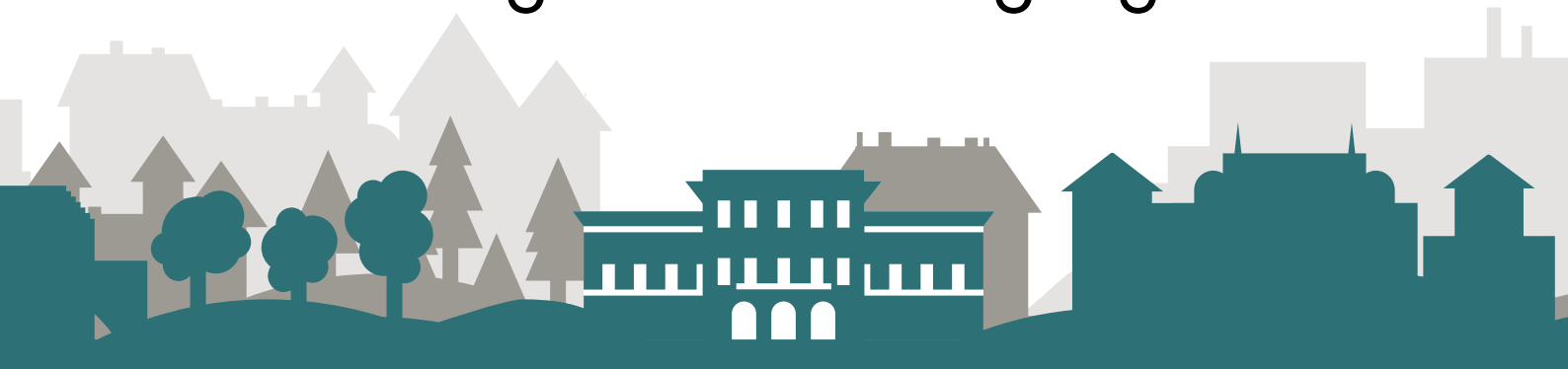


DENKSTOFF

N° 4



Bund, Kantone und Gemeinden in der
Integrierten Versorgung:



Rollenszenarien 2026



Eine Publikation des fmc



Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
Forum suisse des soins intégrés
Forum svizzero delle cure integrate

Impressum

Herausgeber:

fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
Zugerstrasse 193, 6314 Neuägeri, www.fmc.ch

Konzept & Texte:

Peter Berchtold, Urs Zanoni

Grafik & Layout:

www.grafisch.ch

Druck:

Heller Druck AG, Cham
www.hellerdruck.ch
ISBN: 978-3-033-07053-0
© fmc, November 2018

Studie:

Aktuelle und künftige Rollen von Bund, Kantonen und Gemeinden in der Integrierten Versorgung
Hochschule Luzern – Wirtschaft, Susanne Gedamke,
Oliver Kessler; unter Mitarbeit von Matthias Wächter,
Jonas Willisegger und Kathrin Jehle, 9. August 2018

Weitere Exemplare des fmc-Denkstoff N°4
sind kostenlos beim Herausgeber erhältlich (info@fmc.ch).
Die PDF-Version steht für den Download auf
der Website www.fmc.ch zur Verfügung.

Wir danken Bernhard Güntert, Marco van den Heuvel,
Christian Lovis, Oliver Reich, Cyrill Rüegg, Falk Schimmann
sowie den Goldpartnern und Partnern, die mit ihrer Expertise
zu diesem Denkstoff beigetragen haben.

Inhalt

04	Editorials (Bund, Kantone, Gemeinden)
06	Hintergrund
09	Zusammenfassung der Forschungsergebnisse
16	Staatliche Steuerung in anderen Ländern
17	Vier Handlungsfelder und Rollenszenarien
26	Handlungsempfehlungen für Leistungserbringer und Versicherer
28	Zwölf Anwendungsbeispiele
41	Leistungsportfolio des fmc
43	Die fmc-Trägerschaft

Staatlich vs. nichtstaatlich

In diesem Denkstoff werden häufig «staatliche Akteure» und «nichtstaatliche Akteure» genannt:

- «Staatliche Akteure» meint Regierungen, Behörden und Parlamente von Bund, Kantonen und Gemeinden.
- «Nichtstaatliche Akteure» meint alle anderen Akteure, auch solche, die ganz oder teilweise im Besitz des Staates sind wie Kantonsspitäler: ambulante und stationäre Leistungserbringer, Versicherer, Patientenorganisationen, Gesundheitsligen, Bildungsinstitutionen etc.



Es braucht Bewegung auf allen Ebenen



Stefan Spycher,
Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit,
Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft verändern sich die gesundheitspolitischen Herausforderungen: Chronische Krankheiten und Mehrfacherkrankungen nehmen zu. Die Kosten steigen, gleichzeitig mangelt es dem System an Steuerbarkeit und Transparenz. Ich bin überzeugt, dass die Förderung der koordinierten Versorgung ein wichtiger Baustein ist, um diesen Herausforderungen zu begegnen.

Vier Elemente scheinen mir zentral, um die koordinierte Versorgung zu fördern: Erstens braucht es Versorgungsnetze, in denen Grundversorger mit Spezialisten und anderen Gesundheitsberufen verbindlich(er) zusammenarbeiten. Zweitens muss die gesundheitliche Vorausplanung besser im Gesundheitswesen implementiert werden – gerade bei chronischen Erkrankungen bietet es sich an, den möglichen Krankheitsverlauf vorausschauend zu besprechen. Drittens sind interprofessionelle Zusammenarbeitsformen nötig. Viertens braucht es dafür mehr elektronischen Datenaustausch.

In allen vier Bereichen setzt der Bund Massnahmen um: Koordinierte Versorgungsmodelle werden für spezifische Patientengruppen gefördert (u.a. Projekt «Koordinierte Versorgung», Nationale Demenzstrategie, Plattform Palliative Care, NCD-Strategie). Zudem diskutieren wir weitergehende Möglichkeiten, um die Bildung von koordinierten

Versorgungsnetzen anzuregen. Das BAG setzt Massnahmen zur Stärkung der gesundheitlichen Vorausplanung und ein Förderprogramm «Interprofessionalität» um. Im Bereich eHealth ist die Einführung des elektronischen Patientendossiers eine zentrale Massnahme.

Klar ist aber – und das zeigen auch die Ergebnisse der fmc-Studie: Die koordinierte Versorgung zu fördern und die Herausforderungen im Gesundheitswesen zu bewältigen ist keine Aufgabe, die ein Akteur alleine bewältigen kann. Es braucht Bewegung auf allen Ebenen und in allen Bereichen. Ich erwarte deshalb von allen Akteuren, dass sie bereit sind, gemeinsam über Lösungen zu diskutieren und diese auch umzusetzen: die Kantone und Gemeinden, die koordinierte Versorgungsstrukturen schaffen und anreizen können; die Leistungserbringer, die sich zu Versorgungsnetzen zusammenschliessen; die Versicherer, welche die koordinierte Versorgung über entsprechende Versicherungsmodelle fördern. Nur so schaffen wir es, die Behandlung und Pflege besonders von älteren, chronisch kranken Patientinnen und Patienten nachhaltig zu verbessern.

Als Kanton Vertrauen und Begegnungen schaffen



Dr. Jakob Stark,
Regierungsrat,
Departement für
Finanzen und Soziales
Kanton Thurgau

Wir sind überzeugt, dass es sich für einen Kanton lohnt, in der Gestaltung der Gesundheitsversorgung eine aktive, fördernde und fordernde Haltung einzunehmen und die integrierte Versorgung weiterzuentwickeln. Gemäss Verfassung sorgt der Kanton Thurgau für eine ausreichende medizinische Versorgung. Das Gesundheitsgesetz beschränkt die Zuständigkeit auf den stationären Bereich. Damit ist er ein Partner unter vielen, Mitgestalter einer Ebene, Teil eines Systems voller widersprüchlicher Interessen mit je sich logisch verhaltenden Mitspielern, selber Regulator, Mitfinanzierer, in einem kleinen Bereich auch Leistungserbringer.

Die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle hat im Thurgau Tradition. Die Wege sind kurz, die Partner kennen sich. Erfolgsmodelle unter aktiver Beteiligung des Kantons sind:

- Verselbständigung der Kantonsspitäler in der Spital Thurgau AG, die damit viel klarer zu einem selbständigen Partner geworden sind.
- Liste der säumigen Prämienzahler gekoppelt an ein systematisches Case Management der Gemeinden.
- Limitierung von Spitalbetten im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie bei gleichzeitiger Optimierung der Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Bereich über die Grenzen der Institutionen hinweg.

Aktuell gilt es, die interkantonale Koordination der Spitalplanung insbesondere im HSM- und Reha-Bereich einzu-

fordern. Weiter ist der Thurgau bereit, sich als Pilotregion für die einheitliche Finanzierung von Leistungen im stationären und ambulanten Bereich zur Verfügung zu stellen. Zur Integration im Gesundheitswesen gehört auch eine bessere Zusammenarbeit und mehr Vertrauen zwischen Spitälern, Krankenversicherern und Kantonen.

Schlüsselement für eine integrierte Versorgung ist die gute Vernetzung der Leistungserbringer und die direkte Begegnung. Hier setzen wir seit einigen Jahren an mit dem Projekt «Brennpunkte Gesundheit Thurgau» und neu mit der «Kommission Thurgau Gesundheit», die auch Aussensichten vermitteln und Optimierungsimpulse geben soll.

Städte und Gemeinden sind bereit für Verbundlösungen

Die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung ist eine grosse Herausforderung für Gemeinden und Städte. Diese tragen meist die organisatorische und finanzielle Verantwortung für diesen zunehmend bedeutungsvollen Standortfaktor. Als Gemeindepräsident von Gossau ZH und Präsident des Gemeindepräsidentenverbandes des Kantons Zürich bin ich immer mehr mit entsprechenden Fragestellungen konfrontiert.

Die strategischen Bestrebungen zielen darauf ab, die ambulante Ausrichtung zu verstärken. Spitalaufenthalte sollen nur in begründeten Fällen länger als einen Tag dauern. Eine Problemstellung, die mir als VR-P eines Grundversorgungsspitals sehr bewusst ist. Heimeintritte sollen möglichst spät erfolgen. Die ambulante Betreuung der pflegebedürftigen Menschen wird immer wichtiger.

Diese Entwicklungen müssen dazu führen, dass – basierend auf einer Bestandesaufnahme – die Versorgungskonzepte überarbeitet werden. Spitäler (inkl. Psychiatrie), Reha-Kliniken und Pflegeinstitutionen decken den stationären Bereich ab. Haus- und Spezialärzte, öffentliche und private Spitex-Organisationen, Therapeutinnen, Apotheken und Drogerien bilden das ambulante Leistungsspektrum. Die Sozialen Dienste unterstützen im Bedarfsfall.

Das Bestreben der Gemeinden und Städte, ihrer Verantwortung gerecht zu werden und keine Versorgungslücken entstehen zu lassen, macht Koordination zu einer zentralen Aufgabe – eine Koordination, welche über die Gemeindegebiete hinaus gehen und zwingend die

Jörg Kündig, Gemeindepräsident Gossau ZH, Vorstandsmitglied Schweizerischer Gemeindeverband



verschiedenen Berufsgruppen und Leistungserbringer einschliessen soll. Ziel muss es sein, in jeder Situation die medizinisch und wirtschaftlich passenden Angebote zur Anwendung zu bringen und eine qualitativ hochwertige Grundversorgung für alle Menschen zu gewährleisten.

Mit integrierten Versorgungsmodellen werden Verbundlösungen geschaffen, welche die ambulanten und stationären Leistungen optimal aufeinander abstimmen. So werden die Qualität des Behandlungs- und Betreuungspfades verbessert, Kommunikationswege vereinfacht und Synergien genutzt. Letztlich können auch Kosten gespart werden.

Erster und wichtigster Erfolgsfaktor für die Etablierung solcher Modelle ist die Erkenntnis und Bereitschaft aller Beteiligten, die Herausforderungen der Verbundaufgabe medizinisch-pflegerische Grundversorgung gemeinsam anzugehen. Mit einer Arbeitsgruppe hat der Schweizer Gemeindeverband zusammen mit dem Schweizerischen Städteverband, Spitex Schweiz, pharmaSuisse, Curaviva sowie Haus- und Kinderärzte Schweiz ein Gefäss geschaffen, das diese Entwicklung fördern soll.

Hintergrund

Bund, Kantone und Gemeinden spielen seit einigen Jahren deutlich aktivere Rollen in der Integrierten Versorgung. Das erstaunt nicht, denn sie sind häufig mit Interessenkonflikten konfrontiert: hin- und hergerissen zwischen dem Wohlergehen der Bevölkerung und ihren vielfältigen, teils konkurrierenden Zuständigkeiten in der Gesundheitsversorgung als Regulator, Finanzierer und (Mit-)Besitzer von Leistungserbringern. Das Engagement von Bund, Kantonen und Gemeinden für integrierte, bevölkerungsorientierte Versorgungskonzepte können diese Konflikte zwar nicht verhindern, wohl aber mindern.

Es ist zu erwarten, dass sich Bund, Kantone und Gemeinden in Zukunft noch viel stärker für die bessere Vernetzung und Koordination der Versorgung einsetzen. Und dass sich die Steuerungsbemühungen deutlich verlagern: Galt früher das Interesse vor allem akuten Krankheiten und der hochspezialisierten Versorgung, ist der Fokus mehr und mehr auf chronische Krankheiten und polymorbide Patienten gerichtet – was sich mit zentralen Anliegen der Integrierten Versorgung deckt.

Doch wie wird dieses vermehrte Engagement aussehen? Wie werden Bund, Kantone und Gemeinden ihre neuen Rollen neben den bisherigen ausüben? Was könnten die Folgen sein für Leistungserbringer und Krankenversicherer? Was könnte sich für die Patientinnen und Patienten ändern?

Es geht also um Public Governance, das Instrumentarium der öffentlichen Hand, um das Gemeinwohl zu optimieren. Public Governance bewegt sich im Grundsatz zwischen zwei Polen:

- Einerseits macht es nicht immer Sinn, wenn der Staat öffentliche Leistungen selbst erbringt.
- Auf der anderen Seite können Privatisierungen von öffentlichen Leistungen problematisch sein.

Zwischen diesen beiden Polen, häufig als Staats- und Marktversagen bezeichnet, liegt ein breites Spektrum an staatlichen und wettbewerblichen Steuerungsmodellen. Der Begriff Public Governance meint nicht ausschliesslich Regierungshandeln im Sinne zentraler Steuerung, sondern ist umfassender zu verstehen. Die UN Commission on Global Governance definiert Governance als «Gesamtheit der Strukturen und Prozesse, die zur Regelung der Angelegenheiten der Allgemeinheit führen». Im Rahmen dieser Strukturen und Prozesse stellt der Staat einen möglichen Akteur unter vielen anderen dar. Wir können drei grundsätzliche Governance-Funktionen unterscheiden:

- Entscheidungskompetenz: Kollektiv-verbindliche Entscheidungen treffen
- Organisationskompetenz: Entscheidungen mit geeigneten Mitteln um- oder durchsetzen (Geld, Personal, Technologie, Expertise oder Information)
- Legitimationskompetenz: Entscheidungen und deren Umsetzung normativ rechtfertigen, um ihre Akzeptanz oder Duldung sicherzustellen

Diese Governance-Funktionen werden zum einen vom Staat wahrgenommen (Bund, Kantone, Gemeinden), zum anderen von Akteuren wie Branchen- und Berufsorganisationen, Interessengruppen oder der Bevölkerung. Für staatliche Organe lassen sich zwei grundlegende Steuerungshebel mit jeweils verschiedenen Instrumenten unterscheiden:

- Erstens kann der Staat Leistungen sichern, indem er selber Güter und Ressourcen bereitstellt.
- Zweitens kann er gesellschaftliches Handeln direkt oder indirekt einfordern und beeinflussen.

Ein Beispiel für direkte Regulierung war die frühere Situation der meisten öffentlichen Spitäler, die Teil einer öffentlichen Verwaltung waren. Heute viel bedeutender ist die indirekte Regulierung, zum Beispiel durch rechtliche Vorgaben (wie Leistungsaufträge für Spitäler), durch finanzielle Anreize (wie günstige Kredite für den Bau von medizinischer Infrastruktur), durch prozessuale Erleichterungen (wie beim Controlling von Pflegekosten) oder durch Informationskampagnen (wie bei der individuellen Prämienvorbereitung). Tabelle 1 illustriert beispielhaft staatliche Steuerungsmöglichkeiten von Bund, Kantonen und Gemeinden in der Integrierten Versorgung.

	Versorgungsleistungen selber bereitstellen	Direkte Steuerung durch Regulierung	Indirekte Steuerung durch finanzielle Anreize	Beeinflussung durch Information und Kommunikation
Bund	Bund oder bundesnahe Organisationen betreiben integrierte Versorgungszentren	Einführung von (intelligenten) Globalbudgets	Der Bund richtet einen Innovationsfonds ein für integrierte Versorgungskonzepte	Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz
Kantone und Regionen	Kantone erweitern ihre eigenen Spitäler zu integrierten Versorgungszentren	Leistungsaufträge gehen nicht mehr nur an Spitäler, sondern auch an Leistungserbringer-Gruppen, die eine gemeinsame Trägerschaft bilden im Sinne einer Accountable Care Organization	Die kantonale Wirtschafts-/Standortförderung unterstützt den Aufbau von integrierten Versorgungseinrichtungen in peripheren Regionen	Kantonaler Masterplan Integrierte Versorgung
Gemeinden und Städte	Gemeinden/Städte besitzen Institutionen der Langzeitpflege, die ambulante, stationäre und soziale Leistungen anbieten	Gemeinden/Städte verlangen von Institutionen der Langzeitpflege integrierte Betreuungskonzepte	Gemeinden/Städte unterstützen den Aufbau von integrierten Versorgungseinrichtungen, zum Beispiel für ältere Menschen	Informationsoffensive «Selbstbestimmt zu Hause» mit regionalen Beratungs- und Triage-Stellen für den Altersbereich

Tabelle 1: Beispiele staatlicher Governance im Gesundheitssystem

Tatsache ist: Governance-Funktionen werden in Gesundheitssystemen von unterschiedlichen Akteuren ausgeübt, deren Interessen sich gelegentlich zuwiderlaufen und fehlsteuernd wirken. Diese Tatsache wirft mit Blick auf die Integrierte Versorgung einige grundsätzliche Fragen auf:

- Welche wirkungsvollen Governance-Beiträge können Bund, Kantone und Gemeinden für die Integrierte Versorgung leisten?
- Welche Aufgaben sollen bei der öffentlichen Hand bleiben, wenn bestimmte Governance-Funktionen von anderen Akteuren erbracht werden?
- Welche staatlichen Aufgaben sind allenfalls verzichtbar und können wirkungsvoller von anderen Akteuren erfüllt werden?
- Welche staatlichen Aufgaben sind notwendig, weil andere Akteure diese nicht oder schlechter erfüllen können?
- In welchen Bereichen soll der Staat weiterhin aktiv sein und Rahmenbedingungen schaffen, die es anderen Akteuren erleichtern, sich an der Bereitstellung von Governance-Leistungen zu beteiligen oder diese zu übernehmen?
- Wo soll der Staat Spielräume schaffen, ohne die sich bestimmte Governance-Aufgaben nicht entwickeln könnten (z.B. Leistungsaufträge für die Gesundheitsversorgung einer Region)?
- Sind staatliche Governance-Leistungen gänzlich verzichtbar oder soll der Staat lediglich Spielregeln definieren, deren Einhaltung er oder andere Akteure überwachen müssen?

Solche Fragen waren die Grundlage für das Forschungsmandat, das wir im Herbst 2017 an das Institut für Betriebs- und Regionalökonomie der Hochschule Luzern – Wirtschaft vergaben.

Zusammenfassung der Forschungsergebnisse

Konzeptionelle Grundlage der Studie ist das theoretische Steuerungsmodell von Braun & Giraud (2003). Dieses zeigt die staatlichen Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen und wurde für die Integrierte Versorgung in der Schweiz adaptiert (Tabelle 2). Das theoretische Modell kategorisiert die Handlungsoptionen des Staates in vier Bereiche: Steuerung durch Regulierung, finanzielle Steuerung, strukturelle (prozessuale) Steuerung sowie Steuerung durch Kommunikation. Methodische Grundlagen der Studie sind eine Literaturanalyse, eine Online-Befragung sowie Experten-Interviews.

Governance-Kategorie	Steuerungsinstrumente in der Integrierten Versorgung (Auswahl für die Studie)
Regulierung (Regulator)	• Bestehende rechtliche Grundlagen anpassen oder neue schaffen • Konzepte für die bessere Vernetzung und Koordination in Leistungsaufträgen aufnehmen
Finanzielle Steuerung (Investor)	• Pilotprojekte zur besseren Vernetzung und Koordination der Versorgung (mit-)finanzieren • An der Entwicklung von neuen Vergütungsformen mitwirken (Rahmenbedingungen), welche die bessere Vernetzung und Koordination belohnen
Strukturelle Steuerung (Architekt)	• Die bessere Vernetzung und Koordination der Versorgung in politisch-strategischen Zielen verankern • Bessere Datengrundlagen für die Versorgungsforschung schaffen • Beratungs- und Koordinationsstellen fördern
Kommunikation (Moderator)	• Plattformen zur besseren Koordination zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden schaffen • Plattformen für den Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer schaffen • Informationsveranstaltungen organisieren, um Leistungserbringer für die bessere Vernetzung und Koordination der Versorgung zu gewinnen • Bevölkerung aktiv einbeziehen, um deren Gesundheitskompetenz und Sensibilität für Kosten und Qualität zu erhöhen

Tabelle 2: Steuerungsmodell nach Braun & Giraud (2003), adaptiert für die Integrierte Versorgung in der Schweiz



Die wichtigsten Resultate

An der Online-Befragung haben 361 Personen teilgenommen. Etwa ein Drittel davon vertraten Bund, Kantone und Gemeinden und zwei Drittel andere Akteure (mehrheitlich langzeitpflege, Spitäler, ambulante Leistungserbringer, Krankenversicherer und Patientenorganisationen). 89% der Teilnehmenden stammten aus der Deutschschweiz und 11% aus der Romandie. Der Online-Fragebogen umfasste folgende Themen:

- Ziele, Hindernisse und Handlungsbedarf in der Integrierten Versorgung
- Strategischer Stellenwert der Integrierten Versorgung für die öffentliche Hand sowie Stellenwert der öffentlichen Hand für die Integrierte Versorgung
- Staatliche Steuerungsmöglichkeiten in der Integrierten Versorgung
- Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden
- Koordination zwischen den Staatsebenen

Zusätzlich zur quantitativen Online-Befragung wurden qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten von Bund, Kantonen, Gemeinden und nichtstaatlichen Akteuren zu den gleichen Themen geführt.

Ziele und Stellenwert der Integrierten Versorgung

Die überwiegende Anzahl der befragten Akteure haben ein gemeinsames Verständnis der Integrierten Versorgung, indem sie deren Ziele sowie die Hindernisse auf dem Weg dahin sehr ähnlich gewichteten (Tabelle 3). Hohe Zustimmungsraten erzielen namentlich «Koordination und Kontinuität der Versorgung über einen längeren Zeitraum ermöglichen» (98%), «Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Fachpersonen und Organisationen verbessern» (97%), «Unnötige Untersuchungen vermeiden» (94%) sowie «Qualität der Patientenversorgung verbessern» (92%).

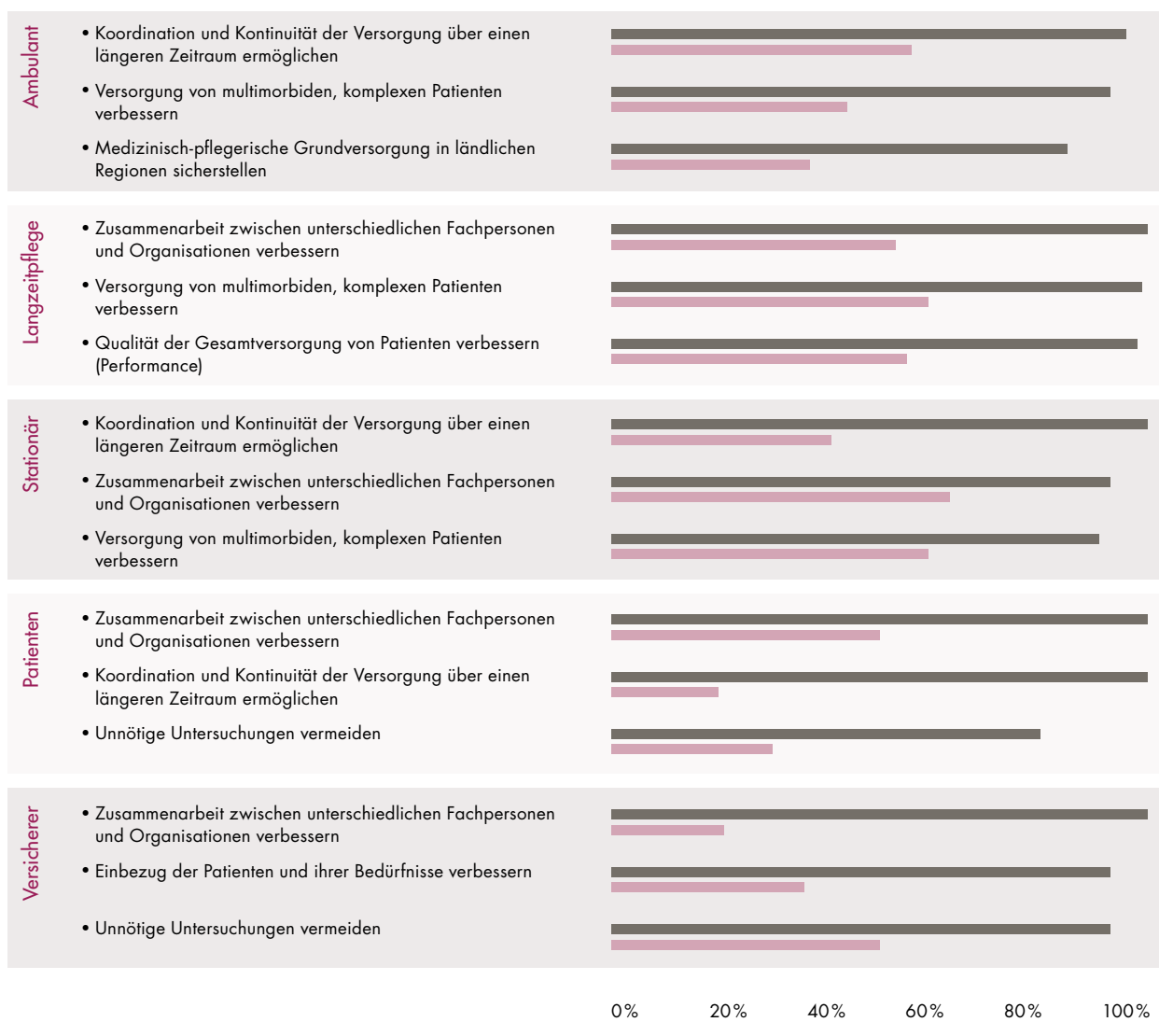
Ziele der Integrierten Versorgung	Zustimmung Ø
Koordination und Kontinuität der Versorgung über einen längeren Zeitraum ermöglichen	98%
Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Fachpersonen und Organisationen verbessern	97%
Unnötige Untersuchungen vermeiden	94%
Qualität der Gesamtversorgung von Patienten verbessern (Performance)	92%
Versorgung von multimorbiden, komplexen Patienten verbessern	89%
Einbezug der Patienten und ihrer Bedürfnisse verbessern	88%
Kosten reduzieren	84%
Medizinisch-pflegerische Grundversorgung in ländlichen Regionen sicherstellen	78%
Gesundheitsförderung und Prävention stärken	74%
Das Gesundheitssystem mit dem Sozialsystem verbinden	64%

Tabelle 3: Rangfolge der Ziele der Integrierten Versorgung aus Sicht aller Befragten (n=361)

Abbildung 1 illustriert die drei am höchsten priorisierten Ziele der Integrierten Versorgung und den Optimismus-Index für die nichtstaatlichen Akteurguppen. Es zeigt sich eine erstaunliche Übereinstimmung bei den prioritären Zielen der Integrierten Versorgung. So werden die Ziele «Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen verbessern» sowie «Kontinuität und Koordination über einen längeren Zeitraum ermöglichen» von allen Akteurguppen als sehr wichtig eingeschätzt. Die Leistungserbringer rücken zusätzlich die «Versorgung von multimorbiden, komplexen Patienten» und die «Verbesserung der Qualität» ins Zentrum;

Patientenorganisationen und Krankenversicherer gewichten die «Vermeidung unnötiger Untersuchungen» sehr stark.

Sehr unterschiedliche Einschätzungen zeigen sich dagegen zur Frage, mit welcher Wahrscheinlichkeit die genannten Zielsetzungen in 10 Jahren erreicht sein werden: Bei den staatlichen Akteuren besteht überdurchschnittlicher Optimismus (Optimismus-Index über alle Ziele: Kantone = 78%, Bund = 68%, Gemeinden = 61%). Die anderen Akteure sind im Durchschnitt deutlich skeptischer; dies gilt besonders für die Krankenversicherer und Patientenorganisationen.



— Optimismus-Index: Anteil (%) der Teilnehmenden in den einzelnen Akteurguppen, die erwarten, dass die jeweiligen Ziele der Integrierten Versorgung in den nächsten 10 Jahren erreicht werden.

Abbildung 1: Top-3-Ziele aus Sicht der grössten nichtstaatlichen Akteurguppen mit Optimismus-Index (n=215)

Handlungsbedarf

Wenig Übereinstimmung zwischen staatlichen und anderen Akteuren zeigt sich beim grössten Handlungsbedarf: Bund, Kantone und Gemeinden orten ihn dort, wo sie die grössten Hindernisse für die Integrierte Versorgung sehen, nämlich in den widersprüchlichen Interessen der beteiligten Akteure, deren mangelnder Bereitschaft zur Veränderung sowie den Tarifstrukturen und Tarifen (Abbildung 2).

Etwas anders die nichtstaatlichen Akteure: Sie sehen den grössten Handlungsbedarf bei den ungeeigneten Finanzierungsmodellen, den Tarifstrukturen/Tarifen und der ungeeigneten Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen den Akteuren (Abbildung 3).

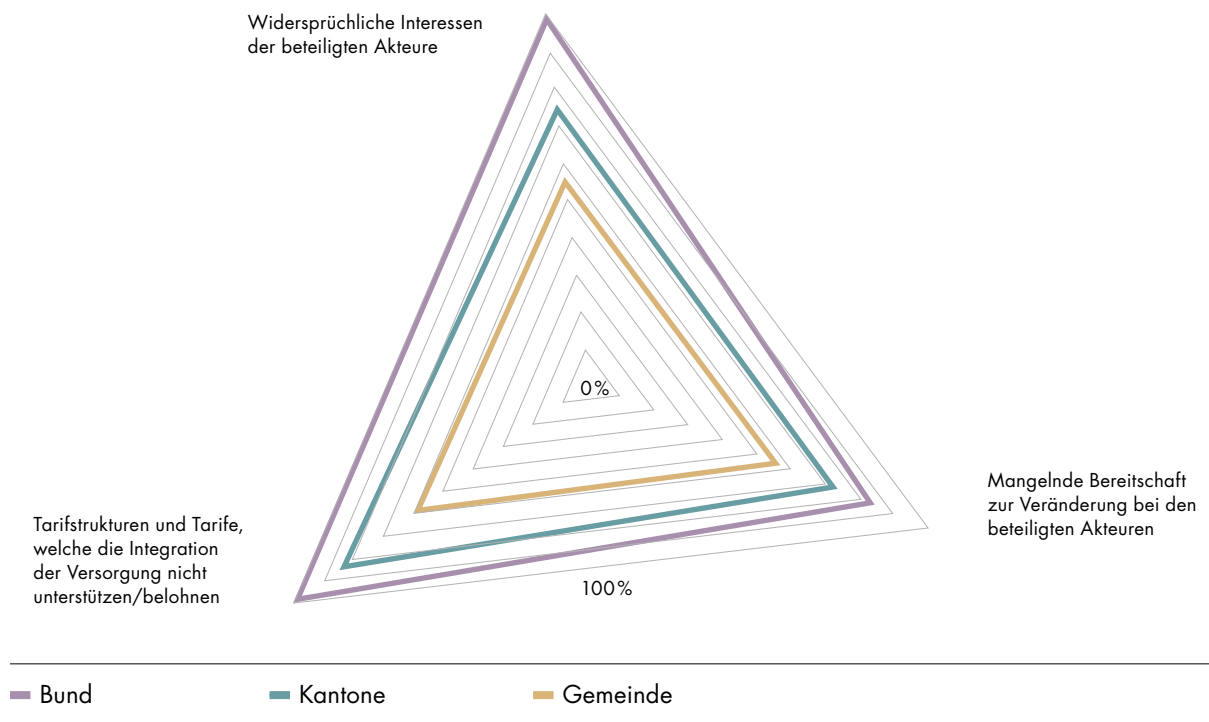


Abbildung 2: Top-3-Bereiche mit Handlungsbedarf aus Sicht der staatlichen Akteure (n=104)

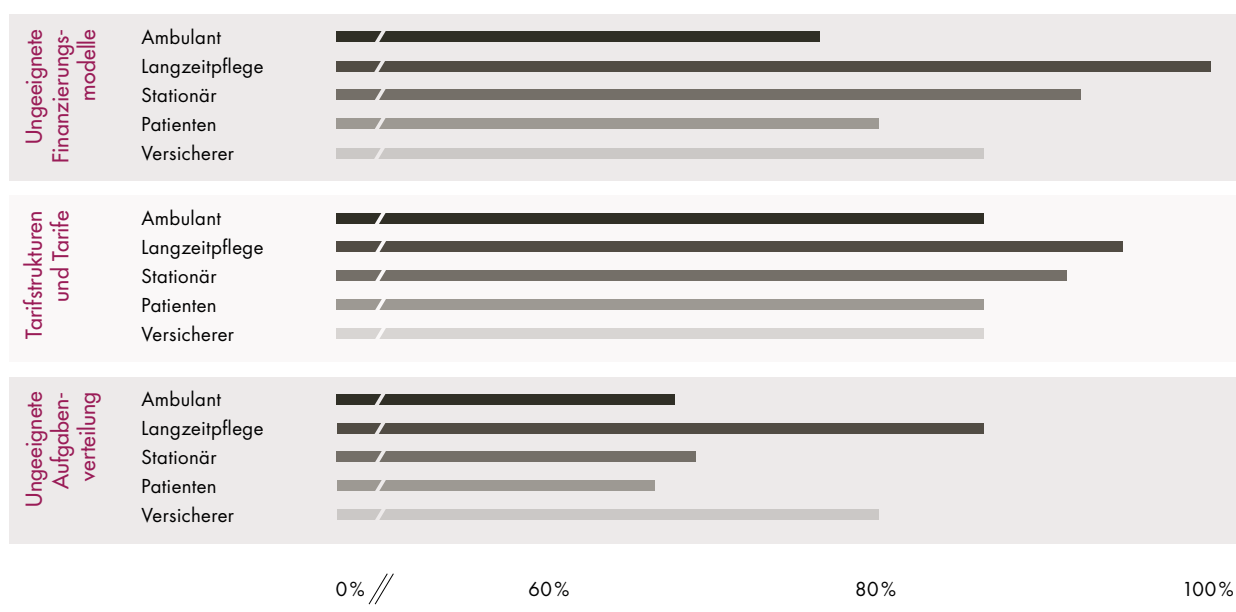


Abbildung 3: Top-3-Bereiche mit Handlungsbedarf aus Sicht der grössten nichtstaatlichen Akteurgruppen (n=215)

Steuerungsmassnahmen zur Förderung der Integrierten Versorgung

Bund, Kantone und Gemeinden haben schon heute einen hohen Stellenwert in der Integrierten Versorgung: Diese Einschätzung teilen sowohl die staatlichen wie die nicht-staatlichen Akteure. Beide Gruppen gehen auch davon aus, dass der Stellenwert von Bund, Kantonen und Gemeinden in den nächsten fünf Jahren weiter zunehmen wird. Eine Ausnahme bilden die Krankenversicherer: Nur ein kleiner Teil stuft den Stellenwert der staatlichen Akteure in der Integrierten Versorgung als hoch ein.

Die zentrale Fragestellung in diesem Forschungsmandat war, welche Akteure welche staatlichen Steuerungsmassnahmen von Bund, Kantonen und Gemeinden zur Förderung der Integrierten Versorgung erwarten und welche Massnahmen von Bund, Kantonen und Gemeinden geplant werden. Die Antworten fielen sehr unterschiedlich aus. So sind die ambulanten Leistungserbringer und Krankenversicherer zurückhaltender in ihrem Wunsch nach mehr staatlicher Steuerung. Dagegen erwarten die Vertreter der Langzeitpflege, Spitäler und Patientenorganisationen mehr Engagement von den staatlichen Akteuren. Entsprechende Massnahmen werden vor allem in jenen Bereichen erwartet, in denen auch der grösste Handlungsbedarf verortet wurde.

		Staatliche Akteure	Ambulant	Langzeitpflege	Stationär	Patienten	Versicherer
		<i>geplant</i>	<i>erwartet</i>				
Regulierung	Bund	42 %	56 %	50 %	71 %	70 %	64 %
	Kantone	42 %	63 %	68 %	66 %	75 %	46 %
	Gemeinden	28 %	22 %	36 %	13 %	30 %	0 %
Finanzielle Steuerung	Bund	8 %	59 %	63 %	71 %	80 %	39 %
	Kantone	33 %	61 %	78 %	68 %	80 %	46 %
	Gemeinden	30 %	31 %	34 %	13 %	0 %	0 %
Strukturierung	Bund	42 %	57 %	58 %	56 %	73 %	48 %
	Kantone	46 %	47 %	59 %	52 %	57 %	29 %
	Gemeinden	31 %	16 %	39 %	22 %	23 %	14 %
Kommunikation	Bund	17 %	36 %	49 %	49 %	63 %	38 %
	Kantone	31 %	33 %	62 %	51 %	38 %	39 %
	Gemeinden	31 %	34 %	39 %	35 %	35 %	36 %

Tabelle 4: Von den staatlichen Akteuren *geplante* und von nichtstaatlichen Akteuren *erwartete* Steuerung in den nächsten fünf Jahren (n=319). Lesebeispiel: 42 % der Bundes-Vertreter *planen* mehr Regulierung in den nächsten fünf Jahren. 56 % der Vertreter der ambulanten Leistungserbringer *erwarten* vom Bund in den nächsten fünf Jahr mehr Regulierung.

Tabelle 4 zeigt eine gewichtete Übersicht der von Bund, Kantonen und Gemeinden *geplanten* bzw. von nichtstaatlichen Akteuren *erwarteten* Steuerung. Die Prozentzahlen bezeichnen den Anteil der jeweiligen Akteure, die entsprechende Massnahmen in den nächsten fünf Jahren planen (staatliche Akteure) bzw. erwarten (andere Akteure).

Die Vertreter des Bundes planen vor allem Massnahmen in den Bereichen Regulierung und Strukturierung. Die anderen Akteure erwarten vom Bund jedoch ein ebenso grosses Engagement in den Bereichen finanzielle Steuerung und Kommunikation. Auch die Vertreter der Kantone verorten ihre eigene Rolle vornehmlich in der Regulierung und Strukturierung. Nichtstaatliche Akteure bewerten jedoch Mass-

nahmen zur finanziellen Steuerung als wichtigste Aufgabe der Kantone in der Integrierten Versorgung – allen voran die (Mit-)Finanzierung von Pilotprojekten und die Entwicklung von neuen Vergütungsmodellen (Abbildung 4). Die Vertreter der Gemeinden planen eine relativ ausgewogene Verteilung der Steuerungsaktivitäten. Nichtstaatliche Akteure dagegen sehen die Rolle der Gemeinden vornehmlich in kommunikativen Aktivitäten (Plattformen schaffen, Bevölkerungsinformationen ausbauen usw.).

Bemerkenswert ist auch der tiefe Anteil der Teilnehmenden (durchschnittlich 16%), die jegliche Steuerungsmassnahmen von staatlichen Akteuren zur Förderung der Integrierten Versorgung ablehnen (Abbildung 4).

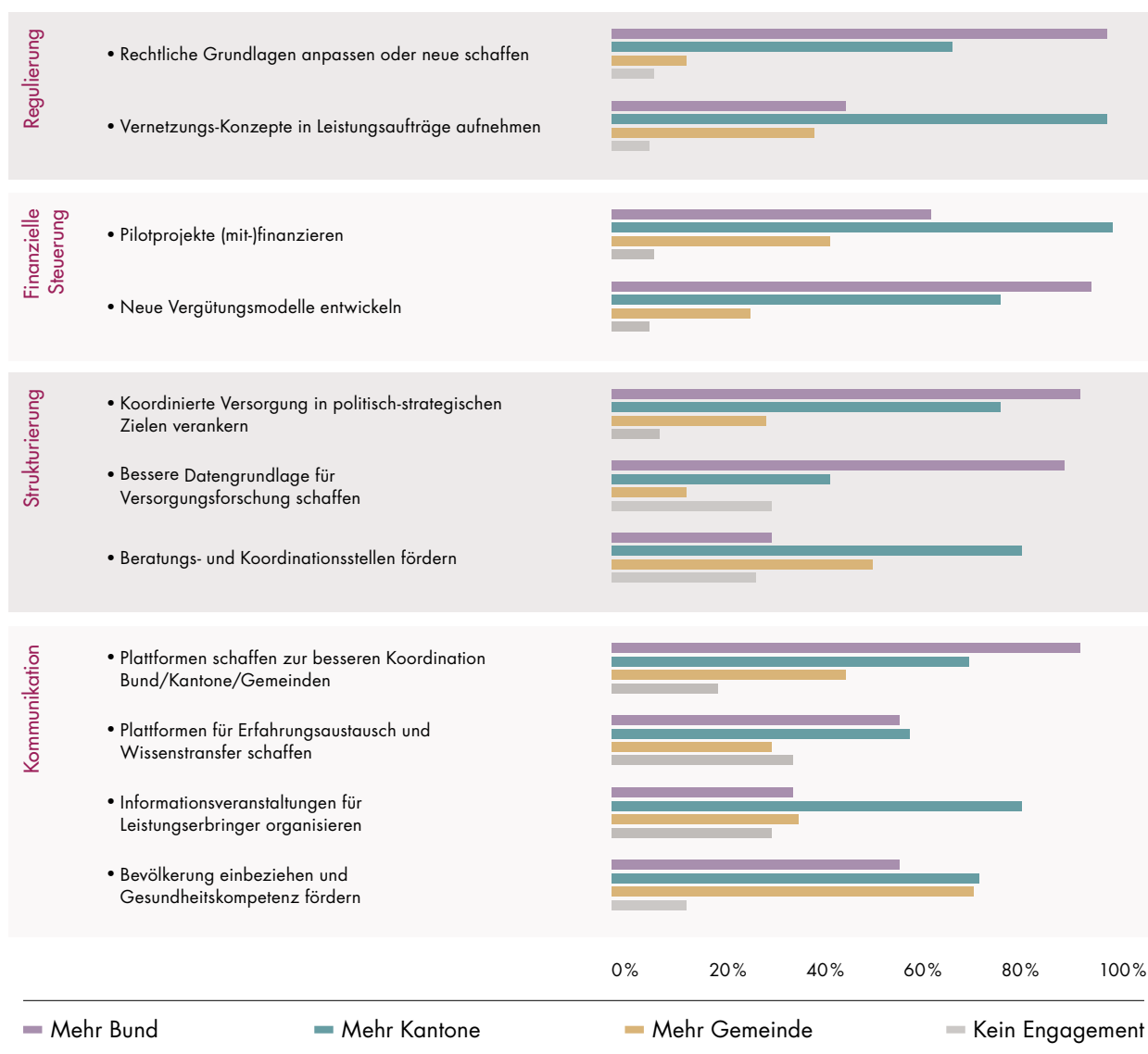


Abbildung 4: Erwartete Steuerungsmassnahmen aus Sicht von nichtstaatlichen Akteuren (n=215)

Kompetenzverteilung und Koordination

Augenfällig ist die deutliche Unzufriedenheit mit der Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden mit Blick auf die Integrierte Versorgung. Lediglich die Vertreter von Bund und Kantonen schätzen die aktuelle Aufgaben- und Kompetenzverteilung etwas weniger negativ ein (Abbildung 5). Dieses Bild deckt sich

mit dem Ergebnis, dass zahlreiche nichtstaatliche Akteure die aktuelle Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden als eines der wichtigsten Hindernisse für die Ausbreitung der Integrierten Versorgung betrachten und hier grossen Handlungsbedarf orten (vgl. Abbildung 3).

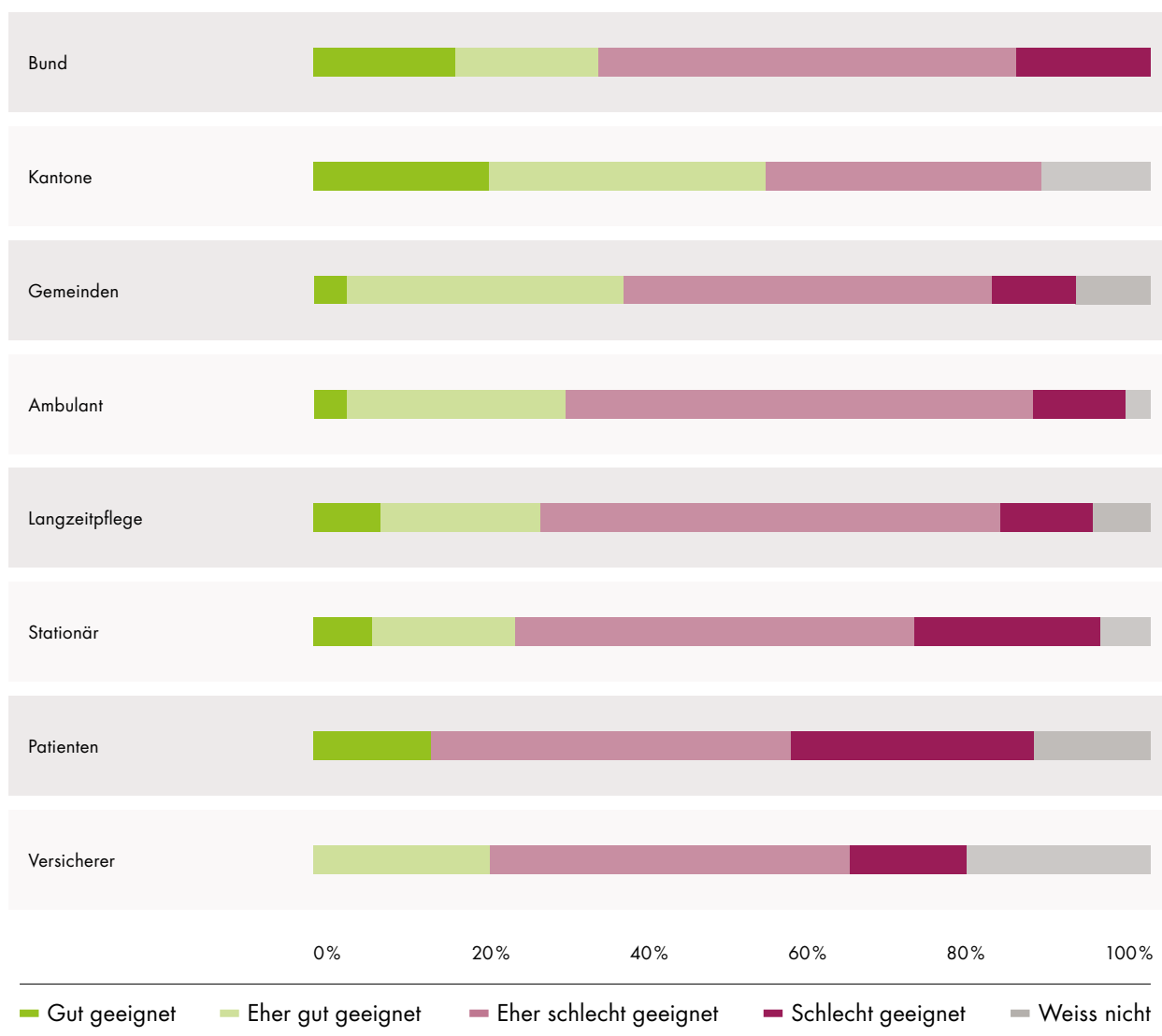


Abbildung 5: Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden (n=319)

Quintessenz

Die Studie zeigt, dass die Erwartungen an den Bund, die Kantone und Gemeinden hoch sind, wenn es darum geht, die Integrierte Versorgung zu fördern. Besonders nicht-staatliche Akteure fordern mehrheitlich einen aktiven und klug gestaltenden Staat. Die verschiedenen Akteure haben ein differenziertes Problembewusstsein und der Handlungsbedarf wird mehrheitlich als gross beschrieben. Klar ist auch: Es sind alle Akteure gefordert, wenn aus den vorliegenden Entscheidungsgrundlagen zukunftsweisende Lösungen entstehen sollen.

Die zentralen Ergebnisse der Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen und einordnen:

Mehrheitlich gemeinsames Verständnis und Problembewusstsein der Integrierten Versorgung

Es besteht ein grundsätzlicher Konsens darüber, was die wichtigsten Ziele der Integrierten Versorgung sind. Grössere Unterschiede zwischen den Akteurguppen gibt es hingegen beim Glauben an die Zielerreichung: So schauen Bund, Kantone und Gemeinden wesentlich optimistischer in die Zukunft als die anderen Akteure.

Zum zweiten besteht auch ein mehrheitlich gemeinsames Problembewusstsein: Die heutige Ausgestaltung der Finanzierung und Vergütungen wird von allen Akteuren als ausgesprochen hinderlich für die Integrierte Versorgung wahrgenommen.

Zunehmende Bedeutung staatlicher Steuerung in der Integrierten Versorgung

Zu dieser Einschätzung kommen sowohl Bund, Kantone und Gemeinden wie auch die anderen Akteure (wobei die ambulanten Leistungserbringer und die Krankenversicherer etwas zurückhaltender sind). Besonders augenfällig ist die steigende Bedeutung der Gemeinden in der Integrierten Versorgung; mehr als ein Drittel von denen, die geantwortet haben, diskutieren bereits eine konkrete Strategie.

Die zunehmende Bedeutung von Bund, Kantonen und Gemeinden korrespondiert mit einem ausgeprägten Steuerungsauftrag an die staatlichen Akteure. Auch hier bilden die ambulanten Leistungserbringer und die Krankenversicherer die Ausnahme: Sie wünschen sich weniger staatliche Aktivitäten in der Integrierten Versorgung als die anderen Akteure.

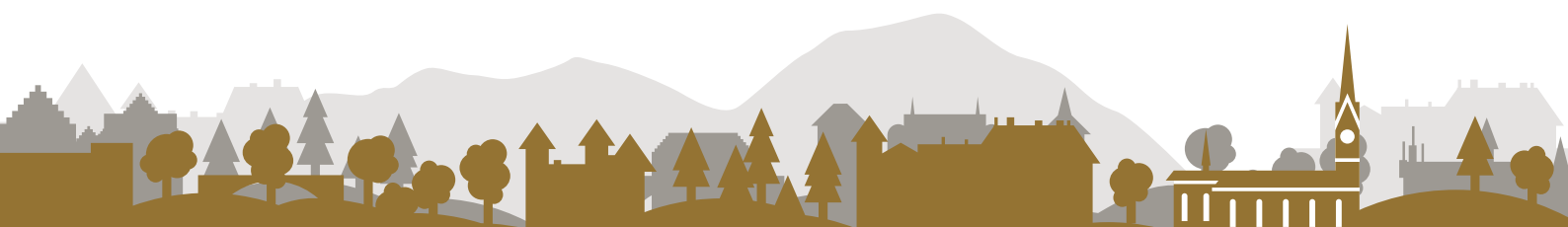
Unterschiedliche Erwartungen an die Ausgestaltung der Steuerung

Besonders deutlich sind die unterschiedlichen Haltungen bei der finanziellen Steuerung der Integrierten Versorgung: Leistungserbringer und Versicherer schätzen die Entwicklung von neuen Vergütungsmodellen, welche die koordinierte Versorgung belohnen, sowie die (Mit-)Finanzierung von Pilotprojekten als besonders wirkungsvoll ein. Bund, Kantone und Gemeinden sind hier eher zurückhaltend.

In Bezug auf die Rollentypologie nach Braun & Giraud sieht sich der Bund vor allem als Regulator und Architekt. Nichtstaatliche Akteure erwarten aber, dass der Bund zunehmend als Investor tätig wird. Und sie sehen die Kantone stärker in der Rolle des Regulators, als dies die Kantone selber sehen. Bei den Gemeinden ist die Fremd- und Selbstwahrnehmung konsistenter: Sie sollen vor allem Moderator sein.

Unzufriedenheit mit der Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Fast sämtliche befragten Akteure erachten die aktuelle Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden als wenig geeignet, um die Integrierte Versorgung zu fördern (lediglich die Vertreter von Bund und Kantonen schätzen dies etwas weniger negativ ein). Auch die Abstimmung zwischen den drei Staatsebenen gelingt aus Sicht der Befragten nur mässig.



Staatliche Steuerung der Integrierten Versorgung in anderen Ländern

In vielen Ländern werden Anreize und Massnahmen zur Förderung der Integrierten Versorgung diskutiert und implementiert. Für Grossbritannien, Deutschland, USA und die Niederlande sind nachfolgend beispielhaft wesentliche staatliche Steuerungsmassnahmen dargestellt. Zu berücksichtigen ist dabei, dass solche Massnahmen immer im Rahmen der jeweiligen Gesundheitssystem-Architektur gesehen werden müssen (Regulierung, Finanzierung und Organisation der Versorgung).

Grossbritannien: 2012 wurden der National Health Service (NHS) und die Clinical Commissioning Groups damit beauftragt, Integrierte Versorgung zu fördern, z.B. durch die stärkere Verbindung von Spital- und Langzeitversorgung. Darüber hinaus werden seit 2015 im Rahmen des Better Care Fund Projekte der Integrierten Versorgung von den lokalen Behörden durchgeführt. Die Projekte haben unter anderem zum Ziel, das Schnittstellenmanagement zu verbessern; dabei wird ein besonderes Augenmerk auf die Verbindung von Gesundheits- mit sozialen Dienstleistungen gelegt. 2016 initiierten der NHS bzw. seine lokalen Behörden 44 «Partnerschaften für Nachhaltigkeit und Transformation» als Kern für künftige Versorgungsregionen, in denen neue und noch intensivere Zusammenarbeitsformen entstehen sollen. In den Regionen werden Pilotprojekte mit neuen Integrationsmodellen erprobt und ihre Übertragbarkeit auf andere Regionen getestet.

Deutschland: Seit 2004 besteht die gesetzliche Möglichkeit einer Anschubfinanzierung für indikations-spezifische oder populations-orientierte Verträge der Integrierten Versorgung. In diesen Verträgen werden Leistungen über Kopfpauschalen bzw. Gesundheitsprämien pro eingeschriebenen Versicherten vergütet. Ärztenetze und bundeslandweite hausarztzentrierte Versorgungsmodelle spielen ähnlich wie in der Schweiz eine zunehmend wichtige Rolle. 2016 wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ein Innovationsfonds als Instrument zur Förderung der Integrierten Versorgung und der Versorgungsforschung eingeführt. Dieser Fonds fördert sektorenübergreifende Versorgungsformen und die Versorgungsforschung mit jährlich 300 Mio. Euro.

USA: In den letzten Jahren wurden zwei Integrationsmodelle besonders forciert, die auch in der Schweiz diskutiert werden: das Patient-centered Medical Home, in dem der Fokus auf Kontinuität und Koordination sowie einem regionalen Bezugsrahmen liegt. Zweitens die populations-orientierten Accountable Care Organizations (ACOs), die mit der Einführung von Obamacare besondere Bedeutung erlangten. ACOs sind horizontal und vertikal integrierte Zusammenschlüsse von Leistungserbringern, die sich verpflichten, die Gesundheitsversorgung einer definierten Population sicherzustellen und durch verstärkte Kooperation zu optimieren. Dabei ist die Leistungsvergütung an das Erreichen von Effektivitäts- und Effizienzzielen gekoppelt. Darüber hinaus sind die USA Wegbereiter, wenn es darum geht, Integrierte Versorgung mit finanziellen Anreizen bzw. innovativen Vergütungsformen zu fördern. Weit verbreitet sind zum Beispiel Bundled Payments, eine Pauschalvergütung, die sich meist auf eine Indikation oder eine Behandlungsepisode bezieht.

Niederlande: Charakteristisch für die holländische Gesundheitsversorgung ist das gesetzlich verankerte Gate-Keeping, d.h. alle Patienten haben sich bei einem Hausarzt ihrer Wahl einzuschreiben und der Zugang zu Spezialisten oder zum Spital ist – ausser im Notfall – nur durch Überweisung des Hausarztes möglich. Ähnlich wie in den USA sind Bundled Payments zur Vergütung der Behandlung und Betreuung von chronischen kranken Menschen weit verbreitet. Ausserdem kann der Krankenversicherungsrat als öffentlich-rechtliche Institution Sonderzahlungen als finanzielle Anreize für Projekte der Integrierten Versorgung leisten. Solche Projekte sind zum Beispiel regionale Verbünde von Leistungserbringern und Gesundheitszentren.

Vier Handlungsfelder und Rollenszenarien

Als Diskussionsgrundlage für mögliche künftige Rollen von Bund, Kantonen und Gemeinden in der Integrierten Versorgung beschreiben wir vier Handlungsfelder, die in den kommenden Jahren von grosser Bedeutung sind. Die vier Handlungsfelder entsprechen den prioritären Zielsetzungen der Integrierten Versorgung, wie sie von den Studienteilnehmenden bewertet wurden. Die Handlungsfelder sind:

Handlungsfeld 1

Die Versorgung von chronisch und mehrfach kranken, komplexen Patienten verbessern

Handlungsfeld 2

Patienten (und ihre Vertrauenspersonen) konsequent in die Behandlung und Betreuung einbeziehen

Handlungsfeld 3

Die medizinisch-pflegerische Grundversorgung in ländlichen Gebieten langfristig gewährleisten

Handlungsfeld 4

Die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen verbessern (Interprofessionalität)

Die Darstellung der vier Handlungsfelder und Rollenszenarien gliedert sich in

- eine kurze Charakterisierung und Beschreibung der wichtigsten Herausforderungen,
- eine Zusammenfassung der von den Studienteilnehmenden erwarteten Steuerungsmassnahmen von Bund, Kantonen und Gemeinden,
- ein Rollenszenario für Bund, Kantone und Gemeinden.

Die Rollenszenarien basieren auf drei grundlegenden Annahmen:

- Die «einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)» wird umgesetzt, weil neue oder zusätzliche staatliche Rollen nur dann sinnvoll sind, wenn dieser zentrale Fehlanreiz beseitigt ist.
- Auf Ebene Bund und / oder Kantone sind rechtliche Normen in Kraft, die innovative Versorgungs- und Vergütungsmodelle unterstützen («Experimentier-Artikel»).
- Wir gehen von den vier grundsätzlichen Rollen aus, die der Staat bzw. Bund, Kantone und Gemeinden wahrnehmen können: Regulator (regulative Politik), Investor (finanzielle Steuerung), Architekt (Strukturierung) und Moderator (Überzeugung).

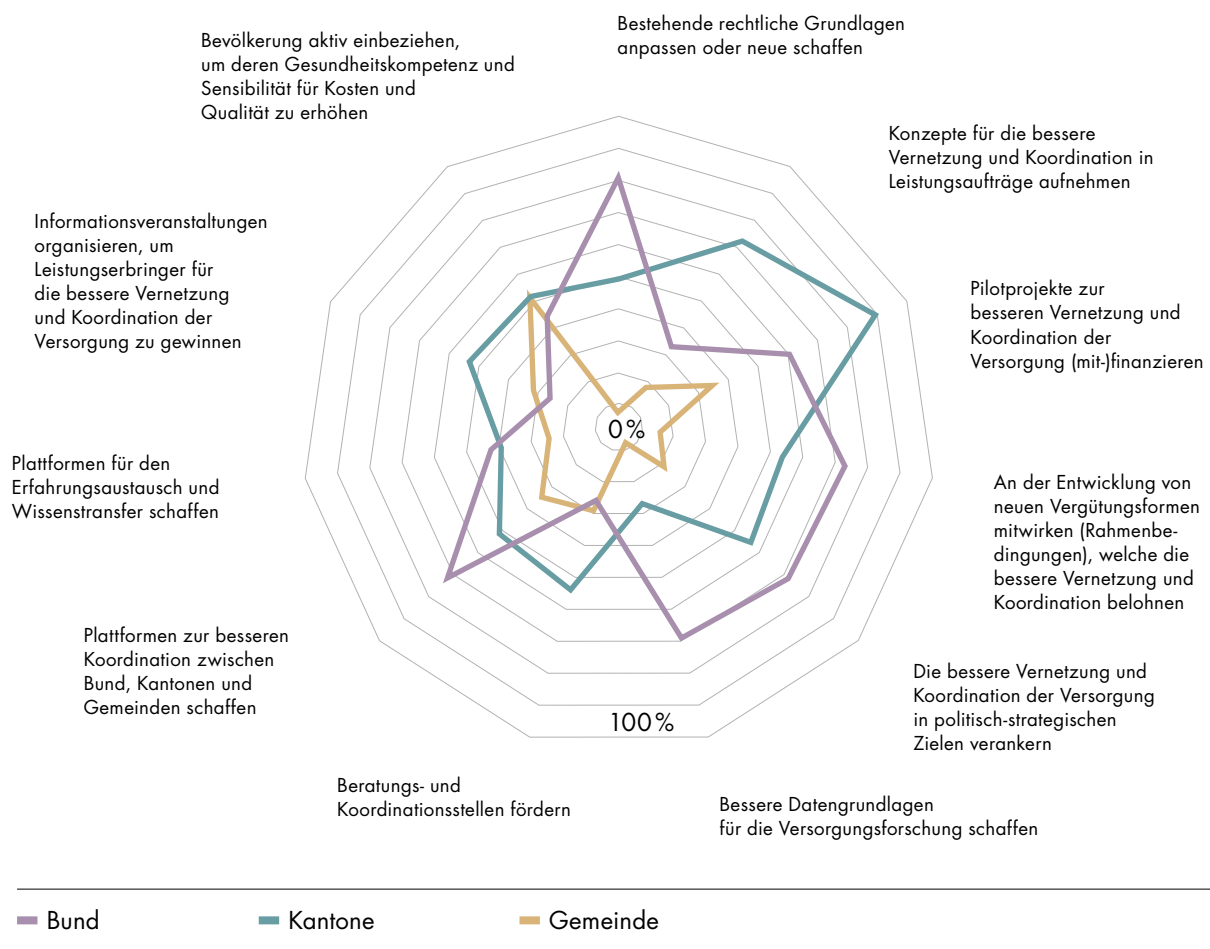
Selbstverständlich engagieren sich Bund, Kantone und Gemeinden heute schon in diesen Handlungsfeldern. Die nachfolgend beschriebenen Rollenszenarien 2026 sind als Anregungen zu verstehen, wo und wie sich staatliche Akteure zusätzlich einbringen können. Einerseits um die eigene Verantwortung wahrzunehmen. Andererseits um Rahmenbedingungen für die anderen Akteure – bis hin zur Bevölkerung – zu schaffen, damit diese ihre jeweilige Verantwortung stärker wahrnehmen können. Denn für die bessere Vernetzung und Koordination der Gesundheitsversorgung ist auch in Zukunft das optimale Zusammenspiel zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren zwingend nötig.



Handlungsfeld 1

Die Versorgung von chronisch und mehrfach kranken, komplexen Patienten verbessern

Die wichtigste Patientengruppe der Zukunft sind (hoch-)betagte, chronisch und mehrfach kranke Menschen. Sie benötigen neben medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen meist auch psychosoziale, juristische (z.B. Urteilsfähigkeit) und finanzielle Unterstützung (z.B. Ergänzungsleistungen). Das stellt hohe Anforderungen: bessere Koordination zwischen Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich; neue, pauschalisierte Vergütungsmodelle, die auch Koordinationsleistungen umfassen; bessere Abstimmung zwischen den Kostenträgern (Versicherer, Kanton, Gemeinde); Qualitätssicherung über mehrjährige Betreuungsepisoden; mehr Nachbarschaftshilfe / Freiwilligenarbeit.



Handlungsfeld 1: Erwartungen der nichtstaatlichen Akteure an Bund, Kantone und Gemeinden

Rollenszenario zum Handlungsfeld 1



Der Bund

- > **initiiert** und unterstützt die Anpassung von bestehenden Rechtsgrundlagen, um die Versorgung von chronisch und mehrfach kranken, komplexen Patienten zu verbessern (z.B. Vergütung von Koordinationsleistungen).
- > **schafft** Voraussetzungen für Versicherer, damit sie die Leistungsvergütung an Performance- und Outcome-Kriterien knüpfen können.
- > **initiiert** ein Förderprogramm «Koordinierte Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken, komplexen Patienten». Dieses unterstützt Forschungsprojekte zur Erarbeitung von praxisnahen Wissensgrundlagen und evaluiert Modelle guter Praxis, damit diese multipliziert werden können.
- > **initiiert** und unterstützt den Aufbau von Datenbanken, dank denen Outcome-relevante Faktoren bei der Behandlung von chronischen Krankheiten ermittelt und für die Praxis nutzbar gemacht werden können.
- > **unterstützt** die Früherkennung und Frühintervention bei jungen Patienten mit chronischen Krankheiten, die auf lange Sicht erhebliche Kosten verursachen (z.B. Diabetes, Mukoviszidose, Asthma, Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen).
- > **schafft** die Voraussetzung, damit die AHV-Nummer als der Patientenidentifikator gebraucht werden kann.
- > **richten** einen mit staatlichen und privaten Mitteln finanzierten Innovationsfonds ein, der Projekte für die bessere Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen unterstützt. Die beteiligten Partner nutzen neue Vergütungsmodelle und Tarifstrukturen, um die Projekte langfristig zu sichern.
- > **unterstützen** aus dem gleichen Innovationsfonds Start-ups, die digital unterstützte Behandlungs- und Betreuungsangebote für die Zielgruppe entwickeln.
- > **fördern** den Einsatz von digitalen Hilfsmitteln sowie die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers bei chronisch kranken Menschen (weil diese am meisten profitieren).
- > **schaffen** ein (kantonsübergreifendes) Fachgremium, das die Akteure bei der Gestaltung von neuartigen Versorgungs- und Vergütungsmodellen berät (die betroffenen Menschen sind angemessen in diesem Gremium vertreten).
- > **initiiieren** und unterstützen zielgruppengerechte Präventionsprogramme zu Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit.



Die Gemeinden

- > **fördern** in Leistungsaufträgen an Versorgungseinrichtungen die bessere Integration der Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Menschen und knüpfen diese an Vernetzungs- und Performancekriterien.
- > **schaffen** die Möglichkeit, dass Leistungsaufträge für die Versorgung von chronisch kranken Menschen an Leistungserbringergruppen vergeben werden können (die dafür eine eigenständige Trägerschaft bilden). Diese Leistungserbringergruppen können auch kantonsübergreifend tätig sein.
- > **unterstützen** den Aufbau von regionalen Chronic-Care-Zentren. Deren Einzugsgebiet kann auch Kantons-grenzen überschreiten.
- > **beteiligen** sich – in Absprache mit dem Kanton und Nachbargemeinden – am Aufbau von regionalen Chronic-Care-Zentren.
- > **regeln** in Leistungsverträgen mit Spitex-Organisationen und Pflegeheimen die Vernetzung und Abstimmung mit anderen Leistungserbringern sowie die Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei Patienten mit chronischen Krankheiten.
- > **fördern** die Nachbarschaftshilfe und Freiwilligenarbeit als wichtige Stützen, damit chronisch und mehrfach kranke Menschen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung leben können.
- > **vernetzen** sich miteinander und entwickeln – zusammen mit Schulen, Vereinen, Arbeitgebern etc. – regionale Initiativen zu Gesundheitsförderung, Früherkennung und Prävention.

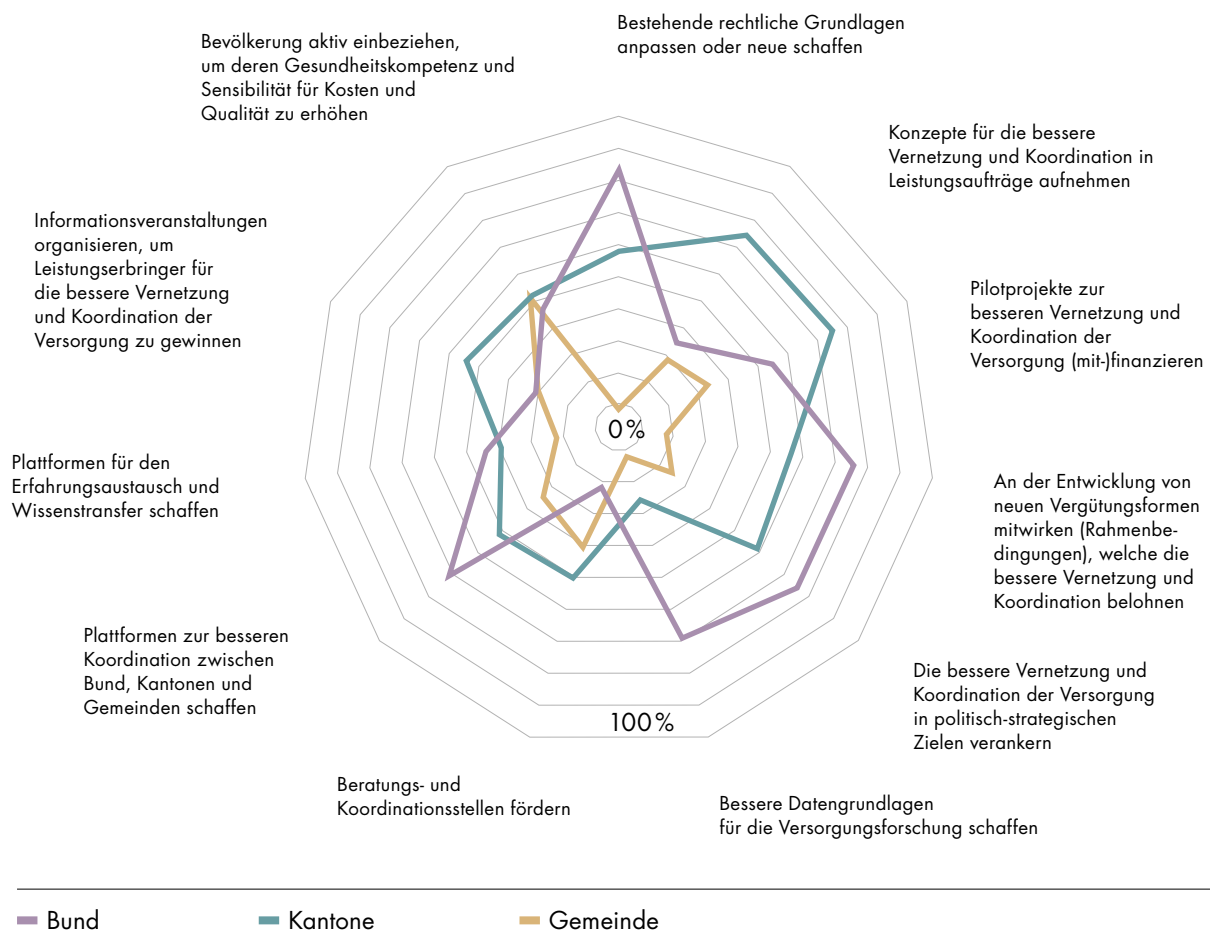


Die Kantone

Handlungsfeld 2

Patienten (und ihre Vertrauenspersonen) konsequent in die Behandlung und Betreuung einbeziehen

Die Patienten und Patientinnen sind die einzigen (allenfalls noch ihre Vertrauenspersonen), die den ganzen Krankheit- und Behandlungsverlauf überblicken. Wird dieses Wissen systematisch erfasst und einbezogen, können Fachpersonen die einzelnen Schritte besser aufeinander abstimmen. Und je besser die Betroffenen einbezogen sind, desto eher halten sie sich an Vorgaben und Empfehlungen zur Therapie. Auch Angehörige und andere Vertrauenspersonen können den Behandlungs- und Betreuungsverlauf positiv beeinflussen, wenn sie frühzeitig einbezogen werden. Ausserdem gilt es, Patienten und Fachpersonen für den Einsatz von digitalen Hilfsmitteln zu befähigen und bei allen die Gesundheitskompetenz zu erhöhen.



Handlungsfeld 2: Erwartungen der nichtstaatlichen Akteure an Bund, Kantone und Gemeinden

Rollenszenario zum Handlungsfeld 2



Der Bund

- > **schafft** die rechtlichen Voraussetzungen, damit Kantone in Leistungsaufträgen an Versorgungseinrichtungen Vorgaben machen können zu patientenorientierten Outcome-Parametern; ebenso, dass Versicherer die Leistungsvergütung mit patientenorientierten Outcome-Parametern verknüpfen können.
- > **fördert** – zusammen mit Patientenorganisationen und Gesundheitsligen – den Zugang zu validierten Gesundheitsinformationen sowie die Verfügbarkeit von Qualitäts- und Outcome-Daten der Leistungserbringer.
- > **fördert** die Ausbreitung des elektronischen Patientendossiers bei Versicherten, Patienten und ambulanten Leistungserbringern.
- > **initiiert** ein Monitoring der Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungs-/Patientengruppen und Regionen
- > **unterstützt** Initiativen zur Förderung der Gesundheitskompetenz im Kinder- und Jugendalter (z.B. Elternbildung, Peer Education/Tutoring, Unterrichtsmodule).
- > **unterstützt** soziale Netzwerke von krankheits-/patientenspezifischen Gemeinschaften, um deren Erfahrungswissen besser nutzbar machen zu können.



Die Kantone

- > **initiierten** – zusammen mit anderen Kantonen, Gesundheitsligen und weiteren Partnern – Informationszentren, die Versicherte, Patienten und deren Vertrauenspersonen beraten und weiterbilden, namentlich bei der Wahl von Leistungserbringern, der Überprüfung von Indikationen und dem Selbstmanagement von (chronischen) Krankheiten.
- > **starten** – zusammen mit Leistungserbringer-Organisationen – die Initiative «Gemeinsam für Ihre Gesundheit»: Die beteiligten Fachpersonen und Institutionen binden Patienten systematisch in Therapie-Entscheidung ein, fördern die virtuelle Begleitung der Therapie (Telemonitoring) und unterstützen die Betreuung zu Hause (Home Care).

- > **ergänzen** Leistungsaufträge an Versorgungseinrichtungen mit patientenorientierten Qualitäts- und Outcome-Indikatoren und verlangen die Veröffentlichung der Resultate.
- > **verpflichten** ambulante und stationäre Einrichtungen, Patientenbeiräte einzurichten, welche die Bedürfnisse von Patienten – insbesondere von chronisch kranken – aufnehmen und in die Behandlungs- und Betreuungsprozesse einbringen.
- > **verpflichten** Bildungseinrichtungen, die Gesundheitskompetenz in ihren Lehrplänen stärker zu gewichten.
- > **fördern** – zusammen mit Partnern – Unterstützungsangebote für betagte Patienten (und deren Vertrauenspersonen) in der Anwendung des elektronischen Patientendossiers.
- > **fördern** – in Absprache mit den Gemeinden – die Nachbarschaftshilfe und Freiwilligenarbeit als Grundlage für wohnortnahe Betreuungsnetzwerke.



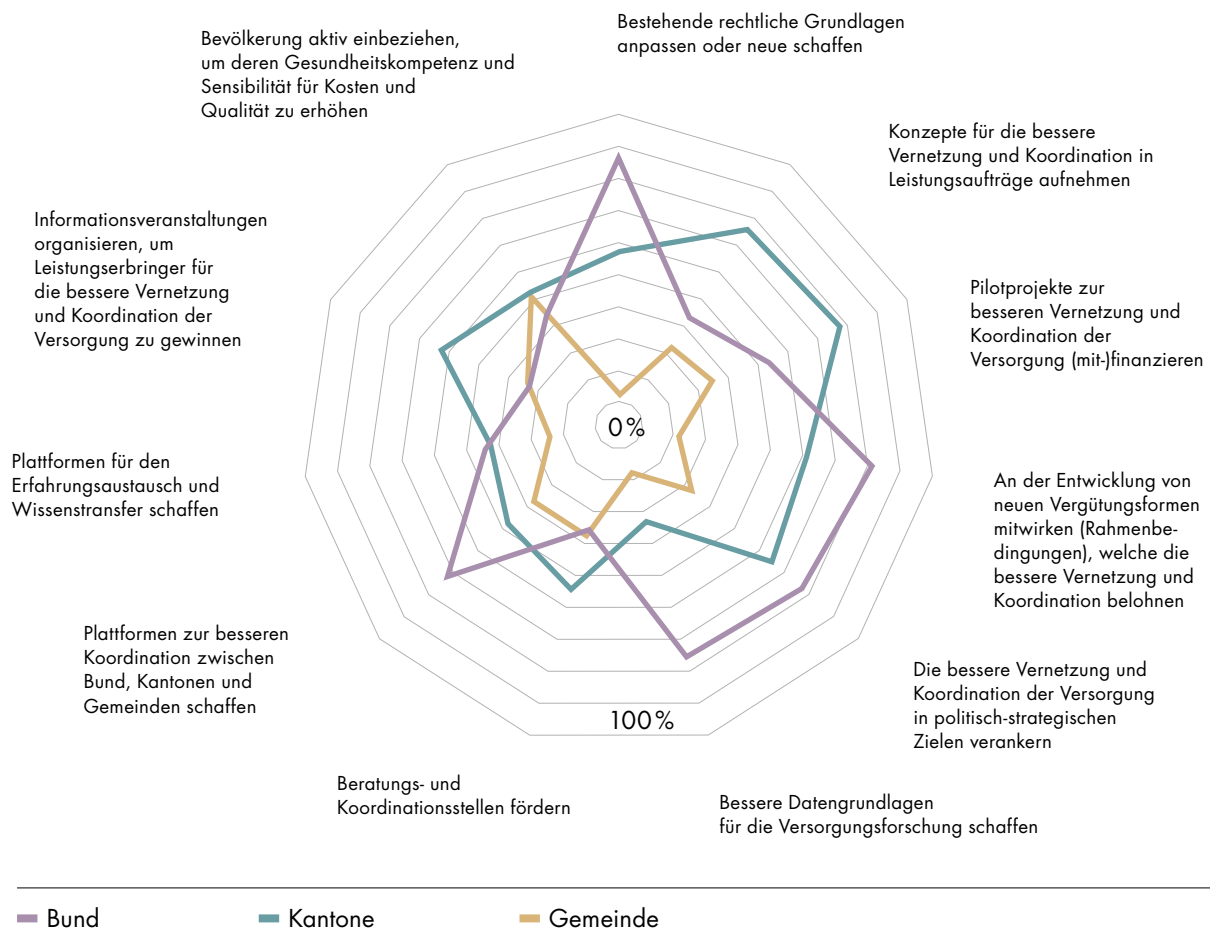
Die Gemeinden

- > **beteiligen** sich an Unterstützungsangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund mit dem Ziel, deren Gesundheits- und Patientenkompetenz zu stärken.
- > **richten** – zusammen mit Partnern – Gesundheitskioske ein, in denen Versicherte und Patienten qualitätsgesicherte und neutrale Informations- und Beratungsleistungen nutzen können.
- > **unterstützen** krankheitsübergreifende Programme zur Förderung des Gesundheits- und Selbstmanagements von Patientinnen und Patienten, welche die Perspektive und Probleme der Betroffenen und ihrer Vertrauenspersonen in den Mittelpunkt rücken.
- > **fördern** – zusammen mit Leistungserbringern, Bildungsinstitutionen, Vereinen, Selbsthilfegruppen etc. – wohnortnahe Veranstaltungen und Aktionen zu Gesundheitsförderung, Früherkennung und Prävention.
- > **fördern** – zusammen mit Partnern – kleinräumige, auf Nachbarschaftshilfe und Freiwilligkeit basierende Betreuungsstrukturen (Caring Communities).

Handlungsfeld 3

Die medizinisch-pflegerische Grundversorgung in ländlichen Gebieten langfristig gewährleisten

Für viele Hausarztpraxen, besonders auf dem Lande, lassen sich keine Nachfolger finden. Denn eine deutliche Mehrheit der jüngeren Hausärzte (Frauen wie Männer) will Teilzeit arbeiten und (primär) angestellt sein. Andererseits ist eine umfassende wohnortnahe Grundversorgung ein ausgeprägtes Bedürfnis der Bevölkerung und ein Standortvorteil für eine Gemeinde oder Region. Deshalb gilt es, die Grundversorgung in ländlichen Gebieten neu zu organisieren: regionale Versorgungsnetze, die auf interprofessionelle Teamleistungen ausgerichtet sind; kompetenzorientierte Aufgabenteilungen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonen; Einsatz von digitalen Hilfsmitteln, um die Menschen orts- und zeitunabhängig zu begleiten (z.B. hospital@home, Telemonitoring, Active Assisted Living).



Handlungsfeld 3: Erwartungen der nichtstaatlichen Akteure an Bund, Kantone und Gemeinden

Rollenszenario zum Handlungsfeld 3



Der Bund

- > **schafft** den rechtlichen Rahmen, damit die gesamte Grundversorgung (ambulant und stationär) kantonsübergreifend gestaltet und finanziert werden kann.
- > **schafft** die Voraussetzungen, damit für neue Formen der Grundversorgung (z.B. regionale, bevölkerungsorientierte Modelle) auch neue Vergütungsformen zur Anwendung kommen (z.B. Population-based Payment).
- > **schafft** den rechtlichen Rahmen, damit Krankenversicherer ihre Rabatte für alternative Versicherungsmodelle derart differenzieren müssen, dass Modelle mit vertraglich verbundenen Ärzte- und Versorgungsnetzen gegenüber Modellen mit Ärztelisten begünstigt werden.
- > **schafft** die Voraussetzungen, damit nichtärztliche Fachpersonen mit einer tertiären Weiterbildung (z.B. Pflegeexpertinnen, Medizinische Praxiskoordinatorinnen) im Rahmen eines integrierten Versorgungsmodells über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung abrechnen können und damit gewisse Leistungen übernehmen, die sonst von Ärzten ausgeführt werden.
- > **schafft** den rechtlichen Rahmen, um die Zusammenarbeit von Kantonen bei der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften zu unterstützen.
- > **fördern** und unterstützen den Einsatz von mobilen Diensten (Flying Health Professionals).
- > **initiiieren** mit Partnern zusammen Modellregionen, in denen Patientinnen und Patienten dank digitalen und mobilen Dienstleistungen primär zu Hause versorgt werden und rund um die Uhr mit Interventionszentren verbunden sind (z.B. telemedizinische Unterstützung bei der Therapie, Telemonitoring, Flying Health Professionals, logistische Leistungen für die [Wieder-]Beschaffung von Medikamenten, digital unterstützte Sicherheitseinrichtungen).
- > **suchen** zusammen mit Nachbarkantonen (oder -ländern) nach grenzüberschreitenden Lösungen.



Die Gemeinden

- > **erklären** die Sicherung der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung zu einer regionalen Verbundaufgabe und verankern sie in ihren Leitbildern/Strategien.
- > **initiiieren** und unterstützen den Aufbau von Gruppenpraxen, Gesundheitshäusern, Versorgungsnetzen, mobilen Diensten als Teil von integrierten Versorgungsmodellen (z.B. Umzonungen, Unterstützung bei der Raumsuche, Darlehen, Mieterleichterungen, Verkehrserschliessungen).
- > **initiiieren** eine Trägerschaft für die lokale/regionale Gesundheitsversorgung, an der sich auch die Bevölkerung beteiligen kann (z.B. Genossenschaft, Verein).
- > **initiiieren** regionale Informations-, Beratungs- und Triage-Stellen («Drehscheibe»), dank denen hilfeschende Menschen rasch zum geeigneten Angebot finden.
- > **schaffen** Anreize und erbringen Dienstleistungen, um den Aufbau von regionalen, bevölkerungsorientierten Versorgungsmodellen zu unterstützen (z.B. Motivation von anderen Gemeinden, Koordination, Suche nach Investoren). Diese Modelle sind interprofessionell ausgelegt, entlasten die Ärzteschaft, nutzen die Digitalisierung, fördern die Eigenverantwortung und kleinräumige Sozialstrukturen (Nachbarschaftshilfe, Caring Communities).
- > **erarbeiten** – zusammen mit Leistungserbringern und weiteren Partnern – Informationsmaterial, das die Bevölkerung zu mehr Selbstsorge befähigt und zeigt, welcher Leistungserbringer in welcher Situation die erste Anlaufstelle sein sollte.
- > **unterstützen** den Aufbau von regionalen Versorgungsnetzen mit neuen Aufgabenteilungen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonen (z.B. Gesundheitsregionen, Medical Home).
- > **schaffen** förderliche Rahmenbedingungen für Versorgungszentren (Gruppenpraxen) und integrierte Versorgungsmodelle in ländlichen/peripheren Regionen und schreiben entsprechende Leistungsaufträge aus.
- > **ergänzen** ihre Leistungsaufträge an Versorgungseinrichtungen mit Bestimmungen, welche die sektorenübergreifende Integration peripherer (ambulanter) Leistungsanbieter sowie mobile Dienste unterstützen.
- > **schaffen** Anreize für die bedarfsgerechte regionale Verteilung von personellen, fachlichen, infrastrukturellen und technischen Ressourcen.

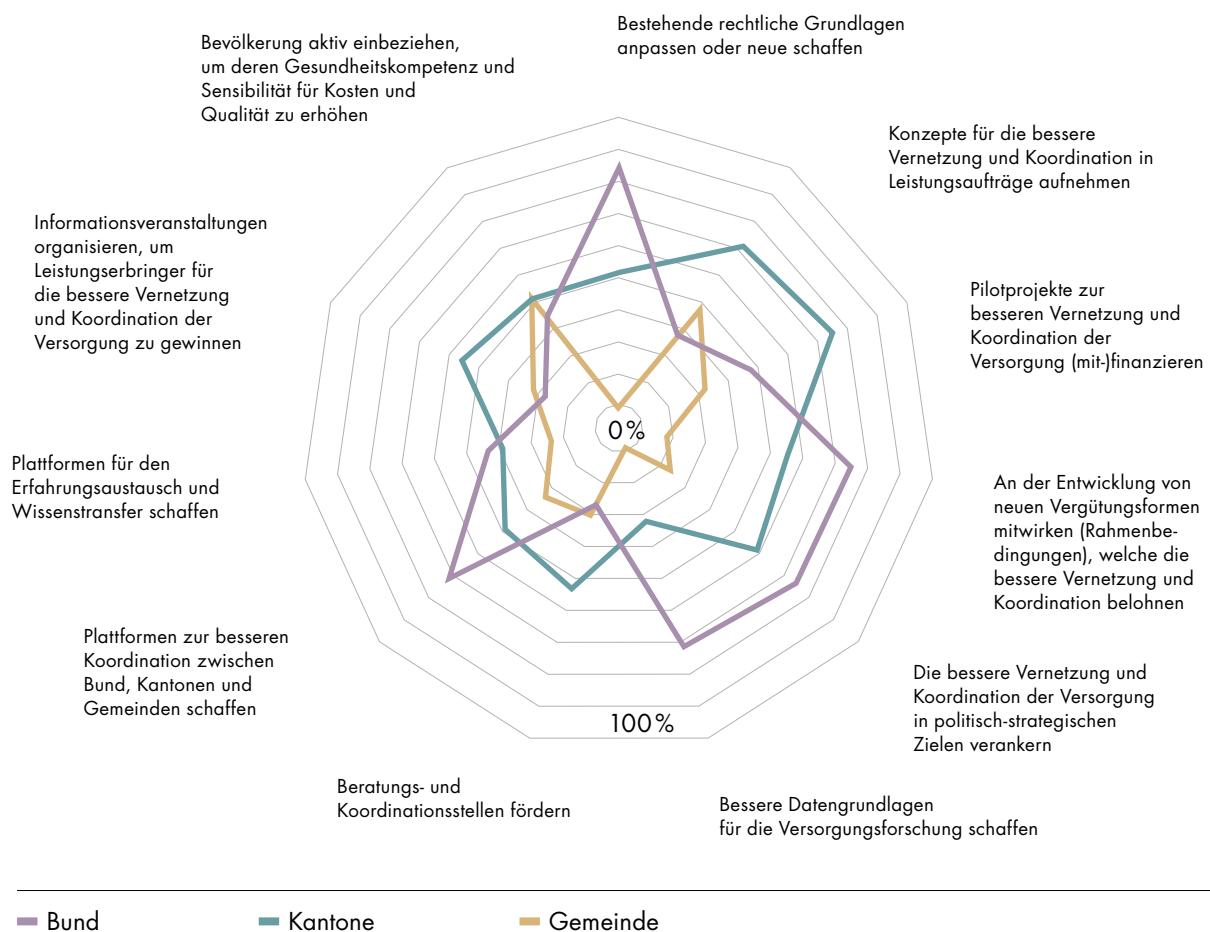


Die Kantone

Handlungsfeld 4

Die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen verbessern (Interprofessionalität)

Die medizinisch-pflegerische, therapeutische und soziale Patientenversorgung der Zukunft ist eine interprofessionelle Teamleistung. Dafür braucht es eine neue Arbeits- und Kommunikationskultur: delegieren, was nicht zwingend selber gemacht werden muss; die Fähigkeiten und Fertigkeiten der anderen Berufsgruppen anerkennen und ihnen vertrauen; sich auf Augenhöhe begegnen, unabhängig von der Grundausbildung; unbefriedigende Behandlungsverläufe im Team analysieren (ohne Schuldzuweisungen); die Patienten und ihre Vertrauenspersonen als Partner und Teammitglieder sehen. Solche interprofessionelle Zusammenarbeit will *gemeinsam* erlernt und erprobt sein. Und es braucht sektorenübergreifende Netzwerke, die auf interprofessionelle und gleichwertige Zusammenarbeit ausgerichtet sind.



Handlungsfeld 4: Erwartungen der nichtstaatlichen Akteure an Bund, Kantone und Gemeinden

Rollenszenario zum Handlungsfeld 4



Der Bund

- > **überprüft**, ob die bestehenden Rechtgrundlagen die interprofessionelle Zusammenarbeit eher fördern oder behindern und passt sie wo nötig an.
- > **stellt** – in Zusammenarbeit mit den Kantonen – sicher, dass Themen der Interprofessionalität und Zusammenarbeit in allen Grundausbildungen der Gesundheitsberufe sowohl in den Lehrplänen verankert als auch interprofessionell gelehrt bzw. gelernt werden.
- > **schafft** die Voraussetzungen, damit interprofessionelle Zusammenarbeitsformen, die heute nicht vergütet sind, künftig über die Grundversicherung verrechnet werden können (z.B. Koordinationsaufwand).
- > **schafft** die Voraussetzungen, damit nichtärztliche Fachpersonen mit höherer Qualifikation über die Grundversicherung abrechnen können (z.B. Pflegeexpertin/ANP, Medizinische Praxiskoordinatorin). Dies betrifft insbesondere Leistungen, die heute von Ärzten ausgeführt werden.
- > **initiiert** und unterstützt einen Lehrgang für Personen, die interprofessionelle Behandlungs- und Betreuungsteams begleiten und coachen können.



Die Kantone

- > **erweitern** Leistungsaufträge an Versorgungseinrichtungen mit Vorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Stellen, namentlich bei der Betreuung von chronisch kranken und betagten Menschen.
- > **erhöhen** in Leistungsaufträgen die Mindestfallzahlen für bestimmte spezialisierte Leistungsgruppen, um die dafür notwendige Expertise zu konzentrieren und die Anforderungen an die komplexe Zusammenarbeit zu bündeln.
- > **unterstützen** den Aufbau von interprofessionellen Versorgungsnetzen mit neuen Aufgabenteilungen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonen wie Medizinischen Praxiskoordinatorinnen, Pflegeexpertinnen und Apothekern (Gesundheitsregionen, Medical Home).
- > **unterstützen** die eHealth-Gemeinschaften dabei, möglichst viele ambulante Leistungserbringer für das elektronische

Patientendossier zu gewinnen. Dadurch steigt die Menge der verfügbaren Daten und der Behandlungsverlauf wird transparenter.

- > **formulieren** in Leistungsaufträgen an Universitäten, Fachhochschulen und Berufsschulen Vorgaben für die konsequente Integration der interprofessionellen Zusammenarbeit in die Aus- und Weiterbildung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen (z.B. Simulationstraining).
- > **schaffen** – in Zusammenarbeit mit dem Bund – Voraussetzungen, damit Best-Practice-Ansätze aus dem In- und Ausland evaluiert und Empfehlungen für Bildungsinstitutionen und den Versorgungsalltag erarbeitet werden.
- > **organisieren** regelmässig Veranstaltungen zur Interprofessionalität, in denen Modelle und praktische Beispiele präsentiert und diskutiert werden.



Die Gemeinden

- > **sensibilisieren** die Bevölkerung – zusammen mit dem Kanton und Leistungserbringern – für die Notwendigkeit von neuen interprofessionellen Versorgungskonzepten mit einem hohen Anteil an nichtärztlichen Fachpersonen wie Medizinischen Praxiskoordinatorinnen, Pflegeexpertinnen und Apothekern.
- > **richten** – im Verbund – regionale Informations-, Beratungs- und Triage-Stellen ein für Menschen mit pflegerischem, sozialem und finanziellem Unterstützungsbedarf («Drehscheibe»). Die eingebundenen Organisationen und Einrichtungen verpflichten sich, besser zusammenzuarbeiten und ihre Angebote aufeinander abzustimmen.
- > **fördern** in den Leistungsverträgen mit Spitex-Organisationen und Pflegeheimen die Abstimmung und Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern.
- > **fördern** in den Gesundheitszentren und Versorgungsnetzen, die sie unterstützen, die interprofessionelle Behandlung und Betreuung.
- > **nutzen** lokale und regionale Veranstaltungen (z.B. Gewerbeausstellungen, Gemeindeversammlungen), um die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung zu präsentieren und zu diskutieren.

Handlungsempfehlungen für Leistungserbringer und Versicherer

Dieser Denkstoff beschreibt die möglichen künftigen Rollen von Bund, Kantonen und Gemeinden in der Integrierten Versorgung. Anlass war die Feststellung, dass diese seit einigen Jahren deutlich aktiver sind bei der besseren Vernetzung und Koordination der Versorgungspartner.

Klar ist aber: Bund, Kantone und Gemeinden können die Integrierte Versorgung – bzw. die vier ausgewählten Handlungsfelder – nicht alleine in die gewünschte Richtung entwickeln. Es braucht, mehr denn je, die Bereitschaft *aller* Versorgungspartner zur besseren Vernetzung und Koordination (Leistungserbringer, Patienten, Versicherer, Bildung, Forschung). Und es braucht die Bereitschaft der staatlichen wie auch der nichtstaatlichen Akteure, *gemeinsam* nach Lösungen zu suchen für die künftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung: zum Beispiel bei der Entwicklung von neuen Versorgungs- und Vergütungsmodellen; bei der Aus- und Weiterbildung der benötigten Fachpersonen; beim Einbezug der Versicherten und Patienten in Prävention und Behandlung; bei der Digitalisierung und der datenbasierten Qualitätssicherung; bei der Verbindung von Gesundheits- und Sozialwesen.

Weil dieses Gemeinsame so zentral ist, enthalten viele der vorgeschlagenen staatlichen Massnahmen den Hinweis «zusammen mit». Denn das Gesundheitswesen ist besonders geeignet für Partnerschaften zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren (Public Private Partnership). Gleichzeitig stellt sich die Frage, welche Handlungsoptionen die Leistungserbringer und Versicherer in der Integrierten Versorgung der Zukunft haben – hier eine Auswahl.

Leistungserbringer

- Leistungserbringer bauen regionale, interprofessionelle Chronic Care Center auf. Patienten, die nicht mehr reisefähig sind, werden von mobilen Fachteams betreut oder nutzen digitale Hilfsmittel. Die Betreuungsteams pflegen eine ausgeprägte «Kultur auf Augenhöhe».
- Grosse Versorgungseinrichtungen eröffnen Gesundheitsläden, in denen Versicherte, Patienten und ihre Vertrauenspersonen qualitätsgesicherte und neutrale

Informationen und Beratung erhalten. Dazu gehören auch die Wahl und Instruktion von therapieunterstützenden Geräten für den Gebrauch zu Hause.

- Leistungserbringer und Versicherer handeln neue Vertragsmodelle aus, welche einerseits Koordinationsleistungen vergüten, andererseits den elektronischen Informations- und Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern mit Anreizen fördern.
- Leistungserbringer und Versicherer vereinbaren den Einsatz von modernen Instrumenten zur Qualitätssicherung (z.B. Patient Reported Outcome Measures PROMs). Diese sollen insbesondere helfen, die Indikationsqualität zu überprüfen und zu verbessern.
- Gestützt auf solche und andere Outcome- bzw. Performance-orientierte Instrumente (z.B. ICHOM), vereinbaren Leistungserbringer und Versicherer neue Vertrags- und Vergütungsmodelle.
- Das Swiss Personalized Health Network initiiert das Swiss Health Data Trust Center, das Patienten- und Krankheitsdaten systematisch sammelt und auswertet (Versorgungsforschung). Leistungserbringer und Versicherer schaffen Anreize dafür. Falls dies nicht ausreicht, können Bund und Kantone die Leistungserbringer zur Lieferung der Daten verpflichten.
- Das Swiss Health Data Trust Center legt auch Register für chronische kranke Menschen an, um die Langzeitversorgung zu evaluieren und zu verbessern.
- Patientenorientierte Organisationen, insbesondere Gesundheitsligen, unterstützen Stammgemeinschaften mit Gesundheitsportalen, die auch den Zugang zum elektronischen Patientendossier bieten.
- Diese Portale enthalten zahlreiche krankheitsspezifische Dienstleistungen, z.B. Beratungen bei der Wahl einer Therapie, eines Medikaments oder eines Leistungserbringers; Unterstützung beim Einsatz von digitalen Hilfsmitteln; Vernetzung mit anderen Betroffenen (Communities).

- Konsumenten- und Patientenorganisationen fördern die Gesundheits- und Handlungskompetenz von Krankenversicherten und Patienten mit gezielten Angeboten, zum Beispiel: individuelle Beratung («Ich benötige ein neues Kniegelenk. Wer macht das am besten?»); ein alternatives Versicherungsprodukt für die Grundversicherung mit Anreizen, die das Verhalten günstig beeinflussen; qualitätsgesicherte und neutrale Gesundheitsinformationen; Online-Coaching zu Bewegung, Ernährung, psychischer Gesundheit etc.; ein Online-Shop für qualitätsgeprüfte Gesundheitsprodukte; Bewertungen von Leistungserbringern und Versicherern; Unterstützung, wenn ein Versicherer eine Leistung verweigert («Pannenhilfe»).

Versicherer

- schaffen Anreize für Versicherte, um das Eröffnen und Anwenden des elektronischen Patientendossiers zu fördern.
- schaffen Anreize, damit Leistungserbringer ihre Patienten- und Krankheitsdaten dem Swiss Health Data Trust Center zur Verfügung stellen.
- entwickeln Versicherungsprodukte, die auf wissenschaftlich evaluierten Datenauswertungen basieren. Dadurch lassen sich Rabatte feiner abstufen oder können den Versicherten ganz gezielt Zusatzleistungen angeboten werden.
- entwickeln mit Leistungserbringern zusammen Vertragsmodelle, die auf Outcome-Daten basieren und Performance-orientierte Vergütungen enthalten.
- entwickeln mit Leistungserbringern zusammen Versorgungs- und Versicherungsmodelle für chronisch kranke Menschen, insbesondere für regionale Chronic Care Center.

Literatur

Atun, R., de Jongh, T., Secchi, F., Ohiri, K., Adeyi, O. (2010).

A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. In: Health policy and planning 25 (1), S. 1–14.

Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I. Integrated care organizations in Switzerland. International Journal of Integrated Care 2011; Volume 11, 14 March 2011.

Braun D, Giraud O. Steuerungsinstrumente. In: Schubert, K., Bandelow, N. (Hrsg.). Lehrbuch der Politikfeldanalyse: Oldenbourg Verlag, München – Wien 2003, 147-173

Ebert S, Peytremann-Bridevaux I, Senn N. (2015). Les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse (Obsan Dossier 44). Observatoire suisse de la santé. Neuchâtel.

Maruthappu, M., Hasan, A., Zeltner, T. (2015). Enablers and Barriers in Implementing Integrated Care. In: Health Systems & Reform 1 (4), S. 250–256

Schedler K. Public Management und Public Governance. In: Benz A, Lütz S, Schimank U, Simonis G (Hrsg.). Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007, 253-268

Schedler, K. (2015). Die Governance des Gesundheitswesens. St. Gallen: Institut für Systemisches Management und Public Governance der Universität St. Gallen. IMPacts Ausgabe (9), S. 5–7.

Schusselé-Fillietaz, S., Kohler, D., Berchtold, P., Peytremann-Bridevaux, I. (2017). L'Enquête suisse sur les soins intégrés (2015–2016), est le premier état des lieux systématique décrivant les initiatives des soins intégrés existant en Suisse. Observatoire suisse de la santé (Obsan). Neuchâtel.

Anwendungsbeispiele auf einen Blick

29 Mehr Koordination verspricht mehr
Qualität und weniger Kosten

30 Gesundheitsnetzwerk Uri:
Grundversorgung für alle

31 Une promotion «innovante»
de la santé à tous les âges

32 So funktioniert Innovation im
Thurgauer Gesundheitswesen

33 Des personnes âgées dans
le réseau socio-sanitaire

34 INSPIRE: Pflegegeleite
integrierte Versorgung Baselland

35 Soutenir la transformation
du système de santé

36 Die Balance
suchen und finden

37 Vaud joue pleinement
son rôle de moteur

38 Der Mensch im Mittelpunkt,
nicht Krankheiten

39 Projet anticipé des soins:
un modèle pour des soins intégrés

40 Regionale Netzwerke für
klinische Forschung

Mehr Koordination verspricht mehr Qualität und weniger Kosten

Die Koordination der Versorgung soll da verstärkt werden, wo es am meisten Nutzen bringt. Deshalb konzentriert sich der Bund bei seinen Aktivitäten auf ausgewählte Patientengruppen.

Der Bundesrat hat sich zum Ziel gesetzt, das Kostenwachstum im Schweizer Gesundheitswesen zu dämpfen. Mit einem Kostendämpfungspaket soll dazu beigetragen werden, unnötige und vermeidbare medizinische Leistungen zu verhindern. «Koordinierte Versorgung stärken» ist eine der vorgeschlagenen Massnahmen [1].

Beim Bundesamt für Gesundheit BAG laufen verschiedene Aktivitäten, um diese Massnahme umzusetzen. Dabei besteht Konsens, dass die koordinierte Versorgung insbesondere für jene Patientengruppen verstärkt werden muss, die viele Leistungen von unterschiedlichen Leistungserbringern beanspruchen, sogenannte koordinationsintensive Patientinnen und Patienten [2]. Bei dieser Gruppe wiegt der Nutzen einer verbesserten Koordination am höchsten:

1. eine bessere Qualität der Behandlung und Betreuung für die Patientinnen und Patienten,
2. Effizienzgewinne aufgrund der besseren Zusammenarbeit von Gesundheitsfachpersonen verschiedener Berufsgruppen und Einrichtungen sowie Task shifting,
3. Kosteneinsparungen aufgrund vermiedener Doppelspurigkeiten und unnötiger Behandlungen.

Verbesserung der Rahmenbedingungen

Das BAG hat 2015 das Projekt «Koordinierte Versorgung» lanciert. Es hat zum Ziel, die koordinierte Versorgung für ausgewählte Patientengruppen bzw. an spezifischen Schnittstellen zu verbessern. Auf der Grundlage verschiedener Studien und einer Befragung wurden drei Gruppen ausgewählt, die berücksichtigt werden sollten: (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten; psychisch kranke Menschen mit gleichzeitig somatischer Erkrankung; Kinder und Jugendliche mit schwerwiegenden chronischen Krankheiten.

Massnahmen für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten wurden bereits erfolgreich umgesetzt. Für die Versorgung von psychisch kranken Menschen mit gleichzeitig somatischer Erkrankung werden in einem Bericht Modelle guter Praxis aufgezeigt. Aus der Forschung und Theorie ist bekannt, dass die koordinierte Versorgung für diese Patientengruppe besonders wichtig und notwendig ist. Es gibt bislang jedoch wenige Kenntnisse darüber, wie Modelle einer koordinierten Versorgung praktisch umgesetzt werden können. Um diese Lücke zu schliessen, werden acht verschiedene Modelle, deren Umsetzung, Nutzen, Chancen und Herausforderungen beschrieben und vertieft analysiert [3].

Ein weiteres Ziel des Projektes ist es, die Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung zu überprüfen und allenfalls zu verbessern. Zu diesem Zweck wurde ein Handbuch zur Abgeltung von speziellen

Lea von Wartburg, Projektleiterin Koordinierte Versorgung, Bundesamt für Gesundheit
www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung

Kontakt: Lea von Wartburg,
lea.vonwartburg@bag.admin.ch

Leistungen der koordinierten Versorgung erstellt. Der Schwerpunkt liegt auf den Schnittstellen zwischen der akutstationären Versorgung und den vor- und nachgelagerten Bereichen sowie auf den derzeit geltenden Abgeltungsmodalitäten. In elf Fallbeispielen werden Situationen beschrieben, in denen Unklarheiten bezüglich der Abgeltung bestehen. Diese Fallbeispiele wurden juristisch beurteilt und mit einer Handlungsempfehlung für die Leistungserbringer und Kostenträger versehen [4].

Interprofessionelle Zusammenarbeit fördern

Das Projekt «Koordinierte Versorgung» trägt zwar dazu bei, die Koordination an spezifischen Schnittstellen zu verbessern. Doch eine übergeordnet verstärkte Koordination der verschiedenen Gesundheitsfachpersonen wird damit nicht erreicht. Deshalb werden im BAG zusätzliche Überlegungen angestellt, wie man interprofessionelle Grundversorgungsstrukturen fördern könnte.

Im Fokus stehen auch hier (ältere) Personen mit (mehrfachen) chronischen Erkrankungen, die dauerhaft im Gesundheitssystem sind und viele Leistungen von verschiedenen Leistungserbringern beanspruchen. Ziel ist es, die Versorgungsstrukturen derart weiterzuentwickeln, dass die Behandlung und Betreuung künftig als Gesamtleistung erbracht wird. Dazu braucht es verbindlichere Zusammenarbeitsformen der Gesundheitsfachpersonen.

Das BAG hat am 7. November 2017 zusammen mit dem «European Observatory on Health Systems and Policies» einen Policy Dialogue organisiert, um zu diskutieren, wie solche Modelle in der Schweiz aussehen und umgesetzt werden können. Die Diskussion mit schweizerischen und internationalen Fachleuten zeigte, dass der Ansatz grundsätzlich positiv aufgenommen und als notwendig erachtet wird.

Literatur

- 1 Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe vom 24. August 2017
- 2 Volken T., Bopp M., Rüsch P. (2014): Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweizer Bevölkerung. Auswertung der Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Schlussbericht
- 3 Spiess, M., Ruffin, R. (2018). Koordinierte Versorgung an der Schnittstelle (Akut)Psychiatrie – Akutsomatik. Modelle guter Praxis. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Oktober 2018, Bern.
- 4 Giger M., Staffelbach D. (2018): Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung. Handbuch im Rahmen des Projekts «Koordinierte Versorgung» des Bundesamtes für Gesundheit, Bern.

Gesundheitsnetzwerk Uri: Grundversorgung für alle

Im September 2013 hat der Kanton Uri das Projekt «Gesundheitsnetzwerk Uri» gestartet mit dem Ziel, nachhaltige Massnahmen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung zu entwickeln und umzusetzen.

Uri hat schweizweit eine der tiefsten Ärztedichten. Zudem erreicht in den kommenden Jahren ein Grossteil der Urner Hausärztinnen und Hausärzte das Pensionsalter. Die aktuellen Geschäftsmodelle ländlicher Einzelpraxen mit hohen Präsenzzeiten sind für die künftige Generation von Ärztinnen und Ärzten unattraktiv. Folglich besteht im Kanton Uri Handlungsbedarf bei der medizinischen Grundversorgung. Dabei ist es primäre Aufgabe der Gemeinden und des Kantons, gemeinsam geeignete Voraussetzungen für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu schaffen. Vor diesem Hintergrund hat die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion 2013 das Projekt «Gesundheitsnetzwerk Uri» lanciert.

Zudem hat das Urner Stimmvolk im Juni 2016 einer Änderung des Urner Gesundheitsgesetzes zugestimmt (Förderung der medizinischen Grundversorgung). Damit ist es dem Kanton und auch den Gemeinden möglich, via Fördermassnahmen und Anreizsysteme einer allfälligen Unterversorgung entgegenzuwirken bzw. die bestehende Grundversorgung zu erhalten und zu verbessern.

Das «Gesundheitsnetzwerk Uri» hat die Struktur eines Rahmenprojektes mit verschiedenen Teilprojekten (Abbildung 1). Unter dem Dach von «Gesundheitsnetzwerk Uri» werden zurzeit folgende Teilprojekte bzw. folgende Massnahmen durchgeführt:

- **«uriMed - Junges Ärztenetzwerk Uri»** will junge Urnerinnen und Urner während des Medizinstudiums und während der anschliessenden Assistenzzeit begleiten und unterstützen. Das Ziel ist, die angehenden Ärztinnen und Ärzte dazu zu motivieren, später einmal im Kanton Uri zu praktizieren. Es werden pro Jahr zwei Veranstaltungen mit verschiedenen Inhalten durchgeführt.
- Unter der Leitung des Instituts für Hausarztmedizin und Community Care Luzern wird seit August 2017 das Pilotprojekt «ANP Uri: Interprofessionelle Arbeitsteilung zwischen Nurse Practitioner und Hausarzt/Hausärztin» umgesetzt und wissenschaftlich begleitet. Dabei ist eine klinische Pflegeexpertin (Nurse Practitioner) mit erweiterten Kompetenzen (Advanced Nursing Practice ANP) in einer hausärztlichen Doppelpraxis tätig. Im Verlaufe der 3-jährigen Projektdauer wird die Rolle der Pflegeexpertin, insbesondere ihre Tätigkeiten und Einsatzgebiete, in der Hausarztpraxis erprobt und evaluiert. Der Kanton Uri und die CSS Versicherungen unterstützen das Projekt finanziell. In dieser Konstellation ist dieses Pilotprojekt in der Schweiz neu- und einzigartig.

Beat Planzer, Abteilungsleiter Amt für Gesundheit Uri
www.ur.ch/gesundheitsnetzwerk

Kontakt: Beat Planzer, planzer.beat@ur.ch

- Der Urner Landrat hat im November 2017 die Einführung einer **Bereitschaftsentschädigung für Hebammen** beschlossen. Mit der neuen Regelung erhalten die Urner Hebammen vom Kanton bei einer Haus- oder Beleghebben-Geburt eine pauschale Bereitschaftsentschädigung. Das Ziel ist, die Leistungen der Hebammen als wichtiger Teil der medizinischen Grundversorgung zu stärken.
- Dank der neuen gesetzlichen Grundlage kann der Kanton die Gemeinden bei der **Förderung einzelner Grundversorger** finanziell unterstützen. So wurde bereits zwei Gemeinden ein paritätischer Beitrag des Kantons ausgerichtet. Diese beiden Gemeinden haben im Rahmen eines sechsmonatigen Pilotprojekts einer Hausarztpraxis kostenlos Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt. Damit kann in diesen beiden Gemeinden an zwei Halbtagen pro Woche eine «Satelliten-Hausarzt-Praxis» betrieben werden.
- Der Kanton finanziert zudem unter dem «Gesundheitsnetzwerk Uri» auch **die ärztliche Praxisassistentenz** in Urner Haus- und Kinderarztpraxen sowie das sechsmonatige «Curriculum Hausarztmedizin» für angehende Hausärztinnen und Hausärzte.
- Die **Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA)** in den Arztpraxen sind ein wichtiges Element, damit die ärztliche Grundversorgung gut funktionieren kann. Daher soll der Beruf der MPA gestärkt werden. Der Kanton unterstützt und fördert entsprechende Massnahmen.

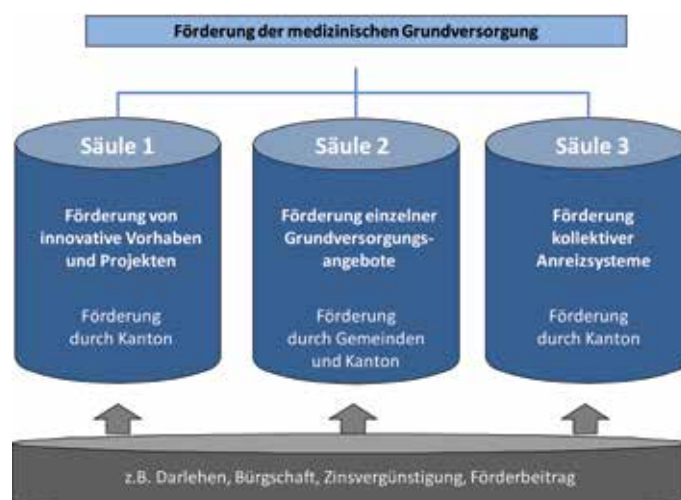


Abbildung 1. Förderung der Grundversorgung im Kanton Uri

Une promotion «innovante» de la santé à tous les âges

L'association Promotion santé Valais est un organisme de référence en matière de promotion de la santé et de prévention auprès de toutes les tranches d'âge de la population valaisanne.

Née en 1951 sous le nom de la ligue valaisanne pour la lutte contre la tuberculose, l'association s'est développée au fil du temps et a intégré progressivement d'autres thèmes prioritaires de santé. En 2010, elle change de dénomination au profit de Promotion santé Valais (PSV) qui traduit mieux son statut de réel partenaire en la matière, avec plusieurs mandats issus du Service cantonal de la santé publique. Promotion santé Valais est une association à but non lucratif reconnue d'utilité publique dont les financements proviennent principalement des prestations facturées aux assurances maladies et de soutiens cantonaux et fédéraux pour les activités de promotion de la santé.

Cette association a comme objectif de favoriser durablement la santé de l'ensemble de la population valaisanne dans une visée d'égalité des chances et à tous les âges de la vie. Dans cette optique, Promotion santé Valais regroupe quatre domaines d'activités: l'unité cantonale de santé scolaire, la ligue pulmonaire Valaisanne, le centre de dépistage du cancer du sein et la promotion de la santé.

Un domaine pluriel, mais avec un objectif commun de santé publique

Créé en 2016, le domaine «promotion de la santé» regroupe plusieurs programmes cantonaux [1], différents secteurs [2] et d'autres programmes [3]. L'ensemble de ces activités visent à couvrir tous les âges de la vie, et tous les milieux sociaux afin de renforcer les compétences des acteurs dans les périodes de transition de vie: petite enfance, adolescence, vie active (santé au travail, grossesse, etc.), vieillesse; ceci afin qu'elles et ils adoptent de saines habitudes de vie. Pour ce faire, Promotion santé Valais cherche à développer des outils innovants en utilisant les nouvelles technologies, comme par exemple avec le programme «J'arrête de fumer» via Facebook élaboré en 2015 par le CIPRET-Valais. Ce programme s'appuie sur les techniques du marketing social, pour inciter des fumeurs à cesser leur consommation tabagique, alors qu'ils n'en avaient pas forcément l'intention.

De même, le programme pédagogique www.moicmoi.ch compatible avec le Plan d'Études romand (PER) a été développé par les cantons du Valais et du Jura. Ce programme se donne pour objectifs de favoriser pour les élèves du secondaire I l'acquisition d'attitudes et de comportements positifs à l'égard du corps, quel que soit leur format corporel. Il s'agit pour ces élèves notamment de modifier leurs croyances sur les déterminants du poids et de la physionomie, de développer ainsi des habiletés de résistance à la pression des pairs. Le programme forme également les professionnels travaillant avec ce public cible.

Dr rer. soc. Alexandre Dubuis, responsable communication, Promotion santé Valais

www.promotionsantevalais.ch

Contact: Alexandre Dubuis,
alexandre.dubuis@psvalais.ch

Promotion santé Valais en constante évolution

Dans cette même perspective Promotion santé Valais vient de se voir confier par le Service de la santé publique le mandat de prévention des addictions dans les écoles. En réponse à cette demande, Promotion santé Valais a développé une activité ludico-sérieuse bilingue de type escape room, au profit de la prévention multi-addictions dans le secondaire I. «L'Escape addict» cherche à susciter une réflexion sur différentes substances, consommations et addictions grâce à une approche de prévention expérientielle qui fera vivre aux élèves des situations qu'elles ou ils rencontrent ou qu'elles ou ils risquent de rencontrer dans leur quotidien, telles que la prise de risque ou l'influence des pairs, des médias et des réseaux sociaux. En termes de santé publique, les objectifs de ce projet sont de valoriser les non-consommateurs, de sensibiliser aux risques d'une consommation festive et de faciliter l'accès au réseau d'aide. Les actions multi-addictions de ce type s'inscrivent pleinement dans la vision transversale de la prévention recherchée par les stratégies nationales [4].

En conclusion, l'expérience de Promotion santé Valais montre, que des programmes liés à la santé peuvent utiliser de nouveaux canaux de communication tels que les réseaux sociaux et s'avérer efficaces, en touchant des personnes que des actions plus traditionnelles n'atteindraient pas. Elles mettent en évidence, la nécessité de non seulement s'appuyer sur des connaissances scientifiques, des best practices mais surtout d'innover, de travailler sur la transmission, sur la vulgarisation de ces connaissances, afin de rendre le plus efficient possible les messages de promotion de la santé.

Pour plus d'information

- 1 Plateforme 60+, Programme cantonal de prévention du tabagisme, Programme cantonal bien dans ton corps alimentation mouvement
- 2 Centre alimentation et Mouvement, Senso 5, CIPRET-Addictions, Antenne sida, Plateforme 60+
- 3 Entreprise en santé, Commune en santé, Réseau d'écoles21, Prévention du Rejet des Minorités Sexuelles (PREMIS), femmesTISCHE
- 4 Santé 2020 et plus spécifiquement Prévention des maladies non transmissibles (MNT) et Addictions.

So funktioniert Innovation im Thurgauer Gesundheitswesen

Brennpunkte Gesundheit Thurgau ist eine Erfolgsgeschichte: Aus den bisherigen zwei Zyklen sind je drei Teilprojekte hervorgegangen, die dem Gesundheitswesen frische Impulse verleihen. Der nächste Zyklus startet im Sommer 2019.

An einem Runden Tisch im Jahre 2011 machten sich einige wichtige Player im Thurgauer Gesundheitswesen darüber Gedanken, wie sich die Bewirtschaftung der zahlreichen Schnittstellen verbessern liesse. Aufgrund der guten Erfahrungen in diesen Diskussionen beschloss eine kleine Gruppe von Entscheidungsträgern, diese Form des Gedankenaustauschs in strukturierter Form weiter zu führen: Die Idee des Innovationszyklus war geboren.

In jedem Innovationszyklus werden drei Projektideen ausgewählt, in einem schlüssigen Konzept beschrieben und wenn möglich umgesetzt. Der Grundstein für diese Projekte wird an einer Open Space Konferenz gelegt. Die Teilnehmenden – über hundert Entscheidungsträger aus dem Thurgauer Gesundheitswesen – bringen Ideen für die Verbesserung des Gesundheitswesens in die Runde ein. Diese Ideen werden im Verlauf des Tages zu Projektskizzen verdichtet und am Schluss von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Punkten bewertet.

Projektstruktur und Vorgehen

Zentrales Organ von Brennpunkte Gesundheit Thurgau ist eine siebenköpfige Steuergruppe, die aus Vertretern von wichtigen Leistungserbringern im kantonalen Gesundheitswesen zusammengesetzt ist. Diese Steuergruppe wählt aus den Projektskizzen drei Ideen aus. Sie unterstützt und begleitet die ausgewählten Projekte bis zum Abschluss der Konzeption und – falls es dazu kommt – bis zur Umsetzung.

Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, einerseits Projekte mit einem klar begrenzten Fokus auszuwählen, daneben aber auch Ideen zu unterstützen, die weiter gesteckte Ziele anstreben. Ein Beispiel für die zweite Kategorie ist das Projekt «Sicherstellung der hausärztlichen Grundversorgung». Aufgrund einer sorgfältigen Bedarfsanalyse in den Thurgauer Gemeinden wurde das Konzept einer Anlaufstelle entwickelt, die nun von einer Fachperson aufgebaut und betreut wird. Die Finanzierung der Stelle teilen sich der Kanton Thurgau, die Ärztesgesellschaft Thurgau und der Verband Thurgauer Gemeinden VTG.

Ein Beispiel für eine Projektidee mit einem engeren Fokus heisst «Gewalt in jugendlichen Liebesbeziehungen». Das Projekt sensibilisiert Jugendliche und ihre Bezugspersonen für das Thema der sexuellen, physischen und psychischen Gewalt. Unter Anleitung von Fachpersonen haben Jugendliche Plakate entworfen, die Präventionsbotschaften zum Thema Gewalt in jugendlichen Liebesbeziehungen für Gleichaltrige in Wort und Bild setzen (siehe Bild). Das Präventionsangebot steht seit Sommer 2018 den Thurgauer Berufsschulen als gern genutztes Angebot zur Verfügung.

Dr. Felix Helg, Projektleiter Brennpunkte
Gesundheit Thurgau

www.brennpunkte-gesundheit.tg.ch

Kontakt: Felix Helg, helg@helg-consulting.ch

Philosophie und Finanzierung

Brennpunkte Gesundheit Thurgau lebt solange, wie es von den Organisationen im kantonalen Gesundheitswesen ideell und tatkräftig unterstützt wird. Wir haben bewusst darauf verzichtet, das Projekt in die kantonale Verwaltung zu integrieren, weil wir davon überzeugt sind, dass Innovation am besten in einem Umfeld gedeiht, in dem ein gewisses Risiko, eine gewisse Unsicherheit alle Beteiligten animiert, nach unkonventionellen Lösungen zu suchen.

Das Departement für Finanzen und Soziales kommt für die Honorare der Gesamtprojektleitung und der Teilprojektleitungen sowie für die Kosten der zwei Tagungen auf. Einzelne Organisationen unterstützen das Projekt finanziell als Gönner. Für die Entwicklung der Konzepte delegieren interessierte Organisationen Mitarbeitende, die ihren Beitrag im Rahmen ihrer regulären Anstellung erbringen. Wir wollen keine zusätzliche staatliche Parallelstruktur aufbauen, sondern einen kostengünstigen Weg beschreiten, um unser Gesundheitswesen «bottom up» zu optimieren.



Die Plakate zur Prävention von Gewalt in jugendlichen Liebesbeziehungen stammen von Jugendlichen

Des personnes âgées dans le réseau socio-sanitaire

L'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) est un projet pilote qui a débuté ses prestations en 2016 pour les habitants âgés de plus de 65 ans dans une région semi-urbaine du canton de Neuchâtel.

Le projet pilote de l'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) est un projet issu de la planification médico-sociale (PMS) du canton de Neuchâtel, votée en mai 2012 par le Grand Conseil. L'AROSS est un projet porté par les partenaires socio-sanitaires du canton de Neuchâtel. L'association a été créée afin de concrétiser une structure d'information et d'orientation destinée à la population et aux professionnels. Il s'agissait également de développer et formaliser les collaborations avec les ressources existantes dans un contexte de travail en partenariat.

Objectifs, spécificités et organisation

La structure mise en place sur une région semi-urbaine du canton, est axée sur les besoins des personnes de plus de 65 ans et en appui aux médecins de famille et autres partenaires. Concrètement, il s'agit de: a) collaborer avec les partenaires du domaine socio-sanitaire, afin de détecter les personnes en situation complexe ou fragiles afin d'anticiper leur orientation; b) assurer l'interface entre tous les acteurs concernés pour garantir l'organisation, la continuité et la coordination de l'accompagnement en interdisciplinarité; c) informer la population et les professionnels de santé sur le réseau socio-sanitaire de la région; d) informer et orienter sur l'offre disponible en matière de solutions transitoires, d'alternatives intermédiaires ou d'orientation en établissement médico-social.

Les spécificités de l'AROSS sont les suivantes:

- Prestations centrées sur la personne âgée;
- Evaluation globale qui intègre la prise en compte de l'environnement, les préférences du bénéficiaire et l'évaluation des partenaires;
- Les compétences et ressources de la personne âgée sont mises en avant dans le cadre de l'évaluation, favorisant ainsi le maintien à domicile;
- Interdisciplinarité de l'équipe et supervision par un médecin gériatre;
- Test d'outils de détection de la fragilité qui identifient des personnes âgées pré-fragiles, fragiles et robustes;
- Test d'outils d'aide à la décision d'orientation (non normatifs) basés sur un profil de dépendance;
- Propositions de recommandations s'agissant du lieu de vie ou de prestations répondant aux besoins du bénéficiaire;
- Réévaluation annuelle du profil de dépendance, de la fragilité et du suivi des recommandations;
- Transmission des informations aux professionnels intervenant dans la situation.

Sylvie Le Bail, Responsable et cheffe de projet de l'AROSS; **Yves Kühne**, Président de l'AROSS

www.aross-ne.ch

Contact: Sylvie Le Bail, sylvie.lebail@aross-ne.ch

L'AROSS a été fondée en 2015, depuis 2016 des prestations d'information, orientation et accompagnement sont offertes. Dans le cadre du pilote, le projet est entièrement financé par l'Etat de Neuchâtel.

Un dispositif essentiel au travail en réseau

Sont membres du comité, constitués en groupes pour les établissements médico-sociaux (EMS), les institutions reconnues d'utilité publique au bénéfice d'un contrat de prestations avec l'Etat, les actrices et acteurs du réseau socio-sanitaire cantonal, ainsi que les communes constituées en groupe par région. Un représentant du service cantonal de la santé publique est présent comme invité permanent au comité. Par sa composition le comité symbolise la collaboration, la concertation et l'approche partenariale.

Afin de clarifier le périmètre d'intervention de l'AROSS, les membres du comité ont créé un document de référence décrivant les principes et modalités de collaboration entre l'AROSS et les partenaires. Ces principes visaient à garantir le bon fonctionnement de l'écosystème de l'AROSS en termes de rôles et de responsabilités des acteurs. Il fixait les modalités de l'intervention de l'AROSS au travers de principes généraux et de processus d'intervention.

Bilan et perspectives

Le projet pilote a été évalué par l'IUMSP en 2017 après 18 mois d'activité. Il ressort de cette évaluation que le projet fait consensus en termes de buts et d'objectifs. Il est perçu comme répondant à un besoin non couvert et réel et son déploiement cantonal n'est pas remis en question. Ce rapport a également montré un niveau de satisfaction très élevé parmi les bénéficiaires et leurs proches aidants. Il situe également l'AROSS face aux données issues de la littérature internationale concernant les soins intégrés.

Une plus-value certaine a été démontrée dans le cadre de ce projet mise en avant par les bénéficiaires, leurs proches et certains partenaires, cependant, le décroisement et la coopération interprofessionnelle ne vont pas de soi. Ils demandent des efforts permanents, une attention de tous les instants et une volonté forte d'agir ensemble dans une direction commune. Mener un projet collectif d'intérêt général, c'est certainement sortir de sa zone de confort habituelle... mais, n'est-ce pas justement là que la magie s'opère?

INSPIRE: Pflegegeleitete integrierte Versorgung Baselland

Der Anteil an 80-jährigen Personen und älter wird im Kanton Basel-Landschaft zwischen 2013 und 2040 um 79% zunehmen. Ein innovatives Versorgungsmodell soll ihre Bedürfnisse bestmöglich abdecken.

Mit der Einführung eines neuen Altersbetreuungs- und Pflegegesetz hat der Kanton die Grundlagen für ein zukunftsweisendes Versorgungsmodell von älteren Personen gelegt. Das Gesetz verlangt, dass sich die Gemeinden zu Versorgungsregionen zusammenschliessen und pflegegeleitete Informations- und Beratungsstellen zu Fragen der Betreuung und Pflege im Alter implementieren.

Ziele und Zielpublikum

Das INSPIRE-Projekt hat zum Ziel, ein integriertes Versorgungsmodell für ältere Personen zu gestalten und einzuführen (siehe Grafik). Der Fokus liegt auf der Rollenentwicklung der Pflegefachperson in der Informations- und Beratungsstelle, die idealerweise eine Advanced Practice Nurse (APN) ist. Der Erfolg der Implementierung wird auf Personen-, Leistungserbringer- und Systemebene evaluiert.

Der Fokus liegt auf Personen, bei denen ein Risiko für Funktionsverlust, Hospitalisierung oder Institutionalisierung besteht. Die Identifikation der Risikogruppen erfolgt per Definition (z. B. alle älteren Personen, die nach einer ungeplanten Hospitalisation aus dem Spital entlassen wurden) oder durch ein Screening der gesamten älteren Bevölkerung mit einem kurzen und einfach anzuwendenden Screening-Tool.

Das INSPIRE-Versorgungsmodell

Ältere Personen, die als gefährdet gelten, werden von der APN in der Informations- und Beratungsstelle einem umfassenden geriatrischen Assessment (CGA) unterzogen. Rubenstein et al. (1991) definieren das CGA als «einen multidimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess, der darauf abzielt, die medizinische, psychologische und funktionelle Fähigkeit einer gebrechlichen Person zu bestimmen, um einen koordinierten und integrierten Plan für die Behandlung und langfristige Nachverfolgung zu entwickeln». Ausgehend von diesem Assessment wird die APN einen individualisierten Pflege- und Behandlungsplan erstellen, der die Ziele und Bedürfnisse unter Einbezug der wichtigsten interprofessionellen Gesundheitsversorger und Gesundheitsfachpersonen abbildet.

Evidenzbasierte Protokolle, die auf die häufigsten geriatrischen Syndrome anwendbar sind, werden verfügbar gemacht. Die Umsetzung dieser Protokolle wird durch alle Verantwortlichen des gesamten Betreuungsteams gewährleistet und durch die APN koordiniert.

Dr. Mieke Deschodt & Azra Karabegovic,
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, und das
INSPIRE-Konsortium (Sabina De Geest, Andreas Zeller,
Nicole Probst-Hensch, Matthias Briel, Matthias Schwenk-
glenks, Eva Blozik, Franziska Zúñiga)

www.inspire-bl.unibas.ch

Kontakt: Mieke Deschodt, mieke.deschodt@unibas.ch

Überweisungen an Dienstleister, Beratung und Koordination werden ebenfalls Teil der Nachsorge sein.

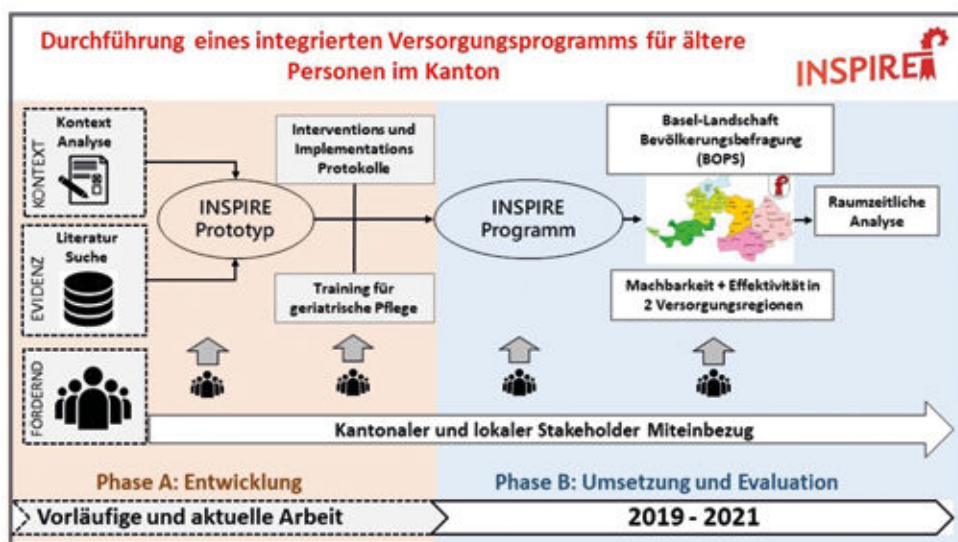
Partnerschaften und Finanzierung

INSPIRE ist ein interprofessionelles Projekt des Departements für Public Health der Universität Basel (Institut für Pflegewissenschaft, Swiss TPH, Basel Institut für Klinische Epidemiologie & Biostatistik, Institut für Pharmazeutische Medizin, Institut für Hausarztmedizin). Zusammen mit dem Kanton Basel-Landschaft und der Ärztesgesellschaft Baselland geht es die Herausforderungen der zunehmend alternden Bevölkerung an. Das Projekt dauert von September 2017 bis Dezember 2020 und wird vom Swisslos-Fonds Baselland und der Velux Stiftung unterstützt.

INSPIRE wird massgeblich zur klinischen Praxis und Gesundheitspolitik beitragen, indem es ein effektives integriertes Versorgungsmodell entwickelt. Dieses wird über das Potenzial verfügen, in grossem Umfang eingesetzt zu werden. Der weitere Ausbau einer gut durchdachten Implementierungsforschung kann zu einer kostengünstigeren öffentlichen Gesundheitsversorgung, klinischen Verfahren und Programmen beitragen.

Literatur

- Rubenstein, L.Z., Stuck, A.E., Siu, A.L., Wieland, D. (1991) Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. Journal of the American Geriatrics Society, 39(9), 8S-18S
- World Health Organisation – Regional Office for Europe (2016). Integrated care models: an overview.



Soutenir la transformation du système de santé

La fragmentation de notre système de santé est un défi pour répondre aux besoins complexes des patient-e-s. Or, les professionnel-le-s ont des propositions pour y réagir que l'Association PRISM contribue à concrétiser.

Différents facteurs rendent complexe la prise en charge de certain-e-s patient-e-s, par ex. polymorbidité, chronicité, difficultés socio-économiques, isolement social, épuisement des proches, multiples intervenants. Il est indispensable que notre système de santé évolue vers plus d'intégration des soins, en se concentrant sur quatre axes: a) travail en équipe interprofessionnelle, b) clarification des rôles des patient-e-s, des proches et des professionnel-le-s, c) nouveaux moyens de communication, d) systèmes de remboursement alternatifs.

Créée en 2009, l'Association PRISM vise à soutenir l'intégration des soins pour les malades présentant des besoins complexes par la mise en place d'une équipe composée du patient, de ses proches et des professionnels de la santé. Cette équipe interprofessionnelle est caractérisée par des processus interactifs (réunions de planification des soins, mise en place d'un plan commun de prise en charge) et dynamiques (suivi coordonné, outils informatiques partagés). Ils favorisent l'autonomie des patient-e-s et les aident à atteindre des résultats de santé optimaux.

Soutenue par des fonds privés, PRISM est une association sans but lucratif, qui se compose d'un comité de sept personnes provenant de différentes institutions genevoises (Hôpitaux Universitaires, Cité générations, Institution de maintien à domicile, Faculté de médecine, Association des médecins) et de deux employés.

L'approche de PRISM est essentiellement catalysatrice: PRISM ne suit pas de patient mais travaille en partenariat avec différentes organisations ou professionnels. Ces partenariats, formalisés de différentes manières, créent des dynamiques de diffusion de l'innovation basées sur l'addition des compétences de terrain, de santé publique et de gestion du changement.

Les méthodes de PRISM s'inspirent de la recherche-action [1], selon une approche cyclique:

1. Approche bottom-up: les obstacles et les facilitateurs à l'implantation de la prise en charge interprofessionnelle des patient-e-s avec besoins complexes sont identifiés dans différents contextes;

Séverine Schusselé Filliettaz, Infirmière/MSc;
Dr méd. Nicolas Perone, Association PRISM –
 Promotion des réseaux intégrés des soins aux malades

www.prism-ge.ch

Contact: severine.schussele@prism-ge.ch,
nicolas.perone@prism-ge.ch

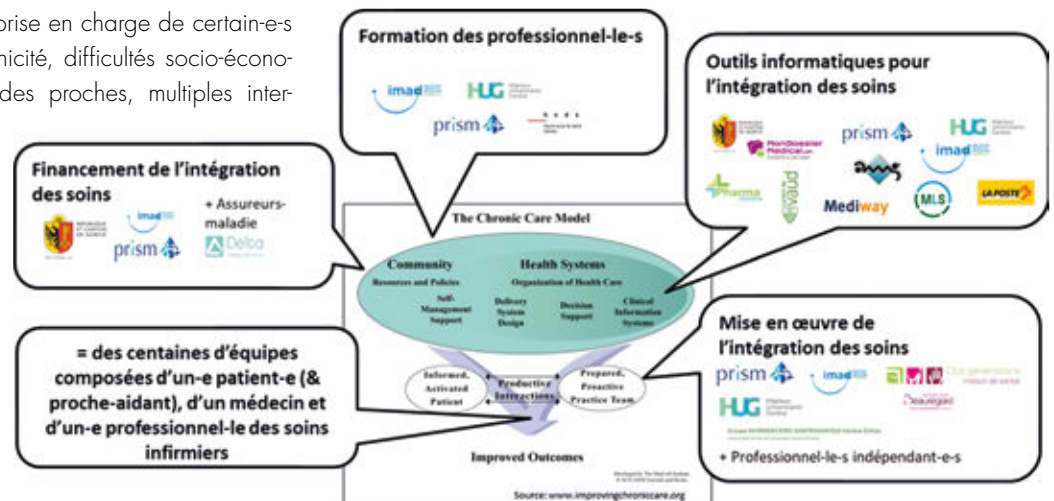


Figure 1. Vers un changement du système de santé pour plus d'intégration des soins: PRISM & ses partenaires

2. Approche top-down: l'analyse systémique de ces éléments, puis la co-construction de solutions macroscopiques avec d'autres partenaires, permettent ensuite de retourner ajuster ces solutions localement dans les différents contextes (Figure 1).

Ces méthodes itératives nécessitent des indicateurs de suivi en constante évolution, à même de révéler les avancées obtenues (ex: institutionnalisation des nouvelles pratiques d'intégration des soins [2], outils informatiques développés comme le plan de soins partagé [3]), tout comme les obstacles encore présents.

La spécificité de PRISM consiste à valoriser les bonnes pratiques et les initiatives existantes, à les renforcer ou à les ajuster en partenariat avec les institutions et les professionnels de Genève, afin de les rendre durables dans le système de santé.

Littérature

- 1 Perone N, Schusselé Filliettaz S, Budan F, Schaller P, Balavoine J-F, Waldvogel F. Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité. Rev Fr Santé Publique. 2015;27(S1):77–86.
- 2 Schusselé Filliettaz S, Moiroux S, Marchand G, Battaglia L. «UATm: de T comme temporaire à T comme transition». Soins Infirmiers, no. 10 (2017): 53–55.
- 3 Schusselé Filliettaz S, Marjollet L, Perone N, Budan F, Rosemberg A. Le Plan de Soins Partagé informatisé. Soins Infirm. 2016;(10):72–3.

Die Balance suchen und finden

Wie kann eine Aktiengesellschaft die Bedürfnisse betagter Menschen erfüllen und gleichzeitig verantwortungsvoll, selbsttragend und zukunftsorientiert arbeiten? Die Thurvita AG hat dafür eine Strategie.

2013 fusionierten die Gemeinden Wil und Bronschhofen. Gleichzeitig wurde die Thurvita AG operativ, welche sechs Alters- und Pflegeheime, Pflegewohnungen und die Spitex aus der Region unter einem Dach zusammenführte. Ziel ist die Altersversorgung unabhängig von der Finanzierung durch die öffentliche Hand. Als gemeinnützige Aktiengesellschaft geht die Thurvita einen dritten Weg zwischen Privatisierung der Alterspflege und staatsnaher Organisation mit Defizitgarantie. Bei Thurvita nehmen die Gemeinden über ihre Vertretung im Verwaltungsrat Einfluss auf die Alterspolitik und gleichzeitig behält die Geschäftsleitung ihre unternehmerische Freiheit.

Aktionäre der Thurvita sind Wil, Niederhelfenschwil, Rickenbach und Wilen. Übernommen wurden 250 stationäre Heimplätze sowie rund 600 ambulant betreute Spitex-Klienten. Thurvita beschäftigte damals und heute 370 Mitarbeitende. Der Umsatz beträgt 29 Millionen Franken und in den letzten drei Jahren schloss Thurvita mit einem EBITDA von 1.5 bis 2 Millionen Franken ab.

Universal- statt Teilanbieter

Hilfebedürftige betagte Menschen müssen heute zwischen ambulanter, spitalexterner Pflege oder stationärem Heim wählen. Angebote dafür gibt es von privaten und staatsnahen Organisationen. Sie werden jedoch nicht aus einer Hand offeriert und sind auf einer starren, zeitlich linearen Achse angeordnet: Zuerst wird dem Klienten die Spitex empfohlen und ab einer gewissen Pflegestufe das Leben im Heim. Menschen mit speziellen Erkrankungen wie Demenz werden in bestehende Häuser integriert, welche die spezifischen Anforderungen nicht adäquat erfüllen.

Dem gegenüber positioniert sich Thurvita als Universalanbieter mit einem Netzwerk ineinander verzahnter Angebote. Betagte Menschen werden in ihrem letzten Lebenszyklus permanent und aus einer Hand begleitet. Die Beratung erfolgt zentral und die Lösungen werden mit der laufend veränderten Situation abgestimmt. Die Kunden wählen jene Hilfe, die zu ihrer Situation passt.

Thurvita Modell 2024

Als umfassender Dienstleister fördert Thurvita neben klassischer Spitex und stationären Angeboten drei Säulen:

Älter werden im Quartier: Alle Menschen sollen bis zu ihrem Lebensende zuhause wohnen können, selbst bei hohem Pflegbedarf. Geplant ist die Eröffnung des Quartierzentrums Bronschhofen für 2022. Realisiert werden 34 Wohnungen für Betagte, 42 Wohnungen für Familien oder Singles, sowie Läden und ein Restaurant. Integriert wird ein Spitex-Stützpunkt, der das Zentrum und das umliegende Quartier betreut.

Alard du Bois-Reymond, CEO Thurvita AG

www.thurvita.ch

Kontakt: Alard du Bois-Reymond,
alard.dubois@thurvita.ch

Die Architektur der Alterswohnungen erlaubt eine Pflege bis zum Lebensende und so die Aufhebung der heutigen Limiten der Krankenkassen für ambulante Leistungen. Das Projekt ermöglicht die Betreuung von Menschen mit einer Pflegestufe über 5 in ihren eigenen vier Wänden, weil die Alterswohnungen den gesetzlichen Bestimmungen für ein Pflegeheim entsprechen und die Sozialversicherungen die Dienste somit als stationäre Leistung anerkennen.

Thurvita Care: Im Alter führen Spitalaufenthalte oft zur Aufgabe der Selbstständigkeit und zum Eintritt ins Heim. Thurvita Care stellt sich gegen diesen Automatismus. In diesem Besinnungs- und Mobilisierungspool wird über den weiteren Weg entschieden. Massgebend ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Case-Managern, Ärzten, Pflegenden sowie Ergo- und Physiotherapeuten. Seit 2015 schaffte Thurvita Care in rund 60 Prozent aller Fälle eine Brücke vom akuten Spitalaufenthalt nach Hause.

Kompetenzzentrum Demenz: Bestehende Alters- und Pflegeheime sind selten geeignet für die Pflege dementer Menschen. Für 2022 hat Thurvita ein Kompetenzzentrum für 80 Demenz-Patienten geplant. In zehn familienähnlichen Wohngruppen zu je acht Personen haben die Patienten eigene Zimmer, die um einen zentralen Wohnraum mit «Feuerstelle» gruppiert sind, inklusive Zugang zu einer Gartenzone. Neu ist auch die fachübergreifende Zusammenarbeit von Fachleuten der Pflege, Verpflegung und Hausdienste, die gemeinsam mit den Bewohnenden ein Gefühl von Sicherheit und Behaglichkeit schaffen.

Tägliche Hausaufgaben

Kundenorientierung ist das zentrale Erfolgselement. Die durch Umfragen erhobene Zufriedenheit der Thurvita-Kunden ist überdurchschnittlich gross.

Neben den strategischen Herausforderungen muss die gemeinnützige AG eine gesunde wirtschaftliche Basis schaffen. Dazu gehören Ressourcenbewirtschaftung, konsequente Codierung erbrachter Leistungen, Optimierung der Bettenauslastung und damit die Senkung der normierten Pflegekosten. Dank solcher Leistungen erreichte das grösste Altersheim der Thurvita, der Sonnenhof, im letzten Jahr ein EBITDA von mehr als 13%. Die Thurvita AG ist zwar den Gemeinden verpflichtet, aber die Anforderungen an die wirtschaftliche Effizienz sind vergleichbar mit einer privaten Organisation.

Vaud joue pleinement son rôle de moteur

Pour répondre aux besoins d'une population vieillissante et afin d'apporter une réponse à l'urgence cohérente, Vaud soutien des projets novateurs. Le Pôle Santé du Pays-d'Enhaut s'inscrit pleinement dans cette dynamique.

Il est un fait avéré qu'à l'horizon 2035, le monde de la santé sera confronté à des défis auxquels il faut se préparer dès aujourd'hui. Le constat d'une population devenant toujours plus âgées avec des poly-morbidités toujours plus complexes va devenir le quotidien des soins à domicile, des établissements médico-social (EMS) et du monde hospitalier. C'est maintenant qu'il faut s'y préparer et le Canton de Vaud n'entend pas rester les bras croisés face à ce défi de société.

La planification vaudoise montre clairement qu'un besoin accru de 500 lits hospitaliers et de 3'500 lits en EMS seront nécessaires pour couvrir les besoins de la population vaudoise des 75 ans et plus. Tant pour des raisons financières que de ressources humaines, il n'est tout simplement pas possible de se lancer dans une course effrénée d'augmentation de la capacité d'accueil par la création de lits supplémentaires. Il faut adapter le modèle actuel, car si rien ne change, la situation sera ingérable. Ce phénomène est d'autant plus accentué dans les régions excentrées où la rareté des moyens (en personnel et financiers) est toujours plus prononcée.

La création d'un Pôle Santé au Pays-d'Enhaut, mettant l'accent sur une prise en charge coordonnée de proximité pour la population vieillissante, est une réponse à cette problématique. Repenser la coordination et les processus métier entre les diverses institutions locales afin de proposer à la population une prise en charge et des soins correspondants à leurs besoins de manière efficiente.

Des Pôles Santé pour les régions périphériques

Les 5'000 habitants du Pays-d'Enhaut bénéficient aujourd'hui d'un hôpital, de structures d'hébergement (EMS) et de soins à domicile (CMS). Chacun est régi par son propre fonctionnement, ses propres processus et son propre financement. Ces institutions travaillent pour ainsi dire en «silo». L'idée est de créer un Pôle Santé réunissant tout le monde sous un même toit avec une direction unique. Au delà de la volonté de faire des économies d'échelle et de simplifier les processus de prises en charge, il s'agit de se rapprocher de la population locale afin de lui garantir des soins et des prestations adaptées.

«Briser les silos» existants signifie également un besoin de changer les cultures d'entreprises et d'avoir une vision plus globale et plus large des besoins de la population. Il n'y aura plus qu'un seul employeur favorisant les synergies et un renforcement de la polyvalence des collaborateurs au travers d'une formation adéquate et soutenue. La priorité sera mise sur le renforcement des soins à domicile, en créant par exemple des équipes mobiles, afin de limiter le recours aux urgences et aux hospitalisations. Retarder l'entrée en EMS de 3 à 6 mois est également un objectif.

Eric Fatio, Président Pôle Santé du Pays-d'Enhaut
www.pole-sante.ch

Contact: Eric Fatio, eric.fatio@pole-sante.ch

Le Canton de Vaud s'investit déjà aujourd'hui dans la mise sur pied et la création de trois Pôles Santé. En plus de celui du Pays-d'Enhaut, le Balcon du Jura (Ste-Croix) et la Vallée de Joux vont pouvoir, grâce à un soutien financier de la Santé publique vaudoise, créer et en quelque sorte tester, ce modèle novateur de soins intégrés.

Une aide financière et une volonté politique

Non seulement Vaud aide financièrement ces projets régionaux, mais c'est aussi un soutien politique très clair que M. le Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard envoie aux Pôles Santé et aux régions périphériques. Alors que nous vivons à l'heure des regroupements voire des fermetures d'hôpitaux, ici la volonté est clairement différente. C'est en maintenant localement des structures efficientes et proches de la population, couplées avec un fonctionnement novateur, que l'on pourra répondre aux défis qui attendent les générations futures.

Afin de faciliter la mise en place des Pôles Santé, les Réseaux de Santé (Réseau Santé Haut- Léman et Réseau Santé Nord-Broye) sont associés aux réflexions et aux actions qui en découlent. De plus, le renforcement des collaborations avec les centres hospitaliers régionaux (par ex. l'Hôpital Riviera Chablais) va compléter l'offre de soins grâce à leurs infrastructures, leur expertise et leurs compétences. On le voit, le Canton de Vaud se donne les moyens de garantir le succès de ses ambitions au profit de sa population. Enfin, les Communes qui accueillent les Pôles Santé sont également invitées à s'associer à ces projets, soit par un soutien financier soit en créant des conditions cadres favorables (par ex: mise à disposition de terrains, accueil de nouveaux médecins).

Der Mensch im Mittelpunkt, nicht Krankheiten

«Handeln, bevor über die Gemeinden hinweg gehandelt wird», war die Devise im Oberen Freiamt. Seither entwickelt sich hier eine Gesundheitsregion, die möglichst viele Versorgungspartner und die Bevölkerung einbeziehen will.

2008 trat im Kanton Aargau das neue Pflegegesetz in Kraft. Seither sind die Gemeinden für die ambulante und stationäre Langzeitpflege verantwortlich. Im Oberen Freiamt, ein Bezirk mit 19 Gemeinden, 36'000 Einwohnern und einem Spital, war man sich rasch bewusst, dass Handlungsbedarf besteht und die Zusammenarbeit in der Region verstärkt werden muss.

Im März 2016 startete die Vision «Gesundes Freiamt», ein regionales, bevölkerungsorientiertes Versorgungskonzept (Abbildung 1). Die zentrale Überlegung dahinter: Die wichtigste Voraussetzung, um Fachpersonen und deren Angebote besser zu vernetzen, ist gegenseitiges Vertrauen. Dieses Vertrauen wiederum ist in aller Regel dort am grössten, wo sich Menschen persönlich kennen: in der Region. Träger der Vision ist der Regionalplanungsverband Oberes Freiamt, in dem alle 19 Gemeinden vertreten sind. Leitungsgremium ist die Fachgruppe Alter und Gesundheit.

Im Interesse aller – Vorteile für alle

Die starke Zunahme an (hoch-)betagten, chronisch kranken, multimorbiden Patienten verlangt nach einer Neuorientierung des Versorgungssystems, wofür Regionen gute Voraussetzungen bieten: der Mensch (und sein Umfeld) im Fokus statt Diagnosen/Krankheiten; dauerhafte Betreuung statt nur Akutversorgung; interprofessionelle Teams statt Arztzentrierung; verbindliche Vernetzung der Versorgungspartner (inklusive eHealth); starker Einbezug der Patienten; Verbindung des Medizinisch-Pflegerischen mit dem Sozialen (Gemeinden!).

Hans-Peter Budmiger, Gemeindepräsident
Muri/AG, und die Fachgruppe Alter und Gesundheit
www.gesundes-freiamt.ch

Kontakt: Hans-Peter Budmiger, hp.budmiger@muri.ch

Mittlerweile sind zwei Projekte im Gange: Das eine («daHeim») bezweckt, dass die Pflegeheime in der Region ihre Angebote aufeinander abstimmen und Qualitätskriterien erfüllen, die gemeinsam erarbeitet wurden. Das andere («Drehscheibe Gesundes Freiamt») ist eine Informations-, Beratungs- und Triage-Stelle für Menschen aller Generationen, die Fragen haben zur Begleitung im häuslichen Umfeld und zur Pflege im Alter. Damit soll gewährleistet sein, dass pflege- oder betreuungsbedürftige Menschen jederzeit am geeigneten Ort sind.

Aus der Zukunftswerkstatt im August 2017 ergab sich der Massnahmenplan 2018-20 mit drei Handlungsfeldern:

- Handlungsfeld 1: Drehscheibe Gesundes Freiamt. Ziel: Ihre Dienstleistungen sind bei allen Zielgruppen bekannt und werden entsprechend genutzt. Die Finanzierung ist gesichert.
- Handlungsfeld 2: Bevölkerung im Oberen Freiamt. Ziel: Sie nutzt die Angebote des Gesunden Freiamts (z.B. Aktion «xond und boschper») und/oder engagiert sich dafür (z.B. Freiwilligenarbeit).
- Handlungsfeld 3: Wohnen im Alter. Ziel: Im Oberen Freiamt entsteht eine Wohnform für Menschen über 60 mit Modellcharakter.
- Handlungsfeld 4: Medizinische Grundversorgung. Ziel: Sie ist im Oberen Freiamt gewährleistet (inkl. Notfälle).

Eigenes Versicherungsmodell

Das enorme Potenzial solcher Gesundheitsregionen zeigt sich im «Gesunden Freiamt» mit einem Blick ins Jahr 2025:

- Es besteht ein eigenständiges Versicherungsmodell «Gesundes Freiamt». 12 Versicherer bieten dieses an und decken damit 90 Prozent der Bevölkerung ab.
- Das Projekt «Integrierte Geriatrie Freiamt» läuft im dritten Jahr und hat einen Leistungsauftrag des Kantons. Träger ist eine Betriebsgesellschaft, gegründet von den beteiligten Leistungserbringern.
- Für 500 Franken (einmalig) gehört man zur Genossenschaft Gesundes Freiamt und profitiert von Vergünstigungen bei über hundert Veranstaltungen, hauptsächlich Kurse und Vorträge.
- Mehr als die Hälfte der Bevölkerung hat ein elektronisches Patientendossier.
- Wer seine Bewegungskilometer (zu Fuss oder per Velo) mit einer Smartwatch erfasst, profitiert von Rabatten bei Partner-Firmen des Gesunden Freiamts.



Abbildung 1: «Gesundes Freiamt» auf einen Blick

Projet anticipé des soins: un modèle pour des soins intégrés

Mettre à disposition des repères communs aux professionnels de santé et permettre au patient de décider, de manière libre, éclairée, et anticipée des objectifs qu'il souhaite donner à sa prise en charge, renforce les soins intégrés.

Réunissant l'ensemble des acteurs du système de santé (Établissements Médico Sociaux, Soins à Domicile, Soins aigus et de Réadaptation, Médecins de Famille et Associations), le Réseau Santé Région Lausanne (RSRL) a lancé en 2017 et à la demande de ses membres, le projet «Projet Anticipé des Soins» (PAS; Figure 1). Il vise à:

- Élaborer des repères et processus communs aux acteurs du système de santé visant la planification des soins (care planning), y compris en anticipation d'une incapacité de discernement (advance care planning).
- Accorder l'ensemble des acteurs du système de santé autour d'objectifs de soins communs permettant de traduire les décisions du patient.

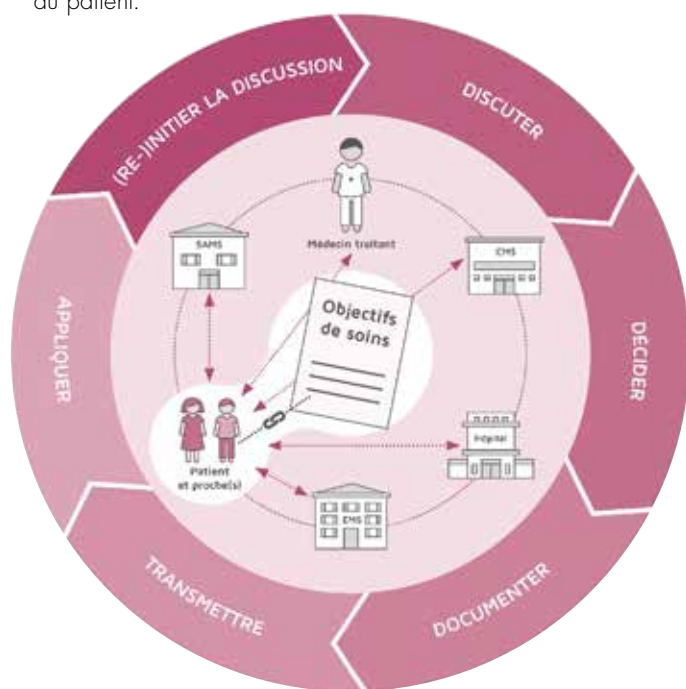


Figure 1. Modèle inspiré par les niveaux de soins utilisées dans les établissements de santé du Québec

Calendrier et étapes prévues

Étape 1 (01.2018 – 06.2018): Assurer un état des lieux nous ayant permis de connaître notamment:

- Par un questionnaire les pratiques actuelles des membres du réseau en lien avec les Directives Anticipées et l'intégration des patients dans la définition de leur objectif de soins: 73% des professionnels pensent que les usagers de leur structure ont besoin d'être encouragés et accompagnés dans leur rédaction de Directives Anticipées.
- Par différentes publications, les concepts déjà existants pouvant servir de base de réflexion et de conception, dont

Philippe Anhorn, Directeur, Réseau Santé Région Lausanne; **Mathilde Chinot**, Responsable des projets; **Lila Devaux**, cheffe de projet

www.reseau-sante-region-lausanne.ch/projet-anticipe-des-soins-pas

Contact: Philippe Anhorn, philippe.anhorn@rsrl.ch

nous tirons les principes suivants: mettre en place un processus de communication patient proche professionnel; identifier les valeurs, les attentes et les souhaits des patients; avoir une documentation uniforme et des repères communs entre les acteurs du système de santé.

- Des entretiens afin d'identifier la vision de ce que pourraient être ces repères et ce processus communs

Étape 2 (07.2018 – 06.2019), premier semestre 2019: Concevoir et tester un concept de PAS partagé en réunissant lors de groupes de travail les différents représentants des membres et partenaires du Réseau. L'objectif étant de: concevoir des objectifs de soins communs à l'ensemble des acteurs du système de santé; identifier les objectifs de chacune des étapes du processus de communication; identifier les bonnes pratiques et contenus pour la discussion et la détermination permettant une décision libre et éclairée du patient ainsi que son empowerment; création d'outils d'aide à la réflexion, et de sensibilisation; création de formation.

Étape 3 (dès 07.2019): Implanter auprès des membres du Réseau une pratique transversale de PAS et les outils nécessaires à sa mise en œuvre.

Effets attendus et perspectives

Le PAS a pour but de:

- Renforcer le rôle du patient comme acteur de sa santé en lui permettant de prendre des décisions de manière libre et éclairée et également en permettant que ces décisions soient respectées par les différents acteurs du système de santé.
- Permettre aux professionnels d'avoir, tout au long du parcours de santé du patient, des repères communs leur permettant de proposer au patient la prise en charge la plus adaptée possible à ses volontés.
- Diminuer les actes inutiles car non souhaités et pouvant être perçus par le patient comme ayant trop d'impact négatif sur sa qualité de vie.

Littérature

- Rossignol, M. Boothroyd, L. (2016). Les niveaux de soins, normes et standards de qualité. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Québec.
- Judith A C Rietjens et al., on behalf of the European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017;18:e543–51.

Regionale Netzwerke für klinische Forschung

Patientinnen und Patienten sollen überall in der Schweiz Zugang haben zu innovativen Krebstherapien. Dies mit dem Fokus: Optimierung der Behandlung, Verminderung von Nebenwirkungen, Stärkung der Lebensqualität.

Oncosuisse, ein Zusammenschluss von sieben Organisationen aus dem Krebsbereich, hat vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik den Auftrag erhalten, die Nationale Strategie gegen Krebs NSK bis 2020 weiterzuführen. Das Thema Koordination ist einer der Schwerpunkte der NSK und so bestehen verschiedene Vernetzungsprojekte [1].

Das Projekt «The SAKK Initiative for Regional Networks» der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung SAKK baut auf die Tatsache auf, dass klinische Studien als Teil der üblichen onkologischen Behandlung durchgeführt werden. Gerade die häufigsten Krebsarten, die nicht in spezialisierten Zentren behandelt werden müssen, können nur sinnvoll erforscht werden, wenn die Leistungserbringer möglichst gut vernetzt sind und interdisziplinär zusammenarbeiten.

Kleinere Spitäler würden besonders profitieren

Angesichts von neuen Entwicklungen in der Krebsbehandlung und der Notwendigkeit kontinuierlicher Optimierung der Therapien nehmen klinische Studien auch Fragen zur Vorsorge, Nachsorge, Gesundheitsökonomie und Lebensqualität auf. Aus diesem umfassenderen Forschungs- und Behandlungsansatz, der dem Patienten/der Patientin folgt, ergibt sich die Notwendigkeit, in Netzwerken zu kooperieren.

Träger der SAKK sind das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI, die Krebsliga Schweiz sowie die Stiftung Krebsforschung Schweiz. Die SAKK hat 20 Spitäler als Mitglieder; jedes Zentrum hat ein Einzugsgebiet von 300'000 bis 400'000 Einwohnern, was für klinische Studien eher gering ist [2]. Gerade kleinere Spitäler, die ihren Hauptfokus auf die optimale lokale Versorgung und Nachsorge der Patientinnen und Patienten legen, betreiben oft keine klinische Forschung, obwohl sie Patientinnen und Patienten betreuen, welche sich für klinische Studien qualifizieren würden bzw. von ihnen profitieren könnten.

Vernetzte Forschung – vernetzte Patientenversorgung

Hürden sind neben dem Mengengerüst auch der administrative Aufwand, regulatorische Vorgaben, Datamanagement, Reisekosten und der zusätzliche Zeitaufwand des Studienpersonals. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass Patientinnen und Patienten, die in einer lokalen Versorgung gut aufgehoben sind, in ein Universitätsspital oder Zentrumsspital wechseln müssen, um an einer klinischen Studie teilzunehmen. Prof. Dr. Roger von Moos, Präsident der SAKK, vertritt – frei zitiert – die Meinung, dass «die Daten wandern sollten und nicht die Patienten».

Dr. Catherine Gasser, Co-Leitung Gesamtprojekt
Nationale Strategie gegen Krebs NSK

www.nsk-krebsstrategie.ch

Kontakt: Catherine Gasser,
catherine.gasser@nsk-krebsstrategie.ch

Ziel ist es also, durch Vernetzung kleinerer Versorgungseinheiten mit SAKK-Mitgliedern mehr Patientinnen und Patienten in klinische Studien einzubeziehen und somit die Zugangsgerechtigkeit unter allen Betroffenen zu fördern – unabhängig vom lokalen Behandlungsort. Dadurch würde für die kleineren Spitäler der administrative Aufwand abgebaut und die Patienten hätten Zugang zu innovativen Behandlungsformen. Gleichzeitig würden die SAKK-Zentren gestärkt und die klinische Krebsforschung könnte insgesamt effizienter ablaufen. Gleichzeitig würde auch die Patientenversorgung von der Vernetzung profitieren – ganz im Sinne der integrierten oder koordinierten Versorgung.

Klar definierte Voraussetzungen

Angesichts der unterschiedlichen kantonalen Rahmenbedingungen werden sich je nach Region unterschiedlich ausgestaltete Netzwerke bilden müssen. So kann zum Beispiel ein Zentrumsspital mit kooperierenden Konsiliarspitälern zusammenarbeiten. Oder einzelne «Subinvestigators» an Netzwerkstandorten arbeiten mit «Principal Investigators» in Zentrumsspitalen zusammen. Es kann auch sein, dass ein Netzwerkstandort zum eigentlichen Studienzentrum wird und die SAKK nur fachliche Unterstützung und Schulung für den Aufbau anbietet.

Die grundsätzlichen Voraussetzungen, um sich an einem Studiennetzwerk zu beteiligen, sind generell gültig und klar definiert: In der zweijährigen Projektphase geht es darum, dass Forschungsnetze entstehen und sich verpflichten, 5 bis 10 Patienten pro Jahr in klinische Studien einzubringen. Dazu sind Netzwerkverträge abzuschliessen, das geeignete Personal zu bestimmen, das Forschungsteam zu schulen, die IT-Infrastruktur bereitzustellen und sich gegenüber der SAKK als Forschungsgemeinschaft zu bekennen. Sind diese Kriterien erfüllt, kann eine finanzielle und fachliche Unterstützung durch die SAKK erfolgen.

Die Krebsliga Schweiz unterstützt dieses Projekt. Die Nationale Strategie gegen Krebs wird die Umsetzung begleiten und über die Ergebnisse der Projektevaluation informieren.

Literatur

- 1 Umsetzungsplan Nationale Strategie gegen Krebs 2014-2020. Projekte und Aktivitäten 2018-2020
- 2 <https://www.sakk.ch/de>

Das Leistungsportfolio des fmc

Interne Aktivitäten – exklusiv für fmc-Mitglieder

Strategischer Beirat

Der Strategische Beirat steht unseren Goldpartnern offen. Er bildet ein breit abgestütztes Experten-Netzwerk und reflektiert die thematische Entwicklung des fmc. Bei Bedarf wird er in die Gestaltung von ausgewählten Aktivitäten einbezogen.

Hintergrundgespräche

In Hintergrundgesprächen werden innovative Versorgungskonzepte, wissenschaftliche Erkenntnisse oder politische Vorstösse und Entwicklungen von Experten präsentiert und gemeinsam diskutiert. Die Gespräche bieten die Möglichkeit zum vertieften Austausch in einer persönlichen Atmosphäre und schaffen die Grundlage für fruchtbare Dialoge. Bei der Agenda orientieren wir uns an der Aktualität und nehmen Themenwünsche unserer Mitglieder auf. Die Gespräche finden in der Regel an Sitzungen des Strategischen Beirats statt.

fmc-Club – Innovationen vor Ort erleben

Um den Aufbau und die Funktion von innovativen Versorgungskonzepten oder Gesundheitsleistungen zu verstehen, ist es wichtig, diese hautnah zu erleben und mit den Initianten vor Ort zu sprechen. Das fmc gibt seinen Goldpartner und Partnern einmal pro Jahr die Möglichkeit, Einblicke in die praktische Umsetzung ausserordentlicher Versorgungsleistungen zu gewinnen.

Denk-Werkstatt

In der Denk-Werkstatt werden Themen der sektorenübergreifenden Integration interprofessionell und moderiert bearbeitet. Der Austausch zwischen unseren Mitgliedern und weiteren Akteuren und Experten soll Denkanstösse geben und Grundlagen liefern für Anschlussaktivitäten. Die Ergebnisse können auch interessierten Anwendern zugänglich gemacht werden. Die Themen werden in der Regel von Goldpartnern oder Partnern eingebracht.

Studienreisen

Internationale Systemvergleiche und die Analyse von Best-Practice-Ansätzen im Gesundheitswesen sind von grosser Bedeutung, um neue Ideen für Versorgungskonzepte zu gewinnen. Deshalb unternimmt das fmc gemeinsam mit dem Deutschen Bundesverband Managed Care (BMC) jedes Jahr eine bis zwei Studienreisen in ein aus gesundheitspolitischer Sicht besonders interessantes Land. Die Teilnehmerzahl ist limitiert, eingeladen sind Mitarbeitende unserer Goldpartner und Partner.

Arbeits- und Regionalgruppen

Expertenpapiere oder Entwicklungsthemen zur Integrierten Versorgung werden in Diskussionen mit unseren Mitgliedern erarbeitet und publiziert. Die Entwicklungsarbeit erfolgt flexibel in Sitzungen, Telefonkonferenzen, Web-basiert oder per E-Mail. Die Resultate werden als Fachartikel, in persönlichen Gesprächen, über Medienarbeit und in Veranstaltungen den relevanten Zielgruppen zugänglich gemacht.



Externe Aktivitäten

Nationales Symposium Integrierte Versorgung

Renommierete Fachleute aus dem In- und Ausland beleuchten einmal pro Jahr in Keynote-Referaten, Projektpräsentationen und Workshops die Erfolgsfaktoren und Herausforderungen bei der (besseren) Koordination und Vernetzung der Professionen, zwischen den einzelnen Betreuungssektoren und im Umgang mit neuen Rahmenbedingungen oder technischen Entwicklungen. Mit über 300 Teilnehmenden hat sich das fmc-Symposium als einzigartige Plattform für den interprofessionellen Dialog etabliert.

fmc-Denkstoff

Mit der Schriftenreihe fmc-Denkstoff unterstreicht das fmc seinen Anspruch, Impulsgeber und Kompetenzzentrum für die Integrierte Versorgung in der Schweiz zu sein. Die einzelnen Ausgaben stehen als Druckversion und Download zur Verfügung und werden möglichst vielen Entscheidungsträgern der Gesundheitswirtschaft und Politik zugänglich gemacht.

fmc-Förderpreis

Der fmc-Förderpreis wird als Anstossfinanzierung für innovative Projekte verliehen. Zugelassen sind Projekte und Konzepte, welche die sektorenübergreifende, interprofessionelle Vernetzung und Kollaboration fördern. Der Strategische Beirat des fmc nominiert aus den eingereichten Projekten die Kandidaten für den Förderpreis. Die Wahl des Siegers erfolgt am Nationalen Symposium Integrierte Versorgung durch die Teilnehmenden. Die Preissumme beträgt 15'000 Schweizer Franken.

Online-Fachmagazin fmc-Impulse und fmc-Interview

Unser Online-Fachmagazin fmc-Impulse liefert vier- bis fünfmal im Jahr kompetente und fundierte Informationen zu aktuellen Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungen der Integrierten Versorgung. Das Abonnement ist kostenlos. Die Artikel sind so nahe wie möglich an der Praxis und richten sich an alle Versorgungspartner (Leistungserbringer, Patientenvertreter, Kostenträger, Behörden und Politik, Bildung und Wissenschaft). Wechselweise mit den fmc-Impulsen erhalten die Abonnenten ein Interview mit einer ausgewiesenen Fachperson zu einem aktuellen Thema.

Erhebungen und Expertenwissen

Das fmc erhebt und publiziert regelmässig quantitative und qualitative Daten zur Verbreitung und Gestaltung der Integrierten Versorgung in der Schweiz. Zu gesundheitspolitischen Themen und ausgewählten Fragestellungen der Integrierten Versorgung verfassen fmc-Expertengruppen fundierte Stellungnahmen.

www.fmc.ch

Unsere Website bildet zum einen die Leistungen und Produkte des fmc ab. Zum anderen werden aktuelle Informationen rund um die Integrierte Versorgung aufbereitet. Schliesslich runden fundierte und unabhängige Grundlagen zur besseren Koordination und Vernetzung der Gesundheitsversorgung das Angebot ab.

fmc-Kooperationen

Das fmc strebt themenspezifische Partnerschaften mit Fachzeitschriften, Berufsverbänden oder Institutionen an. Dabei werden die jeweiligen Bedürfnisse detailliert ermittelt und die gegenseitigen Leistungen festgehalten.

Die fmc-Trägerschaft

Goldpartner

**ARGO
MED.**

Bringt Ärzte weiter

ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI



Science For A Better Life

BLUE CARE

Wir vernetzen Gesundheit



FMH

Helsana

HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève

INSELGRUPPE

Kantonsspital
St. Gallen

medbase

mepha

PonteNet

DIE POST

Delta
réseau de santé

RVK
clever entlastet

sana care

spitalstsag

SPITEX
Spitex-Städtetreff

Stiftung Diakoniewerk Neumünster –
Schweizerische Pflegerinnenschule

suva care
Sicher betreut.
Prestations en réadaptation.
Prestazioni in riabilitazione.

SWICA

visana
Rundum gut betreut.

zur Rose

Partner

Ctésias SA

eastcare AG

hawadoc AG

Meconex AG

Medgate AG

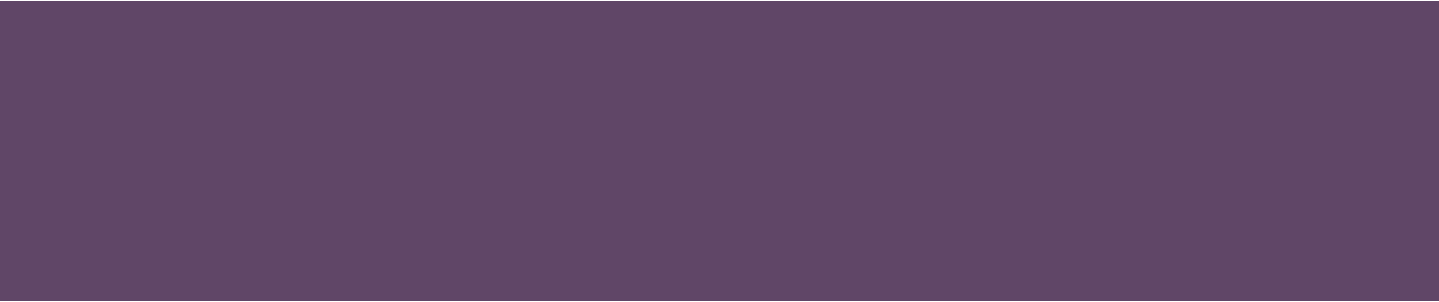
MediService AG

MSD Merck Sharp & Dohme AG

Sandoz Pharmaceuticals AG

Gelebte Vielfalt

Das fmc ist so vielfältig zusammengesetzt wie keine andere Organisation im Versorgungssystem. Die verschiedenen Akteure bringen ihre unterschiedlichen Perspektiven und Expertisen in die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung ein und stärken damit den Stellenwert unserer Aktivitäten. Wir danken allen Mitgliedern und Kooperationspartnern für ihre Unterstützung, ihre Anregungen sowie das aktive Mitwirken an zahlreichen konstruktiven und lösungsorientierten Diskussionen.



Das fmc Schweizer Forum
für Integrierte Versorgung
gibt zu denken und schaut voraus.
Besuchen Sie uns auf fmc.ch

