

«Das Ziel wäre das Gesunderhalten der Patienten»

Sind Versorgungsnetzwerke die Lösung aller Probleme im Gesundheitswesen? Der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Tilman Slembeck erklärt im Interview, was er unter Versorgungsnetzwerken versteht, wo er die Rolle der Kantone und der Spitäler innerhalb der Netzwerke sieht und wie seine Vision des perfekten Gesundheitssystems aussieht.



Tilman Slembeck, Prof. Dr. oec. HSG, School of Management and Law, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Interview: Sabine Graf

GPI: Was verstehen Sie unter einem Versorgungsnetzwerk?

Prof. Dr. Tilman Slembeck: Versorgungsnetzwerke sind im Wesentlichen Anbietergemeinschaften, die über Verträge verbunden sind. Konkret bedeutet dies, dass sich das Netzwerk um die daran angeschlossenen Patienten über die Kantongrenzen hinaus kümmert. Über Verträge ist das Netzwerk mit weiteren Anbietern verbunden – unter anderem mit Physiotherapeuten, Spitäler, etc. Dadurch bieten Versorgungsnetzwerke ihren Kundinnen und Kunden, sprich Patienten, ein umfassendes Angebot zumindest im Sinne der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), möglicherweise aber auch darüber hinaus, indem sie beispielsweise Homöopathie in ihr Angebot mit aufnehmen. Ein Klassiker eines solchen Versorgungsnetzwerkes ist übrigens das Ärztenetzwerk.

Grundsätzlich können Versorgungsnetzwerke auf zwei Arten entstehen: Zum einen top-down und zum anderen bottom-up. Meiner Meinung nach ist die Bottom-up-Variante, also das nicht-staatlich geplante Netzwerk, vorzuziehen. Das Netzwerk sollte durch Marktteilnehmer und Anbieter – dies kann die Ärzteschaft aber auch eine Versicherung sein – getrieben sein. In Amerika steigen zunehmend auch Privatfirmen in dieses Geschäft mit ein, so ist zum Beispiel Amazon daran, ein solches Gesundheitsnetzwerk für ihre Angestellten aufzubauen.

Wie würden sich die Netzwerke finanzieren?

Im Idealfall durch Capitation: Wer also einem Netzwerk beitrifft, bezahlt dort auch Prämien. Pro Person stünde dem Netzwerk somit ein fixer Betrag im Sinne einer Kopfpauschale zur Verfügung, mit dem das Netzwerk haushalten muss. Entsprechend wäre es

im Interesse des Netzwerks, die Mitglieder möglichst gesund zu halten, da sie an der Gesundheit verdienen. Heute besteht kaum ein Anreiz, Prävention zu betreiben. Zwar haben einige Versicherer begonnen, ihren Versicherten einen Teil des Fitnessabos zu finanzieren, allerdings geschieht dies derzeit noch in sehr kleinem Umfang. Im Versorgungsnetzwerk stünden demgegenüber die Themen Prävention und Vorsorge im Zentrum. Denn, wenn eine Krankheit nicht rechtzeitig erkannt wird, ist dies für den Patienten schlecht, aber auch für das Netzwerk, da dies die Kosten in die Höhe treibt. Im Interesse der Netzwerke wird es also sein, Prävention zu betreiben und die Vorsorge möglichst zu optimieren, so dass ihre Patienten gesund bleiben. Mit dem Modell der Capitation würde sich somit die gesamte Logik umdrehen: Das Ziel wäre das Gesunderhalten der Patientinnen und Patienten.

«Für Patienten würden die Versorgungsnetzwerke in erster Linie mehr Guidance, mehr Betreuung bedeuten. Die Netzwerke würden als Gatekeeper fungieren, die Tipps geben und helfen, die richtige Anlaufstelle zu finden.»

Die Versicherten möglichst gesund erhalten – was passiert mit Patienten mit chronischen Krankheiten? Diese wären ja für das Netzwerk nicht interessant?

Tatsächlich ist es so, dass Netzwerke mit Capitation dann am besten verdienen, wenn niemand krank ist. Somit müsste vermieden werden, dass die Netzwerke eine Risikoselektion betreiben können.

Gibt es neben der Risikoselektion weitere Nachteile solcher Versorgungsnetzwerke?

Im Idealfall gibt es pro Region mehrere Netzwerke. Die Patienten und im Übrigen auch die Ärzte entscheiden, welchem Netzwerk sie sich anschliessen, wodurch unter den Netzwerken ein gewisser Wettbewerb entsteht. Entsprechend sind die Netzwerke bestrebt, möglichst attraktive Leistungen zu bieten, da ansonsten sowohl die Patienten als auch die Ärzte wegbleiben. Das Problem wären allerdings die Randregionen: Es ist kaum anzunehmen, dass dort mehrere Netzwerke nebeneinander existieren könnten und entsprechend wäre die Wettbewerbsintensität nicht sehr hoch. Oder aber im schlimmsten Fall hätten wir in vereinzelt Regionen gar kein Netzwerk, das die Versorgung sicherstellen würde. Die Grundversorgung müsste also wohl auch künftig via Leistungsauftrag geregelt werden. Allerdings wäre diese Situation gar nicht so unähnlich unserer heutigen: Bereits heute haben Randregionen Mühe, (Haus-)Ärzte zu finden.

Wo sehen Sie die Rolle der Spitäler innerhalb der Versorgungsnetzwerke?

Spitäler wären Teil des Netzwerkes. Der eigentliche Fels in der

Brandung wären die (bereits bestehenden) Grossspitäler beziehungsweise Unispitäler: Diese geschätzt zehn Spitäler würden auch weiterhin ein breites Leistungsspektrum anbieten und wären zuständig für Forschung und Ausbildung. Alle übrigen Spitäler würden sich spezialisieren, sich allenfalls zu Tageskliniken umwandeln und in erster Linie Hardware bieten, sprich Apparate, Labors und Betten für spezialisierte Eingriffe. Die spezialisierten Spitäler würden weniger stehendes Personal als vielmehr Belegärzte beschäftigen, die neben ihrer Spitaltätigkeit auch ambulant tätig sein könnten. Bereits heute zeigt sich, dass ein solches Modell von vielen Ärzten bevorzugt wird: nicht mehr nur rein Spital – mit relativ starren Hierarchien – und auch nicht mehr nur rein Praxis, die in der Regel mit viel (administrativer) Arbeit, finanziellen Investitionen und damit auch persönlichen Risiken verbunden ist. Ausserdem lässt eine solche Mischform auch Teilzeitarbeit zu, was insbesondere für jüngere Ärztinnen und Ärzte attraktiv ist.

Die Rolle der Spitäler würde sich also im Vergleich zu heute ziemlich stark ändern: Rund um die paar wenigen Grossspitäler und Unispitäler würde sich eine Reihe an spezialisierten Kliniken und Tageskliniken gruppieren, womit wir vom heutigen Modell wegkommen würden, dass jedes Spital alles kann und anbietet.

Somit geht die geplante Spitalfusion in den Kantonen Basel Stadt und Basel Land, die eben dies plant – nämlich eine Kompetenzaufteilung – in die richtige Richtung?

Ja, es ist ein erster Schritt, allerdings ist die Diskussion stark verpolitisiert. Müsste man nicht auf politische Gegebenheiten, wie zum Beispiel die Stadt-Land-Befindlichkeiten, Rücksicht nehmen, würde man wohl einiges anders machen. Aber unter den gegebenen Umständen sind die Pläne grundsätzlich zu begrüssen.

«Idealerweise wären die Kantone also nicht mehr Teil des Systems, da sie allzu häufig Teil des Problems sind.»

Was wären künftig die Aufgaben der Kantone?

Im Idealfall oder realpolitisch? Im Idealfall hätten sie eine deutlich geringere Rolle als heute. Sie hätten primär gesundheitspolizeiliche Aufgaben und würden mittels Leistungsaufträgen allenfalls die Versorgung in Randregionen sowie Rettungs- und Notfalldienste sicherstellen. Die Kantone würden denn auch keine Spitalplanung mehr machen, da dies Aufgabe der Netzwerke wäre.

Ausgehend von der heutigen Finanzierung, müssten die jeweiligen Kantonsanteile als Gutschrift pro Kopf weiterhin ins Netzwerk fliessen, da ansonsten zu wenig Geld vorhanden ist.

Und realpolitisch?

Es ist eine zwiespältige Situation: Zum einen stellen Spitäler für kleine Kantone zunehmend ein Klumpenrisiko dar. So wies beispielsweise der Kanton Aargau im vergangenen Jahr einen Verlust von rund 100 Millionen Franken auf, was zu einem guten Teil auf das Spital zurück geführt wird. Andererseits geht es bei Spitalern immer auch um Prestige: Spitäler sind für die Bevöl-



kerung ein gut sichtbares Engagement der Kantone. Im heutigen System haben die Kantone durch das duale Finanzierungssystem im stationären Bereich eine zentrale Rolle. Sollten die Kantone nun künftig auch noch den ambulanten Bereich mitfinanzieren, würde ihre Rolle weiter gestärkt. Denn klar ist, wer bezahlt, will mitreden. Eine solche «ménage à trois» – bestehend aus Leistungserbringern, Kantonen und Versicherer – kann jedoch kein Idealzustand sein, wie wir aus allgemeiner Lebenserfahrung wissen. Idealerweise wären die Kantone also nicht mehr Teil des Systems, da sie allzu häufig Teil des Problems sind.

Wie würde sich die Rolle der Patienten verändern?

Für Patienten würden die Versorgungsnetzwerke in erster Linie mehr Guidance, mehr Betreuung bedeuten. Die Netzwerke würden als Gatekeeper fungieren, die Tipps geben und helfen, die richtige Anlaufstelle zu finden. Sogenannte Ärztehopper würde es entsprechend mit Versorgungsnetzwerken kaum mehr geben, da die Patienten durch das Netzwerk optimal betreut und informiert sind. Für Patienten und für das Netzwerk entstünde so eine Win-win-Situation: Die Patienten profitieren von einer guten Qualität in der Betreuung und die Netzwerke könnten dadurch ihre Kosten besser im Griff haben – was nicht zuletzt auch den Steuerzahlern zu Gute käme.

Ihre Vision des perfekten Gesundheitssystems?

Vieles, was ich bereits erwähnt habe, geht in die Richtung einer Vision. Zwar wird der Netzwerkgedanke bereits heute ansatzweise gelebt, es entstehen auch immer mehr Ärztenetzwerke, aber wir sind noch nicht beim eigentlichen Versorgungsnetzwerk angekommen. In meiner Vision würde das Gesundheitssystem aus einer Reihe an Versorgungsnetzwerken bestehen, die untereinander im Wettbewerb stehen. Die Netzwerke würden sich über Capitation finanzieren, entsprechend wäre es im Interesse der Netzwerke, ihre Kunden möglichst gesund zu erhalten. Die Kantone hätten künftig lediglich eine reduzierte Rolle und würden die Grundversorgung wo nötig über Leistungsaufträge sicherstellen. Die Spitäler wären in der Mehrheit Hardware-Häuser, die sich auf einzelne Gebiete spezialisiert haben. Und die Patientinnen und Patienten hätten eine optimale Betreuung innerhalb des Netzwerkes.