

Priorités: Des innovations dans les soins intégrés

« Les innovations donnent un avenir au futur », comme l'a écrit le chimiste allemand Prof. Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger – quatre articles viennent éclairer ce thème sous différentes perspectives.
Inspirez-vous de ces réflexions !

Table des matières

- De l'innovation « bottom-up » dans le système de santé
- Alternative Versicherungsmodelle als Erfolgsgeschichte
- Krankenversicherer: Grösse als Innovationstreiber
- Disease management, innovation où idée d'autrefois?
- Innovationen: Für den Patienten oder fürs Spital?
- Les 4 projets nominés du prix d'encouragement fmc 2015



De l'innovation « bottom-up » dans le système de santé

Séverin Schwan, CEO de Roche, a récemment décrit dans la NZZ la recette du succès de son groupe: «l'innovation est produite par le bas».



Ignazio Cassis, conseiller national PLR. Les Libéraux-Radicaux, Membre du Directoire fmc

Severin Schwan a complété sa recette avec cinq principes, qui viennent en partie fortement contredire les leçons de management conventionnelles :

- de l'espace pour la créativité (même si elle aboutit dans un premier temps à de l'inefficience)
- une direction la moins centralisée possible
- de la prudence vis-à-vis des conseillers et des visionnaires;
- la célébration des échecs;
- l'exposition d'une stratégie d'entreprise à long terme.

Et la raison de tout cela? Il n'existe presque rien de plus complexe que le corps humain.

Notre monde est lui aussi devenu plus complexe – à l'instar du processus décisionnel en politique. Rien de bien surprenant; nos besoins fondamentaux (liberté, éducation, alimentation, socialisation) sont finalement si bien couverts que nous les considérons comme acquis et ne les percevons plus que rarement comme objectifs politiques.

L'innovation « bottom-up », c'est donc la devise suivante: pas de gouvernance par l'Etat mais une créativité constructive de la part de la société civile, et notamment de chaque acteur à qui la communauté a confié une responsabilité spécifique. Dans le système de santé, il s'agit – selon la décision populaire du 4 décembre 1994 instaurant la LAMal – des partenaires contractuels. D'un côté, ce sont les professionnels de la santé qui connaissent l'art de la médecine et veulent vendre leurs prestations. De l'autre côté, ce sont les assureurs qui en tant qu'agents fiduciaires des assurés doivent faire en sorte que les taxes appelées « primes » soient utilisées à bon escient et maintenues le plus bas possible.

Comment de telles conditions peuvent-elles favoriser l'innovation ? Quelles sont les facteurs incitatifs et les fausses incitations que l'on peut observer dans ce système? Et les partenaires contractuels assument-ils la responsabilité qui leur a été confiée par le peuple ? Ces questions sont abordées sous quatre angles dans ce numéro de fmc Impulse.

« Les innovations donnent un futur au futur », écrivait le chimiste allemand Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger. Créez donc le futur de notre système de santé par vos innovations !

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

(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 Spitälern 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 Spitälern 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 Spitälern 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?

Les 4 projets nominés du prix d'encouragement fmc 2015

Pour la première fois cette année, le Prix fmc 2015 d'un montant de CHF 15'000.-, est attribué comme financement d'encouragement. La qualité hautement professionnelle des 71 (!) projets reçus reflète le potentiel d'innovation pour la poursuite du développement de réseaux intersectoriels.



- **Service ambulatoire contre la douleur (soins palliatifs) pour les patients atteints de cancer**
Auteur : Dr Wilhelm Ruppen
Institution : Hôpital universitaire, Bâle
[Résumé](#)
- **Poursuite du développement du projet « Mise en réseau Psychiatrie Thoun » (NePThun)**
Auteur : Dr Walter Gekle
Institution : Spital STS AG, Thoun
[Résumé](#)
- **Evaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité d'un programme de soins intégrés dans la communauté ciblant les patients BPCO valaisans: une étude pilote**
Auteure : Prof. Dr Isabelle Peytremann-Bridevaux
Institution : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne
[Résumé](#)
- **ready@work – une voie innovante de traitement en matière de réhabilitation précoce dans les soins psychiatriques**
Auteure : lic. phil. Dorothea Jäckel
Institution : Services psychiatriques universitaires, Berne
[Résumé](#)

50 autres projets seront présentés sous forme de posters lors du Symposium ; vous aurez ainsi la possibilité de vous entretenir avec leurs auteurs.

Nous nous réjouissons d'ores et déjà de votre participation aux discussions, de même que de vos opinions et de votre vote ! Pour votre inscription en ligne, ainsi que pour consulter le programme du Symposium : <http://fmc.ch/fr/symposium-prix-dencouragement/>



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/>