

Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz

Praktische Erfahrungen

von Konstantin Beck¹

ABSTRACT

Die Capitation-Finanzierung entspricht einer pauschalieren Abrechnung von Gesundheitsleistungen. Im Gegensatz zur Einzelleistungsvergütung setzen Capitation-Budgets den Anreiz, medizinische Leistungen möglichst effizient zu erbringen. Gemeinsam mit den Managed-Care-Modellen gewann diese Form der Finanzierung in der Schweiz ab 1990 an Bedeutung und erreichte 2012 einen Anteil von neun Prozent der von der Krankenversicherung vergüteten Leistungen. In zahlreichen Studien konnte der Nachweis der kostenreduzierenden Wirkung von Capitation-Verträgen nachgewiesen werden. Die neueren Vergütungsverträge zwischen Ärztekollektiven und Krankenversicherern gehen wieder zum Einzelleistungstarif über, verwenden jedoch weiterhin die Capitation-Methodik, um die Effizienz der Managed-Care-Modelle zu überprüfen.

Schlüsselwörter: Capitation, Einzelleistungsvergütung, Managed Care, Kosteneinsparung, Krankenversicherung

Capitation funding is an equivalent of a lump-sum payment system in health care. In contrast to a fee-for-service system, capitation budgets set incentives to provide medical services as efficiently as possible. Along with the managed care models, this form of financing became more prominent in Switzerland from 1990 and reached a share of nine percent of all health care services covered by health insurance in 2012. Numerous studies have found evidence of the cost-reducing effect of capitation contracts. Nevertheless, recent reimbursement contracts between physicians and health insurers have returned to the fee-for-service tariff, but retain capitation in order to evaluate the efficiency of managed care models.

Keywords: capitation, fee for service, managed care, cost savings, health insurance

1 Warum sind Vergütungssysteme ein Thema?

Unterschiedliche Vergütungssysteme zwischen Leistungserbringern und Versicherern sind Gegenstand wissenschaftlicher Forschung führender Gesundheitsökonomien (vgl. zum Beispiel *Newhouse 1996*). Das mag auf den ersten Blick erstaunen. Warum sollte die Form der Vergütung, die der Arzt in Rechnung stellt, mehr als eine buchhalterische Bedeutung haben? Immer wenn sich Ökonomen mit einem Thema befassen, geht es in der Regel um die Frage von Anreizen, so auch hier (*Breyer et al. 2005, 416 ff.*). Werden ärztliche Leistungen einzeln vergütet, kann beim Leistungserbringer der Anreiz entstehen, mehr Leistungen als unbedingt not-

wendig zu erbringen. Das gilt insbesondere dann, wenn ein Wissensvorsprung gegenüber dem Patienten besteht und der Behandlungseffekt nicht exakt vorhersagbar ist. Das bewog Ökonomen, Pro-Kopf-Budgetzahlungen zu propagieren, die sogenannten Capitation. Diese orientieren sich an den von einem bestimmten Patientenkollektiv typischerweise verursachten durchschnittlichen Kosten und reagieren nicht direkt auf die Menge der erbrachten Leistungen. Die Capitation-Vergütung dreht den Anreiz also um, und zwar sobald der Arzt die möglicherweise positive Differenz aus Capitation-Zahlung und effektiv aufgewendeten Behandlungskosten behalten darf. In diesem Fall besteht der Anreiz, das Budget zu unterschreiten. Dies stellt so lange kein Problem dar, wie der Arzt nicht dazu übergeht, dem Patienten lebensnotwendige Leistungen zu verweigern. Beide Formen der Vergütung,

¹ Professor Dr. oec. publ. Konstantin Beck, CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie · Tribtschenstrasse 21 · CH-6002 Luzern
Telefon: +41 (0)58 277-1111 · Telefax: +41 (0)58 277-1615 · E-Mail: konstantin.beck@css.ch

sowohl die Einzelleistungsvergütung als auch die Capitation, lösen somit gewünschte und unerwünschte Anreize aus. Die Einführung von Capitation-Vergütungen in den 1990er Jahren war mit der Frage verknüpft, ob sie zu den gewünschten Einspareffekten führt, ohne dass die Behandlungsqualität darunter leidet.

Bevor wir uns dieser Frage zuwenden, sei kurz auf die wichtigsten Unterschiede zwischen dem deutschen und dem schweizerischen System hingewiesen, insofern sie für die Capitation-Finanzierung von Belang sind. Dann wenden wir uns in Abschnitt drei den Prinzipien der Capitation-Berechnung zu und diskutieren die Themen Risikoteilung und Risikoadjustierung. Im vierten Teil wird in einem kurzen, systematisierten Abriss die Geschichte der Managed-Care-Bewegung in der Schweiz – und damit eng verknüpft die Entwicklung der Capitation-Finanzierung – vorgestellt, bis wir im fünften Teil die messbaren Erfolge, aber auch die Schwierigkeiten und den aktuellen Stand der Managed-Care-Finanzierung aufzeigen. Das Schlusskapitel fasst die schweizerischen Erfahrungen zusammen und zieht daraus ein Fazit.

2 Unterschiede Deutschland – Schweiz

Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Diskussion sei auf die wichtigsten Unterschiede zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands (GKV) und der entsprechenden Krankenpflege-Grundversicherung in der Schweiz (KVG) hingewiesen (Tabelle 1).

Im Gegensatz zu Deutschland ist die Grundversicherung der Schweiz für sämtliche Einwohner – auch die besser verdienenden – obligatorisch. Die Institution der Kassenärztlichen Vereinigungen, wie sie Deutschland kennt, gibt es in der Schweiz nicht. Die schweizerischen Krankenversicherer zahlen sämtliche Leistungen ihrer Versicherten selbst und direkt an die Leistungserbringer, seien dies ambulante Ärzte oder stationäre Einrichtungen. Die Zahlungen (vor allem im ambulanten Bereich) erfolgen mehrheitlich als Einzelleistungsvergütung, in anderen Fällen als Capitation-Budget-Zahlung.

Die Versicherer finanzieren sich zu 86 Prozent über Prämien und zu 14 Prozent über Zuzahlungen der Versicherten

TABELLE 1

Übersicht der Unterschiede zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands (GKV) und der Krankenpflege-Grundversicherung in der Schweiz (KVG)

Deutschland	Schweiz
<ul style="list-style-type: none"> ● gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Krankenpflege-Grundversicherung (KVG)
<ul style="list-style-type: none"> ● Pflichtversicherung für Arbeitnehmer bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze für besser Verdienende, Beamte und Selbstständige optional; es besteht Versicherungspflicht 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pflichtversicherung für alle Einwohner
<ul style="list-style-type: none"> ● im Kollektivvertrag Abrechnung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Leistungserbringern im Selektivvertrag Abrechnung teilweise zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern 	<ul style="list-style-type: none"> ● direkte Abrechnung zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringer
<ul style="list-style-type: none"> ● Capitation-Zahlungen spielen eine Rolle, aber an anderer Stelle als in der Schweiz: bei den RSA-Zuweisungen vom Gesundheitsfonds zu den Krankenkassen und von diesen zu den Kassenärztlichen Vereinigungen. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Capitation tritt nur in den Zusammenarbeitsverträgen zwischen Krankenversicherer und Ärztekollektiven auf. Diese sind mehrheitlich als Einzelleistungsvergütung ausgestaltet, teils auch als Capitation-Budget-Zahlung.
<ul style="list-style-type: none"> ● Finanzierung hauptsächlich über den Gesundheitsfonds und damit indirekt über Einkommensabzüge (Buchner et al. 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Finanzierung der Versicherer: 86 % über Prämien 14 % über Zuzahlungen der Versicherten

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G-G Wissenschaft 2013

im Krankheitsfall (BAG 2012, 147). Das bedeutet, dass über den Risiko(struktur)ausgleich die Prämiegelder der Versicherten erst in einem zweiten Schritt gemäß Morbiditätsunterschieden in der Versichertenstruktur zwischen den Versicherern umverteilt werden (analog dem früheren deutschen Risikostrukturausgleich).

3 Prinzip der Capitation-Finanzierung

Wenn wir im Folgenden näher auf die Capitation-Finanzierung eingehen, so erfolgt dies stets in Bezug auf das schweizerische System. Das heißt, wir betrachten Kooperationsverträge zwischen einer Gruppe von Ärzten und einem (oder mehreren) Krankenversicherern. Capitation-Verträge entsprechen einer Budgetfinanzierung dieser Ärzte. Mit dem Erstellen eines Budgets sind drei Risiken verbunden:

- Den beteiligten Ärzten wird zu viel Leistungsrisiko aufgebürdet (Abschnitt 3.1). Dies könnte zur Folge haben, dass das Ärztekollektiv ohne eigenes Verschulden in einen Konkurs getrieben wird.
- Das Budget entspricht nicht der Morbidität der eingeschlossenen Patienten (Abschnitt 3.2). Das kann zweierlei Effekte zur Folge haben: Entweder wird das Ärztekollektiv überfinanziert, weil der Gesundheitszustand der in ihrem Versorgungsmodell eingeschriebenen Versicherten überdurchschnittlich gut ist. Oder aber das Gegenteil liegt vor: Die Patienten sind wesentlich kränker, als aufgrund der Capitation-Formel zu erwarten war. Auch hier bestünde die Gefahr eines unverschuldeten Konkurses.
- Die behandelnden Ärzte beginnen im Fall einer drohenden Überschreitung des ausgehandelten Budgets, die Versorgung ihrer Patienten zu reduzieren (Abschnitt 3.3).

3.1 Angemessene Risikoteilung

Die Capitation-Finanzierung hat zum Ziel, die Vergütungsanreize für Ärzte dahingehend zu setzen, dass kein Interesse an einer unnötigen Ausweitung der Behandlung besteht, sondern vielmehr die effiziente und effektive Behandlung der Patienten im Mittelpunkt steht. Auf die Gefahr einer möglichen Unterversorgung wird später eingegangen (Abschnitt 3.3). Diese Anreizsetzung wird mit einer Risikoteilung zwischen Arzt und Versicherung erreicht. Im Einzelleistungssystem liegt das Leistungsrisiko vollständig auf den Schultern der Versicherer. Sind die Patienten einmal in der Praxis, muss sich der einzelne Arzt nicht mehr kümmern, wie viele Leistungen er im Vergleich zu seinen Kolleginnen erbringt. (In Extremfällen kann allerdings der Verband der Krankenversicherer eine gerichtliche Überprüfung der Zulässigkeit der Rechnungsstellung verlangen. Hier sprechen wir aber nicht mehr von Mengenausweitung, sondern vom Verdacht des

gewerbsmäßigen Betrugs.) Im Normalfall wird das Mehr an Leistungen vom Versicherer vergütet und er allein plagt sich anschließend mit der Frage, wie er seine Einnahmen mit der Höhe der Leistungsvergütungen im Gleichgewicht hält. Das Risiko, dass die Leistungen in unvorhergesehener Weise das eingenommene Prämienvolumen übersteigen können, soll mit einer Capitation-Formel auf den behandelnden Arzt übertragen werden. Da diese Form der Capitation-Vergütung in der Schweiz in der Regel nur bei HMO (Health Maintenance Organisation) und Hausarztnetzwerken vorkommt, sprechen wir im Folgenden von den HMO als Vertragspartner der Versicherung.

Dieser Risikotransfer muss wohlüberlegt sein, denn es gibt ein grundlegendes Gesetz des Risikos, das dieser Absicht diametral zuwiderläuft: Versicherer reduzieren Risiken durch Diversifikation (Abbildung 1). Je mehr unterschiedliche Risiken sie aufnehmen, desto geringer wird beispielsweise das Risiko, dass alle diese Versicherten gleichzeitig krank werden. Dies nennt man das Gesetz der großen Zahl (*Georgii 2004, 120*). Aus rein statistischen Gründen sinkt das Risiko im Verhältnis zur Wurzel der Anzahl der Versicherten. Einfacher ausgedrückt: Das Risiko pro Individuum ist in einer Versicherung mit einer Million Versicherten tausend Mal geringer, als wenn alle diese Individuen nicht versichert wären und ihr Leistungsrisiko selber tragen würden (denn die Wurzel von einer Million ist Tausend). Das individuelle Risiko bei nicht Vorliegen einer Versicherung (das wird leicht vergessen) besteht darin, dass das Individuum aufgrund sehr hoher Krankheitskosten Privatkonkurs anmelden muss oder gar an medizinisch grundsätzlich heilbaren Krankheiten wegen Zahlungsunfähigkeit stirbt.

Das Zusammenfassen von Versicherten *reduziert* demnach das Risiko. Es gilt aber auch das Gegenteil: Die Aufsplitterung bestehender Versicherten-Pools *erhöht* das Risiko. Angenommen, die Versicherung mit einer Million Kunden würde ihren Bestand auf 100 HMO mit je 10.000 Versicherten aufteilen und den HMO das vollständige Risiko übertragen, so erhöhte sich für sie das Risiko pro Individuum um das Zehnfache. (In der Versicherung mit einer Million Kunden reduziert sich das Risiko um den Faktor $1.000 = \sqrt{1.000.000}$. In einer HMO mit nur 10.000 Versicherten reduziert sich deren Risiko um $100 = \sqrt{10.000}$. Die Reduktion ist somit zehnmal geringer, das verbleibende Restrisiko somit zehnmal größer.) Dieses Phänomen gilt es im Auge zu behalten, falls es zur Risikoteilung zwischen einem Versicherer und einer HMO kommt. Es wird also eine genau überlegte Justierung der Risikoübertragung benötigt. Wie aber kann das bewerkstelligt werden? In der Schweiz hat sich die simple Form der Rückversicherung durchgesetzt: Zuerst überträgt der Versicherer der HMO das ganze Risiko, tritt anschließend als Rückversicherer der HMO auf und verschiebt so einen Teil des Risikos wieder zurück auf sich selbst. Mit dieser Vertragskonstruktion lässt

sich die Risikoübernahme durch die HMO gut kalibrieren. (In der Praxis gibt es weitere risikoreduzierende Techniken: So wird beispielsweise die endgültige Capitation-Berechnung erst im Nachhinein vorgenommen, sodass etwa das Risiko einer überraschend hohen Jahresteuern im System vom Versicherer und nicht von der HMO getragen wird.)

3.2 Problem der Risikoadjustierung

Jede HMO besitzt ein spezifisch zusammengesetztes Versichertenkollektiv. Für den Versicherer, der der HMO einen Capitation-Vertrag anbietet, gilt es festzustellen, welche Leistungen angesichts des gegebenen Patientenkollektivs vonseiten der HMO zu erbringen sein werden. Das Resultat der Budgetverhandlung zwischen HMO und Versicherer sollte das sogenannte faire Budget sein. Dies verhindert gleichermaßen, dass der Versicherer zu hohe Zahlungen an die HMO leistet, und andererseits, dass die HMO unverschuldet in Konkurs geht.

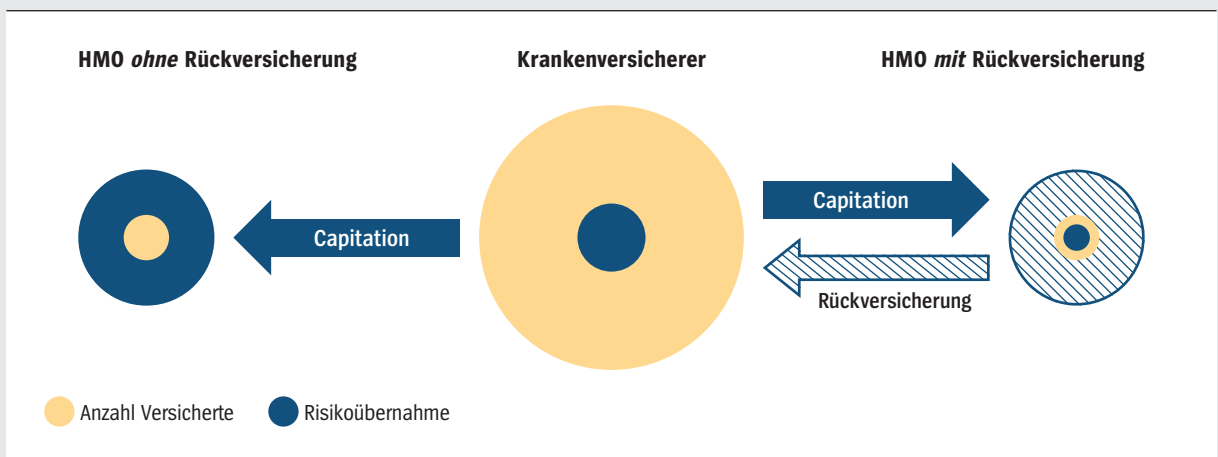
In den letzten zwei Dekaden hat die Versicherungstechnik bei der Berechnung fairer Budgets große Fortschritte gemacht. Glaubte man zu Beginn der 1990er Jahre, dass eine Unterscheidung der Versicherten nach Alter und Geschlecht hinreichend genaue Ergebnisse liefere, so wiesen seither eine Reihe von Autoren darauf hin (*Van de Ven und Ellis 2000*), dass mit diesen beiden Kriterien allein lediglich wenige Prozent der Leistungsunterschiede innerhalb einer HMO-Population erklärt werden können. Um die Jahrtausendwende

kam es in den USA bei der Finanzierung von Medicare zu einem Durchbruch weitaus differenzierterer und genauerer Berechnungsmethoden (*Ash et al. 2000; Carter et al. 2000*). Sie führten Diagnosen aus stationären Aufenthalten und die Einnahme spezifischer Medikamente (z. B. Insulin für Diabetiker) in die Formel ein. Auch die Schweiz schritt mit der Implementierung spezifischer Medikamentenkosten in die Berechnung voran (eine genauere Darstellung siehe *Beck 2013a, Kap. 11*), während Deutschland mit seinem aktuell gültigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich über eine sehr gute Basis zur Berechnung fairer Capitation-Ansätze verfügt (*Göpffarth et al. 2007*).

Trotz dieser erheblichen Fortschritte ist an dieser Stelle eine kritische Bemerkung anzubringen. Da es sich grundsätzlich um ein Versicherungsgeschäft handelt, kann keine Formel der Welt Leistungsunterschiede 100-prozentig erklären. Wäre das möglich, würde die Versicherung obsolet, es gäbe dann kein Risiko, sondern lediglich prognostizierbare Kostenunterschiede. In der Regel können nicht mehr als 50 Prozent der individuellen Leistungsunterschiede antizipiert werden, 50 Prozent bleiben dem Zufall überlassen (*Beck 2013a, Kap. 4*), sei es, weil Krankheiten zufallsbedingt auftreten, sei es aber auch, weil nicht immer durchschaubar ist, welche Behandlung bei welcher Krankheit angewandt wird (*Beck 2013a, 33 ff.*). Hinzu kommt, dass nicht jeder erklärende Faktor in einer Capitation-Formel berücksichtigt werden kann, weil dies der HMO Gelegenheit gäbe, die Zahlungshöhe

ABBILDUNG 1

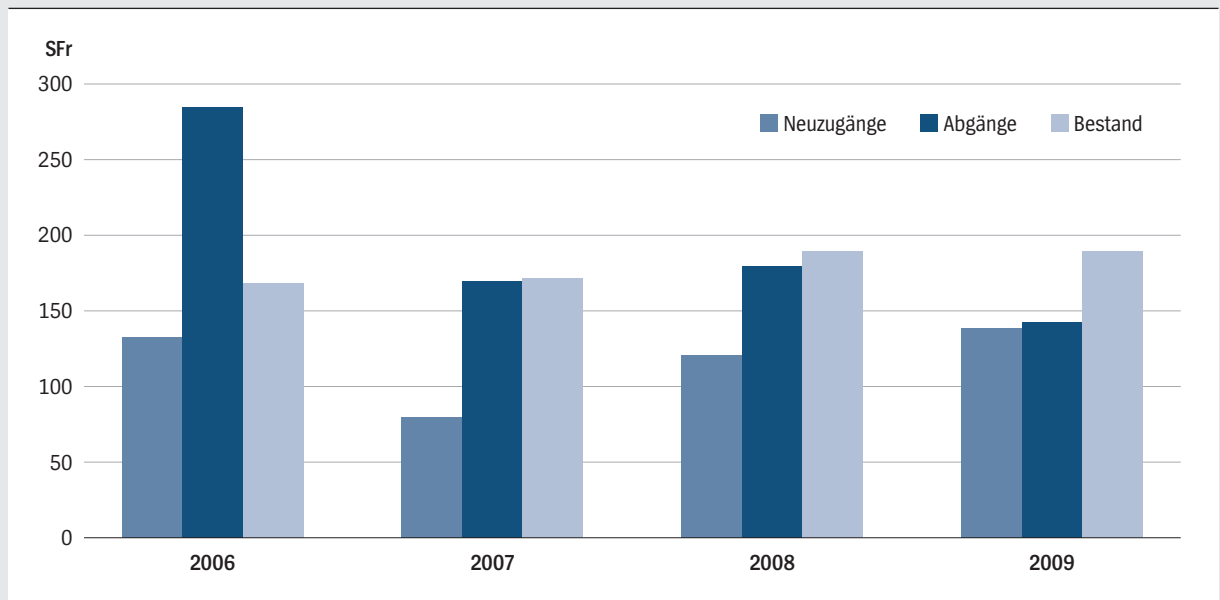
Risikotransfer zwischen Krankenversicherer und Health Maintenance Organisation (HMO) mit und ohne Rückversicherung (schematische Darstellung)



Weil eine HMO weniger Versicherte (gelb) umfasst als ein Versicherer, ist das Risiko (blau) pro Kopf in der HMO größer als beim Versicherer. Erst eine Rückversicherung (schraffiert) vermag das Risiko in der HMO wieder zu reduzieren.

ABBILDUNG 2

Kontrolle möglicher Risikoselektion anhand der durchschnittlichen Leistungen der Zu- und Abgänge von Managed-Care-Modellen (Nettogleistung pro Versichertenmonat)



Quelle: Trottmann et al. 2012a; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

zu manipulieren (Stichwort Upcoding). Somit bleibt in jeder Capitation-Formel ein Restrisiko, das auch mittels Rückversicherung nicht weiter reduziert werden kann. Wir kommen auf diesen Punkt im Abschnitt 5 zurück.

3.3 Kontrolle des Anreizes zur Unterversorgung

Wesentlich einfacher steht es um die Kontrolle des Anreizes zur Unterversorgung. Sieht sich eine HMO durch ein festes Budget beschränkt, könnte der Anreiz entstehen, die Budgeteinhaltung durch Verweigerung medizinisch notwendiger Leistungen zu garantieren. Während Mengenausweitung (der Fehlanreiz bei Einzelleistungsvergütung) noch als Kavaliersdelikt angesehen werden kann, kollidiert eine Leistungsverweigerung trotz medizinischen Bedarfs (der Fehlanreiz bei Capitation-Finanzierung) unmittelbar mit der Ethik des Mediziners. Ein solches Fehlverhalten wiegt schwer und dürfte schon deswegen seltener vorkommen. Hinzu kommt, dass sich die Managed-Care-Bewegung in einem eher feindlich gesinnten Umfeld etablieren musste und von daher unter permanent strenger Beobachtung stand (Finsterwald 2004). Eine grob fahrlässige Leistungsverweigerung hätte umgehend für negative Schlagzeilen gesorgt, was überhaupt nicht im Interesse der Pionierärzte lag, die diese neue Versorgungsform in der Schweiz etablieren wollten. Diese Hemmung der ersten

Ärzte-Generation dürfte schwächer werden, je größer der Anteil an Ärzten wird, der im Bereich Managed Care tätig ist.

Allerdings haben auch die Versicherer ein Mittel, um die Qualität der Behandlung zu überprüfen: Sie kennen sämtliche Versicherte, die aus einer HMO austreten, und können diese nach dem Grund ihres Austritts befragen. Ein systematisches Fehlverhalten der HMO-Ärzte kann somit nicht verborgen bleiben. Zudem sind die Versicherer (auf ausdrücklichen Wunsch einiger Managed-Care-Organisationen) in jüngster Zeit dazu übergegangen, die Qualität der HMO besser zu erfassen und zu messen (vgl. Abschnitt 5).

Eine Analyse bestätigte, dass Risikoselektion in den HMO offenbar kein Thema ist (Trottmann et al. 2012a). Für die Jahre 2006 bis 2009 wurden die durchschnittlichen Leistungen der Bestandsversicherten einer HMO mit denen der neu Eintretenden und denen, die den Bestand verließen, verglichen (Abbildung 2). Läge eine Risikoselektion vor, müssten die Kosten der Neueintretenden systematisch unterhalb der Durchschnittskosten des Bestands und die Kosten der Austretenden systematisch darüber liegen. Positive Risiken würden angezogen, kostspielige Risiken hingegen abgeschoben. Mit Ausnahme des Jahres 2006 bestätigt sich dieses Bild nicht. Die Neuzugänge sind zwar bessere Risiken, die HMO

zieht also positive Risiken als Neukunden an, aber die Kosten der Austritte liegen in der Regel unterhalb der Durchschnittskosten des ganzen Bestandes. Eine Verdrängung kostspieliger Risiken, und darum geht es in diesem Abschnitt primär, lässt sich in den Daten somit nicht nachweisen.

4 Die Managed-Care-Bewegung in der Schweiz

Die Geschichte der Managed-Care-Bewegung lässt sich vereinfacht in vier Phasen unterteilen, wobei die zeitliche Unterteilung natürlich fließend ist (eine umfassende Darstellung findet sich in *Finsterwald 2004* oder *Beck 2009*, eine humoristische Kurzfassung bietet *Beck 2012*, 42 ff., 111 f., 135 f.).

Die erste, lang anhaltende Phase (1990–1998) war geprägt vom Misstrauen der Versicherten und entsprechend nicht ausgelasteter Kapazitäten. Dies führte sowohl bei den Versicherern als auch bei den HMO zu roten Zahlen. Dazu kam, dass die Capitation-Berechnung noch in den Kinderschuhen steckte und in der Regel die Einzelleistungsvergütung zur Anwendung kam. Effizienzmessung war angesichts der geringen Anzahl Versicherter in diesen Modellen schlecht möglich und auch Qualitätsaspekte blieben weniger beachtet.

Die zweite Phase (1999–2005) unterscheidet sich durch eine zunehmend genauere Capitation-Berechnung und einen

wachsenden Anteil an Capitation-Verträgen. Dies führte (gemeinsam mit der Schließung nicht rentabler HMO) dazu, dass die Managed-Care-Modelle den Turnaround schafften und sowohl die Versicherer als auch die HMO-Betreiber erstmals schwarze Zahlen schrieben. Engagierte HMO-Ärzte entwickelten ein spezifisches Qualitätszertifikat (EQUAM), das zusammen mit dem Label Swisspep bald eine allgemeine Akzeptanz im Markt fand. Trotz all dieser Verbesserungen blieb die Kapazitätsauslastung eher gering.

In der dritten Phase (2006–2010) setzte eine große Nachfrage nach Managed-Care-Modellen ein. Dank einer Verordnungsänderung mussten sich Versicherte nicht mehr zwischen hohen Zuzahlungsmodellen einerseits und Managed-Care-Modellen andererseits entscheiden, sondern konnten beides kombinieren und damit in den Genuss noch höherer, kombinierter Prämienrabatte gelangen. Auch in dieser Phase bleiben die Managed-Care-Modelle ohne Budgetverantwortung vorherrschend. Von allen Versicherten der Schweiz wählten 31,9 Prozent das Managed-Care-Modell ohne und 5,9 Prozent das Managed-Care-Modell mit Budgetverantwortung (*Datenpool santésuisse 2010*). Es entstehen die ersten flächendeckenden Effizienzanalysen (vgl. Abschnitt 5.1).

Schließlich begann im Jahr 2011 eine vierte Phase, die sich vor allem hinsichtlich des Vergütungssystems unterscheidet (vgl. Abschnitt 5.2). Ob die Effizienz der Modelle auf die neu gewählte Vergütungsform reagieren wird, muss sich erst noch erweisen. Der Zuspruch der Managed-Care-Modelle

TABELLE 2

Die vier Phasen der Managed-Care-Entwicklung in der Schweiz

	Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
Zeitraum (ungefähr)	1990–1998	1999–2005	2006–2010	seit 2011
Kapazitätsauslastung	gering	gering	zunehmend	gut
Finanzierung	ELV*; schlecht kalkulierte Capitation	zunehmend Capitation	zunehmend Capitation	ELV* und Bonussystem
Rentabilität	schlecht	gut	gut	gut
Effizienzmessung	noch schlecht möglich	erste Resultate	flächendeckende Analysen	Effizienzkontrolle standardisiert und implementiert
Qualität	Messung vorerst zurückgestellt	erste Qualitätszertifizierung	rückt zunehmend in den Fokus	Qualität ist Teil der Vergütung

*ELV = Einzelleistungsvergütung

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

bleibt nach wie vor groß und erreichte im September 2012 56 Prozent der Schweizer (*Datenpool santésuisse 2012*). Dies ist umso erstaunlicher, als die schweizerische Bevölkerung in einer Volksabstimmung eine Gesetzesvorlage zur staatlichen Förderung von Managed Care mit 76 Prozent Nein-Stimmen ablehnte (*Schoch 2012*, zu den Gründen der Ablehnung siehe *Zweifel 2013*).

5 Aktueller Stand der Capitation-Finanzierung

5.1 Die messbaren Erfolge der Capitation-Finanzierung

Die eingangs gestellte Frage, ob Managed-Care-Modelle wirklich zu Kosteneinsparungen führen, kann mittlerweile – gestützt auf eine stark angewachsene Zahl wissenschaftlicher Studien – klar bejaht werden. Von allen vorliegenden Arbeiten weist nur eine keine signifikanten Einsparungen nach (*Schwenkgenks et al. 1998*). In Tabelle 3 ist der einfache Durchschnitt der Einsparungen aller Studien dargestellt.

Überraschend zeigt sich, dass das Vorliegen von Budgetverantwortung zwar zum höchsten Einsparresultat von 18,9 Prozent führt, dies sich aber nicht signifikant vom Resultat der Hausarztmodelle ohne Budgetverantwortung (18,4 Prozent) unterscheidet. Ebenso zeigt sich, dass auch Modelle, in denen keine vertragliche Kooperation zwischen behandelndem Arzt und Krankenversicherung besteht (Zeilen 3 und 4) Einsparungen (von 12,0 Prozent respektive 4,5 Prozent) aufweisen. Im Fall des Listenmodells legt der Versicherer den Versicherten eine vom Versicherer selbst erstellte Liste

von Ärzten vor, von denen er weiß, dass sie einen effizienten Behandlungsstil haben. Aus dieser Liste können die Versicherten einen beliebigen Gatekeeper auswählen, der in der Folge im Krankheitsfall stets als Erstes konsultiert werden muss. Beim telemedizinischen Modell sitzt der Gatekeeper in einem Call-Center. Im Krankheitsfall entscheidet dieser am Telefon (gegebenenfalls unter Zuhilfenahme der fotografischen Möglichkeiten moderner Smartphones) darüber, ob eine medizinische Behandlung angezeigt ist.

5.2 Kritische Aspekte der Capitation-Finanzierung

Das Problem der Capitation-Budgets, wie sie in der Schweiz zur Anwendung kamen, lag darin, dass das Restrisiko der Capitation allen absichernden Maßnahmen zum Trotz zu groß blieb. Es blieb eine Zufallskomponente bestehen, obwohl

- möglichst viele risikoerklärende Faktoren in die Capitation-Berechnung eingebaut wurden,
- die Rückversicherung einen erheblichen Teil des Risikos abfederte und
- die Budgets rückwirkend nachkalkuliert und an den effektiven Leistungsanstieg angepasst wurden.

Diese Zufallskomponente lag in derselben Größenordnung wie die Gewinnbeteiligung der HMO. In der Schlussverhandlung zwischen HMO und Versicherung lieferte die Capitation schlicht keinen informativen Benchmark mehr. Bildlich gesprochen: Ein Maßstab mit Millimeter-Einteilung nützt nicht viel, wenn die Messung auf den Zehntelmillimeter genau erfolgen soll.

Zudem empfiehlt die Literatur schon länger – wegen der unerwünschten Anreize, die sowohl bei der Einzelleistungs-

TABELLE 3

Mittlere Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen in der Schweiz

Modelltyp	Capitation (Budgetverantwortung)	Einsparung (Mittelwert)	Standardabweichung
(1) HMO & Hausarztmodelle	Ja	18,9 %	5,4 %
(2) Hausarztmodelle	Nein	18,4 %	4,2 %
(3) Listenmodelle (Gatekeeper)	Nein	12,0 %	8,5 %
(4) Telemedizinische Modelle	Nein	4,5 %	0,6 %

Quellen: Trottmann et al. 2012a und 2012b; Beck et al. 2011 und 2009; Lehmann 2003; Lehmann/Zweifel 2004; Grandchamp/Gardiol 2010; Reich et al. 2012; Schwenkgenks et al. 1998; Tabelle 3 aus Beck 2013b; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

vergütung als auch beim Capitation-Budget auftreten können – gemischte Finanzierungsformen zu verwenden (*Newhouse 1996*) (vgl. Abschnitt 1).

Ebenso wenig war die Planungssicherheit für die HMO gegeben, wenn die Auszahlungen erst im zweiten Quartal nach Ablauf des Rechnungsjahres definitiv festgelegt werden konnten. Zwar übernahmen die Versicherer so das finanzielle Risiko des Leistungsanstiegs, der zufällige Charakter eben dieses Leistungsanstiegs blieb dennoch als möglicher Planungsfehler am Management der HMO hängen.

Zudem wurde von den Ärzten bemängelt, dass die Qualität ihrer Arbeit auf das finanzielle Ergebnis der HMO keinen Einfluss hat.

5.3 Die jüngste Entwicklung in den Finanzierungsverträgen

In den jüngst (ab 2011) entwickelten Verträgen kommt es nun zu kombinierten Zahlungen an die HMO: der Einzelleistungsvergütung, des Effizienz- und des Qualitätsbonus (Abbildung 3):

- **Einzelleistungsvergütung:** Die Leistung der HMO wird einerseits gemäß Einzelleistungsvergütung abgerechnet. Diese Vergütung wird rückwirkend nicht mehr in Frage gestellt. Dies erhöht die Planungssicherheit der HMO.
- **Effizienzprüfung:** Die Gesamtheit der vom HMO-Versichertenkollektiv verursachten Leistungen (inklusive der Leistungen von Krankenhäusern und Spezialisten) wird mit den Leistungen eines im Hinblick auf Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur gleichen Kollektivs, das jedoch Nicht-Managed-Care-Versicherte umfasst, verglichen. Ergibt sich dabei eine negative Einsparung, entfallen alle weiteren Bonuszahlungen. Die mittlere Einsparung der besten 20 Prozent der HMO wird als Benchmark herangezogen.
- **Effizienzbonus:** Erreicht eine HMO mit ihrer Einsparung mindestens 90 Prozent des Benchmarks, bekommt sie den maximalen Effizienzbonus ausbezahlt. Liegt ihre (positive) Einsparung darunter, wird der Effizienzbonus proportional zum Benchmark gekürzt.
- **Qualitätsbonus:** Die Qualität wird über einen Fragebogen (ein Beispiel siehe *CSS Versicherung 2012*) erfasst. Die anhand des Fragebogens erreichte Punktzahl entscheidet über die Höhe des auszubehaltenden Qualitätsbonus.

TABELLE 4

Prinzipien der neuen Vergütung von Managed-Care-Modellen

Beispiel einer Vertragsvariante

1. Aufgelaufene Leistungen der HMO werden nach dem Einzelleistungstarif vergütet. Diese Zahlung wird nicht mehr infrage gestellt.
2. Vergleich der Summe der Leistungen des HMO-Kollektivs ...
 - selbst erbrachte ambulante Leistungen*
 - + *verursachte stationäre Leistungen*
 - + *verursachte Leistungen bei Spezialisten*
 ... mit der Leistung eines zufällig gewählten Kollektivs von Versicherten gleichen Alters, gleicher Geschlechtszusammensetzung und gleicher Morbidität, das keinem Managed-Care-Modell angehört.
3. Aus dem Vergleich resultiert die Höhe einer möglichen Einsparung der betrachteten HMO.
4. Die Benchmark-Einsparung entspricht der mittleren Einsparung der besten 20 Prozent der HMO-Modelle (mit mindestens 500 Versicherten).
5. Das Verhältnis der Einsparung der HMO (gemäß Punkt 3) zum Benchmark entscheidet darüber, ob der Effizienzbonus vollumfänglich oder reduziert ausbezahlt wird. Ist die Einsparung der HMO negativ, wird kein Effizienzbonus ausbezahlt.
6. Ein Fragebogen erfasst die Qualität der HMO.
7. Die im Fragebogen erreichte Punktzahl entscheidet über die Höhe des auszubehaltenden Qualitätsbonus. Ist die Einsparung der HMO negativ, wird auch kein Qualitätsbonus ausbezahlt.

6 Fazit

Die Capitation-Finanzierung erreichte in der Schweiz 2012 einen maximalen Marktanteil von 17 Prozent aller Managed-Care-Modelle und wird heute zunehmend von Modellen verdrängt, die auf der traditionellen Einzelleistungsvergütung basieren, verbunden mit Effizienz- und Qualitätsboni. Dennoch war die Capitation-Berechnung ein wichtiger Schritt hin zu einer statistisch differenzierten Effizienzmessung der Managed-Care-Modelle. Diese Effizienzmessung wird weiter beibehalten. Ein positiver Effizienznachweis bildet die Voraussetzung für die Auszahlung der Boni. Das Ausbleiben von Effizienzvorteilen führt zwar nicht unmittelbar zur Reduktion der Einzelleistungsvergütung, senkt jedoch mittelfristig den Managed-Care-Prämien-Rabatt, der den Kunden gewährt wird, und führt dadurch zur automatischen Rückstufung des betreffenden Managed-Care-Modells gegenüber konkurrierenden Managed-Care-Anbietern.

Die schweizerische Erfahrung mit Managed Care und Capitation-Finanzierung in den Jahren 1990 bis heute liefert den Beweis, dass Budget-Medizin nicht notwendig zu Qualitätseinbußen in der medizinischen Versorgung führen muss und dass in der Regel ein Zugewinn an Effizienz zu verzeichnen ist. Entscheidend für den Erfolg ist dabei, dass die diversen Vergütungsmodelle und Kooperationsverträge nicht zentralstaatlich, sondern auf unterster, dezentraler Ebene direkt von den beteiligten Versicherern und Ärzten entwickelt und ausgehandelt werden. So überrascht es kaum, dass die gesetzliche Grundlage für alles, was in diesem Aufsatz beschrieben wurde, in wenige, kurze Paragraphen gefasst ist, die nur einen groben Rahmen abstecken und den schweizerischen Akteuren weiten Handlungsspielraum ließen. Diese Notwendigkeit eines ausreichenden Gestaltungsspielraums für Ärzte wie auch für Versicherer scheint die zentrale Lehre zu sein, die aus dem Beispiel Schweiz gezogen werden kann.

Literatur

- Ash A, Ellis RP, Pope GC et al. (2000):** Using Diagnoses to Describe Populations and Predict Costs. *Health Care Financing Review*, Band 21, Heft 3, 7–28
- BAG (Bundesamt für Gesundheit) (2012):** Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010. Bern: EDMZ
- Beck K (2009):** Kritische Erfolgsfaktoren der Entwicklung von HMO und Hausarztmodellen in der Schweiz – Ein systematisierter Erfahrungsbericht. In: Amelung V, Sydow J, Windeler A (Hrsg.). *Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: Kohlhammer, 399–416
- Beck K, Käser U, Trottmann M, von Rotz S (2009):** Effizienzsteigerung dank Managed Care? Evidenz aus der Schweiz. In: *Datamaster (Beiheft zum Clinicum)*, 15–21
- Beck K, Kunze U, Buholzer M, Trottmann M (2011):** Steigern Schweizer Ärztenetze die Effizienz im Gesundheitswesen? Eine Analyse auf mittlere Frist. *Forschungsbericht des CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie*; www.css-institut.ch/de/home/wissenschaftliche_publicationen/managed_care_und_capitation.html
- Beck K (2012):** Sackgasse Einheitskasse – Warum die Monopolisierung der Krankenversicherung in die Irre führt. Zürich: Orell Füssli
- Beck K (Hrsg.) (2013a):** Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt. Bern: Haupt
- Beck K (2013b):** Wettbewerbserfahrungen aus der Schweiz. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). *Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System*. Berlin: KomPart (geplantes Erscheinungsdatum: 2013)
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2005):** *Gesundheitsökonomie*. Berlin: Springer
- Buchner F, Göppfarth D, Wasem J (2013):** The new risk adjustment formula in Germany – implementation and first experiences. *Health Policy*, Band 109, Heft 3, 253–263
- Carter GM, Bell RM, Dubois RW et al. (2000):** A Clinically Detailed Risk Information System for Cost. *Health Care Financing Review*, Band 21, Heft 3, 65–92
- CSS Versicherung (2012):** Qualitätsevaluation – Qualitätsindikatoren zur Bewertung von Ärztenetzwerken, (unveröffentlichter) Fragebogen. Luzern: CSS Versicherung
- Datenpool santésuisse (2010/2012):** Datensammlung des Dachverbands der Schweizer Krankenversicherer santésuisse. Solothurn
- Finsterwald D (2004):** *Managed Care – Pionierland Schweiz*. In: *Schriftenreihe der SGGP*, Band 75. Muri
- Georgii H-O (2004):** *Stochastik*, 2. Auflage. Berlin: De Gruyter.
- Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.) (2007):** *Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds*. Sankt Augustin: Asgard
- Grandchamp C, Gardiol L (2010):** Does a mandatory telemedicine call prior to visiting a physician reduce costs or simply attract good risks? *Health Economics*, DOI, 10.1002/hec.1668
- Lehmann HJ (2003):** *Managed Care – Kosten senken mit alternativen Versicherungsformen?* Chur, Zürich: Rüegger

Lehmann HJ, Zweifel P (2004): Innovation and Risk Selection in Deregulated Social Health Insurance. *Journal of Health Economics*, Band 23, Heft 5, 997–1012

Newhouse JP (1996): Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection. *Journal of Economic Literature*, Band XXXIV, 1236–1263

Reich O, Rapold R, Flatscher Thöni M (2012): An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. *International Journal of Integrated Care*, Band 12, 1–12

Schoch C (2012): Wichtiges Nein zur Managed Care Vorlage. *Neue Zürcher Zeitung*, 18.9.2012: 11

Schwenkglenks M, Preiswerk G, Lehner R et al. (2006): Economic efficiency of gatekeeping compared to fee for service plans: a Swiss example. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Band 60, Heft 1, 24–30

Trottmann M, Beck K, Kunze U (2012a): Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen? Eine Analyse auf mittlere Frist. *Schweizer Ärztezeitung*, Jg. 93, Heft 4, 125–127

Trottmann M, Zweifel P, Beck K (2012b): Supplyside and demand-side cost sharing in deregulated social health insurance: Which is more effective? *Journal of Health Economics*, Band 31, Heft 1, 231–242

Van de Ven WPM, Ellis P (2000): Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In: Newhouse JP, Culyer AJ (Hrsg.). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: North-Holland, 755–845

Zweifel P (2013): Managed Care: Prescription for Failure? Lessons from Switzerland. *DICE* (im Erscheinen)

DER AUTOR



Professor Dr. oec. publ. Konstantin Beck, Jahrgang 1962, habilitierte 2004 an der Universität Zürich, seit 2010 dort Titularprofessor (entspricht dem deutschen Honorarprofessor). Von 1985 bis 1991 Assistent bei Peter Zweifel, Universität Zürich. Seit 1993 für die CSS Versicherung Luzern tätig. Zurzeit verantwortlicher Aktuar der CSS Gruppe, Leiter Abteilung Mathematik und Statistik, Leiter des CSS

Instituts für empirische Gesundheitsökonomie, Lehrbeauftragter in Zürich und an diversen schweizerischen Hochschulen und Universitäten. Sachverständiger des nationalen Parlaments und des Schweizer Bundesrats, des Deutschen Bundesministeriums für Gesundheit, Deutscher Versicherer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Von 1999 bis 2008 federführend an der Entwicklung und Aushandlung von Capitation-Verträgen beteiligt.