Le Forum Managed Care propose ci-dessous un excellent résumé de la situation actuelle, en ce qui concerne les réseaux de soins et ce qu'on appelle de plus en plus «les soins intégrés».
Le «point de vue des réseaux de médecins» tel qu'il est présenté dans ce document correspond très bien au point de vue de la FMH sur ce dossier, de même que la plupart des points de la synthèse.
Il est clair aussi pour la FMH que le choix entre «soins intégrés» et système classique devra absolument rester ouvert et véritablement libre pour toutes et tous, patient-es et médecins; les incitatifs, nécessaires, devront être pensés en gardant cette exigence présente à l'esprit.
L'existence d'un contrat entre le groupe de médecins concerné et un ou plusieurs assureurs est aussi pour nous une exigence de fond, et les «modèles de liste» doivent être clairement combattus tant ils sont inadéquats.
De la même manière, les contrats de «Managed care» avec des médecins isolés ne font aucun sens (comment faire un réseau ou constituer une chaîne de traitement à soi tout seul?!) et ne sont pas acceptables. Si aucun réseau ne peut être constitué dans une région, la solution proposée récemment par les Directeurs sanitaires cantonaux pourrait éventuellement offrir une alternative et devrait être étudiée de plus près.
La FMH remercie le Forum Managed Care de cet excellent document de synthèse et se réjouit de sa publication.

Jacques de Haller, président de la FMH

Orientierungspapier «Integrierte Versorgung in der Schweiz»

Forum Managed Care

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 sind 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 Gatekeeping: 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»).* 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:

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**

* In gewissen Regionen (z. B. im Kanton Thurgau) können Versicherte bereits heute auch einen Spezialisten als primäre Anlaufstelle bezeichnen.

Korrespondenz:
Forum Managed Care
Pflanzschulstrasse 3
CH-8400 Winterthur
Tel. 052 235 05 53

info@fmc.ch

www.fmc.ch

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, 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.

Nichtvertragsmodelle (Listenmodelle, Lightmodelle)

Nichtvertragsmodelle 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 Bagatellerkrankungen 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

1. 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 Zusammenarbeit, 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.
2. 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 organi-

sieren 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.

3. Versicherte und Leistungserbringer sollen sowohl den Beitritt in ein Modell der integrierten Versorgung bzw. ein Ärztenetz frei wählen können wie auch 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

1. 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 Selbstbehalten an die Versicherten weitergegeben werden. Die Ärztenetze sollen dabei Budgetverantwortung übernehmen und eine Vergütung für die Steuerung erhalten.
2. 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.
3. Ein differenzierterer Risikoausgleich vermindert Risikoselektion 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.
4. 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

1. 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.
2. 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.
3. Für Patienten entscheidend sind das Gesamtresultat (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 wie eine höhere Qualität der Behandlung ermöglicht;
- 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 Nichtvertrags- bzw. Listenmodelle: Die Ver-

sicherer 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 entwickelt werden. Intelligente Kompromisse können nur im Dialog der Partner entwickelt und entscheidungsreif vorbereitet werden. Deshalb braucht es einen «runden Tisch» mit interessierten Teilnehmern: Patienten, Politik (Bund und Kantone), Versicherer, Ärztenetzwerke und Ärzteschaft.

De nouveaux visages à la rédaction du BMS

Bruno Kesseli, Chefredaktor

Deux changements ont eu lieu à la rédaction du Bulletin des médecins suisses le 1er juin. Voici une brève information à ce sujet. Annette Eichholtz et Rouven Porz occupent désormais les postes de Thomas Heuer et Christoph Rehmann-Sutter.

Thomas Heuer

Thomas Heuer :
en route vers de nouveaux horizons

Il n'est pas facile d'imaginer la rédaction du BMS sans lui. Pendant plus de 11 ans, Thomas Heuer a veillé, en qualité de Managing Editor du BMS, à ce que les procédures se déroulent sans accros, de la remise des manuscrits à la production des articles prêts à imprimer et à ce que les lectrices et les lecteurs disposent chaque semaine d'une revue répondant aux standards de publication des Editions médicales suisses. Lorsque des problèmes sont survenus, il a, pendant environ six mois, assumé le commandement. Toujours sur le pont, il a mené le BMS tout au long de la période d'avril à octobre 2005 où aucun rédacteur en chef n'était en charge de cette mission.

Thomas Heuer s'est désormais lancé dans une activité indépendante et vogue vers de nouveaux rivages. Nous remercions très cordialement notre aimable collègue pour le travail fourni et lui souhaitons «bon vent» pour l'avenir.

Vous trouverez une rétrospectives de ses 11 années et demie au BMS, par Thomas Heuer, dans la rubrique «Et encore» de ce numéro (dernière page du Bulletin).

Annette Eichholtz

Annette Eichholtz: du «brainstorm» au BMS

Même si nous perdons du savoir-faire avec le départ de Thomas Heuer, nous n'aurons pas à craindre son absence. En effet, avec Annette Eichholtz M.A., c'est une collègue hautement qualifiée, disposant d'une riche expérience de la publication, qui a pris la relève comme Managing Editor. Après des études dans les sciences de l'éducation, la philologie allemande et la philosophie, Annette Eichholtz a travaillé pendant 12 ans comme lectrice pour un éditeur. Par la suite, elle a dirigé la revue neuro-oncologique *brainstorm* de l'association allemande «Hirntumorhilfe» pendant huit ans, en tant que rédactrice en chef. Nous souhaitons une cordiale bienvenue à notre nouvelle collègue et lui présentons tous nos vœux de début d'activité réussi.

Annette Eichholtz se présentera aux lecteurs du BMS dans la rubrique «Et encore» du numéro 25 du 17 juin.

Christoph Rehmann-Sutter

Christoph Rehmann-Sutter:
nomination à Lübeck

C'est un événement en soi réjouissant qui est la cause du regrettable départ de Christoph Rehmann-Sutter de l'unité d'éthique de la rédaction du BMS. Sa nomination largement relayée par les médias comme professeur de théorie de la médecine et d'éthique biomédicale à l'université de Lübeck (Allemagne) a exigé de lui une réorientation et une concentration des efforts qui l'ont incité à renoncer non seulement à son mandat de président et de membre de la Commission nationale d'éthique mais également à son poste de rédacteur au BMS. Avec le départ de Christoph Rehmann-Sutter, la rédaction perd un membre extrêmement apprécié et compétent qui, en dépit de ses nombreuses tâches, s'est toujours distingué par sa disponibilité et a beaucoup aidé les auteurs à améliorer leurs travaux grâce à des commentaires de relecture critiques mais toujours constructifs. Christoph Rehmann-Sutter ne sera pas totalement perdu pour la rédaction et les lecteurs du BMS dans la mesure où, à l'avenir encore, il publiera quelques articles dans le BMS.

Une interview complète de Christoph Rehmann-Sutter paraîtra dans l'un des prochains numéros du BMS.

Rouven Porz

Rouven Porz: une garantie de continuité

En ce qui concerne le départ de Christoph Rehmann-Sutter, nous sommes également à la fois tristes et joyeux. C'est en effet avec plaisir que nous accueillons son successeur Rouven Porz. Tout comme Christoph Rehmann-Sutter qui était son directeur de thèse de doctorat à Bâle, Rouven Porz est aussi bien biologiste que philosophe, une combinaison particulièrement précieuse pour la rédaction du BMS au vu de la complexité toujours plus importante des questions d'éthiques biomédicale. De plus, en tant que responsable du service d'éthique de l'Hôpital de l'Île à Berne, Rouven Porz est très proche de la réalité clinique à laquelle les médecins sont confrontés quotidiennement. Ceci pourrait l'aider également dans son travail pour le Bulletin des médecins suisses. La rédaction lui souhaite une cordiale bienvenue.

Rouven Porz se présentera lui aussi aux lecteurs du BMS dans l'un des prochains numéros, à la rubrique «Et encore».