Zukunft von Managed Care*

M. Peltenburg

Aktivitäten und Erfolge der von praktizierenden Ärzten geleiteten Netze und Organisationen sind beachtlich. Diese haben in einem Rück- und Ausblick die wichtigsten Ereignisse und Entwicklungen des Jahres 2003 und den Handlungsbedarf für die nahe Zukunft analysiert.

Die Entwicklungen des letzten Jahres auf dem Gebiet von Managed Care präsentieren sich als widersprüchlich und sind auf politischer Ebene schwierig einzuschätzen: Das Qualitätsbewusstsein in der Politik, bei den Versicherern und in den Netzwerken ist gestiegen; allerdings auch die Unsicherheit (geplatzte KVG-Revision). Fehlendes Vertrauen bei den Ärzten, Rigidität der Versicherer, starre Strukturen und mangelnde Kommunikationskultur lassen Projekte ersticken, lähmen Netzwerke und frustrieren die Exponenten. Krankenkassen bleiben – angesichts ausstehender richtungsweisender Entscheide – unschlüssige Vertragspartner.

Nichtsdestotrotz entwickeln sich neue Netzwerke und erste Ansätze einer integrierten Versorgung; Managed Care erhält zunehmende strukturelle Unterstützung:

- Med-Swiss.Net wird als Dachorganisation der Netzwerke wahrgenommen und hat einen Führungsauftrag erhalten;
- das Forum Managed Care hat sich neu orientiert und strukturiert.

Als Meilenstein im Hinblick auf gut qualifizierte vernetzte Hausarztmedizin präsentiert sich der im NEJM 2003 publizierte Artikel (siehe Kasten) [1]. Unter dem provokativen Titel «Medizinische Versorgung – ist mehr immer besser?» wird zusammengefasst: «less care was consistent with both better care and better outcomes» – und verständlicherweise billiger. Diesen Ergebnissen vorausgegangen waren umfangreiche finanzielle Investitionen in «high quality primary care». Das Motto lautet deshalb: weg vom reinen Sparmodell – hin zum Qualitätsmodell.

Managed-Care-Projekte im Jahr 2003

Fortbildungen

Fortbildungsveranstaltungen zur Entwicklung neuer Netzwerke sind in Planung und werden angeboten°.

Qualitätsentwicklung

- Fallvignetten [2, 3]: Audit-Cycle im Internet zur Konsensfindung nach Analyse, Diskussion und gezielter Intervention bei stark abweichenden ärztlichen Diagnostik- oder Therapieverhalten.
- Virtueller Qualitätszirkel: in der Explorationsphase für geeignete Fragestellungen und abgelegene oder weit voneinander entfernte Arztpraxen.
- Sehen im Alter: ein Fortbildungsmodul mit Hilfsmitteln für den Hausarzt, das auf einer Patientenerhebung [4] und einer Situationsanalyse basiert. Ziel: bedarfsgerechtes augenärztliches Screening zur Verhinderung einer Sehbeeinträchtigung im Alter. Der Workshop wurde bis jetzt in zehn Netzwerken durchgeführt.
- Die PizolCare AG mit mehr als 30 Hausärzten wurde im Jahre 2003 EQUAM-zertifiziert.

Patient Empowerment und Gesundheitsförderung

Mehrjährige, regionale Gesundheitsförderungskampagne «Herzhaft Gsund» (www.herzhaft-gsund.ch) in Zusammenarbeit mit Gemeinden, Ortsvereinen und Netzdorfärzten. Die Themen – koronares Risiko, Kolonkarzinom und Mammakarzinom – wurden in Anbetracht der regionalen ausgeprägten Übersterblichkeit an diesen Krankheiten gewählt. Das Echo bei der Bevölkerung und in der Presse ist gross.

Disease Management

Qualitätssicherung Diabetes mit dem Online-Gesundheitspass Diabetes: Das Projekt entstand aus der Zusammenarbeit eines Hausarztnetzwerkes mit der Helsana und einer akademischen Institution für Informatik und Biostatistik. Die Pilotstudie berechnete eine Kostenreduktion pro teilnehmenden Patienten und Jahr von rund Fr. 700.– für die verbleibende Restlebenszeit.

Case Management

Elektronische Datenübermittlung und Case Management: Nach dem Modell integrierter Patientenpfade (MiPP) des Kantonsspitals Aarau bezieht das Projekt Hausärzte und eine Rehabilitationsklinik ein. Die Patientenpfade erhöhen die Effizienz der Behandlung und die Patientensicherheit. Gleichzeitig intensiviert das Projekt die

* Dieser Beitrag ist aufgrund eines «Zukunftsworkshops» in Scuol 2003 entstanden. Der Workshop wurde von Dr. H. J. Schlegel moderiert und von Novartis AG gesponsert. Teilnehmer waren: Mike Bader, Ulrich Bodmer, Roman Buff, Wolfgang Czerwenka, Thomas Eugster, Max-Albrecht Fischer, Reto Gross, Eugen Häni, Kurt Hess, Rudolf Huber, Rainer Hurni, Urs Keller, René Kühne, Beat Künzi, Christian Marti, Michael Peltenburg, Alfred Rösli, Andreas Weber, Hansueli Zürcher.

° Winterseminar 2004 Mürren, 18.–20. März 2004. Info eugenhaeni@hotmail.com.

Korrespondenz:
Dr. med. Michael Peltenburg
Postgebäude
Postfach
CH-8340 Hinwil

elektronische Vernetzung zwischen Hausärzten und Spital und bringt die Datensicherheit auf den höchsten Standard. Es erlaubt erstmals, exakte und vergleichende Pfadkosten zu berechnen.

Schnittstellenoptimierung
Vereinbarung zu Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Ärztenetzwerk und Kantonsspital: Kompetenzerhöhung der Hausärzte, Kosteneinsparung durch indikationsgerechtes Verhalten und Vermeiden von Doppelanalysen, Verbesserung der Kommunikationskultur.

Analyse der Kostenkontrolle
- Ärzterating: ein Projekt der argomed und Helsana zum Nachweis der Notwendigkeit einer Morbiditätskorrektur bei der Berechnung von Kostenindizes; Projektabbruch der Ärzteschaft wegen Misstrauens gegenüber Versicherern und gegenläufigen Zielen.
- Datenparität Versicherer-Ärztenetzwerke oder aus der Werkstatt eines Kantons: Die Datendifferenzen zwischen Versicherern und Ärztenetzwerken müssen mit grossem Aufwand plausibilisiert werden. Ein Netzwerk benötigt dazu einen Datenverantwortlichen mit entsprechendem Know-how. Weiter müssen die Einsparziele realistisch sein.

Optimiertes Prozessmanagement
Vom Thuner Modell zum Rx-Net: wie ein Rezept Kosten spart und zum Steuerungsinstrument für therapeutische Qualität und Kosten wird – ein Beispiel, das den möglichen Mehrwert von Netzwerken und eine Win-Win-Situation für Netzwerke, Arzt, Apotheker und Patienten aufzeigt.

Rationalisierung durch Produktwahl
Umstellung auf Generika bei Patientinnen und Patienten mit Langzeitmedikation: ein Pilotversuch zur Prüfung von Akzeptanz und Machbarkeit einer Umstellung bei Patienten und Ärzten.

Netzmodelle
- Überregionales Ärztenetz Alfanet: ein Beispiel eines Ärztenetzes von Kollegen, die überregional vernetzt sind, eine gemeinsame Betreuungsphilosophie haben und die Qualität ihrer Arbeit in den Vordergrund stellen.
- Aufbau eines regionalen Ärztenetzes: von der Reaktion zur Aktion, das Rad nicht neu erfinden, von den bestehenden Netzen lernen.

Neue potentielle Partnerstrukturen
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Das obsan sichtet momentan Instrumente zur Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der ambulanten Praxis (www.obsan.ch).
- Forum Managed Care: Das FMC hat sich neu organisiert und schafft interessante personelle und strukturelle Ressourcen, die die Umsetzung von Managed Care synergistisch unterstützen können (www.fmc.ch).

Das Ärztenetzwerk – mehr Attraktivität durch mehr Verbindlichkeit

Der Begriff «Ärztenetz» wird sehr unterschiedlich verwendet. Ärztenetze unterscheiden sich deutlich von einer (standespolitischen) Interessenvertretung. Folgende Charakteristika sind wesentlich und zeichnen ein Ärztenetz als Unternehmen aus:
- gemeinsames Ziel und gemeinsame Kultur (Vision);
- Identifikation der Mitglieder mit ihrem Unternehmen (Leitbild);
- gemeinsame Unternehmens- einschliesslich Budgetverantwortung;
- Entschädigung des Arbeitseinsatzes der Mitglieder;
- klare Strukturen, definierte Prozesse, hohe Verbindlichkeit für die Teilnehmer;
- wirtschaftliches Angebot umfassender medizinischer Dienstleistungen;
- Freiheit, Zielgruppen zu definieren und Versorgung anzupassen;
- Potenzierung der Wertschöpfung durch Kooperationen;
- Marktmacht.

Das unternehmerische Ärztenetz ist mehr als die Summe seiner Teile: es bietet jungen genauso wie etablierten Kollegen ökonomische Sicherheit und die Chance, sich von Systemzwängen zu befreien, gemeinsam mit Peers etwas zu bewegen, und strebt eine ausgewogene Work-Life-Balance an. Ein Drittel der Schweizer Hausärzte leidet an Burnout-Symptomen, geprägt durch das Gefühl mangelnder Wirksamkeit, emotioneller Erschöpfung oder Depersonalisation. Der daraus resultierende Widerstand gegenüber einer Neuorientierung ist erheblich. Die Ergebnisse der Studie von Ashton (siehe Zusammenfassung im Kasten) zeigen jedoch, dass es sich lohnt, sich für ein hochqualifiziertes Hausarztsystem in Ärztenetzen zu engagieren [1].

Managed-Care-Netzwerke vertreten als Unternehmen die Interessen des einzelnen Arztes und schaffen dadurch gegenüber einem Interessenverband einen grösseren Spielraum. Dank Koordination und gemeinsamem Einkauf kön-

nen Praxisausgaben reduziert und finanzielle Mittel für Gesundheitsförderung oder gemeinsame Projekte mit Versicherern erschlossen werden. Anhand solcher Aktivitäten kann das Ärztenetz die Werte und die Qualität, für die es sich engagiert, transparent in der Öffentlichkeit abbilden: mehr Transparenz für mehr Verständnis.

In ihrer Öffentlichkeitsarbeit sollte sich die Managed-Care-Bewegung nicht ausschliesslich auf die Zielgruppe der Opinion Leaders oder der etablierten Kolleginnen und Kollegen beschränken; auch junge Kolleginnen und Kollegen, die den Schritt in die Praxis noch nicht gemacht haben, sind eine wichtige Zielgruppe, die aktiv angesprochen werden muss – z.B. im VSAO-Journal oder an VSAO-Veranstaltungen. Und last but not least beginnen auch Spezialärzte zu realisieren, dass ihnen ein Ärztenetz einen Gewinn an Funktionalität durch Shared Care sowie eine Festigung der eigenen Rolle ermöglicht. Die Entwicklung und Steuerung von neuen Versorgungsnetzen verlangt ärzteseits allerdings auch nach Spezialisierung bzw. Professionalisierung.

Die Zusammenarbeit auf politischer Ebene – Vertrauen und Misstrauen

Das enorme Spannungsfeld zwischen Ärzten und Versicherern ist zu einem grossen Teil das Problem unterschiedlicher Kulturen. Sicherheit und Vertrauen können nur dann entstehen, wenn die gegenseitigen Grenzen transparent dargelegt und die Strategien des Gegenübers akzeptiert werden, ein gemeinsames langfristiges Ziel definiert wird und die Verbindlichkeiten der Partner jeweils dem Anspruch des Gegenpartners entsprechen.

Unter diesen Umständen erscheint es sinnvoll, die personellen und finanziellen Ressourcen zu bündeln und gezielt an der KVG-Revision mitzugestalten. Um den politischen Durchbruch zu erreichen, bieten sich die folgenden Strategien an:

1. Förderung der Netzwerke, Erhöhung des Mehrwertes der Netzwerke
   a. Differenzierung der Kostenbeteiligung,
   b. Bonusmodelle,
   c. Differenzierung der Leistungen;
2. Optimierung des Risikoausgleiches
   a. Grossrisikopool,
   b. Morbiditätsindikatoren;
3. monistische Spitalfinanzierung.

Als Massnahmen zum jetzigen Zeitpunkt drängen sich deshalb ein Konsens bzw. eine Definition der Begriffe Netzwerk/Ärztenetz auf. Anzustreben sind Allianzen mit Versicherern, Industrie und Politikern – ein Networking und gezieltes Lobbying, das von Med-Swiss.Net koordiniert wird – genauso wie die Evaluation von alternativen Versicherungsmodellen. Eine aktive Mitarbeit der Managed-Care-Ärzteschaft im Forum Managed Care soll es ermöglichen, die Diskussion breiter zu führen, und eine Aufnahme von Med-Swiss.Net in die Ärztekammer, als Dachverband der Ärztenetze, würde den Managed-Care-Gedanken weiter verankern.

Literatur

1 Ashton CM, Souchek J, Petersen NJ, et al. Hospital use and survival among Veterans Affairs beneficiaries. N Engl J Med 2003;349:1637-46.

2 Peltenburg M, Steurer J. Qualitätsentwicklung im Internet. Ein Pilotprojekt. Praxis 2001;90:900-1.

3 Peltenburg M, Stey C, Steurer J. Beschreibung eines internetbasierten Modells für die ärztliche Fortbildung: Erste Resultate und Erfahrungen bei Patienten mit Asthma. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2001;95(8):567-72.

4 Peltenburg M, Kiener M, Iseli HP, Trüb P, Christen P, Hurni R, et al. Erhaltung des Sehvermögens im Alter: Eine Patienten- und Hausarztbefragung zur Einleitung eines Qualitätsentwicklungsprojektes in der Hausarztpraxis. Praxis 2004;im Druck.

Investition in die ambulante Grundversorgung macht sich bezahlt

Studie
Untersuchung des Effektes von Spitalbettstreichungen und der Verbesserung der Grundversorgung auf die Überlebensrate von Patienten mit unterschiedlichen Krankheiten.

Hintergrund
Seit 1995 veränderte die «Veterans Health Administration» für ihre Versicherten, ausschliesslich Veteranen, das Versorgungssystem vom Spital zu einer umfassenden ambulanten Versorgung. Erhebliche Investitionen in die Qualität der Primärversorgung in Netzwerken mit Kopfpauschalen wurden getätigt. In der Zeit von 1994 bis 1998 wurde die Zahl der Akutbetten um 55% gesenkt.

Studiendesign
Beobachtung der Inanspruchnahme der stationären Versorgung von neun Kohorten in einem gesteuerten Managed-Care-System (Veterans Administration).

Resultate
In allen neun Kohorten konnten in der Zeit von 1994 bis 1998 die gleichen Muster erkannt werden:
- Reduktion der Spitaltage um etwa 50%;
- Reduktion der Hospitalisationen um 33%;
- Reduktion der Notfallbesuche um 37%;
- Anstieg der medizinisch indizierten Arztbesuche um 11%;
- Anstieg der psychiatrisch indizierten Arztbesuche um 3%;
- Anstieg von ambulanten Untersuchungen um 14% bei medizinischen Krankheiten und um 19% bei psychiatrischen Erkrankungen;
- die Überlebensraten der Kohorten Pneumonie, Herzinsuffizienz, chronisch koronare Herzkrankheit, bipolare Störung und Major Depression wurden von Jahr zu Jahr signifikant besser;
- die Überlebensraten der übrigen Kohortenteilnehmer änderten sich nicht signifikant.

Kommentar
- Die Verlagerung der Behandlung vom stationären in den ambulanten Bereich ging mit einer Qualitätsverbesserung und zum Teil mit einer Verbesserung der Überlebenschance einher.
- Die Autoren argumentieren als mögliche Ursachen ihrer Beobachtungen:
  - Die Verlagerung der Behandlung in die Grundversorgung hat die Qualität der Grundversorgung verbessert,
  - «Spitäler sind gefährliche Orte».