Managed Care konkret : die HMO. Teil 4

Autor(en): **Meyer, Margot / Staub, Roger**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Schauplatz Spitex : Zeitschrift der kantonalen Spitex Verbände Zürich, Aargau, Glarus, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, St. Gallen, Thurgau**

Band (Jahr): **- (1998)**

Heft 4

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-822874

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

schauplatz spitex

spitex verband kanton st. gallen – spitex verband kanton zürich

11. August 1998 Nr. 4

EDITORIAL

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Als neu gewähltes Mitglied im Vorstand des kantonalen Spitex Verbandes Zürich stelle ich mich hiermit gerne vor:

An der Schwesternschule des Rotkreuz-Spitals in Zürich-Fluntern erlangte ich vor dreissig Jahren das AKP-Diplom. Darauf folgte die Ausbildung zur Operationsschwester. Seit zehn Jahren bin ich nun im Spitexverein Bauma-Sternenberg als Gemeindeschwester tätig. Mein Arbeitsort liegt im Tösstal; diese Gegend ist auch heute noch sehr ländlich geprägt. Zusammen mit zwei Kolleginnen führen wir die Spitex im Team, was sich für einen kleinen Verein, wie wir es sind, sehr bewährt. 1989–1991 besuchte ich den Kurs zur Gesundheitsschwester an der Spitexschule Zürich.

In den vergangenen Jahren, und dies vor allem auch seit der Einführung des neuen KVG, hat die Spitex enorme Veränderungen erlebt. Diese neue Herausforderung ist vielfältig und verlangt von uns allen grosse Flexibilität. Die Leistungen der Spitex werden an der Basis erbracht. Um den täglichen Anforderungen der ganzheitlichen Betreuung und Pflege von kranken und behinderten Menschen gerecht zu werden, braucht es gut ausgebildetes und höchst motiviertes Personal. Dies wiederum bedingt eine gut ausgebaute Infrastruktur sowie Unterstützung durch die Arbeitgeber.

Im Mittelpunkt steht der kranke Mensch und das Ziel, seine Selbständigkeit im persönlichen und sozialen Umfeld so lange wie möglich zu erhalten oder begleitend zu unterstützen.

Trudi Strauss

THEMA

Managed Care konkret: Die HMO

(4. Teil der Serie Managed Care und die Spitex)

HMOs haben wir im letzten Beitrag vorgestellt. Heute sind Hausarztmodelle an der Reihe. HMO und Hausarztmodell sind «Torhüter- (Gatekeeper-) Systeme», das heisst, die Ärzte regeln den Zugang der Versicherten zur medizinischen Versorgung. Deren Erprobung läuft seit vier Jahren. Deutlichen Aufwind spüren diese Modelle seit Inkraftsetzung des neuen KVGs. Bereits liegen erste wissenschaftliche Auswertungen vor, die belegen, dass die Kosten dank «Gatekeeper-Systemen» gesenkt werden können.

Wie das Hausarztmodell funktioniert

Ausser in Notfällen oder bei der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung und Geburtshilfe koordinieren Hausärztinnen und Hausärzte im Krankheitsfall die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Sie entscheiden, welche Behandlung angemessen ist, führen sie selbst aus oder überweisen die Patienten im Bedarfsfall an entsprechende Spezialisten oder Spitäler und verschreiben Pflege zu Hause, z.B. die Spitex.

Funktioniert der Hausarzt in diesem Sinne als Torhüter – daher die englische Bezeichnung «Gatekeeper-System» –, können nebeneinander herlaufende und sich überschneidende Behandlungen, das sogenannte «Doctor Shopping», verhindert werden.

Zusammenschluss mehrerer Hausärztinnen und Hausärzte

Am Hausarztmodell interessierte Ärztinnen und Ärzte schliessen sich in einem Verein oder einer Organisation zusammen und sorgen dafür, dass sie ein «Praxis-Einzugsgebiet», eine Region abdecken können. Ein Vertrag zwischen den beteiligten Krankenversicherern und den organisierten Ärzten

INHALT

Editorial 1

■ Thema

Managed Care 1

■ Forum

Prominente sehen Spitex 3

Projekt EIGER 3

■ Aktualitäten

Mehr Freiwilligkeit und weniger Kosten 4

Vorsichtsmassnahmen zur Verhütung von Infektionen 5

■ Zürich aktuell

Mitgliederversammlung 1998 6

Kurzporträt: Die Krebsliga des Kantons Zürich 7

IGSA News 7

Qualität, praktisch 8

Spitex-Info-Tag 8

■ St. Gallen aktuell

St. Galler Spitex Tarifvertrag 1998 9

Laufende Projekte in St. Gallen 10

■ Bildungsangebote 12

regelt die gegenseitigen Rechte und Pflichten, insbesondere das administrative Vorgehen und die Risiko- bzw. Gewinnbeteiligung.

Für die beteiligten Ärzte entsteht ein gewisser administrativer Mehraufwand: jede «autorisierte» Überweisung an Spezialisten, bzw. stationäre Einrichtungen muss der Krankenversicherung des betreffenden Patienten gemeldet werden. Dafür erhalten die Ärzte eine angemessene Pauschalentschädigung. Wichtigste neue Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist die regelmässige Teilnahme an sogenannten «Qualitätszirkeln».

Für den Betrieb von HMOs und die Einführung von Hausarzt-Netzwerken haben KONKORDIA und Wincare eine Tochtergesellschaft gegründet: die SanaCare AG in Winterthur. Die Angebote der SanaCare stehen den Versicherten von KONKORDIA, Wincare, Krankenkasse SBB, Unitas und teilweise von Helsana offen.

Warum können HMOs und Hausarztmodelle billiger sein?

Tiefere Kosten lassen sich in einem Gatekeeping-System, wo der Zugang zu anderen Leistungserbringern als dem Hausarzt über den «Torhüter» erfolgt, vor allem auf drei Gebieten erreichen:

- Koordination der Versorgung des Patienten durch den verantwortlichen Hausarzt: sie verhindert Doppelspurigkeiten.
- Reduktion der Untersuche: erhobene Resultate stehen bei Überweisungen dem Spezialisten oder der stationären Einrichtung zur Verfügung.
- Verhinderung von «Doctor-Shopping»: es ist nicht mehr möglich, weil der Zugang zum Leistungserbringer über den «Torhüter» erfolgen muss.

Gegner der Modelle behaupten, der beobachtete Spareffekt komme dadurch zustande, dass die teilnehmenden Versicherten vorwiegend gut informiert und jung seien, also «gute Risiken» darstellten. Es finde lediglich eine Risikoselektion statt, die eine andere Risikostruktur und damit andere Kosten ergebe. Andere meinen, den Patienten würden Leistungen vorenthalten. Beide Argumente konnten bisher nicht vollständig widerlegt werden.

Was bringen «Gatekeepersysteme» den Versicherten?

In Hausarztmodelle eingeschriebene Versicherte erhalten einen Rabatt auf die Prämie der Grundversicherung. Die günstigere Prämie «erkaufen» sich die Versicherten, indem sie das Recht auf freie Arztwahl aufgeben. Für viele Versicherte ändert sich aber nicht viel: Wenn sie einen Hausarzt haben, der im Modell mitmacht, bleiben sie bei ihm und verpflichten sich einzig dazu, immer zuerst ihn zu konsultieren.
Versicherte, die an einem Hausarztmodell teilnehmen, können den Hausarzt wechseln. Ebenso ist der Austritt aus einem Hausarztmodell, zurück in die normale Versicherung unter Wahrung der vereinbarten Kündigungsfristen möglich. Versicherte, die nicht in einem «Praxis-Einzugsgebiet» eines Hausarztsystems wohnen, können sich allerdings nicht in ein Hausarztmodell einschreiben.

Was bringen «Gatekeepersysteme» den Krankenversicherern?

Die Krankenversicherer interessieren sich stark für die neuen Managed Care-Systeme, weil dank ihnen besser Einfluss auf den Verlauf der Behandlungen und damit auf die entstehenden Kosten genommen werden kann. Die SanaCare liefert den Hausarzt-Organisationen Informationen und Daten über Behandlungsverläufe, Kosten und Inanspruchnahme von Leistungen. Durch die vereinbarte Risiko- bzw. Gewinnbeteiligung haben auch die Ärzte ein gewisses ökonomisches Interesse, den Erfolg des Systems günstig zu beeinflussen.

Heute tragen die Versicherer den grössten Teil des Betriebsrisikos der neuen Modelle. Sie tun dies einerseits, weil sie das zu erwartende Sparpotential als gross einschätzen. Andererseits vermeiden sie so, dass die beteiligten Ärzte aus Spar- bzw. Gewinnoptimierungs-Überlegungen heraus an der notwendigen Versorgung der Patienten Abstriche vornehmen.
Ziel der Krankenvorsorge muss es sein, dass die Bevölkerung optimal versorgt ist. Während traditionelle Vergütungssysteme dazu beitragen, dass der Einzelne tendenziell überversorgt bzw. unkoordiniert versorgt ist, droht beim Einsatz von aggressiven Managed Care-Methoden – überdurchschnittliche Gewinnbeteiligung von Ärzten in Gruppenmodellen etwa – die Gefahr einer Unterversorgung. Sowohl HMO- als auch Hausarztmodelle sind geeignet, das Ziel einer optimalen Versorgung zu erreichen.

Optimale Versorgung

optimale Versorgung/
medizinisch anerkannter
Praxisstil

Über-versorgung	Unter-versorgung

Was ist neu für die Spitex?

Nichts. Spitex-Verordnungen von einem Arzt in freier Praxis oder von einem Arzt aus einem Hausarztmodell unterscheiden sich überhaupt nicht.

Für die Zukunft besteht die Hoffnung, dass das Interesse an Kooperation mit der Spitex bei den Ärztinnen und Ärzten in Hausarztmodellen wächst, weil auch auf diesem Gebiet Absprachen, gegenseitige Information und Koordination kostensenkend wirken, im Sinne von optimaler Versorgung.

Margot Meyer und Roger Staub
Managed Care KONKORDIA

(Anm. der Red.: Die Meinung der Schreibenden wiederspiegelt nicht nicht in jedem Fall die Haltung des Spitex Verbandes Zürich.)

Bundes-Subvention 1999: 30%

Das Bundesamt für Sozialversicherung BSV hat den Subventionssatz für 1999 auf 30% der anrechenbaren, AHV-abgerechneten Lohnsumme festgelegt.

Das BSV teilt weiter mit: «Für die nachfolgenden Jahre (ab 2000) wird die jeweils bis Ende April zu meldende Lohnsumme in Verbindung mit dem Budgetrahmen der AHV für die Höhe des Prozentsatzes massgebend sein.» (zit. nach Schreiben BSV, 26.5.98).