

mediX Positionspapier zur hausärztlich koordinierenden Versorgung 19.08.2022

Die Politik reagiert mit mehr Regulierung auf die steigenden Krankenversicherungsprämien – dabei liegt die beste Lösung schon lange auf dem Tisch: die koordinierende Hausarztmedizin

Die Schweiz leistet sich ein sehr teures Gesundheitssystem, das fast alle Wünsche erfüllt. Wir haben weltweit einmalige und egalitär zugängliche Versorgungskapazitäten und kürzeste Wartezeiten. Alle können sich frei bedienen und das meiste wird vergütet. Das klingt paradiesisch und das ist es im Ländervergleich auch - für die Patienten, die Leistungserbringenden und die Industrie. Es werden Spitzenleistungen geboten und Spitzenerwartungen geweckt.

Und jedes Jahr reiben wir uns im Herbst die Augen, dass dieses Versorgungssystem immer etwas teurer wird. Im Durchschnitt 2.4% pro Jahr. Ritualmässig schreitet im September Bundesrat Alain Berset vor die versammelte Herde und verkündet die erstaunliche Botschaft, dass es auch im folgenden Jahr wieder mehr kosten wird. Und er verspricht unglücklicherweise auch jedes Jahr, dass er alles tun werde, um die Kostensteigerung in den Griff zu bekommen. Am Folgetag treten jeweils die Sprecher aller Parteien mit vollmundigen Versprechen und der Androhung von einschneidenden Massnahmen vor die Medien. Wer möchte da schon tatenlos bleiben? Und alle streuen Sand in die Augen der Bevölkerung, dass wir die gleiche Versorgungsintensität zu einem tieferen Preis haben könnten. Geht aber nicht. Wenn man kürzen will, muss man etwas einschränken oder wegnehmen. Die Frage ist nur: wer, bei wem und wie viel.

Der empörte politische Reigen geht von Kostendach und Kostenbremse über mehr Prämienzuschüsse von staatlicher Seite bis zur Einschränkung des Leistungskatalogs. Wir erleben gerade eine Inflation von Vorschlägen und eine nie dagewesene Hektik in der Gesundheitspolitik, angetrieben von einem Amtsvorsteher, der die Kostenfrage dirigistisch lösen will.

Globalbudgets, Kostendach und Kostenbremse sind Beruhigungsmittel für die Politiker und parteipolitische Pseudoprofilierung. Sie verschieben lediglich das Problem zu neuen Kommissionen, bei denen alle Betroffenen vertreten sein und mit hochkomplexen Vorgaben ein Sparpaket schnüren sollen. Wenn man die laufende Debatte verfolgt, könnte man sich bequem zurücklehnen und einfach das Politikversagen abwarten. Wir haben nicht mal die Datengrundlage für diese planerischen Staatseingriffe, geschweige denn aus bisheriger Erfahrung die Aussicht auf eine Einigung. Globalbudgets sind ordnungspolitisch bedenklich, weil sie nachgewiesenermassen wirkungslos sind, in der Politik aber in geradezu populistischer Manier hochgepriesen werden.

Ein hochkomplexes Gesundheitswesen lässt sich nur über elegant austarierte Anreizsysteme erfolgreich steuern. Die aktuellen Anreize belohnen aber vor allem Quantität und erst dann Qualität. Und keine der vorgeschlagenen Reformen würde am bestehenden Prinzip der Anreize für Mengenausweitung etwas ändern. In jüngster Zeit wurden viele weitere neue

Gesetze vom Stapel gelassen, deren Auswirkungen wir noch gar nicht beurteilen können. So wissen wir erst in ein paar Jahren, wie stark sich die am 1.1.2022 eingeführte Zulassungsregulierung für ausländische Ärzte auf die Versorgung und die Kosten auswirken wird. Bereits wird am Gesetz herumgeflickt, weil die Landarzwüste sich bedrohlich ausdehnt. Bevor also noch mehr Reformen über das «Wie» zur Kostenreduktion diskutiert werden, sollte ein mehrheitsfähiger Konsens über das «Was» errungen werden: Wohin wollen wir mit unserem Gesundheitswesen?

Aus ärztlicher Sicht lehnen wir es ab, dass unsere hohe Qualität in der medizinischen Versorgung waghalsigen Reformen zum Opfer fällt. Wir wünschen uns weiterhin ein solidarisches Gesundheitswesen welches wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen abdeckt. Wir lehnen eine Zweiklassenmedizin ab.

Die Indikationen für medizinische Leistungen sollten hingegen sorgfältig gestellt werden und den unterschiedlichen Präferenzen und Bedürfnissen verschiedener Patienten sollte mehr preislicher Spielraum beigemessen werden. Wer Behandlungen ohne Wirkungsnachweis à la carte und ganz ohne Wartezeiten beansprucht, sollte dafür selber aufkommen oder mehr zahlen.

Im heutigen System finanzieren wir alle über die obligatorische Grundversicherung den nutzlosen Überkonsum und die nicht zuletzt auch gefährliche Überversorgung einfach mit. Kommt dazu, dass Präventionsleistungen im Einzelleistungstarif ein stiefmütterliches Dasein fristen. Nüchtern betrachtet, befeuern wirtschaftliche Anreize das Kaputtgehenlassen und Reparieren weit mehr als vorausschauendes Instandhalten. Als Prämienzahler, der sich vernünftig und verantwortlich verhalten will, begleicht man einen Teil der Rechnung der teuren und nutzlosen Interventionen anderer.

In der medizinischen Versorgung kann sehr viel eingespart werden und dies ohne Qualitätseinbusse. Wir Hausärzte wissen aus der täglichen Erfahrung, dass viele Indikationen für Diagnostik und Therapie falsch oder überflüssig sind. Sie werden aus pekuniären Gründen, aus Unwissenheit oder aus Angst durchgeführt. Unser Einzelleistungsvergütungssystem verleitet schnell zur Mengenausdehnung. Wie soll man dieses Problem angehen? Andere Staaten haben strenge Regeln für die Indikationsstellung (Neuseeland), regeln das mit monatelangen Wartezeiten und einer Erschwerung des Zugangs zu ärztlicher Versorgung (UK) oder regulieren die Menge über ein obligatorisches Primärarztsystem (Holland, Skandinavien).

Für die Schweiz taugen diese Ansätze nichts. Zu unterschiedlich sind die Erwartungen der Bevölkerung an die medizinischen Angebote. Gewisse Patienten wollen wegen Knieschmerzen nach einer langen Wanderung innert zwei Tagen ein MRI erhalten. Andere wiederum wollen warten, bis es vorbeigeht. Dritte hingegen gehen zu ihrem Hausarzt, der komplizierte von einfachen Verletzungen unterscheidet und individuell angepasst betreut.

In der Schweiz haben wir eine Rahmengesetzgebung die seit Jahrzehnten die Basis für ein Gesundheitswesen bildet, mit welchem die Bevölkerung auch im internationalen Vergleich äusserst zufrieden ist. Sie sollte nicht waghalsig auf den Kopf gestellt, sondern dort gezielt verändert werden, wo die Probleme offensichtlich sind.

Das Krankenversicherungsgesetz KVG sieht eine Lösung vor, die in den letzten 30 Jahren in der Schweiz sorgfältig entwickelt wurde und sich als wirkungsvolle Massnahme gegen Kostenschub und schlechte Indikationsqualität bewährt hat: die koordinierende Hausarztmedizin über das Hausarztmodell. Die Patientin wählt Ihre Hausärztin, die in einem Netzwerk engagiert ist und lässt die ganze medizinische Versorgung durch diese Person koordinieren. Das liefert nachgewiesenermassen die bessere Medizin als die unkoordinierte Versorgung.

Die Vorteile dieser guten Hausarztmodelle, die verantwortungsbewusste Medizin fördern sind längstens bekannt:

- Eine sofortige Kosteneinsparung von bis zu 20%
- Alle bisherigen Versorgungsstudien zeigen einen Qualitätsvorteil
- Ein gesicherter und bei fortschreitendem Hausärztemangel zukünftig auch bevorzugter Zugang zur Hausärztin
- Ein laufend aktualisiertes und umfassendes Patientendossier in welchem auch Behandlungen von Dritten Eingang finden und der Hausärztin so eine ganzheitliche Behandlung des Patienten ermöglichen

BR Alain Berset möchte diesen Versorgungsweg im Massnahmenpaket II zu den kostendämpfenden Massnahmen in Form einer obligatorischen Erstberatungsstelle obligatorisch machen. Er möchte das Gute zur Pflicht machen - leider ohne es richtig durchdacht zu haben.

Die koordinierende Hausarztmedizin kann nur unter bestimmten Voraussetzungen erfolgreich sein:

1. Die Patienten wählen freiwillig ein solches Modell, wenn sie von dieser gut organisierten Medizin profitieren wollen. Alle anderen können ihr bisheriges Versicherungsmodell behalten, müssen dann aber den unnötigen Medizinkonsum von sich und Gleichgesinnten mit einer höheren Prämie mitfinanzieren.
2. Die koordinierende Hausärztin gewährleistet ein Kontinuum in der Betreuung und Prävention derjenigen Patienten, die ein solches Modell gewählt haben.
3. Die Ärzte organisieren sich freiwillig in Ärztenetzen und schliessen verbindliche Verträge mit den Versicherungen ab, die auch eine finanzielle Mitverantwortung beinhalten.
4. Die Versicherungen schliessen Verträge mit den Ärztenetzen ab und verzichten auf Trittbrettfahrermodelle und einseitige Listenprodukte, weil dieses Freeriding den Anreiz der Ärzteschaft Zusatzaufwände für eine koordinierende Hausarztmedizin zu betreiben, zu Nichte macht.
5. Die Netzwerke legen ihre Versorgungsqualität offen und stehen untereinander in einem Qualitäts- und Preiswettbewerb.

Wenn das Primat der Hausarztmedizin von oben diktiert und obligatorisch wird, dann gibt es keine Anreize mehr für die Versicherer, gute Verträge abzuschliessen und für Ärzte eine sorgfältige Koordination zu praktizieren. Der funktionierende Wettbewerb würde dadurch vernichtet, und damit auch der Effekt dieser bislang äusserst erfolgreichen Modelle.

Warum ist dieser erfolgreiche Ansatz, welcher in gewissen Regionen der USA unter dem Begriff Accountable Care seit einiger Zeit für Furore sorgt bei uns aus dem Fokus der Gesundheitspolitik gerückt?

Ein Blick zurück liefert Antworten: In den letzten zwanzig Jahren haben Versicherungsmodelle den Markt erobert, bei welchen keine Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern besteht: Die Versicherer stellen einseitig Regeln auf, die alleine den Erstkontakt auf bestimmte Ärzte, eine Telefonberatung oder ein Apothekenbesuch beschränken. Am gesamten nachgeschalteten Behandlungspfad und an der Behandlungsqualität von Netzwerken die durch andere Versicherer aufgebaut wurden, beteiligen sie sich nicht. Diese Trittbrettfahrerproblematik hat in dem Markt für alternative Versicherungsmodelle zu einem Marktversagen geführt und stellt den zentralen Grund dafür dar, dass die koordinierte Versorgung heute nicht ihr ganzes Potential entfalten kann. Etliche solcher Trittbrettfahrermodelle bewirken medizinisch nichts, da viele Patienten unabhängig vom Modell einen guten Hausarzt, einen guten Spezialisten oder ein gut geführtes Spital aufsuchen – oder auch nicht. Der Etikettenschwindel besteht darin, dass das Versicherungsmodell und die damit verbundene Prämienreduktion weitgehend entkoppelt von der eigentlichen Versorgung ablaufen und die Versicherer hinterher die Einsparungen nach dem Zufallsprinzip abschöpfen. Dabei müsste die Wahl eines guten Modells viel mehr Gewicht erlangen und den Patienten signalisieren: Deshalb habe ich Zugang zu der für mich passenden Versorgung zu einem vernünftigen Preis. Und den Leistungserbringern müsste diese Wahl signalisieren: Diese koordinierten Dienstleistungen verlangt der Markt, es ist attraktiv diese anzubieten und wir brauchen mehr davon.

Leider aber ist es für die meisten Versicherer nach wie vor erstrebenswert, eine Vielzahl an Versicherungsprodukten ohne Vertrag mit den Leistungserbringern auf den Markt zu werfen. Diese Produkte sparen vermeintlich ein, faktisch sorgen sie dafür, dass sich an den Versorgungsstrukturen in der Schweiz zu wenig ändert und die koordinierte Versorgung zu wenig Breitenwirkung entfaltet. Diejenigen Leistungserbringer, die wenig Interesse an der koordinierten Hausarztmedizin zeigen freut es, das Prinzip «Mehr ist mehr» bleibt für sie auch im finanziellen Sinne bestehen.

Was also können wir tun? Die Wahl unterschiedlicher alternativer Versicherungsmodelle sollte mehr Bedeutung erlangen. Viele Versicherer werden daran wenig Interesse zeigen, da die aktuellen Freiheiten in der Produktgestaltung es erlauben, mit wenig Aufwand viele Kunden zu akquirieren und diese wiederum in ihrem Gesundheitsverhalten kaum Zugeständnisse machen müssen. Dass die primäre Messgrösse für den Erfolg einer Krankenversicherung nach wie vor deren jährlichen Versichertenzuwachs ist, fördert dieses Verhalten. Der Hausärztemangel wird hier in nächster Zeit aber zu einem natürlichen Korrektiv führen: Der Zugang zu einem persönlichen Arzt wird zunehmend zu einem knappen Gut und die Kapazitäten werden nur noch für diejenigen Patienten reichen, welchen ein Platz bei ihrem Arzt vertraglich zugesichert wurde. Dies wird es organisierten Ärztenetzen erlauben zu kooperieren und über einen gemeinsamen Verbund auch im Verkauf echte, koordinierende von falschen Hausarztmodellen zu unterscheiden: gemessen an Qualitätsmerkmalen in der Leistungserbringung und dem gesicherten Zugang zum Hausarzt als neue Kategorie alternativer Versicherungsmodelle.

Welche Hindernisse stehen einem solchen Ausbau der koordinierenden Hausarztmodelle im Weg?

- Zu starre Prozesse in der Prämienfestsetzung: Die Versicherungen sollten für vertragliche Hausarztmodelle frei entscheiden können, wie hohe Rabatte sie gewähren wollen. Die bisherigen Prämienvorschriften durch das BAG sind unbefriedigend, weil sie kurzlebige Pseudoinnovationen fördern, Kosten verzerrt abbilden und den Qualitätswettbewerb hemmen. Um das zu ändern, ist eine Anpassung der Prämienregeln auf Verordnungsstufe (KVV Art. 101c) nötig.
- Die Ärztinnen sollten vom Gesetzgeber die Möglichkeit erhalten, sich von reinen Listenprodukten streichen zu lassen, da diese Modelle keinen Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens im Sinne der koordinierten Versorgung leisten. Dazu ist eine minimalinvasive Anpassung des KVG nötig, die den Leistungserbringern erlaubt, Patienten mit bestimmten Versicherungsprodukten abweisen zu dürfen (KVG Art. 41 Abs. 4).

Wir schlagen vor, dass der bisherige Weg der Modellentwicklung weiterverfolgt wird und dass man auf zusätzliche Staatseingriffe und planerischen Grossprojekte verzichtet. Eine stärkere Differenzierung der Versorgungskanäle über Netzwerke stellt den schonendsten und besterprobtesten Weg dar, um schrittweise Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserungen dort zu realisieren, wo es möglich und sinnvoll ist - unter Einbezug von Patienten, Leistungserbringern und Versicherern.

Die Bevölkerung kann zwischen Maximalmedizin und gut koordinierter Medizin weiterhin frei wählen und unterschiedliche Preise dafür bezahlen. Die Anreize müssen so gesetzt werden, dass sich möglichst viele Ärztenetze noch stärker in Richtung Qualitätstransparenz und Kosteneffizienz entwickeln, damit in Zukunft alle Patienten die das möchten das Privileg haben, eine solch qualitativ-hochstehende und im internationalen Vergleich exklusive Gesundheitsversorgung zu bezahlbaren Preisen in Anspruch zu nehmen.

Dr. med. Felix Huber
VRP mediX zürich
Präsident mediX schweiz

Dr. med. Leander Muheim
Ärztlicher Leiter mediX zürich
Vizepräsident mediX schweiz