

Ärztennetze und Integration: Was koordinieren? Wie kooperieren?

Peter Berchtold^a, Marc Cikes^b

^a PD Dr. med., Präsident fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung; ^b Arzt, Vorstandsmitglied fmc

Die bessere Vernetzung und Koordination innerhalb und zwischen den ambulanten und stationären Sektoren wird immer bedeutsamer in der Gesundheitsversorgung, besonders bei chronisch und mehrfach kranken Patienten. Ärztenetze spielen eine wichtige Rolle für diese anspruchsvolle Patientengruppe.

Die Entwicklung der Schweizer Ärztenetze ist eine Erfolgsgeschichte: Sie haben sowohl die Grundversorgung (Primary Care) wie auch die Integrierte Versorgung massgeblich geprägt und vorangebracht. Als Generalisten sind Hausärztinnen und Hausärzte – neben den Patienten und ihren Angehörigen – die einzigen, die den gesamten Behandlungsverlauf im Blick haben. Und sie sind in der Lage, Patientinnen über das medizinische Fachwissen hinaus zu beraten, zu begleiten und zu unterstützen. Eine ihrer zentralen Rollen ist, zwischen unterschiedlichen Krankheitsaspekten zu differenzieren, die entsprechenden Spezialisten einzubinden und – wo nötig – den Zugang zu nachgelagerten Leistungserbringern wie Spital und Spitex zu ermöglichen und zu koordinieren.

Die wichtigste Patientengruppe der Zukunft – betagte, chronisch und mehrfach kranke, häufig demente Menschen – verlangt ein Höchstmass an Koordination und Kooperation. Denn diese Menschen benötigen neben medizinisch-pflegerischen Leistungen meist auch soziale Unterstützung. Zudem ist oft juristischer Rat nötig (wenn zum Beispiel die Urteilsfähigkeit zu bestimmen ist). Oder es sind Ergänzungsleistungen zu beantragen. Damit kommen weitere Leistungserbringer wie Sozialdienste, zusätzliche Kostenträger wie Gemeinden und andere Sozialversicherungen ins Spiel. Das heisst: Die Komplexität der Behandlung, Betreuung und Begleitung wird nochmals zunehmen.

Ärztennetze sind eine feste Grösse

Unbestritten ist deshalb: Eine starke Primary Care ist auch für die Integrierte Versorgung unerlässlich. Das zeigt sich exemplarisch am «Patient-centred Medical Home» oder kurz «Medical Home». Dieses Hausarzt- bzw. Grundversorgungs-orientierte Modell will im Kern eine feste medizinische Ansprechperson sowie die Ko-

ordination der Behandlungen gewährleisten. «Medical Homes» können auch als regionale, interprofessionelle Gesundheitszentren ausgestaltet und damit eine sinnvolle Perspektive für Regionalspitäler sein, welche durch die Ambulantisierung in der Versorgung mehr und mehr unter Druck geraten. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass «Medical Homes» die Behandlungsqualität und Beanspruchung von Leistungen positiv beeinflussen.¹ Solche Ergebnisse sind ein deutliches Zeichen dafür, wie eng Primary Care und Integrierte Versorgung verknüpft sind und auch künftig sein sollen.

Drei von zehn Personen in der Schweiz werden in einem Ärztenetz betreut, das einen speziellen Vertrag mit den Versicherern hat. Und gemäss FMH-Statistik waren 2017 schweizweit rund 52 Prozent der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte einem Ärztenetzwerk angeschlossen. Dieser Anteil ist in der Grundversorgung noch um einiges höher; in den 18 Kantonen mit Ärztenetzen haben sich rund sieben von zehn Hausärztinnen und Hausärzten einem solchen angeschlossen. Ein Drittel aller Netze nimmt auch spezialisierte Ärzte auf. Und ein weiteres Drittel bietet zwar nur Grundversorgung an, ist jedoch in vertragliche Kooperationen mit nachgelagerten Leistungserbringern eingebunden, insbesondere Spitäler. Damit sind Ärztenetze seit vielen Jahren eine tragende Säule der Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Und es spricht vieles dafür, dass diese Bedeutung in Zukunft noch stark zunehmen wird: Denn Organisationen wie Ärztenetze sind geeigneter als unabhängige Einzelpraxen, wenn es zum Beispiel um flexible Arbeitsbedingungen für (junge) Hausärzte/-innen geht (Anstellung, Teilzeit) oder um neue Arbeitsfelder wie Triage und Koordination für Pflegeexpertinnen/ANP. Und solche Entwicklungs- und Innovationsmöglichkeiten werden für die künftige Grundversorgung entscheidend sein.

¹ Kern LM, Edwards A, Kaushal R. The patient-centered medical home and associations with health care quality and utilization. *Ann Int. Med* 2016; 164: 395–405

Bedrängt von vielen Seiten

Mittlerweile werden Ärztenetze aber stark konkurrenziert: Spitäler gründen oder kaufen Arztpraxen und verbinden den ambulanten mit dem stationären Bereich. Investoren bauen Praxisketten auf und entwickeln integrierte Behandlungskonzepte über mehrere Stufen. Krankenkassen bieten Versicherungsprodukte an, bei denen die versicherte Person eine Apotheke als primäre Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme wählt. Diese Entwicklungen sind auch vor dem Hintergrund zu verstehen, dass sich die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und die Integrierte Versorgung im Speziellen differenzierter und je nach (regionalem) Kontext unterschiedlich entwickeln – ein Trend, der sich in nächster Zukunft weiter akzentuieren wird. Beispielsweise indem in städtischen, tendenziell überversorgten Gebieten andere Lösungen gefragt sind als in ländlich-peripheren, tendenziell unterversorgten Gebieten. Und in der Deutschschweiz andere Integrationsformen als in der Westschweiz präferiert werden.

Die erste Nationale Erhebung zur Integrierten Versorgung, die das fmc initiierte und das Obsan im Frühjahr 2017 veröffentlichte, zeigt eindrücklich die Vielfalt an Akteuren und Initiativen, welche die Behandlung und Betreuung besser koordinieren wollen². Eine zunehmende Vielfalt zeigt sich aber auch bei den Ärztenetzen: Während zu Beginn der Schweizer Managed-Care-Bewegung fast ausschliesslich Hausärztinnen und Hausärzte sich diesen Netzstrukturen angeschlossen hatten bzw. anschliessen konnten, zeigt sich heute ein bunteres Bild:

- a) Reine Hausarztnetze, die grundsätzlich nur ärztliche Grundversorgung anbieten.
- b) Hausarztnetze mit erweiterter Grundversorgung, beispielsweise einem Chronic Care Management, das

als Teamleistung von Hausärzten, Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) oder Medizinischen Praxiskoordinatorinnen (MPK) angeboten wird.

- c) Ärztenetze mit Grund- und spezialisierter ambulanter Versorgung, angeboten als Teamleistung von Haus- und Spezialärzten sowie allenfalls MPA/MPK.
- d) Ärztenetze mit/um Gesundheitszentren, die dem «Medical Home»-Modell nahestehen.

Dieses vielfältige Bild wird in jüngster Zeit durch eine weitere Entwicklung bereichert. In ländlichen und peripheren Regionen starten mehr und mehr Initiativen zum Aufbau von bevölkerungsorientierten Versorgungsnetzen, zum Beispiel im Simmental-Saaneerland, im Freiamt (Aargau) oder der Region Grauholz (nördlich von Bern). Knappe hausärztliche Ressourcen, mögliche Spitalschliessungen und Versorgungslücken führen dazu, dass sich die Leistungserbringer einer bestimmten Region in einer übergeordneten Netzstruktur organisieren wollen, um durch bessere Vernetzung und Koordination die Versorgung längerfristig gewährleisten zu können.

Gefragt ist Innovationskraft

Bei all diesen Entwicklungen spielen Hausärztinnen und Hausärzte eine entscheidende Rolle. Unterstützung erhalten sie fallweise von den Kantonen, die sich um die Grundversorgung (namentlich in ländlich-peripheren Gebieten) sorgen und mehr oder weniger laut über Förderprogramme nachdenken (und die Bevorzugung von Hausärzten/-innen, die in Netzen tätig sind, zum Beispiel bei der Zulassung). Ebenfalls sehr aktiv zeigen sich viele Gemeinden, denn eine solide Grundversorgung gilt inzwischen als wichtiger Standortfaktor.

Ärztenetze dürfen sich jedoch nicht auf den Staat verlassen, sondern müssen selber Innovationsinitiativen starten. Das heisst zum Beispiel:

- neue interprofessionelle Arbeitsformen mit anderen Berufsgruppen, gerade beim Chronic Care Management;
- konsequenter Einbezug von Patienten und Angehörigen, einerseits bei Behandlungsentscheidungen, andererseits beim Monitoring des Behandlungsverlaufs;
- neue Austauschformate mit anderen Berufsgruppen wie Care Boards;
- neue, pauschalierte Vergütungsmodelle mit Performance-Orientierung;
- Nutzung von digitalen Hilfsmitteln zur Identifikation von Krankheitsrisiken, zur Verknüpfung mit Behandlungsempfehlungen etc.

Es ist zu hoffen, dass Ärztenetze auch in Zukunft eine gestaltende Innovationskraft für die weitere Entwicklung der Integrierten Versorgung in der Schweiz sind.

² Schusellé Fillietaz, S., Kohler, D., Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015–2016) (Obsan Dossier 57). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Korrespondenz:
fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
PD Dr. med. Peter Berchtold
Präsident
peter.berchtold[at]
college-m.ch

Nationales Symposium Integrierte Versorgung am 12. Juni 2019 in Bern

Das Symposium 2019 des fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung steht ganz im Zeichen von Ärztenetzen und Integrierter Versorgung und wird zusammen mit medswiss.net (Schweizer Dachverband der Ärztenetze) durchgeführt. Die Keynotes von Prof. Jacques Cornuz (Unisanté Lausanne), Prof. Thomas Rosemann (Uni Zürich) und Dr. med. Regula Kaufmann (Centramed) stellen die Grundversorgung ins Zentrum. In Tischgesprächen werden mehrere Szenarien für die Weiterentwicklung von Ärztenetzen debattiert und bewertet: Wie werden sie künftig die Vernetzung mit Spitälern, Spitex oder Pflegeheimen vertiefen? Umgekehrt: Welche Ansprüche haben andere Leistungserbringer an die Koordination und Kooperation mit Ärztenetzen? Wie wird die Zusammenarbeit mit dem Sozialbereich (und den Gemeinden) funktionieren? Welche Entwicklungen in der Westschweiz werden den Weg in die Deutschschweiz finden – und umgekehrt?

Alle weiteren Informationen sowie die Möglichkeit, sich anzumelden, sind auf www.fmc.ch zu finden. Das Symposium ist vom SIWF als Fortbildungsveranstaltung anerkannt (5 Credits). Für Ärztinnen und Ärzte, die einem Mitgliedernetz von medswiss.net angehören, ist die Teilnahme 25 Prozent vergünstigt. Der Rabattcode kann bei [info\[at\]medswiss.net](mailto:info[at]medswiss.net) bestellt werden.