gesundheitsproblemen die erste Anlaufstelle, koordinieren die gesamte Gesundheitsversorgung und sind am wirtschaftlichen Erfolg beteiligt. Dabei ist das finanzielle Risiko klar definiert und begrenzt. Das gesamte Risiko trägt die Stiftung. Für Grossrisiken besteht eine Rückversicherung.