

Über Tests vorläufiges Wissen für neue Patientenpfade gewinnen¹

Alfred J. Gebert

Eterner Experte GDK-CDS, Kehrsatz, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

Using tests to acquire provisional knowledge for new patient pathways

Medicare has the authority to conduct demonstrations investigating new ways to deliver and pay for health care. From 1970 up to the end of 2012 some sixty demonstrations have been implemented. Four of them are reviewed and a few additional ones touched upon. Demonstrations related to psychiatric health care delivery are exceptional, and have until now always been implemented by Medicaid (due to the fact that the chronic mentally sick are almost always in reduced financial circumstances and not covered by private health insurance).

It is proposed to introduce an article into the Swiss Health Insurance Act (KVG) to enable the Swiss Confederation and the cantons to conduct demonstrations jointly. The goal is to comply more adequately with the requirements of the Swiss Health Insurance Act's Article 32 concerning effectiveness, efficiency and economy.

Key words: demonstrations; health care delivery; Medicare; health policy; Swiss Health Insurance Act

Einführung

Wenn die Elemente zur Pflegeversicherung und der Wechsel zu DRG als Anpassungen betrachtet werden, dann hat seit zwanzig Jahren keine Weichenstellung im KVG stattgefunden. In Volksabstimmungen war zu erfahren, dass die Mehrheit den Status quo Vorschlägen für Veränderungen vorzieht. Politisch wird aber Handlungsbedarf reklamiert. Ohne dazu zu argumentieren, ist festzuhalten, dass Wesentliches aus der Botschaft zur Revision des KVG vom 6. November 1991 bis heute nicht eingelöst wurde. Es kommt dazu, dass sich in der zunehmenden Komplexität der Gesundheitspolitik ein Demokratieproblem herauszukristallisieren beginnt: Dem Gesetzgeber fehlt es an Sachkenntnissen, die verpflichtete Verwaltung verfügt nicht über notwendiges Fachwissen, und beigezogene «Experten» fantasieren, statt dass sie kunstgerecht wissenschaftliche Informationen aufarbeiten.

Korrespondenz:
Alfred J. Gebert, PhD
Externer Experte GDK-CDS
Fluhmattweg 10
CH-3122 Kehrsatz
Switzerland
dr.a.gebert[at]bluewin.ch

Für substanzielle Veränderungen in der Gesundheitsversorgung wären solide Resultate aus Evaluationen und Feldversuchen mit Sicherheit von Vorteil für den politischen Prozess. Die amerikanische Sozialversicherung enthält einen Experimentierartikel. Gestützt auf die Bestimmungen von Sec. 402, Title 42 U.S. Code §13956-1 des Social Security Act, können Elemente des Gesetzes temporär und lokal ausser Kraft gesetzt werden, damit Neues ausgetestet werden kann. Dieser «Experimentierartikel» ist Vorbild für eine Änderung des KVG. Bis Ende 2012 sind über 60 Feldversuche im Rahmen von Medicare durchgeführt worden. Ein Gesamtverzeichnis dieser «Demonstrations» (Tests) existiert nicht. Es fehlt an einer umfassenderen Würdigung mit Bezug auf Erfolge und Misserfolge von «Demonstrations» und auch eine Aufarbeitung der Konsequenzen für Veränderungen in der gesundheitspolitischen Leistungserbringung. Verfügbar sind dagegen einige Publikationen, welche Ausschnitte aus dem gesamten Feld der Leistungserbringung würdigen [1–5].

Weil von Medicare finanzierte Studien öffentlich zugänglich sind (in the public domain), resultierten aus den «Demonstrations» mehrere hundert wissenschaftliche Artikel. Diese analysierten entweder Resultate ausgewählter «Demonstrations» oder verarbeiteten einen Teil der Erkenntnisse im Kontext von Health Services Research.

Rund die Hälfte aller «Demonstrations» fokussierte auf spezifische Herausforderungen in der amerikanischen Gesundheitsversorgung (z.B. Demonstrations Serving Those Dually-Eligible for Medicare & Medicaid; ESRD Disease Management Demonstration; Rural Community Hospital Demonstration Program; Rural Hospice Demonstration; Frontier Extended Stay Clinic Demonstration; Medicare Part D Payment Demonstration). Die anderen «Demonstrations» müssten interessieren, sei es, dass sich eine ähnliche Herausforderung auch in der eigenen Gesundheitspolitik stellt, sei es, dass Dimensionen und Limiten für eigene gesundheitspolitische Anliegen relevant werden. Auch in methodischer Hinsicht wäre aus der Konzeption von «Demonstrations», welche mehrheitlich mit randomisierten Studienpopulationen arbeiten, zu lernen. Etwas ausführlicher werden zuerst vier «Demonstrations» ausgelegt, um dann an einigen weiteren Tests auf ihre Relevanz für die Gesundheitspolitik zu fokussieren.

1 Dieser Beitrag basiert auf einem Vortrag, der an der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (11.–13. September 2012) gehalten wurde.

Vier «Demonstrations» (Tests)

Medicare Alzheimer's Disease Demonstration Program

Wer alterspolitisch in die Zukunft blickt, muss Überlegungen zur Betreuung demenziell Erkrankter anstellen. Nachdem ein früherer Test gezeigt hatte, dass das Case Management für fragile Betagte nicht zu einer Reduktion von kostenintensiven Aufenthalten in Pflegeheimen führte [6], zielte dieser Test auf Angehörige demenziell Erkrankter. Im Zentrum standen Angebote, welche die primäre Umgebung entlasten bzw. stärken sollten. Haushalthilfen konnten eingesetzt werden, um zu putzen und Einkäufe zu machen; der Besuch von Tagesstätten (auch der Transport dorthin) wurde angeboten; kleinere Modifikationen im Haushalt (u.a. um die Entlaufgefahr zu mindern) waren möglich. Die zu betreuenden Angehörigen wurden über die Hausärzte der demenziell Erkrankten gewonnen. Für eine Testphase von 17 Monaten resultierten 6000 Personen an sieben verschiedenen Orten [7]. Die erfassten demenziell Erkrankten wiesen folgende Merkmale auf: Das Durchschnittsalter betrug knapp 80 Jahre; 60% männlich; Activities of Daily Living (ADL) Scale 3,8; MMS 14 (hier mit einer relativ hohen Standardabweichung von 8,7 über alle Versuchsorte und Personen hin). Die Resultate zeigten, dass die durch die Betreuung perzipierte Belastung der Angehörigen nicht signifikant abnahm. Die Ausprägungen von Depressionen – gemessen mit der SF Geriatric Depression Scale – waren gleich wie zu Beginn der für die Studienteilnehmerinnen zwei Jahre dauernden Phasen. Obwohl das Vermeiden eines Heimeintrittes nicht im Zentrum des Testes stand, war es dann doch bedeutsam, dass sich die demenziell Erkrankten in der Studienpopulation nicht von der Kontrollgruppe unterschieden [8]. Die Evaluation führte die mangelnden «Erfolge» u.a. auf folgende Schwächen zurück: Es habe an klug geführten «Selbsthilfe»-Gruppen gefehlt. Eine höhere Medikalisierung wäre in dem Sinne wünschenswert gewesen, als kenntnisreiche Pflegefachpersonen mit Verbindung zum Community Mental Health Center hätten eingeschaltet werden müssen. Obwohl die mit der Demonstration anvisierten Ziele nicht erreicht wurden, konnte rund fünf Jahre später erfahren werden, dass eine ganze Anzahl gliedstaatlicher Alzheimer-Vereinigungen die gerade geforderten Elemente in ihre Bestrebungen zur Unterstützung von Angehörigen eingebaut hatte.

PACE: The Program of All-Inclusive Care for the Elderly

Wegleitend war der Wille, fragile Hochbetagte vor einem Pflegeheimenritt zu bewahren. Eine Medicare-Berechtigte kann in das Programm aufgenommen werden, wenn sie die Voraussetzungen für einen Pflegeheimenritt erfüllt. Diese Voraussetzung zielt in die Richtung unserer Hilflosenentschädigung: Es müssen substanzielle Einschränkungen bei den ADL vorliegen. Die tragende Organisation von PACE erhielt und erhält eine halbjährlich festgelegte fixe Entschädigung. Daraus hat die Organisation alles zu bezahlen, also auch allfällige Spitalaufenthalte, Haushilfe und das, was man bei uns «Ferienaufenthalte» im Heim nennen würde [9]. Die fragilen Betagten wurden vier, fünf oder auch sechs

Mal pro Woche in die Tagesklinik/Tagesstätte transportiert. Hier war eine Ärztin (Vollzeit für 120–150 Mitglieder) tätig. Pflegefachpersonen (Nurse Practitioners und RN) sind angestellt; teilszeitlich arbeiten eine Physiotherapeutin, eine Ergotherapeutin, eine Aktivierungstherapeutin usw. mit [10]. Die Resultate dieser Demonstration zeigten [11], dass es diesen Tageskliniken nicht gelang, kostengünstiger als Pflegeheime zu sein [12]. Aber PACE wurde zum Vorteil, dass die betreuten Betagten einen besseren gesundheitlichen Status als vergleichbar gemachte Bewohnerinnen der Pflegeheime auswiesen [13–15]. PACE wurde aufgrund der Demonstration ins Leistungsangebot von Medicare übernommen.

Medicare Coordinated Care Demonstration (Disease Management)

Diese Demonstration zielte auf die Behandlung chronischer Erkrankungen. Vom koordinierten Vorgehen versprach man sich bessere Resultate – ganz Ähnliches wurde in unserer Volksabstimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care) vom 7. Juni 2012 anvisiert. Dabei hat man sich bewusst zu sein, dass in den USA «chronic conditions» weit gefasst werden: 51,2% der 50+-jährigen Amerikaner wiesen demnach im Jahr 2009 zu hohen Blutdruck aus, ein Viertel hatte eine «Herzkrankheit», 18,8% Diabetes, 14% COPD [16]. Zumeist private Firmen entwickelten Mitteilungsblätter, Videos, automatisierte Telefonanrufe, Auskunftsdienste, Präsentationen im Internet (inklusive Filme) usw., um zu mehr Bewegung zu stimulieren, für das Einhalten einer Diät bzw. die Gewichtsreduktion, konsequente Einnahme der Medikamente, für das Messen von Werten, frühzeitiges Erkennen von sich verschlimmernden Symptomen usw. zu gewinnen. Die Industrie trumpfte mit eindrucklichen Resultaten auf: Es wurden Kosteneinsparungen bis zu 20% rapportiert.

Medicare testete die Behauptung in grossem Massstab aus: Von über hundert eingereichten Projekten wurden fünfzehn zur Bearbeitung ausgewählt. Medicare, welche versicherungsmässig garantierte Leistungen konsequent weiterhin gewährte, zahlte den Betreibern der Disease-Management-Programme monatlich durchschnittlich \$ 235 pro Teilnehmer. Ganz unterschiedliche Anbieter wurden berücksichtigt: Ein Drittel kommerzielle Anbieter, zwei Universitätszentren, drei Managed Care Organisations usw. Die Folge war, dass sich die ausgetesteten Programme deutlich unterschieden. So resultierte die Care-Koordination mit vierzig bis siebzig Teilnehmern pro Pflegefachperson. In elf Programmen hatten die Mitglieder der Studienpopulation 1 bis 2,5 Mal pro Monat Kontakt mit den Koordinatorinnen. In drei Programmen resultierte eine doppelt so hohe Intensität und in einem Programm kein persönlicher Kontakt. Bei diesen Kontakten handelte es sich grossmehrheitlich um telefonische Kontakte. Aber in vier Programmen fanden fast monatlich persönliche Begegnungen statt. Insgesamt gingen 9400 Teilnehmer in den Versuch ein. Die Resultate waren ernüchternd. Von den 15 durchgeführten und von Medicare finanzierten Programmen kamen nur zwei zum Erfolg. Erfolg bedeutet dabei, dass Spitalaufenthalte (es handelte sich um ambulatory care-sensitive hospi-

talisationen, also «vermeidbare» Hospitalisationen und die Kategorie «übrige» Hospitalisationen) gegenüber den Kontrollgruppen tiefer ausfielen und insgesamt weniger Kosten für Medicare resultierten. Auch bei erhobenen Qualitätselementen, z.B. das Erlernen von Coping-Verhalten, die Unterrichtung in Gewichtsreduktion bzw. Elemente von Diäterlernen, fielen die Programmteilnehmer gegenüber den Kontrollgruppen kaum auf [17]. Die zwei einzigen erfolgreichen «Demonstrations» zeichneten sich dadurch aus, dass intensiverer persönlicher Kontakt mit qualifizierten Pflegefachpersonen und mit den behandelnden Ärzten stattfand [18–19]. Diese Demonstration hat Medicare vor Fehlinvestitionen bewahrt und zugleich aufgezeigt, wie auf dieser Ebene von Managed Care erfolversprechender vorzugehen ist.

Physician Group Practice Demonstration

Hier gingen Leistungserbringer in den Test ein, für welche die Einzelleistungsvergütung (fee for service) galt. Es handelte sich also nicht um «geteilte Budgetverantwortung», wie es bei der erwähnten Abstimmung vom 17. Juni 2012 der Fall war. Zehn grosse Gruppenpraxen nahmen teil, die kleinste zählte 232 Ärzte, die grösste 1291. In der Demonstration wurden Leistungen für 220 000 Patienten beurteilt. Die Gruppenpraxen umfassten sowohl Hausärzte wie Spezialärzte, und für die Berechnung der erhofften Einsparungen waren auch Spitalaufenthalte relevant (der Gesamtaufwand, welcher für einen Patienten resultierte, war entscheidend). Solche Spitalaufenthalte konnten also von Patienten selbst initiiert werden, weil ja kein geschlossenes «integriertes Versorgungsnetz» bestand [20]. Wenn die Einsparungen gegenüber vergleichbar gemachten Patienten pro Jahr mindestens 2% betrugen, wurden sie zu 80% an die entsprechende Gruppe ausbezahlt. Dies allerdings nur, wenn über die Vier-Jahres-Periode mindestens das Einhalten von 29 der 32 Qualitätsvorgaben ausgewiesen wurde [21–22]. Die Resultate zeigten klar, dass Einsparungen im traditionellen System der Einzelleistungsvergütung möglich sind. Allerdings war zur Erreichung des Ziels ein längerer, gut strukturierter Lernprozess notwendig. Diese Demonstration wird mit erheblicher Sicherheit Einfluss auf die definitive Ausgestaltung von «ObamaCare» haben [23]. Kayser und Schwefing [24] haben schon vor fast 15 Jahren dargelegt, dass die Idee keinen überzeugenden Boden habe, mit der Kopfpauschale würden nur tatsächlich notwendige Leistungen erbracht, mit der Einzelleistungsvergütung dagegen Ärzte zur Einkommensmaximierung verführt. Der Test gab ihnen recht.

Umsetzen und Lernen

Bei markant positiven Resultaten von «Demonstrations» ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass das Gesetz über Medicare geändert bzw. ergänzt wird. Dies ist zum Beispiel mit Bezug auf die *Demonstration Cash and Counseling* der Fall [25–26]. Sie gehört zu den Erfolgreichsten überhaupt, ist aber vom Medizinischen am meisten weggerückt. Wir kennen den Ansatz hier in der Schweiz im Wechsel der IV von der

Objekt- zur Subjektfinanzierung: Eine grössere Gruppe von IV-Empfängern kann selbst darüber bestimmen, welche Mittel eingesetzt werden sollen, um ihnen das Leben als Behinderte zu erleichtern und die notwendige Betreuung und Pflege, welche eben über Medicare bezahlt wird, zu bieten. Die Demonstration wurde mehr als zehn Jahre vor unserer IV-Revision durchgeführt (und unseres Wissens von niemandem hier in der Schweiz beachtet). Da es sich in den USA wie in der Schweiz bei gesetzlichen Veränderungen der Krankenversicherung immer auch um ein Politikum handelt, sind selbst bei überzeugenden Resultaten aus einer Demonstration Kompromisse zu erwarten. Dies gilt für die Demonstration über gebündelte Entschädigung für Bypass-Operationen (amerikanische DRG 106 und 107). In amerikanischen Spitälern ist es die Regel, dass Medicare zusätzlich zu DRG-Entschädigung an die Spitäler auch die beteiligten Chirurgen, Radiologen, Anästhesisten und hier die Kardiologen entschädigen muss. Im Test wurden diese Entschädigungen gebündelt und galten bis zum Verlassen des Spitals durch den Patienten. Aus fünfunddreissig interessierten Spitälern (Spitalgruppen) wurden sieben ausgewählt. Es resultierten für Medicare gut zehn Prozent Einsparungen. Diese Demonstration war einer der Stimuli, um «gebündelte Entschädigung» in der jüngsten Vergangenheit als Option in das amerikanische Krankenversicherungsgesetz einzuführen [27].

Wenn man in der Schweiz mit Anstrengungen ernst machen möchte, ältere Patienten, welche hohe Kosten zeigten, zu «managen», wäre vertiefte Auseinandersetzung mit der *Care Management for High Cost Beneficiaries Demonstration* angezeigt – auch diese eine erfolgreiche Demonstration. Aber weil die vier im Test verbliebenen Anbieter recht unterschiedlich bei der Zielerreichung vorgingen, resultierte für das «Gesamtsystem» nichts direkt Umzusetzendes. Es gilt vielmehr, aus jedem einzelnen Evaluationsbericht zu lernen [28–29].

«Demonstrations» mit Bezug zur Psychiatrie

Die medizinische und pflegerische Betreuung von psychisch Erkrankten nimmt unter den Aufwendungen von Medicare keinen gewichtigen Platz ein. Auch weil die Kostenfolgen für die staatliche Krankenversicherung für 65-Jährige und Ältere nicht zu den hohen Ausgabenposten dieser Versicherung gehören, ist sie hier erst in der jüngeren Vergangenheit bei «Demonstrations» involviert. Sie wirkt dann aber nur in Abstimmung mit Medicaid, welcher die Führungsrolle zukommt. Chronisch kranke Personen, welche für längere Zeiträume an psychischen Störungen leiden, sind überwiegend auf Medicaid angewiesen. Das Fehlen der Versicherungspflicht und die noch bis 2014 existierende Möglichkeit der Privatversicherer, Versicherungsleistungen für psychisch Erkrankte zu limitieren, bringt mit sich, dass diese Kranken, welche nur selten ausreichend über die Arbeitgeber versichert sind, «verarmen», also auf Medicaid angewiesen sind.

Das per 2017 sukzessive in Kraft tretende Krankenversicherungsgesetz (Affordable Care Act, PL 111–148) wird «Demonstrations» für psychisch Kranke erhebliche Beachtung schenken. So hat das neugeschaffene Center for

Medicare & Medicaid Innovation schon in der ersten Tranche seiner Tests im November 2011 eine Demonstration zur psychiatrischen Versorgung ausgeschrieben: die Medicaid Emergency Psychiatric Demonstration [30]. Dabei handelt es sich primär darum, Gegenmassnahmen zu unerwünschten Folgen des einst fortschrittlichen Gesetzes über die Community Psychiatry (noch von J. F. Kennedy forciert) auszutesten [31]. Ein Spital, das sich verpflichtet hat, Medicaid-Patienten zu behandeln, konnte bis anhin psychiatrische Patienten im Alter von 21–64 Jahren nur in eine stationäre private psychiatrische Institution einweisen, welche nicht mehr als 17 Betten (sc.) betreibt. Der seit Juli 2012 in Sektoren von neun Gliedstaaten laufende Test hebt die bis anhin gültigen Bestimmungen auf und garantiert für suizidale und Dritte gefährdende Personen im Alter von 21 bis 64 Jahren stationäre psychiatrische Diagnostik und Therapie in akkreditierten privaten Kliniken. Interessant wird zu erfahren sein, wie in den neun Testregionen die sich stellenden Herausforderungen über die drei Jahre hin angegangen werden. Es werden mit Sicherheit recht unterschiedliche Arrangements resultieren. Auch hier ist wieder das Element des gemeinsamen Lernens manifest: Es geht lange nicht immer nur um die Endresultate; der Lernprozess zeitigt und zeitigt Bewegung in der Gesundheitsversorgung.

Zwei weitere Tests, die Medicare über Medicaid steuern, sind noch anzutippen, da beide auf finanzielle Dimensionen zielen. Medicare hat für Rentenbezüger der staatlichen Invalidenversicherung die krankenversicherungsmässigen Kosten zu tragen. Die staatliche Versicherung hat also ein Interesse daran, dass es möglichst nicht zu einer Berentung kommt. Im vorliegenden Test konnten vier Gliedstaaten die Gruppe bestimmen, denen Zugang zu medizinischen und therapeutischen Leistungen angeboten und vermittelt wurden. Während Hawaii exklusiv Diabetiker ansprach, fokussierte Minnesota auf Personen mit psychischen Störungen und Texas auch auf diese Gruppe und zusätzlich auf Suchtpatienten. Im Fall von Texas wurde ein einziges County bestimmt und Nicht-Versicherte, welche sich für das sog. Goldcard-Programm interessierten, zufällig ausgewählt. Bedingung war, dass eine Interessentin (drei Viertel waren alleinstehende Frauen, Durchschnittsalter 39 Jahre) erwerbstätig war. Von den Resultaten in Texas war besonders bedeutsam, dass nach Ablauf von zwei Jahren 2% der Teilnehmerinnen weniger einen Antrag zur Prüfung einer Invalidenrente stellten als die Vergleichsgruppe [32].

Auch der letzte zu erwähnende Test zeigt massiv auf amerikanische Konditionen, liegt aber dem auf das KVG hin formulierten Anliegen recht nahe: In 9 Gliedstaaten wurden über fünf Jahre und mit einem Aufwand von \$ 200 Mio. Jugendliche von Institutionen in die ambulante Betreuung und Therapie übergeleitet. Über 4000 Jugendliche gingen in das Programm ein. Annähernd die Hälfte kam nicht aus einer Institution, wurde also vor Einweisung aufgefangen. Offensichtlich hatte schon ein Lernprozess begonnen. Allerdings brauchte dies Zeit, u.a. waren zuerst die ambulanten Strukturen zu schaffen und das Personal dafür zu gewinnen – so ist die lange Laufzeit von fünf Jahren eher nachvollziehbar. Die finanziellen Einsparungen waren hoch. Der Erfolg bei den Jugendlichen wurde dann aber nicht über

psychiatrische Skalen erhoben, sondern über funktionale (CANS, CAFAS und CBCL) [33].

Austesten

Eine ganze Anzahl von «Demonstrations» bestätigt Zechmeisters und Österles Feststellung, dass bestehende Versorgungsstrukturen Spiegelbild bestehender Finanzierungsformen sind [34]. Auch wenn nicht ein realitätsfernes Ideal einer Maximierung des medizinisch Möglichen verfolgt wird, müsste es doch möglich werden, Veränderungen in der Finanzierung auf Konsequenzen für die Leistungserbringung auszutesten. In dieser Perspektive befriedigt das Suchen nach neuen Tarifstrukturen für stationäre Aufenthalte in der schweizerischen Psychiatrie nicht. Warum wurde nicht während zweier Jahre ein Globalbudget für drei Psychiatrieregionen ausgetestet, welches Voraus-Beiträge der Versicherer und der IV eingeschlossen hätte? Für einmal müsste für Tests nicht auf die USA verwiesen werden. Die Auswertungen der Versuche in Itzehoe sind bei uns bekannt [35–36].

Die Mehrzahl von Tests in der Schweiz – so einmal das KVG diese Möglichkeit bieten wird – wäre in der somatischen Medizin angesiedelt. In der schweizerischen Gesundheitspolitik harren mehrere latente Probleme auf dem Weg partieller Einlösung der Verpflichtungen aus Art. 32 KVG. Dazu nur zwei Hinweise:

1. Wenn Rehospitalisierungen von älteren Patienten innerhalb von 30 (oder 45) Tagen auch nur ein halb so grosses Ausmass wie in den USA haben, dann wäre für eine grössere Zahl von DRG bei Betagten (!) ein Zuschlag auszutesten. Dafür würde dann die Entschädigung für die Rehospitalisierung entfallen.
2. Wir verfügen in der Schweiz kaum über Informationen zum Überweisungsverhalten. Wenn wir nicht sehr weit von den unbefriedigenden Resultaten aus England und den USA zu liegen kommen, dann ist ein Test für Hausärzte und ausgewählte Gruppen von Spezialisten angezeigt. In dieser Versuchsanordnung wäre kostengünstiges Vorgehen in Erfahrung zu bringen.

Realisieren

Damit in der Schweiz «Demonstrations» möglich werden, ist das Mandat ins KVG und die Verordnung aufzunehmen: «Demonstrations» können durch Bund und Kantone durchgeführt werden. Bei einem Test haben dann die Finanzierer *in temporärer und örtlicher Abweichung von gesetzlichen Bestimmungen* die Kosten für die medizinischen und pflegerischen Leistungen für sich freiwillig zur Verfügung stellende Leistungserbringer und Patienten zu übernehmen.

Unter dem Eindruck der oberflächlichen Diskussion über Managed Care (Volksabstimmung vom 17. Juni 2012) sollten Herausforderungen antizipiert werden. Dafür wären zum Beispiel Tests mit der in den USA aktuell intensiv verfolgten Ausgestaltung von Medical Homes angezeigt. Medical Homes bilden die mit der neuen amerikanischen Gesetzgebung angestrebte Grundversorgung durch ein

Team, welches die hausärztliche Bindung stärken soll. Vom Team, das auch als virtuelle Gruppe existieren kann (was für einige Regionen in der Schweiz besonders interessant sein könnte), wird das Antidot gegen das in den USA häufige Aufsuchen des Spitalnotfalls erwartet. Bedingungen sind u.a. eine extensive Verfügbarkeit, Gewicht auf präventive Anstrengungen, ein spezieller Fokus auf die Betreuung «chronisch Kranker», reflektierte Verantwortlichkeit für Überweisungen und das Mitarbeiten an qualitativen Orientierungswerten. Klinisch ausgebildete Pflegefachpersonen (Advanced Practice Nurses), deren Ausbildung vom Center for Medicare & Medicaid Innovation substanzial mitfinanziert und deren Einsatz in Tests evaluiert wird, werden als unerlässlich betrachtet. Unerlässlich ist auch weiter zu entwickelnde IT [37].

Schlussfolgerung

Was in der Schweiz noch fremd (eben «amerikanisch») anmutet, ist tatsächlich nicht so fremd: Die seit 1. Januar 2012 in den Spitälern geltenden DRG bauen auf eine der ältesten Demonstration von Medicare. Vor rund 30 Jahren suchte Medicare in vier Gliedstaaten nach einer adäquaten Entschädigung der Spitäler für stationäre Aufenthalte. Die Demonstration im Gliedstaat New Jersey [38] bildete dann die Basis für DRG.

Für das Bearbeiten einiger Herausforderungen im schweizerischen Gesundheitswesen scheint das Durchführen von Tests das Mittel der Wahl. Mehrere der rund sechzig von Medicare gestalteten «Demonstrations» bieten dazu Orientierungshilfe. Notwendig ist dabei die Aufnahme eines Experimentierartikels ins KVG und damit der Wille, konsequenter als bis anhin auf Art. 32 Abs. 2 KVG zu fokussieren: «Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.»

Literatur

- Guterman S, Serber MP. Enhancing Value in Medicare: Demonstrations and Other Initiatives to Improve the Program. New York: The Commonwealth Fund; January 2007.
- Cassidy A. The Fundamentals of Medicare Demonstrations. Washington (DC): National Health Policy Forum; Background Paper – No. 63; July 22 2008.
- Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress. Aligning Incentives in Medicare. Washington (DC): Medpac; June 2010.
- Cromwell J, Trisolini MG, Pope GC, Mitchell JB, Greenwald LM, eds. Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches. Research Triangle Park (NC): RTI International; March 2011.
- Congressional Budget Office. Lessons from Medicare's Demonstration Projects on Value-Based Payment. Washington (DC): Working Paper Series 2012-02; January 2012.
- Kemper P, Brown RS, Carcagno GJ, Applebaum RA, Christianson JB, Corson W, et al. The Evaluation of the National Long Term Care Demonstration: Final Report. Princeton (NJ): Mathematica; May 1986.
- Yordi C, DuNah R, Bostrom A, Fox P, Wilkinson A, Newcomer R. Caregiver supports: outcomes from the Medicare Alzheimer's demonstration. Health Care Financ Rev. 1997;19(2):97–117.
- Newcomer R, Yordi C, DuNah R, Fox P, Wilkinson A. Effects of the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration on caregiver burden and depression. Health Serv Res. 1999;34:669–89.
- Miller R, Newcomer R, Fox P. Effects of the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration on nursing home entry. Health Serv Res. 1999;34:691–714.
- Fox P, Newcomer R, Yordi C, Arnsberger P. Lessons learned from the Medicare Alzheimer Disease Demonstration. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2000;14(2):87–93.
- Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. J Am Geriatr Soc. 1997;45:223–32.
- Irvin CV, Massey S, Dorsey T. Determinants of enrollment among applicants to PACE. Health Care Financ Rev. 1997;19(2):135–53.
- Grabowski DC. The cost-effectiveness of noninstitutional long-term care services: review and synthesis of the most recent evidence. Med Care Res Rev. 2006;63:3–28.
- Chatterji P, Burstein NR, Kidder D, White A. Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Demonstration. Cambridge (MA): Abt Associates Inc.; July 1998.
- Hirth V, Baskins J, Dever-Bumba M. Program of all-inclusive care (PACE): past, present, and future. J Am Med Dir Assoc. 2009;10:155–60.
- AARP. Chronic Condition Prevalence in the 50+ US Population, Fact Sheet, Washington (DC): American Association of Retired Persons, December 2011.
- Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries. JAMA. 2009;301:603–18.
- Brown RS, Peikes D, Peterson G, Schore J, Razafindrakoto CM. Six features of Medicare coordinated care demonstration programs that cut hospital admissions of high-risk patients. Health Aff. 2012;31:1156–65.
- Peikes D, Peterson G, Brown SB, Graff S, Lynch JP. How changes in Washington University's Medicare coordinated care demonstration pilot ultimately achieved savings. Health Aff. 2012;31:1216–25.
- Kautter J, Pope GC, Trisolini M, Grund S. Medicare physician group practice demonstration design: quality and efficiency pay-for-performance. Health Care Financ Rev. 2007;29(1):15–29.
- Trisolini M, Aggarwal J, Leung M, Pope G, Kautter J. The Medicare Physician Group Practice Demonstration: Lessons Learned on Improving Quality and Efficiency in Health Care. New York: The Commonwealth Fund, February 2008.
- Sebelius K. Report to Congress: Physician Group Practice Demonstration Evaluation Report. Washington (DC): Department of Health and Human Services, 2009.
- Iglehart JK. Assessing an ACO prototype – Medicare's Physician Group Practice Demonstration. N Engl J Med. 2011;364:198–200.
- Kayser B, Schwefing B. Managed Care und HMOs. Bern, Göttingen: Hans Huber; 1998.
- Brown RS, Dale SB. The research design and methodological issues for the cash and counseling evaluation. Health Serv Res. 2007;42:414–45.
- Foster L, Dale SB, Brown R. How caregivers and workers fared in cash and counseling. Health Serv Res. 2007;42:510–32.
- Agency for Healthcare Research and Quality. 1. Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality. Evidence Report/Technology Assessment. Rockville (MD): AHRQ; No. 208, 2012.
- McCall N, Cromwell J, Urato C. Evaluation of Medicare Care Management for High Cost Beneficiaries (CMHCB) Demonstration: Massachusetts General Physicians Organization (MGH). Final Report. Research Triangle Park: RTI International; September 2010.
- McCall N, Cromwell J, Smith K, Urato C. Evaluation of Medicare Care Management for High Cost Beneficiaries (CMHCB) Demonstration: The Health Buddy Consortium (HBC). Revised Final Report. Research Triangle Park (NC): RTI International; April 2011.
- Center for Medicare & Medicaid Innovation. Medicaid Emergency Psychiatric Demonstration. innovations.cms.gov/initiatives/medicaid-emergency-psychiatric-demo/, erhoben am 10.11.2012.
- Geller JL. Excluding institutions for mental diseases from federal reimbursement for services: strategy or tragedy? Psychiatr Serv. 2000;51:1397–403.
- Nwokeji ED, Bohman TM, Wallisch L, Stoner D, Christensen K, Spence RR, et al. Evaluating patient adherence to antidepressant therapy among uninsured working adults diagnosed with major depression: results of the Texas Demonstration to Maintain Independence and Employment study. Adm Policy Ment Health. 2012;39:374–82.
- Urdapilleta O, Kim G, Wang Y, Howard J, Varghese R, Waterman G, et al. National Evaluation of the Medicaid Demonstration Waiver Home- and Community-Based Alternatives to Psychiatric Residential Treatment Facilities. Final Evaluation Report. Columbia (MD): IMPAQ International; May 30 2012.
- Zechmeister I, Österle A. «Dann war auf einmal kein Geld mehr da!». Psychiatr Prax. 2004;31:185.
- König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, et al. Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Psychiatr Prax. 2010;37:34–42.
- Deister A. Vom Fall zum Menschen – Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatriebudget. Gesundheitswesen. 2011;73:85–8.
- Bitton A, Martin C, Landon BE. A nationwide survey of patient centered medical home demonstration projects. J Gen Intern Med. 2010;25:584–92.
- Health Care Financing Grants & Contracts Report. A Prospective Reimbursement System Based on Patient Case-Mix for New Jersey Hospitals 1976–1981. Washington (DC): HCFA; 1981.