

# Ménage à trois: der Patient als Verlierer?

*Längst ist es kein Geheimnis mehr, sondern eine offenkundige Tatsache, dass viele Patienten im Spannungsfeld Arzt - Krankenkasse leiden und verunsichert sind. Die Positionen sind verhärtet, das Klima frostig – eine Lösung liegt in weiter Ferne.*

Hansruedi Federer

Diese Situation ist nicht verwunderlich, denn die Marktteilnehmer haben divergierende Ansprüche:

- Der Patient möchte eine optimale Behandlung.
- Die Kasse möchte dafür möglichst wenig bezahlen.
- Der Arzt möchte die medizinisch sinnvolle und verantwortbare Lösung für den individuellen Patienten situationsgerecht erbringen.



Dr. Hansruedi Federer

Eine alte Marketingregel besagt: «Wer nichts mehr weiss – geht über den Preis.» So tun dies heute die Kassen: Die Frage lautet in vielen Fällen nicht mehr «Was nützt den Patienten am besten?», sondern «Wie kann das möglichst kostengünstig

erledigt werden?». Dies führt in der Konsequenz aber zu neuen Strukturen bei den Kassen und zu einem übertriebenen administrativen Aufwand durch Kontrollen und Rückfragen bei Ärzten und Patienten. Damit vielfach verbunden ist auch eine Untergrabung des Arzt-Patienten-Verhältnisses... Wer wissen will, wo dies endet, soll einen Blick nach Deutschland werfen!

Ein Blick zurück zeigt deutlich, dass die Situation entgleist ist. Früher gab es eine klare Funktionentrennung. Der Arzt konnte sich auf seine medizinische Kompetenz fokussieren. Die Kassen beschränkten sich auf eine kompetente Leistungsvergütung und ein adäquates Forderungsmanagement. Kassen und Ärzte pflegten einen supportiven Stil und eine patientenzentrierte Sichtweise.

## Gründe der Entgleisung

Die Gründe der heute vorliegenden Entgleisung sind vielfältig und können nur schwer rekonstruiert werden. Immerhin sind einige Schlüsselfaktoren eruiert:

- **Konzentration der Märkte:** Im Markt der schweizerischen Krankenversicherer hat – wie in vielen Märkten – eine enorme Konzentration stattgefunden. Je grösser eine Kasse wird, je mehr Mitglieder sie zählt, desto besser sind die kostenwirksamen Skaleneffekte. Kleinere Kassen sind verschwunden und damit auch ein Stück weit die Konkurrenz.

- **Oligopole:** Wenn nur noch wenige grosse Anbieter vorhanden sind, die sich den Markt teilen und sich in gewissen Teilmaksegmenten absprechen können, spricht man von Oligopolisten. Dies trifft für die grossen Krankenversicherer zu: Sie verfügen über eine Marktmacht allein aufgrund ihrer relativen Grösse, das heisst des Marktanteils. Die von Kassenseite permanent geforderte Aufhebung des Kontrahierungszwanges wurde glücklicherweise durch eine Volksabstimmung abgewendet und ist nun definitiv vom Tisch. Somit dürfte von dieser Seite her eine gewisse Beruhigung eintreten.

- **Konkurrenzkampf:** Da alle Personen in der Schweiz obligatorisch grundversichert sind, kann der Markt nicht mehr wachsen. Somit kommt es zu einem Verdrängungswettbewerb, wie wir ihn in funktionierenden Märkten vorfinden. Es geht im Wesentlichen darum, mit «guten Risiken» den Kostensatz zu senken und von den Leistungserbringern (Ärzten) bessere Leistungen zu tieferen Preisen durchzusetzen. Für den Patienten bedeutet dies in der Konsequenz, dass er nur noch eine ausreichende Leistung erwarten darf und keine optimale – es sei denn, er ist bereit, dafür einen höheren Preis zu bezahlen. Für den Arzt bedeutet dies mehr Arbeit bei gleichem Einkommen. Wo die grössten Kostensteigerungen im Gesundheitswesen liegen, ist allgemein bekannt, ebenso ist bekannt, dass in der Grundversorgung sehr effizient gearbeitet wird und die Kosten über viele Jahre konstant blieben. Nicht nachvollziehbar sind deshalb die Bemühungen, gerade hier sparen zu wollen.

- **Kundenbindung:** Der Kampf um den («guten») Kunden ist enorm. Er wird von den Kassen auf zwei Seiten mit Vehemenz geführt: Abwerbung und Kundenbindung. Mit aufwendigen Kampagnen und üppigen Vermittlerprovisionen werden Kunden abgeworben. Das ist die eine Seite. Die andere Seite ist die Kundenbindung, hier werden Instrumente wie Werbung, Sponsoring, Kundenzeitschriften, Vergünstigungen und so weiter eingesetzt. Alle diese Massnahmen sind sehr kostenintensiv und müssen aus den Prämien bezahlt werden – zum Schaden der Patienten. Es wäre sicher prüfenswert, den Versicherern in der Werbung ähnliche Grenzen zu setzen, wie sie die Ärzte schon lange kennen.

## Manipulation mit Netzwerken

Ärztliche Netzwerke wie wir sie heute kennen wären wahrscheinlich nie entstanden, wenn nicht ein äusserer Druck vorhanden gewesen wäre. Damals haben die Kassen mehr oder weniger offen gedroht, dass nach einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges nicht mehr alle Ärzte einen Vertrag erhalten, um zulasten der sozialen Krankenversicherung abzurechnen. Man liess durchblicken, dass man lieber mit Netzwerken verhandeln

würde. Obwohl die Aufhebung des Kontrahierungszwanges vom Tisch ist, ist die Denkweise der Kassen die gleiche geblieben. So gibt es in der Zentralschweiz eine Kasse, die mit einem Netzwerk interessante Verträge abschliesst: Vereinfachend gesagt, verpflichten sich die Netzwerkkärzte, die entsprechenden Patienten zu 80 Prozent an bestimmte, von der betroffenen Kasse selektierte Spezialisten zu überweisen. Konsequenz: Die bisherigen Zuweisungsstrukturen, die bestens eingespielt waren, gingen verloren. Gewisse Spezialisten werden bevorzugt, gewisse benachteiligt. Der Eingriff in die freie Wahl des Spezialisten durch den Grundversorger ist höchst bedenklich. In der Tat ist dies nichts anderes als eine gesetzeswidrige, versteckte Durchsetzung der teilweisen Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Bedenklich ist aber, dass es Grundversorger gibt, die sich so instrumentalisieren lassen! Die Frage sei gestattet: Hat das Neidprinzip einmal mehr bestens funktioniert? Nichtern betrachtet kann man sicher Hausarztmodelle befürworten, ebenso Netzwerke – aber keinesfalls eine Festlegung der Zuweisungsstrukturen durch die Versicherer.

## Zum Wohl des Patienten

Wenn die Kassen die Leistungen einzelner Ärzte überprüfen, geschieht dies manchmal eher zum eigenen Wohl, wie folgendes Beispiel zeigt:

Ein Patient ruft seinen Hausarzt an, mit Brustschmerz und Infarktsymptomatik. Da der Patient über ein entsprechendes Risikoprofil verfügt, handelt der Arzt. Er klärt sorgfältig ab und führte die notwendigen Untersuchungen durch. Ein Infarkt kann schliesslich ausgeschlossen werden. Fast einen Infarkt bekam aber der behandelnde Arzt, als ihm der Patient ein Schreiben der Kasse zeigte, in dem stand: «Brustschmerz kann kostengünstiger therapiert werden.» Die Bezahlung der Rechnung wurde verweigert. Stossend an diesem Beispiel ist das rücksichtslose Vorgehen: Ohne Rücksprache mit dem Arzt und ohne Informationskopie an den Arzt wird dieser beim Patienten in ein ziemlich schiefes Licht gerückt. Von einem anwaltlichen Vorgehen gegen diese Kasse hat ein in diesen Dingen bestens versierter Anwalt abgeraten, da dies für den Arzt möglicherweise unvorteilhaft sein könnte... Der Patient hat seine Kasse gewechselt. Diese Art der Wahrnehmung der Patienteninteressen ist leider kein Einzelfall.



Federer & Partners

Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG

## Erfolg ist kein Zufall!

Wir begleiten den Arzt bei entscheidenden Schritten:

- Praxisübernahmen oder Praxisneueröffnungen
- «start up»-Beratung
- Standort- und Konkurrenz-Analysen
- Gründung von Gruppenpraxen und Partnersuche
- Beratung bei Investitionen und Praxisumbau
- Kauf und Verkauf von Arztpraxen
- Goodwill-Ermittlung
- Wirtschaftliche und organisatorische Optimierung bestehender Arztpraxen

Haben Sie schon Ihre Praxis gefunden und sind Sie sich nicht sicher ob der Standort, die Patienten, die Zahlen, etc. stimmen oder ob Sie zu viel Goodwill zahlen? Wollen Sie das «böse Erwachen» vermeiden und eine zweite Meinung einholen? Dann rufen Sie uns an und vereinbaren Sie einen Termin für einen kostenlosen «Check».

Mitteldorfstrasse 3 ■ CH-5605 Dottikon ■ Switzerland  
Tel. ++41 (0)56 616 60 60 ■ Fax ++41 (0)56 616 60 61  
federer@federer-partners.ch ■ Web: federer-partners.ch

## *Ménage à trois: der Patient als Verlierer?*

### **Fehlkonstruktion KVG**

Im KVG wurde den Kassen die Kontrolle über die Wirtschaftlichkeit der Ärzte zugesprochen. Diese Kontrollen sind in den letzten Jahren massiv intensiviert worden und arten zu einem eigentlichen Dissuasionsinstrument aus. Jährlich werden Hunderte von Ärzten aufgefordert, ihre Kosten zu rechtfertigen. Spätestens seit der erwähnten Volksabstimmung ist eine Revision überfällig.

Da die Kassen zunehmend auch in der Grundversorgung tätig sind, zum Beispiel über eigene Zentren und angestellte Ärzte, haben sie einen Interessenkonflikt.

Das Datenmaterial (Rechnungsstellerstatistik) ist wesentlich schlechter als die der Ärzteschaft zur Verfügung stehenden Daten des Trust-Centers. Eine Selbstkontrolle der Ärzte auf Basis dieser Daten wäre wesentlich effizienter.

Es zeigt sich, dass in einem solchen Umfeld eine Arzt-Patienten-Bindung immer schwieriger zu bewerkstelligen ist. Es wäre – vor allem für das Wohl der Patienten – wichtig, wieder normale Marktverhältnisse herzustellen, bei denen sich jeder auf seine Kernkompetenz zurückbesinnt und der Patient im Mittelpunkt steht. Der Patient wünscht sich einen guten Arzt – nicht eine billige Kasse. ♦

*Dr. Hansruedi Federer  
FEDERER & PARTNERS  
Unternehmensberatung  
im Gesundheitswesen AG  
Mitteldorfstrasse 3  
5605 Dottikon  
Internet: [www.federer-partners.ch](http://www.federer-partners.ch)*