

# «Care Management 2000» im Thurgau

## Vom Hausarztmodell zum Managed-Care-System

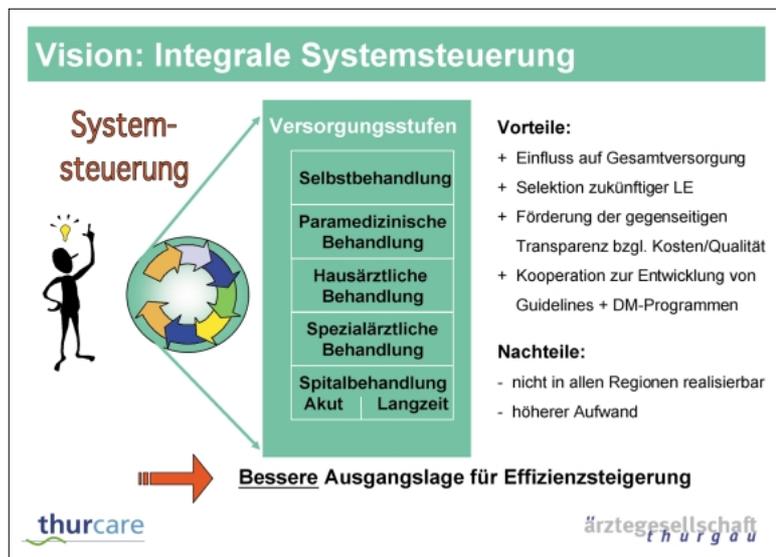
Olivier Kappeler, Bürglen; Peter Fröhli, Kreuzlingen;  
Daniel Ineichen, Arbon; Pierre-Yves Zaugg, Frauenfeld;  
Anne Sybil Götschi, BlueCare Ohringen

Ein Hausarztmodell allein macht noch kein Managed-Care-System. Dies haben die Thurgauer Ärzte erkannt. In drei Arbeitsgruppen werden Konzepte für die Systemweiterentwicklung erarbeitet. Schwerpunkte der Arbeitsgruppen sind neue Netzstrukturen, neue Messgrößen und der Einbezug der Patienten.

Hausarztmodelle sind im Kanton Thurgau seit anfangs 1996 eingeführt und haben bei den Patienten eine starke Akzeptanz gefunden. In sieben Hausarzt-Netzen sind etwa 45 000 Kunden eingeschrieben, was 15% der Bevölkerung entspricht. Die vereinbarte Kostendifferenz (Kosten eines Vergleichskollektivs ausserhalb MC-System minus Kosten des Kollektivs im System) wurde erreicht.

### Abbildung 1

Integrale Systemsteuerung.



Korrespondenz:  
Dr. med. Olivier Kappeler  
thurcare AG  
Zürcherstrasse 112  
CH-8500 Frauenfeld  
E-mail: olivier.kappeler@hin.ch

Doch für die Ärzte bleiben Fragen offen und Probleme ungelöst. Eigentliche Indikatoren für die Wirkungsanalyse des Systems fehlen, die Resultate wurden «im Blindflug» erreicht. Das Gatekeeping durch den Hausarzt hat wenig Einfluss auf die Gesamtversorgung des Patienten. Ein Disease-Management über die gesamte Behandlungskette ist nicht möglich. Patienten sind oft nur mangelhaft über das Hausarztssystem und seine «Spielregeln» informiert. Die heikle Frage des Datenschutzes als Persönlichkeitsschutz der Patienten ist zudem auch nicht gelöst.

### «Care Management 2000»

Die erkannten Mängel des heutigen Systems führten einerseits zur Gründung der «thurcare AG» als ärztliches Dienstleistungs- und Kompetenzzentrum für die MC-Modelle. Andererseits wurde zusammen mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Thurgau die Steuerungskommission «Care Management 2000» gegründet, die Konzepte für die Weiterentwicklung für Managed-Care-Systeme erarbeitet (Tab. 1). Die Vision der Thurgauer Ärzte ist eine Netzstruktur, in der über alle Behandlungsstufen eine Systemsteuerung möglich ist (Abb. 1).

### 1. Neue Netzstrukturen: Integration der Spezialärzte und regionale Abgrenzung

Statt der bisherigen, alleine auf dem Gatekeeping des Grundversorgers beruhenden Steuerung, soll neu eine integrale Systemsteuerung angestrebt werden, in die alle an der Behandlung beteiligten Ärzte eingebunden sind. An den Netzen werden neue Grundversorger und Spezialärzte in Praxis und in Institutionen beteiligt sein, die gemeinsam die Ergebnisverantwortung tragen (Verantwortung für Organisation und Abwicklung der medizinischen Versorgung, Qualität, später auch Budgetverantwortung) (Tab. 2).

Die Kooperation innerhalb der Ärzteschaft soll dabei nicht mehr nur horizontal im Fachbereich stattfinden (Grundversorger in Notfallkreisen, Spezialärzte und Spitalärzte je Fachgebiet und Region), sondern vor allem vertikal entlang des Behandlungspfades im eigentlichen Netz (Abb. 2). Guidelines und Disease-Management-Programme sollen in vertikaler Kooperation erarbeitet werden. EDV-Vernetzung und entsprechende Software sind für Datenanalysen unabdingbar.

Primäres Kriterium für die Struktur der neuen Netze soll der «Behandlungsweg» der Patienten sein. Da die Behandlungsprozesse meist in der Nähe des Wohnortes der Patienten ablaufen, sollten die Netze regional organisiert sein. Grundstruktur für die einzelnen Netze könnten die heutigen Notfallkreise sein.

### Neue Aufsichtsfunktion – der Lenkungsausschuss

Zur Kontrolle und Steuerung der Versorgungssysteme soll ein externer Lenkungsausschuss gebildet werden, der den Netzen übergeordnet ist. Er setzt sich aus Vertretern der Gesundheitsbehörden, der Kostenträger, der Patienten und der Leistungserbringer zusammen.

- Zu seinen Aufgaben gehören:
- Festlegung der Rahmenbedingungen für den Versorgungsauftrag;
  - Formulierung der Leistungsaufträge bez. Verfügbarkeit, Kosten und Qualität;
  - Evaluation der Systeme.

## 2. Neue Messgrößen – Differenzierung des Risikos eines MC-Kollektivs

Die Datenlage in den Hausarztmodellen ist heute sehr unbefriedigend. Für die Steuerung des Systems sind von den Ärzten zusätzliche Messgrößen gewünscht (Abb. 3).

Insbesondere die Differenzierung des Patientenkollektivs ist mit den Messgrößen Alter, Geschlecht und Region ungenügend beschrieben. Bestehende Indikatoren wie z.B. DRG oder Severity Code sind meist für den stationären Bereich entwickelt worden und für die Grundversorgerpraxis nicht geeignet.

Die Arbeitsgruppe schlägt deshalb zwei neue Indikatoren vor.

### a) Morbiditätsfaktor – Abbildung des Gesundheitszustandes

Morbidität ist eine der zentralen Messgrößen zur Charakterisierung eines Patientenkollektivs. Sie bestimmt wesentlich den medizinischen Aufwand und die zu erwartenden Kosten.

Der Morbiditätsfaktor setzt sich aus zwei Anteilen zusammen (Tab. 3). Der erste Teil beschreibt chronische Erkrankungen. Grundsätzlich wird zwischen «gesund», präklinisch (überwachungsbedürftig, nicht behandlungsbedürftig), leicht-mittelschwer chronisch erkrankt und schwer chronisch erkrankt (z.B. instabile oder dekompensierte Erkrankung, schwere soziale

**Tabelle 1**

Schwerpunkte der Arbeitsgruppen «Care Management 2000».

1. Neue Netzstrukturen  
Vorschläge erarbeiten zur Bildung und Organisation regionaler Ärztenetzwerke unter Einbezug von Spezialärzten und Spitalern.
2. Neue Messgrößen  
Grundlagen erstellen für eine Gruppeneinteilung nach Morbiditätsindikatoren.
3. Patientenvereinbarung  
Patienten orientieren über die Spielregeln im System, Auflagen des Datenschutzes erfüllen als Voraussetzung für die Systemauswertungen.

**Tabelle 2**

Definition neuer Netzwerke.

- Ein Versorgungsnetz ist ein
- lokal verankerter
  - Zusammenschluss von Ärzten aller medizinischer Behandlungsstufen
  - zur Optimierung der Qualität und der Kosten der medizinischen Versorgung der Kunden im MC-System
  - mit eigener Ergebnisverantwortung.

**Tabelle 3**

Morbiditätsfaktor X.Y.

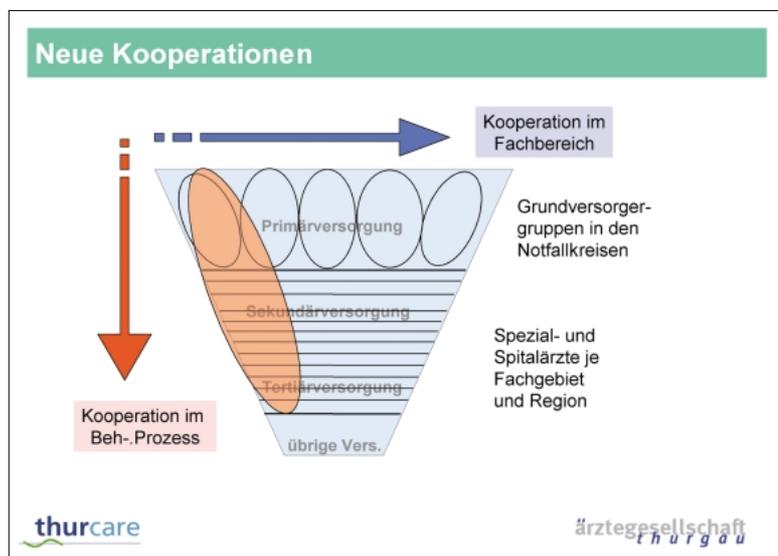
Chronisches Grading X	
0	gesund
1	präklinisch (überwachungsbedürftige Risikofaktoren)
2	chronisch leicht bis mittel (1 Erkrankung)
3	chronisch schwer (1 Erkrankung)
4	polymorbid Grad I (mehrere chronisch leicht-mittel Diagnosen)
5	polymorbid Grad II (1 chronisch schwere Diagnose + ≥ 1 leicht-mittel Diagnose)
6	polymorbid Grad III (≥ 2 chronisch schwere Diagnosen)

Akutes Grading .Y	
.0	kein akutes Ereignis
.1	1-2 akute Ereignisse
.2	> 2 akute Ereignisse

**Abbildung 2**

Kooperation in den neuen Netzen.



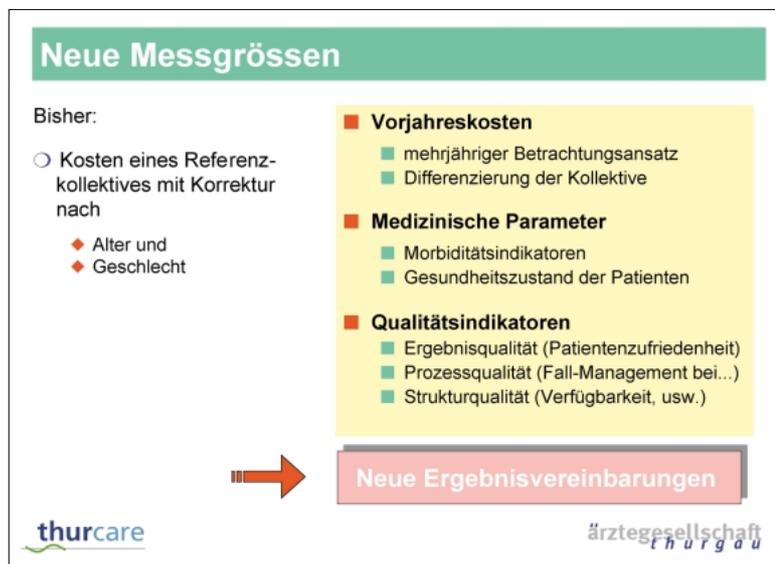
**Tabelle 4**

Behandlungsvereinbarung.

- «Spielregeln» im Verhältnis Arzt-Patient klären
1. Systemeinweisung
    - Vorstellen des Systems und der Ziele;
    - Orientierung über Rechte und Pflichten des Patienten;
    - Orientierung über Rechte und Pflichten des Arztes.
  2. Einverständnis für Datensammlung
    - Inhalte der Datensammlung;
    - Verwendungszweck;
    - Orientierung über Gruppenzuweisung;
    - Einsichtsrechte;
    - Deklaration Einverständnis.

**Abbildung 3**

Neue Messgrößen.



Beeinträchtigung) unterschieden. Mit den Morbiditätsgraden «polymorbid Grad I–III» fließt zusätzlich die Anzahl der Diagnosen ein.

Der zweite Teil berücksichtigt die Häufigkeit der akuten Ereignisse, die in einer bestimmten Zeitspanne unabhängig von chronischen Erkrankungen auftreten.

Es ist zu untersuchen, ob der Morbiditätsfaktor einen Beitrag zur Erklärung von Kosten in einem Kollektiv beitragen kann.

**b) Empirischer Prognosefaktor – Kostenvorhersage**  
Diese Messgröße soll die zukünftig zu erwartende Kostenentwicklung eines Patienten im folgenden Jahr abschätzen. Der Parameter ist ein komplexes Surrogat aus medizinischem Wissen, klinischer Er-

fahrung, subjektiver Einschätzung des Patienten und des Krankheitsverlaufes. Grundlage dafür ist die Hypothese, dass der Arzt, der den Patienten kennt, die Entwicklung der Kosten besser beurteilen kann als der Statistiker aufgrund der Vorkostenanalyse.

Eingeteilt wird in «viel weniger», «weniger», «gleich viel», «mehr» und «viel mehr» Kosten. Es ist zu prüfen, ob sich mit Hilfe dieses Faktors die Voraussage der Kostenentwicklung verbessern lässt.

### 3. Einbezug der Patienten – Information und Vereinbarung

Ziel der Patientenvereinbarung ist es, die «Spielregeln» im Verhältnis Arzt und Patient im MC-System zu klären (Tab. 4). Unter Einbezug von Patienten, Ärzten und Patientenorganisationen wurde eine «Patientenvereinbarung» erarbeitet, die den Patienten einerseits allgemein über das Managed-Care-System im Kanton Thurgau aufklärt, andererseits aber auch Aufgaben des Hausarztes und Rechte und Pflichten des Patienten verbindlich regelt. Datenflüsse und Datensammlungen sowie Zweck und Weitergabe der Datensammlungen werden transparent gemacht.

Die Patientenvereinbarung soll dem Patienten beim Erstkontakt in der Praxis abgegeben werden. Mit seiner Unterschrift dokumentiert der Patient sein Einverständnis mit den Vereinbarungen.

### 4. Ziel: Integriertes Managed-Care-System

Die Vorschläge der Steuerungskommission sind von den Thurgauer Ärzten positiv aufgenommen worden. Im Sommer 1999 ist seitens des Gesundheitsamtes ein Projekt für ein «integriertes Managed-Care-System Thurgau» initiiert worden. Die im Rahmen der Steuerungskommission CM 2000 erarbeiteten Grundlagen sollen in das Projekt einfließen und weiterentwickelt werden.