

Projektbeschreibung „RhyMed-Hausarzt-Verträge“

1. Ausgangslage

Das Schweizerische Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren in grössere Bewegung geraten. Auslöser dieser Bewegung sind die Veränderungen im Gesundheitswesen, wie sie in der Öffentlichkeit und vor allem in der Politik wahrgenommen werden. Damit ist noch nichts ausgesagt über die Art der Veränderung und daraus folgenden Konsequenzen für das Gesundheitswesen und für die daran Beteiligten (Patienten, Leistungserbringer, Versicherer, Legislative und Exekutive in Bund und Kanton). Je nach Standpunkt des Betrachters ergibt sich ein fast ungläubliche Vielzahl von Aspekten und Perspektiven des Gesundheitswesens und es fällt offensichtlich allen Verantwortlichen äusserst schwer, sich in diesem Durcheinander zu orientieren.

1996 tritt eine das neue KVG in Kraft. Erklärte Ziele des neuen Gesetzes sind die Solidarität der Versicherten zu stärken, die Qualität der Versorgung zu sichern und die Kostenentwicklung zu regulieren.

Das Gesetz erreicht die beiden ersten Ziele recht gut, das dritte Ziele dagegen wird weit verfehlt. Die Aufwärts-Dynamik der Kostenentwicklung wird durch das neue Gesetz eher noch verschärft. Die Legislative übersieht offenbar, dass wesentliche Mehrleistungen (Pflegeversicherung, Spitex usw.) zwangsläufig zu wesentlichen Mehrkosten führen, welche sich zusätzlich durch die demografische Entwicklung in unserem Land (mehr alte Menschen) akzentuiert. Zum Gewinnen der Volksabstimmung zum KVG wird allen Leuten alles versprochen, nachher stellt man fest, dass nun auch alle alles einfordern – das System droht zu kollabieren. Eine Teilrevision ist angesagt, bleibt aber während Jahren im Eidgenössischen Parlament schlichtweg stecken.

Einem weiteren Aspekt, der besonders die zwei letzten Ziele des neuen KVG angeht (Qualitätssicherung und Kostenentwicklung), ist im KVG zwar vorgesehen, wird aber bisher nur wenig beachtet, bzw. wird von Teilen der Verantwortlichen gezielt hintertrieben. Dieser Aspekt wird allgemein mit dem neudeutschen Begriff „Managed-Care“ (MC) umschrieben. „Managed-Care“ zu definieren fällt im ersten Ansatz ebenso schwierig wie die Beschreibung des Gesundheitswesens und verleitet dazu – ebenfalls analog zur Entwicklung im Gesundheitswesen – undifferenziert „drauf los zu machen“. Ut aliquid fiat – Hauptsache es läuft etwas (– egal was). „Managed Care“ meint im Grundsatz eine umfassende Betreuung des Patienten, welche nicht nur eine optimale medizinische sondern eine ebenso optimale volkswirtschaftliche Komponente enthält. Es herrscht eine allgemeine Übereinstimmung, das im Schweizerischen Gesundheitswesen noch Raum ist für Prozessoptimierung, die der Gesundheit des Patienten ebenso zuträglich sind wie dem privaten und öffentlichen Geldbeutel. Ein wesentlicher Aspekt ist dabei die Leistungs- und Kostentransparenz.

Managed Care

Beteiligung der Versorger am Versicherungsrisiko für die Patienten, und die Vernetzung von Behandlungseinrichtungen. Ziel ist, die Verbesserung der Behandlungsqualität und die Ökonomisierung der Medizin.

(in Anlehnung an Lauterbach 1996)

Obwohl sich viele der meinungsbildenden schweizerischen Gesundheitsökonomien (Sommer, Oggier) dezidiert für die Förderung von MC-Modellen aussprechen, erklärt keiner, wie das System konkret funktionieren soll, wer es entwickeln soll und wer diese Entwicklungsarbeit zu leisten und zu finanzieren habe. Diese Unsicherheit bietet Raum für spekulative Projekte mit innovativen Lösungen, ebenso aber Raum für falsche Propheten, die aus der gesellschaftlicher Verlegenheit Profil gewinnen, bzw. Profit schlagen nach dem Muster der Mär von den „Alten Chinesischen Ärzten“, die angeblich nach der Zahl der gesunden (und nicht der kranken) Patienten ihre Entlohnung erhielten. Eine konkrete Schilderung der Funktionsweise dieses Wundersystems sind alle bisher schuldig geblieben („Se non è vero è ben trovato!“)

Als Ärzte sind wir aber direkt und existenziell von diesen Entwicklungen betroffen. RhyMed hat sich daher entschlossen, eigene Schritte zu unternehmen und die Entwicklung von MC-Modellen zu fördern und diese im St. Galler Rheintal anzubieten. Alle Beteiligte begeben sich dabei auf Neuland,

das gilt für Versicherte, Ärzte und Versicherer. Die Datenlage zum Langzeiterfolg solcher Modelle ist äusserst spärlich. Die meisten MC-Daten stammen aus den USA. Das Gesundheitswesen der USA ist aber ein Zwei-Klassen-System. Es gehört zu den teuersten (gemessen am BSP) der Welt, zum andern schliesst es einen substanziellen Teil der Bevölkerung von einer Top-Versorgung aus. Allerdings gibt es theoretische Indikatoren, welche einen Erfolg der MC-Systeme erwarten lassen. Erfolg nicht in erster Linie auf der ökonomischen Ebene, sondern viel mehr auch auf der persönlichen Berufsebene des einzelnen Arztes, der in dieser stürmischen Zeit mit existenzieller Bedrohung Gefahr läuft, seine Berufsmotivation zu verlieren, was sich wiederum negativ auf Qualität und Kosten des Gesundheitswesens auswirkt. Diesen Trend gilt es im Sinne einer Gesamtschau über das Schweizerische Gesundheitswesen aufzuhalten.

2. Zusammenarbeit mit Thucare

Im Rahmen eines Vorprojekts „Evaluation“ erkennt eine RhyMed Arbeitsgruppe, dass unser eigenes Potenzial nicht ausreicht, selber und aus eigener Kraft zukunftsgerichtete MC-Modelle zu entwickeln und wir einen kompetenten Partner brauchen. Es werden detaillierte Angebote von drei Anbietern von MC-Modell-Betreibern geprüft: Thurcare, Frauenfeld, MediX, Zürich und PizolCare, Wangs. Die Wahl fällt auf Thurcare, Frauenfeld. Den Ausschlag gibt neben der geografischen und mentale (ländlicher Raum) Nähe zu den Thurgauer Ärzten vor allem das klar strukturierte Angebot. Die Betriebsgesellschaft Thurcare AG, Zürcherstrasse 112 8500 Frauenfeld, betreut die MC-Verträge von vier Ärzte-Netzwerken im Kanton Thurgau mit insgesamt 190 Ärzten, 55'000 MC-Versicherten und Verträgen mit 13 Krankenversicherern. Weiter betreibt Thurcare das Trustcenter Thurcare. Ansprechpartner für RhyMed sind die Geschäftsleitungsmitglieder Dr. med. Roman Buff, Koordinator Netzwerke und Ilan Serruya, kaufmännischer Leiter. RhyMed Verbindungsglied zu Thurcare ist Dr. med. A. Dietschi, Mitglied der Projektgruppe und des RhyMed-Vorstands.

Das Dienstleistungsangebot von Thurcare umfasst

- MC-Verhandlungssupport
- Implementierung und Auswertung MC-Verträge
- Netzwerkadministration

Das Netzwerk RhyMed schliesst am 18.02.05 einen Dienstleistungsvertrag ab mit Thurcare. Thurcare wird als erfahrene Betriebsgesellschaft MC-Verträge im Namen von RhyMed mit den führenden Krankenkassen verhandeln und diese RhyMed anbieten. Die von uns angestrebten MC-Verträge basieren auf der Idee der Hausarzt-Verträge.

Geplante bzw. offerierte Aufwendungen für Thurcare siehe nachfolgend unter „6. Mittelbedarf“.

3. RhyMed Hausarztmodell

In der Schweiz existieren bereits mehrere Varianten von Hausarzt-Modellen. Auch in unserer Region wurden vor ca. 10 Jahren erste HA-Modelle eingeführt. Ihre Effizienz scheiterte jedoch an der fehlenden Verbindlichkeit der Ärzte und am langfristigen Interesse (und den damit verbundenen „Pflegeaufwand“) der Versicherer. Mit dem System „Blue-Evidence“ (software) wird nun neu eine einheitlichen und hocheffiziente elektronische Kommunikationsplattform geschaffen.

Voraussetzung für die Teilnahme am Hausarztmodell ist ein gutes Arzt/Patienten-Verhältnis. Aus der Erfahrung anderer Netzwerke wissen wir, dass sich realistischweise etwa 25% der Versicherten in einem Hausarztmodell wohl fühlen.

Der anhaltende Trend zur Prämiensteigerung der KK lässt erwarten, dass das Preis-Bewusstsein der Versicherten tendenziell zunehmen wird, das heisst, preiswerte Angebote werden vermehrt wahrgenommen, somit ist die Vorgabe von 25% der Versicherten erreichbar.

RhyMed deckt etwa 50% der Ärzteschaft der Region mit einer Einwohnerzahl ca. 50'000 ab. Somit kann, wenn alle Versicherer mitmachen, mit ca. 5'000 bis 7'000 MC-Versicherten im Netzwerk gerechnet werden.

Die folgenden Ausführungen sind formal an die Versicherten gerichtet und entsprechen dem Aufklärungstext auf der RhyMed-Website (www.rhymed.ch)

Hausarzt-Modell

In einem Hausarztmodell wählen Sie eine Ärztin/einen Arzt von RhyMed als Ihren persönlichen Hausarzt /Ihre persönliche Hausärztin und suchen bei gesundheitlichen Problemen immer zuerst sie/ ihn auf. Ihre RhyMed-Ärztin /Ihr RhyMed-Arzt koordiniert für Sie die gesamte Behandlung und spricht diese mit ausgewählten Ärztinnen und Ärzten, Therapeuten und Spitalern ab. Dafür dass Sie sich an die "Regeln im Hausarztmodell" halten, gewähren Ihnen verschiedene Krankenkassen einen Prämienrabatt.

Regeln im Hausarztmodell

Zuerst immer zu Ihrem RhyMed Hausarzt

Im RhyMed Hausarztmodell wählen Sie eine Ärztin / einen Arzt von RhyMed als Ihren persönlichen Hausarzt. Wenn Sie gesundheitliche Probleme haben oder einen Unfall hatten, wenden Sie sich zuerst immer an ihn / sie. Bei Bedarf überweist Sie die Ärztin / der Arzt an einen Spezialisten oder ins Spital und koordiniert Ihre weitere Betreuung.

Wenn Sie sich bei einem Arzt oder Therapeuten ohne Überweisung oder Einverständnis Ihres Hausarztes behandeln lassen, riskieren Sie, dass die Kosten einer solchen Behandlung nicht übernommen werden. Besprechen Sie es darum immer mit Ihrem Hausarzt, bevor Sie einen anderen Arzt, ein Spital oder einen Therapeuten aufsuchen.

Kann ich weiterhin zu meinem Spezialisten gehen?

Besprechen Sie es mit Ihrem Hausarzt. Er wird mit Ihnen das optimale Vorgehen besprechen und Sie zum Spezialisten überweisen. In der Regel spricht nichts dagegen, dass Sie weiterhin zu einem Spezialisten gehen können, bei dem Sie schon früher in Behandlung waren. Sie brauchen aber eine Überweisung durch Ihren Hausarzt.

Kann ich meinen Frauenarzt behalten?

Sie können für Vorsorgeuntersuchungen und Schwangerschaftskontrollen weiterhin ohne Überweisung Ihren Frauenarzt aufsuchen. Wenn der Frauenarzt eine Operation plant, sollten Sie dies Ihrem Hausarzt mitteilen

Kann ich direkt zum Augenarzt?

Für Routinekontrollen und für Brillenverschreibungen können Sie Ihren Augenarzt ohne Überweisung aufsuchen. Wenn der Augenarzt eine Operation plant, sollten Sie dies Ihrem Hausarzt mitteilen.

Kann mein Kind bei seinem Kinderarzt bleiben?

Kinder können weiterhin bei ihrem Kinderarzt behandelt werden.

Ich möchte zu einem Physiotherapeuten / einem Chiropraktiker / Alternativmediziner

Sie benötigen eine Überweisung durch Ihren Hausarzt.

Was tun, wenn ich ins Spital muss?

Wenden Sie sich an Ihren Hausarzt. Er wird gemeinsam mit Ihnen das geeignete Spital wählen und alles Notwendige veranlassen. Wenn Sie eine Spitalzusatzversicherung haben (Privat oder Halbprivat), können Sie auch in eine Privatspital gehen. Sie brauchen dazu aber ebenfalls eine Überweisung durch den Hausarzt.

Wenn Sie notfallmässig ohne Überweisung ins Spital gehen müssen, so sollten Sie so rasch als möglich Ihren Hausarzt informieren, damit er sich auch während Ihres Spitalaufenthaltes um Sie kümmern und den Spitalärzten alle wichtigen Informationen geben kann.

Was muss ich im Notfall tun?

Bitte wenden Sie sich im Notfall immer zuerst an Ihren Hausarzt. Falls dieser nicht erreichbar ist, wenden Sie sich an den Notfallarzt. In sehr bedrohlichen Situationen dürfen Sie selbstverständlich jederzeit einen Notfalldienst in Anspruch nehmen.

Bitte informieren Sie Ihren Hausarzt so rasch als möglich, wenn Sie notfallmässig einen anderen Arzt oder ein Spital aufsuchen mussten.

Notfall im Ausland

Im Notfall können Sie im Ausland direkt zu einem Arzt oder in die Nähe in eine Notfallstation gehen. Bitte informieren Sie Ihren Hausarzt so rasch als möglich, wenn Sie im Ausland medizinische Hilfe benötigen haben.

Warum gibt es einen Prämienrabatt?

- Weil damit Kosten gespart werden können, dank:
- gut koordinierter Zusammenarbeit mit Spezialisten und Spitälern der Behandlung
- Vermeidung von nicht dringend nötigen Spitalaufenthalte
- Hausbesuche, wenn nötig und sinnvoll
- Vermeidung von Doppelspurigkeiten
- Vermeidung von Abklärungen und Behandlungen, die den Patienten keinen Nutzen bringen

Wie kann ich ins Hausarztmodell wechseln?

Das RhyMed-Hausarztmodell steht allen Einwohnern der Region Oberes Rheintal offen.

Meine Versicherung hat einen Vertrag mit RhyMed

Der Übertritt ins RhyMed Hausarztmodell ist jeweils auf den ersten des nächsten Monats möglich. Bitte wenden Sie sich an die für Sie zuständige Versicherungsagentur.

Mein Versicherung hat keinen Vertrag mit RhyMed

Wenn Sie ins RhyMed Hausarztmodell wechseln möchten, dann müssen Sie Ihre Grundversicherung wechseln zu einer der Versicherungen, die einen Vertrag mit RhyMed haben. Der Wechsel ist für alle Versicherten auf Ende Jahr möglich (bei normaler Franchise auch auf Mitte Jahr). Für Offerten wenden Sie sich bitte an einen der Krankenversicherer.

Welche Krankenkassen machen mit?

Ziel ist es, mit den grössten regionalen Krankenkassen (HELSANA, SWICA, Unimedes-BKK) bis anfangs 2006 Hausarztverträge abzuschliessen.

Welche Ärzte machen mit?

RhyMed Ärzte: T. Altwegg, Widnau; A. Dietschi, Diepoldsau; U. Eggmann, Berneck; R. Gross, Altstätten; K. Holik, Heerbrugg; R. Huber, St. Margrethen; F. Huber, Diepoldsau; I. Hutter, Kriessern; Ph. Jenny, Altstätten; R. Meier, Heerbrugg; R. Naegeli, Rüthi, K. Nüesch, Heerbrugg; I. Nüesch, Heerbrugg; H.J. Oesch, Rebstein; P. Papp, Balgach; P. Planzer, Marbach; R. Schück, Heerbrugg, R. Werndli, Eichberg; R. Zäch, Montlingen

5. Zeitlicher Ablauf des Projekts und Prioritäten

Das Projekt soll im Jahr 2005 durchgeführt werden. Wesentliche Projekt-Arbeiten sind bereits erledigt, da im gesundheitspolitischen Prozess die Uhren etwas schnell ticken. Da sämtliche Beteiligte (Patienten, Versicherer, Ärzte) bei diesem Projekt mehr oder weniger Neuland betreten und sich vor allem auf theoretische Indikatoren abstützen, muss im Lauf des Projekts mit Unwägbarkeiten gerechnet werden, welche zu terminlichen Verzögerungen bzw. Akzentverschiebungen in der Zielformulierung führen können.

Ziel 1:

HELSANA HA-Vertrag bis zum 1. Juni 2005: (ZIEL ERREICHT)

Der Vertrag folgt im Wesentlichen den Vorgaben der AMC (Arbeitsgemeinschaft Managed Care) und wurde am 30. Mai 2005 von RhyMed unterzeichnet.

Er wird nun den RhyMed Mitglieder zugestellt, welche individuell eine Beitritterklärung unterschreiben.

Wesentliche inhaltliche Eckwerte des HELSANA Vertrags, die Ärzte betreffend:

Teilnehmende Ärzte

- sind zu mindestens 50% hausärztliche Grundversorger (Praxisumsatz)
- nehmen regelmässig an Qualitätszirkeln teil (Reporting durch Netzwerk)
- leisten in der entsprechenden Versorgungsregion Notfalldienst
- kommunizieren mit dem System „Blue-Evidence“ gegenüber Krankenkassen (via Betriebsgesellschaft Thurcare) ihre Zuweisungspraxis

Ziel 2a:

Bis Mitte August SWICA Vertrag mit Risiko-Mitbeteiligung unterschriftsreif

Die RhyMed HV hat am 30. Mai zugestimmt, Thurcare mit dem die Verhandlungsmandat zu beauftragen, einen Vertrag mit Risikobeteiligung zu verhandeln.

Damit ein Hausartsystem mit Risikobeteiligung des Ärzte-Netzwerks statistisch gesehen „funktionieren“ kann (kritische Grösse) ist eine Mindestzahl von 2'500 Versicherten notwendig. Nach Angaben von SWICA/Thurcare ist diese Zahl aufgrund der Erfahrungen mit dem Vorgänger HA-Modell der SWICA in der Region (das aber nicht mehr aktiv bewirtschaftet wird) mit der RhyMed Ärzteschaft zu erreichen.

Ziel 2b: Der Vertrag soll die Grundlage für ein neues HA-Produkt der SWICA bilden, das den Versicherten der Region ab 1.1.2006 angeboten wird.

Ziel 3:

HA-Vertrag mit BKK (Unimedes-Gruppe), Vertragsbeginn 1.1.2006

Grundsätzlich sind alle Verträge auf absehbare Zeit kündbar (Laufzeit 1-2 Jahre)

6. Mittelbedarf/Finanzierung

Mit den HA-Verträgen wird organisatorisches Neuland betreten. Die beteiligten Ärzte nehmen nicht nur ein ideelles Risiko auf sich sondern auch ein finanzielles. Es ist das Ziel von RhyMed, den Aufbau der HA-Systeme nicht an diesen Risiken scheitern zu lassen und daher wird für die Anfangsphase eine Anschubfinanzierung gesucht, die unabhängig von eventuellen Erträgen aus den HA-Verträgen ist. Nach Abschluss der Einführungsphase (Dauer: Je nach Verlauf der Verhandlungen mit den Versicherern) sollen die HA-Verträge selbstfinanziert funktionieren, inklusive der Entschädigung für die Mehrarbeit bei MC-Versicherten. Wir rechnen damit, diesen Punkt der Entwicklung Ende 2006 abschliessend erreicht zu haben.

Die finanziellen Aspekte des Projektprozesses, sowohl die Dynamik der Aufwendungen als auch insbesondere die Netzerträge aus den HA-Verträgen lässt sich heute schlecht abschätzen, daher ist der Mittelbedarf auch nur schätzungsweise anzugeben. Wir rechnen mit einer aufmerksamen Projektbegleitung durch Rheincare, dem Förderverein von RhyMed, und werden regelmässig über den Fortgang des Projekts berichten.

Ein wesentlicher Aspekt betrifft die Liquiditätsbeschaffung, da Erträge und Aufwendung nicht zeitgleich anfallen und erhebliche Voraus-Investitionen zu tätigen sind. Die Projektverantwortlichen sind bereit, ihre persönlichen Aufwendungen erst Ende 2005 geltend zu machen.

Es wird ein Gesuch beim Unterstützungsverein RheinCare eingereicht, um die Anschubfinanzierung des Projekts sicher zu stellen. Mittel- bis langfristig erscheint es realistisch, dass die Hausarztverträge für das Netzwerk einen Ertrag abwerfen, der die Aufwändungen deckt und im besten Fall zu Finanzierung weiterer Projekte herangezogen werden kann.

7. Projektleitung

Die Projektverantwortlichen sind identisch mit dem Vorstand des Vereins RhyMed:

- Dr. med. R. Gross (Gesamtleitung, Koordination)
- Dr. med. A. Dietschi, (Verbindung ThurCare, Finanzen)
- Dr. med. I. Hutter (Öffentlichkeitsarbeit)

Altstätten, den 6. Juni 2005