

Tischgespräche: Vernetzte Grundversorgung – Trendszenarien 2028

Die Tischgespräche stehen ganz im Zeichen der Zukunft: Wie wird sich die vernetzte Grundversorgung in den nächsten acht bis zehn Jahren entwickeln? Als Grundlage für die Diskussionen haben wir, unterstützt von einer Kerngruppe und dem Strategischen Beirat des fmc, vier «Trendszenarien 2028» formuliert. Dabei gehen wir von folgenden **Rahmenbedingungen** aus:

2028...

allgemein

- ... sind Menschen, die medizinische und soziale Leistungen benötigen, massgebliche Treiber der Integrierten Versorgung.
- ... bestehen zahlreiche Verbindungen zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich, z.B. für die Langzeitbetreuung und neue Wohnformen im Alter.
- ... ist die einheitliche Finanzierung ambulant-stationär (EFAS) eingeführt, d.h. Kantone und Krankenkversicherer beteiligen sich an allen ambulanten und stationären Leistungen, die von der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt werden (inkl. Langzeitpflege).

Leistungserbringung

- ... ist die Einsicht, dass die Versorgung besser koordiniert und vernetzt werden muss, weit fortgeschritten. Die Mehrheit der Akteure pflegt bedarfsgerechte Kooperationen mit vor- und/oder nachgelagerten Leistungserbringern.
- ... sind verschiedene Berufsgruppen gleichwertig an der Grundversorgung beteiligt (Interprofessionalität). Die Koordination nehmen speziell qualifizierte Personen wahr.
- ... werden viele Versorgungsleistungen – dank Digitalisierung und mobiler Dienste – bei den Menschen zu Hause erbracht.

Struktur und Organisation

- ... ist (fast) die gesamte Grundversorgung in Netzen oder Unternehmen organisiert. Die Versorgungsmodelle unterscheiden sich teilweise deutlich.
- ... ist die grosse Mehrheit der Versicherten bei einer Organisation der «vernetzten Grundversorgung» als Anlaufstelle für gesundheitliche Fragen eingeschrieben.
- ... werden viele Behandlungs- und Betreuungsprozesse mit digitalen Hilfsmitteln unterstützt oder sind vollständig digitalisiert.

Versicherte und Patienten

- ... haben (fast) alle Personen ein Versicherungsprodukt mit begrenzten Wahlfreiheiten. Die Produkte basieren auf unterschiedlichen Versorgungsmodellen. Viele haben spezifische Schwerpunkte wie Chronic Care oder Gesundheitsförderung und Prävention.
- ... nutzen viele Patienten (und ihre Vertrauenspersonen) digitale Hilfsmittel und gestalten die Behandlung und Betreuung mit (Koproduktion von Gesundheit).
- ... achten viele Versicherte und Patienten auf die Qualität und Kosten der Versorgung und orientieren sich am Nutzen der (vorgeschlagenen) Behandlungen.

Qualität

- ... sind sich (fast) alle Akteure einig, dass die Versorgung, Vergütung und Steuerung mehrere Ansprüche erfüllen muss (Triple-Aim-Konzept): 1. Nutzen für den einzelnen Patienten; 2. Nutzen für die Bevölkerung; 3. Nutzen für das Versorgungssystem.
- ... sind (fast) alle Behandlungsdaten frei zugänglich für die Performance-Bemessung (neue Vergütungsmodelle) sowie die Versorgungsforschung (Überprüfung wirksam/zweckmässig/wirtschaftlich).
- ... bestehen anerkannte Zertifizierungen für Organisationen der «vernetzten Grundversorgung», die den betroffenen Menschen helfen, geeignete Angebote zu wählen.

Vier Szenarien für die vernetzte Grundversorgung 2028

1. Grundversorgungsnetze

2. Unternehmen der Grundversorgung

3. Gesundheitsregionen

4. Patientennetze

1. Grundversorgungsnetze

... sind eine Weiterentwicklung der Ärztenetze in der Schweiz, die hauptsächlich auf ärztliche Grundversorgung ausgerichtet sind.

- **Leistungsangebot:** Die mehrheitlich aus hausärztlichen Einzel- und Gruppenpraxen bestehenden Netze decken die ganze Breite der Grundversorgung ab. Bei Bedarf sind sie über Kooperationsvereinbarungen mit anderen Leistungsanbietern vernetzt. Viele Gruppenpraxen bieten – alleine oder gemeinsam – spezielle Programme an, z.B. für chronisch kranke Menschen.
- **Organisation:** Die Praxen eines Grundversorgungsnetzes sind Teilhaber einer Netzorganisation (z.B. AG, Stiftung, Genossenschaft), die mit nachgelagerten Leistungserbringern wie Spitälern, Reha-Kliniken, Spitex-Organisationen, Pflegeheimen bedarfsgerechte Kooperationen vereinbart.
- **Koordination:** hauptsächlich durch Hausärzte/-innen (oder delegiert an Medizinische Praxis-koordinatorinnen)
- **Vergütung:** Grundversorgungsnetze vereinbaren mit Krankenversicherern (pauschalierte) Leistungsvergütungen, welche Performance- und Outcome-Kriterien einschliessen.
- **Spezielles:** Die Kantone können die Zulassung von Hausarztpraxen an die Grundversorgungsnetze delegieren.

2. Unternehmen der Grundversorgung

... sind eine Weiterentwicklung der HMOs in der Schweiz, die hauptsächlich auf medizinische Grundversorgung ausgerichtet sind.

- **Leistungsangebot:** Interprofessionelle Gesundheitszentren mit Haus- und Spezialärzten, Pflegeexpertinnen APN und weiteren Berufsgruppen decken die ganze Breite der Grundversorgung ab. Viele Gesundheitszentren bieten spezielle Programme an, z.B. für chronisch kranke Menschen. Ausserdem haben sie Bildungsangebote, z.B. für pflegende Angehörige oder Patienten.
- **Organisation:** Gesundheitszentren sind Teil oder im Besitz eines Unternehmens. Ein wichtiges Merkmal ist die zentrale Führung über mehrere Zentren. Die Unternehmen gehen vielfältige und verbindliche Kooperationen ein, z.B. mit nachgelagerten oder spezialisierten Leistungserbringern. Auch Spitäler oder grosse Spitex-Organisationen können Gesundheitszentren betreiben und als Unternehmen der Grundversorgung auftreten.
- **Koordination:** je nach Situation durch Ärzte, Pflegeexpertinnen APN oder speziell ausgebildete Fachpersonen
- **Vergütung:** Unternehmen der Grundversorgung vereinbaren mit Krankenversicherern (pauschalierte) Leistungsvergütungen, welche Performance- und Outcome-Parameter einschliessen.
- **Spezielles:** Die Unternehmen können – in Zusammenarbeit mit bestehenden Krankenversicherern – eigene Versicherungsmodelle anbieten.

3. Gesundheitsregionen

... sind eine Weiterentwicklung von bevölkerungsorientierten Versorgungsnetzen, die hauptsächlich in ländlichen oder peripheren Regionen existieren.

- Leistungsangebot: Von Leistungserbringern, Kantonen und/oder Gemeinden initiierte regionale +Basisversorgung, die sich an den Bedürfnissen der ganzen Bevölkerung orientiert und von den beteiligten medizinischen und sozialen Leistungserbringern gemeinsam festgelegt wird.
- Organisation: Die medizinischen und sozialen Leistungserbringer einer Region sowie Gemeinden sind Teilhaber einer Netzorganisation (z.B. AG, Stiftung, Genossenschaft). Diese vereinbart mit Versicherern, dem Kanton und/oder Gemeinden bedarfsorientierte Kooperationen. Auch weitere Interessierte können sich beteiligen (z.B. Arbeitgeber, regionale Tourismusorganisation).
- Koordination: je nach Situation durch Ärzte, Pflegeexpertinnen APN oder speziell ausgebildete Fachpersonen
- Vergütung: Regionale Netzorganisationen vereinbaren mit Krankenversicherern (pauschalierte) Leistungsvergütungen, welche Performance- und Outcome-Kriterien einschliessen.
- Spezielles: Kantone können bestimmte Leistungsaufträge an regionale Netzorganisationen vergeben oder sie finanziell unterstützen (z.B. über differenzierte Taxtpunktwerte). Die Netzorganisationen können – in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern – eigene Versicherungsmodelle anbieten.

4. Patientennetze

... sind eine Weiterentwicklung der Disease-Management-Programme in Richtung Programme für Menschen mit mehreren, meist chronischen Krankheiten.

- Leistungsangebot: Die Leistungen umfassen die ganze Breite der Grundversorgung. Abgestimmt auf die Bedürfnisse der jeweiligen Patientengruppe, legen Betroffene und Fachpersonen spezifische Ziele und Massnahmen gemeinsam fest (Koproduktion von Gesundheit). Gewisse Leistungen wie das Monitoring sind digitalisiert.
- Organisation: Patientennetze sind eigenständige Organisationen (z.B. ein Verein) oder Teil von etablierten Leistungserbringern. Sie vereinbaren mit den Leistungserbringern die Rechte und Pflichten; diese gewährleisten das gemeinsam mit den Patienten gestaltete Behandlungs- und Betreuungsnetz. Die Mitglieder der Patientennetze nutzen so weit möglich digitale Hilfsmittel und vernetzen sich mit Betroffenen im In- und Ausland.
- Koordination: hauptsächlich durch speziell ausgebildete Fachpersonen und Betroffene (peer-to-peer)
- Vergütung: Patientennetze oder die Leistungserbringer, die sie betreuen, vereinbaren mit Krankenversicherern (pauschalierte) Leistungsvergütungen, die Performance- und Outcome-Parameter einschliessen.
- Spezielles: Gesundheitsligen, Versicherer und Kantone fördern solche Patientennetze.