

Thomas Szucs<sup>1</sup>

# Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenversicherern – ein Pakt mit dem Teufel?

Basierend auf dem JHaS-Talk 1, vom Kongress der Jungen Hausärzte Schweiz (JHaS), 20. April 2013 in Thun

## Ärzte und Versicherer sitzen im gleichen Boot

Ärzte und Versicherer haben dasselbe Ziel vor Augen – das Wohlergehen ihrer Kunden. Gleichzeitig manifestiert sich hier aber auch schon ein fundamentaler Unterschied zwischen den beiden, der das Verhältnis zwischen Ärzten und Versicherern massgeblich beeinflusst. Alle Kunden eines Arztes sind krank bzw. kämpfen mit einem gesundheitlichen Problem. Der Kundenbestand des Versicherers besteht jedoch aus sehr vielen Gesunden und verhältnismässig wenig Kranken. Ärzte und Versicherer sind teilweise also ganz unterschiedlichen Ansprüchen ihrer Kundschaft ausgesetzt. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Ärzte und Versicherer in der Gestaltung ihrer für das Gesundheitssystem absolut essentiellen Beziehung der Situation des Partners bewusst sind, dessen Rolle kennen und respektieren und sich sodann auf die gemeinsamen, sprich: verbindenden Themen konzentrieren – die Weiterentwicklung einer qualitativ hochstehenden Versorgung.

In ihren Rollen arbeiten Ärzte wie Versicherer hart und tragen eine grosse Verantwortung. Ärzte, vor allem niedergelassene Hausärzte, betreuen eine Vielzahl an Patienten und führen zugleich ein kleines Unternehmen. Der steigende Verwaltungsaufwand und die finanzielle Verantwortung für ihre Mitarbeiter tragen zum Arbeitsdruck der Ärzte bei. Auch die Krankenversicherer stehen unter Druck. Der Wettbewerb zwingt sie zu möglichst niedrigen Prämien. Als Treuhänder ihrer Kunden wickeln sie die Leistungsvergütung ab und stellen so sicher, dass die Prämien zweckdienlich und nutzenorientiert eingesetzt werden. Grundlage dazu bildet die Verarbeitung einer zunehmenden Belegmenge. Im Jahr 2013 verarbeitete *Helsana* 14 Millionen Belege, das sind fast 8000 Belege pro Arbeitsstunde. Mittlerweile werden 3 von 4 Belegen automatisch verarbeitet. Der für die Belegverarbeitung nötige Betriebsaufwand konnte seit 2010 dank steigender Automatisierung um fast 20 Prozent reduziert werden. Beide Seiten sind mit ihren eigenen Angelegenheiten also gut ausgelastet, weshalb vergessen geht, über die Art und Weise der Bewältigung gemeinsamer Herausforderungen nachzudenken. Das ist jedoch unter dem steigenden regulatorischen Druck auf das Gesundheitssystem dringend nötig. Man darf daher die Behauptung wagen, dass die Art und Weise der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Versicherern darüber entscheidet, ob das Schweizer Gesundheitssystem seinen Weltklasse-Standard bewahren und weiter entwickeln kann.

## Neue Wege der Zusammenarbeit: Integration der anderen Seite

Bevor wir in die Zukunft blicken, eine kurze Rückschau: Wie gingen in Vergangenheit Ärzte und Versicherungen mit dem Interessenskonflikt um? Ärzte gründeten Versicherungen. Versicherungen praktizierten Medizin. Einige Versicherer bieten medizinische Leistungen direkt unter dem Dach der Versicherung an. *Helsana* hat bewusst darauf verzichtet, diesen Weg einzuschlagen, da sie die Meinung vertritt, dass jeder das Handwerk betreiben sollte, das er am besten beherrscht. Im Ausland gibt es aber auch positive Beispiele. So wie *Kaiser Permanente*, eine amerikanische Versiche-

rung, die auch stationäre Leistung erbringt. Das Geschäftsmodell von *Kaiser Permanente* ermöglicht seinen Versicherten den medizinischen Zugang zu all ihren landesweiten Spitälern. Zudem setzt *Kaiser Permanente* auf elektronische Grundversorgung: Ärzte sind für eine erste medizinische Abklärung per Mail erreichbar. Patienten schicken dem Arzt Fotos ihrer Muttermale oder Wunden für eine erste Ferndiagnose. Danach entscheidet der Arzt, ob ein Arztbesuch notwendig ist. So konnte *Kaiser Permanente* eine beträchtliche Effizienzsteigerung erreichen. Das Konzept erwies sich nicht nur als preiswert, sondern auch als qualitativ gut. Qualitätsmessungen haben gezeigt, dass Kunden von *Kaiser Permanente* im Vergleich mit anderen Anbietern überdurchschnittlich gut versorgt werden [1]. Dagegen lässt sich argumentieren, dass es nicht schwierig ist, in einem so überteuerten und ineffizienten Gesundheitssystem wie in den USA Überdurchschnittliches zu leisten. Israel, demographisch vergleichbar mit der Schweiz, zeigt ein weiteres Beispiel. Dort gibt es viele Versicherungen, die Versicherung und Leistungserbringung unter einem Dach anbieten. Der grösste Anbieter mit einem 50% Marktanteil ist *Clalit Health Services*. Israel ist seit der Gesundheitsreform im Jahr 1995 eines der wenigen Länder mit stabilen Gesundheitsausgaben bei vergleichsweise hoher Versorgungsqualität [2].

In der Schweiz konnten sich solche Modelle nicht durchsetzen. Vielleicht liegt es daran, dass sie nicht in der Lage sind den Konflikt zu lösen, sondern verlagern ihn lediglich nach innen. Fakt ist: in unserem Gesundheitssystem können Ärzte und Versicherungen nicht aufeinander verzichten. Neue Formen der Zusammenarbeit sind gefragt und Synergien müssen geschaffen werden, Interessenskonflikt hin oder her.

## Alternative Hausarztmodelle als Beispiel für eine Zusammenarbeit

Win-win-win ist das Stichwort – für die Patienten sowie für Ärzte und Versicherer. Alternative Hausarztmodelle sind dabei nur ein Beispiel von vielen. Im Jahr 2007 bot die *Helsana* ihren Kunden ein Hausarztprodukt namens *HAV-Urban* an, ohne jegliche Verträge mit Hausärzten abzuschliessen. *Helsana* wählte Ärzte nach definierten Qualitätskriterien aus und schränkte somit das Ärzteeingebot für ihre Kunden deutlich ein. Die Ärzte wurden nach Managed-Care-relevanten Steuerungsgrössen, wie bspw. kostenbewusste Praxisführung oder effiziente Administration ausgewählt [3]. Damals gingen die Ärzte auf die Barrikaden. Sowohl ausgeschlossene Ärzte als auch Ärzte, die Teil eines vertragsgebundenen Netzwerkes waren, fühlten sich hintergangen. Die Promotion des Produkts wurde zwar kurz darauf eingestellt, es hat aber bewirkt, dass die heutigen integrierten Versorgungsmodelle von allen vermehrt geprüft wurden. Sie wurden dann immer wichtiger.

<sup>1</sup> Verwaltungsratspräsident Helsana-Gruppe. Leiter des European Center of Pharmaceutical Medicine an der Universität Basel. Präsident der Studienleitung des Studienganges Master of Public Health der drei Deutschschweizer Universitäten und der Schweizerischen Arbeitsgruppe für Gesundheitsökonomie (SAG).

Warum? Im Gegensatz zu *HAV-Urban* stellen die alternativen Hausarztmodelle eine Lösung dar, in welcher alle Akteure am gleichen Strick ziehen. Win für den Patienten, win für den Arzt und win für die Versicherung. Der Patient profitiert von Prämienrabatten; die *Capitation Formel* belohnt Ärzte für Einsparungsbemühungen und Koordinationsaufgaben; und die Versicherung freut sich über abnehmende Gesundheitskosten. Eine echte Win-win-win Situation also.

Kooperationen über Verträge in Form von alternativen Hausarztmodellen sind nicht mehr aus unserem Gesundheitssystem wegzu-denken. Sie sind vor allem ein Beispiel dafür, dass die kollegiale Zusammenarbeit zwischen zwei Parteien mit grundlegenden Interessenskonflikten möglich ist. Trotz Meinungsverschiedenheiten wurden gemeinsam sinnvolle Anreizsysteme geschaffen, die das Gesundheitswesen effizienter machen. Das Konzept des Gatekeeping erhöht die Hemmschwelle des Patienten gegenüber Spezialistenuntersuchungen. Die *Capitation Formel* fördert kostenbewusste Ärzte, ohne die Qualität der Versorgung zu schwächen.

Natürlich birgt die integrierte Versorgung auch Risiken. Die Qualität der Versorgung muss rigoros und permanent überprüft werden. Eine Unterversorgung muss unbedingt verhindert werden. Daher werden entsprechende Massnahmen vertraglich vereinbart.

*Disease Management Programme* sind ein weiteres Beispiel für eine Multi-Gewinner Situation im Gesundheitswesen. Im Bereich der Tertiärprävention hat *Disease Management* zum Ziel einerseits die Qualität der Versorgung von bestimmten Patientengruppen zu verbessern und andererseits Kosten, die durch eine schlechte Versorgung entstehen, zu verhindern. Oftmals bei chronisch kranken und multimorbiden Patienten eingesetzt, möchte das *Disease Management* den Patienten durch Wissen befähigen. Zudem wird der Patient in ein Behandlungskonzept eingebettet, darin betreut und begleitet. Das Resultat: Patienten/innen mit chronischen Leiden bleiben länger «gesund»; Netzärzte werden für die höhere Versorgungsqualität entlohnt (*Capitation Formel*); und nicht zuletzt entstehen vor allem bei Krankheiten mit episodischem Verlauf (bspw. Herzinsuffizienz) deutlich weniger Hospitalisationskosten [4]. Win für den Patienten, win für den Arzt, win für das Versichertenkollektiv.

### Die Hausarztmedizin stärken – integrierte Versorgung alleine reicht nicht

Machen wir uns nichts vor. Integrierte Versorgungsmodelle allein lösen nicht alle Probleme der Allgemeinversorgung. Die Hausarztmedizin braucht zur Stärkung vor allem Unterstützung. Sonst kann die heutige Hausärzteschaft den demographischen Wandel nicht bewältigen. Die steigende Anzahl chronisch kranker und multimorbider Patienten würde zu einer Zerreissprobe für die Schweizer Hausärzte. Eine der wichtigsten Aufgaben wird daher sein, den Hausarztberuf attraktiver zu machen. Dies bedeutet unter anderem: Die intellektuellen Leistungen gegenüber technischen Leistungen besserzustellen. Im Masterplan sollen der Hausarztmedizin 200 Mio. CHF zu Lasten der Fachärzte zugeschrieben werden. Wir unterstützen den Masterplan, insbesondere weil er in die richtige Richtung weist. Der Masterplan hält nämlich fest, dass finanzielle Anreize allein die Attraktivität des Hausarztberufes nicht wesentlich verbessern werden. Es muss beispielsweise auch alternative Rollenmodelle zur Ausführung des Berufes geben.

Zukünftig werden Hausärzte vermehrt im Team arbeiten, als Angestellte ohne unternehmerische Verantwortung für eine Praxis und in Teilzeit beschäftigt sein. In den letzten Jahren hat der Frauen-

anteil in der Medizin stark zugenommen [5]. «Vereinbarkeit von Arbeit und Familie» und «Work-Life-Balance» werden auch für Grundversorger wichtiger.

### Fazit

Nur durch verhandelbare Verträge, wie sie in alternativen Versicherungsmodellen abgeschlossen werden, kommt es zu einem fairen Interessensausgleich. Der Anspruch der alternativen Hausarztmodelle ist aber nicht, alle Probleme der Hausarztmedizin zu lösen. Das Ziel dieses Beitrags ist es, aufzuzeigen, dass durch alternative Hausarztmodelle Interessenskonflikte konstruktiv und kooperativ gelöst werden können. Der integrierten Versorgung gelingt es, Ärzte, Patienten und Versicherungen zu Gewinnern zu machen. In einem Gesundheitssystem, welches zahlreiche Akteure und divergierende Interessen sowie verschiedenste Sub-Systeme auf kantonaler Ebene beherbergt, ist diese Win-win-win Situation eine starke Leistung. In Zukunft werden wir noch mehr konstruktiven Dialog brauchen. Interessen von Ärzten und Versicherern werden auch künftig auseinanderfallen. Weder Masterplan noch alternative Versicherungsmodelle können diese Unterschiede aufheben. Punktuell können sich die Akteure aber an einen Tisch setzen und nach Lösungen für ihre gemeinsamen Kunden suchen. Danach mag man noch nicht einer Meinung sein – aber ein tragfähiger Kompromiss auf einem Teilgebiet ist auch schon ein Erfolg.

### Ausblick

Wir können auch einen Schritt weiter gehen und fragen: Wo kann man voneinander lernen? Das setzt voraus, dass sich beide Akteure im anderen Lager umschauchen. Während sich eine Versicherung rasch im Globalen, bspw. im Bereich Effizienz, einen guten Überblick verschaffen kann, wendet sich der Hausarzt in seiner Tätigkeit hauptsächlich dem Lokalen, dem Patienten zu. Es geht darum, dass die Ärzte ein wenig von der Effizienz des Massengeschäfts lernen und die Versicherer vor lauter Technik und Prozessen den Menschen nicht vergessen.

### Literatur

- 1 Controlling health-care costs: Another American Way. The Economist. 2010 Apr. 29, Oakland California.
- 2 Zwanziger J, Brammli-Greenberg S. Strong Government Influence over the Israeli Health Care System has lead to low Rates of Spending Growth. Health Affairs. 2011;9.
- 3 Kühne R, Reich O. Das Listenmodell der Helsana. Managed Care. 2007;3.
- 4 Bethke M, von Overbeck J. Disease Management in der Schweiz. Managed Care. 2007;6.
- 5 Kraft E, Hersperger M. Die Ärzteschaft in der Schweiz – die Feminisierung der Medizin. Schweizerische Ärztezeitung. 2009;90:47.

### Interessenkonflikte

Der Autor ist Verwaltungsratspräsident der Helsana-Gruppe und Verwaltungsrat einiger Biotechunternehmen.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Thomas Szucs  
Thomas.Szucs[at]Junibas.ch