Qualitätszirkel: Die Ärztinnen und Ärzte des Zürcher Netzwerks Medix besprechen regelmässig aktuelle Fälle.

Ärzte in Teams senken Kosten

Die medizinische Behandlung in Ärztenetzen soll in der Schweiz zur Regel werden. Doch diese sogenannte Managed Care hat ein Imageproblem.

Text: Bernhard Raos; Fotos: Tanja Demarmels

Der 82-jährige Patient bekam nach einer schweren Thrombose 14 Monate lang ein blutverdünnendes Medikament. Soll es nun abgesetzt werden, auch wenn ein kleines Risiko einer erneuten Thrombose besteht? Diesen Fall aus seiner Praxis präsentiert ein Zürcher Hausarzt 20 Kolleginnen und Kollegen im Ärztenetzwerk Medix. Sie nutzen die Mittagsstunden für ihren regelmässigen Qualitätszirkel – und werten die Frage als Grenzfall. «Informier den Patienten über mögliche Folgen und lass ihn mitentscheiden», empfiehlt jemand. Es entwickelt sich eine engagierte Diskussion, ob solche Entscheidungen den Patienten nicht überfordern.

Hausarzt Felix Huber, der das Treffen leitet, spricht von «praktischer Qualitätsarbeit und einem der wichtigsten Eckpfeiler unseres Ärztenetzes». Der Austausch nehme Druck von den einzelnen Hausärzten, weil sie von den Erfahrungen anderer profitierten. Das verbessere auch die Patientensicherheit. Die Runde im Stadtteil Wipkingen ist einer von sechs Qualitätszirkeln im Zürcher Medix-Netz.

Schweizweit gibt es heute rund 100 solche Netzwerke (Hausarztnetze, HMO-Praxen). Bereits jeder zweite Hausarzt ist einem dieser Modelle angeschlossen, die unter dem Sammelbegriff Managed Care figurieren. In einem derartigen Netzwerk wird die medizinische Betreuung gesteuert. Dies soll Kosten sparen – und auch die Behandlungsqualität erhöhen.

Die Regierung will – die Patienten zögern

Nach dem Willen von Bundes- und Nationalrat – der Ständerat entscheidet in der Wintersession – wird die vernetzte medizinische Behandlung ab 2012 zur Regel. Aktuell haben allerdings erst rund 12 Prozent aller Versicherten ein Managed-Care-Modell gewählt. So gesehen ist die Zielsetzung von Gesundheitsminister Burkhalter überaus ehrgeizig: Er möchte diesen Anteil bis 2015 auf 60 Prozent verfünffachen. Unter allen Rezepten zur Eindämmung der Gesundheitskosten setzt die Politik auf Managed Care die grössten Hoffnungen.

Diese Planspiele können Medix-Ärzte wenig beeinflussen – sie tun daher ihre Alltagsarbeit. Sie scheuen sich im Qualitätszirkel nicht, über Fehler zu reden. So hat einer einen betagten Patienten «sorgfältig untersucht», wie er betont, und ihm dann ein Strassenverkehrszeugnis ausgestellt. Kurz darauf fuhr der Senior in ein Tram. Der Ratschlag aus der Runde: «Wenn euch bei der Entscheidung nicht wohl ist, delegiert den Fall an die Verkehrsmedizin oder veranlasst eine Probefahrstunde.»

Gesprochen wird nicht nur über heikle Fälle aus der täglichen Praxis. So stellt einer die neusten Erkenntnisse zur Bluthochdrucksenkung bei Diabetes zur Diskussion. Tiefer angesetzte Zielwerte für den Blutdruck würden vor allem der Pharmaindustrie dienen, ereifert er sich. Die Argumentation ist mehrheitsfähig: Das Netzwerk wird in internen «Guidelines» die Zielwerte erhöhen.

Das Ärztenetz hat Budgetmitverantwortung und mit den Kassen entsprechende Verträge abgeschlossen. Hohe Kosten einzelner Patienten sind ein fixes Traktandum in den Qualitätszirkeln – Case Management heisst das. In diesen Gesprächen zeigt sich auch, woran das Gesundheitswesen besonders krankt: Noch schauen die verschiedenen Leistungserbringer zu sehr auf sich.

Geschildert wird der Fall eines 65-jährigen Krebspatienten, den ein Netzwerk-Arzt an eine Privatklinik überwies. Ohne Aussicht auf Heilung wurde der Kranke mehrfach operiert und mit Chemotherapien behandelt. Er starb nach fünf Mona-

«Würden wir nur auf die Kosten schauen, fiele das sehr rasch auf uns zurück. Es gibt nichts Teureres als schlechte Qualität.»

Felix Huber, Hausarzt und Leiter der Medix-Gruppenpraxis

ten. Dafür kassierte das Spital 47 000 Franken aus der Grundversicherung und über 120 000 Franken aus einer Zusatzversicherung. Alle schütteln den Kopf. «Es gibt Privatkliniken, die ihre Patienten buchstäblich ausschlachten», stellt einer fest. Das Problem dabei: «Ist ein Patient erst einmal im Spital, haben wir keinen Einfluss mehr.»

Mehr Qualität oder Billigmedizin?

Obwohl Effizienz, Qualitätsbewusstsein und Kostenkontrolle eigentlich für Managed Care sprechen, haben die Ärztenetzwerke bei den Patienten einen schweren Stand. Das bestätigt eine Befragung des GfS-Instituts Bern im April 2010 unter 1200 Stimmbürgern. 28 Prozent von ihnen gaben an, bei einem Ärztenetz krankenversichert zu sein oder sich dies konkret vorstellen zu können. Demgegenüber sagten satte 58 Prozent klar Nein dazu. Ihre Haltung würden sie höchstens dann ändern, wenn sie ihren Hausarzt behalten dürften und die Prämien deutlich tiefer wären.

Die vorherrschende Skepsis wird sowohl von Teilen der Ärzteschaft wie auch von den Linksparteien im Parlament befeuert. Pulsus, eine nach eigenen Angaben unabhängige Vereinigung von Praktikern aus dem Gesundheitswesen, hat bereits das Referendum angekündigt, sollte der Ständerat dem Nationalrat in Sachen Managed Care folgen. Die Argumente von Pulsus decken sich mit den Bedenken der politischen Linken: Die freie Arztwahl werde zum Luxus, und die Budgetmitverantwortung der Netzwerke führe zu Billigmedizin und versteckter Rationierung. Kurzum: Es werde auf Kosten der Patienten gespart.

Hausarzt Felix Huber widerspricht energisch: «Würden wir in unserem Modell nur auf die Kosten schauen, fiele das sehr rasch auf uns zurück. Es gibt nichts Teureres als schlechte Qualität.» Huber ist einer der Schweizer Pioniere der «hausärztlich geführten integrierten Versorgungsnetze», wie er sein Modell bezeichnet. Aktuell ist er Co-Leiter der Medix-Gruppenpraxis in Zürich-Wipkingen, wo Allgemeinpraktiker, Spezialärzte, Ernährungs- und Diabetesberaterinnen sowie Physiotherapeuten und Psychologinnen unter einem Dach zusammenarbeiten. Mit diesem übergreifenden Angebot liegt das Netzwerk ganz auf der Linie der politisch aufgegleisten Neuordnung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Vorgesehen ist Folgendes:

- **Wer an der freien Arztwahl festhält,** soll künftig mit 20 Prozent einen doppelt so hohen Selbstbehalt entrichten wie ein Managed-Care-Versicherter. Wichtiger ist aber der maximale Selbstbehalt in absoluten Zahlen: Als Richtwerte gelten 500 Franken für Netzwerke und 1000 Franken für traditionell Versicherte; heute beträgt der Selbstbehalt maximal 700 Franken. Wer sich für ein Ärztenetz entscheidet, bindet sich für drei Jahre an diese Versicherungsvariante, ausser er bezahlt eine Austrittsprämie. Gegenwärtig erhalten Versicherte in einem Managed-Care-Modell von den meisten Krankenkassen noch einen Rabatt von 10 bis 15 Prozent auf die Jahresprämie.
- **Der Risikoausgleich wird verfeinert:** Neu soll neben Alter und Geschlecht auch der Gesundheitszustand der Patienten für die Berechnung der Ausgleichszahlungen zwischen den Krankenkassen berücksichtigt werden. So möchte man die Jagd der Kassen auf sogenannt gute Risiken eindämmen. Managed Care soll vor allem die Behandlung von chronisch Kranken optimieren, die zwar nur 10 Prozent der Patienten, aber 70 Prozent der Kosten ausmachen.
- **Die Ärzte müssen Budgetverantwortung im Netzwerk übernehmen.** Das soll helfen, nutzlose Leistungen zu vermeiden und die Behandlungsprozesse zu verbessern. Es gibt Experten wie den Ökonomen und früheren Tessiner Gesundheitsdirektor Gianfranco Domenighetti, der die Mehrkosten für überflüssige Behandlungen mit drei Milliarden Franken beziffert – pro Jahr. Drei Studien aus der Schweiz zeigen Kosteneinsparungen zwischen 10 und 40 Prozent durch eine integrierte Versorgung, wobei die Risikoselektion berücksichtigt wurde.

Felix Huber weiss, dass noch viel Überzeugungsarbeit nötig ist, vor allem was die freie Arztwahl betrifft. Er relativiert: Wer sich innerhalb eines integrierten Ärztenetzes versichere, schränke zwar tatsächlich die freie Wahl ein, aber innerhalb des Netzes könne er seinen Arzt immer noch frei wählen. Und sollten sich Ärztenetze nach dem Willen des Bundesrats in grossem Stil durchsetzen, «umso weniger stellt sich die Frage nach der freien Arztwahl». ■

Ärztenetze: So funktionierts

Wer heute in der Grundversicherung ein Hausarztmodell wählt, kann je nach Variante und Krankenkasse bis zu 25 Prozent der normalen Prämien sparen. Grundsätzlich gibt es zwei Modelle von Hausarztversicherungen:

- **Variante «light»:** Beim sogenannten Listenmodell führen die Krankenkassen eine meist umfangreiche Ärzteliste, dies aber ohne vertragliche Bindung zwischen Arzt und Kasse. Der Versicherte wählt aus diesem Verzeichnis seinen Hausarzt, der die erste Anlaufstelle ist. Will der Patient einen Spezialarzt seiner Wahl konsultieren, muss der Hausarzt zuerst ein Überweisungsformular unterschreiben. Bei diesem Modell beträgt der Prämienrabatt in der Regel 10 Prozent.

- **Netzwerk im engeren Sinn:** Hier besteht ein verbindlicher Vertrag zwischen einem Ärztenetz oder einer HMO-Praxis und der Krankenkasse. In der Regel übernehmen die Ärzte eine Budgetverantwortung. Der Versicherte verpflichtet sich, immer erst den gewählten Arzt aus dem Netz oder dem HMO zu konsultieren. Dieser Arzt hat den Überblick über die Krankengeschichte und koordiniert – falls erforderlich – die Überweisung an Spezialisten. Wer dieses Modell wählt, profitiert von Prämienrabatten bis zu 25 Prozent.

Je nach Modell und Krankenkasse gibt es unterschiedlich rigorose Auflagen für die Versicherten: In der Regel können Frauen ihre Frauenärztin behalten. Für Routineuntersuchungen braucht es dann keine Überweisung durch den Hausarzt. Bei Operationen hingegen ist eine solche meist nötig. Frei wählbar ist auch der Augenarzt, wobei auch hier bei Operationen der Hausarzt vorab zu konsultieren ist. Auch wer zum Physiotherapeuten, ins Spital oder zur Kur muss, hat sich immer zuerst an den Hausarzt zu wenden.

Was passiert, wenn sich ein Patient nicht an die Regeln hält? Er riskiert, dass die Rechnung nicht bezahlt wird, wenn er sich ohne Zustimmung seines Hausarztes von anderen Ärzten oder Therapeuten behandeln lässt. Je nach Vertrag kann er auch den Rabatt verlieren und auf die normale Grundversicherung zurückgestuft werden. Einige Kassen sind kulanter und zeigen zuerst die gelbe Karte, bevor sie Sanktionen ergreifen.