

# SGGP-Tagung 2.4.19

## **Managed Care - ein gelungenes Experiment und es gibt noch viel zu tun ....**

Felix Huber, VRP mediX zürich  
2.4.19



# Geschichte der koordinierten Versorgung I

- 1980er-Jahre: Studiengruppe bereitet das Terrain vor
- Ausnahmebewilligung des Bundesrates (Flavio Cotti) vom 1.1.1990 bis 31.12.1995 mit Evaluationsauflage bezüglich Qualität und Ausschluss einer Entsolidarisierung
- 1990 erste HMO-Gruppenpraxis in Zürich Wiedikon, in Besitz der IGAK (8 Kassen), angestellte Ärzte! Virtuelle Budgets, Anreizumkehr
- 1991 zweite HMO in Basel, 1992 Réseau Delta Genève
- 1994 erste MC-Verträge mit Ärztenetzen (Wintimed), rasche Weiterentwicklung, teils flächendeckende Netze
- Ab 1995 SWICA gründet eigene Gesundheitszentren, chaotische Verwerfungen in der Kassenlandschaft (Swisscare), von Sanagroup zu Sanacare (Concordia und KFW), Arcovita (CSS und Visana), etc. etc.

## Geschichte der koordinierten Versorgung II

- 1.1.1996 Legalisierung mit dem neuen KVG, die Experimente gehen weiter mit Prämienrabatten
- Rasche Ausbreitung von flächendeckenden Ärztenetzen
- 1998 Gründung von mediX Ärztenetzen, erste Verträge mit Budgetverantwortung, Gründung von Bluecare (Datenmanagement)
- Gründung von Betriebsgesellschaften: Argomed, Hawadoc, ThurCare (heute EastCare), MedSolution
- Ab 2000 Telemedizin Medi24, Medgate
- Ab 2000 Versicherungen lancieren Billigkassen und unterlaufen den noch unausgereiften Risikoausgleich
- FMC, medswissnet, EQUAM
- 2012 verlorene MC-Abstimmung
- Trotzdem rasante Ausdehnung der Modelle

# Begriffsklärung

- Schweiz: ab 1990 HMO-Praxen als Bezeichnung der kasseneigenen Gruppenpraxen
- USA: HMOs sind die übergeordneten Betriebsgesellschaften
- «HMO» sollte heute in der Schweiz als Bezeichnung von MC weggelassen werden
- Managed Care und Gesteuerte Versorgung, für viele seit der verlorenen MC-Abstimmung 2012 obsolet
- Integrierte Versorgung (fmc ist das Forum für Integrierte Versorgung)
- **Hausärztliche koordinierte Versorgung in Ärztenetzen** im Gegensatz zu simplen Gatekeepingmodellen (Telefontriage, Listenmodelle)

# Grundsätze der hausärztlich koordinierten Versorgung in Ärztenetzen

## **Dreifache Freiwilligkeit:**

- Die Patienten wählen ein für sie attraktives Versicherungsprodukt
- Die Hausärzte schliessen sich einem passenden Ärztenetz an
- Die Versicherungen schliessen Verträge mit Ärztenetzen nach Kosten-Nutzen-Kriterien

Ärzte, Ärztenetze und Versicherungen haben bei den Verträgen vollständige **Vertragsfreiheit**

Strikte **Koordination aller Leistungen** durch den gewählten Hausarzt

**Integration von anderen Leistungserbingergruppen:** Nurses, MPA/MPK, Apotheker, Callcenter, ausgewählten Spezialisten (preferred provider)

# Erfolgsfaktoren für die hausärztliche koordinierte Versorgung in Ärztenetzen

- Wer eine komplexe Polymedikationsliste für den Patienten laufend aktualisieren kann bekommt die Rolle des Koordinators
- Einfache Regeln und Kontrolle für die vor- und nachgelagerte Versorgung
- Verträge als Voraussetzung für MC, Abgeltung der Einsparungen, Qualität und Innovation
- Permanenter Prozess der Reflexion und Konsensfindung in den Ärztenetzen
- Selektion der Ärzte in den Netzen
- Konsequente Qualitätsarbeit und Qualitätsdokumentation (Zertifizierungen, Qualitätsindikatoren)

# Zwei von drei Schweizern wählen ein Prämiensparmodell

1/3 der Bevölkerung hat ein gut strukturiertes hausärztlich koordiniertes Versorgungsmodell gewählt

1/3 wählt ein Listen-, Telemedizin- oder Apothekermodell

1/3 bleibt konventionell versichert

Das beste und grösste Experimentierfeld liegt im Bereich der guten hausärztlich koordinierten Versorgung

Es sind die einzigen Modelle, die in den letzten 25 Jahren zu risikobereinigten Kosteneinsparungen von 15-20% geführt haben

Ihr Potenzial ist noch lange nicht ausgeschöpft und wir sollten zuallererst diese Modelle fördern und deren Behinderungen beseitigen

# Übersicht zu den Modellen

## **Echtes Hausarztmodell**

Versicherungsmodell mit einer vertraglich geregelten, partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Versicherer und Hausarztnetz. Die Qualitätsbemühungen (Qualitätszirkel) und Koordinationsaufgaben (Kostencontrolling, Überweisungsmanagement) der Ärzte werden gewürdigt und entschädigt.

## **Telemedizinisches Modell / Apothekenmodell**

Verpflichtung, vor der Erstkonsultation beim Arzt eine definierte Hotline oder Apotheke zu kontaktieren. Der Zugang zu einem Hausarzt ist nicht sichergestellt, es besteht keine vertragliche Zusammenarbeit zwischen Ärztenetz und Versicherer.

## **Listenmodell**

Gewährung eines Rabattes für eine eingeschränkte und einseitig durch die Versicherer festgelegte Arztwahl. Es besteht keine vertragliche Zusammenarbeit zwischen Versicherer und Ärztenetz. Die Leistungen der Ärztenetze werden benutzt, aber nicht finanziert.

## Hausarztbasierte koordinierte Versorgung

- Hausarztbasierte koordinierende Versorgungsnetze haben in der Schweiz seit 25 Jahren mit **sektorenübergreifenden Globalbudgets experimentiert** und für Europa einmalige Erfahrungen aufgebaut
- Die gut strukturierten Ärztenetze mit Budgetmitverantwortung **sparen risikobereinigt 15-20% der Kosten ein und erreichen eine bessere Behandlungsqualität**
- Sie sind das einzige Versicherungsprodukt, das nachweislich zu substantiellen, risikobereinigten Kosteneinsparungen geführt hat
- Die langjährigen Netze haben bezüglich Alter und Morbidität ein Normalkollektiv (die Jungen und Gesunden wählen heute ein telemedizinisches Produkt)
- Die Einsparungen könnten v.a. im Spitalbereich noch verbessert werden
- Die Hospitalisationsraten in den Netzwerken sind gerade bei chronisch Kranken 10-15% tiefer
- Budgetmitverantwortung kann nur in einem bottom-up-Ansatz mit Freiwilligkeit für die Versicherten, die Ärzte und die Versicherungen erfolgreich sein

## Attraktivität über Prämienrabatte

- Die neuen Versicherungsprodukte werden primär über den Prämienrabatt verkauft
- Die Berechnung der Einsparungen ist umstritten und kommt zu sehr unterschiedlichen Resultaten
- So erzielen je nach Berechnung die einfachen Gatekeepingmodelle (Telefon, Apotheke, Listen) bedeuten tiefere bis gleich hohe Einsparungen wie die echten Hausarztmodelle
- Das ist nicht plausibel und vermutlich das Resultat von Selektionseffekten
- Längerfristig werden sich marktkonform die Modelle mit effektiven Einsparungen und nachgewiesener hoher Qualität durchsetzen
- Das kann nur die hausärztliche koordinierte Versorgung in Ärztenetzen erreichen
- **Die Versicherungen sollten die Produkte in echten Hausarztnetzen mit den höchsten Prämienrabatten anbieten**

## Listenmodelle

- **Listenmodelle**, wie sie v.a. die Assura u.a. anbietet, sind einseitig von den Versicherern angebotene Ärztelisten. Es gibt keine vertragliche Regelung zwischen Versicherer und Ärztenetz
- Mit diesen Modellen profitieren die Versicherer von der langjährigen Aufbauarbeit der Ärztenetze, die sie dank MC-Verträgen mit anderen Versicherern erreichen konnten
- Listenmodelle sind als ein Art «Schwarzfahrermodelle» zu bezeichnen. Sie untergraben all die sorgfältige aufgebauten Effizienz- und Qualitätsanstrengungen der Ärztenetze
- Mit den Listenmodellen wird also kein Beitrag zu jedweder Verbesserung der Qualität und Effizienz geleistet. Sie verhindern die Innovation
- Patienten in Listenmodellen profitieren von der guten Arbeit der Hausärzte, weil die Ärzte die Assuraversicherten nicht anders behandeln als die Patienten aus einem Vertragsmodell
- Die Versicherten können ein Listenmodell nicht von einem echten Hausarztmodell unterscheiden (Irreführung durch die Versicherung)

# Handlungsfeld 1: Politik

## **Motion Ruth Humbel: Stärkung von integrierten Versorgungsmodellen – Abgrenzung zu einseitigen Listen-Angeboten ohne koordinierte Behandlung:**

1. Unterscheidung von Vertragsmodellen (echten Hausarztmodellen) und Listenmodellen im KVG
2. Recht des Arztes, sich von der einseitig von der Versicherung aufgestellten Liste streichen zu lassen

# EFAS unterstützt die echten Hausarztnetze

## Vorschlag 2

- **EFAS** zeigt seine Wirkung nur bei gezielter Steuerung in den günstigeren Versorgungssektor, also weg von stationärer und hin zu ambulanter Behandlung
- Echte Hausarztnetze haben mehrfach nachgewiesen, dass sie insbesondere auch chronisch Kranke besser betreuen und weniger oft hospitalisieren
- Bis jetzt profitieren die Kantone mit 55% an diesen Einsparungen. Wir möchten sie den Versicherten in Form von noch höheren Prämienrabatten weitergeben können
- Polynomicsstudie schätzt die zusätzlichen Einsparungen in MC-Modellen unter EFAS auf 6%
- Fazit: Mit EFAS könnten die echten Hausarztnetze ihre Effizienzsteigerungen vollumfänglich an die Versicherten über noch höhere Prämienrabatte weitergeben (25%)

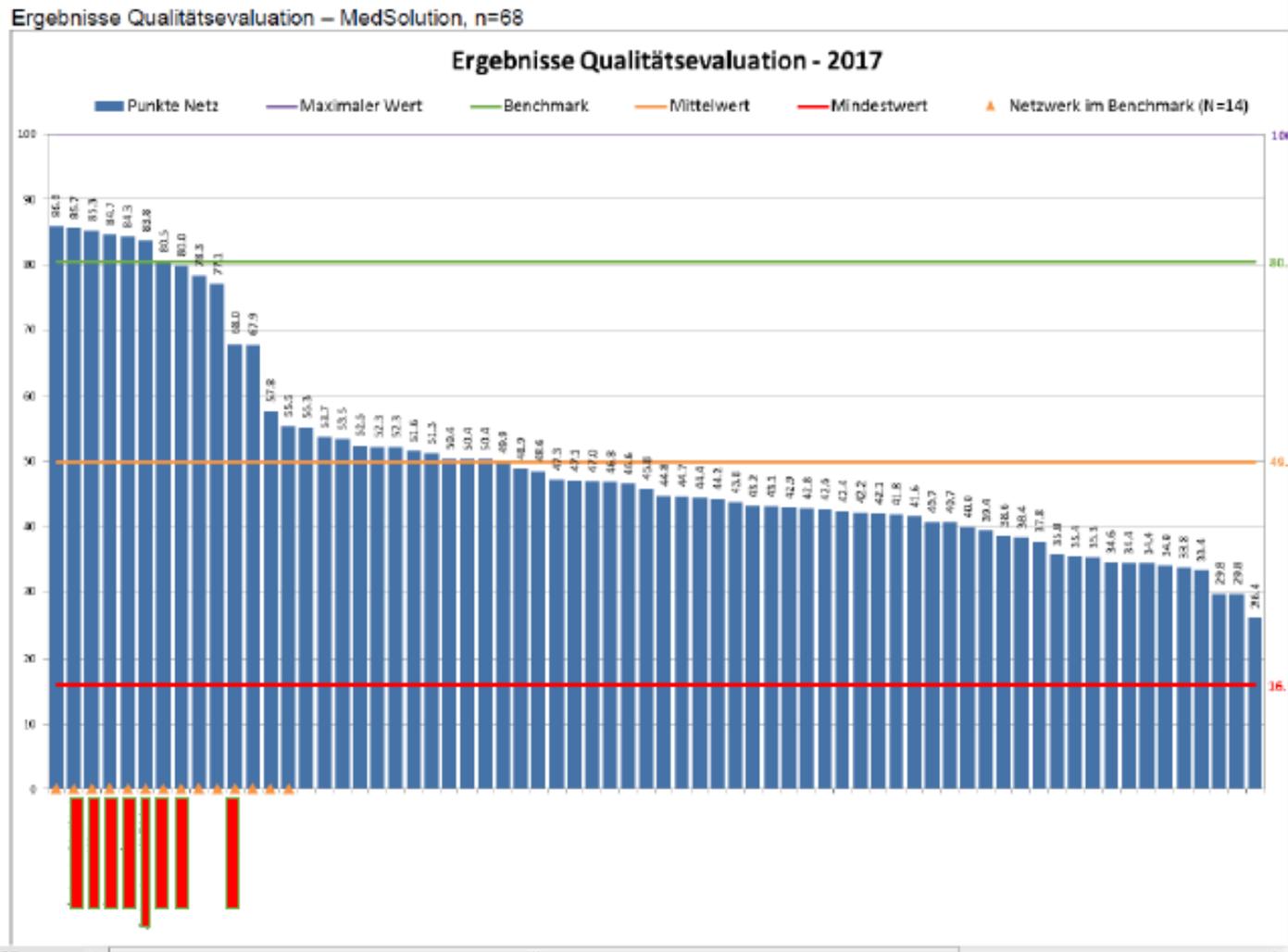
# Weitere gesundheitspolitische Schritte

- Gesundheitsberufegesetz: Regelung von Ausbildung und Berufsausübung der Masterstufe in Pflege mit Schwerpunkt APN (Advanced Practice Nurse) im Gesetz festschreiben (analog SGK-SR)
- Tarife für Medizinische Praxiskoordinatorinnen (MPK) und Advanced Practice Nurses (APN), um den Skillmix in den Gruppenpraxen zu beschleunigen
- Ärztenetze sollen Vergünstigungen beim Einkauf von Leistungen auch bei diagnostischen Leistungen mit den Kassen regeln können (z.B. Laboreinkauf): Erweiterung KVG 56 3b bis (Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass Vergünstigungen gemäss Absatz 3 Buchstabe b nicht vollumfänglich weitergegeben werden müssen. Diese Vereinbarung ist den zuständigen Behörden auf Verlangen offenzulegen. Sie hat sicherzustellen, dass Vergünstigungen mehrheitlich weitergegeben werden und dass nicht weitergegebene Vergünstigungen nachweislich zur Verbesserung der Qualität der Behandlung eingesetzt werden)
- Steuerungsvergütungen in Ärztenetzen sind Teil der Heilbehandlung und sollten somit auch von der MwSt. befreit werden
- Neue Zulassungsregulierung bevorzugt Ärzte, die sich guten Hausarztnetzen anschliessen

# Gute hausärztlich koordinierte Versorgung statt Globalbudget und Kostenbremse

- Das BAG hat durch eine international besetzte Expertenkommission ein Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen erarbeitet
- Die Ergebnisse haben grosse Wellen geworfen
- Ein erstes Paket wurde 2018 in Vernehmlassung gebracht und rief scharfe Kritik hervor. Insbesondere auch das Globalbudget wurde stark abgelehnt
- Dieses ist aus Sicht MC schädlich und überflüssig, beweisen doch gute koordinierende Netze seit langem, dass man ohne behördlichen Zwang mit Budgetmitverantwortung umgehen und erfolgreiche Resultat erzielen kann
- Nichtsdestotrotz hat der Bundesrat im Frühling 19 beschlossen, eine Art Kostenbremse ins KVG hineinzuschreiben. Eine entsprechende Vorlage soll bis Ende Jahr 2019 in Vernehmlassung gehen. Wir werden uns gemeinsam mit anderen Netzen via den Verband medswissnet gegen ein solches Globalbudget einsetzen.

# Qualitätsrating der Netze durch Versicherungen



## Handlungsfeld 2: Versicherungen

- Versicherungen sollen die unterschiedliche Qualität/Ratingergebnisse bei den Hausarztnetzen öffentlich transparent machen
- Mut zur stärkeren Preisdifferenzierung bei den Prämienrabatten gemäss effektiven Einsparungen und nachgewiesener Qualität
- Mut zur Kündigung von Hausarztnetzverträgen, wenn keine koordinierte Versorgung gemacht wird. Allenfalls Überführung dieser Ärztekollektive in Listenprodukte
- Es soll Ruhe einkehren und die Produktpalette auf nachhaltige und faire Angebote reduziert werden
- Hausärzte als wertvollste Gruppe in der Gesundheitsversorgung vermarkten, Helsana: «engagiert für Ihren Hausarzt», statt für Helikopterrettung am Strand

## Handlungsfeld 3: Hausarztnetze

Die Hausarztnetzte müssen ihre Hausaufgaben machen



# Erfolgsfaktoren für Ärztenetze

- Die Selektion der Ärzte
- Gemeinsame Ziele wie bei einer Bergtour
- Kultur der Gemeinsamen: regelmässige Qualitätszirkel für Ärzte und für MPAs
- Regelmässige Diskussion medizinisch relevanter Themen: Guidelines
- Kompetenzen im Netz und in den Praxen pflegen: Teamkultur, MPAs zu MPKs ausbilden
- Preferred Provider-Listen mit Verbindlichkeiten
- Therapiekonsense und Teilung der Einsparungen mit den Versicherungen
- Hochwertige Verträge aushandeln und umsetzen
- Ärztliche Leitung mit Innovationskraft
- Eigene Qualitätsindikatoren erheben und öffentlich machen
- Kontinuierlich netzeigene Auswertungen für die interne Steigerung der Qualität und Einsparung von Kosten

## Warum wir Ärztenetze es selber tun sollten

- Wir sollten die Praxen und die Netzwerke in Ärztehand behalten, um auch in Zukunft eine freiheitliche und interessante Grundversorgung praktizieren zu können, auf die wir stolz sein können.
- Wir wollen eine hervorragende hausärztlich koordinierte Versorgung, weil der Hausarzt im Zentrum des ganzen Versorgungsgeflechts stehen soll.
- Wir werden die einfachen Aufgaben (über ein Callcenter) an Apotheker, ANP und MPK delegieren und dieses ins Netz integrieren müssen.
- Wir brauchen eine gut strukturierte hausärztlich koordinierte Versorgung für eine starke Grundversorgung und für die Zukunft unseres wunderschönen Berufes.



Dr. med. Felix Huber  
Facharzt für Allgemeine Medizin FMH  
Medizinischer Leiter mediX zürich, Präsident mediX  
schweiz  
mediX Praxis Altstetten  
Hohlstrasse 556  
8048 Zürich  
+41 44 365 30 30  
[felix.huber@medix.ch](mailto:felix.huber@medix.ch)  
[www.medix.ch](http://www.medix.ch)  
[www.medixblog.ch](http://www.medixblog.ch)

