

In den letzten 25 Jahren sind viele Modelle der integrierten Versorgung entstanden

«Es handelt sich oft um Insellösungen»

Im Jahr 1996 sind die ersten Ärztenetze gestartet. Heute gibt es grosse Versorgungsunternehmen, Gesundheitszentren und Gesundheitsregionen, die eine Vielzahl von Leistungserbringenden miteinander vernetzen. Ursula Koch* vom Forum für Integrierte Versorgung kennt die Entwicklung.

Interview: Elisabeth Seifert

Vor rund 25 Jahren wurden als Folge des neuen KVG die ersten Ärztenetze gegründet. Wie haben sich diese etabliert?

Ursula Koch: Man kann hier von einer Erfolgsgeschichte sprechen. Mehr als 50 Prozent der Ärztinnen und Ärzte, vor allem Hausärztinnen und Hausärzte, haben sich in der Zwischenzeit einem Ärztenetzwerk angeschlossen. Dabei hat rund ein Drittel der Schweizer Bevölkerung als erste Anlaufstelle eine Hausarztpraxis gewählt. Der Hausarzt übernimmt dabei eine Gatekeeping-Funktion und damit auch die Koordination mit den Spezialisten und den nachgelagerten Einrichtungen, etwa dem Spital oder der Spitex. Bei diesen Modellen

«Ärztenetze ist es gelungen, die ambulante Grundversorgung zu koordinieren.»

schliesst der Arzt einen Vertrag mit der Versicherung ab und übernimmt dadurch idealerweise auch die Verantwortung für Qualität und Kosten. Die Versicherten bekommen durch die Wahl dieses Modells einen Versicherungsrabatt.

Ein Drittel der Bevölkerung hat die Hausärztin oder den Hausarzt als erste Anlaufstelle – das scheint nicht sehr viel?

Tatsächlich haben bedeutend mehr, nämlich 75 Prozent der Bevölkerung, ein sogenannt alternatives Versicherungsmodell gewählt. Darunter sind nicht nur Hausarztmodelle zu verstehen, sondern das können auch Listenmodelle sein, wo ein Versicherter einen Arzt auf einer Liste wählt, oder auch neue Modelle, bei denen Apotheken, telemedizinische Stellen oder eine App als erste Anlaufstelle dienen. Das Gatekeeping, die erste Anlaufstelle, hat sich stark diversifiziert. Wichtig ist zu sagen, dass die Ärztenetzwerk-Pioniere wie etwa Medix, die 1996 gestartet sind, seit über 20 Jahren erfolgreich sind und sich gut etabliert haben. Ursprünglich gab es solche Ärztenetze nur in der Deutschschweiz, mittlerweile sind sie auch in der Westschweiz und im Tessin vertreten. Den Ärztenetzen ist es damit schweizweit gelungen, die ambulante Grundversorgung zu koordinieren.

Ist die Gesundheitsversorgung dadurch besser und kostengünstiger geworden?

Es gibt mittlerweile einige Studien, die Kosteneinsparungen von rund 15 Prozent belegen. Ob die ambulante Grundversorgung besser geworden ist, ist jedoch schwierig zu sagen. Und zwar deshalb, weil wir in der Schweiz kaum vergleichbare Daten haben. Der erste nationale Bericht zur Qualität und Patientensicherheit kritisiert denn auch die mangelnde Qualitätstransparenz. Wenn man sich jedoch an ähnlichen Strukturen in

***Ursula Koch**, 43, Dr., FSP Gesundheitspsychologie. Sie ist seit Juni 2020 Präsidentin des Schweizer Forums für Integrierte Versorgung FMC. Sie war unter anderem Abteilungsleiterin «Nicht übertragbare Krankheiten» beim Bundesamt für Gesundheit und Geschäftsleitungsmitglied der Krebsliga Schweiz. Aktuell leitet Ursula Koch ein sozialmedizinisches Zentrum mit Angeboten für Kinder und Jugendliche in Zürich.

Holland und den USA orientiert, dann zeigt sich: Die Behandlungsqualität wird besser und es gibt auch weniger unnötige Leistungen. Holland ist sehr weit, was die koordinierte, hausärztliche Grundversorgung betrifft.

Im Verlauf der letzten rund 25 Jahre hat sich die Vernetzung und Koordination auf weitere Leistungserbringende ausgeweitet. Können Sie diese Entwicklung näher beschreiben?

Wie eine Studie des Forums für Integrierte Versorgung zeigt, haben sich viele unterschiedliche Modelle entwickelt. Wir sprechen von schweizweit gut 150 Initiativen im Bereich der integrierten Versorgung. Zunächst haben sich Modelle vor allem innerhalb eines Versorgungsbereichs entwickelt, etwa der ambulanten oder der stationären Grundversorgung. Im ambulanten Bereich haben wir die Organisationen der vernetzten Grundversorgung, über die wir soeben gesprochen haben. Bei Modellen im stationären Bereich geht es vor allem um die Verbesserung der Prozesse und Schnittstellen von Spitälern mit nachgelagerten Stellen, der Rehabilitation oder der Langzeitpflege. Auch sind Kooperationen mit niedergelassenen ambulanten Grundversorgern entstanden. Weiter ist die Bildung von sogenannten Versorgungsunternehmen zu beobachten.

«Gesundheitsnetze beziehen oft auch Nachbarschafts- und Freiwilligenhilfe mit ein.»

Sprechen Sie mit diesen Versorgungsunternehmen unter anderem Medbase an?

Medbase kann tatsächlich als Versorgungsunternehmen bezeichnet werden, das den ganzen ambulanten Bereich abdeckt. Spannend ist dabei, dass sie von Prävention über Physiotherapie und Grundversorgung bis hin zu ambulanten Operationszentren alles abdecken. Ein anderes Beispiel ist das privat geführte Swiss Medical Network, das den ganzen stationären Bereich umfasst und zudem ambulante Praxen akquiriert hat. Das Swiss Medical Network versucht auf diese Weise, einen grossen Teil der Versorgung abzudecken. Es entspricht zudem einem klaren Trend, dass die Versorgungsbereiche immer stärker zusammenwachsen.

In vielen Regionen ist auch die Entstehung von Gesundheitszentren zu beobachten?

Ja, Gesundheitszentren haben sich unterdessen gut etabliert. Viele dieser Zentren sind aus Ärztenetzen entstanden, oder Regionalspitäler wurden zu Gesundheitszentren umgebaut. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass neben Hausärztinnen und Hausärzten auch Spezialistinnen und Spezialisten und weitere Leistungserbringer wie Psycho- oder Physiotherapeuten oder auch die Spitex im gleichen Haus arbeiten. Darüber

>>



Ursula Koch, Präsidentin des Schweizer Forums für Integrierte Versorgung FMC: «Wir sprechen von schweizweit gut 150 Initiativen im Bereich der integrierten Versorgung.»

Foto: esf

hinaus bestehen oft Kooperationen mit externen Institutionen, etwa mit Pflegeheimen. Durch die räumliche Nähe entsteht eine bessere Kooperation, dies insbesondere dann, wenn formalisierte Zusammenarbeitsvereinbarungen bestehen.

Gesundheitszentren sind nicht zu verwechseln mit Gesundheitsregionen?

In Gesundheitsregionen oder Gesundheitsnetzen ist eine Vielzahl von Leistungserbringenden miteinander verbunden. Diese Modelle beziehen oft neben klassischen Versorgungsleistungen auch die Nachbarschafts- und Freiwilligenhilfe mit ein. Das Gesundheitszentrum kann hier einer der Akteure sein. Gesundheitsregionen und -netze haben sich vor allem auf dem Land entwickelt. Ziel ist es, die Bevölkerung einer ganzen Region zu versorgen. Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer und der Integrationsgrad der unterschiedlichen Versorgungsangebote ist je nach Region allerdings unterschiedlich verbindlich und unterschiedlich umfassend. Den Gegenpol zu solchen Gesundheitsregionen bilden indikationsspezifische Modelle, die sich an bestimmte Zielgruppen richten.

Können Sie das näher erläutern?

Es geht dabei um Chronic Care Modelle, die auf eine bestimmte chronische Erkrankung, etwa COPD oder Diabetes, ausgerichtet sind, oder um zielgruppenspezifische Angebote, die sich an ältere oder multimorbid erkrankte Menschen richten. Die Betroffenen brauchen nämlich nicht immer eine Vollversorgung, sondern oft nur spezifische Informationen, die Kontrolle des Verlaufs oder Unterstützung bei der Veränderung des Lebensstils.

Wie gut ausgebaut ist heute die integrierte respektive vernetzte Versorgung in der Schweiz?

Die integrierte Versorgung in der Schweiz ist sehr vielseitig und hat sich auch regional sehr unterschiedlich entwickelt. Durch unser föderalistisches System hat jeder Kanton seine Versorgung individuell organisiert. Die Leistungserbringer sind abhängig von den politischen und strukturellen Rahmenbedingungen. Ganz zentral ist aber auch das Engagement der jeweiligen Leistungserbringer. Viele der gut 150 Initiativen sind vorangetrieben worden von einzelnen engagierten Personen. Das ist zugleich das Problem: Es handelt sich oft um Insellösungen

Welche Unterschiede lassen sich zwischen städtischen und ländlichen Regionen erkennen?

In den grossen städtischen Zentren haben wir eine sehr hohe Leistungsdichte. Das führt zu einem konkurrenzierenden Nebeneinander der Leistungserbringer. Neben den Ärztenetzwerken gibt es hier zum Beispiel die Universitätsspitäler mit ihren eigenen Kooperationen oder auch Chronic-Care-Zentren. Auf dem Land ist das anders. Da haben wir eher wenige Grundversorger. Um die Bevölkerung zu versorgen, wurden etwa im Kanton Graubünden die Regionalspitäler zu Gesundheitszentren umgewandelt. Und rundherum haben sich netzartig Kooperationen mit verschiedenen Akteuren entwickelt. Die Gesundheitsregion Engadina Bassa ist ein gutes Beispiel hierfür.

Wie schaut es in den Landesteilen aus?

Während sich in der Deutschschweiz, wie bereits erwähnt, schon früh Ärztenetze entwickelt haben, sind in der Westschweiz vor allem Programme für chronisch kranke Menschen oder Gesundheitsnetze entstanden. Zum Beispiel das Réseau Santé Vaud: Der Kanton Waadt ist in vier Versorgungsregionen eingeteilt und für diese Regionen gibt es jeweils eine interaktive Karte, auf der man genau sieht, wer, wo und was anbietet. Zudem haben die Regionen Koordinationsbüros, die bei der Orientierung behilflich sind. Wichtig sind dort auch die sogenannten centres médico-sociaux, die auch die Spitex und weitere Fachpersonen integrieren und den Unterstützungsbedarf für die Langzeitpflege abklären. Gesundheitsnetze haben sich praktisch in allen Westschweizer Kantonen etabliert. Sie funktionieren aber überall wieder etwas anders.

Ist in der Westschweiz die integrierte Versorgung verdichteter als in der Deutschschweiz?

Der Kanton Waadt ist wie gesagt sehr weit. Der Kanton hat sich stark für eine ganzheitliche Versorgung eingesetzt und den Aufbau integrierter Strukturen auch mit öffentlichen Geldern unterstützt. So können Abklärungs-, Beratungs- und Koordinationsleistungen oft nicht über das KVG abgerechnet werden, wodurch zumindest finanziell der Anreiz fehlt, zusammenzuarbeiten. Generell in der Westschweiz leisten die Kantone im Unterschied zur Deutschschweiz zumindest in der Aufbauphase solcher Netzwerke finanzielle Unterstützung.

Welches sind weitere wichtige Erfolgsfaktoren für integrierte Versorgungsmodelle?

Vorausschicken möchte ich, dass es nicht die eine ideale Standardlösung gibt, sondern vielmehr auf die Strukturen und Zielgruppen angepasste Lösungen. Bei all diesen Lösungen wichtig erscheint mir zum einen die ganzheitliche Perspektive, die auch das Lebensumfeld sowie soziale und psychische Aspekte mitberücksichtigt. Der Patient oder Klient muss im Mittelpunkt stehen und in die Versorgung integriert werden.

Sie sprechen hier die Entwicklung personenbezogener Dienstleistungen an?

Der betroffene Mensch kennt sich und seine Symptome meistens am besten und muss in die Entwicklung von Behandlungsplänen zwingend involviert werden. Das ist aber nur der eine Teil. In den Mittelpunkt rücken müssen auch die unterschiedlichen Bedürfnisse

der Menschen. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die Sicherstellung der Versorgung über den ganzen Patientenpfad hinweg. Dazu gehört ein gutes Schnittstellenmanagement, damit Versorgungsbrüche vermieden werden.

Sie haben in unserem Gespräch bis jetzt immer wieder die Notwendigkeit von Zusammenarbeitsvereinbarungen angesprochen: ein zentraler Erfolgsfaktor?

Grundsätzlich zeichnen sich integrierte Versorgungsmodelle durch die strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer und Professionen über den ganzen Behandlungspfad aus. Damit das gelingen kann, braucht

«Viele der gut 150 Initiativen sind von einzelnen Personen vorangetrieben worden.»

es im Minimum eine formalisierte Vereinbarung zwischen zwei Versorgungsbereichen respektive zwei Leistungserbringern, die eine gemeinsame Verantwortung für Kosten und Qualität einer bestimmten Patientengruppe gewährleisten.

Ein grosses Hindernis für eine solche gemeinsame Verantwortung ist dabei wahrscheinlich auch die sehr unterschiedliche Finanzierung der Leistungserbringenden?

Wir brauchen eine Neuverteilung der Finanzmittel. Da stehen wir noch ganz am Anfang. Die Finanzmittel müssten rund um die integrierten Dienstleistungen gebündelt werden.

Diese können etwa einzelne Krankheitsepisoden umfassen, wobei alle interdisziplinären Leistungen, die in einer bestimmten Behandlungsepisode erbracht werden, als Pauschale zusammen abgerechnet werden. Praktisch am Anfang stehen wir auch bei der Entwicklung der digitalen Infrastruktur. Für ein gutes Patientenmanagement über den ganzen Behandlungspfad hinweg braucht es auch einen gut strukturierten, gemeinsamen digitalen Zugriff aller involvierten Leistungserbringenden auf die verschiedenen Behandlungsdokumente.

Wie gut wird die integrierte Versorgung nach heutigem Stand der wichtigsten Patientengruppe gerecht, nämlich den betagten Menschen?

Das aktuell immer noch fragmentierte Versorgungssystem ermöglicht eine sehr gute spezialisierte Behandlung. Wir sind gut ausgerichtet auf akutmedizinische, singuläre Gesundheitsprobleme. Das System kommt aber in Bedrängnis, wenn die Behandlungs- und Betreuungssituationen komplexer werden. Dies ist etwa bei multimorbiden Patienten der Fall, wo mehrere Leistungserbringende parallel zusammenarbeiten müssen. Bei älteren Menschen kommen neben medizinisch-pflegerischen Leistungen oft noch psychische, soziale und finanzielle Themen dazu. Dies erfordert die Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern und Kostenträgern. Die Komplexität und der Koordinationsbedarf nehmen nochmals zu.

Wie funktioniert die Kooperation der Leistungserbringenden?

Es gibt verschiedene Angebote, die sich spezifisch um die Bedürfnisse von älteren Menschen kümmern. Im Kanton Zürich gibt es etwa das von der Pro Senectute getragene Projekt Carenetplus. Im Rahmen einer umfangreichen Abklärung wird hier der individuelle gesundheitliche und soziale Bedarf abgeklärt. Es geht darum, einen Behandlungsplan gemeinsam mit allen Beteiligten zu erstellen, mit den Betroffenen, den Angehörigen und den Leistungserbringenden. Ein anderes Beispiel, das auch den teilstationären und stationären Bereich abdeckt, ist die Thurvita AG, die sich im

Besitz der Gemeinde Wil und weiterer Gemeinden befindet. Ziel ist auch hier die Sicherstellung von Hilfe- und Serviceleistungen für Menschen bis ins hohe Alter.

Sind Carenetplus und die Thurvita AG in ihren Regionen verankert?

Ich kenne die Situation vor allem bei Carenetplus. Das Modell ist von der Absicht her beispielhaft, hat aber Schwierigkeiten zu bestehen. Es handelt sich um ein neues, externes Angebot, das die verschiedenen Leistungserbringer erst kennen und dann auch nützen müssen. Es gibt neben Carenetplus auch andere interessante Versuche. Solche Angebote müssen idealerweise ein integraler Teil der Versorgungslandschaft werden. Das aber ist vielfach noch nicht der Fall. Dort, wo wie bei der Thurvita AG die öffentliche Hand dahintersteht, gelingt es besser, koordinative Angebote in einer Region zu verankern.

Wir stehen also bei der umfassenden, vernetzten Versorgung älterer und hochbetagter Menschen in der Schweiz noch am Anfang?

Wir sind in diesem Bereich nicht dort, wo wir sein sollten. Immer besser funktioniert die Kooperation von Spitälern mit nachgelagerten Organisationen, der Reha oder der Langzeitpflege. Das greift aber häufig zu kurz. Die Leistungserbringenden lernen in ihren Ausbildungen einzelne Gesundheitsprobleme spezialisiert zu behandeln. Und das machen sie in der Regel gut.

>>

«Es gelingt besser, koordinative Angebote zu verankern, wenn die öffentliche Hand dahintersteht.»

Aber alles, was mit Koordination zu tun hat und mit einer ganzheitlichen Sicht auf die Menschen, kommt bei dieser spezialisierten Sichtweise zu kurz. Spezialisierung ist sozusagen der «Normalzustand» unseres Gesundheitssystems. Alles, was darüber hinausgeht, braucht Aufwand und Energie. Um einen solchen Aufwand zu leisten, braucht es nicht nur einen Kulturwandel, sondern auch finanzielle Anreize.

Wie lassen sich neben den medizinischen und pflegerischen auch all die anderen Aspekte mit einbeziehen?

Am Anfang braucht es eine umfassende Abklärung bezüglich der medizinischen, pflegerischen und psycho-sozialen Aspekte. Und eine solche Abklärung erfolgt am besten dort, wo eine Person ins System hineinkommt. Dabei kann es sich um ganz unterschiedliche Eintrittspforten handeln. In einem zweiten Schritt geht es dann darum, die Versorgungspläne zusammen mit den unterschiedlichen Leistungserbringern und Betroffenen zu erstellen. Das kann entweder im Gesundheitssystem selbst durch die Integration weiterer Leistungserbringer wie Sozialarbeitende geschehen oder in Kooperation mit externen Fachstellen und Institutionen. Entscheidend ist, dass die Zusammenarbeit verbindlich ist und sich die Leistungserbringer idealerweise alle für die Qualität verantwortlich fühlen. Solche umfassenden Ansätze sind in der integrierten Psychiatrie, im Suchtbereich oder auch bei Krebsbetroffenen eher üblich.

Eine Zusammenarbeit ist zwingend nötig, weil betagte Menschen möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben wollen...

Viele Menschen möchten so lange wie möglich zu Hause oder in einer betreuten Wohnform leben. Das ist die Zukunft. Und da wird eben die Zusammenarbeit einer ganzen Reihe unterschiedlicher Akteure relevant: Da ist zum einen die Spitex, die für pflegerische Leistungen zuständig ist, aber etwa auch die Pro Senectute, die alltagspraktische Hilfe und Unterstützung in finanziellen Fragen anbietet. Zudem werden Akteure relevant, die Nachbarschaftshilfe anbieten oder sich für ein

«Um einen solchen Aufwand zu leisten, braucht es einen Kulturwechsel und finanzielle Anreize.»

soziales Miteinander im Quartier engagieren und Teilhabe ermöglichen.

Und jemand respektive eine Organisation muss all diese Akteure koordinieren?

Im Prinzip braucht es jemanden, der sich hauptverantwortlich fühlt und die Koordinationsaufgaben übernimmt. Das kann eine externe Koordinationsstelle wie Carenetplus sein, es kann sich dabei aber auch um eine Einrichtung der Langzeitpflege handeln. Und im betreuten Wohnen, das ja immer beliebter wird, gibt es womöglich eine Fachperson, die das ganze Care-Management übernimmt.

Damit integrierte Versorgungsmodelle in flexiblen Wohnformen auch tatsächlich möglich werden, braucht es aufseiten der Anbieter und der älteren Menschen bestimmte Finanzierungen?

Hier gibt es eine Reihe von Problemen zu lösen. Das Feld der Finanzierung ist im Bereich der Langzeitpflege enorm komplex. Da sind einerseits die Versicherungen, die Kantone und

andererseits die Gemeinden und die Betroffenen für die Finanzierung verantwortlich. Häufig kommen im Altersbereich dann noch Ergänzungsleistungen oder vielleicht auch Sozialhilfe dazu. Die Fragmentierung zeigt sich dabei bereits auf der Ebene der Bundesbehörden, mit dem Bundesamt für Gesundheit, das verantwortlich ist für den KVG-Bereich, und dem Bundesamt für Sozialversicherungen, das für die IV, die Sozialhilfe und die Ergänzungsleistungen zuständig ist.

Das Wohnen zu Hause oder in einem betreuten Setting scheitert oft daran, dass viele ältere Menschen die nötigen betreuenden Dienstleistungen nicht bezahlen können ...

Beim betreuten Wohnen handelt es sich in der Tat vielfach um private Angebote für Menschen, die sich das leisten können. Und auch das Wohnen im angestammten Zuhause wird für viele zu teuer, wenn sie auf umfangreichere betreuende und unterstützende Dienstleistungen und Alltagshilfe angewiesen sind. Es braucht Finanzierungslösungen, damit mehr Menschen zuhause leben und unterstützende Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen können. Zurzeit gibt es ja politische Bemühungen, die Ergänzungsleistungen entsprechend auszugestalten. Das ist zwingend nötig, um integrierte Versorgungsmodelle in flexiblen Wohnformen zu ermöglichen

Damit integrierte Versorgung ganz generell funktionieren kann, muss gerade auch die Finanzierung der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung vereinheitlicht werden?

Sie sprechen hier auf Efas an, die politische Vorlage zur einheitlichen Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen. Das ist sicher ein wichtiger Schritt. Zur Förderung der integrierten Versorgung sind aber zudem Vergütungspauschalen für Koordinationsleistungen wichtig. Ich denke hier zum einen an Pauschalen für den ambulanten Bereich, aber auch an sektorenübergreifende Pauschalen, etwa für die Abgeltung von Koordinationsleistungen in Gesundheitsnetzen und Gesundheitsregionen. ●