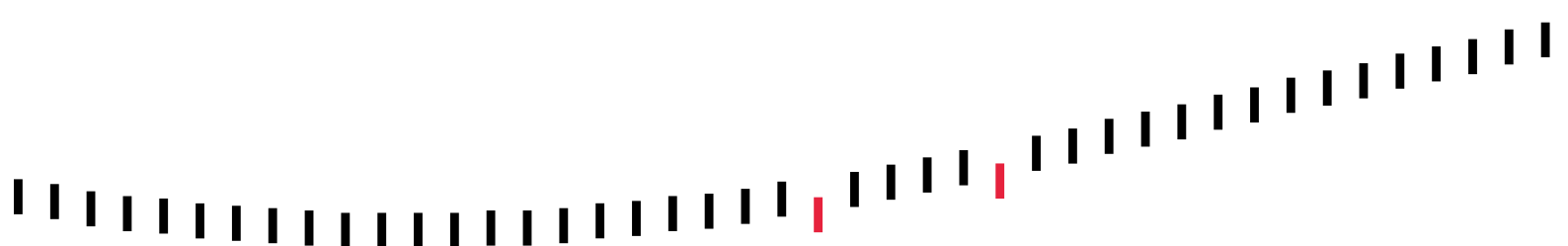


Schlussbericht

Finanzierung von Präventionsprojekten

Basel | 20.12.2024



Impressum

Finanzierung von Präventionsprojekten

Schlussbericht

20.12.2024

Auftraggeber: Gesundheitsförderung Schweiz, Jvo Schneider

Autorin/Autoren: Miriam Frey, Victor Legler, Wolfram Kägi und Thomas Möhr

BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

Aeschengraben 9

CH-4051 Basel

T +41 61 262 05 55

contact@bss-basel.ch

www.bss-basel.ch

© 2024 BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

Inhalt

1. Einleitung.....	3
2. Finanzierungsinstrumente.....	3
2.1 Finanzierung durch die Kantone.....	3
2.2 Finanzierung durch die Versicherer.....	6
2.3 Spezialfall: Managed-Care-Modelle.....	10
3. Erfolgsfaktoren	12
4. Fazit.....	13

1. Einleitung

BSS Volkswirtschaftliche Beratung unterstützt Gesundheitsförderung Schweiz bei Fragen zur nachhaltigen Finanzierung von Projekten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung als Ressourcen- und Wissenspartner. In diesem Zusammenhang wurde das vorliegende Dokument erarbeitet. Dieses beinhaltet eine Übersicht zu den möglichen Finanzierungsinstrumenten von Präventionsprojekten, die ergänzend zur Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz beantragt werden können. Der Fokus liegt dabei auf Finanzierungsmöglichkeiten von Kantonen und Versicherern, insb. im Hinblick auf den Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV).

Methodisch wurden bestehende Vorarbeiten¹ gesichtet sowie eine vertiefte Recherche und Analyse der Finanzierungsmöglichkeiten bei ausgewählten Kantonen und Versicherern vorgenommen. Hierzu wurden Fachgespräche mit 20 Vertreter/innen von Kantonen, Versicherern, Managed-Care Organisationen und Projekten durchgeführt.

Der Bericht ist wie folgt aufgebaut: Kapitel 2 präsentiert die Ergebnisse zu den Finanzierungsinstrumenten im Überblick. Kapitel 3 stellt die Herausforderungen und Erfolgsfaktoren bei der Beantragung dieser Finanzierungsinstrumente vor. Kapitel 4 schliesst mit einem Fazit.

2. Finanzierungsinstrumente

2.1 Finanzierung durch die Kantone

2.1.1 Finanzierung über spezifische Instrumente

Wie funktioniert die Finanzierung?

Die Finanzierung erfolgt über ein offizielles Finanzierungsinstrument wie bspw. einen Fonds. Dieses sieht Beiträge im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung vor. Das Finanzierungsgefäss zeichnet sich dadurch aus, dass ein offizieller Antrag für eine Projektförderung eingereicht werden kann.

¹ Vgl. insbesondere BAG (2022): Handbuch zur Finanzierung von präventiven Angeboten in der Gesundheitsversorgung; Interface (2021): Analyse der (hybriden) Finanzierungslage von präventiven Angeboten in der Gesundheitsversorgung (PGV) sowie Felder & Meyer (2019): «Gesundes Kinzigtal»: Möglichkeiten der Übertragung auf die Schweiz.

Wie wird finanziert?

i.d.R. temporäre Finanzierung in der Initialphase

Gibt es das bereits?

Verschiedene Kantone kennen einen offiziellen Antragskanal für Präventionsprojekte, z.B. der Kanton GE oder der Kanton VD. Der Kanton VS kennt ebenfalls einen Fonds zur Gesundheitsförderung, allerdings besteht keine formalisierte Antragsmöglichkeit. Das Ausmass der Unterstützung ist unterschiedlich. Bei allen Finanzierungsgefässen handelt es sich um eine temporäre Finanzierung, mit dem Ziel, Projekte in der Initialisierungsphase während einigen Jahren zu unterstützen.

Beispiel: Kanton GE

Der Kanton GE finanziert innovative Projekte im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung über Subventionen während max. 5 Jahren (wobei eine Erneuerung möglich ist). Anträge können jährlich eingereicht werden. Bei Projektsummen unter einer gewissen Grenze entscheidet das Departement, bei höheren Projektbeiträgen der Regierungsrat. Im Rahmen der Antragsstellung müssen Budget sowie Leistungen, Ziele, Massnahmen, Indikatoren und Zielwerte eingereicht werden.

Beispiel: Kanton VD

Der Kanton VD hat einen Fonds zur Förderung der Prävention und Gesundheitsförderung errichtet. Dazu werden Pilotprojekte, Aktionen, Forschung und die Anfangsphase von Projekten unterstützt. Die Unterstützung dauert max. 3 Jahre und kann erneuert werden. Beispiele von unterstützten Projekten sind etwa: das Projekt e-PEPS (Therapieprogramm für Menschen mit Schizophrenie, welche als Online-Schulung für Fachpersonen in psychiatrischen Institutionen angeboten wurde) oder das Projekt Tisser l'hospitalité (Förderung der psychischen Gesundheit von MNA in Asylzentren).

Welche Projekte eignen sich?

Die Finanzierungsgefässe fokussieren oftmals auf Projekte im Bereich Gesundheitsförderung der gesamten Wohnbevölkerung und nicht auf die Prävention in der Gesundheitsversorgung. Dennoch können auch PGV-Projekte einen Antrag auf Mitfinanzierung einreichen. Im Kanton VD wurden solche Projekte bspw. bereits unterstützt.

Die Herausforderung ist, dass es sich hierbei ebenfalls um eine Anschubfinanzierung handelt. Die Finanzierungsinstrumente ermöglichen somit keine Regelfinanzierung. Sie sind eher alternativ oder ergänzend zu der Finanzierungsmöglichkeit von Gesundheitsförderung Schweiz zu sehen.

2.1.2 Finanzierung im Rahmen von kantonalen Schwerpunkten

Wie funktioniert die Finanzierung?

Die Finanzierung erfolgt im Rahmen von kantonalen Schwerpunkten. Im Unterschied zur Finanzierungsmöglichkeit von oben (auf Antrag) handelt es sich um grössere Projekte, welche i.d.R. vom Kanton aufgrund längerfristiger Bedarfserwägungen lanciert werden.

Wie wird finanziert?

i.d.R. temporäre Finanzierung in der Initialphase

Gibt es das bereits?

Der Kanton VS unterstützt bspw. das Programm Aktion Diabetes, das von Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen der PGV-Förderung finanziert wird. Der Kanton BS finanziert SomPsyNet.

Welche Projekte eignen sich?

Für grössere Präventionsprojekte können kantonale Schwerpunktprogramme eine wichtige Ergänzung zur Finanzierung über Gesundheitsförderung Schweiz sein – entweder finanziell oder auch bei der Unterstützung des Projektantrags. Allerdings ergibt sich auch hier die Herausforderung, dass die Finanzierung temporär befristet ist und eher im Sinne einer Unterstützung in der Initialphase gedacht ist. Die Übernahme in den Regelbetrieb ist dabei noch nicht sichergestellt (das Programm Aktion Diabetes wurde z.B. in diesem Jahr abgeschlossen und wird nicht weitergeführt).

2.1.3 Finanzierung über die Spitalfinanzierung

Wie funktioniert die Finanzierung?

Über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen GWL im Rahmen der Spitalfinanzierung können Kantone Beiträge an Spitäler bezahlen, welche nicht Leistungen der OKP sind. Dazu zählen bspw. die Abgeltung der universitären Lehre und Forschung oder auch die Aufrechterhaltung von Spitalstrukturen aus regionalpolitischen Gründen. Denkbar ist, dass darüber auch PGV-Angebote mitfinanziert werden.

Wie wird finanziert?

Kantonale Beiträge im Rahmen der Spitalfinanzierung (z.B. Globalbudget)

Gibt es das bereits?

Über die GWL können grundsätzlich auch Leistungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung finanziert werden. So zeigt eine Studie i.A. des BAG, dass im Jahr 2016 darüber 14.7 Mio. CHF im Bereich Prävention und Bevölkerungsschutz finanziert wurden (Angaben von 20 Kantonen).² Am höchsten ist der Beitrag im Kanton GE. Dazu kommen Beiträge für ambulante Leistungen, um ungedeckte Restkosten zu finanzieren. Der Kanton BS leistet darüber z.B. ca. 5.5 Mio. CHF pro Jahr.

Welche Projekte eignen sich?

Das Finanzierungsinstrument der GWL wird von den Kantonen unterschiedlich angewendet. In einigen Kantonen stellt es ein mögliches Finanzierungsinstrument für Projekte im Bereich PGV dar. Voraussetzung dafür ist, dass es sich um Angebote handelt, bei denen Spitäler beteiligt sind. Naheliegend ist es bei Spitälern, mit denen der Kanton eine Leistungsvereinbarung hat und die bereits GWL erhalten (wie etwa kantonale Spitäler). In einigen Kantonen liegt der Fokus zudem auf bestimmten Bereichen (z.B. integrierte Versorgung).

2.2 Finanzierung durch die Versicherer

2.2.1 Finanzierung über KVG

Wie funktioniert die Finanzierung?

Das Präventionsprojekt wird über die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet, d.h. es wird auf den Leistungskatalog OKP aufgenommen resp. kann darüber abgerechnet werden.³

Wie wird finanziert?

Finanzierung von individuellen Leistungen im Regelbetrieb

² Vgl. Ecoplan (2019): Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone, Studie i.A. des BAG, 29.05.2019. In der durchgeführten Kantonsbefragung haben die Kantone Genf, Graubünden und Tessin angegeben, Gelder für den Bereich «Prävention/Gesundheitsförderung» über die GWL gesprochen zu haben. Auch der Kanton Solothurn hat Leistungen im Bereich «Prävention/Gesundheitsförderung» finanziert, jedoch nicht angegeben, ob er dies über GWL oder einen anderen Kanal finanziert. Im Kanton Basel-Landschaft werden die Leistungen vom Kanton unter dem Titel «Zusatzfinanzierung» finanziert, im Kanton Schaffhausen über «Sonstige» (weder GWL noch Zusatzfinanzierung). Die weiteren Kantone haben angegeben, keine Leistungen im Bereich Prävention / Gesundheitsförderung zu finanzieren oder keine Daten geliefert (FR, GL, JU, NE, VD und VS). Alle Angaben beziehen sich auf das Jahr 2016.

³ Bei der Assura gibt es das Grundversicherungsmodell «PreventoMed», welches zusätzlich zum OKP-Leistungskatalog noch die folgenden Vorsorgeuntersuchungen finanziert: Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs und Prostatakrebs sowie Tests zur Früherkennung von Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Gibt es das bereits?

Es gibt PGV-Projekte, die Leistungen über die OKP abrechnen oder das Ziel haben, dies künftig zu tun. Dabei gibt es zwei Varianten: a) Das Angebot kann über den bestehenden Leistungskatalog OKP abgerechnet werden (vgl. das nachfolgende Beispiel). b) Das Angebot wird neu in den Leistungskatalog OKP aufgenommen. Bei letzterem können BAG und Versicherer den Prozess unterstützen.

Beispiel GLA:D® Schweiz

GLA:D® Schweiz ist ein Programm für Personen mit Hüft- oder Kniearthrose, das von zertifizierten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten durchgeführt wird. Das Programm wurde in Dänemark entwickelt, wird seit dem Jahr 2019 in der Schweiz angeboten und wird bei ärztlicher Verordnung von der OKP bezahlt.

Welche Projekte eignen sich?

Grundsätzlich kann die Finanzierungsmöglichkeit für alle PGV-Projekte geprüft werden, bei welchen Leistungserbringer/innen gemäss KVG beteiligt sind. Zentral dabei sind die WZW-Kriterien. Dazu wiederum müssen Grundlagen vorliegen, welche Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit auch bestätigen. Die Aufnahme von Projekten in den Leistungskatalog OKP könnte daher aus unserer Sicht auch erst in einer zweiten Phase der Finanzierung des Regelbetriebs angegangen werden, nämlich dann, wenn das Projekt implementiert und etabliert ist und bspw. in einzelnen Kantonen / Regionen oder in Zusatzversicherungen Erfolg hatte.

Welche Versicherten haben Anrecht?

Alle Versicherten der OKP

Anmerkung: Von Seiten mehrerer Versicherer und von einer Managed-Care Organisation werden die aktuellen Datenschutzbestimmungen als regulatorisches Hindernis wahrgenommen. So sei das Profiling von Kundinnen und Kunden durch Versicherer verboten, wodurch die Versicherer nicht proaktiv auf Kundinnen und Kunden zugehen und auf Empfehlungen hinweisen könnten. Es gibt einen entsprechenden Änderungsvorstoss des KVG-Artikels zur Datenverwendung (derzeit in parlamentarischer Kommission).

2.2.2 Finanzierung über Zusatzversicherung

Wie funktioniert die Finanzierung?

Das Präventionsprojekt wird im Rahmen von Zusatzversicherungen als Leistung anerkannt, die unterstützt wird.

Wie wird finanziert?

Finanzierung von individuellen Leistungen im Regelbetrieb

Gibt es das bereits?

Verschiedene Krankenversicherer positionieren sich im Bereich Prävention (z.B. SWICA, CSS) und bieten spezifische Angebote im Bereich der Zusatzversicherung an.

Beispiel: SWICA

Die Angebote COMPLETA PRAEVENTA und OPTIMA im Bereich Zusatzversicherungen beteiligen sich an verschiedenen Präventionsleistungen. Dazu zählen bspw. Beiträge zu Fitnesscentern und Ernährungscoaching, aber auch Sturzpräventionskurse und Diabetesprävention. So wird etwa das Angebot der Rheumaliga Schweiz, konkret das Programm «Sicher durch den Alltag», unterstützt. Dabei führen ausgebildete Physio- oder Ergotherapeuten zu Hause eine umfassende Sturzpräventionsberatung durch. Dieses Angebot wurde von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt. Die Sturzprävention kostet 540 CHF, die SWICA beteiligt sich daran bis max. 300 CHF. Anmerkung: Auch andere Versicherungen unterstützen dieses Projekt resp. die Leistung.

Ein Versicherer erwähnte zudem, dass die Zusatzversicherungen (VVG) teilweise auch ein Instrument seien, ein Projekt zu implementieren, welches dann – bei Erfolg – ausgeweitet und in die OKP aufgenommen werden würde.

Beispiel: Herzgruppen

Herzgruppen sind Bewegungsprogramme für Personen mit einer kardiovaskulären Erkrankung resp. nach einer kardialen Rehabilitation, welche die körperliche Leistungsfähigkeit und das psychische Wohlbefinden fördern. Aktuell werden sie im Rahmen der Zusatzversicherungen von Versicherern mitfinanziert (z.B. SWICA, CSS). Das Programm hat jedoch zum längerfristigen Ziel, dass die Leistungen über die OKP abgerechnet werden können.

Welche Projekte eignen sich?

Die Projekte müssen eine genügend grosse Zielgruppe umfassen, nur so sind sie für Angebote von Zusatzversicherungen interessant. Weiter müssen sie auch dem – selbst wahrgenommenen – Bedarf der Zielgruppe entsprechen. Zudem sind regional begrenzte Angebote kaum interessant, sie müssen vielmehr gesamtschweizerisch und mehrsprachig angeboten werden können.

Welche Versicherten haben Anrecht?

Versicherte der Zusatzversicherung des Krankenversicherers. Damit steht eine Finanzierung via Zusatzversicherung in einem Spannungsfeld zur gesundheitlichen Chancengleichheit – einem Ziel der Schweizer Gesundheitspolitik. Vulnerable Bevölkerungsgruppen, die sich aus finanziellen

Gründen keine Zusatzversicherung leisten können, werden durch den Finanzierungskanal der Zusatzversicherungen nicht erreicht.

2.2.3 Finanzierung über weitere Gefässe

Wie funktioniert die Finanzierung?

Das Präventionsprojekt wird von den Versicherern unterstützt. Die Beiträge werden objektorientiert gewährt, d.h. es sind nicht individuelle Leistungen. Entsprechend handelt es sich hierbei nicht um Versicherungsleistungen und somit um keine Regelfinanzierung. Die Gesuche werden im Einzelfall geprüft.

Wie wird finanziert?

i.d.R. temporäre Finanzierung in der Initialphase

Gibt es das bereits?

Mehrere Versicherer kennen das Instrument der Einzelfallunterstützung, wenden es aber in unterschiedlichem Ausmass und unterschiedlicher Ausgestaltung an. So sind die Antragsmöglichkeiten bei den meisten Versicherungen wenig formalisiert – mit Ausnahme der Groupe Mutuel.

Beispiel: Groupe Mutuel

Die Fondation Groupe Mutuel engagiert sich in Themen der Gesundheit und Prävention und leistet Beiträge an Einzelne und gemeinnützige Organisationen.

So werden bspw. Forschungsprojekte unterstützt: Die Dossiers werden vom Bereich Gesundheitsökonomie vorbereitet und vom Stiftungsrat genehmigt. Grundlage ist ein partnerschaftlich ausgehandelter Vertrag. Die Beiträge variieren und hängen von Umfang und Laufzeit ab. Beispiel: Unterstützung einer Studie zu Modellen für die Vergütung von Behandlungskosten auf Grundlage der Behandlungsqualität und eines Projekts zur Koordination der Versorgung von chronisch kranken Menschen in der Schweiz.

Des Weiteren gibt es den Bereich «besondere Unterstützung», in dem grössere Projekte bis 150'000 CHF pro Jahr finanziert werden können. Beispiel: Beiträge an die «Laureus Stiftung», die mit Hilfe von Sport Kindern und Jugendlichen ein positives und selbstbestimmtes Leben ermöglichen möchte.

Welche Projekte eignen sich?

Der Fokus der Förderung hängt vom jeweiligen Krankenversicherer ab. Die Unterstützung weist neben dem inhaltlichen Teil auch das Element der Positionierung / des Images auf, d.h. wahrscheinlich eignen sich insb. Projekte, bei denen in der Gesellschaft Handlungsbedarf erkannt ist. Das Finanzierungsgefäss eignet sich auch für Pilotprojekte.

Welche Versicherten haben Anrecht?

Abhängig vom Projekt, grundsätzlich alle Versicherten in der Schweiz

2.3 Spezialfall: Managed-Care-Modelle

Wie funktioniert die Finanzierung?

Managed-Care-Modelle in der obligatorischen Krankenversicherung wie das HMO-Modell basieren auf dem Prinzip, dass eine Gemeinschaft von Leistungserbringern (z.B. HMO-Praxis) die Gesundheitsversorgung von Versicherten koordiniert (Gatekeeper-Funktion) und die gesamte Behandlungskette kennt und steuert.

Aktuell erfolgt die Abrechnung oftmals über TARMED und die Gemeinschaft der Leistungserbringer erhält einen Zuschlag, wenn in Bezug auf Effizienz- und Qualitätsindikatoren überdurchschnittliche Werte erreicht werden (Bonussystem). Beispiel:⁴

- Effizienz: Die Leistungen des Managed-Care-Versichertenkollektivs (inkl. stationäre Leistungen) werden mit den Leistungen eines vergleichbaren samples ohne Managed-Care (z.B. bezüglich Alter, Geschlecht und Morbidität) verglichen. Die durchschnittliche Einsparung der «besten» HMO wird berechnet. Erreicht eine HMO mit ihrer Einsparung bspw. mind. 90% dieses Werts, erhält sie den maximalen Effizienzbonus ausbezahlt (ansonsten wird er gekürzt).
- Qualität: Die Qualität wird bspw. bei der CSS über einen Fragebogen ermittelt. Die dadurch erreichte Punktzahl entscheidet über die Höhe des auszubehandelnden Qualitätsbonus.

Die Managed-Care-Anbieter haben somit sowohl einen Anreiz als auch finanzielle Möglichkeiten und Handlungsspielraum bei der Ausgestaltung ihres Leistungsangebots, um Angebote im Bereich PGV zu finanzieren. Im Gespräch hat eine Managed-Care Organisation aber darauf hingewiesen, dass die langfristige Finanzierung von teuren Projekten in erster Linie durch die Versicherer getragen werden muss.

Noch stärker waren die gesetzten Anreize bei der ursprünglichen Vergütung: Die Gemeinschaft der Leistungserbringer erhielt ein bestimmtes Budget für die Gesundheitsversorgung von Versicherten. Die Vergütung der HMO-Modelle hat sich zwar etwas verändert, dennoch werden solche Ansätze auch aktuell wieder getestet: So wurde ein Netzwerk geschaffen, das ambulante und stationäre Leistungserbringer sowie einen Versicherer vereinigt. Die Leistungserbringer erhalten eine pro-Kopf-Pauschale. Dieses Modell wird im Jurabogen in den Kantonen Bern, Jura, Neuenburg für die Versicherten der Visana angeboten (Réseau de l'Arc).

Wie wird finanziert?

Finanzierung von individuellen Leistungen im Regelbetrieb

⁴ Vgl. Beck (K.): Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz – Praktische Erfahrungen, GGW, Jg. 13, Heft 2 (April): 25–34.

Gibt es das bereits?

Wie verbreitet die Finanzierung von Präventionsangeboten in der Gesundheitsversorgung über Managed-Care-Modelle ist kann im Rahmen der vorliegenden Studie nicht abgeschätzt werden. Sicher ist, dass es vorkommt.

Beispiel: mediX bern

Die Organisation mediX bern bietet ein Hausarztmodell an und übernimmt auch spezifische Präventionsleistungen, wie im Qualitätsbericht 2022 aufgeführt wird (S. 10 und 11):

Probleme im sozialen Bereich wirken sich negativ auf die Gesundheit aus. Das Sozialberatungsbüro SoBü Bärn (www.sbgg.ch) bietet Hausarztpraxen und deren Patientinnen und Patienten einen niederschweligen, direkten und unbürokratischen Zugang zu Fachpersonen der Sozialen Arbeit. Ein umfangreiches Angebot bietet Hilfestellungen bei Themen wie Administration, Umgang mit Ämtern und Behörden, Heimeintritten und Migrationsanliegen, also alle Arten von sozialen Themen, welche die Lebensumstände beeinflussen. Die Hilfestellung ist individuell und auf die aktuellen Bedürfnisse und Fragen zugeschnitten. Das Angebot ist kostenlos. [...] mediX bern hat sich entschieden, dieses Angebot finanziell zu unterstützen und leistet einen Unterstützungsbeitrag in der Höhe von CHF 10'000.-- im Sinne einer Akontozahlung für Dienstleistungen für Versicherte im Hausarztmodell mit mediX bern.

[...]

mediX bern unterstützt als konkrete Präventionsmassnahme seit 2008 die jährliche Grippeimpfkampagne. Versicherte im Hausarztmodell profitierten von einer kostenlosen Impfung. In der Saison 22/23 konnten 8752 Patientinnen und Patienten oder etwa 10 % aller Versicherten von diesem Vorteil profitieren.

Welche Projekte eignen sich?

Grundsätzlich kann die Finanzierungsmöglichkeit für alle PGV-Projekte geprüft werden, bei welchen die Grundversorgerinnen und Grundversorger beteiligt sind. Das Projekt muss dabei die Kosten reduzieren können. Entsprechend sind Projekte geeignet, die einen klaren Nutzen auf die (individuellen) Kosten der Gesundheitsversorgung aufzeigen können (direkte Wirkung).

Im Unterschied zu den oben erwähnten Instrumenten, die über die Versicherer unterstützt werden, ist hier Regionalität kein Nachteil (ein Projekt, das in einer bestimmten Region angeboten wird, ist für die dort tätige Gemeinschaft von Leistungserbringenden genügend). Auch die Grösse der betroffenen Gruppe erscheint weniger relevant (wenn ein Angebot nur für ganz spezifische Patientinnen und Patienten in Frage kommt, dort aber die evtl. sehr hohen Kosten senken kann, ist es für die Gemeinschaft von Leistungserbringenden dennoch zielführend).

Welche Versicherten haben Anrecht?

Versicherte der Managed-Care-Modelle. Diese Modelle sind v.a. in Zentren verbreitet.

In der Schweiz sind rund 32% der Versicherten in einem Modell mit vertraglichen Vereinbarungen zwischen Ärztenetzwerken und Versicherern.⁵ Der Anteil variiert dabei nach Grossregion: zwischen 14% (Tessin) bis zu 41% (Ostschweiz). Rund 77% der zugelassenen Grundversorger sind Mitglied in einem solchen Ärztenetz bzw. angestellt in einer Praxisgruppe mit vertraglicher Vereinbarung mit einem Versicherer. Auch hier zeigen sich regionale Unterschiede.⁶

3. Erfolgsfaktoren

In Bezug auf Herausforderungen und Erfolgsfaktoren zeigen sich zwar Unterschiede zwischen den befragten Akteuren. Folgende Erfolgsfaktoren wurden jedoch von verschiedenen Personen erwähnt – sei es als wichtige Elemente für das Gelingen der Projekte resp. Anträge oder – wenn sie nicht erfüllt werden / wurden – auch als Gründe, weshalb Projektanträge nicht gutgeheissen wurden.

Die 5 wichtigsten Erfolgsfaktoren:

- Die Interventionen sind evidenzbasiert (d.h. die Wirkung im Sinne der Kostenreduktion und/oder Verbesserung der Gesundheitsversorgung wird aufgezeigt, bei Pilotprojekten erfolgt eine begleitende Evaluation).
- Die Anträge weisen eine gute Qualität auf, d.h. sie sind klar, beinhalten alle notwendigen Informationen (z.B. zum Budget) und zeigen den Mehrwert auf. Eine fehlende Qualität der Projektanträge wurde wiederholt als Grund genannt, weshalb Anträge nicht bewilligt wurden. Eine Interviewperson äusserte sich dahingehend, dass den Projekttragenden teilweise das unternehmerische Denken fehle. Sie müssten die Finanzierung proaktiver angehen, dazu zähle neben der Qualität der Anträge auch das Bemühen um mehrere Finanzierungsquellen.
- Der/die Projekttragende ist etabliert und vernetzt, weist inhaltliches Wissen zu den Abläufen und priorisierten Themen im Kanton auf und kennt die richtigen Ansprechpersonen.
- Die finanzierenden Akteure werden frühzeitig einbezogen (Kanton / Versicherer), sie haben so einen gewissen Spielraum zur Mitwirkung.
- Finanzierung über die Zusatzversicherung: Die potenzielle Zielgruppe ist gross genug, so dass sich ein Angebot für die Versicherer auch lohnt.

⁵ Die Ärztenetzwerke schliessen mit den Versicherern vertragliche Vereinbarungen ab, in denen z.B. die Verpflichtung zur Koordination oder die Teilnahme an Qualitätszirkeln geregelt sind. Es gibt zusätzlich auch Hausarztmodelle ohne vertragliche Vereinbarungen zwischen Ärztenetzwerken und Versicherern, bei diesen handelt es sich primär um eine Einschränkung auf definierte Leistungserbringer – diese Modelle sind im vorliegenden Kontext der Managed-Care-Modelle nicht relevant.

⁶ Quelle des ganzen Abschnitts: Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (fmc): fmc Impulse 01-2023 ([Link](#)).

4. Fazit

Basierend auf den obigen Ergebnissen möchten wir nachfolgend zwei Themen aufgreifen, die uns besonders wichtig erscheinen.

Verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten prüfen

Die Analyse hat aufgezeigt, dass die Finanzierung von Präventionsprojekten im Regelbetrieb schwierig ist, da viele Finanzierungsinstrumente v.a. als Anschubfinanzierung vorgesehen sind. Entsprechend wird oftmals die OKP als Finanzierung im Regelbetrieb vorgesehen. Der Prozess zur Aufnahme in die OKP ist allerdings herausfordernd und stellt hohe Anforderungen, welche möglicherweise bei neuen Projekten noch nicht erfüllt werden können. Es ist daher oft zielführend, den Blickwinkel zu erweitern und eine Regelfinanzierung über andere Kanäle zu prüfen. Dazu zählen insb. die Spitalfinanzierung (z.B. via GWL) und die Finanzierungsmöglichkeit über Managed-Care-Modelle. Zudem kann die Möglichkeit geprüft werden, ein Projekt vorübergehend über eine Zusatzversicherung zu finanzieren, um weitere Daten zu sammeln (z.B. bezüglich Wirksamkeit der Intervention). Es würde sich dabei um einen «Zwischenschritt» handeln – vor einer Aufnahme der Leistung in den Leistungskatalog der OKP.

Einbettung in kantonales Umfeld

Aus unserer Sicht wäre es wichtig, dass die Projekttragenden ihre Projekte in das Umfeld der Kantone richtig einbetten, wenn sie eine entsprechende Finanzierung vorsehen. So sind viele Kantone im Bereich der integrierten Versorgung aktuell daran, Strategien zu erarbeiten, Projekte zu fördern und Angebote zu testen. Hier gibt es durchaus Schnittstellen zu den PGV-Projekten. Wichtig wäre jedoch, diese Projekte auch so zu «verkaufen», d.h. dies bei den richtigen Akteuren vorzustellen und die passenden Begriffe zu verwenden.

