

Mitteilungen

Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA)

Positionspapier zu Managed Care

Sämtliche im Jahr 2009 geplanten Notmassnahmen im Rahmen der dringlichen KVG-Revision wurden vom Parlament abgelehnt. Nun findet im Rahmen der ordentlichen KVG-Revision die gesundheitspolitische Debatte zu Lösungen im Hinblick auf integrierte Versorgungsmodelle (Managed Care-Modelle) statt. Analog zur nationalrätlichen Gesundheitskommission halten wir nachfolgend die aus Sicht der KKA notwendigen Eckwerte zur Optimierung der integrierten Versorgung fest.

Zielformulierungen:

Aus Sicht der kantonalen Ärztesellschaften sind für die Förderung von integrierten Versorgungsformen und Ärztenetzwerken folgende notwendigen Rahmenbedingungen und Anreize zu schaffen:

- Grundvoraussetzung für funktionierende Managed Care-Modelle (MC-Modelle) ist ein morbiditätsorientierter, verfeinerter Risikoausgleich.
- Optimierung der Versorgung als Anreiz: Für den Versicherten soll beim Anschluss an ein MC-Modell ein Mehrwert entstehen, speziell für polymorbide und chronisch kranke Patienten.
- MC-Modelle müssen auch für Leistungserbringer und Versicherer Anreize schaffen, polymorbide und kostenintensive Patienten zu betreuen.
- Es braucht ein ärztliches Disease Management im Netzwerk über die ganze Behandlungskette hinweg und damit eine Optimierung der Behandlungsqualität. Durch die Optimierung der Behandlung kann eine Kostenminderung erzielt werden.
- Die anzustrebenden Lösungen müssen unter dem Aspekt der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten betrachtet werden: Kostenbasis bilden die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten unter Berücksichtigung von Nutzen und Mehrwert durch die Behandlung. Dies erfordert vorgängig eine gründliche Analyse der Kostenblöcke und der kostenintensiven Krankheiten bzw. deren Behandlung auf Basis einer validierten Datengrundlage – denn 20% der schwer und/oder chronisch kranken Versicherten verursachen über 80% der Kosten im Gesundheitswesen.
- Die Wahlfreiheit/Freiwilligkeit für die Teilnahme an MC-Modellen muss für Versi-

cherte, Leistungserbringer und Versicherer gewährleistet sein.

- Die Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer muss freiwillig sein.
- Integrierte Versorgungsnetze müssen rechtlich und bezüglich Trägerschaft von den Versicherern unabhängig sein, und sie müssen die ärztliche Behandlungsfreiheit garantieren.
- Die Anreize bei einer allfälligen Budgetmitverantwortung müssen korrekt und ethisch vertretbar sein. Eine Budgetmitverantwortung kann nur beim Netzwerk, nicht beim einzelnen Arzt liegen. Zielführend wären beispielsweise morbiditätsgesteuerte Patientenpauschalen.
- Rechtsfragen wie das Verhältnis zum Tarifrecht (Genehmigung, Geltung der Tarifgrundsätze), das Ausmass einer finanziellen Risikoübernahme oder Sanierungsmöglichkeiten von finanziell notleidenden Netzwerken müssen vorgängig geklärt werden, ebenso die Mitsprachemöglichkeiten bei der Prämiengestaltung.
- Duale Modelle dürfen nur mit identischen Prämien und allenfalls differenzierter Kostenbeteiligung eingeführt werden, wobei der differenzierte Selbstbehalt bei den 20% schwer oder/und chronisch kranken Versicherten nicht zielführend ist.
- Auch Spezialisten können in einem MC-Modell die Rolle des Disease Managers wahrnehmen.

Hausärzte Schweiz / medswiss.net

Managed Care soll gefördert werden

Ende April hat die nationalrätliche Kommission für Gesundheit und Soziales (SGK-N) die Vorlage Managed Care/Integrierte Versorgung zuhanden des Nationalrates mit 17 gegen 5 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) verabschiedet. Hausärzte Schweiz und der Verband Schweizer Ärztenetze medswiss.net begrüssen die Vorlage

Die Schweizer Ärztenetze, welche die integrierte Versorgung zusammen mit interessierten Versicherern seit 15 Jahren praktizieren, sind von dieser Vorlage in besonderer Weise betroffen. Die Verbände Schweizer Ärztenetze medswiss.net und Hausärzte Schweiz würdigen die Vorlage als Schritt in die richtige Richtung. Die zunehmend komplexe Gesundheitsversorgung soll bewusst koordiniert und integriert werden.

Sie anerkennen die folgenden substantiellen Verbesserungen:

- Der Risikoausgleich unter den Versicherungen wird verbessert und berücksichtigt neu das Erkrankungsausmass (Morbidität, Art. 105).
- Managed Care/Integrierte Versorgung basiert auf einem Vertrag.
- Die Wahlfreiheit für Versicherte und für Leistungserbringende ist gewährleistet.
- Ein Ärztenetz kann zusammen mit interessierten Versicherern eine vertraglich geregelte Budgetmitverantwortung übernehmen (Art. 41 c).
- Wer sich in einem integrierten Versicherungsmodell versichern lässt, wird mit einem tieferen Selbstbehalt belohnt (Art. 64).

Es ist zu hoffen, dass die eidgenössischen Räte diese Fortschritte wertschätzen und dem Gesetzesvorschlag zustimmen.

Dass einige Vorschriften Verbesserungspotential aufweisen, tut der grundsätzlich positiven Vorlage keinen Abbruch. Anlass zur Diskussion gibt vor allem die Regelung der Kostenbeteiligung (Selbstbehalt, Franchise).

Hausärzte Schweiz und der Verband Schweizer Ärztenetze medswiss.net setzen sich für eine sozial verträgliche, aber auch gut finanzierbare Lösung ein. Sie hoffen, dass die politischen Entscheidungsträger kompromissbereit eine angemessene Regelung finden.

Mach-Gaensslen Stiftung Schweiz

Unterstützung Forschungsprojekt

Die Mach-Gaensslen Stiftung Schweiz unterstützt turnusmässig 1–2 Forschungsprojekte der Fachgebiete Kardiologie, Hämatologie/Onkologie und Neurologie/Psychiatrie. Das Jahr 2011 ist für die Hämatologie/Onkologie reserviert.

Gesuche um Unterstützung eines qualifizierten Forschungsprojektes des Fachgebietes Hämatologie/Onkologie können bis 15. Oktober 2010 an den Präsidenten der Mach-Gaensslen Stiftung Schweiz gerichtet werden: Prof. Dr. med. Georg Keiser, St.-Oswalds-Gasse 13, 6300 Zug (gkeiser@datazug.ch). Die für das Forschungsgesuch notwendigen Angaben können unter der gleichen Adresse oder telefonisch (041 711 99 75) eingeholt werden. Die Beurteilung der Forschungsprojekte durch den Stiftungsrat erfolgt Ende November 2010.