

# Ärztennetze und Versicherer – ein komplexes Verhältnis

**Zurzeit gehen Politiker und Bevölkerung davon aus, dass im Gesundheitswesen Wettbewerb und ökonomische Prinzipien das Verhalten der Partner leiten sollen. Nicht die Einheitskasse und nicht der Vertragszwang sichern die gute Versorgung, sondern der regulierte Markt. Die Regulation soll bewirken, dass Solidarität und Gerechtigkeit im Marktgetümmel nicht untergehen. In diesem Spannungsfeld bewegen sich die folgenden Überlegungen.**

**Hansueli Schläpfer, Andreas Weber, Christian Marti**

Managed Care, integrierte Versorgung, Ärztenetze: Kaum jemand bezweifelt, dass diese Strukturen für eine vernünftige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung notwendig sind. Es sind Strukturen, die neben der unmittelbaren Dienstleistung an Kranken und Gesunden einen Systemaufwand erfordern. Das Bekenntnis zu MC setzt implizit voraus, dass sich der Aufwand lohnt, wenn er geschickt und sinnvoll eingesetzt wird.

## Versicherte und Patienten

Sie sind das «Substrat» des Gesundheitsmarktes, ökonomische Subjekte und zugleich Menschen mit Hoffnungen, Ängsten und Leiden. Als Prämienzahler wollen sie ihren Aufwand minimieren, als krankheitsanfällige Menschen wünschen sie Sicherheit und bestmögliche Behandlung. Längst wurden sie entdeckt als Ziel mehr oder weniger subtiler, oft indirekter Werbung. Wer sie gewinnt, hat im Markt das Sagen. Für das Ver-

hältnis zwischen Versicherern und Ärzten werden sie immer mehr zu Schlüsselfiguren.

## Krankenversicherer

Krankenkassen entstanden aus menschlicher Solidarität, oft in einzelnen Gemeinden. Sie formulierten von Anfang an Solidarität in versicherungsmathematischer und ökonomischer Sprache. Je anonymere die Gesellschaft, je komplexer und kostspieliger die Medizin, umso stärker trat das ökonomisch-rechnende Element in den Vordergrund. Aus Gemeindekrankenkassen wurden unübersichtliche Grosskonzerne. Ihr Ziel ist Wachstum und wirtschaftlicher Erfolg. Diese Faktoren sind abhängig von den Versichertenzahlen, den Einnahmen aus Prämien und Risikoausgleich und den Kosten für Leistungen und Verwaltung. Die Solidarität als ursprüngliche Leitidee wird zu einem weiteren Faktor in dieser übergeordneten Vision und die Non-Profit-Grundversicherung wandelt sich vom Kerngeschäft zur Basis der rentablen Zusatzversicherung.

Diese Situation bestimmt die Logik ihres Handelns, welche die Ärzte oft vor den Kopf stösst. Die Ärzte haben den Wandel der Versicherungen von Solidargemeinschaften zu Wirtschaftsunternehmen nicht begriffen. Ohne die Logik moderner Versicherer moralisch beurteilen zu wollen (was fehl am Platz wäre), lässt sich diese wie folgt umschreiben:

1. Gesunde Versicherte gewinnt man mit niedrigen Prämien und kleinen Annehmlichkeiten, die Krankheitsleistungen sind Nebensache. Sie anzulocken ist interessant, solange der Risikoausgleich nicht funktioniert, besonders weil sie auch für



Hansueli Schläpfer



Andreas Weber



Christian Marti

- das Zusatzversicherungsgeschäft rentabel sind. Mit alternativen Versicherungsmodellen lassen sich die Prämien senken. Die eingeschränkte Wahlfreiheit fällt dabei nur wenig ins Gewicht, weil vorwiegend Gesunde kaum je einen Arzt brauchen. Die Selektionskraft für gute Risiken wird durch sie sogar noch erhöht. Ausserdem sollen die Systemkosten niedrig sein. Es braucht auch kein effizientes MC-System, weil wenige Krankheitsfälle auftreten, bei denen gespart werden könnte. Damit sind «Pseudo-Hausarztmodelle» in diesem Segment für die Versicherer ein interessantes Produkt. Sie beruhen auf einseitigen Abmachungen zwischen Versicherung und Versicherten. Ärzte und ihre Netze sind Nebensache, sie sollen wie bisher die Leistungen erbringen und sich möglichst kostenlos um Kosteneinsparungen für die Versicherer kümmern.
2. Kranke Versicherte sind heute ein Verlustgeschäft. Keine Versicherung wird versuchen, sie anzulocken. Hat man sie erst einmal als Kunden, wird man sie nicht so schnell los, ohne den guten Ruf zu gefährden. Kranke sind bereit, höhere Prämien zu bezahlen und sie wechseln die Versicherung weniger schnell. Sie bekommen ja den entsprechenden Gegenwert. Damit wird die Frage der Leistungskosten und der Behandlungssteuerung bei diesen Versicherten dringlich.
  3. Die Versicherer wollen die Krankheitskosten tief halten und eine gute Behandlungsqualität bieten. Brauchen sie dazu Hausarztversicherungen und Verträge mit Ärztenetzen, denen sie für die Steuerungsleistungen und Qualitätsarbeit gutes Geld bezahlen? Oder gibt es für sie andere, kostengünstigere Wege? Es könnte ja sein, dass in den Netzen Ärzte organisiert sind, die gut und kostengünstig arbeiten, unabhängig von der Netzorganisation. Es könnte sein, dass sie mit den Hausarztverträgen Netze finanzieren, die ihre Leistungen allen Versicherten zukommen lassen, auch jenen der Konkurrenzkassen. Und es könnte sein, dass nur jene Versicherten in ein Hausarztmodell gehen, die sowieso weniger Ansprüche stellen und darum in jedem Fall billiger sind. Wenn alle diese Überlegungen zutreffen, warum

sollte dann ein Versicherer mit den Ärztenetzen Verträge aushandeln?

4. Ärztenetze sind für die Versicherer attraktiv, wenn sie in der Zusammenarbeit einen Vorteil sehen. Sie müssen erkennen können, dass ihre Hausarztversicherten dort kostengünstiger und mindestens gleich gut betreut werden wie ohne Vertrag mit dem Hausarztnetz. Der Vertrag muss ein Werbeargument sein und der Prämienrabatt durch die effizientere Versorgung einigermaßen aufgewogen werden.

### Ärzte und Ärztenetze

Ärzte denken primär medizinisch und glauben, dass sie alle Patienten gleich gut behandeln, unabhängig von deren sozialer und ökonomischer Situation und Versicherungsstatus. Einzige Ausnahme ist der Privatpatientenbereich, der in der ambulanten Grundversorgung aber keine Rolle spielt.

Die meisten Grundversorger halten solche Unterscheidungen für unethisch. Die Ökonomisierung der Medizin als Folge der steigenden Kosten ist für sie ein Gräuelfeld. Sie wollen und können sich nicht vorstellen, Patienten unterschiedlich zu betreuen, entsprechend ihrer Versicherung oder dem eingekauften Versicherungsprodukt. Darum fällt es ihnen schwer, selektiv auf hausarztversicherte Patienten zugeschnittene Angebote zu machen, Budgetverantwortung zu übernehmen oder sich gar für bestimmte Versicherungen einzusetzen.

Diese verbreitete Haltung der Hausärzte verstärkt die Tendenz vieler Krankenkassen, das Schwergewicht auf die Selektion guter Risiken zu legen und ihre Versicherten zu Ärztenetzen zu lenken, die ohnehin kostengünstig arbeiten, ohne dass sie dafür belohnt werden. Es ist die Strategie der «Pseudo-Hausarztmodelle», welche die Grundversorger auf die Palme bringt. Sie sehen sich um den verdienten Lohn für ihre Bemühungen betrogen, rufen zum Kampf gegen die Versicherer auf und fühlen sich nicht zu Unrecht als eine vom Aussterben bedrohte Art. Für eine konstruktive Entwicklung des Gesundheitswesens in Richtung integrierte Versorgung sind diese Tendenzen fatal. Ärztenetze als Träger einer solchen Versorgung müssen sich fragen, welche Bedingungen sie erfüllen müssen, um auf einem wettbewerbsorien-

tierten Markt interessante und starke Partner für die Versicherer zu werden und von ihnen die notwendigen Mittel für professionelle Netzleistungen zu erhalten. Dazu folgen einige Thesen.

### Unternehmerische Bedingungen für erfolgreiche Ärztenetze

1. Die *sichtbare Qualität ihrer Arbeit* hat erste Priorität. Sie geht weit über eine blossе Zertifizierung hinaus und verlangt nichts weniger als eine moderne Grundversorgung. Nahe an Patienten und Gesunden nimmt sie deren Bedürfnisse auf, versteht sie und befriedigt sie im Rahmen eines überbordenden Gesundheitswesens massvoll und kompetent. Die Qualität präsentiert sich als *Marke*, die Menschen und ihre Versicherungen so überzeugend anspricht, dass sie sich für sie entscheiden.
2. Die *Fähigkeit zur Differenzierung* entwickelt sich für Ärztenetze zu einer existenziellen Frage. Sie müssen lernen, hausarztversicherte Patienten selektiv zu steuern und zu betreuen, damit diese ihre Behandlungsvorteile auch erkennen können und von der Vorstellung einer «Leistungsspar-Versicherung» wegkommen. Erst dann können auch die Versicherungen dieses Produkt nicht mehr nur mit dem Prämienspar-Argument verkaufen. Die Fähigkeit zur Differenzierung hängt davon ab, ob die Netze ihre Ärzte dafür gewinnen und ihre ethischen Bedenken entkräften können. Zentral ist hier die Freiheit der Patienten, ihre Versicherung auszuwählen. Sie haben es in der Hand, eine Hausarztversicherung abzuschliessen und damit die Vorteile zu geniessen oder aber die Versicherung zu wechseln.
3. Die *Einflussnahme auf die Versicherungswahl der Patienten* wird damit entscheidend. Dies ist ein neues und unbekanntes Feld für Ärztenetze. Es könnte mit einem Rating der Krankenkassen beginnen, aus dem unter anderem hervorgeht, welche Versicherer eine faire Zusammenarbeit mit den Netzen pflegen und wer sie bloss ausnützt. Der nächste Schritt wäre eine aktive und systematische Werbung für zuverlässige Partnerversicherer und ihre Versicherungsprodukte. Unter der Voraussetzung, dass ein Ärztenetz keine markt-

beherrschende Stellung innehat, könnten Ärztenetze ihre Patienten beim Versicherungswechsel beraten.

4. Die *Vertragsfreiheit der Ärzte gegenüber den Versicherern* ginge noch weiter. Gut organisierte Qualitätsnetze könnten den kollektiven Tarmed-Vertrag kündigen und, ausser im Notfall, nur noch Versicherte solcher Versicherungen behandeln, mit denen sie einen Vertrag abgeschlossen haben. Patienten anderer Versicherungen könnte man eine Übergangsfrist einräumen, in der sie die Versicherung wechseln müssen, wenn sie sich weiterhin im Netz behandeln lassen wollen. Dies ist in der Grundversicherung problemlos möglich. Eine solche Strategie der Netze wäre das Gegenstück zur Vertragsfreiheit der Versicherungen gegenüber den Ärzten und würde gleich lange Spiesse schaffen.

Die Chancen für eine konstruktive Entwicklung der medizinischen Versorgung im regulierten Markt sind vorhanden. Ihre Verwirklichung hängt davon ab, ob Ärzte lernen, unternehmerisch zu denken ohne ihre Kernaufgabe zu vernachlässigen. Sie hängt aber auch davon ab, ob die Versicherer im härter werdenden Wettbewerb ihre Grundidee der Solidarität und der sozialen Verantwortung nicht über Bord werfen und es wagen, auch mittel- und längerfristig zu denken und zu handeln. Und sie steht und fällt mit dem Willen der Politiker, über eine konsequente Verbesserung des Risikoausgleiches, die Abschaffung der Wahlfranchisen und die Schaffung von Handlungsspielraum bei der Kostenbeteiligung nachzudenken. Und nicht zuletzt sollten die Bemühungen der Ärzte und der Krankenversicherer für eine effiziente Gesundheitsversorgung belohnt werden.

Autoren:

**Dr. med. Hansueli Schläpfer**

Ärztenez SântiMed

Kasernenstrasse 30, 9100 Herisau

schlaepfer11@bluewin.ch

**Dr. med. Andreas Weber**

Präsident mediX Schweiz

Sumatrastrasse 10, 8006 Zürich

andreas.weber@medix.ch

**Dr. med. Christian Marti**

Geschäftsleiter WintiMed

Rosinliweg 44, 8400 Winterthur

Christian.Marti@hin.ch