

**Fragmentierung: warum
eigentlich nicht?** Seite 4

**Integrierte Versorgung: Voraussetzungen
und Hindernisse** Seite 20



Online auf
dialog.css.ch

im
dialog



Lückenlos

Im Fokus: Integrierte Versorgung – wie weiter?

Annamaria Müller

Anreiz schaffen

«Bezahlt würde künftig nicht mehr die einzelne Leistung, sondern die gesamte Versorgung. So besteht ein anderer Anreiz als heute: nämlich so wenig Leistungen so günstig wie möglich zu erbringen.»

Verwaltungsratspräsidentin
des freiburger spitals (HFR),
NZZ, 20.1.2020

Spielraum ausschöpfen!

«In den gut 20 Jahren seit Inkraftsetzung des KVG wurde der vorhandene Spielraum für kostendämpfende Innovationen von den Akteuren nur unbefriedigend ausgeschöpft.»

Bericht Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, 24.8.2017

Barbara Züst

Einseitige Sichtweise

«Versicherte erkennen noch zu wenig, dass für sie MC nicht primär aus Prämienreduktionsgründen von Vorteil ist, sondern dass z.B. durch die Standardisierung der Therapie-Abläufe erhebliche Qualitätsvorteile resultieren.»

Ehem. Geschäftsführerin SPO,
SGGP – Managed Care Swiss made, 2019

Felix Huber

Es braucht Transparenz

«Versicherungen sollen die unterschiedlichen Qualitäts-/Ratingergebnisse bei den Hausarztnetzen öffentlich transparent machen.»

Verwaltungsratspräsident mediX zürich,
SGGP-Tagung, 2.4.2019

Urs Zanoni

I-n-t-e-g-r-i-e-r-t

«Eine integrierte Versorgung braucht auch eine integrierte Finanzierung und integrierte Vergütungen.»

Geschäftsführer fmc, Netzwoche,
Swiss eHealth Forum 2019, 8.3.2019



Folgen Sie uns auf Twitter:
twitter.com/CSSPolitik



Sanjay Singh ist Leiter
Leistungen und Produkte der
CSS Versicherung.

Ein weiter Weg

Inhaltsverzeichnis

| | |
|----|--|
| 4 | Integrierte Versorgung – wie weiter? Fragmentierung: warum eigentlich nicht? |
| 7 | Standpunkt Vergütungsmechanismus: Gesamtsicht nötig |
| 10 | Hintergrund Anreize für mehr Effizienz |
| 11 | Praxis Aus einer Hand |
| 12 | Im Gespräch «2030 wird es nur noch koordinierte Modelle geben» |
| 16 | Persönlich Nahtlos betreut? |
| 18 | Die andere Sicht «Wir teilen die Vorteile mit unseren Partnern» |
| 19 | Santé! Kollateralschaden? |
| 20 | Wissenschaft Integrierte Versorgung: Voraussetzungen und Hindernisse |

Stellen Sie sich vor, alle reden von integrierter Versorgung und finden sie toll – doch nichts passiert. Etwa so kommt es mir vor, wenn das Thema zur Diskussion steht. Seit Jahren wird integrierte Versorgung nicht bloss von uns Krankenversicherern als mögliche Strategie für ein qualitativ hochstehendes und gleichwohl bezahlbares Gesundheitswesen propagiert. Doch ebenso lange treten wir bereits an Ort. Statt dass alle Leistungserbringer zur rechten Zeit den richtigen Beitrag leisten können und wollen, herrscht noch immer Fragmentierung pur. Eine integrierte Versorgung ist in den verschiedenen Tarifsystemen nicht vorgesehen. Und von einer gemeinsamen Datenbasis als zentrale Grundlage sind wir noch meilenweit entfernt.

Dass das Thema auch bei vielen Versicherten noch nicht wirklich angekommen ist und verstanden wird, zeigt auch der Umstand, dass zwar viele ein entsprechendes Versicherungsmodell gewählt haben, zum Beispiel ein HMO-Modell. Meist stehen jedoch eher monetäre Anreize (HMO = günstig) denn gesundheitliche Überlegungen (HMO = gut, weil vernetzt und günstig) im Vordergrund. All dies zeigt: Wollen wir dereinst über eine integrierte Versorgung verfügen, die diesen Namen auch verdient, müssen wir noch einen weiten Weg gehen – auf allen Ebenen. Denn es geht um nichts weniger, als den vermeintlichen Widerspruch zu lösen, dass etwas weniger kosten kann, die Qualität aber gleichwohl hoch ist und weniger teure Ressourcen beansprucht werden. Vielleicht kann die vorliegende Ausgabe von «im dialog» entsprechende Anstösse vermitteln.



Die Beiträge finden
Sie auch online
unter dialog.css.ch

Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribtschenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, Chefredaktion: Bettina Vogel, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel AG | Bildnachweise: Désirée Good, Mike Flam, Daniel Thalmann, iStock/ Jfanchin, Keystone/ Westend61 /Josep Suria | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.



Trotz der wachsenden Bedeutung von Vernetzung und Koordination existiert weltweit keine allgemein akzeptierte Definition von integrierter Versorgung. Ist es möglich, dass Letztere einfach als funktionale und kommunikative Klammer für die unterschiedlichen Ansprüche an die Neugestaltung der Gesundheitsversorgung benutzt wird?

Von Peter Berchtold

Fragmentierung: warum eigentlich nicht?

Da sind wir uns alle einig: Die Vernetzung und Integration innerhalb der und zwischen den verschiedenen Sektoren ist ebenso wesentlich für eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung wie intensive Kooperationen zwischen den Gesundheitsberufen. Die wachsende Bedeutung von Vernetzung und Kooperation liegt primär darin, dass sich die diagnostischen und therapeutischen Interventionsmöglichkeiten immer stärker spezialisieren. Denn mehr Spezialisierung verteilt sich zwangsläufig auf mehr Fachpersonen und Institutionen, was die Behandlungswege der Patienten ebenso zwangsläufig in immer kleinere Abschnitte teilt.

Das ist der Hintergrund der heute viel diskutierten und ebenso häufig beklagten Fragmentierungen der Gesundheitsversorgung – und zwar überall in Europa, auch wenn sich die Fragmentierungen und Integrationsbemühungen von Land zu Land unterscheiden können. Ebenso einhellig wie die Klagen über das Problem ist der Ansatz für dessen Lösung: integrierte Versorgung. Doch was meint der Begriff?

Daher kommt die Fragmentierung

Trotz der wachsenden Bedeutung von Vernetzung und Koordination existiert weltweit keine allgemein akzeptierte Definition, vielmehr herrscht ein Wirrwarr. Dennis L. Kodner, einer der angesehensten Wissenschaftler in diesem Gebiet, hat dieses Gewirr einmal «the imprecise hodgepodge of integrated care» genannt, also ein «schwammiges Durcheinander der integrierten Versorgung». Ein solches Durcheinander kann auf den ersten Blick als Ärgernis erscheinen. Auf den zweiten Blick wirft es die Frage auf, ob integrierte Versorgung überhaupt ein eigenständiger Ansatz ist oder einfach als funktionale und kommunikative Klammer für die unterschiedlichen Ansprüche an die Neugestaltung der Gesundheitsversorgung benutzt wird. Dafür →



**MODELL 1
GRUNDVERSORGENGS-
ZENTRUM**

**INTEGRIERTE
VERSORGUNG**

**ZWEI IDEEN
DER CSS**

**MODELL 2
DYNAMISCHES
NETZWERK**



auf
Seite 6
im PDF



Luca Emmanuele ist Leiter der Abteilung Einkaufsmanagement Leistungen der CSS Versicherung.

Integrierte Versorgung im eigentlichen Sinne ist im heutigen Setting nur bedingt erlebbar. Es braucht Vergütungsmechanismen mit einer Gesamtsicht und den Gegebenheiten angepasste Modelle.

Vergütungsmechanismus: Gesamtsicht nötig

Fehlende oder falsche Anreize, Informationsasymmetrien und Unverbindlichkeit in der Zusammenarbeit kennzeichnen die heutige Versorgungslandschaft. Krankenversicherer reagieren darauf mit alternativen Versicherungsmodellen – die jedoch nur selten zu integrierten Versorgungsstrukturen führen. Neue Rahmenbedingungen könnten vielversprechende Impulse für attraktive Vergütungsmodelle, Zusammenarbeitsformen, aber auch neuartige Versicherungsprodukte auslösen. Alldem stehen jedoch die heutigen Vergütungssysteme gegenüber. Sie greifen in keiner Weise ineinander und zementieren so Einzelkämpfertum und sektorielles Handeln. Den Leistungserbringern fehlt schlicht der monetäre Anreiz, eine vernetzte Versorgung aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

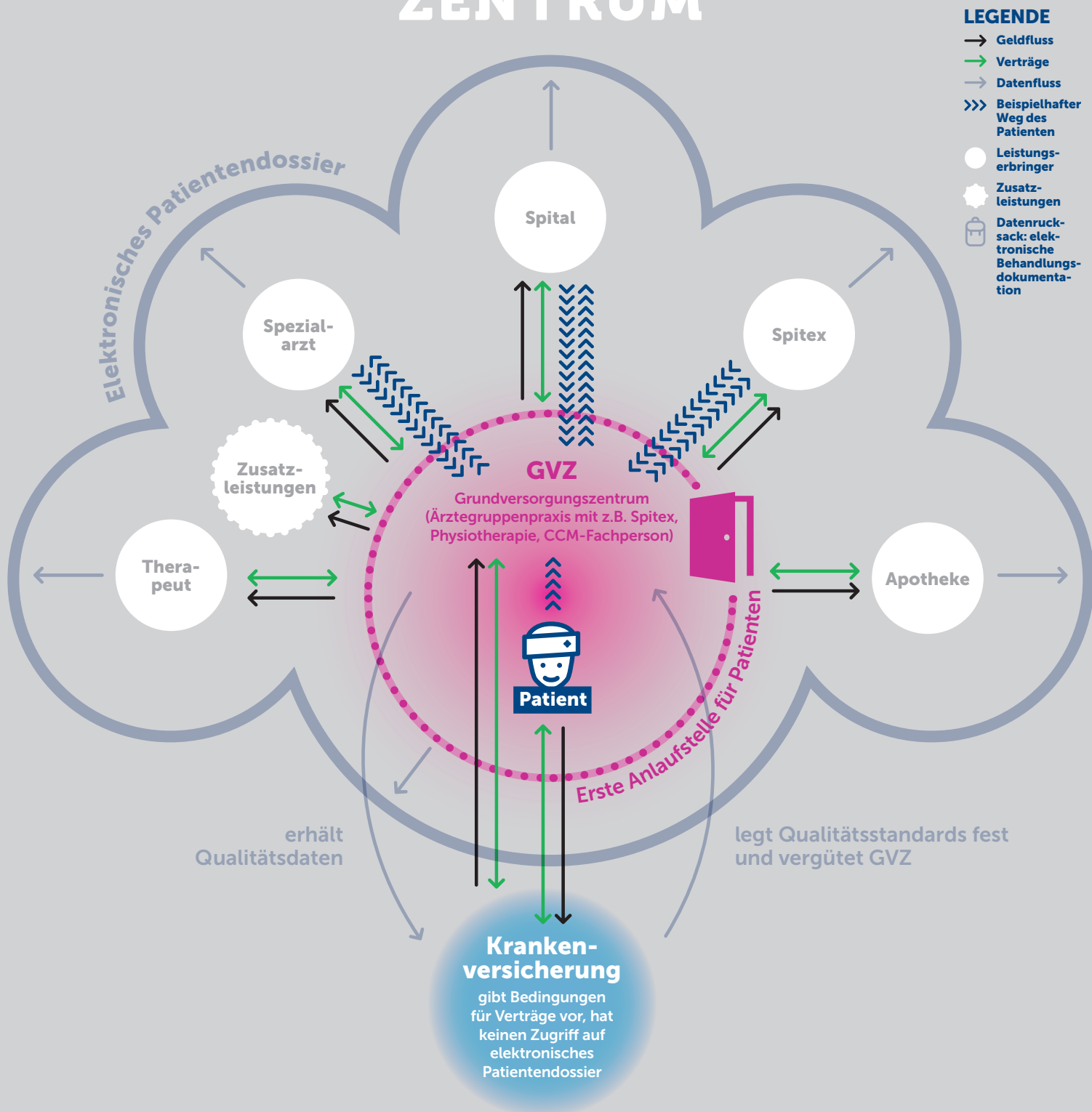
Die CSS befürwortet daher wesentliche Änderungen der Rahmenbedingungen: Ein Vergütungsmechanismus mit einer Gesamtsicht und unter Einbezug von Outcome-Parametern (ob z.B. eine Behandlung wirksam war) kann genügend finanzielle Anreize setzen. Zudem sollen Praxisbewilligungen und Leistungsaufträge nur dann vergeben werden, wenn eine integrierte Versorgung angestrebt wird. Solche einschneidenden Änderungen werden Widerstand bei den Leistungserbringern hervorrufen.

Deshalb sind sie in die entsprechende Langfristplanung miteinzubeziehen.

Aufgrund der Vielzahl verschiedener Anknüpfungspunkte innerhalb der und der wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen den Versorgungsstufen ist ein einzelnes, übergeordnet gültiges Modell wenig erfolgversprechend. Vielmehr müssen regionale (urban vs. rural) und inhaltliche (diagnosebezogen, z.B. als Diabetes-Behandlungspfad, oder dringlichkeitsbezogen, z.B. Akut- und Chroniker-Behandlungspfade) Modelle angestrebt werden. Künftig muss es möglich sein, integriert auf den individuellen Fall zu reagieren. Dazu braucht es transparent verfügbare, behandlungsrelevante Informationen sowie eine hohe Verbindlichkeit zwischen den Leistungserbringern. Und hier schliesst sich der Kreis zu den Rahmenbedingungen: Nur wenn diese in allen Belangen für alle stimmen, können sie als Katalysatoren fungieren. Auch für die Patientinnen und Patienten. Denn sie entscheiden, welche Leistungen sie nachfragen und welchen Leistungserbringer sie wählen.

→ Als Diskussionsgrundlage stellt die CSS in der Infografik auf den Seiten 5 und 6 zwei Modelle vor, wie integrierte Versorgung in Zukunft aussehen könnte.

MODELL 1 GRUNDVERSORGUNGS- ZENTRUM



Alle Versicherten sind verpflichtet, ein Grundversorgungszentrum (GVZ) zu wählen. Das GVZ besteht aus Fachrichtungen der Grundversorgung und hat zusätzlich Verträge mit Partnern aus allen relevanten medizinischen Fachbereichen. Chronic-Care-Fachpersonen sind ein wichtiger Bestandteil des GVZ. Der Behandlungspfad der Patienten führt nach Überweisung zu den Partner-Leistungserbringern sternförmig wieder zum GVZ zurück.

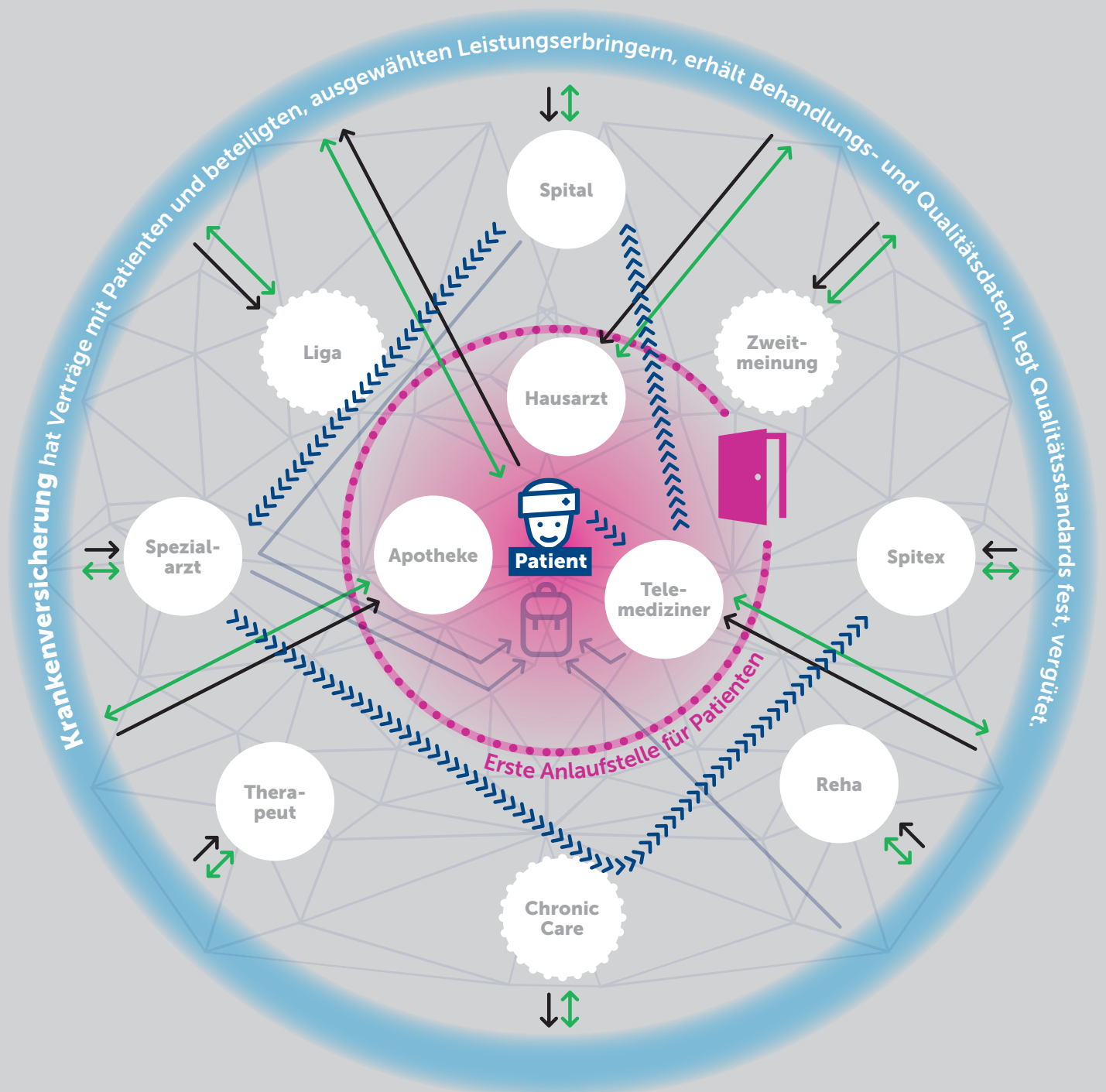
DATEN Das elektronische Patientendossier ist für alle Beteiligten obligatorisch, die Krankenversicherer haben keinen Zugriff darauf.

VERGÜTUNGSMCHANISMUS Das GVZ erhält im Voraus auf den Behandlungsbedarf seiner Mitglieder abgestimmte Leistungspauschalen, basierend auf einer national einheitlichen Tarifstruktur.

Das GVZ und die Versicherer verhandeln die jeweilige Baserate basierend auf einem Benchmarking bezüglich Qualität und Effizienz. Die verhandelten Pauschalen ersetzen die einzelnen Tarifstrukturen (TARMED, DRG usw.) und gelten für die gesamten medizinischen und paramedizinischen Behandlungen.

QUALITÄTS- UND EFFIZIENZSICHERUNG Das GVZ wählt seine Partner nach Qualitäts- und Effizienzkriterien aus. Der Versicherer erstellt ein Benchmarking aufgrund der Qualitätsdaten.

MODELL 2 DYNAMISCHES NETZWERK



Die Leistungserbringer bilden ein virtuelles, durch Verträge mit den Krankenversicherern definiertes Netzwerk. Die Patienten bewegen sich sequenziell von einem Leistungserbringer zum anderen. Die gerade Behandelnden übernehmen die Verantwortung für ihre und die nächstweitere Behandlung (Überweisung) und dokumentieren dies im «Datenrucksack» (elektronische Patientenakte). Die Leistungserbringer werden in ihrer Entscheidung für den nächsten Behandlungsschritt durch datenbasierte Empfehlungen (KI) unterstützt.

DATEN Durchgängige, verpflichtende Datensammlung im «Datenrucksack» des Patienten. Die Krankenversicherer haben auch Zugriff auf diesen Datenrucksack und können Daten ergänzen.

VERGÜTUNGSMCHANISMUS Die Leistungserbringer übernehmen finanzielle Verantwortung für ihre Behandlung sowie den nächsten Behandlungsschritt. Die Vergütung basiert auf Vertrags- und Erfolgskomponenten sowie einer Feedback-Kultur. Shared Benefits geben Anreize für Leistungserbringer und Patienten für kostenbewusstes Handeln.

QUALITÄTS- UND EFFIZIENZSICHERUNG Das Modell basiert auf einem 360°-Feedback-System an die jeweiligen Behandelnden durch nachfolgende Leistungserbringer, Patienten, Versicherer, evtl. Angehörige. Zusätzlich zum 360°-Feedback werden Behandlungs- und Qualitätsdaten sowie weitere Indikatoren erhoben, die, wie auch die Ergebnisse der Feedbacks, transparent sind.

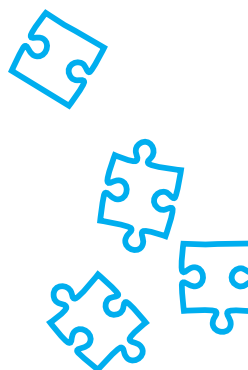
→ spricht, dass die Kluft zwischen den zahllosen Forderungen nach mehr Integration und den ebenso zahllosen Feststellungen, dass es an Umsetzungen mangelt, stetig grösser wird.

Die Unklarheit des Begriffs «integrierte Versorgung» weist auf eine weitere Frage hin – und möglicherweise liegt da der Hund begraben: Woher kommt die Fragmentierung der Versorgung, die wir so selbstverständlich als eines der grössten Hindernisse zu mehr Effizienz und Qualität verstehen? Ein Grund – die Spezialisierung – wurde bereits genannt. Andere gängige Antworten sind der gesetzliche Rahmen, ungeklärte Zuständigkeiten, fragmentierte Vergütungssysteme sowie die ebenso fragmentierenden Interessen der Leistungserbringer. Selbstverständlich treffen alle diese Gründe zu – und greifen gleichzeitig zu kurz. Wie könnte es sonst sein, dass wir in praktisch allen Versorgungssystemen die beiden gleichen Phänomene beobachten: zunehmende Fragmentierungen auf der einen Seite, fehlende Integration auf der anderen. Was also könnte eine alternative Erklärung sein, und auf welche Ideen würde uns diese bringen?

Im «Normalfall» reicht die Routine

Aus Forschungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit wissen wir heute, dass Gesundheitssysteme und ihre Organisationen grundsätzlich professionell orientiert und aufgebaut sind – und eben nicht interprofessionell. Das Rationale dieser professionellen Orientierung ist, und darin liegt ihre Stärke, dass die unterschiedlichen Professionen wissen, was zu tun ist. Weshalb im «Normalfall» keine besonderen Abstimmungen zwischen ihnen nötig sind. Nehmen wir als Beispiel einen Patienten, der in eine Notfallstation eingeliefert und von unterschiedlichen Berufsgruppen behandelt wird: Jede Berufsperson weiss, was zu tun ist. Die Notfallärztin weiss es, der Anästhesist weiss es, die Notfallpflegenden wissen es – und anschliessend auch die Pflegenden auf der Station. Alle sind geschult und können ihre Kompetenzen – ohne grosse explizite Absprache und im Wissen um die Routine – an der richtigen Stelle einbringen.

Dieses Beispiel verweist auf eine grundlegende Funktionalität des «Normalfalls»: Hier ist keine besondere, keine weitergehende Kooperation nötig, die profes-



Ein Phänomen fast aller Versorgungssysteme: **zunehmende Fragmentierungen** auf der einen Seite, **fehlende Integration** auf der anderen.

sionellen Routinen und Verständnisse reichen – was an Effizienz kaum zu überbieten ist. Das ändert sich erst, wenn der «Normalfall» unter Druck kommt. Zum Beispiel dann, wenn nicht mehr eine einzelne, akute Krankheit, sondern ein Patient mit mehreren chronischen Krankheiten zu behandeln und betreuen ist. Die Stärke des Zusammenspiels der Professionen im «Normalfall» wird dann zur Schwäche: Weil jeder nur das tut, wofür er professionell zuständig ist, können wichtige Aspekte und Zeichen wie Nebenwirkungen von Eingriffen oder Interaktionen von Medikamenten übersehen werden. Mit anderen Worten: Hier ist Koordination zwischen den Professionen verlangt, womit die Interprofessionalität ins Spiel kommt.

In Kürze

- **Gesundheitssysteme und ihre Organisationen sind grundsätzlich fragmentiert und nicht interprofessionell aufgebaut.**
- **Sowohl Fragmentierung wie auch Koordination und Integration haben ihre Bedeutungen und ihren Nutzen.**
- **Erfolgversprechend sind differenziertere und auf die jeweilige Population und das Setting ausgerichtete Integrationsbestrebungen.**

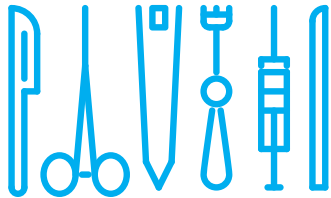
Fragmentierung als «Normalfall»

Eindrücklich wird der «Normalfall», wenn wir diese Metapher als Gedankenexperiment auf das ganze Versorgungssystem anwenden: Dann ist die Fragmentierung der Versorgung nicht zwangsläufig ein Ärgernis, sondern steht auch für ein ziemlich effizientes Versorgungssystem. Ein an Grippe erkrankter Mensch braucht nur eine Grundversorgerpraxis, ein Blinddarmpatient nur ein kleines Spital mit Operationssaal. Auch hier darf

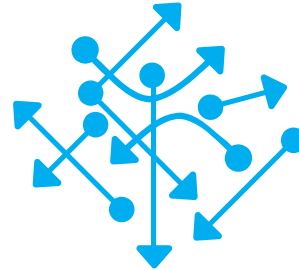
eine grundlegende Funktionalität des «Normalfalls» angenommen werden. Denn auch hier braucht es kaum weitergehende Integration oder Koordination. Und wenn wir uns vor Augen halten, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten glücklicherweise nicht an komplexen Krankheitsbildern leidet, dann dürfen diesem «Normalfall» sowohl Stärke wie Effizienz zugeschrieben werden.

Gleichzeitig kommt dieser «Normalfall» ebenfalls in Bedrängnis, wenn die Behandlungs- und Betreuungssituationen komplexer werden. Wenn nicht nur eine Spitex, ein Spital, eine spezialisierte Einrichtung oder eine Grundversorgerpraxis involviert sind, sondern mehrere und parallel. Analog zur Interprofessionalität wird dann die Stärke des «Normalfalls» zu einer Schwäche: Hier braucht es mehr Integration und Koordination zwischen den Institutionen, womit die integrierte Versorgung ins Spiel kommt.

Klar ist: Der «Normalfall» gerät zunehmend unter Druck und wird immer weniger normal. Denn die stetig steigende Zahl an Spezialitäten und Spezialisierungen ist immer schwieriger zu koordinieren. Auch weil die demografisch bedingte Zunahme an chronischen Krankheiten das System, das auf die Behandlung akuter Krisen (eben den «Normalfall») getrimmt ist, mehr und mehr herausfordert.



Die stetig **steigende Zahl an Spezialitäten und Spezialisierungen** ist **immer schwieriger zu koordinieren**.



Weltweit existiert **keine allgemein akzeptierte Definition**, vielmehr herrscht ein **Wirrwar**.

Zwei Fazite

Gesundheitssysteme und ihre Organisationen sind aufgrund ihrer Historie grundsätzlich fragmentiert. Dieser «Normalfall» stellt die Default-Position dar, die für viele Behandlungs- und Betreuungssituationen ausreichend (und effizient) ist. Gleichzeitig gerät das heutige Versorgungssystem an verschiedenen Stellen immer mehr unter Druck; seine Stärke droht immer häufiger in eine Schwäche umzuschlagen – nämlich dann, wenn komplexe Patienten mehr Koordination und Integration benötigen.

Zweitens folgt daraus, dass sowohl Fragmentierung (des «Normalfalls») wie Koordination und Integration (in komplexen Situationen) ihre Bedeutungen und ihren Nutzen haben. Wer nur nach mehr Koordination und Integration ruft und die Fragmentierung als Grundübel verachtet, hat schon verloren. Das ist der springende Punkt: Integrierte Versorgung kann nur gelingen, wenn wir unsere Integrationsbestrebungen viel stärker als bisher differenzieren und auf die Anforderungen der jeweiligen (Patienten-)Population, Versorgungssettings und involvierten Versorgungsinstitutionen ausrichten.

Peter Berchtold ist Facharzt Innere Medizin und Mitbegründer sowie seit 1999 Co-Leiter des College für Management im Gesundheitswesen (college M) in Bern. Er ist Präsident des fmc, des Schweizer Forums für Integrierte Versorgung, und Vizepräsident der Schweizer Patientenorganisation (SPO).

Die USA haben das teuerste Gesundheitssystem der Welt. Trotzdem ist eine effektive und effiziente Versorgung möglich. Kaiser Permanente hat die Lösung.

Von Karin Cooke

Anreize für mehr Effizienz

In vielen Ländern der Welt befasst man sich mit der Frage, wie die steigenden Gesundheitskosten bewältigt werden können – auch in den USA, wo das System besonders teuer ist. Mit ihrem integrierten Modell zeigt Kaiser Permanente, welches Potenzial für eine erfolgreiche und erschwingliche Versorgung in Gesundheitssystemen schlummert. Im Kern schafft das Modell Anreize, die zu einer Konzentration auf eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung führen.

1. Die Mitglieder (Patienten) zahlen für ihre Gesundheitsversorgung eine Versicherungsprämie. Die Vorauszahlung sorgt für finanzielle Stabilität und schafft Kaiser Permanente und ihren Mitgliedern Anreize für präventive Massnahmen, damit die Mitglieder gesund bleiben und Spitalaufenthalte vermieden werden.

2. Ärzte sind angestellt und erhalten ein fixes Gehalt. Sie bestimmen, welche Behandlung erforderlich ist, und legen die Standards für klinische Protokolle fest. Es gibt keinen finanziellen Anreiz, mehr als das Notwendige zu tun.

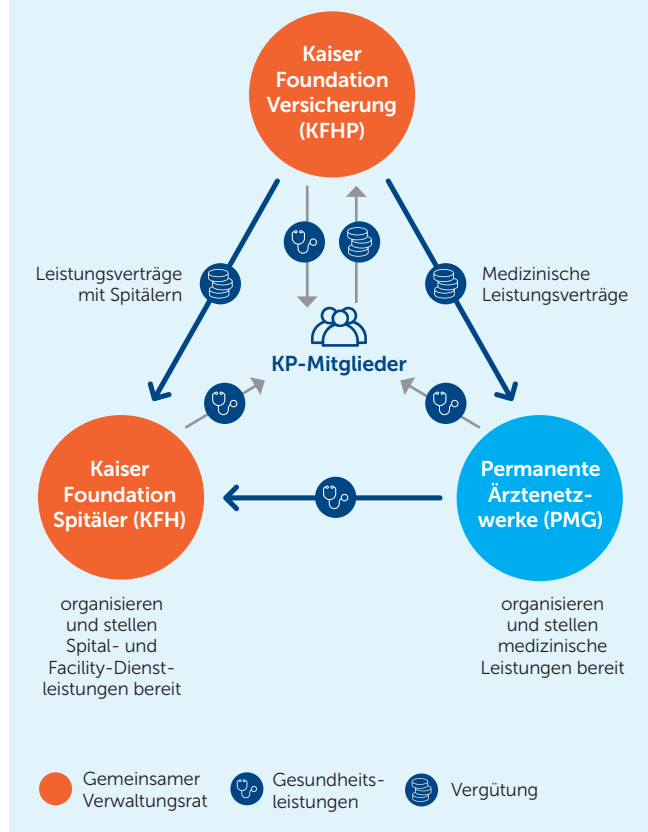
3. Spitäler erzeugen hohe Kosten. Behandlungsteams und operative Leiter von Kaiser Permanente stellen sicher, dass Patienten nur wenn nötig im Spital sind und für die Nachsorge auch in andere Pflegeeinrichtungen verlegt werden. Dank solcher Bemühungen waren die Anzahl Spitaltage und der Bedarf an neuen Spitälern rückgängig – trotz Patientenwachstum.

4. Integration durch Technologie. Das elektronische Patientendossier vernetzt alle Behandlungsteams von Kaiser Permanente entlang des Patientenpfades. Dadurch kennt das gesamte Behandlungsteam die Patienten und kann ihnen genau die Prävention und die Behandlungen anbieten, die sie zur vollständigen Genesung benötigen. Die Technologie ermöglicht auch einen engeren Kontakt zu den Mitgliedern durch virtuelle Interaktionen, und mit automatisierten Arbeitsabläufen wird eine nahtlose Zusammenarbeit bei wichtigen Präventionsmassnahmen geschaffen. So ist Kaiser Permanente in den USA führend bei der Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge und Bluthochdruck-Kontrolle.

Durch diese vier Aspekte wird die Gesundheitsversorgung für die Mitglieder komfortabler, qualitativ hochwertiger und kostet weniger. Ärzte nutzen ihre Zeit für die Betreuung von Patienten und nicht für die Bearbeitung von Versicherungsgutsprachen und Anträgen. Spitäler konzentrieren sich darauf, die richtige Behandlung zur richtigen Zeit zu ermöglichen.

Integrierte Versorgung und Versicherungsdeckung

Der Kaiser-Permanente-Ansatz organisiert Spitäler, Ärzte und Versicherungsmodelle, damit die Versorgung über alle Einrichtungen und Anbieter besser koordiniert und eine höhere Leistungsqualität für die Patienten sichergestellt ist.



Karin Cooke ist Direktorin von Kaiser Permanente International. Sie entwirft Bildungsprogramme und Präsentationen für internationale Führungskräfte im Gesundheitswesen. Kaiser Permanente ist mit 12,2 Millionen Mitgliedern eines der grössten gemeinsamen Versicherungsmodelle der USA. Ärzte, Spitäler und Krankenversicherung arbeiten als integriertes Gesundheitssystem zusammen.

Medbase verfolgt seit ihren Anfängen das Konzept der integrierten Versorgung. Seit jeher arbeiten interprofessionelle Teams eng zusammen, und seit 2019 gehören über vierzig Apotheken zur Unternehmensgruppe. Wie funktioniert das in der Praxis?

Von Marcel Napierala

Aus einer Hand



Marcel Napierala ist CEO der Medbase Gruppe.

Diabetes Typ 2, also die erworbene Form, ist in der Bevölkerung auf dem Vormarsch. Auch bei Medbase werden Personen mit erhöhtem Blutzucker häufig behandelt. Ihr Risiko, an Herz-Kreislauf-Leiden zu erkranken, ist im Vergleich zur übrigen Bevölkerung höher, und wenn die Patienten nicht optimal betreut werden, sind Folgeerkrankungen wahrscheinlich. Nebst dem individuellen Leid schlägt dies mit hohen Gesundheitskosten zu Buche.

Interdisziplinäre Teams erreichen mehr

Einige Medical Center der Medbase Gruppe wenden daher bei Diabetes-Patienten ein ganzheitliches und damit interdisziplinäres Betreuungskonzept an. Dabei steht der Betroffene im Mittelpunkt und wird von verschiedenen Fachleuten engmaschig begleitet. Denn die alleinige ärztliche Betreuung ist oft nicht ausreichend, weil die Patienten häufig auch im Bereich Bewegung und Ernährung Unterstützung benötigen. Nebst einem jährlichen Gespräch mit dem Arzt hat die erkrankte Person mindestens dreimal pro Jahr eines mit der medizinischen Praxisassistentin. Darüber hinaus werden je nach Wunsch regelmässige Treffen mit Fachpersonen aus der Physiotherapie und der Ernährungsberatung vereinbart. So merken denn auch Physiotherapeuten, dass Patienten beispielsweise wegen Hemmungen Fitnesszentren meiden. Im Trainingsraum der Physiotherapie können sie Fitnessgeräte in einer geschützten Umgebung ausprobieren und Vorbehalte oder Ängste abbauen. Die Medbase Medical Center sind prädestiniert für diesen interdisziplinären Ansatz, weil Hausärzte, Physiotherapeuten, Fachärzte und andere Therapeuten in einer Praxis zusammenarbeiten. Der Austausch der Fachpersonen fällt dank der räumlichen Nähe leicht, sei es in Sitzungen oder bei informellen Updates auf dem Gang. Ein sogenannter

Diabetes-Pass dient zudem als Dokumentation für den Patienten und die betreuenden Fachkräfte. Dank dem innovativen Betreuungskonzept wird sichergestellt, dass der Patient zum richtigen Zeitpunkt die richtige Betreuungsperson und die richtige medizinische Leistung erhält – und dies zu möglichst vernünftigen Kosten.

Eine lückenlose Betreuung als Ziel

Als grosser ambulanter Anbieter in der Grundversorgung arbeitet Medbase eng mit stationären Partnern zusammen. Ähnlich wie bei einer vertikalen Integration werden so teure Leerläufe für kranke Menschen, die medizinische Infrastruktur und die Versicherer minimiert. Mit der Integration der Apothekenkette Topwell hat sich für die Gruppe ein neues Geschäftsfeld erschlossen, zusätzlich zu den Bereichen Medizin, Therapie, ambulante Chirurgie und betriebliches Gesundheitsmanagement. Damit wurde ein weiterer wichtiger Bestandteil in die Behandlungskette eingebaut. Bei unkomplizierten Behandlungen wie einer Zeckenimpfung oder bei der Mitbetreuung von chronisch kranken Menschen erhalten Kunden in den Apotheken einen schnellen und einfachen Zugang zu medizinischen Leistungen und entlasten die Arztpraxen. Seit Jahresbeginn ist es zudem möglich, eine ärztliche telemedizinische Konsultation direkt in der Medbase-Apotheke in Anspruch zu nehmen. Bei Bedarf kann sich auch der Apotheker von einer medizinischen Fachperson beraten lassen. Dies sind nur einige Beispiele, wie Medbase die integrierte Versorgung versteht und in Zukunft gemeinsam mit Partnern weiterentwickeln möchte. Es ist jedoch Fakt, dass auf diesem Gebiet noch viel mehr getan werden muss, um die lückenlose Betreuung von Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern und entsprechend Kosten zu optimieren.

Fazit

Im Kleinen werden heute in der Schweiz bereits viele Aktivitäten im Rahmen der integrierten Versorgung umgesetzt. Um die Durchschlagskraft zu erhöhen, sind grosse Organisationen gefordert, den Prozess zu fördern und sich zu engagieren – und dies intersektoriell.

Marcel Napierala ist CEO der Medbase Gruppe. Seit der Gründung von Medbase im Jahr 2001 ist der ausgebildete Physiotherapeut als Geschäftsführer tätig. Parallel zu seiner Tätigkeit im Unternehmen studierte er Betriebswirtschaft an der Fachhochschule Nordwestschweiz.



Kann die integrierte Versorgung in einem System mit Wahlfreiheit und Vertragszwang funktionieren? BAG-Vizedirektor Stefan Spycher und Antoine Hubert, VR-Delegierter der Privatlinikgruppe Swiss Medical Network, debattieren – über Skype, wie im Rahmen der Covid-19-Massnahmen üblich.

Interview: Patrick Rohr

«2030 wird es nur noch koordinierte Modelle geben»

Patrick Rohr (PR): Zum Begriff der integrierten Versorgung gibt es ja verschiedene Vorstellungen. Klären wir doch zu Beginn gleich, wer was darunter versteht. Herr Spycher, was ist für Sie integrierte Versorgung?

Stefan Spycher (SS): Beim Bund reden wir inzwischen von koordinierter Versorgung. Es geht darum, die Sicht des Patienten einzunehmen, der verschiedene Leistungserbringer braucht. Diese müssen aufeinander abgestimmt sein, im besten Interesse des Patienten.

PR: Und wer koordiniert die verschiedenen Leistungserbringer?

SS: Für viele Patienten ist der Grundversorger, also der Hausarzt oder die Hausärztin, die logische Stelle. Es kann aber auch ein Spezialist sein oder die Spitex.

PR: Herr Hubert, wie sieht Ihre Vorstellung von integrierter Versorgung aus?

Antoine Hubert (AH): Meine ideale Vorstellung ist das Modell von Kaiser Permanente in den USA (siehe S. 10; Red.). Man ist dort nicht mehr Patient oder Versicherter, sondern Mitglied. Man zahlt anstelle einer Prämie einen festen Jahresbeitrag, und entsprechend hat die Organisation ein Interesse, das Mitglied möglichst gesund zu erhalten. Wir sind am Hôpital du Jura Bernois beteiligt; dort beabsichtigen wir, ein Modell, das in diese Richtung geht, zu testen. Bald werden wir imstande sein, die gesamte Versorgungskette abzudecken.

PR: Widerspricht ein solch geschlossenes System nicht der Wahlfreiheit?

AH: Als Versicherter können Sie wählen, ob Sie die totale Wahlfreiheit möchten oder ob Sie, für eine tiefere Prämie, Ihre



«Wir müssen heute junge, gesunde Leute für solche Netzwerke begeistern und schauen, dass wir sie behalten können.»

Antoine Hubert

Wahlfreiheit beschränken möchten. Wenn Sie unzufrieden sind, haben Sie die Möglichkeit, am Ende des Jahres wieder ins normale Prämiensystem zu wechseln.

PR: Sich als Mitglied in ein geschlossenes System einzukaufen – wäre das ein Modell, das auch in der Schweiz funktionieren könnte, Herr Spycher?

SS: Die Schweiz war ein Vorläufer bei der Managed Care. Wir hatten Anfang der 1990er-Jahre die ersten HMO-Zentren in Europa, man schaute auf uns. Und bei der Einführung des KVG im Jahre 1996 verankerten wir die Möglichkeit verschiedener Versicherungsmodelle sogar im Gesetz. Aber leider ist seither nicht mehr viel passiert. Wir denken daran, dass wir den Prozess beschleunigen sollten, denn die Vorteile der integrierten Versorgung sind unbestritten.

PR: Also wäre es in der Schweiz durchaus möglich, solche geschlossenen Systeme zu etablieren?

SS: Wir stellen uns das so vor: Etwa 90 Prozent der Patientinnen und Patienten erleben Episoden; sie kommen also ins System rein und gehen wieder raus, nach einem Unfall zum Beispiel oder weil sie die Gallenblase entfernen müssen. Diese Leute sollen neu ein Eingangstor ins Gesundheitssystem haben, ähnlich wie beim Hausarztmodell: Dort bekommen sie eine «Erstberatung Gesundheit», wie wir das nennen, und dann werden sie ins System geführt. Für die andere Gruppe, die 5 bis 10 Prozent der multimorbiden Patienten, wollen wir koordinierte Versorgungsnetzwerke etablieren, ähnlich wie sie Herr Hubert skizziert hat: mit Psychiatern, Gynäkologen, Hausärzten, Pflegenden →

→ und so weiter. Diese Zentren können auch virtuell miteinander verbunden sein. Sie müssen einfach die ganze Kette im ambulanten Bereich abdecken.

PR: Innerhalb dieser Zentren wäre die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten aber beschränkt?

SS: Genau. Aber so weit sind wir noch nicht. Jetzt wollen wir zuerst einmal die Idee etablieren, also auf der einen Seite eine Anlaufstelle für die Erstberatung Gesundheit anbieten und auf der anderen Seite ein koordiniertes Versorgungsnetz. Dort gäbe es übrigens eine Pauschalzahlung, nicht mehr eine Fee-for-Service wie heute.

PR: Das ist ja einer der Kernpunkte Ihres Modells, Herr Hubert: keine Fee-for-Service, sondern eine Pauschalzahlung. Ihre Wünsche scheinen bald alle erfüllt, wenn ich Herrn Spycher zuhöre?

AH: Der Bund war auch nie unser Problem. Ich komme aus dem Wallis. Wollten wir da die Orthopädie zum Beispiel in Martigny zentralisieren, dürften wir auf keinen Fall sagen: «Ab dem 1. Januar ist die Orthopädie für das ganze Wallis in Martigny.» Das gäbe einen Aufstand! Nein, wir müssten einfach die besten Orthopäden nach Martigny bringen, das beste Equipment – und schon würden alle Walliser von sich aus dorthin gehen. Nach fünf Jahren könnten Sie alle anderen Orthopädiepraxen schliessen, ohne Problem. Wir müssen einfach die richtigen Anreize finden.

PR: Sie glauben, die Leute würden dann automatisch mitziehen? Es ist nicht lange her, acht Jahre, dass die Managed-Care-Vorlage mit wuchtigen 75 Prozent der Stimmen abgelehnt wurde. Denken Sie, die Bereitschaft für einen Systemwechsel ist heute schon da?

AH: Es wird eine Generation brauchen, um diese Änderung zu vollziehen. Wir müssen heute junge, gesunde Leute für solche Netzwerke begeistern und schauen, dass wir sie behalten können. Auch bei den Ärzten braucht es eine Generation für den Wandel, viele junge sind sehr interessiert an neuen Modellen.

PR: Sehen Sie das auch so, Herr Spycher?

SS: Zwei Drittel der Bevölkerung haben ja heute schon ein spezielles Versicherungsmodell.

PR: Also ein Hausarzt- oder HMO-Modell, zum Beispiel?

SS: Genau. Und deshalb glauben wir, dass die Anlaufstelle «Erstberatung Gesundheit» mehrheitsfähig ist. Bei den koordinierten Versorgungsnetzwerken



«Die Erstversion des EPD ist noch nicht die Luxusversion, klar, es ist eine Startversion, und die muss man jetzt weiterentwickeln.»

Stefan Spycher

Stefan Spycher ist seit 2008 Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und verantwortlich für den Direktionsbereich Gesundheitspolitik. Zuvor war er Leiter des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums sowie Mitinhaber und Geschäftsleiter des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien, BASS. Im Oktober 2020 wird er CEO von Careum.

Antoine Hubert ist Delegierter des Verwaltungsrats der Klinik- und Hotelgruppe Avis Victoria. Innerhalb der Gruppe leitet er die Swiss Medical Network SA mit 23 Spezialkliniken in der ganzen Schweiz. Bevor Antoine Hubert 2002 einen Anteil an der Clinique de Genolier erwarb und 2004 das Swiss Medical Network gründete, war er hauptsächlich in den Bereichen Liegenschaften und Immobilien tätig.

denken wir, dass sie auch für junge Ärzte attraktiv sind. Viele wollen nicht mehr selbstständig sein, sie lassen sich lieber anstellen, weil sie im Netzwerk alles haben, auch eine technisch hervorragende Infrastruktur. Und das ist der Hebel zu den Patienten: Wenn die merken, dass die Qualität bei den Netzwerken stimmt, dass die angeschlossenen Stellen gut aufeinander abgestimmt und jederzeit hervorragend dokumentiert sind, dann schliessen sie sich freiwillig diesen Netzen an. Aber ich bin mit Herrn Hubert einig, dass es eine Generation braucht. Es wäre nur mit Zwang schneller umzusetzen, aber Zwang entspricht nicht unseren Werten.

PR: Ihr Optimismus in Ehren, Herr Spycher, aber wenn ich sehe, wie lange es gedauert hat, bis das elektronische Patientendossier (EPD) dieses Jahr endlich eingeführt wurde – auf freiwilliger Basis und mit PDF statt einer richtigen Datenbank ...

SS: Die Erstversion des EPD ist noch nicht die Luxusversion, klar, es ist eine Startversion, und die muss man jetzt weiterentwickeln. Das EPD ist das Rückgrat der koordinierten Versorgung. Im Ausland ist es zum Teil schon längst eine Selbstverständlichkeit, bei uns hat die Einführung zehn Jahre gedauert, das muss man respektieren. Aber jetzt können wir vorwärtsschauen und dieses Instrument einsetzen.

PR: Herr Hubert, reicht Ihren Kliniken eine PDF-Sammlung, um Ihre Vorstellung von integrierter Versorgung umzusetzen?

AH: Man muss mit etwas beginnen. Das EPD ist ein erster Schritt, ein Anreiz für die verschiedenen Player, Daten zu sammeln. Jetzt muss man noch das richtige System finden, um es automatisch mit den Daten zu füllen.

PR: Aber davon sind wir noch weit entfernt.

AH: Es ist eine riesengrosse Arbeit. Wir haben in der Schweiz 37 000 Ärzte, die sich zuerst einmal mit dem System vernetzen müssen. Und dann muss das System noch einfacher werden, interaktiver, benutzerfreundlicher. Aber das kommt schon.

SS: Ich bin froh, dass Herr Hubert so argumentiert. Ich sehe das genau gleich. Wir haben jetzt eine Startkonfiguration mit PDF, und klar werden Leute sagen, das sei «letztes Jahrhundert». Aber es geht ja weiter. Schon nächstes Jahr wollen wir schweizweit strukturierte Information im System haben: Medikamente mit Dosierungen, Impfungen, Notfallausweise und so weiter. Und durch die Digitalisierung im Gesundheitswesen gibt es noch

viel mehr Möglichkeiten. All die Informationen beispielsweise, die man mit den Gesundheits-Apps auf seinem Mobiltelefon sammelt, können ins EPD fließen. AH: Und wenn das Coronavirus einen Vorteil hat, dann den, dass es die Digitalisierung im Gesundheitswesen beschleunigen wird.

PR: Ich bin nicht sicher, ob alle Versicherten ihre Gesundheitsinformationen an einem Ort versammelt haben möchten – ohne zu wissen, wer in der langen Versorgungskette alles darauf zugreifen kann ...

SS: Sie können bei jedem Befund, bei jedem Dokument entscheiden, wer von den 30 000 angeschlossenen Gesundheitsfachpersonen Zugriff haben soll und wer nicht. Die Frage ist natürlich: Werden Sie diesen Aufwand betreiben? Aber grundsätzlich haben Sie als Patient eine hohe Selbstbestimmung. Und ja, wie jedes IT-System ist auch dieses nicht zu hundert Prozent sicher. Wir werden es so sicher wie möglich entwickeln und aus Fehlern lernen. Aus lauter Angst nichts zu tun, wäre falsch. Wir müssen das Risiko minimieren, aber wir müssen dieses minimierte Risiko auch in Kauf nehmen.

PR: Über einen Player haben wir bisher nicht geredet: den Versicherer. Herr Hubert, rennen Sie mit Ihrem Modell im Berner Jura bei den Krankenversicherern offene Türen ein?

AH: Was ist der Zweck einer Versicherung? Ihre Hauptaufgabe ist es, den Risikoausgleich zu machen. Das kann aber auch ein Algorithmus. Vor 20 Jahren, als alles noch manuell erledigt werden musste, da brauchte es Versicherungen. Aber heute nicht mehr, sie sind eigentlich überflüssig. Das ist auch der Grund, warum die Versicherungen bei diesem Thema nicht wirklich mitmachen. Die integrierte Versorgung kannelisiert ihren eigentlichen Zweck.

PR: Herr Spycher, teilen Sie diese Ansicht? Werden die Versicherungen überflüssig?

AH: Sie dürfen bei dieser Frage den Joker einsetzen!

SS: Wir haben in der Schweiz schon mehrfach über die Einführung einer Einheitskasse abgestimmt. Die Ergebnisse waren immer eindeutig. Ich glaube, man muss akzeptieren, dass die Bevölkerung mehrere Versicherer möchte. Das gibt Wettbewerb, und der Wettbewerb soll etwas Positives bewirken, auch zwischen Leistungserbringern.

PR: Aber müsste man dann konsequenterweise nicht gewisse gesetzliche

Hürden abbauen, den Kontrahierungszwang zum Beispiel?

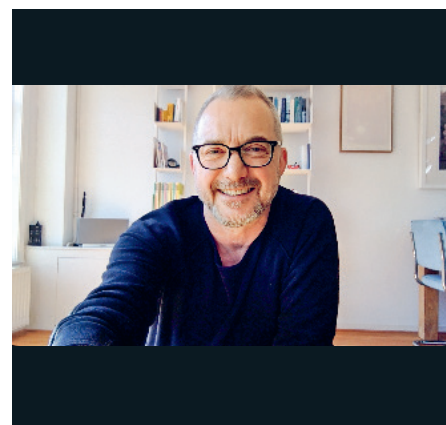
SS: Ich bin Ökonom. Strenggenommen gibt es in dem Konzept, das wir in der Schweiz haben, im regulierten Wettbewerb, keinen Kontrahierungszwang. Aus ökonomischer Sicht ist der Kontrahierungszwang ein Systemfehler. Die Frage ist aber schon sehr lange politisch umstritten, und ich denke, man muss hier pragmatisch sein und akzeptieren, dass man das jetzt nicht ändern kann. Aber rein systemlogisch müssten wir die Vertragsfreiheit haben.

PR: Das integrierte Modell, wie Sie es ganz am Anfang vorgeschlagen haben, Herr Hubert, funktioniert nur mit Vertragsfreiheit richtig?

AH: Ja, ein integriertes Modell kann mit Vertragszwang nicht funktionieren. Aber der Patient hat ja zum Glück die Wahl, in ein beschränktes System zu gehen oder in ein nicht beschränktes. Und das System ohne Beschränkungen wird dann halt teurer sein.

PR: Und dafür brauchen wir auch keine Gesetzesänderung?

SS: Die einzige Frage ist, wie schnell wir vorwärtsgen wollen. Ich behaupte, im Jahr 2030 werden wir in der Schweiz ausschliesslich koordinierte Versorgungsmodelle haben. Wollten wir sie jetzt, im Jahr 2020, einführen, gäbe es viele Widerstände. Es muss als zarte Pflanze anfangen, und in ein paar Jahren sagen wir dann, wir möchten das wachsen lassen, bis es immer stärker wird. Und in zehn Jahren werden wir unser Ziel erreicht haben.



Patrick Rohr ist Journalist, Fotograf und Moderator. Er leitet eine eigene Firma für Kommunikationsberatung in Zürich. Bis 2007 arbeitete er als Redaktor, Redaktionsleiter und Moderator für das Schweizer Fernsehen (u.a. «Schweiz aktuell», «Arena» und «Quer»).

Für eine optimale Betreuung ist die Spitex auf eine verbindliche Zusammenarbeit mit den Versorgungspartnern angewiesen. In welchen Bereichen dies bereits gut funktioniert – und wo noch Verbesserungspotenzial besteht.

Von Christina Brunnschweiler

Nahtlos betreut?

Integrierte Versorgung ist in aller Munde. Für die Spitex ist die verbindliche und geplante Zusammenarbeit aller Versorgungspartner zentral. Je stringenter diese erfolgt, umso effektiver, effizienter und nachhaltiger kann ambulant gepflegt werden. Aber: Ohne den Einbezug und die aktive Kooperation von Patienten und ihren Vertrauenspersonen ist insbesondere im ambulanten Sektor die Versorgung weder erfolgreich noch nachhaltig wirksam. Die Spitex verfügt in diesem Bereich über eine langjährige Erfahrung; das Vereinbaren und Nutzen erfolgreicher Verbindungen und «Andockstellen» in der Versorgungskette gehört zu ihren Kernkompetenzen.

Wen und wie die Spitex betreut

Im Jahr 2018 pflegte und betreute die Spitex in der Schweiz fast 370 000 Personen. Dies entspricht knapp 4 Prozent der Gesamtbevölkerung. Bei rund zwei von drei Personen handelte es sich um Frauen und bei 44 Prozent um Personen ab 80 Jahren.

Interessant ist der beträchtliche Anteil an Kundinnen und Kunden unter 65 Jahren, wobei die Mehrheit chronisch – somatisch oder psychisch – erkrankt ist (siehe Abbildung). Rund 47 Prozent aller betreuten Personen brauchen nur eine zeitlich beschränkte Unterstützung, sei es aufgrund einer palliativen Situation oder weil sie infolge einer Hospitalisation auf eine Intervention angewiesen sind (siehe Tabelle). Bei knapp der Hälfte aller Fälle ist also eine optimal aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit der Versorgungspartner besonders wichtig. Bei psychiatrischen und palliativen Kunden funktioniert die enge interprofessionelle Zusammenarbeit bereits gut. Verbesserungspotenzial besteht insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie z.B. Amyotropher Lateralsklerose (ALS) oder Multipler Sklerose (MS). Bei diesen müssen Ärzte, Sozialstellen und Versicherungen besonders eng zusammenarbeiten. Auch die Compliance der Betroffenen ist zentral, also die Bereitschaft der Kundinnen und Kunden, sich helfen zu lassen und den Informationsfluss zwischen den involvierten Stellen aktiv und positiv zu unterstützen.

Der Koordinationsbedarf variiert

Die verbindliche, geplante Zusammenarbeit aller Versorgungspartner ist – neben den palliativen Situationen – auch für all jene Kundinnen und Kunden von grosser Bedeutung, die mit chronischen Krankheiten zu Hause leben möchten. Die grosse Mehrheit von ihnen leidet zudem unter Mehrfacherkrankungen. Bei solchen Fällen besteht ein besonders hoher Koordina-

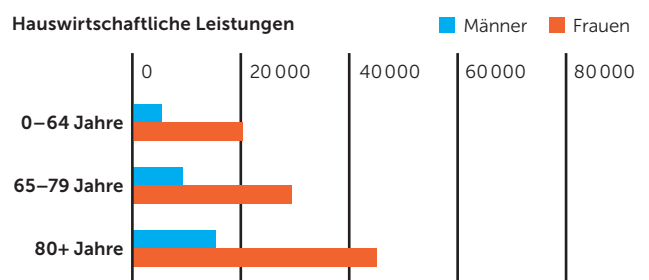
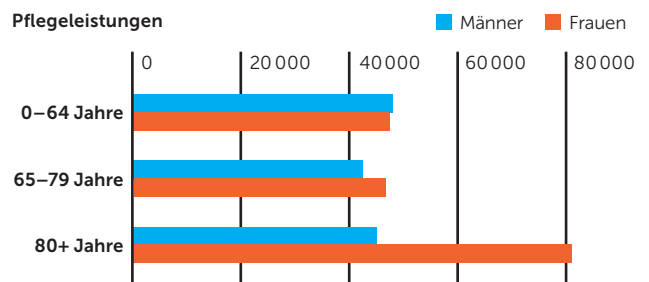
tionsbedarf im Bereich der medizinisch-pflegerischen Abstimmung, konkret:

- Medikation resp. Polymedikation, Medikamenten-Compliance
- Therapeutische Absprachen, besonders Mobilisation
- Schmerztherapien, Advanced Care Planning bei komplexen, insbesondere palliativen Situationen

In diesen Situationen und mit den entsprechenden Versorgungspartnern erleben wir die Zusammenarbeit zunehmend besser, wenn auch vielfach noch nicht übergeordnet geplant. Das auf allen Ebenen vorhandene Engagement für den einzelnen Patienten erlaubt meistens eine reibungslose Zusammenarbeit. Förderlich für die Kooperation ist ausserdem, dass die Ärzte und Versorgungspartner die Kompetenzen des

Von Spitex-Diensten betreute Fälle, 2018

Anzahl nach Art der Leistung und Alter



Quelle: Halbjahresbericht 2019, Spitex Zürich Limmat AG

Unterstützungsleistungen der Spitex Zürich Limmat AG

Zeitraum: 1.7.2017–31.12.2019. N=89591

| Art der Intervention | Fälle in % |
|--|-------------|
| Reguläre Hilfe- und Pflegesituation | 51% |
| Isolierte, zeitlich begrenzte, therapeutische Leistung (wie z.B. Heparin, Augentropfen, Stützstrümpfe) | 26% |
| Zeitlich begrenzte Hilfe im Haushalt | 14% |
| Klientin mit psychiatrischen Problemen | 5% |
| Klientin in einer Palliativsituation | 3% |
| Klientin lehnt die Bedarfsabklärung mit dem MDS-HC ab | 1% |
| | 100% |

Quelle: Halbjahresbericht 2019, Spitex Zürich Limmat AG

Pflegefachpersonals heute verstärkt wahrnehmen und dass das Personal hinsichtlich integrierter Versorgung zunehmend besser ausgebildet ist. Hinderlich hingegen sind häufig finanzielle Hürden, wenn es um nicht verrechenbare Leistungen wie Material, Medikamente oder ähnliche Aspekte geht. Darüber hinaus braucht die Koordination über die einzelnen Stellen hinweg Zeit, die oft nicht vergütet wird.

Integrierte Versorgung bei chronisch mehrfach erkrankten Menschen umfasst aber noch sehr viel mehr. So müssen zusätzlich mit den entsprechenden Partnern aus Versicherungen, Sozialbehörden usw. sowie Kundinnen und Kunden und deren Vertrauenspersonen Fragen angegangen werden wie:

- Hat der Kunde ein soziales Umfeld, oder ist er einsam? Wie viel soziale Integration möchte er?
- Wie ist die Wohnsituation, braucht es eine Anpassung?
- Braucht es ein Case Management?
- Wie ist die Finanzierung sichergestellt, wenn kein Arbeitseinkommen mehr erzielt werden kann?
- Ist eine ergänzende Finanzierung notwendig, z.B. Ergänzungsleistungen (EL)?
- Überfordern ihn die vielen Rechnungen, ist hier professionelle Entlastung nötig?

Vielfach verunsichern die unterschiedlichen Haltungen und Ratschläge der involvierten Fach- und Vertrauenspersonen zusätzlich, und auf kommunikativer Ebene wäre eine Abstimmung oft hilfreich.

Das «informelle» Helfernetz ist wichtig

Nicht vergessen darf man im Rahmen der integrierten Versorgung auch, dass sehr viele Kundinnen und Kunden unter kognitiven Einschränkungen oder (vorübergehenden) psychischen Störungen wie z.B. Depressionen aufgrund chronischer Krankheiten leiden. Entsprechend schwierig ist es, ein funktionierendes Helfersystem aus An- und Zugehörigen, Nachbarn oder Menschen aus sozialen Netzwerken vor Ort für diese Menschen aufzubauen. Tatsächlich scheitert eine gute Versorgung häufig am mangelnden Einbezug

eines solchen Systems. Dessen Aufbau kostet zunächst Zeit und Geld, wird von niemandem bezahlt, und die positiven Effekte zeichnen sich oft erst später ab.

Zusammenfassend stehen für die Spitex im Bereich der integrierten Versorgung also gut funktionierende Nahtstellen zwischen den «formellen» Versorgungspartnern im Fokus. Hier hoffen wir, mit dem elektronischen Patientendossier (EPD), Swiss Health Information Processing (SHIP) und anderen digitalen Kommunikationssystemen weitere wichtige Schritte zu machen. Koordinierte Versorgung im ambulanten Setting bei mehrfach chronisch erkrankten Menschen gelingt aber in aller Regel nur, wenn auch das informelle «Helfernetz» in die Koordination eingebunden ist und die finanziellen Aspekte so geregelt werden, dass die Betroffenen die von ihnen bestimmte Lebensqualität zu Hause in Würde leben können.

Christina Brunnschweiler ist CEO der operativen Betriebsgesellschaft Spitex Zürich Limmat AG. Diese erbringt Spitex-Leistungen für die Stadtzürcher Bevölkerung auf zwei Dritteln des Stadtgebiets. Ca. 1050 Mitarbeitende kümmern sich um das Wohl von jährlich rund 6500 Kundinnen und Kunden.

Der Aufzughersteller Schindler behandelt die verschiedenen Stakeholder in der Lieferkette als gleichberechtigte Partner. Ralph Koch* über die innovative Kraft dieser integrativen Zusammenarbeit.

Von Manuela Specker

«Wir teilen die Vorteile mit unseren Partnern»



«Wir entwickeln nicht nur gemeinsam, wir investieren auch gemeinsam und sitzen im selben Boot.»

Ralph Koch

Um Wertschöpfungsketten zu optimieren, muss man zuerst die Logistik oder die vernetzten Prozesse innerhalb der eigenen Firma im Griff haben. Für uns ist die Verfügbarkeit der Ersatzteile entscheidend. Können wir alle Materiallieferungen sicherstellen? Funktioniert ein Lift nicht mehr, müssen wir den Fehler rasch beheben können.

Die Komplexität ist hoch: Wir haben mit vielen Stakeholdern zu tun, seien es Lieferanten, Service-dienstleister oder Logistikpartner. Die Integration in die Wertschöpfungskette fängt bereits bei unserer Entwicklungsabteilung an, die Produkte gemeinsam mit Partnern entwirft und so auch von deren Innovationskraft profitiert. Im konkreten Einsatz ist es entscheidend, dass alle Komponenten zeit- und kostengerecht auf der Baustelle eintreffen. Dafür braucht es ein gemeinsames Verständnis, was wir unter Qualität verste-

hen und wie wir mit Problemen umgehen. Genauso wichtig wie der Materialfluss sind also auch der Informations- und der Wertefluss. Relevante Infos müssen in der ganzen Lieferkette zeitnah verfügbar gemacht werden.

Überhaupt ist es zentral, alle Akteure in der Lieferkette als Partner zu sehen: Wenn wir gemeinsam die Prozesskosten senken oder die Performance verbessern, teilen wir auch die Vorteile mit allen Beteiligten in der Lieferkette. Indem auch sie konkret davon profitieren, ist es genauso in ihrem Interesse, in eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zu investieren und ein gemeinsames Ziel vor Augen zu haben. Die Digitalisierung hat ganz neue Möglichkeiten geschaffen, Abläufe zu optimieren und Stakeholder miteinander zu vernetzen. Unsere Servicetechniker bestellen die Ersatzteile heute per App auf dem Smartphone. Tun sie das bis 17 Uhr, erhalten sie vom Nachtexpresskurier Post Innight das benötigte Material bis am Morgen um 6 Uhr direkt ins Auto geliefert, statt dass sie im Morgenverkehr zuerst das Materiallager aufsuchen müssen.

Wir treiben bei Schindler zudem den Anschluss unserer Aufzüge und Fahrtreppen ans Internet der Dinge mit Hochdruck voran. So können unsere Anlagen teilweise heute schon Störungen selbst melden: Noch bevor der Kunde überhaupt etwas merkt, wird der Servicetechniker aufgeboden oder der Aufzug per Fernzugriff neu gestartet. Dieser Bereich hat grosses Potenzial: Schon heute sind viele unserer Anlagen vernetzt und können von unserem Standort in Ebikon aus überwacht werden. Um die künstliche Intelligenz voranzutreiben, sind wir eine strategische Zusammenarbeit mit General Electric eingegangen.

Damit unternehmensübergreifende Wertschöpfungsketten funktionieren, braucht es einen langfristigen Horizont. Entsprechend sind wir nie auf der Suche nach dem billigsten Anbieter, sondern wir sind interessiert an einer langfristigen, verlässlichen Zusammenarbeit und somit an strategischen Partnerschaften. Wir entwickeln nicht nur gemeinsam, wir investieren auch gemeinsam und sitzen im selben Boot.»

Ralph Koch* ist Head of Supply Chain bei der Schindler Aufzüge AG (Schweiz). Der Wirtschaftsingenieur hat einen MBA in Supply Chain Management der ETH Zürich.



Kollateralschaden?



Beda M. Stadler, geboren 1950 in Visp (VS), ist emeritierter Professor und war Direktor des Instituts für Immunologie an der Universität Bern. Er ist bekannt für seine bissigen Aussagen zu medizinischen sowie gesundheits- und gesellschaftspolitischen Themen.

Diese Kolumne entstand am 19. März 2020: Die Coronavirus-Fallzahlen steigen, die medizinische Versorgung muss durch das Militär unterstützt werden – da wäre es ein Witz, noch über integrierte Versorgung nachzudenken.

Im Moment geht es darum, für die Schweiz den totalen Shutdown zu verkünden oder eine intelligentere Lösung zu finden. Was auch immer passiert, der Kollateralschaden wird so gross sein, dass einige grundsätzliche Fragen im Gesundheitssystem neu gestellt werden müssen. War es richtig, den Spardruck dermassen zu erhöhen, dass die meisten Spitäler jetzt wahrscheinlich zu wenig Betten zur Verfügung haben werden? Müssen wir in Zukunft also von einem Gesundheitssystem ausgehen, das beträchtliche Reserven bereitstellen muss?

Da Paracetamol jetzt zur Mangelware werden könnte, frage ich mich, wie viele andere Medikamente, die in der Grundversorgung essenziell sind, unsere Pharmaindustrie in Billigländer ausgelagert hat, um den Profit zu erhöhen? Für uns sind die Preise ja gleichgeblieben, unabhängig von den Produktionskosten. Müssen wir fortan also gar bei dieser Art von Medikamenten eine Selbstversorgungsstrategie anpeilen? Seit zwei Tagen werden die ersten Impfstoffe in der klinischen Phase I in Amerika getestet. Das weckt Erinnerungen: Auch die Schweiz hatte einst eine Impfstoffproduktion, die aber eine staatliche Unterstützung gebraucht hätte, um weiter zu existieren. Jetzt können wir lediglich warten, bis es einen Überschuss an Impfstoff gibt, damit wir auch welchen kriegen.

Hoffentlich realisieren die Gesundheitskassen möglichst bald, dass sie zurück zum alten System müssen, als sie noch Krankenkassen waren. Bei den vielen Konkursen und Arbeitslosen, die in nächster Zeit zu erwarten sind, werden die Prämienzahlungen sicher massiv abnehmen. Der Staat schiesst überall Geld ein, aber das sind ja eigentlich Steuereinnahmen – also müssen wir das wieder bezahlen. Am lautesten schreien derzeit Organisationen wie etwa die Swiss, für die der Staat schon einmal zu viel Geld hingelegt hat. Es ist also der Moment gekommen, in dem die Krankenkassen ihr eigenes System überdenken müssen und den Schaden hoffentlich nicht einfach durch Prämien-erhöhungen ausbügeln wollen. Auch wenn es nur wenig bringen würde: Es wäre ein Anfang, jetzt den ganzen Alternativzauber und die Wellness subito aus den Krankenkassen rauszuwerfen – im Sinne von «Jeder Rappen zählt».

Natürlich weiss ich auch nicht, wie alles herauskommen wird. Es dauert aber noch dermassen lange, bis diese Kolumne erscheint, dass ich gerne als Schwarzmaler bezeichnet werde, sollte der Kollateralschaden durch dieses Virus sich als harmlos herausstellen.

«Es ist also der Moment gekommen, in dem die Krankenkassen ihr eigenes System überdenken müssen.»



twitter.com/CSSPolitik

Die Integration der Versorgung ist keine leichte Aufgabe und kann ganz unterschiedlich aussehen. Voraussetzung ist eine sorgfältige Planung und Finanzierung mit einer einheitlichen Vision für eine bestimmte Patientengruppe.

Von Thomas Zeltner

Integrierte Versorgung: Voraussetzungen und Hindernisse

Separate, dezentrale und stark spezialisierte Strukturen stehen der Effektivität und Effizienz der Patientenversorgung eher im Weg. Je weniger verschiedene Dienstleister beteiligt sind, desto einfacher gestaltet sich der Zugang zum System. So lassen sich Verschwendung und Ineffizienz, aber auch Doppelspurigkeiten und Widersprüche vermeiden. Unter integrierter Versorgung verstehen wir hier die strukturelle Verbindung zuvor getrennter Gesundheitsleistungen – von Prozessänderungen bis hin zur physischen Zusammenführung.

Zielgruppen

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die integrierte Versorgung ist das Ermitteln und Anvisieren einer bestimmten Patientengruppe. Für drei Gruppen von Patienten ist die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung besonders problematisch: 1. für Patienten, die durch verschiedene medizinische Fachpersonen gleichzeitig versorgt werden (z.B. bei Multimorbidität älterer Menschen); 2. für Patienten in Langzeitpflege (z.B. bei chronischen Erkrankungen); 3. für Patienten mit psychischen Gesundheitsproblemen und gleichzeitig schlechter physischer Verfassung.

Einflussfaktoren

In der Vergangenheit scheiterte die Umsetzung von integrierten Programmen häufig an deren organisatorischer Komplexität, einer schwierigen Rechtslage, unklaren Finanzströmen und oder schliesslich an kulturellen Barrieren. Ein integriertes Modell erfordert eine gegenseitige Vertrauensbasis unter den Beteiligten sowie minimale gemeinsame Finanzstrukturen und IT-Plattformen. Vorschriften und finanzielle Anreize müssen auf die Kontinuität der Leistungen oder auf ein Versorgungspaket ausgerichtet sein. Um eine gemeinsame Vision und eine nachhaltige Integration sicherzustellen, ist sowohl auf der klinischen als auch auf der Führungsebene ein Kulturwandel nötig. Wir müssen einen Rahmen erarbeiten, die notwendige Versorgung koordinieren und dafür vertikale Pfade bestimmen. Das können nur entsprechende Fachpersonen. Und schliesslich sind genügend Anreize zu schaffen, damit die relevanten Stakeholder – Leis-

tungserbringer, Versicherer oder Patienten – die Vorgaben auch befolgen.

Empfehlungen für die Zukunft

Es gibt keine Einheitslösung. Vielmehr brauchen wir massgeschneiderte Konzepte auf der Basis einer Serie von Schlüsselfaktoren.

- Festlegung der Zuständigkeiten und der Führungsverantwortlichkeiten: Im Idealfall sollten sich die verschiedenen Stakeholder im Gesundheitswesen unter Führung der Behörden auf ein gemeinsames Vorgehen einigen und die Rollen der verschiedenen Akteure festlegen.
- Rolle der Regierung/Behörden: Je nach Rolle der jeweiligen Regierung im Gesundheitswesen könnte die staatliche Führung Folgendes beinhalten: 1. Die Bildung einer kohärenten Führungsorganisation unter Einbezug der wesentlichen Stakeholder. 2. Diese Organisation entwickelt ein evidenzbasiertes Modell zur integrierten Versorgung. Sie bestimmt die Patienten-Zielgruppen, die Umsetzungsrichtlinien sowie die Prinzipien zur Messung der Veränderungen (z.B. durch Einführung eines ergebnisorientierten Ansatzes). 3. Einrichtung eines Finanzierungspools, der die erwünschten Anreize schafft und jene Stakeholder belohnt, welche die Zielvorgaben und Kriterien erfüllen. 4. Eine gezielte Förderung der integrierten Versorgung in ländlichen Gebieten.
- Die Verteilung der Finanzmittel ist ein zentraler Faktor: Für eine erfolgreiche Integration sollten die Finanzmittel neu verteilt bzw. rund um integrierte Dienstleistungen gebündelt werden. Tatsächlich geht man heute davon aus, dass Abgeltungsverträge mit den richtig gesetzten Anreizen der wirkungsvollste Ansatz sind für eine erfolgreiche Umsetzung von komplexen integrierten Versorgungsmodellen. Die Anreize müssen so definiert werden, dass eine Verbesserung der Versorgungsqualität bei allen Stakeholdern zu wirtschaftlich positiven Ergebnissen führt. Sofern die integrierte Versorgung die Gesamtkosten senkt, sollten alle Parteien einen Anteil an den Einsparungen erhalten. Diese Mechanismen sollen schliesslich für alle transparent sein. So könnte eine lokale Organisation etwa ein vordefiniertes Budget erhalten. Sie müsste dann eine Versorgung nach

bestimmten Standards (in Bezug auf Patientenzufriedenheit, Behandlungsergebnisse und Kosten) bereitstellen. Eine Alternative dazu wäre die Einführung neuer Tarifmodelle wie Komplexpauschalen.

- Populationen und Infrastruktur: Zunächst muss eine Patienten-Zielgruppe bestimmt werden, bei der gewisse Erkrankungen in Kombination auftreten. Zudem müssen alle beteiligten Fachpersonen die Bedürfnisse und Risiken dieser Patienten genau kennen und auf alle relevanten Informationen zugreifen können. Daher müssen Daten und elektronische Patientendossiers in einheitlicher und koordinierter Form zugänglich sein. Eine entsprechende technologische Infrastruktur soll ein effizientes Patientenmanagement über den gesamten Behandlungspfad hinweg ermöglichen.
- Mobilisierung von Ressourcen: Der Einbezug der medizinischen Grundversorger und von weiteren gemeindenahen Diensten ist von zentraler Bedeutung. Die Grundversorger bilden die Basis, auf der eine integrierte Versorgung aufgebaut werden kann. Ein multidisziplinäres Team sollte sich regelmässig zum Erfahrungsaustausch treffen und die integrierte Versorgung anhand festgelegter Kriterien bewerten. Ausserdem müssen Anbieter von Grund- und stationärer Versorgung ein gemeinsames Führungsverständnis aufbauen und für alle verbindliche Regelungen erlassen.

Unterstützende Faktoren

Ergänzend zu den oben erwähnten Voraussetzungen gibt es weitere Erfolgskomponenten für Programme der integrierten Versorgung (vgl. Abb.). Wünschenswert ist ins-

besondere, dass die klinisch tätigen Partner bereit sind, zusätzliche Führungsverantwortung zu übernehmen, und sich aktiv um eine kollegiale Zusammenarbeit mit den anderen Partnern im Gesundheitssystem bemühen. Dies ist von grosser Wichtigkeit, um die Bereitschaft der Patienten zum Mitwirken am Behandlungsprozess auch längerfristig aufrechtzuerhalten – und damit ein wesentlicher Aspekt der integrierten Versorgung. Die verschiedenen Teammitglieder sollten im Weiteren direkt mit den einzelnen Patienten zusammenarbeiten, um sie so für eine nachhaltige Compliance und ein integriertes Management zu gewinnen. In wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystemen (wie in der Schweiz) ist eine Balance zu finden zwischen wettbewerblichen Elementen und den Bedürfnissen, die sich aus der integrierten Versorgung ergeben. Als Massstab für die richtige Balance sind der Patientennutzen und die Bedürfnisse der beteiligten Leistungserbringer heranzuziehen. Wir benötigen geeignete Evaluationsmethoden, um den längerfristigen Nutzen der Integration zu bewerten und zukünftige Investitionen zu begründen.

Thomas Zeltner ist Honorarprofessor der Universität Bern. Während 19 Jahren leitete er das Bundesamt für Gesundheit. Er ist unter anderem Präsident der Schweizer UNESCO-Kommission.

Dieser Artikel basiert auf der Studie von Mahiben Maruthappu, Ali Hasan & Thomas Zeltner (2015): Enablers and Barriers in Implementing Integrated Care, Health Systems & Reform, 1:4, 250–256.

Schema der Faktoren, die für eine erfolgreiche Umsetzung der integrierten Versorgung relevant sind

Die drei Hauptkategorien sind: unterstützende Faktoren (enabling factors), Überwinden von Hindernissen (overcoming barriers) und zentrale Faktoren (core factors).



Schönes Gärtchen

Ha, wäre ja ein Hohn,
wenn ich mein Gartenwissen
preisgeben würde. Habe ja
nichts davon.

Netzwerk

Wenn aber jede von uns das
einbringen würde, was sie
am besten kann, gedeihen die
Pflanzen noch prächtiger.