

Fakten und Argumente zur Integrierten Versorgung / Managed Care in der Schweiz

16 Minuten für Managed Care

Dieses Kurzargumentarium informiert über die grundlegenden Fakten und ist eine sachliche Antwort auf Fragen und Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Gesetzesrevision Managed Care / Integrierte Versorgung.

Verband Schweizer Ärztenetze
medswiss.net

Berufsverband Hausärzte
Schweiz

1. Die Ökonomie und damit der Ruf nach Kosteneffizienz und Qualität prägt das Gesundheitswesen zunehmend.

Die Frage nach dem Preis-Leistungs-Verhältnis und damit der Qualität ist legitim. Ärztinnen und Ärzte – unabhängig von der Zugehörigkeit zu einem Ärztenetz – stellen sie laufend in ihrer täglichen Arbeit. Leider merkt kaum jemand, wie sorgfältig oft mit den Ressourcen umgegangen wird.

2. Unser Gesundheitswesen bedarf der Koordination.

Die bedarfsgerechte Koordination der Gesundheitsversorgung ist ein Gebot der Stunde und ein Schlüssel zu Kosteneffizienz und Qualität.

3. Managed Care, neu «Integrierte Versorgung» wird sich so oder so weiterausbreiten.

Wer abseits steht, überlässt das Feld den anderen. Die heute gültige Gesetzgebung gibt den Versicherern eine grosse Macht und sieht keine vertragliche Zusammenarbeit vor [1]. Genau aus diesem Grund haben die Schweizer Ärztenetze, Hausärzte Schweiz und die FMH seit jeher gefordert, dass Managed Care auf einem Zusammenarbeitsvertrag zwischen Versicherern und Ärztenetz basiert. Die neue Gesetzesvorlage berücksichtigt diese Forderung.

4. Die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte gehört bereits heute einem Ärztenetz an.

Gemäss aktueller Erhebung des Forum Managed Care sind rund 4600 Grundversorger (50%) in etwa 80 Ärztenetzen organisiert, von denen $\frac{3}{4}$ eine Form der Budgetmitverantwortung übernehmen [2].

5. Integrierte Versorgung / Managed Care heisst koordinierte, bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung.

Managed Care ist eine bewusst gewählte Plattform, wo sich die Hauptbeteiligten austauschen: Versicherte,

Patientinnen, Ärzteschaft, Versicherer. Der Hauptgewinn ist die Kommunikation. Dies entspricht den Erfahrungen der letzten 20 Jahre Managed Care.

6. Gatekeeping (Betreuungskoordination) bedeutet Orientierung in der Gesundheitsversorgung.

Die allermeisten Patientinnen und Patienten schliessen sich dem Rat der Hausärztinnen und Hausärzte gerne an. Die Koordination über die ganze Behandlungskette vermeidet Doppelspurigkeiten.

7. Ökonomen orientieren sich an einem Budget als Kostenziel.

Dient das Budget allein der Kosteninformation, spricht man von einem *informellen* Budget, z. B. beim «einfachen Hausarztvertrag». Übernehmen die Leistungserbringer eine Form der Verantwortung für das Budget, ist das Budget *aktiviert*. Die Aktivierung erfolgt durch die sogenannte *Beteiligung* (vgl. Punkt 9). Auch ein aktiviertes Budget ist vorerst nur eine *virtuelle* Kostenzielvorgabe (virtuelles Budget) und nicht die Vergütung per se (ausbezahltes Budget). Der budgetierte Betrag wird dem Ärztenetz also in der Regel *nicht* ausbezahlt. Damit unterscheiden sich die Schweizer Modelle von Modellen im Ausland!

Jedes Budget ist verhandelbar und kündbar!

Die Mitglieder des Ärztenetzes verrechnen ihre Leistungen nach wie vor gemäss dem Einzelleistungstarif. «Aufgebrauchtes Budget im Oktober» und «Sparen auf dem Buckel der Patientinnen und Patienten» sind deshalb Märchen.

8. Das Budget wird möglichst morbiditätsgerecht berechnet.

In der Schweiz haben sich 3 prinzipielle Budgetberechnungsmethoden etabliert:

- Vergleich mit dem konventionell versicherten Kollektiv;
- Vorjahresvergleich (mit Korrekturfaktoren);
- Kopfpauschale (Capitation) [3].

medswiss.net

Der Verband der Schweizer Ärztenetze medswiss.net umfasst 47 Hausarztvereine und Ärztenetze mit rund 2000 Ärztinnen und Ärzten, die etwa 500 000 Managed-Care-Versicherte betreuen. Als Kollektive mit verbindlichen Standards sind Ärztenetze ganz besonders fähig, die vom KVG geforderten Leistungskriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität zu leben und abzubilden und zusammen mit interessierten Versicherern eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung anzubieten.

Korrespondenz:
Dr. med. Jörg Fritschi
Präsident medswiss.net
Kleinbühl 3
CH-6012 Obernau
j.fritschi@hin.ch
www.medswiss.net
www.hausaerzteschweiz.ch

9. Entscheidend für eine Budgetmitverantwortung ist die Beteiligung an der Differenz zwischen Budget und Ist-Kosten.

Wird das Budget *unterschritten*, wird der (positive) Differenzbetrag, *und nur dieser*, zwischen Ärztenetz und Krankenversicherer aufgeteilt und zwar aufgrund eines vertraglich vereinbarten Schlüssels. Üblich ist ein fixer Betrag oder eine prozentuale Beteiligung. Das Ärztenetz profitiert also höchstens von diesem Beteiligungsbetrag und nicht vom Budgetbetrag als solchem.

Wird das Budget *überschritten*, wird der (negative) Differenzbetrag mit demselben Schlüssel aufgeteilt. Das Ärztenetz schuldet diesen Beteiligungsbetrag dem Versicherer. Eine Budgetüberschreitung ist Anlass, die Modalitäten des MC-Vertrag im Folgejahr zu überdenken und neuzuverhandeln. Ein Ärztenetz kann Liquiditätsprobleme vermeiden durch rechtzeitige Vertragsverhandlungen, Nachverhandlungen oder im Extremfall eine Vertragskündigung.

Die Beteiligung und damit die Budgetmitverantwortung ist frei verhandelbar und kündbar!

Jedes Budget ist verhandelbar und kündbar!

10. Ein Ärztenetz organisiert sich als juristische Person.

Eine Budgetmitverantwortung wird immer vom Ärztenetz als juristische Person getragen und nie von seinen einzelnen Mitgliedern. Damit lastet das finanzielle Risiko nie auf den einzelnen Mitgliedern, sondern immer auf dem Ärztenetz.

11. Ein Ärztenetz arbeitet professionell.

Die Netzarbeit wird vergütet mit einer verhandelbaren Steuerpauschale.

12. Der Versorgungsausgleich garantiert Versorgungssicherheit.

Dieses Phänomen ist in unserem Gesundheitswesen einzigartig: Die Einzelleistungsvergütung animiert zur Überversorgung. Ein alleiniges Budget (im Sinne der direkten Vergütungsform) tendiert zur Unterversorgung. Ein Managed-Care-Vertrag mit Budgetmitverantwortung kombiniert die Einzelleistungsvergütung seiner Mitglieder mit der Budgetpflicht des Ärztenetzes und gleicht dadurch beide Tendenzen aus.

Hausärzte Schweiz

Der Berufsverband «Haus- und Kinderärztinnen Schweiz» vertritt seit dem 17. September 2009 die berufspolitischen Interessen der drei Fachgesellschaften der Grundversorger (Allgemeinmediziner SGAM, Internisten SGIM und Pädiater SGP) und zählt aktuell gut 6200 Mitglieder. Ohne Hausärzte keine qualitativ hochstehende, finanzierbare und der ganzen Bevölkerung zugängliche Grundversorgung.

Voraussetzung ist jedoch, dass die Einzelleistungsvergütung und ihre rechtlichen Grundlagen in der heutigen Form beibehalten werden.

13. Integrierte Versorgung / Managed Care garantiert Qualität und Prävention.

Die Versorgung durch ein budgetmitverantwortliches Ärztenetz ist getragen durch zwei Kerngrundsätze:

- Mit guter ambulanter Betreuung Komplikationen vermeiden und Hospitalisationen nur wo nötig veranlassen.
- Was dürfen wir ruhig weglassen, ohne zu schaden? Die Frage ist legitim. Nicht alle Angebote sind wirksam, zweckmässig, indiziert und damit aus Sicht der Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht.

Diese zwei Kernziele werden nur erreicht durch bewusste und gezielte Kooperation der Hausärztinnen mit den Spezialisten in der Praxis und im Spital.

14. Managed Care / Integrierte Versorgung ist keine Ideologie, sondern eine Frage der Haltung aller Beteiligten: Patienten, Ärztinnen und Versicherern.

Diese Haltung setzt Kommunikationsbereitschaft und gegenseitigen Respekt voraus. Vertragskündigungen sprechen nicht grundsätzlich gegen den Managed-Care-Gedanken.

15. Risikoausgleich

Die Gesetzesvorlage verfeinert den Risikoausgleich. Damit sind die Versicherer nicht mehr an der Risikoselektion, sondern vielmehr an der Zusammenarbeit mit gut funktionierenden Ärztenetzen interessiert.

16. Was geschieht, wenn die neue Vorlage zur Integrierte Versorgung abgelehnt wird?

Der heutige Artikel 41.4 bleibt in Kraft. Managed Care wird sich auf dessen Basis weiterausbreiten, ohne dass Managed Care auf einem Vertrag beruhen muss. Der bisherige ungenügende Risikoausgleich animiert weiterhin zu Risikoselektion. Als Nachfolgelösung zum Zulassungsstopp (gilt bis 31. 12. 2011) wird möglicherweise der Vertragszwang aufgelöst.

Referenzen

- 1 Art. 41.4: Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.
- 2 Fakten «Integrierte Versorgung in der Schweiz 2010», www.fmc.ch
- 3 Die Berechnungsmethode sagt nicht aus, ob und in welchem Mass eine Verantwortung für das Budget übernommen wird. Der Ausdruck «Capitationvertrag» wird fälschlicherweise oft so interpretiert, als ob der Betrag patientenorientiert ausbezahlt würde. Der Ausdruck «Capitationvertrag» sollte ersetzt werden durch «Managed-Care-Vertrag».