

## **Schwerpunkt: Innovationen in der Integrierten Versorgung**

«Innovationen geben der Zukunft eine Zukunft», schrieb der deutsche Chemiker Prof. Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger – vier Beiträge beleuchten das Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Lassen Sie sich inspirieren!

### **Inhaltsverzeichnis**

- Bottom-up-Innovation im Gesundheitswesen
- Alternative Versicherungsmodelle als Erfolgsgeschichte
- Krankenversicherer: Grösse als Innovationstreiber
- Disease management, innovation où idée d'autrefois?
- Innovationen: Für den Patienten oder fürs Spital?
- Die 4 nominierten Projekte des fmc Förderpreises 2015

## **Bottom-up-Innovation im Gesundheitswesen**

Roche-CEO Severin Schwan hat vor kurzem in der NZZ das Erfolgsrezept seines Konzerns beschrieben: «Innovation wird von unten erzeugt».

Roche-CEO Severin Schwan hat vor kurzem in der NZZ das Erfolgsrezept seines Konzerns beschrieben: «Innovation wird von unten erzeugt».

Ignazio Cassis, Nationalrat FDP, Die Liberalen, Vorstandsmitglied fmc



Severin Schwan ergänzte sein Rezept mit fünf Thesen, die der herkömmlichen Managementlehren zum Teil heftig widersprechen:

- Freiraum für Kreativität (auch wenn dies anfänglich zu Ineffizienzen führt)
- Eine möglichst kleine zentrale Leitung
- Vorsicht gegenüber Beratern und Visionären
- Misserfolge feiern
- Die Unternehmensstrategie langfristig auslegen

Und die Begründung dafür? Es gebe fast nichts Komplexeres als den menschlichen Körper.

Unsere Welt ist ebenfalls komplexer geworden – so wie die Entscheidungsprozesse in der Politik. Das erstaunt kaum; schliesslich sind unsere Grundbedürfnisse (Freiheit, Bildung, Ernährung, Sozialisierung) so gut abgedeckt, dass sie als selbstverständlich erachtet und kaum noch als politisches Ziel wahrgenommen werden.

Bottom-up-Innovation heisst also die Devise: keine staatliche Lenkung, sondern konstruktive Kreativität der zivilen Gesellschaft, insbesondere jener Akteure, denen die Gemeinschaft eine spezifische Verantwortung gegeben hat. Im Gesundheitswesen sind das – gemäss Volksentscheid vom 4. Dezember 1994 zur Einführung des KVG – die Vertragspartner. Das sind auf der einen Seite die Gesundheitsfachpersonen, welche die Heilkunst kennen und ihre Leistungen verkaufen möchten. Auf der anderen Seite sind das die Versicherer, die als Treuhänder der Versicherten dafür sorgen müssen, dass die als «Prämien» definierten Abgaben richtig eingesetzt und möglichst tief gehalten werden.

Wie entsteht Innovation unter diesen Rahmenbedingungen? Welche Anreize und welche Fehlanreize beobachtet man im System? Und übernehmen die Vertragspartner die ihnen vom Volk delegierten Verantwortung? Diese Fragen werden in dieser Ausgabe der fmc Impulse aus vier Blickwinkeln beleuchtet.

«Innovationen geben der Zukunft eine Zukunft», schrieb der deutsche Chemiker Prof. Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger. Gestalten Sie mit Ihren Innovationen die Zukunft unseres Gesundheitswesens!

## **Alternative Versicherungsmodelle als Erfolgsgeschichte**

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben sind Innovationen in der sozialen Krankenversicherung enge Grenzen gesetzt. Eine Ausnahme bilden die alternativen Versicherungsmodelle. Ob diese Erfolgsgeschichte weiter geht, hängt massgeblich von den regulatorischen Rahmenbedingungen ab.

Peter Aregger, RVK, Bereichsleiter Versicherungen



Echte Innovationen sind in der sozialen Krankenversicherung selten anzutreffen. Die Gründe dazu liegen im gesetzlichen Korsett, welches Innovationen zu oft bereits im Keim ersticken lässt. Der vorgegebene Leistungskatalog setzt der Produktgestaltung enge Grenzen und die Preisgestaltung ist stark reguliert.

Eine löbliche Ausnahme sind die alternativen Versicherungsmodellen. Die Einführung des KVG ermöglichte es, Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers anzubieten. Verschiedene Krankenversicherer nutzten diesen Handlungsspielraum und schufen vielfältige, innovative und kundenorientierte Angebote. Sie betrieben die Hausarztversicherung mit unabhängigen Ärztevereinen und bauten daneben kasseneigene HMOs auf. Mit der Schaffung von Ärztenetzwerken wurden die Strukturen verbindlicher. Zudem traten telemedizinische Anbieter in den Markt ein. Diese Entwicklung war nur möglich, weil es das KVG offen liess, was genau unter einem alternativen Versicherungsmodelle zu verstehen ist.

### **Handlungsspielräume werden enger**

Der Erfolg der alternativen Versicherungsmodelle ist offensichtlich, sind doch inzwischen über 60 Prozent der Versicherten entsprechenden Angeboten angeschlossen. Sie profitieren dabei von einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung und sichern sich erst noch einen Prämienrabatt. Die kleinen und mittleren Krankenversicherer haben mit innovativen Projekten bis hin zum Aufbau eigener HMOs an dieser Erfolgsgeschichte massgeblich mitgearbeitet.

Ob die Erfolgsgeschichte in Zukunft fortgesetzt wird, bleibt abzuwarten. Generell ist eine zunehmende Regulierung der alternativen Versicherungsmodelle feststellbar. So gibt etwa das BAG seit 2010 vor, nach welcher Methode die Kostenunterschiede von alternativen Versicherungsmodellen zu berechnen sind, womit die Handlungsspielräume eingeschränkt werden. Auch die im Entwurf vorliegende Krankenversicherungsaufsichtsverordnung sieht zusätzliche Auflagen vor. Neu sollen die Krankenversicherer verpflichtet werden, alle Vereinbarungen mit Leistungserbringern einzureichen. Die Aufsichtsbehörde wird gemäss Verordnungsentwurf zukünftig prüfen, ob Verträge zwischen Krankenversicherern und Ärztenetzwerken zu marktüblich geltenden Bedingungen abgeschlossen wurden.

### **Konsolidierung und Analyse**

Die enger werdenden Handlungsspielräume erschweren die Umsetzung innovativer Ideen und beeinträchtigen die Zusammenarbeit der Krankenversicherer mit Ärztenetzwerken. Wie sich die zunehmende Regulierung auf die alternativen Versicherungsmodelle konkret auswirkt, lässt sich noch nicht abschliessend beurteilen. Zunächst gilt es, die bisherigen Erfolge zu konsolidieren und die Situation vertieft zu analysieren. Darüber hinaus ist weiterhin im Gespräch mit Partnern nach innovativen Lösungen zu suchen, um diese im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten umzusetzen.

## **Krankenversicherer: Grösse als Innovationstreiber**

Die Gesundheitssysteme aller Länder stehen vor grossen Herausforderungen: Alterung, Vereinzelung, Zunahme chronischer Krankheitsbilder, Verknappung der Ressourcen – ein guter Nährboden für Innovationen

Prof. Dr. oec. HSG Bernhard Güntert, Leiter Innovationen, curafutura



Krankenversicherer sollten nicht direkt Gesundheitsleistungen anbieten, sondern gemeinsam mit den Leistungsanbietern und anderen Akteuren Innovationen suchen und fördern. Die Instrumente dazu sind im Wesentlichen:

- **Massgeschneiderte Versicherungsprodukte:** Die Bedürfnisse der Versicherten sind unterschiedlich. Neben der Grunddeckung ist es daher notwendig, diesen individuellen Bedürfnissen gerechte Versicherungsangebote anzubieten. Diese dürfen nicht nur Versorgungsleistungen, sondern auch Gesundheitsförderung und Entscheidungskompetenz umfassen. Grössere Krankenversicherer haben den Vorteil, dass sie parallel verschiedene Modelle anbieten können.
- **Verträge mit Leistungsanbietern:** Mit unterschiedlichen Versicherungsprodukten eng verbunden sind vertragliche Absprachen mit Leistungserbringern. Krankenversicherer sind Leistungseinkäufer für ihre Versicherten. Die Managed Care-Modelle zeigen, dass diese Ansätze in der Schweiz eine Tradition haben. Allerdings gilt es diese weiter zu entwickeln, die Patientenkarriere sektorenübergreifend in den Vordergrund zu stellen und die Leistungsqualität zu fördern (integrated und/oder accountable care). Grosse Krankenversicherer haben aufgrund der Volumina die Möglichkeit, in verschiedenen Regionen und parallel Modelle zu gestalten, diese zu evaluieren und kontinuierlich zu verbessern. Damit sind sie für die Leistungsanbieter attraktive Vertragspartner.
- **Leistungstarifizierung und finanzielle Anreize** sind weitere wirksame Instrumente der Krankenversicherung. Eine Abkehr von Einzelleistungstarifen zu mehr Ergebnisorientierung, die angemessene Berücksichtigung von Qualität und die Abkehr von Fehlanreizen sind erfolgversprechende Stichworte dazu. Grösseren Krankenversicherern kommt bei Tarifverhandlungen ein grösseres Gewicht zu. Auch können sie mit ihren Daten besser Folgeabschätzungen machen.

- **Monistische Finanzierung** wäre notwendig, damit die Wirkung der Tarifsysteme zum Tragen kommt, in der stationären Versorgung wie auch in der Heimversorgung, inkl. spezielle Angeboten der palliativen Versorgung. Monismus heisst allerdings nicht, dass die gesamten Gesundheitskosten von den Krankenversicherern getragen werden müssten, sondern dass man die Mittel der verschiedenen Quellen (collecting) zusammenlegt (pooling) und die Leistungen nach einheitlichem Konzept vergütet (purchasing). Eine entsprechende Systemänderung kann von grösseren Krankenversicherern besser angestossen werden.
- **Versorgungsforschung** ermöglicht die Suche nach effektiven Behandlungs- und Betreuungsstrukturen. Sie ist für Krankenversicherer heute eine Notwendigkeit. Die Rahmenbedingungen müssen sie nicht nur zulassen, sondern fördern. Grössere Versicherer verfügen über viele Daten zum Versorgungssystem und können somit eine Versorgungsforschung aktiv unterstützen.
- **Aktives Innovationsmanagement** der Krankenversicherer bedeutet, dass sie den verschiedensten Leistungserbringern zuhören, offen sind für Vorschläge (open innovation), diese prüfen und – wenn sinnvoll – die Umsetzung mit ihren Instrumenten unterstützen.

Curafutura hat die Notwendigkeit von Innovationen erkannt und versucht aktiv Innovationsprozesse mit Hilfe professioneller Strukturen, einer Innovationskultur im Verband und vielfältigen Kontakten zu Leistungsanbietern, Forschungs- und Bildungseinrichtungen und anderen Akteuren im Interesse der Versicherten zu unterstützen.

## **Disease management, innovation où idée d'autrefois?**

Tout le monde s'accorde à dire que les maladies chroniques représentent le défi de demain pour notre système de santé. Pour améliorer la prise en charge de ces affections, on considère souvent le disease management. Tout le monde s'y met, mais est-ce vraiment une innovation ?

Dr méd. Marc-André Raetzo, Réseaux Delta, Genève



Delta a lancé un programme pour l'insuffisance cardiaque. Ces patients, lorsqu'ils sont hospitalisés, devront retourner à l'hôpital une fois sur trois dans l'année qui suit. Il est établi que des programmes permettent d'éviter la majeure partie de ces hospitalisations. La recette est très simple : les patients doivent se peser régulièrement, savoir quoi faire lorsque le poids augmente rapidement, faire attention au sel dans leur alimentation et bouger régulièrement. Une infirmière clinicienne prend contact avec ces patients pendant le séjour et organise la réconciliation thérapeutique à la sortie. Par la suite, la même infirmière se rend au domicile des patients pour vérifier que ces éléments simples soient bien suivis. Magnifique...

Pourtant, c'est un échec, l'expérience est abandonnée. Dans le canton de Vaud, une étude a montré que les diabétiques ne recevaient pas toujours les soins nécessaires. Le département a créé une institution, Diabaide, qui offre les services d'une organisation spécialisée pour ces patients. Malgré beaucoup d'efforts par des gens très qualifiés, très peu de patients utilisent ces services [1]. Comment comprendre ces difficultés ?

La littérature montre que 60-90% des patients de plus de 70 ans suivis par des médecins généralistes souffrent de plusieurs maladies chroniques [2][3]. Or les guides de pratique pour chacune de ces affections ont été établis sur des études qui ont systématiquement exclu les personnes qui souffraient d'autres maladies. En un mot, il n'existe que peu ou pas de données scientifiques pour ces patients polymorbides.

On est donc obligé très souvent de faire des compromis au niveau scientifique. Par ailleurs, la plupart de ces patients polymorbides sont des patients complexes, avec des difficultés psycho-sociales importantes. Ceci impose également d'adapter les propositions thérapeutiques. Finalement, ces patients ont des valeurs personnelles, dont il faudrait absolument tenir compte. La prise en charge impose donc une coordination de tous les intervenants pour établir des objectifs qui tiennent compte de tous ces éléments. L'intrusion d'une institution ou d'un programme dans ce contexte est vécue comme l'arrivée d'un chien dans un jeu de quille. C'est probablement ce qui explique la faillite des approches orientées 'maladie' ou 'institution', alors qu'il faut établir des objectifs au cas par cas, en impliquant toute l'équipe soignante. Au lieu de mettre des institutions ou des professions autour du patient, il faut construire une équipe. Pour que cette équipe soit performante, il faut des moyens pour se rencontrer et pour communiquer, mais aussi de la confiance, de la continuité, de la flexibilité, du leadership et du respect pour les rôles de chacun.

D'une manière générale, actuellement, cette « équipe » se construit autour du patient et du médecin traitant. On est loin de l'idée d'une véritable équipe avec tous les éléments de la prise en charge : médecins, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, diététiciennes, services sociaux. Il faudrait aussi éviter le piège des silos professionnels et institutionnels, ainsi que le maintien d'une forte identité de chaque institution. Pour y parvenir, la fusion des financements et une gouvernance unique sont nécessaires : voici une innovation du système, qui rencontre des fortes résistances !

Un tel projet doit impliquer les assurances, le Canton, les soins à domicile, le réseau de soins intégré etc. Le projet MonDossierMedical.ch à Genève est en train de finaliser une option de son programme qui permet de construire un plan de soins partagé mis automatiquement à jour sur les logiciels des différents intervenants, le tout de manière parfaitement éthique et confidentielle. Voici un bon exemple d'innovation !

(1) Rapport diabaide [http://www.philippe-schaller.ch/pdf/publication\\_3.pdf](http://www.philippe-schaller.ch/pdf/publication_3.pdf)

(2) Fortin, Stewart et al; Ann Fam Med 2012 10(2);142-151

(3) Van Den Akker M, How common is multi morbidity dans ABC of Multimorbidity 2014.



## **Innovationen: Für den Patienten oder fürs Spital?**

Pharmaindustrie und Medizintechnik klopfen gerne bei den Spitalern an, um neue Produkte zu lancieren. Was im Grundsatz willkommen ist, hat eine Kehrseite: Innovationen können zu unerwünschten Mengenausweitungen führen.

Prof. Dr. med. Thierry Carrel, Direktor der Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie, Inselspital Bern



Kaum ein Wort, das so positiv belegt ist wie Innovation. Im Duden seit 1915 gelistet, verkörpert es im Bereich Wirtschaft die «Realisierung einer neuartigen, fortschrittlichen Lösung für ein bestimmtes Problem, besonders die Einführung eines neuen Produkts oder die Anwendung eines neuen Verfahrens». Eine eigene Definition für «Innovation im Gesundheitswesen» offeriert das Standardwerk bezeichnenderweise nicht. Warum auch, spielen doch auch in der Medizin beim Thema Innovation wirtschaftliche Interessen eine übergrosse Rolle.

Die Industrie immer und das Spital oftmals, haben ein verständliches Interesse, dass sich neuartige Medizinprodukte im Gesundheitsmarkt etablieren können. Zwei Grundvoraussetzungen auf Seiten der Industrie sind notwendig: Know-how und genügend finanzielle Mittel für Forschung und Entwicklung. Dieses Investment muss sich rechnen. Da das innovative Behandlungsverfahren in der Regel zunächst teurer als das etablierte Verfahren ist, müssen zunächst das Spital und später die Solidargemeinschaft den Aufpreis bezahlen.

### **Wirkliche und vermeintliche Innovationen**

Da die Mittel nicht unbegrenzt sind, ergibt sich in logischer Folge, dass einzelne sehr teure Verfahren nur nach strenger Indikationsstellung angeboten werden dürfen bzw. sollten. Die individuelle Behandlung eines Patienten muss deshalb auf die echten Bedürfnisse abgestimmt sein. Nicht alles, was technisch möglich ist, ist auch sinnvoll und bezahlbar.

Mengenausweitungen bei teuren Verfahren beobachten wir häufig: Die steigenden Behandlungsfälle lassen sich nicht allein mit dem demografischen Wandel und auch nicht mit dem medizinischen Fortschritt erklären. Insbesondere Verfahren, welche im SwissDRG-System gut abgebildet sind, erfreuen sich bei den Spitalern zunehmender Beliebtheit. So haben die Implantationen von Hüft- und Knieprothesen nicht zuletzt auch aus ökonomischen Gründen stark zugenommen. Speziell in diesen Fällen würde man aber nicht mehr von Innovationen sprechen. Aus DRG-Sicht sprechen wir von Innovationen, sofern das Verfahren nicht länger als vier bis fünf Jahre in der regelmässigen Anwendung ist.

Folglich liegen dieser Mengenausweitung, so ist zu vermuten, auch ökonomische Fehlanreize im SwissDRG-System zugrunde. Die Einführung der Aortenklappenimplantation via Katheter (TAVI) zeigt diese Problematik: Diese Intervention ist laut den Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften gegenwärtig nur für Patienten vorgesehen, die nicht konventionell offen-chirurgisch operiert werden können, vor allem ältere und risikoreiche Patienten.

## Der enge Spielraum der Spitäler

Die Fallzahlen schossen geradezu in die Höhe, als die Methode 2012 in das Regelwerk von SwissDRG aufgenommen und damit für die Spitäler tarifierbar wurde. Immer grosszügiger wurde die Methode eingesetzt, letztlich auch bei Patienten, die problemlos offen-chirurgisch hätten operiert werden können. Resultat: Gerade bei älteren Menschen mit per se eingeschränkter Lebenserwartung, wird das teuerste Verfahren angewendet. In Deutschland hat die Anzahl von Katheter-Klappenimplantation massiv zugenommen; an vielen Orten wurde das Verfahren ohne jegliche Indikation durchgeführt.

Andererseits gibt es sehr viele Innovationen, die schlecht im Swiss DRG System abgebildet sind, weshalb deren Anwendung erschwert, wenn nicht gefährdet ist. Stellvertretend dafür stehen der [Mitra Clip](#) sowie das [Kunstherz](#). Aus diesen beiden Beispielen lässt sich erkennen, dass die Möglichkeiten für Spitäler, innovative Medizin im stationären Bereich abzurechnen, sehr beschränkt und ineffektiv sind und zum Teil nur auf dem Papier bestehen.

Wie die Situation verbessert werden kann, ist umstritten: Manche schlagen vor, allen Spitätern einen jährlichen Innovationszuschlag zu bezahlen, gemessen beispielsweise am Gesamterlös des Spitals. Mit dieser Finanzierung könnten innovative Verfahren, neue Medikamente oder auch Prozessoptimierungen bezahlt werden. Aus meiner Sicht käme dies einem Giesskannensystem gleich und würde sogar jene finanziell belohnen, die keine teuren Innovationen anwenden. Wäre nicht ein einfaches Verfahren auf nationaler Ebene, welches auch von Versicherern mitgetragen wird, ähnlich den Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) in Deutschland, die bessere Lösung?

## **Die 4 nominierten Projekte des fmc Förderpreises 2015**

Erstmals wird in diesem Jahr der fmc Förderpreis als Anschubfinanzierung vergeben – mit einem Preisgeld von CHF 15'000.-. Die hohe Qualität der 71 (!) eingereichten Projekte spiegelt die Innovationskraft bei der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Vernetzung.



Die 4 vom Strategischen Beirat nominierten Projekte stehen fest und hoffen auf Ihre Stimme:

- **Mobiler Schmerzdienst für palliative Tumorpatienten**  
Autor: Dr. Wilhelm Ruppen  
Institution: Universitätsspital, Basel  
[zum Abstract](#)
- **Weiterentwicklung des Projektes «Netzwerk Psychiatrie Thun» (NePThun)**  
Autor: Dr. Walter Gekle  
Institution: Spital STS AG, Thun  
[zum Abstract](#)
- **Evaluierung der Machbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit eines integrierten, gemeinschaftsbasierten Therapieprogramms für die COPD-Patienten im Wallis: eine Pilotstudie**  
Autorin: Prof. Dr. Isabelle Peytremann-Bridevaux  
Institution: Universitäres Institut für Sozial- und Präventivmedizin (IUMSP), Lausanne  
[zum Abstract](#)
- **ready@work – ein innovativer frührehabilitativer Behandlungspfad in der psychiatrischen Versorgung**  
Autorin: lic. phil. Dorothea Jäckel  
Institution: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern  
[zum Abstract](#)

Weitere 50 Projekte werden am Symposium auf Postern präsentiert; ausserdem können Sie sich mit den Projektautoren austauschen.

**Politfokus mit Dr. Stefan Spycher, Vizedirektor und Leiter Direktionsbereich Gesundheitspolitik des BAG**

Nutzen Sie die Gelegenheit und bringen Sie Ihre Meinung und Expertise zur Patientenzentrierung in den moderierten Tischgesprächen ein. Die Resultate der Tischgespräche werden wir mit Stefan Spycher im Politfokus reflektieren und die politische Dimension der Patientenzentrierung diskutieren.

Wir freuen uns, wenn Sie dabei sind und Ihre Perspektive in die Diskussionen einbringen und Ihre Stimme abgeben! Hier geht es zum Symposiums-Programm und zur Anmeldung: <http://fmc.ch/symposium-foerderpreis/>



Das Schweizer Forum für integrierte Versorgung fmc ist ein unabhängiges, breit abgestütztes Kompetenzzentrum das den Wissens- und Erfahrungsaustausch zur horizontalen und vertikalen Vernetzung in der Gesundheitsversorgung fördert. Das fmc trägt dazu bei, die Qualität und Effizienz der Patientenbetreuung zu verbessern sowie die Sicherheit und Handlungsfähigkeit der Patienten zu erhöhen. Die Mitglieder des fmc profitieren von einem disziplinen- und sektorübergreifenden Netzwerk sowie spezifischen Angeboten. Weitere Informationen: <http://www.fmc.ch>

Wollen sie das eMagazin «fmc Impulse Integrierte Versorgung» weiterhin kostenlos erhalten? Dann melden Sie sich bitte an auf <http://fmc.ch/fmc-impulse/>