

# Krankenversicherer: Vom Kostenträger zum Gesundheitsmanager



Anup Nastik

*Das Krankenversicherungsmodell in der Schweiz hat mit steigenden Gesundheitskosten zu kämpfen und die alljährliche Prämienverteuerung führt zu Frustration beim Kunden. In seiner traditionellen Position als reiner Kostenträger kann der Krankenversicherer nur bedingt Einfluss auf die Gesundheitskosten nehmen. In jüngerer Zeit bieten sich ihm jedoch diverse Möglichkeiten, durch Integration entlang der medizinischen Behandlungskette die Kosten verstärkt zu beeinflussen.*



Thomas Trüb

## Gesundheitsausgaben Schweiz

Die Gesundheitsausgaben in der Schweiz steigen pro Jahr um knapp vier Prozent, während die Ausgaben der Krankenversicherer proportional zunehmen dürften.<sup>1</sup> Trotz dieser starken Abhängigkeit bietet sich den Krankenversicherern in ihrer traditionellen Funktion als Kostenträger kaum Spielraum, die Gesundheitsausgaben zu beeinflussen. Der Anteil der Krankenversicherer an den gesamten Gesundheitskosten beträgt nur rund fünf Prozent. Ein Grossteil der gesamten Gesundheitsausgaben von circa CHF 79 Milliarden im Jahr 2017 fallen bei Behandlung und Therapie an.



Marc Widmer

Der Anstieg der Gesundheitskosten ergibt sich nicht nur aus dem Bevölkerungswachstum der Schweiz, sondern ist auch der ansteigenden Lebenserwartung und den damit verbundenen Komorbiditäten geschuldet, ebenso wie einer zunehmenden Erwartungshaltung der Patienten gegenüber den Leistungserbringern und der voranschreitenden medizinischen Entwicklung, die bessere aber zugleich auch immer teurere medizinische Geräte hervorbringt. Hinzu kommen im Verlauf der Behandlungskette Ineffizienzen, wie heterogene Systeme von Ärzten, Spitälern sowie Spezialisten mit unterschiedlichen Prozessen und Finanzierungsformen, so-

dass es auf diesem Weg zu Effizienzverlusten bei jedem Ein- beziehungsweise Übertritt des Patienten kommt. Nicht zuletzt wegen dieser Gründe nimmt die Schweiz bei der Höhe der Gesundheitskosten im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz ein. Unter den OECD-Staaten ist der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt nur in den USA und Schweden höher. Mit 11,1 Prozent rangiert die Schweiz zusammen mit Frankreich auf dem dritten Platz.

## Entwicklungen im Ausland – Was können wir lernen?

Bis dato stehen in der Schweiz die Leistungserbringer im Zentrum des Gesundheitswesens. Ein alternativer Zielzustand wäre es, den Patienten beziehungsweise seine Gesundheit ins Zentrum zu stellen und eine optimale sowie effiziente Behandlung anzustreben. Damit dieses Ziel gewährleistet werden kann, wäre eine stärkere Zusammenarbeit der einzelnen Leistungserbringer bis hin zum Krankenversicherer unumgänglich. Nur so liessen sich die Einzelinteressen der unterschiedlichen Leistungserbringer eliminieren und eine ganzheitliche Sicht auf den Gesundheitszustand des Patienten sicherstellen.

Beim Blick über die Landesgrenzen hinaus sind erste Trends hin zu diesem Zielzustand bereits zu erkennen. So haben beispielsweise Grossbritannien und Schweden erste Massnahmen in die Wege geleitet, um eine höhere Effizienz im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Beide Länder machen sich dabei die ständig wachsende Anzahl vorhandener digitaler Patientendaten zunutze. Vor allem in gebündelter Form sind Big Data zweckmässig und ermöglichen eine fundierte Analyse von Effektivität und Effizienz einzelner Behandlungsmethoden. So wurde in Grossbritannien auf nationaler Ebene

### Die Autoren

Dr. Anup Nastik, Head Insurance Advisory, KPMG Schweiz.

Thomas Trüb, Insurance Advisory, KPMG Schweiz.

Marc Widmer, Health Care Advisory, KPMG Schweiz.

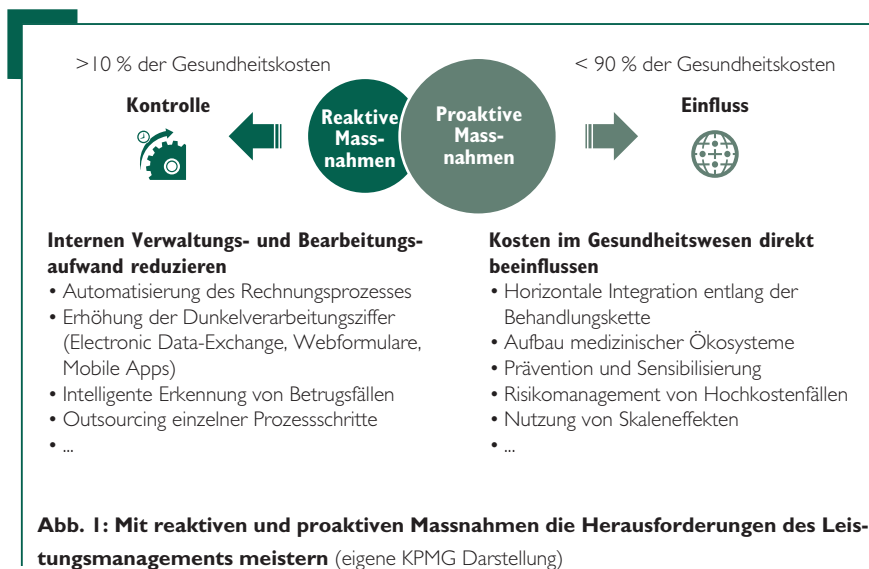
eine Datenbank mit Millionen von aktuellen und historischen Patientendaten zur Krebsbehandlung angelegt, mit dem Ziel, die Krebsbehandlung weiter zu optimieren. In Schweden existiert ein ähnliches Modell für Behandlungsmethoden bei rheumatoider Arthritis.

Behandlungsmethoden und Leistungserbringer sind jedoch nicht die einzigen Kostentreiber im Gesundheitswesen. Auf Medikamente entfällt in der Schweiz ein Anteil von rund 9,2 Prozent der gesamten Gesundheitskosten. In Deutschland wurde 2010 das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) eingeführt. Dieses verlangt, dass innerhalb von sechs bis zwölf Monaten nach Markteinführung eine Nutzenanalyse des neu eingeführten Medikaments vorgenommen wird. Die Resultate werden dabei mit denen alternativer Behandlungsmethoden verglichen und auf einer Skala von «1» bis «6» bewertet («1»: erhebliche Verbesserung; «6»: geringe Verbesserung). Entsprechend den Resultaten findet die Preisfestsetzung des neu eingeführten Medikaments statt. Der Ansatz dieses Value-based-Pricing (VBP) hilft dabei, zwischen Medikamenten mit geringem Wert für die Gesundheit des Patienten und Medikamenten mit hohem Wert zu differenzieren.

### Proaktive Massnahmen gesucht

Speziell für die Krankenversicherer bietet sich die Möglichkeit zur horizontalen Integration der Behandlungskette an. Durch den Einstieg in verwandte Geschäftsfelder können sie sich von der Rolle des Kostenträgers lösen und aktiv bei der Gestaltung des Gesundheitswesens mitwirken. Grundsätzlich lassen sich ihre Handlungsoptionen in reaktive und proaktive Massnahmen unterscheiden (Abbildung 1).

Reaktive Massnahmen zielen auf die kontinuierliche Effizienzsteigerung und Kontrolle der internen Organisation ab, das heisst, «Die Dinge richtig tun». Da viele Krankenversicherer jedoch bereits heute schon mit effizienten Systemen zur Bear-



beitung und Überprüfung eingehender Belege operieren, ist das Entwicklungspotenzial etablierter Kontrollmassnahmen schon weitgehend ausgereizt. Aufgrund der fortgeschrittenen Automatisierung lässt sich also mithilfe operativer Verbesserungen nur mehr begrenzt Einfluss nehmen auf die gesamten Gesundheitskosten.

Stattdessen sollten sich Krankenversicherer deutlich stärker durch proaktive Lösungen differenzieren, indem sie Kosten ausserhalb der eigenen Organisation beeinflussen: «Die richtigen Dinge tun». Die Möglichkeit, direkten Einfluss auf den Leistungserbringungsprozess fern der Kostenträgerrolle zu nehmen, bedeutet einen grösseren Hebel und besseren Zugang zu den für Krankenversicherer bisher nicht zugänglichen Kostentreibern. Durch die horizontale Integration entlang der Wertschöpfungskette können medizinische Ökosysteme geschaffen werden, in denen die einzelnen Massnahmen aufeinander abgestimmt sind, sodass für den Kunden ebenso wie auch für den Leistungserbringer ein Mehrwert generiert wird und positiver Einfluss auf die gesamten Gesundheitskosten genommen wird (Abbildung 2).

### Integration im Interesse der Kunden

Die Aufgeschlossenheit der Kunden gegenüber neuen Ansätzen bei Krankenversicherungsmodellen ist grundsätzlich vor-

handen. Das zeigte sich unlängst an der grossen Akzeptanz der neuen Telemed-, Hausarzt- und Health-Management-Organisation-Modelle, Letzteres auch bekannt als HMO-Modell, sowie der Bonus-systeme: Bereits über die Hälfte aller Versicherten wählen eine dieser Lösungen.

Den Versicherern stehen im Bereich der horizontalen Integration aber noch weitere Türen offen. Viele Möglichkeiten können dabei mit relativ geringem Aufwand umgesetzt werden. So erproben einige Versicherer schon jetzt neue Angebote in Verbindung mit Wearables oder Belohnungen, basierend auf Datenauswertungen. Bei diesen Angeboten handelt es sich um Win-win-Situationen: Einerseits können die Kunden auf freiwilliger Basis an für sie interessanten Programmen teilnehmen, andererseits kommen die Präventionsausgaben des Versicherers gezielt den Kunden zugute, wodurch sich so ihre Risikoeinstufung verbessert.

### Mögliche Rolle des Krankenversicherers

Wie bereits ausgeführt, sind Krankenversicherer in ihrer heutigen Rolle hauptsächlich Kostenträger: Sie bezahlen die Rechnungen ihrer Versicherten. Die Möglichkeiten zur horizontalen Integration in die Behandlungskette sind jedoch vielfältig. Eine ganzheitliche Rolle, wie sie zum Beispiel Kaiser Permanente<sup>2</sup> in den USA in-

nehat und die von der Behandlung über die medizinische Forschung bis hin zum Krankenversicherungsangebot die ganze Versorgungspalette abdeckt, ist im aktuellen Schweizer Marktumfeld unrealistisch. Hingegen ist die Rolle des Behandlungspartners für Schweizer Krankenversicherer sehr wohl vorstellbar und aufgrund von natürlichen Interessen auch naheliegend: Einerseits möchte der Patient die effektivste Behandlungsmethode erhalten, um so den optimalen Gesundheitszustand schnellstmöglich wiederzuerlangen, andererseits gilt es für den Krankenversicherer, in diesem mit CHF 40 Milliarden grössten Kostenblock, die kosteneffizienteste Behandlung sicherzustellen.

Da ein kranker Versicherter in jedem Fall teurer ist als ein gesunder und eine effektive, schnelle Behandlung in jedem Fall kostengünstiger ist als eine ineffektive von alternativen Therapien gefolgte Behandlung, dürften die Interessen der Patienten und der Krankenversicherer deckungsgleich sein. Ein «Behandlungspartner» könnte Patienten beispielsweise dabei unterstützen, die richtige Behandlung zu wählen. So ist es nicht notwendig, wegen

kleinerer Blessuren direkt die teure Notfallstation aufzusuchen, nur weil diese gerade in der Nähe ist oder die Arztpraxis geschlossen hat. Auch die Konsultation teurer Spezialisten könnte durch eine gemeinsame Triage besser gesteuert werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der Patient dem Versicherer vertraut und der Versicherer im Gegenzug den Patienten unterstützt. Unsicherheit ist einer der Gründe, weswegen Patienten häufig schnell von einem teuren Spezialisten behandelt werden wollen. Bei der eigenen Gesundheit möchte schliesslich niemand Risiken eingehen.

### Der Krankenversicherer als Gesundheitsmanager

Für die umfassende Transformation vom Krankenversicherer zum «Gesundheitsmanager» der Versicherten bieten sich noch andere, weitaus differenziertere Handlungsfelder an. Der Krankenversicherer kann dabei die für ihn optimale Integrationstiefe schrittweise erreichen.

Mögliche Initiativen, um den Krankenversicherer zum effektiven und umfassen-

den Gesundheitsmanager des Patienten zu machen, könnten neben persönlicher Betreuung zum Beispiel auch Netzwerkaktivitäten sein. Kooperationen mit Spitälern und Ärztenetzwerken unterhalten viele Krankenversicherer bereits heute. Kooperationen mit der Pharmaindustrie und die Zusammenführung der einzelnen Leistungserbringer – auch mit der Pharmaindustrie – wären für die Zukunft weitere vorstellbare Initiativen. Ebenso dürften Kooperationen mit Universitäten im Bereich der medizinischen Forschung dem Versicherer in seiner Rolle als Gesundheitsmanager ein zentrales Anliegen sein.

Ziel des Gesundheitsmanagers ist es, gemeinsame Systeme zu etablieren und dem Gesundheitswesen oder der Pharmaindustrie Informationen zur Erforschung effektiver Behandlungsmethoden beziehungsweise zur Entwicklung effektiver Medikamente bereitzustellen. Durch die Existenz des Gesundheitsmanagers könnten im gleichen Schritt auch Informationsasymmetrien zwischen den einzelnen Leistungserbringern eliminiert und operative Prozesse dadurch verbessert werden.

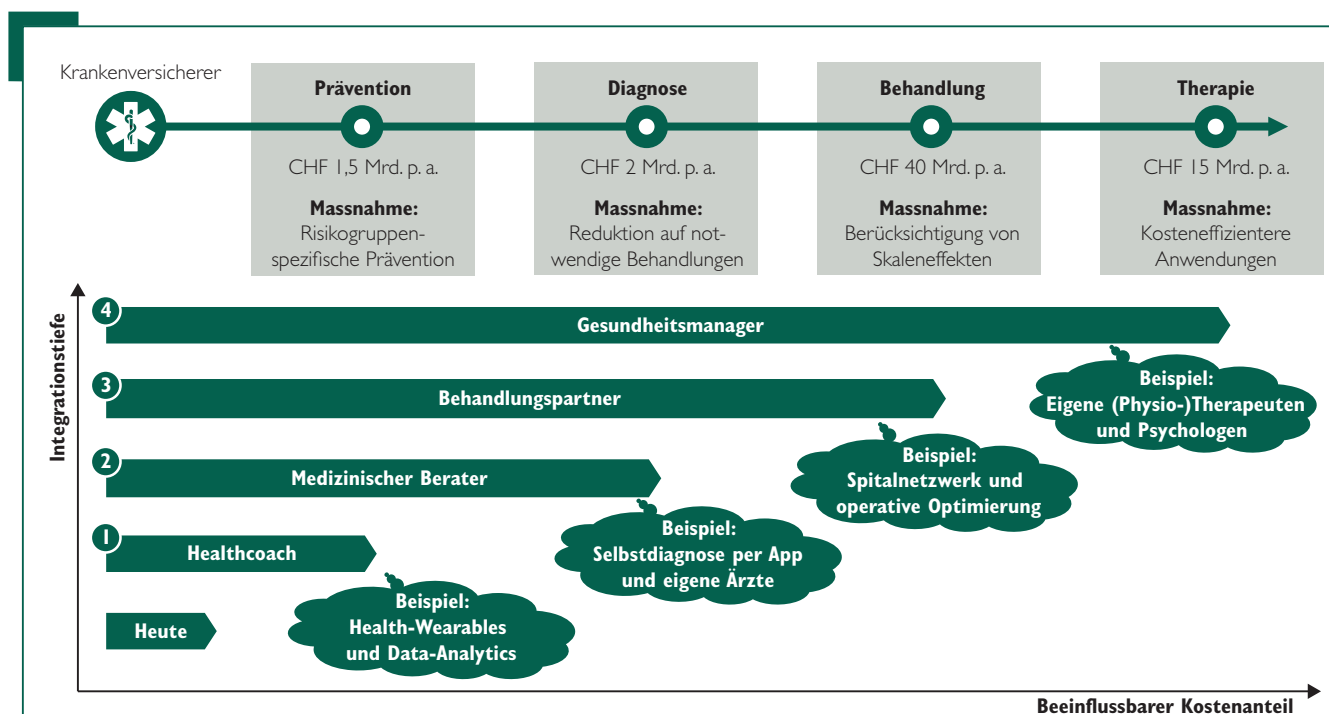


Abb. 2: Durch Integration entlang der Behandlungskette werden Gesundheitskosten direkt beeinflussbar (Quelle: BFS; eigene KPMG Darstellung)

Für eine erfolgreiche horizontale Integration muss sich der Krankenversicherer auf unbekannte Wege wagen. Trotz alledem erscheint das Potenzial, das proaktive Massnahmen in diesem Zusammenhang bieten, offensichtlich: Zum einen erlauben diese Massnahmen eine direkte Einflussnahme auf stetig steigende Gesundheitskosten und damit deren langfristige

Stabilisierung. Zum anderen stellen sie für den Versicherer einen bedeutenden Differenzierungsfaktor dar. Eine überlegte, an den Bedürfnissen des jeweiligen Kundstamms orientierte First-Mover-Strategie verspricht, die Rolle des Krankenversicherers im Gesundheitswesen nachhaltig zu stärken.

### Anmerkungen

- 1 [www.nzz.ch/schweiz/gesundheitskosten-2015-2017-kof-erwartet-starken-anstieg-der-gesundheitsausgaben-ld.89720](http://www.nzz.ch/schweiz/gesundheitskosten-2015-2017-kof-erwartet-starken-anstieg-der-gesundheitsausgaben-ld.89720)
- 2 <https://healthy.kaiserpermanente.org/why-kp>