

## Wie viel Regulierung brauchen Netzwerke?

**Eine Arbeitsgruppe von med-swiss.net, dem Dachverband der schweizerischen Ärztenetzwerke, hat im Jahr 2004 Eckwerte für Netzwerke definiert und sie an einer Podiumsveranstaltung im September 2004 vorgestellt. Die Diskussionen an diesem Anlass zeigten, dass Politiker, Ärzte, Versicherer sowie Gesundheitsökonomien die Netzwerke gleichermassen befürworteten. Es bestehen aber sehr unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie viel staatliche Unterstützung und Förderung beziehungsweise «Regulierung» die Netzwerke brauchen.**

### Rita Schnetzler

«Kritisieren Sie unser Arbeitspapier!» So lautete der Auftrag, den der Gesundheitsökonom Willy Oggier in seinem Referat vom 23. September 2004 zum Thema «Netzwerke – von der Vision zur Realität!» zu erfüllen hatte. Oggier erfüllte seinen Auftrag pflichtgetreu. Doch er liess es sich nicht nehmen, zuvor den Organisatoren der Veranstaltung – dem Dachverband der Schweizer Ärztenetzwerke med-swiss.net – zu gratulieren zu ihrer Initiative, die Eckwerte für Ärztenetzwerke zu definieren. Das schaffe Transparenz und fördere die Diskussion. Auch die konkreten Inhalte des Arbeitspapiers, welches die Arbeitsgruppe «Vision 08»<sup>1</sup> von med-swiss.net zur Diskussion stellte, hielten zu wichtigen Teilen dem kritischen Blick des Gesundheitsökonomien Stand (siehe *Kasten*). Das Referat von Willy Oggier diene als Input für eine Podiumsdiskussion, an der sich neben Oggier selber

Kurt Kaspar (Hausarzt, Verwaltungsratsvorsitzender Argomed), Fiona Fröhlich Egli (Hausärztin, Verwaltungsratspräsidentin WintiMed), Toni Bortoluzzi (Nationalrat [SVP], Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit) und Konstantin Beck (Leiter Mathematik und Statistik, CSS-Versicherung) beteiligten. Geleitet wurde diese Diskussion von Hans Fahrländer (ehemaliger Chefredaktor der «Aargauer Zeitung»). In der Diskussion habe man deutlich immer wieder den «Widerstreit» zwischen Wettbewerb und (staatlicher) Steuerung gespürt, sagte Fahrländer am Schluss. Im Folgenden soll dieser Widerstreit am Beispiel der Themen «Ausgestaltung der Netzwerke», «gesetzliche Förderung von Netzwerken», «Risikoausgleich» und «Rolle der Krankenversicherer» veranschaulicht werden.

### Gestaltung der Netzwerke

Das Arbeitspapier der Arbeitsgruppe «Vision 08» enthält unter anderem konkrete Angaben zur Ausgestaltung der Netzwerke<sup>2</sup>. So werden beispielsweise Rahmenangaben zur Grösse der Netzwerke und zur anzustrebenden Versicherungszahl gemacht. Willy Oggier begrüsst es, dass diese Punkte thematisiert werden. Dagegen findet der Gesundheitspolitiker Toni Bortoluzzi, die Politik müsse und könne den Netzwerken «nicht die Betriebswirtschaft vorschreiben». Stattdessen möchte er Freiheiten schaffen und insbesondere die Vertragsinhalte «flexibilisieren». Die Patienten hätten nämlich unterschiedliche Ansprüche. Um den unterschiedlichen Ansprüchen gerecht zu werden, brauche es vielfältige Versicherungsprodukte. Die heutige Palette der Krankenversiche-



Zu manchen Fragen hätte sich Willy Oggier noch etwas konkretere Angaben gewünscht.

rungsprodukte befriedige nicht. Als Versicherter habe er heute zum Beispiel keine Möglichkeit, beim Versicherungsabschluss auf gewisse (Grundversicherungs-)Leistungen zu verzichten; dabei wollten vermutlich 80 Prozent der Patienten nicht alles haben, was heute im Gesundheitswesen «herumschwirre».

### Gesetzliche Förderung von Netzwerken

Toni Bortoluzzi findet Netzwerke begrüssenswert, weil der Arzt hier eine finanzielle Verantwortung übernehme und weil die Patient-Arzt-Beziehung gestärkt werde. Zudem könnten Netzwerke die Strukturen aufbrechen. Er ist aber überzeugt, dass die Netzwerke auch ohne staatliche Förderung eine Zukunft haben. Es brauche keine staatlichen Vorgaben, sondern genügend Freiheiten. So möchte Bortoluzzi den Versicherern beispielsweise nicht vorschreiben, in Netzwerken den Selbstbehalt der Patienten zu senken oder die Versicherungsvertragsdauer zu erhöhen. Er kann sich aber vorstellen, es den Versicherern zu ermöglichen, Versicherungsprodukte mit unterschiedlichem Selbstbehalt und/oder mit unterschiedlicher Vertragsdauer (z.B. obligatorische fünf- bis zehnjähriger Vertragsdauer) anzubieten.

<sup>1</sup> Mitglieder der Arbeitsgruppe «Vision 08» (in alphabetischer Reihenfolge): Bodmer Ueli, Buff Roman, Dreiding Philip, v. Felten Daniel, Fischer Max-Albrecht, Frittschi Jörg, Metzger Karl, Schläpfer Hansueli, Weber Andreas, v. Weymann Alexander, Wirthner Adrian.

<sup>2</sup> Zusammenfassung der Ergebnisse der Arbeitsgruppe «Vision 08» siehe Seite von med-swiss.net in «Managed Care» 7/04, Seite 27.

## Risikoausgleich

Wenn Netzwerke auch Versicherte mit hohen Gesundheitskosten einbeziehen sollen, ist für sie, wie das Papier von med-swiss.net festhält, ein verfeinerter Risikoausgleich zwischen den Versicherern und den einzelnen Versicherungsprodukten sehr wichtig. Diese Forderung könne man diese Tage nicht genügend betonen, lobte Willy Oggier. Und Konstantin Beck doppelte nach, durch den ungenügenden Risikoausgleich seien die Versicherer, wenn sie im heutigen Prämienwettbewerb überleben wollten, förmlich dazu gezwungen, Billigkassen zu gründen anstatt Netzwerke zu fördern – ganz einfach, weil mit einer solchen «idiotischen» Billigkasse gesunde Patienten und hiermit günstige Risiken selektioniert werden könnten, was Kosteneinsparungen von 50 Prozent ermögliche, während mit Netzwerken höchstens Kosteneinsparungen von 20 Prozent möglich seien.

Toni Bortoluzzi dagegen lehnt eine Verbesserung des Risikoausgleichs ab. Die dafür nötigen Grundlagen seien heute nicht vorhanden. Die zur Diskussion stehenden Modelle gingen – auch wenn er sie nicht im Detail kenne – in Richtung eines Kostenausgleichs und schwächten hiermit die Innovationskraft der Krankenversicherer. Von Seiten des Publikums, von Willy Oggier und von Kurt Kaspar wurde Bortoluzzi allerdings darauf hingewiesen, dass bei unverändertem Risikoausgleich beispielsweise die von ihm vorgeschlagene Flexibilisierung des Selbstbehaltes keinen Sinn mache. Ein tieferer Selbstbehalt ziehe nämlich kranke Versicherte an und erhöhe zugleich den Kostenanteil des Krankenversicherers, was Letzteren innert Kürze in den Ruin treiben könne.

## Die «Vision 08» aus gesundheitsökonomischer Sicht

Viele der Eckwerte für Ärztenetzwerke aus dem Arbeitspapier der Arbeitsgruppe «Vision 08»<sup>3</sup> seien aus gesundheitsökonomischer Sicht sinnvoll, sagte Willy Oggier. Zu manchen Fragen hätte er sich aber noch etwas konkretere Angaben gewünscht. So zum Beispiel zur Budgetmitverantwortung der Netzwerke sowie zur Beziehung zu stationären Leistungserbringern:

■ **Budgetmitverantwortung:** Zwischen dem Netzwerk und den Versicherern soll laut dem Papier ein Budget ausgehandelt werden, das als Zielvorgabe dient. Die Ärzte sollen dabei durch eine «angemessene Erfolgs- und Verlustbeteiligung» zu effizientem Handeln motiviert werden. Willy Oggier wies darauf hin, dass Ökonomen wie beispielsweise Bruno Frey von der Universität Zürich heute in Frage stellten, ob Finanzierungsanreize die Motivation überhaupt förderten. Oggier empfiehlt deshalb, die Erfolgsbeteiligung der Ärztinnen und Ärzte in Netzwerken zu begrenzen und im Papier konkrete Bandbreiten anzugeben. Wenn die WintiMed AG, wie Fiona Fröhlich Egli berichtete, den Netzwerkärzten als Aktionären bei gutem Erreichen der Leistungsziele eine Dividende auszahlt, so hat Willy Oggier dagegen zwar grundsätzlich nichts einzuwenden. Er findet aber, dass die Dividende jedenfalls kleiner sein müsse als 15 Prozent des Aktienwertes. Kurt Kaspar nannte als Grössenordnung für die Gewinnbeteiligung einen Betrag von 1000 bis 3000 Franken pro Netzwerkarzt.

■ **Beziehung zu stationären Leistungserbringern:** Das Papier der Arbeitsgruppe von med-swiss.net rät davon ab, zu viele spezialisierte Leistungserbringer in die Grundversorger-Netzwerke einzubeziehen. Insbesondere der Einbezug von Spitälern wird abgelehnt. Sonst entstünde nämlich innerhalb des Netzwerks eine «ausgesprochen heterogene Interessenlage», denn aus Sicht der ambulanten Grundversorger bestehe «das wichtigste Sparpotenzial im Vermeiden von Hospitalisationen», woran das Spital naturgemäss kaum interessiert sein kann. Anstelle gemeinsamer Trägerschaften empfiehlt das Papier deshalb «Kooperationen» zwischen ambulanten Grundversorger-Netzwerken und stationären Leistungserbringern. Willy Oggier unterstützte dies, wies aber darauf hin, dass auch Kooperationen sehr unterschiedlich weit gehen können. So sei beispielsweise zu bestimmen, ob ein Netzwerk einem Spital im Rahmen einer Kooperation (svereinbarung) gezielt Zusatzversicherte zuweisen dürfe oder nicht.

## Rolle der Krankenversicherer

Die Krankenversicherer seien noch immer viel zu stark «Kässeler» und zu wenig Unternehmer, kritisierte Toni Bortoluzzi. Er habe deshalb ein gewisses Verständnis für den «Horror» der Ärzte vor den Versicherern. Bevor die Netzwerke entstanden seien, habe es in der Beziehung zwischen Versicherern und Ärzten tatsächlich viele Probleme gegeben, sagte Kurt Kaspar. Doch heute sei das anders: Ärzte und Versicherer seien zu Partnern geworden. Wenn

die Innovationskraft der Krankenversicherer noch immer beschränkt sei, so deshalb, weil ihnen durch die heutigen Rahmenbedingungen die Hände «hinter dem Rücken zusammengebunden» seien.

Gemäss Konstantin Beck haben die Versicherer erkannt, dass die (u.a. von der Politik geforderte) Kostensenkung mit vermehrter Kontrolle der Leistungserbringer nur sehr beschränkt (und mit zu grossem Aufwand) zu erreichen sei. Stattdessen versuchten die Versicherer heute, die Ärzte zu Verbündeten zu machen, um gemeinsam innerhalb von definierten Grenzen den optimalen Weg zu suchen. Viele Ärzte seien motiviert für entsprechende Projekte. Im Publikum befänden sich beispielsweise Ärzte, die seit langem gerne zusammen mit einem Versicherer ein Netz für Aidskranke aufbauen würden. Obwohl sich durch ein solches Modell in der Gesundheitsversorgung



Im Podium sassen (von links nach rechts): Kurt Kaspar, Fiona Fröhlich Egli, Toni Bortoluzzi, Hans Fahrländer (Diskussionsleiter), Konstantin Beck und Willy Oggier.

<sup>3</sup> Zusammenfassung der Eckwerte siehe Seite von med-swiss.net in «Managed Care» 7/04, Seite 27.

viel Geld sparen liesse, könne etwa die CSS unter den heutigen Rahmenbedingungen für ein solches Modell nicht Hand bieten. Sie würde dadurch nämlich für Aidskranke attraktiv, was ihr beim heutigen Risikoausgleich rasch zum Verhängnis werden könnte.

## Fazit

Ohne regulierende Eingriffe des Staates und ganz besonders ohne eine Verbesserung des Risikoausgleichs kann, so das Fazit aus der Diskussion, der von Toni Bortoluzzi gewünschte Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt kaum entstehen. Ein Teilnehmer aus dem Publikum brachte es auf den Punkt: Durch die vertraglichen Verbindungen zwischen Krankenversicherern und Ärzteguppen – für ihn als Arzt ein neues und faszinierendes Element – könnten, in Form von Versorgungsnetzen mit individuellem Angebot und indi-



Ein äusserst interessiert und aktives Publikum bewies, dass es insbesondere den Ärztinnen und Ärzten ernst ist mit dem Engagement für Netzwerke.

vidueller Betreuungskultur, jene Differenzierungen im Krankenversicherungsmarkt entstehen, die Herrn Bortoluzzi vorschwebten. Dazu brauche es aber Rahmenbedingungen, welche die Bereitschaft der Versiche-

rer zu solchen Verträgen ermöglichen und förderten. ■

## Bericht und Fotos:

RITA SCHNETZLER  
REDAKTION «MANAGED CARE»