

# MEHR EFFIZIENZ IM GESUNDHEITSWESEN AUSGEWÄHLTE LÖSUNGSANSÄTZE

Zusammenfassung  
Zürich, 19. Mai 2014

Judith Trageser, Anna Vettori, Juliane Fliedner, Rolf Iten

B2451A\_SCHLUSSBERICHT\_ZUSAMMENFASSUNG\_D\_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

## 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 Tarifsyste-men. 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, Tarifsyste-me
- 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 genauere 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.