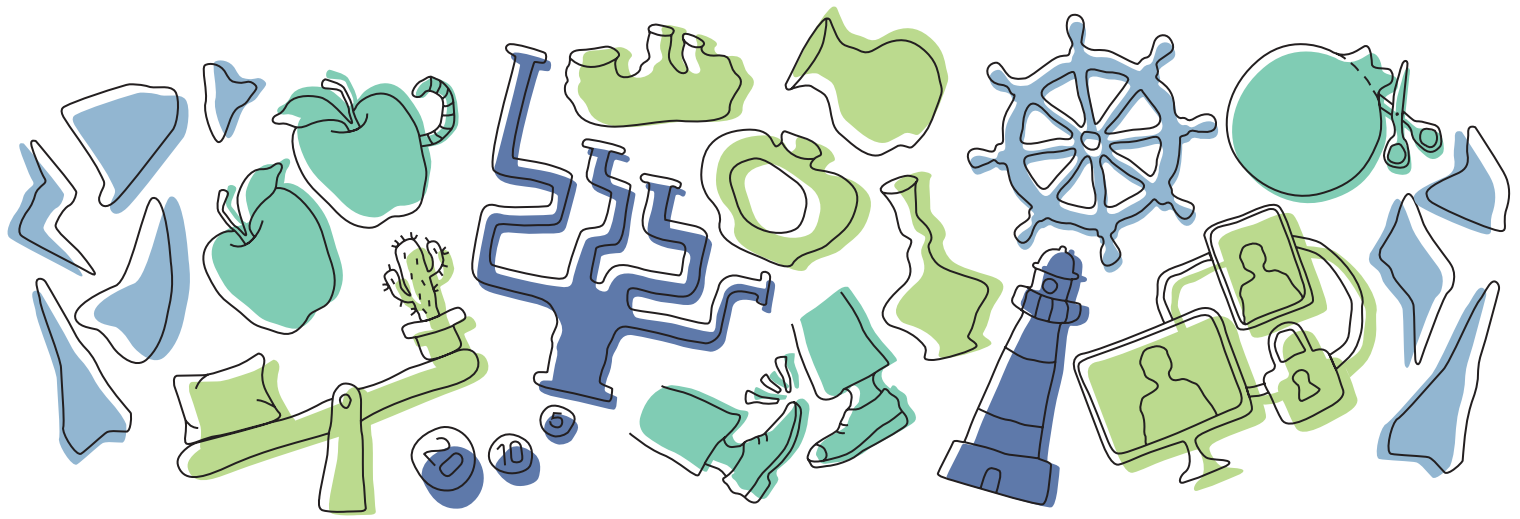




fmc Impuls – März 2023

10 Faktoren, welche die integrierte Versorgung beeinflusst haben – und weiterhin beeinflussen

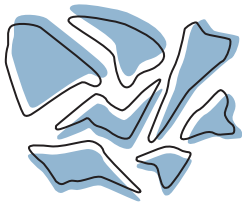


Stefan Spycher



Annamaria Müller

Diskussion zwischen Stefan Spycher und Annamaria Müller im Rahmen des 25. Firmenjubiläum des Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (fmc) über die Entwicklung und Weiterentwicklung der integrierten Versorgung in der Schweiz.



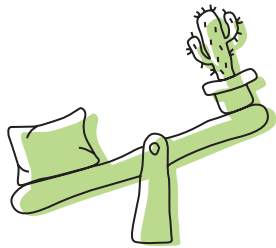
Stichwort ... Die Versorgung ist historisch fragmentiert ...

Wie beeinflusst dies die integrierte Versorgung, Herr Spycher?

Die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist die Regel. Weil die einzelnen Berufsgruppen weitestgehend unter sich aus- und weitergebildet werden. Und die Vergütungssysteme ebenfalls stark fragmentiert sind. Das bedeutet: Alles, was in Richtung Interprofessionalität und Integration weist, muss historisch gewachsene Strukturen überwinden.

Was denken Sie darüber Frau Müller und was muss getan werden?

Die Fragmentierung ist effektiv das Haupthindernis für eine wirkliche integrierte Versorgung. Idealerweise wird sie überwunden durch einen gemeinsam übernommenen Versorgungsauftrag durch ein interprofessionell zusammengesetztes Versorgungsteam bzw. eine gemeinsam getragene Verantwortungs- und Etablierung einer gemeinsamen (pauschalisierten) Entschädigung.



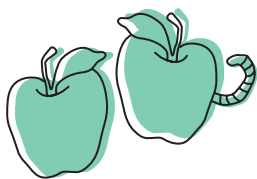
Der Risikoausgleich greift nur langsam

Wie beeinflusst dies die integrierte Versorgung, Herr Spycher?

Der Risikoausgleich war lange auf das Versicherer-Management ausgerichtet. Erst mit dem Einbezug der Medikamentenkosten im Jahr 2020 (Pharmaceutical Cost Groups) rückte das Care Management in den Fokus. Nun kann es sich für die Krankenversicherer lohnen, chronisch und mehrfach kranke Menschen optimal durchs System zu steuern statt mit Marketing-Massnahmen «gute Risiken» zu akquirieren.

Was denken Sie darüber Frau Müller und was muss getan werden?

Der Risikoausgleich ist für die Versicherer gedacht. Die Anpassungen durch die PCG (Pharmaceutical Cost Groups) bewirken aber eine feststellbare Fokusverschiebung hin zum Care Management, anstatt Risikomanagement. Für Leistungserbringer in integrierten Versorgungssystemen müssen analoge Anreize geschaffen werden: Tarif- oder Abgeltungssysteme sollen auf die langfristige Gesundheitserhaltung fokussieren und die hierfür notwendigen und unterschiedlichen Aufwendungen ausgleichen.



Der Kontrahierungszwang geht zulasten der Qualität

Wie beeinflusst dies die integrierte Versorgung, Herr Spycher?

Wir alle wissen aus eigener Erfahrung: In sämtlichen Berufsgruppen gibt es bessere und schlechtere Fachleute. Der Kontrahierungszwang impliziert aber: Alle medizinischen Fachpersonen sind gut – schliesslich dürfen sie ihre Leistungen zu Lasten der OPK verrechnen (in der Regel auf ärztliche Versorgung).

Doch in jeder medizinischen Berufsgruppe gibt es qualitative Unterschiede. Nur verhindert der Kontrahierungszwang diese Unterschiede transparent zu machen und schlechte Qualität zu reduzieren.

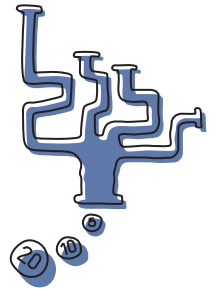
Was denken Sie darüber Frau Müller und was muss getan werden?

Aufhebung ja, aber nicht für die Versicherer, sondern für die Versorger! Diese sollten entscheiden, wer Teil ihres Netzwerks ist und wer nicht. Selektieren die Versicherer einzelne Leistungserbringer gemäss ihren eigenen, versicherungsbezogenen Kriterien, könnten die Bestrebungen zur integrierten Versorgung gar unterlaufen werden.

Die Finanzierungs- und Vergütungsmechanismen schaffen falsche Anreize

Wie beeinflusst dies die integrierte Versorgung, Herr Spycher?

Gleich wie die Vergütungsmechanismen (siehe Punkt 1) schaffen auch die Finanzierungsmechanismen falsche Anreize, zum Beispiel durch die ungleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Beides ist – gleich wie die Versorgungsstruktur – historisch gewachsen. Entsprechend schwer haben es Reformprojekte wie die einheitliche Finanzierung ambulant-stationär (EFAS) oder Pauschalen, die sich über mehrere Behandlungsschritte oder Institutionen erstrecken (z.B. Komplex- oder Episodenpauschalen). Dabei gibt es mit dem Capitation-System ein Modell, das sich seit 20 Jahren bewährt.



Was denken Sie darüber Frau Müller und was muss getan werden?

Um keine pekuniär getriebene Verzerrung zu bewirken, müssen alle Leistungen nach demselben Prinzip vergütet werden. Wer letztlich der Finanzierer ist, kann dahingestellt bleiben. Idealerweise existiert ein einzelner Finanzierer (z.B. Krankenversicherung), der von anderen Co-Zahlenden (z.B. öffentliche Hand) anteilmässige Ausgleichszahlungen erhält. Somit reduziert sich der Verhandlungs- und Verwaltungsaufwand auf ein erträgliches Minimum.

Die Digitalisierung ist mangelhaft

Wie beeinflusst dies die integrierte Versorgung, Herr Spycher?

Mehr Kooperation und Koordination zwischen den Leistungserbringern verlangt nach einem effizienten und sicheren Datenaustausch. Ist dieser nicht gegeben, bleibt vieles Stückwerk. Auch hier spielen historisch gewachsene Strukturen eine wesentliche Rolle: 1843 wurde das erste Patent auf einen «Kopiertelegraphen» erteilt. In der Corona-Pandemie war das Fax nach wie vor im Einsatz – das ist weder effizient noch sicher.



Was denken Sie darüber Frau Müller und was muss getan werden?

Integrierte Versorgung ohne Digitalisierung funktioniert nicht. Informationen müssen ohne zeitliche Verzögerung und akkurat miteinander geteilt werden können, Prozesse hochfrequent koordiniert und komplexe Entscheidungen getroffen werden. Jedoch machen die Kleinteiligkeit und Vielsprachigkeit der Schweiz gepaart mit einem gewissen «lokal- und berufspatriotischen Eigensinn» den Markt für Hersteller wenig attraktiv und die Produkte entsprechend teuer und inkompatibel. Eine nationale Datenstrategie, welche die Datenverwendung für Forschung, Anwender und Industrie regelt, Vorgaben bzgl. technischen Standards und Nutzung und Teilnahme vorsieht und die Notwendigkeit einer einheitlichen Identifikation beantwortet, ist für die Entwicklung der integrierten Versorgung von zentraler Bedeutung.



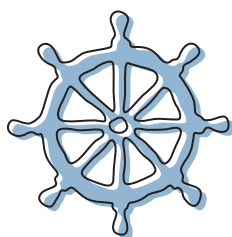
Die Qualität ist intransparent

Wie beeinflusst dies die integrierte Versorgung, Herr Spycher?

Die Schweiz hat eines der besten Versorgungssysteme der Welt, ist oft zu hören und zu lesen. Stimmt das? Gemessen woran? Wir sind weltweit Spitze, was den Zugang zu medizinischen Leistungen betrifft. Auch die Qualität einer einzelnen Leistung ist in der Regel gut. Aber über die Qualität von ganzen Versorgungsbereichen oder Versorgungspfaden wissen wir wenig. Weil die Versorgungssystemforschung ein relativ junges Gebiet ist und oft das Geld fehlt, bleibt Vieles intransparent. Folglich hat die integrierte Versorgung Mühe, ihren wichtigsten Vorteil – bessere Qualität – zu belegen.

Was denken Sie darüber Frau Müller und was muss getan werden?

Eine gute Versorgungsqualität ist das A und O für die integrierte Versorgung. Schliesslich wird man nicht an dem gemessen, was man tut, sondern an dem, was dabei rauskommt. Strukturen, welche die Versorgungstransparenz verbessern, PRO- (Outcome) und PRE- (Erfahrung) Messungen für den Einbezug der Patient:innen und ein systematisches Population Health-Datenmanagement sind konsequent zu fördern, um die Transparenz zu erhöhen und interne Abläufe im Versorgungsgeschehen zu optimieren.



Den Kantonen fehlen Steuerungsinstrumente und die Gesamtschau

Wie beeinflusst dies die integrierte Versorgung, Herr Spycher?

Die Kantone sind für die gesamte Gesundheitsversorgung zuständig, sie fokussieren aber auf den stationären Bereich (Spital, Reha, Psychiatrie, Langzeitpflege). Steuerungsinstrumente für den ambulanten Bereich – Stichwort Zulassungen – sind erst in Arbeit. Ausserdem gibt es nur in wenigen Kantonen eine verbindliche Gesamtstrategie, im Idealfall unter Einbezug des Sozialbereichs. Wenn das Ver-

ständnis für die (bessere) Vernetzung von Versorgungsbereichen aber gering ist, mangelt es an Anreizen für die integrierte Versorgung.

Was denken Sie darüber Frau Müller und was muss getan werden?

Die Kantone setzen ihren Verfassungsauftrag sehr unterschiedlich um. Einige halten sich ans strikte Minimum bundesrechtlicher Vorgaben, andere greifen gestaltend ins Versorgungsgeschehen ein. Die Kantone selbst sind in ihrer Grösse und Komplexität höchst unterschiedlich. Wichtig für die integrierte Versorgung wäre deshalb ein gemeinsames Verständnis über eine kantonale Gesundheitsstrategie und ein wirkungsvolles Zusammenspiel aller Akteure, inklusive dem Sozial- und Bildungsbereich.

Die Patient:innen wollen Wahlfreiheit

Wie beeinflusst dies die integrierte Versorgung, Herr Spycher?

Umfragen zeigen es regelmässig: Die Versicherten und Patient:innen legen grossen Wert darauf, ihre Leistungserbringer selber wählen zu können – obwohl fundierte Daten zur Qualität dieser Leistungserbringer häufig fehlen (siehe Punkt 3). Was Versicherte und Patient:innen übersehen: In integrierten Versorgungsnetzen findet meist eine interne Qualitätskontrolle statt; wer die Anforderungen des Netzes nicht erfüllt, kann ausgeschlossen oder ersetzt werden. Folglich können Versicherte und Patient:innen darauf vertrauen, dass die Fachpersonen im Netz eine hohe Qualität bieten.



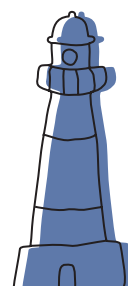
Was denken Sie darüber Frau Müller und was muss getan werden?

Tatsache ist, dass über 75% der Bevölkerung in alternativen Modellen mit eingeschränkter Wahl versichert sind. An der Urne äussern sich Herr Müller und Frau Dubois offenbar anders, als wenn es ums Portemonnaie geht. Jedoch zielt die integrierte Versorgung nicht primär auf Prämienrabatte gestützt auf ein «billigeres» Versorgungsgeschehen, sondern auf die Verbesserung der Versorgungsqualität durch gemeinsame Ziele und Absprachen aller beteiligten Akteure – inklusive der betroffenen Personen. Die Wahlfreiheit findet folglich im Rahmen des Versorgungsauftrags statt: indem Herr Müller und Frau Dubois in die Entscheidungsfindung über das Versorgungsgeschehen einbezogen werden, also in die Frage, «was» gemacht wird, und nicht primär «wer» dies tut.

Die (Bundes-)Politik ist im Links-Rechts-Denken gefangen

Wie beeinflusst dies die integrierte Versorgung, Herr Spycher?

Die medizinische Grundversorgung ist aus politischer und ökonomischer Sicht ein Hybrid: auf der einen Seite die obligatorische Krankenpflegeversicherung als



A large, stylized blue ship's wheel icon with a central hub and eight spokes, set against a white background.

A stylized illustration featuring a green seesaw. On the left end of the seesaw is a green cactus with several spines. On the right end, a pair of feet wearing green sneakers and green pants is shown. Above the right end of the seesaw is a blue splash or cloud-like shape. The entire illustration is set against a white background.



Wie beeinflusst dies die integrierte Versorgung, Herr Spycher?

A collection of simple line drawings of various objects. On the left, there are two green apples with black outlines and small stems. To their right is a blue lighthouse with a white band around its middle and a small window near the top. Below the lighthouse is a green, irregularly shaped vase or container. To the left of the vase is a small, blue, teardrop-shaped object. The drawings are scattered across the page, with some overlapping.

Eine Situation, wo Gewinner immer auch Verlierer sind und umgekehrt, nennt man im Ökonom:innenslang «pareto Optimum»: Keiner kann sich bewegen, ohne dass er einem anderen auf die Zehen tritt. Wie im ÖV zur Stosszeit. Und wie im ÖV zur Stosszeit hilft nur: Luft anhalten und abwarten, bis sich der Stau an den Rändern auflöst. Lösungen finden wir nur an den Rändern unseres Systems, nicht in dessen Ballungs- bzw. Machtzentren.

