

Ärztlich-koordinierte Managed Care – Organisationen Ein Blick in die Zukunft

SGGP-Tagung 2. April 2019

Dr. med. Leander Muheim

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH

Stv. med. Leiter mediX zürich





Episode 1

Managed Care basiert auf Kooperation...

Krankenkassen



Koordinierende Ärzte



Ärzte und Krankenkassen können die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens nachhaltig zum Besseren verändern, aber nur zusammen.

...mit den gleichen Zielen vor Augen

Die Grundidee von MC

Eine langfristige, Patientenzentrierte und medizinisch-koordinierte Betreuung ist qualitativ und prognostisch hochwertiger und finanziell effizienter als eine rein Patienten- oder Dienstleister-getriebene Versorgung

Was beinhaltet sie?

- Hausarztmedizin
- Gatekeeping
- Kostenmitverantwortung
- Kosten-Nutzen-Überlegungen
- Anreize für Qualität
- EbM

Episode 1: MC baut auf jahrelange Erfahrungen, um das Schweizer Gesundheitswesen zu verbessern

1990...

Erste HMO



HMO Zürich Wiedikon:

- Kontrolle über Ressourcen
- Qualitätswettbewerb

1994...

Erstes unabhängiges
Ärztetenetz

Gut betreut im Ärztenetz

- Unabhängigkeit
- Qualität

1998...

Ärztetenetz und
Gruppenpraxen

- Moderne Gruppenpraxen
- Professionelles Vertragsmanagement
- Guidelines
- Generikaprojekte
- Chronic Care Management
- IT-Entwicklung



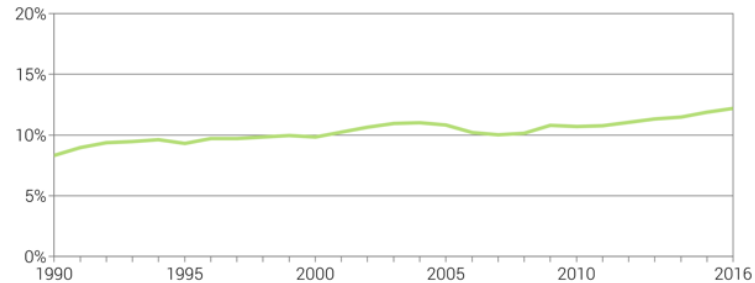
Herausforderungen

Kostenwachstum bald wie in den USA? Versicherer und Ärzte zunehmend unter Druck

Die Gesundheitsausgaben stiegen seit 1990 relativ betrachtet um gut 50%

Kosten des Gesundheitswesens

Im Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt, zu laufenden Preisen



Quellen: BFS – COU, VGR; SECO

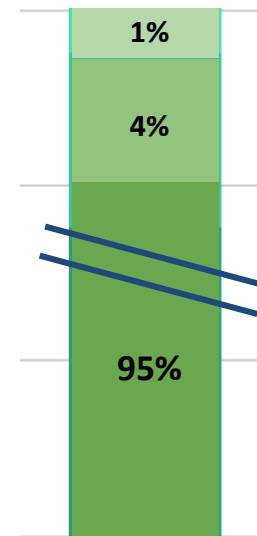
© BFS 2018

Fehlanreize, Fragmentation, Innovation,
Chronische Krankheiten, Technologische
Innovation, ...

Leistungskosten der Versicherer bleiben hoch...

Total = 6,501 Mio

100%



- Profit (54 Mio)
- Betrieb (252 Mio)
- Leistungen (6195 Mio)

Gemäss Helsana Jahresbericht 2018

Betreffen uns die Konsequenzen?

Die traditionellen Ansätze unter Druck...

Risikoselektion

Risikoausgleich wird weiter verfeinert

15.10.2014, 12:24 Uhr



(sda) Um die Jagd nach jungen und gesunden Versicherten für Krankenkassen uninteressant zu machen, wird der Risikoausgleich weiter verfeinert. Der Bundesrat hat am Mittwoch beschlossen, dass künftig auch hohe Medikamentenkosten berücksichtigt werden sollen. In den Risikoausgleich aufgenommen werden sollen Arzneimittelkosten eines Versicherten, die über 5000 Franken liegen und nicht Teil einer Pauschale, zum Beispiel der Fallpauschale im Spital, sind. Ziel der Regelung ist es, dass auch Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko erkannt werden, die ambulant behandelt werden. Heute werden für den Risikoausgleich einzig die Kriterien Alter und Geschlecht sowie seit 2012 auch ein Aufenthalt von mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten in einem Spital oder

MEISTGELESEN II

Die rechte Mehrheit gefährdet

Christof Forster, Bern / 25.3.17

Velo und ÖV-Abo kör Steuer abgezogen we

6.10.2017, 15:25 Uhr

Die FDP bleibt beim ' - sucht aber noch Po

Lukas Mäder, Bern / 25.3.2017

Prämienerhöhung



Bild: www.monsieur-sante.ch



Bild: www.groupemutuel.ch

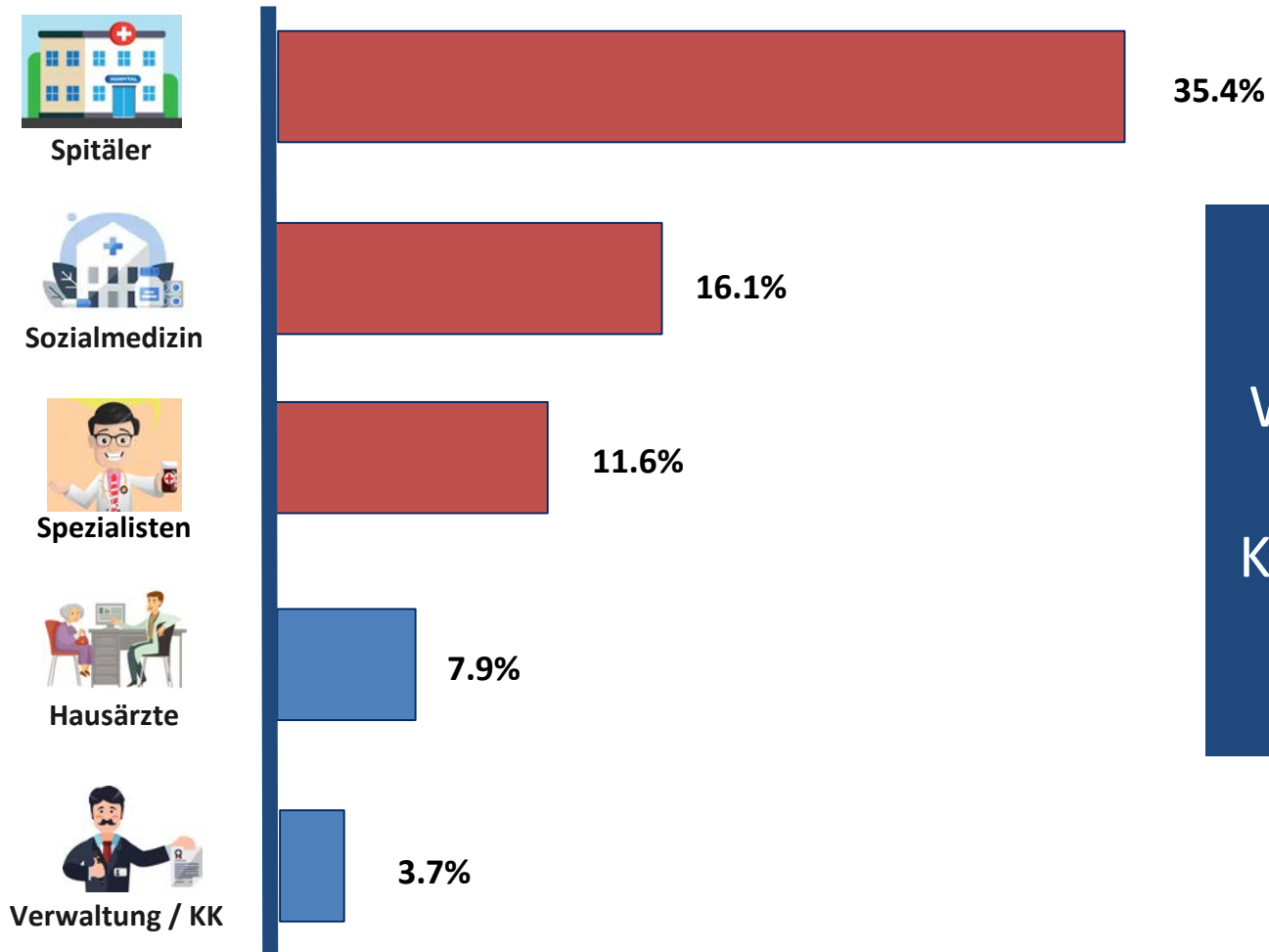


Bild: www.laliberte.ch

Können wir die Kosten kontrollieren...?

Verteilung der Gesundheitskosten in der Schweiz¹

2016/2017, in % der Gesamtkosten, exkl. Langzeitpflege, Rehabilitation, Übrige.



Wer kümmert sich um die Kostentreiber?

¹ Darstellung dominierender Kostengruppen, zusätzliche Ausgaben; 13.8% für Zahnmedizin, 8.9% Detailhandel, 8.6% Physio, Spitex und weitere (2.6%)

...und die Qualität gleichzeitig verbessern?

Qualitätsindikatoren

Blutdruck	135/85 mmHg
Laborwerte	Cholesterol
Diabetes	HbA1c
Medikamenten- adhärenz	PIMs
...	...

Prozessindikatoren

Fortbildung	Qualitätszirkel
Gatekeeping	Behandlungskontinuität
Zertifizierungen	EQUAM, Patientenbefragung, ...
Diabetes- Monitoring	Ophthalmologe gesehen?
...

Qualität ist das Wichtigste, aber alle verstehen darunter etwas anderes...

Die Politik...



Die Bundesversammlung — Das Schweizer Parlament

Mittwoch, 20. Februar 2019 10h25

MEDIENMITTEILUNG

SCHUB FÜR DIE QUALITÄTSENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Eine neue gemeinsame Organisation der Kantone, Leistungserbringer und Versicherer soll darauf hinarbeiten, dass Patientinnen und Patienten medizinisch besser behandelt werden.

**I have the simplest taste:
I am satisfied with
the best**

~ Oscar Wilde ~



Aus systemischer Sicht sind Kostenbewusstheit und Qualität für viele kaum vereinbar...

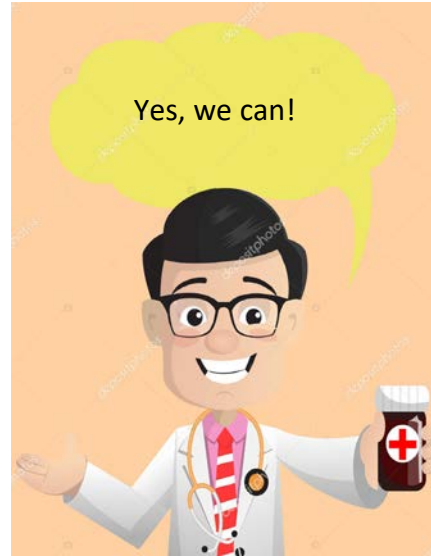
Spitäler



Müssen ihre teure Infrastruktur auslasten...

Anreize zur Mengen- und Kostenausweitung

Ärzte



Spezialisten und HAe geht es mit TARMED gut genug

Viele HAM-Netze inert

- Abhängig von Idealismus
- Konkurrenz von Pseudomodellen
- fehlende Ressourcen

Neue ambulante Akteure...



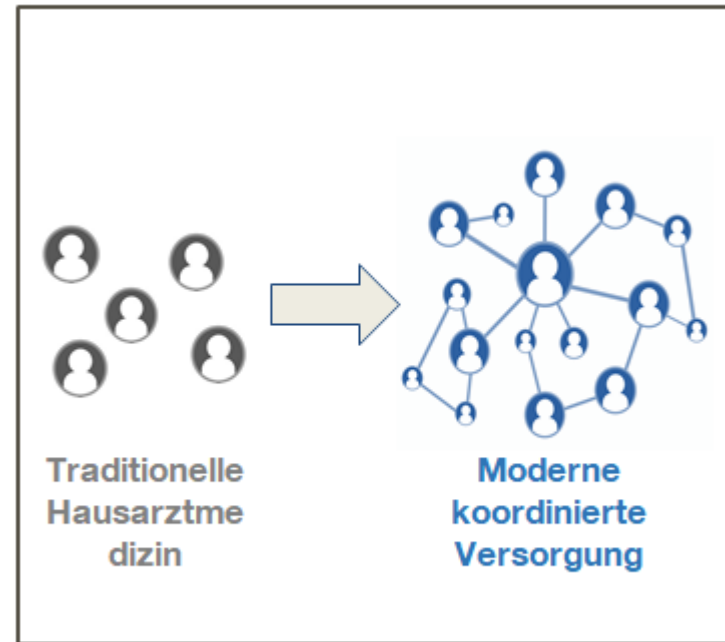
Auf der Jagd nach guten Renditen in einem fragmentierten Wachstumsmarkt...

- Neue Praxis- und Spitalgruppen; «return- on-investment»
- Fusionen und Übernahmen
- Konsolidation vs. Koordination
- Fragmentation: Apotheken, Telemedizin



Episode 2: Und jetzt?

Wieso sollten Hausärzte etwas ändern wollen?



Gute Hausärzte beschreiten innerhalb ihres Mikrokosmos bereits «den Königsweg»

ABER:

Es braucht strukturelle und technologische Weiterentwicklung!

Episode 2: Vision für die Zukunft

		Beschreibung	Kommentare
Strukturqualität	Rollenmodell für HAM	<ul style="list-style-type: none"> - Die besten Hausärzte (Ausbildung, guter Lohn) - Übersetzung des Erfolgsmodells Hausarzt und der MC-Anreize in moderne Gruppenpraxen 	24h-Gesellschaft, Teilzeitarbeit, professioneller Austausch
	IT / Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - IT-Entwicklung (PIS) , OpenNotes (Patient liest und bearbeitet seine Krankengeschichte online: Eigenverantwortung!) - Daten, Qualitätsmessungen, Decision-Support - Call center mit Krankengeschichte 	Kontinuität, Teammedizin, Koordination, Effizienz...
	Interprofessionalität	<ul style="list-style-type: none"> - MPK, APN: Standardisiertes Monitoring chronisch Kranker (Disease Management), Heimbesuche - Koordination interprofessioneller Teams in Patientenbetreuung 	Mehr Kapazität in der Grundversorgung!
Prozessqualität	Medizinische Führung und Guidelines	<ul style="list-style-type: none"> - Ärztliche Leitung: Medizinisch sinnhafte Projekte, Akzeptanz, Qualitäts- und Kostenresultate, Evidenzbasierte Medizin - Förderung der Integration von Ärzten in Managementfunktionen - Qualität der Datenerhebung 	Ohne Ärzte gelingt Umsetzung nicht
	Erbgebnisqualität (Outcome)	<ul style="list-style-type: none"> - Patientengesundheit – das was wirklich zählt!, Daten zur Qualitätsmessung, -sicherung, -verbesserung: Leistungsausweis, Forschung 	MC 3.0 und FIRE

Unter den richtigen Bedingungen könnten wir in Zukunft noch bessere Wege finden, um Kosten, Risiken und Qualität zu managen.

Jüngste Studie zu MC in der Schweiz: Reduzierung unangemessener Angiographien

Untersuchung der Wirkung von MC auf unangemessene Angiographien

Der Wert der koordinierten Versorgung in der Hausarztmedizin

Managed Care kann unnötige Herzkatheter verhindern

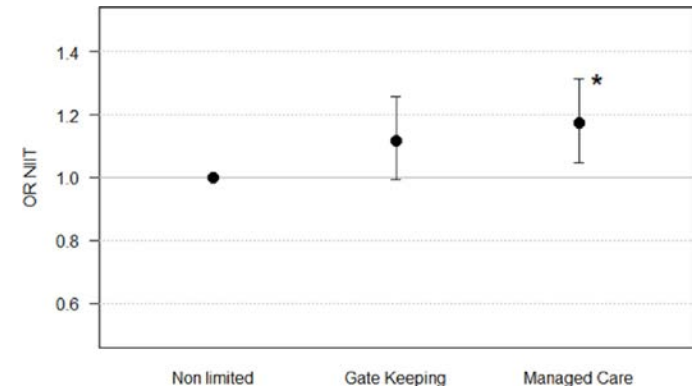
Corinne Chmiel^a, Oliver Reich^{b,c}

^a Institut für Hausarztmedizin, Universität und Universitätsspital Zürich; ^b Helsana-Gruppe; ^c santé24, SWICA Gesundheitsorganisation

BMJ Open Effects of managed care on the proportion of inappropriate elective diagnostic coronary angiographies in non-emergency patients in Switzerland: a retrospective cross-sectional analysis

Corinne Chmiel,¹ Oliver Reich,² Andri Signorell,² Stefan Neuner-Jehle,¹ Thomas Rosemann,¹ Oliver Senn¹

Resultate



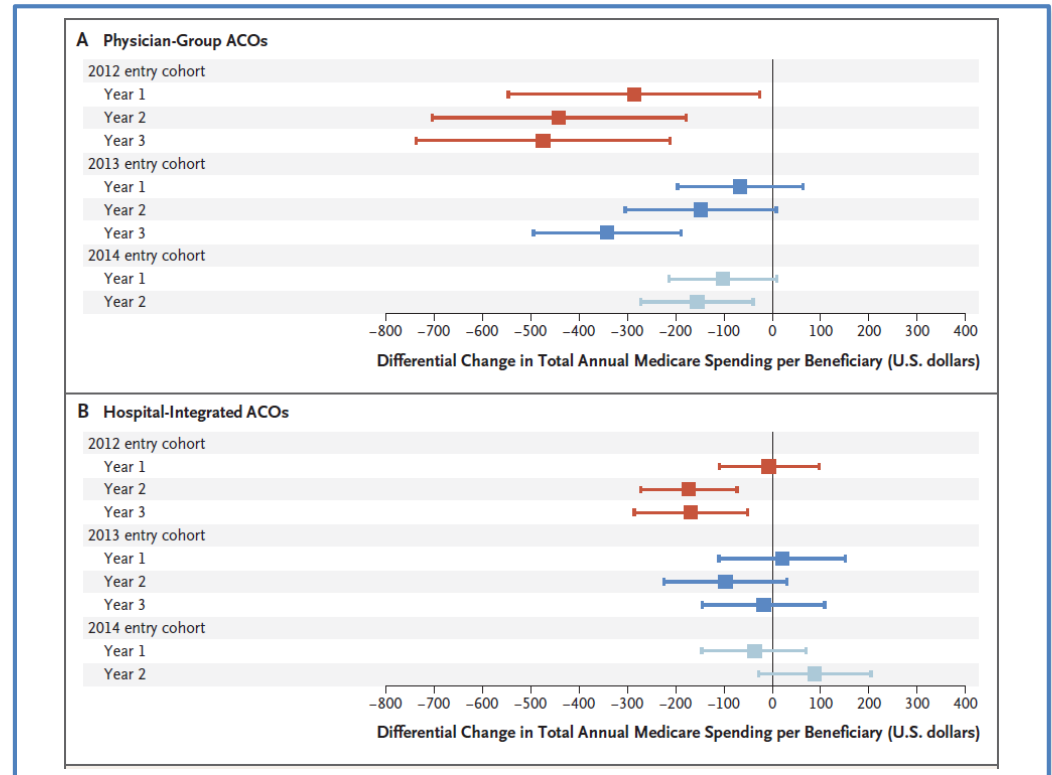
Mehr leitliengerechte, nicht-invasive Abklärungen unter MC

Conclusion: In a non-GK healthcare system, voluntary MC healthcare models with capitation were associated with a reduced inappropriate use of diagnostic CA compared with GK or basic models

Moderne Modelle mit Kostenmitverantwortung sind auch in den USA effizient - bei unabhängigen Ärztengruppen



McWilliams JM et al.
N Engl J Med 2018;
379:1139-1149

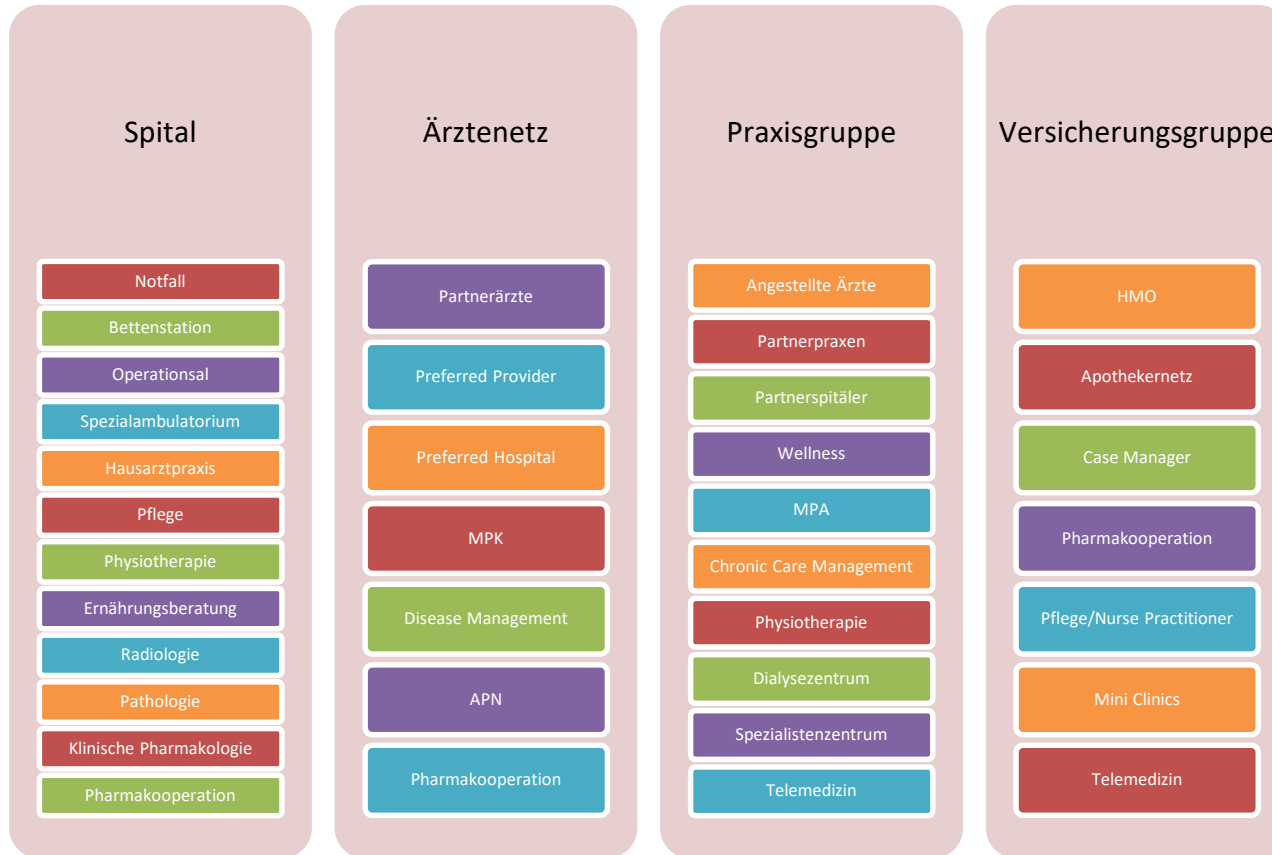


Conclusions

After 3 years of the MSSP, participation in shared-savings contracts *by physician groups* was associated with savings for Medicare that grew over the study period, whereas hospital-integrated ACOs did not produce savings (on average) during the same period.

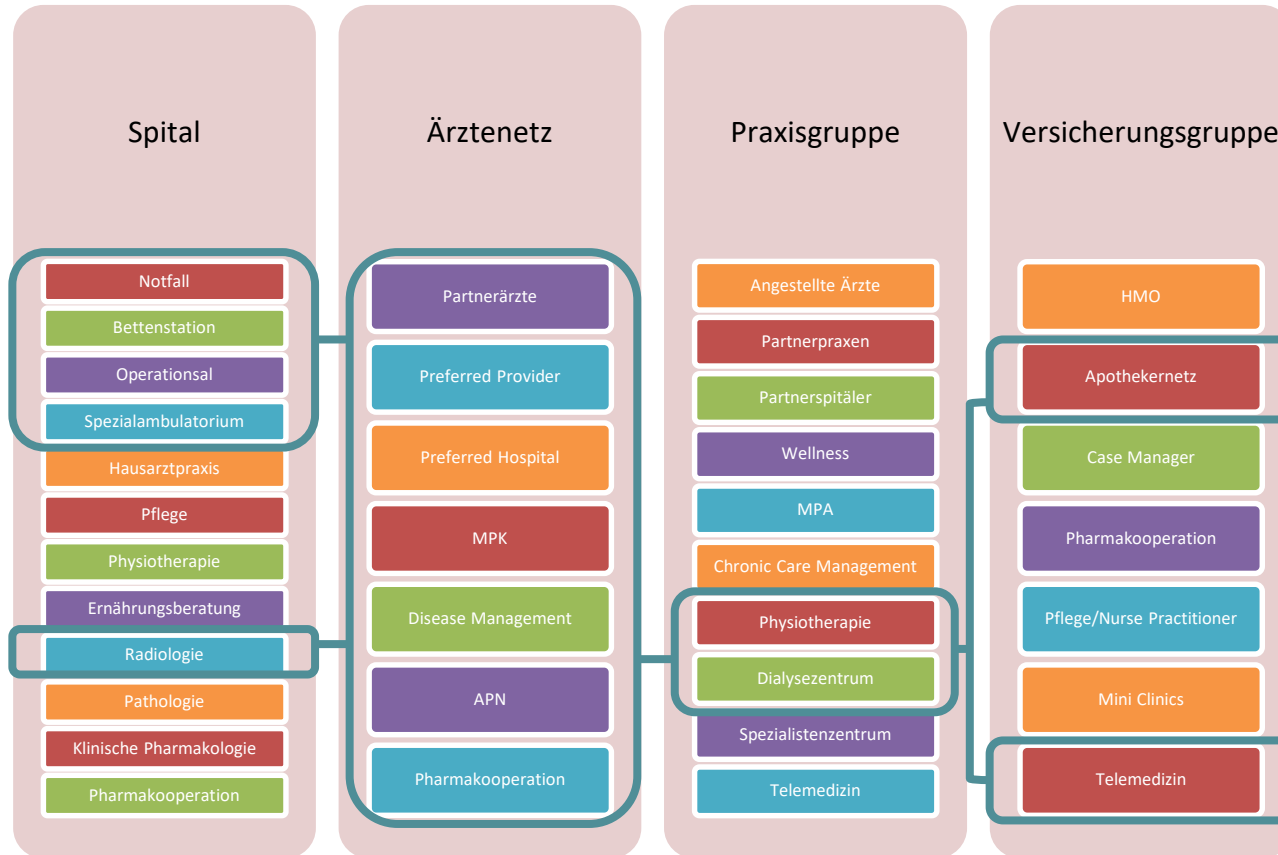
CAVE: Integration vs. Koordination

«Integration» - in Silos...kann Konsolidierung heissen



CAVE: Integration vs. Koordination

Ärztlich-koordinierte MC-Organisationen schaffen bedarfsorientierte, selektive Kooperationen



Zusammenfassung

- Kostenwachstum ist endlich, Freiheit von Ärzten und KK steht auf dem Spiel
- Nur koordinierte Grundversorgung (MC) bietet systemische Anreize für gekoppelte Qualitäts- und Ressourcenüberlegungen
- Zu viele Hausärzte haben aktuell zu wenig Anreize um sich vermehrt einzubringen
 - Listenmodelle und andere AVM untergraben Qualitätswettbewerb
 - Inerte Netze haben keinen Handlungsbedarf und keine Kapazität
- Technologische Entwicklung als Katalysator: Geniesst Akzeptanz auch unter skeptischen HAe
- MC-Organisationen mit schlanken Strukturen sollten den Prozess der Integration und Koordination anführen und steuern. Aktuelle Erfahrungen aus den USA zeigen, dass ärztliche Führung und schlanke Strukturen zu besserer Qualität und tieferen Kosten führen

Wie können Versicherer und MC-Organisationen noch besser zusammenarbeiten

- **Kooperation mit KK ist Grundlage** von koordinierter Grundversorgung (MC) und wird es bleiben: Ärztliches Ressourcenmanagement mittels Förderung von high-value care als gemeinsames Ziel
- AVM Rabatte in Abhängigkeit von **Kostenwahrheit** und langfristigem Qualitätspotential+Strukturaufbau – alles andere zementiert nicht-nachhaltigen Status quo
- **Stärkere Preisdifferenzierung** auch in der Vergütung der Netze: Engagierte Netzmedizin muss für zukünftige Ärzte viel attraktiver werden
- Enge Kooperation mit Ärzten in der Qualitätsfrage. **Veröffentlichung der Ratings** von Hausarztnetzen.
- Nur **EINE Stelle** darf Verantwortung **für Koordination des Patienten** tragen

Wie kann die koordinierte Grundversorgung voran kommen?

- **Förderung der Hausarztmedizin:** Strukturierte Ausbildungsprogramme als Norm und nicht als Ausnahme
- Offenheit für **weitere Vernetzung unter Ärzten** zum Erreichen gemeinsamer Ziele
- **Digitale Weiterentwicklung** bottom-up als Grundlage für strukturelle Weiterentwicklung
- **Übersetzung von Qualitätsanreizen auch in moderne Gruppenpraxen** mit angestellten Ärzten
- **Bedarfsorientierte Integration** anderer Berufsgruppen und betriebliche Partnerschaften
- **CAVE: Integration nicht gleich Koordination**, kann Konsolidierung und Fragmentation bedeuten

Fragen?

Soll die ärztliche Kultur der Zukunft darauf bedacht sein, die Patientengesundheit ganzheitlich zu verbessern, Kosten zu berücksichtigen und die Versorgungsqualität zu steigern, oder soll sie exklusiv am ausgedienten fee-for-service Paradigma festhalten, welches eine Profitmaximierung und Ausweitung von Dienstleistungen und Überweisungen belohnt?

Dr. med. Leander Muheim
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH
Stv. medizinische Leitung mediX zürich

leander.muheim@medix.ch



mediX

mediX

Take Home: Episode 2

