

Andreas Weber

Ärzteneetze als Katalysatoren für Innovationen

Wie sieht die Zukunft erfolgreicher Ärztenetze aus? Nach der horizontalen Vernetzung mit beachtlicher Verbesserung der Qualität in der Grundversorgung braucht es nun die vertikale Vernetzung mit Spezialisten und Spitälern. Diese orientiert sich an den Bedürfnissen chronisch Kranker.



Andreas Weber

Wir schreiben das Jahr 2016: Karl Gruber sucht für seine noch rüstige 82jährige Mutter eine andere Krankenkasse. Die monatlichen Prämien schlagen auch im Jahr 2015 wieder auf. Mit den verschiedenen chronischen Krankheiten muss seine Mutter auch jedes Jahr die maximale Kostenbeteiligung von 3000 Franken bezahlen, 500 für die mittlerweile eingeführte Einheitsfranchise, 2500 betreffen den maximalen Selbstbehalt. Er schlägt ihr eine Managed-Care-Versicherung bei einer gros-

sen Krankenkasse vor. Die Prämie ist zwar nicht wesentlich günstiger, doch rechnet Herr Gruber seiner Mutter vor, dass sie jährlich 1250 Franken weniger Selbstbehalt bezahlen muss, wenn sie bei den Kursen des von der Krankenkasse empfohlenen Ärztenetzes qualiX mitmacht.

Kurz nach Jahreswechsel erhält Frau Gruber ein freundliches Begrüssungsschreiben des Ärztenetzes mit einem Gutschein für einen Online-Check-up sowie eine Mitgliederkarte mit einer 24-Stunden-Notfallnummer. Frau Gruber ist zwar selbst nicht in der Lage, auf dem Internet die verschiedenen Fragen zu beantworten, aber ihr Sohn übernimmt das anlässlich seines wöchentlichen Besuches. Nach wenigen Antworten erscheint bereits eine Einladung zu einem Gespräch mit einem Hausarzt des Ärztenetzes. Sie wird gebeten, die Einforderung von Unterlagen bei früheren Ärzten und Spitälern zu autorisieren.

Anlässlich des ersten Gesprächs bestätigt der Hausarzt die mittlerweile auf einer elektronischen internetbasierten Krankengeschichte (eKG) erfassten Diagnosen: Erkrankung der Herzkranzgefässe, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörung unter Blutverdünnung, verschiedene Rückenbeschwerden, chronische Niereninsuffizienz. Die Erwartungen, Bedürfnisse und Wertvorstellungen bezüglich Gesundheit werden erfasst. Am wichtigsten ist für Frau Gruber, in ihrer Wohnung bleiben zu können, wo sie

schon seit 63 Jahren lebt und wo sie auch sterben möchte. Die Lebensdauer spielt für sie eine untergeordnete Rolle: «Man sollte den Jungen Platz machen», sagt sie.

Nach der Untersuchung und einigen Labortests reserviert der Hausarzt auf der Onlineagenda eines Kardiologen des gleichen Ärztenetzes einen Termin für Frau Gruber. Zur Optimierung der Therapie der Rückenschmerzen wird eine Rheumatologin per Videokonferenz kurz dazugeschaltet. Der Sohn erhält mittels der Health-Card der Mutter Zugang zur eKG. Die medizinische Praxisassistentin erklärt ihm, wie er selbst Einträge vornehmen und anderen Leistungserbringern Zugang erteilen kann.

In einem zweiten Gespräch stellt der Hausarzt Frau Gruber einen Kurs für Herzschwäche und eine Weiterbildung zum Umgang mit Schmerzmitteln bei Nierenschwäche und über die Gefahren der Blutverdünnung vor. Er organisiert für sie auch den Besuch einer Gesundheitsfachfrau zu Hause, die sich um Sturzprophylaxe kümmert und die lokale Spitex über die Kontrolle der Herzinsuffizienz, Medikamenteneinnahme und Quickbestimmung instruiert. Die Spitex erhält Zugang zur elektronischen KG und trägt dort regelmässig Gewicht, Blutdruck, Puls, eingenommene Medikamente und einschlägige Kontrollwerte sowie Beobachtungen ein.

Der Hausarzt macht bei Frau Gruber wöchentlich Visite auf der elektronischen KG. Bei Überschreiten bestimmter Grenzwerte wird er sofort per E-Mail oder SMS informiert. Auch im Notfall kann Frau Gruber rund um die Uhr ihren Hausarzt oder einen über sie informierten Stellvertreter erreichen. Der Kardiologe und die Rheumatologin werden über relevante Änderungen des Zustandes und der Behandlung durch Zustellung eines Links zur eKG informiert und bei Bedarf konsiliarisch beigezogen.

Mit diesen Massnahmen werden einerseits die früher oft erforderlichen notfallmässigen Hospitalisationen verhindert, andererseits verbessert sich durch das konsequente Schnittstellenmanagement die Behandlungsqualität. Als Folge davon sind die jährlichen Kosten innert vier Jahren von durchschnittlich 14 000 auf 9000 Franken gesunken.

Ärzteneetze heute

Ärzteneetze bestehen heute meist vorwiegend aus GrundversorgerInnen und sind als Verein oder ärztliche Ak-

tiengesellschaft organisiert. Die Rechte und Pflichten der NetzärztInnen sind teilweise in den Statuten definiert, teilweise auch in Leistungsverträgen zwischen Ärztenetz und Arzt oder zwischen Krankenversicherern und Arzt. Die Rolle des Grundversorgers ist die des Gatekeepers: Die Patienten suchen bei jedem Gesundheitsproblem zuerst den von ihnen gewählten Grundversorger auf. Dieser löst das Problem wenn möglich selbst oder überweist die Patienten einem Spezialisten oder ins Spital. Dabei werden SpezialistInnen, die Mitglieder des Netzes sind, bevorzugt. Ohne Überweisung durch den Grundversorger muss der Patient die spezialärztliche Behandlung ganz oder teilweise selbst berappen. Ärztenetze haben über die letzten zehn Jahre vor allem die horizontale Vernetzung und die Qualität der Grund-

versorgung verbessert. Fast in allen Netzen finden Qualitätszirkel statt, wo die Teilnehmenden voneinander lernen und sich die Aneignung der riesigen Flut neuen Wissens teilen. Einige Netze und Praxen unterziehen sich auch regelmässig einer Qualitätszertifizierung (siehe www.equam.org). Bezüglich vertikaler Vernetzung zwischen GrundversorgerInnen, SpezialistInnen und Spitälern haben Ärztenetze bis jetzt kaum wesentliche Innovationen vorzuweisen. Spezifische Programme für Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten, die oft spezialisierte ambulante und stationäre Leistungen benötigen, werden nur in Einzelfällen erarbeitet.

Aber gerade bei dieser Patientengruppe, die ungefähr 20% der Bevölkerung umfasst und gut 80% der gesamten Ressourcen des Gesundheitswesens beansprucht, liegt das grosse Wertschöpfungspotential der stärkeren Vernetzung von Gesundheitsprofessionellen. Wenn sich die Ärztenetze nicht in dieser Ganzheitlichkeit engagieren, werden Call Centers, Telemedizinanbieter und Case Manager der Krankenversicherer hier die Führungsrolle übernehmen, allerdings mit wesentlich schlechteren Voraussetzungen, da sie nur Fragmente der Krankengeschichte kennen und nie die ganze Betreuung «aus einer Hand» sicherstellen können.

Bausteine der Care-Management-Module für chronisch Kranke

Patientenidentifikation:

- Analysen der Callcenter-Daten
- Analysen der elektronischen Krankengeschichten
- Analysen verschriebener Medikamente
- Analysen beanspruchter Leistungen

Care-Management durch Fachleute:

- Erhebung der aktuellen Behandlung bestimmter Patientengruppen anhand von Analysen der elektronischen Krankengeschichte
- Bearbeitung von Fallvignetten
- Qualitätszirkel zwecks Diskussion von Behandlungsvariationen, Erfahrungsaustausch
- Entwicklung von interdisziplinären und interprofessionellen Guidelines, basierend auf Literaturrecherchen und Erfahrung der QZ-Teilnehmer
- Entwicklung von Behandlungspfaden (Clinical Pathways): Wer macht in welchem Moment was?

Angebote für PatientInnen:

- Screening auf Risikofaktoren und beeinflussbare Krankheiten
- Newsletter, möglichst individualisiert
- Kurse über Krankheiten und deren Behandlung
- Kurse zur Lebensstiländerung
- Notfallplanung
- Telefonisches Coaching

Informationssysteme

- Elektronische Krankengeschichte mit strukturierter Erfassung von Diagnose und Therapie, Labordaten
- Elektronische Medikamentenverschreibung
- Automatisierte Erinnerungen
- Elektronischer Informationsaustausch mit PatientInnen

Von Gatekeeping zu Care-Management

Erfolgreiche Ärztenetze werden in den nächsten Jahren ihre Dienstleistungen auf zwei Patientengruppen ausrichten: auf mehr oder weniger Gesunde mit intermittierenden akuten Erkrankungen und auf chronisch Kranke. Für die erste Gruppe werden sie Präventionsangebote, Online-Konsultationen sowie eine rund um die Uhr verfügbare telefonische Triage für neu auftretende Probleme installieren. Banale Probleme wie Erkältungen und Grippe, die heute meist bei den HausärztInnen landen, werden durch telefonische Anleitung zur Selbstbehandlung oder Zuweisung zu Nurse Practitioners (in der Grundversorgung qualifizierte Pflegenden) behandelt, die in 24-Stunden-Zentren tätig sind (Permanences, Apotheken). Für komplexere Probleme stehen dort auch HausärztInnen zur Verfügung, die bei Bedarf SpezialistInnen und andere Fachleute beiziehen.

Für die Betreuung der chronisch Kranken werden HausärztInnen, aber auch SpezialistInnen zu Care-Managern ausgebildet. Sie erstellen aufgrund der individuellen Bedürfnisse und Präferenzen einen Behandlungsplan, engagieren Fachleute, Angehörige und Laien und kontrollieren, ob alles planmässig läuft. Sie ergreifen bei Zielabweichung entsprechende Massnahmen. Für die wichtigsten chronischen Krankheiten werden standardisierte Care-Management-Module erstellt (Kasten). Diese können

entsprechend den vorhandenen Problemen kombiniert und den individuellen Bedürfnissen der Patienten angepasst werden.

Struktur der Ärztenetze

Die Zusammensetzung der Ärztenetze wird sich nicht an Standesorganisationen oder lokalen Notfallkreisen orientieren, sondern an den Behandlungspfaden der beiden genannten Patientensegmente. Neben Callcentern, Nurse Practitioners und GrundversorgerInnen werden auch SpezialistInnen und weitere Leistungserbringende vernetzt. Anschliessend werden die für die Umsetzung nötigen Fachleute über Leistungsverträge eingebunden. Der Fokus auf chronische Krankheiten verlangt wesentlich grössere Netze als heute üblich. Möchte ein Ärztenetz ein Betreuungsmodul für Herzinsuffizienz entwickeln, von dem dann z.B. 5000 Patienten profitieren können, braucht es bei einer Prävalenz der Herzinsuffizienz von 1.5% und einer Beteiligungsrate von ehrgeizigen 20% der betroffenen Patienten ein Einzugsgebiet von 1,7 Millionen Einwohnern. Längerfristig wären für die Schweiz vier bis fünf national tätige, gut integrierte Leistungserbringernetze sinnvoll.

Finanzierung

Zur Finanzierung der Care-Management-Angebote trifft das Ärztenetz mit den Versicherern spezielle Vereinbarungen. Denkbar ist eine Kombination von Einzelleistungstarif für die eigentlichen medizinischen Leistungen mit einer krankheitsspezifischen Pauschale pro Patient und Monat (oder Jahr) für die Care-Management-Leistung. Netze mit einer grossen Zahl von chronisch Kranken können auch Pauschalen vereinbaren, die beide Leistungsanteile einschliessen (entsprechend den heutigen risikospezifischen Budgetverträgen). Finanzielle Ressourcen für die Entwicklung der genannten Module, der IT-Infrastruktur und neuer Organisationsformen sowie finanzielle Honorierung der einzelnen LeistungserbringerInnen sind die wichtigsten Voraussetzungen für die erfolgreiche Entwicklung der Ärztenetze.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

An erster Stelle ist hier die Anpassung des Risikoausgleichs unter Krankenversicherern zu nennen. Ebenfalls von grosser Bedeutung ist die Umsetzung der monistischen Finanzierung stationärer Leistungen. Denn einen signifikanten Teil der Betreuungsverbesserung und Kosteneinsparung erzielen gute Ärztenetze durch die Vermeidung von Hospitalisationen. Mit der heutigen dualen Finanzierung

Forum Managed Care: Die neue Fachbroschüre

Der Artikel «Ärztenetze als Katalysatoren von Innovationen» findet sich – leicht gekürzt – in der neuen Fachbroschüre «Managed Care – zurück in die Zukunft» des Forums Managed Care. Deren Inhalte im Überblick:

- Prolog
- Werner Widmer: Integrierte Versorgung braucht integrierende finanzielle Anreize
- Andreas Weber: Ärztenetze als Katalysatoren für Innovationen
- Peter Berchtold: Prozesssteuerung zwischen Standardisierung, Individualisierung und Wertschöpfung
- Kurt Hess/Marc-Anton Hochreutener: Steuerung der Qualität in der medizinischen Versorgung
- Epilog

Die Broschüre können Sie kostenfrei herunterladen auf der Website des Forums Managed Care: www.fmc.ch. Die gedruckte Version, unterstützt von der Suva, wird ab Juni verteilt. Die Broschüre ist in deutsch, französisch und italienisch verfügbar.

partizipiert der Versicherer aber nur maximal zu 50% an den erzielten Einsparungen. Bei monistischer Spitalfinanzierung würde das Interesse der Versicherer an gutem Care-Management deutlich steigen.

Weitere gesetzliche Rahmenbedingungen wie die Abschaffung der entsolidarisierenden Wahlfranchisen und die spürbare Erhöhung des Selbstbehaltes bei Leistungsbezug ausserhalb eines Ärztenetzes («differenzierter Selbstbehalt») könnten die vertikale Integration der Ärztenetze signifikant beschleunigen. Zu hoffen bleibt, dass für die Schaffung dieser Rahmenbedingungen in den nächsten Jahren ausreichender politischer Konsens zu finden ist.

Literatur

- 1 Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Flemming R. Managed Care: origins, principles, and evolution. *BMJ* 1997; 314: 1823.
- 2 Berchtold P, Hess K. Ärztenetze in der Schweiz im Jahr 2007. *Managed Care* 2006; 6: 33–41.

Dr. med. Andreas Weber
Präsident mediX schweiz
Sumatrastrasse 10, CH-8006 Zürich
andreas.weber@medix.ch
www.medix.ch <http://www.medix.ch>