

# MEHR EFFIZIENZ IM GESUNDHEITSWESEN AUSGEWÄHLTE LÖSUNGSANSÄTZE

Schlussbericht  
Zürich, 19. Mai 2014

Judith Trageser, Anna Vettori, Juliane Fliedner, Rolf Iten

B2451A\_SCHLUSSBERICHT\_140519.DOCX



INFRAS

INFRAS

BINZSTRASSE 23  
POSTFACH  
CH-8045 ZÜRICH  
t +41 44 205 95 95  
f +41 44 205 95 99  
ZUERICH@INFRAS.CH

MÜHLEMATTSTRASSE 45  
CH-3007 BERN

WWW.INFRAS.CH

## **MEHR EFFIZIENZ IM GESUNDHEITSWESEN AUSGEWÄHLTE LÖSUNGSANSÄTZE**

Schlussbericht, Zürich, 19. Mai 2014

**Auftraggeber:** Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (vips)

**Auftragnehmer:** INFRAS

**Autoren und Autorinnen:**

Judith Trageser, Anna Vettori, Juliane Fliedner, Rolf Iten (INFRAS)

**Projektbegleitgruppe:**

Felix Gutzwiller, Ständerat

Peter Indra, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Urs Meister, Avenir Suisse

Sandra Schneider, Bundesamt für Gesundheit (aus Zeitgründen nicht bis Projektende vertreten)

Jean-François Steiert, Nationalrat

## INHALT

<b>Zusammenfassung</b>	<b>6</b>
Ineffizienzen im Schweizerischen Gesundheitswesen	6
Lösungsansätze – Ein Blick ins Ausland	6
Mögliche Lösungsansätze für die Schweiz	7
Folgerungen	15
<b>Résumé</b>	<b>18</b>
Des manques d’efficacité du système de santé suisse	18
Les solutions envisageables: coup d’oeil au-delà des frontières nationales	18
Les solutions envisageables en Suisse	20
Conclusions	28
<b>1. Einleitung</b>	<b>31</b>
1.1. Ineffizienzen im Schweizerischen Gesundheitswesen	31
1.2. Ziel und Fragestellungen	34
1.3. Methodik	35
<b>2. Mögliche Lösungsansätze zur Effizienzsteigerung</b>	<b>39</b>
2.1. Leitideen	39
2.2. Typologie	40
2.3. TYP A: Anbieterorientierte Lösungsansätze im Bereich der Finanzierung	44
2.4. Typ B: Nachfrageorientierte Lösungsansätze im Bereich der Finanzierung	48
2.5. Typ C: Anbieterorientierte Lösungsansätze in der Organisation der Leistungserbringung	50
2.6. Typ D: Nachfrageorientierte Ansätze in der Organisation der Leistungserbringung	54
2.7. Fazit	56
2.8. Auswahl von fünf Lösungsansätzen	57
<b>3. Potenziale und Implementierungsmöglichkeiten ausgewählter Lösungsansätze</b>	<b>60</b>
3.1. Bundled Payment (Komplexpauschalen)	60
3.1.1. Lösungsansatz	60
3.1.2. Beispiele aus dem Ausland	62
3.1.3. Erste Ansätze in der Schweiz	64
3.1.4. Chancen und Gefahren	65
3.1.5. Effizienzpotenziale	67
3.1.6. Möglichkeiten der Implementierung	69
3.1.7. Fazit	73
3.2. Optimierung des Skill-Mix	74

3.2.1.	Lösungsansatz	74
3.2.2.	Beispiele aus dem Ausland	76
3.2.3.	Erste Ansätze in der Schweiz	78
3.2.4.	Chancen und Gefahren	79
3.2.5.	Effizienzpotenziale	83
3.2.6.	Möglichkeiten der Implementierung	86
3.2.7.	Fazit	89
3.3.	Medizinische Guidelines	90
3.3.1.	Lösungsansatz	90
3.3.2.	Beispiele aus dem Ausland	92
3.3.3.	Erste Ansätze in der Schweiz	94
3.3.4.	Chancen und Gefahren	94
3.3.5.	Möglichkeiten der Implementierung	98
3.3.6.	Fazit	101
3.4.	Medical Savings Accounts	102
3.4.1.	Lösungsansatz	102
3.4.2.	Beispiele aus dem Ausland	103
3.4.3.	Erste Ansätze in der Schweiz	104
3.4.4.	Chancen und Gefahren	104
3.4.5.	Möglichkeiten der Implementierung	107
3.4.6.	Fazit	110
3.5.	Förderung des Selbstmanagements	111
3.5.1.	Lösungsansatz	111
3.5.2.	Beispiele aus dem Ausland	113
3.5.3.	Erste Ansätze in der Schweiz	116
3.5.4.	Chancen und Gefahren	117
3.5.5.	Effizienzpotenziale	119
3.5.6.	Möglichkeiten der Implementierung	121
3.5.7.	Fazit	124
<b>4.</b>	<b>Synthese und Schlussfolgerungen</b>	<b>125</b>
4.1.	Synthese	125
4.2.	Schlussfolgerungen	133
	<b>Literatur</b>	<b>137</b>
	<b>Anhang</b>	<b>147</b>
A1	Interviewleitfaden	147

A2 Ökonomische Grundlagen zu Effizienz und Ineffizienzen	149
A3 Erläuterung zu Ineffizienzen	151
A4 Das Chronic-Care-Modell	152
A5 Beispielmodelle zu den einzelnen Lösungsansätzen	153

## ZUSAMMENFASSUNG

### INEFFIZIENZEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESEN

Der Ruf nach mehr „Value for Money“ wird vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen immer lauter. Die Gesundheitssysteme national und international befassen sich immer stärker mit der Frage, wie mit den gegebenen Ressourcen eine bessere Gesundheit bzw. der heutige Gesundheitszustand mit weniger Kosten erzielt werden kann. Verschiedene Studien zeigen, dass trotz der ausgewiesenen hohen Qualität durchaus Effizienzpotenziale bestehen. So machen einzelne Ineffizienzen wie die mangelnde Koordination der Versorgung, die Überversorgung mit nicht notwendigen Leistungen oder die überhöhte Nachfrage auf Seiten der Versicherten bereits rund 10% der gesamten jährlichen Gesundheitsausgaben aus (INFRAS, Crivelli 2012).

Die vorliegende Studie beleuchtet – mit einem Blick ins Ausland – mögliche Lösungsansätze mit denen bedeutende Ineffizienzen reduziert werden könnten. Sie zeigt basierend auf Literaturanalysen und Interviews mit Akteuren des Gesundheitswesens auf,

- › welche innovativen Lösungsansätze für Effizienzverbesserungen im Ausland bestehen,
- › welche Wirkungen von ausgewählten Lösungsansätzen im schweizerischen Gesundheitswesen zu erwarten sind und
- › wie sich die Lösungsansätze in der Schweiz umsetzen und in das bestehende System einbetten lassen.

### LÖSUNGSANSÄTZE – EIN BLICK INS AUSLAND

Im Ausland wird bereits vieles erprobt und umgesetzt, um Ineffizienzen im Gesundheitswesen entgegen zu wirken. Die identifizierten Lösungsansätze folgen verschiedenen Trends wie z. B. die Schaffung von Transparenz über die Qualität der Leistungserbringung, die finanzielle Belohnung von Qualität, die umfassende, patientenzentrierte Versorgung durch integrierte Versorgungsorganisationen, der aktivere Einbezug der PatientInnen in die eigene Gesundheitsversorgung oder die Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen. Die meisten identifizierten Lösungsansätze versuchen, die Anreize auf Seiten der Anbieter zu verändern, sei es über Vergütungs- oder Finanzierungsmechanismen oder über die direkte Veränderung der Versorgungsstrukturen und -prozesse. Auf Seiten der Nachfrage wird versucht, über spezielle Formen der finanziellen Beteiligung oder der Versorgung, das Verhalten der Versicherten und PatientInnen in Richtung eines grösseren Gesundheits- und Kostenbewusstseins zu steuern.

Insgesamt wurden im Rahmen der vorliegenden Studie 15 verschiedene Lösungsansätze zur Effizienzsteigerung identifiziert, welche anhand der Dimensionen Systemebene und Nachfrage- bzw. Angebotsorientierung typologisiert wurden.

ÜBERBLICK UND TYPOLOGIE MÖGLICHER LÖSUNGSANSÄTZE			
		Anreizwirkung bei...	
		Anbieter	Nachfrager
Veränderung des Systems auf Ebene...	Finanzierung/Vergütung	1 Leistungsorientierte Vergütung <span style="float: right;">Typ A</span>	6 Medical Savings Accounts (MSA) <span style="float: right;">Typ B</span>
		2 Bundled payment (Komplexpauschalen)	7 Personal Health Budgets
		3 Rechenschaftspflichtige, integrierte Versorgungsorganisationen	
		4 Health Technology Assessment (HTA)	
		5 Nutzenorientierte Vergütung Medikamente	
	Organisation der Leistungserbringung	8 Optimierung der stationären Versorgungsstrukturen <span style="float: right;">Typ C</span>	13 Förderung des Selbstmanagements der PatientInnen <span style="float: right;">Typ D</span>
		9 Umfassende, integrierte Grundversorgungsorganisationen	14 Optimierte Steuerung der Patientenströme (Triage/Zugang zur Grundversorgung)
		10 Medizinische Guidelines	15 Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung
		11 Optimierung des Skill-Mix (Arbeits- und Kompetenzverteilung)	
		12 Informations- und Kommunikationstechnologien	

Figur 1 Eigene Darstellung.

In der Schweiz wird eine Mehrheit der aufgeführten Lösungsansätze bereits punktuell umgesetzt. Es kann daher nicht von völlig neuen möglichen Lösungsansätzen für die Schweiz gesprochen werden. Insbesondere im Bereich der Leistungserbringung wird in der Schweiz bereits einiges erprobt. Im Vergleich zum Ausland stecken diese Ansätze aber noch stark in den Anfängen. Die vorliegende Studie will daher – anhand von fünf ausgewählten Lösungsansätzen – insbesondere auch die Gründe bzw. Hemmnisse hierfür beleuchten und aufzeigen, welche Möglichkeiten bestehen, die Lösungsansätze stärker zu etablieren.

## MÖGLICHE LÖSUNGSANSÄTZE FÜR DIE SCHWEIZ

Aus den 15 in Figur 1 aufgeführten Lösungsansätzen wurden 5 Ansätze ausgewählt, welche a) ein möglichst hohes Effizienzpotenzial versprechen und b) aus der Perspektive der Schweiz möglichst stark ausbaufähig sind. Zudem sollte je Typ mindestens ein Lösungsansatz vertieft untersucht werden. Die Lösungsansätze, deren Chancen und Gefahren und Möglichkeiten zur Implementierung werden im Folgenden dargestellt.

### **Bundled Payment (Komplexpauschalen)**

Beim Bundled Payment handelt es sich um ein Vergütungsmodell, bei dem alle im Rahmen einer Behandlungsepisode (z.B. Diabetes, kardiovaskuläre Zustände) erbrachten Leistungen aggregiert und pauschal abgegolten werden. Dazu werden Krankheitsepisoden und die damit zusammenhängenden Leistungen als Bündel definiert. Durch die gebündelte Vergütung erhalten die Leistungserbringer einen Anreiz, die Anzahl und Kosten der Leistungen, welche im Bündel enthalten sind, zu optimieren sowie diese Leistungen bestmöglich zu koordinieren.

Basierend auf Erfahrungen im Ausland und den im Rahmen dieser Studie durchgeführten Interviews mit ExpertInnen ist zu vermuten, dass mit dem Bundled Payment die Qualität, die Outcomes und Kosteneffizienz des schweizerischen Gesundheitswesens prinzipiell verbessert werden könnten. Die empirische Evidenz ist bisher zwar noch schwach, insgesamt zeigen die gemachten Erfahrungen aber in die positive Richtung. Eine grobe quantitative Schätzung deutet darauf hin, dass durch das Bundled Payment mindestens 650 Mio. CHF pro Jahr an Gesundheitskosten eingespart werden könnten. Das Bundled Payment ist aber auch mit gewissen Gefahren verbunden wie z.B. dem „Underuse“ von angemessenen Leistungen oder einem hohen administrativen Aufwand. Bezüglich der Wirkungen hängt vieles von der Ausgestaltung und der Form der Governance der Modelle ab (Wer bietet an? Wie werden die Pauschalen bestimmt? Etc.).

In ersten Ansätzen wird das Bundled Payment in der Schweiz bereits umgesetzt. Bisher konnte es sich jedoch noch nicht weiter etablieren. Hemmnisse liegen laut Aussagen von ExpertInnen in der Akzeptanz (Vorbehalte und fehlende Anreize von ÄrztInnen zur effizienzorientierten Vergütung, Befürchtung von PatientInnen hinsichtlich Rationierung), den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems (insbes. fragmentiertes Versorgungssystem) sowie in fehlenden Voraussetzungen für die technische Umsetzung (fehlende Daten und IT-Systeme). Um breite Akzeptanz zu finden, sollte sich der Lösungsansatz aus Sicht der ExpertInnen „Bottom-up“, d.h. auf Initiative der Tarifpartner hin entwickeln. Dazu könnten von regulatorischer Seite die Anreize für eine integrierte Versorgung gestärkt sowie die technischen und datenseitigen Voraussetzungen geschaffen werden.

#### **Was ist Bundled Payment?**

Pauschale Vergütung ganzer Leistungsbündel, welche zu einer Episode gehören.

- **Ziel:** Stärkere Koordination zwischen Leistungserbringern, Reduktion angebotsinduzierter Nachfrage.

#### **Wo existiert Bundled Payment?**

- **Ausland:** USA, NL, SE, UK: chronische Episoden, akutmedizinische Episoden
- **Schweiz:** Einzelne Modelle im akutmedizinischen Bereich (v.a. Orthopädie).

#### **Was sind Hemmnisse in der CH?**

- Fehlende Anreize, Vorbehalte, Investitionsaufwand bei ÄrztInnen
- Fragmentiertes Versorgungssystem
- Fehlende Daten und technische Voraussetzungen
- Kleine Anzahl Fälle, dadurch hohe Risikostreuung bei Pauschale

#### **Was sind fördernde Faktoren?**

- Strukturwandel Spitäler (in Richtung mehr Zusammenarbeit mit ambulantem Sektor)
- Strategie „eHealth“
- Verfeinerung Risikoausgleich (Mehr Anreize für Versicherer)



### **Optimierung des Skill-Mix**

Die Idee der Optimierung des Skill-Mix ist es, Arbeiten und Kompetenzen innerhalb und zwischen den Gesundheitsberufen so umzuverteilen, dass die Leistungen mit dem geringsten Ressourceneinsatz und bei mindestens gleichbleibender Qualität erbracht werden. Skill-Mix-Modelle existieren zu verschiedenen Berufsgruppen. Im Rahmen dieser Studie wurde auf Modelle fokussiert, welche die Arbeits- und Kompetenzverteilung zwischen Pflegekräften und ÄrztInnen betreffen. In solchen Modellen geht es um die Erweiterung der Rollen der Pflege, welche beispielsweise Aufgaben wie die Erstkonsultation, Triage, Patientenedukation oder Routine-Follow-Ups bei chronischen Krankheiten bis hin zur Anordnung von diagnostischen Tests und der Verschreibung von Medikamenten übernehmen. Neben Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserungen ist ein für die Schweiz relevantes Ziel dieses Lösungsansatzes, dem drohenden Arbeitskräftemangel in der Grundversorgung und der Pflege zu begegnen.

Gemäss empirischer Evidenz und Erwartungen von ExpertInnen dürfte sich die Optimierung des Skill-Mix vor allem positiv auf die Qualität der Versorgung, die Patientenzufriedenheit und die Gesundheit auswirken. Bezüglich möglicher Kosteneinsparungen ist die empirische Evidenz weniger eindeutig und die befragten Akteure eher skeptisch. In der Praxis zeigt sich so auch teilweise, dass die potenziellen Kosteneinsparungen durch Leistungsausweitungen (z.B. längere Konsultationen durch Pflegefachpersonen) oder höhere Lohnforderungen kompensiert werden. Die grobe Übertragung eines erfolgreichen Beispiels in Holland lässt aber vermuten, dass bei geeigneter Ausgestaltung kurzfristig kleinere Effizienzgewinne (von rund 140 Mio. CHF bei einer beispielhaften Form des Skill-Mix mit erweiterten Rollen der Pflege in der Grundversorgung) erwartet werden können.

Der Skill-Mix zwischen ÄrztInnen und Pflegefachpersonen mit erweiterten Rollen wird in der Schweiz bereits punktuell in Spitälern, in integrierten Versorgungsmodellen und in einzelnen Pilotprojekten umgesetzt. Nach Ansicht der ExpertInnen lassen sich Skill-Mix-Modelle aber insbesondere im Bereich der Grundversorgung noch weiter ausbauen. Einer stärkeren Ausbreitung stehen verschiedene Hindernisse im Weg, welche die Akzeptanz der Ärzteschaft, Anreize durch das Finanzierungssystem, das Bildungssystem, die heutigen Versorgungsstrukturen und fehlende gesetzliche Rahmenbedingungen betreffen. Ansatzpunkte zur Förderung des Lösungsansatzes sind gemäss ExpertInnen die Verankerung des interprofessionellen Arbeitens in der Aus- und Weiterbildung sowie weitere Pilotversuche zur Schaffung von Evidenz. Auch die systembedingten Anreize (insbesondere Abbildung gewisser Leistungen im Rahmen des Skill-Mix in den Tariffsystemen) könnten gestärkt werden. Wichtig ist es schliesslich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Berufsausübung der Pflegefachpersonen mit erweiterten Rollen zu schaffen, um offene Fragen der Verantwortung und Haftpflicht zu regeln.

**Was ist Skill-Mix?**

Arbeits- und Kompetenzumverteilung zwischen Gesundheitsberufen (Hier: zwischen Grundversorgern und Pflegefachpersonen, erweiterte Rollen Pflege).

- **Ziel:** Geringerer Ressourceneinsatz bei mindestens gleich bleibender Qualität; Arbeitskräftemangel begrenzen

**Wo existiert Skill-Mix?**

- **Ausland:** Stark verbreitet, insbesondere angelsächsische Länder (Einsatz von Advanced Practice Nurses APN, Nurse-led clinics etc.)
- **Schweiz:** Einsatz von APN in Spitälern, vereinzelt in Grundversorgung, einzelne Pilotprojekte

**Was sind Hemmnisse in der CH?**

- Vorbehalte ÄrztInnen bzgl. Qualität
- Fehlende Abgeltung von Leistungen Tarifsysteem
- Fragmentiertes Versorgungssystem
- Fehlende gesetzliche Rahmenbedingungen (z.B. Haftpflicht)
- Bildungssystem wenig auf Interprofessionalität ausgerichtet

**Was sind fördernde Faktoren?**

- Fachkräftemangel bei Grundversorgern und Pflege
- Erfolgreiche Pilotversuche verbessern Akzeptanz
- Pauschalen (DRGs, Kopfpauschalen) machen Druck auf Kosteneffizienz
- Strategie „eHealth“

**Medizinische Guidelines**

Bei medizinischen Guidelines handelt es sich um evidenzbasierte Empfehlungen, welche zum Ziel haben, die Patientenbehandlung zu optimieren und zu standardisieren. Sie sollen helfen, Prozesse effizienter zu gestalten sowie überflüssige Leistungen und überholte Behandlungen zu vermeiden. Sie bekämpfen damit die Überversorgung, eine der grossen Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitswesen. Medizinische Guidelines haben mit dem Aufkommen der evidenzbasierten Medizin (EBM) seit den 90er Jahren Auftrieb erhalten und sind inzwischen in vielen Ländern und Bereichen etabliert. Aufgestellt werden sie meistens von Ärzteorganisationen, insbesondere medizinischen Fachgesellschaften, aber auch von Spitälern. In der Regel sind sie rechtlich nicht verbindlich und lassen den ÄrztInnen einen Handlungsspielraum, der es ihnen erlaubt, in begründeten Fällen von den Empfehlungen abzuweichen.

Qualitative Studien und die befragten ExpertInnen gehen davon aus, dass medizinische Guidelines die Behandlungsergebnisse verbessern sowie die Effizienz der Prozesse steigern und dadurch Kosten einsparen. Die vorliegende empirische Evidenz ist aber insbesondere hinsichtlich der Kosteneinsparungen schwach. Gemäss internationalem Konsens hängen die Effizienzpotenziale stark von der Qualität der Guidelines ab. Zudem spielen die Governance der Guidelines (beteiligte Akteure) und die Implementierungsstrategien eine zentrale Rolle für die Akzeptanz und letztendlich die Einhaltung und Verbreitung der Guidelines. Als Gefahren von Guidelines gesehen werden, die Beschränkung der Therapiefreiheit, die mangelnde Berücksichtigung von Polymorbidität und die mögliche Behinderung medizinischer Innovationen.

In der Schweiz existieren bereits medizinische Guidelines. Sie werden vor allem in Spitälern und Ärztenetzwerken sowie in den Bereichen Kardiologie, Onkologie, Chirurgie und Diabetologie eingesetzt. Im Vergleich zum Ausland sind sie jedoch eher wenig verbreitet, was aus Sicht der ExpertInnen insbesondere mit der Akzeptanz der Leistungserbringer zusammen hängt, wel-

che befürchten, in ihrer Therapiefreiheit eingeschränkt zu werden. Daher ist es aus Sicht der Befragten wichtig, dass die ÄrztInnen (bzw. die Fachgesellschaften und Spitäler) den Lead übernehmen. Als wichtig für eine weitere Verbreitung erachtet werden auch Standards zur Methodik von Guidelines, die Regelung der Finanzierung, die Institutionalisierung der Methodik und Sammlung von Guidelines. Ergänzend sind flankierende Massnahmen wie Qualitätszirkel oder finanzielle Anreize und umfassende Implementierungsstrategien (elektronische Verfügbarkeit, Weiterbildungsveranstaltungen, etc.) notwendig.

#### Was sind medizinische Guidelines?

Evidenzbasierte Empfehlungen für ÄrztInnen

- **Ziel:** Optimierung und Standardisierung der Patientenbehandlung

#### Wo existieren medizinische Guidelines?

- **Ausland:** Weit verbreitet in unterschiedlichen Ländern und Fachgebieten, Methodik teilweise institutionalisiert, z.B. D.
- **Schweiz:** Ansatzweise verbreitet in verschiedenen Fachgebieten, z.B. Kardiologie, Onkologie, Diabetologie, Chirurgie; Erarbeitung durch Fachgesellschaften, spitalinterne Guidelines

#### Was sind Hemmnisse in der CH?

- Mangelnde Kenntnisse, Befürchtung von ÄrztInnen bzgl. eingeschränkter Therapiefreiheit, von ÄrztInnen und PatientInnen bzgl. Unterversorgung
- Unzureichende Evidenz über Wirksamkeit
- **Ungenügende** Finanzierung für die Erarbeitung
- Fehlende Anreize in der Grundversorgung

#### Was sind fördernde Faktoren?

- Pauschalen (DRGs, Kopfpauschalen) und damit verbunden Druck auf Kosteneffizienz
- Strategie „eHealth“

### Medical Savings Accounts

Bei Medical Savings Accounts (MSA) handelt es sich um individuelle Gesundheitssparkonten. Der Kontoinhaber öffnet sein Konto, indem er regelmässige Beiträge einbezahlt. Im Krankheitsfall finanziert er die Ausgaben für die Behandlung aus den selber angesparten Mitteln. Da schwerwiegende Krankheitsfälle die über MSA angesparten Mittel übersteigen können, werden MSA häufig mit einer Versicherung für Hochrisikokrankheiten ergänzt. Ziel von MSA ist es, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. In einem umlagefinanzierten Krankenversicherungssystem haben die Versicherten einen Anreiz, zu viele Leistungen zu konsumieren oder zu wenig auf ihre Gesundheit zu achten, da die Kosten von der Versichertengemeinschaft übernommen werden (Moral Hazard-Problem). MSA wirken diesen Fehlanreizen entgegen, indem sie Anreize schaffen, auf unnötige Leistungen zu verzichten. Als Anreiz dient das akkumulierte Kapital, über das die Versicherten in späteren Jahren frei verfügen können.

Der Wirkungsmechanismus lässt positive Wirkungen auf die Gesundheitskosten erwarten. Empirische Evidenz hierfür gibt es hierfür allerdings nur sehr wenig. Studien, die MSA untersuchen, finden mehrheitlich keine eindeutigen Belege und kommen eher zum Schluss, dass MSA wirkungslos oder sogar negative Wirkungen auf die Kosten zur Folge haben, insbesondere weil Leistungen zu spät in Anspruch genommen und dadurch Krankheiten verschleppt werden. Einen wesentlichen Vorteil von MSA sehen mehrere der befragten ExpertInnen aber darin, dass sie die jüngere Generation entlastet, wenn infolge der demografischen Entwicklung die Kosten für die

ältere Generation steigen. Auf der anderen Seite sehen verschiedene ExpertInnen durch MSA das Solidaritätsprinzip gefährdet, da mit MSA kein Ausgleich mehr zwischen Gesunden und Kranken stattfindet, und weil MSA chronisch Kranke und sozial Schwächere benachteiligen.

Einer Umsetzung von MSA in der Schweiz stehen viele ExpertInnen skeptisch gegenüber. Ein Haupthindernis stellt die vermutlich schlechte Akzeptanz in der Bevölkerung dar. Erstens ist die Kostenbeteiligung der Versicherten in der Schweiz bereits stark strapaziert. Zweitens dürften die Vorteile dieses Lösungsansatzes nur schwer kommunizierbar sein und die Befürchtung einer weiteren Entsolidarisierung überwiegen. Zudem würde die Einführung von MSA in Reinform eine grundlegende Veränderung des Versicherungssystems bedingen, wofür zurzeit die gesetzlichen Grundlagen fehlen. Dennoch gibt es verschiedene Möglichkeiten, mit denen sich zumindest Elemente von MSA in das bestehende Gesundheitswesen einbauen lassen, ohne dass grössere Änderungen auf Gesetzesstufe notwendig wären:

- › MSA mit höheren Franchisen kombinieren (Versicherte verpflichten sich längerfristig für hohe Franchisen, erzielte Prämienrabatte werden in steuerbefreite MSA einbezahlt).
- › MSA mit altersabgestuften Prämien kombinieren (das in jüngeren Jahren angesparte Kapital wird für höhere Prämien im Alter verwendet).
- › MSA zur Finanzierung einer Pflegeversicherung verwenden

#### Was sind Medical Savings Accounts?

Individuelle Gesundheitssparkonten, aus denen Krankheitskosten bezahlt werden (ausser Hochrisikofälle)

- **Ziel:** Stärkung des Kostenbewusstseins von PatientInnen, Verzicht auf unnötige Leistungen, Verbesserung der intergenerationellen Gerechtigkeit

#### Wo existieren Medical Savings Accounts?

- **Ausland:** Singapur, China, Südafrika, USA

#### Was sind Hemmnisse in der CH?

- Befürchtungen von Entsolidarisierung
- Keine Evidenz über bessere Qualität oder langfristige Kosteneffizienz
- Fehlende gesetzliche Grundlagen
- Politisch schwer kommunizierbar

#### Was sind fördernde Faktoren?

- Demografische Entwicklung und Argument, dass dadurch jüngere Generation entlastet werden

### Förderung des Selbstmanagements

Selbstmanagement bedeutet die Fähigkeit von PatientInnen mit der eigenen Erkrankung, ihren Symptomen, der Behandlung, den körperlichen und sozialen Folgen und der damit zusammenhängenden Änderung der Lebensumstände umzugehen. Interventionen zur Förderung des Selbstmanagements zielen darauf ab, PatientInnen in die Lage zu versetzen, selbstständig und unabhängig zu leben. Selbstmanagementprogramme können unterschiedlich ausgestaltet sein (z.B. Gruppenkurse, individuelle Informationen, spezialisierte Programme für einzelne Erkrankungen, allgemeine Programme für chronisch Kranke etc.) und finden in verschiedenen Settings statt. Der Lösungsansatz zielt darauf ab, einerseits die Gesundheitsversorgung besser an die

Bedürfnisse der PatientInnen anzupassen und andererseits eine unnötige Leistungsanspruchnahme durch PatientInnen aufgrund von fehlenden Informationen zu senken.

Die Literaturrecherche sowie die Interviews mit den ExpertInnen zeigen ein geteiltes Bild zur Effektivität von Selbstmanagement-Interventionen. Einerseits bildet die Compliance der PatientInnen einen Unsicherheitsfaktor für die Wirkungen auf die Outcomes. Andererseits können Selbstmanagementprogramme auch Bedürfnisse wecken und zu Leistungsausweitungen führen. Der Erfolg von Selbstmanagement-Interventionen scheint wesentlich von der konkreten Ausgestaltung abhängig zu sein. Es existieren aber viele Einzelbeispiele, die positive Wirkungen auf die Patientenzufriedenheit, die Gesundheitoutcomes wie Blutzuckerwerte etc. und eine tiefere Hospitalisationsrate aufweisen. Eine Grobschätzung basierend auf zwei erfolgreichen Beispielen im Bereich Herzinsuffizienz (SE und USA) deutet alleine für diesen Bereich auf Kosteneinsparpotenziale von rund 80 Mio. CHF pro Jahr hin.

In der Schweiz gibt es bislang zwar vereinzelte Ansätze zur Förderung des Selbstmanagements, insgesamt ist die Verbreitung aber noch gering. Hemmnisse liegen laut ExpertInnen bei Fehlanreizen bei den Krankenversicherern (z.B. durch die Möglichkeit des jährlichen Versicherungswechsels), der ungeklärten Frage der Finanzierung (Selbstmanagement-Leistungen sind nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der OKP) und der Zuständigkeit für die Umsetzung. Zur Förderung des Lösungsansatzes in der Schweiz raten ExpertInnen, diesen in bestehende Versorgungsstrukturen aufzunehmen und nicht mit separaten Angeboten aufzubauen. Dazu müssten die Anreize für das Angebot und die Nachfrage solcher Programme gestärkt werden. Eine Voraussetzung hierfür bildet die Abbildung der Leistungen in den Tarifsystemen. Schliesslich könnte die weitere Förderung von „eHealth“ dem Lösungsansatz Auftrieb verschaffen, indem durch technische Geräte und die elektronische Datenübermittlung das Monitoring und die Compliance verbessert werden können.

#### Was ist Selbstmanagement?

Fähigkeit von PatientInnen mit der eigenen Erkrankung umzugehen

- **Ziel:** Vermeidung von Komplikationen

#### Wo existieren Massnahmen zur Förderung?

- **Ausland:** Verschiedene Programme stark verbreitet, z.B. Australien, USA, England.
- **Schweiz:** Verschiedene Programme/Pilotprojekte, z.B.: EVIVO-Patientenschulungen, Projekte LEILA-Leben mit Langzeiterkrankung

#### Was sind Hemmnisse in der CH?

- Befürchtungen mangelnder Compliance der PatientInnen
- Fehlende Vergütung der Leistungen, Tarifsysteme
- Fehlende Anreize für Versicherungen

#### Was sind fördernde Faktoren?

- Grundsätzlich hohe Akzeptanz
- Steigender Versorgungsbedarf von chronisch Kranken
- Verfeinerung Risikoausgleich
- Strategie „eHealth“

## Fazit

Auf den ersten Blick versprechen viele der in der Auslegeordnung identifizierten Lösungsansätze hohe Effizienzpotenziale, da sie auf relevante Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitswesen zielen. Die Ergebnisse der vertieften Untersuchung ausgewählter Lösungsansätze zeigen, dass durchaus Effizienzgewinne erzielbar sind. Eine Ausnahme bilden die Medical Savings Accounts, bei denen die Evidenz nicht eindeutig ist. Die anderen vier Lösungsansätze dürften sich gemäss der vorliegenden empirischen Evidenz und unseren qualitativen Einschätzungen mehr oder weniger positiv auf die Gesundheit und die Kosteneffizienz auswirken. Wie hoch die finanziellen Ersparnisse bei einer konsequenten Umsetzung in der Schweiz ausfallen würden, lässt sich auf Basis der verfügbaren Evidenz nur sehr grob abschätzen. Unsere Abschätzung der Effizienzpotenziale deutet darauf hin, dass Kosteneinsparungen im einstelligen Prozentbereich der gesamten Gesundheitsausgaben erzielt werden könnten.

Mit Ausnahme des Lösungsansatzes Medical Savings Accounts würden sich prinzipiell alle vertieften Lösungsansätze gut in das bestehende Gesundheitssystem einbetten lassen. Es bedarf keiner grundsätzlichen Veränderungen der Gesetzesgrundlage, um die Lösungsansätze zu implementieren. So werden Skill-Mix-Modelle, Selbstmanagement-Programme, Bundled Payment und medizinische Guidelines in der Schweiz auch bereits umgesetzt. Die Umsetzung steckt jedoch in allen vier Fällen noch in den Anfängen bzw. ist dort stehen geblieben.

Die Interviews mit Stakeholdern im Gesundheitswesen decken verschiedene Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems auf, welche die Entwicklung dieser Lösungsansätze hemmen, so zum Beispiel die stark fragmentierte Versorgung in der Schweiz, die in der ambulanten Versorgung herrschende Einzelleistungsvergütung, die unterschiedliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen und die geltenden Tarife, welche nicht alle Leistungen abbilden.

In Bezug auf die Akzeptanz der vertieften Lösungsansätze zeigt sich, dass mit Ausnahme der Förderung des Selbstmanagements jeweils Vorbehalte von einzelnen Akteursgruppen im Gesundheitswesen bestehen. Die bestehenden Vorbehalte scheinen jedoch nicht unüberwindbar. Oftmals hängen sie mit mangelndem Informationsstand zusammen wie z.B. beim Skill-Mix oder bei der Anwendung von medizinischen Guidelines. Sie dürften sich so mit vermehrten positiven Erfahrungen aufweichen. Eindeutige Verlierer sind bei keinem der vertieften Lösungsansätze a priori auszumachen. Breite Skepsis besteht einzig bei den Medical Savings Accounts, bei denen eine Entsolidarisierung in der Grundversicherung befürchtet wird.

Schliesslich stehen der stärkeren Etablierung der vertieften Lösungsansätze noch Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung im Weg. Zu nennen sind hier insbesondere die fehlenden technischen Voraussetzungen und Daten für die Entwicklung von Komplexpauschalen

(Bundled Payment). Oftmals fehlen auch Anreize für die Umsetzung oder die Unsicherheiten über den „Return on investment“ sind zu gross, um die Investition zu tätigen (z.B. bei der Entwicklung von medizinischen Guidelines oder der Umstellung der Versorgungsprozesse).

Die aufgeführten Hemmnisse legen nahe, dass es zum Teil Veränderung in den bestehenden Regulierungen (z.B. bezüglich Kontrahierungszwang, Tarife, Risikoausgleich, finanzielle Anreize für spezielle Versicherungsformen, Gesundheitsberufegesetz etc.) braucht, um den Lösungsansätzen Auftrieb zu geben. Bei einzelnen Lösungsansätzen (Bundled Payment, Skill-Mix, medizinische Guidelines, Förderung des Selbstmanagements) können aber gemäss Interviewaussagen auch weitere Massnahmen helfen, um eine Verbreitung der Lösungsansätze zu fördern. Dazu gehören beispielsweise Pilotprojekte, qualitätssichernde Massnahmen, die Förderung von „eHealth“ oder Anpassungen in der Aus- und Weiterbildung. Die Implementierung von Medical Savings Accounts würde hingegen stärkere Umgestaltungen des Finanzierungssystems erfordern. MSA wären gemäss Interviewaussagen allenfalls als Ergänzung zum bestehenden Versicherungssystem geeignet.

## FOLGERUNGEN

Aus den Ergebnissen der Studie ziehen wir die folgenden acht Folgerungen:

- › **Es sind keine grundlegenden Systemumwälzungen notwendig, um die Effizienz zu verbessern:** Die Auslegeordnung möglicher Lösungsansätze zeigt, dass nicht unbedingt grundlegende Umwälzungen des Gesundheitssystems (d.h. des organisatorischen und regulatorischen Rahmens und der Art der Finanzierung) notwendig sind, um dieses effizienter zu gestalten. Viele der Lösungsansätze lassen sich gut in das bestehende System einbetten und in diesem Rahmen umsetzen. Dies betrifft insbesondere solche Ansätze, die organisatorischen Veränderungen bei den Leistungserbringern und deren Initiative bedürfen. Bemerkenswert ist, dass alle diese Lösungsansätze bereits in Ansätzen in der Schweiz umgesetzt werden. Diese Ansätze können weiter verfolgt und gestärkt werden, bevor Lösungsansätze angegangen werden, die tiefer greifende Veränderungen in der Gesetzgebung implizieren (z.B. Medical Savings Accounts).
- › **„Value based care“ als Leitlinie für die effiziente Leistungserbringung:** Viele Lösungsansätze zur Effizienzsteigerung ergeben sich aus der Idee der „Value based care“ heraus, bei der es darum geht, die Patientenbedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen und das Gesundheitssystem um diese herum zu organisieren. Zu nennen sind hier die umfassende integrierte Versorgungsorganisationen, die Förderung des Selbstmanagements, die Optimierung des Skill-Mix, der Einsatz von Behandlungsleitlinien und Informations- und Kommunikationstechnolo-

gien, welche „Value based care“ als gemeinsamen Nenner haben. Die Orientierung am Nutzen der PatientInnen stellt somit einen wichtigen Treiber dar, nicht nur für die Qualität des Gesundheitswesens, sondern auch, um die Kosteneffizienz zu steigern.

- › **Grössere Effizienzpotenziale durch ein Set an Bausteinen:** Die Analyse der fünf Lösungsansätze deutet darauf hin, dass der „schlafende Riese“, mit dem auf einen Schlag grosse Effizienzpotenziale geweckt werden können, nicht existiert. Vielmehr zeigt sich, dass durch mehrere kleinere, sich ergänzende Bausteine, in der Summe grössere Effizienzpotenziale realisiert werden können. Welche Beträge auf diese Weise eingespart werden könnten, lässt sich in diesem Rahmen nicht genau bestimmen. Ein genauerer Blick in einzelne Bereiche deutet aber darauf hin, dass sie sich mindestens im einstelligen Prozentbereich bewegen dürften. Damit könnten sie signifikant dazu beitragen, dass die Gesundheitsausgaben zukünftig weniger stark ansteigen.
- › **Realisierung der Effizienzpotenziale abhängig von konkreter Ausgestaltung:** Die vertiefte Analyse zeigt, dass die Lösungsansätze auch mit gewissen Gefahren verbunden sind und der „Teufel häufig im Detail steckt“. Zur Realisierung der Effizienzpotenziale kommt es auf die konkrete Ausgestaltung an. Die vorliegende Analyse gibt erste Hinweise auf mögliche Erfolgsfaktoren, welche die Ausgestaltung betreffen. Darüber hinaus ist aber auch von Bedeutung, welche Akteure an der Ausgestaltung beteiligt sind und die Federführung übernehmen (Governance). In welchem Kontext die verschiedenen Lösungsansätze mit welcher konkreten Ausgestaltung am besten greifen, liess sich im Rahmen dieser Studie nicht abschliessend aufzeigen. Hierzu muss einerseits noch mehr Evidenz aus dem Ausland abgewartet und andererseits eigene Evidenz durch Erfahrungen im Kontext Schweiz geschaffen werden.
- › **Verbreitung „Bottom-up“ als zielführende Strategie:** Erfahrungen im In- und Ausland zeigen, dass eine Entwicklung von innen, das heisst über die Leistungserbringer, die grösste Akzeptanz finden dürfte. Eine Verordnung der Lösungsansätze „Top-down“ scheint nicht zielführend. Vielmehr sollten sich die Lösungsansätze „Bottom-up“ über die Leistungserbringer verbreiten. Es liegt eigentlich auch klar auf der Hand, dass die Leistungserbringer die Federführung übernehmen sollten, weil letztlich der „Value“ dort entsteht, wo die Leistungen erbracht werden.
- › **Nutzenorientierten Wettbewerb und gute Governance sicherstellen:** Der Staat und andere Stakeholder wie z.B. die Tarifpartner können helfen, den Weg für die Verbreitung der Lösungsansätze freizulegen. Sie sollten sicherstellen, dass ein „nutzenorientierter Wettbewerb“ nach Porter und Teisberg (2006) ermöglicht wird, welcher entsprechende Anreize für die Leistungserbringer setzt. Die in der vorliegenden Studie vertieften Ansätze zeigen, dass verschiedene Regulierungen wie die Einzelleistungsvergütung, der Kontrahierungszwang, die unterschied-



liche Finanzierung des stationären und ambulanten Sektors sowie der (noch) nicht richtig funktionierende Risikoausgleich die Etablierung von solchen Lösungsansätzen behindern. Neben den regulatorischen Barrieren spielt auch die Governance des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle. Zu einer guten Governance gehören die Messung der Performance und insbesondere der Qualität der erbrachten Leistungen. Solche Informationen sind für den nutzenorientierten Wettbewerb zentral, da sie sicherstellen, dass der Wettbewerb basierend auf Ergebnissen stattfinden kann und die Leistungserbringer zur Rechenschaft gezogen werden können.

- › **Evidenz und Good Practice notwendig:** Die vergangenen gesundheitspolitischen Entwicklungen haben gezeigt, dass grösseren Initiativen in Richtung Effizienz fördernder Lösungsansätze häufig kulturelle Barrieren im Wege stehen. Diese kulturellen Barrieren für neue Lösungsansätze zu überwinden, dürfte keine leichte Aufgabe sein. Häufig scheinen die Vorbehalte mit der Sorge um die Qualität, Nichtwissen und mangelnden Erfahrungen zusammen zu hängen. Daher ist es wichtig, die Lösungsansätze im Rahmen von Pilotanwendungen zu erproben und Good Practice-Beispiele zu sammeln. Es sollte daher geprüft werden, inwieweit Pilotaktivitäten gefördert werden können. Wichtig ist dabei, die Wirkungen dieser Versuche zu messen, zu dokumentieren und zu kommunizieren. Dazu bedarf es auch vermehrter Versorgungsforschung und einer verstärkten Erhebung von Daten, welche Aussagen über Erfolge in der Versorgung zulassen (z.B. Registerdaten).
- › **Einige wichtige Entwicklungen zur Förderung der Lösungsansätze bereits im Gange:** Damit der nutzenorientierte Wettbewerb stärker in der Schweiz spielen kann, sind zurzeit einige wichtige Entwicklungen im Gange. Zu nennen sind hier die Qualitätsstrategie, das Gesundheitsberufegesetz, die Strategie „eHealth“, die Verfeinerung des Risikoausgleichs sowie der Ausbau an Versorgungsdaten. Ein wichtiger Schritt ist dabei die in der Strategie Gesundheit2020 angesprochene Stärkung der Pauschalabgeltung gegenüber Einzelleistungstarifen sowie die Revision bestehender Tarife, um die entsprechenden Anreize für den nutzenorientierten Wettbewerb zu setzen. Die Strategie Gesundheit2020 zeigt grundsätzlich, dass der Bundesrat die grössten Herausforderungen und notwendigen Stossrichtungen erkannt hat. Es wird nun darum gehen, diese auch konsequent unter Mithilfe aller Stakeholder umzusetzen.

## RÉSUMÉ

### DES MANQUES D'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE

Sur fond de ressources limitées, les appels se font toujours plus pressants en faveur de l'amélioration du rapport coût-utilité dans le domaine de la santé publique. Tant au plan national qu'au plan international, les systèmes de santé sont confrontés à une question lancinante : comment améliorer la santé ou l'état de santé avec les ressources existantes et à moindre coût ? Plusieurs études arrivent à la conclusion que le niveau de qualité indiscutablement élevé peut encore être amélioré. On constate ainsi que des phénomènes d'inefficacité ponctuels tels qu'un manque de coordination au niveau des soins, une surabondance de prestations non indispensables et une demande excessive de la part des personnes assurées représentent aujourd'hui pas moins de 10 pour cent de l'ensemble des dépenses de santé annuelles (INFRAS, Crivelli 2012).

La présente étude jette un coup de projecteur sur les solutions envisageables pour réduire cette inefficacité, notamment en s'inspirant des approches pratiquées à l'étranger. Se fondant sur la littérature spécialisée et sur des interviews menées avec les actrices et les acteurs du système de santé, l'étude met en évidence

- › les approches innovantes utilisées au-delà de nos frontières pour accroître l'efficacité du système de santé,
- › les effets escomptés en Suisse en appliquant une série d'approches choisies et
- › les modalités à mettre en place pour appliquer ces approches dans le contexte du système de santé suisse existant.

### LES SOLUTIONS ENVISAGEABLES: COUP D'OEIL AU-DELÀ DES FRONTIÈRES NATIONALES

À l'étranger, de nombreuses approches sont mises à l'épreuve avant d'être appliquées avec succès pour réduire l'inefficacité du système de santé. Les solutions que nous avons identifiées se regroupent en diverses tendances : miser sur la transparence en matière de qualité des prestations fournies, récompenser financièrement la qualité, centrer les soins sur les patient-e-s en mettant en place des organisations intégrées, associer activement les patient-e-s à leurs soins de santé ou renforcer les structures d'approvisionnement du secteur ambulatoire. La plupart de ces approches misent sur une modification des incitations du côté de l'offre, que ce soit par des mécanismes de remboursement ou de financement, ou encore en visant un changement au niveau des structures et des processus d'approvisionnement eux-mêmes. Au niveau de l'offre, des mesures cherchent à guider le comportement des assuré-e-s et des patient-e-s aussi bien au

niveau de la santé qu'au niveau des coûts, en recourant à des modalités de participation spécifiques en termes de soins et de financement.

La présente étude a permis d'identifier quinze approches qui ont pour but d'améliorer l'efficacité du système de santé. Une typologie a été établie en fonction des dimensions suivantes : niveau du système, orientation vers la demande, orientation vers l'offre.

VUE D'ENSEMBLE ET TYPOLOGIE DES APPROCHES ENVISAGEABLES			
	Niveau de modification du système	Niveau de l'effet d'incitation	
		Offre	Demande
		Financement / Remboursement	1 Remboursement en fonction des résultats <b>Typ A</b> 2 Forfaits complexes (Bundled Payment) 3 Organisation de soins intégrées et tenues de rendre des comptes 4 Évaluation des technologies de la santé (HTA) 5 Modalités de remboursement des médicaments conformes aux besoins
La prestation de service	8 Optimisation des structures de soins stationnaires <b>Typ C</b> 9 Prestataires de soins de base garantissant la prise en charge globale et intégrée 10 Directives médicales 11 Combinaison optimale des savoirs-faire (Skill-Mix) 12 Technologies de l'information et de la communication	13 Encourager la disposition des patient-e-s à s'autogérer <b>Typ D</b> 14 Gestion optimale des flux de patient-e-s (triage/accès au soins de base) 15 Encouragement des mesures de prévention et de la promotion de la santé	

Figur 2 Typologie établie par INFRAS

En Suisse, la majorité des approches citées ci-avant sont déjà pratiquées ponctuellement. Elles ne sont donc pas complètement inédites : bon nombre d'entre elles sont actuellement à l'épreuve dans notre pays, notamment dans le domaine de la fourniture de prestations. Toutefois, nous avons pris un retard considérable par rapport à l'étranger. La présente étude sélectionne donc cinq approches qui permettent d'expliquer les raisons de ce retard ainsi que les obstacles qui sont à leur origine, mais aussi les possibilités qui favorisent la mise en place de telles approches.

## LES SOLUTIONS ENVISAGEABLES EN SUISSE

Dans le cadre de la présente étude, cinq approches ont été sélectionnées parmi celles qui sont présentées à la figure no 1, selon les deux critères suivants: présenter un potentiel d'efficacité et présenter un potentiel de développement en Suisse. Par ailleurs, il s'agissait d'approfondir une approche au moins parmi chacun des quatre types décrits à la fig. no 1. Dans ce qui suit, nous décrirons ces cinq approches, leurs atouts et leurs risques respectifs ainsi que les possibilités de les mettre en œuvre.

### **Les forfaits complexes**

Les forfaits complexes (Bundled Payment) sont un modèle de remboursement qui procède par agrégation de toutes les prestations fournies durant une période de traitement (p. ex. diabète, états liés à des troubles vasculaires) avant de procéder à un remboursement forfaitaire. Cette démarche considère donc les prestations fournies durant les épisodes d'une maladie comme un ensemble. L'agrégation incite les prestataires de soins à optimiser le nombre et le coût des prestations fournies durant un épisode de maladie et à coordonner de manière optimale ces différentes prestations.

Sur la base des expériences faites avec ce modèle à l'étranger et des interviews qui ont été menées avec des expert-e-s dans le cadre de la présente étude, on peut partir de l'idée que les forfaits complexes constituent un moyen pour améliorer la qualité, les résultats et le rapport coût-efficacité du système de santé. Si les preuves empiriques de cette allégation restent pour l'heure relativement faibles, les expériences faites font, elles, état de résultats positifs : selon une estimation quantitative, les forfaits complexes permettraient au système de santé suisse d'économiser au moins 650 millions de francs suisses par année. Toutefois, les forfaits complexes comportent certains risques, tels que la sous-utilisation de prestations appropriées et des charges administratives élevées. L'effet d'une telle approche dépend largement de la forme de gouvernance qui régit le modèle: qui propose les offres? Comment les forfaits sont-ils définis? etc.

Certains aspects du modèle des forfaits complexes sont actuellement pratiqués en Suisse, sans qu'il n'ait pu s'établir réellement. Parmi les obstacles qui freinent son établissement, les expert-e-s citent son manque d'acceptation (côté médecins : réserves et manque d'incitation pour un remboursement axé sur l'efficacité ; côté patient-e-s : craintes de rationnement des prestations), les conditions générales proposées par le système de santé actuel (notamment un système de soins fragmenté) ainsi que les carences techniques en termes de praticabilité (absence de données, de systèmes IT). Les expert-e-s estiment que pour rallier une vaste majorité à un tel modèle, il faut des initiatives qui viennent de la base, lancées par les partenaires tari-

fares. Il s'agit par ailleurs de renforcer les incitations pour un système de soins intégré au niveau de la réglementation, de créer l'infrastructure technique ainsi que de générer les données requises.

#### Que sont les forfaits complexes?

Le remboursement forfaitaire d'un ensemble de prestations liées à un épisode de maladie.

- **Objectifs:** améliorer la coordination entre les prestataires de soins; diminution de la demande induite par l'offre.

#### Où pratique-t-on ce système?

- USA, NL, SE, UK: affections chroniques, épisodes aigus.
- **En Suisse:** application de modèles isolés, dans le domaine des soins aigus (essentiellement en orthopédie).

#### Quels sont les obstacles en Suisse?

- Manque d'incitations, réserves, investissement requis de la part du corps médical
- Système de soins fragmenté
- Absence de données, infrastructure technique insuffisante
- Nombre de cas faible, et par conséquent dispersion des risques au niveau des forfaits

#### Quels sont les facteurs encourageants?

- Changements structurels dans les hôpitaux (collaborations plus étroites avec le secteur ambulatoire)
- Stratégie „Cybersanté“
- Amélioration de la compensation des risques (nombre accru d'incitations pour les assureurs)

### La combinaison optimale des savoir-faire

La combinaison optimale des savoir-faire (Skill Mix) a pour but de redistribuer le travail et les compétences entre les professions de la santé, de manière à ce que les prestations puissent être fournies avec un minimum de ressources, tout en maintenant un niveau qualitatif au moins égal. Ces modèles d'optimisation des savoir-faire existent déjà avec plusieurs groupes de professions. La présente étude s'est concentrée sur les modèles qui concernent la répartition du travail et des compétences entre personnel de soins et médecins. Il s'agit notamment de reconsidérer les tâches telles que la première consultation, le triage, l'(in)formation des patient-e-s ou le suivi de routine des malades chroniques, mais aussi la commande d'exams diagnostiques et la prescription de médicaments. En Suisse, ce type de solution pourrait être adopté non seulement pour réduire les coûts, mais aussi pour améliorer la qualité et pour lutter contre la pénurie de main d'œuvre dans le domaine des soins médicaux de base et des soins en général.

Selon les preuves empiriques disponibles et les prévisions des expert-e-s, les effets positifs de la combinaison optimale des savoir-faire se font sentir en particulier au niveau de la qualité des soins, de la satisfaction des patient-e-s et de l'état de santé. Ces preuves sont moins formelles quant au potentiel de réduction des coûts et les acteurs interrogés sont plutôt sceptiques à cet égard. Sur le terrain, on constate en effet que les économies réalisées au niveau des coûts sont parfois compensées par une multiplication des prestations (p. ex. allongement des consultations effectuées par le personnel de soins) ou par des revendications salariales. En reprenant dans les grandes lignes le modèle qui est appliqué avec succès aux Pays-Bas et en l'adaptant aux

exigences suisses, le gain d'efficacité escompté pourrait atteindre quelque 140 millions de francs suisses à court terme au moyen d'une combinaison de savoir-faire judicieuse.

La combinaison des savoir-faire des médecins et des soignant-e-s, qui élargissent leurs rôles respectifs, existe déjà en Suisse dans quelques hôpitaux, dans les modèles de soins intégrés et dans des projets pilotes isolés. Les expert-e-s estiment que ce modèle contient un potentiel d'extension, notamment dans le domaine des soins de base. Toutefois, une telle extension est freinée par des obstacles tels que le manque d'acceptation de la part des médecins, les incitations au niveau du système de financement, le système de formation, les structures de soins actuelles et l'absence de cadre légal. Pour promouvoir le modèle de la combinaison optimale des savoir-faire, il convient, selon les expert-e-s, d'ancrer l'approche du travail interprofessionnel dans les formations professionnelles et les formations continues, ainsi que de favoriser les essais pilotes qui fourniront les preuves de l'efficacité de ce modèle. Les incitations inhérentes au système, et plus particulièrement la mention de certaines prestations dans le cas de la combinaison des savoir-faire dans systèmes tarifaires, devraient être renforcées. Enfin, il importe de créer un cadre légal qui autorise les soignantes et les soignants à effectuer des activités supplémentaires et de répondre ainsi aux questions de responsabilité et de responsabilité civile.

#### Qu'est-ce que la combinaison optimale des savoir-faire?

Redistribution du travail et des compétences entre les professionnel-le-s de la santé, en l'occurrence entre les médecins de premier recours et les soignant-e-s.

- **Objectif:** diminution des ressources et maintien de la qualité; endiguement de la pénurie de main d'œuvre.

#### Où pratique-t-on ce système?

- **À l'étranger :** modèle très répandu, en particulier dans les pays anglo-saxons (infirmières/infirmiers en soins avancés APN, cliniques gérées par des infirmières/infirmiers, etc.)
- **En Suisse:** recours aux infirmières/infirmiers en soins avancés dans les hôpitaux, exemples isolés dans l'approvisionnement de base ; quelques projets pilotes.

#### Quels sont les obstacles en Suisse?

- Réticences du corps médical à propos de la qualité
- Non-compensation de prestations par le système tarifaire
- Système de santé fragmenté
- Carences légales (p. ex. responsabilité civile)
- Système de formation professionnelle peu axée sur l'interprofessionnalité

#### Quels sont les facteurs encourageants?

- Pénurie de main d'œuvre au niveau des soins de base et des soins en général
- Meilleure acceptation suite à des essais pilotes concluants
- Forfaits (DRG, forfaits par patient-e-) et par conséquent pression pour améliorer le rapport coût-efficacité
- Stratégie „cybersoins“

## Directives médicales

Les directives médicales sont des recommandations basées sur des données scientifiques, destinées à optimiser et à standardiser le traitement des patient-e-s. L'objectif de telles directives est d'accroître l'efficacité des processus et d'éviter les prestations superflues ainsi que les traitements désuets. Ces directives contribuent donc à lutter contre le sur-approvisionnement en prestations, l'une des sources d'inefficacité principales du système de santé suisse. Depuis l'apparition de la pratique clinique basée sur des données scientifiques, dans les années 1990,

les directives médicales ont connu un regain d'intérêt ; elles sont entre-temps bien établies dans divers secteurs médicaux dans de nombreux pays. Généralement, elles sont formulées par les corporations de médecins, en particulier par des associations de médecins spécialistes, mais aussi par les hôpitaux. En principe non obligatoires, elles laissent une marge de manœuvre aux praticiens, auxquels elles permettent de s'en écarter dans des cas dûment motivés.

Les études qualitatives qui ont été effectuées et les expert-e-s interrogé-e-s sont d'avis que les directives médicales améliorent le résultat des traitements, qu'elles rendent les processus plus efficaces et que les coûts s'en trouvent réduits. Les preuves scientifiques de ces affirmations sont cependant faibles, notamment pour ce qui est des coûts économisés. Le consensus international veut que le potentiel d'efficacité dépende fortement de la qualité des directives considérées. L'acceptation des directives, leur respect et leur diffusion dépendent des modalités de gouvernance qui ont prévalu à la rédaction des directives (acteurs impliqués) ainsi que des stratégies de mise en œuvre. Parmi les risques qui sont cités liés aux directives médicales, il y a la limitation de la liberté thérapeutique, la prise en compte insuffisante de la polymorbidité et le frein qu'elles pourraient constituer à l'innovation médicale.

Les directives médicales existent d'ores et déjà en Suisse ; on les retrouve avant tout dans les hôpitaux et les réseaux de médecins, ainsi que dans les domaines de la cardiologie, de l'oncologie, de la chirurgie et du traitement du diabète. En comparaison avec l'étranger, ce modèle est toutefois encore assez peu courant ; selon les experte-e-s, ce phénomène s'explique par les réticences des prestataires de soins, qui craignent de se voir privés de leur liberté thérapeutique. Les personnes interrogées estiment par conséquent que ce sont les médecins (resp. les associations de spécialistes et les hôpitaux) qui devraient piloter les démarches entreprises dans ce domaine. Pour faciliter la diffusion des directives médicales, il conviendrait de baser la méthodologie sur des standards reconnus, de résoudre le problème du financement, l'institutionnalisation de la méthodologie ainsi que la constitution de recueils de directives médicales. Ces démarches devraient en outre être complétées par des mesures telles que les cercles de qualité, des incitations financières et des stratégies globales de mise en œuvre (disponibilité des directives sous forme électronique, formations continues, etc.).

**Que sont les directives médicales?**

Recommandations pour les médecins, basées sur des données scientifiques.

- **Objectif:** optimisation et standardisation du traitement des patient-e-s

**Où pratique-t-on ce système?**

- **À l'étranger:** documents très répandus dans de nombreux pays et domaines médicaux; méthodologie en partie institutionnalisée, p. ex. en D
- **En Suisse:** présent à un stade rudimentaire dans certains domaines spécialisés (cardiologie, oncologie, diabète, etc.) ; élaboration par les corporations spécialisées ; dans certains hôpitaux : directives internes.

**Quels sont les obstacles en Suisse?**

- Méconnaissance, craintes des médecins de voir restreindre leur liberté thérapeutique, craintes de sous-appvisionnement (médecins et patient-e-s)
- Efficacité insuffisamment documentée scientifiquement
- Moyens financiers insuffisants pour l'élaboration de telles directives
- Manque d'incitations dans l'approvisionnement de base

**Quels sont les facteurs encourageants?**

- Forfaits (DRG, forfaits par patient-e-) et par conséquent pression pour améliorer le rapport coût-efficacité
- Stratégie „cybersoins“

**Compte d'épargne pour soins médicaux**

Le compte d'épargne pour soins médicaux (Medical Savings Accounts, MSA) est un compte d'épargne individuel réservé aux soins médicaux. La personne qui détient un compte l'alimente elle-même en versant régulièrement des cotisations. En cas de maladie, elle paie les frais de traitement en puisant dans les économies qu'elle a ainsi constituées. En cas de maladie grave, les frais de traitement dépassent parfois le montant disponible sur le compte ; par conséquent, le compte d'épargne pour soins médicaux est souvent couplé à une assurance pour hauts risques. L'objectif du compte d'épargne pour soins médicaux est que les patient-e-s prennent davantage conscience des coûts médicaux. Dans un système de caisses maladie dont le financement est assuré par répartition, les personnes assurées sont incitées à consommer trop de prestations et à ne pas prendre suffisamment soin de leur santé, dans la mesure où les coûts de santé sont pris en charge par l'ensemble des personnes assurées dans la même caisse (cf. le problème du risque moral). Le modèle du compte d'épargne pour soins médicaux lutte contre ces effets pervers en créant des incitations à renoncer à des prestations inutiles. Le montant capitalisé sert d'incitation, dans la mesure où les personnes assurées peuvent en disposer librement par la suite.

Ce mécanisme permet de penser que ce modèle a un effet positif sur les frais de santé, bien que les preuves scientifiques soient peu nombreuses. Les études consacrées aux effets du compte d'épargne pour soins médicaux ne fournissent pas de preuves irréfutables quant à l'efficacité du système ; les effets seraient neutres, voire négatifs au niveau des coûts, notamment parce que les patient-e-s recourent trop tardivement aux prestations, ce qui entraîne l'aggravation de la maladie. Néanmoins, les expert-e-s questionné-e-s estiment qu'un avantage majeur du compte d'épargne pour soins médicaux réside dans le fait qu'elle décharge financièrement la jeune génération à une époque où l'évolution démographique fait grimper les coûts de santé de la génération des aînés. À l'inverse, les expert-e-s interrogé-e-s estiment que le compte



d'épargne pour soins médicaux constitue une entorse au principe de solidarité, dans la mesure où ce système n'assure plus la compensation entre malades et bien portant et où il désavantage les malades chroniques et les personnes socialement défavorisées.

Les expert-e-s sont nombreux à se montrer réticent-e-s face à la mise en œuvre du compte d'épargne pour soins médicaux, avant tout parce qu'ils s'attendent à un taux d'acceptation relativement faible par la population : tout d'abord, la participation aux coûts de la part des personnes assurées est déjà élevée en Suisse. Ensuite, il pourrait se révéler difficile de communiquer les avantages de cette solution, la crainte d'une désolidarisation supplémentaire risquant de l'emporter. Enfin, l'introduction du modèle du compte d'épargne pour soins médicaux à l'état pur présuppose une modification fondamentale du système d'assurances, non prévue par les bases légales en vigueur. Il n'en demeure pas moins que certains éléments du compte d'épargne pour soins médicaux peuvent être intégrés au système de santé actuel sans qu'il soit nécessaire de bouleverser le cadre légal :

- › Combiner le compte d'épargne pour soins médicaux à des franchises plus élevées: les personnes assurées s'engagent à payer des franchises élevées sur le long terme, alors que les rabais de primes qui en découlent sont versés sur le compte d'épargne pour soins médicaux.
- › Combiner le compte d'épargne pour soins médicaux et les primes en fonctions de l'âge, en utilisant le capital accumulé pendant les jeunes années pour payer les primes plus élevées durant la vieillesse.
- › Utiliser le capital du compte d'épargne pour soins médicaux pour financer une assurance soins.

#### Qu'est-ce que le compte d'épargne pour soins médicaux ?

Un compte d'épargne destiné à payer les frais de maladie (exception: cas à haut risques)

- **Objectifs:** aiguïser la prise de conscience pour le coût des patient-e-s, renoncer aux prestations inutiles, améliorer la justice intergénérationnelle.

#### Où pratique-t-on ce système?

- Singapour, Chine, Afrique du Sud, USA

#### Quels sont les obstacles en Suisse?

- Crainte d'une désolidarisation
- Aucune preuve d'une amélioration de la qualité ou d'un meilleur rapport coût-efficacité
- Absence de bases légales
- Message politique difficile à communiquer

#### Quels sont les facteurs encourageants?

- Évolution démographique; allègement du fardeau de la jeune génération

### Encourager l'autogestion des patient-e-s

Par autogestion des patient-e-s, on entend l'aptitude à gérer sa maladie, les symptômes, le traitement, les conséquences physiques et sociales ainsi que leurs conséquences sur le mode de vie. Les interventions qui visent à encourager l'autogestion ont pour but d'habiliter les patient-e-s à vivre de manière autonome et indépendante. Les programmes d'autogestion prennent plusieurs formes et interviennent dans divers contextes : cours en groupe, information individuelle, programmes spécifiques pour chaque type de maladie, programmes généraux pour malades chro-

niques, etc. Cette approche a pour double but de mieux adapter les soins de santé aux besoins des patient-e-s et de réduire le recours, par les patient-e-s, à des prestations exigées inutilement, sur la base d'informations lacunaires. Sur la base de la littérature spécialisée et des interviews d'expert-e-s, on voit que les conclusions concernant l'efficacité des interventions destinées à favoriser l'autogestion sont partagées. Si l'observance des informations, par les patient-e-s, constitue un facteur d'incertitude quant à l'effet sur les objectifs, les programmes d'autogestion peuvent éveiller des besoins et entraîner un étoffement des prestations. Il apparaît que le succès des interventions destinées à favoriser l'autogestion dépend largement de la forme de ces interventions. On connaît néanmoins un grand nombre d'exemples ponctuels qui font état d'effets positifs en termes de satisfaction des patient-e-s, d'effets sur la santé (p. ex. taux de glycémie) et de taux d'hospitalisation. Une estimation sommaire qui se base sur exemples réussis dans le domaine de l'insuffisance cardiaque (SE et USA) font état d'un potentiel d'économies de quelque 80 millions de francs suisses par année.

La Suisse connaît quelques exemples isolés de mesures de promotion de l'autogestion ; la diffusion de ce modèle reste faible cependant. Selon les expert-e-s, les principaux obstacles sont les incitations perverses au niveau des caisses maladie (p. ex. la possibilité de changer de caisse chaque année), les incertitudes au niveau du financement (les prestations de promotion de l'autogestion ne font pas partie du catalogue des prestations de l'AOS) ainsi que les questions de responsabilité pour la mise en œuvre. Pour encourager ce type de solution en Suisse, il faudrait, selon les expert-e-s, l'intégrer aux structures de soins existantes plutôt que de constituer un système nouveau avec des offres parallèles. Par ailleurs, il conviendrait de renforcer les incitations tant au niveau de l'offre que de la demande de tels programmes. À cet effet, il faudrait notamment inscrire les prestations dans les systèmes tarifaires. Enfin, l'encouragement du système de cybersanté pourrait avoir des effets favorables sur cette approche, dans la mesure où l'appareillage technique et la transmission électronique des données sont susceptibles d'améliorer à la fois le suivi et l'observance.

#### Qu'est-ce que l'autogestion des patient-e-s?

L'aptitude des patient-e-s à gérer leur maladie.

- **Objectif:** éviter les complications

#### Où pratique-t-on ce système?

- **Étranger:** divers programmes très répandus p. ex. dans les pays suivants : Australie, USA, GB
- **Suisse:** divers programmes/projets pilotes, p. ex. cours EVIVO pour les patient-e-s, projets LEILA – Vivre avec une maladie chronique

#### Quels sont les obstacles en Suisse?

- Craintes d'une observance insuffisante de la part des patient-e-s
- Non-remboursement des prestations, systèmes tarifaires
- Manque d'incitations pour les assurances

#### Quels sont les facteurs encourageants?

- Bonne acceptation de principe
- Hausse des besoins de soins des malades chroniques
- Meilleure compensation des risques
- Stratégie „cybersanté“

## Résultats

À première vue, les solutions proposées ci-avant comportent chacune un potentiel d'efficacité élevé, dans la mesure où elles visent des vecteurs d'inefficacité marquants du système de santé suisse. D'ailleurs, l'approfondissement de quelques solutions choisies montre que leur potentiel en matière d'accroissement de l'efficacité existe bel et bien. Dans un cas, à savoir celui du compte d'épargne pour soins médicaux, les preuves scientifiques de son efficacité ne sont pas irréfutables. Selon les données empiriques disponibles et compte tenu de leur évaluation qualitative, on peut admettre que les quatre autres approches ont un effet positif plus ou moins prononcé sur la santé et sur le rapport coût-efficacité du système de santé. Compte tenu des chiffres disponibles, le montant exact des économies réalisées en cas de mise en œuvre systématique de ces solutions en Suisse ne peut faire que l'objet d'une évaluation très sommaire. Nous estimons que le potentiel est compris entre un et neuf pour cent du total du coût total des frais de santé. À l'exception du compte d'épargne pour soins médicaux, les quatre solutions que nous avons approfondies dans la présente étude peuvent être intégrées au système de santé existant et ne nécessitent aucun changement radical préalable de la législation. D'ailleurs, dans la pratique, la combinaison des savoir-faire, les programmes d'autogestion, les forfaits complexes et les directives médicales existent déjà en Suisse ; toutefois, la mise en œuvre de ses approches n'est souvent que rudimentaire.

Au cours des interviews menées avec les représentant-e-s du système de santé, on a mis en lumière les freins à ces innovations qui existent au niveau des conditions cadres en Suisse : ce sont notamment un système de soins fragmenté, la méthode de rémunération des prestations individuelles qui prévaut dans le domaine des soins ambulatoires, des modalités de financement hétérogènes pour les prestations stationnaires et ambulatoires ainsi que les tarifs actuels, qui n'affichent pas la totalité des prestations.

En termes d'acceptation, on s'aperçoit que certains groupes d'acteurs du système de santé formulent des réticences à propos de chacune des approches étudiées de manière plus approfondie, à l'exception de la promotion de l'autogestion. Toutefois, ces réserves ne constituent pas des obstacles insurmontables, puisque certains d'entre eux sont dus à un manque d'information ; c'est par exemple le cas de la combinaison des savoir-faire et de l'application de directives médicales. On peut partir de l'idée que des expériences positives supplémentaires permettront de vaincre ce type de réticences. À priori, les approches approfondies ne révèlent pas de camp clairement perdant. Seul le compte d'épargne pour soins médicaux suscite un scepticisme relativement général, puisqu'il fait craindre une désolidarisation des assuré-e-s au niveau de l'assurance de base.

Des difficultés pratiques s'opposent enfin à une diffusion plus systématique des approches étudiées. Ce sont notamment les carences au niveau technique et au niveau des données qui permettent de développer les forfaits complexes. Souvent, elles ne sont pas mises en œuvre par manque d'incitations, ou par manque de certitudes quant au retour sur investissement, ce qui freine les investissements; c'est par exemple le cas du développement de directives médicales ou de la modification des processus de soins.

Les obstacles mentionnés ci-avant montrent que dans certains cas, des modifications seront parfois nécessaires au niveau de la réglementation en vigueur si l'on veut favoriser la mise en place de solutions telles que celles qui sont citées (p. ex. en termes d'obligation de contracter, de tarifs, de compensation des risques, d'incitations financières pour contracter des assurances d'un type particulier, de loi sur les professions de la santé). Dans certains cas (forfaits complexes, combinaison des savoir-faire, directives médicales, promotion de l'autogestion), d'autres types de mesures pourront faciliter leur diffusion, expliquent les personnes interrogées : projets pilotes, mesures qualitatives, promotion de la cybersanté ainsi qu'adaptation des formations professionnelles et des formations continues. Par contre, la mise en œuvre du système des comptes d'épargne pour soins de santé nécessiterait des réaménagements plus considérables du système de financement ; la création de tels comptes n'est envisageable qu'à titre de mesure complémentaire du système d'assurance en vigueur.

## CONCLUSIONS

Nous tirons huit conclusions des résultats de l'étude:

- › **Il est possible d'améliorer le rapport coût-efficacité du système de santé sans bouleverser ce dernier.** La présentation des approches envisageables montre qu'il n'est pas nécessaire de bouleverser le système de santé, c'est-à-dire de son référentiel organisationnel et de son cadre réglementaire, pour le rendre plus efficace. Parmi les solutions envisagées, nombreuses sont celles qui s'intègrent et qui se mettent en œuvre dans le système existant. C'est en particulier le cas des approches qui demandent des initiatives et des changements d'ordre organisationnel de la part des prestataires de services. On remarquera que ce type d'approche est déjà mis en œuvre de manière rudimentaire en Suisse. On pourra donc bâtir sur ces démarches et les renforcer avant d'introduire des approches qui nécessitent des modifications plus approfondies du cadre légal, telles que la création de comptes d'épargne pour frais de santé.
- › **« Les soins orientés vers le résultat », la référence pour des prestations de soins efficaces.** Parmi les approches envisageables pour accroître l'efficacité, nombreuses sont celles qui découlent de l'idée des « soins orientés vers le résultat », c'est-à-dire qui sont basées sur une démarche où les besoins des patient-e-s sont au centre et où le système de santé est organisé

en fonction de ces besoins. Ce sont par exemple les organisations de soins intégrées et globales, l'encouragement de l'autogestion, la combinaison optimale des savoir-faire, le recours à des directives pour le traitement médical ainsi qu'aux technologies de l'information et de la communication, tous placés sous le signe commun des « soins orientés vers le résultat ». L'orientation vers les besoins des patient-e-s constitue un moteur déterminant non seulement pour la qualité du système de santé, mais aussi pour accroître le rapport coût-efficacité.

› **Élargissement du potentiel d'efficacité au moyen de démarches modulaires.** L'analyse ci-avant de cinq types de solutions montre qu'il n'y pas de « géant endormi » dont le réveil permettrait d'activer d'un seul coup de grands potentiels d'efficacité. On voit que les économies sont réalisées à l'aide d'une série de mesures à l'impact restreint, mais dont la somme permet d'accroître considérablement l'efficacité du système de santé. Le montant exact des économies à réaliser n'a pas pu être calculé avec précision dans le présent contexte. Toutefois, en analysant de plus près certains secteurs, on réalise qu'elles devraient se situer au minimum entre 1 et 10 pour cent des coûts de santé. Par conséquent, ces approches permettent de contribuer de manière significative à endiguer l'accroissement de ces coûts.

› **La mise en œuvre des potentiels d'efficacité dépend de leur formulation concrète.**

L'approfondissement du modèle montre que les esquisses de solutions proposées comportent certains risques et que les détails dont il faut tenir compte ne sont pas négligeables. La présente étude met en évidence des pistes prometteuses en termes de formulation concrète. Au-delà, les acteurs qui participent à l'organisation et au pilotage ont un rôle important à jouer (gouvernance). Cette étude n'est toutefois pas suffisamment détaillée pour déterminer les formes qui conviennent le mieux pour chacune des approches ; il convient d'attendre les données fournies à ce sujet par des applications pratiques en cours à l'étranger ainsi que les données qui seront récoltées dans le cadre de projets pilotes menés en Suisse.

› **La diffusion au moyen d'initiatives parties de la base, une stratégie promise au succès.**

Les processus initiés à la base, c'est-à-dire, dans le présent contexte, par les prestataires de services, sont les plus concluants ; tels sont les résultats d'expériences menées tant en Suisse qu'à l'étranger. Inversement, vouloir imposer des solutions « d'en haut » semble bien promis à l'échec. Par conséquent, il s'agit de propager les solutions présentées par l'intermédiaire des prestataires de services. Logiquement, ce sont aussi ces prestataires de services qui devraient piloter ces processus, dans la mesure où le résultat apparaît là où les prestations sont fournies.

› **Assurer une concurrence axée sur les besoins des patient-e-s et une bonne gouvernance.**

L'État ainsi que d'autres parties prenantes, telles que les partenaires tarifaires, peuvent contribuer à ouvrir la voie à la diffusion des solutions esquissées ci-avant. Ils peuvent et doivent notamment assurer qu'une « concurrence axée sur les besoins du patient » au sens de Porter et

Teisberg (2006) soit possible, de manière à définir les incitations correspondantes pour les prestataires de soins. Les approches citées dans la présente étude qui ont été approfondies montrent que les réglementations telles que la rémunération des prestations individuelles, l'obligation de contracter, le financement différencié entre secteur stationnaire et secteur ambulatoire ainsi que la compensation des risques qui ne fonctionne pas (encore) correctement gênent la mise en place des solutions préconisées. Outre les obstacles d'ordre réglementaire, il existe des écueils au niveau de la gouvernance. Dans ce domaine, une bonne gouvernance comprend la mesure des performances et notamment de la qualité des prestations fournies. Ce type d'information est déterminant dans un contexte de concurrence axée sur les besoins des patient-e-s, car il assure que la concurrence s'effectue sur la base des résultats obtenus et que les prestataires de services puissent être tenus de rendre des comptes.

- › **Les preuves scientifiques et les exemples de bonnes pratiques: Conditions de succès indispensables.** L'évolution de la politique de santé a montré que par le passé, ce sont souvent des barrières culturelles qui gênent la réalisation d'initiatives destinées à améliorer l'efficacité. Parvenir à franchir ces barrières risque de se révéler tout aussi difficile en rapport avec les nouvelles approches qui ont été présentées ci-avant. Les réserves émises relèvent souvent de la crainte d'une perte de qualité, de la méconnaissance et du manque d'expérience. Il est donc indispensable de mettre à l'épreuve les solutions proposées dans le cadre d'applications-pilotes et de récolter ainsi des exemples de bonnes pratiques. Dans l'immédiat, il convient d'examiner dans quelle mesure des activités pilotes peuvent être encouragées. Lorsque des essais ont lieu, il s'agit de mesurer les effets, de les documenter et de les communiquer. Il s'agit aussi d'encourager la recherche sur les prestations de soins et de multiplier la récolte de données qui informent sur le succès des soins fournis (p. ex. registres des maladies).
- › **Des processus déterminants pour la promotion des solutions préconisées sont actuellement en cours.** Si l'on veut faire jouer davantage la concurrence axée sur les besoins des patient-e-s, certains changements sont requis. Certains sont en cours actuellement en Suisse, où l'on travaille à une stratégie de la qualité, à la loi sur les professions de la santé, à la stratégie « cybersanté », à l'amélioration de la compensation des risques ainsi qu'à la multiplication des données relatives à la prise en charge des patient-e-s. La multiplication des remboursements forfaitaires par rapport aux rémunérations à la prestation constitue un élément clé de la stratégie « Santé 2020 », tout comme la révision des tarifs en vigueur, destinée à mettre en place les incitations qui favorisent une concurrence axée sur les besoins des patient-e-s. La stratégie « Santé 2020 » montre que le Conseil fédéral a reconnu à la fois les défis qu'il convient de relever en priorité et l'orientation générale à adopter. Désormais, il s'agira de les mettre en œuvre de manière systématique, en impliquant toutes les milieux impliqués.

## 1. EINLEITUNG

### 1.1. INEFFIZIENZEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESEN

Dem schweizerischen Gesundheitswesen wird im Allgemeinen eine sehr hohe Qualität attestiert. So ist die Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem sehr zufrieden, sie geniesst kurze Wartezeiten und einen guten Zugang zu hochtechnologischer Medizin (Thomson et al. 2012). Allerdings gehört das schweizerische Gesundheitswesen, gemessen am Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt, auch zu den teuersten der Welt (OECD 2011). Effizienzstudien der OECD zeigen zwar, dass die Schweiz mit den heutigen Gesundheitsausgaben keinen viel besseren Gesundheitszustand mehr erreichen könnte, allerdings der gleiche Gesundheitszustand mit weniger Kosten hergestellt werden kann (Kirchgässner, Gerritzen 2011).

Das Thema Ineffizienzen ist derzeit auch international mit dem Stichwort „Waste in health care“ stark in Diskussion. In den USA wird geschätzt, dass Ineffizienzen mindestens 20% der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen (Berwick, Hackbarth 2012). Andere Studien gehen sogar von einem noch grösseren „Waste“ von rund 30% aus (Cutler 2010).

INFRAS und Crivelli (2012) haben auf Basis von inländischer Literatur versucht, die Ineffizienzen in der Schweiz zu beziffern. Die von dieser Studie geschätzten vier grössten Ineffizienzen belaufen sich auf rund 6–7 Milliarden Franken pro Jahr, was rund 10% der gesamten jährlichen Gesundheitsausgaben entspricht. Daneben existieren noch weitere Ineffizienzen, deren Ausmass durch die Studie nicht genau beziffert werden konnte, aber auch als nicht unbedeutend eingeschätzt wird.

Die Studie von INFRAS und Crivelli bildet den Ausgangspunkt für diese Arbeit. Ausgehend von den identifizierten Ineffizienzen sollen in dieser Arbeit mögliche Lösungsansätze aufgezeigt werden, mit denen man den verschiedenen Ineffizienzen begegnen könnte. Im Folgenden werden die bedeutendsten Ineffizienzen und deren Ursachen zusammenfassend dargestellt<sup>1</sup>.

#### **Bedeutende Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitswesen**

Die bedeutendsten Ineffizienzen des schweizerischen Gesundheitswesens betreffen gemäss INFRAS und Crivelli die *Über- bzw. Fehlversorgung* (vgl. Tabelle 1). Diese ergibt sich aus falschen Anreizen auf der Angebots- und Nachfrageseite:

- › Die in der Schweiz geltenden Einzelleistungstarife in der ambulanten Versorgung schaffen für die ÄrztInnen Anreize, durch zusätzliche Leistungen die Nachfrage zu stimulieren (angebotsinduzierte Nachfrage).

<sup>1</sup> Zum Begriff und ökonomischen Verständnis von Ineffizienzen sowie deren Ursachen vgl. Anhang A2

- › Auf der anderen Seite fragen auch Versicherte zu viele Leistungen nach, weil sie einerseits aufgrund fehlender Informationen zum Teil nicht einschätzen können, ob ein Arztbesuch notwendig ist, aber andererseits aufgrund des solidarischen Versicherungsprinzips keinen Anreiz haben, ihre Nachfrage auf die notwendigen Leistungen zu beschränken (Moral Hazard).
- › Eine weitere bedeutende Ursache der Überversorgung ist die *mangelnde Koordination in der Versorgung*, wodurch es zum Teil zu doppelten Untersuchungen und Behandlungen oder auch Fehlbehandlungen kommt. Insbesondere im Zuge der zunehmenden Bedeutung von chronischen Krankheiten und der Multimorbidität wird die koordinierte Behandlung von Grundversorgern mit Spezialisten in der ambulanten und stationären Versorgung immer wichtiger. Das Versorgungssystem ist heute sehr fragmentiert, was nicht zuletzt auf die Finanzierungssysteme zurückzuführen ist. Zwar existieren bereits einige Managed-Care-Modelle und vereinzelt sind umfassende integrierte Gesundheitszentren im Aufbau, die Versorgungsstruktur wird jedoch noch sehr stark durch Einzelpraxen von Grundversorgern und Spezialisten dominiert (OECD, WHO 2011).

Die folgende Tabelle führt die von INFRAS und Crivelli identifizierten bedeutendsten Ineffizienzen mit einer Einschätzung ihres Ausmasses auf. Eine kurze Erläuterung zu den Ineffizienzen befindet sich im Anhang A3. Auf einzelne der erwähnten Ineffizienzen im Gesundheitssystem und auf weitere Ursachen für sie wird im Rahmen der Lösungsansätze noch ausführlicher eingegangen.



<b>WICHTIGE INEFFIZIENZEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESEN</b>		
<b>Art der Ineffizienz</b>	<b>Ursachen/Fehlanreize</b>	<b>Ausmass</b>
<b>Übersversorgung/Fehlversorgung</b>		
Angebotsinduzierte Nachfrage	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Informationsasymmetrien</li> <li>› Einzelleistungsvergütung</li> <li>› Fehlende Qualitätsnachweise/Governance</li> </ul>	Hoch (1–2 Mrd. CHF)
Mangelnde Koordination in der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Fragmentiertes Versorgungssystem</li> <li>› Unterschiedliche Vergütungssysteme</li> <li>› Geringe Anreize für Leistungserbringer und Versicherte</li> </ul>	Hoch (3 Mrd. CHF)
Moral Hazard	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Informationsdefizit</li> <li>› Solidarisches Versicherungsprinzip</li> </ul>	Hoch (2 Mrd. CHF)
Vergütung von nicht zweckmässigen Leistungen	› Intransparente und unsystematische Überprüfung der WZW-Kriterien	Hoch
Fehlversorgung durch fehlende Unterstützung der Anbieter	› Fehlende medizinische Guidelines (fehlende gesetzliche Grundlage)	<i>Hoch</i>
<b>Unterversorgung</b>		
Mangelnde Prävention	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Geringe Ausgaben</li> <li>› Fehlende Anreize für Versicherer und Versicherte</li> </ul>	<i>Hoch</i>
Unterversorgung einzelner Bevölkerungsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Unterschiedliches Nachfrageverhalten</li> <li>› Implizite Rationierung</li> <li>› Finanzielle Einschränkungen</li> </ul>	<i>Mittel</i>
Fehlende personelle Ressourcen	› Unbefriedigende Arbeitsbedingungen bei einzelnen Berufsgruppen.	<i>Gering, aber zunehmend</i>
<b>Ineffizienzen in der Leistungserbringung (produktive Ineffizienzen)</b>		
Mangelnde Konzentration der stationären Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Kantonale Spitalplanung</li> <li>› Fehlender Wettbewerb</li> </ul>	Hoch
Suboptimaler Einsatz der Produktionsfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Fragmentierte Versorgung</li> <li>› Unterschiedliche Vergütungssysteme</li> </ul>	<i>Mittel</i>
<b>Verzerrte Preise</b>		
Tarife in der ambulanten und stationären Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Informationsasymmetrien (keine Marktpreise)</li> <li>› Aushandlung von Tarifen</li> </ul>	<i>Mittel</i>
Preisregulierung der Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Informationsasymmetrien (keine Marktpreise)</li> <li>› Preisfestsetzung</li> </ul>	<i>Mittel</i>
<b>Suboptimale Qualität</b>		
Mangelnde Qualität in der Leistungserbringung	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Fehlende Qualitätsnachweise/Governance</li> <li>› Fehlende personelle Ressourcen</li> <li>› Mangelnde Koordination, fehlende Guidelines</li> </ul>	<i>Nicht monetär</i>

**Tabelle 1** Zusammenstellung auf Basis INFRAS und Crivelli 2012: „Hoch“ bedeutet dabei mehr als 1 Mrd. CHF, „mittel“ bedeutet ein Ausmass zwischen 100 Mio. CHF und 1 Mrd. CHF. Die in kursiver Schrift gehaltenen Einschätzungen sind als unsicher zu erachten.

Zur Verminderung dieser Ineffizienzen werden in der Schweiz seit Jahren verschiedene Ansätze diskutiert und die Politik versucht, diese gesetzlich zu verankern. Zu nennen sind hier insbesondere die Managed-Care-Vorlage, die Abschaffung des Kontrahierungszwangs, die Einheitskasse oder die Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen Krankenversicherungen.

In seinen gesundheitspolitischen Prioritäten „Gesundheit2020“ (BAG 2013) hat der Bundesrat neu auch Ziele und Massnahmen identifiziert, welche einige der oben aufgeführten Ineffizienzen angehen können, so z.B. der stärkere Einsatz von „eHealth“, die Intensivierung von Ge-

sundheitsförderung und Prävention, die Weiterentwicklung des Systems der Preisfestsetzung von Medikamenten und Förderung von Generika, die Stärkung von Pauschalabgeltungen, die Konzentration der hochspezialisierten Medizin und die Stärkung der Selbstverantwortung der Versicherten und PatientInnen.

## 1.2. ZIEL UND FRAGESTELLUNGEN

Im Ausland, welches teilweise mit den gleichen Problemen wie die Schweiz konfrontiert ist, wurden verschiedene Lösungsansätze implementiert und erprobt, welche auch in der Schweiz geeignet sein könnten, die grössten Ineffizienzen zu reduzieren. Die Ansätze sind vielfältig und setzen auf verschiedenen Ebenen an. Bisher existiert noch keine breite Gesamtschau ausländischer Lösungsansätze zur Effizienzsteigerung, welche für die Schweiz relevant sein könnten. Zudem wurden solche Lösungsansätze bisher nur vereinzelt und mehr oder weniger vertieft im Hinblick auf eine mögliche Implementierung in der Schweiz untersucht. Ziel der Arbeit ist es daher, erstens eine Übersicht und Typologie möglicher Lösungsansätze für Effizienzverbesserungen aus dem Ausland zu erstellen. Zweitens sollen davon ausgehend zwei ausgewählte Modelle vertieft beleuchtet werden. Dabei sollen die Effizienzpotenziale und Public-Health-relevante Gefahren für das schweizerische Gesundheitssystem identifiziert und Möglichkeiten sowie Hindernisse für eine Implementierung in der Schweiz aufgezeigt werden. Letztendlich soll die Arbeit einen Beitrag zur politischen Diskussion liefern und dabei helfen, diese in Richtung neuer Lösungsansätze zu öffnen.

Folgende Fragestellungen stehen im Zentrum dieser Arbeit:

1. Welche innovativen Lösungsansätze bestehen im Ausland, die auf Effizienzverbesserungen des Gesundheitswesens zielen? Wie lassen sich diese Lösungsansätze typologisieren?
2. Welche Wirkungen lassen sich von ausgewählten Lösungsansätzen aus dem Ausland auf die Kosten und Qualität der Versorgung sowie den Outcome und Ungleichheiten in der Versorgung im schweizerischen Gesundheitswesen erwarten? In welcher Höhe sind Effizienzpotenziale zu erwarten?
3. Wie würden sich die Lösungsansätze in der Schweiz umsetzen und in das bestehende System einbetten lassen? Welche Rahmenbedingungen begünstigen oder behindern eine Umsetzung und welche Akzeptanz haben diese Lösungsansätze voraussichtlich?

## **Begrifflichkeiten und Abgrenzung**

### *Begriff des „Lösungsansatzes“*

Unter Lösungsansätze zur Effizienzsteigerung werden im Rahmen dieser Arbeit Veränderungen in einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems verstanden, welche auf die Anreizstrukturen im Gesundheitswesen einwirken und somit Ineffizienzen im Gesundheitssystem begegnen. Bei diesen Veränderungen kann es sich beispielsweise um strukturelle Veränderungen oder um die Einführung von Massnahmen bzw. Massnahmenbündeln handeln. In die Betrachtung mit eingeschlossen wurden einerseits wesentliche Eingriffe in das Gesundheitssystem, welche gesetzliche Änderungen erfordern, aber auch kleinere Veränderungen, welche das bestehende System nicht einschneidend umwälzen, aber einen grossen Hebel hinsichtlich Effizienz haben können.

### *Neuartigkeit von Lösungsansätzen*

Im Rahmen dieser Arbeit wurden nur Lösungsansätze betrachtet, welche aus Sicht der Schweiz ein Novum darstellen würden, in der Hinsicht, dass sie noch nicht oder erst in Ansätzen in der Schweiz diskutiert oder umgesetzt werden. Bereits ausführlich diskutierte Instrumente wie der Monismus, der Kontrahierungszwang etc. stehen somit nicht im Hauptfokus dieser Arbeit. Allerdings werden solche Instrumente erwähnt, wenn diese Voraussetzungen bilden, um die hier betrachteten Ansätze erfolgreich etablieren zu können.

## **1.3. METHODIK**

Zur Beantwortung der oben ausgeführten Fragestellungen wurde ein schrittweises methodisches Vorgehen verfolgt. Im ersten Schritt wurden innovative Lösungsansätze aus dem Ausland zusammengetragen und, darauf aufbauend, eine Typologie erstellt. Im zweiten Schritt wurden zwei ausgewählte Lösungsansätze vertieft und auf deren potenzielle Wirkungen (Chancen und Gefahren) hin analysiert. Im dritten Schritt wurden die Möglichkeiten zur Implementierung der zwei vertieften Lösungsansätze in der Schweiz untersucht. Bei dem beschriebenen Vorgehen kam ein Mix an verschiedenen qualitativen und quantitativen Instrumenten zum Einsatz:

### **Explorative Internet- und Literaturrecherche/Interviews**

Zur Erstellung einer Auslegeordnung und Typologie möglicher Lösungsansätze wurde erstens eine Internet- und Literaturrecherche durchgeführt. Diese diente dazu, einerseits mögliche Lösungsansätze, welche im Ausland existieren, zu identifizieren und Kriterien zur Typologisierung dieser Ansätze zu definieren. Bei der Internet- und Literaturrecherche wurden die Inter-

netseiten des Health Policy Monitor<sup>2</sup> sowie des European Observatory on Health Systems and Policies<sup>3</sup> herangezogen. Zudem wurde eine Literaturrecherche in Google Scholar und den Datenbanken Pubmed und Econlit mit besonderem Fokus auf die Zeitschriften „Health Policy“ und „Health Affairs“ durchgeführt. Zweitens wurden ergänzend einzelne telefonische Interviews mit drei ausgewählten Akteuren durchgeführt, welche sich mit ausländischen Gesundheitssystemen beschäftigen:

<b>INTERVIEWPARTNER</b>	
<b>Name</b>	<b>Institution</b>
Sophia Schlette	Ehemals Leitung internationales Netzwerk Gesundheitspolitik bei der Bertelsmann-Stiftung; später Beraterin bei Kaiser Permanente
Dr. Thomas Zeltner	Ehemals Direktor Bundesamt für Gesundheit
Dr. Kaspar Wyss	Swiss Tropical and Public Health Institute, Basel

**Tabelle 2**

### **Literaturanalyse**

Auf Basis der Typologie wurden fünf Lösungsansätze für eine vertiefte Analyse nach folgenden Kriterien ausgewählt.

- › Innovationsgrad aus der Perspektive Schweiz
- › Effizienzpotenzial
- › Abdeckung verschiedener Typen gemäss Typologie
- › Noch nicht für den Schweizer Kontext untersucht

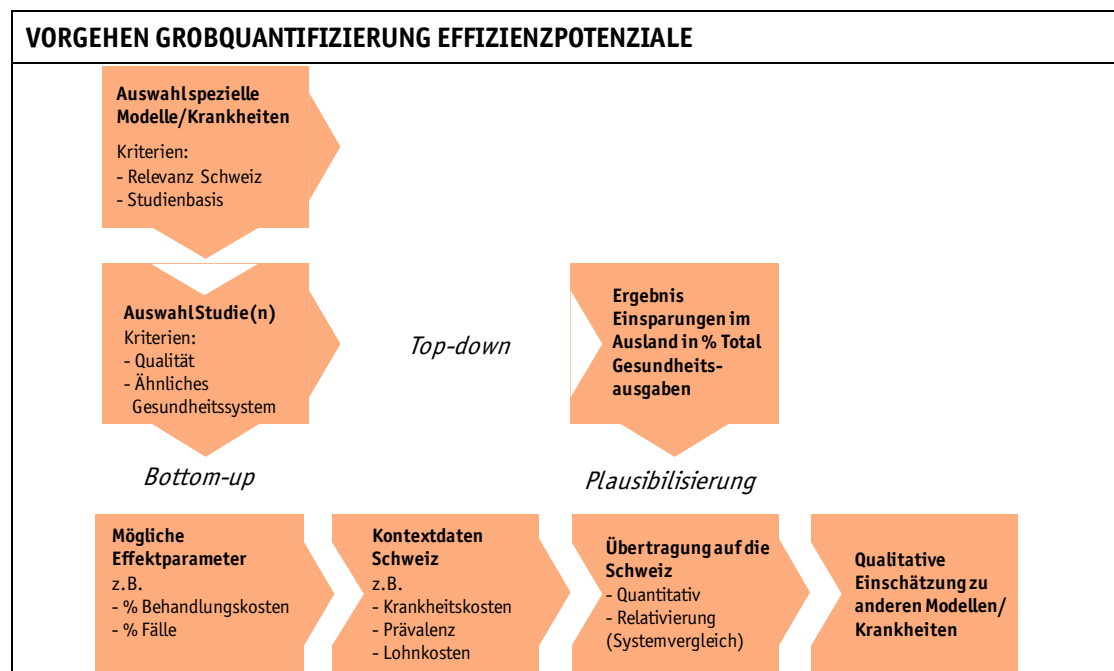
Um die fünf Lösungsansätze bezüglich ihrer Wirkungen auf die Kosten, Qualität der Versorgung und Outcome vertieft zu untersuchen, erfolgte eine Literaturanalyse zu den gemachten Erfahrungen im Ausland in den einschlägigen Datenbanken (Cochrane-Library, MedLine bzw. Pubmed, EconLit) sowie Google Scholar. Berücksichtigt wurde dabei Übersichtsliteratur, z.B. systematische Reviews und Metaanalysen oder OECD-Studien. Das Hauptaugenmerk galt dabei – soweit vorhanden – „peer-reviewed“ wissenschaftlichen Journals. Zu einzelnen interessanten Modellen im Ausland wurden zusätzlich explizit Evaluationen und Erfahrungsberichte über Google gesucht.

<sup>2</sup> <http://www.hpm.org>

<sup>3</sup> <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>

### Quantitative Abschätzung von Effizienzpotenzialen

Zur quantitativen Abschätzung von Effizienzpotenzialen wurde eine Grobschätzung durch die Übertragung von Ergebnissen aus dem Ausland vorgenommen. Dabei wurden Ergebnisparameter aus verfügbaren ausländischen Studien (z.B. Anzahl reduzierte Hospitalisierungen, Reduktion Anzahl Fälle etc.) verwendet und auf den Kontext Schweiz (Prävalenzen, Behandlungskosten) übertragen. Da je Lösungsansatz nicht die Breite an Modellen oder Zielgruppen erfasst werden konnte, wurde jeweils ein für die Schweiz relevantes Modell ausgewählt, bei der die empirische Evidenz möglichst solide war. Soweit möglich wurde anschliessend eine qualitative Einschätzung zum Gesamtpotenzial des Lösungsansatzes getroffen. Die Ergebnisse wurden jeweils mit verfügbaren Angaben zu Effizienzpotenzialen im Ausland (Kosteneinsparungen in % der totalen Gesundheitsausgaben) plausibilisiert. Das Vorgehen ist in der folgenden Grafik illustriert.



Figur 3 Eigene Darstellung

### Qualitative Interviews

Zu den Möglichkeiten der Implementierung wurden **qualitative Interviews** mit ExpertInnen aus dem schweizerischen Gesundheitswesen durchgeführt. Diese dienten dazu, eine Einschätzung der Möglichkeiten und Hürden sowie Akzeptanz bezüglich einer Implementierung der Lösungsansätze in der Schweiz zu erhalten. Die Interviewpartner wurden in Abstimmung mit der Begleitgruppe ausgewählt. Insgesamt wurden 17 Akteure des Gesundheitswesens befragt, welche relevante Interessengruppierungen im Gesundheitswesen vertreten.

<b>INTERVIEWPARTNER</b>		
<b>Akteure</b>	<b>Befragte Personen</b>	<b>Art des Interviews</b>
Krankenversicherungen	Dr. Andreas Roos (Geschäftsleitung Sanitas, VR-Präsident Sanacare, AG, Mitglied ELGK und EAK)	persönlich
	Prof. Dr. Konstantin Beck (Leiter des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie) Dr. Luca Emmanuele (Leiter integrierte Versorgung CSS Versicherungen)	persönlich
Leistungserbringer: Pflege	Prof. Dr. Rebecca Spirig (Pflegedirektorin USZ)	persönlich
	Roswitha Koch (Leiterin Pflegeentwicklung Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer SBK)	telefonisch
	Dr. René Schwendimann (Institut für Pflegewissenschaften Universität Basel)	telefonisch
Leistungserbringer: ÄrztInnen	Dr. Urs Stoffel (Mitglied des Zentralvorstands FMH)	persönlich
	Prof. Dr. Emanuel Christ (Fachgesellschaft Endokrinologie und Diabetologie SGED)	telefonisch
	Prof. Dr. Jacques Cornuz, Universität Lausanne	telefonisch
Leistungserbringer: Spitäler	Dr. Orsola Vettori (Spitaldirektorin Zollikerberg)	telefonisch
Bund	Dr. Stefan Spycher (Vizedirektor BAG, Leiter Direktionsbereich Gesundheitspolitik)	telefonisch
	Bruno Fuhrer (Leiter Sektion Tarife und Leistungserbringer BAG)	persönlich
Kantone	Michael Jordi und Daniela Schibli (Zentralsekretariat GDK)	persönlich
	Dr. Carlo Conti (Gesundheitsdirektor Kanton Basel-Stadt; Präsident GDK)	persönlich
	Dr. Peter Indra (Leiter Gesundheitsversorgung Basel-Stadt)	
Liechtenstein	Sandro D'Elia (Generalsekretär Ministerium für Gesellschaft)	telefonisch

Tabelle 3

Für die Durchführung der Interviews wurde ein strukturierter Interviewleitfaden verwendet. Der Interviewleitfaden umfasste acht Fragen und eine Kurzbeschreibung der fünf ausgewählten Lösungsansätze (vgl. Anhang A1). Die Fragen wurden bewusst offen gehalten, um eine Beeinflussung durch die Fragestellung zu vermeiden. Die Interviews wurden teils telefonisch, teils persönlich durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgt nach dem interpretativ-reduktiven Ansatz nach Lamnek (1995).

## 2. MÖGLICHE LÖSUNGSANSÄTZE ZUR EFFIZIENZSTEIGERUNG

In diesem Kapitel wird eine Auslegeordnung erstellt, welche das Spektrum möglicher Lösungsansätze für Effizienzverbesserungen des Schweizer Gesundheitswesens aufzeigt. Dazu wird zunächst der strukturelle Rahmen skizziert, anhand dessen die Ansätze typologisiert wurden. Schliesslich werden die identifizierten möglichen neuen Lösungsansätze zur Effizienzsteigerung in einer Übersicht dargestellt und kurz beschrieben.

### 2.1. LEITIDEEN

Bevor auf konkrete Lösungsansätze eingegangen wird, werden im Folgenden zwei übergeordnete Leitideen vorgestellt, welche für die Vermeidung bzw. Behebung von Ineffizienzen zentral sind: Das Konzept „Value based care bzw. nutzenorientierter Wettbewerb“ sowie das Konzept der „Governance“.

#### **„Value based care“/nutzenorientierter Wettbewerb**

Beim Konzept der „Value based care“ geht es darum geht, die Patientenbedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen und das Gesundheitssystem entsprechend zu organisieren. Diese Idee wurde von Porter und Teisberg im Jahr 2006 in ihrem Buch „Redefining Health Care“ aufgeworfen. Dies klingt nach einer Selbstverständlichkeit, ist jedoch nicht die Realität. Vielmehr werden heute eine Vielzahl von Leistungen erbracht, die den PatientInnen keinen oder kaum Mehrwert verschaffen. Porter und Lee (2013) sprechen von „supply-driven health care“ im Gegensatz zu „patient-centered health care“. Basierend auf dem Prinzip der „Value based care“, haben Porter und Teisberg (2006) das Konzept des *nutzenorientierten Wettbewerbs* (value-based competitionmodell) entwickelt. Nutzenorientierter Wettbewerb zielt darauf ab, Mehrwert für die Konsumenten zu schaffen, indem Krankheiten effizienter behandelt und der individuelle Gesundheitszustand verbessert wird. Um einen nutzenorientierten Wettbewerb zu erreichen, erachten Porter und Teisberg u.a. die folgenden Prinzipien als zentral:

- › Der Fokus des Wettbewerbs liegt auf dem Wert/Nutzen („Value“) für den Patienten, nicht nur auf Kostensenkungen.
- › Wettbewerb muss auf Ergebnissen basieren.
- › Wettbewerb sollte sich auf die medizinischen Bedingungen über die gesamte Behandlungskette hinweg beziehen (integrierte Versorgungsnetze).
- › Informationen zu Behandlungsergebnissen sollten einfach verfügbar sein, um den Wettbewerb zu unterstützen (Qualitätsnachweis gegenüber PatientInnen und Versicherern).
- › Innovationen, die den Nutzen von Behandlungen erhöhen, müssen belohnt werden.

## Governance

Das Konzept der Governance beschäftigt sich mit der Rolle der Regierung und seiner Beziehung zu den anderen Akteuren im Gesundheitssektor. Für die WHO bedeutet eine gute Governance, den Überblick über das Gesundheitssystem zu haben und es zu lenken, um die Interessen der Bevölkerung zu wahren. Dies beinhaltet nicht nur die Schaffung von Regulierungen und Anreizen, sondern auch die Sicherstellung eines strategischen Rahmens, die Bildung von Koalitionen und Kooperationen, die Bereitstellung von Information und Aufklärung sowie die Rechenschaftslegung. Da das Konzept der Governance im Gesundheitswesen relativ neu ist, besteht noch kein breiter Konsens über eine geeignete Definition. Eine neuere Studie stellt unter Berücksichtigung eines systemischen Modells die folgenden drei Hauptfunktionen der Governance heraus (Smith et al. 2012):

- › **Prioritätensetzung:** Bei der Prioritätensetzung geht es darum, klare und gesellschaftlich abgestützte Prioritäten des Gesundheitssystems zu definieren, um die verfügbaren und begrenzten Ressourcen angemessen zu verteilen. Die Prioritäten können beispielsweise in Form von Zielen, Standards, einem Leistungskatalog etc. definiert sein.
- › **Performancemessung:** Die Performancemessung beinhaltet die Bereitstellung verschiedener Informationen, welche Auskunft über die Tätigkeiten und Outcomes der Leistungserbringer geben, die im Gesundheitssystem tätig sind. Das Monitoring der Tätigkeiten soll Entscheidungsgrundlagen für PatientInnen und Leistungserbringer zur Optimierung der Outcomes liefern.
- › **Rechenschaftsmechanismen:** Eng verknüpft mit der Performancemessung ist die Funktion der Rechenschaftslegung. Diese ist notwendig, um Konsequenzen aus der Performancemessung ziehen zu können. Mechanismen der Rechenschaftslegung beinhalten Belohnungen und Sanktionsmöglichkeiten für die Performance der Akteure.

## 2.2. TYPOLOGIE

Zur Strukturierung und Typologisierung von möglichen Lösungsansätzen zur Behebung von Ineffizienzen dienen die folgenden vier Kriterien, welche im Folgenden näher ausgeführt werden:

- › Anvisierter Akteur bzw. Adressat der Anreizwirkung,
- › Betroffene Systemebene,
- › Art des Korrekturinstrumentes,
- › Art der anvisierten Ineffizienz.



### **1) Anvisierter Akteur für Anreizwirkung/Adressat**

Lösungsansätze zur Effizienzsteigerung verändern die Anreizstrukturen im Gesundheitswesen. Die Anreize können bei verschiedenen Akteuren ansetzen, bzw. sollen bei ihnen Änderungen im Verhalten oder in deren Organisationsstrukturen auslösen. Im Rahmen dieser Arbeit wird zwischen den folgenden Akteuren unterschieden:

- › Anbieter (Leistungserbringer, Pharmaindustrie),
- › Nachfrager (Versicherte/PatientInnen),
- › Versicherer,
- › Staat/Regulator.

### **2) Systemebene**

Die verschiedenen Lösungsansätze können auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems ansetzen. Zur Definition dieser Systemebenen kann man sich auf eine Vielzahl an Frameworks anlehnen, welche zur Charakterisierung und zum Vergleich von Gesundheitssystemen erarbeitet wurden (van Olmen al. 2012). Die im Rahmen dieser Arbeit verwendete Gliederung der Systemebenen lehnt sich an das Framework des European Observatory on Health Systems and Policies an, welche ein Raster zur Beschreibung von Gesundheitssystemen herausgegeben haben (Rechel et al. 2010). Dieses Framework wurde ausgewählt, weil es erstens auf entwickelte Länder mit einem mittleren oder hohen Volkseinkommen fokussiert, und es sich zweitens um ein beschreibendes – im Unterschied zu einem funktionalen – Framework gemäss Hsiao und Saidat (2008) handelt.

<b>SYSTEMEBENEN</b>	
<b>Systemebene</b>	<b>Zugehörige Systemelemente</b>
Organisation und Governance des Gesundheitssystems	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Organisatorischer und regulatorischer Rahmen des Systems: Dezentralisierung – Zentralisierung; Governance-Strukturen; Ownership, Wettbewerbsmechanismen etc.</li> <li>› Regulierungen: Leistungserbringer, Versicherungen, Medikamentensektor</li> <li>› Planung: Angebot/Versorgungsmanagement, personelle Ressourcen des Gesundheitswesens</li> <li>› Gesundheitsinformationssysteme/Qualitätsindikatoren/Performancemessung</li> <li>› Rechenschaftsmechanismen</li> <li>› Patientenempowerment</li> </ul>
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Finanzierungsquellen: Versicherung, Out-of-Pocket, Steuern, etc.</li> <li>› Zuteilung der Ressourcen (Prävention, Gesundheitsdienstleistungen, Aus- und Weiterbildung, Investitionen etc.)</li> <li>› Leistungskatalog/Health Technology Assessment</li> <li>› Vergütungssysteme</li> </ul>
Leistungserbringung	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Public-Health-Leistungen</li> <li>› Persönliche Gesundheitsleistungen: Grundversorgung, spezialisierte Versorgung, stationäre Versorgung, Notfallversorgung, Langzeitpflege, Rehabilitation etc.</li> <li>› Vertikale Integration, Patientenpfade</li> </ul>
Ressourcen: Kapital und Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Kapitalstock: Verfügbarkeit von Infrastrukturen, technische Ausstattung, Informationstechnologie</li> <li>› Verfügbarkeit Gesundheitspersonal</li> <li>› Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals</li> </ul>

**Tabelle 4** Zusammenstellung basierend auf dem Framework des European Observatory on Health Systems and Policies (Rechel et al. 2010).

### 3) Art des Korrekturinstrumentes

Die Lösungsansätze können verschiedene Arten von Korrekturinstrumenten beinhalten. Damit ist der Mechanismus gemeint, über den die Verhaltensänderungen der Akteure ausgelöst und die Effizienzverbesserungen erzielt werden. Hier werden die folgenden Korrekturinstrumente unterschieden:

- › Finanzielle Anreize: Bonus/Malus, Übertragung des finanziellen Risikos/geteiltes Risiko, Kostenbeteiligungen,
- › Transparenz und Feedback über Versorgungsdaten,
- › Stärkung des Wettbewerbs: Qualitätswettbewerb, Kostenwettbewerb,
- › Organisatorische Optimierungen,
- › Information/Empowerment der PatientInnen/Versicherten,
- › Information/Unterstützung der Leistungserbringer,
- › Regulierungen: Leistungsbeschränkungen, Preisregulierungen etc.

### 4) Art der anvisierten Ineffizienz

Bei der Art der Ineffizienzen orientiert sich die hier entwickelte Typologie an den in INFRAS und Crivelli (2012) identifizierten Ineffizienzen (vgl. Tabelle in Kap. 1.1). Dieses Framework erlaubt

es, das Ausmass der Ineffizienzen und damit die Effizienzpotenziale der vorgeschlagenen Lösungsansätze grob einzugrenzen.

### **Typologie**

Basierend auf den oben beschriebenen Typologisierungskriterien wurden die im Ausland vorzufindenden Lösungsansätze eingeordnet. Mit dem Ziel, einen einfachen Überblick über die verschiedenen Lösungsansätze zu schaffen, wurde eine vereinfachte Typologie anhand zweier Typologisierungskriterien bzw. Dimensionen erstellt: 1) Anvisierter Akteur für die Anreizwirkung; 2) Systemebene auf welcher die Veränderungen vollzogen werden. Diese zwei Dimensionen wurden gegenüber den obigen Ausführungen nochmals vereinfacht<sup>4</sup>, um insgesamt vier Typen von Lösungsansätzen zu bilden, die sich von ihrer grundsätzlichen Ausrichtung her unterscheiden. Die resultierende vereinfachte Typologie ist im Folgenden in Form eines Quadranten dargestellt. Darin sind mögliche Lösungsansätze eingeordnet, welche in den folgenden Kapiteln kurz beschrieben werden.

<sup>4</sup> Die anvisierten Akteure wurden auf die Anbieter und Nachfrager reduziert, da die meisten Lösungsansätze sich auf diese Akteure konzentrieren. Die Systemebenen wurden zu den Ebenen „Finanzierung“ und „Organisation der Leistungserbringung“ zusammengefasst. Dabei umfasst die Ebene der Finanzierung sowohl die eigentliche Finanzierung im Sinne von Aufbringen der Mittel als auch die Art der Vergütung. Die Ebene „Organisation der Leistungserbringung“ umfasst sowohl die Makroebene (z.B. Governance, Versorgungsstrukturen/Versorgungsmanagement, Ressourcenmanagement etc.) als auch die Mikroebene (Organisation der Leistungserbringung zwischen und innerhalb der Leistungserbringer, Arzt-Patientenbeziehung).

ÜBERBLICK MÖGLICHER LÖSUNGSANSÄTZE			
Veränderung des Systems auf Ebene...	Anreizwirkung bei...		
	Anbieter		Nachfrager
	Finanzierung/Vergütung	1 Leistungsorientierte Vergütung <b>Typ A</b> 2 Bundled payment (Komplexpauschalen) 3 Rechenschaftspflichtige, integrierte Versorgungsorganisationen 4 Health Technology Assessment (HTA) 5 Nutzenorientierte Vergütung Medikamente	6 Medical Savings Accounts (MSA) <b>Typ B</b> 7 Personal Health Budgets
Organisation der Leistungserbringung	8 Optimierung der stationären Versorgungsstrukturen <b>Typ C</b> 9 Umfassende, integrierte Grundversorgungsorganisationen 10 Medizinische Guidelines 11 Optimierung des Skill-Mix (Arbeits- und Kompetenzverteilung) 12 Informations- und Kommunikationstechnologien	13 Förderung des Selbstmanagements der PatientInnen <b>Typ D</b> 14 Optimierte Steuerung der Patientenströme (Triage/Zugang zur Grundversorgung) 15 Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung	

Figur 4 Eigene Darstellung.

### 2.3. TYP A: ANBIETERORIENTIERTE LÖSUNGSANSÄTZE IM BEREICH DER FINANZIERUNG

#### Leistungsorientierte Vergütung (Pay for Performance)

Bei der leistungsorientierten Vergütung (P4P) handelt es sich um ein Vergütungsmodell, bei dem Leistungserbringer finanzielle Anreize erhalten, die an vordefinierte Qualitäts- und Leistungsziele geknüpft sind. Die finanziellen Anreize können als Bonus und/oder Malus ausgestaltet sein, d.h. die Leistungserbringer erhalten ein zusätzliches Entgelt für überdurchschnittliche Ergebnisse (Bonus) und/oder Kürzungen für unterdurchschnittliche Ergebnisse (Malus). Die Ziele bzw. Bewertungskriterien können die folgenden Dimensionen umfassen: klinische Qualität, Outcomes, Patientenerfahrungen und -zufriedenheit, finanzielle Performance und Effizienz, Kapazitäten und Zugang (Eijkenaar 2012, Eijkenaar et al. 2013). Häufig sind die Modelle auf spezielle Krankheiten oder Behandlungen wie beispielsweise Diabetes ausgerichtet.

Das Ziel von P4P-Modellen ist in erster Linie, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Beinhalten die Bewertungskriterien auch finanzielle Aspekte (z.B. in Bezug auf die Verschreibung von Generika), so können sie je nach Ausgestaltung auch zur Verbesserung der produktiven Effizienz oder zur Reduktion der angebotsinduzierten Nachfrage beitragen.

Leistungsorientierte Vergütungsmodelle haben in der ambulanten Versorgung bereits eine längere Tradition als sogenannte „pay for performance“-Modelle. Sie existieren seit über 15 Jahren in den USA und wurden seither in vielen anderen Ländern, darunter Kanada, Australien, England, Deutschland und Holland eingeführt (Eijkenaar 2012). In den letzten Jahren haben sich auch im stationären Bereich solche Modelle entwickelt, z.B. in den USA seit 2011 ein Modell mit dem Namen „Value based pricing“ oder das sogenannte „Payment by results“-Modell in England (Blumenthal, Dixon 2012).

### **Bundled Payment (Komplexpauschalen)**

Beim Bundled Payment handelt es sich ebenfalls um ein Vergütungsmodell. Hier werden alle Leistungen, die im Rahmen einer Behandlungsepisode (z.B. Diabetes, kardiovaskuläre Zustände) erbracht werden, aggregiert und pauschal abgegolten (Hussey et al. 2012). Die Pauschalen werden in der Regel nach verschiedenen Merkmalen der erkrankten Person risikoadjustiert. Teilweise sind diese Modelle mit der Verpflichtung verbunden, einen Nachweis über die Qualität und Performance der Leistungen zu erbringen (Rechenschaftspflicht gegenüber Zahler).

Ziel des Bundled Payment ist es, die Koordination und Integration in der Versorgung zwischen den Leistungserbringern über die gesamte Behandlungskette zu verbessern. Durch die gebündelte Vergütung wird im Vergleich zu einer Einzelleistungsvergütung das Risiko der effizienten Leistungserbringung den Leistungserbringern übertragen. Dadurch haben die Leistungserbringer einen Anreiz, die Anzahl und Kosten der Leistungen, welche im Bündel enthalten sind, zu optimieren sowie diese Leistungen optimal zu koordinieren (weitere Ausführungen vgl. Kap. 3.1).

### **Rechenschaftspflichtige integrierte Versorgungsorganisationen**

Der Ansatz der rechenschaftspflichtigen integrierten Versorgungsorganisationen kommt aus den USA und ist dort als Accountable Care Organization (ACO) bekannt. Die Idee hinter diesem Ansatz ist, dass sich Gruppen von Leistungserbringern zusammenschliessen und die Verantwortung für die Erreichung von gemessenen Qualitätszielen und Zielen der Kostenreduktion bei der Behandlung von definierten Patientengruppen übernehmen (McClellan et al. 2010). So müssen die Organisationen für einen Teil möglicher Verlusten haften, im Gegenzug werden sie auch an möglichen Einsparungen beteiligt (Blumenthal, Dixon 2012). Die Organisationen sind an Qualitätsstandards gebunden und müssen sich verpflichten, evidenzbasierte Medizin in ihrem Netzwerk zu fördern. Die Organisationen können vielfältig zusammengesetzt sein, sie können beispielsweise auch virtuelle Netzwerke bilden (McClellan et al. 2010). Lange Vertragslaufzeiten gewähren den Organisationen einen grossen Planungs – und Gestaltungsspielraum.

Hauptziel von rechenschaftspflichtigen, integrierten Versorgungsorganisationen ist es, durch die gemeinsame Bindung an Ziele und Rechenschaftspflicht, die Koordination zwischen den Leistungserbringern über verschiedene Sektoren hinweg zu verbessern. Durch das geteilte Risiko haben die Versorgungsorganisationen einen Anreiz, die Leistungen möglichst effizient zu erbringen. Schliesslich wird über die Messung der Performance und die Transparenz auch eine optimale Qualität sichergestellt.

Beispiele für rechenschaftspflichtige Versorgungsorganisationen sind wie erwähnt Accountable Care Organisationen in den USA, wo sie seit 2005 erprobt werden. In England ist ein ähnliches Modell in der Entwicklung, die sogenannten „clinical commissioning groups“, welche von HausärztInnen gegründet werden können (Blumenthal, Dixon 2012). Auch in Holland existiert ein Modell (sogenannte „care groups“), das auf dem Prinzip der Rechenschaftspflicht basiert (de Bakker et al. 2012).

### **Health Technology Assessment (HTA)**

Beim Health Technology Assessment (HTA) geht es weniger um die Frage, wie Leistungen oder Medikamente vergütet werden sollen, sondern welche von der Grundversicherung übernommen werden. Per Definition handelt es sich beim HTA um einen multidisziplinären, systematischen Ansatz der Politikanalyse, um Wirksamkeit, Sicherheit, Kosten, Kosten-Nutzen, organisatorische sowie soziale, legale und ethische Implikationen einer medizinischen Technologie abzuschätzen (Seitz 2013). Bei einem HTA-Prozess (der Bewertung einer medizinischen Technologie) werden in der Regel verschiedene Stufen durchlaufen: 1. das „Assessment“, die systematische Beurteilung der Evidenzlage, 2. das „Appraisal“, die Bewertung der Technologie unter dem Gesichtspunkt der Vergütung, 3. die „Decision“, die Festlegung der Vergütungsmodalitäten.

Ziel des HTA ist es, evidenzbasierte Grundlagen für Entscheidungen über die Ressourcenallokation und letztlich die Vergütung einer Leistung bereit zu stellen (Seitz 2013). Das HTA schafft insofern Transparenz und trägt zu einer verbesserten Governance des Gesundheitssystems bei. Durch eine systematische Anwendung des HTA-Prinzips wird gewährleistet, dass einzig Leistungen vergütet werden, die wirksam, wirtschaftlich und zweckmässig sind. Da HTA-Systeme häufig auch soziale und ethische Implikationen berücksichtigen, kann HTA auch der besseren Chancengleichheit dienen.

HTA ist bereits Anfang der 1970er Jahre in den USA entstanden. Mittlerweile hat sich der Einsatz von HTA auch in vielen europäischen Ländern wie Deutschland, Grossbritannien, Frankreich, Niederlande oder Schweden etabliert (Jonsson 2002). In der Schweiz wird HTA zwar im Prinzip umgesetzt; auf Basis der WZW-Kriterien beurteilen fünf ständige bundesrätliche Kommissionen, in welchen alle relevanten Stakeholder-Gruppen vertreten sind, neue Technologien

zur Aufnahme in die Grundversicherung (Seitz 2013). Der Prozess für den Vergütungsentscheid wird jedoch im Allgemeinen als sehr intransparent angesehen, zudem findet die Bewertung von medizinischen Diagnosen und Behandlungen nicht systematisch statt (INFRAS, Crivelli 2012).

### **Nutzenorientierte Vergütung von Medikamenten**

Der Ansatz der nutzenorientierten Vergütung (im Angelsächsischen als „Value based pricing“ bekannt) von Medikamenten geht in den Bereich des HTA (Decision) hinein. Es handelt sich dabei um einen Ansatz, bei dem der Preis der Vergütung der Technologie sich am therapeutischen Nutzen orientiert. Gemäss einer breiten Definition besteht das Konzept der nutzenorientierten Vergütung darin, die Preise für neue Medikamente basierend auf einem HTA gemäss dem Wert festzulegen, den das neue Medikament der Gesellschaft liefert (Husereau, Cameron 2011).

Ziel der nutzenorientierten Vergütung ist es, kurzfristig nur kosteneffektive Medikamente zu vergüten, während langfristig Anreize bei der Pharmaindustrie gesetzt werden, in innovative Medikamente zu investieren (Claxton et al. 2008). Durch einen Preis, der sich am therapeutischen Nutzen orientiert, wird versucht dem Problem der verzerrten Preise bei der Preisfestsetzung (vgl. Kap. 1.1) zu begegnen, indem mit dem therapeutischen Nutzen die Zahlungsbereitschaft der PatientInnen näherungsweise abgebildet wird.

Viele OECD-Länder setzen das Konzept des Value-Based Pricing bereits in einer Form um (Paris, Belloni 2011). Die Definition des therapeutischen Nutzens sowie die Methoden der Bewertung variieren dabei stark. Häufig werden Kosteneffektivitäts-Studien zu Grunde gelegt, teilweise auch Schwellenwerte in Form einer maximalen „cost-effectiveness ratio“ (ICER) als Obergrenze für die Vergütung (z.B. in England). Zum Teil nehmen die Länder bei der Nutzenbewertung eine gesellschaftliche Perspektive ein (z.B. in Schweden und Norwegen). Häufig werden in der Preisfestsetzung zusätzlich finanzielle Anreize für Innovationen bzw. den therapeutischen Fortschritt berücksichtigt.

In der Schweiz wird beim Entscheid über Vergütung, Preis und allfällige Modalitäten zur Neuaufnahme eines Medikaments ein Auslandspreisvergleich APV sowie ein therapeutischer Quervergleich herangezogen (Art. 65b KVV, Art. 34 KLV). Wie der therapeutische Nutzen dabei bewertet wird, ist jedoch nicht transparent und entspricht nicht den Standards von Ländern mit einem systematischen HTA. So werden beispielsweise bei einem Antrag nicht zwingend Kosteneffektivitätsstudien eingefordert.

### **Zusammenfassung**

Die folgende Tabelle fasst die Informationen zu den Lösungsansätzen zusammen. Die Effizienzpotenziale wurden basierend auf den anvisierten Ineffizienzen und dem geschätzten Ausmass

dieser Ineffizienzen (vgl. Tabelle 1, Kap. 1.1) eingeschätzt. Der Innovationsgrad wurde basierend darauf eingestuft, inwieweit in der Schweiz bereits Ansätze vorhanden sind.

<b>LÖSUNGSANSÄTZE TYP A</b>				
<b>Lösungsansatz</b>	<b>Art des Korrekturmechanismus</b>	<b>Anvisierte Ineffizienz</b>	<b>Effizienzpotenzial</b>	<b>Innovationsgrad</b>
Leistungsorientierte Vergütung (Pay for Performance)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Finanzielle Anreiz: Bonus/Malus</li> <li>› Qualitätswettbewerb über Performancemessung/Transparenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Suboptimale Qualität</li> <li>› (Übersorgung: angebotsinduzierte Nachfrage)</li> </ul>	Mittel	Hoch
Bundled Payment (Komplexpauschalen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Finanzielle Anreize: Mittragen des Risikos</li> <li>› (Qualitätswettbewerb über Performancemessung/Transparenz)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Übersorgung: mangelnde Koordination, angebotsinduzierte Nachfrage</li> <li>› Suboptimale Qualität: Fehlende Qualitätsnachweise</li> </ul>	Hoch	Hoch
Rechenschaftspflichtige integrierte Behandlungsorganisationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Finanzielle Anreize: Mittragen des Risikos</li> <li>› Qualitätswettbewerb über Performancemessung/Transparenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Übersorgung: mangelnde Koordination</li> <li>› Suboptimale Qualität: Fehlende Qualitätsnachweise</li> </ul>	Hoch	Hoch
Health Technology Assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Regulierung: Leistungsbeschränkung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Übersorgung: Vergütung von nicht zweckmässigen Leistungen</li> </ul>	Hoch	Mittel
Nutzenorientierte Vergütung von Medikamenten und Technologien	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Regulierung: Preisregulierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Übersorgung: Vergütung von nicht zweckmässigen Leistungen</li> <li>› Verzerrte Preise</li> </ul>	Mittel	Mittel

**Tabelle 4** Schätzung Effizienzpotenzial basierend auf Tabelle 1, Kap. 1.1; Schätzung Innovationsgrad basierend auf Ausführungen Kap. 2.3.

## 2.4. TYP B: NACHFRAGEORIENTIERTE LÖSUNGSANSÄTZE IM BEREICH DER FINANZIERUNG

### **Medical Savings Accounts (MSA)**

Bei MSA handelt es sich um ein Spezialmodell von Kostenbeteiligungen. Konkret handelt es sich um individuelle Gesundheitssparkonten, über die ein Teil der Gesundheitsausgaben finanziert wird. MSA können hinsichtlich der Beiträge (Pauschalen oder einkommensabhängige Beiträge), der Verwendung der Zinserträge, evtl. Steuerbefreiungen etc. unterschiedlich ausgestaltet sein (Borda 2011).

Ziel der MSA ist es, die Inanspruchnahme von unnötigen Leistungen zu senken, indem das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt wird. Sie schaffen für Versicherte einen Anreiz, dass sie weniger Leistungen beanspruchen, weil sie diese über ihr MSA finanzieren müssten. Im Unterschied zu einer kollektiven Versicherung, bei der die Versicherten die Wahl zwischen „using or losing“ haben, stehen die Versicherten im Modell der MSA vor der Entscheidung „spend it



or save it“ (Robinson 2005). Insofern wirkt das Modell dem Moral-Hazard-Verhalten von Versicherten entgegen. Sie entlasten ausserdem das durch die demografische Altersstruktur strapazierte Umlageverfahren und sorgen für einen besseren intergenerationellen Ausgleich, weil sie langfristige Ressourcen für höhere Gesundheitsausgaben in späteren Jahren generieren.

Das Modell der MSA besteht bereits seit den 1980er Jahren, aber erst wenige Länder (Singapur, USA, Südafrika und China) haben dieses Modell eingeführt. In den meisten Ländern werden MSA in Kombination mit einem Risikopool eingesetzt, d.h. die MSA decken nur einen Teil der individuellen Gesundheitskosten ab. Bei höheren Kosten greift eine umlagefinanzierte Versicherung (z.B. in den USA).

In der Schweiz sind private Kostenbeteiligungen in Form von wählbaren Franchisen und Selbstbehalten eingeführt und machen im internationalen Vergleich einen überdurchschnittlich hohen Anteil aus (OECD, WHO 2011).

### **Personal Health Budgets**

Die Idee von personengebundenen Budgets oder Personal Health Budgets (PHB) ist, dem Empfänger einen Geldbetrag zur Verfügung zu stellen, damit dieser seine benötigten Gesundheits- und Sozialleistungen selbst organisiert und finanziert. Basis für die Festlegung des Betrages bildet ein individueller Gesundheitsplan. Im Hinblick darauf, die Gesundheitspflege zu personalisieren, werden persönliche Gesundheitsbudgets und persönliche Budgets für Sozialleistungen gemeinsam festgelegt. Es ist dem Empfänger freigestellt, über den Gesundheitsplan hinaus weitere Leistungen zu beziehen. Zielgruppen von PHB sind insbesondere ältere Menschen, die Pflegeleistungen benötigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit chronischen Krankheiten wie Diabetes, COPD, psychischen Krankheiten etc. (Wirrmann Gadsby 2013).

Ziel der PHB ist es, die Konsumentensouveränität und Flexibilität der PatientInnen zu erhöhen. Dadurch sollen Bedürfnisse und Präferenzen der Leistungsempfänger besser abgedeckt werden. Sie befähigen die Empfänger zu mehr Kontrolle, Eigenständigkeit und Eigenverantwortung. Dadurch sollen Leistungen effizienter erbracht und Kosten eingespart werden. Zudem schaffen PHB Anreize für Frühintervention und Prävention. Sie lassen sich insofern als ein Mittel sehen, das insbesondere dazu beiträgt, dem Moral-Hazard-Verhalten zu begegnen. Potenziell können sie auch Überversorgungen eindämmen, welche durch eine angebotsinduzierte Nachfrage entstehen.

Personengebundene Budgets werden im Ausland schon seit einiger Zeit eingesetzt. Häufig haben sie ihren Ursprung in der Behindertenhilfe oder in der Pflege. Wirrmann Gadsby (2013) nennt ein knappes Dutzend Länder, darunter England, USA, die Niederlande, Deutschland und Österreich sowie Schweden und Finnland, die PHB einsetzen.

## Zusammenfassung

LÖSUNGSANSÄTZE TYP B				
Lösungsansatz	Art des Korrekturmechanismus	Anvisierte Ineffizienz	Effizienzpotenzial	Innovationsgrad
Medical Savings Accounts	› Finanzielle Anreize: Kostenbeteiligung	› Überversorgung: Moral Hazard	Hoch	Hoch
Personal Health Budgets	› Information und Empowerment der Versicherten › Finanzielle Anreize: Kostenbeteiligung	› Überversorgung: Moral Hazard, mangelnde Koordination der Leistungserbringung	Hoch	Hoch

**Tabelle 5** Schätzung Effizienzpotenzial basierend auf Tabelle 1, Kap. 1.1; Schätzung Innovationsgrad basierend auf Ausführungen Kap. 2.4.

## 2.5. TYP C: ANBIETERORIENTIERTE LÖSUNGSANSÄTZE IN DER ORGANISATION DER LEISTUNGSERBRINGUNG

### Optimierung der stationären Versorgungsstrukturen

Bei der Optimierung der Versorgungsstrukturen geht es darum, die Landschaft der stationären Versorgung so zu organisieren, dass die Leistungen auf möglichst effiziente Art und Weise, d.h. unter Ausnutzung von Grössenvorteilen (Skalenerträgen) erbracht werden. Eine Reorganisation der Spitallandschaft könnte dem Problem der mangelnden Konzentration in der stationären Versorgung der Schweiz entgegenwirken und die produktive Effizienz optimieren. Die kantonale Spitalplanung und die durch die Versicherung auf den Kanton beschränkte Inanspruchnahme von Leistungen führen dazu, dass die Spitallandschaft durch viele kleine Spitäler geprägt ist, der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern eingeschränkt ist und Skalenerträge durch grössere Spitäler und Pflegeheime zu wenig genutzt werden (INFRAS, Crivelli 2012).

Ein Beispiel für eine Strukturreform ist Dänemark, wo die stationäre Versorgung neu reorganisiert und die Zahl der Krankenhäuser von 40 auf 25 reduziert wurde (Christiansen 2012). In der Schweiz sind in den letzten Jahren bereits interkantonale Vereinbarungen und Zusammenarbeitsformen entstanden. Zudem wurden Versorgungsregionen gegründet, die über die kantonalen Grenzen hinausgehen. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin wurde eine gesamtschweizerische Planung vorgenommen. Zudem dürften die Einführung der SwissDRG sowie die neue Spitalfinanzierung die Anreize zur Reorganisation der Spitallandschaft verstärken. Es bleibt jedoch offen, ob die Strukturanpassungen über die Verhandlungen der Base-Rates herbeigeführt werden können. Das Beispiel Niederlande zeigt zum Beispiel, dass die Verhandlungsfreiheit häufig nicht ausreicht, um ineffiziente Spitäler zur Schliessung oder Zusammenlegung zu zwingen (INFRAS, Crivelli 2012).

### **Umfassende, integrierte Grundversorgungsorganisationen**

In den letzten Jahren sind in vielen europäischen Ländern neue Versorgungsmodelle in der Grundversorgung entstanden, welche den Ansatz verfolgen, eine bessere horizontale (zwischen den Disziplinen) und vertikale (zwischen den Sektoren) Integration herzustellen (GDK, BAG 2012). Die Versorgungsorganisationen verfolgen einen umfassenden Ansatz, welcher insbesondere auf die Behandlung von komplexen und chronischen Erkrankungen abzielt. Häufig arbeiten die Versorgungsorganisationen nach dem Chronic-Care-Modell, welches neben der umfassenden integrierten Versorgung weitere Leitlinien wie die Förderung des Selbstmanagements, die Nutzung von klinischen Informationssystemen und medizinische Guidelines enthält (vgl. Anhang A4). Da die in den Versorgungsorganisationen umgesetzten Leitlinien jeweils eigene Ansätze zur Effizienzsteigerung darstellen und teilweise auch losgelöst von integrierten Versorgungseinrichtungen umgesetzt werden, werden sie im Rahmen dieser Studie separat aufgeführt.

Ziel der umfassenden integrierten Grundversorgungsorganisationen ist es hauptsächlich, die Koordination in der Versorgung zu verbessern und auf die Bedürfnisse der PatientInnen zuzuschneiden. Daher sind solche Organisationen ein möglicher Ansatz, um dem Problem der mangelnden Koordination in der Versorgung in der Schweiz (vgl. Kap. 1.1) entgegenzuwirken.

Ausländische Beispiele für solche Versorgungsmodelle sind die Maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) in Frankreich, Primärversorgungspraxen in Deutschland, multiprofessionelle Gesundheitszentren in Finnland oder Patient-Centered Medical Homes (PMMH) in den USA (GDK and BAG 2012). In der Schweiz gibt es erste Ansätze zu solchen neuen Versorgungsmodellen wie z.B. das Gesundheitsnetz 2015 der Stadt Zürich, verschiedene Ärztenetzwerke sowie Disease-Management-Programme (GDK, BAG 2012, Martinez et al. 2012).

### **Medizinische Guidelines**

Bei Behandlungsleitlinien handelt es sich um Handlungsempfehlungen für die Entscheidungsfindung von ÄrztInnen und PatientInnen. Diese Leitlinien sind evidenzbasiert, d.h. sie gründen auf dem neuesten Erkenntnisstand der Forschung (Qaseem et al. 2012).

Ziel der Leitlinien ist es, dass Leistungserbringer die Leitlinien fallspezifisch anwenden und damit rationale und transparente Entscheidungen treffen. Dadurch sollen Behandlungsfehler minimiert und unnötige Leistungen vermieden werden.

In der Schweiz werden evidenzbasierte Guidelines zum Teil angewendet. Dabei wird einerseits auf ausländische Guidelines zurückgegriffen, andererseits geben Fachgesellschaft auch eigene Guidelines heraus. Die Anwendung von Guidelines in der Schweiz basiert auf Freiwilligkeit, so dass sie sich im Vergleich zum Ausland noch wenig etabliert hat.

### **Optimierung des Skill-Mix (Arbeits- und Kompetenzverteilung)**

Beim Lösungsansatz des Skill-Mix geht es darum, die Arbeiten und Kompetenzen innerhalb und zwischen den Gesundheitsberufen umzuverteilen. Die Leistungen sollen auf diese Weise möglichst basisnah und an der Stelle erbracht werden, wo dies mit dem geringsten Ressourceneinsatz möglich ist und wobei zumindest eine gleichbleibende Qualität erzielt wird (GDK, BAG 2012). Ziel des Skill-Mix ist es ausserdem, einem Arbeitskräftemangel zu begegnen indem die Arbeitszufriedenheit erhöht wird.

Es existieren sehr viele Skill-Mix-Modelle, insbesondere im Bereich der Pflege. So sind insbesondere in den angelsächsischen Ländern im Bereich der Pflege neue Berufsbilder (Advanced Practice Nursing) mit erweiterten Rollen entstanden, welche in ärztliche Aufgaben hineingehen. Auch in der Schweiz existieren bereits erste Ansätze von Skill-Mix-Modellen im Bereich der Pflege, wo Pflegefachpersonen erweiterte Rollen übernehmen. Diese werden jedoch erst punktuell und pilotmässig erprobt (weitere Ausführungen vgl. Kap. 3.2).

### **Informations- und Kommunikationstechnologien (Health Information Technology - HIT)**

Bei diesem Lösungsansatz geht es um den „Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gesundheitswesen“ (BAG 2007). Die Einsatzbereiche und Funktionen dieser Technologien sind vielfältig. Beeuwkes Buntin et al. (2011) führen folgende Arten von Health Information Technology (HIT) auf: elektronische Patientendossiers, Auftragserfassung für Leistungserbringer, Entscheidungshilfesysteme, Austausch von Gesundheitsinformationen, elektronische Ausstellung von Verschreibungen, Telemedizin und Fern-Monitoring, Informationsgewinnung und Patientenregister. Ergänzend sind basierend auf Chaudhry et al. (2006) das Ergebnisreporting und Informations- und Entscheidungshilfen für PatientInnen zu nennen. Die Nutzung von Informationstechnologien erfüllt somit viele Funktionen und kann die Effizienz des Gesundheitswesens in verschiedene Richtungen unterstützend verbessern: beim Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern für eine verbesserte integrierte Versorgung, bei der Unterstützung und dem Empowerment von PatientInnen, bei der Entscheidungsfindung und Anwendung von evidenzbasierten Richtlinien, bei der Messung der Performance von Leistungserbringern zur Eigenüberprüfung und Rechenschaftslegung sowie bei administrativen Prozessen zur Verbesserung des „Work-flows“ und damit der produktiven Effizienz.

Die Nutzung von Informationstechnologien in der medizinischen Versorgung liegt seit einigen Jahren stark im Trend. Viele Länder wie die USA, Australien, England oder Deutschland sind daran, die Technologien mit den oben genannten Zielen auszubauen.

Laut der Organisation eHealth Suisse liegt die Schweiz bei den elektronischen Gesundheitsdiensten ("eHealth") im internationalen Vergleich im Rückstand<sup>5</sup>. Der Bundesrat hat daher am 27. Juni 2007 die Strategie "eHealth" Schweiz gutgeheissen. Die Vision der Strategie ist es, über elektronische Patientendossiers die Vernetzung der Akteure sicherzustellen und über Online-Informationen die PatientInnen aktiv an den Entscheidungen in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten zu beteiligen (BAG 2007). Dadurch soll das Gesundheitswesen qualitativ besser, sicherer und effizienter werden<sup>6</sup>

**Zusammenfassung**

<b>LÖSUNGSANSÄTZE TYP C</b>				
<b>Lösungsansatz</b>	<b>Art des Korrekturmechanismus</b>	<b>Anvisierte Ineffizienz</b>	<b>Effizienzpotenzial</b>	<b>Innovationsgrad</b>
Optimierung der stationären Versorgungsstrukturen	› Organisatorische Optimierungen	› Ineffizienzen in der Leistungserbringung: mangelnde Konzentration	Hoch	Mittel
Umfassende, integrierte Grundversorgungsorganisationen	› Organisatorische Optimierungen	› Überversorgung: mangelnde Koordination › Suboptimale Qualität der Versorgung	Hoch	Mittel
Optimierung des Skill-Mix	› Organisatorische Optimierungen	› Ineffizienzen in der Leistungserbringung › Suboptimale Qualität der Versorgung › Unterversorgung durch mangelnde personelle Ressourcen	Hoch (Langfristig)	Mittel
Medizinische Guidelines	› Information der Leistungserbringer	› Überversorgung/Fehlversorgung: fehlende Unterstützung der Leistungserbringer	Hoch	Mittel
Nutzung von HIT	› Organisatorische Optimierungen	› Überversorgung/Fehlversorgung: mangelnde Koordination, fehlende Unterstützung der Leistungserbringer, Moral Hazard bzw. Informationsdefizite der PatientInnen › Ineffizienzen in der Leistungserbringung › Suboptimale Qualität	Hoch	Mittel

**Tabelle 6** Schätzung Effizienzpotenzial basierend auf Tabelle 1, Kap. 1.1; Schätzung Innovationsgrad basierend auf Ausführung Kap. 2.5.

<sup>5</sup> <http://www.e-health-suisse.ch/grundlagen/index.html?lang=de>

<sup>6</sup> BAG 2007.

## 2.6. TYP D: NACHFRAGEORIENTIERTE ANSÄTZE IN DER ORGANISATION DER LEISTUNGSERBRINGUNG

### **Förderung des Selbstmanagements der PatientInnen**

Interventionen zur Förderung des Selbstmanagements umfassen Patientenschulungen zu Risikofaktoren, zur Symptomerkennung, zum Monitoring des Krankheitsverlaufs, Hilfe beim Umgang mit Schmerz, Krisenmanagement oder die Unterstützung von Angehörigen bei der Pflege. Solche Interventionen zielen darauf ab, PatientInnen in die Lage zu versetzen, selbstständig und unabhängig in einem optimalen Gesundheitszustand zu bleiben und Risikofaktoren, die zum Ausbruch oder zur Beschleunigung einer Erkrankung führen, abzubauen. Zudem sollen Entscheidungen vermehrt gemäss dem Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung (shared decision making) getroffen werden (GDK, BAG 2012). Dadurch kann einerseits die Qualität der Gesundheitsversorgung und andererseits die Leistungsanspruchnahme durch PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung optimiert werden.

Es gibt weltweit verschiedene Selbstmanagement-Programme in Form von Patientenschulungen. Die Settings solcher Programme sind vielfältig (z.B. online zu Hause, vor Ort in den Versorgungsstrukturen, in der Gemeinde etc.). Häufig sind Interventionen zur Förderung des Selbstmanagements Teil von umfassenden Versorgungsmodellen, wie z.B. dem Chronic-Care-Modell (vgl. Anhang A4).

In der Schweiz existieren erste Ansätze zur Umsetzung von Selbstmanagement-Programmen, wie z.B. das Pilotprojekt Leila – Leben mit Langzeiterkrankungen – der Städtischen Gesundheitsdienste Zürich, wo PflegeexpertInnen Patientenberatungen in Hausbesuchen oder in Partner-Hausarztpraxen durchführen (GDK, BAG 2012). Zudem engagiert sich die Schweiz auch auf internationaler Ebene im Bereich der Gesundheitskompetenz mit der Lancierung des Projektes „The future patient project“ und des ersten „Health Literacy Surveys“ (Snowdon, Cohen 2012).

### **Optimierte Steuerung der Patientenströme (Triage/Zugang zur Grundversorgung)**

Die optimierte Steuerung der Patientenströme ist ein Ansatz, bei dem die PatientInnen in dasjenige Setting bzw. zu demjenigen Leistungserbringer geführt werden sollen, wo sie möglichst kosteneffizient bei angemessener Qualität behandelt werden. Dies kann einerseits durch Triage und andererseits durch einen erweiterten Zugang zur Grundversorgung (erweiterte Öffnungszeiten, Telemedizin, Zusammenarbeitsvereinbarungen etc.) erreicht werden (GDK, BAG 2012). Ziel dieses Ansatzes ist es, kostenintensive Notfallstationen in Spitälern zu entlasten, die Effizienz der Versorgung über alle Sektoren gesehen zu optimieren und den Zugang zur Versorgung zu verbessern.

Beispiele für die Umsetzung dieses Ansatzes sind multiprofessionelle Gesundheitszentren in Finnland, wo ein Einschreibe- und Gatekeeper-System herrscht und die PatientInnen – auch bei Notfällen – zuerst durch eine Pflegefachperson versorgt werden. In den USA herrschen in Patient-Centered Medical Homes Öffnungszeiten rund um die Uhr. In Holland wurden Kooperationen zwischen Grundversorgern aufgebaut, in Frankreich sorgen die „SOS Mediciens“ für eine triagierte Versorgung während der Nacht und in England ist ein von Pflegefachpersonen geführter 24-Stunden-Telefondienst im Einsatz, um eine Grundversorgung rund um die Uhr zu gewährleisten (Snowdon, Cohen 2012).

In der Schweiz ist der Zugang zur Versorgung im Vergleich zu anderen Ländern grundsätzlich sehr gut (Thomson et al. 2012). Dennoch gibt es Optimierungspotenzial bei der Steuerung der Patientenströme von teuren stationären Leistungen hin zur Grundversorgung (INFRAS, Crivelli 2012). Teilweise wird diesem Umstand bereits Rechnung getragen, beispielsweise bei dem geplanten Grundversorgungszentrum „Cité Générations“ im Kanton Genf, das rund um die Uhr geöffnet sein soll (GDK, BAG 2012). Ein anderes Beispiel sind Regionalspitäler im Kanton Bern, die zu Gesundheitszentren umgestaltet wurden und Spezialsprechstunden anbieten, um ein allenfalls fehlendes ambulantes Angebot abzudecken und eine Triage-Funktion zu übernehmen.<sup>7</sup>

### **Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung und Prävention ist ein lang bestehender Ansatz, der darauf abzielt, Ressourcen zu stärken (Gesundheitsförderung) und Risikofaktoren zu vermeiden (Prävention), um die Gesundheit zu fördern. Im Bereich der Prävention ist zu unterscheiden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention können sich sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf die Veränderung der Umwelt (Verhältnisprävention) beziehen. Es existieren zahlreiche Beispiele zu den einzelnen Formen der Prävention (Gutzwiller, Paccaud 2007).

Gesundheitsförderung und Prävention zielen einerseits darauf ab, eine längere Lebenszeit in gutem Gesundheitszustand zu gewährleisten, andererseits kann gerade die Vermeidung von kostenintensiven chronischen Krankheiten auch die Effizienz des Gesundheitswesens verbessern. So existieren zahlreiche Belege für die Kosteneffektivität von Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (INFRAS 2010, Wieser et al. 2010), wobei es auch Beispiele dafür gibt, dass Präventionsmassnahmen auch negative Effekte – gleichzeitig auf die Gesundheit und auf die Kosten – haben (Swiss Medical Board 2011).

<sup>7</sup> GDK, BAG 2012.

In der Schweiz werden eine Reihe von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen umgesetzt, so z.B. Gesundheitsförderungsmassnahmen im Bereich der Ernährung und Bewegung, der psychischen Gesundheit, der schulischen Prävention etc.. Gemessen an den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention von 2.3% der totalen Gesundheitsausgaben (OECD, WHO 2011) ist dieser Bereich im internationalen Vergleich aber eher stiefmütterlich ausgebaut und die Anstrengungen variieren von Kanton zu Kanton. Während in anderen Ländern wie den USA Versicherungen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen anbieten, haben Versicherungen in der Schweiz aufgrund der kurzen Vertragsdauern wenig Anreiz hierzu.

### Zusammenfassung

<b>LÖSUNGSANSÄTZE TYP D</b>				
<b>Lösungsansatz</b>	<b>Art des Korrekturmechanismus</b>	<b>Anvisierte Ineffizienzen</b>	<b>Effizienzpotenzial</b>	<b>Innovationsgrad</b>
Förderung des Selbstmanagements	› Information/Empowerment der PatientInnen/ Versicherten	› Überversorgung durch Moral Hazard bzw. Informationsdefizite, angebotsinduzierte Nachfrage	Hoch	Mittel
Optimierte Steuerung der Patientenströme (Triage/Zugang zur Grundversorgung)	› Organisatorische Optimierungen	› Ineffizienzen in der Leistungserbringung	Mittel	Mittel
Stärkung Prävention und Gesundheitsförderung	› Diverse, z.B. Information der Bevölkerung /PatientInnen, Screenings	› Unterversorgung: mangelnde Prävention	Hoch	Mittel

**Tabelle 7** Schätzung Effizienzpotenzial basierend auf Tabelle 1, Kap. 1.1; Schätzung Innovationsgrad basierend auf Ausführungen Kap. 2.6.

## 2.7. FAZIT

Die Auslegeordnung zeigt, dass eine Reihe von vielversprechenden Lösungsansätzen existiert, die in der Schweiz gar nicht oder erst ansatzweise umgesetzt werden. Vom Typ her handelt es sich sowohl um solche, die auf Finanzierungs- und Vergütungsebene ansetzen als auch um Lösungsansätze, die in die Makro- und Mikroorganisation der Leistungserbringung eingreifen. Die meisten Lösungsansätze setzen Anreize für Verhaltensänderungen bei den Anbietern, um bestehende Ineffizienzen zu beheben (vgl. Figur 3 in Kapitel 2.2).

Viele der möglichen Lösungsansätze versprechen hohe Effizienzpotenziale, da sie die relevanten Ineffizienzen in der Schweiz angehen. Ansätze, welche – nach erster grober Einschätzung – die höchsten Effizienzpotenziale versprechen (vgl. Figur 4 in Kapitel 2.8), sind einerseits solche, die grösserer Umgestaltungen im Finanzierungssystem (z.B. MSA, Bundled Payment, HTA) oder in der Makroorganisation der Leistungserbringung (z.B. Optimierung der stationären



Versorgungsstrukturen) bedürfen. Andererseits handelt es sich aber auch um solche, die sich gut in das bestehende System einbetten lassen und eine Umorganisation in der Leistungserbringung auf Meso-Ebene (bei den Anbietern) erfordern (z.B. Informations- und Kommunikationstechnologien, integrierte Grundversorgungsorganisationen, Optimierung des Skill-Mix).

Viele der aufgeführten Lösungsansätze werden in der Schweiz bereits ansatzweise umgesetzt. Bei Lösungsansätzen, die in der Schweiz noch in keiner Form existieren, handelt es sich ausschliesslich um solche, die bei der Finanzierung ansetzen (Typ A und B).

## 2.8. AUSWAHL VON FÜNF LÖSUNGSANSÄTZEN

Aus den 15 in Kapitel 2 ausgeführten Lösungsansätzen wurden die fünf folgenden Lösungsansätze für eine vertiefende Analyse ausgewählt:

1. Bundled Payment (Komplexpauschalen)
2. Optimierung des Skill-Mix (Arbeits- und Kompetenzverteilung)
3. Medizinische Guidelines
4. Medical Savings Accounts
5. Förderung des Selbstmanagements von PatientInnen

Bei der Auswahl wurden in einem ersten Schritt das Effizienzpotenzial und der Innovationsgrad aus Sicht der Schweiz berücksichtigt (vgl. Kap. 1.3: Methodik zum Auswahlverfahren). Die folgende Figur zeigt eine Einteilung der Lösungsansätze in Effizienzpotenzial und Innovationsgrad.

INNOVATIONSGRAD UND EFFIZIENZPOTENZIALE NEUER LÖSUNGSANSÄTZE			
		Innovationsgrad	
		mittel	hoch
Effizienzpotenzial	hoch	<b>Typ</b> <b>C</b> Umfassende, integrierte Grundversorgungsorganisationen <b>C</b> Optimierung der stationären Versorgungsstrukturen <b>D</b> Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung <b>A</b> Health Technology Assessment (HTA) <b>C</b> Optimierung des Skill-Mix <b>C</b> Informations- und Kommunikationstechnologien <b>C</b> Medizinische Guidelines <b>D</b> Förderung des Selbstmanagements der PatientInnen	<b>Typ</b> <b>A</b> Bundled Payment (Komplexpauschalen) <b>A</b> Rechenschaftspflichtige, integrierte Versorgungsorganisationen <b>B</b> Medical Savings Accounts (MSA) <b>B</b> Personal Health Budgets
	mittel	<b>D</b> Optimierte Steuerung der Patientenströme (Triage/Zugang zur Grundversorgung) <b>A</b> Nutzenorientierte Vergütung Medikamente	<b>A</b> Leistungsorientierte Vergütung

Figur 5 Eigene Darstellung, Einteilung basierend auf den zusammenfassenden Tabellen in den Kapiteln 2.3 – 2.6

Im zweiten Schritt wurden von den Lösungsansätzen, die ein hohes Effizienzpotenzial und/oder einen hohen Innovationsgrad (grüne Quadranten) aufweisen, folgende Ansätze ausgeschlossen, welche bereits vertieft für die Schweiz untersucht wurden:

- › Umfassende, integrierte Grundversorgungsorganisationen (Studie GDK, BAG 2012),
- › Optimierung der stationären Versorgungsstrukturen (Studien Farsi, Filippini 2004 für Spitäler sowie Crivelli et al. 2002 für Alters- und Pflegeheime),
- › Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. Studien Wieser et al. 2010 und INF-RAS 2010) und
- › Health Technology Assessment (z. B. Studie Seitz 2013).

Nach Ausschluss dieser Lösungsansätze, verblieben neun Lösungsansätze. Daraus wurden im dritten Schritt fünf Lösungsansätze verschiedenen Typs ausgewählt. Die folgenden Lösungsansätze wurden aus unterschiedlichen Gründen nicht berücksichtigt:

- › Rechenschaftspflichtige, integrierte Versorgungsorganisationen: Hängen zum Teil mit dem Lösungsansatz des Bundled Payment zusammen; sind erst in Entwicklung, so dass erst wenig Evidenz besteht.
- › Leistungsorientierte Vergütung: Der Finanzierungsansatz Bundled Payment wird im Kontext Schweiz als interessanter erachtet, da wenige Grundlagen in Bezug auf Indikatoren und Daten in der Schweiz vorhanden sind, die für die leistungsorientierte Vergütung notwendig sind.
- › Informations- und Kommunikationstechnologien: Bilden ein unterstützendes Element im Rahmen anderer Lösungsansätze wie z. B. Bundled Payment, integrierte Versorgungsorganisationen, leistungsorientierte Vergütung, Förderung des Selbstmanagements, medizinische Guidelines und Skill-Mix.
- › Personal Health Budgets: Noch wenige Erfahrungen vorhanden; weisen zum Teil Ähnlichkeiten mit Medical Savings Accounts auf.

### 3. POTENZIALE UND IMPLEMENTIERUNGSMÖGLICHKEITEN AUSGEWÄHLTER LÖSUNGSANSÄTZE

Dieses Kapitel untersucht die fünf ausgewählten Lösungsansätze hinsichtlich ihrer Ausgestaltungsmöglichkeiten und Erfahrungen im Ausland sowie ihrer Möglichkeiten zur Implementierung bzw. weiteren Verbreitung in der Schweiz.

#### 3.1. BUNDLED PAYMENT (KOMPLEXPAUSCHALEN)

##### 3.1.1. LÖSUNGSANSATZ

Das Bundled Payment ist ein Vergütungsmodell, bei dem alle im Rahmen einer Behandlungsepisode (z.B. Diabetes, kardiovaskuläre Zustände) erbrachten Leistungen, aggregiert und pauschal abgegolten werden (Hussey et al. 2012). Dazu werden Krankheitsepisoden und die damit zusammenhängenden Leistungen als Bündel definiert. Für diese definierten Episoden wird eine Pauschale – im Folgenden auch Komplexpauschale genannt - ermittelt, die in der Regel nach verschiedenen Merkmalen der erkrankten Person risikoadjustiert wird. Die Leistungserbringer, welche im Rahmen des Bündels Leistungen erbringen, sind frei in ihrer Entscheidung, in welcher Art und Weise sie den Fall behandeln und sie sich diesbezüglich organisieren. Teilweise ist das Vergütungsmodell auch mit einem Nachweis über die Qualität und Performance der Leistungen verbunden, d.h. die Leistungserbringer müssen Rechenschaft gegenüber dem Finanzierer ablegen.

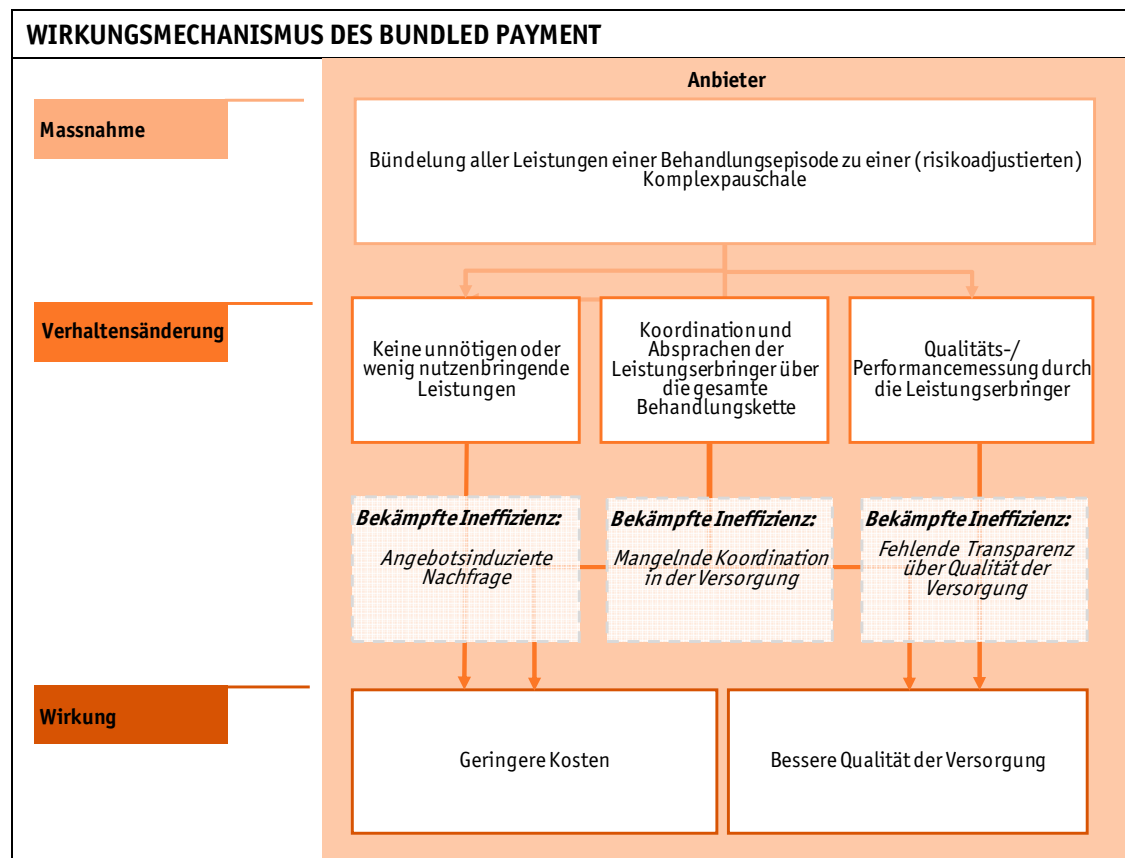
Komplexpauschalen können einerseits bei akutmedizinischen Episoden und andererseits bei chronischen Episoden (definierte Periode der Behandlung einer chronischen Erkrankung) angewendet werden. Bei akutmedizinischen, rein stationären Episoden kann das Bundled Payment als eine Erweiterung der in der Schweiz geltenden Fallpauschalen (DRGs) betrachtet werden, da die Pauschalen nicht nur die stationäre Akutversorgung, sondern auch Leistungen der Vorabklärung und der Nachsorge sowie verschiedene Leistungserbringer einbezieht. Dadurch fallen auch ambulante Leistungen, welche in der Schweiz durch die Einzelleistungsvergütung abgegolten werden, in die Komplexpauschale. Komplexpauschalen für chronische Episoden wären hingegen eine echte Neuheit für die Schweiz, da diese insbesondere Leistungen in der ambulanten Grundversorgung betreffen, welche bisher der Einzelleistungsvergütung unterliegen.

##### **Ziel und Wirkungsmechanismus**

Durch die Art der gebündelten Vergütung wird im Vergleich zu einer Einzelleistungsvergütung das Risiko der effizienten Leistungserbringung den Leistungserbringern übertragen. Dadurch haben die Leistungserbringer einen Anreiz, die Anzahl und Kosten der Leistungen, welche im

Bündel enthalten sind, zu optimieren sowie diese Leistungen bestmöglich zu koordinieren (Miller 2009). Insofern wirkt der Bundled-Payment-Ansatz dem Problem der **angebotsinduzierten Nachfrage** und der **mangelnden Koordination zwischen den Leistungserbringern** entgegen. Eine Voraussetzung dafür, dass die Zusammenarbeit unter dem Bundled Payment funktioniert ist, dass die Leistungserbringer untereinander Rechenschaft über die erbrachten Leistungen ablegen. Insofern schafft der Bundled-Payment-Ansatz auch eine **höhere Transparenz über die Qualität und Kosten**.

Die folgende Figur zeigt den Wirkungsmechanismus des Bundled Payment auf:



Figur 6 Eigene Darstellung.

Die durch das Bundled Payment bekämpften Ineffizienzen stellen in der Schweiz ein relevantes Problem dar. Die mangelnde Behandlungscoordination bzw. lückenhafte Versorgungintegration macht zusammen mit der angebotsinduzierten Nachfrage bereits 4–5 Mrd. Franken aus (vgl. Kap. 1.1). Die Transparenz über die Qualität und Performance der Leistungserbringer ist bisher mangels verfügbarer Daten nur in Ansätzen im Spitalbereich gegeben. Dies hat nicht bezifferbare Folgen für die Qualität der Leistungserbringung und begünstigt indirekt auch die angebots-

induzierte Nachfrage, da die Leistungserbringer keine Rechenschaft über mögliche nicht nützliche Leistungen ablegen müssen.

### 3.1.2. BEISPIELE AUS DEM AUSLAND

Der Ansatz des Bundled Payment wurde bereits Ende der 80er Jahre in den USA – insbesondere im Bereich Medicare, aber auch im privaten Versicherungsbereich – eingeführt. Anfangs beschränkten sich diese Modelle meist auf ein Setting (hauptsächlich Akutspitäler) und auf einzelne spezielle akutmedizinische Episoden (z.B. Bypass-Operationen, Katarakt-Operationen, arthroskopische Knie- oder Schulteroperationen etc.), bei der die Komplexpauschale in der Regel diagnostische Tests, die operativen Leistungen, die Nachversorgung sowie die Behandlung möglicher Komplikationen umfasste.

Erst in den letzten Jahren ist – im Zusammenhang mit dem Affordable Care Act – in den USA eine neue Generation von Bundled-Payment-Modellen zu akutmedizinischen Episoden mit einem breiteren Fokus entstanden. Diese Modelle decken mehrere akutmedizinische Episoden ab, umfassen mehr verschiedene Leistungserbringer und Settings und aggregieren mehr Leistungen unter einem Bündel. Mittlerweile sind auch andere Länder wie England (Department of Health 2012) und Schweden (de Brantes 2012) daran, versuchsweise Bundled-Payment-Programme für akutmedizinische Episoden einzuführen.

Neu in den letzten Jahren entstanden sind auch Modelle zu chronischen Episoden, die vorwiegend im Bereich der Grundversorgung ansetzen. Ein Beispiel hierfür ist Holland, wo im Jahr 2010 ein freiwilliges Bundled-Payment-Pilotprojekt für die Versorgung von einzelnen chronischen Krankheiten wie Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen oder vaskuläre Erkrankungen eingeführt wurde (de Bakker et al. 2012).

#### **Ausgestaltungsvarianten**

Die Bundled Payment können verschieden ausgestaltet sein. Wichtige Ausgestaltungsmerkmale neben der Art der Episode (akutmedizinisch oder chronisch) sind im Folgenden aufgeführt (z.T. angelehnt an Hussey et al. (Hussey et al. 2012), mit eigenen Ergänzungen):

- › *Zeitraum für ein definiertes Bündel:* Z.B. 3 Monate oder 2 Jahre
- › *Methode der Preisbestimmung:* Verhandlung zwischen Leistungserbringer und Finanzierer, Bietverfahren („competitive bidding“) oder Berechnung auf Basis der durchschnittlichen Kosten in der Vergangenheit.
- › *Risikoadjustierung:* Anhand soziodemografischer Kriterien, Schweregrad der Krankheit etc..
- › *„Stopp-loss“-Klauseln:* Bei ungewöhnlich grossen Risiken.

- › *Zahlungsmechanismus*: Z.B. einmalige prospektive Zahlung des Bündelpreises oder retrospektive Aufteilung der Einsparungen bzw. höheren Ausgaben (shared savings).
- › *Organisation der beteiligten Leistungserbringer*: Von integrierten Versorgungsorganisationen bis hin zu unabhängigen Leistungserbringern, die sich einzig im Rahmen des Bundled Payment koordinieren.
- › *Nachweis über Qualität und Performance*: Verpflichtung der Leistungserbringer zur Erfassung von entsprechenden Daten.
- › *Variabler Vergütungsanteil gemessen anhand der Performance*: Bundled-Payment-Modelle, die dieses Element beinhalten, weisen grosse Ähnlichkeiten mit Accountable Care Organisationen auf (vgl. Kap. 2.3). Die gesetzlichen Anforderungen an die Performancemessung sind bei Accountable Care Organisationen aber viel höher und daher ist die Performancemessung bei diesen viel stärker ausgeprägt.

Die folgende Tabelle führt ausgewählte Beispiele zu Bundled-Payment-Modellen auf. Je ein Beispiel zu einem umfassenden Modell (Prometheus Payment in den USA) und Modellen mit chronischen Episoden (Care Groups in Holland) sind im Anhang A5 näher ausgeführt.

<b>AUSGEWÄHLTE BEISPIELE VON BUNDLED-PAYMENT-MODELLEN</b>		
<b>Modell</b>	<b>Land und Jahr</b>	<b>Besondere Ausgestaltungsmerkmale</b>
<b>Akutmedizinische Episoden mit spezifischem Fokus</b>		
OrthoChoice (Knie- und Hüftersatz)	SE 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Preisfestsetzung</li> <li>› Nachweis über Qualität und Performance</li> <li>› Bonuszahlung bei Zielerreichung</li> </ul>
Geisinger Proven Care (Herz-Bypass)	USA (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Integrierte Versorgungsorganisation (stationäre und ambulante Leistungserbringer)</li> <li>› Preisfestsetzung</li> <li>› Nachweis über Qualität und Performance</li> <li>› Bonuszahlung bei Zielerreichung</li> </ul>
<b>Akutmedizinische Episoden mit breiterem Fokus: mehrere diverse Episoden</b>		
Medicare Bundled Payment for Care Improvement	USA (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Stationäre und ambulante Leistungserbringer</li> <li>› Preisbildung über Verhandlung</li> <li>› Retrospektive Auszahlung (shared savings)</li> </ul>
Bundled Episode Payment and Gainsharing Demonstration	USA (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Einbindung von „subcontractors“ möglich</li> <li>› Preisbildung über Verhandlung</li> </ul>
Payment by results	UK (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Stationäre und ambulante Leistungserbringer</li> <li>› Einsatz von Commissionern</li> <li>› Bonuszahlung bei Zielerreichung</li> </ul>
<b>Modelle zu chronischen Episoden</b>		
Prometheus Payment	USA (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Stationäre und ambulante Leistungserbringer</li> <li>› Preisfestsetzung</li> <li>› Retrospektive Auszahlung (shared savings)</li> <li>› Nachweis über Qualität und Performance</li> <li>› Bonuszahlung bei Zielerreichung</li> </ul>
Care Groups	NL (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nur ambulante Leistungserbringer</li> <li>› Einbindung von „subcontractors“ möglich</li> <li>› Preisbildung über Verhandlung</li> <li>› Nachweis über Qualität und Performance</li> </ul>

**Tabelle 8** Quellen: de Bakker et al. 2012, de Brantes 2012, Department of Health 2012, Hussey et al. 2012, Zezza et al. 2012

### 3.1.3. ERSTE ANSÄTZE IN DER SCHWEIZ

Laut Interviewaussagen der Akteure der Versicherungsseite wird Bundled Payment bereits ansatzweise in der Schweiz umgesetzt<sup>8</sup>. Die Modelle in der Schweiz sind gemäss den befragten Akteuren aber erst sehr wenig verbreitet und existierten nur für stationäre, gut abgrenzbare und kalkulierbare Fälle wie z.B. einen Hüftgelenk- oder ein Knieersatz. Klassischerweise werden Komplexpauschalen im Bereich der Orthopädie zwischen Akutspitälern, Reha-Institutionen und der Physiotherapie ausgehandelt. Bundled-Payment-Modelle zu chronischen Episoden und Mo-

<sup>8</sup> Das hier gemeinte Bundled Payment ist nicht zu verwechseln mit einer ähnlichen Form des Bundled Payment, das in der Schweiz bereits seit über zehn Jahren mit HMO-Organisationen praktiziert wird. Dabei handelt es sich jedoch um eine capitation-basierte Pauschale, die die Gesamtheit der OKP-Leistungen einbezieht und sich nicht auf eine bestimmte Krankheitsperiode bezieht.



delle, die sich über den stationären und ambulanten Sektor hinweg ziehen, existieren gemäss Recherchen und befragten Akteuren (noch) nicht.

### 3.1.4. CHANCEN UND GEFAHREN

Basierend auf den gemachten Erfahrungen im Ausland und den geführten Interviews lässt sich vermuten, dass mit diesem Lösungsansatz die Qualität, die Outcomes und Kosteneffizienz des schweizerischen Gesundheitswesens prinzipiell verbessert werden könnten. Zwar existiert bisher - insbesondere zu jüngeren umfassenden Programmen - erst wenig empirische Evidenz zu den Auswirkungen des Bundled Payment. Insgesamt zeigen die gemachten Erfahrungen aber in die positive Richtung.

#### *Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und Gesundheitsoutcomes*

Einzelne Evaluationen von umfassenderen Bundled Payment Programmen in den USA (Prometheus Payment) und Holland (Care Groups) (vgl. Anhang A5) zeigen, dass durch das Bundled Payment, das Monitoring der erbrachten Leistungen und die routinemässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern verschiedener Disziplinen verbessert werden konnte (de Brantes 2012, Hussey et al. 2011, de Bakker et al. 2012). Die Wirkungen auf die *Gesundheitsoutcomes* sind bisher allerdings eher verhalten bzw. nicht eindeutig (Hussey et al. 2012). Zu Herz-Bypass-Episoden werden beispielsweise teils eine abnehmende Mortalität, teils keine signifikanten Veränderungen in der Mortalität, bei Komplikationen oder Rehospitalisierungen festgestellt. In Bezug auf die Qualität und Outcomes der Versorgung werden in der Literatur und von Interviewpartnern auch Fehlanreize des Bundled Payments in Form von Vorenthalten und Aufschieben von angemessenen und notwendigen Leistungen befürchtet („underuse“). Evidenz hierzu liegt jedoch (noch) nicht vor. Solchen Fehlanreizen kann theoretisch begegnet werden, wenn die Systeme einen leistungsorientierten Anteil der Vergütung (Bonus bei Zielerreichung) beinhalten (Hussey et al. 2012). Diese Modelle wurden bisher jedoch erst wenig erprobt.

#### *Auswirkungen auf die Kosten*

Bezüglich möglicher Kosteneinsparungen sind die Erfahrungen im Ausland eindeutiger. So könnten gemäss Studien mit Modellen zu einzelnen akutmedizinischen Episoden teilweise mehr als 5% der Kosten eingespart werden (de Brantes 2012, Hussey et al. 2012). Zu neueren umfassenderen Modellen wurden in den letzten Jahren verschiedene Schätzungen der Kosteneinsparungen durch Bundled Payment gemacht. Gemäss diesen Studien können durch das Bundled Payment zwischen 7% und 35% (Eibner et al. 2009) bzw. durchschnittlich 10% (Cutler, Ghosh 2012) der Kosten pro Episode eingespart werden. Die in den Schätzungen simulierten Episoden

machen dabei einen relevanten Anteil der amerikanischen Gesundheitsausgaben aus. Die Studien lassen jedoch die Frage unbeantwortet, woher die Kosteneinsparungen konkret rühren. Relativ eindeutig lässt sich jedoch festhalten, dass die Effizienzpotenziale von umfassenden Modellen, welche auch chronische Episoden betreffen, am grössten sind (Eibner et al. 2009). Gleichzeitig haben die Leistungserbringer bei solchen Episoden laut befragten Akteuren auch das grösste Risiko, da der Verlauf der Fälle stark variiert. Dies erhöht die Gefahr von möglichem Rationierungsverhalten der Leistungserbringer, was sich langfristig auch negativ auf die Kosten auswirken kann. Ähnlich befürchten einzelne Akteure, dass das Risiko der Leistungserbringer stark von der Compliance der PatientInnen abhängt. Des Weiteren wird Trittbrettfahrer-Verhalten der einzelnen Leistungserbringer im Bundled-Payment-Modell befürchtet, wenn keinem Akteur die Verantwortung zugewiesen wird. Laut Literatur könnte es zudem Anreiz geben, die Bündel auszuweiten (z.B. es wird eine Behandlung/Operation empfohlen, für welche ein Bündelpreis abgegolten wird) oder die Kodierung eines Falles („upcoding“) zu manipulieren, um die Vergütung für das Bündel zu maximieren (Hussey et al. 2012). Schliesslich werden von befragten Akteuren höhere administrative Kosten befürchtet, insbesondere, wenn die Infrastrukturen und Prozesse der Leistungserbringer noch wenig auf integrierte Versorgung ausgerichtet sind. Dies bestätigt sich in zwei Beispielen in Holland (Care groups) und den USA (Prometheus Payment), wo mehr Verträge mit den beteiligten Leistungserbringern sowie unter den Leistungserbringern untereinander abgeschlossen werden mussten.

#### *Auswirkungen auf die Chancengleichheit*

Gemäss Literatur (Hussey al. 2012) besteht ein Anreiz, nur „gute Risiken“ für die Behandlung auszuwählen, wenn der Mechanismus zur Risikoadjustierung nicht gut ausgestaltet ist oder der Risikoausgleich gar fehlt. Im Beispiel von Holland konnte dieser Effekt bisher allerdings nicht festgestellt werden (de Bakker et al. 2012).

In der folgenden Tabelle sind mögliche Chancen und Gefahren, welche vom Bundled Payment-Ansatz laut Literatur und Aussagen der Interviewpartner ausgehen könnten, zusammenfassend festgehalten.

<b>MÖGLICHE CHANCEN UND GEFAHREN</b>		
<b>Dimension</b>	<b>Chancen</b>	<b>Gefahren</b>
Wirkungen auf die Qualität/Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Prinzipiell höhere Qualität durch verbesserte Koordination</li> <li>› Anreiz zur Vermeidung von Komplikationen und erhöhte Transparenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Positive Wirkungen auf die Qualität und Outcomes (noch) nicht empirisch bestätigt</li> <li>› Möglicher Fehlanreiz: „Underuse“ von angemessenen Leistungen mit möglichen negativen Auswirkungen auf die Gesundheitsoutcomes</li> </ul>
Wirkungen auf die Kosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Anreiz zu Kosteneinsparungen: Reduktion von Komplikationen und Doppelspurigkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Mangelnde Compliance der PatientInnen</li> <li>› Anreiz zur Verschiebung von Leistungen in ein anderes Setting oder zur zeitlichen Verschiebung, um sie aus dem Bündel zu lösen („unbundling“)</li> <li>› Anreize zum „upcoding“ und zur Ausweitung der Bündel</li> <li>› Trittbrettfahrerverhalten bei mangelnder Governance und Transparenz</li> <li>› Hohe administrative Kosten</li> </ul>
Wirkung auf die Chancengleichheit		<ul style="list-style-type: none"> <li>› Bei schlecht ausgefeilter Risikoadjustierung Anreiz zur Selektion von „guten Risiken“ für die Leistungserbringer</li> </ul>
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Förderung des Prinzips der Rechenschaftslegung „Accountability“</li> <li>› Förderung von neuen integrierten Versorgungsorganisationen</li> </ul>	

Tabelle 9

### 3.1.5. EFFIZIENZPOTENZIALE

Im Folgenden wird anhand eines vereinfachten Modells eine Schätzung der Grössenordnung der Effizienzpotenziale vorgenommen, wenn man das Bundled Payment in der Schweiz weiter – auch in Richtung umfassender Modelle etablieren würde. Dabei stützen wir uns auf Ergebnisse einer Studie aus den USA (Eibner et al 2009), welche die Effizienz für 10 Arten von Episoden (6 chronische, 4 akutmedizinische) prospektiv auf Basis von Versicherungsdaten geschätzt hat. Die Methode basiert auf der Methode des Prometheus-Modells (vgl. Anhang A5). Dieses Modell berechnet die Pauschale anhand der durchschnittlichen Kosten einer typischen Behandlung einer Episode (d.h. die Summe der Preise aller Leistungen, welche gemäss evidenzbasierten Guidelines für die Behandlung einer Episode erbracht werden sollten) plus 50% der Kosten von potenziell vermeidbaren Behandlungen. Die so berechnete Pauschale soll widerspiegeln, dass in der Realität einige Komplikationen nicht vermeidbar oder auf Patientenverhalten zurückzuführen sind, bzw. umgekehrt, dass 50% der bisherigen Kosten für Komplikationen vermieden werden könnten. Laut Aussagen eines befragten Versicherungsexperten in der Schweiz wäre dies auch ein Ansatz, welcher in der Schweiz verfolgt werden könnte. Die Differenz aus den beobachteten Kosten einer Episode und der berechneten Pauschale ergibt die potenziellen Kosteneinsparungen pro Episode (vgl. folgende Tabelle).

Für die vorliegende Grobschätzung der Effizienzpotenziale in der Schweiz wurden diese potenziellen Kosteneinsparungen pro Episode auf die in der Schweiz anfallenden Kosten einer Episode übertragen. Dabei musste auf Behandlungskosten aus verschiedenen Studien zurückgegriffen werden. Laut Aussagen einer Versicherung in der Schweiz ist man daran, die Kosten „typischer“ Fälle im Hinblick auf die Ausarbeitung von Bundled-Payment-Pauschalen zu ermitteln. Diese Zahlen liegen jedoch noch nicht vor.

Die Übertragung der Ergebnisse der zugrunde gelegten Studie auf die Schweiz ergibt für vier beispielhafte Episoden potenzielle Kosteneinsparungen von rund 650 Mio. CHF pro Jahr, was 1% der totalen Gesundheitsausgaben bzw. 2.5% der OKP-Ausgaben entspricht (vgl. folgende Tabelle).

Diese Schätzung muss aber mit grosser Vorsicht interpretiert werden, da sie insbesondere die Annahme impliziert, dass die Qualität der Versorgung in den USA auf einem ähnlichen Niveau wie jene in der Schweiz ist bzw. in der Schweiz vermeidbare Komplikationen in ähnlichem Ausmass auftreten. Diese Annahme wurde am Beispiel von Diabetes validiert. Bei dieser Krankheit geht die US-Studie von einem Anteil der Kosten potenziell vermeidbarer Komplikationen an den gesamten Krankheitskosten von insgesamt 62% aus (vgl. folgende Tabelle: 31% = 50%). Eine schweizerische Studie (Jeanrenaud, Dreyer 2012) welche diesen Anteil für den Kanton Waadt analysiert, kommt auf einen Anteil zwischen 67 und 73% (abhängig von der angewandten Methode). Somit zeigt zumindest das Beispiel Diabetes, welches die grössten potenziellen Kosteneinsparungen aufweist, dass die Werte der USA und der Schweiz in etwa übereinstimmen.

Weiter ist bei der Grobschätzung zu berücksichtigen, dass es sich hier nur um vier beispielhafte Episoden handelt. Bei einer Ausweitung auf weitere Episoden nach ausländischem Beispiel, wie kongestive Herzinsuffizienz, Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Bluthochdruck oder koronare Gefässerkrankungen, würden sich also noch höhere Potenziale ergeben. Allerdings sind in den Schätzungen keine administrativen Kosten berücksichtigt, welche die Potenziale wiederum schmälern.

<b>GROBSCHÄTZUNG EINSARPOTENZIALE DURCH BUNDLED PAYMENT IN DER SCHWEIZ AM BEISPIEL VON VIER EPISODEN</b>					
<b>Art der Episode (am = akutmedizinisch; ch = chronisch=</b>	<b>Geschätzte Kosten der Episode CH<sup>9</sup> (Behandlungskosten in CHF)</b>	<b>Potenzielle Kosteneinsparungen pro Episode (=50% der potenzielle vermeidbaren Kosten gemäss Eibner et al. 2009)</b>	<b>Prävalenz</b>	<b>Kosteneinsparung total in CHF</b>	<b>Anteil an Gesundheitsausgaben 2011</b>
Knieersatz (am)	26'500 (stationäre von CHF 19'100 gemäss Fallkostenstatistik BFS + CHF 7'400 für 3,5 Wochen Reha * Tagessatz von rund CHF 300 basierend auf Kool et al. 2009)	7%	17'000 (Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2011)	32 Mio.	0.05%
Hüftersatz (am)	25'000 (stationäre von CHF 17'600 gemäss Fallkostenstatistik BFS + CHF 7'400 für 3,5 Wochen Reha * Tagessatz von rund CHF 300 basierend auf Kool et al. 2009)	7%	18'000 (Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2011)	31 Mio.	0.05%
Myokardinfarkt (am)	27'000 (Interventionen, stationäre Aufenthalte, ambulante Behandlung ambulante Behandlung, Reha, Medikamente; Szucs et al. 2003)	14%	17'000 (Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2011)	64 Mio.	0.1%
Diabetes (ch)	6'450 (Behandlungskosten pro Patient und Jahr; Weber et al. 2007)	31%	260'000 (Bopp et al. 2011)	524 Mio.	0.8%
<b>Total</b>				<b>651 Mio.</b>	<b>1.0%</b>

Tabelle 10

### 3.1.6. MÖGLICHKEITEN DER IMPLEMENTIERUNG

Eine stärkere Implementierung bzw. ein Ausbau des Bundled Payment in der Schweiz dürfte prinzipiell gut möglich sein. Die befragten Akteure zeigen sich grundsätzlich positiv eingestellt. Einen Ausbau des Bundled Payment erachten sie insbesondere im Bereich klar abgrenzbarer akuter Episoden wie z.B. orthopädische Eingriffe, unfallchirurgische Fälle, etc. als sinnvoll. Bei schwerer abgrenzbaren Episoden wie Diabetes, Bluthochdruck oder psychischen Erkrankungen,

<sup>9</sup> Alle Kosten wurden anhand der Entwicklung der Kosten des Gesundheitswesens auf das Jahr 2011 extrapoliert.

sehen die Akteure jedoch Grenzen dieses Lösungsansatzes. Hier seien die Behandlungsverläufe einerseits sehr heterogen, andererseits handle es sich nicht um abgeschlossene Episoden, was die Umsetzung erschwere.

### **Hemmnisse und fördernde Faktoren**

Für eine stärkere Implementierung des Bundled Payments sind eine Reihe von Hemmnissen im schweizerischen Gesundheitssystem, aber auch einige Faktoren zu nennen, welche die Entwicklung fördern könnten. Diese betreffen die Akzeptanz der Akteure im Gesundheitswesen, die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems sowie die praktische Umsetzung.

#### *Akzeptanz*

Erfahrungen im Ausland sowie die Interviews im Rahmen dieser Arbeit zeigen, dass die Akzeptanz von Bundled-Payment-Modellen in der Ärzteschaft nicht a priori gegeben sein dürfte. Einerseits dürfte dies mit fehlenden Anreizen zusammenhängen. Aufgrund der Einzelleistungsvergütung und des Kontrahierungszwangs haben Leistungserbringer der ambulanten Versorgung wenige Anreize, sich einem System anzuschliessen, das eine effiziente Leistungserbringung und die Übernahme eines Risikos erfordert. Andererseits dürfte die Skepsis der ÄrztInnen gegenüber einer leistungsorientierten Abgeltung teilweise in traditionellem Denken begründet sein und in der Befürchtung das Risiko für PatientInnen zu tragen, welche möglicherweise nicht kooperieren. Laut Interviewaussagen sind aber bei jüngeren ÄrztInnen bereits ein Mentalitätswechsel und eine grössere Offenheit in Bezug auf die integrierte Versorgung und effizienzorientierte Finanzierungsmodelle spürbar. Zudem dürfte zunehmende Evidenz über erfolgreiche Bundled-Payment-Modelle die Akzeptanz verbessern.

Auch PatientInnen bzw. Versicherte könnten Komplexpauschalen laut Interviews ablehnend gegenüberstehen, da sie Rationierungen und eine weniger zeitintensive Betreuung befürchten.

#### *Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem*

Laut Interviewaussagen bildet das KVG prinzipiell keine gesetzliche Hürde. Es sei heute bereits möglich, dass die Tarifpartner Komplexpauschalen untereinander aushandeln. Dies ermöglicht prinzipiell eine schrittweise Einführung dieses Lösungsansatzes. Allerdings sei die Gestaltungsfreiheit von Modellen, die sich über den ambulanten und stationären Bereich erstrecken, durch die Vorgabe der Tarifstruktur im stationären Bereich eingeschränkt. Des Weiteren stellen folgende Regulierungen und Gegebenheiten im Gesundheitswesen Hindernisse dar:

- › Fragmentiertes Versorgungssystem: Die Einzelleistungsvergütung und der Kontrahierungszwang hemmen die Ausbreitung von integrierten Versorgungsstrukturen, in welche das Bund-

led-Payment-System gut eingepasst werden könnte. Bei den Spitälern ist laut Interviewaussagen aber bereits ein Strukturwandel im Gange. Diese würden heute vermehrt mit den vor- und nachgelagerten Versorgungsstrukturen zusammenarbeiten.

- › Unterschiedliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen: Die dual-fixe Finanzierung im stationären Bereich und die allein durch die Versicherung getragene Finanzierung im ambulanten Bereich bereitet Schwierigkeiten. Der Anteil der Kantone kann nicht einfach in das Anreizsystem einer Komplexpauschale, die sich über stationäre und ambulante Leistungen hinweg erstreckt, einbezogen werden.
- › Risikoausgleich: Der bisher eher grob ausgestaltete Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern hemmt die Etablierung von Versicherungsmodellen, die sich gut mit dem Bundled Payment verbinden lassen würden und die Versicherten zu einer höheren Compliance bewegen könnten, namentlich Disease-Management- und Managed-Care-Modelle. Die jüngst beschlossene Verfeinerung des Risikoausgleichs anhand von weiteren Morbiditätskriterien dürfte aber bereits zu einer Verbesserung dieser Situation führen.
- › Fragmentiertes Versicherungssystem: Bei Komplexpauschalen spielt die Anzahl der Fälle eine grosse Rolle, da das Risiko der Leistungserbringer höher ist, je tiefer die Anzahl der Fälle ist. Die geografische Grösse der Schweiz ist diesbezüglich hinderlich, insbesondere bei Episoden, in welchen weniger Fälle anfallen. Das Problem verschärft sich durch die Vielzahl kleiner Versicherer, die bei kleinen Fallzahlen wenig Anreize haben dürften, Komplexpauschalen zu verhandeln.

### *Praktische Umsetzbarkeit*

Die Voraussetzungen in der Schweiz für die technische Umsetzung von Bundled-Payment-Modellen können momentan – insbesondere für den ambulanten Sektor – als eher schlecht bezeichnet werden. Gerade bei den angesprochenen umfassenden Modellen und Modellen zu chronischen Episoden dürfte die Umsetzung schwierig sein Aus folgenden Gründen:

- › Es fehlen in der Schweiz bekanntlich Daten, um die qualitative und finanzielle Performance der Leistungserbringer zu messen. Dies bildet insofern ein Hemmnis, als dass erstens Informationen zur Definition von Bündeln und zur Berechnung von fairen, risikoadjustierten Komplexpauschalen fehlen. In den USA und Holland waren die Organisationen zudem zum Teil nicht auf dem technischen Stand, die Informationen für die Verhandlung der Preise, Definition der Bündel oder Messung der Performance zur Verfügung zu stellen (Hussey et al. 2011, de Bakker et al. 2012). Zweitens bilden diese Informationen eine Voraussetzung für die gerechte Aufteilung der Pauschale unter den Leistungserbringern. So konnte in den USA zum Teil noch keine zufriedenstellende Lösung für die Aufteilung des „Risk-sharing“ gefunden werden. Drittens

lassen sich ohne ausgereifte Qualitätsindikatoren und Daten kaum Elemente der leistungsorientierten Abgeltung in das System einbauen, mit welchen möglichen Fehlanreizen begegnet werden könnte.

- › Die Umsetzung des Bundled Payment erfordert gemäss Erfahrungen im Ausland einen gewissen Investitionsaufwand, z.B. für die Umgestaltung von Prozessen und entsprechende Informations- und Kommunikationssysteme. In den USA und Holland hatten die Leistungserbringer wenig finanzielle Anreize, diese Investitionen zu tätigen, so dass diese Umsetzungselemente erst in den Anfängen stecken. In der Schweiz verfügt erst eine Minderheit der HausärztInnen über die notwendigen Informations- und Kommunikationstechnologien. Allerdings dürfte sich diese Situation mit der Strategie „eHealth“ des Bundes verbessern.

### **Mögliche Ansatzpunkte und Massnahmen zur Förderung**

Für eine stärkere Etablierung des Bundled Payment müssen aus Sicht der befragten Akteure insbesondere die Anreize für die Tarifpartner gestärkt und die technischen Voraussetzungen und notwendigen Daten bereitgestellt werden.

Um Anreize für Versorgungs- und Versicherungsmodelle zu stärken, mit denen das Bundled Payment gut kombinierbar wäre, verweisen verschiedene Akteure auf die (inzwischen beschlossene) Verbesserung des Risikoausgleichs, die Abschaffung des Kontrahierungszwangs und die Anpassung gewisser TARMED-Tarife.

Einzelne Akteure sind der Ansicht, dass der Lösungsansatz mehr Chancen auf eine Verbreitung hat, wenn der Anstoss von der Versorgerseite käme und nicht von oben „verordnet“ würde.

Für die Verbreitung sei es wichtig, in der integrierten Versorgung weiterzukommen. Die passenden Tarifstrukturen könnten im Nachhinein etabliert werden.

### **Wichtige Erfolgsfaktoren**

Erfahrungen aus dem Ausland zeigen mehrere Erfolgsfaktoren für die Umsetzung auf. Um die Effizienzpotenziale auch zu erzielen und mögliche Fehlanreize (vgl. Kap. 3.1.4) zu vermeiden erscheint es wichtig, dass in der Umsetzung:

- › die Komplexpauschalen risikoadjustiert sind,
- › es garantiert ist, dass Komplikationen in Bündel fallen,
- › ungewöhnlich grössere Risiken evtl. mit einer „Stopp-loss“-Klausel verbunden sind,
- › die Governance im Modell klar definiert ist,
- › ein Reporting über die Outcomes und Kosten erbracht wird und
- › leistungsgebundene Elemente in die Pauschalen einbezogen werden.



Des Weiteren sind die Effizienzpotenziale auch stark von der Steuerung und der Marktmacht der Akteure abhängig. Je nachdem welcher Akteur die Verantwortung und den Lead bei der Preisbildung, der Definition der Leistungen und der Risikoverteilung innehat, können sich unterschiedlich starke Anreize für die effiziente Leistungserbringung ergeben. Im Beispiel von Holland (Care Groups) übernimmt die Seite der Leistungserbringer den Lead und die Preise werden mit den Versicherern ausgehandelt. Es wurde dabei befürchtet, dass die starke Marktkonzentration der Versicherer dazu führen könnte, dass sich diese tiefe Bündelpreise durchsetzen und damit starken Druck auf die Leistungserbringer auslösen (de Bakker et al. 2012). In der Schweiz haben die Leistungserbringer (mit einer tieferen Marktkonzentration der Versicherer und dem Kontrahierungszwang) im Vergleich zu Holland im Rahmen der Grundversicherung eine höhere Verhandlungsmacht gegenüber den Versicherern. Dies dürfte das Verhandlungsergebnis bei einem solchen Modell in Richtung schwächerer Anreize für die Leistungserbringer beeinflussen. Leider existiert aber heute noch zu wenig Evidenz, um ein optimales Steuerungsmodell (z.B. Regulator entscheidet, Verhandlungen, Versicherer bietet an, etc.) und einen optimalen Kontext (regulierter Wettbewerb, zentralisiertes System etc.) für das Bundled Payment zu bestimmen.

### 3.1.7. FAZIT

Beim Bundled Payment handelt es sich um einen interessanten Lösungsansatz, der gleichzeitig mehrere relevante Ineffizienzen in der Schweiz angeht. Basierend auf den gemachten Erfahrungen im Ausland und den Interviews lässt sich vermuten, dass mit diesem Lösungsansatz die Qualität, die Outcomes und Kosteneffizienz des schweizerischen Gesundheitswesens prinzipiell verbessert werden könnten. Die Grobschätzung der Effizienzpotenziale deutet darauf hin, dass die Kosteneinsparpotenziale dieses Lösungsansatzes nicht unbeträchtlich sind.

Diesen Chancen stehen aber auch gewisse Gefahren entgegen, die mit der konkreten Ausgestaltung des Modells zusammen hängen.

In ersten Ansätzen wird das Bundled Payment in der Schweiz bereits umgesetzt. Angesichts der zurzeit eher schlechten Voraussetzungen für die praktische Umsetzung von umfassenden Modellen, macht es Sinn, dass das Bundled Payment erst einmal „im Kleinen“, d.h. für gut abgrenzbare Situationen und mit einer überschaubaren Anzahl an verschiedenen Leistungserbringern und in Form von Pilotprojekten erprobt wird.

Die Interviews deuten darauf hin, dass sich der Ansatz „Bottom-up“ entwickeln sollte, damit er eine breite Akzeptanz findet. Dazu müssten die Anreize für die Tarifpartner im System gestärkt und Fehlanreize reduziert werden. Wichtig scheint, dass sich die Strukturen auf der Versorgerseite in Richtung integrierte Versorgung entwickeln. Von regulatorischer Seite her wären

die Anpassung der Tarifstrukturen im ambulanten Sektor und die (inzwischen beschlossene) Verfeinerung des Risikoausgleichs wichtige Voraussetzungen.

## 3.2. OPTIMIERUNG DES SKILL-MIX

### 3.2.1. LÖSUNGSANSATZ

Beim Lösungsansatz der Optimierung des Skill-Mix werden Arbeiten und Kompetenzen innerhalb und zwischen den Gesundheitsberufen umverteilt. In der Literatur wird Skill-Mix allgemein als „the combinations of activities or skills needed for each job within the organization“ definiert (Bourgeault et al. 2011). Prinzipiell sollen die Leistungen möglichst basisnah und an der Stelle erbracht werden, wo dies mit dem geringsten Ressourceneinsatz möglich ist und wobei zumindest eine gleichbleibende Qualität erzielt wird (GDK, BAG 2012).

Skill-Mix-Modelle existieren zu verschiedenen Berufsgruppen. In der Literatur sind vor allem Beispiele zu den folgenden Berufsgruppen zu finden (Künzi, Detzel 2007, Sibbald et al. 2004): Pflegefachkräfte, Hebammen, HausärztInnen, PhysiotherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen, PraxisassistentInnen, pharmazeutische Fachpersonen und nicht qualifiziertes Personal.

Im Rahmen dieser Studie ist es nicht möglich, die verschiedenen Modelle zu vertiefen. **Die Arbeit fokussiert daher auf Skill-Mix-Modelle, welche Pflegefachkräfte betreffen.** Erstens dürften diese vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in der Schweiz sehr relevant sein (vgl. unten), zweitens sind diese Modelle in der Praxis am breitesten erprobt und die empirische Evidenz in der Literatur am besten dokumentiert. Ein weiteres interessantes Beispiel wäre z.B. auch der Skill-Mix zwischen ÄrztInnen und Apotheken, welcher zurzeit mit dem Projekt „Netcare“ (Videokonsultation) in der Diskussion ist. Auch Skill-Mix-Modelle, welche darauf abzielen, ÄrztInnen oder anderes medizinisches Personal von ihren Administrationsaufgaben durch nichtmedizinisches Personal zu entlasten, wären interessant. So nehmen Administrationsaufgaben laut ExpertInnen rund 30-40% der Arbeitszeit der ÄrztInnen ein. Allerdings existiert zu solchen Modellen wie auch zu Modellen mit ApothekerInnen bisher erst wenig Evidenz.

#### **Ziel und Wirkungsmechanismus**

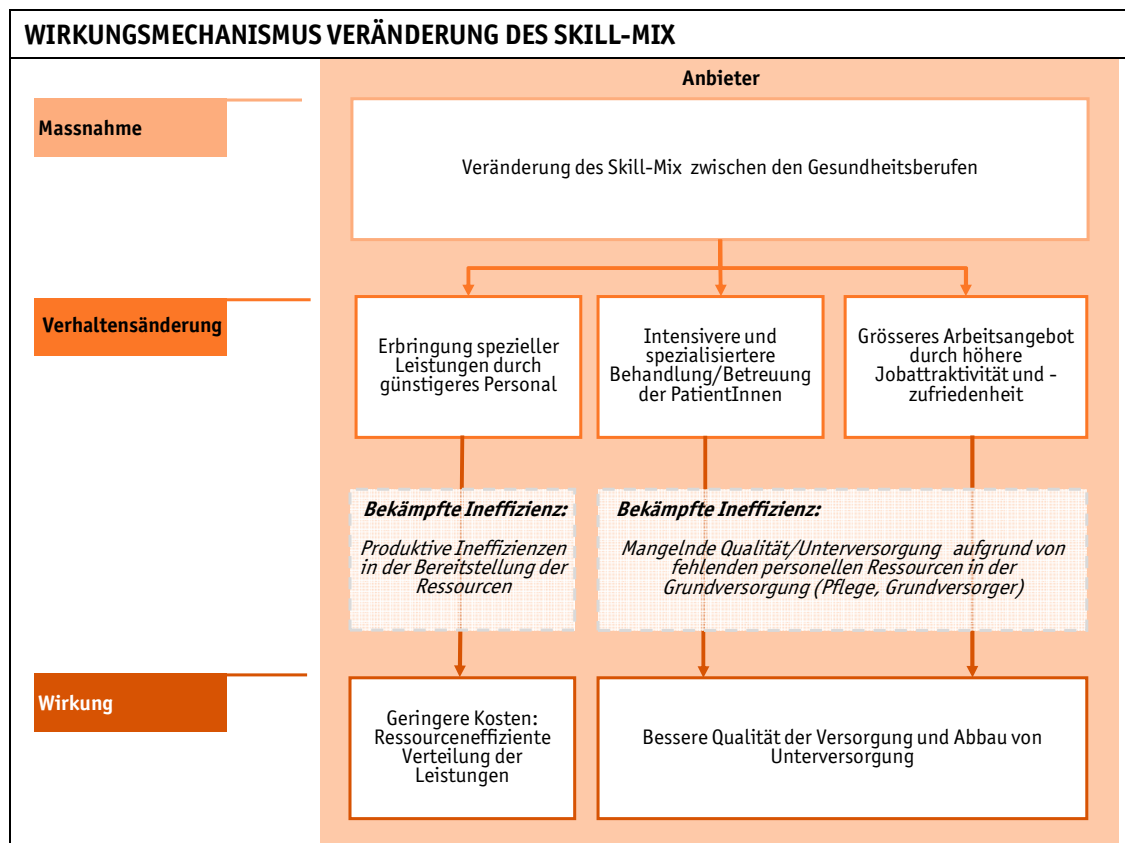
Dieser Lösungsansatz kann von der Angebots- und Nachfrageseite motiviert sein (Bourgeault et al. 2011, Dubois, Singh 2009, Buchan, Dal Poz 2002): Ein häufiges Ziel der Veränderung des Skill-Mix ist es, die Arbeitszufriedenheit und Attraktivität der Berufe zu erhöhen und damit einem **Arbeitskräftemangel zu begegnen**. So kann die Veränderung des Skill-Mix es einerseits einer Berufsgruppe ermöglichen, neue und anspruchsvollere Aufgaben zu übernehmen. Ande-

rerseits werden Berufsgruppen durch die Übertragung von Aufgaben auch entlastet, was den Fachpersonen erlaubt, sich auf spezialisiertere Arbeiten zu konzentrieren.

Zweitens kann die Veränderung des Skill-Mix auch ein Ansatz sein, um die **Qualität der Versorgung** zu verbessern. Indem gewisse Kompetenzen spezifisch geschult werden, kann z.B. in der Versorgung chronisch und mehrfach Kranker eine spezialisiertere Betreuung stattfinden. Des Weiteren kann aus organisations-ökonomischer Sicht tendenziell mehr Zeit für die Behandlung und Betreuung aufgewendet werden.

Drittens können durch die Veränderung des Skill-Mix potenziell **Kosten eingespart** werden, indem gewisse Arbeiten, welche bislang durch höher qualifiziertes Personal (z.B. ÄrztInnen) erbracht wurden, an weniger qualifiziertes Personal übertragen werden. Die produktive Effizienz der Leistungserbringung wird somit gesteigert. Die Kosteneinsparungen können allerdings eher längerfristig erwartet werden, wobei die Lohndifferenz mit neuen qualifizierenden Funktionen auch geringer werden dürfte (Nelson, Folbre 2006). Kurzfristig kann es zu Kostensteigerungen in Form von Schulungskosten und Umstrukturierungen der Aufgaben und Rollen kommen (Bourgeault et al. 2011).

Die folgende Figur illustriert die Wirkungsweise der Veränderung des Skill-Mix.



Figur 7 Eigene Darstellung.

Die mit einer Veränderung des Skill-Mix bekämpften Ineffizienzen stellen in der Schweiz ein relevantes Problem dar. Zwar gilt das schweizerische Gesundheitswesen als ein gut zugängliches Gesundheitssystem. Dennoch wird insbesondere in den Bereichen der hausärztlichen Grundversorgung und der Pflege ein Mangel an Fachkräften erwartet, während die Grund- und Langzeitversorgung mit der Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbidität an Bedeutung zunehmen. Bereits heute ist die Rede von ersten Versorgungsempfässen an HausärztInnen. Das Obsan rechnet damit, dass bis zum Jahr 2030 rund 30% der ärztlichen Konsultationen nicht mehr gewährleistet werden können (Seematter-Banoud et al. 2008). Grund hierfür sind nicht zuletzt die hohe Arbeitsbelastung und geringe Flexibilität in einer Hausarztpraxis (Buddeberg-Fischer et al. 2008). In der Pflege werden gemäss einer anderen Obsan-Studie bis zum Jahr 2020 rund 9'000 neue Pflegefachpersonen pro Jahr benötigt, während die Anzahl der Absolventen im Jahr 2009 bei rund 4'500 lag (Jaccard-Ruedin, Weaver 2009). Als Gründe für den Fachkräftemangel in der Pflege sehen ExpertInnen u.a. das geringe Prestige, die geringe Wertschätzung, unflexible Arbeitsbedingungen und schlechte Lohnaussichten (OECD, WHO 2011).

Inwieweit in der Schweiz produktive Ineffizienzen durch einen suboptimalen Skill-Mix bei der Bereitstellung der Leistungen bestehen, ist schwierig einzuschätzen. Diesbezüglich existieren keine Studien in der Schweiz.

### 3.2.2. BEISPIELE AUS DEM AUSLAND

Skill-Mix-Modelle im Bereich der Pflege sind bereits in verschiedenen Ländern etabliert. Insbesondere in den USA, Kanada, UK, Australien und Finnland sind solche Modelle bereits seit längerer Zeit im Einsatz (Delamaire, Lafortune 2010). Aber auch andere Länder wie Frankreich, Holland, Deutschland, Irland, Schweden, Belgien, Zypern oder Japan haben veränderte Zusammenarbeitsformen von ÄrztInnen und Pflegefachkräften vorzuweisen, wobei diese zum Teil erst in den Kinderschuhen stecken (ebenda).

Eine häufig verfolgte Art der Veränderung des Skill-Mix zwischen Ärztinnen und Pflegefachpersonen ist die Einführung von neuen Jobtiteln zur Erweiterung der Rollen der Pflegefachpersonen, namentlich sogenannter Advanced Practice Nurses (APN) (vgl. Anhang A5). Diese sind in verschiedenen angelsächsischen Ländern (USA, CAN, UK, AUS, NZ, IRL) sowie Finnland, Schweden oder den Niederlanden etabliert (Delamaire, Lafortune 2010). Klassische Einsatzbereiche einer APN sind die Erstkonsultation (Triage), die Prävention und die Betreuung chronisch Kranker (Künzi, Detzel 2007). In verschiedenen Ländern übernehmen die APN aber auch Aufgaben wie die Diagnostik oder die Behandlung von spezifischen Krankheitsbildern, die Verschreibung bestimmter Medikamente oder die Patientenedukation (Delamaire, Lafortune 2010). Ursprüng-

lich eingeführt wurden APN im ambulanten Sektor, in jüngerer Zeit sind sie vermehrt auch in Spitälern z.B. als Clinical Nurses verbreitet (ebenda).

Häufig vorzufinden sind Pflegefachpersonen mit erweiterten Rollen in integrierten Versorgungsorganisationen in der Grundversorgung, wie z.B. Gesundheitszentren in Finnland oder Primärversorgungspraxen in Deutschland (GDK, BAG 2012). Weitere prominente Beispiele für einen veränderten Skill-Mix von ÄrztInnen und Pflegefachpersonen sind Organisationsformen ausserhalb von Arztpraxen und Spitälern, wo Pflegefachpersonen eine federführende Funktion übernehmen z.B. pflegegeleitete „Nurse-led-clinics“, „Walk-in-centers“ oder Call-Centers (Künzi, Detzel 2007, Swiss ANP 2012).

### **Ausgestaltungsvarianten**

Wichtige Ausgestaltungsmerkmale für Skill-Mix-Modelle sind die Folgenden:

- › *Funktion und Aufgabenspektrum der Pflegefachpersonen:* Von der Prävention und Patientenedukation und Triage bis hin zur Diagnostik und Behandlung von definierten Krankheitsbildern, inkl. der Verschreibung bestimmter Medikamente.
- › *Grad der Verantwortung:* Pflegefachpersonen können unter Leitung eines Arztes, unter loser Oberaufsicht, als gleichberechtigte Partner oder in voller Eigenverantwortung (freischaffend) eingesetzt werden.
- › *Settings:* Ambulante Grundversorgung und spezialisierte Versorgung, Akutspital, stationäre Langzeitpflege, ambulante Hausbesuche, integriertes Versorgungsmodelle etc..
- › *Patientengruppe:* Chronisch Kranke, PatientInnen mit „herkömmlichen Diagnosen“, Akutfälle etc..
- › *Art der Ausbildung:* Spezielle anerkannte Ausbildungen bzw. Studiengänge für erweiterte Kompetenzen in der Pflege oder spezifischen Weiterbildungsprogramme.

In der folgenden Tabelle sind ausgewählte Skill-Mix-Beispiele im Bereich der Pflege aufgeführt. Dabei wurde nach Grundversorgung, spezialisierter Versorgung und akuter stationärer Versorgung unterschieden, wobei sich die Mehrheit der Modelle auf die ambulante Grundversorgung bezieht. Zudem wurden möglichst auch Länder ausgewählt, bei denen das Gesundheitssystem Ähnlichkeiten mit dem der Schweiz aufweist (z.B. Deutschland, Holland und Frankreich) und bei welchen es sich um Modelle handelt, in denen der Verantwortungsbereich der Pflegefachpersonen erst wenig ausgeprägt ist.

<b>AUSGEWÄHLTE BEISPIELMODELLE ZU SKILL-MIX IM BEREICH PFLEGEFACHPERSONEN</b>		
<b>Beispiel/Modell</b>	<b>Organisatorische Einbettung</b>	<b>Einsatzbereiche/Aufgabenspektrum</b>
<b>Ambulante Grundversorgung/Langzeitversorgung</b>		
Primary health care Nurse Practitioners in angelsächsischen Ländern (USA, UK, AUS, CAN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Gruppenpraxen</li> <li>› integrierte Versorgungsmodelle</li> <li>› Langzeitpflegeeinrichtungen</li> <li>› Nurse-led clinics (mit hoher Autonomie der Pflegefachpersonen)</li> </ul>	Erstkonsultation/Diagnose, Triage, Gesundheitsförderung und Prävention, Patientenedukation, Routine-Follow-Up-Konsultationen bei chronischen Krankheiten, Anordnung diagnostischer Tests, z.T. Verschreibung von Medikamenten, Hausbesuche bei chronischen Krankheiten/älteren Personen
Primärversorgungspraxen Deutschland	› Einzel- oder Gruppenpraxen (Aufteilung der Sprechstunden: Akut-, Präventions-, Chronikersprechstunde)	Patientenschulung, Impfungen, Langzeitbetreuung chronisch Kranker (Monitoring diverser Messwerte)
Nurse practitioners in NL	› Einzel- und Gruppenpraxen	Erstkonsultation/Diagnose, Überweisung
Walk-in-Centers und Call-Centers in UK (Von autonomen Pflegefachpersonen geführte Einrichtungen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Walk-in Centers: Zentren in frequentierten Gebieten</li> <li>› Call-Centers: V.a. zur Abdeckung von ländlichen Regionen</li> </ul>	Erstkonsultation, Triage, Diagnosestellung, Betreuung, Prävention
<b>Spezialisierte Versorgung</b>		
Spezialisierte Nurse Practitioners in angelsächsischen Ländern (USA, UK, AUS, CAN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Integrierte Versorgungsmodelle</li> <li>› Nurse-led clinics (mit hoher Autonomie der Pflegefachpersonen)</li> </ul>	Erstkontakte, Triage, Patientenedukation, Routine-Follow-Up Betreuung chronischer Krankheiten, Anordnung diagnostischer Tests, z.T. Verschreibung von Medikamenten
ASALEE Teamwork Experiment Frankreich Diabetes Typ II (für das Programm ausgeb. Pflegefachpersonen)	› Gruppierung von unabhängigen Einzelpraxen	Screening, Patientenedukation, Follow-Up-Untersuchungen, Datenmanagement
<b>Stationäre Akutversorgung</b>		
Clinical Nurse Specialists in CAN/UK/USA	› Spitäler	Erarbeitung von Guidelines, Forschung, Ausbildung, z.T. Erstkontakte (Konsultation und Diagnose), Anordnung und Interpretation diagnostischer Tests, Verschreibung von Medikamenten

**Tabelle 11** Quellen: BAG, GDK 2012; Künzi, Detzel 2007; Delamaire, Lafortune 2010; SwissANP 2012.

### 3.2.3. ERSTE ANSÄTZE IN DER SCHWEIZ

Der Skill-Mix zwischen ÄrztInnen und Pflegefachpersonen mit erweiterten Rollen wird in der Schweiz bereits beispielsweise in somatischen Spitälern (z.B. Universitätsspital Zürich und Basel, Kinderspital Zürich) oder in integrierten Versorgungsmodellen wie Gesundheitszentren

und Gruppenpraxen erprobt<sup>10</sup>. In den Interviews werden das medizinische Zentrum in Schüpfen und ein Modell mit HausärztInnen und der Spitex in Winterthur als erfolgreiche Beispiele in der Grundversorgung genannt. Des Weiteren existieren einzelne Pilotprojekte wie das Projekt Leila<sup>11</sup> oder das Projekt Nurse-led Unit<sup>12</sup>. Zudem werden in der Schweiz seit über 10 Jahren „PflegeexpertInnen ANP<sup>13</sup>“ auf Masterstufe ausgebildet. Fachleute schätzen, dass im schweizerischen Gesundheitswesen ca. 200 Pflegefachpersonen als PflegeexpertIn APN oder in einer ähnlichen klinischen Funktion tätig sind (SBK 2013). Gemäss einer Umfrage des SBK aus dem Jahr 2013 (ebenda) arbeiten diese Fachpersonen vorwiegend in somatischen Spitälern, vor allem in den Unispitälern.

Die erweiterten Rollen der Pflegefachpersonen (insbesondere APN) bestehen in der Schweiz bisher vor allem in der Patientenedukation und Förderung des Selbstmanagements, der Gesundheitsförderung und Prävention, der Betreuung von komplexen chronischen Fällen sowie der Sicherstellung der Qualität und evidenzbasierten pflegerischen Versorgung.

### 3.2.4. CHANCEN UND GEFAHREN

Eine Optimierung des Skill-Mix im Bereich der Pflege könnte sich gemäss empirischer Evidenz und Erwartungen der befragten Akteure vor allem positiv auf die Qualität der Versorgung, die Patientenzufriedenheit und die Gesundheit auswirken. Die Evidenz ist häufig zu schwach, um mehr oder weniger erfolgreiche Modelle (APN in der Grundversorgung/Erstversorgung, der spezialisierten Versorgung von chronisch Krankheiten, Clinical Nurse Specialists in der stationären Akutversorgung etc.) auszumachen. Bezüglich möglicher Kosteneinsparungen durch Skill-Mix-Modelle ist die empirische Evidenz weniger eindeutig und die befragten Akteure eher skeptisch. Einen grossen Gewinn könnte die Optimierung des Skill-Mix gemäss Erfahrungen im Ausland und den befragten Akteuren aber hinsichtlich des sich abzeichnenden Fachkräftemangels in der Grundversorgung in der Schweiz bringen.

#### *Auswirkungen auf den Fachkräftemangel*

Die empirische Evidenz zeigt, dass eine Abnahme der Arbeitsbelastung bei den ÄrztInnen durch Skill-Mix-Modelle (z.B. bei der Einrichtung von Walk-in Centers in UK) möglich ist (Künzi, Det-

<sup>10</sup> Die Ausgaben 6/2010 und 1/2011 der "Pflege: die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe" dokumentieren Pilotprojekte zur Einführung von ANP in der Schweiz.

<sup>11</sup> Das Projekt Leila (Leben mit Langzeiterkrankungen) ist eine Initiative des Gesundheitsnetzes 2025 der Stadt Zürich: <http://www.stadt-zuerich.ch/leila>

<sup>12</sup> Das Projekt Nurse-led Unit wird vom Kantonsspital Aarau durchgeführt: <http://competence-hospitalforum.ch/epaper/1204/files/16.html>

<sup>13</sup> ANP = Advanced Nursing Practice. Im Folgenden werden PflegeexpertInnen ANP als APN (Advanced Practice Nurses) abgekürzt.

zel 2007). Die als substituierbar erachteten Konsultationen in der Grundversorgung schwanken zwischen 20 und 60 Prozent.<sup>14</sup> In einzelnen Beispielen kam es aber auch zu einer höheren Belastung von ÄrztInnen. So wurde festgestellt, dass ÄrztInnen zum Teil Schwierigkeiten haben, alte Gewohnheiten aufzugeben und mit einem Skill-Mix Doppelbelastungen entstehen (Sibbald et al. 2004, Laurant et al. 2009). Über effektive Wirkungen auf den Fachkräftemangel bei Pflegefachpersonen ist wenig bekannt.

Einzelne befragte Akteure geben zu bedenken, dass eine Abdeckung eines Mangels der ärztlichen Grundversorger durch Pflegefachpersonen kurzfristig schwierig ist, da in der Pflege ebenfalls ein Personalmangel konstatiert wird. Langfristig dürfte ein erweiterter Skill-Mix aber den Pflegeberuf gemäss Erwartungen der befragten Personen attraktiver machen und die Workforce vergrössern.

#### *Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und Gesundheitsoutcomes*

In Bezug auf die Qualität der Versorgung (Patientenzufriedenheit, Qualitätsstandards, Compliance) erzielen Pflegefachpersonen laut empirischer Evidenz bei Skill-Mix-Modellen zum Teil bessere Ergebnisse als ÄrztInnen. So wird festgestellt, dass Pflegefachpersonen häufiger engere und längere Konsultationen leisten und die PatientInnen stärker informieren.<sup>15</sup> Auch bei verschiedenen Qualitätsaspekten der Versorgung schneiden Pflegefachpersonen mindestens genauso gut (z.B. beim Assessment und der diagnostischen Genauigkeit), zum Teil sogar besser ab als ÄrztInnen (Erfassung der Patientenakten, Kommunikation, Information und Förderung des Selbstmanagements).<sup>16</sup>

Bezüglich Gesundheitsoutcomes zeigen systematische Reviews, dass Skill-Mix-Modelle, in denen Pflegefachpersonen erweiterte Rollen übernehmen, mindestens meist gleich gute Ergebnisse, in Einzelfällen bessere Ergebnisse erzielen.<sup>17</sup> Beispielsweise bei stark verbreiteten chronischen Krankheiten wie Asthma (Stabilisierung der Erkrankung) und Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. bessere Blutdruckwerte und Reduktion Herzversagen) erzielen Pflegefachpersonen teilweise bessere Ergebnisse (Künzi, Detzel 2007).

Die befragten Akteure sind grundsätzlich der Ansicht, dass die Qualität der Versorgung und die Gesundheitsoutcomes durch die Optimierung des Skill-Mix prinzipiell gleich gehalten oder sogar gesteigert werden könnten. Als Beispiele werden zum Teil vertieftere Kompetenzen im

<sup>14</sup> Künzi, Detzel 2007.

<sup>15</sup> Laurant et al. 2009, Horrocks et al. 2002, Wilson-Barnett, Beech 1994, Fulton, Baldwin 2004.

<sup>16</sup> Horrocks et al. 2002, Peltonen 2009, Mousquès, Bourguéil 2010, Russel et al. 2009.

<sup>17</sup> Sibbald et al. 2004, Laurant et al. 2009, Horrocks et al. 2002, Fulton, Baldwin 2004, Kitzman, Groth 2003, Kleinpell 2009, DiCenso, Bryant-Lukosius 2008, Bryant-Lukosius et al. 2004



Bereich Palliative Care oder in der Wundbehandlung genannt. Einzelne Akteure sehen beim Skill-Mix jedoch auch die Gefahr von vermehrten Schnittstellen und damit einer schlechteren Behandlungskontinuität. Auf diese Gefahr wird auch in der Literatur hingewiesen (Sibbald et al. 2004, Delamaire, Lafortune 2010). Von Ärzteseite werden Qualitätseinbussen bei einer Substitution der Kompetenzen (bei welcher die Verantwortung vollumfänglich übertragen wird im Unterschied zur Delegation, wo die Sorgfaltspflicht bei der Ärzteschaft bleibt) befürchtet. Wenn Skill-Mix-Modelle aus einem Personalmangel oder aus dem Motiv, Kosten einzusparen heraus entsteht, sehen verschiedene Akteure auch die Gefahr, dass zu viele Aufgaben an weniger qualifiziertes Personal delegiert werden.

#### *Auswirkungen auf die Kosten*

Sind Skill-Mix-Modelle rein substituierend ausgerichtet, sind gemäss empirischer Evidenz auch Kosteneinsparungen möglich, wobei auch damit gerechnet werden muss, dass die Lohndifferenz geringer wird, wenn sich die Rollen ausweiten (Nelson, Folbre 2006). Die vorhandenen systematischen Reviews zeigen, dass sich im Bereich der Grund- und spezialisierten Versorgung die direkten Kosten von Modellen mit NPs kaum unterscheiden, in Einzelfällen liegen sie etwas tiefer (Buchan, Calman 2004, Laurant et al. 2009). Im Bereich der akutmedizinischen Versorgung mit Clinical Nurse Specialists (CNS) in multidisziplinären Teams zeigt die Evidenz eindeutigere Ergebnisse. So konnten mit solchen Modellen die Dauer des Spitalaufenthaltes, die Anzahl Komplikationen und die Behandlungskosten tendenziell gesenkt werden (Newhouse et al. 2011).

In der Praxis zeigt sich, dass Kosteneinsparungen häufig durch längere Konsultationen durch die Pflegefachpersonen kompensiert werden (ebenda). Teilweise (z.B. in der Prävention) kommt es durch die Spezialisierung der Pflegefachpersonen zu einer Leistungsausweitung, die sich zwar positiv auf die Qualität aber nicht auf die Kosteneinsparungen auswirkt (Künzi, Detzel 2007, Delamaire, Lafortune 2010). Zweitens zeigen auch Beispiele, dass Doppelspurigkeiten entstehen können, indem Pflegefachpersonen nicht immer autonom handeln können (Buchan, Calman 2004). Schliesslich wird in der Literatur auch darauf hingewiesen, dass beim Skill-Mix durch den höheren Koordinationsbedarf auch Transaktionskosten entstehen können. Studien, welche die Auswirkungen von Skill-Mix-Modellen auf die Kosten untersuchen, beziehen sich allerdings auch meist nur auf die direkten Kosten (Vergleich direkter Kosten des Arztes vs. APN). Mögliche langfristige Kosteneinsparungen durch verbesserte Qualität oder Gesundheitsoutcomes wurden hingegen selten untersucht. Gemäss einigen Studien führt die tendenziell engere Betreuung durch Pflegefachpersonen aber zu einer Reduktion des Medikamentengebrauchs sowie zu einer Entlastung der Arztpraxen und Notfallaufnahmen (Künzi et al. 2013).

Einzelne befragte Akteure äussern sich sehr skeptisch zu den Chancen für Kosteneinsparungen durch eine Optimierung des Skill-Mix. Erstens wird darauf hingewiesen, dass mit steigender Verantwortung auch höhere Lohnforderungen einhergehen. Zweitens wird vermutet, dass eine reine Substitution der Aufgaben in vielen Fällen nicht möglich ist, so dass es zu Doppelspurigkeiten und Mengenausweitungen von erbrachten Leistungen komme.

#### *Auswirkungen auf die Chancengleichheit*

Einzelne ausländische Beispiele deuten darauf hin, dass Skill-Mix-Modelle die Chancengleichheit in der Gesundheit verbessern können. In Ländern mit abgelegenen Regionen wie Australien, Kanada oder Finnland konnte durch Pflegefachpersonen in der Grundversorgung der Zugang zur Versorgung in ländlichen und abgelegenen Gegenden verbessert werden, ohne die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen (Delamaire, Lafortune 2010).

#### *Erfahrungen in der Umsetzung*

Einzelne Erfahrungen, welche in den Studien dokumentiert werden, zeigen, dass Skill-Mix-Modelle Schwierigkeiten in der Umsetzung mit sich bringen, wenn sie nicht sorgfältig geplant und ausgestaltet sind:

- › *Mangelnde Akzeptanz der neuen Rollen:* Die Akzeptanz von neuen Rollen hängt gemäss Studien stark davon ab, in welchem Kontext sie eingeführt werden. Sind negative Gründe wie Kostendruck oder der Mangel an Arbeitskräften der Auslöser für einen Wechsel des Skill-Mix, oder wird er von oben verordnet, so kann dies z.B. gemäss Erfahrungen in England negativ aufgenommen werden – von Seiten der ÄrztInnen als Entzug von zentralen Verantwortungsbereichen, von Seiten der Pflegefachpersonen als ungewünschte Intensivierung der Arbeit (Delamaire, Lafortune 2010).
- › *Arbeitsbeziehungen zwischen den Disziplinen:* Ein Wechsel der Rollen kann die Arbeitsbeziehung zwischen den Disziplinen beeinträchtigen. So wurde im Ausland (z.B. England, Finnland) festgestellt, dass die erweiterten Rollen und die bessere Ausbildung bei den Pflegefachpersonen Erwartungen schüren (z.B. Lohnerwartungen und die Anerkennung als komplementärer Partner), die ihnen teilweise nicht erfüllt werden (können) (Bourgeault et al. 2011, Sibbald et al. 2004).
- › *Arbeitsbeziehungen zwischen den Pflegefachpersonen:* Pflegefachpersonen in APN-Rollen berichten von Schwierigkeiten in den Arbeitsbeziehungen mit anderen Pflegefachpersonen. Beispielsweise können Restrukturierungen, in denen nur ein Teil des Personals erweiterte Rollen erhält, zu Stress in der Abteilungshierarchie führen (Sibbald et al. 2004).

- › *Arbeitsbelastung und Zufriedenheit der Pflegefachpersonen:* Bei einem wenig strategisch geplanten Wechsel im Skill-Mix besteht gemäss Erfahrungen in England das Risiko, dass die Arbeitsbelastung von Pflegefachpersonen mit erweiterten Rollen zunimmt und damit die Arbeitsmotivation abnimmt – so z.B. wenn bisherige Aufgaben nicht nach unten delegiert werden können (Sibbald et al. 2004).

Die möglichen Chancen und Gefahren, welche von Skill-Mix-Modellen im Bereich von ärztlichen und pflegerischen Leistungen ausgehen, sind in der unten stehenden Tabelle zusammengefasst.

<b>MÖGLICHE CHANCEN UND GEFAHREN</b>		
<b>Dimension</b>	<b>Chancen</b>	<b>Gefahren</b>
Wirkungen auf die Qualität/Outcomes	› Evidenz bezüglich gleicher oder verbesserter Qualität relativ klar belegt (Prozessqualität, Patientenzufriedenheit)	› Weniger Kontinuität und Sicherheit der Versorgung und Patientenzufriedenheit durch vermehrte Schnittstellen › Delegation an zu wenig qualifiziertes Personal im Kontext von Personalmangel und Kostendruck
Wirkungen auf die Kosten	› Kosteneinsparung gemäss empirischer Evidenz bei gleichbleibender Qualität möglich	› Leistungsausweitungen möglich, wenn Substitution nicht konsequent umgesetzt wird › Transaktionskosten durch höheren Koordinationsbedarf › Höhere Lohnforderungen bei steigender Verantwortung
Wirkung auf die Chancengleichheit	› Zugang kann in Regionen mit schlechter Abdeckung von ÄrztInnen verbessert werden	
Wirkungen auf den Fachkräftemangel	› Sinkende Arbeitsbelastung der HausärztInnen bei Delegation und Substitution von Arbeiten › Langfristig Attraktivierung des Pflegeberufs, dadurch Vergrösserung der Workforce der Pflegefachpersonen	› Zusatzbelastungen der Ärzteschaft und Pflege möglich, falls Substitution nicht konsequent umgesetzt wird › Stärkere Beanspruchung des Pflegepersonals bei Personalmangel im Bereich der Pflege kurzfristig schwierig
Sonstiges	› Förderung der integrierten Versorgung und interprofessionellen Zusammenarbeit › Erhöhte Wahlfreiheit der Versicherten/PatientInnen	› Belastung der Arbeitsbeziehungen zwischen den Disziplinen und innerhalb der Pflegedisziplin

Tabelle 12

### 3.2.5. EFFIZIENZPOTENZIALE

Der Skill-Mix lässt sich aus Sicht der befragten Akteure und vor dem Hintergrund ausländischer Beispiele in der Schweiz noch stärker ausbauen. So sind Pflegefachpersonen im Ausland stärker bei Erstuntersuchungen von PatientInnen mit kleineren Gesundheitsproblemen, in der Triage bei integrierten Versorgungsmodellen, bei telemedizinischen Diensten oder der Notaufnahme

aktiv und übernehmen mehr klinische Untersuchungen und diagnostische Tätigkeiten wie die Anordnung und Interpretation von diagnostischen Tests. Die Pflegefachpersonen ANP in der Schweiz sind laut Befragten aus dem Bereich der Pflege ebenfalls in der Lage, PatientInnen zu untersuchen, Abklärungen zu treffen und Pflegetherapiepläne vorzuschlagen<sup>18</sup>. Zudem sei man daran, die Studiengänge weiter in Richtung klinische Expertise zu vertiefen. Das grösste Potenzial sehen die ExpertInnen in der Versorgung chronisch und mehrfach Kranker (insbesondere Fallmanagement), im Bereich der Geriatrie (Hochbetagte und Palliative Care), der Erstversorgung von PatientInnen in stabilen Situationen sowie im Bereich der Notaufnahme (Triage). Insbesondere im Bereich der Grundversorgung (Arztpraxen, Gesundheitszentren, Spitex, Alters- und Pflegeheime etc.) bestehen noch Potenziale.

Mögliche Effizienzpotenziale durch die Optimierung des Skill-Mix sind schwierig quantitativ abzuschätzen. Der Hauptgrund dafür ist, dass die grössten Effizienzgewinne wohl längerfristig über die Verbesserung der Behandlungsqualität und der Outcomes zu erwarten sind. Bei den direkten Behandlungskosten, also kurzfristig, zeigt die empirische Evidenz nur kleinere Kosteneinsparpotenziale und ist nicht ganz eindeutig. Um dennoch eine Grössenordnung anzugeben, werden die kurzfristigen Kosteneinsparpotenziale anhand der Übertragung eines Beispiels in Holland grob aufgezeigt.

Das holländische Beispiel betrifft ein Modell, bei dem speziell ausgebildete Nurse Practitioner (NP) die Untersuchung und Behandlung von PatientInnen mit leichten medizinischen Beschwerden (z.B. Atemprobleme, Hals-Nasen-Ohren Probleme, muskulärskeletale Symptome und Verletzungen, Hautverletzungen) in Hausarztpraxen übernehmen. Mit diesem Modell konnten gemäss einer randomisierten Kontrollstudie (Dierick van Daele et al. 2010) knapp 0,1% der gesamten Kosten des holländischen Gesundheitswesens eingespart werden. Gegenüber HausärztInnen lagen die direkten Behandlungskosten der NP pro Konsultation 20% (rund 8 Euro) tiefer. Die Kostenunterschiede werden dabei hauptsächlich (zu 78%) auf Lohnunterschiede zwischen HausärztInnen und NP zurückgeführt. Gemäss der Studie verdienen NP in Holland 56% weniger als HausärztInnen. In der Schweiz dürfte der Unterschied zwischen HausärztInnen und Pflegefachpersonen, die auf Masterstufe ausgebildet sind, kleiner sein.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Die Verordnung und Anpassung von Medikamenten und diagnostischen Tests steht für Befragte aus dem Bereich der Pflege für die Entwicklung der APN-Rollen zunächst einmal nicht im Vordergrund.

<sup>19</sup> Laut Künzi et al. (2011) beträgt das durchschnittliche Jahreseinkommen eines in der Praxis tätigen Allgemeinmediziners CHF 214'000. Gemäss Auskunft des Inselspitals Bern verdient die Mehrheit der Pflegefachpersonen auf Masterstufe zwischen CHF 107'000 und CHF 140'000 pro Jahr. Diese Zahlen bilden nur einen Anhaltspunkt, da sie sich erstens nur auf den Kanton Bern und zweitens auf das Spitalsetting beziehen. Die schweizweiten Durchschnittslöhne von in der Grundversorgung tätigen Pflegefachpersonen auf Masterstufe konnten leider nicht in Erfahrung gebracht werden.

Überträgt man die Ergebnisse der holländischen Studie auf den Schweizer Kontext, könnten grob geschätzt CHF 140 Mio. (0,22%) der gesamten Gesundheitsausgaben (2011) durch dieses Skill-Mix Modell eingespart werden (vgl. Tabelle 13). Führt man die Berechnung anhand der OKP-Ausgaben durch, liegt der Anteil etwas höher, d.h. bei 0,34%. Das Ergebnis entspricht in etwa einer amerikanischen Studie (Hussey et al. 2009), welche die Einsparpotenziale durch Skill-Mix-Modelle für die Behandlung „üblicher“ Symptome<sup>20</sup> der Grundversorgung auf 0,3% – 0,5% der totalen Gesundheitsausgaben in den USA schätzt.

Bei dem Ergebnis für die Schweiz ist erstens zu berücksichtigen, dass hinter der Berechnung viele grobe Annahmen stecken. Es kann daher nur als grobe Grössenordnung betrachtet werden unter der Annahme, dass in der Schweiz ähnlich tiefere Behandlungskosten erzielt werden könnten wie beim holländischen Beispiel. Wie in Kap. 3.2.4 ausgeführt ist die empirische Evidenz bezüglich kurzfristiger Kosteneinsparungen bei den direkten Behandlungskosten nicht eindeutig. Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass hier nur eine Form möglicher Skill-Mix-Modelle betrachtet wurde. Darüber hinaus bestehen wie in Kap. 3.2.5 ausgeführt noch viele weitere Potenziale (z.B. Grundversorgung von chronisch Kranken, Behandlungen im Spitalsetting etc.) für die Veränderung des Skill-Mix in der Schweiz. Schliesslich sind in dem Ergebnis auch keine möglichen Effizienzverbesserungen über Qualitätsverbesserungen berücksichtigt, da diese erst längerfristig anfallen und daher nicht empirisch untersucht wurden.

<sup>20</sup> z.B. Husten, Halsschmerzen, Fieber, Ohrenschmerzen, Hautausschlag, Schnupfen.

<b>GROBSCHÄTZUNG EINSARPOTENZIALE (SKILL-MIX IN DER GRUNDVERSORGUNG BEI PATIENTIN- NEN MIT ÜBLICHEN SYMPTOMEN)</b>				
<b>Berechnungsschritte</b>		<b>Hilfs- parameter</b>	<b>Ergebnis Schweiz</b>	<b>Quellen</b>
Total Gesundheitsausgaben (2011)			64'574 Mio. CHF	› BFS 2012
Davon ambulante Behandlung bei Grundversorgern			3'896 Mio. CHF	› Total ambulante Behandlungen: BFS 2012 › Davon Anteil Grundversorger (42%): Obsan 2012 basierend auf Datenpool santésuisse, Daten von 2010
*	Anteil durch APN substituierbarer Leistungen	20%		› Dierick-van Dale (2010) › Wanless (2002)
=	Ausgaben für substituierbare Leistungen		779 Mio. CHF	
*	Kostenunterschied bei Behand- lung durch APN	18%		› Dierick-van Dale 2010: -20% korri- giert um Unterschiede in Lohndiffe- renz zwischen CH und Holland. › Eine amerikanische Studie (Hussey et al. 2009) weist ebenfalls 20% Kosten- unterschiede auf.
=	<b>Total Einsparpotenzial durch Einsatz APN</b>		<b>140 Mio. CHF</b>	
≙	<b>Anteil an total Gesundheitsaus- gaben</b>		<b>0.22%</b>	

Tabelle 13

### 3.2.6. MÖGLICHKEITEN DER IMPLEMENTIERUNG

Eine Ausweitung von Skill-Mix-Modellen im Bereich Ärzteschaft/Pflege ist aus Sicht der befragten Akteure prinzipiell möglich. Einer stärkeren Ausbreitung von Skill-Mix-Modellen stehen derzeit aber verschiedene Hindernisse im Weg. Die Hindernisse betreffen einerseits die Akzeptanz, andererseits fehlende Anreize durch das Finanzierungssystem, die Ausrichtung des Bildungssystems, die heutigen Versorgungsstrukturen und fehlende gesetzliche Rahmenbedingungen. Daneben existieren aber auch einige Faktoren, welche die weitere Entwicklung dieses Lösungsansatzes fördern könnten.

#### **Hemmnisse und fördernde Faktoren**

##### *Akzeptanz*

Die befragten Akteure stehen dem Lösungsansatz des Skill-Mix eher gemischt gegenüber. Die Akzeptanz hängt dabei stark von der Ausgestaltung des Skill-Mix ab, d.h. insbesondere davon, wie weit die Rollenerweiterung und Erweiterung der Verantwortungsbereiche geht. Modelle, wie sie heute in Anwendung und im Rahmen der gesetzlichen Rahmenbedingungen möglich sind, finden bei den befragten Akteuren eine breite Akzeptanz. Einer gesetzlich verankerten stärkeren

Ausweitung der Verantwortungsbereiche der Pflege steht die Ärzteschaft hingegen kritisch gegenüber. Das Argument der befragten Personen aus dem Bereich der Pflege, dass es um das partnerschaftliche Ergänzen der ÄrztInnen in den Modellen gehe, stösst bei diesen noch auf Skepsis. Eine Mehrheit der befragten Akteure ist der Meinung, dass die Akzeptanz von Seiten der Ärzteschaft ein Hindernis für die Verbreitung des Skill-Mix sein dürfte. Die Vorbehalte der Ärzteschaft rühren insbesondere aus mangelndem Wissen und fehlenden Erfahrungen bezüglich den Wirkungen auf die Qualität.

Die Akzeptanz von Skill-Mix-Modellen dürfte sich mit einer grösseren Bekanntheit der Kompetenzen der Berufsgruppen aus Sicht einzelner Befragter erhöhen. Einen Beitrag dazu würde auch die Internationalisierung des Gesundheitswesens leisten. ÄrztInnen aus angelsächsischen Ländern seien APN bereits gut bekannt. Zudem könnten vermehrte Erfahrungen mit solchen Modellen die Entwicklung fördern.

Des Weiteren machen verschiedene Akteure auf die Alterung der Gesellschaft und die Zunahmen von chronischen Krankheiten, Multimorbidität und altersspezifischen Krankheiten wie Demenz aufmerksam. Die Pflege könne gerade in solchen Bereichen einen starken Beitrag leisten. Die zunehmende Multimorbidität erfordere zudem eine Neuausrichtung auf neue Formen der Zusammenarbeit.

#### *Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem bzw. Bildungssystem*

Die Befragten nennen auch Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Bildungssystems als Hemmnisse und fördernde Faktoren:

- › Die wenig integrierte Versorgung im Bereich der Grundversorgung hindert eine Etablierung von Skill-Mix-Modellen, da solche insbesondere in diesem Umfeld gut umsetzbar sind.
- › Die Leistungserbringer haben insbesondere durch die Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung wenig finanzielle Anreize, Skill-Mix-Modelle anzubieten. Andererseits können Finanzierungssysteme, welche Druck auf eine effiziente Leistungserbringung ausüben, die Entwicklung von Skill-Mix-Modellen fördern. Das DRG-System sowie Pauschalen im Rahmen von Managed-Care-Modellen setzen bereits entsprechende Anreize.
- › Im Tarmed, aber auch in den stationären Tarifsyste men können einzelne Leistungen der Pflegenden mit erweiterten Rollen nicht abgegolten werden. Ein Problem ist, dass die erbrachten Leistungen gemäss KVG immer ärztlich abgegolten werden müssen.
- › Damit Pflegefachpersonen stärker in eigener Verantwortung tätig sein können, fehlt es nach Meinung von Befragten aus dem Bereich der Pflege an gesetzlichen Rahmenbedingungen wie der Festlegung der Kompetenzen, der Regelung der Haftpflicht und Sicherstellung der Qualität. Derzeit würden Pflegenden bereits erweiterte Rollen – wie z.B. die Veranlassung, Durchfüh-

rung und Interpretation von diagnostischen Tests und Massnahmen in komplexen Pflegesituationen – übernehmen, aber in Bezug auf die rechtliche Situation bewege man sich in einer „Grauzone“. Diesbezüglich laufen verschiedene politische Prozesse, namentlich die Vernehmlassung des Gesundheitsberufegesetzes<sup>21</sup> und eine Charta zur Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe der SAMW<sup>22</sup> sowie die Initiative Joder<sup>23</sup>.

- › Als Hemmnis hinsichtlich des Bildungssystems nennen die Befragten aus dem Bereich der Pflege, dass erst wenige PflegeexpertInnen APN ausgebildet würden, und die Ausbildung zum Teil noch nicht vertieft genug sei. Zudem seien die heutigen Ausbildungen noch zu wenig auf das interprofessionelle Arbeiten ausgerichtet
- › Fördernd könnte hingegen der *Mangel an Gesundheitspersonal*, insbesondere im Bereich der ambulanten Grundversorgung wirken. Dieser dürfte aus Sicht einzelner Befragter zu einer verstärkten Suche nach neuen Modellen führen. Insbesondere in abgelegenen Regionen würde der Druck zugunsten solcher Lösungsmöglichkeiten stark zunehmen.

### **Mögliche Ansatzpunkte und Massnahmen zur Förderung**

Die verschiedenen interviewten Akteure sind sich darin einig, dass eine stärkere Etablierung des Skill-Mix nicht durch die Vorgabe konkreter Modelle erfolgen sollte. Vielmehr sollten sich die Modelle ausgehend vom Bedarf der PatientInnen im jeweiligen Setting entwickeln. Die Akteure nennen verschiedene Ansatzpunkte und mögliche Massnahmen, um Skill-Mix-Modelle in der Schweiz zu fördern<sup>24</sup>:

- › Mit dem neuen Gesundheitsberufegesetz die Voraussetzungen für die Berufsausübung der Pflege, insbesondere für erweiterte Rollen im Bereich APN, schaffen. Wichtig sei diesbezüglich die Einbindung der Masterstufe in das Gesundheitsberufegesetz.
- › Einführung eines Berufsregisters<sup>25</sup> zur Qualitätssicherung, in dem alle aktiven Pflegefachpersonen mit Namen und besuchter Weiterbildung aufgeführt sind. Ausserdem Vorgabe einer kontinuierlichen Weiterbildung – wie z.B. in England.
- › Das interprofessionelle Arbeiten in der Aus- und Weiterbildung verankern. Hier ist laut einzelnen befragten Personen vor allem Überzeugungsarbeit bei den Ausbildungsverantwortlichen

<sup>21</sup> Das neue Gesundheitsberufegesetz GesBG befindet sich seit dem 13.12. 13 bis zum 18.4.2014 in der Vernehmlassung. Es legt die Anforderungen an die Ausbildung verschiedener Berufsgruppen (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammen, Ernährungsberatung) auf Bachelorstufe an den Fachhochschulen fest. Zudem regelt es die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung.

<sup>22</sup> Nicht veröffentlicht

<sup>23</sup> Bei der Initiative Joder geht es um die Aufteilung der Leistungen im Bereich KVG in einen mitverantwortlichen und eigenverantwortlichen Teil der Pflege: [http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20110418](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20110418).

<sup>24</sup> Die im Folgenden aufgeführten Vorschläge wurden zum teils kontrovers diskutiert. Grundsätzlich zeigten sich die befragten Personen der Ärzteschaft hier zurückhaltender als die anderen Akteure.

<sup>25</sup> Der Regelungsbedarf eines aktiven Registers ist ebenfalls Gegenstand der Vernehmlassung des GesBG.



gefragt. Dazu sollten beispielsweise in Form von Pilotversuchen Erfahrungen in der klinischen Zusammenarbeit gemacht werden.

- › Anpassungen auf tariflicher Ebene vornehmen. Die Initiative Joder zielt in diese Richtung.
- › Entwicklung des „eHealth“ bzw. der elektronischen Patientendossiers, damit die Informationen an den Schnittstellen zuverlässig fließen können.
- › Vorantreiben des Chronic-Care-Managements in dessen Rahmen sich Skill-Mix-Modelle gut etablieren können.

### **Wichtige Erfolgsfaktoren in der Umsetzung**

Die Literatur zeigt, dass es einer sorgfältigen Umsetzung des Skill-Mix bedarf, um mögliche Fehlanreize und Gefahren zu vermeiden und die Effizienzpotenziale tatsächlich einzufahren.

Dazu gehört, dass

- › die Einführung von neuen Rollen sorgfältig geplant wird,
- › die betroffenen Gesundheitsberufe den Skill-Mix mitgestalten und über die Kompetenzverteilung mitbestimmen,
- › die notwendigen Kompetenzen am Patientenbedarf orientiert, definiert und organisiert werden,
- › die Kompetenzen klar zugewiesen sind, die Verantwortlichkeiten und die Haftpflicht geregelt sowie Qualitätsnormen aufgestellt werden,
- › die Informationen an den Schnittstellen - unterstützt durch elektronische Informationssysteme - fließen,
- › der Skill-Mix ganzheitlich, also auch nach oben und unten hin mit dem notwendigen Personal abgestützt wird und
- › die Übertragung der Aufgaben auch konsequent erfolgt.

### **3.2.7. FAZIT**

Das Prinzip des Skill-Mix sowie die Erfahrungen im Ausland sind vielversprechend. Eine Veränderung des Skill-Mix im Bereich der Pflege könnte sich gemäss empirischer Evidenz und Erwartungen der befragten Akteure vor allem positiv auf die Qualität der Versorgung, die Patientenzufriedenheit und die Gesundheit auswirken.

Die grobe Quantifizierung möglicher Effizienzverbesserungen lässt vermuten, dass kurzfristig kleinere Kosteneinsparungen mit einer Veränderung des Skill-Mix erzielt werden könnten, wenn dieser gut ausgestaltet ist. Eine wichtige Rolle scheinen diesbezüglich die sorgfältig und strategisch geplante Einführung von neuen Rollen und klaren Kompetenzzuweisungen zu sein.

Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Abstimmung und Koordination zwischen den Fachpersonen, da mit dem Skill-Mix die Schnittstellen zunehmen und die Kontinuität der Versorgung beeinträchtigt werden könnte. Gute Voraussetzungen liefern diesbezüglich integrierte Versorgungsorganisationen, welche über geeignete Organisationsstrukturen verfügen. Zudem kommt der weiteren Entwicklung des „eHealth“, d.h. der elektronischen Informationssysteme eine zentrale Rolle zu. Längerfristig dürften die Effizienzgewinne über eine verbesserte Qualität der Versorgung, insbesondere von chronisch Kranken, noch weiter steigen. Des Weiteren bildet der drohende Fachkräftemangel im Bereich der Pflege und bei den Grundversorgern ein starkes Argument für eine Optimierung des Skill-Mix.

Eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich Skill-Mix-Modelle stärker in der Schweiz etablieren ist, dass das interprofessionelle Arbeiten durch die Schaffung entsprechender Strukturen und Angebote im Bildungssystem besser gelernt werden kann. Auch die systembedingten Anreize, um Skill-Mix-Modelle umzusetzen, könnten gestärkt werden. Gegenanreize bilden momentan die Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung, der Kontrahierungszwang und teilweise die fehlende Abbildung der Leistungen im Tarifsysteem. Wichtig ist auch, die Frage der Verantwortung bei der Übernahme von erweiterten Rollen zu klären. Falls Pflegefachpersonen stärker eigenständig Aufgaben übernehmen, sollte in jedem Fall die Verantwortung entsprechend rechtlich geregelt werden.

### 3.3. MEDIZINISCHE GUIDELINES

#### 3.3.1. LÖSUNGSANSATZ

Die FMH definiert medizinische Guidelines als evidenzbasierte, d.h. empirisch nachgewiesene wirksame Aussagen und Empfehlungen in Bezug auf einen definierten diagnostisch-therapeutischen Bereich.<sup>26</sup> Guidelines basieren auf wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Praxiserfahrung und leiten daraus praxisorientierte Empfehlungen ab. Guidelines sind Orientierungshilfen für den Regelfall, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann bzw. muss. Sie geben keine in jedem Einzelfall gültige Handlungsanweisung.

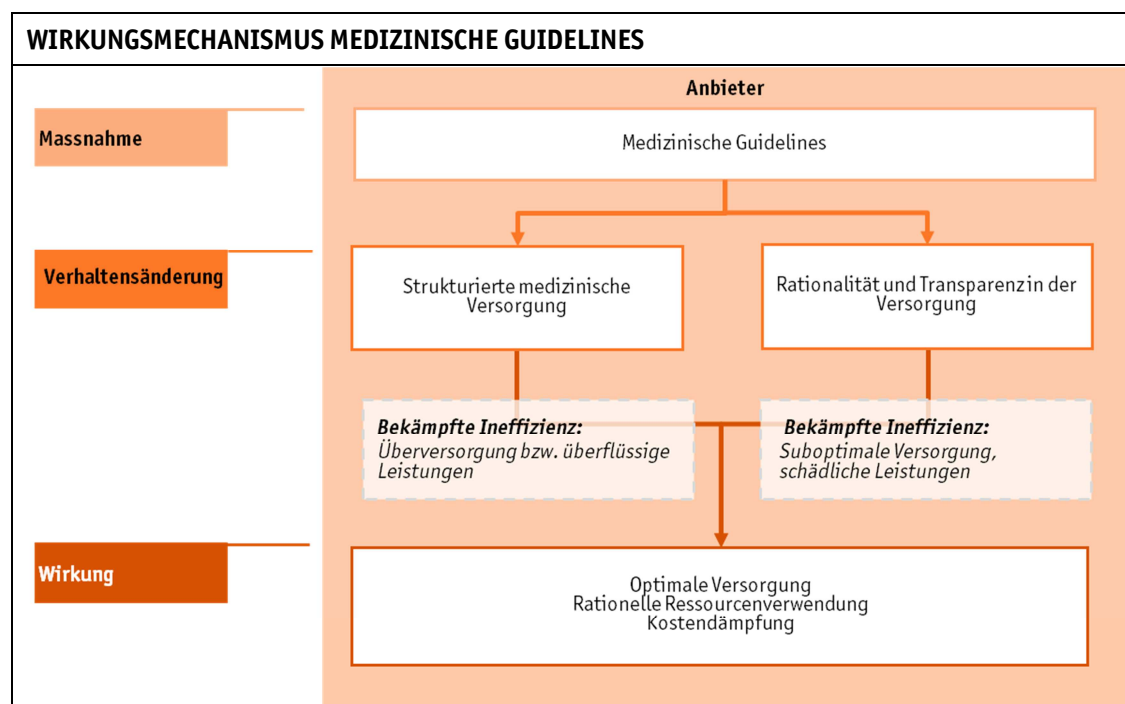
Guidelines werden auch als Leitlinien, Leitplanken oder Handlungsempfehlungen bezeichnet. In der Literatur findet sich eine Mehrzahl von Definitionen, ihnen gemeinsam ist, dass es sich bei Guidelines um evidenzbasierte Empfehlungen handelt, mit der Absicht, die Patientenbehandlung zu optimieren.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Hostettler et al. 2014.

<sup>27</sup> Das Institute of Medicine (IOM) beispielsweise definiert medizinische Guidelines (Clinical Practice Guidelines) als „statements that include recommendations intended to optimize patient care that are informed by a systematic review of evidence and an assessment of the benefits and harms of alternative care options (<http://www.guideline.gov/about/inclusion-criteria.aspx>) AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) verwendet den Begriff Behandlungsleit-

### Ziel und Wirkungsmechanismus

Guidelines verfolgen mehrere Ziele: Den ÄrztInnen helfen sie, indem sie ihnen Fachwissen synthetisieren und vermitteln und so dazu beitragen, medizinische Entscheidungen rational und transparent zu machen. Guidelines wirken dadurch, dass sie Behandlungsstandards (gute medizinische Praxis) setzen und PatientInnen damit nicht zufällig, sondern überall gleich behandelt werden. Dabei steht der Patientennutzen im Mittelpunkt. Guidelines helfen, Prozesse effizienter zu gestalten sowie überflüssige Leistungen und überholte und schädliche Behandlungen zu vermeiden<sup>28</sup>. Sie reduzieren Unsicherheiten und verhindern Fehler. Damit sollen auf Versorgungsebene Ressourcen rationeller eingesetzt, die Versorgungsqualität verbessert und die Kosteneffektivität erhöht werden. Guidelines bekämpfen somit **Ineffizienzen in Form von Überversorgung bzw. überflüssigen Leistungen, von schädlichen Leistungen und suboptimaler Behandlungsqualität.**



Figur 8 Eigene Darstellung

linien und definiert diese als systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben und den behandelnden ÄrztInnen und ihren PatientInnen die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung in spezifischen Krankheitssituationen erleichtern.

<sup>28</sup> Gemäss Hostettler et al. (2014) zeigen Studien aus dem Ausland, dass rund ein Drittel der PatientInnen nicht evidenzbasierte und bis zu einem Viertel sogar potenziell schädliche Behandlungen erhalten.

### 3.3.2. BEISPIELE AUS DEM AUSLAND

Mit dem Aufkommen der evidenzbasierten Medizin (EBM) haben Guidelines seit den 90er Jahren einen grossen Schub erhalten. Ihren Ursprung haben sie allerdings schon viel früher, erste Guidelines entstanden bereits im 19. Jahrhundert in den USA.

Heute haben sich Guidelines in vielen Ländern und Bereichen etabliert, u.a. in UK, in den Niederlanden und in Australien. Aufgestellt werden sie mehrheitlich von Ärzteorganisationen, insbesondere von medizinischen Fachgesellschaften, aber auch von Spitälern. In der Kardiologie ist es beispielsweise die European Society of Cardiology, in der Onkologie gibt es eine ganze Reihe von Organisationen, welche Guidelines erstellen und sammeln, darunter: European Society for Medical Oncology (ESMO), National Comprehensive Cancer Network (NCCN), British Columbia Cancer Agency, American Society of Clinical Oncology (ASCO).<sup>29</sup> Daneben gibt es auch Guidelines von transversalen Institutionen wie der U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), die Guidelines im Präventionsbereich, z.B. für Screenings erstellen.

In verschiedenen Ländern existieren übergeordnete Institutionen, welche die Entwicklung von Guidelines fördern. In Deutschland beispielsweise stellt das ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) eine ganze Reihe von Grundlagen zur Verfügung, die beschreiben, wie Leitlinien zu erarbeiten, zu implementieren und zu evaluieren sind („Guidelines for Guidelines“).<sup>30</sup> Die meisten Institutionen sind Mitglied im internationalen Leitlinien-Netzwerk Guidelines International Network (G-I-N). Das Netzwerk besteht aus 93 Institutionen, die auf dem Gebiet der Leitlinien-Entwicklung, -Verbreitung und -Anwendung arbeiten.

Finanziert werden die Guidelines von den Fachgesellschaften, in einzelnen europäischen Ländern von der öffentlichen Hand, aber zum Teil auch durch ExpertInnen im Rahmen ihrer akademischen Tätigkeit.

#### **Ausgestaltungsvarianten**

Guidelines unterscheiden sich in Bezug auf folgende Merkmale:

- › Fokus: Guidelines grenzen einen klar identifizierten Bereich ab, sei es ein Symptom, eine Krankheit, eine Struktur, einen Prozess, eine Diagnose, eine Therapie oder eine medizinisch-technische Anwendung.
- › Anwendungsbereich: Guidelines sind international, national oder lokal (z.B. Spitäler) gültig. Sie können spezifisch für spezielle medizinische Fachgebiete oder versorgungsbereichsübergreifend gelten.

<sup>29</sup> Nadig, Gähler 2011.

<sup>30</sup> Das ÄZQ ist ein gemeinsames Institut von Bundesärztekammer und kassenärztlicher Bundesvereinigung und kooperiert mit der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften).

- › Systematik/Qualität: Der Grad der Empfehlungen hängt davon ab, wie gut die wissenschaftlichen Grundlagen sind. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie beispielsweise wendet ein dreistufiges Empfehlungssystem an, das auf einem ebenfalls dreistufigen Evidenzsystem basiert (siehe folgende Tabelle). Alternative Einteilungssysteme unterscheiden sich inhaltlich nicht grundlegend, sondern variieren v.a. in den Abstufungen und Begrifflichkeiten.

EINTEILUNG VON GUIDELINES	
<p><b>Tabelle 1</b> Beispiel eines Klassifikationssystems der Evidenzgrade.</p>	
Evidenzgrade	
A	Daten aus mehreren randomisierten klinischen Studien oder Meta-Analysen.
B	Daten aus einer randomisierten Studie oder mehreren grossen nicht randomisierten Studien.
C	Konsensusmeinung von Experten und/oder kleinen Studien, retrospektiven Studien oder Registern.
<p><b>Tabelle 2</b> Beispiel eines Klassifikationssystems der Empfehlungsgrade.</p>	
Empfehlungsgrade	
I	Evidenz und/oder allgemeine Übereinkunft, dass eine Therapieform oder eine diagnostische Massnahme effektiv, nützlich oder heilsam ist.
II	Widersprüchliche Evidenz und/oder unterschiedliche Meinungen über den Nutzen / die Effektivität einer Therapieform oder einer diagnostischen Massnahme. – IIa Evidenzen/Meinungen favorisieren den Nutzen bzw. die Effektivität einer Massnahme. – IIb Nutzen/Effektivität einer Massnahme ist weniger gut durch Evidenzen/Meinungen belegt.
III	Evidenz und/oder allgemeine Übereinkunft, dass eine Therapieform oder eine diagnostische Massnahme nicht effektiv, nicht nützlich oder nicht heilsam ist und im Einzelfall schädlich sein kann.

Figur 9 Hostettler et al. 2014, basierend auf [www.dgk.org](http://www.dgk.org).

- › Verbindlichkeit: Leitlinien sind in der Regel rechtlich nicht verbindlich. Sie lassen den ÄrztInnen einen Handlungsspielraum, der ihnen erlaubt, in begründeten Fällen von den Empfehlungen abzuweichen. In nationalisierten Gesundheitssystemen, insbesondere in nordischen Ländern, sind Guidelines stärker integriert und verbindlicher, ebenso in Ländern mit grossen Health plans wie den USA.

Richtlinien und Standards werden in der Regel strenger verstanden als Guidelines. Sie lassen weniger Spielraum und können bei Nichtbeachtung Sanktionen nach sich ziehen.<sup>31</sup> Von Guidelines abzugrenzen sind Behandlungspfade. Diese konkretisieren die Empfehlungen der Guidelines, indem sie die Abfolge von diagnostisch-therapeutischen Interventionen festlegen, die im Rahmen einer Behandlung von den beteiligten Disziplinen durchgeführt werden sollen.

<sup>31</sup> Hart (1999). Siehe auch: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7>.

### 3.3.3. ERSTE ANSÄTZE IN DER SCHWEIZ

In der Schweiz existieren Guidelines in verschiedenen Fachgebieten und auf unterschiedlichen Ebenen: Basis sind in der Regel international gültige Guidelines. Sie werden von Fachgesellschaften überarbeitet und den Schweizer Rahmenbedingungen angepasst (Hostettler et al. 2014). Involviert sind vor allem Mediziner aus akademischen Institutionen, Praktiker sind selten einbezogen. Finanziert werden sie von Fachgesellschaften und Verbänden. Daneben gibt es Spitäler, die selber Guidelines erstellen (z.B. Nachbehandlungsschema nach Osteosynthese einer trochanteren Femurfraktur). Diese Guidelines gelten denn auch nur in diesen Spitälern.

Am häufigsten sind Guidelines in den Fachgebieten Kardiologie, Pneumologie, Chirurgie, Medizin, Neurologie, Onkologie und Diabetologie sowie im Bereich Schmerzmanagement und Infektionskrankheiten. Ihre Anwendung ist freiwillig. In der ambulanten Versorgung finden sich Guidelines vor allem bei Ärztenetzwerken (z.B. mediX). Sie kombinieren Guidelines in der Regel mit Qualitätszirkeln. Ansonsten sind Guidelines bei Hausärzten nicht üblich.

### 3.3.4. CHANCEN UND GEFAHREN

Zentral an Guidelines ist, dass sie auf wissenschaftlicher Evidenz und praktischen Erfahrungen basieren. Die Wirksamkeit der in den Guidelines empfohlenen Therapien sollte also grundsätzlich gegeben sein. Daraus liesse sich theoretisch schliessen, dass Guidelines das Behandlungsergebnis verbessern. Ob Guidelines aber wirklich die Qualität verbessern oder die Kosten zu dämpfen vermögen, hängt – gemäss internationalem Konsens – wesentlich von ihrer Qualität ab (vgl. Kap. 3.3.5). Quantitative Studien, welche untersuchen, ob und inwieweit Guidelines Behandlungsergebnisse und -qualität verbessern, sind jedoch rar, und verschiedene Studien stammen noch aus den 90er Jahren.<sup>32</sup> Die Studien behandeln ausserdem sehr unterschiedliche Einsatzgebiete von Guidelines und stammen aus unterschiedlichen Ländern. Dass es nicht viele Studien gibt, hat auch methodische Gründe. Das Untersuchungsdesign der Studien besteht meist aus einem Vorher-Nachher-Vergleich. Die Schwächen liegen darin, dass andere Faktoren stören können und es schwierig ist, eine Kontrollgruppe zu bilden<sup>33</sup>.

<sup>32</sup> Hinweise auf Literatur bieten u.a. Hostettler et al. 2014 und das Forum Managed Care <http://www.fmc.ch/infoteh-medien/mcnavigator/patientenprozesse/guidelines/>.

Weitere, vor allem qualitative Studien untersuchen, welche Faktoren die Implementierung von Guidelines fördern und dazu führen, dass Leistungserbringer Guidelines effektiv anwenden.

<sup>33</sup> Siehe auch Berchtold/Hess (2006).

### *Auswirkungen auf die Versorgungsprozesse*

Mehrere Studien kommen zum Schluss, dass evidenzbasierte Guidelines die Versorgungsprozesse verbessern können (z.B. Copley et al. 2013, Lugtenberg et al. 2009, Ray-Coquard et al. 1997, Thomas 1998). Eine Studie, welche die Auswirkungen von Guidelines zur Behandlung von infektiösen Entzündung des Knochenmarks bei Kindern untersucht, zeigt, dass bei einer Behandlung mit Guidelines die Diagnose effizienter erstellt und die verursachenden Erreger häufiger identifiziert werden konnten und ausserdem die Medikamente weniger häufig geändert werden mussten (Copley et al. 2013). Eine weitere Studie weist hingegen darauf hin, dass Guidelines alleine nur einen geringen oder gar keinen Effekt auf die Behandlungsabläufe haben (Berchtold/Hess basierend auf Baker 2003). Notwendig seien umfassende Implementierungsstrategien mit ergänzenden Massnahmen (Einbezug der BenutzerInnen in Entwicklung der Guidelines, Weiterbildungsinitiativen, Feedback etc.).

Die befragten Akteure sehen in Guidelines ein grosses Potenzial für eine effizientere Versorgung, weil sie die Prozesse standardisieren und vor- und nachgelagerte Prozesse integrieren. Nach Ansicht einzelner ExpertInnen führen Guidelines dazu, dass ÄrztInnen besser prüfen, inwieweit Leistungen notwendig und zweckmässig sind. Auf der anderen Seite sehen sowohl die befragten Akteure als auch qualitative Studien die Gefahr, dass ÄrztInnen fürchten in ihrer Therapiefreiheit eingeschränkt zu werden.

### *Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und Gesundheitsoutcomes*

Als Chancen von Guidelines sehen die qualitativen Studien (z.B. Ollenschläger 2001) folgende Aspekte:

- › Verbesserung der Gesundheitsversorgung,
- › Behandlung stärker wissenschaftlich begründet und ökonomisch angemessener,
- › Information der Versicherten über notwendige und allgemein übliche Massnahmen.

Die quantitativen Auswirkungen auf die Gesundheitsoutcomes von PatientInnen sind allerdings wenig untersucht und nicht eindeutig. Eine Studie mit LungenkrebspatientInnen findet keine Unterschiede in der Überlebensrate (Neubauer et al. 2010). PatientInnen mit zusätzlichen Behandlungen, die über die von Guidelines empfohlenen hinausgehen, haben nicht länger überlebt. Eine andere Studie kommt zum Schluss, dass es Implementierungsstrategien braucht, damit effektiv bessere Outcomes erzielt werden können (z.B. Lugtenberg et al. 2009). Eine weitere Studie (Berchtold/Hess 2006) verweist auf eine ältere Studie (Thomas 1998), die aufgrund von kontrollierten Studien ebenfalls Hinweise gefunden hat, dass sich dank Guidelines die Behandlungsergebnisse verbessert haben.

Qualitative Studien weisen darauf hin, dass Guidelines PatientInnen mit seltenen oder chronischen Krankheiten oder Multimorbidität nur ungenügend berücksichtigen (z.B. Hostettler et al. 2014). Der Grund ist, dass die den Guidelines zugrunde gelegten Studien in der Regel ein wohldefiniertes Patientenkollektiv betrachten, die PatientInnen in der Realität aber häufig an Zusatzerkrankungen leiden (Nadig, Gähler 2011). Guidelines führen daher nicht per se zu einer besseren Behandlungsqualität. Wichtig für eine gute Behandlungsqualität seien vielmehr Diagnostik und Indikation. Eine weitere Gefahr, die in qualitativen Studien genannt wird, ist, dass individuelle Patientenbedürfnisse zu wenig berücksichtigt werden (Ollenschläger 2001).

In Bezug auf den Effekt von Guidelines auf die Leistungserbringung gehen die Meinungen der befragten Personen auseinander: Ein Interviewpartner bezeichnet Guidelines als Instrument, das sicherstellt, dass ein Minimalstandard eingehalten wird. Ein anderer sieht eher die Gefahr von Überversorgung, wenn Leistungen erbracht werden, weil Guidelines sie vorgegeben, sie aber effektiv gar nicht notwendig wären. Ein Interviewpartner kritisiert, dass sich Guidelines generell zu wenig auf Effectiveness-Studien abstützen.

Schlussendlich wird auch auf die Gefahr hingewiesen, dass Guidelines medizinische Innovationen behindern können (Ollenschläger 2001).

#### *Auswirkungen auf die Kosten*

Es gibt vereinzelte Studien, welche die Kosten-Wirksamkeit von Guidelines bestätigen. Ambulant versorgte PatientInnen mit Nicht-kleinzelligem-Lungenkrebs beispielsweise, die gemäss Guidelines behandelt wurden, kosten 35% weniger als PatientInnen, die nicht gemäss Guidelines behandelt wurden (Neubauer et al. 2010). Deutliche geringere Kosten sind insbesondere für die Chemotherapie und für weitere Medikamente angefallen. Die PatientInnen haben weniger teure Medikamente erhalten und wurden zu weniger zusätzlichen Zyklen aufgeboten.

Eine Untersuchung von Lab-Staff (2012) kommt für BrustkrebspatientInnen in den USA zum Schluss, dass die jährlichen Kosten 12% höher ausfallen, wenn die Patientin nicht gemäss Guidelines behandelt wird.<sup>34</sup>

Eine weitere Studie aus China zeigt, dass sich Kosten sparen lassen, wenn die Leistungserbringer Bluthochdruck mit Guidelines behandeln (anstelle einer üblichen Behandlung ohne Guidelines) (Xin et al. 2012). Hintergrund dieser Studie war, dass die Blutdruckkontrollraten für China sehr tief sind.

<sup>34</sup> Value of Evidence-Based Cancer Care 2013: <http://lab.express-scripts.com/insights/specialty-medications/value-of-evidence-based-cancer-care>.



Die oben erwähnte Studie (Copley et al. 2013) zu infektiösen Entzündungen des Knochenmarks bei Kindern legt ausserdem nahe, dass mit Guidelines weniger Wiedereinweisungen und kürzere Aufenthaltsdauern in Spitälern verbunden waren.

Qualitative Studien gehen davon aus, dass Guidelines dazu führen, dass Prozesse effizienter durchgeführt und folglich Kosten gespart werden können, weil weniger unnötige und überholte Behandlungen angeordnet werden und dadurch z.B. die Spitalaufenthalte kürzer ausfallen (z.B. Hostettler et al 2014, Ollenschläger 2001). Oder es werden weniger Medikamente verschrieben.

Einzelne Autoren weisen in ihren Beiträgen darauf hin, dass Guidelines nicht dazu verwendet werden dürfen, die Wirtschaftlichkeit von Leistungen zu beurteilen (Nadig, Gähler 2011). Gerade weil die Leistungserbringer in begründeten Einzelfällen von den Guidelines abweichen sollen bzw. müssen.

*Auswirkungen auf die Chancengleichheit*

Verschiedene qualitative Studien erwähnen, dass Guidelines dazu führen, dass Behandlungen weniger variieren, es weniger Qualitätsschwankungen gibt und PatientInnen dadurch einheitlich behandelt werden (z.B. Hostettler et al. 2014, Ollenschläger 2001). Eine Gefahr wird darin gesehen, dass ethnische Aspekte zu wenig berücksichtigt werden.

In der folgenden Tabelle sind Chancen und Gefahren zusammengefasst:

<b>MÖGLICHE CHANCEN UND GEFAHREN</b>		
<b>Dimension</b>	<b>Chancen</b>	<b>Gefahren</b>
Wirkungen auf die Prozesse	› Strukturiere Versorgung	› Therapiefreiheit der ÄrztInnen eingeschränkt
Wirkungen auf Qualität/Outcome	› Weniger Fehler › Behandlungen stärker wissenschaftlich begründet › Information der Versicherten über notwendige und allgemein übliche Massnahmen	› Unterversorgung/Fehlversorgung bei PatientInnen mit Multimorbidität, chronischen Krankheiten etc. › Fehlversorgung infolge von Interessenskonflikten oder schlechten Guidelines › Mangelnde Berücksichtigung individueller Patientenbedürfnisse › Überversorgung/Unterversorgung › Behinderung medizinischer Innovationen
Wirkungen auf Kosten	› Reduktion von überflüssigen, überholten Behandlungen	› Verwendung für Wirtschaftlichkeitsaussagen
Wirkungen auf die Chancengleichheit	› Weniger Variation, weniger Qualitätsschwankungen, einheitliche Behandlungen, › minimaler Behandlungsstandard	› Mangelnde Berücksichtigung ethnischer Aspekte

**Tabelle 14** Quellen: Literaturangaben im Kapitel 3.3.4., Hostettler et al. 2014, Interviews mit Akteuren.

### 3.3.5. MÖGLICHKEITEN DER IMPLEMENTIERUNG

Der Implementierung bzw. stärkeren Verbreitung von medizinischen Guidelines stehen grundsätzlich keine gesetzlichen Barrieren im Weg. Die befragten ExpertInnen beurteilen Guidelines im Ganzen auch positiv. Sie sind sich darin einig, dass das Potenzial von medizinischen Guidelines noch nicht ausgeschöpft ist.

#### **Hemmnisse und fördernde Faktoren**

##### *Akzeptanz*

Das grösste Hemmnis für die Verbreitung von Guidelines besteht aus Sicht einer Mehrheit der Befragten in der Akzeptanz der Leistungserbringer. Der am häufigsten genannte Grund ist, dass die ÄrztInnen befürchten, in ihrer Therapiefreiheit eingeschränkt zu werden. PatientInnen seien und blieben Einzelfälle und liessen sich in vielen Fällen nicht standardisieren. Hinzu käme, dass viele PatientInnen polymorbid sind und es nicht klar sei, inwieweit die Guidelines auch bei diesen PatientInnen angewendet werden können. Auch in der Literatur zu den Hemmnissen bei der Verbreitung und Anwendung von Guidelines wird als ein Grundproblem genannt, dass die ÄrztInnen Guidelines nicht einhalten (Lugtenberg et al. 2009, Cabana et al. 1999). Zudem würden viele ÄrztInnen die zugrunde liegende Evidenz von Guidelines als unzureichend erachten. Ein weiterer Grund sind aus Sicht von einzelnen InterviewpartnerInnen auch kulturelle Barrieren bzw. die Ablehnung von Vorschriften. Auch dass die Hausärzte zu wenig eingebunden sind, sei ein Grund, dass sie noch wenig verbreitet sind.

Auch von Seiten der PatientInnen könnten aus Sicht einzelner Akteure Widerstände kommen. Sie hätten Angst, dass Guidelines die Therapie zu sehr vereinfachen und es dadurch zu Unterversorgungen kommen könnte.

Um Akzeptanz für medizinische Guidelines zu generieren, müssen aus Sicht einzelner interviewter Personen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- › Therapiefreiheit: Die Behandlungsfreiheit für ÄrztInnen müsste gewährleistet sein. Sie sollten als rechtlich nicht verbindlich erklärt werden.
- › Akzeptierte Methodik: Für die erfolgreiche Verbreitung von Guidelines ist es zentral, dass sie anhand von allgemein akzeptierten Methoden entwickelt und implementiert werden. Guidelines müssen systematisch, unabhängig und transparent und unter Verwendung geeigneter Qualitätskriterien von Arbeitsgruppen erarbeitet werden, die sich aus Fachleuten verschiedener Berufssparten zusammensetzen. Verschiedene Institutionen haben zu diesem Zweck Standards für die Entwicklung von Guidelines aufgestellt. Beispiele sind:

- › Standards des Institute of Medicine (IOM):<sup>35</sup> Transparenz, Interessenkonflikte, Gruppenzusammensetzung, systematische Reviews, Evidenzangabe und Stärke der Empfehlung, Formulierung der Empfehlungen, externe Review, Aktualisierung.
- › Standards des Guidelines International Network (G-I-N): Composition of guideline development group, Decision-making process, Conflicts of interest, Scope of a guideline, Methods, Evidence reviews, Guideline recommendations, Rating of evidence and recommendations, Peer review and stakeholder consultations, Guideline expiration and updating, Financial support and sponsoring organization.
- › Leitlinien-Methodik des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ).<sup>36</sup>
- › Leitfaden für Guidelines der FMH (1999).
- › Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates.

#### *Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem*

Hemmnisse, welche im bestehenden Gesundheitssystem liegen, werden von den befragten Akteuren kaum gesehen. Einzig angemerkt wird, dass Guidelines nicht verbindlich seien und daher rechtlich nicht durchgesetzt werden könnten. Hingegen sehen einige befragte Akteure die Einführung von Fallpauschalen (DRG) in den Spitälern als ein förderndes Element. Diese hätten starke Anreize geschaffen, Behandlungen zu systematisieren.

#### *Praktische Umsetzung*

Zu den Hemmnissen kommen praktische Probleme, z.B. bei der Entwicklung von Guidelines. Diese ist laut befragten Akteuren sehr zeit- und arbeitsaufwändig und es stehen meist wenig finanzielle Ressourcen zur Verfügung. Gerade in Spitälern hängt es vielfach auch von einzelnen ChefärztInnen ab, ob Guidelines eine wichtige Rolle spielen.

In der Literatur<sup>37</sup> werden zudem folgende Hemmnisse in der praktischen Umsetzung von Guidelines genannt:

- › Organisatorische Einschränkung (z.B. logistische Probleme ausserhalb von Bürozeiten, fehlendes Fachwissen bei der Praxisassistenten, mangelnde Zusammenarbeit mit Spezialisten etc.).
- › Mangelnde Kenntnisse der Guidelines, insbesondere der Schlüsselempfehlungen und spezifischen Empfehlungen (z.B. empfohlene Dosierungen).
- › Unklare oder missverständliche Empfehlungen.

<sup>35</sup> Hostettler 2014 et al.

<sup>36</sup> <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik>.

<sup>37</sup> Siehe Hostettler et al. (2014) und Lugtenberg et al. (2009).

### **Mögliche Ansatzpunkte und Massnahmen zur Förderung**

Aus Sicht mehrerer Interviewpartner ist es wichtig, dass die betroffenen Akteure und potenziellen Anwender selbst die Verbreitung von Guidelines vorantreiben. Gefordert sind aus Sicht der Interviewpartner in erster Linie die Fachgesellschaften und die Spitäler. Auch der systematische Einbezug der Anwender, insbesondere der HausärztInnen wie in den Niederlanden, wird als wichtig erachtet<sup>38</sup>. Ein Interviewpartner schlägt vor, dass Beiträge von Laien verstärkt in Guidelines einfließen sollten. Als Beispiel diene hier die Internetplattform der U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), wo Laien Inputs einbringen können. Potenzial für Guidelines sieht ein Interviewpartner vor allem bei Screenings und der Präventivmedizin allgemein, da in diesen Bereichen der Spielraum für suboptimale Behandlungen gross ist.

Vorgeschlagen wird auch, die Erarbeitung von Guidelines zu institutionalisieren. Ein Interviewpartner empfiehlt, diese Aufgabe an das FMH-Qualitätsinstitut zu delegieren. Ein anderer schlägt vor, dass die Hochschulen für die Methodik verantwortlich sein sollten. In Bezug auf die Rolle der öffentlichen Hand werden verschiedene Vorschläge eingebracht: So könnten die Kantone den Akteuren einen entsprechenden Leistungsauftrag erteilen oder der Bund eine aktivere Rolle übernehmen, und beispielsweise eine geeignete Plattform für Guidelines organisieren. Wichtig ist den Interviewpartnern auch, dass die Finanzierung geregelt ist. Konkret vorgeschlagen wird, dass die Hochschulen Mittel der öffentlichen Hand oder von Stiftungen erhalten.

Um den Einsatz und die Anwendung von Guidelines zu fördern, ist ausserdem eine umfassende Implementierungsstrategie notwendig<sup>39</sup>. Dazu gehört, dass die Guidelines nicht nur passiv verbreitet werden, sondern auch durch aktive Massnahmen – Feedback an die behandelnden Fachpersonen zu Compliance und Behandlungserfolgen, computerbasierte Entscheidungshilfen etc. – ergänzt werden.

#### *Flankierende Massnahmen*

Die Interviewpartner nennen verschiedene flankierende Massnahmen, welche eine Verbreitung von medizinischen Guidelines fördern könne:

- › Zertifizierung: Denkbar wäre, dass Leistungserbringer mittels einer Zertifizierung nachweisen müssen, dass sie sich an Guidelines orientieren. Die entsprechende gesetzliche Grundlage wäre mit den WZW-Kriterien im KVG bereits vorhanden.
- › Aus- und Weiterbildung: Vorgeschlagen werden, Guidelines in die Ausbildung einzubeziehen und Weiterbildungsinitiativen bzw. -veranstaltungen, computerbasierte Lernprogramme.

<sup>38</sup> Berchtold/Hess (2006).

<sup>39</sup> Berchtold/Hess 2006.

- › Einführung „eHealth“: Vorgesehen ist, dass bei „eHealth“ Guidelines hinterlegt sind. Führt ein Arzt eine Behandlung durch, die nicht in den Leitlinien aufgeführt wird, sollte eine Meldung ausgelöst werden. Dadurch entsteht Druck auf die Leistungserbringer, über die Guidelines hinausgehende Behandlungen zu vermeiden.

Gemäss Studien könnten zudem folgende Massnahmen, die Implementierung von medizinischen Guidelines fördern:<sup>40</sup>

- › Opinion Leaders, die Guidelines aktiv vertreten und vorleben,
- › Elektronische Publikation der Guidelines,
- › Praxishilfen,
- › Integration von Leitlinien in Qualitätsmanagementprogramme,
- › Information der PatientInnen,

### **Erfolgsfaktoren für die Umsetzung**

Laut Literatur ist die Qualität der Guidelines zentral für ihren Erfolg. Der Nutzen muss wissenschaftlich belegt und die Evidenz valide sein. Ausserdem sollten keine Interessenkonflikte bestehen. Wichtig sei auch, dass die Guidelines aktuell gehalten werden. Zudem schlagen mehrere Interviewpartner vor, Guidelines mit ergänzenden Massnahmen zu kombinieren, um Fehlversorgungen (Unter-/Übersorgungen) zu vermeiden:

- › Qualitätszirkel stellen sicher, dass auch schwierige Behandlungen adäquat behandelt werden.
- › Finanzielle Anreize in Form von beispielsweise Pay for Performance-Vergütungsmodellen stellen sicher, dass Qualitäts- und Leistungsziele eingehalten werden.
- › „Choosing wisely“-Vorschläge empfehlen, etwas nicht zu tun. Sie vermeiden dadurch, dass Tests oder Behandlungen, die den PatientInnen schaden und meist noch erhöhte Kosten verursachen, unnötig verordnet werden.
- › Partizipative Entscheidungsfindung (shared decision-making) gewährleisten, dass Arzt und Patient gemeinsam zu einer Übereinkunft über eine angemessene medizinische Behandlung kommen.

### **3.3.6. FAZIT**

Guidelines zielen darauf ab, Behandlungsprozesse effizienter zu gestalten und unnötige Behandlungsleistungen zu verhindern. Sie bekämpfen damit die Überversorgung, eine der grossen Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitswesen. Untersuchungen im Ausland zeigen, dass

<sup>40</sup> Siehe <http://www.leitlinien.de/leitlinien-anwendung> oder auch Hostettler et al. 2014.

Guidelines Behandlungsergebnisse verbessern und Kosten sparen können. Die empirische Evidenz für die Wirksamkeit von Guidelines ist allerdings noch schwach.

Auch in der Schweiz existieren Guidelines: Sie werden vor allem in Spitälern und Ärztenetzwerken sowie in den Bereichen Kardiologie, Onkologie, Chirurgie, Diabetologie etc. eingesetzt. Es gibt aber verschiedene Faktoren, welche eine weitere Verbreitung von Guidelines behindern, insbesondere die Befürchtung der ÄrztInnen, dass ihre Therapiefreiheit eingeschränkt wird.

Um die Verbreitung von Guidelines zu fördern, ist es wichtig, dass die ÄrztInnen (bzw. die Fachgesellschaften) den Lead übernehmen. Ausgehend von den befragten ExpertInnen und der internationalen Literatur, sollten folgende Massnahmen geprüft werden:

- › (Ausbau der) Standards zur Methodik von Guidelines.
- › Klare Regelung der Schlüsselaspekte wie Zuständigkeit, Finanzierung (evtl. in Verbindung mit Leistungsaufträgen), Gewährleistung der Therapiefreiheit durch freiwillige Anwendung (Nicht-Verbindlichkeit), Institutionalisierung der Methodik und Sammlung von Guidelines.
- › Flankierende Massnahmen: Qualitätszirkel, finanzielle Anreize etc.
- › Implementierungsstrategien: Elektronische Verfügbarkeit, Weiterbildungsveranstaltungen, Lernprogramme, Patienteninformation etc.

### 3.4. MEDICAL SAVINGS ACCOUNTS

#### 3.4.1. LÖSUNGSANSATZ

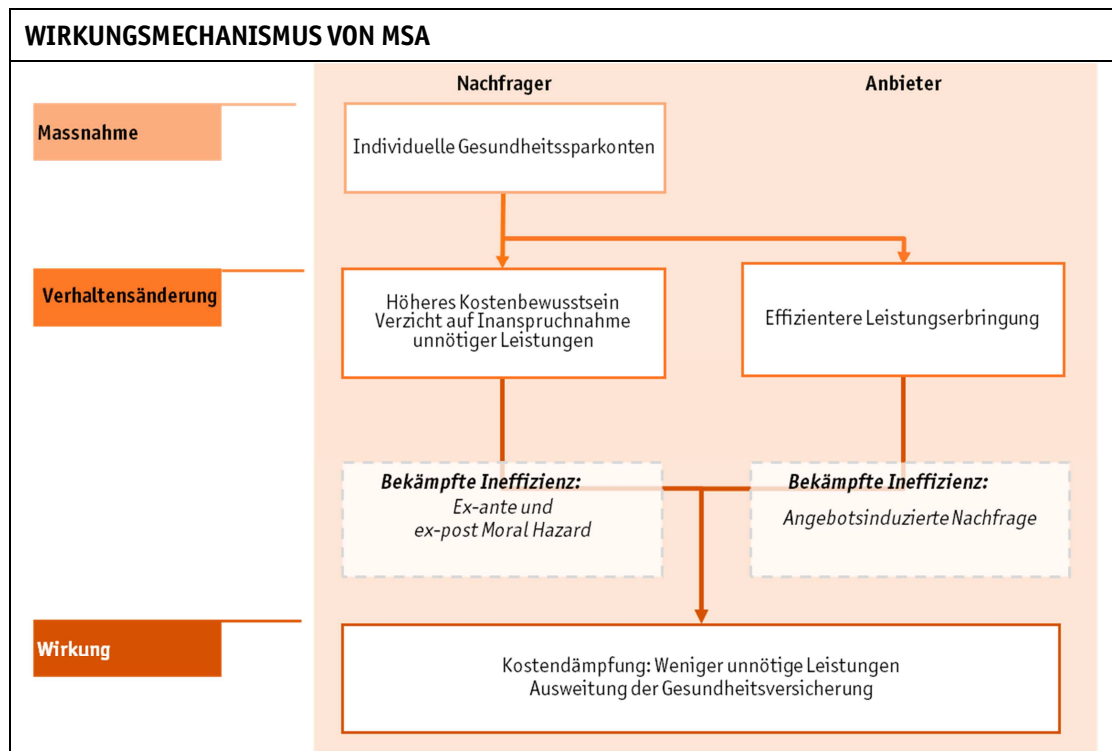
Bei Medical Savings Accounts (MSA) handelt es sich um individuelle Gesundheitssparkonten. Der Kontoinhaber öffnet sein Konto, indem er regelmässige Beiträge einbezahlt. Im Krankheitsfall finanziert er die Ausgaben für die Behandlung aus den selber angesparten Mitteln. Die Ausgaben werden damit analog zum BVG mit dem Kapitaldeckungsverfahren finanziert. Im Gegensatz zur obligatorischen Krankenversicherung basieren MSA nicht auf einem umlagefinanzierten Versicherungspool, sondern auf dem Prinzip der Selbstversicherung und dem Kapitaldeckungsverfahren.

#### **Ziel und Wirkungsmechanismus**

Ein Grundproblem des Gesundheitswesens ist das Moral-Hazard-Verhalten von Versicherten in einem umlagefinanzierten Krankenversicherungssystem: Da die Kosten im Krankheitsfall von der Krankenversicherung übernommen werden, haben die Versicherten ein geringes Gesundheits- und Kostenbewusstsein. Sie betreiben zu wenig Gesundheitsvorsorge (ex-ante Moral Hazard) und konsumieren im Krankheitsfall zu viele Leistungen (ex-post Moral Hazard). Die Folgen sind steigende Gesundheitskosten und steigende Krankenversicherungsprämien.

Das Ziel von MSA ist es nun, das Kostenbewusstsein sowie Eigenverantwortung und Eigenvorsorge der Versicherten zu stärken und damit **dem ex-ante und ex-post Moral Hazard-Problem entgegenzuwirken**. MSA schaffen für Versicherte einen Anreiz, weniger Leistungen zu beanspruchen, weil sie die Leistungen aus ihrem eigenen MSA finanzieren müssen. Im Gegensatz zu einer kollektiven Versicherung, bei der die Versicherten die Wahl zwischen „using or losing“ haben, stehen die Versicherten im Modell der MSA vor der Entscheidung „spend it or save it“ (Robinson 2005). MSA schaffen einen Anreiz, auf unnötige Leistungen zu verzichten, da die Versicherten auf diese Weise mehr Kapital akkumulieren können, über das sie in späteren Jahren frei verfügen können. MSA können so dazu beitragen, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu steigern und die Inanspruchnahme von unnötigen Leistungen zu senken.

Da schwerwiegende Krankheitsfälle und chronische Krankheiten in der Regel die über MSA angesparten Mittel übersteigen, werden MSA in der Regel mit einer Versicherung für Hochrisikokrankheiten ergänzt.



Figur 10 Eigene Darstellung

### 3.4.2. BEISPIELE AUS DEM AUSLAND

Vorreiter bei MSA ist Singapur, das dieses Modell bereits 1984 eingeführt hat. Seither haben einzelne andere Länder ebenfalls MSA eingeführt, darunter chinesische Städte, Südafrika und die USA.

### Ausgestaltungsvarianten

MSA können in Bezug auf folgende Ausgestaltungsparameter variieren:

- › Abdeckung: Freiwillig, obligatorisch, regionale Begrenzung.
- › Finanzierung: über Arbeitgeber oder Arbeitnehmer, Ausgestaltung der Beiträge, d.h. alters-, einkommensabhängig, Steuerbefreiung der einbezahlten Beiträge.
- › Leistungen: Leistungsumfang, flankierende Massnahmen wie Hochrisikoversicherung.

<b>BEISPIELE FÜR MSA IM AUSLAND</b>			
	<b>Abdeckung</b>	<b>Finanzierung</b>	<b>Leistungen</b>
Singapur	› Obligatorisch	› Arbeitgeber und Arbeitnehmer › Alters- und einkommensabhängig	› MSA: Stationäre und teilweise ambulante Leistungen › Out of Pocket: teilweise ambulante Leistungen (Primary Care) › Hochrisikoversicherungen: schwere Krankheiten
China	› Obligatorisch › Vor allem in grösseren Städten (Shanghai)	› Arbeitgeber und Arbeitnehmer	› MSA: ambulante Leistungen › Versicherung mit hohem Selbstbehalt: stationäre Leistungen › Out of Pocket-Anteil, falls MSA erschöpft › Sozialversicherung, falls Kosten Schwelle übersteigen
Südafrika	› Freiwillig	› Arbeitgeber	› MSA: Ambulante Leistungen › Umlagefinanzierte Risikoversicherung: stationäre und chronische Krankheiten
USA Medicare Modernization Act (2003)	› Freiwillig	› Arbeitgeber oder Arbeitnehmer › Steuerbegünstigt	› HSA: ausgewählte Gesundheitsleistungen › Hochrisikoversicherung (obligatorisch) mit hoher Kostenbeteiligung

Tabelle 15

### 3.4.3. ERSTE ANSÄTZE IN DER SCHWEIZ

Moral Hazard-Verhalten kommt auch im schweizerischen Gesundheitswesen vor. Um diesem Problem entgegenzuwirken, sieht das Gesetz eine Kostenbeteiligung vor, wonach Versicherte Bagatellausgaben selbst zu bezahlen haben. Die Kostenbeteiligung setzt sich zusammen aus einem Selbstbehalt in der Höhe von 10% und einer individuell festgelegten Franchise in der Höhe von 300–2'500 CHF/a. Im internationalen Vergleich ist die Eigenfinanzierung damit schon sehr hoch. Dies dürfte – neben den fehlenden gesetzlichen Grundlagen – ein weiterer Grund sein, weshalb bisher kein Versicherer Modelle mit MSA anbietet.

### 3.4.4. CHANCEN UND GEFAHREN

Der Wirkungsmechanismus von MSA lässt erwarten, dass die Versicherten sich kostenbewusster verhalten, weniger Leistungen in Anspruch nehmen und einen gesünderen Lebensstil pflegen. Der Anreiz ergibt sich daraus, dass die auf MSA einbezahlten Beiträge für den eigenen Gebrauch



angespart werden (saving statt losing). MSA sollen so Moral Hazard-Verhalten reduzieren und schlussendlich sollte sich ein kostendämpfender Effekt ergeben. Die empirische Evidenz zu MSA ist allerdings nicht sehr gross. Zum Teil ist sie schon über 10 Jahre alt und stammt im Wesentlichen aus den vier Ländern, die MSA umgesetzt haben: Singapur, China, Südafrika und USA. Die Studien haben in erster Linie die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Leistungen, auf die Gesundheitsversorgung und die Kosten untersucht.

#### *Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Leistungen*

In Bezug auf die Inanspruchnahme ist die Evidenz gemischt: Es gibt Studien, die belegen, dass die Versicherten weniger Leistungen nachfragen, weniger unnötige und teure Leistungen beziehen oder dass sie mehr Präventionsleistungen nachfragen (z.B. Glied 2008, Yi/Maynard 2008, Hsu 2010). Andere Studien kommen zum Schluss, dass es keine Evidenz gibt, wonach unnötige Behandlungen vermieden werden können (z.B. Kanchan 2012). Wiederum andere Studien zeigen, dass die Nachfrage bei Leistungen, die sich relativ leicht beeinflussen lassen (Arzneimittel, Notfälle, Prävention) geringer ist. Bei stationären Leistungen hingegen, die weniger beeinflussbar sind, lässt sich kein Rückgang beobachten. Erwartungen in diese Richtung – weniger ambulante Leistungen, kein Einfluss auf stationäre Leistungen – haben auch die befragten ExpertInnen geäußert. Ein anderer Experte erhofft sich, dass MSA das „Wunschkonzert“ der PatientInnen einzudämmen vermögen (z.B. verlangen PatientInnen bei Rückenschmerzen häufig ein MRI). Allerdings gibt es keine Evidenz dafür, dass PatientInnen aufgrund von MSA rationaler entscheiden (Kanchan 2012).

In einem Punkt ist die Evidenz jedoch übereinstimmend: MSA führen dazu, dass PatientInnen zu spät zum Arzt gehen bzw. medizinische Leistungen zu spät in Anspruch nehmen (Glied 2008, Deber 2011, Kanchan 2012). Werden Leistungen nicht oder zu spät nachgefragt, besteht die Gefahr – gerade bei Personen mit tiefen Einkommen –, dass sie Krankheiten verschleppen (Dixon et al. 2008). Dies wiederum könnte dazu führen, dass später höhere Kosten anfallen, welche die Kosteneinsparungen übersteigen.

#### *Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung*

Was die Versorgungsqualität betrifft, so ist die Evidenz sehr klein. Es gibt nur einzelne Studien, welche diesen Punkt untersucht haben und diese kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen: Borda (2011) findet Hinweise, dass PatientInnen unter MSA mit der Versorgungsqualität zufrieden sind, Kanchan (2012) findet keine Belege, dass MSA die Qualität verbessern.

### *Auswirkungen auf die Kosten*

Auch in Bezug auf die Auswirkungen von MSA auf die Kosten gibt es nur wenig Evidenz und die kommt zu unterschiedlichen Ergebnissen (Glied 2008, Yi, Maynard 2008, Borda 2011). Eine Untersuchung aus Singapur zeigt, dass Spitäler produktiver und effizienter arbeiten. Ein Effekt auf die Kosten konnte jedoch nicht nachgewiesen werden (Folland et al. 2007). Mehrheitlich findet sich keine Evidenz dafür, dass sich mit MSA wesentliche Kosteneinsparungen erzielen lassen (Thomson/Mossialos 2008, Hsu 2010). Hinzu kommt, dass die Opportunitätskosten von MSA – Kapital wird in den Gesundheitssparkonti gebunden – in den Studien nicht berücksichtigt sind (Kanchan 2012).

Ein Bericht über Singapur weist ausserdem darauf hin, dass die tiefen Gesundheitskosten im Zusammenhang mit MSA nur dank Begleitmassnahmen möglich sind (McKee, Busse 2013):

- › Versicherte mit tiefen Einkommen erhalten Beiträge.
- › Staat finanziert Spitäler mit bis zu 80%.
- › Reichen die individuellen Mittel nicht aus, für Langzeitbehandlungen oder weil das MSA erschöpft ist, finanziert ein Fonds die Leistungen.

### *Auswirkungen auf die Chancengleichheit*

Einen wesentlichen Vorteil von MSA sehen mehrere der befragten ExpertInnen darin, dass sie die intergenerationelle Gerechtigkeit verbessern. Mit der demografischen Alterung müssten immer weniger jüngere Versicherte die Lasten von immer mehr älteren Versicherten tragen. MSA wirken dem entgegen, weil die Versicherten langfristige Ressourcen für höhere Gesundheitsausgaben in späteren Jahren ansparen.

Auf der anderen Seite sehen verschiedene ExpertInnen durch MSA das Solidaritätsprinzip gefährdet, da mit MSA kein Ausgleich mehr zwischen Gesunden und Kranken stattfindet. MSA benachteiligen insbesondere chronisch Kranke und sozial Schwächere. Ein Experte anerkennt aber, dass im Gegenzug die Eigenverantwortung steigt.

In der folgenden Tabelle sind die Chancen und Gefahren zusammengefasst:

<b>MÖGLICHE CHANCEN UND GEFAHREN</b>		
<b>Dimension</b>	<b>Chancen</b>	<b>Gefahren</b>
Wirkungen auf die Inanspruchnahme von Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Stärkeres Gesundheitsbewusstsein und gesünderer Lebensstil, d.h. weniger ex-ante Moral Hazard</li> <li>› Stärkeres Kostenbewusstsein dank Sparanreiz (saving statt losing), dadurch weniger Nachfrage nach unnötigen Leistungen, d.h. weniger angebotsinduzierte Nachfrage und weniger ex-post Moral Hazard</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Zu späte Inanspruchnahme von Leistungen</li> </ul>
Wirkungen auf die Qualität der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Keine Evidenz für bessere Versorgungsqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› -</li> </ul>
Wirkungen auf die Kosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Dämpfung der Gesundheitskosten, weil weniger Moral Hazard</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Verschleppung von Krankheiten, vor allem bei Versicherten mit geringen Einkommen, Kompensation der durch reduzierte Inanspruchnahme erzielten Kosteneinsparungen</li> </ul>
Wirkungen auf die Chancengleichheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Entlastung der jüngeren Generation bei demografischer Alterung (Verbesserung der intergenerationellen Gerechtigkeit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Verletzung Solidaritätsprinzip, weil kein Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken</li> </ul>

**Tabelle 16** Quellen: Literaturangaben im Kapitel 3.4.4., Hostettler et al. 2014, Interviews mit Akteuren.

### 3.4.5. MÖGLICHKEITEN DER IMPLEMENTIERUNG

Die befragten ExpertInnen finden MSA zwar grundsätzlich interessant, stehen einer Umsetzung in der Schweiz eher skeptisch gegenüber. Eine grundlegende Änderung des Versicherungssystems in Richtung MSA erachten die ExpertInnen als aussichtslos. Auch in der Bevölkerung sehen sie kaum Chancen für den Vorschlag: Erstens sei der Vorschlag nur schwer zu verstehen, zweitens würden gerade jüngere Versicherte in eher kurzfristigen Zeiträumen denken und drittens dürften viele Versicherte befürchten, dass MSA zu einer Zweiklassenmedizin führt, weil der potenzielle Leistungsbezug vom individuellen Sparen abhängig gemacht würde.

#### **Hemmnisse**

Laut den Interviewpartnern gibt es eine ganze Reihe von Gründen, weshalb MSA in der Schweiz wenig Chancen haben:

- › MSA führen zu einer Entsolidarisierung: Sie unterstellen, dass Versicherte ihre Krankheiten selber verursacht haben und benachteiligen Versicherte mit chronischen Krankheiten, sofern nicht ergänzend eine Hochrisikoversicherung besteht.
- › In Anbetracht dessen, dass bereits eine hohe Kostenbeteiligung besteht und ca. ein Drittel der Versicherten Prämienverbilligungen erhalten, kann nur ein geringes Sparpotenzial erwartet werden. In der Literatur wird auch darauf hingewiesen, dass es wohl geeigneter Massnahmen

mit geringeren Risiken gibt, um die angebotsinduzierte Nachfrage zu reduzieren (z.B. prospektive Vergütung von ambulanten Leistungen). Auch wenn MSA grundsätzlich zu mehr Eigenverantwortung führen. Allenfalls liesse sich die Compliance verbessern. Ein Experte bezweifelt generell, dass MSA Anreize für zweckgebundenes Sparen schaffen können.

- › Für die Einführung von MSA fehlen die gesetzlichen Grundlagen, innerhalb des KVG lassen sich MSA nicht umsetzen. In der Grundversicherung sind keine Sparkonten vorgesehen. Sollen dennoch Gelder für die Grundversicherung anspart werden, müssen diese über den Zusatzversicherungsbereich laufen. Das VVG darf aber keine Transfers ins KVG aufweisen und umgekehrt. Es ist zu erwarten, dass die FINMA eine Umsetzung innerhalb der bestehenden Strukturen ablehnen wird. Für MSA braucht es theoretisch eine Banklizenz.

### **Ansatzpunkte und Massnahmen zur Förderung**

Trotz der eher kritischen Grundhaltung gibt es nach Ansicht der befragten ExpertInnen verschiedene Möglichkeiten, mit denen sich Elemente von MSA ins schweizerische Gesundheitswesen einbauen lassen. Dabei würde die Finanzierung nicht vollständig durch MSA abgelöst, sondern MSA sind als Ergänzung zum bestehenden System zu verstehen.

#### ***MSA mit höheren Franchisen kombinieren***

Eine mögliche Anwendung der MSA für die Schweiz könnte darin bestehen, dass sich die Versicherten in Zukunft für hohe Franchisen langfristig verpflichten müssen (z.B. zehn Jahre) und gleichzeitig verpflichtet wären, die erzielten Prämienrabatte in steuerbefreite MSA einzuzahlen (INFRAS, Crivelli 2012). Somit hätten sie bei einem späteren Krankheitsfall genug Kapital angespart, um die verbleibende Vertragsdauer mit hoher Franchise durchzustehen, ohne dass sie auf Leistungen verzichten müssten.

Der Nachteil dieser Lösung ist, dass die Steuerbefreiung von MSA regressiv wirkt, weil bei Versicherten mit einem höheren Einkommen höhere Steuersätze zur Anwendung kommen. Angesichts der bereits regressiven Finanzierung des schweizerischen Gesundheitssystems (vgl. Crivelli, Salari 2012) wäre dies politisch nicht unproblematisch. Das Problem könnte entschärft werden, wenn die wählbare Franchise nach Einkommensklasse abgestuft würde. Die Preiselastizität der Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist vom Einkommen abhängig: Für einkommensschwache PatientInnen wirkt sich eine Kostenbeteiligung von CHF 300 bereits auf das Moral-Hazard-Verhalten aus. Für einkommensstärkere PatientInnen sind hingegen höhere Beträge nötig, um das Kostenbewusstsein zu stärken.

### **Vorschlag Liechtenstein**

In Liechtenstein beteiligt sich der Staat an den Kosten der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens durch Beiträge an die Kassen zur Mitfinanzierung der obligatorisch versicherten Krankenpflegeleistungen, durch Beiträge an einkommensschwache Versicherte im Hausarztssystem und durch Beiträge an Spitäler im Rahmen von Leistungsaufträgen und Tarifvereinbarungen. Um die Ausgaben des Staates zu reduzieren, soll nun die Kostenbeteiligung erhöht werden. Bisher besteht die Kostenbeteiligung der Versicherten aus einer Franchise von 200 Franken und einem Selbstbehalt von 10% der die Franchise übersteigenden Kosten bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von 600 Franken.

Im Rahmen der laufenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) prüft die Regierung nun ein neues Versicherungsmodell, welches Elemente von MSA aufweist. Das Modell soll Anreize setzen für mehr Eigenverantwortung und einen massvollen Umgang mit den Versicherungsleistungen sowie für eine hohe Selbstbeteiligung.<sup>41</sup>

Das Modell sieht eine Trennung in eine Hochkostenversicherung sowie in eine Grundversicherung vor, wobei die Grenze bei jährlichen Kosten von CHF 5'000 liegen soll. Der Staat wird Zuschüsse nur noch an die Hochkostenversicherung leisten. Damit soll sichergestellt werden, dass die Leistungen der Allgemeinheit denjenigen zugute kommen, welche unter ernsthaften und kostspieligen gesundheitlichen Störungen leiden. Die minimale Selbstbeteiligung (Minimalfranchise) soll etwas angehoben werden, auf CHF 500. Die Versicherten sollen freiwillig eine deutlich höhere Selbstbeteiligung wählen können und zwar bis zur Grenze zur Hochkostenversicherung. Eine höhere Franchise hätte dabei eine Prämiensenkung zur Folge. Die gewünschte zusätzliche Selbstbeteiligung muss jedoch hinterlegt werden, damit diese im Leistungsfall tatsächlich zur Verfügung steht.

Das ganze System soll dann noch mit einem Bonus ausgestattet werden, so dass, wie in anderen Versicherungszweigen auch, die Nichtinanspruchnahme von Leistungen aus der Versicherung in einem vorgegebenen Ausmass durch geringere Prämien belohnt wird.

Die Umsetzbarkeit des Modells wurde mit ExpertInnen diskutiert. Hindernisse werden darin gesehen, dass Versicherer Bonusmodellen gegenüber eher skeptisch eingestellt sind.

### ***MSA mit altersabgestuften Prämien kombinieren***

In einem System mit altersabgestuften Prämien, bauen die Versicherten ihre MSA in jungen Jahren auf. Wenn sie älter sind, können sie die höheren Prämien für ältere Versicherte aus den MSA

<sup>41</sup> Stellungnahme der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein zu den anlässlich der ersten Lesung betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankversicherung (Krankenversicherungsgesetz KVG) aufgeworfenen Fragen, Nr. 19/2014.

finanzieren. Diese Lösung ist sehr nahe beim Kapitaldeckungsverfahren mit dem einzigen Unterschied, dass die Versicherten im Alter wählen können, was sie mit den MSA machen wollen. Das Problem bei diesem Vorschlag liegt darin, dass altersabgestufte Prämien in der Schweiz momentan politisch kaum durchsetzbar sind.

***MSA zur Finanzierung einer Pflegeversicherung:***

Viele Kantone sind damit konfrontiert, dass die Ausgaben für Ergänzungsleitungen (EL) stark steigen. Es wäre zu prüfen, ob MSA dazu eingesetzt werden könnten, die Gesundheits- und Pflegekosten im Alter zu finanzieren. Der Anreiz wäre, dass das Vermögen für andere Bedürfnisse zur Verfügung stehen würde. Profitieren würden die Versicherten, aber auch die Kantone, weil sie dadurch den Anstieg der EL stoppen könnten. Um den Anreiz für MSA zu erhöhen, müssten steuerliche Anreize geschaffen werden. Dadurch hätten die Kantone zwar Steuerausfälle zu verzeichnen, auf der anderen Seite würden die Kantone bei den EL entlastet. Um sicherzustellen, dass keine Unterversorgung entsteht, bräuchte es ausserdem ein Obligatorium und für die Versicherten mit tiefen Einkommen flankierende Massnahmen (analog Prämienverbilligung). Ein solches System würde zu Beginn die Prämien ansteigen lassen. Wie bei jedem Versicherungssystem braucht es zunächst einen Aufbau des Systems und Reserven, für die Unterstützung von Einzelnen, welche in finanzielle Notsituationen geraten. Auch der Aufbau einer Pflegeversicherung würde zunächst zu überproportionalen Prämien führen, bis die Reserven geäufnet sind und das System aufgebaut ist (analog zu einer neuen Krankenkasse oder einer Krankenkasse im Aufbaustadium mit neuen Versicherten). MSA in dieser Form hätten ausserdem den Vorteil, dass sie das Kostenbewusstsein der älteren Versicherten erhöhen und so dem Moral-Hazard-Verhalten entgegenwirken würden.

Generell empfehlen die befragten ExpertInnen, dass MSA nur in Verbindung mit Hochrisikoversicherungen und weiteren flankierenden Massnahmen für vulnerable Gruppen eingeführt werden sollten. Einzelne ExpertInnen verlangen zudem, dass der Leistungsumfang klar geregelt und für ältere Versicherte Übergangsfristen geschaffen werden.

### 3.4.6. FAZIT

Das Prinzip von MSA ist im Grunde vielversprechend. Über ein höheres Kostenbewusstsein sollten Moral Hazard reduziert und der Kostenanstieg gedämpft werden können. Empirische Evidenz für positive Auswirkungen von MSA gibt es allerdings nur sehr wenig. Studien, die MSA untersuchen, finden mehrheitlich keine eindeutigen Belege und kommen eher zum Schluss, dass MSA

wirkungslos oder sogar negative Wirkungen auf die Kosten zur Folge haben, insbesondere weil Leistungen zu spät in Anspruch genommen und dadurch Krankheiten verschleppt werden.

Dass Versicherer bisher in der Schweiz keine MSA-Modelle angeboten haben, hat verschiedene Gründe: Einerseits fehlen die gesetzlichen Grundlagen. Andererseits ist die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) in der Schweiz schon relativ hoch, so dass nur beschränkte Wirkungen auf die Inanspruchnahme von Leistungen zu erwarten wären. Hinzu kommt, dass viele eine Entsolidarisierung von Gesunden und Kranken befürchten, wenn MSA eingeführt würden. Der Vorteil für die Schweiz wäre vielmehr darin zu sehen, dass MSA die intergenerationelle Gerechtigkeit verbessern würden: Wenn die Versicherten langfristige Ressourcen für höhere Gesundheitsausgaben in späteren Jahren ansparen, werden jüngere Versicherte entlastet, die infolge der demografischen Entwicklung die Lasten von immer mehr älteren Versicherten zu tragen hätten.

Aufgrund der fehlenden gesetzlichen Grundlagen, wird eine Anwendung von MSA in der Schweiz vor allem als Ergänzung zum heutigen Grundversicherungssystem gesehen, sei es in Kombination mit höheren Franchisen oder mit altersabgestuften Prämien. Eine weitere Anwendung von MSA wäre im Zusammenhang mit einer allfälligen Pflegeversicherung zu prüfen.

## **3.5. FÖRDERUNG DES SELBSTMANAGEMENTS**

### **3.5.1. LÖSUNGSANSATZ**

Selbstmanagement wird als Oberbegriff für Therapieansätze verwendet, denen gemeinsam ist, dass PatientInnen zur besserer Selbststeuerung angeleitet und zu einer eigenständigen Problembewältigung befähigt werden (Kanfer et al. 2006). Eine einheitliche und universell akzeptierte Definition von Selbstmanagement gibt es nicht und je nach Modell gibt es unterschiedliche Spezifikationen in Bezug auf Eigenschaften, Rollen und Verantwortungen (Steurer-Stey 2010).

Übergeordnet kann Selbstmanagement als die Fähigkeit von PatientInnen bezeichnet werden, mit der eigenen Erkrankung, ihren Symptomen, der Behandlung, den körperlichen und sozialen Folgen und der damit zusammenhängenden Änderung der Lebensumstände umzugehen (Victorian Government Department of Human Services 2006). Interventionen zur Förderung des Selbstmanagements zielen im Allgemeinen darauf ab, PatientInnen in die Lage zu versetzen, selbstständig und unabhängig zu leben und Abhängigkeiten vom Gesundheitssystem abzubauen. Ausserdem haben sie zum Ziel, Risikofaktoren, die zum Ausbruch oder zur Beschleunigung des Verlaufs einer Erkrankung führen, abzubauen. PatientInnen sollen in die Lage versetzt werden, so lange wie möglich in einem optimalen Gesundheitszustand zu bleiben und sich länger ambulant versorgen zu lassen (Victorian Government Department of Human Services 2006).

Interventionen zum Selbstmanagement können die folgenden Aspekte beinhalten:

- › Vermittlung von Wissen und Bereitstellung von Methoden und Tools zur frühzeitigen Symptomerkenkung und Monitoring des eigenen Krankheitsverlaufs,
- › Reduktion von Risikofaktoren, die den Krankheitsverlauf beschleunigen (falsche Ernährung, mangelnde Bewegung etc.),
- › Vermittlung von Wissen zur Medikamenteneinnahme,
- › Hilfe beim Umgang mit Schmerz, körperlichen Einschränkungen, veränderten Lebensumständen,
- › Krisenmanagement,
- › Unterstützung von Angehörigen bei der Pflege.

Diese Aspekte werden in der Regel in Form von Patientenschulungen vermittelt.

### **Ziel und Wirkungsmechanismus**

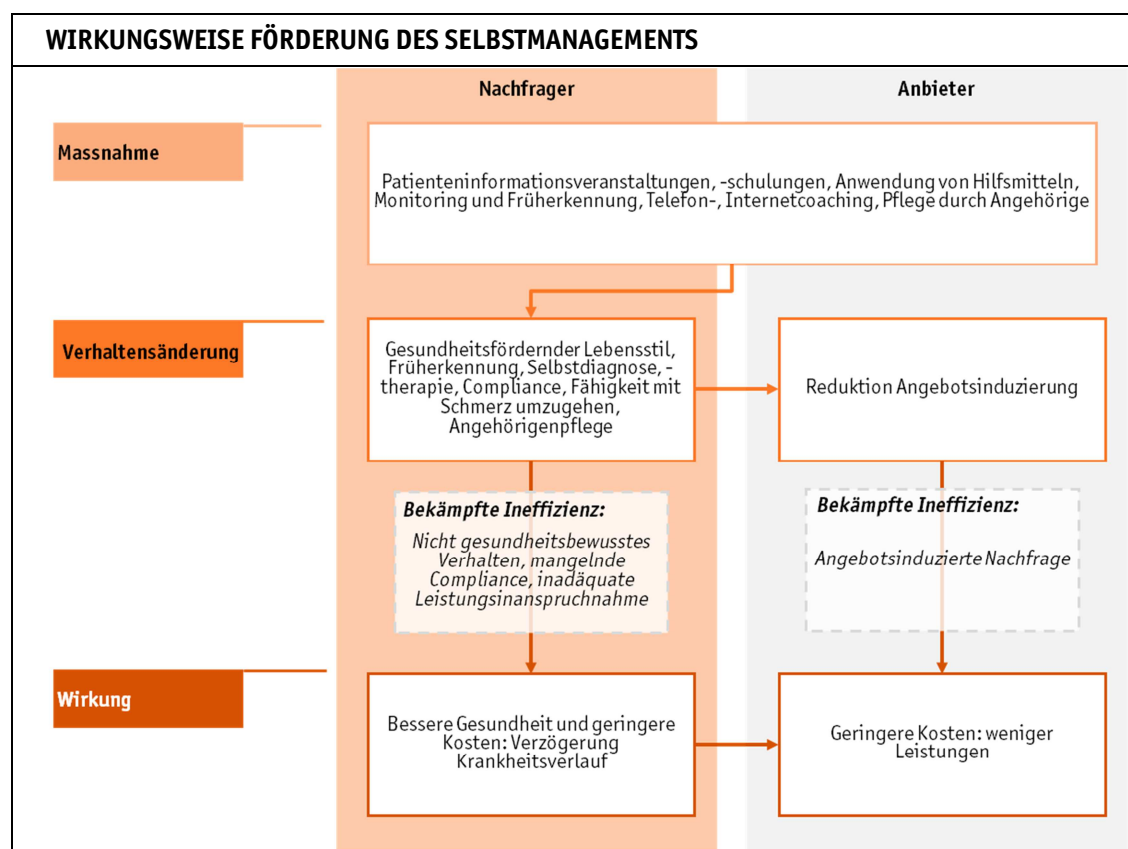
Die Förderung des Selbstmanagements zielt auf negative Folgen von **asymmetrischer Information im Gesundheitssystem** ab. Folgen asymmetrischer Information sind mangelndes gesundheitsbewusstes Verhalten, mangelnde Compliance oder vermeidbare Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (z.B. stationäre Leistungen) sowie eine angebotsinduzierte Nachfrage. Das persönliche Verhalten und das Selbstmanagement von PatientInnen spielt sowohl bei der Verbreitung als auch beim Umgang mit Erkrankungen eine wichtige Rolle. Auf der einen Seite führen Faktoren im Lebensstil (Rauchen, mangelnde körperliche Bewegung, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung etc.) und der körperliche Zustand (Übergewicht, Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel etc.) zu einem erhöhten Risiko, an einem chronischen Leiden zu erkranken. Zum anderen gehen verschiedene Autoren (Goodell et al. 2009) von einer inadäquaten Leistungsanspruchnahme aus, die aus dem beschleunigten Verlauf der Erkrankung resultiert (z.B. Behandlung in stationären Einrichtungen, statt ambulante Pflege) und durch mangelnde Information und Wissen der PatientInnen über den Umgang mit ihrer Erkrankung begründet ist.

Zum einen sollen die Massnahmen bewirken, dass Betroffene einen gesundheitsfördernden Lebensstil annehmen und damit das Ausbrechen bzw. den Verlauf der chronischen Erkrankungen verlangsamen, d.h. ihren Gesundheitszustand verbessern. Ausserdem werden Betroffene sicherer im Umgang mit der Erkrankung und können Symptome deuten, Verschlechterungen früherkennen und adäquat reagieren, mit Schmerz umgehen und sich an Behandlungen wie z.B. Medikamenteneinnahme halten (Compliance). Der Einbezug der Angehörigen in Schulungen oder Informationsveranstaltungen bewirkt, dass Betroffene länger zu Hause durch Angehörige gepflegt werden können. Daneben ermöglicht das bessere Wissen der PatientInnen einen part-



nerschaftlichen Umgang mit den behandelnden ÄrztInnen und dadurch eine Reduktion der **angebotsinduzierten Nachfrage**.

Auf der einen Seite wirkt sich die Förderung des Selbstmanagements durch die Verlangsamung des Krankheitsverlaufs, den besseren Umgang mit der Krankheit und die Pflege in ambulanten Settings bzw. zuhause positiv auf die Qualität der Versorgung und den Gesundheitszustand der Betroffenen aus. Auf der anderen Seite werden durch die resultierende verringerte Inanspruchnahme von Leistungen Gesundheitskosten reduziert.



Figur 11 Eigene Darstellung.

### 3.5.2. BEISPIELE AUS DEM AUSLAND

Interventionen zum Selbstmanagement haben bereits eine 20- bis 30-jährige Tradition. Viele der heute angebotenen Selbstmanagement-Patientenschulungen bauen auf den in den achtziger Jahren durch das Stanford Patient Education Research Center (SPERC) entwickelte Chronic Disease Selfmanagement Programm (CDSMP) auf (Barlow 2007). Das CDSMP wird bereits in einigen Ländern, z.B. den USA und Australien, durchgeführt. Beispiele für heute laufende Schulungsprogramme zum Selbstmanagement, die auf dem CDSMP basieren, sind das Expert Patient Programm in Grossbritannien, das Programm „Learn to live with chronic conditions“ in Dänemark

oder Schulungsprogramme der US-amerikanischen Health Maintenance Organisation (HMO) Kaiser Permanente.

Des Weiteren sind Selbstmanagement-Interventionen Grundbestandteile von Versorgungsmodellen für chronisch Kranke im Sinne des von Edward H. Wagner entwickelten Chronic Care Modells (CCM) (vgl. Anhang A4). Neben der Förderung des Selbstmanagements sind hier die Aspekte Neugestaltung der Leistungserbringung im Sinne einer integrierten Versorgung, verbesserte Koordination, Einsatz evidenzbasierter Behandlungsleitlinien sowie klinische Informationssysteme vorgesehen. Beispiele hierfür sind die interdisziplinären medizinischen Versorgungszentren (*maisons de santé pluridisciplinaire* (MSP) in Frankreich, das Konzept der Primärversorgungspraxen in Deutschland, multiprofessionelle Gesundheitszentren in Finnland, Patient-Centered Medical Homes oder das Guided Care-Konzept in den USA.

### **Ausgestaltungsvarianten**

Selbstmanagement-Programme können sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Im Folgenden sind die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale dargestellt:

- › *Umfassende Versorgungsmodelle mit Selbstmanagement als Teilelement vs. reine Selbstmanagement-Programme:* Häufig sind die Förderung des Selbstmanagements und Empowerment-Strategien Teilelemente in umfassenden Versorgungsmodellen nach dem Vorbild des CCM (siehe oben). Reine Selbstmanagement-Programme fokussieren dagegen auf die Förderung des Selbstmanagements. Typisch sind Patientenschulungen oder Disease Management-Programme. Diese zielen in der Regel darauf ab, über Patientenschulung und -empowerment gesundheitsförderndes Verhalten, Früherkennung von chronischen Krankheiten und Risikofaktoren sowie die Behandlung und Begleitung zu verbessern.
- › *Selbstmanagement-Programme für chronische Krankheiten im Allgemeinen vs. spezialisierte Programme für einzelne chronische Erkrankungen:* Während sich einige Selbstmanagement-Programme an die breite Bevölkerung richten, sind die meisten dieser Programme für Menschen mit chronischen Erkrankungen ausgelegt. Dabei können sie sich auf das Selbstmanagement von chronischen Krankheiten im Allgemeinen beziehen oder auf einzelne spezifische chronische Erkrankungen. Typische Erkrankungen sind Arthritis, Asthma, Diabetes oder Herzversagen.
- › *Programm-Format:* Die Patienteninformation kann in Gruppenkursen stattfinden oder auf individuelle Information ausgerichtet sein.
- › *Ausbildungs-/Schulungsmodus:* In der Regel finden Ausbildungen in Form von face-to-face-Lektionen oder Gesprächen statt. In einigen Fällen erhalten PatientInnen ausschliesslich

schriftliches Schulungsmaterial. Häufig wird die face-to-face-Ausbildung durch Telefon- oder Internetbetreuung, Hörkassetten oder Videocoaching unterstützt (Warsi et al. 2004).

- › *Programm-Betreuung/Personal:* Des Weiteren bestehen wesentliche Unterschiede bei den Personen, durch die das Programm betreut wird. So werden Ausbildungsprogramme häufig durch selbstbetroffenen Laien-Ausbilder betreut. Je nach Umfang und Therapieansatz werden sie durch Allgemeinmediziner, Psychiater, Physiotherapeuten, Verhaltenstherapeuten, Ernährungsberater, Krankenschwestern etc. betreut.
- › *Therapieansatz:* Mögliche Therapieansätze sind die kognitive Verhaltenstherapie (cognitive behavioral therapy (CBT)), Realitäts-Therapie (reality therapy (RT)), Gesprächstherapie (brief behavioral intervention (BBI)) oder sozial kognitive Therapie (social cognitive therapy (SCT)).

Die folgende Tabelle führt ausgewählte Beispiele zu Selbstmanagement-Programmen auf. Hauptunterscheidungsmerkmal der Beispiele ist deren Umfang, d.h. in der Realität findet man entweder Programme, die sich hauptsächlich auf die Schulung der PatientInnen fokussieren und solche, die weitere Aspekte, wie Versorgungsstrukturen oder Pflegepläne, miteinbeziehen.

<b>AUSGEWÄHLTE BEISPIELE VON SELBSTMANAGEMENTPROGRAMMEN</b>		
<b>Modell</b>	<b>Land und Jahr</b>	<b>Besondere Ausgestaltungsmerkmale</b>
<b>Programme mit Fokus auf Patientenschulung</b>		
Expert Patient Program (EPP)	GB, seit 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>› NHS-Programm, Teilnahme kostenlos</li> <li>› Patientenschulungsprogramm für Selbstvertrauen, Eigenverantwortung, partnerschaftlichen Umgang mit Leistungserbringer</li> <li>› sechs 2.5-stündige wöchentliche Schulungseinheiten</li> <li>› Zielgruppen: (a) Menschen mit einer chronischen- bzw. Langzeiterkrankung allgemein, (b) Menschen mit einer spezifischen chronischen Erkrankung</li> <li>› basiert auf Chronic Disease Selfmanagement Course (CDSMC) des Stanford Patient Education Research Center</li> </ul>
Learn to live with chronic conditions	DEN, 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Zielgruppen: (a) Menschen mit einer chronischen- bzw. Langzeiterkrankung allgemein, (b) Menschen mit einer spezifischen chronischen Erkrankung</li> <li>› Patientenschulungsprogramm für Selbstvertrauen, Eigenverantwortung, partnerschaftlichen Umgang mit LE</li> <li>› basiert auf Chronic Disease Selfmanagement Course (CDSMC) des Stanford Patient Education Research Center</li> </ul>
Patientenschulungen Kaiser Permanente	USA	<ul style="list-style-type: none"> <li>› diverse Patientenschulungsprogramme zur Schmerz-, Angst-, Stressbewältigung, Medikation, Ernährung, Bewegung, partnerschaftlichen Umgang mit Leistungserbringern</li> <li>› Zielgruppen: (a) Menschen mit einer chronischen- bzw. Langzeiterkrankung allgemein, (b) Menschen mit einer spezifischen chronischen Erkrankung</li> <li>› basiert auf Chronic Disease Selfmanagement Course (CDSMC) des Stanford Patient Education Research Center</li> </ul>
<b>Programme mit Einbezug weiterer Aspekte (z.B. Versorgungsstrukturen, Pflegepläne etc.)</b>		
Gesundheitsnetzwerke für chronische Erkrankungen	FR, 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>› 69 Netzwerke für Diabetes-PatientInnen mit 14'000 Gesundheitsfachleuten, 44'000 PatientInnen (2006)</li> <li>› Eintritt in Netzwerke erfolgt über den Hausarzt</li> <li>› Leistungen umfassen Patientenschulungen, Ernährungsberatung, beaufsichtigte Gewichtsreduktion, Bewegungsprogramme, individuelle Pflegepläne</li> </ul>
Sharing Health Care Initiative	AUS, 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Förderung von Projekten im Bereich Selfmanagement durch die australische Regierung (Australian Government Department of Health and Aging 2005)</li> <li>› darunter solche mit Selbstmanagement-Aktionsplänen, Pflegeplänen, Überarbeitung von Medikation und Therapien, Stanford-Kurse, Krankheitsspezifische Kurse, Koch- und Ernährungskurse, Telefoncoaching, Selbsthilfegruppen, Bewegungskurse</li> </ul>

**Tabelle 17** Quellen: Barlow 2007, European Network on Patient Empowerment.

### 3.5.3. ERSTE ANSÄTZE IN DER SCHWEIZ

Laut Interviewaussagen gibt es in der Schweiz zwar bereits verschiedene Ansätze im Bereich Selbstmanagement, insgesamt stecke die Schweiz jedoch in Bezug auf die Förderung des Selbstmanagements noch in den Kinderschuhen. Bei der Suche nach Programmen stösst man aber bereits auf eine recht vielfältige Palette an laufenden Programmen, wie beispielsweise:

- › Die EVIVO-Patientenschulungen: Menschen mit chronischen Erkrankungen und ihre Angehörigen werden unterstützt, ein gesundheitsbewusstes und aktives Leben zu führen. Das Programm wird ausserdem in Deutschland und Österreich angeboten, es ist krankheitsübergreifend und basiert ebenfalls auf dem CDSMC.
- › Projekt LEILA (Leben mit Langzeiterkrankungen): Im Gesundheitsnetz 2025 der Städtischen Gesundheitsdienste Zürich mit einer Laufzeit von drei Jahren. Der Betrieb wurde 2010 aufgenommen. Es umfasst neben krankheitsspezifischen Selbstmanagement-Programmen integrierte Versorgungsgrundsätze in der Grundversorgung.
- › Patientenschulung – mit Rheuma leben lernen: Die Rheumaligen St. Gallen, Graubünden und Fürstentum Liechtenstein führen seit dem Jahr 2002 Patientenschulungen für Rheuma-Betroffene durch.
- › DIAFIT-Gruppen: Bieten DiabetespatientInnen ein- bis zweimal pro Woche die Möglichkeit, in Kleingruppen körperlich aktiv zu sein und an Informationsabenden zum Thema Diabetes teilzunehmen.

### 3.5.4. CHANCEN UND GEFAHREN

Die Literaturrecherche sowie die Interviews mit den ExpertInnen zeigen ein geteiltes Bild zur Effektivität von Selbstmanagement-Interventionen. Die empirische Evidenz ziehen wir aus 14 Reviews<sup>42</sup>, drei Studien (Coleman et al. 2006, Coleman et al. 2004, Wheeler 2003) und einem Artikel, welcher die Evidenz aus verschiedenen Reviews zusammenfasst (Bodenheimer et al. 2002). Die Studien messen häufig Wirkungen auf die Gesundheit (Outcomes). Wenn eine Kostenbetrachtung gemacht wird, dann wird meist nur die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen untersucht. Ganz selten finden sich Kosten-Effektivitätsstudien unter den betrachteten Studien.

#### *Auswirkungen auf die Qualität und Outcomes*

Insgesamt ist es schwierig, klare positive Auswirkungen von Selbstmanagement-Massnahmen nachzuweisen. Die empirische Evidenz zeigt ein sehr gespaltenes Bild. Scheinbar ist dies darauf zurückzuführen, dass die Anwendungsbereiche (Erkrankungen) und Ausgestaltungsmöglichkeiten von Selbstmanagement-Interventionsmassnahmen erheblich variieren. Nicht alle, aber eine Mehrzahl der in den Reviews betrachteten Studien zeigen Verbesserungen der jeweils relevanten Outcomes auf: Verbesserung des Blutdrucks, weniger Asthmaanfalle (Bodenheimer et al. 2002),

<sup>42</sup> Unter den Reviews zur Effektivität von Selbstmanagement-Programmen finden sich sowohl solche, die Programme für chronische Erkrankungen im Allgemeinen betrachten, als auch solche, die sich auf spezifische chronische Erkrankungen beziehen. Es handelt sich hauptsächlich um aktuelle Reviews aus den Jahren 2007 bis 2013.

Senkung des Hämoglobin-Levels bei Diabetes (Malanda et al. 2012), leicht weniger Schmerzen bei Arthritis (Bodenheimer et al. 2002), weniger Schmerzen, Behinderung, Erschöpfung, Depressionen und eine generell bessere gesundheitliche Konstitution bei Interventionsprogrammen für chronisch Kranke im Allgemeinen (Foster et al. 2006, Bodenheimer et al. 2002). Des Weiteren zeigen verschiedene Studien Verbesserungen der Patientenzufriedenheit, Verbesserung bei Angstzuständen, körperlicher Funktionsfähigkeit sowie verminderten Depressionen (Foster et al. 2006, Malanda et al. 2012, Duke et al. 2009). Auf der anderen Seite gibt es einige Reviews, die zu dem Ergebnis kommen, dass Selbstmanagement zu keinen wesentlichen Verbesserungen führt (Pal et al. 2013, Bradley, Lindsey 2007).

Die Reviews liefern schwache Hinweise auf Faktoren, welche bei Selbstmanagement Massnahmen eher zu einem Erfolg bzw. Misserfolg führen. Gemäss den von Bodenheimer et al. (2002) betrachteten Studien, sind Selbstmanagement-Interventionen, bei denen ein Aktionsplan eingesetzt und technische Skills vermittelt werden (z.B. Messen und Monitoring bei Diabetes), erfolgreicher. Patientenschulung allein führe selten zu besseren klinischen Ergebnissen. Ebenso spielt das Stadium der Erkrankung eine Rolle beim Erfolg der Interventionen; gemäss der betrachteten Studien ist die positive Wirkung bei Asthma im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung wahrscheinlicher. Bei einem weiteren wichtigen Aspekt, der Dauer und Nachhaltigkeit der Wirkung zeigen die Studien unterschiedliche Ergebnisse.

Die Einschätzungen der befragten Akteure decken sich mit der empirischen Evidenz. Die Akteure schätzen das Potenzial der Förderung von Selbstmanagement im Prinzip hoch ein, geben jedoch an, dass die Auswirkungen von Selbstmanagement-Programmen in Bezug auf die klinischen Outcomes noch sehr ungewiss sind bzw. stark von der Compliance der PatientInnen und der Ausgestaltung der Programme abhängen. Das heisst, dass man daran glaubt, dass die Programme zu einer Reduktion der Leistungsanspruchnahme führen können, man aber noch zu wenig über den kritischen Faktor Compliance und die richtige Ausgestaltung weiss. Zudem wird von einzelnen Befragten angemerkt, dass nicht alle PatientInnen in der Lage seien, Selbstmanagement-Angebote zu nutzen.

#### *Auswirkungen auf die Kosten*

Einzelne Studien liefern Evidenz zu den Auswirkungen auf die Kosten. Die meisten Studien untersuchen die Inanspruchnahme von Leistungen, von der aus man auf die Kosten schliessen kann. Die Evidenz hierzu ist unterschiedlich. Gemäss der Reviews zu Asthma-Selbstmanagement-Programmen reduzieren sich Hospitalisationen, Notaufnahmen, unvorhergesehene Arztbesuche, Abwesenheiten von der Arbeit oder der Schule (Gibson et al. 2002, Tapp et al. 2010). Ein Review zu Selbstmanagement-Interventionen mit Telefonsupport und Telemoni-

toring bei HerzpatientInnen zeigt ebenfalls Reduktionen bei den Hospitalisationen sowie eine Reduktion der Gesundheitskosten (Inglis et al. 2010). Des Weiteren zeigen drei verschiedene Studien Kostenreduktionen durch Selbstmanagement-Massnahmen bei PatientInnen mit chronischer Herzinsuffizienz (Cline et al. 1998, Krumholz et al. 2002, Kroelling et al. 2005).

Einzelne befragte Akteure zeigen sich skeptisch in Bezug auf mögliche Kosteneinsparungen und weisen auf Gefahren der Leistungsausweitung hin. Denkbar sei beispielsweise auch, dass die PatientInnen durch ihre besseren Kenntnisse oder dadurch, dass sie beispielsweise im Rahmen von Selbsthilfegruppen von Therapien erfahren, mehr Leistungen einfordern. Schlussendlich könnte dies zu einer erhöhten Leistungsanspruchnahme führen.

<b>MÖGLICHE CHANCEN UND GEFAHREN</b>		
<b>Dimension</b>	<b>Chancen</b>	<b>Gefahren</b>
Wirkungen auf die Qualität/Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Prinzipiell bessere Outcomes durch verbesserte Einschätzung von Symptomen, Früherkennung von Komplikationen, Selbstmanagement ; aber Empirie (noch) schwach</li> <li>› Besonders geeignet für chronische Erkrankungen, eine der wesentlichen zukünftigen Herausforderungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nachhaltigkeit von positiven Wirkungen vermutlich nicht gegeben, sondern dauerhafte Begleitung bzw. regelmässige Auffrischung nötig</li> </ul>
Wirkungen auf die Kosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Prinzipiell geringere Kosten durch Vermeidung von Hospitalisationen, Notfallbehandlungen und Verlangsamung des Krankheitsverlaufs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Mangelnde Compliance der PatientInnen</li> <li>› Wecken von Bedürfnissen durch den Austausch mit anderen PatientInnen</li> </ul>
Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Lösung von Ressourcenengpässen durch Entlastung von Leistungserbringern/Pflegepersonal</li> </ul>	

### 3.5.5. EFFIZIENZPOTENZIALE

Im Folgenden wird eine Schätzung der Grössenordnung der Effizienzpotenziale von Selbstmanagement Interventionen für die Schweiz vorgenommen. Dabei stützen wir uns auf Ergebnisse zweier Studien aus Schweden (Cline et al. 1998) und den USA (Krumholz et al. 2002 USA), welche die Kosteneinsparungen von Interventionsprogrammen zum Selbstmanagement bei PatientInnen mit Herzinsuffizienz ermitteln. In beiden Studien werden PatientInnen, die an einem Selbstmanagement-Programm teilgenommen haben (Interventionsgruppe) mit PatientInnen verglichen, die nicht an einem solchen Programm teilgenommen haben (Kontrollgruppe). Der Vergleich zeigt, dass PatientInnen der Interventionsgruppe weniger häufig wegen ihrer Erkrankung hospitalisiert werden mussten als PatientInnen der Kontrollgruppe. In der schwedischen Studie wurde eine InterventionspatientIn im Jahr nach der Intervention im Durchschnitt 0.7-mal ins Spital eingewiesen, 0.4-mal weniger als PatientInnen der Kontrollgruppe. Überträgt man

das auf die Schweiz, wo die durchschnittlichen Fallkosten einer Hospitalisation infolge Herzerkrankungen bei rund 13'000 CHF liegen, können durch eine derartige Intervention 5'200 CHF an Gesundheitskosten eingespart werden. Die Kosten der Selbstmanagement-Intervention betragen schätzungsweise 150 CHF. Bei einer Prävalenz von ca. 15'000 Fällen (Hospitalisationen mit Herzerkrankungen ICD10 Kapitel I50) pro Jahr in der Schweiz kann das gesamte Effizienzpotential von Selbstmanagement-Massnahmen in diesem Bereich auf Basis der Schwedischen Studie auf rund 76 Mio. CHF pro Jahr für die Schweiz geschätzt werden. Anhand einer zweiten Studie, aus den USA, kommt man auf sehr ähnliche Schätzergebnisse. Die Studie zeigt, dass ein(e) InterventionspatientIn im Jahr nach der Intervention im Durchschnitt 0.5-mal ins Spital eingewiesen wird, was 0.45-mal weniger ist als ein PatientIn der Kontrollgruppe. Die entsprechende Schätzung der möglichen Kosteneinsparung beträgt rund 79 Mio. CHF.

Diese Schätzung muss mit grosser Vorsicht interpretiert werden, da sie die Annahme impliziert, dass die Qualität der Versorgung in Schweden respektive den USA auf einem ähnlichen Niveau ist wie jene in der Schweiz bzw. in der Schweiz vermeidbare Komplikationen in ähnlichem Ausmass auftreten. Des Weiteren sind die ausgewiesenen Beträge nur beispielhaft für eine chronische Erkrankung und dürfen nicht als Gesamtpotenzial von Selbstmanagement-Massnahmen verstanden werden.



<b>GROBSCHÄTZUNG KOSTENEINSPARUNGEN DURCH FÖRDERUNG DES SELBSTMANAGEMENTS IN DER SCHWEIZ (BEISPIEL HERZINSUFFIZIENZ)</b>				
<b>Art der Intervention und Erkrankung (Studie)</b>	<b>Reduktion von Hospitalisationen pro Patient</b>	<b>Kosteneinsparungen pro Patient mit Intervention bei Fallkosten von 13'000 pro Hospitalisation (Fallkostenstatistik, BFS)</b>	<b>Kosten für die Intervention bei Kosten von rund 9 CHF pro 5 Minuten-Konsultation (SASIS)</b>	<b>Kosteneinsparungen gesamt bei Prävalenz von 15'000 pro Jahr (Medizinische Statistik der Krankenhäuser)</b>
1.5-stündige Informationsgespräche durch Pflegepersonal bei Herzkrankheit (Cline et al. 1998)	Interventionsgruppe: 0.7 Hospitalisierungen pro Patient Kontrollgruppe: 1.1 Hospitalisierungen pro Patient Differenz: 0.4 Hospitalisierungen pro Patient	5'200 CHF	150 CHF	<b>75.8 Mio. CHF</b>
5-stündige Informationsgespräche und Telefonbetreuung (Krumholz et al. 2002)	Interventionsgruppe: 0.5 Hospitalisierungen pro Patient Kontrollgruppe: 0.95 Hospitalisierungen pro Patient Differenz: 0.45 Hospitalisierungen pro Patient	5'850 CHF	570 CHF	<b>79.2 Mio. CHF</b>

Tabelle 18

### 3.5.6. MÖGLICHKEITEN DER IMPLEMENTIERUNG

Die befragten Akteure sind der Meinung, dass Selbstmanagement-Programme noch viel stärker in der Schweiz ausgebaut werden könnten. Beispielsweise gibt ein Befragter an, dass das strukturierte Lernen derzeit noch einer der Schwachpunkte in der Diabetes-Versorgung der Schweiz ist; ein anderer ist der Meinung, dass das Selbstmanagement vor allem in der Akutsomatik noch unterentwickelt ist. Dass sich die Programme bisher erst wenig verbreitet haben, hängt mit verschiedenen hemmenden Faktoren zusammen. Gleichzeitig sprechen aber auch einzelne Faktoren dafür, dass sich der Lösungsansatz in Zukunft stärker etablieren könnte.

#### **Hemmnisse und fördernde Faktoren**

##### *Akzeptanz*

Grundsätzlich ist die Förderung des Selbstmanagements breit akzeptiert. Dass sich der Lösungsansatz trotzdem noch nicht etabliert hat, könnte gemäss den Interviews damit zusammen hängen, dass der Patient für den Erfolg eines Programms eine wichtige Rolle spielt und eine gewisse Skepsis bezüglich der Compliance vorherrscht. Umgekehrt argumentieren einige Befragte, dass

aus Studien bekannt sei, dass die Compliance der Schweizer PatientInnen allgemein gut ist. Lediglich zwischen 10 und 20% der PatientInnen seien nicht compliant, bei diesen liessen sich auch Interventionen zum Selbstmanagement schwierig umsetzen. Die Förderung des Empowerments und des Selbstmanagements der PatientInnen liege in deren eigenem Interesse, denn sie seien daran interessiert, möglichst wenig in stationärer Behandlung zu sein, frühzeitig nach Hause entlassen zu werden, lange zu Hause bleiben zu können und möglichst selten für Untersuchungen den Arzt aufsuchen zu müssen.

Der steigende medizinische Versorgungsbedarf insbesondere im Bereich der immer wichtiger werdenden chronischen Erkrankungen wird als ein fördernder Faktor für die Akzeptanz und Nachfrage nach Selbstmanagement gesehen. Der zukünftige Bedarf an Pflegekräften für chronisch Kranke könnte das Angebot übersteigen, daher sei Selbstmanagement ein guter Weg, professionelle Leistungserbringer und Pflegekräfte zu entlasten.

#### *Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem*

Hemmnisse im Gesundheitssystem bestehen gemäss befragten Personen auf Seiten der Krankenversicherungen. So habe ein Versicherer geringe Anreize, ein gutes Selbstmanagement-Modell für chronisch Kranke anzubieten, da er befürchten muss, chronisch Kranke und somit Hochkostenfälle anzuziehen. Dies insbesondere, wenn der Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherungen nicht hinreichend spiele. Auch die Möglichkeit, dass Versicherte jährlich innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) den Versicherer wechseln können, reduziere zudem den Anreiz einer Versicherung, in ein solches Modell zu investieren. Mögliche Kosteneinsparungen machten sich – wenn überhaupt – erst nach längerer Zeit bemerkbar.

Weitere Hemmnisse bestehen laut einzelnen Interviewpartnern auf Seiten der Leistungserbringer. Von verschiedenen ExpertInnen wurde in diesem Zusammenhang angemerkt, dass zum heutigen Zeitpunkt die Finanzierung bzw. die Frage der Vergütung unklar sei, was verhindert, dass Leistungserbringer derartige Programme/Leistungen anbieten. Beispielsweise können heute Gruppenkurse/-sitzungen nicht über eine TARMED-Position abgerechnet werden, da eine solche medizinische Leistung im Tarifsysteem nicht hinterlegt ist; hierfür müssen Leistungserbringer eine andere TARMED-Position anwenden, die der angebotenen Leistung am nächsten kommt.

Ein Experte merkt an, dass die pauschale Leistungsvergütung durch das DRG-System ein fördernder Faktor für den Aufbau von Selbstmanagement-Programmen seitens der Spitäler sei. Die pauschale Vergütung verstärke den Anreiz von Spitälern, Patienten frühzeitig zu entlassen. Dies könne ermöglicht werden, indem PatientInnen im Umgang mit ihrer Erkrankung im Rahmen von Selbstmanagement-Programmen geschult werden.

### *Praktische Umsetzung*

Bei den Interviews kommt zum Ausdruck, dass zwischen den Leistungserbringern Uneinigkeit über die Zuständigkeit besteht. Aus Sicht von Spitalern sollten Selbstmanagement-Programme möglichst von FachärztInnen angeboten und durchgeführt werden; HausärztInnen seien der Meinung, dass die Zuständigkeit bei ihnen liegen sollte und seien dagegen, dass sich Spitäler der Thematik annehmen. Diese Haltungen haben laut einer Expertin dazu geführt, dass man sich in der Vergangenheit eher gegenseitig blockiert als zusammengearbeitet habe.

Die Strategie „eHealth“ des Bundes mit dem Handlungsfeld „Online Dienste“ dürfte die Möglichkeiten der Umsetzung von Selbstmanagement-Massnahmen erweitern und der Verbreitung von Selbstmanagement-Programmen wie z.B. der Internetbetreuung, Auftrieb geben.

### **Ansatzpunkte und Massnahmen zur Förderung**

Damit sich Selbstmanagement-Programme stärker etablieren, müssen aus Sicht verschiedener ExpertInnen insbesondere die Anreize für Versicherer, ÄrztInnen und PatientInnen gestärkt werden. Dazu müssten die Strukturen der integrierten Versorgung und spezielle Versicherungsmodelle vorangetrieben werden, in denen sich Versorgungskonzepte für chronisch Kranke (z.B. Chronic-Care-Modelle und Disease-Management-Programme) etablieren können und die Zuständigkeiten klarer sind. Wichtige Voraussetzungen hierfür seien die Verbesserung des Risikoausgleichs, finanzielle Anreize für chronisch Kranke, sich einem speziellen Versicherungsmodell anzuschliessen sowie die Revision der ambulanten Vergütung.

Darüber hinaus müsste aus Sicht einzelner ExpertInnen auch durch Pilotversuche mehr Evidenz über die Wirkung von Selbstmanagement-Massnahmen geschaffen werden, um diesen Ansatz stärker voranzutreiben.

### **Erfolgsfaktoren in der Umsetzung**

Für die erfolgreiche Implementierung von Selbstmanagement-Interventionen raten verschiedene Befragte an, das Thema in bestehende Programme bzw. Versorgungsstrukturen aufzunehmen und nicht separat aufzubauen. Zur Frage, wie die Massnahmen ausgestaltet sein sollten, um möglichst nachhaltige Wirkungen zu erzielen, existieren erst wenige Hinweise aus der Literatur. Bekannt ist, dass

- › der Einsatz Aktionsplan und die Vermittlung von technischen Skills (z.B. Messen und Monitoring bei Diabetes) mehr Erfolg versprechen als „stand alone“-Patientenschulungen und
- › das Stadium der Erkrankung eine Rolle beim Erfolg der Interventionen spielt.

Aus Sicht der befragten Personen ist insbesondere eine gute Qualitätssicherung zentral. Grundsätzlich sei es schwierig, bei der Vielfalt an möglichen Interventionen die Spreu vom Weizen zu trennen. Daher sei ein enges Monitoring wichtig.

### 3.5.7. FAZIT

Die Förderung des Selbstmanagements zielt darauf ab, dass Personen mit chronischen Erkrankungen einen gesünderen Lebensstil annehmen und sicherer im Umgang mit ihrer Erkrankung werden, d.h. Symptome deuten, Verschlechterungen früh erkennen und adäquat reagieren, mit Schmerz umgehen und sich optimal an Therapien halten können und somit den Verlauf der Erkrankung verlangsamen oder überflüssige Arztbesuche bzw. Spitalaufenthalte vermieden werden. Die Folgen sind eine erhöhte Versorgungsqualität und geringere Gesundheitskosten.

Eine Problematik dieses Lösungsansatzes besteht darin, dass es keine einheitliche Definition von Selbstmanagement gibt und Selbstmanagement-Programme sehr unterschiedlich ausgestaltet sein können. Dies führt dazu, dass, trotz vieler laufender Programme und einer jahrelangen Erfahrung, die empirische Evidenz kein einheitliches Bild zeigt. So lässt sich nicht verallgemeinernd sagen, dass Selbstmanagement-Programme die erwünschte positive Wirkung erzielen. Auch wenn eine Vielzahl von Studien verbesserte Gesundheitsoutcomes (verbesserte klinische Werte, geringere Anzahl Hospitalisationen und Notaufnahmen etc.) aufzeigen, gibt es ebenfalls viele Studien, welche keine signifikanten Veränderungen finden. Der Erfolg von Selbstmanagement-Interventionen scheint wesentlich von der konkreten Ausgestaltung abhängig zu sein. Die empirische Evidenz liefert Hinweise darauf, dass Interventionen, die in Form von Behandlungsplänen und der Vermittlung technischer Fähigkeiten (wie z.B. Blutdruckmessen und Monitoring) über reine Patientenschulungen hinausgehen, erfolgreicher sind. Aus diesem Grund scheinen sich chronische Erkrankungen, deren Verlauf sich an konkreten Messwerten ablesen lassen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck), besser für Selbstmanagement-Programme zu eignen.

In der Schweiz gibt es bislang zwar vereinzelte Ansätze zur Förderung des Selbstmanagements, insgesamt ist die Verbreitung aber noch schwach. Hemmnisse sind laut ExpertInnen Fehlanreize bei den Krankenversicherern, die ungeklärte Frage der Finanzierung (Selbstmanagement-Leistungen sind nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der OKP) und der Zuständigkeit. Auf der anderen Seite bietet das Schweizer Gesundheitssystem begünstigende Rahmenbedingungen. Dazu gehören die durchschnittlich hohe Compliance und Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung, das pauschale Vergütungssystem DRG sowie der steigende medizinische Versorgungsbedarf, insbesondere bei chronischen Erkrankungen sowie die damit verbundenen Ressourcenengpässe, welche durch das Selbstmanagement der PatientInnen zu einem Teil abgebaut werden könnten.

## 4. SYNTHESE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

### 4.1. SYNTHESE

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Auslegeordnung und Vertiefung einzelner Lösungsansätze entlang der Ausgangsfragen der Studie kurz zusammengefasst.

#### **1) Welche innovativen Lösungsansätze bestehen im Ausland, die auf Effizienzverbesserungen des Gesundheitswesens zielen? Wie lassen sich diese Lösungsansätze typologisieren?**

In Bezug auf mögliche innovative Lösungsansätze für die Schweiz lässt sich Folgendes feststellen:

- › Im Ausland werden viele verschiedene Lösungsansätze erprobt und umgesetzt, um Ineffizienzen im Gesundheitssystem zu begegnen. Im Rahmen dieser Studie konnten 15 verschiedene Lösungsansätze identifiziert werden.
- › Die 15 Lösungsansätze setzen auf verschiedensten Ebenen an. Grob typologisieren lassen sie sich anhand von zwei Dimensionen:
  - › Veränderung des Systems auf Ebene Finanzierung/Vergütung bzw. Organisation der Leistungserbringung
  - › Veränderung der Anreize bei Anbietern/Nachfragern
- › Die meisten Lösungsansätze versuchen, die Anreize auf Seiten der Anbieter zu verändern, um Effizienzverbesserungen zu erzielen. Einerseits wird dies über Vergütungs- oder Finanzierungsmechanismen wie z.B. die leistungs- oder nutzenorientierte Vergütung angestrebt. Andererseits werden die Versorgungsstrukturen (z.B. Spitallandschaft) oder die Prozesse der Leistungserbringung (z.B. Einführung von medizinischen Guidelines oder Arbeits- und Kompetenzverteilung) direkt verändert. Auf Seiten der Nachfrage bzw. der Versicherten und PatientInnen wird versucht, über spezielle Formen der finanziellen Beteiligung oder der Versorgung (z.B. Prävention, Förderung des Selbstmanagements) das Verhalten in Richtung eines grösseren Gesundheits- und Kostenbewusstseins zu steuern.
- › In der Schweiz wird eine Mehrheit der Lösungsansätze bereits punktuell umgesetzt. Daher kann mehrheitlich nicht von völlig neuen Lösungsansätzen gesprochen werden. Für die Schweiz völlig neue Lösungsansätze finden sich auf der Ebene der Finanzierung/Vergütung der Leistungen (z.B. Bundled Payment, Medical Savings Accounts). Im Bereich der Leistungserbringung wird in der Schweiz hingegen bereits Vieles erprobt (z.B. medizinische Guidelines). Im Vergleich zum Ausland stecken diese Ansätze aber noch in den Kinderschuhen.

## **2) Welche Wirkungen lassen sich von ausgewählten Lösungsansätzen aus dem Ausland auf die Kosten und Qualität der Versorgung sowie den Outcome und Ungleichheiten in der Versorgung im schweizerischen Gesundheitswesen erwarten?**

Auf den ersten Blick versprechen viele der in der Auslegeordnung identifizierten Lösungsansätze hohe Effizienzpotenziale, da sie auf relevante Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitswesen zielen (z.B. Moral Hazard, mangelnde Koordination der Versorgung, angebotsinduzierte Nachfrage). Inwieweit dies bei näherer Betrachtung der Fall ist, wurde anhand von fünf ausgewählten Lösungsansätzen vertieft untersucht.

Die Ergebnisse zeigen, dass die untersuchten Lösungsansätze durchaus relevante Effizienzpotenziale bergen (vgl. folgende Tabelle). Eine Ausnahme bilden die Medical Savings Accounts, bei denen die Evidenz nicht eindeutig ist. Insbesondere besteht hier die Gefahr, dass Leistungen zu spät in Anspruch genommen, dadurch Krankheiten verschleppt und schlussendlich Kosteneinsparungen zu Beginn durch höhere Kosten kompensiert werden. Dennoch hat dieser Lösungsansatz mit dem Sparelement seinen Reiz, weil er die jüngere Generation entlasten würde.


























Die anderen vier Lösungsansätze dürften sich gemäss der vorliegenden empirischen Evidenz und unseren qualitativen Einschätzungen mehr oder weniger positiv auf die Gesundheit und die Kosteneffizienz auswirken. Während die Effizienzpotenziale sich beim Lösungsansatz Förderung des Selbstmanagements langfristig über eine verbesserte Qualität der Versorgung und verbesserte Gesundheitsoutcomes ergeben dürften, wird mit den anderen Lösungsansätzen (Bundled Payment, Optimierung Skill-Mix, medizinische Guidelines) auch gleichzeitig eine kosteneffizientere Leistungserbringung angestossen. Die vertiefte Analyse zeigte aber auch, dass die empirische Evidenz nicht immer eindeutig ist, was erstens damit zusammen hängt, dass es verschiedene Ausgestaltungsformen der Lösungsansätze gibt, zweitens die Erfahrungen grösstenteils noch sehr jung sind und drittens die Umsetzung auch mit gewissen Risiken verbunden ist. In Bezug auf die Risiken deutet die Literatur gleichzeitig darauf hin, dass diese in vielen Fällen durch eine sorgfältige Umsetzung und besondere Ausgestaltungsformen (z.B. leistungsorientierte Vergütungselemente beim Bundled Payment; am Patientenbedarf orientierte Skill-Mix-Modelle, Kombination von medizinischen Guidelines z.B. mit Qualitätszirkeln und Therapiefreiheit etc.) kontrolliert werden können.

Wie hoch die finanziellen Ersparnisse durch die vertieften Lösungsansätze in der Schweiz ausfallen würden, lässt sich auf Basis der verfügbaren Evidenz nur grob abschätzen. Unsere Schätzung deutet darauf hin, dass die möglichen Ersparnisse im einstelligen Prozentbereich der gesamten Gesundheitsausgaben liegen. Dies unter der Annahme, dass die im Ausland umgesetzten Lösungsansätze ähnlich erfolgreich in der Schweiz umgesetzt werden können.

Die Erfolgsfaktoren für die Umsetzung können im Rahmen dieser Studie nicht abschliessend analysiert werden, da es hierfür mehr empirische Evidenz und eine längere Erprobung bräuchte. Die Ergebnisse zeigen aber, dass der Erfolg erstens stark kontextabhängig ist. Regulierungen des Gesundheitssystems wie z.B. Finanzierungs- oder Vergütungsregelungen können mehr oder weniger starke Anreize bei den Akteuren setzen, die Modelle konsequent umzusetzen. Zweitens spielt die Federführung und die Steuerung bei der Ausgestaltung eine wichtige Rolle. Bei den Lösungsansätzen medizinische Guidelines und Optimierung des Skill-Mix zeigt sich beispielsweise, dass die Akzeptanz und konsequente Umsetzung der Modelle durch die ÄrztInnen davon abhängt, inwieweit sie diese mitgestalten. Beim Bundled Payment deutet sich an, dass es stark auf die Details der Ausgestaltung ankommt (Höhe der Pauschale, eingeschlossene Leistungen etc). Generell spielt es bei der konkreten Ausgestaltung eine Rolle, inwieweit die verschiedenen Stakeholder aufgrund ihrer Stellung im Gesundheitssystem ihre Interessen durchsetzen können. Es deutet sich aufgrund der Ergebnisse an, dass der Erfolg der Lösungsansätze grösser ist, je besser die involierten und betroffenen Akteure sie mitgestalten können. Diesbezüglich besteht jedoch noch weiterer Forschungsbedarf.

Die grössten Effizienzpotenziale impliziert der Lösungsansatz „Bundled Payment“. Allerdings dürfte sich die praktische Umsetzung dieses Lösungsansatzes vor allem im Bereich der chronischen Krankheiten in der kürzeren Frist als schwierig erweisen (vgl. nächsten Abschnitt).

Die folgende Tabelle fasst die erwarteten Wirkungen der fünf vertieften Lösungsansätze zusammen. Bei den blass eingefärbten Pfeilen handelt es sich um Wirkungen, welche empirisch weniger gut abgestützt und daher unsicherer sind.

ERWARTETE WIRKUNGEN DER FÜNF AUSGEWÄHLTEN LÖSUNGSANSÄTZE						
	Qualität der Versorgung	Gesundheit	Kosteneffizienz kurzfristig	Kosteneffizienz langfristig	Chancengleichheit	Sonstiges
<b>Bundled Payment</b>						
	Bessere Koordination der Leistungen, verbessertes Monitoring	Weniger Komplikationen; Gefahr „Underuse“ bzw. Vorenthalten von Leistungen	Effizientere Prozesse; weniger unnötige Behandlungen; Administrativer Aufwand; Gefahr Ausweichverhalten LE	Langfristig zusätzlich Einsparungen über bessere Outcomes und Reduktion administrativer Aufwand	Anreize für Risikoselektion durch Leistungserbringer	
<b>Optimierung des Skill-Mix</b>						
	Tendenziell bessere Patientenzufriedenheit, Compliance, Information	Gleich gute oder tendenziell bessere Outcomes wie z.B. Blutdruckwerte	Tiefere Kosten durch Lohnunterschiede, aber z.T. Kompensation über tiefere Produktivität oder Mengenausweitungen	Kosteneinsparungen über Qualität und Verbesserung Outcomes	Verbesserter Zugang zur Versorgung in abgelegenen Regionen	Eindämmung des Fachkräftemangels in der Grundversorgung/Pflege
<b>Medizinische Guidelines</b>						
	Mehr Rationalität und Transparenz; Vermeidung von Fehlern und schädlichen Behandlungen	Bessere Outcomes, Gefahr Unter-/Fehlversorgung, wenig und nicht eindeutige Evidenz	Effizientere Prozesse, weniger unnötige Behandlungen; Gefahr Überversorgung	Effizientere Prozesse und bessere Outcomes	Einheitlichere Behandlung; Minimaler Behandlungsstandard	
<b>Medical Savings Accounts</b>	<b>0</b>			<b>?</b>		
	Keine, praktisch keine Evidenz	Gefahr der Verschleppung von Krankheiten	Kurzfristig tiefere Inanspruchnahme (Arzneimittel, Notfälle), Evidenz widersprüchlich	Stärkeres Kostenbewusstsein, langfristiger Effekt der Verschleppung ungeklärt, wenig und unklare Evidenz	Benachteiligung sozial Schwächerer und chronisch Kranker	Abfederung intergenerationselles Ungleichgewicht
<b>Förderung des Selbstmanagements</b>						
	Höhere Patientenzufriedenheit	Tendenziell bessere Outcomes; Gefahr mangelnder Compliance	Tendenziell weniger Hospitalisationen; Gefahr Wecken von Bedürfnissen	Vermehrt vermiedene Hospitalisationen; Nachhaltigkeit nicht geklärt	Förderung bei bildungsfernen PatientInnen	

**Tabelle 19** Dunkle Farben = bestätigt durch empirische Evidenz, blasse Farben: basierend auf qualitativen Einschätzungen



**3) Wie würden sich die Lösungsansätze in der Schweiz umsetzen und in das bestehende System einbetten lassen? Welche Rahmenbedingungen begünstigen oder behindern eine Umsetzung und welche Akzeptanz haben diese Lösungsansätze voraussichtlich?**

Prinzipiell würden sich alle vertieften Lösungsansätze gut in das bestehende Gesundheitssystem einbetten lassen, Medical Savings Accounts allerdings nur in ergänzender Form und nicht als Ablösung des bestehenden Systems. Es bedarf keiner grundsätzlichen Veränderungen der Gesetzesgrundlage, um die Lösungsansätze zu implementieren. So werden Skill-Mix-Modelle, die Förderung des Selbstmanagements, das Bundled Payment und die medizinischen Guidelines in der Schweiz auch bereits umgesetzt. Die Umsetzung steckt jedoch in allen vier Fällen noch in den Anfängen bzw. ist dort stecken geblieben. Die Interviews mit Stakeholdern im Gesundheitswesen decken verschiedene Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems auf, welche die Entwicklung dieser Lösungsansätze hemmen:

- › Zum einen bietet die stark fragmentierte Versorgung in der Schweiz schlechte Voraussetzungen für die Entwicklung von Skill-Mix-Modellen, das Bundled Payment oder den Einsatz von medizinischen Guidelines. Durch die in der ambulanten Versorgung herrschende Einzelleistungsvergütung und den Kontrahierungszwang haben die Leistungserbringer wenige Anreize, sich in Netzwerken mit anderen Leistungserbringern zusammenzuschliessen.
- › Zudem hemmt der nicht richtig funktionierende Risikoausgleich die Ausbreitung von Versicherungsmodellen, welche auf chronisch Kranke spezialisiert sind (z.B. Disease-Management oder Chronic-Care Management-Programme), weil diese befürchten müssen, dadurch schlechte Risiken anzuziehen. In solche Versicherungsmodelle lassen sich insbesondere die Förderung des Selbstmanagements, die Anwendung von medizinischen Guidelines und das Bundled Payment gut integrieren. Nicht nur werden im Rahmen solcher Versicherungsmodelle die Leistungserbringer gezwungen, sich zu koordinieren. Es können auch Anreize bei den PatientInnen gesetzt werden, sich besser an die Anweisungen der Leistungserbringer zu halten (Compliance).
- › Nicht zuletzt bilden die geltenden Tarife ein Hemmnis für die Etablierung mehrerer Lösungsansätze. So werden nicht alle Leistungen, welche im Rahmen von Skill-Mix-Modellen oder bei der Förderung des Selbstmanagements erbracht werden, durch die Tarifsysteme abgebildet.

Hingegen sind auch einige Entwicklungen und fördernde Faktoren im Gesundheitssystem zu nennen, die sich positiv auf die Etablierung von einzelnen Lösungsansätzen auswirken könnten.

- › Die in Spitälern geltenden Fallpauschalen (DRGs) setzen Anreize zur effizienteren Leistungserbringung und damit zum Einsatz von medizinischen Guidelines und der Optimierung des Skill-Mix.

- › Die inzwischen beschlossene Verfeinerung des Risikoausgleichs anhand von weiteren Morbiditätskriterien dürfte die Anreize für die Versicherer stärken, spezielle Versicherungsmodelle für chronische Kranke anzubieten.

In Bezug auf die Akzeptanz der vertieften Lösungsansätze zeigt sich, dass mit Ausnahme der Förderung des Selbstmanagements jeweils Vorbehalte von einzelnen Akteursgruppen im Gesundheitswesen bestehen. Die bestehenden Vorbehalte scheinen jedoch nicht unüberwindbar. Oftmals hängen die Vorbehalte mit mangelndem Wissen zusammen wie z.B. beim Skill-Mix oder bei der Anwendung von medizinischen Guidelines und dürften sich so mit vermehrten erfolgreichen Erfahrungen aufweichen. Eindeutige Verlierer sind bei keinem der vertieften Lösungsansätze a priori auszumachen. Breite Skepsis besteht einzig bei den Medical Savings Accounts, bei denen eine Entsolidarisierung in der Grundversicherung befürchtet wird. Aber auch hier sind theoretisch Lösungen denkbar, die Vorteile aus dem Lösungsansatz ziehen, ohne die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken weiter zu belasten. Mit dem zunehmenden Versorgungsbedarf von chronischen und altersspezifischen Krankheiten sowie dem sich bereits abzeichnenden Fachkräftemangel in der Grundversorgung und der Pflege dürfte die Akzeptanz von verschiedenen Lösungsansätzen wie der Förderung des Selbstmanagements und der Optimierung des Skill-Mix in Zukunft weiter ansteigen.

Schliesslich stehen der stärkeren Etablierung der vertieften Lösungsansätze noch Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung im Weg. Zu nennen sind hier insbesondere die fehlenden technischen Voraussetzungen und Daten für die Entwicklung von Komplexpauschalen (Bundled Payment). In der heutigen Situation haben die Versicherer mangels Daten bereits Schwierigkeiten, die Kosten für eine „typische Episode“ zu ermitteln, insbesondere wenn ambulante Leistungen einbezogen sind. Einzelne Lösungsansätze wie das Bundled Payment oder die Entwicklung und Durchsetzung von medizinischen Guidelines erfordern einen grösseren Investitionsaufwand von den Leistungserbringern. Oftmals fehlen aber die Anreize oder die Unsicherheiten über den „Return on investment“ sind zu gross, um die Investition zu tätigen. Solche Hemmnisse dürften sich ähnlich wie Vorbehalte von einzelnen Akteuren mit der Zeit und mit erfolgreichen Vorzeigebeispielen auflösen. Die laufenden Aktivitäten im Bereich „eHealth“ erweisen sich gemäss Interviews mehrfach als wichtige Voraussetzungen, um die praktische Umsetzung von neuen Lösungsansätzen zu fördern: Bei der Umsetzung des Bundled Payment, der Optimierung des Skill-Mix, der Anwendung von medizinischen Guidelines sowie der Förderung des Selbstmanagements.

Die folgende Tabelle fasst die Hemmnisse und fördernden Faktoren der vertieften Lösungsansätze zusammen.

<b>HEMMNISSE UND FÖRDERNDE FAKTOREN</b>				
		<b>Akzeptanz</b>	<b>Rahmenbedingungen Gesundheitssystem</b>	<b>Praktische Umsetzung</b>
<b>Bundled Payment</b>	Hemmnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>› ÄrztInnen: Vorbehalte effizienzorientierte Vergütung</li> <li>› PatientInnen: Befürchtung Rationierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Einzelleistungsvergütung und Kontrahierungszwang: Fehlende Anreize zur integrierten Versorgung und Vergütung</li> <li>› Dual-fixe Finanzierung: Einbezug Anteil Kantone schwierig</li> <li>› Mangelnde Durchlässigkeit der ambulanten und stationären Tarife</li> <li>› Ungenügender Risikoausgleich hemmt Ausbreitung von Managed Care-Versicherungsmodellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Fehlende Daten und technische Voraussetzungen</li> <li>› Investitionsaufwand für Entwicklung Komplexpauschalen</li> <li>› Kleine Anzahl Fälle erhöht Risiko für Leistungserbringer und Versicherer</li> </ul>
	Fördernde Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Anreize für Versicherer gegeben</li> <li>› Mentalitätswechsel bei jüngeren ÄrztInnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Strukturwandel Spitäler in Richtung Einbezug ambulanter Leistungserbringer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› „eHealth“ verbessert technische Voraussetzungen</li> </ul>
<b>Skill-Mix</b>	Hemmnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>› ÄrztInnen: Vorbehalte bzgl. Rollenausweitung Pflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Einzelleistungsvergütung und Kontrahierungszwang: Fehlende Anreize zur integrierten Versorgung</li> <li>› Tarifsysteme: Einzelne Leistungen nicht abgegolten</li> <li>› Fehlende gesetzliche Rahmenbedingungen zu Kompetenzen und Verantwortungsbereichen</li> <li>› Mangel an Pflegepersonal (kurzfristig)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Bildungssystem wenig auf interprofessionelles Arbeiten ausgerichtet</li> </ul>
	Fördernde Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Steigende Akzeptanz mit zunehmendem Fachkräftemangel, erfolgreichen Piloten/ Umsetzungsversuchen und Internationalisierung des Gesundheitswesens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Fallpauschalen Spitäler (DRGs) und Pauschalen im Rahmen von Managed Care-Versicherungsmodellen: Stärken Anreize für kosteneffizienten Skill-Mix</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› „eHealth“ schafft bessere Voraussetzungen für die Koordination im Rahmen des Skill-Mix</li> </ul>
<b>Medizinische Guidelines</b>	Hemmnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>› ÄrztInnen: Befürchtung Einschränkung Therapiefreiheit, Standardisierbarkeit von polymorbiden PatientInnen</li> <li>› PatientInnen: Befürchtung Unterversorgung</li> <li>› Unzureichende Evidenz über Wirksamkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nicht verbindlich</li> <li>› Fehlende Anreize für die Anwendung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Schwierige Anwendung von Guidelines bei Polymorbidität</li> <li>› Zeit-/Arbeitsaufwand für Entwicklung und Aktualisierung von Guidelines</li> <li>› Fehlende Finanzierung für die Erarbeitung</li> </ul>
	Fördernde Faktoren		<ul style="list-style-type: none"> <li>› Fallpauschalen Spitäler (DRGs) schaffen Anreiz zur Systematisierung der Behandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› „eHealth“ verbessert die Möglichkeiten der Anwendung von Guidelines</li> </ul>

<b>HEMNISSE UND FÖRDERNDE FAKTOREN</b>				
		<b>Akzeptanz</b>	<b>Rahmenbedingungen Gesundheitssystem</b>	<b>Praktische Umsetzung</b>
<b>Medical Savings Accounts</b>	Hemmnisse	› Versicherte/Bevölkerung: Vorbehalte bezüglich Erhöhung Kostenbeteiligung und Entsolidarisierung	› Fehlende gesetzliche Grundlagen für Sparkonten in der Grundversicherung › Bereits hohe Kostenbeteiligung	
	Fördernde Faktoren	› Versicherte: Entlastung der jüngeren Versicherten › Steigende Pflegekosten › Höhere Akzeptanz, wenn ergänzend Hochrisikopool		
<b>Förderung des Selbstmanagements</b>	Hemmnisse	› ÄrztInnen: Befürchtung mangelnde Compliance der PatientInnen	› Tarifsysteme: Teilweise keine Vergütung von Selbstmanagement-Leistungen › Möglichkeit jährlicher Versicherungswechsel hemmt Investitionsanreize für Versicherer › Ungenügender Risikoausgleich hemmt Versicherungsmodelle für chronisch Kranke (Anziehen schlechter Risiken) › Keine Versicherungsanreize für chronisch Kranke bzgl. Compliance	› Unklare Zuständigkeit für die Umsetzung
	Fördernde Faktoren	› Keine grundsätzlichen Gegner › Akzeptanz dürfte insbesondere mit erfolgreichen Piloten/ Umsetzungsversuchen, steigendem Versorgungsbedarf von chronischen Krankheiten und Fachkräftemangel (Pflege) steigen	› Neu beschlossene Verfeinerung des Risikoausgleich stärkt Anreize bei Versicherern für Versicherungsmodelle für chronisch Kranke	› „eHealth“ bietet neue Möglichkeiten zur Förderung des Selbstmanagements (z.B. beim Monitoring)

Tabelle 20

Die obige Übersicht legt nahe, dass es zum Teil Veränderung in den bestehenden Regulierungen (z.B. bezüglich Kontrahierungszwang, Tarife, Risikoausgleich, finanzielle Anreize für spezielle Versicherungsformen, Gesundheitsberufegesetz etc.) braucht, um den bereits in den Ansätzen steckenden Lösungsansätzen Auftrieb zu geben. Bei einzelnen Lösungsansätzen (Bundled Payment, Skill-Mix, medizinische Guidelines, Förderung des Selbstmanagements) können aber gemäss Interviewaussagen auch weitere Massnahmen helfen, um eine Verbreitung der Lösungsansätze zu fördern. Dazu gehören beispielsweise Pilotprojekte, qualitätssichernde Massnahmen, die Förderung von „eHealth“ oder Anpassungen in der Aus- und Weiterbildung. Die Implementierung von Medical Savings Accounts würde hingegen eine stärkere Umgestaltung des Finanzierungssystems erfordern. MSA wären gemäss Interviewaussagen allenfalls als Ergänzung zum bestehenden Versicherungssystem geeignet.

## 4.2. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Arbeit lassen sich folgende Folgerungen ziehen:

### **1) Keine grundlegenden Systemumwälzungen notwendig, um die Effizienz zu verbessern**

Die Auslegeordnung möglicher Lösungsansätze zeigt, dass nicht unbedingt grundlegende Umwälzungen des Gesundheitssystems (d.h. der organisatorische und regulatorische Rahmen und die Art der Finanzierung) notwendig sind, um dieses effizienter zu gestalten. Viele der Lösungsansätze lassen sich gut in das bestehende System einbetten und in diesem Rahmen umsetzen. Dies betrifft insbesondere solche Ansätze, die organisatorischen Veränderungen bei den Leistungserbringern und deren Initiative bedürfen, so z. B. die integrierte Versorgungsorganisationen, die Optimierung des Skill-Mix, die Förderung des Selbstmanagements, die optimierte Steuerung der Behandlungsströme sowie der Einsatz von medizinischen Guidelines und von Informations- und Kommunikationstechnologien. Bemerkenswert ist, dass alle diese Lösungsansätze bereits in Ansätzen in der Schweiz umgesetzt werden. Diese Ansätze können weiter verfolgt und gestärkt werden, bevor Lösungsansätze angegangen werden, die tiefer greifende Veränderungen in der Gesetzgebung implizieren (z.B. Medical Savings Accounts).

### **2) „Value based care“ als Leitlinie für die effiziente Leistungserbringung**

Viele Lösungsansätze zur Effizienzsteigerung ergeben sich aus der Idee der „Value based care“ (vgl. Kap. 2.1), bei der es darum geht, die Patientenbedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen und das Gesundheitssystem um diese herum zu organisieren. Zu nennen sind hier die umfassenden integrierten Versorgungsorganisationen, die Förderung des Selbstmanagements, die Opti-

mierung des Skill-Mix oder der Einsatz von Behandlungsleitlinien und Informations- und Kommunikationstechnologien, welche „Value-based-care“ als gemeinsamen Nenner haben. Die Orientierung am Nutzen der PatientInnen stellt somit einen wichtigen Treiber nicht nur für die Qualität, sondern auch für die Kosteneffizienz des Gesundheitswesens dar.

### **3) Grössere Effizienzpotenziale durch ein Set an Bausteinen gegeben**

Die Analyse der fünf Lösungsansätze deutet darauf hin, dass der „schlafende Riese“, mit dem auf einen Schlag grosse Effizienzpotenziale geweckt werden können, nicht existiert. Vielmehr zeigt sich, dass durch mehrere kleinere, sich ergänzende Bausteine, in der Summe grössere Effizienzpotenziale realisiert werden können. Welche Beträge auf diese Weise eingespart werden könnten, lässt sich im Rahmen dieser Arbeit nicht genau bestimmen. Ein genauerer Blick in einzelne Bereiche deutet aber darauf hin, dass sie sich mindestens im einstelligen Prozentbereich bewegen dürften. Damit könnten sie signifikant dazu beitragen, das zukünftig erwartete Wachstum der Gesundheitsausgaben abzdämpfen.

### **4) Realisierung der Effizienzpotenziale abhängig von konkreter Ausgestaltung**

Die vertiefte Analyse zeigt, dass die Lösungsansätze auch mit gewissen Gefahren verbunden sind und der „Teufel häufig im Detail steckt“. Zur Realisierung der Effizienzpotenziale kommt es auf die konkrete Ausgestaltung an. Die vorliegende Analyse gibt erste Hinweise auf mögliche Erfolgsfaktoren, welche die Ausgestaltung betreffen. Darüber hinaus ist aber auch von Bedeutung, welche Akteure an der Ausgestaltung beteiligt sind und die Federführung übernehmen (Governance). In welchem Kontext die verschiedenen Lösungsansätze mit welcher konkreten Ausgestaltung am besten greifen, liess sich im Rahmen dieser Studie nicht vertiefter analysieren. Hierzu muss einerseits noch mehr Evidenz aus dem Ausland abgewartet und andererseits eigene Evidenz durch Erfahrungen im Kontext Schweiz geschaffen werden.

### **5) Verbreitung „Bottom-up“ als zielführende Strategie**

Bereits anhand von vier der fünf vertieften Lösungsansätze zeigt sich insbesondere, dass eine Entwicklung von innen her, das heisst über die Leistungserbringung, die grösste Akzeptanz finden dürfte. Eine Verordnung der Lösungsansätze „Top-down“ scheint nicht zielführend. Dies dürfte auch für weitere Lösungsansätze gelten. Es liegt eigentlich auch klar auf der Hand, dass die Leistungserbringer die Federführung übernehmen sollten, weil letztlich der „Value“ dort entsteht, wo die Leistungen erbracht werden.

## **6) Nutzenorientierten Wettbewerb und gute Governance sicherstellen**

Der Staat und andere Stakeholder wie die Tarifpartner können helfen, den Weg für die Verbreitung der Lösungsansätze frei zu legen. Sie sollten sicherstellen, dass ein „nutzenorientierter Wettbewerb“ nach Porter und Teisberg (2006) ermöglicht wird, welcher entsprechende Anreize für die Leistungsbringer setzt. Die in dieser Studie vertieften Beispiele zeigen, dass verschiedene Regulierungen wie die Einzelleistungsvergütung, der Kontrahierungszwang, die unterschiedliche Finanzierung des stationären und ambulanten Sektors sowie der (noch) nicht richtig funktionierende Risikoausgleich die Etablierung von solchen Lösungsansätzen behindern. Insbesondere wird dadurch die Entwicklung in Richtung integrierte Versorgung gebremst, mit der sich viele der identifizierten Lösungsansätze besser etablieren könnten.

Neben den regulatorischen Barrieren spielt auch eine gute Governance des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle. Zu einer guten Governance gehören die Messung der Performance und insbesondere der Qualität der erbrachten Leistungen (Smith et al. 2012). Solche Informationen sind für den nutzenorientierten Wettbewerb zentral, da sie sicherstellen, dass der Wettbewerb basierend auf Ergebnissen stattfinden kann und die Leistungserbringer zur Rechenschaft gezogen werden können. In der Schweiz sind die Möglichkeiten zur Performancemessung derzeit aber sehr beschränkt, da insbesondere im ambulanten Bereich konsistente Daten und Indikatoren zur Qualität fehlen. Dadurch können sich Lösungsansätze wie Pay for Performance oder das Bundled Payment mit Performance-Elementen kaum etablieren.

## **7) Evidenz und Good Practice notwendig**

Die vergangenen gesundheitspolitischen Entwicklungen haben gezeigt, dass grösseren Initiativen in Richtung Effizienz fördernder Lösungsansätze häufig kulturelle Barrieren im Wege stehen. Ein jüngeres Beispiel ist die Managed-Care-Vorlage, welche von Seiten der Ärzteschaft bekämpft wurde und keine Mehrheit beim Volk gefunden hat. Diese kulturellen Barrieren für neue Lösungsansätze zu überwinden, dürfte keine leichte Aufgabe sein. Wichtig erscheint jedoch – auch vor dem Hintergrund der aufgezeigten Fallbeispiele – Qualitätsargumente in den Mittelpunkt zu stellen, statt mit der Kosteneffizienz zu argumentieren. Einige vertiefte Lösungsansätze geben zur Hoffnung Anlass, dass Vorbehalte der ÄrztInnen im Laufe der Zeit fallen könnten. Häufig scheinen die Vorbehalte mit der Sorge um die Qualität, Nichtwissen und mangelnden Erfahrungen zusammenzuhängen. Daher ist es wichtig, die Lösungsansätze im Rahmen von Pilotanwendungen zu erproben und Good Practice Beispiele zu sammeln. Es sollte daher geprüft werden, inwieweit Pilotaktivitäten gefördert werden können, insbesondere bei Lösungsansätzen, welche mit einem hohen Investitionsaufwand der Leistungserbringer verbunden sind und

der Nutzen ungewiss erscheint. Wichtig ist dabei, die Wirkungen dieser Versuche zu messen, zu dokumentieren und zu kommunizieren. Dazu bedarf es auch einer verstärkten Erhebung von Daten, welche Aussagen über Erfolge in der Versorgung zulassen (z.B. Registerdaten) sowie vermehrte Versorgungsforschung.

### **8) Einige wichtige Entwicklungen zur Förderung der Lösungsansätze bereits im Gange**

Damit der nutzenorientierte Wettbewerb stärker in der Schweiz spielen kann, sind zurzeit einige wichtige Entwicklungen im Gange. Mit verschiedenen laufenden Aktivitäten werden Weichen gestellt, welche für die stärkere Etablierung vieler Lösungsansätze relevant sind. So wird die Qualitätsdiskussion im Rahmen der Qualitätsstrategie des Bundes weiter vorangetrieben und das Gesundheitsberufegesetz ist in der Vernehmlassung. Darüber hinaus sind Bund und Kantone daran, „eHealth“ – insbesondere elektronische Patientendossiers – zu entwickeln sowie mehr Versorgungsdaten zur Verfügung zu stellen (beispielsweise mit dem den Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS)). Zudem wurde gerade die Verfeinerung des Risikoausgleichs anhand von Medikamentengruppen beschlossen. Ein wichtiger Schritt ist auch die in der Strategie Gesundheit2020 angesprochene Stärkung der Pauschalabgeltung gegenüber Einzelleistungstarifen sowie die Revision bestehender Tarife, um die entsprechenden Anreize für den nutzenorientierten Wettbewerb zu setzen. Die Strategie Gesundheit2020 zeigt generell, dass der Bundesrat die grössten Herausforderungen und notwendigen Stossrichtungen erkannt hat. Es wird nun darum gehen, diese auch konsequent unter Mithilfe aller Stakeholder umzusetzen.



## LITERATUR

**BAG 2013:** Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates: Bundesamt für Gesundheit, 2013.

**BAG 2010:** Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) 07.3279 "Zur Aufwertung der Hausarztmedizin" sowie des gleich lautenden Postulates der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) 07.3561: Bundesamt für Gesundheit, 2010.

**BAG 2007:** Strategie "eHealth" Schweiz. Secondary Strategie "eHealth" Schweiz 2007.

<http://www.e-health-suisse.ch/grundlagen/00086/index.html?lang=de>.

**Barlow J 2007:** Das "Expert Patient"-Programm aus Grossbritannien. Managed Care 2, 2007.

**Beeuwkes Buntin M, Burke MF, Hoaglin MC, et al. 2011:** Benefits Of Health Information Technology: A Review Of The Recent Literatur Shows Predominantly Positive Results. Health Affairs 2011;30(3):464-71

**Berchtold P, Hess K 2006:** Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Arbeitsdokument 16, College für Management im Gesundheitswesen (College-M), Bern, Januar 2006. Im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan.

**Berwick DM, Hackbarth AD 2012:** Eliminating Waste in US Health Care. The Journal of the American Medical Association 2012;307(14):1513-16

**Blumenthal D, Dixon J. 2012:** Health-care reforms in the USA and England: areas for useful learning. The Lancet 2012;380:1352-57

**Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. 2002:** Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. Journal of the American Medical Association, 2002, Vol 288, No. 19.

**Bonsack S, Reichart C. 2011:** Neue Rollen der Pflege in der erweiterten Hausarztmedizin Stadt Zürich Städtische Gesundheitsdienste, Projekt leila Leben mit Langzeiterkrankung, 2013.

**Bopp M, Zellweger U, Faeh D 2011:** Diabetes Prevalence in Switzerland. Diabetes Care 2011.

**Borda M. 2011:** Medical savings accounts – in search of an alternative method of health care financing in European countries. Business and Economic Horizons (BEH) 2011;6(3):54-65

**Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, et al. 2011:** How can optimal skill mix be effectively implemented and why?: WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.

- Bradley PM, Lindsay B 2008:** Care delivery and self-management strategies for adults with epilepsy. *Cochrane Database Systematic Review*, 2008 Jan 23, Issue 1 , Art. No. CD006244.
- Brügger U, Schleiniger R, Wieser S, et al. 2011:** Teil 1 Kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK): Ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Fachhochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW, 2011.
- Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Browne G, et al. 2004:** Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Health Services Research and Policy* 2004;48(5):519-29
- Buchan J, Ball J, O'May F. 2000:** Skill mix in the health workforce. Determining skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health professionals. *Issues in health services delivery Discussion paper No 3*. Geneva: Evidence and Information for Policy Department of Organization Of Health Services Delivery, WHO, 2000.
- Buchan J, Calman L. 2004:** Skill-mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. *OECD Health Working Papers*, 2004.
- Buchan J, Dal Poz MR. 2002:** Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization* 2002 2002;80(7)
- Buddeberg-Fischer B, Buddeberg C, Klaghofer R. 2008:** The New Generation of Family Physicians – Career Motivation, Life Goals and Work-life Balance. *Swiss Medical Weekly* 2008;138(21–22 ):305–12
- Cabana M, Rand C, Powe N, Wu A, Wilson M, Abboud P-A, Rubin H. 1999:** Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999 Oct 20;282(15):1458-65.
- Chaudhry B, Wang J, Wu S, et al. 2006:** Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. *Annals of Internal Medicine* 2006;144:742-52
- Christiansen T. 2012:** Ten years of structural reforms in Danish healthcare. *Health Policy* 2012;106(2):114-19
- Claxton K, Briggs A, Buxton MJ, et al. 2008:** Value based pricing for NHS drugs: an opportunity not to be missed? *BMJ* 2008;336:351
- Cline CMJ, Isrealsson BYA, Willenheimer RB, Broms K, Erhardt LR 1998:** Cost effective management programme for heart failire reduces hospitalisation. *Heart* 1998, 80 : 442-446.
- Coleman EA, Smith JD, Frank JC, Min Sung-Joon, Parry C, Kramer AM 2004:** Preparing Patients and Caregivers to Participate in Care Delivered Across Settings : The Care Transitions Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society* 52:1817- 1825, 2004.

- Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min Sung-Joon 2006:** The Care Transitions Intervention : Results of a Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine* 2006, 166: 1822-1828.
- Copley L, Kinsler M, Gheen T, Shar A, Sun D, Browne R. 2013:** The impact of evidence-based clinical practice guidelines applied by a multidisciplinary team for the care of children with osteomyelitis. *J Bone Joint Surg Am.* 2013 Apr 17;95(8):686-93.
- Crivelli L, Filippini M, Lunati D. 2002:** Regulation, Ownership and Efficiency in the Swiss Nursing Home Industry. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2002;2(2):79-97
- Crivelli L, Salari P. 2012:** Fiscal federalism and income redistribution through healthcare financing: An empirical analysis for the Swiss cantons. *CEPRA working paper* 2012;4
- Cutler D, Ghosh K. 2012:** The Potential for Cost Savings through Bundled Episode Payments. *New England Journal of Medicine* 2012;366(12)
- Cutler D. 2010:** How Health Care Reform must Bend The Cost Curve. *Health Affairs* 2010;29(6):1131-35
- de Bakker DH, Struijs JN, Baan CB, et al. 2012:** Early Results From Adoption Of Bundled Payment For Diabetes Care In Netherlands Show Improvement in Care Coordination. *Health Affairs* 2012;31(2):426-33
- de Brantes F. 2012:** Bundled Payment Initiative in Stockholm Produces Promising Results. *Improving Incentives* 2012;1(4)
- Delamaire ML, Lafortune G. 2010:** Nurses in Advanced Roles. A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Papers.* OECD, 2010.
- Department of Health 2012:** A simple guide to Payment by Results, United Kingdom, 2012.
- DiCenso A, Bryant-Lukosius D. 2008:** Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada. A decision support synthesis. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation, 2008.
- Dierick-van Daele A, Steuten L, Metsemakers J, et al. 2010:** Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions. *British Journal of General Practice* 2010
- Dixon, A. et al 2008:** Do Consumer-directed health plans drive change in enrollees' health care behaviour? *Health Affairs*, July/August 2008; 27(4).
- Dubois C, Singh D. 2009:** From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systematic approach to health workforce management. *Human Resources for Health* 2009;7(87)

- Eibner CE, Hussey PS, Ridgely MS, et al. 2009:** Controlling Health Care Spending in Massachusetts: An Analysis of Options: RAND Health, 2009.
- Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, et al. 2013:** Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy* 2013;110(2-3):115-30
- Eijkenaar F. 2012:** Pay for Performance in Health Care: an International Overview of Initiatives. *Med Care Res Rev* 2012;69(3):251-76
- Farsi M, Filippini M. 2004:** An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals. Final Report. Neuchâtel: Swiss Federal Statistical Office, 2004.
- Folland S, Goodman A, Stano M. 2007:** The economics of health and health care. Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey.
- Forster G, Taylor SJC, Eldridge S, Ramsey J, Griffiths CJ 2006:** Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Consumers and Communications Group. published online 2009.
- Fulton J, Baldwin K. 2004:** An annotated bibliography reflecting CNS practice and outcomes. *Clinical Nurse Specialist* 2004;18(1):21-39
- GDK, BAG 2012:** Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe "Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung" im Rahmen des Dialogs nationale Gesundheitspolitik. Bern, 2012.
- Gibson PG, Powell H, Wilson A, Abramson MJ et al. 2002:** Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002, Issue 1, Art. No. CD 001117.
- Glied, S. 2008:** Health savings accounts in the United States. *Euro Observer* 10(4): 5-6.
- Goodell S, Bodenheimer T, Berry-Miller R 2009:** Care management of patients with complex health care needs. Policy brief no. 19. Princeton, NJ.
- Gutzwiller F, Paccaud F. 2007:** Prävention und Gesundheitsförderung. In: Gutzwiller F, Paccaud F, eds. *Sozial- und Präventivmedizin Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber, 2007.
- Hart D. 1999:** Ärztliche Leitlinien. *Zeitschrift für ärztliche Qualitätssicherung und Fortbildung* 2000, 94: 65-69. Urban & Fischer-Verlag.
- Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. 2002:** Systematic Review Of Whether Nurse Practitioners Working In Primary Care Can Provide Equivalent Care To Doctors. *British Medical Journal* 2002;324(6341):819-23
- Hostettler S, Kraft E, Bosshard C. 2014:** Guidelines – Qualitätsmerkmale erkennen. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 2014;95: 3.

- Hsiao W, Saidat B. 2008:** Health Systems: Concepts and Deterministic Models of Performance. A Background Paper prepared for the Workshop on Research Agendas on Global Health Systems. Cambridge, Harvard School of Public Health, 2008.
- Hsu J. 2010:** Medical Savings Accounts: What is at risk? World Health Report (2010), Background Paper, 17.
- Husereau D, Cameron C. 2011:** Value-Based Pricing of Pharmaceuticals in Canada: Opportunities to Expand the Role of Health Technology: Canadian Health Services Research Foundation, 2011.
- Hussey PS, Mulcahy AW, Schnyer C, et al. 2012:** Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Evidence Report/Technology Assessment, Number 208: RAND Evidence-based Practice Center, 2012.
- Hussey PS, Ridgely MS, Rosenthal MB. 2011:** The PROMETHEUS Bundled Payment Experiment: Slow Start Shows Problems In Implementing New Payment Models. Health Affairs 2011;30(22):2116-24
- INFRAS 2010:** Kosten-Wirksamkeit ausgewählter Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Eine gesundheitsökonomische Untersuchung: vips -Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz, 2010.
- INFRAS, Crivelli 2012:** Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Bern: Akademien der Wissenschaften Schweiz, 2012.
- Inglis SC, Du H, Newton PJ, DiGiacomo M, Omari A, Davidson PM 2012:** Disease management interventions for improving self-management in lower-limb peripheral arterial disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3, Art. No.: CD009714.
- Jaccard-Ruedin H, Weaver F. 2009:** Ageing Workforce in an Ageing Society. Careum Working Paper: Observatoire Suisse de la santé, Careum, 2009.
- Jeanrenaud, C, Dreyer, J. 2012:** Les coûts directs médicaux du diabète. Une estimation pour le canton de Vaud. irene, 2012.
- Jonsson E. 2002:** Development of health technology assessment in Europe. A personal perspective. International Journal of Technology Assessment in Health Care 2002;18(2):171-83
- Kirchgässner G, Gerritzen B. 2011:** Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich. St. Gallen, 2011.
- Kitzman H, Groth S. 2003:** Long-term outcomes of advanced nursing practice. In: Mezey M, McGivern D, Sullivan-Marx E, et al., eds. Nurse Practitioners Evolution of Advanced Practice. New York: Springer Publishing Company, 2003.

- Kleinpell RM. 2009:** Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing: Springer Publishing Company, 2009.
- Kool J, Wieser S, Brügger, U et al 2009:** Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems (PCS) für die Rehabilitation in der Schweiz. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Schlussbericht 2009.
- Kroelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD 2005:** Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients With Chronic Heart Failure. Journal of the American Heart Association, Circulation 2005, 111: 179-185.
- Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, Crombie P, Vaccarino V. 2002:** Randomized Trial of an Education and Support Intervention to Prevent Readmission of Patients With Heart Failure. Journal of the American College of Cardiology, Vol 39, No. 1, 2002.
- Künzi K et al. 2011:** Erhebung der Einkommensverhältnisse der berufstätigen Ärzteschaft. Schweizerische Ärztezeitung 2011; 92 (36).
- Künzi K, Jäggi J, Dutoit L 2013:** Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Künzi K, Detzel P 2007:** Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvretreter/innen. Arbeitsdokument 27: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2007.
- Lamnek S. 1995:** Qualitative Sozialforschung, Band 2, Methoden und Techniken. Weinheim, 1995.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, et al. 2009:** Substitution of doctors by nurses in primary care (Review). The Cochrane Collaboration 2009(1)
- Laurant M, Hermes R, Braspenning J, et al. 2008:** An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. Journal of Clinical Nurse 2008;17(20):2690-98
- Lugtenberg M, Zegers-van Schaick J, Westert G, Burgers J. 2009:** Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. Implementation Science 2009, 4:54.
- Malanda UL, Welschen LM, Riphagen II, Dekker JM, Nijpels G, Bot SD 2012:** Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. Cochrane Database Systematic Review 2012, Jan 18, Vol 1, Art. No. CD005060.

- Martinez N, Berchtold P, Busato A, et al. 2012:** Effectiveness of Integrated care programmes in adults with chronic conditions: a systematic review: Institute for Social and Preventive Medicine (ISPM), University of Bern, 2012.
- McKee M, Busse R. 2013:** Medical savings accounts: Singapore's non-solution to healthcare costs. *BMJ* 2013;347:f4797.
- McClellan M, McKethan AN, Lewis JL, et al. 2010:** A National Strategy To Put Accountable Care Into Practice. *Health Affairs* 2010;29(5)
- Miller HD. 2009** From Volume To Value: Better Ways To Pay For Health Care. *Health Affairs* 2009;28(5)
- Moser M. 2012:** Zur Eignung der geltenden Tarifregelungen und Tarife nach KVG für neue Versorgungsmodelle: Bundesamt für Gesundheit 2012.
- Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, et al. 2010:** Effect of a French Experiment of Team Work between General Practitioners and Nurses on Efficacy and Cost of Type 2 Diabetes Patients Care. Working Paper. Paris: IRDES, 2010.
- Murray C, Lopez A. 1996:** The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
- Nadig J, Gähler E. 2011:** Guidelines taugen nicht für Wirtschaftlichkeitsverfahren. *Schweizerische Ärztezeitung* 2011;92: 43.
- Nelson JA, Folbre N. 2006:** Why a Well-Paid Nurse is a Better Nurse. *Nursing Economics* 2006;24(3):127-30
- Neubauer M, Hoverman J.R, Kolodziej M et al. 2010:** Cost Effectiveness of Evidence-Based Treatment Guidelines for the Treatment of Non-Small-Cell Lung Cancer in the Community Setting. *Journal of Oncology Practice*. Vol. 6, Issue 1.
- Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, et al 2011:** Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review *Nursing Economics*;29(5).
- Obsan 2012:** Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 1998 bis 2010. *Obsan Bericht* 53.
- OECD, WHO 2011:** Reviews of Health Systems: Switzerland 2011.
- OECD 2011.** StatExtracts, Datenstand September 2013, 2011.
- Ollenschläger G. 2011:** Evidenzbasierte Leitlinien – Risiken und Chancen. Beitrag für den Tagungsband XIII. Kölner Symposium der AG Rechtsanwälte im Medizinrecht veröffentlicht in: Arbeitsgemeinschaft für Rechtsanwälte im Medizinrecht (Hrsg) Leitlinien, Richtlinien und

Gesetz. Wieviel Reglementierung veträgt das Arzt-Patienten-Verhältnis ? Berlin, Springer 2003, S. 48-64.

**Pal K, Eastwood SV, Michie S, Farmer AJ, Barnard ML, Peacock R, Wood B, Inniss JD, Murray E 2013:** Computer-based diabetes self-management interventions for adults with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Systematic Review 2013, Mar 28, Vol 3, Art. No. CD008776.

**Paris V, Belloni A. 2011:** Value in Pharmaceutical Pricing. OECD Health Working Papers, 2011.

**Peltonen E. 2009:** The doctor-Nurse Pair Model and the Admissions Team Model in Primary Health Care: A Comparative Study. E Social Sciences 168, Doctoral thesis, University of Kuopio, 2009.

**Porter ME, Lee TH. 2013:** The Strategy That Will Fix Health Care. Harvard Business Review 2013;3

**Porter ME, Teisberg EO. 2006:** Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results. Boston, Massachusetts: Harvard Business Press, 2006.

**Qaseem A, Forland F, Macbeth F, et al. 2012:** Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines. Annals of Internal Medicine 2012;156:525-31

**Ray-Coquard I, Philip T, Lehmann M, Fervers B, Farsi F, Chauvin F. 1997:** Impact of a clinical guidelines program for breast and colon cancer in a French cancer center. JAMA. 1997 Nov 19;278(19):1591-5.

**Rechel B, Thomson S, van Ginneken E. 2010:** Health Systems in Transition. Template for authors: WHO 2010 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.

**Robinson JC. 2005:** Health Savings Accounts - The Ownership Society in Health Care. New England Journal of Medicine 2005;353:1199-202

**Russel GM, Dahrouge S, Hogg W, et al. 2009:** Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors. Annals of Family Medicine 2009;7(4)

**SAMW 2007:** Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. Schweizerische Ärztezeitung 2007;88(35)

**SBK 2013:** Masterumfrage 2013: Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, 2013.

**Seematter-Banoud L, Junod J, Jaccard Ruedin H, et al. 2008:** Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l’horizon 2030. Document de travail 33. Neuchatel: Observatoire suisse de la santé, 2008.



- Seitz S. 2013:** Health Technology Assessment in der Schweiz - Heute und wie weiter?, 2013.
- Sibbald B, Shen J, McBride. 2004:** Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of Health Services Research and Policy* 2004;9(1):28-38
- Smith PC, Anell A, Busse R, et al. 2012:** Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy* 2012;106(1)
- Snowdon A, Cohen J. 2012:** Strengthening Health Systems Through Innovations: Lessons Learned IVEY - International Centre for Health Innovation, 2012.
- Steurер-Steу C 2010:** Therapeutische Patientenschulung und Selbstmanagement: Ein Leitfaden für das Projekt Leben mit einer Langzeiterkrankung „LEILA“ der städtischen Gesundheitsdienste der Stadt Zürich, Institut für Hausarztmedizin Universität Zürich. 2010.
- Swiss Medical Board 2011:** Stellenwert des PSA-Wertes bei der Früherkennung des Prostatakarzinoms. Bericht vom 31 Oktober 2011, 2011.
- Swiss ANP 2012:** Arbeitspapier Advanced Nursing Practice in der Schweiz. 2012
- Szucs TD, Müller D, Darioli R 2003 :** Wie kosteneffektiv sind Statine in der coronaren Primärprävention? *Cardio Vasc* 2003 (5).
- Teisberg EO 2008:** Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen. In: *Economiesuisse, AG KH, Interpharma, et al., eds., 2008.*
- Thomas L, Cullum N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. 1998:** Guidelines in professions allied to medicine. *The Cochrane Library*, 3.
- Thomson S, Mossialos E. 2008:** Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe? *Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies.* Winter 2008, Volume 10, Number 4.
- Thomson S, Osborn R, Squires D, et al. 2012:** International Profiles of Health Care Systems, 2012: The Commonwealth Fund, 2012.
- van Olmen J, Marchal B, Van Damme W, et al. 2012:** Health systems frameworks in their political context: framing divergent agendas. *BMC Public Health* 2012;12(774)
- Victorian Government Department of Human Services 2008:** DHS Primary Health Branch: Revised Chronic Disease Management Program Guideline for Primary Care Partnerships and Primary Health Care Services. Hrsg. Victorian Government Department of Human Services. Melbourne. Victoria.
- Wanless, D 2002:** Securing our future health: Taking a long-term view. London: HM Treasury Public Enquiry Unit.

- Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH 2004:** Self-management Education Programs in Chronic Disease: A Systematic Review and Methodological Critique of the Literature. *Archives of Internal Medicine* 2004, 164: 1641-1649.
- Weber C et al. 2007:** Cost impact of blood glucose self-monitoring on complications of type 2 diabetes: a Swiss perspective study (ROSSO study No. 11). *Swiss Med. Weekly* 2007; 137: 545-550.
- Wheeler JRC 2003:** Can A Disease Self-Management Program Reduce Health Care Costs? The Case of Older Women With Heart Disease. *Medical Care*, Vol 41, No. 6, pp. 706-715, 2003.
- Wieser S, Kauer L, Schmidhauser S, et al. 2010:** Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Bericht im Auftrag des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit, 2010.
- Wilson-Barnett J, Beech S. 1994:** Evaluating the clinical nurse specialist. A review. *International Journal of Nursing Studies* 1994;31 (6):561-71
- Wirrmann Gadsby E. 2013:** Personal Budgets and Health: A review of the evidence: Centre for Health Services Studies, University of Kent, 2013.
- Yi Y, Maynard A. 2008:** Medical savings accounts in China. *Euro Observer* 10(4): 12-14.
- Zeza M, Guterman S, Smith J. 2012:** The Bundled Payment for Care Improvement Initiative: Achieving High-Value Care with a Single Payment Secondary The Bundled Payment for Care Improvement Initiative: Achieving High-Value Care with a Single Payment 2012.  
<http://www.commonwealthfund.org/Blog/2012/Jan/Bundled-Payment-for-Care-Improvement.aspx>.

## ANHANG

### A1 INTERVIEWLEITFADEN

#### **Interviewfragen**

- › Welche Ansätze bestehen zu den unten beschriebenen Lösungsansätzen in der Schweiz?
- › Welche Chancen sehen Sie bezüglich der beschriebenen Ansätze? Welches wären die Vorteile gegenüber dem heutigen System?
- › Welche Gefahren und Nachteile sehen Sie?
- › Welche Probleme/Schwierigkeiten sehen Sie bei der Umsetzung der einzelnen Ansätze?
- › Was sind mögliche Hemmnisse einer Implementierung der Modelle in der Schweiz (z.B. Finanzierungssystem, Ausbildungssystem, gesetzliche Rahmenbedingungen, personelle Kapazitäten, Vorbehalte der Berufsstände, fehlende Anreize etc.)?
- › Welche Voraussetzungen müssten gegeben sein? Welche flankierenden Massnahmen wären notwendig?
- › Welche Gegebenheiten im schweizerischen Gesundheitssystem und ausserhalb könnten eine Umsetzung der aufgeführten Modelle fördern?
- › Wie könnte man eine Implementierung der für Sie interessantesten Modelle in der Schweiz konkret angehen?

#### ***Kurzbeschreibung der Lösungsansätze zur Effizienzsteigerung***

##### *1) Bundled Payment (Komplexpauschalen)*

*Bundled Payment ist ein Vergütungsmodell, bei dem alle Leistungen, die im Rahmen einer Behandlungsepisode (z.B. Diabetes, Kardiovaskuläre Zustände) erbracht werden, aggregiert und pauschal abgegolten werden. Die Pauschalen werden in der Regel nach verschiedenen Merkmalen der erkrankten Person risikoadjustiert. Durch die Art der gebündelten Vergütung wird im Vergleich zu einer Einzelleistungsvergütung das Risiko der effizienten Leistungserbringung den Leistungserbringern übertragen. Dadurch haben die Leistungserbringer einen Anreiz, die Anzahl und Kosten der Leistungen, welche im Bündel enthalten sind, zu optimieren sowie diese Leistungen optimal zu koordinieren.*

##### *2) Optimierung des Skill-Mix*

*Beim Lösungsansatz des Skill-Mix geht es darum, die Arbeiten und Kompetenzen innerhalb und zwischen den Gesundheitsberufen umzuverteilen. Die Leistungen sollen auf diese Weise mög-*

*lichst basisnah und an der Stelle erbracht werden, wo dies mit dem geringsten Ressourceneinsatz möglich ist und wobei zumindest eine gleichbleibende Qualität erzielt wird. Darüber hinaus zielt der Lösungsansatz darauf ab, die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und so einem Arbeitskräftemangel entgegenzuwirken. Interessante Beispiele von Skill-Mix-Modellen sind erweiterte Rollen im Bereich der Pflegen, die in ärztliche Aufgaben hineingehen (einfache Diagnosen, Verschreibung von Medikamenten etc.).*

### *3) Medizinische Guidelines*

*Bei medizinischen Guidelines handelt es sich um Handlungsempfehlungen für die Entscheidungsfindung von ÄrztInnen und PatientInnen. Diese Leitlinien sind evidenzbasiert, d.h. sie gründen auf dem neuesten Erkenntnisstand der Forschung. Die Leitlinien sollen – unter Berücksichtigung fallspezifischer Aspekte – dazu beitragen, dass ÄrztInnen rationale und transparente Entscheidungen treffen, Behandlungsfehler minimieren und unnötige Leistungen vermeiden.*

### *4) Medical Savings Accounts (MSA)*

*Bei MSA handelt es sich um individuelle Gesundheitssparkonten, über welche ein Teil der Gesundheitsausgaben finanziert wird (für sehr teure Krankheiten ist gleichzeitig eine Hochrisikoversicherung vorzusehen). MSA schaffen für Versicherte einen Anreiz, dass sie weniger Leistungen beanspruchen, weil sie diese aus ihrem MSA finanzieren müssten. MSA können so dazu beitragen, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu steigern und die Inanspruchnahme von unnötigen Leistungen zu senken. Sie stärken ausserdem die intergenerationelle Gerechtigkeit, weil sie langfristige Ressourcen für höhere Gesundheitsausgaben in späteren Jahren generieren.*

### *5) Förderung des Selbstmanagements von PatientInnen*

*Selbstmanagement ist die Fähigkeit von PatientInnen mit der eigenen Erkrankung, ihren Symptomen, der Behandlung, den körperlichen und sozialen Folgen und der damit zusammenhängenden Änderung der Lebensumstände umzugehen. Interventionen zur Förderung des Selbstmanagements zielen darauf ab, PatientInnen in die Lage zu versetzen, selbstständig und unabhängig zu leben. Insbesondere chronisch erkrankte Personen sollen so lange wie möglich in einem stabilen Gesundheitszustand bleiben. Mit Interventionen im Bereich des Selbstmanagements soll einerseits die Gesundheitsversorgung besser an die Bedürfnisse der PatientInnen angepasst und andererseits eine unnötige Leistungsanspruchnahme durch PatientInnen gesenkt werden.*

## A2 ÖKONOMISCHE GRUNDLAGEN ZU EFFIZIENZ UND INEFFIZIENZEN

### Ökonomisches Verständnis von Effizienz und Ineffizienz

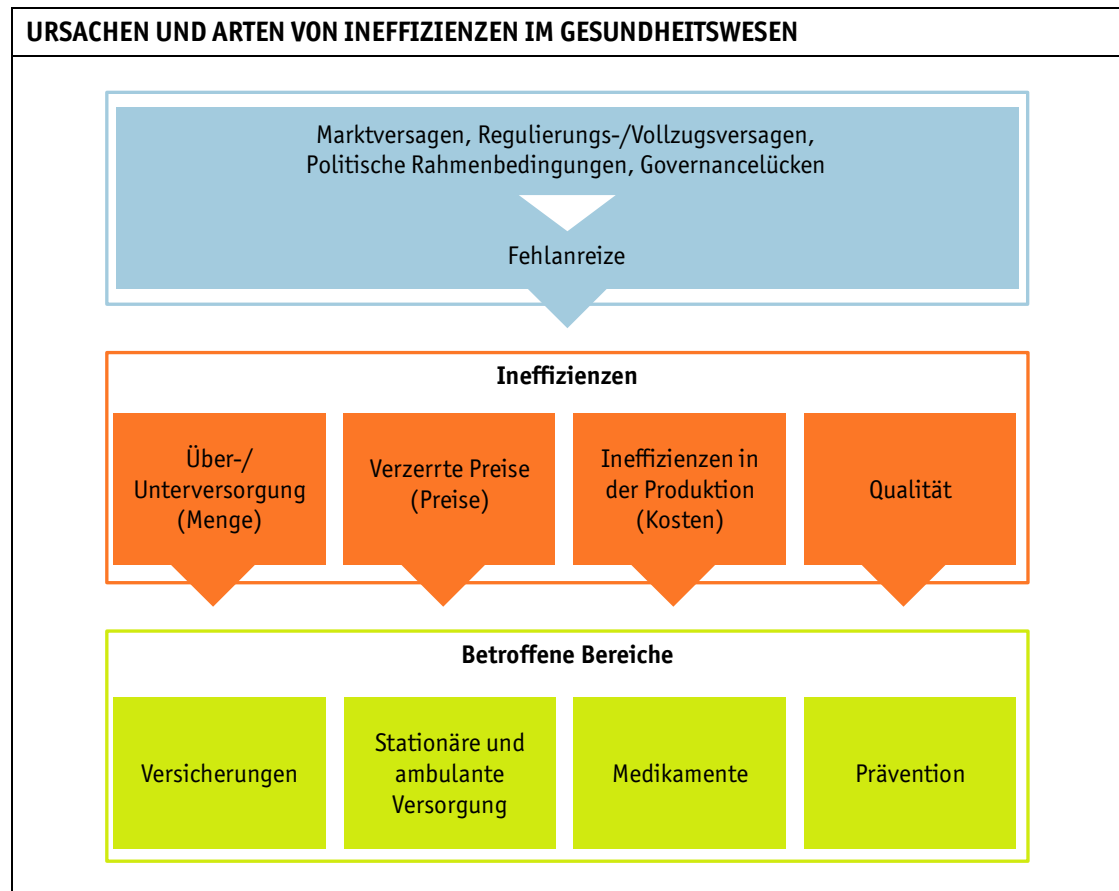
Im ökonomischen Sinn bedeutet Effizienz, dass Marktprozesse zu einem optimalen Ergebnis führen. Effizienz kann als „optimale Nutzung der Ressourcen zur Erbringung maximaler Ergebnisse“ definiert werden. Es können zwei Arten von Ineffizienzen unterschieden werden:

- › *Produktive Effizienz* bedeutet, dass ein bestimmtes Gut zu minimalen Kosten produziert wird, bzw. dass mit einem gegebenen Aufwand möglichst viel von diesem Gut erzeugt wird (Brügger et al. 2011). Die produktive Effizienz betrachtet somit das Verhältnis von Input zu Output. Produktive Ineffizienzen liegen beispielsweise vor, wenn ein Spital im Vergleich zu einem ähnlichen Spital mehr Personal und sonstige Kosten benötigt, um die gleiche Menge oder Qualität an Gesundheitsleistungen zu erbringen.
- › *Allokative Effizienz* betrachtet zusätzlich, ob die Güter nicht nur möglichst kostengünstig produziert wurden, sondern ob die Güter in der Menge, Art und Qualität angeboten werden, die sich die Konsumenten wünschen (Brügger et al. 2011). Werden den PatientInnen beispielsweise mehr Gesundheitsleistungen angeboten, als sie unter vollständiger Information über ihren Gesundheitszustand bräuchten, so liegen allokativen Ineffizienzen vor.

### Ursachen und Arten von Ineffizienzen im Gesundheitswesen

Ursachen für Ineffizienzen im Gesundheitswesen sind Marktversagen, Regulierungs- und Vollzugsversagen sowie eine mangelnde Governance und politische Rahmenbedingungen (INFRAS, Crivelli 2012): Marktversagen wie z.B. Informationsasymmetrien zwischen PatientInnen und Leistungserbringern lösen Fehlanreize aus, die bei den Akteuren Entscheidungen verursachen, die zu einem nicht optimalen Marktergebnis führen. Der Staat greift im Fall von Marktversagen in der Regel mit Regulierungen ins Marktgeschehen ein. Ungenügende Regulierungen oder ungenügend umgesetzte Regulierungen können aber wiederum zu Regulierungs- bzw. Vollzugsversagen und Fehlanreizen führen. Neben Regulierungen können auch politische Rahmenbedingungen (z.B. die föderalistische Struktur) und eine mangelnde Governance des Staates zu Ineffizienzen führen.

Die folgende Figur illustriert wie Ineffizienzen entstehen und welche Ausprägungen sie haben können. Grob können vier Arten von Ineffizienzen unterschieden werden, welche jeweils unterschiedliche Dimensionen des Leistungserstellungsprozesses betreffen:



Figur 12 Quelle: INFRAS, Crivelli 2012.

## A3 ERLÄUTERUNG ZU INEFFIZIENZEN

<b>INEFFIZIENZEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESEN</b>	
<b>Ineffizienz</b>	<b>Erläuterung</b>
<b>Übersversorgung/Fehlversorgung</b>	
Angebotsinduzierte Nachfrage	Anbieter weiten die Leistungsmenge aus, auch wenn die Leistungen kaum oder keinen Zusatznutzen bringen.
Mangelnde Koordination in der Versorgung	Überflüssige und fehlerhafte Behandlungen durch mangelnde Koordination zwischen den Leistungserbringern.
Moral Hazard	Versicherte fragen zu viele Leistungen nach, die kaum oder keinen Nutzen bringen.
Vergütung von nicht zweckmässigen Leistungen	Leistungen werden von der Grundversicherung vergütet, die nicht oder wenig zweckmässig und wirtschaftlich sind.
Fehlversorgung durch fehlende Unterstützung der Anbieter	Behandlungsfehler und vermeidbare Komplikationen von Anbietern führen zu einer vermeidbaren Inanspruchnahme (Rehospitalisierungen, Folgebesuche).
<b>Unterversorgung</b>	
Mangelnde Prävention	Knappes Angebot an Prävention führt zu entgangenem Nutzen in Form von verhinderten chronischen Krankheiten und Lebenszeit in guter Gesundheit.
Unterversorgung einzelner Bevölkerungsgruppen	Tiefere Inanspruchnahme von einzelnen Bevölkerungsgruppen führt zu aufgetauter Morbidität und einem suboptimalen Gesundheitszustand.
Fehlende personelle Ressourcen	Knappe personelle Ressourcen führen zu schlechterer Qualität oder zum Unterlassen von Leistungen mit ausgewiesenem Bedarf.
<b>Ineffizienzen in der Leistungserbringung (produktive Ineffizienzen)</b>	
Mangelnde Konzentration der stationären Versorgung	Grössenvorteile (Skaleneffekte) werden durch viele kleine Spitäler und Pflegeheime zu wenig genutzt.
Suboptimaler Einsatz der Produktionsfaktoren	Durch einen optimaleren Skill-Mix oder Mix an ambulanten und stationären Leistungen könnten Leistungen mit weniger Ressourceneinsatz erbracht werden.
Mangelnde Konzentration der stationären Versorgung	Grössenvorteile (Skaleneffekte) werden durch viele kleine Spitäler und Pflegeheime zu wenig genutzt.
<b>Verzerrte Preise</b>	
Tarife in der ambulanten und stationären Versorgung	Ausgehandelte Taxpunktwerte und Base-Rates, die nicht dem Marktpreis entsprechen, können zu hohe oder zu niedrige Entschädigungen beinhalten.
Preisregulierung der Medikamente	Festgesetzte Preise, die nicht einem „Marktpreis“ entsprechen, können zu hohe oder zu tiefe Gewinnmargen beinhalten.
<b>Suboptimale Qualität</b>	
Mangelnde Qualität in der Leistungserbringung	Verschiedene Ursachen führen dazu, dass Leistungen zu nicht optimaler Qualität erbracht werden.

Tabelle 21 Quelle: INFRAS, Crivelli 2012.

## A4 DAS CHRONIC-CARE-MODELL

### CHRONIC-CARE-MODELL

Das Chronic-Care-Modell stellt ein primärmedizinisch basiertes Versorgungskonzept dar, das auf die Bedürfnisse Kranker zugeschnitten ist und mit dem Ziel verbesserter Behandlungsergebnisse den kompletten Versorgungsprozess an diesen ausrichtet (vgl. Bodenheimer et al. 2002). Das Modell wurde von Edward Wagner entwickelt. Gemäss Wagner verlangt die Behandlung von chronischen Krankheiten einen Systemwechsel, weg von einem reaktiven Behandlungssystem hin zu einem proaktiven System, welches darauf abzielt, die Personen/PatientInnen in möglichst guter Gesundheit zu halten. Kern des Modells bildet eine sogenannte „produktive Interaktion“ zwischen einem proaktiven Versorgungsteam und informierten, aktiv ins Behandlungsgeschehen eingebundenen PatientInnen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Interaktion sind folgende Elemente:

- › Unterstützung und Förderung des Selbstmanagements der PatientInnen, d.h. Hilfe zur Selbsthilfe der PatientInnen und je nachdem der Angehörigen, z.B. durch PatientInnen-Schulungen oder die Abgabe von Hilfsmitteln zum Selbstmonitoring.
- › Neugestaltung der Leistungs- und Versorgungsabläufe, so dass eine umfassende integrierte Versorgung sichergestellt wird, z.B. indem die Aufgabenteilung im Versorgungsteam optimal ausgestaltet oder ein/e Case-ManagerIn eingesetzt wird.
- › Entscheidungsunterstützung durch den Zugang zu Expertenwissen, z.B. durch eine bessere Koordination mit Fachspezialisten, den Einsatz evidenzbasierter Behandlungsleitlinien für Leistungserbringer und die Bereitstellung von Entscheidungshilfen für PatientInnen.
- › Klinische Informationssysteme wie z.B. Patientenregister (die Aussagen zur Versorgungsqualität zulassen), ein elektronisches Patientendossier (in welchem die Daten der PatientInnen hinterlegt sind), Erinnerungssysteme (die automatisch an anstehende Termine, Aufgaben und Untersuchungen erinnern) oder Unterstützungssysteme (die verabreichte Medikamente einem Interaktionscheck unterziehen).

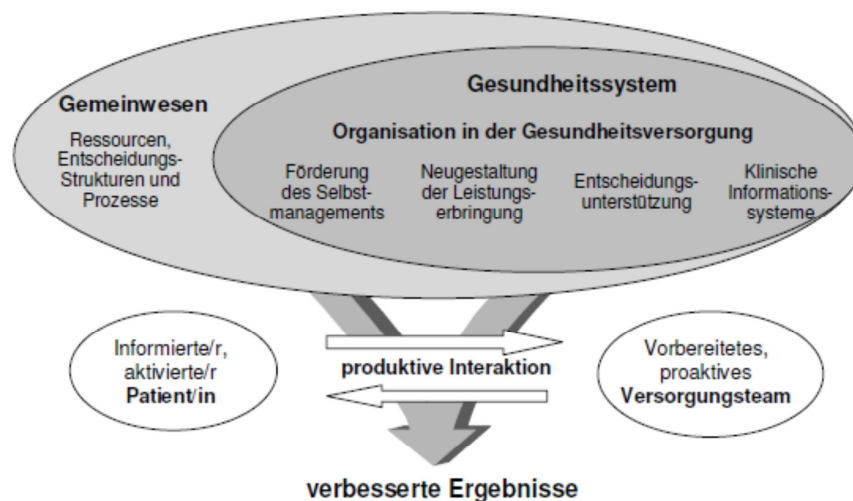


Abbildung 1: Das Chronic Care-Modell (in Anlehnung an Bodenheimer et al. 2002)

Figur 13 Quelle Figur: GDK, BAG 2011.



## A5 BEISPIELMODELLE ZU DEN EINZELNEN LÖSUNGSANSÄTZEN

### Bundled Payment

Im Folgenden werden zwei Beispiele von Bundled-Payment-Modellen beschrieben, die umfassende Programme darstellen und den ambulanten Sektor miteinbeziehen.

#### BEISPIEL PROMETHEUS-PROGRAMM, USA

- › **Start des Programms:** Entwickelt in 2006, Start von drei Pilotprojekten in 2008.
- › **Finanzierer:** Private Initiative (Robert Wood Johnson Stiftung).
- › **Art der Episoden:** Chronische Episoden und akutmedizinische Episoden, z.B. Herzinfarkt, Hüft- und Knieersatz, Diabetes, Asthma, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck.
- › **Umfang des Programms:** Zehn definierte Episoden, davon sechs chronische Episoden und vier akutmedizinische Episoden. Diese definierten Episoden machen rund 30% der Kosten des Gesundheitssystems aus. Zwei Pilotprojekte zu chronischen Episoden und ein Pilotprojekt zu akutmedizinischen Episoden.
- › **Einbezogene Leistungen:** Alle (stationäre und ambulante) Leistungen, welche zur Behandlung der Episode notwendig sind. Es wurden Kernleistungen für eine typische Behandlung auf Basis von evidenzbasierten Guidelines und Expertenmeinungen definiert.
- › **Einbezogene Settings/Leistungserbringer:** Spital, ambulante ÄrztInnen, Labore, Apotheken, Reha-Einrichtungen etc.
- › **Organisationsform:** Bei allen drei Pilotprojekten bestanden bei den zuständigen Organisationen bereits Zusammenarbeitsformen mit verschiedenen Leistungserbringern. Darüber hinaus wurden weitere Leistungserbringer einbezogen.
- › **Preisgestaltung:** Festgelegte Preise: Pauschale wird auf Basis der Kosten für die definierten Kernleistungen berechnet = Evidence-informed Case Rate (ECR). Grundlage für die Berechnung der Kosten sind Versicherungsdaten. Zudem wird ein Anteil der bisher beobachteten Kosten für Komplikationen (sogenannte PACs – potentially avoidable complications) von 50% in die Pauschale einberechnet. Diese Rate soll widerspiegeln, dass in der Realität einige Komplikationen nicht vermeidbar sind, bzw. umgekehrt dass 50% der bisherigen Kosten für Komplikationen vermieden werden können. Die Komplexpauschalen sind risikoadjustiert nach patientenspezifischen soziodemografischen Merkmalen und der Schwere und Komplexität des Zustands des/der PatientIn.
- › **Zahlungsmechanismus:** Alle Leistungserbringer erhalten die übliche Einzelleistungsvergütung. Falls die Summe der Einzelvergütungen über einen anvisierten Gesamtpreis hinausgeht, müssen die Beteiligten die Differenz bezahlen, falls die Summe tiefer ist, dürfen sie die Differenz einziehen.
- › **Nachweis über Qualität und Performance:** Ein Teil der Auszahlung der Komplexpauschale ist an die Performance der Leistungserbringer, d.h. die Erzielung von definierten Qualitätszielen („Scorecards“) geknüpft. Die Qualitätsziele betreffen die Befolgung von klinischen Guidelines, Patientenoutcomes, Vermeidung von Komplikationen sowie die Patientenzufriedenheit. Die Leistungserbringer müssen eine Reduktion von 6% der Kosten für PAC's erzielen, um den Bonus zu erhalten.

Quellen: De Brantes 2012, Hussey et al. 2011.

### BEISPIEL CARE GROUPS, HOLLAND

- › **Start des Programms:** 2010 als freiwilliges Pilotprojekt für die Versorgung von chronischen Krankheiten eingeführt mit dem Ziel der Förderung der integrierten Versorgung.
- › **Finanzierer:** Grundversicherer
- › **Art der Episoden:** Einzelne chronische Krankheiten (Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, vaskuläre Erkrankungen)
- › **Umfang des Programms:** Seit Einführung haben sich über das ganze Land verteilt Behandlungsorganisationen (Care Groups) gebildet, welche Komplexpauschalen umsetzen. Die meisten dieser Organisationen konzentrieren sich auf Diabetes.
- › **Einbezogene Leistungen:** Nur ambulante Leistungen, welche zur Behandlung der Episode notwendig sind. Die Leistungen wurden von Leistungserbringerorganisationen und Patientenorganisationen auf nationaler Ebene definiert und in krankheitsspezifischen Standards festgehalten. Als innovative Leistungen sind auch Selbstmanagement-Leistungen einbezogen.
- › **Einbezogene Settings/Leistungserbringer:** Ambulante Grundversorger und Spezialisten sowie Labore.
- › **Organisationsform:** Eine Behandlungsorganisation (Care Group) dient als Referenzorganisation, welche für die Organisation der Behandlungsepisode zuständig ist. Diese kann entscheiden, ob sie die Behandlung selber anbieten oder Einzelleistungen bei anderen Leistungserbringern (subcontractors) einkaufen will.
- › **Preisgestaltung:** Der Krankenversicherer handelt mit der Behandlungsorganisation (Care Group) eine Pauschale aus.
- › **Zahlungsmechanismus:** Der vereinbarte Betrag wird der Behandlungsorganisation ausgezahlt.
- › **Nachweis über Qualität und Performance:** Die Behandlungsorganisation verpflichtet sich, dem Versicherer Performance-Indikatoren (Prozess- und Outcomeindikatoren) zur Verfügung zu stellen.

Quelle: de Bakker et al. 2012.

**Skill-Mix****ADVANCED PRACTICE NURSES (APN)**

Gemäss Definition des International Council of Nurses (ICN 2002) handelt es sich bei einer APN um eine diplomierte Pflegefachperson mit Grundausbildung, die Expertenwissen in einem Studium auf der Ebene „Master of Science“ oder Doktorat erworben hat, komplexe Entscheidungen treffen kann und über klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis verfügt.

Zu den zentralen Kompetenzen von APN zählen Exzellenz in der klinischen Praxis, das erweiterte Assessment des Gesundheitszustands bei spezifischen Patientengruppen sowie die Entscheidungsfindung nach Grundsätzen evidenzbasierter Pflege. Weitere Kernkompetenzen sind Forschungsfähigkeiten, die ethische Entscheidungsfindung, klinisches und professionelles Leadership, die Zusammenarbeit in interprofessionellen Behandlungsteams, das Coaching und die Führung sowie die Konsultation und Beratung von PatientInnen und Familien (SwissANP 2012). Bei der Ausbildung von APN handelt es sich um eine akademische Ausbildung, je nach Land auf Master- oder Bachelorniveau.

Der Titel der Advanced Practice Nurse wird häufig als Oberbegriff für verschiedene APN-Kategorien verwendet (Buchan, Calmann 2004). Die zwei Hauptkategorien von APN sind:

- › **Nurse Practitioners (NP):** Die Ausbildung von Nurse practitioners ist breit auf ein grösseres Spektrum von Krankheiten ausgelegt. Sie sind tendenziell in der Grundversorgung, aber teilweise auch in Spitälern tätig. Sie können über eigene Zulassung und Haftpflichtversicherung verfügen. Hauptziel von NPs ist die Substitution von ärztlichen Aufgaben, indem sie beispielsweise folgende Aufgaben übernehmen: Erstkontakte, Triage, Gesundheitsberatung, Routine-Follow-Up-Konsultationen bei chronischen Krankheiten, Anordnung diagnostischer Tests, z.T. Verschreibung von Medikamenten, Hausbesuche bei chronischen Krankheiten/älteren Personen. Z.T. werden NP vor allem in ländlichen Regionen eingesetzt, um einen Ärztemangel abzufedern. Di Censo et al. (2010) unterscheiden zwei Arten von NP:
  - › NPs in der Grundversorgung, welche z.B. in regionalen Gesundheitszentren, ambulanten Arztpraxen oder in Langzeitpflegeeinrichtungen eingesetzt werden und sich auch der Gesundheitsförderung und Prävention, Diagnose und Behandlung von gewöhnlichen, nicht gravierenden akuten Krankheiten sowie dem Monitoring und Management von stabilen chronischen Erkrankungen widmen (primary health care NPs).
  - › NPs in der spezialisierten Versorgung, welche in spezialisierten ambulanten oder stationären Settings wie der Neonatologie, Kardiologie eingesetzt werden und mit PatientInnen arbeiten, die komplexere akute, kritische oder chronische Erkrankungen aufweisen (specialist NPs).
- › **Clinical Nurses:** Diese arbeiten meist in Spitälern. Ihre Hauptaufgabe ist die Qualitätsverbesserung durch Leadership, Weiterbildung von angestellten Pflegefachpersonen, Förderung von Qualitätsstandards und der Patientensicherheit. Sie nehmen aber auch folgende erweiterte Rollen wahr: Erstkontakte (Konsultation und Diagnose), Anordnung und Interpretation diagnostischer Tests, z.T. Verschreibung von Medikamenten.

## Förderung des Selbstmanagements

### EXPERT PATIENT PROGRAMME (EPP) GROSSBRITANNIEN

- › **Hintergrund und Ziel:** Das Expert Patient Programm geht auf eine Initiative der Britischen Regierung, der sogenannten „Expert Patient Task Force“ zurück. In den Jahren 2002 bis 2004 wurde das erste Expert Patient Programm in einer Pilotphase getestet. Das Ziel des Programms ist es, Menschen Selbstvertrauen und Eigenverantwortung für den Umgang mit der chronischen Erkrankung zu geben und zu einem partnerschaftlichen Umgang mit den zuständigen Leistungserbringern zu ermutigen.
- › **Finanzierer:** Das National Health System (NHS) stellt das Programm zur Verfügung. Die Teilnahme ist kostenlos.
- › **Start:** Pilotprogramm 2002. Seit 2007 wird das Expert Patient Programm durch die nicht profitorientierte Firma Community Interest Company (CIC) durchgeführt. 100'000 Teilnehmer von 2007 bis 2012.
- › **Inhalt und Organisation:** Das Expert Patient Programm bietet Patientenschulungen an. Es richtet sich an Menschen mit chronischen bzw. Langzeit-Erkrankungen. Schulungen werden in ambulanten Einrichtungen oder online durchgeführt. Das Lehrpersonal ist eigens dafür ausgebildet und hat in der Regel eigene Erfahrung mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten gemacht. Die Schulungen bestehen in der Regel aus 6 wöchentlichen 2,5-stündigen Einheiten und beinhalten folgende Themen:
  - › Umgang mit Schmerz und extremer Müdigkeit
  - › Umgang mit Depression
  - › Entspannungstechniken und -übungen
  - › Gesunde Ernährung
  - › Kommunikation mit Familienangehörigen, Freunden und im Berufsumfeld der PatientInnen
  - › Zukunftsperspektiven.
- › **Erkrankungen:** Ursprünglich wurde das Programm für den Umgang mit chronischen Erkrankungen im Allgemeinen entwickelt. Später kamen Schulungen für eine Reihe von spezifischen chronischen Erkrankungen hinzu, z.B. Alkohol- und Drogenmissbrauch, Psychische Erkrankungen, Schmerz, Sehbehinderung.

Quelle: Barlow 2007, European Network on Patient Empowerment

### LEILA – LEBEN MIT LANGZEITERKRANKUNGEN (STADT ZÜRICH)

- › **Hintergrund und Ziel des Programms:** Leila ist ein Projekt im Gesundheitsnetz 2025 der Städtischen Gesundheitsdienste der Stadt Zürich.
- › **Start des Programms:** Laufzeit 2010 – 2013.
- › **Inhalt und Organisation:** Leila richtet sich an somatisch, chronisch, mehrfach Erkrankte über 50-jährige Einwohner der Stadt Zürich. Die Dienstleistungen von Leila umfassen:
  - › Selbstmanagement und Self Care Unterstützung
  - › „Unterstützung in Problemlösung, Krankheitsverarbeitung und im Erwerben von wirksamen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Strategien im Umgang mit dem multiplen Kranksein“
  - › regelmässige Patientenberatungen in Hausbesuchen oder in Partner-Hausarztpraxen durch PflegeexpertInnen
  - › Patientenschulungen
 Zuweisungen und Aufträge an Leila kommen von den Partner-Hausarztpraxen.
- › **Erkrankungen:** Unterschiedliche krankheitsspezifische Angebote, z.B. für chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Quelle: Bonsack 2011.