

Die Persönliche Gesundheitsstelle PGS

Eine notwendige Reform zur Sicherung von Qualität und Wirksamkeit in der ambulanten Grundversorgung

Erläuterungen

2. Dezember 2008

Das Modell der Persönlichen Gesundheitsstelle PGS ist ein Reformvorschlag, der von den folgenden Organisationen mitgetragen wird (Stand 25. November 2008):

Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte VSAO

Verband des Personals öffentlicher Dienste VPOD

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK

Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz EVS

Schweizerischer Gewerkschaftsbund SGB

Vereinigung Unabhängiger ÄrztInnen VUA

Schweizerischer Hebammenverband SHV

Bedrohte ganzheitliche Versorgung

In der pflegerischen und medizinischen Versorgung haben die Vielfalt und die Spezialisierung in den letzten Jahren beträchtlich zugenommen. Entsprechend ist der Bedarf gewachsen, Übersicht zu bieten, die einzelnen Behandlungsschritte zu koordinieren und eine ganzheitliche Sicht zu gewährleisten, damit die Patientinnen und Patienten in all ihren Aspekten Beachtung finden. Traditionell sind es die HausärztInnen, die diese Aufgaben übernehmen. Deshalb ist es besonders besorgniserregend, dass die Hausarztmedizin in den letzten Jahren an Gewicht verloren hat und ein Mangel an allgemeinpraktizierenden ÄrztInnen droht.

Die Folgen einer mangelnden ganzheitlichen Versorgung sind Mehrfachuntersuchungen mit denselben Methoden (z.B. Röntgenbilder), unkoordinierte Behandlungsabläufe, unnötige Abklärungen und manchmal auch unangebrachte Therapien und Eingriffe. Wenig seriöse Anbieter, denen es nicht um eine optimale Versorgung geht, sondern um möglichst hohe Umsätze und Gewinne, haben leichteres Spiel. All dies führt zu unnötigen Kosten und nutzlosen Belastungen für die PatientInnen. Ohne Gegensteuer werden sich künftig solche Entwicklungen akzentuieren, weil die Spitäler durch die Einführung der Fallkostenpauschalen dazu übergehen, PatientInnen möglichst frühzeitig zu entlassen. Dabei nehmen die Anforderungen an Koordination und Gesamtsicht zu (z.B. Abklärungen bezüglich privater Betreuungsmöglichkeiten, Weitergabe pflegerelevanter Informationen etc).

Aus diesen Gründen besteht bezüglich der Sicherung einer ganzheitlichen Grundversorgung ein hoher Handlungsbedarf.

Baustellen in der Gesundheitspolitik: Freie Arztwahl nur noch für Reiche?

In der Schweizer Gesundheitspolitik gibt es gegenwärtig eine Reihe von Baustellen, die mit dieser latenten Krise der akuten Grundversorgung zu tun haben. Der Zulassungstopp für neue Arztpraxen – eingeführt aus Angst vor einer Ärzteschwemme im Zusammenhang mit der Personenfreizügigkeit - hat seine Ziele weitgehend verfehlt und läuft Ende 2009 definitiv aus. Er hat zu unhaltbaren, paradoxen Nebenwirkungen geführt: Viele Arztpraxen werden heute zu übersteigerten Preisen an den Meistbietenden verkauft, weil mit der Praxisnachfolge die bestehende Zulassung mit erworben wird. Käufer sind vielfach arrivierte ÄrztInnen aus dem Ausland. In der Schweiz ausgebildete junge Fachkräfte gehen hingegen leer aus, weil sie sich den teuren Einstieg nicht leisten können.

In den eidgenössischen Räten steht zur Zeit die Zukunft der Managed-Care-Modelle zur Diskussion. Viele dieser Modelle sind mit erheblichen Nachteilen behaftet. Sie basieren auf gesonderten Verträgen zwischen Krankenkassen und Ärztenetzwerken. Zudem ist geplant, den Ärztenetzen Budgetverantwortung zu übertragen. Sie können Gewinn erzielen, wenn ihre Aufwendungen das jährliche Budget unterschreiten. Mehrkosten müssen sie selber bezahlen. Dies verleitet zu einem Sparverhalten auf Kosten der Versorgungsqualität der PatientInnen. Statt der erforderlichen Physiotherapie tut's auch ein Schmerzmittel, statt der angezeigten Psychotherapie eine Pille.

Problematisch an durch die Krankenkassen kontrollierten Managed-Care-Modellen ist auch die rasch wachsende Unübersichtlichkeit und die Steuerungsmacht, die den Kassen zukommt. Unliebsame Ärztenetze können von den Kassen mit der Vertragsauflösung bedroht werden – zum Beispiel dann, wenn die Behandlungskosten in den Augen der Kassen zu hoch sind. Im Falle des engagierten Pioniernetzwerkes Wintinet ist dies bereits geschehen.

Zur Debatte steht auch die Aufhebung des Vertragsobligatoriums. Die Krankenkassen wollen frei wählen können, mit welchen Leistungserbringern sie Verträge abschliessen und mit welchen nicht. Dies würde dazu führen, dass die Kassen als ausschliesslich ökonomisch motivierter Akteur die zentrale Steuerungsmacht erhielten, mit unabsehbaren Folgen für die Gleichbehandlung der PatientInnen und für die Qualität der Grundversorgung.

Modell Persönliche Gesundheitsstelle (PGS): Eckwerte und Ziele

Das Modell stellt eine angemessene Antwort auf die eingangs geschilderte Krise der Hausarztmedizin dar. Gleichzeitig ermöglicht es eine ganzheitliche, der Qualität und der Wirksamkeit gleichermaßen verpflichtete Lösung für die geschilderten Baustellen in der Gesundheitspolitik. Es ersetzt den Zulassungsstopp, stellt in sich ein faires, allgemein verbindliches -Modell dar und macht die Diskussionen um die Aufhebung des Vertragsobligatoriums überflüssig.

Im Zentrum des Modells steht die persönliche Gesundheitsstelle (PGS). Sie erbringt die hausärztliche Erstversorgung, übernimmt die Überweisung an andere Leistungserbringer und hat dabei die gesamte Behandlungskette im Blick. Alle Versicherten sind in der Wahl ihrer PGS frei und haben bei Bedarf Anrecht auf eine zweite ärztliche Meinung. Die Kantone müssen eine flächendeckende Versorgung mit PGS gewährleisten.

Damit wird die ganzheitliche, auf die Allgemeinmedizin abstützende Grundversorgung entscheidend gestärkt. Allen Versicherten steht eine qualitativ gleichwertige Versorgung zur Verfügung. Die freie Arztwahl und damit die Souveränität der Versicherten bleiben gewährleistet. Eine Aufspaltung der Grundversorgung in Billig-Netzwerke einerseits, eine teure Variante mit freier Arztwahl andererseits wird verhindert. Durch die Vermeidung von Doppelspurigkeiten und von unnötigen Behandlungen können Kosten gespart werden, ohne dass die Qualität der Versorgung leidet.

Das Modell im Detail

1. Jede und jeder Versicherte bestimmt eine Persönliche Gesundheitsstelle PGS. Sie/er ist in der Wahl dieser Stelle frei. Ein Wechsel der PGS ist jederzeit möglich.
2. PGS sind Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Praxismgemeinschaften, Ambulatorien und weitere ärztlich geleitete Netzwerke, die eine kompetente diagnostische, therapeutische und pflegerische Erst- und Grundversorgung sowie eine Kontinuität in der Betreuung sicherstellen. Die PGS koordiniert die Behandlungswege und führt ein umfassendes PatientInnendossier.
3. Leistungen der PGS werden von der OKP übernommen, falls die darin arbeitenden ÄrztInnen die nachfolgenden Kriterien kumulativ erfüllen:
 - Facharzttitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder allg. Pädiatrie sowie Fachärzte, welche in den letzten 5 Jahren hauptsächlich Leistungen der Grundversorgung erbracht haben
 - Nachweis kontinuierlicher fachärztlicher Fortbildung
 - Kontinuierliche Fortbildungen in Gesundheitsökonomie (Versorgungseffizienz)
 - Zugehörigkeit zu einem Versorgernetzwerk (ohne Budgetverantwortung), das sich auch der Qualitätssicherung widmet
 - Orientierung an den Behandlungsrichtlinien der Fachgesellschaften
4. Die PGS stellt die Zuweisung zu einer spezialärztlichen Versorgung sowie zu den weiteren anerkannten Leistungserbringern sicher. Leistungen von spezialärztlichen Leistungserbringern werden von der OKP dann übernommen, wenn sie auf Zuweisung der PGS erfolgen. Patienten/Patientinnen wählen die weiteren Leistungserbringer in Absprache mit ihrer PGS aus.
5. In definierten Ausnahmefällen können auch spezialisierte Fachärzte die Funktion einer PGS übernehmen. In diesem Falle sind die unter 3 genannten Kriterien ebenfalls sinngemäss zu erfüllen. Die genaueren Bestimmungen werden auf dem Verordnungsweg geregelt.

6. Leistungen von Spitälern (exkl. Ambulatorien mit Grundversorgungsauftrag) bedürfen einer Zuweisung durch eine PGS oder erfolgen aufgrund einer Notfallsituation, um von der OKP übernommen zu werden.
7. Grundversicherte haben direkten Zugang zu von der OKP vergüteten periodischen Vorsorge- und Routineuntersuchungen (z.B. Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Hebammen, Ophthalmologie), zu allen Leistungen der Mutterschaft, zu chiropraktischen Leistungen und zur psychiatrischen Versorgung, ohne dass eine Zuweisung durch eine PGS nötig ist. Der Bundesrat bezeichnet Leistungen und Leistungserbringer, zu denen ein direkter Zugang zulässig ist.
8. Sämtliche Leistungserbringer sind dafür verantwortlich, die erforderlichen Informationen der PGS zur Dossierführung weiterzuleiten. Patienten können diese Weiterleitung auf eigene Verantwortung hin untersagen. Der Datenschutz ist gewährleistet.
9. Der Patient kann in Absprache mit der PGS zu Lasten der OKP eine Zweitmeinung verlangen.
10. Die Kantone sind für die ambulante medizinische Versorgungssicherheit verantwortlich und garantieren ein flächendeckendes Angebot an PGS. Sie akkreditieren die PGS auf Basis der unter 4.) genannten Kriterien. Die Akkreditierung kann nur aus Gründen mangelnder Qualität verweigert oder entzogen werden. Gegen eine Verweigerung oder einen Entzug kann Beschwerde erhoben werden.
11. Der Bund arbeitet bei Präventions-, Informations-, Gesundheitsförderungs- und Versorgungsprogrammen mit den PGS zusammen.

Häufig gestellte Fragen

Das PGS-Modell kommt ohne finanzielle Anreize (z.B. Budgetverantwortung) aus. Fehlen so nicht die Voraussetzungen, um Kosten zu sparen?

Die flächendeckende Einführung von PGS schafft die Voraussetzungen dafür, dass Doppelspurigkeiten eliminiert, unnötige Untersuchungen vermieden und die Kosten mangelnder Koordination ausgeschaltet werden. Fachleute schätzen die Einsparungen von der PGS ähnlichen Hausarztmodellen auf rund 20% (Berchtold/Hess, Evidenz für Managed Care, OBSAN-Arbeitsdokument 16, 2006). Die PGS sollen zudem verpflichtet werden, sich kontinuierlich in Gesundheitsökonomie weiterzubilden.

Einsparungen dürfen jedoch nicht zum Ziel an sich werden, weil sie sonst auf Kosten einer guten Versorgungsqualität gehen. Rein ökonomische Anreize sind deshalb immer problematisch. Deshalb lehnen wir die Budgetverantwortung ab.

Die Zuweisung zu SpezialärztInnen muss über eine PGS erfolgen. Wird damit nicht die freie Arztwahl abgeschafft?

Nein, der Patient kann sowohl den Grundversorger als auch den Spezialfacharzt selber wählen. Ziel des PGS-Modells ist die ganzheitliche Behandlung, damit Fehlversorgungen und unnötige Abklärungen vermieden werden. Beispielsweise können Schmerzen verschiedenste Ursachen haben, die keineswegs immer mit der betroffenen Schmerzstelle zu tun haben. Dies wird eine GrundversorgerIn in der Regel rasch feststellen. Deshalb soll die Zuweisung zu spezialisierten Leistungserbringern im Normalfall durch die PGS erfolgen, wobei diese Zuweisung mit den PatientInnen abzusprechen ist. Dieses Verfahren wird auch Gatekeeping genannt.

Gatekeeping macht jedoch nicht in allen Fällen Sinn. Deshalb sieht unser Modell den direkten Zugang vor zu periodischen Vorsorge- und Routineuntersuchungen (z.B. Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Hebammen, Ophthalmologie), zu allen Leistungen der Mutterschaft, zu chiropraktischen Leistungen und zur psychiatrischen Versorgung. Hier ist keine Zuweisung durch eine PGS nötig.

Die freie Arztwahl bleibt erhalten. PatientInnen, die sich für einen bestimmten Spezialarzt entscheiden, können dies selbstverständlich in ihrer PGS einbringen und werden im Normalfall damit Gehör finden. Im Konfliktfall steht es den PatientInnen frei, die PGS zu wechseln.

Bleibt mit der PGS das Vertragsobligatorium erhalten?

Das Vertragsobligatorium bleibt vollumfänglich erhalten. Das PGS-Modell ändert nichts daran, dass die Kassen mit allen Leistungserbringern, die die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, zusammenarbeiten und ihre Leistungen zu einem definierten Preis (Tarmed) vergüten müssen.

Es gehört zu den erklärten Zielen des PGS-Modells, das Ansinnen der Kassen nach einer Aufhebung des Vertragsobligatoriums zurückzubinden. Es darf nicht sein, dass die Kassen mit ihrer rein ökonomischen Perspektive darüber entscheiden, zu welchen ÄrztInnen ihre Versicherten Zugang haben und zu welchen nicht.

Worin unterscheidet sich das PGS-Modell vom Hausarztmodell?

Das PGS-Modell und das Hausarztmodell haben Einiges gemeinsam. Jede PGS muss eine kompetente Erst- und Grundversorgung anbieten und baut deshalb auf den Kompetenzen von HausärztInnen auf. Im Gegensatz zum reinen Hausarztmodell kann eine PGS jedoch auch viele weitere Fachpersonen umfassen und sich auf bestimmte Patientengruppen ausrichten, zum Beispiel auf pflegebedürftige Betagte. In definierten Ausnahmefällen (z.B. Diabetes) können zudem auch spezialisierte Fachärzte die Funktion einer PGS übernehmen.

Das PGS-Modell enthält eine Reihe von konkreten Bestimmungen, die über ein Hausarztmodell hinausgehen. Dazu gehört zum Beispiel die Verpflichtung, dass die PGS und die übrigen Leistungserbringer qualitätsorientierte Netzwerke bilden müssen.

Ist die Verpflichtung, sich von einer PGS zum Spezialisten überweisen zu lassen nicht bürokratisch und kostentreibend?

Erstabklärungen aus einer ganzheitlichen Perspektive sind sowohl medizinisch wie auch kostenseitig von Vorteil. Erfahrungsgemäss erfolgen ohnehin 90% aller Behandlungen durch die Grundversorger. Wenn für die Überweisung jedoch keine medizinisch begründeten Abklärungen erforderlich sind, dann reicht ein Telefonat mit der PGS aus – zum Beispiel beim Wiederauftauchen eines bereits diagnostizierten Problems.

Eine Überweisung umfasst die Gesamtheit einer Diagnose. Wird beispielsweise eine Patientin wegen eines Fussleidens zu einem Orthopäden überwiesen, und ordnet dieser wiederum eine Physiotherapie an, dann erfolgt diese Physiotherapie-Verordnung ohne Rücksprache mit der PGS.

Was geschieht mit Versicherten, die sich keine PGS auswählen?

Solche Versicherten gibt es nicht mehr. Die Wahl einer PGS wird unumgänglich, wenn ein Krankheitsfall auftritt. Für viele Menschen kann es in dieser Situation von grosser Bedeutung sein, von einer Stelle betreut zu werden, die sich umfassend um ihren Heilungsprozess kümmert, die zum Beispiel auch ihre Wohnsituation oder ihr kulturelles Umfeld einbezieht.

Wie soll ein flächendeckendes PGS-Angebot gesichert werden? Sind die Kantone dabei nicht überfordert?

Die Einführung des PGS-Modells stärkt die Stellung der Hausarztmedizin und macht diesen Beruf wieder attraktiver, wodurch dem drohenden Hausärztemangel entgegengewirkt wird. Weitere Massnahmen im Bereich der Ärzte-Ausbildung sind nötig und sinnvoll.

Die Kantone kommen erst subsidiär ins Spiel, nämlich dann, wenn sich ein akuter Mangel in einer bestimmten Region abzeichnet. In einem solchen Fall hat der Kanton eine ganze Palette von Möglichkeiten. Er kann für einzelne ÄrztInnen oder Ärztenetze Anreize schaffen, in der betroffenen Gegend zu praktizieren. Er kann mit den ambulanten Abteilungen von bestehenden Spitälern oder Kliniken nach einer Lösung suchen. Er kann selbst oder in Zusammenarbeit mit den betroffenen Gemeinden ein öffentlich finanziertes Ambulatorium eröffnen.

Wichtig ist in jedem Fall, dass regionale Versorgungslücken nicht einfach hingenommen werden – das wäre die falscheste aller Varianten.

Welche Stellung haben im PGS-Modell die nichtärztlichen Leistungserbringer und Berufsgruppen?

Jede PGS muss die allgemeinmedizinische Versorgung durch ausgebildete ÄrztInnen anbieten. Die PGS werden zudem verpflichtet, sich fachlich zu vernetzen.

PGS können verschiedene Formen annehmen: Einzelpraxen, Praxisgemeinschaften, Ärztenetze, aber auch kombinierte Versorgungszentren unter Einbezug von Pflege, Physio- und Ergotherapie, Psychotherapie und so weiter.

Die heute geltenden Kompetenzen und Kompetenz-Abgrenzungen zwischen den Berufsgruppen bleiben vom PGS-Modell unberührt. Beispielsweise bleiben die Kompetenzen der Hebammen vollumfänglich gewahrt.

Welche Bedeutung kommt den Ärztenetzen im PGS-Modell zu?

Vernetzung und Qualitätssicherung sind heute unabdingbare Voraussetzungen für eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung, die den Stand der neuen Entwicklungen kennt und zur Anwendung bringen kann. Eine PGS soll deshalb verpflichtet sein, sich einem Versorgernetzwerk (ohne Budgetverantwortung) anzuschließen, das sich auch der Qualitätssicherung widmet. Solche Netze sollen vielfältige Formen annehmen können: Von Qualitätsnetzen weitgehend selbständig arbeitender Hausarztpraxen bis hin zu hoch integrierten Netzen, die sich zu ökonomischen Einheiten zusammenschließen.

Warum ersetzt das PGS-Modell den Zulassungsstopp für ÄrztInnen?

Der Zulassungsstopp entspringt der Befürchtung, wegen der Personenfreizügigkeit würden viel zu viele ÄrztInnen eine Praxis eröffnen. Dadurch entstünde ein Überangebot, und dies treibe die Kosten in die Höhe. Tatsächlich ist im Bereich der spezialisierten Versorgung die Dichte der Angebote teilweise hoch. Hier gewährleistet das PGS-Modell dank des Gatekeeping eine optimale Feinsteuerung, weil SpezialärztInnen nur auf Überweisung tätig werden – also genau soviel, wie für eine gute Versorgung nötig ist. Bei den allgemein praktizierenden ÄrztInnen hingegen herrscht zunehmend Mangel, und dieser Mangel droht sich deutlich zu verschärfen. Hier braucht es keinen Stopp, sondern Förderung.

Welche Auswirkungen hat das PGS-Modell auf Selbstbehalt und Franchise?

Dadurch, dass sämtliche Versicherten in die PGS-basierte Versorgung integriert werden, braucht es dafür keine finanziellen Anreize mehr. Der Selbstbehalt bleibt deshalb für alle Versicherten identisch. Die Angebote der Kassen, dank einer höheren Franchise tiefere Prämien zu bezahlen, bleiben vom PGS-Modell unberührt.

Ist der Datenschutz im PGS-Modell gewährleistet?

Die PGS hat die Aufgabe, ein umfassendes PatientInnendossier zu führen. Die PGS untersteht der ärztlichen Schweigepflicht. Der Datenschutz bleibt gewahrt. Sämtliche übrigen Leistungserbringer müssen ihre Daten der PGS zur Dossierführung weiterleiten. Um die Datensouveränität der PatientInnen maximal zu schützen sieht das PGS-Modell vor, dass die PatientInnen diese Weiterleitung auf eigene Verantwortung hin untersagen können.