

# Workshops am Symposium des Forums Managed Care – Zusammenfassung der Ergebnisse

## Workshop I: Hausarzt oder Callcenter: Ersetzt das Telefon den Arzt?

Referenten:

**Dr. med. Marc Müller, Präsident Kollegium für Hausarztmedizin**  
**Dr. med. Christian Simonin, CEO Medvantis AG**

Moderation:

**PD Dr. med. Peter Berchtold, College-M, Präsident Forum Managed Care**

Ist der Hausarzt der Generalunternehmer des Patienten und/oder der Gatekeeper im Gesundheitswesen? Sind Callcenter Erstanlaufstelle für Patienten oder Dienstleister für Hausärzte? Können Callcenter einen Beitrag gegen den zunehmenden Hausärztemangel leisten? Diese und weitere Fragen wurden im Workshop diskutiert mit dem Ziel, synergistische und für die verschiedenen Akteure sinnvolle Kooperationsformen zwischen Hausärzten und Callcenter zu finden.

Gemäss Marc Müller ist die Funktion des Hausarztes viel zu komplex um gesamthaft von einem Callcenter übernommen zu werden. Das Berufsbild des Hausarztes muss aber dringend an die veränderten Gegebenheiten des Gesundheitswesens angepasst werden;

hier können Callcenter Unterstützung bieten. Hausärzte sind insbesondere in der longitudinalen Betreuung von Langzeitpatienten unersetzlich. Aus Sicht von Christian Simonin ist und bleibt die Patienten-Arzt-Beziehung das zentrale Element in der medizinischen Versorgung, wobei die Systemumgestaltung zur Professionalisierung, Qualitätsverbesserung und effizienteren Ressourcennutzung beitragen wird. Callcenter bieten wie kein anderer Akteur eine Rund-um-die-Uhr-Anlaufstelle für Patienten von hoher Qualität und unmittelbarer Erreichbarkeit. Eine besondere Qualität der Callcenter und mögliche Dienstleistung zu Gunsten der Hausärzte ist die standardisierte und strukturierte Protokollierung der Telefongespräche. Bezüglich Kooperationsmöglichkeiten ist zwischen akuten Notfallpatienten und Langzeitpatienten mit chronischen Erkrankungen zu unterscheiden: Bei Ersteren steht die Entlastung der Hausärzte – vor allem in Regionen mit entsprechendem Mangel – durch den 24h-Stunden-Triage- und Beratungsservice des Call Centers im Vordergrund. Bei Letzteren wird es schwieriger: Infrage kommt die Übernahme bestimmter diagnostischer Routineuntersuchungen durch Call Center bei bestimmten Krankheiten, wobei der Informationsaustausch zwischen Hausarzt und Call Center sehr herausfordernd ist. Offen bleibt, wer die jeweiligen Dienstleistungen des Call Centers finanzieren soll: Versicherer, Hausärzte, Staat und/oder Patienten.

## Workshop II: Case Manager oder Arzt: Wer führt den Patienten durch den Dschungel des Gesundheitssystems?

Referenten:

**Hans Schmidt, Rechtsanwalt, lic. oec, Präsident Netzwerk Case Management**  
**Roman Buff, Dr. med., Präsident Verband der Thurgauer Ärztenetze**

Moderation:

**Urs Zaroni, MPH, Projektleiter Redaktion «Beobachter»**

Die Frage im Titel des Workshops ist zu eng gefasst, weil sie auf Krankheit ausgerichtet ist (Case Management im engeren Sinne). Mindestens so wichtig ist das Case Management im Bereich des invaliditätsbedingten Arbeitsausfalls mit anschliessender Reintegration (Case Management im weiteren Sinne oder Eingliederungsmanagement).

Die Diskussion lieferte folgende Erkenntnisse:

- Case Management entspricht einem Patienten-/Klientenbedürfnis.
- Das A und O des Case Managements: Die richtigen Fälle im richtigen Zeitpunkt auswählen.

- Case Management ist nicht (nur) Cost Management.
- Die Gefahr, dass Patienten durch (rigides) Case Management unterversorgt bleiben, ist weit geringer als die Gefahr, dass sie durch ihre Anspruchshaltung überversorgt werden.
- In ländlichen Gebieten mit ausreichender Grundversorgung kann der Hausarzt oder die Hausärztin das Case Management wahrnehmen – zumindest das krankheitsbezogene. Dabei sollten von Anfang an sämtliche wichtigen Bezugsgruppen des Patienten einbezogen werden.
- In allen anderen Fällen sollten sich die Ärzte und Ärztinnen auf Care Management konzentrieren, das heisst auf die Koordination der medizinisch-pflegerischen Tätigkeit.
- Der «ideale» Case Manager ist ein unabhängiger, interdisziplinärer Patchwork-Allrounder. Vor allem aber ist er ein guter Kommunikator mit hoher Sozialkompetenz, der gewillt ist, sich mit allen Fachdisziplinen zu beschäftigen. Bei der SUVA sind Care-Teams im Einsatz, da es den «idealen» Case Manager nicht gibt.
- Case Management ist Wissenstransfer: Der Case Manager stellt sicher, dass alle involvierten Fachpersonen wissen, was die anderen machen (oder gemacht haben).

Synthese:

Die Offenheit gegenüber Case Management ist überall gestiegen. Doch viele Fragen sind genauso ungeklärt wie vor fünf Jahren. Insbesondere die Antwort auf die Titelfrage.

### Workshop III: Qualität und Pauschalfinanzierung: Sind Pauschalfinanzierungen unethisch und qualitätsmindernd?

Referenten:

**Dr. med. Andreas Häfeli, Präsident Aargauischer Ärzteverband**  
**Dr. med. Felix Huber, Leiter MediX Ärzterverbund Zürich**

Moderation:

**Philip Baumann, lic. oec. publ., Managing Director BlueCare, Vorstandsmitglied Forum Managed Care**

Sind Pauschalfinanzierungen unethisch und qualitätsmindernd? Diese Frage stand im Zentrum der Kurzreferate sowie der darauf folgenden Diskussions- und Fragestunde:

Für Felix Huber, HMO-Pionierarzt, sind Pauschalen ein Instrument für das Netzwerk-Management. Nach seiner über zehnjährigen Erfahrung fördern sie das Qualitätsbewusstsein der beteiligten Ärzte. Zudem setzen sie, unter fairen Bedingungen, die richtigen Anreize, um die Qualität im Ärztenetz zu verbessern. So wird das Engagement im Qualitätszirkel belohnt, die Zertifizierung (auch) aus Marketinggründen angestrebt, die Heterogenität des ärztlichen Handelns reduziert und, nicht zuletzt, den Patienten durch gut strukturierte Behandlungsprogramme ein Mehrwert geboten. Die Pauschalen sind der eigentliche Motor für die Entwicklung des Qualitätsmanagements.

Für Andreas Häfeli, Hausarzt im Ärztenetz Brugg, bergen Pauschalen

grosse Risiken. Ihre Berechnungsgrundlagen sind heute ungenügend und können daher zu Fehlanreizen in der Behandlung, verdeckter Rationierung oder ungerechtfertigten Gewinnen/Verlusten führen. Nach seiner Erfahrung sind nicht Pauschalen, sondern Qualitätsförderungsprogramme, ein verbesserter Risikoausgleich, der die Morbidität der PatientenInnen berücksichtigt, sowie ressourcenorientierte, einfache Guidelines und eine neue Fehlerkultur in der Ärzteschaft notwendig. Die Diskussion um Pauschalen lenke nur vom Wesentlichen ab.

Die Verständnisfragen zum Umfang und zur Berechnung der Pauschalen konnten rasch geklärt werden. Diese werden meist als Gesamtkosten je Versicherten und Jahr definiert. Die Frage der Ethik wurde – im Kreis der Managed-Care-interessierten Fachleute – rasch beantwortet. Es werden keine grundsätzlichen Bedenken gesehen, sofern die Rahmenbedingungen stimmen (Netzgrösse, Berechnungsmethoden, keine direkte Gewinnbeteiligung des Arztes).

Die anschliessende Diskussion über die Auswirkung von Pauschalabteilungen auf das Qualitätsmanagement bestätigte die Thesen der beiden Referenten: Ob mit oder ohne Pauschalen: Über den Erfolg von Ärztenetzen wird künftig das Qualitätsmanagement entscheiden. Abschliessend wurde diskutiert, ob «Pauschalen» künftig nicht nach Diagnosegruppen der zu behandelnden Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten zu berechnen seien. In diesem Punkt herrschte breiter Konsens: Die Entwicklung soll in Richtung von Pauschalen für spezifische Diagnosegruppen gehen. Nur so werden sich Ärztenetze spezialisieren und im Wettbewerb um den Patienten eine bestmögliche Versorgung anbieten.

### Workshop IV: Freie Arztwahl: Wer wählt den Arzt? Die Patienten oder die Versicherer?

ReferentInnen:

**Margrit Kessler, Präsidentin Schweizerische Patientenorganisation**

**Marc-André Giger, lic. rer. pol, MBA, Direktor Santésuisse**

Moderation:

**Dr. med. Andreas Weber, MediX Management, Vorstandsmitglied Forum Managed Care**

Sollen auch in Zukunft die Versicherten unter allen zugelassenen ÄrztInnen frei wählen können oder sollen die Versicherer die ÄrztInnen auswählen, die ihren Versicherten zur Wahl stehen?

Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gibt es seit 1992 (HMOs, Hausarztmodelle). Heute wird die Einschränkung der Arztwahlfreiheit auch im Zusammenhang mit der Vertragsfreiheit (Aufhebung der Verpflichtung der Versicherer, jeden Arzt unter Vertrag zu nehmen) diskutiert.

Die Versicherer versprechen sich von der Vertragsfreiheit eine Kostendämpfung. Eine tiefere Ärztedichte korreliert mit tieferen Gesundheitskosten. Unwirtschaftlich arbeitende ÄrztInnen können ausgeschlossen werden. Bei «Ärzt ratings» gut abschneidende Mediziner und solche in Managed-Care-Modellen können bevorzugt werden. Dadurch steigt auch die Qualität.

Die PatientInnen würden ein Ärzt rating im Sinne eines «Guide Santé» begrüssen. Sie befürchten jedoch, dass beispielsweise der

Hausarzt und der Augenarzt nicht bei der gleichen Krankenkasse unter Vertrag sind. Ärzte könnten zudem geneigt sein, chronisch Kranke wie Aids-, oder Multiple-Sklerose-PatientInnen abzuweisen, um in der Kostenstatistik der Versicherer nicht aufzufallen.

Von Ärzteseite stellt man die Fähigkeit der Versicherer, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Ärzte zu beurteilen, infrage. Eigentlich wäre es Aufgabe der Ärzte und Ärztenetze, Messinstrumente und Qualitätskriterien zu erarbeiten und auf freiwilliger Basis ein Qualitätszertifikat zu erwerben. Ob ein solches Zertifikat dann auch ein Vertragsrecht bewirkt, wird kontrovers beurteilt.

Auch differenzierte Messinstrumente werden kaum in der Lage sein, die Fähigkeit eines Arztes, komplexe Behandlungsprozesse effizient zu steuern, adäquat zu erfassen. Und gerade hier liegt das grosse Optimierungspotenzial. Viel versprechender als Kontrollen wären deshalb Anreize für eine gute Koordination und Kooperation unter Leistungserbringern und Anreize für die Versicherten, sich bei diesen Leistungserbringern betreuen zu lassen. Vermutlich deshalb plant das Parlament, die Vertragsfreiheit zusammen mit Managed Care zu diskutieren. Allerdings – und darin waren sich die Repräsentanten aller Akteurgruppen einig – werden die Versicherer von einer Zusammenarbeit mit gut organisierten Ärztenetzen nur dann profitieren, wenn der Risikoausgleich verfeinert wird. Damit könnte auch der Gefahr begegnet werden, dass chronisch Kranke von Versicherern und Ärzten diskriminiert werden.

Um in ein paar Jahren beurteilen zu können, ob diese Massnahmen die gewünschte Effizienzsteigerung in der Gesundheitsversorgung bewirken, sollten bereits heute mehr Gelder in die Gesundheitssystemforschung fliessen.

## Workshop V: Steuerungsaufwand der Netze – verkannt oder anerkannt?

Referenten:

**Christian Marti, Dr. med., Geschäftsleiter der WintiMed AG**  
**Reto Dietschi, lic. iur., Leiter Leistungserbringermanagement  
Helsana**

Moderation:

**Kurt Hess, Dr. med. et lic. oec., Projekte und Beratungen im Ge-  
sundheitswesen, Vorstandsmitglied Forum Managed Care**

Haben budgetverantwortliche Ärzte genügend Spielraum für eine Kosten-Nutzen-Optimierung? Diese Frage ist im Workshop auf zwei Ebenen behandelt worden: Wer verantwortet und finanziert den Steuerungsaufwand; wie kann der Leistungserbringer seine finanzielle Verantwortung wahrnehmen, wenn er in der Wahl der Mittel substanzial eingeschränkt ist?

Ohne Steuerungsaufwand für Gatekeeping, Qualitätszirkel, Einkaufsmanagement und vieles mehr kann ein Budgetmodell seine Aufgabe nicht erfüllen. Dieser Aufwand beträgt je nach Netzgrösse zwischen 6 und 10 Prozent, wird aber von den Versicherern nicht als solcher anerkannt. Ärzte, die eine gute patienten- und kostenorientierte Steuerung betreiben, werden dadurch bestraft, denn die Versicherer berechnen die Capitation auf Basis einer zu hohen Gewinnan-

nahme. Die Diskussion zeigt, dass sich so eine konsequente Netzsteuerung vor allem für die Versicherer lohnt, denn auch die konventionell Versicherten profitieren davon. Obwohl die Versicherer dieses Dilemma anerkannten, konnte keine neue Systemlösung gefunden werden. Der einzige Weg sind partnerschaftliche Kompromisse und transparente Verhandlungen.

Ein analoges Dilemma wird darin gesehen, dass der Budgetverantwortliche an den Grundleistungskatalog gebunden ist. Eigentlich sollte der Arzt mit dem fixen Capitationbetrag auch Nichtpflichtleistungen veranlassen können, sofern diese medizinisch sinnvoll und kostensparend sind. Oft wird er aber gezwungen, sich für eine teure Pflichtleistung zu entscheiden (z.B. Spitaleinweisung), wo eine kostengünstigere Alternative besser indiziert wäre (z.B. Kuraufenthalt). Verantwortlichkeiten und Kompetenzen decken sich nicht. Versichererseite wurde eine Alternative skizziert, die Ärzten eine hohe Behandlungsfreiheit gewährt und gleichzeitig neue Anreize für die Versicherten generiert. Die Praktikabilität der Idee wurde kontrovers diskutiert, doch herrschte die Meinung vor, man müsste eine solche Lösung ausarbeiten und in einem Pilotprojekt erproben.

Die beiden Ebenen der Thematik erwiesen sich als vielschichtig und komplex. Für eine Diskussion à fond war die Zeit zu knapp, doch ist es den beiden Experten und den Teilnehmern in reger Diskussion gelungen, für die Problematik zu sensibilisieren. Es hat sich auch gezeigt, dass hierzulande Ärzte und Versicherer offen und konstruktiv auch über höchst kontroverse Themen debattieren können.

## Workshop VI: Kantonale Spitalplanung oder Verselbständi- gung der Spitäler: Bringt zentrale Planung eine bessere Versorgung?

Referenten:

**Christian Schär, Dr. phil., Chefredaktor Competence, Vorsitzen-  
der Geschäftsleitung Spital Thurgau AG**  
**Dr. rer. pol. Klaus Müller, Integria Consult, Bern**

Moderation:

**Werner Widmer, Dr. oec., Präsident Stiftung Diakoniewerk  
Neumünster**

Die Referenten und die sich äussernden WorkshopteilnehmerInnen waren sich in Bezug auf die *Ziele* der Spitalpolitik weit gehend einig:

- Die stationäre Versorgung aller BewohnerInnen muss auf genügendem Niveau gewährleistet sein.
- Volkswirtschaftlich erwünschte Spitalleistungen sollen sich für den Anbieter auch finanziell lohnen, Gewinne müssen erzielt und reinvestiert werden können.
- Volkswirtschaftlich unerwünschte Leistungen, beispielsweise überflüssige Mengenausweitungen, sollen sich für den Anbieter finanziell negativ auswirken, das Verlustrisiko muss vom Spital selber getragen werden.

- Die stationäre Versorgung soll koordiniert, als Teil der ganzen Versorgungskette, wahrgenommen werden.

- Heutige Überkapazitäten sollen abgebaut werden.

Mit dem heutigen KVG wird nur das erstgenannte Ziel vollständig erreicht, allerdings zu einem hohen Preis. Die anderen vier Ziele werden nur halbwegs erreicht. Hier besteht Handlungsbedarf.

Die beiden Referenten waren sich einig, dass die Kantone ihre Mehrfachrolle (Planer, Finanzierer, Tariffestsetzer, Spitalbetreiber) aufgeben müssen. Deshalb ist eine unternehmerische Verselbständigung der Spitäler zu befürworten. Sie sollen sich im Wettbewerb zueinander um die vom Staat aususchreibenden Versorgungsaufträge bewerben können. Dieser Wettbewerb zwischen den Spitalern soll durch die Kantongrenzen nicht eingeschränkt werden.

Wie anzunehmen war, blieben im Workshop Meinungsunterschiede bestehen in Bezug auf den *Weg*, der zu diesen Zielen führen soll:

Wie viel staatliche Planung braucht es in Bezug auf die stationäre Versorgung? Wie können die Nachteile des Anbietermarktes überwunden oder kompensiert werden? Wie unabhängig vom Staat sollen die Trägerschaften der Spitäler de facto sein? Wie müsste der Wettbewerb zwischen den Spitalern geregelt sein (regulierter Wettbewerb, managed competition)?

Fazit:

Die Verselbständigung der Spitäler ist geradezu eine Voraussetzung für eine faire Spitalplanung des Kantons.