

Vorbeugen statt reparieren: Das Erfolgsrezept von Kaiser Permanente in den USA

Konzept

Kaiser Permanente zählt mit seinen 12,5 Millionen Versicherten zu den bestbewerteten Gesundheitsnetzwerken der USA. Was steckt hinter diesem Erfolg? Wie erreicht der Konzern eine gute Balance zwischen hoher Versorgungsqualität und bezahlbaren Prämien?

Charakteristisch für Kaiser Permanente ist, dass Versicherung, Spitäler und Ärzte rechtlich zwar getrennte Einheiten sind, aber über exklusive, langfristige Verträge zusammenarbeiten. Die Organisation besteht somit aus drei Säulen:

- Der **Kaiser Foundation Health Plan (KFHP)** ist die nicht gewinnorientierte Versicherung.
- Zu den **Kaiser Foundation Hospitals (KFH)** gehören vierzig Not-for-profit Spitäler mit mehreren Tausend Betten.
- Die **Permanente Medical Groups (PMG)** sind acht grosse, regionale Ärztenetzwerke mit mehr als 25 000 Ärzten.

Wie diese Integration im Behandlungsalltag funktioniert, zeigt folgendes Beispiel: Ein Patient hat Schmerzen in der Hüfte und geht zu seinem Hausarzt im Kaiser-Permanente-Netzwerk. Dieser schickt ihn zum Orthopäden, der nach einem MRI eine Hüftprothese empfiehlt. Die Operation erfolgt anschliessend in einem Kaiser-Spital.

Aussergewöhnlich dabei ist, dass sämtliche Ärzte in der ganzen Behandlungskette – vom Hausarzt über den Orthopäden bis zum operierenden Arzt – immer der gleichen PMG angehören. Die Spitäler stellen nämlich nicht selbst Ärzte an, sondern erhalten von der Versicherung Geld für grössere Investitionen sowie den Betrieb, also etwa für die Pflege, Apparatennutzung, Medikamente und Implantate.

Für einen Arzt beziehungsweise seine PMG lohnt es sich deshalb nicht, komplizierte Fälle ins Spital abzuschieben: Die Arztkosten fallen auch dort bei der eige-

nen PMG an – sie werden nur verschoben, nicht abgewälzt. Eine Hüftprothese wird deshalb empfohlen, wenn sie medizinisch angezeigt ist – nicht, weil sie die teuerste Behandlungsoption darstellt.

Hinzu kommt eine Absicherung auf Systemebene: Bei Budgetüberschreitungen teilen sich Versicherung, Spitalgruppe und PMG die finanziellen Risiken.

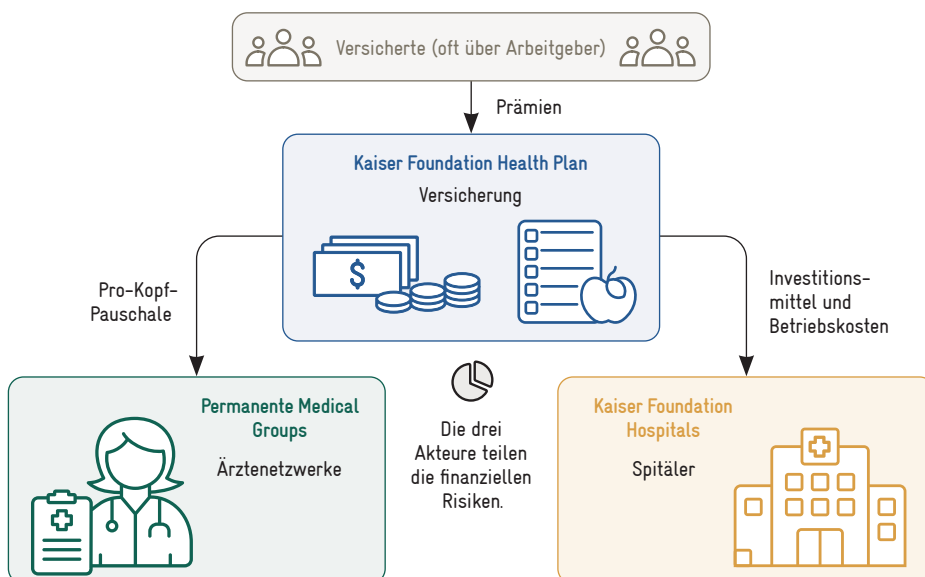
Es handelt sich dabei um ein weitgehend geschlossenes System: Kaiser arbeitet ausschliesslich mit den PMG-Ärzten zusammen und diese behandeln ausschliesslich Patientinnen und Patienten, die bei Kaiser versichert sind.

Wie bringt Kaiser Permanente die Ärzte dazu, nicht zu viele Leistungen zu verschreiben? Dazu dienen zwei Massnahmen:

- Die Versicherung zahlt den PMG für jeden Versicherten eine monatliche Kopfpauschale, die abgestuft ist nach Alter, Geschlecht, Komorbiditäten und Diagnosen. Ein Arzt hat somit nichts davon, möglichst viele Leistungen zu verordnen, verringert dies doch nur den Gewinn seiner PMG.
- Ärztinnen und Ärzte erhalten einen nach Fachgebiet abgestuften festen Lohn, der ebenfalls nicht vom Leistungsvolumen abhängt. Boni machen 6 bis 9 % der Gesamtvergütung aus. Sie richten sich nach der Behandlungsqualität, also etwa der Komplikationsrate nach Operationen, sowie der Patientenzufriedenheit und einem allfälligen Gewinn der PMG.

Kaiser Permanente: Drei Organisationen, ein Anreizsystem

Obwohl Versicherer, Spitäler und Ärztenetzwerke rechtlich voneinander getrennt sind, funktionieren sie als integriertes System, in dem Anreize weitgehend aufeinander abgestimmt sind.



Quelle: Eigene Darstellung

Erfahrungen und Ergebnisse

Die integrierte Versorgung über alle Behandlungsstufen hinweg und die Geschlossenheit des Systems erleichtern den Informationsaustausch und die Anwendung einheitlicher Qualitätsstandards. Ein gemeinsames klinisches Informationssystem hält alle Leistungserbringer auf demselben Informationsstand. Es zeigt Ärzten evidenzbasierte Behandlungsemp-



fehlungen und Medikamentenallergien an und erlaubt es, die Behandlungsqualität systematisch auszuwerten.

Die vertikale Integration hat zudem den Vorteil, dass sich Prävention eher lohnt: Die daraus entstehenden Einsparungen kommen derselben Organisation zugute, welche die Präventionsmassnahmen finanziert.

Wie das die Versorgungsqualität verbessert, illustriert ein Beispiel: Kaiser Permanente führte in Nordkalifornien im Jahr 2000 ein Programm zur Behandlung von Bluthochdruck ein. Das Programm kombinierte dabei standardisierte Behandlungspfade, gemeinsame Gesundheitsdaten und eine kontinuierliche Erfolgsmessung. Das Ergebnis: Der Anteil der Patienten mit diagnostizierter Hypertonie, deren Blutdruck unter Kontrolle war, verdoppelte sich von 44% im Jahr 2001 auf 90% im Jahr 2013. Von 2000 bis 2008 gingen die Herzinfarkte um 28% und die Todesfälle infolge eines Schlaganfalls um 42% zurück.

Ein Modell mit Kopfpauschalen und Globalbudgets hat allerdings auch seine Tücken. Zu knapp bemessene Budgets oder Kapazitäten können zu unerwünschter Rationierung führen. 2023 musste Kaiser eine Busse von 50 Millionen Dollar bezahlen und sich zudem verpflichten, 150 Millionen Dollar in die Verbesserung der psychischen Gesundheitsversorgung zu investieren. Anlass für die Busse waren zu lange Wartezeiten und unzureichende Kapazitäten.

Dennoch scheinen die Versicherten insgesamt zufrieden zu sein: 2024 blieben 86,6% Kaiser Permanente treu. Überdies erzielen die Kaiser-Gesundheitspläne in den unabhängigen Ratings des National Committee for Quality Assurance (NCQA) regelmässig Spitzenbewertungen.

Und was tut die Schweiz?

In der Schweiz sind Versicherer und Leistungserbringer organisatorisch getrennt. Es gibt zwar Modelle der integrierten Versorgung, sie betreffen aber meist die ambulante Stufe und nicht die Spitäler. Zudem gibt es in Ärztenetzwerken nur eine beschränkte Budgetverantwortung.

Zur Anwendung kommen Pro-Kopf-Pauschalen im 2024 gestarteten Réseau de l'Arc im Berner Jura. Dieses integrierte Versorgungsmodell orientiert sich explizit an Kaiser Permanente und kombiniert Versicherung, zwei Spitäler und ein Ärztenetzwerk. Seit 2025 wird das Modell auch im Tessin angeboten, seit 2026 zudem in der Region Zofingen. Mit rund 7000 Versicherten ist es allerdings noch klein.

Versicherte in der Schweiz können jährlich die Kasse wechseln. Langfristige Investitionen in die Gesundheit der Versicherten können so einem konkurrierenden Versicherer zugutekommen. In den USA schliessen die Arbeitgeber für ihre Angestellten dagegen mehrjährige Verträge mit den Versicherern ab. Bei Kaiser Permanente sorgt deshalb die hohe Versicherungstreue über den Arbeitgeber dafür,

dass sich langfristige Präventionsinvestitionen eher rechnen.

Fazit

■ Gemeinsame Verantwortung statt getrennter Anreize

Versicherung, Ärzte und Spitäler tragen gemeinsam die Verantwortung für Qualität und Kosten. Dadurch lohnt sich Prävention, und unnötige Behandlungen werden weniger attraktiv.

■ Integration braucht gemeinsame Daten

Finanzielle Anreize wie Kopfpauschalen oder Fixlöhne sind wichtig. Aber erst gemeinsame Informationssysteme, standardisierte Behandlungspfade und eine enge Zusammenarbeit von Hausärzten, Spezialisten und Spitälern ermöglichen eine koordinierte Versorgung.

■ Pauschalen brauchen Qualitätskontrollen

Kopfpauschalen und Globalbudgets können die Effizienz erhöhen. Ohne ausreichende Kapazitäten und konsequente Qualitätsmessung besteht jedoch das Risiko einer Unterversorgung und längerer Wartezeiten.

Weitere Informationen

Chen, W., et al. (2019). Temporal Trends in Mortality Rates among Kaiser Permanente Southern California Health Plan Enrollees, 2001–2016. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6499114/#s1-18-213>.

Jaffe, M. G., & Young, J. (2016). The Kaiser Permanente Northern California Story: Improving Hypertension Control From 44% to 90% in 13 Years (2000 to 2013). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8032167/>.

Kaiser Permanente. (2026). Annual Report 2025. https://about.kaiserpermanente.org/content/dam/kp/mykp/documents/reports/2025_annual-report_ADA.pdf.

Pines, J., et al. (2015). Kaiser Permanente – California: A Model for Integrated Care for the Ill and Injured. The Brookings Institution. https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/KaiserFormatted_150504RH-with-image.pdf.