

# Gesucht: intelligente Kompromisse

Orientierungspapier «Integrierte Versorgung in der Schweiz»

Managed Care oder integrierte Versorgung wird reihum als Allerheilmittel gegen Kostenwachstum und viele andere Probleme im Gesundheitswesen angepriesen. Dabei werden jedoch die Risiken und Gefahren ausgeblendet. Es ist deshalb wichtig, dass eine breite Diskussion auf allen Ebenen stattfindet. Auch wenn dabei die Gefahr besteht, dass die Etikette «Managed Care» von vielen auch für ihre ideologischen Forderungen instrumentalisiert wird. Der politische Diskurs ist entsprechend konfus: Linke und Rechte wollen die integrierte Versorgung – aber selbstverständlich nur in ihrer (ideologischen) Denkart. Es droht die babylonische Sprachverwirrung.

Orientierung ist gefragt! Wie sind die unterschiedlichen Modelle und Forderungen einzuordnen? Welche passen zueinander und welche nicht? Für diese und weitere Fragen will das Forum Managed Care (FMC) Unterstützung bieten. Das Orientierungspapier «Integrierte Versorgung in der Schweiz», das der FMC-Vorstand zuhänden der nationalrätlichen Gesundheitskommission erarbeitete, ist ein erster Schritt dazu.

Managed Care bezeichnet die Summe aller Steuerungs- und Integrationsinstrumente im Gesundheitswesen mit dem Ziel, eine bedürfnisgerechte, qualitätsbasierte und kosteneffektive medizinische Versorgung zu fördern. Der Begriff «Managed Care» wird allerdings kaum mehr benutzt, vielmehr spricht man von «integrierter Versorgung». International ist eine Vielzahl solcher Steuerungs- und Integrationsansätze eingeführt worden, beispielsweise integrierte Organisationsformen (Hausarztmodelle, Ärztenetze, HMO/Gesundheitszentren) oder Integrationsinstrumente (Gatekeeping, Guidelines, Case Management, Disease Management, Demand Management / Telefontriage).

## Integrierte Versorgung als Versicherungsform

Mit Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 wurde es möglich, *alternative Versicherungsmodelle (AVM)* anzubieten. Ausgehend vom Subsidiaritätsprinzip unseres liberalen Staates können seither die Vertragspartner, also Ärzte und Versicherer, solche Modelle entwickeln und anbieten. Heute können Versicherte innerhalb der regulären Krankenversicherung zwischen verschiedenen AVM wählen – häufig auch Managed-Care-Modelle genannt – und sich als Patienten in Ärztenetzen/HMO behandeln und betreuen lassen.

Allen AVM gemeinsam ist das *Prinzip des Gatekeepings*: Die versicherte Person verpflichtet sich, bei gesundheitlichen Beschwerden immer den gleichen «Eingang» ins Gesundheitswesen zu nehmen. Dies kann der Hausarzt

sein, ein Gesundheitszentrum (HMO) oder aber ein medizinisches Callcenter. Spezialisierte oder stationäre Behandlungen sind nur nach Überweisung durch den Gatekeeper oder Care Manager möglich («eingeschränkte Arztwahl»).<sup>1</sup> Im Gegenzug erhalten die Versicherten einen Prämienrabatt. Ausgenommen von dieser Verpflichtung sind Notfälle. Sonderregelungen gibt es meist für den Besuch eines Frauen-, Kinder- oder Augenarztes.

In gewissen Regionen hat sich *bereits über ein Drittel der Versicherten* (z.B. Kanton Thurgau) für ein alternatives Versicherungsmodell entschieden.

## Modelle der Integrierten Versorgung

In der Schweiz haben sich verschiedene Modelle der integrierten Versorgung entwickelt:

- *Vertragsmodelle* (Ärztenetze, HMO, Medizinische Callcenter): In *Ärztenetzen* bilden die Hausärzte eine Gruppe, die mit der Krankenkasse einen speziellen Vertrag hat. Darin verpflichten sich die Netze, ihre Ärzte konsequent weiterzubilden. Dies geschieht primär in sogenannten Qualitätszirkeln. Hier treffen sich die Ärztinnen und Ärzte regelmässig, um komplexe Einzelfälle zu besprechen, mögliche Fehlerquellen bei Behandlungen zu ermitteln oder neue Therapien zu bewerten. Weiter verpflichten sich die Netze, die Steuerung systematisch zu kontrollieren. Die Ärztenetze übernehmen als Kollektiv häufig eine finanzielle Mitverantwortung (Budgetmitverantwortung in Form eines Bonus-Malus-Systems oder Capitation-Vertrages). Sie erhalten eine Vergütung für den zusätzlichen Aufwand für die Steuerung und Qualitätsarbeit. Analoge Anforderungen gelten für *HMO/Gesundheitszentren*. Die meisten von ihnen gehören Krankenversicherern,

<sup>1</sup> In gewissen Regionen (z.B. im Kanton Thurgau) können Versicherte bereits heute auch einen Spezialisten als primäre Anlaufstelle bezeichnen.

### Charakteristiken eines Ärztenetzes (angelehnt an die Definition von med-swiss.net)

- *Ärztebasiert*: Werden von Leistungserbringern gebildet und dienen der Gesundheitsversorgung
- *Verbindlichkeit*: Vertraglich geregelte Zusammenarbeit unter sich, mit netzfremden Leistungserbringern und Kostenträgern
- *Einheitliche Philosophie*: Handeln auf der Basis von vereinbarten Behandlungsprozessen, unternehmerischen Organisationsstrukturen und einer gemeinsamen Betreuungskultur
- *Care Management*: Steuern die Gesundheitsleistungen so weit wie möglich aus einer Hand
- *Bedürfnisorientiert*: Richten sich konsequent auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten aus
- *Qualitätsorientiert*: Setzen sich für eine hohe Versorgungsqualität ein
- *Kostenbewusst*: Gehen mit den vorhandenen Mitteln haushälterisch um

und die Ärzte sind angestellt. Die übrigen sind im Besitz der Ärzte, die dort arbeiten.

In der Schweiz gibt es rund 90 Ärztenetze und HMO. Knapp die Hälfte aller Grundversorgerinnen und Grundversorger engagieren sich in Ärztenetzen. Zwei von drei solcher Netze haben mit den Krankenversicherern eine *Budgetmitverantwortung* vereinbart.

Bei Modellen mit einem *medizinischen Callcenter* haben die Versicherten die Pflicht, sich bei jedem Gesundheitsproblem zuerst telefonisch beraten zu lassen. Dabei geben Fachpersonen Auskünfte und Verhaltensempfehlungen ab oder aber sie weisen die Patienten an einen Arzt oder ein Spital weiter. Bei diesen Modellen besteht ein spezieller Vertrag zwischen Versicherer und Callcenter. Die Steuerung ist eher punktuell und beschränkt sich heute in der Regel auf das Telefonat. Weitergehende Behandlungs- und Betreuungsangebote für bestimmte Patienten durch die Telemedizin sind aber möglich und werden teilweise auch angeboten.

- *Nicht-Vertragsmodelle (Listenmodelle, Lightmodelle)* kennen keine besondere vertragliche Regelung zwischen Versicherern und Ärzten. Diese Modelle sind Versicherungsprodukte, bei denen die Versicherer Leistungserbringerlisten definieren, weshalb sie auch «Listenmodelle» genannt werden. Die Listenmodelle basieren ebenfalls auf der eingeschränkten Wahl des Leistungserbringers. Sie sind aus folgenden Gründen umstritten:
  - Ärztenetze und Ärzte bezeichnen Listenmodelle wegen der fehlenden vertraglichen Partnerschaft auch als Pseudo- oder Lightmodelle. Strittige Punkte sind

die von den Versicherern definierten Leistungserbringerlisten sowie die fehlende Verbindlichkeit; dadurch werde nur der Risikoselektion Vorschub geleistet und die Entwicklung von integrierter Versorgung stark behindert.

- Versicherer sind überzeugt, dass Listenmodelle in Regionen ohne Vertragsmodelle (Ärztenetze / HMO) sinnvoll sind und als Möglichkeit zur Kosteneinsparung angeboten werden sollen. Das Verhalten der Versicherten soll daher auch in diesen Modellen belohnt werden. Dass Listenmodelle die Entwicklung der integrierten Versorgung behindern, bestreiten die Versicherer aufgrund des zunehmenden Marktanteils aller AVM.

### Integrierte Modelle in Entwicklung

Das zentrale Steuerungsinstrument der heutigen Modelle ist das Gatekeeping. Durch die Koordination der Überweisungen an spezialisierte bzw. stationäre Betreuende sollen die Gatekeeper Doppelspurigkeiten und unnötige Behandlungen vermeiden. Das funktioniert bei Bagatell-erkrankungen und gewissen Krankheiten einwandfrei.

Integrierte Versorgung und Steuerung machen vor allem dort Sinn, wo viele und unterschiedlichste Behandlungen und/oder Betreuungen aufeinander abgestimmt und koordiniert werden sollten. Dies ist insbesondere bei *komplexen, chronischen Krankheiten* und bei Langzeitbetreuung der Fall. Hier verspricht eine integrierte Versorgung die *Optimierung der Behandlungsqualität*, die *Gewährleistung der Versorgungssicherheit* und die *Steigerung der Kosteneffektivität*. Gerade diese Patientinnen und Patienten sollten Anreize haben, dass sie von einer integrierten Versorgung angezogen werden. Deshalb wären hier neben Prämienrabatten auch Reduktionen der Kostenbeteiligung als Anreiz sinnvoll.

### Integrierte Versorgung aus Sicht der wichtigsten Akteure

Angesichts der unterschiedlichen Funktionen und Interessen der Akteure darf es nicht erstaunen, dass auch deren Vorstellungen an (gesetzliche) Grundlagen und Anreize zu Weiterentwicklungen in Teilaspekten (noch) gegensätzlich sind. Die Positionen dazu:

#### Sicht der Ärztenetze

- Grundlage der Ärztenetze ist ein Vertrag zwischen Versicherern und dem Ärzte-/Versorgungsnetz (Gruppe von Leistungserbringern); Verträge mit einzelnen Ärzten sollten die Ausnahme sein. In einem Vertrag mit einem Netzwerk sind die Modalitäten der Zusammen-

arbeit, das Leistungsangebot (eine allfällige Übernahme von Nichtpflichtleistungen) und dessen Vergütung geregelt. Zudem werden eine Budgetmitverantwortung, eine Risikobeteiligung sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Vergütung festgelegt. Im Ärztenetz erzielte Einsparungen (inkl. logistische Einsparungen) sollen im System des Versorgungsvertrags verbleiben.

---

### Versicherte in integrierten Modellen sollen gegenüber konventionell Versicherten finanziell begünstigt werden.

---

- In den Ärztenetzen ist ein Betreuungsarzt oder ein ärztlich geführtes Betreuungsteam erste Anlaufstelle für den Patienten. Diese koordinieren alle notwendigen Abklärungen und Behandlungen und stellen die Beziehungen und Koordination der an der Behandlung des Patienten beteiligten Leistungserbringer sicher. Die Ärztenetze organisieren sich autonom. Das Netzwerk regelt die Zusammenarbeit mit Spezialisten und weiteren Leistungserbringern, namentlich den Spitälern. Die Ärztenetze definieren und unterhalten ein Qualitätskonzept mit entsprechenden Qualitätsindikatoren und weisen die erreichten Ergebnisse aus.
- Versicherte und Leistungserbringer sollen den Beitritt in ein Modell der integrierten Versorgung bzw. ein Ärztenetz frei wählen können. Dies gilt auch für den Austritt. Längerfristige Verträge für Versicherte (länger als ein Jahr) sollen möglich sein. Versicherte in integrierten Modellen sollen gegenüber konventionell Versicherten finanziell begünstigt werden (Prämienrabatte, differenzierter Selbstbehalt).

#### Sicht der Versicherer

- Bei alternativen Versicherungsmodellen entscheiden sich die Versicherten freiwillig, die Wahl der Leistungserbringer einzuschränken. Dadurch werden eine bessere Koordination der Behandlung und nachgewiesenermassen tiefere Behandlungskosten möglich. Die tieferen Kosten sollen in Form von tieferen Prämien und eventuell tieferen Selbsthalten an die Versicherten weitergegeben werden. Die Ärztenetze sollen dabei Budgetverantwortung übernehmen und eine Vergütung für die Steuerung erhalten.
- Die bestehenden gesetzlichen Regelungen ermöglichen eine grosse Vielfalt alternativer Versicherungsmodelle. Diese soll nicht eingeschränkt werden. Leistungserbringer und Versicherer können besondere Modelle frei vereinbaren und auf die jeweiligen Gegebenheiten

und Bedürfnisse der Versicherten ausrichten. Insbesondere ist auf einen speziellen Vertragszwang zu verzichten, da dieser Flexibilität, Einsparpotential und geografische Ausdehnung hemmt. Zudem sollten Mehrjahresverträge und Aufnahme von Nichtpflichtleistungen möglich sein.

- Ein differenzierterer Risikoausgleich vermindert Risiko-selektion durch die Versicherer (beispielsweise durch Billigkassen) und fördert integrierte Versorgung mit Blick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit. Ob der ab 2012 geplante verfeinerte Risikoausgleich deshalb noch weiterentwickelt werden soll, muss aufgrund zu erarbeitender wissenschaftlicher Grundlagen entschieden werden.
- Die Palette der möglichen Anreize soll derart erweitert werden, dass integrierte Versorgung bzw. alternative Versicherungsmodelle für kranke Versicherte attraktiver werden. Das heisst, neben Prämienrabatten sind auch differenzierte Kostenbeteiligungen (differenzierter Selbstbehalt) möglich.

#### Sicht der Patienten

- Die bisherigen Erfahrungen mit den alternativen Versicherungsmodellen zeigen, dass Wahlmöglichkeiten für Versicherte und Patienten bedeutsam sind. Versicherte und Patienten sollen deshalb innerhalb der Grundversicherung zwischen «gesteuerten Modellen» und «Modellen ohne Steuerung» wählen können.
- Modelle und Versicherungsprodukte der integrierten Versorgung dürfen sich nicht nur durch die nachgewiesenermassen tieferen Behandlungskosten legitimieren.

---

### Modelle und Versicherungsprodukte der integrierten Versorgung dürfen sich nicht nur durch die nachgewiesenermassen tieferen Behandlungskosten legitimieren.

---

Eine bessere Koordination und Steuerung der Behandlung muss sich im Vergleich zu einer «ungesteuerten Behandlung» auch durch höhere Qualität ausweisen. Dafür sind geeignete Methoden und Massnahmen zu erarbeiten.

- Für Patienten entscheidend sind das Gesamtergebnis (Outcome) und die Sicherheit von Behandlung und Betreuung. Deshalb sollen Anreize entwickelt werden, welche (integrierte) Leistungserbringer motivieren, Outcome- und Performance-Daten konsequent und kontinuierlich zu erheben und auch für Patienten zugänglich zu machen.

## Synthese: Voraussetzungen für intelligente Kompromisse

Unter den Akteuren besteht grundsätzlicher Konsens, dass

- integrierte Versorgung durch eine verbindliche Koordination und Steuerung sowohl ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis als auch eine höhere Qualität der Behandlung ermöglichen;
- Kosteneffektivität und Qualitätsoptimierung vor allem dort zu erwarten sind, wo verbindliche Regeln zu Koordination und Steuerung zwischen Leistungserbringenden und Versicherern vertraglich vereinbart sind;
- integrierte Versorgung zukünftig vor allem bei komplexen, chronischen Krankheiten und bei Langzeitbetreuten bedeutsam sein wird;
- integrierte Versorgung den elektronischen Zugang und Austausch der Patienteninformationen entlang der Behandlungskette im jeweiligen Betreuungsteam durch den datenschutzkonformen Einsatz von E-Health fördert;
- im Rahmen der Verträge zwischen Versicherern und Ärztenetzen eine selektive Lockerung des Vertragszwangs bereits heute existiert und sinnvoll ist;
- höhere Kosteneffektivität und Qualitätsoptimierung allen Beteiligten nützen: den Leistungserbringenden, den Versicherern und den Patienten;
- Versicherte mit alternativen Versicherungsmodellen finanziell begünstigt werden sollen (Prämienrabatte, differenzierte Selbstbehalte);
- Versorgungs- und Behandlungsqualität (Outcome, Performance) verstärkt evaluiert und zugänglich gemacht werden sollen;
- Versicherte in der Wahl ihres Versicherungsprodukts und Leistungserbringende in der Wahl ihres Versorgungsmodells frei sein sollen;

- die ab 2012 geltende Verfeinerung des Risikoausgleichs richtig ist und allenfalls weiterzuentwickeln ist.

Ein grundsätzlicher Konsens ist noch zu finden bezüglich

- der Nicht-Vertrags- bzw. Listenmodelle: Die Versicherer wollen sie uneingeschränkt anbieten können, die Ärzte lehnen das ab. Dabei ist folgender Kompromiss denkbar: Versicherer bieten nur dort Listenmodelle an, wo keine Vertragsmodelle möglich sind. Bei Vertragsmodellen gilt das Tariffestsetzungsverfahren nach KVG, falls sich die Partner nicht einigen können. Während des Festsetzungsverfahrens werden die AVM unverändert weitergeführt. Dadurch soll wie bei der konventionellen Grundversicherung verhindert werden, dass die betroffenen Versicherten Nachteile in Kauf nehmen müssen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können.

Integrierte Versorgungsmodelle können nicht von einem Partner des Gesundheitswesens alleine vorgeschlagen und ausgearbeitet werden. Intelligente Kompromisse können nur im Dialog der Partner entwickelt und entscheidungsreif vorbereitet werden. Deshalb braucht es einen Runden Tisch mit interessierten Teilnehmenden: Patienten, Politik (Bund und Kantone), Versicherer, Ärztenetzwerke und Ärzteschaft.

Korrespondenz:  
 Forum Managed Care  
 Pflanzschulstrasse 3  
 8400 Winterthur  
 info@fmc.ch  
 www.fmc.ch