Le Managed Care s'«helvétise»

Les questions qui touchent la gestion des soins animent le débat, échauffent les esprits, ouvrent la voie vers des changements dans le domaine de la santé publique de notre pays. Les discussions sont menées à l'Assemblée des délégués de la FMH, dans les sociétés de discipline et les associations cantonales de médecine.

Le BMS présente cette évolution à l'aide de deux articles. Dans ce numéro, Peter Berchtold se présente dans sa fonction de président du forum Managed Care. En tant que participant à nombre de ces débats, il nous fait part de ses réflexions sur le développement des réseaux de médecins. Un prochain numéro du BMS concernera la position de notre base sur la question.

Le Comité central de la FMH salue l'initiative et soutient le débat.

Olivier Kappeler,
Membre du Comité central de la FMH

Differenziertere Steuerung statt Türsteher, Torhüter oder Pförtner

Ärztenetze – die nächste Generation

Peter Berchtold

Das Gesundheitswesen benötigt ein Mehr an Steuerung: Aus Sicht der Regulierenden und Finanzierenden gilt es vor allem, die steigenden Kosten zu bremsen. Für die Versicherten und Patienten wiederum – dies zeigen Umfragen – steht die Qualität der Gesundheitsversorgung im Vordergrund. Damit stellt sich unmittelbar die Frage, welcher Art sinnvolle Steuerung sein kann. Diese Frage ist reich an Herausforderungen, denn in Gesundheitssystemen – ganz in Analogie zur Medizin – haben steuernde Eingriffe nicht nur erwünschte Wirkungen, sondern auch mehr oder weniger kontraproduktive Nebenwirkungen. Ein eindrückliches Beispiel dazu: Die meist national verordnete Umstellung der Leistungsabrechnung auf das Fallpauschalensystem der sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG) ist aus ökonomischer Sicht eine höchst sinnvolle Massnahme. Gleichzeitig zeigen neue Untersuchungen paradoxe Effekte dieses ökonomischen Steuerungssystems: Es drohen nicht nur ein erheblicher administrativer Mehraufwand und implizite Rationierung, auch können dadurch Behandlungen teurer statt kostengünstiger und Prozesse fragmentierter statt koordinierter werden [1].

Differenzierte(re) Formen der Steuerung sind deshalb gesucht. Ein Steuerungsinstrument, das zurzeit die ärztlichen Gemüter erhitzt, ist das Prinzip des Gatekeeping. Bei dieser «Türsteher-Funktion», die integraler Teil der meisten Ärztenetze, Hausarztmodelle und HMOs in der Schweiz ist, treten Grundversorger prinzipiell als erste Anlaufstelle für Versicherte bzw. Patienten auf. Die Idee dahinter: Durch die Steuerung der Überweisungen an spezialisierte bzw. stationäre Betreuende sollen Gatekeeper Doppelspurigkeiten und unnötige Behandlungen vermeiden. Diese Intention kann bei Bagatellerkrankungen gewiss sinn- und wirkungsvoll sein. Und bei komplexeren oder chronischen Erkrankungen? Hier wird von seiten der Spezialisten seid längerem und wohl zu Recht gefordert, dass solche Patienten eine spezialisierte erste Anlaufstelle – beispielsweise im Sinne eines spezialisierten Care Managers – benötigen. Diese Weiterentwicklung des traditionellen Gatekeeping-Prinzips hat im Urland von Managed Care, den USA, mindestens teilweise bereits stattgefunden: Kaiser Permanente beispielsweise bietet eine integrierte Versorgung, bei der Patienten

Réseaux de médecins: relève médicale

Le débat sur la forme que prendra la gestion des soins est depuis quelque temps d'actualité. L'auteur de cet article prône le développement du gatekeeping traditionnel (fonction de «filtre» confiée au médecin de famille). Le modèle proposé se fonde principalement sur les points suivants:

- **La position centrale de gatekeeper se voit élargie d'une fonction de care manager (médecin d'assistance primaire ou coordinateur de traitement).**
- **Les médecins de premier recours comme les spécialistes (dans un réseau de médecins) peuvent être astreints à être coordinateurs de traitements.**
- **Les patients (et non l'assureur ou les directions sanitaires) désignent leur coordinateur de traitement.**

Korrespondenz:
PD Dr. med. Peter Berchtold
Präsident Forum Managed Care
College-M
Freiburgstrasse 41
CH-3010 Bern

lediglich für den ärztlichen Erstkontakt einen Grundversorger aufsuchen und für die weitere Behandlung und Betreuung keine Überweisungen mehr benötigen [2].

Eine derartige Erweiterung des Gatekeeping-Gedankens ist sinnvoll, denn Steuerungsbedarf besteht offensichtlich vor allem dort, wo viele und verschiedenste Behandlungen aufeinander abgestimmt und koordiniert werden sollten: weniger bei Bagatellerkrankungen als vielmehr bei komplexen und chronischen Krankheiten. Dies hiesse also:

– die zentrale Steuerung der Gatekeeper mit der Funktion eines sogenannten Care Managers (primär betreuender Arzt) zu erweitern;
– als Care Manager sowohl Grundversorger wie spezialisierte Ärzte (in Ärztenetzen) zu verpflichten und
– die Patienten (und nicht Versicherer oder Gesundheitsdirektionen) ihre Care Manager bestimmen zu lassen.

Ein Beispiel: Ein Patient oder eine Patientin, der/die unter einer Colitis ulcerosa leidet und sich für ein (entsprechendes) Managed-Care-Versicherungsprodukt entschieden hatte, wählt für eine festgelegte Zeitspanne (z.B. ein Jahr) einen Gastroenterologen oder einen Chirurgen als seinen/ihren Care Manager [3]. Dieser übernimmt damit – neben der Behandlung der Colitis ulcerosa – auch die Rolle des triagierenden Primärarztes für allfällige andere Störungen oder Erkrankungen. In dieser Funktion und für diesen Patienten muss der Care Manager einem Ärztenetz angeschlossen sein und wird den Patienten im Falle weiterer Störungen entweder selbst betreuen oder an Kollegen (Grundversorger oder Spezialisten) im Ärztenetz überweisen.

Auch zukünftige Managed-Care-Modelle und Ärztenetze werden – unter anderem – als erste ärztliche Anlaufstelle für Triage und Behandlung agieren. Im Gegensatz zum bisherigen Gatekeeper soll ein Care Manager (intelligente, deutschsprachige Synonyme sind willkommen!) entweder ein spezialisierter Arzt oder ein Grundversorger sein können: ein Spezialist im Falle der meisten chronischen Krankheiten, ein Grundversorger im Falle der meisten neu auftretenden oder unklaren Erkrankungen. Als weitere Neuerung sollen Patienten mit (entsprechender) Managed-Care-Krankenversicherung ihre primären ärztlichen Ansprechpartner (Care Manager) frei wählen können. Auf diese Weise können sowohl die «freie Arztwahl» (auf Stufe des Care Managers) wie auch die «eingeschränkte Arztwahl» (für anderweitige Behandlungen) gewährleistet werden – und ebenso die qualitativen und wirtschaftlichen Vorteile einer integrierten Versorgung.

Literatur

1 Vogd W. Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft: Bern: Huber 2006.

2 Lawrence D. Gatekeeping reconsidered. New Engl J Med. 2001;345:1342-3.

3 Rogers A, et al. Patients' experiences of an open access follow up arrangement in managing inflammatory bowel disease. Qual Saf Health Care. 2004;13:374-8.