

## Wirtschaftlichkeitsverfahren von Santésuisse

# Der Schuh drückt nach wie vor

**OLTEN – Wie behandelt man kostenintensive Patienten, ohne ein Wirtschaftlichkeitsverfahren zu riskieren? Am 4. Nationalen Consano-Symposium wurde nach Synergien zwischen Kassen und Ärzten gesucht. Der Tenor war versöhnlich. Doch der Schuh drückt noch immer erheblich.**

Uni-Abgänger wollen heute nicht mehr in die Grundversorgung. **Dr. Cyrill Jeger**, Olten, erlebt das am Beispiel der Kinder von Kollegen. Dass der Beruf des Grundversorgers so unattraktiv geworden ist, führt der Co-Präsident von Consano vor allem auf die wirtschaftliche Unsicherheit zurück. Die Zugrundelegung der Durchschnittskosten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ohne Einbezug der Morbidität sei in jedem Kanton anders und komplett unwissenschaftlich. „Das heutige System bestraft Grundversorger, die sich um chronisch kranke Patienten kümmern“, monierte Dr. Jeger. „Sie fallen als teure Ärzte auf und müssen sich rechtfertigen.“

Consano hat in diesem Zusammenhang immer wieder vor dem Druck gewarnt, der Abstriche an der Behandlungsqualität nach sich zieht, was einer verdeckten Rationierung gleichkommt. Oder chronische Patienten werden an die Spezialisten und Spital-Ambulatorien abgeschoben, was die Kosten um so mehr an einer anderen Front explodieren lässt.

„Zwar sind allen Gesundheitssystemen finanzielle Grenzen gesetzt,

doch gibt es verschiedene Arten, damit umzugehen“, betonte die Bioethikerin **Dr. Samia Hurst** von der Universität Genf. Am problematischsten sei eine verdeckte Rationierung, weil sie den Zugang zur Versorgung bedroht, Fairness und Solidarität untergräbt. Dass heute am Krankenbett auf diese Weise rationiert wird, hat die Bioethikerin bereits in ihrer Studie „A Framework for Rationing by Clinical Judgment“ nachweisen können.

### Moratorium gefordert

Weil die Wirtschaftlichkeitsverfahren von Santésuisse jedoch nicht nur eine verdeckte Rationierung im ambulanten Sektor fördern, sondern auch einen Image-Schaden und Burnout der Hausärzte zur Folge haben, fordert Consano ein Moratorium, bis taugliche Verfahren vorliegen. Denn die Trustcenter, aber auch die Versicherer erarbeiten zurzeit Benchmarks, die den Nutzen von Kosten besser einschätzen lassen. Gleichzeitig konstatiert der Consano Co-Präsident **Dr. Michel Romanens**, Olten, auf der Consano-Homepage, es könne nicht sein, dass Santésuisse gegen Ärzte Wirtschaftlichkeitsver-

fahren einsetzt, welche die Kassen für sich selber vermeiden.

Wie viele Grundversorger geraten in die Lage, sich über ihre ausgelösten Kosten Sorgen machen zu müssen? „99% der Patienten generieren beim Hausarzt einen Jahresumsatz von unter 2000 Franken. Nur gerade 5% der Ärzte haben einen Patienten, der einen Leistungsumsatz von 8000 Franken oder mehr bewirkt“, erklärte der SGAM-Sekretär **Dr. Christoph Cina**, Messen. Angemerkt sei, dass der ambulante allgemeine Praktiker mit nicht mehr als 4,6% an den Kosten des Gesundheitswesens zu Buche schlägt. Die grossen Ausgaben fallen woanders an: bei den Dialysen, Transplantationen, bei der künstlichen Ernährung. Eine Person, die eine Zentrumsdialyse benötigt, kostet den Versicherer pro Jahr 80 000 Franken ohne Medikamente und Arztkonsultationen, erklärte **Daniel Wyler**, Leiter der Abteilung Services beim Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK). Hämphiliepatienten kosten Hunderttausende Franken, zu Transplantierende je nach Nebendiagnosen und Komplikationen zwischen 60 000 bis über 100 000 Franken.

### „Medical home“ – die Zukunft?

Wo aber könnten komplexe Patienten künftig am besten ambulant behandelt werden? Dr. Cina wünscht sich ein neues Modell für die Hausarztmedizin, ein persönliches medizinisches Zuhause mit niederschwelligem Zugang, bei dem die Steuerung im Team erfolgt. Dass sich z.B. eine Patientin mit HIV und weiteren chronischen Erkrankungen nichts mehr wünscht als ein solches „medical home“, bestätigte **Michèle Meyer**, Präsidentin und Geschäftsführerin von LHIVE, Verein für Menschen mit HIV und Aids. Die engagierte Frau hat bisher noch keinen Hausarzt gefunden, der das Behandlungsmanagement übernehmen würde und dem sie vertrauen kann. Ihre Compliance würde sich verbessern, versicherte die Patientin, Krisenbewältigung und Arbeitsfähigkeit würden gestärkt.

„Damit Hausärzte dazu ermutigt werden, braucht es Freiräume“, betonte Dr. Cina, „Lerngelegenheiten, Zusammenarbeit und – statt Bürokratie – sinnvolle Aufgaben am Patienten. Wir wollen nicht als reine Kostenverursacher deklariert werden.“ Die Hausarztmedizin brauche bessere Arbeitsbedingungen, weniger Reglementierung, mehr Gerechtigkeit bei den Tarifen, eine Reform in der Aus- und Weiterbildung, Institute für Hausarztmedizin und eine praxisnahe Weiterbildung via Praxisassistenten.

### Modelle zur effizienten Betreuung erprobt

Drei Modelle zur effizienten Betreuung chronisch kranker Patienten werden zurzeit im Ausland



erprobt, wie **Professor Dr. Thomas Rosemann**, Leiter Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich, ausführte: Disease-Management-Programme (DMP), Pay for Performance-Konzept (P4P) und Chronic-Care-Modell (CCM).

► Mit mehr als 2,5 Millionen gesetzlich Versicherten und über 50 000 Praxen wurden 2003 die DMPs in Deutschland als grosse Feldstudie eingeführt – mit dem Ziel, die Versorgung von Patienten mit besonderen Risiken (Diabetes Typ 1 und 2, Krebs, KHK, Asthma, COPD) auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien zu strukturieren und die Kooperation zwischen Generalist und Spezialist zu verbessern. Elemente der DMP: Regelmässige Konsultationen und Laborkontrollen, Follow-up, Patientenschulung, elektronische Dokumentationen durch den Hausarzt, regelmässiges Feedback mit Benchmarking. Nachteile seien der hohe administrative Aufwand, das Fehlen einer Nullmessung vor der Einführung, einer Vergleichsgruppe ohne DMP und das Adressieren jeweils nur einer Erkrankung.

► Im britischen P4P-Modell werden 25% der Vergütung von Hausärzten an insgesamt 146 Qualitätsindikatoren geknüpft, die auf der Basis von elektronischen Routinedaten in den Praxen ohne zusätzlichen Aufwand dokumentiert werden. Eine 23% höhere Vergütung wurde erzielt. Wobei unklar ist, ob die Effekte durch die finanziellen Anreize oder andere Faktoren zustande kommen. Von Interesse dürfte sein, dass der Zustrom zur Grundversorgung deutlich anstieg.

► Das CCM basiert auf einer Metaanalyse vieler Studien, in denen Interventionen identifiziert wurden, die einen positiven Effekt auf klinische Outcomes oder Prozessparameter hatten. Solche Elemente wurden in das Modell aufgenommen. Darunter sind die Unterstützung des Selbstmanagements, eine Chronikersprechstunde, EBM-Leitlinien, strukturierte Reminder-Systeme etc.

### Der Hausarzt als Manager

Auch Prof. Rosemann sieht den Hausarzt der Zukunft als Manager

eines interprofessionellen Teams, wobei die Rolle der Arzthelferin als Case Managerin mit Teilverantwortung aufzuwerten sei. Die Praxen werden sich als lokales Kompetenzzentrum für die strukturierte Versorgung chronisch Kranker verstehen. Mehr proaktive Routine wird gefragt sein. Eine weitere Fragmentierung der Berufe sei zu vermeiden. In der Diskussion um das neue Berufsbild einer „nurse-practitioner“ werde zum Beispiel oft vergessen, dass die Evidenz aus einem anderen Setting stammt. In den amerikanischen Modellen gäbe es praktisch keine Schnittstellenproblematik, da die verschiedenen Berufe Tür an Tür arbeiten. Auch sei die Gesundheitsversorgung dadurch nicht billiger geworden.

„Nicht nur die Ärzteschaft, auch Santésuisse hat ein Interesse daran, den Beruf des Grundversorgers durch neue Organisationsformen attraktiver zu machen“, betonte Santésuisse-Direktor **Stefan Kaufmann**. Aber es brauche eine brancheninterne Diskussion über Schiefen wie Dignitäten, Lehre und Forschung sowie Weiterbildung. Der Einsatz technischer Mittel müsse optimiert (ausgelastet) sein. Die Krankenversicherer seien bereit, beim Umbau der Tarifstruktur behilflich zu sein und im Bereich Notfall organisatorische und allenfalls tarifarische Lösungen mit zu erarbeiten. Aber die Ärzte müssten das zuerst selber in die Hand nehmen. Die Krankenversicherer jedenfalls hätten kein Interesse daran, chronisch kranken Patienten Behandlungen vorzuenthalten, oder bei den Ärzten ein Klima der Angst zu schaffen, versicherte er.

Die Worte hörte man wohl, allein es fehlte der Glaube. In der Diskussion zeigte sich, dass der Schuh nach wie vor erheblich drückt: beim fehlenden Morbiditätsindikator zum Beispiel oder bei den verordneten Medikamenten: „Hohe Medikamentenkosten sind strafverschärfend“, sagte ein Hausarzt. Ein anderer: „Bei einer Physiotherapie-Langzeitverordnung merke ich, wie die Krawatte am Hals enger wird.“

CK  
www.consano.ch



Dr. Christoph Cina



Michèle Meyer



Dr. Samia Hurst



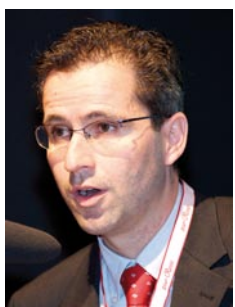
Dr. Michel Romanens



Dr. Cyrill Jeger



Prof. Dr. Thomas Rosemann



Stefan Kaufmann



Daniel Wyler