

# Empfehlung zum weiteren Vorgehen betreffend das Helsana-Ärzt rating im Kanton Aargau

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Nachdem wir im Rundschreiben vom 8.8.2002 zu einem koordinierten Vorgehen im Kanton aufgerufen haben, möchten wir uns nochmals zum Thema Ärzterating äussern. Die Stellungnahme des AAV beziehungsweise alternative Vorschläge der Argomed und VHA (Vereinigung Hausärzte Aarau) liegen vor. *Der VAAM-Vorstand lehnt die Empfehlung des AAV ab und unterstützt einstimmig die Projekte von Argomed und VHA.*

## Einige Gründe

Der VAAM-Vorstand ist an einer konstruktiven, partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit *allen* Krankenkassen interessiert. Die Helsana hat mit ihrem Vorgehen den *Weg der Konfrontation* eingeschlagen:

- Trotz Aufforderung durch die AAV-Vertreter, mit dem Aussand bis Ende August zuzuwarten, wurde der Fragebogen bereits während der Sommerferien an die Grundversorger versandt (an diejenigen mit mehr als 50 Helsana-Versicherten). Eine zeitgerechte Information der Direktbetroffenen konnte so nicht stattfinden.
- Die Vertreter der BEGAM (Berner Gesellschaft für Allgemeinmedizin) wurden *nicht* in die Projektarbeit mit einbezogen. Ein Treffen mit Helsana-Verantwortlichen fand erst nach Durchführung der Befragung statt.
- Es ist uns nicht möglich, zu überprüfen, ob die aktuelle Version im Vergleich zum Pilotkanton Bern in unserem Sinne verbessert oder nur angepasst wurde.

Die Tatsache, dass Krankenkassen in eigener Regie Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Arztwahl einführen können, ist uns aus Erfahrung bekannt (SWICA-Liste). Trotzdem können wir nicht verantworten, dass wir aus Angst davor eine vergleichsweise bessere, aus unserer Sicht aber nach

wie vor *unbefriedigende Statistik* unterstützen (zu kleine Vergleichszahlen, Ziel der Umfrage unklar, Berücksichtigung lediglich der in der eignen Praxis erbrachten Leistungen und nicht der Gesamtkosten usw.). Wir haben auch bei aktivem Mitwirken keine Garantie, dass so erhobene Daten nicht missbräuchlich gegen einzelne von uns verwendet werden.

«Umfrage bei den Ärzten»:

- Exakte Zahlen zum behandelten Patientenspektrum kann niemand liefern. Schätzungen führen erneut ins Reich der Spekulationen. Sie sind daher unbrauchbar.
- Angaben über die sog. «Serviceleistungen» könnten problemlos allgemein veröffentlicht werden (z.B. auf unserer Homepage). Sie wären dann nicht nur der Helsana, sondern auch anderen Krankenkassen und v.a. den Patienten zugänglich. Damit könnte sich die Helsana Aufwand und Kosten für eine entsprechende Patienten-Information sparen, was ihren wirtschaftlichen Interessen sicher entgegenkäme.

Die in einer späteren Phase geplante *Erfassung der Patientenzufriedenheit* mittels PEP (international standardisiertes Patientenbefragungsinstrument) lässt all jene erschauern, welche an SwissPep teilgenommen haben. Wir haben erlebt, wie sensibel und emotional verletzend die Resultate ohne sorgfältige Analyse und entsprechende Unterstützung durch Fachpersonen für den Betroffenen sein können. Eine solche Befragung darf nicht als *Qualitätskontrolle* aus der Sicht der Patienten missbraucht werden. Viel mehr soll sie der *Qualitätsförderung* dienen (die Energie zur Verbesserung der eigenen Performance aus negativen Abweichungen holen). Dass die Helsana dieses an sich sehr gute Instrument nun möglicherweise für die Umsetzung einer allfälligen Vertragsfreiheit missbrauchen will, können wir nicht akzeptieren. Wir wollen an der *Qualitätsförderung* unter Berücksichtigung einer bestmöglichen Kostenoptimierung festhalten.

## Beurteilung

- Wir erheben Anspruch auf ein gerechtes, statistisch sinnvolles und reproduzierbares Rating.

- Wir sollten uns nicht von Angst vor wirtschaftlichen Folgen und fehlendem Mut zu innovativen Lösungen leiten lassen (es gibt genügend Beispiele in der jüngsten Geschichte, welche zeigen, wohin eine solche Haltung führen kann!).
- Das Projekt Ärzterating kritisieren wir nicht grundsätzlich. In der vorliegenden Art kann es aber von uns Direktbetroffenen nicht aus Überzeugung mitgetragen werden.
- Unsere Bereitschaft zu einer konstruktiven Zusammenarbeit demonstrieren wir durch die Unterstützung der alternativen Programme von Argomed, VHA sowie des Projektes «der gute Arzt» von SGAM, KHM in Zusammenarbeit mit einer grossen Krankenkasse (Evaluation von auffälligen Arzt-Patienten-Kontakten und deren ökonomische Auswirkungen).
- Wir wollen nach aussen kommunizieren, weshalb wir unsere Zusammenarbeit nicht in der von der Helsana gewünschten Form anbieten können

### Konkretes Vorgehen

- Alle Argomed- bzw. VHA-Mitglieder sollen die entsprechenden Empfehlungen befolgen (Zahlen des Helsana-Ratings, der Managed-Care-Daten und Konkordatsstatistik zur Plausibilisierung an die entsprechenden Stellen schicken)
- Die wenigen KollegenInnen, welche keiner der genannten Organisationen angeschlossen sind, sollen den Fragebogen einfach bei sich behalten.

Wir danken Euch für Eure Solidarität!

*Für den Vorstand:*

*Margot Enz Kuhn, Präsidentin*

## Die wahren Gründe der Helsana für die Kündigung von Hausarztversicherungen

### Medienmitteilung der «argomed Ärzte AG»

An der Bilanzmedienkonferenz vom 30.5.2002 hat die Krankenversicherung Helsana über den Geschäftsverlust von 386 Mio. Fr. im Geschäftsjahr 2001 informiert. Nur ein Drittel des Geschäftsverlusts ist durch die Steigerung der Versicherungsleistungen bedingt, während der grössere Teil auf Börsenverluste und höhere Verwaltungskosten der Helsana zurückgeht. Die Versicherungsleistungen sind um 7,2% gestiegen, die Verwaltungskosten jedoch um 12%. Am meisten sind die Kosten in den Bereichen Spital ambulant, Medikamente und Pflegeheime gestiegen.

Die Helsana ist dringend auf höhere Einnahmen angewiesen. Generelle Prämien-erhöhungen sind im Moment jedoch nicht möglich. Wir Ärzte sehen darin den wahren Grund für die Kündigung der Hausarztversicherungen. Indem sie die Prämienermässigung bei einem Teil der Hausarztversicherten streicht, hat die Helsana einen einfachen Weg gefunden, rasch zu höheren Einnahmen zu kommen. Diese Massnahme ist nichts anderes als eine verdeckte Prämien-erhöhung.

Die rund 300 Hausärztinnen und Hausärzte des Kantons Aargau, die in der argomed Ärzte AG organisiert sind, lehnen diese Prämiensteigerung auf dem Buckel der Hausarztversicherten ab. Mit jährlich durchschnittlich über 20% geringeren Krankheitskosten als die konventionell Versicherten nehmen die Hausarztpatienten und ihre Hausärzte seit 1996 die Verantwortung für das Gesundheitswesen wahr. Die Helsana spart damit mehr als den Prämienrabatt von 10%. Ihre Finanzprobleme verschweigend, hat sie bei der Kündigung der Hausarztversi-

cherungen hingegen behauptet, die Hausarztmodelle hätten die Einsparungsziele nicht erreicht und würden deshalb fallen gelassen. Die Geschäftszahlen, welche diese Behauptung stützen, hat sie bis heute trotz unserer Aufforderungen nie veröffentlicht. Wir sind deshalb überzeugt, dass die Helsana mit ihrer Begründung lediglich die Verantwortung auf die Versicherten und ihre Ärzte abschieben und vom wahren Kündigungsgrund ablenken will.

Die Aargauer Ärztinnen und Ärzte stehen nach wie vor hinter den Hausarztmodellen. Durch die Beschränkung auf das medizinisch sinnvolle und die Koordination der Behandlungen durch die Hausärzte lässt sich die Kostenspirale wirksam bekämpfen. Allerdings werden die Gesundheitskosten wegen der Alterung unserer Bevölkerung und wegen dem rasanten (und teuren!) medizinischen Fortschritt auch in den nächsten Jahren steigen. Zusammen mit den Hausarztpatienten und verschiedenen Krankenversicherungen setzen wir uns im Rahmen von Managed Care dafür ein, die Kostensteigerung zu bremsen. Diese Zusammenarbeit hat die Helsana nun in einem Teil unseres Kantons abgebrochen. Selbstverständlich führen wir die Hausarztmodelle mit anderen Versicherern weiter. Es bestehen zudem gute Aussichten, die Hausarztmodelle weiter zu verbessern und ihren finanziellen Erfolg besser belegen zu können. Dann werden sich auch Versicherungen in Finanznöten wieder dahinter stellen. Wir hoffen, dass die Helsana ihre eigenen Zahlen wieder besser in den Griff bekommt und das wahre Potential der Hausarztmodelle erkennt.

*Heini Zürcher, argomed Ärzte AG*

### **Replik: Helsana: Ja zu Hausarztmodellen, aber nur mit Reengineering**

Die Helsana hat sich als führender Anbieter in den letzten Jahren sehr stark engagiert für die Umsetzung des Managed-Care-Gedankens und die Verbreitung entsprechender Modelle. Sie hat dies nicht nur mit Worten, sondern auch Taten getan und dafür auch erhebliche finanzielle Mittel eingesetzt. Im Gegensatz zu anderen Krankenversicherern hat sie sich nicht als Trittbrettfahrer betätigt, sondern eine aktive Rolle eingenommen.

Die Helsana bietet ihren Versicherten –

neben anderen Managed-Care-Modellen – seit 1995 ein weit verzweigtes Netz von Hausarzt- und HMO-Modellen an. Diese erbrachten aber nicht die erwünschten Einsparungen. Optimierungsmassnahmen mussten deshalb schon 1998 eingeleitet werden.

#### *2001: Weitergehende Massnahmen nötig*

Bereits Mitte 2001 musste die Helsana feststellen, dass die Vorkehrungen ungenügend waren und sich zusätzliche Massnahmen aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen imperativ aufdrängten.

Aus juristischen Gründen – nämlich Rücksichtnahme auf die Kündigungsfristen – wurden einzelne Hausarztmodelle erst per Mitte dieses Jahres aufgehoben und die betroffenen Versicherten in die obligatorische Krankenpflegeversicherung BASIS übergeführt. Dieses Vorgehen ermöglichte auch eine rechtzeitige Information der betroffenen Netzwerke, der darin mitwirkenden Ärztinnen und Ärzte sowie der betroffenen Versicherten.

#### *Prämien- statt Kostensparmodelle*

Warum drängten sich weitergehende Massnahmen imperativ auf? Nachstehend in Kürze einige Stichworte:

- Bei vielen Hausarztmodellen fehlt der Managed-Care-Grundgedanke.
- Die Mehrheit der Modelle ist wegen der weitgehend fehlenden ökonomischen Anreize und der fehlenden Selektion der beteiligten Ärzte nicht auf echte Kosteneinsparung ausgerichtet.
- Es gab und gibt zu viele JEKAMI-Hausarztmodelle (JEKAMI = jeder kann mitmachen), deren offensichtliches Ziel es ist, die Ausbreitung von Managed-Care-Ansätzen zu verhindern.
- Die Hausarztmodelle als Prämiensparmodelle waren in der Regel für die beteiligten Ärzte und die betroffenen Prämienzahler interessant: Der Versicherte erhält einen Prämienrabatt, der Arzt ein ihm vom Krankenversicherer gratis zur Verfügung gestelltes Kundenbindungsinstrument.
- Fazit: Viele Hausarztmodelle waren und sind Prämien- statt Kostensparmodelle.

*Helsana sagt Ja zu Hausarztmodellen*

Die Helsana hat den Hausarztmodellen keine generelle Absage erteilt. Aber sie will ein Reengineering der Hausarztmodelle. Dabei muss der vom Versicherten gewählte Arzt

- eine umfassende Koordinierungsfunktion (Gatekeeping) wahrnehmen;
- sich verpflichten, aktiv und wirksam für eine effiziente Versorgung seiner Patienten während des ganzen Behandlungsablaufs zu sorgen;
- eine signifikante finanzielle Risikobeteiligung übernehmen.

Aus Sicht der Helsana müssen die Prämienrabatte zuerst erarbeitet werden, bevor sie ausgeschüttet werden können. Hausarztmodelle müssen sich aus dem Verzicht von unnötigen eigenen oder veranlassten ärztlichen Leistungen finanzieren.

*Die Zukunft: integrierte Versorgungsnetze*

Die Zukunft sieht die Helsana in integrierten Versorgungsnetzen, von denen alle beteiligten Partner profitieren: Versicherte, Ärzte, Spitäler – aber auch die Helsana. In diesen integrierten Versorgungsnetzen will die Helsana

- eine aktive partnerschaftliche Gestaltung der regionalen Versorgung;
- eine spürbare Qualitätsverbesserung für Patienten;
- eine wirtschaftliche Leistungserbringung;
- eine Beteiligung aller Netzteilnehmer am Erfolg des Netzes.

Nochmals: Die Helsana sagt nicht Nein zu den Hausarztmodellen, aber sie hat klare Vorstellungen darüber, wie diese zu definieren sind. Darüber mit den betroffenen Partnern die Diskussion zu führen, ist sie bereit.

*Manfred Manser,  
Vorsitzender der Helsana-Konzernleitung*

**Kommentar zur Replik von Herrn Manser**

Verschiedene Argumente von Herrn Manser überzeugen mich nicht. Den meisten Hausarztmodellen fehlt der Managed-Care-Grundgedanke keineswegs, und die Behauptung, viele heutige Hausarztmodelle bezweckten nur, die Ausbreitung von Managed-Care-Ansätzen zu verhindern, ist absurd. Im Gegensatz zu einigen Krankenversicherern sind Ärzte auch kaum auf Hausarztmodelle als Kundenbindungsinstrumente angewiesen.

Hingegen stimme ich mit Herrn Manser überein, dass die Hausarztmodelle sich weiterentwickeln sollen. Integrierte Netze mit Risikobeteiligung sind dafür eine der Möglichkeiten. Leider hat die Helsana mit ihrer abrupten Kündigung die Diskussion über die Weiterentwicklung unterbrochen und das Vertrauen der Hausärzte und der Hausarztversicherten verspielt. Bei einem neuen Modell muss die Helsana wieder von vorn anfangen. Schade um den Verlust der finanziellen Investitionen und der Aufbauarbeit.

Das Gespräch zwischen den Organisationen der Grundversorger und verschiedenen Krankenversicherern ist jedoch nicht abgebrochen. Wir sind befriedigt, dass sich auch Herr Manser gesprächsbereit zeigt. Managed Care als ein möglicher Ansatz zur Bekämpfung der Probleme im Gesundheitswesen ist unverändert aktuell. Die argomed Ärzte AG als Organisation der aargauischen Grundversorger ist weiterhin zu einer konstruktiven Zusammenarbeit bereit.

*Heini Zürcher, argomed Ärzte AG*