

Konstantin Beck, Ute Kunze, Monika Buholzer

Kostenbewusster Arzt trifft kostenbewussten Patienten

Weniger Ausgaben dank Managed Care: Antworten auf fünf kritische Hypothesen

Dass die Behandlungskosten in integrierten Versorgungsmodellen tiefer sind als in der Regelversorgung, ist mittlerweile fast unbestritten. Umso heftiger wird über die Gründe debattiert: Risikoselektion? Rationierung? Zufall? Ein Erklärungsversuch in fünf Schritten und eine bemerkenswerte Schlussfolgerung.

In drei verschiedenen Forschungsprojekten widmete sich das CSS-Institut der Frage, inwiefern signifikante Reduktionen der Versicherungskosten in Managed-Care-Modellen mit eingeschränkter Arztwahl nachzuweisen sind und wie hoch diese ausfallen.

Im ersten Projekt [1; S. 349 ff.] wurden 10 Netzwerke mit eingeschränkter Arztwahl, Budgetfinanzierung und mehr als 1000 Versicherten während der Jahre 2006 und 2007 genauer analysiert. Weil die Versicherten in diesen Netzwerkmodellen durchwegs jünger und gesünder sind, mussten Methoden gefunden werden, um den sogenannten Risikovorteil zu korrigieren, bevor ein aussagekräftiger Kostenvergleich mit Versicherten ausserhalb der Netzwerke durchgeführt werden konnte.

Dabei kamen drei Korrektur-Methoden zum Einsatz: Die *Zwilling-*, die *Cart-* und die *BAG-Methode*, wobei die ersten beiden Methoden eine detailliertere Risikokorrektur vorsehen, während die dritte die Morbiditätsunterschiede weniger präzise erfasst.¹

Hypothese 1

Schweizer Ärzte-Netzwerke weisen lediglich zufallsbedingte Kosteneinsparungen auf.

Bereits das erste Forschungsprojekt aus dem Jahre 2009 widerlegt diese Hypothese: Unter Anwendung der Zwillingsmethode konnte festgestellt werden, dass von den 10 grösseren Hausarztmodellen deren acht deutliche Einsparungen zwischen 14,8% und 6,6% aufwiesen. Je ein Netzwerk wies nicht signifikante, respektive negative Einsparungen aus. In der Mehrzahl der Fälle wurden also Kostenreduktionen nachgewiesen, im Durchschnitt (über alle 10 grossen Netzwerke) lagen sie bei 9,3% (Median: 9,4%, Standardabweichung: 4,3% bezogen auf 2006). Allerdings waren die Einsparungen zum dama-

ligen Zeitpunkt nicht sehr gross, und die mangelhafte Stabilität der Ergebnisse von einem Jahr zum nächsten liessen in der beteiligten Forschergruppe gewisse Zweifel am Befund zurück.

Im Rahmen eines zweiten Projekts [2], das sich auf die grössten sechs der bereits unter [1] untersuchten Ärztenetzwerke bezog, wurden im ganzen vier Jahre (2006 bis 2009) und drei verschiedene Berechnungsmethoden herangezogen. Tabelle 1 stellt die Resultate dar.

Die Tabelle 1 zeigt, dass es über diesen längeren Zeitraum zu höheren durchschnittlicheren Einsparungen von (je nach Methode) 11,9% bis 20,6% kommt. Negative Einsparungen stellen sich nur bei drei von 72 berechneten Varianten ein. Wären die Einsparungen gemäss Hypothese 1 rein zufallsbedingt, so läge die Wahrscheinlichkeit für so viele positive Einsparungen im hundertstel Promillebereich (1×10^{-18}).

Hypothese 2

Die Kostenvorteile der Schweizer Ärztenetzwerke entstehen durch die Verdrängung von teuren Risiken aus dem Bestand.

Da die Netzwerkbetreiber aufgrund der Budgetfinanzierung einen Anreiz haben könnten, teure Versicherte aus dem Netz zu verdrängen, um so die Kosten im Griff zu behalten, werden nun auch die Durchschnittskosten der austretenden mit denjenigen der eintretenden und der im Modell verbliebenen Versicherten verglichen.

Es zeigt sich dabei, dass Hypothese 2 einzig im Jahr 2006 mit den Daten gestützt werden könnte: Die Eintretenden sind unterdurchschnittlich und die Austretenden



Konstantin Beck



Ute Kunze



Monika Buholzer

¹ Für einen genaueren Beschrieb der einzelnen Methoden sei auf [2] verwiesen.

Tab. 1 Gewichtetes Mittel der Einsparungen in sechs Netzwerken von 2006 bis 2009 für die drei verwendeten Berechnungsmethoden.

Methode	BAG	Zwilling	CART
Gewichtetes Mittel	20,6	13,0	11,9
Median	23,2	10,7	9,1
Stand. Abw.	6,7	6,7	8,6

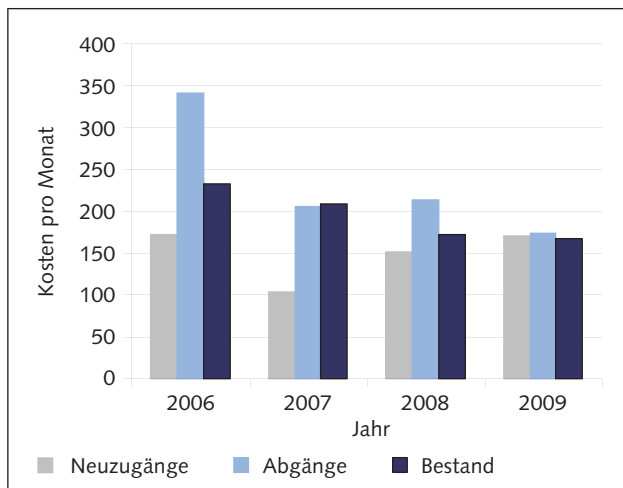
überdurchschnittlich teuer. 2008 weist ein ähnliches, aber sehr stark abgeschwächtes Muster auf, während Hypothese 2 für die Jahre 2007 und 2009 verworfen werden muss. Wenn nun aber die hohen Kosten der Ausstretenden von 2006 tatsächlich auf das Selektionsverhalten der Ärzte zurückgeführt werden müsste, so ist nicht einzusehen, warum sich dieses Verhalten in den drei Folgejahren nicht wiederholt. Da der Nachweis für 2007 und 2009 nicht möglich ist, ist es naheliegend anzunehmen, dass der Kostenunterschied von 2006 andere Gründe hat als die Risikoselektion durch die Netzärzte. Hypothese 2 lässt sich oft gar nicht nachweisen und verliert dadurch an Plausibilität.

Hypothese 3

Der wahre Kostenanstieg in Schweizer Ärztenetzwerken wird durch den grossen Zustrom an Versicherten verschleiert.

Auch wenn die Selektion, wie wir gesehen haben, als äusserst unplausibel einzustufen ist, könnte es sein, dass der starke Zustrom günstiger Neukunden eine hohe Teuerung im Bestand kaschiert. In der Tat steigt der Versichertenbestand in der betrachteten Periode um 87%. Mit Blick auf Abbildung 1 kann gezeigt werden, dass

Abb. 1 Durchschnittskosten der Ein- und Ausstretenden und des Bestandes.



die Neukunden effektiv günstigere Risiken darstellen als der Bestand. Aus diesem Grund wurde in den drei grössten Netzwerken dieselbe Analyse noch einmal für diejenigen Netzwerkkunden durchgeführt, welche alle vier Jahre durchgehend Mitglieder des Netzwerks waren. Auch Hypothese 3 kann nicht klar gestützt werden. Unter Verwendung der Cart- und der Zwillingmethode resultiert im ersten Modell ein Anstieg der Einsparungen auch im konstant gehaltenen Bestand, im zweiten Netzwerk sinken die Einsparungen zwar, aber um lediglich 2,2% Punkte und im dritten, wo sie ebenfalls absinken, verharren sie 2009 immer noch auf sehr hohen minimalen Werten von 21,1% respektive 17,0% (je nach Berechnungsmethode).

Hypothese 4

Die Ärzte reduzieren die Leistungen im Wesentlichen dadurch, dass sie ihren Patienten medizinisch notwendige Leistungen vorenthalten.

Eine solche unverantwortliche Rationierungspolitik müsste entweder zu einer anhaltenden Abwanderung der teuren Risiken oder, wenn die so rationierten Individuen in den Netzen verbleiben, mit der Zeit zu einem überdurchschnittlichen Kostenanstieg im Bestand führen. Denn die Versicherten mit ihren verschleppten Leiden müssten irgendwann zwingend behandelt werden und diese Behandlungen kosteten ein Mehrfaches einer zeitgerechten Versorgung. Abbildung 1 stützt die Abwanderungshypothese nicht. Auch in Bezug auf die Kostenentwicklung im Bestand zeigt sie eher das Gegenteil an, nämlich sinkende Kosten im Bestand, und auch unter Konstanthaltung des Versichertenbestandes sind keine gravierenden Reduktionen der Leistungseinsparung auszumachen. Es kann somit keine Evidenz für Hypothese 4 gefunden werden.

Hypothese 5

Die Ärzte selber leisten gar keinen aktiven Beitrag zur Realisierung der Einsparung.

Aufgrund der bisherigen Resultate kann nicht klar bestimmt werden, wer nun für die beobachtbaren Einsparungen verantwortlich ist. Sind es die Ärzte aufgrund ihres kostenbewussteren Behandlungsstils oder liegt bei den Versicherten eine entsprechende Selbstselektion vor, weil sich möglicherweise nur Personen, die sowieso schon kostenbewusst sind, für Netzwerke mit eingeschränkter Arztwahl entscheiden? In diesem Fall führen Netzwerke gar nicht zu Kostenreduktionen, sondern separieren lediglich die kostenbewussteren Versicherten von den weniger sparsamen.

Zur Beurteilung der Hypothese sind die Ergebnisse eines dritten Forschungsprojekts heranzuziehen. Neben den Netzwerken mit Budgetverantwortung gibt es auch Managed-Care-Produkte, bei denen die Versicherten aus einer Liste von Ärzten ihren Gatekeeper auswählen und sich verpflichten, immer zuerst diesen Hausarzt zu konsultieren. In diesen Modellen haben die Hausärzte keinen besonderen Anreiz, eine kosteneffektive Behandlung anzupfeilen, weil sie nach Einzelleistung vergütet werden.

Nun ergibt eine Zwillingsanalyse [3] von Versicherten in Ärztelistenmodellen über die ganze Schweiz und die Jahre 2006 (mit 87 772 Versicherten) bis 2009 (mit 257 028 Versicherten), dass die Einspareffekte im gewichteten Durchschnitt 6% betragen und damit etwa halb so gross sind, verglichen mit den Resultaten in Budgetmodellen (Tabelle 1). Aus diesem Wert lassen sich allerdings immer noch zwei Schlüsse ziehen:

Entweder widerlegen sie Hypothese 4 und zeigen, dass Managed-Care-Ärzte in Netzwerken mit Budgetverantwortung mindestens ebenso viel zur Kostenreduktion beitragen wie Versicherte in Listenmodellen ohne Budgetverantwortung der behandelnden Ärzte. Es wäre dann plausibel anzunehmen, dass Versicherte durch ihr geändertes Verhalten wie auch die Netzwerkärzte durch ihren spezifischen Behandlungsstil gemeinsam für die Reduktion der Kosten um rund 12% verantwortlich zeichnen.

Leider genügt der vorliegende Befund nicht, um die Hypothese 5 vollständig zu widerlegen. Wiederum ist es möglich, mit der Selbstselektion der Versicherten zu argumentieren. Kostenbewussten Kunden wählen demnach das MC-Modell mit Budgetverantwortung und die weniger Kostenbewussten treten ins Listenmodell ein. Formal logisch passt die hier skizzierte Erklärung ebenfalls zu den Resultaten des zweiten und dritten Forschungsprojekts. Allerdings wirkt diese zweite Begründung ein wenig konstruiert, so dass die erste Erklärung als die plausiblere erscheinen dürfte und die Hypothese 5 ebenfalls widerlegt werden kann.

Schlussfolgerung

Ganz bewusst wurden in dieser Darstellung der Forschungsergebnisse zur Kosteneinsparung in Ärztenetzwerken so ziemlich alle gängigen Argumente gegen Managed-Care-Modelle als Hypothesen aufgenommen und eine um die andere gestützt auf die empirischen Arbeiten widerlegt. Die Widerlegung gelingt bei den einen Hypothesen besser als bei anderen. Aber sogar wenn die eine oder andere Hypothese nicht logisch zwingend falsifiziert werden kann, so lässt sich aus der Darstellung der eindeutige Schluss ableiten: In Managed-Care-Netzwerken wird signifikant kostengünstiger gearbeitet als im traditionellen Modell. Sehr wahrscheinlich darum, weil in diesen Modellen kostenbewusste Ärzte auf kostenbewusste Patienten stossen.

Literatur

- 1 Konstantin Beck, Urs Käser, Monika Buholzer, Ute Kunze, Nadine Engler und Maria Trottmann (2011): Problematik einer fairen Risikoteilung zwischen Versicherern und Leistungserbringern in Managed Care Modellen, in: K. Beck, Hrsg.: Risiko Krankenversicherung, Haupt, Bern, Kapitel 11.
- 2 Beck, Konstantin, Ute Kunze, Monika Buholzer, Maria Trottmann (2011): Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen – Eine Analyse auf mittlere Frist. Forschungsbericht des CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie, (www.css-institut.ch).
- 3 Ute Kunze (2011): Zwillingsanalyse der Hausarztversicherung Profit, internes Arbeitspapier, CSS Institut, Luzern.

Korrespondenz:

Prof. Dr. Konstantin Beck
 Leiter CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie
 Tribtschenstrasse 21
 6002 Luzern
[konstantin.beck\[at\]css-institute.ch](mailto:konstantin.beck[at]css-institute.ch)
www.css-institute.ch