

Eine Stellungnahme der Ärztesgesellschaft des Kantons Genf

Integrierte Versorgungsnetze

Vorstand der Ärztesgesellschaft
des Kantons Genf

Einleitung

Die Organisation von integrierten Versorgungsnetzen ist nicht neu. Die damit erreichten Einsparungen beruhen hauptsächlich auf einer Risikoselektion. Wir denken nicht, dass mit einer generellen Versorgung durch Ärztenetze eine erhebliche Kostensenkung erreicht werden kann. Da mit diesem System hauptsächlich eine Kostenreduktion beabsichtigt ist, ist die Gefahr gross, dass die damit einhergehenden Bedingungen zu einer Reduktion der Versorgung und einer Qualitätseinbusse führen werden, was mit der Ärzte-Ethik schlecht vereinbar wäre.

Demzufolge ist eine erhöhte Versorgung durch Ärztenetze nicht angebracht und nur unter den im Folgenden aufgeführten Bedingungen denkbar.

Die integrierten Versorgungsnetze (Managed Care) für die ambulante Gesundheitsversorgung stossen gegenwärtig auf grosses Interesse. Politiker und GesundheitsökonomInnen versprechen sich damit eine Kostensenkung sowie eine Versorgungsoptimierung.

Die Ärztenetze sind nicht anders organisiert als Arztpraxen. Einzel- und Gruppenpraxen, aber auch Versorgungszentren mit zahlreichen Mitarbeitenden können sich daran beteiligen.

Ein Teil der Ärzteschaft unterstützt aktiv die integrierten Versorgungsnetze. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Ärzte, die sich für die Schaffung und Verwaltung einzelner Netze einsetzen. Gewisse junge Ärzte sind ebenfalls daran interessiert, da die Versorgungsnetze ihnen einen Zugang zu einer grösseren Kundschaft verschaffen.

Bis heute haben vor allem gesunde Versicherte, die ihre Prämien reduzieren wollten, von integrierten Versorgungsnetzwerken Gebrauch gemacht. Erfahrungen mit dem Managed-Care-System in den USA haben jedoch gezeigt, dass die kranken Versicherten die Versorgungsnetze verlassen, sobald sie mit der Beschränkung der Versorgung konfrontiert sind.

Das Parlament will nun auch chronisch kranke sowie teure Patienten dazu bewegen, in ein Versorgungsnetz einzutreten, um ihre Versorgung zu optimieren. Damit setzt das Parlament aber voraus, dass die Versorgung ausserhalb der Versorgungsnetze weniger gut organisiert ist, und dass wesentliche Einsparungen erzielt werden könnten. Um chronisch kranke Patienten von den Vorteilen eines Übertritts zu überzeugen, sieht das Parlament nicht nur Prämienrabatte vor, sondern auch tiefere Selbstbehalte.

Die Versicherten ihrerseits widersetzen sich der Verpflichtung, integrierte Versorgungsnetze in allen Kantonen anbieten zu müssen, da dieses Versicherungssystem in gewissen Gegenden nicht oder

nicht genügend entwickelt ist. Sie befürchten ferner, dass die generelle Verbreitung der integrierten Netzwerke teure Versicherte mit Bedingungen anziehen wird, die eine Kostendeckung verunmöglichen werden.

Auf der anderen Seite sehen zahlreiche Ärzte in diesem neuen Versicherungsmodell ein Instrument, das, gestützt allein auf das Erfordernis der Kosteneffektivität, ihre Freiheit als Therapeut einschränken wird. Sie befürchten, durch Androhung wirtschaftlicher Konsequenzen Entscheide treffen zu müssen, die mit ihrer Ärzte-Ethik nicht vereinbar werden können. In ihren Augen bedroht ferner der durch dieses Versicherungsmodell geschaffene wirtschaftliche Druck die Ausübung des Berufes als selbständiger Arzt.

Die Praxis hat gezeigt, dass die Ärzte schon seit Jahren in Ärztenetzen arbeiten: sei es informell bei besonders schweren Fällen, um die Meinung von Spezialisten einzuholen, sei es seit über zehn Jahren in bereits existierenden Ärztenetzen. Aus diesen Gründen verstehen sie schlecht, wie eine Generalisierung des Versicherungsmodells eine Senkung der Kosten bewirken könnte, ohne gleichzeitig auch eine Reduktion gewisser Versorgungsleistungen zur Folge zu haben.

Risikoausgleich

- *Gleichzeitig mit der Schaffung von Anreizsystemen zugunsten von integrierten Versorgungsnetzen muss in jedem Fall ein differenziertes Risikoausgleichssystem auf die Beine gestellt werden.*
- *Die Kosteneinsparungen müssen auf einer effizienten Bewirtschaftung beruhen und nicht auf einer Risikoselektion.*

Ein differenzierter Risikoausgleich, der unter anderem auch die Morbiditätsunterschiede berücksichtigt, muss gleichzeitig mit den verschiedenen Anreizsystemen auf die Beine gestellt werden. Dies verunmöglicht die Selektion guter Risiken.

Die integrierte Versorgung kann nur so weit unterstützt werden, als sie reelle Einsparungen zur Folge hat und auch entsprechend evaluiert wird.

Anreize

- *Die Anreize zugunsten der integrierten Versorgungssysteme müssen für alle Netzwerke gleich geartet sein und im Verhältnis zu den erzielten Einsparungen stehen.*
- *Die Solidarität zwischen den Versicherten in den verschiedenen Netzwerken muss erhalten bleiben, und*

Korrespondenz:
Dr. med. Pierre-Alain Schneider
Präsident der
Ärztesgesellschaft Genf AMG
Rue Micheli-du-Crest 12
CH-1205 Genève
pa.schneider@bluewin.ch

niemand darf aufgrund seines Nicht-Beitritts diskriminiert werden.

Die Anreize, um sich einem Versorgungsnetz anzuschliessen, namentlich Prämienrabatte und tiefere Selbstbehalte, dürfen die Solidarität mit Versicherten ausserhalb der Versorgungsnetze nicht bedrohen. Mit anderen Worten: Die Anreize dürfen nicht grösser sein als der Nutzen, der durch eine verbesserte Steuerung der Versorgung innerhalb eines Versorgungsnetzes erzielt wird.

Insofern als das Ziel des neuen Versorgungssystems die Kosteneffektivität und die Qualitätsoptimierung ist, müssen die Anreize für alle integrierten Versorgungsnetze gleich sein. Versicherte, die keinem integrierten Versorgungssystem beitreten, dürfen nicht diskriminiert werden.

Verwaltung der Versorgungsnetze

- *Die Steuerung des jeweiligen Versorgungsnetzes muss Ärzten anvertraut werden, die selber im Versorgungsnetz aktiv sind. Im Vordergrund sollen die Qualität der Versorgung sowie die Wissenschaft stehen.*
- *Die Rolle des Vertrauensarztes der Versicherungen wird den Ärzten als Verwalter der integrierten Versorgungsnetze delegiert.*

«Die Kosteneinsparungen müssen auf einer effizienten Bewirtschaftung beruhen und nicht auf einer Risikoselektion.»

Entscheide betreffend die Schaffung, Verwaltung sowie die Steuerung der Versorgungsnetze sind grösstenteils ärztliche Entscheide. Sie müssen demzufolge Ärzten anvertraut werden, die im Versorgungsnetzwerk aktiv sind, diese wiederum müssen administrativ von Mitarbeitenden unterstützt werden. Diese Ärzte haben, verglichen mit anderen Mitarbeitenden, persönlich kein erhöhtes Interesse am finanziellen Ergebnis des Netzwerkes. Ihre Entscheide werden sie vor allem gestützt auf ihre wissenschaftlichen Kenntnisse sowie auf ihre Ethik als Ärzte treffen.

Die Rolle des Vertrauensarztes der Versicherungen wird den Ärzten als Verwalter der integrierten Versorgungsnetze delegiert. So werden diese ebenfalls auf die Qualität der Versorgung ausserhalb des Versorgungsnetzes, namentlich bei Unterbringung der Patienten in Spitälern, achten können.

Budgetmitverantwortung

- *In allen Versorgungsnetzen ist die Budgetmitverantwortung freiwillig. Sie ist keine Bedingung zur Anerkennung eines Versorgungsnetzes. Ein erzielter Ertrag steht dem Netzwerk und dessen Leistungserbringern zur Verfügung.*

- *Eine Verantwortung für ein Globalbudget ist ausgeschlossen.*

Unter Budgetmitverantwortung versteht man eine beschränkte Teilnahme des Netzwerkes am Ertrag und am Verlust, gemessen an vordefinierten Zielsetzungen. Diese Verantwortung wird vom Netzwerk übernommen, ohne sie auf seine Mitglieder überwälzen zu können. Der Ertrag muss für die Verbesserung und Entwicklung des Versorgungsnetzes verwendet werden, namentlich für die Weiterbildung seiner Leistungserbringer.

Für die Versorgungsnetze muss die Budgetmitverantwortung freiwillig sein und darf ihnen nicht aufgedrängt werden.

Eine Budgetmitverantwortung, die einer Verantwortung für ein Globalbudget gleichkommt und die das Versorgungsnetz gefährden könnte, weil sie seine wirtschaftlichen Kapazitäten überschreitet, ist ausgeschlossen.

Verträge

- *Die Versorgungsnetze schliessen sowohl mit den Versicherern als auch mit den Ärzten Verträge ab. Direkte Vertragsabschlüsse zwischen den Versicherungen und den Ärzten sind ausgeschlossen.*
- *Die Versicherer müssen mit allen Versorgungsnetzen Verträge abschliessen, welche die entsprechenden Qualitätserfordernisse erfüllen.*
- *Die Ärzte, die mit einem Versorgungsnetz einen Vertrag abgeschlossen haben, können alle dem Versorgungsnetz beigetretenen Patienten pflegen.*

Die Verträge werden zwischen den Versicherern und dem Versorgungsnetz abgeschlossen. Sie gelten für alle Versicherten und für alle Leistungen des Versorgungsnetzes. Die verschiedenen vom KVG vorgesehenen Entschädigungsmodelle sind auf das Verhältnis Versorgungsnetz–Versicherer anwendbar.

Die einzelnen Ärzte schliessen mit dem Versorgungsnetz einen Vertrag ab. Dieser ermöglicht es ihnen, nach vom Netzwerk vordefinierten Modalitäten alle dem Versorgungsnetz beigetretenen Patienten zu pflegen. Direkte Verträge zwischen den Versicherern und den einzelnen Ärzten sind ausgeschlossen.

Entschädigung der Ärzte

- *Die Ärzte im Versorgungsnetz üben ihren Beruf selbstständig aus und werden nach Zeittarif oder Einzelleistungstarif entschädigt. Die Entschädigungsbedingungen entsprechen mindestens jenen für die ambulante Krankenpflege ausserhalb eines Versorgungsnetzes.*
- *Die Ärzte können sowohl als selbstständig wie auch als unselbstständig Erwerbende in einem Versorgungsnetz tätig sein.*

Ärzte, die als selbstständig Erwerbende tätig sind, werden nach Zeittarif oder Einzelleistungstarif ent-

schädigt. Diese entsprechen mindestens den üblichen, behördlich festgelegten Tarifen für ambulante Behandlungen, wobei Wirtschaftlichkeitsüberlegungen berücksichtigt werden müssen.

Eine angebrachte Entschädigung durch das Versorgungsnetz muss in jedem Fall gewährleistet werden. In keinem Fall darf das Versorgungsnetz seine Monopolstellung ausnützen, um den Leistungserbringern weniger günstige Bedingungen aufzudrängen.

Die Steuerung des Versorgungsnetzes wird separat entschädigt.

«Eine Verantwortung für ein Globalbudget ist ausgeschlossen.»

Transparenz der Resultate

- Die Resultate und Statistiken des Versorgungsnetzes stehen allen beteiligten Ärzten offen.

Die am Versorgungsnetz beteiligten Ärzte werden vollständig und regelmässig über die Resultate des Netzwerkes informiert. Sie haben auf ihre persönlichen Daten sowie auf jene des ganzen Netzwerkes Zugriff. Sie können kostenlos zusätzliche Analysen anfordern, um die Funktionsweise des Netzwerkes zu verbessern. Keinesfalls sollen damit einzelne Mitglieder kontrolliert oder gar bestraft werden.

Weiterbildung

- Das Versorgungsnetz ist für die Weiterbildung seiner Mitglieder verantwortlich. Es finanziert diese Weiterbildung mit dem Ziel, die Versorgungsqualität zu steigern. Das Netzwerk setzt sich für ein hohes Qualitätsniveau seiner Mitglieder ein.

Das Versorgungsnetz ist für die Weiterbildung seiner Mitglieder verantwortlich, wobei jedes Mitglied weiterhin persönlich für seine Weiterbildung verantwortlich bleibt. Das Netzwerk finanziert mit den erzielten Einsparungen die Weiterbildung, die die Mitglieder besuchen müssen, um ihre Leistungsqualität zu optimieren. Das Netzwerk setzt sich für ein hohes Qualitätsniveau seiner Mitglieder ein.

Freier Beitritt des Arztes

- Ein Arzt kann einem oder mehreren Versorgungsnetzen beitreten.
- Werden einem Arzt, der nicht einem Versorgungsnetz angehört, Patienten weitergeleitet, so untersteht er nicht den Regeln des Netzwerkes.

Jeder Arzt ist frei in seiner Entscheidung, einem Versorgungsnetz beizutreten. Er kann dazu nicht gezwungen werden. Die Ärzte in den Netzwerken wiederum können je nach Bedarf Patienten Ärzten weiterleiten, die nicht Mitglieder des Netzwerkes sind. Diese Ärzte unterstehen nicht den Regeln des Netzwerkes.

Freie Wahl der Versicherten

- Jedes Jahr sollen die Versicherten frei und ohne Benachteiligung wählen können, ob sie einen Vertrag mit einem Versorgungsnetz abschliessen oder ob sie dieses verlassen wollen.

Die Person, die in ein Versorgungsnetz aufgenommen zu werden wünscht, muss ungeachtet ihres Gesundheitszustandes vom Versorgungsnetz aufgenommen werden. Da es sich um die obligatorische Krankenversicherung handelt, darf weder ein Vorbehalt angebracht werden noch eine Risikountersuchung stattfinden. Der Versicherte muss klar über die Einschränkungen des Systems informiert werden. Er kann das Versicherungsmodell am Ende jedes Jahres frei verlassen, ohne benachteiligt zu werden.

Freie Wahl des Arztes

- Der Patient kann seinen Betreuungsarzt im Netzwerk selber wählen. Das Netzwerk seinerseits muss dem Patienten eine genügend grosse Anzahl Ärzte zur Auswahl anbieten.
- Der direkte Zugang zu Gynäkologen, Augenärzten, Kinderärzten und Psychiatern ist garantiert. Im Notfall kann der Patient direkt zum nächstgelegenen Notfallarzt oder -dienst gelangen.

Der Patient, der einem Netzwerk angehört, kann seinen Betreuungsarzt innerhalb des Versorgungsnetzes selber wählen. Das Netzwerk seinerseits muss dem Patienten eine genügend grosse Anzahl Ärzte zur Auswahl anbieten können, wobei das Kriterium der Distanz mitberücksichtigt werden muss.

Die Wahl eines Spezialisten durch den Betreuungsarzt des Netzwerkes erfolgt ausschliesslich aufgrund medizinischer Bedürfnisse.

Der direkte Zugang zu Gynäkologen, Augenärzten, Kinderärzten und Psychiatern ist garantiert, ohne vorher über einen Gatekeeper gehen zu müssen. Das gleiche Prinzip gilt für Notfälle.

Ethik und Versorgungsqualität

- Die Versorgungsnetzwerke respektieren die Ethik der Ärzte sowie wissenschaftlich belegte Empfehlungen. Die Leistungen werden nicht gekürzt, und es erfolgt keine Diskriminierung gewisser Patientenkategorien.

Versorgungsnetzwerke dürfen nicht dazu führen, dass indirekt Leistungen gekürzt werden oder die Behandlungsqualität sinkt. Die Patienten haben Anrecht auf eine Behandlung, die ihrer Situation entspricht, unabhängig von ihrem Alter und ihrer Krankheit. Die Versorgungsnetze verpflichten sich, die Ethik der Ärzte sowie wissenschaftliche Empfehlungen strikte zu respektieren.

Einstimmig akzeptiert am 14. Februar 2011 vom Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Genf AMG