

DENKSTOFF

N° 5

Vernetzte Grundversorgung: Trendszenarien 2028

Menschen
statt Krankheiten

Individueller Patientennutzen

Wertschätzung

Interprofessionell

Gesundheit
und Soziales

Befähigung und Selbstsorge

Eine Publikation des

fmc

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

Inhalt

Editorial	3
Hintergrund	4
Annahmen für die Zukunft	7
Trendszenarien 2028 der vernetzten Grundversorgung	9
Grundversorgungsnetze	12
Unternehmen der Grundversorgung	14
Gesundheitsregionen	16
Patientennetze	18
Virtuelle Versorgungsnetze	20
Handlungsoptionen	22
Visionen von A bis Z	26
Weiterführende Literatur	45
Das fmc	46
Die fmc-Trägerschaft	47

Impressum

Herausgeber:

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

Konzept & Texte:

Peter Berchtold, Oliver Reich,
Séverine Schusselé Fillietaz (Adaption Suisse romande),
Oliver Strehle, Urs Zanoni

Druck:

Heller Druck AG, Cham
www.hellerdruck.ch
ISBN: 978-3-9525257-0-8
© fmc, Mai 2020

Grafik & Layout:

Franchi design.identity, Neuägeri
www.franchi-design.ch

Weitere Exemplare des fmc-Denkstoff N°5 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 Marc Jungi, Ursula Koch, Leander
Muheim, Cyrill Rüegg, den Goldpartnern und Partnern
sowie dem Vorstand des fmc, die mit ihrer Expertise
zu diesem Denkstoff beigetragen haben.

Damit wir für alle Patienten die Zeit haben, die sie brauchen



Dr. med. Regula Kaufmann
Medizinische Leiterin Gesundheitszentren, Centramed

Bis heute habe ich die Klage meines Vaters, ebenfalls Hausarzt, in den Ohren, dass er immer weniger Zeit für seine Patienten habe und dass alles von Jahr zu Jahr komplizierter werde – ich teile diesen Eindruck, seit ich berufstätig bin.

Jährlich führen wir in unseren Praxen eine standardisierte Patientenbefragung zur Zufriedenheit mit Empfang, Beratung und Behandlung durch. Die Rückmeldungen sind durchwegs positiv. Die häufigste Kritik ist, dass wir Ärzte uns nicht genügend Zeit nehmen und die Wartezeit der Patienten zu lang ist. Obwohl die Wartezeit nachgewiesenermassen abgenommen hat, wird sie immer mehr zum Thema. So wartete man bei meinem Vater durchschnittlich eine Stunde, ohne mit der Wimper zu zucken; heute können einen schon zehn Minuten in grosse Bedrängnis bringen.

Wie wird das 2028 sein, was für Bedürfnisse werden wir an die Grundversorgung haben? Sicher ist mit einer weiteren Zunahme von Schnelligkeit und Komplexität im Alltag zu rechnen.

Der Trend zu digitalem und mobilem Arbeiten und Studieren wird durch die aktuelle Corona-Pandemie massiv zunehmen, weshalb wir darauf angewiesen sind, schnell und ortsunabhängig medizinischen Rat einholen zu können. Da werden wir es schätzen, dass wir über Online-Portale triagiert werden und eine telemedizinische Beratung, eine Untersuchung oder einen Termin direkt mit unserem Hausarzt organisieren können.

Neben dem Wunsch nach einer raschen und kompetenten Problemlösung möchten wir auch künftig als Patienten ernst genommen werden. Das geht nicht ohne empathische Gespräche auf Augenhöhe.

Werden wir damit auch der wichtigsten Patientengruppe der Zukunft gerecht, den somatisch, psychisch oder sozial gebrechlichen Menschen unter uns? Wenn wir gebrechlich werden, gilt es Bedürfnisse abzudecken, die über das Medizinische hinausgehen, und die Komplexität unserer Betreuung und Behandlung nimmt abermals zu.

Neben der Abstimmung zwischen den Grundversorgern, den Spezialisten und beteiligten Therapeuten müssen pflegerische und soziale Aspekte einbezogen werden. Um diese Koordination zu gewährleisten, brauchen wir eine gut orchestrierte interprofessionelle Zusammenarbeit unter den Gesundheitsfachleuten, die auf einem gemeinsamen Verständnis basiert.

*Es gilt Bedürfnisse abzudecken,
die über das
Medizinische hinausgehen.*

Das können situativ angepasste Betreuungsteams gewährleisten. So ergänzt die Medizinische Praxiskoordinatorin MPK die hausärztliche Betreuung bei den chronisch kranken Patienten, die Advanced Practice Nurse APN oder klinische Fachspezialisten bei den geriatrischen Patienten, je nach Situation in enger Zusammenarbeit mit dem Spitex-Team, dem Palliativ Care-Team oder der Sozialarbeit.

Essentiell sind dabei tragfähige Beziehungen mit Personen aus der Grundversorgung. Gerade dann, wenn es für unsere Probleme keine raschen Lösungen gibt, benötigen wir Menschen, die uns begleiten und sich Zeit nehmen können.

Es ist an uns, dies für die Zukunft sicherzustellen. Damit die vernetzte Grundversorgung 2028 diesen Bedürfnissen umfassend Rechnung trägt und den Herausforderungen bezüglich Tempo und Komplexität gewachsen ist.

Hintergrund

Die Entwicklung der vernetzten Grundversorgung in der Schweiz ist eine Erfolgsgeschichte. Eine zentrale Rolle spielen dabei Ärztenetze und Praxisgruppen: Sie haben sowohl die Grundversorgung (Primary Care) wie auch die Integrierte Versorgung massgeblich mitgeprägt und vorangebracht. Als Generalisten sind Fachpersonen der Grundversorgung – neben den Patienten und ihren Vertrauenspersonen – die einzigen, die den gesamten Behandlungsverlauf im Blick haben. Sie differenzieren zwischen unterschiedlichen Krankheitsaspekten, binden Spezialisten ein und koordinieren den Zugang zu nachgelagerten Leistungserbringern wie Spital und Spitex.

Bei der wichtigsten Patientengruppe der Zukunft – betagte, chronisch und mehrfach kranke Menschen – kommen weitere Bedürfnisse hinzu: Diese Menschen benötigen neben medizinisch-pflegerischen Leistungen meist auch soziale Unterstützung. Zudem können Behörden und zusätzliche Kostenträger ins Spiel kommen, wenn zum Beispiel eine Person nicht mehr urteilsfähig ist oder Ergänzungsleistungen zu beantragen sind. Das heisst, die Komplexität der Behandlung, Betreuung und Begleitung nimmt nochmals zu.

Deshalb ist eine starke Primary Care unerlässlich für die Integrierte Versorgung. Das zeigt sich exemplarisch am Patient-centered Medical Home oder kurz Medical Home. Dieses grundversorgungs-orientierte Modell will im Kern Kontinuität schaffen, indem die kranken Menschen eine feste Ansprechperson haben, die ihre Behandlung und Betreuung bestmöglich koordiniert. Ausserdem orientiert sich die Versorgung konsequent an den Präferenzen der Patienten und am individuellen Nutzen für sie. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass Medical Homes sowohl die Behandlungsqualität günstig beeinflussen als auch die Menge der beanspruchten Leistungen. Solche Ergebnisse sind ein deutliches Zeichen, wie eng Primary Care, Integrierte Versorgung und Versorgungsqualität verknüpft sind – und weiterhin sein sollen.

Das Erfolgsmodell «vernetzte Grundversorgung» zeigt sich auch in anderen Entwicklungen:

- Drei von zehn Personen in der Schweiz haben ein Versicherungsmodell, das sie verpflichtet, sich bei Beschwerden zuerst an den gewählten Leistungserbringer, meist eine Arztpraxis, zu wenden. Die Praxen wiederum sind durch spezielle Verträge, die zum Beispiel das Überweisungs- und Qualitätsmanagement regeln, mit den Versicherern verbunden.
- Gemäss FMH-Statistik waren 2017 schweizweit rund 52 Prozent der ambulant tätigen Ärzteschaft einem Netz oder einer Praxisgruppe angeschlossen; bei den Hausärztinnen und Hausärzten waren es rund sieben von zehn.
- Viele Berufsorganisationen (wie Pflege, Physio- und Ergotherapie, Hebammen) haben zusammen mit Bildungsinstitutionen tertiäre Weiterbildungen etabliert, die neue Arbeitsfelder wie Triage und Koordination erschliessen und neue interprofessionelle Kooperationsmodelle ermöglichen.

Solche Innovationen werden in der künftigen Grundversorgung entscheidend sein. Dies umso mehr, als Ärztenetze mittlerweile stark konkurrenziert werden:

- Investoren bauen Praxisketten auf und entwickeln integrierte Behandlungskonzepte über mehrere Stufen.
- Spitäler gründen oder kaufen Arztpraxen und verbinden den ambulanten mit dem stationären Bereich.
- Krankenkassen bieten Versicherungsprodukte an, bei denen die versicherte Person eine Apotheke als primäre Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme wählt oder nur noch eine Gesundheits-App für die Triage konsultieren muss.



Pioniere, Wachstum, Konsolidierung: 25 Jahre vernetzte Grundversorgung in der Schweiz

Wenn wir die Entwicklung der vernetzten Grundversorgung betrachten, können wir drei Phasen unterscheiden:

- die Pionierphase in den 1990er-Jahren mit den ersten Ärztenetzen (von Seiten der Grundversorger) und den ersten alternativen Versicherungsmodellen (von Seiten der Krankenkassen);
- die Wachstumsphase, die massgeblich von der Managed-Care-Abstimmung im Juni 2012 angetrieben war;
- die Konsolidierungsphase.

Die Grundlage für Ärztenetze und die vernetzte Grundversorgung bildete 1996 das neue Krankenversicherungsgesetz KVG (und hier die Art 41 Abs 4 und Art 62 Abs 1). Diese Artikel machten es möglich, den Versicherten ein Produkt mit eingeschränkter Auswahl an Leistungserbringern sowie einem Prämienrabatt anzubieten. Die Folge: 2018 hatten nur noch 27.8% der Versicherten das Standardmodell mit freier Arztwahl (Abbildung 1).

Das Fundament der Vertragsmodelle sind Organisationen der vernetzten Grundversorgung wie Ärztenetze und Praxisgruppen (diese haben in der Regel den gleichen Besitzer und werden einheitlich geführt). Die meisten Ärztenetze sind Betriebsgesellschaften angeschlossen, die zentrale Dienstleistungen wie Vertragsverhandlungen mit Krankenkassen, Qualitätssicherung und Datenauswertungen erbringen.

- Anteil Versicherte in Modellen mit Ärztenetz und Vertrag (z.B. Hausarztmodelle, HMO-Modelle)
- Anteil Versicherte in Modellen ohne Ärztenetz und Vertrag (z.B. Listenmodelle, telemedizinische Modelle)
- Anteil Versicherte im Standardmodell gemäss KVG

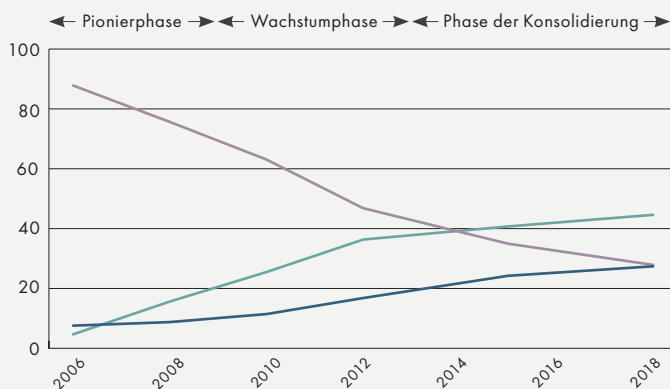


Abbildung 1: Entwicklung der Versichertenzahlen nach Versicherungsmodellen. Quelle: fmc (2019)

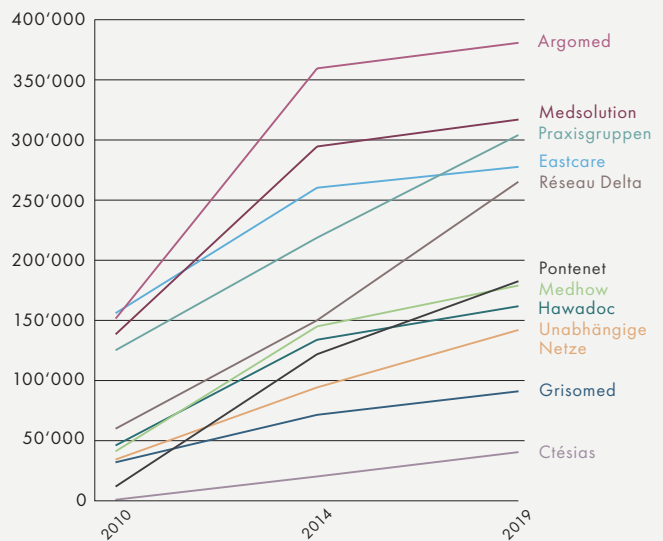


Abbildung 2: Entwicklung der Versichertenzahlen in Organisationen, die einen speziellen Vertrag mit Versicherern haben. Quelle: fmc (2019)

Die Konsolidierung der letzten Jahre zeigt sich besonders in den Versichertenzahlen nach Betriebsgesellschaften (mit Ausnahme der Westschweiz, wo Nachholbedarf besteht; Abbildung 2). Ein Sonderfall sind auch Praxisgruppen wie Medbase und Sancare, die mit Versorgungsprogrammen – z.B. für Diabetes-Patienten – punkten können.

Die nächste Entwicklungsphase dürfte stark von organisationsübergreifenden Kooperationen geprägt sein, denn die Versorgungsbereiche – besonders ambulant und stationär – wachsen mehr und mehr zusammen. Unabhängig davon werden Ärztenetze weiterhin daran gemessen, wie innovativ und kooperativ sie sind und damit in der Lage, die Vernetzung und Koordination auch in Zukunft massgeblich zu gestalten. Das heisst zum Beispiel:

- neue interprofessionelle Arbeitsformen mit anderen Berufsgruppen, besonders beim Chronic Care Management oder bei der Behandlung und Betreuung von multimorbiden, häufig auch psychisch kranken Menschen;
- konsequenter Einbezug von Patienten und Angehörigen/Vertrauenspersonen, einerseits bei Behandlungsentscheiden, andererseits beim Monitoring des Behandlungsverlaufs;
- neue Austauschformate mit anderen Berufsgruppen wie Care Boards;
- neue, pauschalisierte Vergütungsmodelle mit Performance-Orientierung;
- Nutzung von digitalen Hilfsmitteln zur Identifikation von Krankheitsrisiken oder zur Verknüpfung mit Behandlungsempfehlungen.

- Leistungserbringer aus verschiedenen Bereichen entwickeln Behandlungs- und Betreuungsnetze für einzelne Krankheiten (Onko-Netze) oder spezielle Situationen (Palliativ-Netze).
- Kantone und Gemeinden unterstützen – besonders in ländlich-peripheren Gebieten – Initiativen zum Aufbau von bevölkerungsorientierten Versorgungsnetzen: Angetrieben durch knappe hausärztliche Ressourcen, mögliche Spitalschliessungen und Versorgungslücken organisieren sich Leistungserbringer in einer übergeordneten Struktur, um durch bessere Vernetzung und Koordination die regionale Versorgung langfristig zu gewährleisten.
- Die erste Nationale Erhebung Integrierte Versorgung, die das fmc ansties und das Obsan im Frühjahr 2017 veröffentlichte, zeigt ebenfalls die eindrückliche Vielfalt an Akteuren und Initiativen, welche die Behandlung und Betreuung stärker koordinieren wollen.

Das bedeutet: Die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und die Integrierte Versorgung im Speziellen differenzieren sich immer stärker und orientieren sich zunehmend am Outcome für die Patienten. Diese Entwicklungen werden sich in den nächsten Jahren akzentuieren. Denn in städtischen, tendenziell überversorgten Gebieten sind andere Lösungen gefragt als in ländlich-peripheren, tendenziell unterversorgten Gebieten. Und in der Deutschschweiz werden andere Integrationsformen präferiert als in der Westschweiz. Vor allem aber haben kranke Menschen ganz unterschiedliche Bedürfnisse, Präferenzen und Erwartungen.

Vor diesem Hintergrund blickt das fmc in die Zukunft und liefert mögliche Antworten auf Fragen wie

- Welche Modelle der vernetzten Grundversorgung könnten sich in den nächsten sechs bis zehn Jahren entwickeln?
- Welche neuen Rollenbilder und Aufgabenverteilungen werden sie bewirken?
- Was bedeutet es, wenn die Versorgung tatsächlich immer stärker auf die kranken Menschen ausgerichtet wird?
- Wie lässt sich die Gesundheitsversorgung mit anderen Gesellschaftsbereichen wie Soziales und Bildung verbinden?
- Welche Chancen bietet die fortschreitende Digitalisierung?
- Lässt sich die Vernetzung und Koordination durch neue Organisationsformen und Vergütungsmodelle beschleunigen?
- Welche Erkenntnisse liefert die Corona-Krise, die sich für die vernetzte Grundversorgung nutzen lassen?

Im September 2014 veröffentlichte das fmc mit dem Denkstoff Nr. 1 die «Trendszenarien Integrierte Versorgung Schweiz» (mit einem Zeithorizont bis 2020). Gut fünf Jahre später folgen nun die Trendszenarien zur vernetzten Grundversorgung 2028.

Annahmen für die Zukunft

Unsere Annahmen basieren auf Erhebungen, die das fmc durchgeführt oder initiiert hat, auf übergeordneten Dokumenten wie der Strategie «Gesundheit 2030» des Bundesrats sowie auf Einschätzungen des fmc-Expertennetzwerks.

Versicherte und Patienten: 2028 ...

- ... haben fast alle Personen ein Versicherungsprodukt mit begrenzten Wahlfreiheiten. Die Produkte basieren auf unterschiedlichen Versorgungsmodellen mit spezifischen Schwerpunkten wie Multimorbidität oder Behandlungspfaden.
- ... nutzen viele kranke Menschen (und ihre Vertrauenspersonen) digitale Hilfsmittel und entscheiden gemeinsam mit Fachpersonen über ihrer Behandlung und Betreuung (Koproduktion von Gesundheit dank mehr Gesundheitskompetenz);
- ... orientieren sich viele kranke Menschen (und ihre Vertrauenspersonen) am Kosten-Nutzen-Verhältnis der (vorge schlagen) Behandlungen und tauschen ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit Leistungserbringern und Therapien untereinander aus;
- ... haben Versicherte und Patienten eine starke Stimme im Gesundheitswesen (4. Kraft). Sie sind für den Nutzen und die Kosten von Behandlungen sensibilisiert und bringen eigene Vorschläge ein, um das Versorgungssystem patientenfreundlich(er) zu gestalten.

Unterschiedliche Ansprüche in Einklang bringen

Das «Triple Aim»-Konzept (siehe Seite 8) wurde vom Institute for Health Care Improvement in Boston entwickelt. Die Grundidee: Ziele und Massnahmen der Versorgung sollen gleichzeitig einen Nutzen für einzelne Personen haben (individuelle Perspektive), für die Bevölkerung (Public-Health-Perspektive) und das Gesundheitssystem (Nachhaltigkeit). Damit soll gewährleistet sein, dass die Prioritäten richtig gesetzt und die Ressourcen optimal aufgeteilt werden.

Leistungserbringung: 2028 ...

- ... ist die Einsicht, dass die Versorgung besser koordiniert und vernetzt werden muss, weit fortgeschritten. Die Mehrheit der Akteure pflegt bedarfsgerechte Kooperationen mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern.
- ... beteiligen sich verschiedene Berufsgruppen ihren Fähigkeiten und Kompetenzen entsprechend an der Grundversorgung (interprofessionelle Teams). Die Koordination erfolgt durch speziell qualifizierte Personen.
- ... besteht eine Vielzahl an sehr spezifischen und differenzierten Vernetzungsmodellen;
- ... wird ein bedeutender Teil der Versorgungsleistungen dank Digitalisierung und mobiler Dienste zeit- und ortsunabhängig erbracht, insbesondere bei den betroffenen Menschen zu Hause (Gesundheitsstandort Privathaushalt).

Struktur und Organisation: 2028...

- ... ist fast die gesamte Grundversorgung in Netzen organisiert. Die Versorgungsmodelle und Eigentümerstrukturen unterscheiden sich je nach regionalem oder fachlichem Kontext;
- ... bestehen viele enge Verbindungen zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich, namentlich für die Betreuung und das Wohnen im Alter;
- ... haben viele ambulante Gesundheitseinrichtungen teilstationäre Abteilungen für leichte medizinische, anspruchsvolle pflegerische und psychosoziale Fälle;
- ... bieten viele Leistungserbringer Assistenz- oder Case-Management-Leistungen an, besonders für komplexe Patienten in ihrem Wohnumfeld.

Finanzierung und Vergütung: 2028 ...

- ... sind die wichtigsten Fehlanreize bei der Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen eliminiert;
- ... sind Pauschalen auch im ambulanten Bereich weit verbreitet, namentlich für invasive Eingriffe;
- ... bestehen solide Erfahrungen mit Vergütungsmodellen, die den individuellen Patientennutzen berücksichtigen (Value-based Healthcare), ebenso mit Komplexpauschalen für ausgewählte Indikationen/Behandlungspfade;
- ... können individuelle Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention teilweise von den Steuern abgezogen werden.

Nutzen und Qualität: 2028 ...

- ... bildet das Triple-Aim-Konzept den Kompass für die Versorgung, Vergütung und Steuerung in der Schweiz (siehe «Unterschiedliche Ansprüche in Einklang bringen» auf Seite 7).
- ... verantwortet die nationale Qualitätskommission eine anwenderfreundliche Online-Plattform mit patientenrelevanten Qualitätsergebnissen zu vielen Leistungserbringern und Therapien;
- ... bestehen anerkannte Zertifizierungen für Organisationen der vernetzten Grundversorgung, die den Versicherten und Patienten Orientierung bieten;
- ... nutzen solche Organisationen für die Wahl ihrer Kooperationspartner transparente Qualitätskriterien und für die Zusammenarbeit zertifizierte Behandlungspfade.

Digitalisierung: 2028 ...

- ... hat rund die Hälfte der Versicherten ein Elektronisches Patientendossier (EPD);
- ... sind zwei Drittel der Arztpraxen einer Stammgemeinschaft angeschlossen und arbeiten mit dem EPD (bei den Apotheken und Spitex-Organisationen ist die Abdeckung über 90%);
- ... besteht eine Branchenvereinbarung zur Integration von ausgewählten IT-Lösungen in die Praxisinformationssysteme PIS (z.B. für die Betreuung von chronisch kranken Menschen). Die PIS-Anbieter, welche die Vereinbarung umsetzen, haben einen Marktanteil von 80%;
- ... werden anonymisierte Behandlungs- und Patientendaten systematisch für die Versorgungsforschung sowie die Outcome- und Performance-Bemessung genutzt (z.B. für neue Vergütungsmodelle).

Trendszenarien 2028 der vernetzten Grundversorgung

Die Szenarien beschreiben mögliche Entwicklungen der vernetzten Grundversorgung in der Schweiz in den nächsten sechs bis zehn Jahren. Sie enthalten bewusst keine Wertungen und sind keine Wunschscenarien des fmc. Sie orientieren sich an erwartbaren Innovationen und Initiativen und berücksichtigen soziale und technische Entwicklungen, namentlich in der Digitalisierung.

Mit den nachfolgend beschriebenen Trendszenarien wollen wir

- die vernetzte Grundversorgung in der Schweiz stärken;
- Diskussionen über erwünschte und unerwünschte Entwicklungen in Gang setzen oder beschleunigen;
- die Akteure zur Reflexion anregen und ihnen Handlungsräume aufzeigen – auch bisher nicht genutzte.

Dabei denken wir die Integration viel weiter als das Zusammenspiel der einzelnen Leistungserbringer (siehe Abbildung). Wenn zum Beispiel Produkte wie Medikamente oder Material zur Wundversorgung nicht zur richtigen Zeit am richtigen Ort sind, läuft die beste Vernetzung und Koordination der Personen ins Leere. Und wenn es an Daten für die Versorgungsforschung mangelt, ist es schwierig, sinnvolle Modelle zu identifizieren und zu validieren. Folglich fassen wir den Begriff «Akteure» sehr weit: Leistungserbringer, Krankenversicherer und andere Kostenträger, Versicherte/Patienten/Angehörige/Frewillige, Politik und öffentliche Hand, Industrie, Bildung und Forschung.

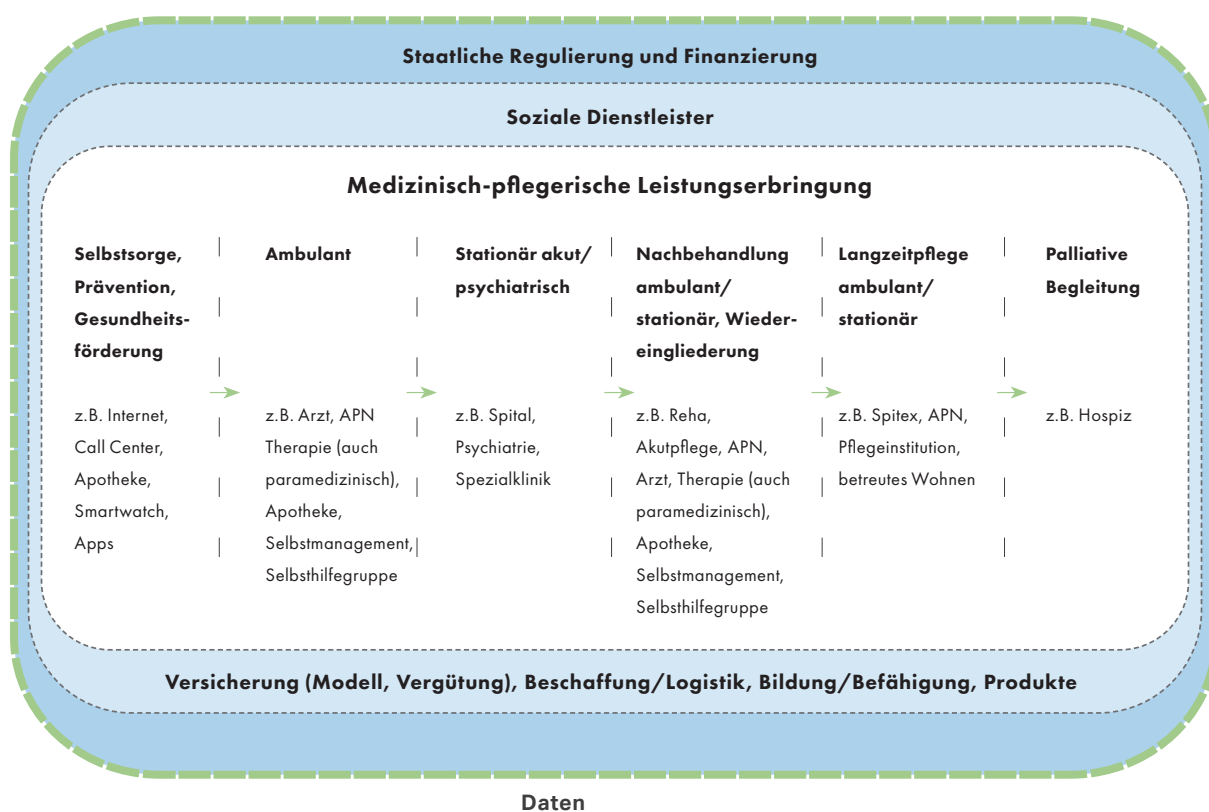


Abbildung: Akteure der Integrierten Versorgung (eigene Darstellung)

Die Szenarien auf einen Blick

Wir gehen davon aus, dass sich die vernetzte Grundversorgung weiter differenzieren und je nach Umfeld unterschiedlich entwickeln wird (z.B. Zentrum/Peripherie, Landesteil, Alters-

struktur, Leistungsangebot). Die fünf Szenarien, die wir zur Diskussion stellen, lassen sich nicht scharf voneinander abgrenzen; es sind Variationen und Kombinationen möglich.

	Grundversorgungsnetze	Unternehmen der Grundversorgung
Vernetzung	Eigenständige Einzel- und Gruppenpraxen	Multiprofessionelle Gesundheitszentren
Standorte	ländlich-periphere Regionen und Agglomerationen	Städtische Gebiete und Agglomeration; Aussenstationen und mobile Dienste in der Peripherie
Versorgung	> Breites Leistungsangebot > ausgewählte Spezialprogramme (z.B. für chronisch kranke Menschen) > bedarfsgerechte Kooperationen mit anderen Leistungserbringern	> Breites Leistungsangebot (inkl. ambulante Eingriffe) > Breites Angebot an Spezialprogrammen und Zusatzleistungen (z.B. Früherkennung und Prävention, Chronic Care, Befähigung der Patienten) > Hohe Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern und innerhalb der Organisation
Vergütung	> Kombination aus Capitation und bestehenden Tarifsystemen > etwa ein Drittel der Leistungen sind pauschaliert > etwa ein Fünftel der Vergütung ist Qualitäts-/Performance-abhängig	> Kombination aus Capitation und bestehenden Tarifsystemen > Mehrheitlich pauschalierte Leistungen für Spezialprogramme und ambulante Eingriffe > etwa die Hälfte der Vergütung ist Qualitäts-/Performance-abhängig

Die Beschreibung der einzelnen Szenarien berücksichtigt auch Supportleistungen wie IT/Digitalisierung (z.B. Prozessunterstützung), Logistik (z.B. Beschaffung von Medikamenten und

Verbrauchsmaterial), Bildung (Fachleute) und Befähigung (Versicherte/Patienten). Die Szenarien verstehen sich als «work in progress» und werden bei Bedarf aktualisiert.

Gesundheitsregionen	Patientennetze	Virtuelle Versorgungsnetze
Vernetzung von medizinischen und sozialen Leistungserbringern einer Region	Eigenständige Organisationen oder integriert in etablierte Leistungserbringer	Open-Source-Plattform für Anbieter und Nachfrager
ländlich-periphere Regionen und Agglomerationen	an keinen Ort gebunden	an keinen Ort gebunden
> Breites Leistungsangebot (ambulant und stationär) > Durchgehende Behandlungspfade; hohe Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit > Vielfältige, auf die ganze Bevölkerung ausgerichtete Spezialprogramme und Zusatzleistungen > Einbezug von Gemeinden, Vereinen, Unternehmen, Freiwilligen etc.	> Leistungsangebot auf die jeweilige Patientengruppe abgestimmt > Vielfältige Angebote, um das Selbstmanagement, die Selbsthilfe und den Erfahrungsaustausch zu stärken (Befähigung, Community Building, Peer-to-Peer) > Starker Einbezug von digitalen Hilfsmitteln (namentlich bei den betroffenen Menschen zu Hause)	> Leistungsangebot auf das jeweilige Netz abgestimmt > Leistungserbringer und Betroffene können mehreren, unterschiedlich ausgerichteten Netzen angeschlossen sein > Hybride Leistungserbringung (physisch und digital) > 7-Tage-24-Stunden-Versorgung (z.B. Monitorisierung von chronisch/mehrfach kranken Menschen)
> Kombination aus Capitation und bestehenden Tarfsystemen > Leistungsvereinbarungen mit dem Kanton für spezielle Versorgungsleistungen > Mehrheitlich pauschalierte Leistungen für Spezialprogramme und ambulante Eingriffe > etwa ein Drittel der Vergütung ist Qualitäts-/Performance-abhängig	> Spezialvereinbarungen mit den Versicherern (vieles pauschaliert; bedürfnisgerechte Zusatzleistungen) > Betroffene schliessen sich zusammen und kaufen direkt bei Lieferanten ein (z.B. Verbrauchsmaterial) > etwa die Hälfte der Vergütung ist Qualitäts-/Performance-abhängig	> Jahrespauschalen > Alle erbrachten Leistungen werden standardisiert bewertet, die Bewertungen laufend veröffentlicht > etwa die Hälfte der Vergütung ist Qualitäts-/Performance-abhängig

Grundversorgungsnetze

... sind eine Weiterentwicklung der Ärztenetze in der Schweiz, die hauptsächlich auf die medizinische Grundversorgung ausgerichtet sind. Sie sind vor allem in ländlich-peripheren Gebieten und Agglomerationen vertreten.

Organisation

Die eigenständigen Praxen eines Grundversorgungsnetzes sind Teilhaber einer Netzorganisation (z.B. AG, Stiftung), die mit nachgelagerten Leistungserbringern bedarfsgerechte Kooperationen vereinbart. Die Netzorganisation erbringt auch zentrale Dienstleistungen wie datengestützte Qualitätssicherung, Produkteeinkauf und Controlling. Ausserdem beschäftigt sie Fachpersonen wie Pflegeexpertinnen APN, Medizinische Praxiskoordinatorinnen und Ernährungsberaterinnen, die bei Bedarf in den Praxen spezielle Leistungen anbieten (z.B. Koordination, Coaching/Begleitung, Anleitungen fürs Selbstmanagement).

Leistungsangebot

Die mehrheitlich aus Einzel- und Gruppenpraxen bestehenden Netze decken die ganze Breite der Grundversorgung ab (Allgemeine Innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie, Psychiatrie; von der Selbstsorge bis Palliative Care).

Die Praxen sind über Kooperationsvereinbarungen mit anderen Leistungsanbietern vernetzt wie Spezialisten, Apotheken, Therapeuten, Spitex, Pflegeinstitutionen, Spitälern, Psychiatrien, Rehakliniken, Sozialdiensten.

Es bestehen IT-gestützte Betreuungsprogramme, namentlich für chronisch und mehrfach kranke Menschen, in denen nicht-ärztliche Fachpersonen wichtige Funktionen übernehmen (z.B. Koordination und Feedback-Gespräche, Medikamentenmanagement, Monitoring).

Ebenso bestehen Programme, um bei jungen Menschen chronische Krankheiten, die auf lange Sicht schweres Leiden und erhebliche Kosten verursachen, möglichst früh zu erkennen und zu behandeln (z.B. Diabetes, Asthma, Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen, Angststörungen).

Koordination

Sie erfolgt hauptsächlich durch Hausärzte/-innen oder wird an Medizinische Praxiskoordinatorinnen delegiert. Für komplexe Fälle bieten die Netzorganisationen speziell ausgebildete Pflegeexpertinnen an.

Qualität und Vergütung

Grundversorgungsnetze vereinbaren mit Krankenversicherern Capitation-Verträge, die patientenorientierte Performance- und Outcome-Kriterien einschliessen. Die Kriterien hat eine Allianz von Netzorganisationen zusammen mit Krankenkassenverbänden entwickelt. Die Versicherer beteiligen sich an den Entwicklungskosten von speziellen Betreuungsprogrammen.

Für standardisierte und klar abgrenzbare Leistungen bestehen Pauschalen; sie machen etwa einen Drittel des Leistungsvolumens aus.

Die Grundversorgungsnetze können sich für eine Reihe von Labels bewerben, z.B. für den systematischen Einbezug von kranken Menschen in Behandlungsentscheide oder das Messen von patientenorientierten Outcome-Kriterien. Die Labels vergibt eine Allianz von Patienten- und Konsumentenorganisationen.

Die Grundversorgungsnetze sind vertraglich verpflichtet, jedes Jahr einen standardisierten Qualitätsbericht zu erstellen, der auf einer Online-Plattform publikumsgerecht dargestellt wird.

Die Netzorganisationen stellen anonymisierte Behandlungsdaten der angeschlossenen Praxen für die Versorgungsforschungen zur Verfügung. Die Ergebnisse und Erkenntnisse sind allen Interessierten zugänglich, auch kantonalen und nationalen Behörden.

Es bestehen Anreize, damit möglichst viele Versicherte und Leistungserbringer das Elektronische Patientendossier nutzen und so den umfassenden Austausch von Informationen gewährleisten.

Spezielles

Die Kantone steuern die regionale Verteilung von Hausarztpraxen; sie können diese Aufgabe an Grundversorgungsnetze delegieren. Die Netze sind verpflichtet, eine Mindestzahl an Ausbildungsplätzen für Ärzte und Gesundheitsfachleute anzubieten.

Die Allianz der Netzorganisationen entwickelt zusammen mit Leistungserbringern und betroffenen Menschen integrierte Behandlungspfade sowie (digitale) Instrumente zur Förderung der Gesundheitskompetenz und zur Qualitätssicherung.

Ebenso entwickelt die Allianz – zusammen mit Kantonen oder Regionen – Instrumente zur Mengensteuerung. Eine wichtige Grundlage dafür ist die Angemessenheit der verordneten Massnahmen (Indikationsqualität).

Die Grundversorgungsnetze tauschen sich regelmässig mit allen Kooperationspartnern aus und bearbeiten aktuelle Themen (z.B. Schnittstellen, Qualitätsmessung, Befähigung der Versicherten/Patienten).

Ebenso haben viele Grundversorgungsnetze Angebote für pflegende Angehörige sowie Freiwillige, die sich in der Betreuung und Begleitung von kranken Menschen engagieren (z.B. spezielle Qualitätszirkel mit Fachpersonen, Patienten und Vertrauenspersonen; Online-Plattformen für den dauerhaften Austausch mit den Fachpersonen; Weiterbildungen als Grundlage für die Mitarbeit bei Leistungserbringern wie der Spitex).

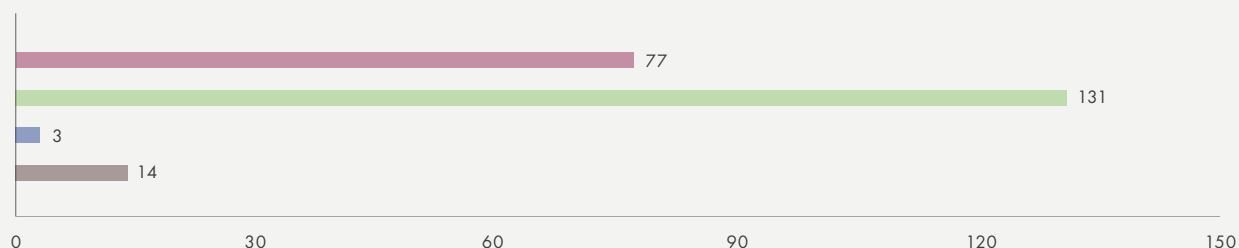
Einschätzungen aus dem fmc-Symposium 2019

Für das Symposium 2019 skizzierte das fmc vier Trendszenarien 2028. Die Teilnehmenden diskutierten die Szenarien an ihren Tischen und gaben zu den folgenden Fragen ihre Einschätzungen ab.

Die wichtigsten Erkenntnisse der Diskussionen flossen in die finalen Szenarien ein. Eine Konsequenz war, dass ein fünftes Szenario hinzukam (virtuelle Versorgungsnetze).

Wie wünschbar ist es, dass für die künftige vernetzte Grundversorgung in der Schweiz unterschiedliche Modelle bestehen? (n = 225)

- Ist zu akzeptieren als Spiegel der unterschiedlichen Ansprüche und Bedürfnisse
- Ist zu fördern, weil damit die Integrierte Versorgung insgesamt angekurbelt wird
- Ist nicht wünschbar und sollte durch die Krankenversicherer eingedämmt werden
- Ist gesetzlich zu verhindern, weil die Grundversorgung für alle gleich sein sollte



Unternehmen der Grundversorgung

... sind eine Weiterentwicklung der Gruppenpraxen in der Schweiz, die hauptsächlich auf medizinische Grundversorgung ausgerichtet sind. Sie sind häufiger in städtischen Gebieten und Agglomerationen angesiedelt als in ländlich-peripheren Regionen.

Organisation

Die Unternehmen betreiben an mehreren Standorten Gesundheitszentren, teilweise ergänzt durch kleinere Aussenstationen oder mobile Dienste. Die Besitzer sind zum Beispiel private Investoren, Krankenversicherer oder (branchenfremde) Unternehmen. Auch grosse Spitex-Organisationen können Gesundheitszentren betreiben und als Unternehmen der Grundversorgung auftreten. Ein wichtiges Merkmal ist die zentrale Führung über mehrere Zentren. Dadurch können Behandlungsstrategien (z.B. ambulant vor stationär) oder Behandlungsschwerpunkte (z.B. Multimorbidität) rascher und verbindlicher umgesetzt werden. Die Unternehmen gehen vielfältige und verbindliche Kooperationen ein, namentlich mit nachgelagerten oder spezialisierten Leistungserbringern.

Leistungsangebot

Multiprofessionelle Gesundheitszentren mit Hausärzten, Pflegeexpertinnen APN, Spezialisten und weiteren Berufsgruppen decken die ganze Breite der Grundversorgung ab. Dazu kommen soziale, juristische und finanzielle Beratungs- und Vermittlungsleistungen, vor allem für betagte, mehrfach kranke Menschen.

Die Zentren sind über Kooperationsvereinbarungen mit nachgelagerten Leistungsanbietern vernetzt wie Spitex, Pflegeinstitutionen, Spitäler, Apotheken, Psychiatrien, Rehakliniken.

Grosse Zentren bieten auch ambulante Operationen an mit bedürfnisgerechten Komfortleistungen (z.B. Abhol- und Rückfuhrservice, 24-Stunden-Begleitung in den ersten Tagen nach dem Eingriff).

Es bestehen IT-gestützte Betreuungsprogramme, besonders für chronisch und mehrfach kranke Menschen, in denen nichtärztliche Fachpersonen wichtige Funktionen übernehmen (z.B. Koordination und Feedback-Gespräche, Medikamentenmanagement, Monitoring). Ein besonderes Augenmerk gilt kranken Menschen, die gleichzeitig somatische und psychische Diagnosen haben.

Ebenso bestehen IT-gestützte Programme zur Früherkennung von chronischen Erkrankungen und für lebensstilorientierte Frühinterventionen.

Koordination

Sie erfolgt – je nach Situation – durch Ärzte/-innen, Pflegeexpertinnen oder speziell ausgebildete Fachpersonen. Unterstützt wird die Koordination durch digitale Hilfsmittel wie eine App, mit der kranke Menschen ihr Behandlungs- und Betreuungsnetz selber steuern und bei Bedarf die wichtigsten Fachpersonen zu einer Online-Besprechung einladen können.

Qualität und Vergütung

Unternehmen der Grundversorgung vereinbaren mit Krankenversicherern Capitation-Verträge, die patientenorientierte Performance- und Outcome-Kriterien einschliessen. Die Versicherer beteiligen sich an den Entwicklungskosten von speziellen Betreuungsprogrammen.

Für klar abgrenzbare Indikationen bestehen sektorenübergreifende Pauschalen, die ebenfalls mit Performance- und Outcome-Kriterien hinterlegt sind.

Unternehmen der Grundversorgung sind vertraglich verpflichtet, jedes Jahr einen standardisierten Qualitätsbericht zu erstellen, der auf einer Online-Plattform publikumsgerecht veröffentlicht wird.

Viele Unternehmen der Grundversorgung stellen anonymisierte Behandlungsdaten der eigenen Zentren für die Versorgungsforschungen zur Verfügung. Die Ergebnisse und Erkenntnisse werden breit diskutiert und sind auch kantonalen und nationalen Behörden zugänglich.

Es bestehen Anreize, damit möglichst viele Versicherte und Leistungserbringer das Elektronische Patientendossier nutzen und so den umfassenden Austausch von Informationen gewährleisten.

Spezielles

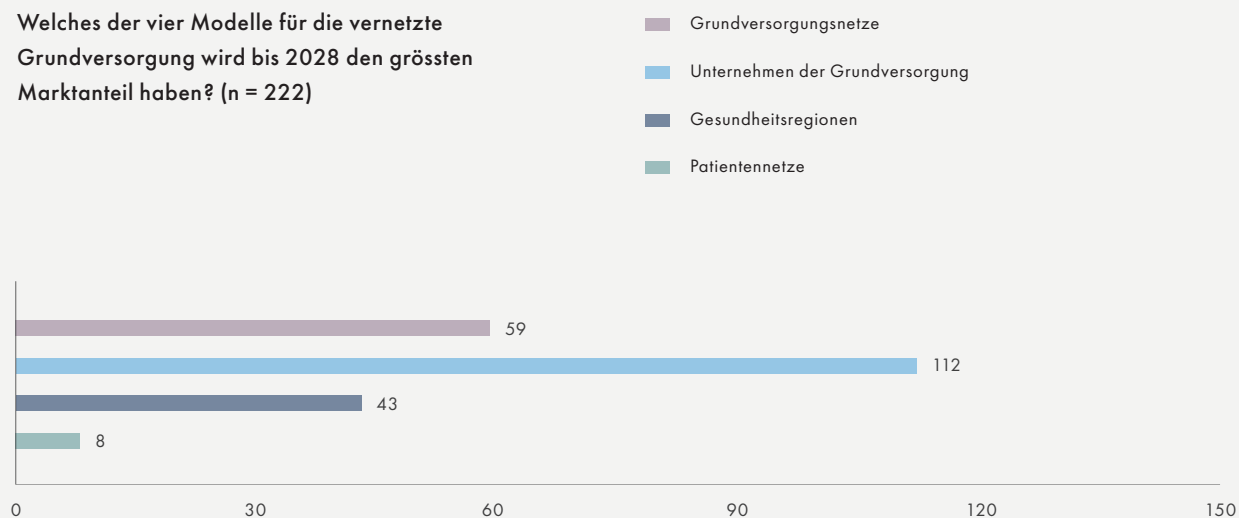
Zahlreiche Unternehmen der Grundversorgung bieten zusammen mit Krankenversicherern eigene Versicherungsmodelle an. Diese enthalten auch Zusatzleistungen für Patienten in komplexen Situationen wie Coaching oder Unterstützung bei der sozialen Integration.

Unternehmen der Grundversorgung, die vorgegebene Kriterien erfüllen, führen im Auftrag des Kantons spezielle Leistungsaufträge aus, z.B. für integrierte geriatrische Behandlungen, für Personen mit somatischen und psychischen Ko-Morbiditäten oder für andere vulnerable Gruppen.

Ausgewählte Unternehmen der Grundversorgung sind als «Kompetenzzentrum Wiedereingliederung» zertifiziert und wenden spezielle Programme an, die sie mit Sozialversicherern ausgearbeitet haben.

Die meisten Unternehmen der Grundversorgung haben einen (honorierten) Beirat aus Versicherten und Patienten. Der Beirat reflektiert zum Beispiel das Leistungsangebot des Unternehmens und beteiligt sich an der Entwicklung von Behandlungspfaden und Outcome-Kriterien. Ausserdem verantwortet er Angebote für pflegende Angehörige (z.B. spezielle Qualitätszirkel mit Fachpersonen, eine Online-Plattform für den dauerhaften Austausch mit Fachpersonen).

Welches der vier Modelle für die vernetzte Grundversorgung wird bis 2028 den grössten Marktanteil haben? (n = 222)



Gesundheitsregionen

... sind eine Weiterentwicklung von bevölkerungsorientierten Versorgungsnetzen, die hauptsächlich in ländlichen, peripheren und alpinen Regionen existieren. Sie sind besonders geeignet, die unterschiedlichen Dimensionen der Versorgung in speziellen geografischen Räumen zu vereinen: Gesundheit, Krankheit, Soziales, Arbeit, Schule, Natur, Kultur.

Organisation

Die medizinischen und sozialen Leistungserbringer einer Region sowie Gemeinden sind Teilhaber einer Regionalorganisation (z.B. AG, Stiftung, Genossenschaft), an der sich weitere Interessierte beteiligen können (z.B. Arbeitgeber, Gastronomie, Vereine, regionale Tourismusorganisation). Die Regionalorganisation vereinbart mit Versicherern, dem Kanton und Gemeinden bedarfsorientierte Kooperationen.

Leistungsangebot

Gesundheitsregionen decken die ganze Breite der Grundversorgung ab. Die Versorgung orientiert sich an den Bedürfnissen der ganzen Bevölkerung und wird von den beteiligten medizinischen und sozialen Leistungserbringern gemeinsam festgelegt.

Ein spezieller Fokus liegt auf der Früherkennung und Prävention von chronischen Krankheiten sowie der Prävention im Suchtbereich. Zu diesem Zweck unterstützen Kantone spezielle Programme in Kindergärten, Schulen und anderen Bildungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche.

Ein zweiter Fokus liegt auf der sozialen Integration von vulnerablen Gruppen (z.B. Betagte, psychisch beeinträchtigte Menschen, Migranten). Für sie gibt es spezielle Strukturen, um am Alltag teilhaben zu können und die Sozialversicherungen zu entlasten. Träger dieser Strukturen sind primär Gemeinden.

In peripheren Gesundheitsregionen steht eine Vielzahl an mobilen Diensten zur Verfügung (z.B. Therapien, Dialyse). Dank digitaler Hilfsmittel ist der Privathaushalt ein eigenständiger «Gesundheitsstandort».

Ebenso bestehen IT-gestützte Betreuungsprogramme, besonders für chronisch und mehrfach kranke Menschen, in denen nichtärztliche Fachpersonen wichtige Funktionen übernehmen (z.B. Koordination und Feedback-Gespräche, Medikamentenmanagement, Monitoring).

Koordination

Sie erfolgt – je nach Situation – durch Ärzte/-innen, Pflegeexpertinnen APN oder speziell ausgebildete Fachpersonen. Betreuungsnetze für vulnerable Gruppen werden von Freiwilligen koordiniert, die dafür geschult sind.

Qualität und Vergütung

Regionalorganisationen vereinbaren mit Krankenversicherern Capitation-Verträge, die patientenorientierte Performance- und Outcome-Kriterien einschliessen. Die Versicherer beteiligen sich an den Entwicklungskosten von speziellen Betreuungsprogrammen.

In mehrjährigen Pilotprojekten übernehmen Regionalorganisationen die finanzielle Verantwortung für die Betreuung von klar bestimmbarer Patientengruppen (im Sinne einer Accountable Care Organization ACO).

Kantone schliessen mit Regionalorganisationen Leistungsvereinbarungen ab für spezielle Versorgungsprogramme, z.B. für multimorbide Menschen oder für Menschen mit somatischen und psychischen Ko-Morbiditäten.

Ebenso zahlen Kantone Beiträge an die gemeinwirtschaftlichen Leistungen von regionalen Kompetenzzentren, z.B. für Suchterkrankungen oder Schmerzpatienten.

Zahlreiche Regionalorganisationen stellen anonymisierte Behandlungsdaten der angeschlossenen Leistungserbringer für die Versorgungsforschungen zur Verfügung. Die Ergebnisse und Erkenntnisse werden breit diskutiert und sind auch kommunalen und kantonalen Behörden zugänglich.

Es bestehen Anreize, damit möglichst viele Versicherte und Leistungserbringer das Elektronische Patientendossier nutzen und so den umfassenden Austausch von Informationen gewährleisten.

Spezielles

Mehrere Regionalorganisationen bieten ein eigenes Versicherungsmodell an, das sie mit Krankenversicherern entwickelt haben und regionale Besonderheiten berücksichtigt (z.B. der erweiterte Einsatz von Pflegeexpertinnen APN und mobilen Diensten, die Unterstützung von pflegenden Angehörigen).

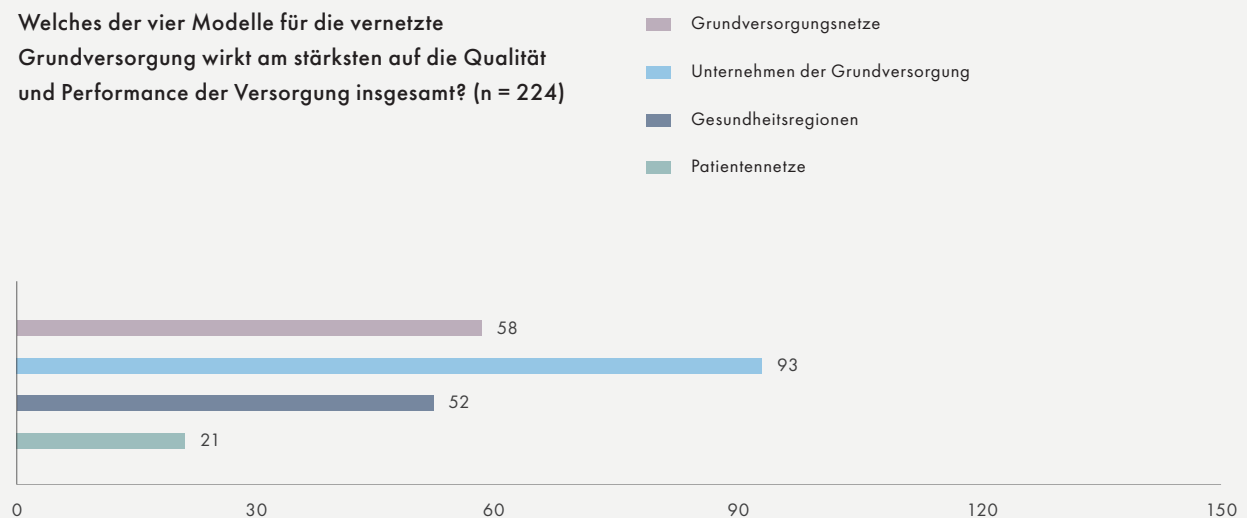
Einige Gesundheitsregionen sind als Genossenschaften organisiert, an denen auch Bewohnerinnen und Bewohner beteiligt sind. Als Genossenschafter haben sie Anspruch auf zahlreiche Vergünstigungen in der Region (z.B. Kurse, kulturelle Veranstaltungen, Rabatte beim Einkauf).

Zahlreiche Regionalorganisationen haben ein breites Bildungsangebot zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Viele betreiben ausserdem, zusammen mit regionalen Arbeitgebern, ein Forum für betriebliche Gesundheitsförderung.

Einzelne Regionen positionieren sich als Entwicklungslabor für die Anwendung von digitalen Hilfsmitteln, z.B. Active Assisted Living, Robotik in der Pflege und Betreuung, autonome Liefersdienste. Sie beteiligen sich dafür an kantonalen Programmen zur Förderung der Digitalisierung.

In praktisch allen Gesundheitsregionen bestehen Online-Plattformen für die Vermittlung von Betreuungsleistungen, die von Freiwilligen erbracht werden (Caring Communities). Die Freiwilligen, die sich beteiligen, können Punkte sammeln, die zu verschiedenen Vergünstigungen in der Region berechtigen.

Welches der vier Modelle für die vernetzte Grundversorgung wirkt am stärksten auf die Qualität und Performance der Versorgung insgesamt? (n = 224)



Patientennetze

... sind eine Weiterentwicklung der Disease-Management-Programme und der Gesundheitsligen. Sie fokussieren auf Menschen mit mehreren, meist chronischen Krankheiten oder auf Menschen mit ganz speziellen Erkrankungen. Wichtigste Treiber sind die betroffenen Personen. Patientennetze können sich überall bilden, da ein grosser Teil der Vernetzungen und Koordination online erfolgt.

Organisation

Patientennetze sind eigenständige Organisationen (z.B. Verein, Genossenschaft). Sie betreiben eigene regionale Anlaufstellen oder sind in etablierte Leistungserbringer integriert. Die Netze vereinbaren mit den verantwortlichen Leistungserbringern die Rechte und Pflichten (gestützt auf die Vorgaben der nationalen Fachgesellschaften und Berufsverbände). Die Leistungserbringer gewährleisten das gemeinsam mit den Betroffenen gestaltete Behandlungs- und Betreuungsnetz. Die Mitglieder der Patientennetze nutzen so weit möglich digitale Hilfsmittel und vernetzen sich mit Betroffenen im In- und Ausland.

Leistungsangebot

Die Leistungen umfassen die ganze Breite der Versorgung (somatisches, psychisches, sozial), abgestimmt auf die Bedürfnisse der jeweiligen Patientengruppe. Die Mitglieder eines Netzes legen gemeinsam mit Fachpersonen die spezifischen Ziele und Massnahmen fest (Koproduktion von Gesundheit). Viele unterstützende Leistungen wie das Monitoring sind digitalisiert.

Patientennetze fördern die Gesundheitskompetenz und legen daher einen starken Fokus auf das Selbstmanagement, den Erfahrungsaustausch unter den Mitgliedern sowie die gegenseitige soziale Unterstützung. Für komplexe Situationen stehen speziell geschulte Fachleute zur Verfügung.

Koordination

Sie erfolgt hauptsächlich durch Fachpersonen mit einer Spezialausbildung. Auf Wunsch koordinieren auch Betroffene, die eine solche Spezialausbildung absolviert haben (peer-to-peer). Sie wird von verschiedenen Kostenträgern unterstützt (Bund, Kantone, Gemeinden), da sie die Effizienz und Qualität der Behandlung, Betreuung und Begleitung nachweislich erhöht.

Qualität und Vergütung

Patientennetze schliessen mit Krankenversicherern Spezialvereinbarungen ab. Diese umfassen Pauschalen (mit Performance- und Outcome-Kriterien) sowie bedürfnisgerechte Zusatzleistungen. Die Mitglieder der Netze sind bereit, sich an Behandlungspfade zu halten und nur vertraglich eingebundene Leistungserbringer zu berücksichtigen.

Patientennetze nutzen anonymisierte Behandlungsdaten der Mitglieder für eigene Versorgungsforschungen (zusammen mit anerkannten wissenschaftlichen Partnern). Die Ergebnisse und Erkenntnisse stehen allen Interessierten zur Verfügung.

Die Betroffenen bewerten alle Kontakte mit Leistungserbringern. Die Bewertungen sind für alle Beteiligten einsehbar und dienen – neben der Qualitätssicherung – der Weiterentwicklung der Netze.

Ausserdem verpflichten sich die Mitglieder der Patientennetze, ein Elektronisches Patientendossier zu nutzen und so den umfassenden Austausch von Informationen zu gewährleisten.

Spezielles

Gesundheitsligen, Versicherer, Bund und Kantone fördern solche Patientennetze, da sie eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Behandlung, Betreuung und Begleitung der betroffenen Menschen gewährleisten. Zu den nachgewiesenen Erfolgen der Patientennetze zählen die überdurchschnittlich hohe Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der betroffenen Menschen.

Patientennetze sorgen dafür, dass für arbeitstätige Personen (Erwerb oder Familie) Strukturen bestehen, in denen sie ihre Aufgaben bestmöglich wahrnehmen können.

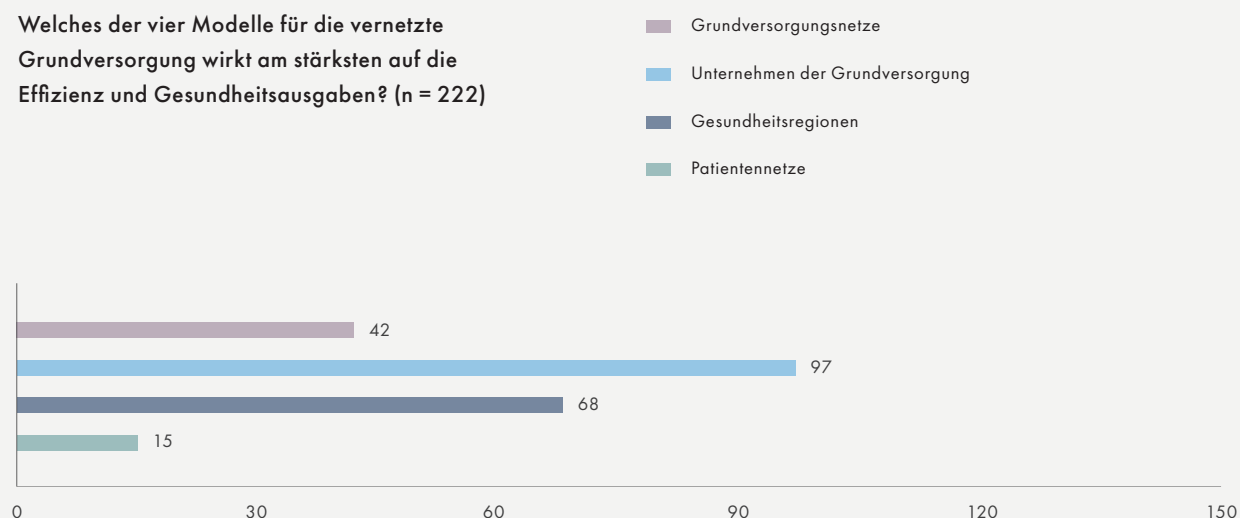
Alle Patientennetze betreiben eine eigene Website für den Informations- und Erfahrungsaustausch sowie der Aktivierung der Eigenverantwortung. Ein geschützter Bereich dient dem digitalen Austausch mit Fachpersonen (z.B. Video-Konsultationen, Gruppen-Chats, Expertenrunden, Care Boards). Für die Förderung der Gesundheitskompetenz stehen den Betroffenen digitale Hilfsmittel mit Reminder- und Kontrollfunktionen zur Verfügung. Die Netze schulen ihre Mitglieder bei Bedarf im Umgang mit der Webseite und anderen digitalen Hilfsmitteln.

Über die eigene Webseite bieten die Patientennetze den betroffenen Personen vergünstigte Produkte an wie Medikamente, Verbrauchsmaterial, digitale Hilfsmittel, spezielle Apps.

Die Patientennetze tauschen sich regelmässig untereinander aus, um Lösungen für Hindernisse zu finden, die alle betreffen (z.B. regulatorische oder finanzielle Hürden).

Bei Bedarf starten Patientennetze Crowdfunding-Aktionen, um Investitionen tätigen zu können, welche die eigenen Möglichkeiten übersteigen (z. B. Ausbau der Website oder Projekte der Versorgungsforschung).

Welches der vier Modelle für die vernetzte Grundversorgung wirkt am stärksten auf die Effizienz und Gesundheitsausgaben? (n = 222)



Virtuelle Versorgungsnetze

... sind das Resultat der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen wie auch Alltag der Bevölkerung. Zentraler Baustein ist eine Open-Source-Plattform, der sich alle interessierten Personen anschliessen können (Anbieter wie Nachfrager). Die Plattform funktioniert zeit- und ortsunabhängig.

Organisation

Virtuelle Versorgungsnetze sind Plattformen für Versorgungsleistungen aller Art. Sie werden von unterschiedlichen Anbietern betrieben: von Einzelpersonen über medizinische und soziale Leistungserbringer bis zu Krankenversicherern und branchenfremden Unternehmen wie IT-Firmen; entsprechend vielfältig sind die Organisationsformen. Auch einige Kantone und Städte betreiben solche Plattformen. Anbieter wie Nachfrager der Leistungen können mehreren Netzen angeschlossen sein.

Leistungsangebot

Die Breite des Angebots variiert stark. Einzelne Netze decken die ganze Grundversorgung ab. Andere sind auf spezielle Personengruppen ausgerichtet (z.B. chronisch kranke Menschen, Personen mit Suchterkrankungen); wieder andere sind auf gewisse Leistungen spezialisiert wie Prävention, Medikamentenmanagement oder Schlafstörungen.

Die Nachfrager stellen aufgrund ihrer Bedürfnisse ein persönliches Versorgungsnetz zusammen. Fallweise sind sie auch mehreren Netzen angeschlossen. Die Leistungserbringer können ihre Dienste ebenfalls auf mehreren Plattformen anbieten.

Die meisten Leistungen werden digital oder telemedizinisch erbracht (z.B. per Telefon, Video Conferencing, Chat, Mail). Dazu gehören zum Beispiel Anamnesen; Begutachtungen der Haut, Augen, Nägel, Haare; Messwerte von Herz und Lunge. Ausserdem werden Symptome mit KI-gestützten Algorithmen erfragt und analysiert.

Für physische Leistungen begibt sich die behandlungsbedürftige Person zum nächstgelegenen Netzpartner, in der Regel ein multiprofessionelles Gesundheitszentrum mit breitem Angebot.

Virtuelle Versorgungsnetze legen einen starken Fokus auf das Selbstmanagement, den Erfahrungsaustausch unter den Mitgliedern sowie die gegenseitige soziale Unterstützung.

Für komplexe Situationen stehen speziell geschulte Fachleute zur Verfügung, die telemedizinisch oder physisch konsultiert werden können.

Koordination

Sie erfolgt hauptsächlich durch Fachpersonen mit Spezialausbildung. Auf Wunsch koordinieren auch betroffenen Menschen, die eine solche Spezialausbildung absolviert haben (peer-to-peer). Oder die Patienten koordinieren ihre Behandlung und Betreuung per KI-gestützter App gleich selbst.

Qualität und Vergütung

Virtuelle Versorgungsnetze finanzieren sich über Gebühren ihrer Mitglieder (Anbieter wie Nachfrager). Diese Einnahmen verwenden sie für die Weiterentwicklung des Systems. Die Leistungserbringer erhalten für die Netzmitglieder, die sie betreuen, individuelle Jahrespauschalen.

Die Patienten sind verpflichtet, alle erbrachten Leistungen standardisiert zu bewerten; die Bewertungen werden laufend veröffentlicht.

Die Mitglieder der Netze (Anbieter wie Nachfrage) sind verpflichtet, ein Elektronisches Patientendossier zu nutzen, um den umfassenden Austausch von Informationen zu gewährleisten.

Spezielles

Versicherer unterstützen virtuelle Versorgungsnetze, da sie eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Behandlung, Betreuung und Begleitung der betroffenen Menschen gewährleisten. Zudem zeigen die Netzmitglieder überdurchschnittlich hohe Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung.

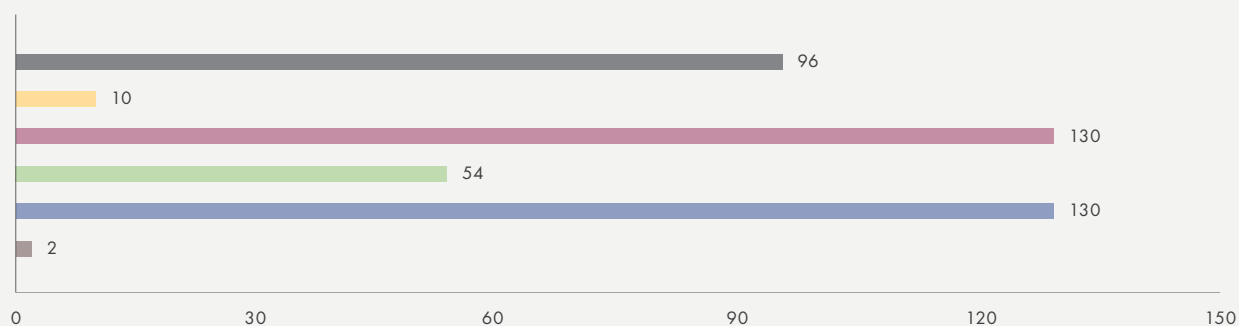
Die Netze stellen medizinische Geräte für den Hausgebrauch zur Verfügung, die bei Bedarf die dauerhafte Online-Monitorisierung erlauben. Zudem bieten sie digitale Kommunikationsmittel an, welche die lückenlose und korrekte Anwendung von Therapien gewährleisten (z.B. Medikamente, Physio- und Ergotherapie, Ernährungs- und Bewegungspläne).

Die Mitglieder von virtuellen Versorgungsnetzen (Anbieter wie Nachfrager) schliessen sich zu Einkaufsgemeinschaften zusammen und handeln mit Lieferanten günstige Konditionen aus (z.B. für Medikamente, Verbrauchsmaterial, digitale Hilfsmittel, spezielle Apps).

Auf den Online-Portalen solcher Netze werden laufend Videos veröffentlicht, um die Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden zu erhöhen, z.B. für Gespräche mit Fachleuten, die Einnahme von speziellen Medikamenten oder die Anwendung von Geräten für den Hausgebrauch.

**Mit welchen Mitteln sollten Modelle für die vernetzte Grundversorgung gefördert werden?
Nennen Sie zwei Mittel. (n = 220)**

- Gesetzliche Vorgaben (z.B. KVG, kantonale Gesundheits-/Spitalgesetze)
- Behördliche Vorgaben (z.B. kantonale Spitallisten)
- Finanzielle Anreize für Leistungserbringer über Vergütungsverträge mit Versicherern
- Finanzielle Anreize für Leistungserbringer von den Kantonen/Gemeinden
- Finanzielle Anreize für Versicherte/Patienten über Versicherungsmodelle
- Modelle für die vernetzte Grundversorgung sollten nicht gefördert werden



Handlungsoptionen

Leistungserbringer und Krankenversicherer haben die Integrierte Versorgung massgeblich vorangebracht – und werden es weiterhin tun. Hinzu kommen die betroffenen Menschen, die sich dank digitaler Hilfsmittel viel stärker einbringen werden. Und im Denkstoff Nr. 4 sowie im GDK-Leitfaden «Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen» legten wir dar, dass Bund, Kantone und Gemeinden künftig deutlich mehr gestalten wollen – und werden.

Für Konsumenten-, Patientenorganisationen, Gesundheitsligen

Konsumenten-, Patientenorganisationen und Gesundheitsligen bilden eine Allianz, um kranken Menschen und ihren Anliegen in der Versorgung und in der Politik mehr Gewicht zu geben. Sie stimmen ihre Dienstleistungen untereinander ab und erweitern die Handlungsmöglichkeiten der Versicherten, Patienten, Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen.

Die Allianz bringt sich aktiv in die Gestaltung der vernetzten Grundversorgung ein, zum Beispiel bei der Entwicklung von Behandlungspfaden, patientenorientierten Performance-Kriterien und sektorenübergreifenden Vergütungsmodellen.

Die Allianz sorgt für mehr Transparenz, indem sie die systematische Erhebung und Veröffentlichung der Performance von Leistungserbringern und der Qualität von erbrachten Leistungen unterstützt.

Die Allianz befähigt Versicherte und Patienten, ihre Rechte wahrzunehmen und sich selbstbestimmt und eigenverantwortlich im Gesundheitswesen zu bewegen.

Patientenorganisationen fördern gemeinsam mit den entsprechenden Gesundheitsligen den Aufbau von Patientennetzen. Diese haben insbesondere zum Ziel, die Versorgung konsequent aus Sicht der betroffenen Menschen zu organisieren und sie zu aktivieren (z.B. Befähigung zum Selbstmanagement; Befähigung zur Nutzung von digitalen Hilfsmitteln und Angeboten; Bewertung von Leistungen und Leistungserbringern).

Patientenorganisationen und Gesundheitsligen unterstützen Online-Plattformen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz wie www.krankheitserfahrungen.de, www.DIPEX.ch oder www.mysurvivalstory.org. Diese Plattformen bieten kranken Menschen und ihren Vertrauenspersonen ebenso wichtige Unterstützung wie den Fachleuten.

Für Leistungserbringer

Strukturen und Angebot

Grundversorgungsnetze bauen ihre zentralen Dienstleistungen für die angeschlossenen Praxen aus und steigern damit die Attraktivität für ärztliche und nichtärztliche Fachpersonen (z.B. interprofessionelle Weiterbildungen und Qualitätszirkel; Organisation von virtuellen, sektorenübergreifenden Care Boards zur Besprechung von komplexen Fällen).

Organisationen der vernetzten Grundversorgung (Grundversorgungsnetze oder Unternehmen der Grundversorgung) beschleunigen den Aufbau von verbindlichen Kooperationen mit nachgelagerten Leistungserbringern wie Spezialisten, Spitälern, Psychiatrien, Reha-Kliniken, Spitex-Organisationen, Gesundheitsligen.

Organisationen der vernetzten Grundversorgung erschliessen neue Tätigkeitsfelder für Medizinische Praxisassistentinnen/Praxiskoordinatorinnen, Pflegeexpertinnen APN und weitere Gesundheitsberufe (besonders in der Behandlung, Betreuung und Koordination von mehrfach kranken Menschen).

Organisationen der vernetzten Grundversorgung differenzieren in städtischen Gebieten ihre Angebote nach Patientenbedürfnissen (z.B. Selbstmanagement, mobile Dienste, digitale Angebote), nach Patientengruppen bzw. Krankheitsbildern (z.B. chronische Erkrankungen, Stroke, Tumor, Demenz, Sucht, Burnout) oder nach Service-Level (z.B. Soforttermine, 7-24-Stunden-Kontakt, Ausland-Assistance).

Ambulante und stationäre Leistungserbringer entwickeln – zusammen mit telemedizinischen Anbietern und abgestimmt auf bestehende Behandlungsleitlinien – umfassende Betreuungsprogramme für chronisch und mehrfach kranke Menschen.

Regionalspitäler stellen in ländlichen Gebieten – zusammen mit dem Kanton und Gemeinden – Infrastrukturen für neue Ärzte und multiprofessionelle Zentren zur Verfügung.

Organisationen der vernetzten Grundversorgung und Unternehmen aus anderen Branchen (z.B. Detailhandel, Hotellerie, Ernährung, Telekommunikation) beteiligen sich am Aufbau von Gesundheitsregionen, Patientennetzen oder virtuellen Versorgungsnetzen und entwickeln spezifische Angebote für die Versicherten/Patienten (z.B. Prävention, Ernährung, Datenaustausch, Partizipation/Communities).

Qualität und Vergütung

Organisationen der vernetzten Grundversorgung initiieren zusammen mit Krankenversicherern Pilotprojekte mit ausgewählten Patientengruppen und neuen Vergütungsformen (z.B. Komplexpauschalen, Capitation-Modelle), welche patientenorientierte Performance- und Outcome-Kriterien einschliessen.

Organisationen der vernetzten Grundversorgung und stationäre Leistungserbringer realisieren gemeinsame Weiterbildungen und Projekte für die interprofessionelle Zusammenarbeit. In diesen spielen die Performance aus Patientensicht sowie die Performance-Bemessung eine bedeutende Rolle.

Organisationen der vernetzten Grundversorgung und stationäre Leistungserbringer entwickeln zusammen mit Versicherern – und allenfalls einem wissenschaftlichen Partner – Performance-Kriterien auf Basis der ICHOM-Standard-Sets.

Für Krankenversicherer

Organisationen der vernetzten Grundversorgung unterstützen zusammen mit stationären Leistungserbringern den Aufbau und Betrieb von medizinischen Registern entsprechend den Empfehlungen von ANQ, FMH, H+, SAMW und Universitäre Medizin Schweiz.

Die Leistungserbringer einer Gesundheitsregion initiieren gemeinsam mehrjährige Projekte, in denen sie die finanzielle Verantwortung für die Betreuung einer umschriebenen Patientengruppe übernehmen (im Sinne einer Accountable Care Organization ACO). Sie schaffen dafür eine eigenständige Körperschaft.

Digitalisierung

Organisationen der vernetzten Grundversorgung unterstützen die Verbreitung des Elektronischen Patientendossiers (EPD), sowohl innerhalb ihrer Organisationen wie auch bei den Versicherten/Patienten. Sie setzen sich dafür ein, dass wichtige Anwendungen wie eMedikation, elmpfdossier, eÜberweisung, eDiabetespass, ePatientenverfügung, eMutter-Kind-Pass in alle gängigen Praxisinformationssysteme PIS integriert werden.

Organisationen der vernetzten Grundversorgung schaffen IT-Strukturen, um Behandlungsdaten praxisübergreifend für ein Clinical Decision Support System nutzbar zu machen.

Organisationen der vernetzten Grundversorgung bieten den Patienten vollständigen Einblick in ihre elektronische Patientendokumentation (z.B. via www.opennotes.org) und fördern dadurch deren Gesundheitskompetenz.

Unternehmen der Grundversorgung schaffen Konnektivitäts-Plattformen, über welche die Daten von Wearables mit der IT-Infrastruktur der Unternehmung ausgetauscht und für diese nutzbar gemacht werden können.

Qualität und Vergütung

Krankenversicherer schliessen mit Organisationen der vernetzten Grundversorgung Verträge ab, in denen auf die Bedürfnisse der Versicherten/Patienten ausgerichtete Zusammenarbeits- und Vergütungsmodelle sowie Qualitätskriterien vereinbart werden. Beispiele sind Outcome-Elemente wie Patient-reported Outcome-Measures (PROMs), Zusatzvergütungen für strukturierte Chronic-Care-Programme oder erweiterte Serviceleistungen wie sozialmedizinisches Case Management.

Krankenversicherer entwickeln zusammen mit Organisationen der vernetzten Grundversorgung neue Vergütungsmodelle (z.B. Komplexpauschalen, Pay for Performance) und wenden sie in Pilotprojekten an.

Krankenversicherer ergänzen ihre Managed-Care-Verträge mit Performance-Kriterien, welche die Höhe der Vergütung beeinflussen.

Strukturen und Angebot

Krankenversicherer gewähren Anschubfinanzierungen für den Aufbau von Gesundheitsregionen. In alpinen Regionen fördern sie die Standortattraktivität mit erhöhten Taxpunktswerten.

Krankenversicherer unterstützen den Aufbau von Patientennetzen, die auch die Gesundheits- und Patientenkompetenz fördern (z.B. Befähigung zum Selbstmanagement; Bewertung von Produkten, Leistungen und Leistungserbringern; sorgsamer Umgang mit Gesundheits- und Krankheitsinformationen).

Krankenversicherer schaffen Anreize für Versicherte, sich an einem (Pilot-)Projekt mit Outcome-orientierter Vergütung zu beteiligen. Sie entwickeln – zusammen mit Leistungserbringern – Online-Instrumente für ihre Versicherten, damit diese das Erreichen der Outcome-Ziele unterstützen können (z.B. das Einhalten von Bewegungsempfehlungen oder die korrekte Einnahme von Medikamenten).

Für Bund, Kantone und Gemeinden

Regulierung

Die Kantone sorgen für gleich lange Spiesse für stationäre und ambulante Leistungserbringer und unterbinden die Quersubventionierung von ambulanten durch stationäre Leistungen.

Kantone knüpfen Leistungsaufträge an Performance-, Outcome- und Vernetzungskriterien.

Bund und Kantone sorgen für Investitionssicherheit, indem sie einheitliche Standards für den elektronischen Datenaustausch vorgeben (abgestimmt auf die Strategie eHealth Schweiz von Bund und Kantonen).

Kantone knüpfen die individuelle Prämienverbilligung an zusätzliche Bedingungen wie die Betreuung in einer Organisation der vernetzten Grundversorgung, die Teilnahme an Chronic-Care-Programmen oder die Anwendung des Elektronischen Patientendossiers.

Strukturelle und finanzielle Steuerung

Kantone schaffen kantonsübergreifende Versorgungsregionen und erstellen gemeinsame Spitallisten.

Innerhalb solcher Versorgungsregionen erteilen die Kantone Leistungsaufträge an Unternehmen der Grundversorgung, die ambulante, stationäre und Pflegeleistungen umfassen

Kantone und Gemeinden unterstützen – besonders in ländlichen Gebieten – Projekte zum Aufbau von Gesundheitsregionen. Das sind zum Beispiel: Plattformen für den Austausch der regionalen Akteure; personelle Ressourcen für bestimmte Funktionen im Projekt; Information der Bevölkerung; vergünstigten Darlehen und Projektfinanzierungen. Die Beiträge sind an Bedingungen geknüpft, z.B. dass sich Leistungserbringer aktiv in der Gesundheitsregion engagieren (durch Zusammenarbeit, Weiterbildung, Forschung etc).

Kantone und Gemeinden stellen in ländlichen Gebieten – zusammen mit Regionalspitälern – Infrastrukturen für neue Ärzte und multiprofessionelle Zentren zur Verfügung.

Kommunikation

Bund und Kantone fördern den Erfahrungsaustausch und den Wissenstransfer zwischen Organisationen der vernetzten Grundversorgung, zum Beispiel durch Tagungen oder Internet-basierte Plattformen.

Visionen von A bis Z

Das fmc hat zahlreiche Versorgungspartner eingeladen, die vernetzte Grundversorgung 2028 aus ihrer Perspektive zu beschreiben. Die Ergebnisse lesen Sie auf den folgenden Seiten.

Abilis 28

CSS 29

Intermed 30

Krebsliga 31

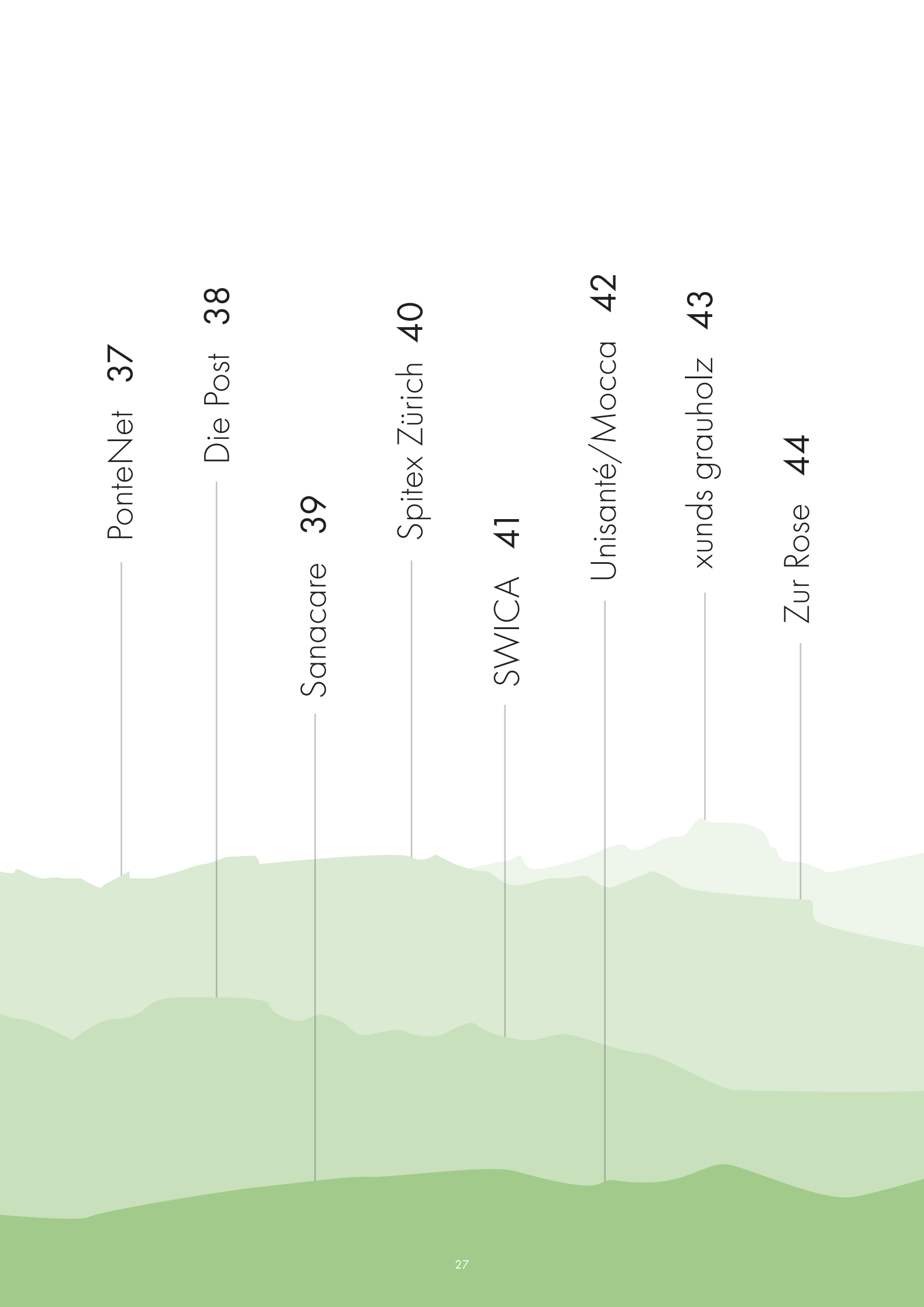
mediplus 32

medix 33

MiSANTO 34

pharmaSuisse 35

PizolCare 36



PonteNet 37

Die Post 38

Sanacare 39

Spitex Zürich 40

SWICA 41

Unisanté/Mocca 42

xunds grauholz 43

Zur Rose 44

Wenn das Smartphone vibriert, ist erhöhte Vorsicht geboten

Albert, 55, leidet an Bluthochdruck und Diabetes. Vor einem Jahr erlitt er zudem einen Herzinfarkt. Daneben machen ihm oft Migräneanfälle zu schaffen. Heute vibriert sein Smartphone: Die Abilis-App meldet, sein Blutzuckerspiegel sei niedrig, er riskiere eine Hypoglykämie. Die App ist mit seinem Blutzuckermessgerät verbunden. Das erspart ihm unangenehme Überraschungen, wenn sein Zuckerspiegel zu tief sinkt.

Abilis ist die Gesundheitsplattform von Ofac, der Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker. Alberts Arzt schlug vor, die Abilis-App für seine Kopfschmerzen zu nutzen: Treten sie auf, kann Albert die Intensität in der App erfassen. Sie kombiniert Blutzuckerdaten, Geolokalisierung und Ernährung mit dem Auftreten von Migränen. So kann sie die möglichen Auslöser für seine Kopfschmerzen ermitteln. Sie sind zwar noch nicht ganz verschwunden. Doch die App macht Albert darauf aufmerksam, wenn mehrere Auslösefaktoren gleichzeitig auftauchen.

Ein Arzneimittel passt nicht zum genetischen Profil von Albert.

Heute geniesst Albert mit seiner Familie einen schönen Skitag in Graubünden. Leider wird daraus ein Albtraum: Albert stürzt schwer und muss ins nächste Spital gebracht werden. Dort verfügt der Sanitäter (ebenfalls Abilis-Nutzer) bereits beim Eintreffen über eine 360°-Ansicht des Patienten: Behandlungsplan, Allergien, Blutzuckerwerte – alles wurde über Alberts Mobiltelefon übermittelt. Der Hausarzt wird ebenfalls über den Vorfall informiert. Auf der Aufnahmestation sind nun alle Daten bekannt. Dies verkürzt das Prozedere und hilft, die Sicherheit des Patienten während der Operation zu gewährleisten. Alle Informationen stehen später dem Hausarzt und anderen Fachleuten zur Verfügung.

Alberts Stammapotheke aktualisiert seinen Status mit der Meldung des Spitals zur neuen Medikation. Sie stellt jedoch fest: Ein Arzneimittel passt nicht zum genetischen Profil von Albert. Nach Absprache mit dem Stationsarzt passt die Apothekerin die Behandlung an und informiert den Patienten via App. Sobald Albert nach Hause kommt, wird sie die Medikamente nach Hause liefern lassen. Albert ist sich nicht sicher, ob er alles verstanden hat. Über die App tauscht er sich mit der Apothekerin aus, die ihm alles nochmals erklärt.

Auch der Termin mit dem Physiotherapeuten erscheint bereits auf Alberts Abilis-App. Jeder Spezialist erfährt alle wichtigen Informationen für die Übernahme, natürlich auch von der durchgeführten Operation. Während seiner Genesung fängt sich Albert eine Erkältung ein. Er muss jedoch nicht zur Apotheke gehen. Vom Wohnzimmersessel aus, mit der Online-Bestellfunktion von Abilis, kann er die nötigen Arzneimittel in seiner gewohnten Apotheke bestellen; sie liefert noch am selben Tag nach Hause. Und die Apotheke gleicht jede Bestellung mit dem Patientenprofil und seiner derzeitigen Behandlung ab. Falls nötig, meldet sie sofort ein potenzielles Problem. Wenn Albert zum Beispiel ein bestimmtes Medikament nicht zusammen mit einem anderen einnehmen darf.

Überall in der Schweiz vernetzt

Nach einiger Zeit ist diese Episode nur noch Erinnerung. Albert geniesst zwei Wochen Erholung im Süden. Sollte er seine Medikamente zuhause vergessen, ist das kein Problem. Abilis ist in der ganzen Schweiz zugänglich. Der lokale Apotheker kann ihm alle benötigten Medikamente aushändigen.

Albert ist besorgt, als er von einer neuen Epidemie in der Schweiz hört. Das erinnert ihn an die Coronavirus-Pandemie, die 2020 die ganze Welt in Aufruhr versetzt hat. Doch er weiss, dass er gut vorbereitet ist. Die App kennt seine Risikofaktoren und gibt ihm rechtzeitig die richtigen Ratschläge. Er aktiviert auch das neue Lungenstethoskop, das ihm die App zur Verfügung stellt, um seine Atemfunktion zu prüfen. So weiss er sich in guten Händen: Abilis wird seinen Arzt benachrichtigen, sollte sich sein Gesundheitszustand verschlechtern.

Big Brother? Nein. Es ist Albert, der alle Zugangsrechte der Gesundheitsfachpersonen verwaltet – er allein entscheidet und steuert seine Gesundheitsversorgung gewissermassen selbst. Die Fachpersonen kümmern sich um ihn, wenn er sie braucht.



Martine Ruggli, Apothekerin FPH,
Koordinatorin strategische Projekte, Ofac-Gruppe
Olivier Pochelon, Verkaufsleiter, Ofac-Gruppe
www.abilis.ch www.ofac.ch

Digitale Helfer weisen in allen Situationen den richtigen Weg

Aus Sicht der CSS wird die Versorgung der Zukunft eine vernetzte Gesamtversorgung sein; eine blossе Vernetzung im Rahmen des hausärztlichen Sektors greift zu kurz. Wichtig dabei ist vor allem die Art der Vernetzung. Dabei wird es wohl zwei Grundströmungen geben. Die erste ist teilweise schon etabliert: die eher bilaterale, zusammenarbeitsbezogene Vernetzung. Hier vereinbaren Leistungserbringer unterschiedlicher Versorgungsstufen, dass sie gemeinsam an denselben Fällen arbeiten und nach welchen Grundsätzen sie das tun. Diese Art der integrierten Versorgung wird ihren hohen Stellenwert behalten.

Diese Verknüpfung wird künftige von heutigen Systemen unterscheiden.

Die zweite Strömung betrifft die Art und Weise, wie Informationen fliessen und genutzt werden. Auch diese Variante der integrierten Versorgung wird an Bedeutung zunehmen. Hierbei wird der Kunde/Patient eine immer wichtigere Rolle einnehmen, vor allem durch die stetige Entwicklung der Digitalisierung.

Die CSS stellt sich auf eine Zukunft ein, in der ein Kunde/Patient seine gesundheitlichen Anliegen über eine digitale Drehscheibe adressieren kann. Dies kann alle Themen rund um Prävention, Akutbehandlung, Leistungserbringersuche, Services etc. umfassen. Auf dieser Drehscheibe werden Daten aus der Leistungserbringung vom Versicherer und vom Kunden selbst so verknüpft, dass sich im Ergebnis ein kosten- und ergebnisoptimaler Behandlungsablauf ergibt. Diese Verknüpfung wird die künftigen von den heutigen Systemen unterscheiden.

Beispiel Reisegesundheit und Prävention

Manuel Manz ist 53 Jahre alt und verheiratet mit Elsie. Er ist guter Gesundheit. In seiner Freizeit spielt er zwei Mal wöchentlich Tennis mit seinem Freund Georg. Mit ihm tauscht er sich regelmässig über neue digitale Technologien aus. Manuel Manz freut sich, dass sich auch seine Versicherung CSS im eHealth Bereich engagiert und Innovationen vorantreibt. Er nutzt regelmässig jene Funktionen auf seinem Gesundheitsportal, die ihn im Alltag unterstützen.

Gemeinsam mit seiner Frau Elsie bereist er regelmässig die Welt. Dabei gehören die Reiseapotheke sowie das Abklären von Impfeempfehlungen zu seinen Aufgaben. Das ist kein Problem, denn mit zwei Klicks auf seinem Gesundheitsportal hat er die entsprechenden Informationen parat. Der Abgleich mit den

Impfdossiers des Paares ist aktualisiert. Manz weiss, in welcher Apotheke innerhalb welcher Frist die notwendigen Impfungen erfolgen können. Die empfohlene Reisemedikation ist in der Versandapotheke bestellt und wird nach Hause geliefert. Er ist auch dankbar, dass die CSS ihn und seine Frau über anstehende Vorsorgeuntersuchungen erinnert. Vor kurzem wurde Elsie eine Darmkrebsvorsorge empfohlen.

Beispiel Akutfall

Heute fühlt sich Manuel Manz unwohl. Über das Gesundheitsportal startet er den SymptomChecker. Dieser empfiehlt ihm, innerhalb der nächsten 24 Stunden den Hausarzt aufzusuchen – der Termin bei seinem Hausarzt ist bereits online gebucht und bestätigt.

Als er am nächsten Tag zum Hausarzt kommt, hat dieser bereits die Informationen aus dem SymptomChecker studiert. Gezielt geht er nochmals auf die Beschwerden ein und kann anhand der vorliegenden Informationen die Veränderung beurteilen. Manz erwähnt am Rande, dass er vor zwei Wochen am Wochenende aufgrund hohen Fiebers die Notfallaufnahme aufsuchte. Der Hausarzt ist sehr interessiert, denn zwischen dem Fieber und der aktuellen Erkrankung könnte es einen Zusammenhang geben. Manz gibt den Bericht des Spitals auf seinem Gesundheitsportal frei.

Der Hausarzt kann ihn nun einsehen, ebenso die Laboranalysen. Nach sorgfältiger Beurteilung kann er den vermuteten Zusammenhang verneinen und auch weitere Verdachtsdiagnosen ausschliessen. Manuel Manz erhält vom Hausarzt eine Behandlungsempfehlung mit Handlungsanweisung und Medikation. Alles ist auf dem Gesundheitsportal einsehbar. Falls gewünscht, wird die Medikation mit einer Erinnerungsfunktion versehen, verbunden mit einer Anleitung zur korrekten Einnahme. Eine Woche später fragt der Hausarzt via Chatfunktion auf dem Gesundheitsportal bei Manz nach, ob er sich wieder wohl fühle. Dieser bejaht – und ist hoch erfreut, wie gut versorgt und begleitet er wird.



Maximilian Kuhn

Ressortleiter integrierte Versorgung & Spezialverträge, CSS Versicherung

www.css.ch

Ancrage interprofessionnel en médecine de famille

En 2028, 10 cabinets Intermed existent à la Chaux-de-Fonds. Ils réunissent chacun une équipe couvrant l'ensemble du continuum de vie des patients : médecine générale, pédiatrie, gériatrie et para-médics répondent aux besoins, aussi bien en cabinet qu'à domicile. Les médecins ont initié cette collaboration il y a 10 ans avec les infirmières de soutien en soins de 1^{er} recours (ISP), qui développent des prestations de soins avancées et de prévention. Les ISP et les assistantes médicales interviennent en complémentarité sur les soins techniques ponctuels. Les assistantes médicales mettent en œuvre leurs compétences dans l'accompagnement éducatif et motivationnel des patients dits « stables » et dans le repérage et l'orientation des patients dont la situation se péjore au niveau psychosocial.

Le partenariat avec les bénéficiaires s'incarne dans le Comité stratégique des patients qui oriente les actions de prévention et de promotion de la santé, et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil. Les ISP ont soutenu les cabinets Intermed dans la transition vers une organisation de type *Chronic Care Model*, tout en organisant des séances d'intervision interprofessionnelle.

Les ISP s'impliquent particulièrement auprès des patients en situations complexes (cf. figure). Elles développent les fonctions

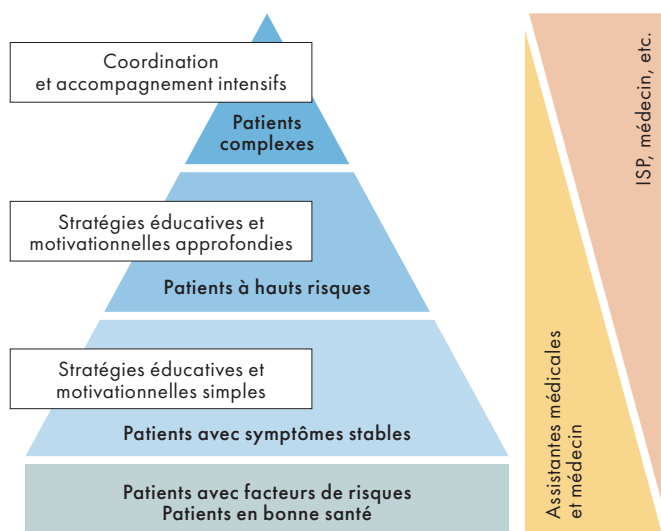


Figure : organisation Intermed

Mme Anne Bramaud du Boucheron

infirmière de pratique avancée, Medi-Centre

Dr Marc Giovannini, médecin coordonnateur, Medi-Centre

Prof Olivier Walger, Haute Ecole Arc Santé – HES-SO

www.he-arc.ch

Monsieur R, patient du Cabinet Intermed en 2028, se sent préoccupé, fatigué et essoufflé quand il fait un effort. Le veuvage et les oublis de son père l'épuisent. D'un clic, il prend un rendez-vous Intermed.

Il sait que le médecin réalisera les examens diagnostics nécessaires et l'orientera si nécessaire vers l'équipe de soins spécialisés adéquate et que l'ISP prendra le temps d'identifier ce qui est difficile pour lui, aussi bien en lien avec sa santé qu'avec ce que vit son père. Il sait que l'ISP évaluera sa situation globale et élaborera avec lui un plan de soin et d'intervention interprofessionnel en mobilisant les ressources existantes. Elle veillera aussi à l'adéquation et à la continuité des soins par une concertation continue avec lui, les partenaires et le médecin traitant. Il sait qu'à un moment ils se verront tous ensemble pour refaire un point.

suivantes : évaluation globale du patient, conception et mise en œuvre d'un plan de soin et d'intervention interprofessionnel à l'aide d'un outil électronique partagé et sécurisé, soutien à l'*empowerment* du patient/proche, et collaboration avec les partenaires du territoire.

En 2028, les prestations d'éducation motivationnelle et de coordination dispensées par l'ISP sont financées par la LaMal. Le canton de Neuchâtel, précurseur, a introduit un financement forfaitaire annuel couvrant le soutien aux changements organisationnels et à l'intervision. Le canton soutient aussi le partage de ressources (hall de gym, salles de réunions) entre cabinets Intermed, pour des actions conjointes avec des partenaires.

En 2028, le modèle Intermed permet aux soignants d'ajuster leurs prestations avec plus de pertinence et de percevoir une meilleure cohérence de leur équipe. Il augmente l'*empowerment* des patients, avec un impact positif sur le coût par patient. Enfin, il favorise les partenariats publics-privés ancrés sur un principe « d'équipe de premier recours au service de la population ».

Pour en savoir plus : Bramaud-du Boucheron, A., M. Giovannini, & O. Walger. 'Le Chronic Care Model appliqué au premier recours'. *Soins Infirmiers*, no. 6/2017 (2017): 55–57.

Mit Fachkenntnis, Agilität und Koordination zur optimalen Versorgung

Die zunehmende Lebenserwartung der Bevölkerung und eine oft ungesunde Lebensweise tragen dazu bei, dass die Krebsinzidenz stark steigt. Gleichzeitig sinkt dank Fortschritten in der Früherkennung und medizinischen Therapie die Mortalität: Immer mehr Krebsbetroffene überleben immer länger. Das ist erfreulich. Andererseits bewirken Krebserkrankungen meist verschiedene körperliche und psychische Komplikationen. Hinzu kommen zahlreiche unerwünschte Nebenwirkungen durch die Therapien. Der Übergang von der Krankheit in den (beruflichen) Alltag sowie die langfristige Behandlung von Spätfolgen müssen optimiert werden.

Dazu ist eine Versorgung erforderlich, die über die medizinischen Belange hinausgeht. Sie muss auf die Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie des sozialen Lebens abzielen. Mittlerweile werden diverse Rehabilitationsprogramme und vielfältige Massnahmen angeboten. Diese sind jedoch ungenügend aufeinander abgestimmt. Sie werden wenig oder nur punktuell genutzt, gerade weil die Angebote noch unzureichend auf die individuellen Bedürfnisse und Problemlagen der betroffenen Menschen ausgerichtet sind. Ausserdem ist die Finanzierung teilweise ungeklärt. Und es mangelt an Information und Kommunikation zwischen den Akteuren, weshalb die Versorgung kaum ganzheitlich ausgerichtet ist. Dies steht der Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität im Weg.

Cancer Navigator als Kompass für Betroffene

Die zentrale Stellung der Krebsliga im Themenfeld und ihre Ausrichtung als Kompetenzzentrum für Krebs macht sie zu einer festen Grösse in der Versorgung. Mit dem Ziel, den Zugang zu unterstützender Behandlung zu erleichtern und die Versorgung von Betroffenen sowie ihren Angehörigen auf lange Sicht zu optimieren, arbeitet die Krebsliga im Wesentlichen entlang von drei Schwerpunkten:

1. niederschwellige Rehabilitationsangebote bereitstellen (Leistungserbringung);
2. die Koordination der verschiedenen Angebote von anderen Leistungserbringern optimieren (Drehscheibe);
3. ab Diagnose während des gesamten Lebenszyklus als Cancer Navigator unterstützen.

Die ersten beiden Punkte sind bereits fest etabliert oder je nach Region zu verstärken. Der dritte Punkt ist aufzubauen: Der Cancer Navigator soll den Betroffenen Informationen und Instrumente an die Hand geben, mit denen sie sich im Gesundheitssystem besser zurechtfinden. Besonders jene Menschen, die der

Krankheit weitgehend hilflos begegnen, sollen ihre Bedürfnisse erkennen und zu den geeigneten Angeboten geführt werden.

Die Konsolidierung der Spitalbranche, die Einführung von Mindestfallzahlen und der Fachkräftemangel führen dazu, dass sich die Spitalversorgung über Versorgungsregionen ausrichten wird. Spezialisierte Spitaldienstleistungen werden folglich in dezentralen Regionen nicht mehr gleichermassen zur Verfügung stehen. Der Zugang zur Krebsversorgung – als spezialisierte Versorgungsleistung – wird für Menschen, die nicht im urbanen Umfeld leben, erschwert.

Regionale Verankerung und Nähe zum Alltag

Die Krebsliga wird sich als Cancer Navigator mit hoher Kompetenz rund um Krebserkrankungen in der Grundversorgungsstruktur von morgen positionieren. Die Kenntnis der Situation vor Ort, die Agilität und die Vernetzungsaffinität werden es der Krebsliga ermöglichen, die künftigen Herausforderungen zu bewältigen. Sie ist in hohem Masse spendenfinanziert. Übernimmt die Krebsliga die zentrale Rolle als Cancer Navigator, ist die Finanzierung der erbrachten Leistungen zwingend zu klären.

Letztlich geht es darum, krebsbetroffenen Menschen und ihren Angehörigen die individuell erforderliche Versorgung anbieten zu können. Das heisst: Nach Vorliegen der Diagnose sollte umgehend ein Beratungs- und Versorgungskontinuum etabliert werden, das auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet ist. Dem Cancer Navigator kommt dabei eine zentrale Rolle zu.

Die Krebsliga kann auf das Know-how und ein Netzwerk bauen (nicht zuletzt mit den bestens verankerten kantonalen und regionalen Krebsligen und Anlaufstellen), um Unterstützungs- und Betreuungsangebote voranzubringen und zu koordinieren. Gerade die regionale Verankerung und Nähe zum Alltag der betroffenen Menschen macht die Krebsliga zu einem Garanten für personenzentrierte, massgeschneiderte Krebsversorgung.



krebsliga

Nicolas Sperisen, Fachspezialist Rehabilitation,
Daniela de la Cruz, CEO, Krebsliga Schweiz

www.krebsliga.ch

mediplus: ein Qualitätssprung für die Polymedikation

Dr. med. Erich Honegger

VR-Präsident eastcare AG, für das mediplus-Konsortium Argomed, BlueCare, eastcare und Zur Rose

www.argomed.ch

www.bluecare.ch

www.eastcare.ch

www.zurrose.ch

Eine Patientin im Seniorenalter mit bis zu sechs behandlungsbedürftigen Gesundheitsproblemen wird durchschnittlich von vier bis fünf Praxen betreut. Sie erhält sechs bis zehn Medikamente, kontaktiert mehrere Apotheken und benötigt oft Unterstützung der Spitex. Dazwischen konsultiert sie mal den Notfallarzt oder den Stellvertreter ihres Hausarztes.

Im Idealfall setzen die Fachpersonen die medikamentöse Therapie optimal nach anerkannten Richtlinien um. Trotzdem: Meist fehlt die effiziente Vernetzung dieser «Qualitätsinseln» und ihrer Verordnungen. Bei jedem Informationsaustausch ohne verlässliche Gesamtübersicht steigen mit den zahllosen Medienbrüchen der lokale Arbeitsaufwand und die Fehlerquote – und damit das Risiko für die Behandelten (siehe Abbildung).

Hier kann ein standardisierter, immer von allen Fachpersonen verwendeter Medikamentenplan Abhilfe schaffen. Er wird kontinuierlich aktualisiert und steht allen Involvierten zeitnah zur Verfügung. Ein im Hintergrund laufender, einheitlicher Interaktions-Check prüft laufend die Kompatibilität der Polymedikation bei jeder Änderung. Medikamentenverordnungen aus Berichten (Spital/Konsiliaren) kann man direkt mit dem Medikamentenplan im Praxisinformationssystem PIS abgleichen und wahlweise in diesen einlesen. Die behandelte Person wiederum hat den Medikamentenplan in analoger Form (Ausdruck) oder idealerweise digital zur Verfügung (App).

Der eMediplus steht als Standard bereits zur Verfügung und ist von eHealth Suisse anerkannt. BlueMedication ist eine in Ent-

wicklung stehende, webbasierte Software, die Austausch und Abgleich von eMediplus medienbruchfrei möglich macht. Das Qualitätsmodul mediplus soll die Vorgaben der einfachen, kontrollierten, fehler- und risikoarmen Vernetzung von medikamentösen Verordnungen sowie den nahtlosen Informationsfluss in die Alltagsarbeit der beteiligten Fachpersonen umsetzen. Damit wird die medikamentöse Behandlung sicherer, verlässlicher und kostengünstiger.

Einbindung und Stärkung der Patienten

Diese neue Selbstverständlichkeit ist ein Qualitätssprung im Alltag der medikamenten-gestützten Therapie. Auch jede mitbetreuende Instanz (Praxen, Spitex etc.) bindet sich über diese Tools in das Behandlungsnetz ein. Das Format des eMediplus wird zur normativen Vorgabe in der Interaktion und dem Informationsaustausch unter den Fachpersonen. Die digitalen Tools unterstützen die Compliance der Patientinnen und Patienten. Diese sind immer aktuell und unmissverständlich informiert und werden auf hoher Sicherheitsstufe therapiert.

Die Versicherer beteiligen sich an der Entwicklung, der Verbreitung und der praxis- wie patientenseitigen Akzeptanz. Dazu unterstützen sie die Finanzierung dieser Qualitätsarbeit aller Leistungserbringer. So profitieren alle Partner im Gesundheitswesen von der optimalen Therapiequalität, aber auch von der zu erwartenden Kosteneinsparung durch übergreifende Koordination der Behandlungen. Damit ist die Vision noch nicht erschöpft: Weitere Ausbauschritte des Qualitätsmoduls mediplus sind denkbar und möglich.



Abbildung: Zukunftsweisendes Medikamenten-Management mit Qualitätsmodul, Medikationsplan und eigener Software

Mit massgeschneiderten Leistungen den Qualitätswettbewerb beleben

Ruth M., 93-jährig, lebt selbstständig mit ihrem Ehemann zu Hause. Neben einem komplexen Herzleiden und einer Nierenschwäche leidet sie wegen einer Gefässkrankheit seit zwei Jahren an einer offenen Wunde an den Beinen. Da es immer wieder unvermittelt zu starken Beinschwellungen und Hautinfekten kam, musste sie bereits mehrmals per Ambulanz hospitalisiert werden. Der behandelnde Hausarzt hatte für Hausbesuche ad hoc meist keine Kapazität. Dank der Betreuung im mediX-Modell wird Ruth M. in solchen Situationen nun von einer Pflegefachperson mit klinischer Zusatzausbildung zuhause betreut.

Diese sogenannte APN (Advanced Practice Nurse) beurteilt die Situation vor Ort, gibt der Spitex-Pflege Anweisungen zur korrekten Wundtoilette und macht einen ersten Vorschlag zur Anpassung der Medikamente. Fragen werden mit dem behandelnden Arzt telefonisch oder im hausärztlichen Zentrum an der Teamsitzung besprochen. Am Wochenende oder nachts kann sich Ruth M. über mediXsmart telefonmedizinisch beraten lassen. Dort hat ein Dienstarzt nach Bedarf Einsicht in ihre Krankengeschichte. Er kann auch Ereignisse nachverfolgen, die sich erst kurz zuvor in der Arztpraxis bemerkbar machten.

Gesundheitliche Resultate stehen im Vordergrund

Soweit der Einzelfall, nun die Sicht auf das ganze System: 2028 gibt es in der Schweiz noch zehn Krankenversicherer. Zehn Dienstleister-Gruppen dominieren den ambulanten Markt. mediX ist eine davon und steht für die koordinierte und kontinuierliche Hausarztmedizin der Zukunft. Schweizweit verbinden sich über Tausend mediX-Hausärzte mit Partnerspezialisten und Patienten über das mediX-Versicherungsmodell zu einer Interessengemeinschaft und übernehmen Kostenmitverantwortung.

Im mediX-Modell werden nicht – wie sonst im Gesundheitswesen – Menge und hohe Preise belohnt, sondern die kontinuierliche, hausärztlich koordinierte Versorgung und das Erreichen gesundheitlicher Resultate. mediX ist stark wissenschaftlich ausgerichtet und hilft dem Patienten, sich im Gesundheitswesen kompetent zu orientieren. Ein Netz von Vertrauensspezialisten, stete Fortbildung sowie eigene Leitlinien setzen dort Akzente, wo Behandlungen dem Patienten erwiesenermassen nützen. Haben Massnahmen keine Wirkung oder schaden sogar, informieren wir den Patienten darüber, ohne ihn einzuschränken.

Die Digitalisierung beflügelt die koordinierte Grundversorgung. Ist der persönliche Hausarzt nicht verfügbar, kann man über den telefonmedizinischen Dienst mediXsmart rund um die Uhr auf die hausärztliche Patientenakte zuzugreifen. Damit wird ein optimaler Informationsfluss gewährleistet, ohne die koordinie-

rende Hoheit des Hausarztes zu verletzen. mediX ermöglicht auch eine bessere Zusammenarbeit mit den Spitälern: Trifft ein mediX-Patient auf einer Notfallstation ein oder wird er nach einer Hospitalisation entlassen, wird dies im hausärztlichen Zentrum sofort digital registriert.

Über mediX-openNotes können sich Patienten auch selbst in ihre Krankengeschichte einloggen. So tragen sie zu deren Korrektheit bei, steigern die eigene Gesundheitskompetenz und können Angehörige über ihren Gesundheitszustand informieren.

*Speziell ausgebildete
Pflegefachleute machen mehr
Hausbesuche möglich.*

mediX ist stark auf Interprofessionalität ausgelegt. In den Arztpraxen werden chronisch kranke Menschen durch speziell ausgebildete Praxisassistenten/-innen betreut. Advanced Practice Nurses, speziell ausgebildete Pflegefachleute mit erweiterten klinischen Kompetenzen, ergänzen die Arztpraxis zunehmend. Sie machen es möglich, chronisch- oder schwerkranke Menschen wieder vermehrt per Hausbesuch zu betreuen. Dadurch werden Spitäler entlastet und die Informationen laufen im hausärztlichen Zentrum des Patienten zusammen.

Bei mediX kommt der Qualitätstransparenz 2028 eine noch bedeutendere Rolle zu. Neben bereits etablierten Qualitätsausweisen wie Praxis- und Strukturzertifikaten (z.B. EQUAM) wird auch die klinische Behandlungsqualität auf Basis von medizinischen Routinedaten wie Blutdruckwerten und Labormessungen abgebildet. Diese und weitere vertraglich geregelte Qualitätsmassnahmen sind allen zugänglich und bieten die Basis für einen lebhaften Qualitätswettbewerb unter den Dienstleistern. Die Vergütung bleibt ein zentrales Element: Auch 2028 wird mediX die Verantwortung für die Gesamtkosten im Gesundheitswesen mittragen.



Dr. med. Felix Huber, VR-Präsident mediX zürich

Dr. med. Leander Muheim, stv. Leiter mediX zürich

www.medix.ch

Digitale Angebote entlasten Praxen und das ganze Gesundheitssystem

Schon heute können pro Jahr zwei Millionen notwendige Arzttermine wegen des Mangels an Hausärzten nicht wahrgenommen werden. Im Laufe dieses Jahrzehnts wird die Zahl gemäss Obsan auf zehn Millionen steigen. Telemedizinisch liesse sich jedoch fast jeder zweite Arztbesuch vermeiden. Zudem würde fast jeder dritte Krankheitsfall verhindert, wäre das Risiko früh genug erkannt. Das Resultat wären weniger Arztbesuche bei gleichbleibender Qualität der Gesundheitsversorgung.

Dazu kommt, dass besonders in Zeiten wie der Coronavirus-Pandemie die Telemedizin ein Überlaufventil sein kann. Zudem wären mehr Erkrankte von Arztpraxen ferngehalten, wenn man ihnen die Selbst-Probenentnahme für den Test zu Hause anbietet würde. Damit könnte die Telemedizin das Gesundheitssystem wirksam entlasten.

Die Telemedizin ermöglicht aber auch, dass Erkrankungen gar nicht erst auftreten oder schon im Frühstadium erkannt werden. Beispielsweise durch halbautomatisches Monitoring von Krankengeschichte und Vitaldaten oder durch automatisierte Aufforderungen zu Vorsorgeuntersuchungen.

Die Telemedizin ermöglicht, dass Erkrankungen gar nicht erst auftreten.

Folgendes Beispiel soll das veranschaulichen: Stellen Sie sich als Hausärztin vor, Ihr Patient erhält auf seinem Smartphone eine automatisch generierte Nachricht, er solle ärztliche Hilfe beanspruchen, weil der Verdacht auf ein gesundheitliches Problem besteht. In der Tat, Ihr Patient fühlt seit ein paar Wochen einen seltsamen Druck im Herzbereich. Seine App zeigt geringere körperliche Aktivität sowie Gewichtszunahme an. Sein Puls schlägt unregelmässig und höher als üblich, er schläft mit erhöhtem Oberkörper.

Der Patient entscheidet sich für eine sofortige telemedizinische Konsultation via App. Der Telearzt hat Einsicht in die elektronische Krankengeschichte und weist den Patienten darauf hin, dass er vor fünf Jahren wegen einer Angina pectoris eine Stent-Operation hatte und ihm Cardio-Aspirin verschrieben wurde. Gemäss der vom Patienten eingelösten elektronischen Rezepte geht der Arzt von einer unregelmässigen Medikamenteneinnahme aus. Darüber hinaus zeigt eine zwischenzeitlich erstellte Genomanalyse, dass der Patient weniger gut auf das Cardio-Aspirin anspricht als der Durchschnittspatient.

Aufgrund der Gewichtszunahme in relativ kurzer Zeit geht der Telearzt von einer beginnenden Herzinsuffizienz mit langsam okkludierenden koronaren Herzkranzgefässen aus. Der Arzt rät dem Patienten, zuhause die Herzinsuffizienz-Marker selbst zu bestimmen. Das Material mit zwei Tests kommt am nächsten Tag via Versandapotheke zu ihm. Er bestimmt mit einem Tropfen Blut das BNP. Nach zwei Minuten hält er das Reaktionsfeld des Tests vor die Kamera seiner medizinischen App. Diese erkennt eine pathologische Reaktion und übermittelt sie automatisch ans telemedizinische Kompetenzzentrum. Der Telearzt kontaktiert den Patienten und weist ihn an, sofort das Krankenhaus aufzusuchen. Das telemedizinische Zentrum organisiert die Überweisung und sendet die relevanten Daten ans Spital.

Weniger Administration für die Hausärztin

Während des Kathetereingriffs zur Revaskularisation der Herzkranzgefässe wird die elektronische Gesundheitsakte direkt auf dem Bildschirm des Operators dargestellt. Die erhobenen Vitaldaten werden verzögerungsfrei in die elektronische Akte eingespeist. Auch der Operationsbericht wird im digitalen Gesundheitsbericht auf der App gespeichert. Zuletzt wird der Austrittsbericht über das Konverter-Modul automatisch in die elektronische Patientenakte integriert.

Ihnen als Hausärztin wurde viel administrative Arbeit abgenommen. Und Ihrem Patienten wurden in Zusammenarbeit mit dem telemedizinischen Zentrum einige Face-to-Face-Konsultationen erspart.

Diese digitale Zukunft der Medizin hat mit «MiSANTO – your health in your pocket» bereits begonnen: Über den Symptom-Checker kann man die Selbst-Triage machen, im Chat mit dem Telearzt/der Teleärztin die Diagnose sichern und überall und jederzeit medizinischen Rat bekommen. Ausserdem ist die elektronische, maschinenlesbare Patientenakte stets zur Hand, um relevante Informationen auszulesen und an den Hausarzt zu übermitteln.

MiSANTO

your health in your pocket

Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Krech

CEO/CMO MiSANTO

www.misanto.ch

Vernetzte Grundversorgung mit SmartLens und persönlichen Dienstleistungen

Max öffnet die Augen. Schlaftrunken setzt er seine SmartLens ein, die sofort das aktuelle Datum auf seine Netzhaut projiziert und den Zuckerwert in der Tränenflüssigkeit misst. «12. Februar 2028» liest Max und registriert das rotblinkende Symbol, das einen erhöhten Zuckerwert anzeigt. Dazu ist sein Wellness-Balken schon wieder gesunken. Er liegt nun unter 80% des erwarteten Werts. Eine Software errechnet dies laufend anhand der Daten, die ein kleiner Sensor am Handgelenk sammelt. Tatsächlich schläft Max in letzter Zeit schlecht und hat einige Kilo zugenommen. Ansonsten fühlt er sich mit seinen 47 Jahren gesund. Trotzdem beschliesst er, auf dem Weg zur Arbeit bei der Apotheke im Quartier vorbeizugehen.

Seit Apotheken in alternativen Versicherungsmodellen ihre Leistungen bei individuellen Vorsorgeuntersuchungen, Präventionsmassnahmen, der Behandlung einfacher Erkrankungen und Begleitung von chronischen Krankheiten eigenverantwortlich über die Grundversicherung abrechnen, gibt es in fast jedem Dorf oder Quartier wieder eine Apotheke. Sie ist als erste Anlaufstelle für Gesundheitsfragen fast rund um die Uhr geöffnet.

Ein Retina-Abgleich autorisiert den Zugriff auf seine medizinischen Daten.

Beim Verlassen der Wohnung meldet sich Max bei «seiner» Apotheke online für einen Gesundheitscheck an und erlaubt der Apothekerin gleichzeitig den Zugriff auf sein elektronisches Patientendossier. Kurze Zeit später entnimmt ihm die Pharma-Assistentin in einem Beratungsraum gerade einen Tropfen Blut, als Regula Gut, die Apothekerin, eintritt. «Guten Tag Herr Meier», begrüsst sie Max und schaut ihm dabei direkt in die Augen. Er weiss, dass mit einem Retina-Abgleich der Zugriff von Frau Gut auf seine medizinischen Daten autorisiert wird. Die Apothekerin sieht während des Anamnesegesprächs über ihre SmartLens direkt die relevanten Daten aus seinem Dossier. Durch den direkten Blickkontakt ist das Gespräch viel persönlicher als früher, als die Apothekerin mehr auf den Bildschirm fixiert war, findet Max.

Sobald die Ergebnisse der Blutanalyse auf ihrer SmartLens auftauchen, meint die Apothekerin besorgt: «Ihre Blutfettwerte und der Blutzucker sind erhöht. Auch der Blutdruck ist nicht optimal. Wenn Sie möchten, können wir zusammen ein Ernährungs- und Bewegungsprogramm für Sie erstellen, um Ihr Risiko für einen Herzinfarkt und andere Herz-Kreislaufkrankungen zu sen-

ken. Wir arbeiten dafür unter anderen mit der Ernährungsberatung im Haus zusammen und finden sicher das Richtige für Sie!»

Ein paar Monate später steht Max wieder in seiner Apotheke. In den letzten Wochen konnte er mit der Unterstützung eines virtuellen Coachs tatsächlich einige Kilo verlieren und hat die vereinbarten Ziele sogar übertroffen. Trotzdem sind seine Blutwerte noch immer zu hoch. «Das sollten Sie ärztlich abklären», empfiehlt die Apothekerin, «wahrscheinlich brauchen Sie nun doch noch Medikamente zur Unterstützung. Haben Sie schon einen Hausarzt?» Max verneint und lässt sich an einen Arzt im interprofessionellen Netzwerk der Apotheke weiterleiten. Kurze Zeit später erhält er die Diagnose «Heterozygote Familiäre Hypercholesterinämie». In einer Online-Konferenz diskutieren Max, Regula Gut und der Arzt die Therapieoptionen.

Die Apotheke als Therapie-Drehscheibe

Die Apothekerin ergänzt, dass Max ein erhöhtes Nebenwirkungsrisiko bei Statinen hat, die noch immer erste Wahl bei dieser Diagnose sind. Diese Information entnimmt sie dem pharmakogenetischen Profil von Max, das er in der Apotheke erstellen liess. Sie schlägt eine besser verträgliche Alternative vor, der Arzt willigt ein.

Auf dem Heimweg holt Max das Medikament in der Apotheke ab und lässt sich bei dieser Gelegenheit noch schnell gegen die Grippe impfen. In den nächsten zwei Wochen erhält er über sein Smartphone regelmässig Tipps zur Anwendung des neuen Medikaments. Max schätzt diesen Service; zwar haben ihm Arzt und Apothekerin alles verständlich erklärt, doch war es etwas viel Information aufs Mal. Nach diesen zwei Wochen bespricht er mit der Apothekerin, wie er mit dem neuen Medikament zurechtkommt – und alle Werte zeigen zum Guten.

Ein unangenehmes Piepsen reisst Max aus seinen Träumen. Schlaftrunken tastet er nach dem Handy und schaut auf das Datum: 12. Februar 2020. Seufzend sinkt Max zurück auf sein Kissen und träumt weiter von seiner Apotheke 2028.



Samuel Allemann, Klinischer Pharmazeut FPH,
Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse,
www.pharmasuisse.org

Mehr Lebensqualität für Patienten, mehr Sinn und Erfüllung für Fachpersonen

Welcher Trend bestimmt die medizinische Betreuung 2028?

Die reparative Medizin, d.h. Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung von zu heilenden Krankheiten und Unfällen, wird 2028 die Grundversorgung gar nicht mehr betreffen. Sie wird digitalisiert sein und bei den Spezialärztinnen und -ärzten in ambulanten oder stationären Zentren stattfinden. Idealerweise sind diese mehrheitlich elektronisch mit den ärztlichen und nicht-ärztlichen Grundversorgern vernetzt.

Wen betreut die medizinische Grundversorgung 2028?

Multimorbide Senioren und Seniorinnen – sowie chronisch kranke junge Menschen mit Polymedikation und wiederkehrenden stationären, somatischen und psychiatrischen Behandlungen – benötigen eine medizinische Langzeitbetreuung entlang dem Patientenpfad. Diese wird durch vernetzte, in der Grundversorgung tätige, breit ausgebildete Ärzte und Ärztinnen, spitalexterne Pflegefachpersonen, Medizinische Praxiskordinatorinnen, Physio- und Psychotherapeutinnen und anderen Therapeuten sichergestellt. Je nach geografischer Situation können auch Fachpersonen aus der Pharmazie zu diesem Netz gehören. Daneben wird es im Sinne einer «Nischenbetreuung» weiterhin Einzelpraxen ohne breitere Vernetzung geben.

Wie wird 2028 die medizinischen Grundversorgung sichergestellt?

Die Forderung nach permanenter medizinischer Betreuung – auch nachts und an Feiertagen – wird nur durch weitgehende Vernetzung mit Hilfe der IT erfüllt werden können. Zur niederschweligen medizinischen Betreuung der lokalen Bevölkerung wird es ambulante Zentren in grösseren Agglomerationen ohne permanente ärztliche Anwesenheit geben. Unter Zuhilfenahme von IT-Tools wird die medizinische Triage und Betreuung von Bagatelproblemen vereinfacht und von nicht-ärztlichen Fachpersonen durchgeführt.

Welche Rolle spielt 2028 das PizolCare-Netz?

Die PizolCare-Ärzte und -Ärztinnen werden vernetzt sein und nach Freigabe durch den Patienten Zugriff auf dessen Krankenakte haben. Dies ermöglicht ein grösseres Angebot der Grundversorger mit erweiterten Ansprechzeiten. Durch die Vernetzung wird auf die Work-Life-Balance der Ärzteschaft Rücksicht genommen. Dennoch haben die Patienten und Patientinnen eine vollumfängliche Betreuung garantiert.

Dies gelingt durch die gute Zusammenarbeit mit den lokalen Spitex-Organisationen bzw. durch die eigene spitalexterne

Krankenpflege. Das Netz führt zwei Grosspraxen in den beiden Regionen Werdenberg und Sarganserland mit je knapp 40'000 Einwohnern.

Daneben stellt es die Betreuung der MC-Versicherten mit den angehängten Satellitenpraxen sicher. «Gemeinwirtschaftliche» Aufgaben wie Schularztdienst, Betreuung von Asylsuchenden und Heimbewohnern werden regional angeboten. Die chronisch kranken Personen sind motiviert und nehmen überwiegend an den Schulungsprogrammen von PizolCare teil.

Die pharmazeutische Versorgung der chronisch Kranken erfolgt durch PizolCare-eigene Apotheken. Dort steht auch ein niederschwelliges Angebot mit telemedizinischer Auskunft zur Verfügung. Die Kooperation mit der stationären Versorgung beschränkt sich nicht auf staatliche Spitäler; es gibt auch Kooperationen mit privaten Anbietern.

Wie funktioniert 2028 die interprofessionelle Zusammenarbeit im PizolCare-Netz?

Für alle medizinischen Fachpersonen, die im Netz registrierte Versicherte betreuen, ist Integrationsarbeit selbstverständlich. Die Integration wird gewährleistet durch regelmässige Schulungen, Qualitätszirkel, Skill-mix-Guidelines und vieles mehr – stufengerecht für jede Berufsgruppe. Lukrative Angebote machen Informations- und Schulungsprogramme auch für betroffene Menschen attraktiv. Finanziert wird das durch grosszügige, aber Performance-abhängige Vergütungen der Versicherer und subsidiär durch den Staat.

Damit werden die Behandlungspfade von der stationären Versorgung über die hausärztliche Nachbehandlung inklusive zusätzlicher medizinischer Betreuungen unter einem Dach durchgeführt. Koordiniert werden sie lediglich durch eine Stelle: den PizolCare-Vertrauensarzt der Wahl. In diesem Modell finden auch Jungärztinnen und -ärzte Erfüllung; ausserdem garantiert es ein adäquates Einkommen.



Dr. med. Urs Keller

VR-Präsident Pizolcare

www.pizolcare.ch

Vom Ärztenetzwerk zum umfassenden regionalen Versorgungsnetzwerk

Ärztenetze und alternative Versicherungsmodelle haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten etabliert und damit eine unbestrittene Berechtigung. Nun gilt es, aus den gewonnenen Erfahrungen mit diesen Modellen zu lernen, Synergien und Potenziale aufzudecken und unter Berücksichtigung von möglichen künftigen Gegebenheiten zu harmonisieren.

Der Wettbewerb, der mit der wachsenden Zahl an alternativen Versicherungsmodellen stetig zunimmt, erzeugt Druck auf die Ärztenetze und zwingt diese zum Handeln. Die Erfolgsgeschichte «Hausarztmodell» wird sinnvollerweise weiterentwickelt, denn die Grundversorger sind in der besten Ausgangslage, die Patientinnen und Patienten am effizientesten zu koordinieren, sprich zu steuern. Andere alternative Versicherungsmodelle haben ebenfalls ihre Berechtigung; sie alle schöpfen jedoch isoliert das Gesamtpotenzial für Kosteneinsparungen nicht annähernd aus. Die besten Elemente aus den einzelnen Gatekeeping-Systemen zusammengeführt bringen – mit dem Netzwerk im Zentrum – den maximalen Effekt.

Die Partner sind bereit, auf gemeinsam festgelegte Ziele hinzuarbeiten.

Abgeleitet davon sind hausarztzentrierte Versorgungsnetzwerke «mit Zusätzen» die Zukunft. Dabei ist elementar, dass das Leistungsangebot unabhängig von einzelnen Versicherern klar definiert und die notwendige Leistungsbereitschaft sichergestellt ist. Grundvoraussetzungen dafür sind:

- Partner, die regional nicht nur miteinander zusammenarbeiten, sondern auch bereit sind, fokussiert auf gemeinsam festgelegte Ziele hinzuarbeiten;
- eine prozessorientierte digitale Vernetzung der Versorgungsinstanzen im neuen Managed-Care-Prozess;
- die richtigen Anreize für alle Beteiligten, um in diesem Ecosystem mitwirken zu wollen;
- ein klar definiertes Leistungsangebot;
- Netzwerke erheben eigene Daten und nutzen sie gezielt.

Die Finanzierung dieser koordinierten Versorgung wird über individuelle Verträge zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern sichergestellt, wobei die Regionalität ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist. PonteNet ist das Bindeglied zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern. Die Versorgungsnetzwerke werden anhand von messbaren Kriteri-

en leistungsorientiert vergütet, wobei sie angemessen an den erzielten Einsparungen partizipieren. Die Netzwerke sind professionell administriert und organisiert.

Einsparungen werden unter anderem durch ein strukturiertes, konsequentes und IT-basiertes Chronic Care Management ermöglicht, auch die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ist ein zentrales Instrument. Es gilt, chronisch Kranke und multimorbide Patienten im Verbund eng zu betreuen. Als Resultat werden Hospitalisierungen spürbar und nachweislich vermieden und die stationären Kosten damit signifikant eingedämmt. Patienten werden zeitgemäss in die Behandlung einbezogen, instruiert und damit befähigt, den Behandlungserfolg positiv zu beeinflussen. Patienten haben einen Anreiz dafür, selbst mitzuwirken.

Verknüpfung von Gatekeeping-Systemen

Der laufend verfeinerte Risikoausgleich setzt auch für die Krankenversicherer den nötigen Ansporn, um sich aktiv einzubringen und bildet eine gute Bemessungsgrundlage für die Budgetmitverantwortung. Selektiv einbezogene Spezialisten und weitere Leistungserbringer sind verbindlich mit Rechten und Pflichten in das Versorgungsnetz eingebunden. Allfällige unnötige Behandlungen werden modellbedingt identifiziert und nicht oder nur teilweise abgegolten.

Die Verknüpfung der verschiedenen Gatekeeping-Systeme ermöglicht den optimalen Einsatz der verfügbaren Ressourcen. Hausärzte, Telmed-Dienste, Apotheker und allenfalls weitere Gatekeeper sind unter Berücksichtigung von regionalen Unterschieden miteinander vernetzt. Der Behandlungsverlauf ist ohne zeitlichen Verzug jederzeit und nahezu lückenlos einsehbar.

Diese «Spielregeln» erlauben einen direkten Zugang zu den Spezialisten. Es werden primär die Versorgungsressourcen im Netzwerk genutzt, sekundär – auf Basis von Kooperationsverträgen – stationäre Einrichtungen im Einzugsgebiet, erst danach, sofern notwendig, spezialisierte oder universitäre Einrichtungen.



Thomas Gadiant

Geschäftsführer, PonteNet AG, www.ponte-net.ch

www.ponte-net.ch

Drohnen im Gesundheitswesen – eine Vision ist längst Wirklichkeit

Die Digitalisierung schreitet zügig voran – und macht auch vor dem Gesundheitswesen nicht Halt. Die Schweizerische Post sieht in diesen Veränderungen sowohl Verpflichtung als auch Antrieb. Verpflichtung, weil sie als grösste Logistikerin der Schweiz und als Unternehmen in Bundesbesitz einen Beitrag zu einem modernen, vernetzten Gesundheitswesen leisten will. Antrieb, weil digitale Technologien ihr erlauben, neue, zeitgemässe Lösungen anzubieten. Die Post war schon immer treibende Kraft hinter neuen Entwicklungen – von der Kutsche bis zum selbstfahrenden Postauto nahm sie stets eine Vorreiterrolle ein.

Im Gesundheitswesen bietet die Post bereits gesamtheitliche, massgeschneiderte Logistiklösungen. Diese Angebote will sie entlang der gesamten Wertschöpfungskette ausbauen und mit modernsten Technologien ergänzen, um die Gesundheitslogistik künftig noch zuverlässiger, ökologischer und effizienter zu gestalten. Ein Mittel dazu sind selbstnavigierende Transportmittel wie autonome Lieferfahrzeuge oder Logistikdrohnen.

Autonome Transportmittel sind rund um die Uhr verfügbar und günstig im Betrieb.

Autonome Transportmittel sind rund um die Uhr verfügbar, günstig im Betrieb und oftmals ökologischer als herkömmliche Lieferfahrzeuge. Zudem werden Transport- und Prozesszeiten meist verlässlicher. Dies alles sind wichtige Vorteile – gerade im Gesundheitswesen. Um zu validieren, in welchen Anwendungsbereichen selbstnavigierende Fahrzeuge Nutzen schaffen, testet die Post sie schon heute zusammen mit Spitälern in unterschiedlichen Einsatzgebieten. Das wohl prominenteste Beispiel zum Transport von Gütern zwischen Spitälern ist die Logistikdrohne.

Der Transport von Laborproben mit Drohnen zwischen Spitalstandorten ist schon heute Realität. Die Post leistet in der autonomen Drohnenlogistik weltweite Pionierarbeit und etabliert erstmals Standards für deren kommerziellen Einsatz. Dies bringt die gesamte Branche weiter. Doch das ist erst der Anfang: Wir sind überzeugt, dass die Drohnentechnologie noch weitere Möglichkeiten im Gesundheitswesen eröffnen wird, die wir uns heute noch gar nicht vorstellen können. Drohnen werden einst einen wichtigen Beitrag zur effizienten Vernetzung des Gesundheitswesens leisten. Sie gelten als eine der bedeutendsten technologischen Innovationen der letzten zehn Jahre und werden zu einem selbstverständlichen Teil unseres Alltags werden.

Wozu aber sind Drohnen tatsächlich fähig? Wie werden sie 2028 im Gesundheitswesen eingesetzt? Wir wissen heute nicht, wohin die Reise in der Drohnentechnologie genau führt und wie die Einsatzgebiete konkret aussehen werden. Vorstellbar ist zum Beispiel, dass Drohnen weit auseinanderliegende Gesundheitseinrichtungen miteinander verbinden. Oder dass sie im Notfall Patienten mit medizinischen Gütern versorgen. Für die Post ist klar: Sie will das Potenzial autonomer Technologien bestmöglich nutzen und die vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten an vorderster Front ausschöpfen.

Mehrwert für Patienten, Ärzte und Fachpersonal

Die Vorteile der Drohnenlogistik sind mittlerweile im Betrieb belegt: Drohnen sind schneller, effizienter und ökologischer als ein Kurier auf der Strasse. Mit Drohnen gelangen Laborproben nicht nur viel schneller ins Labor, die Transportzeiten sind auch absolut verlässlich. Im Gegensatz zum Auto- oder Velokurier, der den unberechenbaren Weg durch verstopfte Strassen nehmen muss. Die Spezialisten können ihre Analysen nun besser planen, zeitnaher durchführen und gelangen zu einem schnelleren Resultat. Damit bieten Drohnen gerade im Gesundheitswesen, wo Transporte häufig dringend sind, einen Mehrwert für Patienten, Ärzte und Fachpersonal.

Die Spezialisten können ihre Analysen nun besser planen und erhalten schneller Resultate.

Im Gesundheitsbereich kann sich die Post künftig viele weitere Anwendungen vorstellen. Viele Ideen befinden sich noch in einem frühen Stadium. Einige davon werden sich weiterentwickeln und bewähren, andere verschwinden. Bei der Post sind wir überzeugt: Komplett neue, heute noch unvorstellbare Anwendungen im Gesundheitswesen werden entstehen.



Andrea Marrazzo, Head of Autonomous Delivery & Internet of Things
Christoph Derrer, Fachspezialist Drohnen, Schweizerische Post

www.post.ch/drohnen

Den Patientennutzen optimieren und attraktiv sein für Mitarbeitende

Reisen wir ins Jahr 2028: Die COVID-19-Pandemie hat uns gelehrt, dass ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen sowohl auf die Versorgung einer plötzlich steigenden Zahl akut kranker, hoch ansteckender Menschen vorbereitet als auch auf die Betreuung von immer mehr chronisch kranken, multimorbiden Menschen ausgerichtet sein muss. Für beide Arten der Versorgung spielen Hausärzteteams eine wichtige Rolle: Sie kennen ihre Patienten, begleiten sie kontinuierlich und entscheiden mit ihnen über angemessene und stimmige nächste Schritte.

«Patient Centricity» und «Empowered Patient» bilden die Basis der hausärztlichen Versorgung. Die dazu nötige Gesundheitskompetenz wird auf nationaler Ebene vermittelt und ermöglicht neben einer effektiven Sekundär- und Tertiär- auch Primärprävention. Die Hausärzte übernehmen die Verantwortung für die wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung ihrer Patienten entlang der und für alle Behandlungspfade. So sind die Interventionen sowohl für eine bestimmte als auch über mehrere Erkrankungen hinweg aufeinander abgestimmt.

Hausarzt verantwortlich für Qualität und Effizienz

Dafür wird der Hausarzt sowohl für die erbrachten Leistungen, als auch für die nachweislich erbrachte Qualität und Effizienz der gesamten Betreuung vergütet. Mit der eindeutigen Festlegung dieser Verantwortlichkeit beim Hausarzt werden unnötige Behandlungen vermieden, im Gegenzug werden die nötigen und nützlichen medizinischen Leistungen jeder Fachperson adäquat vergütet. Als Modell für die Vergütung 2028 wurden die Managed-Care-Verträge von 2020 verwendet, da sie den Patienten ins Zentrum stellen und neben den einzelnen medizinischen Leistungen auch die Qualität und Effizienz der integrierten Heilbehandlungen abgelten.

Managed Care hat sich seit 2020 schrittweise zu Connected Care entwickelt: Medizinische Leistungen werden koordiniert, interprofessionell erbracht in einem sich ständig den Patientenbedürfnissen anpassenden dynamischen Expertennetzwerk, mit dem Patienten als Teil davon im Zentrum. Der Hausarzt begleitet den Patienten dabei, faktenbasierte Entscheide zu Art und Ort der Behandlung zu treffen. Dabei greift der Arzt auf standardisierte, evidenzbasierte Prozesse und ein eigenes validiertes Expertennetz zurück. Je nach den Patientenbedürfnissen begleiten diesen auf den einzelnen Etappen weitere medizinische Fachpersonen. Die Betreuung erfolgt auf Augenhöhe und im Team. Jede der am Betreuungsnetzwerk beteiligten Personen trägt die besonderen Fähigkeiten und Kompetenzen seiner Profession bei – zum richtigen Zeitpunkt, in der richtigen Menge und am richtigen Ort.

Das Unternehmen der Grundversorgung 2028 stellt für seine Patienten den Zugang zur Versorgung sicher und ermöglicht eine umfassende Betreuung in allen Regionen mit reproduzierbar hoher Qualität. Dies gelingt durch die Kombination aus einer allen Mitarbeitenden gemeinsamen Vision und Zielen und für diese verbindliche, standardisierte, evidenzbasierte Prozesse, zentral gelegenen Praxen mit guter Erreichbarkeit für Patienten und Mitarbeitende, Anlaufstellen in ländlichen Gebieten sowie einem Netzwerk von unabhängigen Partnern mit komplementären Fähigkeiten.

Connected Care: dynamisches Betreuungsnetzwerk

Gleichzeitig bleibt das Unternehmen eigenständig und flexibel, um sich auf den optimalen Patientennutzen ausrichten und der schnell ändernden Umwelt anpassen zu können. Es ist zudem attraktiv für Mitarbeitende: Fokus auf die Arbeit mit den Patienten und den optimalen Patientennutzen. Möglichkeit des Austauschs mit Kollegen und Zugriff auf zentral verfügbares Wissen. Raum für Familie, Freunde und Hobbies dank geregelter Arbeitszeiten und der Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung.

Die fortschreitende Digitalisierung ermöglicht das Leben von Connected Care. Herzstück ist das elektronische Patientendossier, denn es gibt allen Beteiligten dieselbe Datengrundlage und erlaubt die Bildung dynamischer Betreuungsnetzwerke. Über Schnittstellen ist der einfache, aber kontrollierte und sichere Austausch von Daten möglich. Jedes Mitglied des Netzes, auch der Patient, nutzt die für seinen Teil der Betreuung relevanten Tools und externen Daten und trägt die Ergebnisse bei.

Hausärztliche Versorgung, ausgerichtet auf den optimalen individuellen Patientennutzen, interprofessionell erbracht und digital unterstützt, qualitativ hochstehend und kosteneffektiv, attraktiv für Mitarbeitende: Das ist unsere Vision von «hausärztlich bestens versorgt», die wir bei Sanacare in vielen Bereichen bereits umgesetzt haben und weiter entwickeln werden.

sanacare | Hausärztlich
bestens versorgt

Dr. Ursula Rügsegger, CEO Sanacare AG

Dr. med. Marc Jungi, stv. Geschäftsführer

www.sanacare.ch

Menschlichkeit und Algorithmen: Das Beste aus zwei Welten verbinden

Simone Stauffer, 74, ist Diabetikerin und beansprucht seit drei Jahren bei der Spitex Behandlungspflege zur Kontrolle ihres Blutzuckers und zur Verabreichung von Insulin. Abklärungsgespräche, Terminkoordinationen, Anpassungen der Verordnung und Materialbestellungen erfolgen grösstenteils elektronisch und teilweise sogar automatisiert. Dazu benutzt Simone Stauffer auf ihrem Handy eine Spitex-App, die als Kommunikationsmittel dient und die sichere Datenübermittlung gewährleistet.

Über die App werden Vital- und Blutzuckerwerte im System der Spitex erfasst und automatisch mit ihrem Hausarzt Dr. Müller geteilt. Bei Ausschlägen wird er alarmiert und kann die elektronische Verordnung rasch anpassen; die Änderungen sind für die beteiligte Apotheke umgehend sichtbar und sie liefert bereits am nächsten Tag nach angepasstem Rezept. Über die Spitex-App hat Simone Stauffer zudem Zugang zu einer Online-Selbsthilfe-Plattform, auf der sich Patienten und Patientinnen mit ähnlichen Beschwerden austauschen. Über dieses Netzwerk ist sie täglich mit zwei neuen Freundinnen in Kontakt.

Eines Tages stürzt Simone Stauffer unglücklich vor dem Haus und bricht sich den Oberschenkelhalsknochen ihres linken Beines. Im Spital wird der neue Befund gleich in ihr elektronisches Patientendossier eingetragen, was eine automatische Benachrichtigung der Spitex und des Hausarztes auslöst. Die behandelnden Ärzte beschliessen, die Operation gleich für den folgenden Morgen zu planen und die Patientin nach einem kurzen stationären Aufenthalt wieder zu entlassen.

Vergütungspauschalen werden laufend angepasst

Noch am Tag des Unfalls beraten Frau Stauffers Tochter, die Spitex und der Hausarzt per Videochat in der Spitex-App das weitere Vorgehen. Gemeinsam beschliessen sie, dass die Spitex während drei Wochen nach der Operation zusätzlich Wundbetreuung und Hauswirtschaft leisten wird. Der Hausarzt erneuert umgehend seine Verordnung, die zeitgleich im Spitex-System aktualisiert wird.

Auf Basis der aktuellen Angaben schlägt ein Algorithmus eine neue Vergütungspauschale vor, die anschliessend zusammen mit der neuen Verordnung von Frau Stauffers Krankenversicherung geprüft wird. Bereits nach einer halben Stunde trägt das Spitex-Team die neuen Einsätze im Spitex-Kalender von Simone Stauffer ein. In der App hat sie festgelegt, dass die Einsätze auch für Dr. Müller und ihre Tochter sichtbar sind.

Bereits am Folgetag unternimmt sie wieder erste Schritte. Die Spitex-App zeichnet ihre Bewegungsmuster auf und sucht au-

tomatisch nach Hinweisen, ob sich die Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparates verbessert oder verschlechtert. Die Daten werden zur Überwachung der Genesung mit Dr. Müller und ihrem Physiotherapeuten geteilt. Für die Zeit der Genesung wird ihr Zuhause zudem mit einem Smart Sensor ausgestattet: Das Sicherheitssystem informiert bei Unregelmässigkeiten oder einem Sturz die hinterlegten Kontaktpersonen automatisch. Rund ein halbes Jahr nach der Operation ist Simone Stauffer vollständig genesen und kann wieder Spaziergänge mit ihrer Tochter geniessen.

*Gleichzeitig sind die Daten
eine wertvolle Quelle für die
Versorgungsforschung.*

Eines Tages meldet sie sich bei ihrem Spitex-Team via App, weil sich am Fuss eine Stelle schmerzhaft entzündet hat. Es stellt sich heraus, dass sie sich beim Schneiden der Zehennägel verletzt hat. Wegen des Diabetes und der daraus resultierenden Wundheilungsstörung bildete sich eine tiefe Wunde, die sie erst spät entdeckte, weil sie anfangs nicht schmerzte. Eine Pflegefachfrau reinigt und verbindet die Wunde regelmässig und dokumentiert den Verlauf mit der Kamera ihres Mobilgerätes, damit auch Dr. Müller den Fortschritt verfolgen kann.

Nach diesem Ereignis berät eine Advanced Nurse Practitioner (ANP) Simone Stauffer, wie sie am besten mit ihrer chronischen Erkrankung umgeht, und koordiniert die Zusammenarbeit mit allen anderen Stellen, die sie in ihrem Alltag unterstützen können.

Auch die Bewegungsdaten der Spitex-Mitarbeitenden werden während ihren Einsätzen dokumentiert. Zusammen mit Performedaten ermöglichen sie es, die Vergütungsmodelle laufend zu evaluieren und anzupassen. Gleichzeitig sind die Daten eine wertvolle Quelle für die Versorgungsforschung und dienen als Entscheidungsgrundlage fürs Qualitätsmanagement.



Christina Brunnschweiler, CEO Spitex Zürich Limmat
Dr. Lui Unterrassner, Projektmitarbeiter

www.spitex-zuerich.ch

Das Ferienerlebnis am Toten Meer, die Gesundheitsversorgung aus der Schweiz

Wochenlang hat sich Reto Durisch, 47, auf seine Tauchferien am Roten Meer gefreut. Und nun das: Seit gestern schmerzen seine Ohren. Aus früheren Tauchferien weiss Durisch, dass er eine Gehörgangentzündung eingefangen haben könnte. Da er aber kurz vor seiner Abreise heftig erkältet war, schliesst er selbst eine Mittelohrentzündung nicht völlig aus. Als Kind hatte er mehrmals darunter gelitten.

Durisch greift zu seinem Smartphone, auf dem er die Benecura-App seiner Krankenversicherung SWICA gespeichert hat und wählt den von Ärzten entwickelten SymptomCheck aus. Versicherte können sich damit einfach, schnell und zuverlässig informieren und erhalten Handlungsvorschläge für medizinische Probleme. Durisch beantwortet alle medizinischen Fragen, die ihm über die App gestellt werden.

Mit TytoHome können hochwertige Tonaufnahmen übermittelt werden.

Er hat Erfahrung im Umgang mit Benecura und ist sich fast sicher, dass man ihm empfehlen wird, sich bei santé24 zu melden, um seine Beschwerden telemedizinisch näher abzuklären. Wenige Minuten später telefoniert er mit einer medizinischen Fachperson von santé24. Durisch hat vor dem Anruf die Angaben, die er in Benecura gemacht hat, freigegeben und ist froh, nicht alles nochmal erzählen zu müssen.

Gerät für Selbstuntersuchung und Datentransfer

Nach den vorliegenden Angaben könnte es sowohl eine Gehörgang- als auch eine Mittelohrentzündung sein. Durisch ist erleichtert, dass er trotz vollem Reisekoffer sicherheitshalber sein TytoHome eingepackt hat. Die App zu diesem telemedizinischen Gerät, das SWICA den Versicherten anbietet, ist seit 2023 in die Benecura-App integriert. Mit TytoHome können hochwertige Tonaufnahmen des Herzens, der Lunge und der Bauchregion sowie digitale Bilder und Videos des äusseren Gehörgangs, des Trommelfells, des Rachens und der Haut erstellt und an santé24 übermittelt werden. Zudem sind präzise Messungen der Herzfrequenz und der Körpertemperatur möglich.

Durisch hat TytoHome schon mehrmals benutzt; seine Ohren hat er damit aber noch nie begutachtet. Mit telefonischer Unterstützung gelingt es ihm, ein Video des Aussenohrs aufzunehmen. Was die Bilder zeigen, kann er nicht beurteilen, da alles sehr un-

gewohnt aussieht. Er erinnert sich aber, dass er die Aufnahmen seiner letzten Gehörgangentzündung vor zwei Jahren in seinem Benecura-Gesundheitsdossier abgelegt hat. Diese Bilder sendet er über eine verschlüsselte Mail ebenfalls an santé24; dort könnten sie mit dem neuen Video abgeglichen werden.

Die medizinische Fachperson leitet alle Unterlagen an eine Ärztin von santé24 weiter. Rund 30 Minuten später ruft ihn die Ärztin an. Sie wechseln vom Telefon auf einen Online-Videoaustausch – die Ärztin möchte die Aufnahme einer spezifischen Stelle im Ohr wiederholen. Da der Gehörgang geschwollen ist, blieb der Blick aufs Trommelfell im ersten Video verwehrt. Die Ärztin gibt ihm Anweisungen, wie er die Kamera besser anwenden kann. Nachdem sie nun das Trommelfell sehen kann, ist klar: Es geht nicht um eine Mittelohrentzündung, sondern eine Gehörgangentzündung. Auf dem Video ist auch sehr gut sichtbar, dass Durisch als Kind mehrere Mittelohrentzündungen hatte, da sein Trommelfell vernarbt ist.

Rezept per Mausklick an den Ferienort

Die Ärztin verschreibt Durisch per eRezept antibiotikahaltige Ohrentropfen und ein Schmerzmittel für den Fall, dass die Schmerzen in den nächsten Stunden zunehmen sollten. Sie eruiert auf der Basis seiner Hoteladresse die nächstgelegene Apotheke. Dorthin übermittelt sie das Rezept per Mausklick. Die Medikamente muss Durisch im Rahmen seiner Kostenbeteiligung ganz normal bezahlen. Alles andere ist für ihn kostenlos.

Bis zu seiner Heimreise darf er nicht mehr tauchen gehen. Er vereinbart mit der Ärztin, nach seiner Heimkehr in drei Tagen nochmals zu telefonieren. Er wird seinen Hausarzt aufsuchen, falls die Beschwerden bis dann nicht vollständig verschwunden sind. Die von der santé24-Ärztin gestellte Diagnose und die verschriebenen Medikamente erfasst Durisch in seinem Patientendossier. So kann er dem Hausarzt alles schon vor dem Besuch übermitteln.



PD Dr. Oliver Reich

Leiter santé24, das telemedizinische Zentrum von SWICA

www.swica.ch

Les cabinets Mocca en 2028 : entre fiction et réalité

Réalité 2020 : L'augmentation du nombre de patients âgés et multimorbides, ainsi que la volonté de les maintenir à domicile, poussent les autorités sanitaires à renforcer le rôle de la médecine de premier recours dans l'ensemble des pays occidentaux. En Suisse, l'organisation actuelle des cabinets de médecine de famille (MF) n'est pas adaptée pour répondre sereinement à cette pression. Les cabinets fonctionnent généralement sur un binôme médecin – assistant-e médical-e (AM), l'information des dossiers médicaux dépasse péniblement les 50 %, les prises en charge reposent quasi-exclusivement sur les médecins qui se retrouvent vite saturés et ne peuvent développer des activités de prévention. Par ailleurs, la prise en charge des patients dits « complexes » demeure fragmentée.

Le projet Mocca, issu d'une collaboration entre la Direction générale de la santé du canton de Vaud, des cabinets de MF et le Département de médecine de famille d'Unisanté est en phase pilote dans neuf cabinets du canton pour deux ans. Il repose principalement sur l'introduction d'un-e infirmier-ère dans les cabinets (appelée infirmière de soins primaires, ISP) et la prise en charge des patients par un triptyque assistant-e médicale-ISP-médecin.

La collaboration inter-professionnelle y est la norme.

Vision 2028 : Les cabinets Mocca se sont multipliés dans le canton de Vaud. Ils commencent même à s'étendre à d'autres cantons et coexistent avec d'autres modèles organisationnels innovants. La collaboration interprofessionnelle y est la norme : les patients sont pris en charge par une équipe constituée au minimum d'un-e AM, d'un-e médecin et d'un-e ISP. Certains cabinets intègrent aussi des assistants-es sociales-aux.

Chaque professionnel contribue selon ses compétences et le médecin, qui a transféré une partie de ses activités, peut consacrer le temps nécessaire aux patients plus complexes et sereinement envisager la prise en charge de nouveaux patients. Comme les membres de l'équipe ont bénéficié de formations en interprofessionnalité, les répartitions des rôles sont claires et les « territoires » de chacun bien définis. Les professionnels sont satisfaits et les patients aussi.

Les ISP (une ISP pour chaque médecin du cabinet) développent des activités génériques à destination de l'ensemble de la patientèle et des activités spécifiques selon le type de patients. Les

activités génériques comprennent la prise en charge de « petites » urgences au cabinet ainsi que la promotion de la santé et l'éducation thérapeutique. En cas de situation épidémique extraordinaire, l'ISP facilite l'application des procédures de santé publique. Ces activités concernent l'ensemble de la patientèle, en incluant les patients dits « simples », sans maladie chronique.

Pour les patients de complexité moyenne, dont l'état de santé ne justifie pas de prise en charge par les soins à domicile mais impliquant des consultations fréquentes au cabinet de MF et des hospitalisations épisodiques, l'ISP endosse le rôle de gestionnaire de cas. A l'aide d'un plan de soins individualisé, il/elle définit des objectifs avec le patient, coordonne son parcours de soins avec les partenaires externes, et vérifie le suivi de traitement et son efficacité. Elle reçoit régulièrement le patient au cabinet, sans consultation du médecin.

Une rémunération mixte

Enfin pour les patients très complexes, pris aussi en charge par les structures de soins à domicile, l'ISP travaille en étroite et harmonieuse collaboration avec ces derniers afin d'optimiser la continuité des soins. L'ISP fait aussi le lien à l'extérieur entre le cabinet avec les partenaires de soins tels qu'hôpitaux, établissements médicaux-sociaux, centres de maintien à domicile, spécialistes ambulatoires et équipes de réponse à l'urgence.

Le cabinet collabore avec la Direction cantonale de la santé publique (y compris en recherche) en fournissant de manière automatisée des données venant alimenter des indicateurs de monitoring des activités et des populations suivies en MF. En retour, celle-ci contribue au financement de l'ISP au cabinet. Ce financement repose en effet sur une rémunération mixte (partenariat public-privé incluant aussi les financements assécurologiques) basée en particulier sur la patientèle suivie par le cabinet.

Assez rêvé, retour en 2020 : Mocca est actuellement en phase pilote et ce, jusqu'en 2022 !

unisanté

Dre Christine Cohidon, Responsable Secteur organisation des services de santé en médecine de famille, Département de médecine de famille; **Prof Dr Nicolas Senn**, Médecin chef du Département de Médecine de famille, Unisanté

www.unisante.ch

Gemeinsam für eine Gesundheit aller – gemeinsam Fähigkeiten und Ressourcen stärken

Ein Auszug aus dem Jahresbericht 2026 der Genossenschaft «Gesundheitsregion xunds grauholz»:

Projekt Patientenpfad: In der Evaluation überzeugte die signifikante Abnahme der Kommunikationsfehler dank TeamSTEPPS®. Gemäss ersten Resultaten konnte die Re-Hospitalisationsrate um mehr als 17% reduziert werden. Sowohl die speziell qualifizierten Koordinatorinnen in den Arztpraxen wie auch die regionalen Advanced Practice Nurses spielen für die Koordination und Kommunikation eine tragende Rolle.

Qualitätszirkel Interprofessionalität: Sie bestehen mittlerweile in allen Gemeinden und fördern Projekte wie Wundversorgung in der Apotheke, EVIVO xunds-grauholz oder Diabetes vernetzt (in Kooperation mit dem Kanton Graubünden). Für die Finanzierung der Qualitätszirkel bestehen Spezialvereinbarungen mit den Gemeinden und Krankenkassen.

Netzwerk «Psychische Gesundheit»: Das Netz führte 2026 den dritten Patientenkongress durch. Dort wurde unter anderem berichtet, dass mit dem 2022 entwickelten Patientenpfad «psychische Krise» Notfall-Hospitalisationen, Arbeitsausfälle sowie IV-Gesuche signifikant reduziert werden.

Netzwerk «Kopf & Nervensystem: Ressourcen statt Defizite»: Das Netz eröffnete in Münchenbuchsee – in Kooperation mit den Pflegeheimen – das erste «Demenz-Quartier». Hier bleiben die Menschen deutlich länger in ihrer gewohnten Umgebung; auch der Medikamentenverbrauch und die Hospitalisationen sind drastisch gesunken.

Netzwerke «Gesunde Arbeitswelten» und «Soziale Gesundheit»: Sie haben die bessere Vernetzung von Gesundheits-, Sozialwesen und Arbeitswelt zum Ziel. Ihre ersten Erfolge: Jede neunte langzeitarbeitslose Person konnten ins Arbeitsleben re-integriert werden. Die Zahl der Sozialbezüger sank um einen Viertel. Einen wesentlichen Anteil am Erfolg hat der moderierte Dialog auf Augenhöhe mit IV, Taggeldversicherung, RAV, SKOS, dem Gemeindeverband sowie dem integrierten Armuts-Projekt. Ein Schlüsselement ist das provisorische Grundeinkommen während der Integrationsphase; es ist Teil eines neuen Versorgungs- und Finanzierungsmodells.

Alle **Arbeitsgruppen** sind interprofessionell zusammengesetzt. Sie arbeiten partizipativ und evolutionär-integral. Die AG *daHeim der Zukunft* hat in Kooperation mit dialog-gesundheit Schweiz, dem Kanton und dem Netzwerk Nachbarschaftshilfe den Ratgeber «WIE?SO! – für gutes Wohnen im Alter»

herausgegeben. Die AG *integrative Medizin* hatte 2020 die Stiftung «Neue Wege in der Medizin» gegründet. Sie fördert Forschungs- und Bildungsinitiativen. Ein erster grosser Erfolg ist die App «Integrative Diagnostik und Therapie». Sie unterstützt die Dokumentation und Evaluation von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit verschiedener, auch alternativer Therapien.

Thinktank Finanzierung: Zwei Mitglieder stellten am internationalen Kongress für Allgemeine Medizin das «Modell Gesundheitsregion» vor, das in Kooperation mit dem Kanton (Leistungsvereinbarungen) sowie verschiedenen Kassen entwickelt wurde. Es ist seit zwei Jahren operativ und wird laufend evaluiert und angepasst. Im Zentrum stehen das Vertrauen in die interprofessionelle Kooperation und das gemeinsam entwickelte Qualitätsverständnis. Die kontinuierliche Schulung der Kommunikation sowie die fortlaufende Vernetzung von Bildungs- und Gesundheitswesen bilden die Basis dafür. In allen Schulen ist gemeinsam mit dem Netzwerk Caring Communities das Fach «Sorge-Kultur» eingeführt worden.

Initiativen: Das CAFE MONDIAL (Integration und Kultur, seit 2017) und das Forum dialog-gesundheit (seit 2004) sind weiterhin aktiv und dokumentieren gelebtes Empowerment. Weitere Initiativen sind in Umsetzung: AG spiritual care, AG Gesundheitskompetenz der Organisationen, Netzwerk Selbsthilfe xunds-grauholz.

Genossenschaft «Gesundheitsregion xunds grauholz»: Die Genossenschaft zählt inzwischen 14'326 Mitglieder (31.12.) und damit bald 20 Prozent der Bevölkerung im Einzugsgebiet. Die Genossenschaft ist der wichtigste Eigentümer der Betriebsgesellschaft «Gesundheitsregion xunds grauholz», in der alle Akteure vertreten sind. Jedes Mitglied der Genossenschaft profitiert von speziellen Angeboten wie Vergünstigungen für Bildungs- und kulturelle Angebote oder Rabatten bei Partner-Geschäften. Menschen mit tiefem Einkommen können kostenlos Mitglied der Genossenschaft werden.



Dr. med. Michael Deppeler
Präsident Verein xunds grauholz

www.xunds-grauholz.ch

Diagnose und Medikation aus einer digitalen Hand

zur Rose

Marco van den Heuvel

BU Leiter Primary Care, Zur Rose Suisse AG

www.zurrose.ch

Gregor Moser, 65, lebt im Aargau und hat verschiedene chronische Krankheiten. Täglich nimmt er mehrere Medikamente ein, auf die er gut eingestellt ist. Als Kunde von Zur Rose profitiert er vom umfassenden eHealth-Ökosystem: Auf einer digitalen Plattform sind Leistungen von zahlreichen Anbietern wie Versicherer, Ärzte und Apotheken integriert, ebenso technische Lösungen wie Gesundheits-Apps. Zugelassen wird nur, wer bestimmte Qualitätskriterien erfüllt.

Machen wir uns mit Gregor Moser auf eine Patient-Journey (siehe Grafik):

1. Seit einigen Tagen fühlt er sich unwohl. Eine Diagnose-App checkt via Smartphone-Chat die neuen Symptome und grenzt damit das Feld möglicher Neuerkrankungen ein.
2. Da die App den Fall als dringend einstuft, nutzt Gregor Moser das telemedizinische Angebot seiner Hausärztin und kontaktiert sie über Video-Call.
3. Seiner Hausärztin liegen alle bekannten Fakten und aktuellen Annahmen der Diagnose-App vor. Nach seiner Einwilligung erhält sie auch Zugriff auf Mosers Smartwatch, die weitere Gesundheitsdaten aufgezeichnet hat. Die Hausärztin hat nun ein umfassendes Bild des Gesundheitszustandes, kann im Video-Call letzte Fragen klären und rasch eine Diagnose stellen.
4. Sie entscheidet, Gregor Moser ein weiteres elektronisches Dauerrezept auszustellen. Das gewählte Medikament wird

durch einen Smart-Data-gestützten Sicherheits-Check auf Wechselwirkungen mit der bereits bestehenden Medikation überprüft. Das System erkennt eine unerwünschte Wechselwirkung und schlägt der Ärztin ein alternatives, gleichwertiges Arzneimittel vor.

5. Nach kurzem Check gibt die Ärztin das Mittel frei. Sie stellt ein eRezept aus, das mit Gregor Mosers Zustimmung direkt an seine Onlineapotheke übermittelt wird.
6. Am selben Tag erhält der Patient per Expresslieferung von der Onlineapotheke eine neue, ergänzte Blister-Rolle für seinen IoT-Medikationsdispenser.
7. Der Dispenser erinnert ihn akustisch oder per Notifikation auf seiner Smartwatch an die korrekten Einnahmezeiten. Und er gibt zu jeder Einnahme nur die gerade benötigten Medikamente aus – bequem als Blister verpackt. So ist garantiert, dass Gregor Moser immer die richtigen Tabletten zur richtigen Zeit in der richtigen Reihenfolge und Menge einnimmt. Das Gerät startet im Hintergrund auch automatisch den Prozess zur Ausstellung eines neuen eDauerrezepts, sobald die Medikamente zur Neige gehen. Das ist eine grosse Erleichterung für den Patienten, denn hier die Übersicht zu bewahren, fällt schwer. Doch eine optimale Therapietreue wirkt sich positiv auf den Behandlungserfolg aus.

Für Gregor Moser ergeben sich – eingebettet in das Zur Rose-Patienten-Ökosystem – viele Vorteile, die im bisherigen System nicht möglich waren:

- einfacher Zugang zu umfassenden Gesundheitsdienstleistungen per Smartphone;
- schnellere, bequemere Wege zu Ärzten oder Apotheken durch Telemedizin und Telepharmazie, wenn ein Besuch nicht notwendig ist;
- kürzere Wartezeiten auf Diagnosen und Rezepte sowie bequeme Nachbestellung;
- maximale Wirksamkeit der Medikation durch Smart-Data-gestützte Sicherheitschecks;
- Hilfestellung bei der Einnahme sowie eine elektronische, laufend aktualisierte Übersicht seiner Medikation;
- Befähigung, seine Gesundheit optimal zu managen.



Weiterführende Literatur

Vernetzte Grundversorgung

Obsan Bericht 15/2019: Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» (diverse Studien und Dokumente), Bundesamt für Gesundheit

Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie; diverse Studien und Dokumente), Bundesamt für Gesundheit

Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems, Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Andrew L. Ellner, MD, and Russell S. Phillips, MD: Reinventing Primary Care – the Coming Primary Care Revolution. J Gen Intern Med 32(4):380–6. DOI: [10.1007/s11606-016-3944-3](https://doi.org/10.1007/s11606-016-3944-3)

Contandriopoulos et.al.: Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform. Health Policy 120 (2016) 682–689. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.015>

Mulvale et.al.: ‘Gearing Up’ to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. BMC Family Practice (2016) 17:83. DOI: [10.1186/s12875-016-0492-1](https://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1)

Integrierte Versorgung in der Schweiz

Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030

Koordinierte Versorgung (diverse Studien und Dokumente), Bundesamt für Gesundheit

Obsan Dossier 45: Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke – Hintergründe und Schlüsselemente

Obsan Dossier 46: Leben mit chronischer Krankheit – die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen

Obsan Dossier 55: La médecine de famille en Suisse – analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring ; Publikation auf Französisch mit deutscher Zusammenfassung)

Obsan Dossier 57: Soins intégrés en Suisse, Résultats de la 1re enquête (Publikation auf Französisch mit deutscher Zusammenfassung)

Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Denkstoff Nr. 2: Patientenbilder 2024, fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung

Denkstoff Nr. 3: Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025, fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung

Denkstoff Nr. 4: Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung – Rollenszenarien 2026, fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung

Digital Health

Strategie eHealth Schweiz 2.0

mobile Health (mHealth) Empfehlungen I

Digital Health: Die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Internationale Initiativen

Health in the 21st Century – Putting Data to Work for Stronger Health Systems

Triple Aim Initiative, Institute for Healthcare Improvement

International Consortium for Health Outcome Measurement

Scaling Integrated Care in Context

International Foundation for Integrated Care (e.g. Integrated Care Solutions, Integrated Care Academy, International Journal of Integrated Care, Webinars, Podcasts)

Das fmc

Unser Profil: Vernetzen – Vordenken – Anstossen – Publizieren

Das fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung fördert den Austausch von Wissen, Erkenntnissen und Erfahrungen zur besseren Vernetzung und Koordination der Gesundheitsversorgung. Immer mit dem Ziel, die Qualität, Effizienz und Sicherheit der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Seit 1997 stärken wir die horizontale und vertikale Integration der Versorgung in der Schweiz: Was damals auf grosse Skepsis stiess, ist heute ein anerkanntes und zukunftsweisendes Konzept. Dank unserer Mitglieder und Leistungen haben wir uns als Thinktank für die sektorenübergreifende Vernetzung und Koordination etabliert.

Wir kennen keine Standardlösungen, sondern berücksichtigen die regionale Vielfalt und unterschiedlichen Eigenheiten der Akteure. Wir skizzieren Szenarien und denken in Varianten. Unser Blickfeld deckt eine Vielzahl von Aspekten ab wie Prozesse, Finanzierung, Vergütung, Digitalisierung, Transformation oder Befähigung der Patienten.

Das fmc spricht alle Versorgungspartner an wie medizinische und soziale Leistungserbringer, Patienten und ihre Vertrauenspersonen, Versicherer, Behörden und Politik von Bund, Kantonen und Gemeinden, Industrie, Bildung. Unsere Leistungen umfassen Analysen, Erhebungen, Forschung, Veranstaltungen und Publikationen.

Unsere Leistungen von A bis Z

Arbeitsgruppen

Unsere Mitglieder erarbeiten in intensiven Diskussionen Dokumente zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen (mit Fokus Integration) oder zur Weiterentwicklung der Versorgung.

Denkstoff

Mit dieser Schriftenreihe unterstreicht das fmc den Anspruch, Impulsgeber und Kompetenzzentrum für die Integrierte Versorgung in der Schweiz zu sein.

Denk-Werkstatt

In diesem Format werden ausgewählte Themen der Integrierten Versorgung interprofessionell und moderiert bearbeitet. Die Ergebnisse stehen allen Interessierten zur Verfügung.

Erhebungen

Das fmc erhebt und publiziert regelmässig quantitative und qualitative Daten zur Verbreitung und Gestaltung der Integrierten Versorgung in der Schweiz.

fmc-Club

Um den Aufbau und die Funktion von innovativen Versorgungskonzepten zu verstehen, ist es wichtig, diese hautnah zu erleben und mit den Initianten vor Ort zu sprechen.

Hintergrundgespräche

In diesen Gesprächen werden wissenschaftliche Erkenntnisse

oder politische Vorstösse und Entwicklungen von Experten präsentiert und gemeinsam diskutiert.

Kooperationen

Das fmc strebt themenspezifische Partnerschaften mit Fachzeitschriften, Berufsverbänden oder Institutionen an.

Nationales Symposium

300 Teilnehmer aus allen Bereichen der Integrierten Versorgung treffen sich einmal pro Jahr zum Austausch bei Keynote-Referaten, Projektpräsentationen und Workshops.

Newsletter

Wir bedienen rund 6500 Adressaten regelmässig mit relevanten Informationen zur besseren Koordination und Vernetzung der Gesundheitsversorgung.

Studienreisen

Das fmc bietet gemeinsam mit dem Deutschen Bundesverband Managed Care (BMC) jedes Jahr eine Studienreise an, um neue Ideen für Versorgungskonzepte zu gewinnen.

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.

Die fmc-Trägerschaft

Goldpartner



Science For A Better Life



Wir vernetzen Gesundheit



Partner

Argomed

Ctésias SA

hawadoc AG

Meconex AG

MiSANTO

MSD

BMS Bristol-Meyers Squibb

eastcare AG

HCI Solutions

MediService AG

Sandoz Pharmaceuticals

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

Digitalisierung

Gesundheitsregionen

Advanced Practice
Nurses APN

Outcome und Transparenz

Patientenorientiert

Capitation