

Das Listenmodell der Helsana



René Kühne

Hausarztversicherungen verpflichten den Versicherten immer erst den Grundversorger zu konsultieren. Bei Listenmodellen hat der Versicherer mit dem Grundversorger jedoch keinen Vertrag, sondern er hat ihn einseitig ausgewählt. Hintergrund und Vorgehen des Krankenversicherers Helsana bei seinem Listenmodell, das auf steuerungsrelevanten Kriterien basiert.

René Kühne, Oliver Reich

Schon vor der Einführung des KVG 1996 – damals noch als Krankenkasse Helvetia – hat die Krankenversicherung Helsana die Entwicklung von Hausarztmodellen und HMO massgeblich gefördert. Nachdem diese sich vor allem in der Deutschschweiz erst rasch verbreitet haben, folgte der pionierhaften Euphorie aber schon bald eine gewisse Ernüchterung. Die Modelle umzusetzen erwies sich als zunehmend komplex, und die proklamierten, risikokorrigierten Kosteneinsparungen wurden angezweifelt. In dieser kritischen Zeit Ende der Neunzigerjahre hat die Helsana ihre Strategie für die alternativen Versicherungsmodelle neu ausgerichtet. Unter dem Prädikat einer qualitativen Versorgungssteuerung wurden die vertraglichen Anforderungen auf vier Grundpfeiler abgestützt: finanzielle Mitverantwortung, Selektion der teilnehmenden Leistungserbringer, ausgewiesenes Qualitätsmanagement sowie nutzwerte Projekte. Mit diesen hohen Anforderungen hat die Helsana in Kauf genommen, mit gewissen Ärztenetzen keinen Zusammenarbeitsvertrag und damit gegen-



Oliver Reich

über ihren Kunden kein Angebot zu haben. Heute bietet Helsana insgesamt 41 Modelle mit 1405 auf Vertragsbasis eingebundenen Ärzten an.

Wegen der Teuerung im Gesundheitswesen, den Prämienanstiegen und der gesundheitspolitischen Diskussion um die KVG-Revision ist die Nachfrage nach Hausarztmodellen und Ärztenetzmodellen in den letzten zwei bis drei Jahren stark angestiegen. Für den Kunden ist vor allem die Prämieinsparung wichtig, für den risikobelasteten Krankenversicherer hingegen ist das Versorgungsrespektive Behandlungsmanagement weiterhin prioritär. Wie also dem zunehmenden Marktdruck entgegenkommen, ohne die strategisch festgelegte qualitative Versorgungssteuerung preisgeben zu müssen?

Steuerungsrelevante Auswahl der Leistungserbringer

Ein optimales Versorgungsmanagement bindet idealerweise alle Beteiligten vertraglich ein, also Ärzte, Versicherte/Patienten und Krankenversicherer. Dies setzt aber voraus, dass die Verträge entsprechend ausgestaltet sind und keine Alibivereinbarungen getroffen werden. Wo dies nicht möglich ist, müssen andere Lösungen gefunden werden.

Ein einseitig proklamiertes Listenmodell, das alle in einer Region tätigen Grundversorger berücksichtigt, kommt nicht in Betracht, da hier jeglicher Steuerungscharakter verloren geht. Alle Leistungserbringer einzubeziehen lässt sich allenfalls bei aktiver Steuerung auf vertraglich vereinbarter Basis (Steuerungsauftrag) vertreten, sofern die vertraglichen Inhalte diesen Anforderungen

genügen. Soll passiv gesteuert werden, allein durch den einseitig verpflichteten Versicherten (ohne vertraglichen Steuerungsauftrag für den Leistungserbringer), so muss der Leistungserbringer nach steuerungsrelevanten Kriterien ausgewählt werden (gesetzliche Grundlage siehe *Kasten 1*). Verpflichten sich die Versicherten auf einen solchen Gatekeeper, so darf eine qualitative und kostenoptimierte Steuerung postuliert werden. Aus diesen Überlegungen hat die Helsana drei Voraussetzungen für ein solches qualitatives Listenmodell für die Hausarztversicherung abgeleitet:

- Ein ausreichendes regionales Angebot an Grundversorgern, welches eine Auswahl überhaupt erlaubt – dies beschränkt das Listenmodell auf urbane Regionen mit tendenziell Über-, mindestens aber Normalversorgung.
- Nur steuerungsrelevante Kriterien erlauben ein qualitäts- und kostenorientiertes Versorgungsmanagement.
- Die Daten für die Kriterien müssen dem auswählenden Krankenversicherer in ausreichender Qualität und Menge zur Verfügung stehen.

Die Helsana hat das Listenmodell entsprechend diesen Voraussetzungen wie folgt umgesetzt.

Mit «Dichte-Index» Regionen bestimmt

Um die versorgungsrelevanten Regionen zu definieren, haben wir Bevölkerungsdichte und Ärztedichte zueinander in Relation gesetzt und ein sogenannter Dichte-Index bestimmt. Der aktuelle Marktanteil der Helsana spielte dabei nur eine untergeordnete Rolle. Die Regionengrösse wurde auf die örtliche Verkehrsinfrastruktur sowie die Pendlerströme abgestimmt, maximal aber immer auf die Kantongrenzen beschränkt. So wurden initial 13 Regionen definiert, in welchen ein qualitatives Listenmodell aufgrund der Versorgungslage infrage kommt. Die zwei Regionen Biel und Aarberg/Lyss konnten wir nachträglich wieder ausschliessen, weil hier Erfolg versprechende Vertragsverhandlungen mit Ärztenetzen aufgenommen werden konnten. Somit blieben elf Regionen in der definitiven Auswahl (siehe *Kasten 2*).

Kasten 1

Klare gesetzliche Grundlage

Artikel 41 Abs. 4 des Krankenversicherungsgesetzes KVG gibt die gesetzliche Grundlage für Hausarztmodelle. Dort heisst es: Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt. Das Gesetz setzt somit keine vertragliche Basis zwischen Versicherer und Leistungserbringer voraus, im Gegenteil, es überlässt die Auswahl ausdrücklich und allein dem Versicherer. Die Begriffe Hausarztmodell oder Hausarztversicherung sind zudem urheberrechtlich nicht geschützt, auch werden diese Begriffe im KVG nicht verwendet. Das Gesetz spricht verallgemeinernd nur von besonderen Versicherungsformen (Art. 62 KVG). Die gesetzliche Grundlage für sogenannte Listenmodelle ist somit unmissverständlich gegeben.

Die Helsana hat drei Anforderungen an die Grundversorger der Liste gestellt:

- Qualitativ gute Versorgung und Behandlung ihrer Versicherten unter Berücksichtigung von Managed-Care-relevanten Steuerungsinstrumenten (z.B. regelmässiger Fachaustausch in Qualitätszirkeln)
- Kostenbewusstsein sowohl im Hinblick auf die eigene Praxistätigkeit wie auch bezüglich veranlasster Leistungen
- Möglichst schlanke und fehlerfreie Praxisadministration (administrative Zusammenarbeit mit Helsana).

Von diesen Anforderungen ausgehend haben wir die steuerungsrelevanten Kriterien definiert.

Zehn Kriterien zur Rangreihenfolge der Grundversorger

Die Kriterien auf unserer initialen Wunschliste haben wir darauf geprüft, ob sie anwendbar sind und ob qualitativ und quantitativ verfügbare Daten im Helsana-Datenstamm dazu bestehen. So blieben schliesslich zehn Kriterien mit ausreichender Datenlage

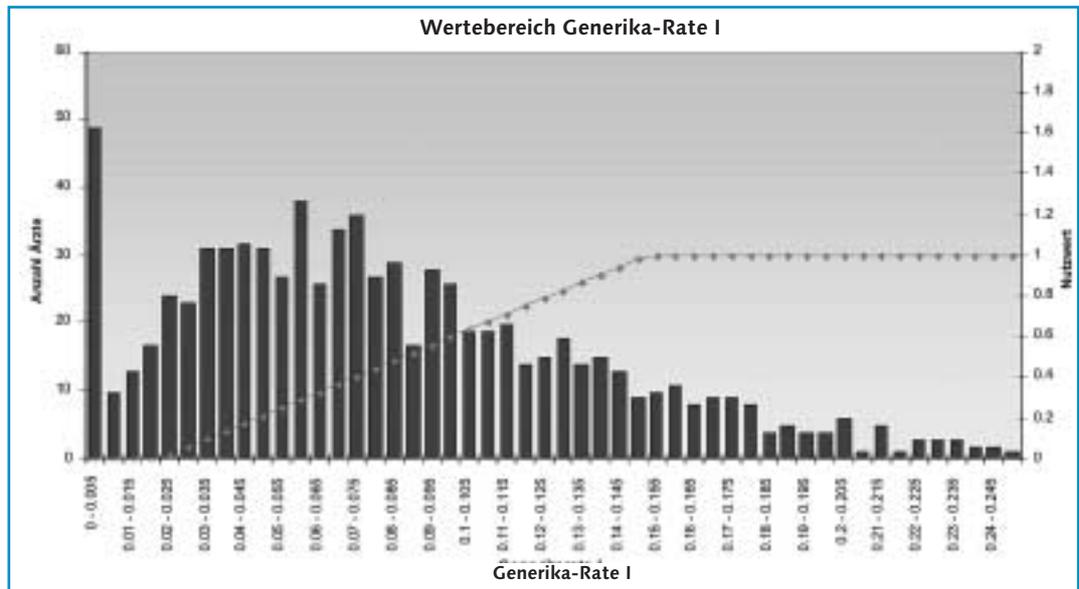


Abbildung 1

und Aussagekraft zu den drei Merkmalsgruppen (in Klammern die Gewichtung):

- **Wirtschaftlichkeit (55%):**
 - Index direkte Arztkosten
 - Index Medikamentenkosten
 - Generika-Rate I (Anteil Generika an total verschriebenen Medikamenten)
 - Generika-Rate II (Anteil Generika an substituierbaren Medikamenten)
 - Nichteinhaltung der Limitierung bei Medikamenten

- **Versorgungsqualität (20%):**
 - Fluktuationsrate der Versicherten
- **Geringe Praxistätigkeit**
- **Praxisadministration respektive administrative Zusammenarbeit mit Helsana (25%):**
 - Anteil der elektronisch erhaltenen Rechnungen
 - Anteil der zurückgewiesenen Rechnungen
 - Anteil der ausgelenkten Rechnungen (z.B. unvollständige oder unleserliche oder fehlerhafte Angaben, welche manuelle Korrekturen durch die Helsana erfordern, jedoch ohne Rückweisung an den Arzt)

Kasten 2

Das regionale Angebot

Deutsche Schweiz

- Aarau: Stadt Aarau und Umgebung
- Chur: Stadt Chur
- Schaffhausen: ganzer Kanton
- Solothurn: entlang Jurasüdfuss
- Zug: ganzer Kanton

Französische Schweiz

- Fribourg: Fribourg und Umgebung
- Neuchâtel: Stadt Neuchâtel und Umgebung
- Vaud: Küstenregion entlang Genfersee

Italienische Schweiz

- Bellinzona: Stadt Bellinzona und Umgebung
- Locarno: Stadt Locarno und Umgebung
- Lugano: Stadt Lugano und Umgebung

Für jedes einzelne Kriterium wurde pro Region ein Wertebereich definiert. *Abbildung 1* veranschaulicht dies beispielhaft für das Kriterium Generika-Rate I: Die Häufigkeit der Generikaverschreibung respektive -abgabe wurde für alle Grundversorger (Allgemeine Medizin, Allgemeine Innere Medizin und praktisch tätige Ärzte) einer Region ermittelt (Säulen). Der Bereich der Nutzenfunktion¹ wurde als Mittelwert ± 1s festgelegt und ist als gerautete Linie von 0,02 bis 0,15 dargestellt. Eine Generika-Rate I von kleiner 0,02 ergibt keine Punkte für den Arzt, eine solche über 0,15 die maximale Punktzahl, dazwischen erfolgt eine lineare Abstufung.

¹ Eine Nutzenfunktion beschreibt die Beziehung zwischen dem quantitativen Ausmass einer Konsequenz (z.B. die Höhe der Generika-Rate) und der Bewertung, welche dieser Konsequenz beigemessen wird.

Die drei Merkmalgruppen sowie die einzelnen Kriterien wurden anschliessend in einer Nutzwertanalyse² in einem Baumdiagramm dargestellt und gewichtet, und so zu einem Gesamtindex über alle zehn Kriterien zusammengeführt (vgl. *Abbildung 2*). Die drei Merkmalsgruppen und die Kriterien haben wir dabei anhand der Bedeutung für die Versorgungsoptimierung einerseits und der Aussagekraft der verfügbaren Daten andererseits gewichtet. Pro Region wurden schliesslich für jeden Arzt und für jedes Kriterium die absoluten Werte bestimmt und entsprechend der Nutzwertanalyse gewichtet. Die Summe der gewichteten Werte ergibt schliesslich die abschliessende Rangreihenfolge auf der Ärzteliste pro Region. Aus der so erstellten Liste wurden schliesslich je Region die ersten 40 Prozent für die Angebotsliste im Hausarztmodell berücksichtigt, was insgesamt 577 Grundversorger ergab.

Die Selektion der Leistungserbringer

Die primäre Selektion der Leistungserbringer erfolgte pro ganze Region und wurde je auf einer regionalen Karte dargestellt. Unter Berücksichtigung der Verkehrsinfrastruktur sowie des Dichte-Index erfolgte anschliessend wo nötig eine Nachkorrektur (sekundäre Selektion). Das heisst, wir haben in der Rangreihenfolge ihrer Klassierung Ärzte nachselektiert, soweit aufgrund der primären Selektion geografische Versorgungslücken auszumachen waren. Wir haben jedoch keine primär gewählten Ärzte aufgrund einer bereits überdurchschnittlichen Versorgungsdichte nachträglich wieder ausgeschlossen. Auf Basis dieser sekundären Selektion haben wir die ausgewählten Ärzte angeschrieben und gebeten, die Angaben zu ihrer Arztpraxis zu prüfen und der Helsana nötige Korrekturen oder wichtige Ergänzungen mitzuteilen. Die ursprünglichen Stammdaten zu den Arztpraxen wurden aus der Rechnungsstellerstatistik

von Santésuisse bezogen, Angaben zu Praxisbesonderheiten stammen aus dem Ärzteindex der FMH. Soweit die Helsana Rückmeldungen erhalten hat, wurden relevante Angaben wie eine inzwischen aufgegebene Praxistätigkeit oder demnächst bevorstehende Praxis-

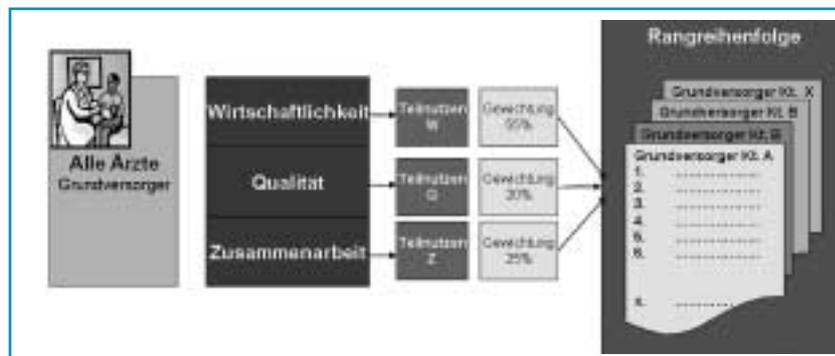


Abbildung 2: Die Berechnung des Gesamtindex ergibt die Rangreihenfolge.

aufgabe berücksichtigt und solche Ärzte nachträglich von der Liste gestrichen. Soweit keine Rückmeldungen eingingen, wurde vermutet, dass die Angaben richtig sind.

Anklang bei den Versicherten

Das neue Angebot hat bei den Kunden guten Anklang gefunden und führte zu insgesamt knapp 8100 Versicherungsabschlüssen im vergangenen Herbst. Aus einem Werbe-mailing an bestehende Helsana-Kunden resultierte eine Abschlussquote von durchschnittlich 12 Prozent, was als grosser Erfolg zu werten ist.

Die Helsana ist nach wie vor interessiert, in einer vertraglichen Beziehung qualitative und andere Inhalte der Hausarztversicherung gemeinsam und partnerschaftlich zu erarbeiten. Wir zählen auf die Bereitschaft der Ärzteschaft, zu konstruktiven und echten Lösungen im Bereich Managed Care beizutragen – im Interesse der gemeinsamen Klientel.

Autoren:

René Kühne, Facharzt

Leiter Versorgungsforschung
Helsana Versicherungen AG
Postfach
8081 Zürich
rene.kuehne@helsana.ch

Oliver Reich, Betriebsökonom HWV, Master of Health Service Management (MHSM)

Stv. Leiter Alternative Versicherungsmodelle
Helsana Versicherungen AG
Postfach
8081 Zürich
oliver.reich@helsana.ch

² Nutzwertanalyse: Instrument zur systematischen Entscheidungsvorbereitung bei der Auswahl respektive Bewertung von Alternativen. Sie analysiert die einzelnen Alternativen mit dem Zweck, diese entsprechend den Präferenzen des Entscheidungsträgers bezüglich eines mehrdimensionalen Zielsystems zu ordnen. Im Gegensatz zu reinen Kosten-Nutzen-Betrachtungen erlaubt die Nutzwertanalyse auch, qualitative Argumente zu bewerten.