



Impulse für die Integrierte
Versorgung in den Kantonen:
ein Leitfaden

Inhaltsverzeichnis

Editorial	3
Einführung	4
Teil 1: Grundlagen der Integrierten Versorgung	
1. Integrierte Versorgung in der Schweiz	5
1.1. Weshalb (mehr) Integrierte Versorgung?	5
1.2. Was ist Integrierte Versorgung?	6
1.3. Entwicklungen in der Schweiz	7
2. Entwicklungen in den Kantonen	9
2.1. Regionale Unterschiede	9
2.2. Verständnis der Integrierten Versorgung bei den Kantonen	11
2.3. Governance-Rollen der Kantone	12
Teil 2: Handlungsfelder und Massnahmen	
3. Handlungsfelder	14
3.1. Die Integrierte Versorgung beim Kanton und den Versorgungspartnern verankern	14
3.2. Die Grundversorgung in ländlich-peripheren Regionen gewährleisten	15
3.3. Die Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen verbessern	16
4. Mögliche Massnahmen zur Förderung der Integrierten Versorgung	18
4.1. Rahmenbedingungen	18
4.2. Struktur der Massnahmen	20
4.3. Mögliche Massnahmen auf einen Blick	21
5. Die Integrierte Versorgung beim Kanton und den Versorgungspartnern verankern	22
6. Die Grundversorgung in ländlich-peripheren Regionen gewährleisten	24
7. Die Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen verbessern	26
Teil 3: Arbeitshilfen	
8. Checkfragen zu den Massnahmen	28
9. Arbeitsinstrumente und Dokumente	29
10. Ergänzende Informationen zu einzelnen Massnahmen	30
Wichtige Begriffe	38
Literatur	39
Impressum	39

Editorial



Heidi Hanselmann

Präsidentin der GDK

Vorsteherin des Gesundheitsdepartements St. Gallen

Unser Gesundheitssystem ist von herausfordernden, teils paradoxen Entwicklungen geprägt: einer wachsenden Zahl von Menschen mit chronischen Krankheiten, Mehrfacherkrankungen und unterschiedlichen Bedürfnissen stehen begrenzte Ressourcen an Gesundheitsfachpersonal gegenüber. Die Spezialisierung in der Medizin bringt zahlreiche Schnittstellen mit sich, die für Fachpersonen wie auch Patientinnen und Patienten immer schwieriger zu bewältigen sind. Gleichzeitig steigen die Gesundheitskosten und damit auch der Druck, diesen Trend zu bremsen.

Eine zentrale Antwort auf diese Entwicklungen liegt in der besseren Vernetzung und Koordination in der Gesundheitsversorgung, das heisst kompetenzgerechter und interprofessioneller Einsatz von Fachpersonal und Minimierung von finanziellen Fehlanreizen in den Behandlungsoptionen, was unter dem Begriff «Integrierte Versorgung» zusammengefasst wird. Das Ziel: die Ergebnisqualität und Patientensicherheit sollen verbessert, unnötige Behandlungen und überflüssige Kosten vermieden werden. Gleichzeitig stellt die bessere Integration und Zusammenarbeit der Gesundheitsfachpersonen einen Weg dar, um die Versorgung in ländlichen Gebieten auch in Zukunft sicherzustellen.

Der Nutzen einer Integrierten Versorgung ist von allen Seiten anerkannt, weshalb in den letzten Jahren in einigen Kantonen entsprechende Initiativen und Modelle entstanden sind. Das Potenzial zur breiteren Umsetzung von solchen Versorgungsmodellen ist aber noch nicht aus-

geschöpft. Bessere Vernetzung und Koordination entstehen nicht von selbst: Die Umgestaltung von eingespielten Abläufen und das Aushandeln von neuen Formen der Zusammenarbeit und Leistungsvergütung verlangen von den Beteiligten die Bereitschaft zur Reflexion, aber auch forschungsgestützte Evaluation, um Kosten und Nutzen nach den im KVG geforderten Zielgrössen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit beurteilen zu können. Um der Integrierten Versorgung zum Durchbruch zu verhelfen, sind aber nicht nur die Leistungserbringer gefordert. Versicherer und Patienten stehen ebenso in der Verantwortung wie Bund, Kantone und Gemeinden, die für geeignete Rahmenbedingungen sorgen.

Anlässlich ihres 100-Jahr-Jubiläums möchte die GDK einen Beitrag in Richtung einer besseren und zukunftsfähigen Versorgung leisten. In der Überzeugung, dass in der Gesundheitspolitik kleine, beharrliche Schritte oft zielführender sind als grosse Systemumwälzungen, stellt sie mit dem vorliegenden Leitfaden mögliche Massnahmen vor, mit denen die Kantone die bessere Vernetzung und Koordination weiter fördern können. Es handelt sich dabei um einen Mix aus Regulierung, Anreizen, Steuerung und Kommunikation, immer mit dem Anspruch, die Versorgungspartner so weit wie möglich einzubeziehen.

Die Impulse der GDK mögen dem Schweizer Gesundheitswesen eine neue Dynamik verleihen. Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, wünsche ich eine anregende Lektüre und das Weitertragen der Impulse.

Einführung

Patientenorientierte, sichere und effiziente Gesundheitsversorgung beginnt im Kleinen. Zum Beispiel, indem sich alle Beteiligten besser vernetzen und koordinieren. Was leichter gesagt ist als getan. Denn das heutige System kennt zahlreiche Hindernisse für mehr Integration, von der Finanzierung über die Vergütungen bis zu Hierarchien.

Dieser Leitfaden versucht der Strategie der kleinen Schritte eine klare Richtung zu geben: Vernetzung und Koordination müssen zum gelebten Alltag werden. Die Kantone können hier wichtige und notwendige Impulse setzen, viele tun das auch bereits. Die zweite Kernbotschaft lautet also: Sich gegenseitig inspirieren und voneinander lernen; erfolgreiche Ansätze weiterentwickeln und nach neuen Vernetzungsmöglichkeiten suchen.

Der Leitfaden besteht aus drei Teilen:

- **Teil 1** liefert Grundlagen zur Integrierten Versorgung, insbesondere aus Sicht der Kantone.
- **Teil 2** stellt für drei zentrale Handlungsfelder mögliche Massnahmen dar, mit denen Kantone – zusammen mit den Versorgungspartnern – die bessere Vernetzung und Koordination unterstützen können. Zu jedem Handlungsfeld sind praktische Beispiele verfügbar (online).

Die Massnahmen sind bewusst breit gefasst und *nicht* priorisiert. Denn die geografischen, politischen, kulturellen und demografischen Bedingungen in den einzelnen Kantonen sind so verschieden, dass es keine Standardlösung gibt für die bessere Integration der Versorgung.

- **Teil 3** nennt Arbeitshilfen, zum Beispiel eine Liste mit Checkfragen, mit denen sich die Umsetzbarkeit von einzelnen Massnahmen im eigenen Kanton einschätzen lässt. Zudem sind zahlreiche Massnahmen aus Teil 2 mit praxisbezogenen Informationen ergänzt.

Auf der GDK-Website sind ausserdem Beispiele von integrierten Versorgungsmodellen, Online-Tools sowie weitere Dokumente zur vernetzten und koordinierten Gesundheitsversorgung verfügbar:

www.gdk-cds.ch/integrierte-versorgung

Schliesslich gehören zum Leitfaden Umsetzungsmassnahmen der GDK, welche die ersten bzw. nächsten Schritte in den Kantonen unterstützen sollen.

Mit diesem Gesamtpaket bestehen gute Voraussetzungen, damit die Entwicklung hin zur umfassenden Vernetzung erfolgreich weitergeht – auch wenn dafür viel Beharrlichkeit gefragt ist: Bis ganze Behandlungswege – von der Diagnostik bis zur dauerhaften Betreuung, vom Medizinischen bis zum Sozialen – optimal vernetzt und koordiniert sind, werden noch Jahre vergehen. Umso wichtiger sind die Erfolgserlebnisse, welche die Strategie der kleinen Schritte liefern können. Wer sich schon mal an ein grosses Puzzle gewagt hat, weiss, wie motivierend es ist, wenn die ersten Teile zusammenpassen.

1. Integrierte Versorgung in der Schweiz

1.1. Weshalb (mehr) Integrierte Versorgung?

Die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten hat sich in den letzten Jahrzehnten stark spezialisiert und fragmentiert: Die Zahl der FMH-Facharzttitel vervielfachte sich, ebenso die Zahl der Kliniken und Institute an den Spitälern. Ärztliche Spezialitäten teilen sich in Subspezialitäten. Ähnliches zeigt sich – allerdings weniger ausgeprägt – in der Pflege, Physiotherapie und weiteren Berufen. Waren in den achtziger Jahren drei bis fünf Fachpersonen an der Behandlung eines Spitalpatienten beteiligt, sind es heute zehnmal mehr.

Die Vielzahl der Kontaktstellen, die sich dadurch ergeben, ist kaum mehr handhabbar – es kommt zu Informationslücken oder wichtige Informationen gehen verloren. Dies wiederum führt zu Überdiagnostik, Mehrfachbehandlungen, Komplikationen, Notfall- und Wiedereinweisungen ins Spital – mit negativen Wirkungen auf die Behandlungsergebnisse, Patientensicherheit und Kostenentwicklung: «Mehrere Studien haben gezeigt, dass die Überversorgung bedeutende Nebenwirkungen bei den Patienten zur Folge hat und 30% der Gesundheitskosten ausmacht, ohne aber einen Mehrwert zu bringen.» [1]

Zudem verändert sich das Krankheitsgeschehen: Chronische Erkrankungen wie Diabetes, COPD, Asthma oder Depressionen nehmen markant zu. Ausserdem haben viele Menschen mehrere (chronische) Krankheiten, sind also multimorbid, oder werden mit zunehmendem Alter dement. Und schwerwiegende Krankheiten wie Krebs oder MS, die früher oft nach kurzer Zeit zum Tod führten, lassen sich heute dank neuer Therapien über Jahre kontrollieren.

Gemeinsam ist den betroffenen Menschen, dass sie während langer Zeit oder sogar dauerhaft behandelt und betreut werden müssen. Zudem nimmt die Komplexität laufend zu: Viele Patientinnen und Patienten benötigen neben medizinisch-pflegerischen Leistungen zusätzlich soziale Unter-

stützung. Auch deshalb steigt die Notwendigkeit markant, die einzelnen Behandlungsschritte besser aufeinander abzustimmen. Gleich wie das Bedürfnis steigt, die Menschen statt ihrer Krankheiten ins Zentrum zu stellen und sie stärker in die Behandlung und Betreuung einzubeziehen.

Das Potenzial der Integrierten Versorgung zur Verbesserung der Effizienz, Patientensicherheit und Ergebnisqualität wird heute erst zu einem kleinen Teil ausgeschöpft. Umso mehr ist es angezeigt, die Vernetzung und Koordination gezielt zu fördern – auch weil die Spezialisierung weitergehen wird, Stichwort «personalisierte oder individualisierte Medizin».

› Wichtige Begriffe

Versorgungspartner, Leistungserbringer, Leistungsauftrag: Auf Seite 38 sind diese und weitere zentrale Begriffe beschrieben, die für das Verständnis des Leitfadens bedeutsam sind.

1.2. Was ist Integrierte Versorgung?

Wie Begriffe und Konzepte verstanden werden, hängt wesentlich von den Perspektiven und Erwartungen der verschiedenen Akteure ab, die sie anwenden. Das gilt auch für die Integrierte Versorgung. Daher erstaunt es nicht, dass keine einheitliche Definition zur Verfügung steht. Auch gibt es – zumindest in der deutschen Sprache – keinen einheitlichen Begriff. In aller Regel sind «integrierte», «koordinierte» oder «vernetzte» Versorgung aber gleichbedeutend.

Dieser Leitfaden basiert auf folgendem Verständnis der Integrierten Versorgung (Abb. 1):

Triple Aim als Kompass

Im Zentrum stehen der Nutzen für die Patientinnen und Patienten, der Nutzen für die Bevölkerung sowie die Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Versorgung. Diese drei Elemente bilden die Eckpunkte des Triple-Aim-Konzepts [2], das auch in der Schweiz mehr und mehr zum Orientierungsrahmen für die Gesundheitsversorgung wird und damit zu einem wichtigen Treiber für Value-based Healthcare [3].

Leistungserbringung

Die Institutionen und Fachpersonen koordinieren und vernetzen sich *verbindlich* innerhalb eines Sektors (z.B. ambulante Erstversorgung) und über den ganzen Behandlungspfad. «Verbindlich» heisst zum Beispiel, dass es gemeinsam vereinbarte Ziele, Behandlungs- und Betreuungsprozesse oder Qualitätsrichtlinien gibt.

Finanzierung und Vergütung

Integrierte Versorgung verlangt integrierte Finanzierungs- und Vergütungsmodelle. Wenn die beteiligten Akteure auch in einer gemeinsamen finanziellen Verantwortung stehen, steigt die Bereitschaft, sich abzusprechen und das Gemeinwohl über die eigenen Interessen zu stellen.

Digitalisierung

Die Akteure nutzen wenn immer möglich digitale Hilfsmittel wie Smartphone, Internet oder Apps, zum Beispiel für die Leistungserbringung, die Logistik oder den Einbezug der Patientinnen und Patienten.

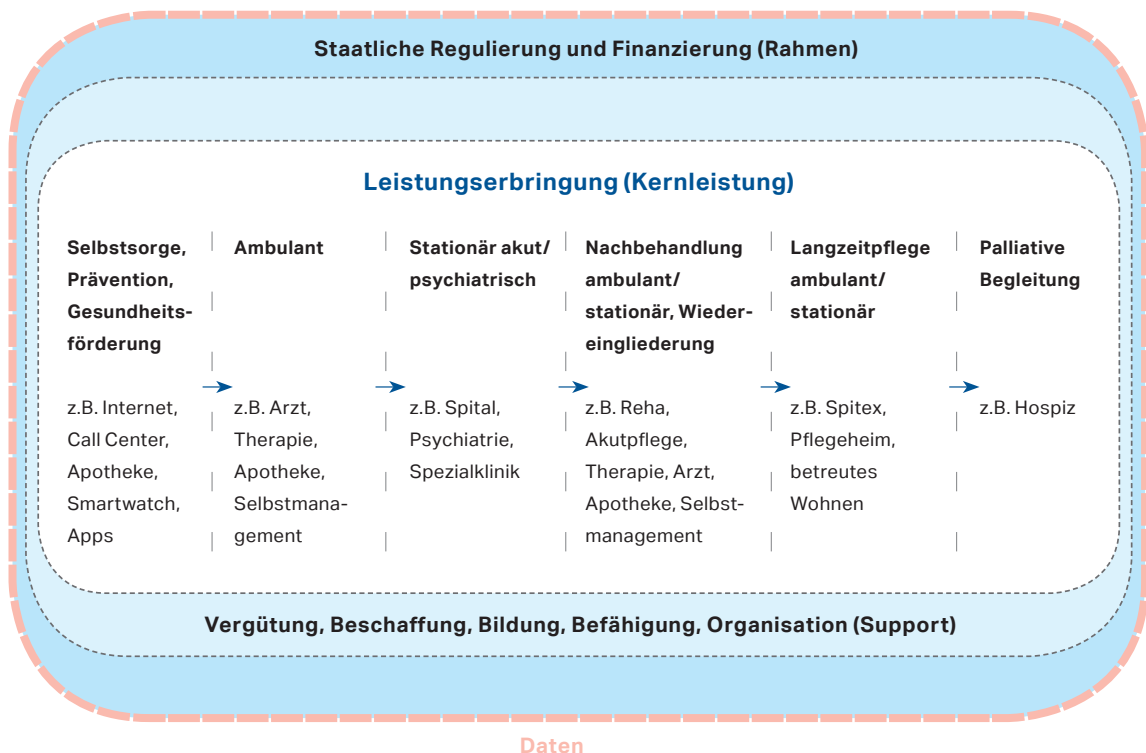


Abbildung 1: Übersicht Integrierte Versorgung

Befähigung

Die Patientinnen und Patienten sind die Einzigen, die den ganzen Krankheits- und Behandlungsverlauf überblicken. Diese Ressource wird konsequent genutzt: Die Fachpersonen nehmen bei der Behandlung und Betreuung immer wieder die Perspektive der Patienten ein und orientieren sich an deren Bedürfnissen. Die Patienten wiederum – oder ihre Vertrauenspersonen – sind befähigt, eine aktive Rolle zu spielen, zum Beispiel bei Behandlungsentscheiden, beim Umgang mit Krankheitssymptomen oder beim elektronischen Patientendossier (EPD).

Governance und Regulierung

Bund, Kantone und Gemeinden haben vielfältige Möglichkeiten, die Integration der Versorgung zu fördern. Dieser Leitfaden will helfen, dass Kantone (und Gemeinden) diese Möglichkeiten ausschöpfen.

Weitere Supportleistungen

Dazu gehört zum Beispiel die Bildung, denn interprofessionelle Zusammenarbeit will interprofessionell erlernt und erprobt werden. Dazu gehören auch Organisation und Management, also die Frage, wie integrierte Versorgungsnetze gestaltet und betrieben werden können.

Integrierte Versorgung ist somit ein *Gesamtpaket*, das weit mehr umfasst als die eigentliche Leistungserbringung.

Die verschiedenen Integrationsmodelle lassen sich zwei Hauptgruppen zuordnen:

Bevölkerungsorientierte Modelle umfassen die Bevölkerung eines definierten Versorgungsraumes und haben zum Ziel, alle ambulanten, stationären und sozialen Leistungserbringer in diesem Versorgungsraum zu vernetzen und ihre Leistungen auf die Bedürfnisse dieser Bevölkerung auszurichten. Typische Modelle sind HMO-Praxen, grosse Gesundheitszentren (Patient-centred Medical Home) und Ärztenetze. In den letzten Jahren haben sich ausserdem erste Gesundheitsregionen oder regionale Gesundheitsnetze gebildet.

Krankheitsorientierte Modelle fokussieren auf ein bestimmtes Krankheitsbild. Sie haben zum Ziel, die ambulanten, stationären und sozialen Leistungserbringer, die an der Behandlung und Betreuung dieser Krankheit beteiligt sind, zu vernetzen und auf definierte Behandlungspfade zu verpflichten. Typische Modelle sind das Case Management, (Chronic) Disease Management und Chronic-Care-Modell.

1.3. Entwicklungen in der Schweiz

Die vermehrte Integration der Versorgung startete in der Schweiz anfangs der neunziger Jahre mit Gemeinschaftspraxen (HMO) und Ärztenetzen, die nach dem Gatekeeping-Prinzip arbeiteten. Seither hat sich die bessere Vernetzung und Koordination nach und nach auf weitere Versorgungspartner ausgeweitet.

Parallel dazu entwickelten sich alternative Versicherungsmodelle, bei denen die Versicherten – gegen einen Prämienrabatt – gewisse Einschränkungen in Kauf nehmen (insbesondere bei der freien Arztwahl). 2017 hatten sich 69.6 Prozent der Versicherten für ein solches Modell entschieden (BAG 2018). Der Anteil der Versicherten in einem Modell mit Ärztenetz hat sich bei rund 25 Prozent stabilisiert (Abb. 2).

Auch die Ärztenetze haben sich etabliert: Gemäss FMH-Statistik waren 2017 schweizweit rund 52 Prozent der ambulant tätigen Ärzte einem Netz angeschlossen. Dieser Anteil ist in der Grundversorgung noch deutlich höher: In den 18 Kantonen mit Ärztenetzen gehören sieben von zehn Hausärztinnen und Hausärzten einem Netz an. Damit decken die rund 75 Ärztenetze einen wesentlichen Teil der hausärztlichen Grundversorgung in der Schweiz ab. Die regionalen Unterschiede sind jedoch beachtlich; der überwiegende Teil der Ärztenetze liegt in den östlichen und zentralen Landesteilen.

Einen umfassenden Blick auf die Entwicklung der Integrierten Versorgung in der Schweiz liefert die erste nationale Erhebung, die das Obsan im

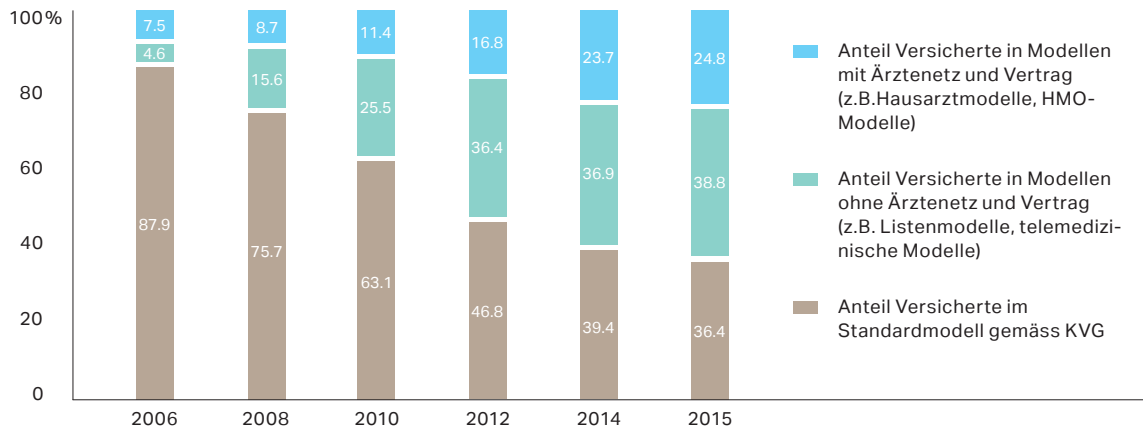


Abbildung 2: Entwicklung der Versichertenanteile in den verschiedenen Modellen (in %); Quelle: fmc (2015)

April 2017 veröffentlicht hat [4]. Sie zeigt die grosse Vielfalt an Versorgungsprojekten und belegt damit die Innovationskraft der Akteure, seien es private oder staatliche (Abb. 3). Sie unterstreicht aber auch, dass der Handlungsbedarf hoch – und dringlich – bleibt. Denn meist umfasst die Integration nur wenige Versorgungsebenen und selten ganze Behandlungs- und Betreuungsprozesse.

Die Vielfalt der Integrationsinitiativen spiegelt auch die unterschiedlichen Versorgungsbedürfnisse:

Krankheitsorientierte Initiativen umfassen «Spezifische Zielgruppen» (z.B. Diabetes-Programme), «Psychische Gesundheit & Psychiatrie», «Übergänge und Koordination» (z.B. beim Case Management) sowie «Medikamente». Bevölkerungsorientierte Initiativen umfassen «Gesundheitszentren» und «Ärztenetze». Während diese in der Deutschschweiz stärker präsent sind, dominieren in der Westschweiz und im Tessin krankheitsorientierte Initiativen für spezifische Zielgruppen und Erkrankungen.

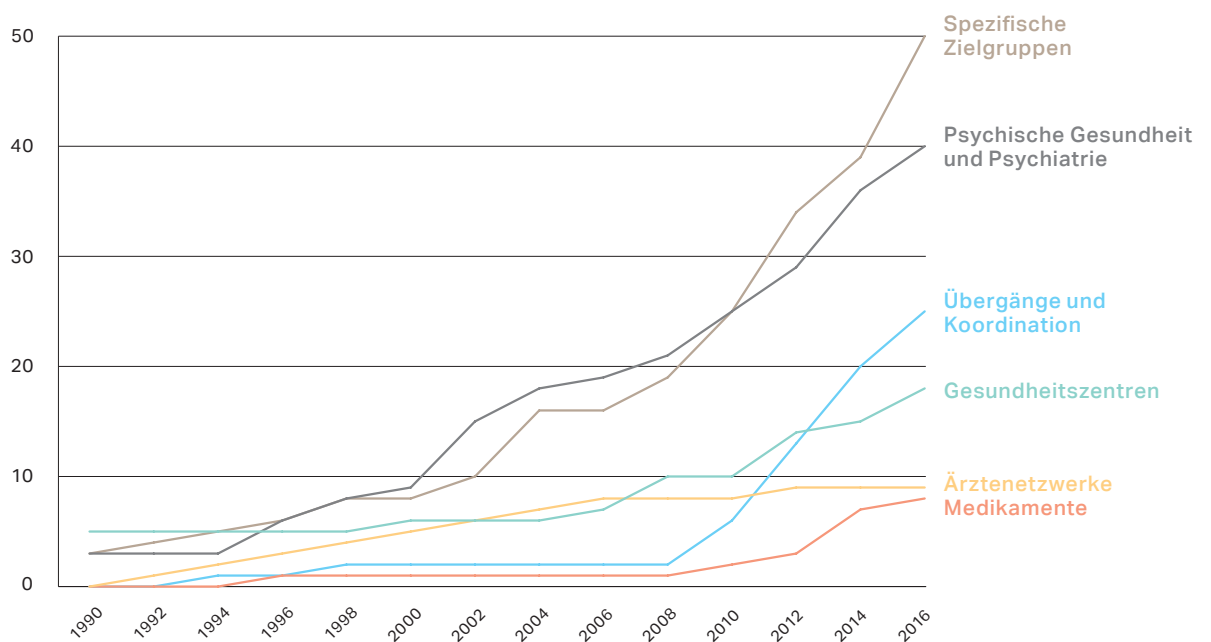


Abbildung 3: Entwicklung von integrierten Versorgungsprojekten in der Schweiz, aufgeteilt in sechs Kategorien (n=155); Quelle: Schweizerische Ärztezeitung, 2017; 98(21-22): 685-686

2. Entwicklungen in den Kantonen

2.1. Regionale Unterschiede

Die regionalen Unterschiede, welche die nationale Erhebung Integrierte Versorgung zeigt, sind auch für die Kantone bedeutsam, insbesondere mit Blick auf mögliche Fördermassnahmen.

Um einige wichtige Unterschiede zu verdeutlichen, wurden die Kantone in vier Gruppen aufgeteilt:

1. Kantone mit mehrheitlich ländlich-peripheren Versorgungsgebieten, ohne Universitätsspital: AI, AR, GL, JU, NW, OW, SZ, UR
2. Kantone mit städtischen und ländlich-peripheren Versorgungsgebieten, ohne Universitätsspital: AG, BL, FR, GR, LU, NE, SG, SH, SO, TG, TI, VS, ZG
3. Kantone mit städtischen und ländlich-peripheren Versorgungsgebieten, mit Universitätsspital: BE, VD, ZH
4. Kantone mit mehrheitlich städtischen Versorgungsgebieten, mit Universitätsspital: BS, GE

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Integrationsinitiativen zwischen diesen vier Gruppen:

Während Projekte für «Spezifische Zielgruppen» in allen Gruppen den grössten Anteil haben, verteilen sich die restlichen Kategorien sehr unterschiedlich. Diese unterschiedliche Verteilung dürfte auch von unterschiedlichen bzw. Kantonspezifischen Versorgungsbedürfnissen getrieben sein.

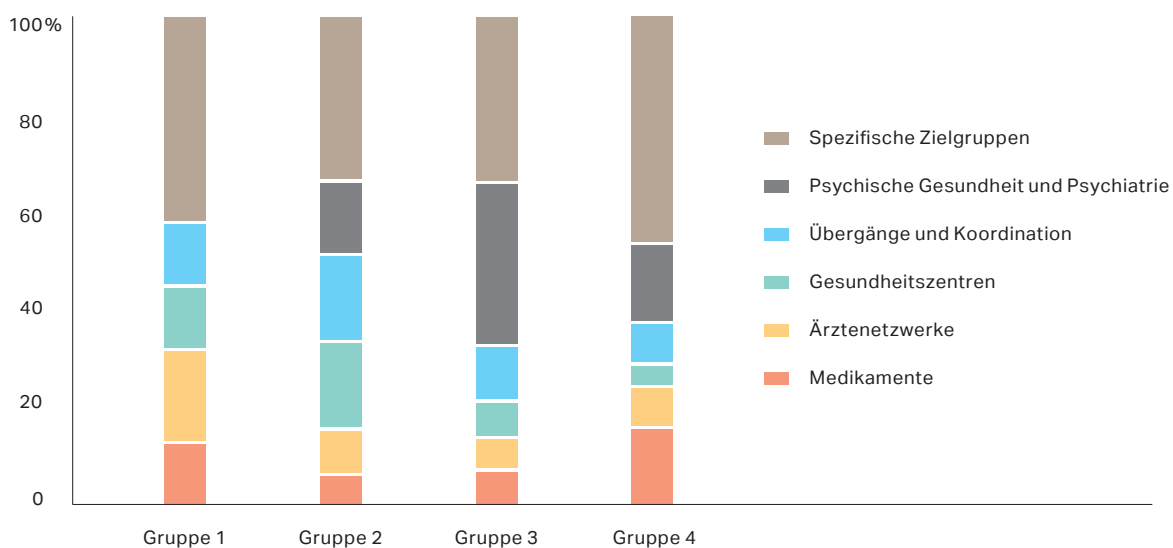


Abbildung 4: Anteile der Integrationsinitiativen nach Kategorie und Kantonsgruppe (in %, n=155);
Quelle: Nationale Erhebung Integrierte Versorgung, Obsan (2017)

Abbildung 5 zeigt die Anteile der Integrationsinitiativen, die der Kanton finanziell unterstützt, wiederum unterschieden nach Kategorien und Kantonsgruppen. Ausserdem werden Integrationsinitiativen in der französischsprachigen Schweiz häufiger vom Kanton gefördert als in der Deutschschweiz (64% zu 48%).

Wo steht die Integrierte Versorgung in Ihrem Kanton?

Grundlage für die erste nationale Erhebung Integrierte Versorgung war ein umfassender Fragebogen. Dieser kann auch Kantonen dienen, wenn sie wissen wollen, wo es welche Vernetzungsprojekte gibt. Selbstverständlich lässt sich der Fragebogen den Bedürfnissen und Gegebenheiten jedes einzelnen Kantons anpassen. Der Fragebogen steht auf der GDK-Website zur Verfügung:

www.gdk-cds.ch/integrierte-versorgung

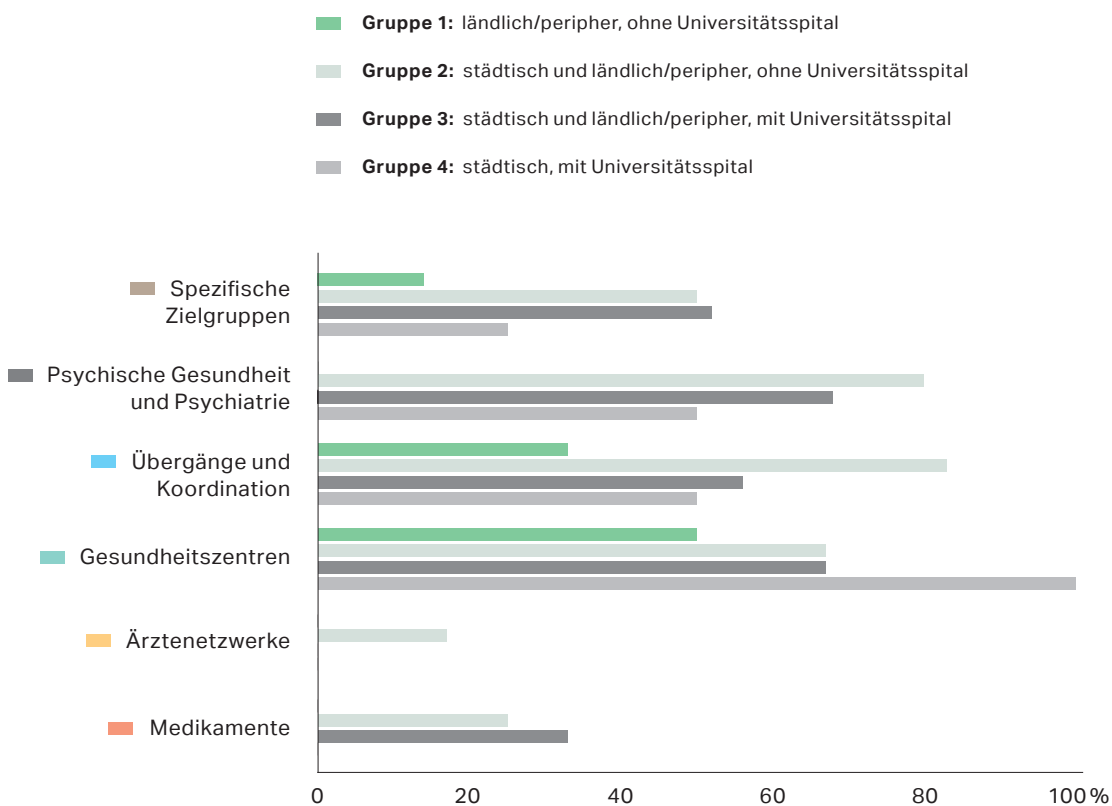


Abbildung 5: Anteil der Integrationsinitiativen mit finanzieller Unterstützung des Kantons pro Kategorie und Kantonsgruppe (in %, n=150); Quelle: Nationale Erhebung Integrierte Versorgung, Obsan (2017)

2.2. Verständnis der Integrierten Versorgung bei den Kantonen

Das fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung vergab im September 2017 das Forschungsmandat «Künftige Rollen von Bund, Kantonen und Gemeinden in der Integrierten Versorgung» und verarbeitete die Resultate – zusammen mit weiteren Expertisen – zum Denkstoff Nr. 4 «Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026» [5]. Ausgangspunkt war die Hypothese, dass Bund, Kantone und Gemeinden in Zukunft eine aktivere Rolle bei der Integration der Versorgung spielen werden.

Um dies zu überprüfen, wurde unter anderem eine Online-Umfrage durchgeführt. An der Umfrage nahmen insgesamt 361 Personen teil, 19 davon stammten aus 10 verschiedenen Kantonen. Die folgenden Resultate wurden speziell für diesen Leitfaden zusammengestellt.

Abbildung 6 zeigt die durchschnittliche Zustimmung der Kantonsvertreter zu den genannten Zielen der Integrierten Versorgung; zudem wurde ein Optimismus-Index erhoben.

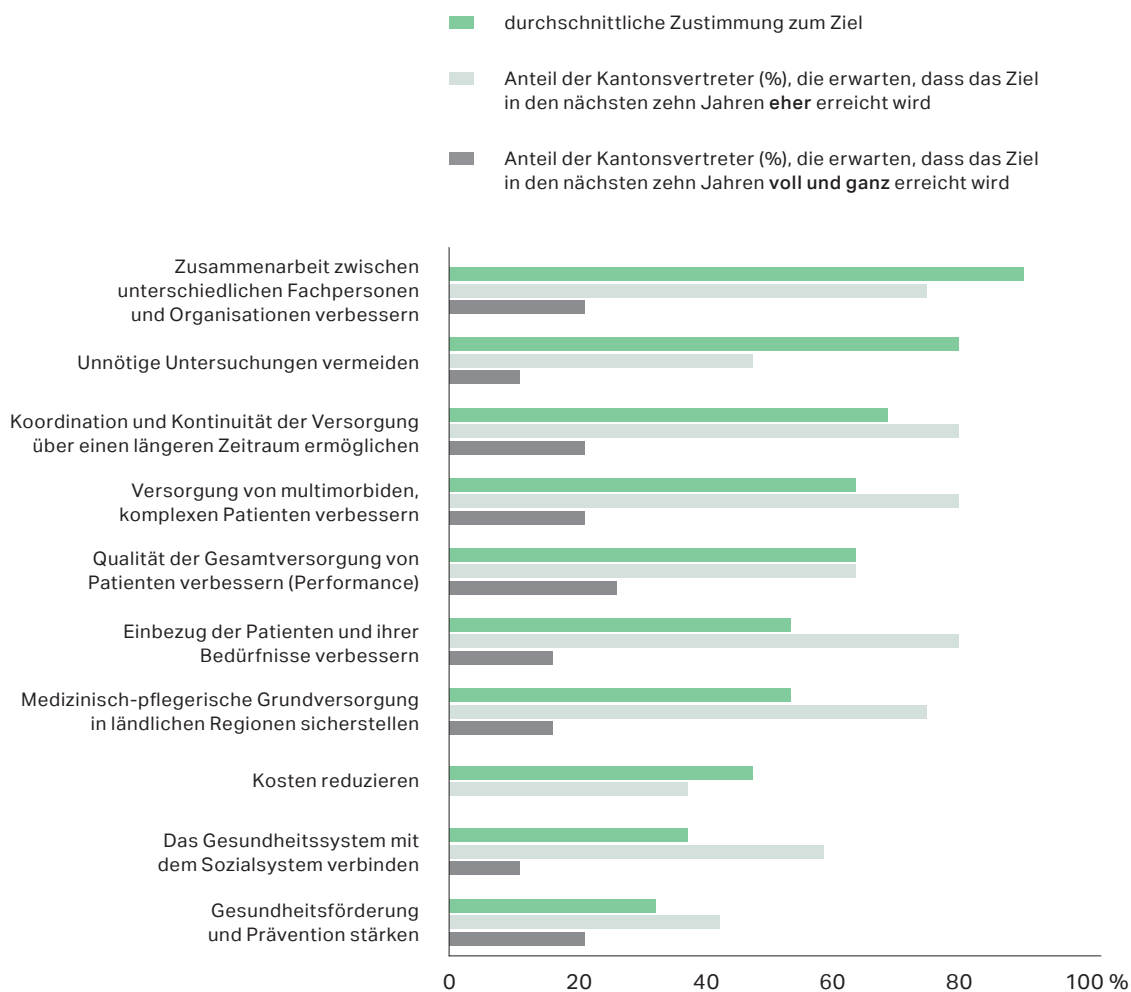


Abbildung 6: Ziele der Integrierten Versorgung aus Sicht der Kantonsvertreter, mit Optimismus-Index (in %, n=19); Quelle: fmc (2018)

Abbildung 7 zeigt die Meinung der Kantonsvertreter zu den Hindernissen für mehr Integrierte Versorgung sowie den entsprechenden Handlungsbedarf.

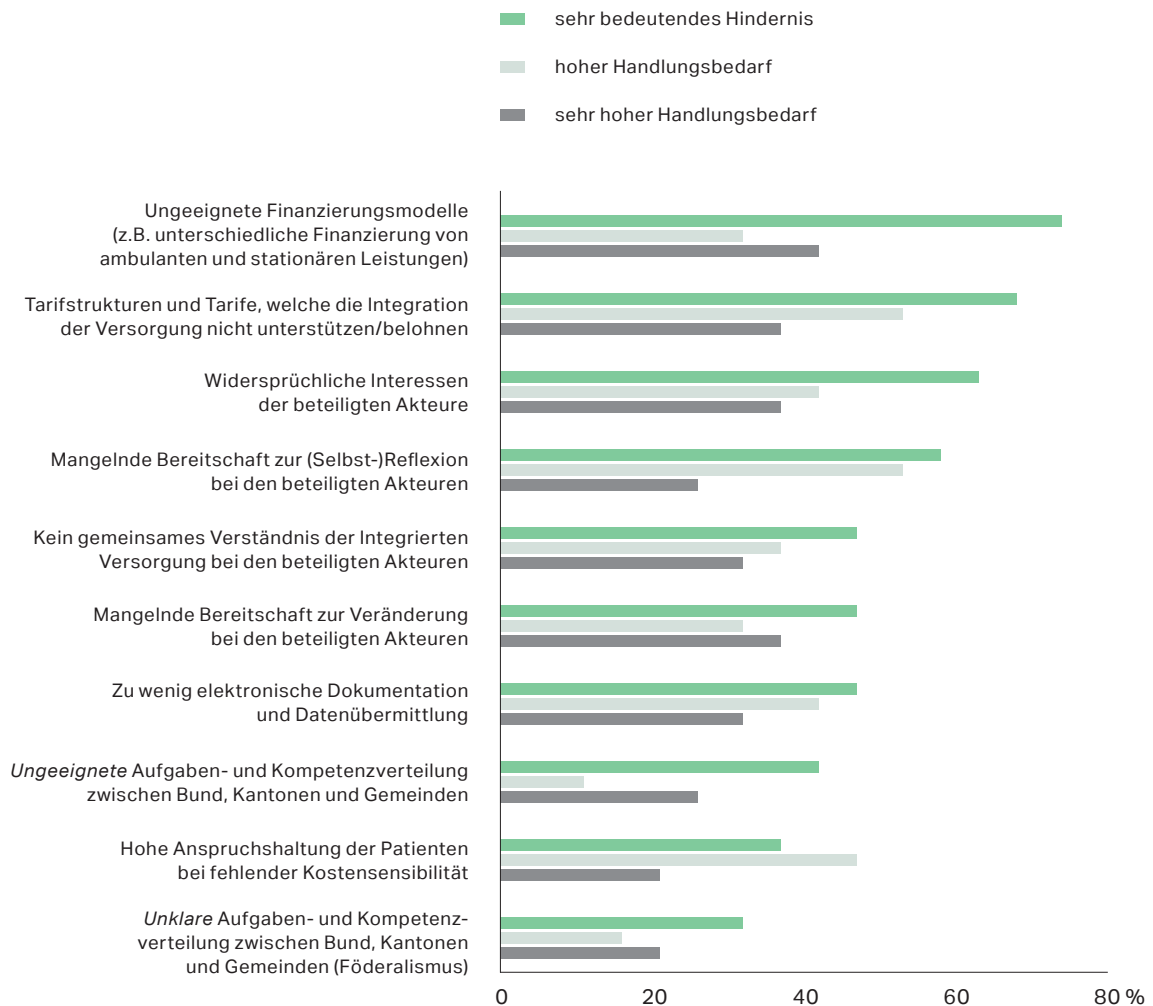


Abbildung 7: Hindernisse und Handlungsbedarf aus Sicht der Kantone (in %, n=19);
Quelle: fmc (2018)

2.3. Governance-Rollen der Kantone

Konzeptionelle Grundlage für das Forschungsmandat des fmc war das Steuerungsmodell von Braun & Giraud (2003) [6]. Das Modell gliedert die grundlegenden Handlungsoptionen des Staates in vier Bereiche:

- **Steuerung durch Regulierung**
- **Finanzielle Steuerung**
- **Strukturelle Steuerung**
- **Steuerung durch Kommunikation**

Auf dieser Basis wurden elf staatliche Steuerungsinstrumente formuliert und in der Online-Umfrage bewertet. **Abbildung 8** zeigt, welche Steuerungsmassnahmen *nichtstaatliche* Akteure in den nächsten fünf Jahren von Bund, Kantonen oder Gemeinden erwarten. Demnach werden Massnahmen zur finanziellen Steuerung als wichtigste Aufgabe der Kantone in der Integrierten Versorgung bewertet – allen voran die (Mit-)Finanzierung von Pilotprojekten und die Entwicklung von neuen Vergütungsmodellen. Bemerkenswert ist der ausgesprochen tiefe Anteil der Teilnehmenden

(durchschnittlich 16%), die jegliche Steuerungsmassnahmen von staatlichen Akteuren zur Förderung der Integrierten Versorgung ablehnen. Das bedeutet: Es ist absolut gerechtfertigt, dass sich Kantone – neben Bund und Gemeinden – stärker in der Integrierten Versorgung engagieren.

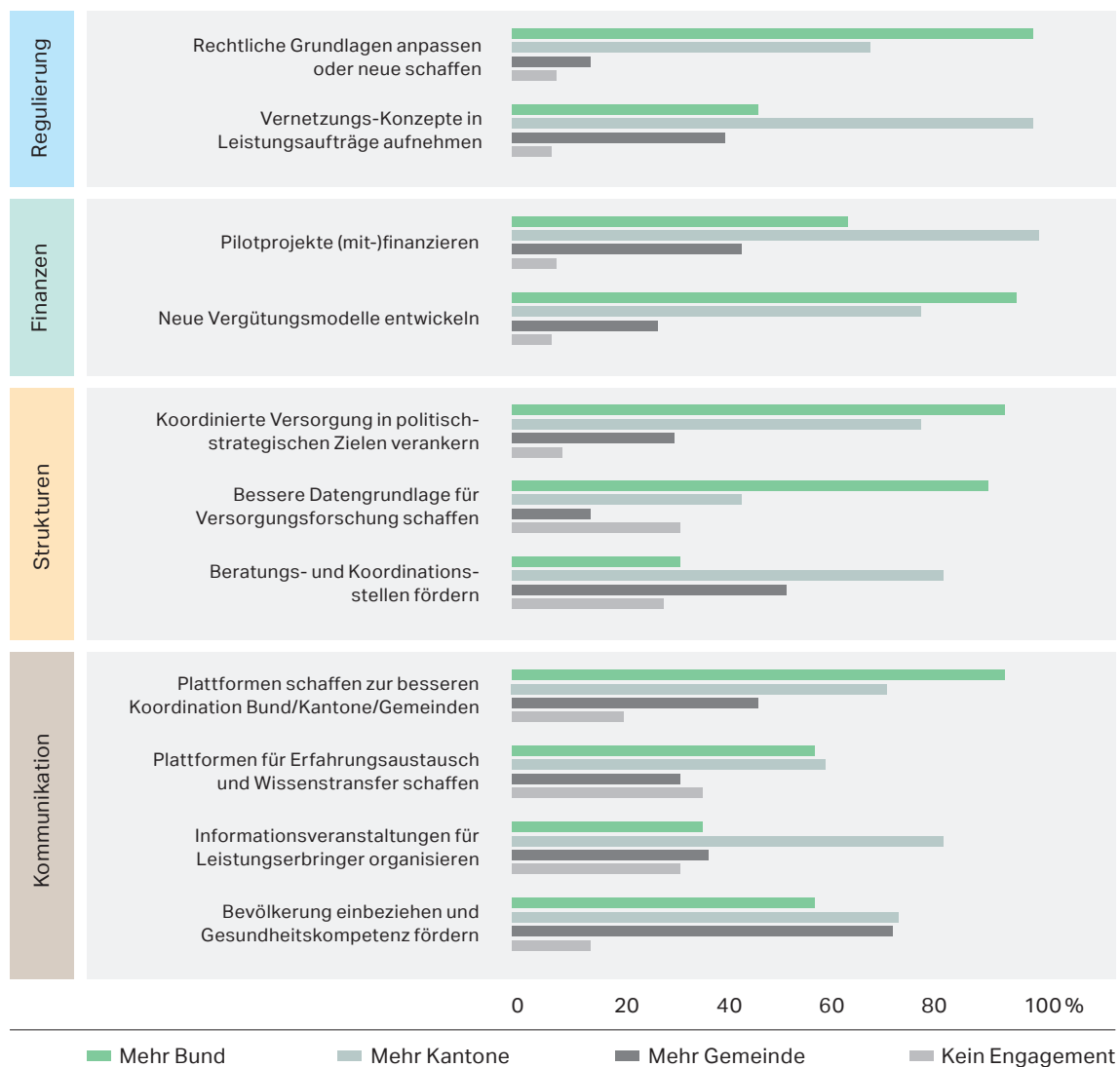


Abbildung 8: Von *nichtstaatlichen* Akteuren in den nächsten fünf Jahren erwartete Steuerungsmassnahmen (n=215); Quelle: fmc (2018)

3. Handlungsfelder

Dieser Leitfaden konzentriert sich auf drei Handlungsfelder:

- ein übergeordnetes Feld:

Die Integrierte Versorgung beim Kanton und den Versorgungspartnern verankern

- zwei Praxisfelder:

Die Grundversorgung in ländlich-peripheren Regionen gewährleisten

Die Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen verbessern

Die GDK ist der Ansicht, dass die Kantone in diesen drei Feldern eine massgebliche Rolle spielen sollten: Erstens ist der Handlungsbedarf ausgewiesen, zweitens bestehen zahlreiche Anknüpfungspunkte für die Kantone.

Deshalb sind diese drei Felder besonders geeignet für die Strategie der kleinen Schritte, wie sie in der Einführung auf Seite 4 skizziert wird.

3.1. Die Integrierte Versorgung beim Kanton und den Versorgungspartnern verankern

Kapitel 2 («Entwicklungen in den Kantonen») hat gezeigt, dass bei der Integrierten Versorgung beträchtliche Unterschiede zwischen den Kantonen bestehen. Das ist weder überraschend noch negativ. Denn wie gut sich Vernetzungspartner koordinieren und vernetzen, hängt von zahlreichen Faktoren ab: Fläche, Einwohnerzahl und Lage des Kantons; politische Zusammensetzung der Regierung und des Parlaments; gesundheitspolitische Ziele; Menge, Vielfalt und Struktur der Leistungserbringer; Aufgaben der Gemeinden im Gesundheits- und Sozialbereich; strategische Absichten der Versicherer. Ausserdem spiegelt sich auf kantonaler Ebene, was sich auf Bundesebene immer wieder zeigt: Die unterschiedlichen, oft gegenteiligen Interessen zwischen einzelnen Versorgungspartnern und zwischen politischen Lagern erschweren integrierte Lösungen oder blockieren sie sogar.

Deshalb ist es essenziell, dass die bessere Vernetzung und Koordination *beim* Kanton und *im* Kanton fest verankert ist. Das heisst zum Beispiel:

- Die Versorgungspartner haben ein gemeinsames Verständnis von Integrierter Versorgung.
- Alle Beteiligten wissen, was ihnen die bessere Integration bringen kann.
- Die Versorgungspartner werden systematisch in die Entwicklung der Integrierten Versorgung einbezogen (Partizipation).
- Es bestehen förderliche Rahmenbedingungen, insbesondere um die Innovationskraft der Versorgungspartner auszuschöpfen.

Die Verankerung der Integrierten Versorgung ist somit als übergeordnetes Handlungsfeld zu sehen. Je besser die Verankerung gelingt, desto grösser wird die Bereitschaft der Versorgungspartner zur verbindlichen Zusammenarbeit sein, namentlich in den beiden weiteren Handlungsfeldern.

Die vorgeschlagenen Massnahmen liefern auch Hinweise, wie gut die Integrierte Versorgung beim Kanton und im Kanton bereits verankert ist.

3.2. Die Grundversorgung in ländlich-peripheren Regionen gewährleisten

Viele Hausärzte und Hausärztinnen finden keine Nachfolger, vor allem in ländlichen oder peripheren Gebieten. Als Folge davon können sich Versorgungslücken ergeben (Abb. 9). Deshalb sind neue Modelle nötig, um auch in peripheren Regionen den Zugang zu einer hochwertigen Grund- und spezialisierten Versorgung sicherzustellen, zum Beispiel

- regionale Versorgungsnetze;
- neue Aufgabenteilungen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonen;
- ein starker Einbezug von Angehörigen und Freiwilligen;
- der Einsatz von digitalen Hilfsmitteln.

Einwohner	Ärzte ambulant	
	allgemein	spezialisiert
≥100000	1.48	3.49
50000–99999	1.48	2.57
20000–49999	1.18	1.91
10000–19999	1.04	1.54
5000–9999	0.91	0.61
2000–4999	0.72	0.26
1000–1999	0.50	0.17
<1000	0.23	0.11
Total	0.95	1.26

Abbildung 9: Ärztedichte nach Gemeindegrösse (pro 1000 Einwohner); Quelle: FMH-Ärzttestatistik 2018 und BFS-Wohnbevölkerungsdaten 2017

Familie J lebt mit ihren drei Kindern (3, 5 und 8 Jahre) in einer Randregion. Bei der 8-jährigen Caroline wurde vor kurzen ein Typ-I-Diabetes diagnostiziert. Leider hat die Hausärztin von Familie J soeben ihre Praxis geschlossen – ohne Ersatz. Die nächste Praxis ist nun 20 Minuten mit dem Auto entfernt, ebenso die nächste Apotheke. Bis zum nächsten Facharzt und der Diabetes-Beraterin sind es sogar 40 Minuten. Die Mutter von Caroline braucht also einen halben Tag, wenn ihre Tochter eine Kontrolle und Beratung benötigt – sowie eine Person, die sich in dieser Zeit um die anderen Kinder kümmert.

Zum Glück hat die Gemeinde geholfen, dass im Ort ein gut vernetztes Gesundheitszentrum entstanden ist. Dort steht jeden Morgen eine Pflegeexpertin für Konsultationen zur Verfügung; an zwei Vormittagen pro Woche wird sie von einem Hausarzt unterstützt, den sich fünf Gemeinden der Region teilen. Bei Bedarf können per Video Fachärzte eines Spitals und andere Spezialistinnen zugeschaltet werden – zum Beispiel für die Diabetes- und Ernährungsberatung von Caroline. Das Zentrum ist auch Spitex-Stützpunkt und organisiert mobile Therapeuten für den Einsatz bei den Patienten zu Hause.

Die Fachpersonen nutzen digitale Hilfsmittel wie Smartphone und Tablet, welche die Kommunikation untereinander sowie mit den Patienten und Angehörigen erleichtern. Caroline und ihre Familie haben ebenfalls Geräte zur Verfügung, die Messwerte wie Blutzucker oder Gewicht direkt in die elektronische Krankengeschichte übermitteln. Und sie können Medikamente und Verbrauchsmaterial jederzeit online beschaffen. Bei Bedarf wird Familie J von Freiwilligen unterstützt.

Voraussetzung für integrierte und digitalisierte Modelle dieser Art ist die enge Zusammenarbeit zwischen Kanton und Gemeinden, zum Beispiel bei der Zulassung von Ärzten oder der Medikamentenversorgung. Ausserdem braucht es Anreize, um die vorhandenen Fachpersonen besser zwi-

schen Zentren, Agglomerationen und ländlich-peripheren Gebieten zu verteilen. Und es sind Massnahmen nötig, um die medizinisch-pflegerischen Aufgaben besser zwischen den verschiedenen Berufsgruppen aufzuteilen.

3.3. Die Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen verbessern

Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen werden in Zukunft die wichtigste Patientengruppe sein. Schon heute machen sie rund 60% der Todesfälle und 85% der vorzeitig verlorenen Lebensjahre aus. Zudem beanspruchen sie rund 80% der Leistungen in der obligatorischen Grundversicherung. Kommt hinzu, dass chronische Erkrankungen wie Diabetes Typ 2 oder Depressionen in Zukunft viel früher diagnostiziert und schwere Krankheiten wie Krebs, MS oder Aids viel länger und besser kontrolliert werden können. Damit wird die Zahl der chronisch kranken Menschen im mittleren Alter zunehmen.

Neben medizinisch-pflegerischen und therapeutischen Leistungen benötigen diese Patienten oft auch psychosoziale, rechtliche und finanzielle Unterstützung (wenn es zum Beispiel um die Urteilsfähigkeit oder um Ergänzungsleistungen geht). Dadurch nimmt die Komplexität nochmals zu und folglich die Notwendigkeit, die Versorgungspartner besser zu vernetzen und die einzelnen Massnahmen optimal zu koordinieren.

Herr K, 60, hat regelmässig Depressionen und Angstzustände, weshalb er eine IV-Rente erhält. Wegen der Depressionen und Ängste begann er zu trinken; inzwischen ist seine Leber erheblich geschädigt. Als Folge des Alkoholkonsums stürzte er immer wieder; daraus entwickelten sich chronische Schmerzen. Mit seiner Familie hat er oft Streit; die Angehörigen sind nur noch bedingt in der Lage, ihn zu betreuen und zu unterstützen.

Letzten Herbst schlug der behandelnde Arzt Herrn K vor, für die bessere Koordination der Behandlung und Betreuung ein interprofessionelles Team zusammenzustellen. Er willigte ein.

- Als erstes fand ein Gespräch mit ihm, seinem Bruder als Vertreter der Familie, dem behandelnden Arzt, der Spitex, einer Psychiaterin sowie einem Sozialarbeiter statt.
- Dabei wurde eingehend besprochen, bei welchen Beschwerden der grösste Handlungsbedarf besteht: die Angstzustände und die chronischen Schmerzen.
- Anschliessend erarbeiteten die Fachleute – immer in Absprache mit Herrn K und seinem Bruder – einen Behandlungsplan, der allen Beteiligten online zur Verfügung steht und sowohl zur Koordination als auch zur Dokumentation dient.
- Dreimal pro Woche besucht eine Pflegefachperson Herrn K und unterstützt ihn dabei, die gemeinsamen erarbeiteten Ziele zu erreichen.

Nach sechs Monaten haben sich seine Angstzustände deutlich gebessert und als Folge davon auch die Schlafstörungen. Er geht wieder unter die Leute und stellt fest, dass die regelmässige Bewegung seine chronischen Schmerzen gelindert haben. Den Alkoholkonsum hat er deutlich reduziert.

Unser heutiges System ist stark auf die Akutversorgung ausgerichtet und vernachlässigt häufig chronisch und mehrfach kranke Menschen. Dies gilt besonders dann, wenn somatische *und* psy-

chische Erkrankungen zusammenkommen. Hier können Kantone (und Gemeinden) wichtige Beiträge leisten, um dies zu verbessern.

Handlungsansätze sind viele vorhanden (Abb. 10). Wichtig dabei:

- Die Patienten sind die Einzigen, die den ganzen Krankheits- und Behandlungsverlauf kennen; dieses Wissen ist konsequent zu nutzen. Fachpersonen und Patienten entscheiden wenn immer möglich partnerschaftlich; dabei werden die Prioritäten und Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt.
- Gerade bei chronisch und mehrfach kranken Menschen sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen besonders wichtig. Sie können die Betroffenen begleiten und motivieren. Andererseits benötigen auch Angehörige Unterstützung (z.B. Bildung, Wertschätzung, Entlastung).
- Die Patienten brauchen klar definierte Ansprechpersonen, die ihnen helfen, sich im Versorgungssystem zurechtzufinden, und die ihre Bedürfnisse wahrnehmen.
- Damit komplexe Situationen optimal koordiniert werden können, sind zuverlässige Daten nötig. Folglich ist bei diesen Menschen der Einsatz des elektronischen Patientendossiers (EPD) besonders hilfreich. Andererseits dürften sie nur bedingt in der Lage sein, ein solches Dossier anzuwenden. Folglich braucht es vertrauenswürdige Drittpersonen, die sie unterstützen.
- Die heutigen Vergütungssysteme, die auf einzelne Einrichtungen oder Berufsgruppen ausgerichtet sind, erschweren die Vernetzung und Koordination massgeblich. Deshalb sind neue, pauschalierte Vergütungsmodelle nötig, die sich über einen längeren Zeitraum (z.B. ein Jahr) und mehrere Stationen erstrecken. Damit sind die beteiligten Fachpersonen gemeinsam in der Verantwortung und eher bereit, sich abzustimmen.



Abbildung 10: Handlungsansätze für die Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen

4. Mögliche Massnahmen zur Förderung der Integrierten Versorgung

4.1. Rahmenbedingungen

Integrierte Versorgung lässt sich *nicht* verordnen, sondern verlangt die Bereitschaft von allen Versorgungspartnern, mehr und besser zusammenzuarbeiten. Die Kantone können wesentlich dazu beitragen, diese «Kultur des Gemeinsamen» zu initiieren oder zu fördern. Ausserdem können – und sollen – sie die Innovationskraft aller Beteiligten unterstützen und nutzen. Nur das kluge Zusammenspiel von staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren schafft tragfähige und nachhaltige Lösungen im Dienst der Patientinnen und Patienten und der ganzen Bevölkerung.

Die vorgeschlagenen Massnahmen haben einen Horizont von etwa sechs bis zehn Jahren und berücksichtigen folgende Entwicklungen:

Mehr ambulant

Die «Ambulantisierung» nimmt weiter zu, sei es im Akutbereich oder in der Langzeitpflege. Dadurch können Patientinnen und Patienten länger in ihrer gewohnten Umgebung bleiben oder rascher wieder dorthin zurückkehren. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an die ambulante Pflege, zum Beispiel durch die ambulanten Eingriffe (kurzzeitige Akutpflege) oder die Zunahme an Demenzerkrankungen. Umgekehrt erhöht sich der Druck auf die Spitäler, zum Beispiel: Mehr Kooperationen? Mehr Spezialisierung? Umwandlung in regionale Gesundheitszentren?

Behandlung und Betreuung zu Hause

Die Gesundheitsversorgung findet gemeinhin in ambulanten und stationären Einrichtungen statt. In Zukunft wird der Privathaushalt zu einem eigenständigen «Gesundheitsstandort», ermöglicht durch mobile Dienste und digitale Hilfsmittel wie Apps, Wearables oder Telemedizin. Dies entspricht den Bedürfnissen der Menschen und erlaubt den stärkeren Einbezug von Angehörigen und Freiwilligen.

Risikoausgleich als Treiber

Mit dem Einbezug des Medikamentengebrauchs in den Risikoausgleich (Pharmaceutical Cost Groups), haben die Versicherer ein grösseres Interesse, dass Patienten mit chronischen Krankheiten möglichst gut betreut werden und integrierte Versorgungskonzepte mehr Beachtung finden.

Aktive Gemeinden

Mit der Zunahme an chronisch und mehrfach kranken Menschen steigt der Bedarf an Langzeitpflege und sozialen Diensten – und damit die Bedeutung der Gemeinden. Viele wandeln sich vom (passiven) Zahler zum (aktiven) Gestalter und sehen eine gut ausgebaute Grundversorgung vor Ort als wichtigen Standortfaktor.

Gesundheit und Soziales

Viele chronisch und mehrfach kranke Menschen benötigen neben medizinisch-pflegerischen Leistungen auch soziale Unterstützung, zum Beispiel ein enges Beziehungsnetz als Schutz vor Vereinsamung. Ausserdem können juristische Themen (Stichwort Urteilsfähigkeit) oder finanzielle Fragen hinzukommen (Stichwort Ergänzungsleistungen). Das stellt zusätzliche Anforderungen an die Koordination aller Partner. Dazu gehört auch die Vernetzung der Gesundheits- mit der Sozialdirektion eines Kantons (falls diese nicht im gleichen Departement sind) sowie der entsprechenden nationalen Direktorenkonferenzen (GDK und SODK).

Patienten als Partner

Patientinnen und Patienten sind die Einzigen, die den ganzen Krankheits- und Behandlungsverlauf überblicken. Ihr Wissen und ihre Erfahrungen bilden eine wichtige Ressource, die künftig viel besser genutzt werden muss (Co-Produktion von Gesundheit). Dazu gehört auch, Angehörige und andere Vertrauenspersonen stärker einzubeziehen und ihre Leistungen mehr zu anerkennen.

Digitalisierung (eHealth, mHealth) und elektronisches Patientendossier (EPD)

Sie sind für die bessere Vernetzung und Koordination der Versorgung ein wichtiger Treiber. Strukturierte Informationen stehen zeit- und ortsunabhängig zur Verfügung, erleichtern die gemeinsame Planung, beschleunigen Entscheidungen und Prozesse, schaffen Transparenz und

dienen als Grundlage für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung. Zudem können Patientinnen und Patienten dank digitaler Hilfsmittel wie Tablet, Smartphone, Smartwatch, Apps besser einbezogen und aktiviert werden (z.B. für die Einnahme von Medikamenten oder die Überwachung von Vitalwerten).

Der bundesgesetzliche Rahmen für Integrierte Versorgung in den Kantonen

Dieser Leitfaden beleuchtet die Rollen und Handlungsmöglichkeiten der Kantone bei der besseren Vernetzung und Koordination der Versorgung. Für eine breite Anwendung dieser Handlungsmöglichkeiten sind aus Sicht der GDK auch die bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen anzupassen. Verbesserungen sind besonders bei den Vergütungen notwendig, zum Beispiel für Koordinationsleistungen oder für die erweiterten Kompetenzen von Pflegeexpertinnen/APN.

Ebenso nötig sind neue Abgeltungsmodalitäten entlang der Versorgungskette (z.B. Komplexpauschalen) oder über ganze Patientengruppen (z.B. Kopfpauschalen/Capitation). Solche Modelle könnten mit dem geplanten Experimentierartikel in regionalen Pilotprojekten und zeitlich befristet umgesetzt und evaluiert werden. Dazu wird der Bund auf Verordnungsebene die rechtlichen Klarheiten schaffen müssen.

Auch die unterschiedliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen sowie der Langzeitpflege bremsen die Ausbreitung der Integrierten Versorgung. Wenn «ambulant», «stationär» und Langzeitpflege einheitlich finanziert sind, bestehen deutlich bessere Voraussetzungen für die Implementierung von integrierten Versorgungsmodellen über den ganzen Behandlungspfad. Dazu gehört auch, dass die Integration mit digitalen Hilfsmitteln – insbesondere dem elektronischen Patientendossier (EPD) – unterstützt wird.

4.2. Struktur der Massnahmen

Auf Seite 12 wurde das Steuerungsmodell von Braun & Giraud (2003) eingeführt, das vier grundlegenden Handlungsoptionen für staatliche Akteure nennt:

- Steuerung durch Regulierung
- Finanzielle Steuerung
- Strukturelle Steuerung
- Steuerung durch Kommunikation

Die vorgeschlagenen Massnahmen für die drei Handlungsfelder gemäss Kapitel 3 sind nach diesem Steuerungsmodell gegliedert:

- Sie sind als breite Auslegeordnung zu verstehen, welche die Vielfalt an Möglichkeiten zeigt, mit denen Kantone die bessere Vernetzung und Koordination fördern können.
- Sie differenzieren nicht nach Grösse, Lage, Versorgungsstruktur, Entwicklungsstand der Integrierten Versorgung oder politischer und kultureller Ausprägung der Kantone. Folglich dürften einige Massnahmen in einzelnen Kantonen bereits angedacht oder in Umsetzung sein.
- Sie sind *nicht* priorisiert. Jeder Kanton soll aufgrund seiner spezifischen Gegebenheiten entscheiden, welche Massnahmen sinnvoll und umsetzbar sind.
- Einzelne Massnahmen lassen sich auch kantonsübergreifend umsetzen. Gerade ländliche Regionen können so peripher gelegen sein, dass ein ausserkantonales Zentrum näher ist als das nächste im eigenen Kanton.
- Einige «ländliche» Massnahmen lassen sich auch im «chronischen» Bereich anwenden – und umgekehrt. Denn die beiden Handlungsfelder sollen nicht getrennt betrachtet werden.

Die vorgeschlagenen Massnahmen sind auf Seite 21 tabellarisch dargestellt und in Kapitel 5 einzeln beschrieben. Im Teil 3 (ab Seite 30) hat es zu vielen Massnahmen ergänzende Informationen wie Beispiele oder Rahmenbedingungen.

Ebenfalls im Teil 3 findet sich eine Liste mit Checkfragen. Mit diesen Fragen können die vorgeschla-

genen Massnahmen durchleuchtet und der Aufwand für die mögliche Umsetzung geklärt werden (rechtliche Grundlagen, finanzielle und personelle Ressourcen, Struktur und Organisation, Kommunikation). Gleichzeitig lässt sich aufgrund der Checkfragen einschätzen, wie gut die Integrierte Versorgung im Kanton bereits verankert ist, besonders in der Politik und der Verwaltung.

4.3. Mögliche Massnahmen auf einen Blick

Der Kanton ...

Übergeordnetes Handlungsfeld: Die Integrierte Versorgung beim Kanton und den Versorgungspartnern verankern			
Regulierung	Finanzen	Strukturen	Kommunikation
<p>... entwickelt eine gesundheitspolitische Gesamtplanung</p> <p>... nimmt die Integrierte Versorgung in Rechtsgrundlagen auf</p> <p>... gewährleistet die rechtlichen Voraussetzungen für spezielle Leistungsverträge</p>	<p>... unterstützt Institutionen oder Organisationen, die spezielle Personengruppen behandeln und betreuen</p> <p>... vereinbart Leistungsaufträge/-verträge für die Behandlung und Betreuung von Personengruppen mit speziellen Bedürfnissen</p>	<p>... klärt in der Verwaltung die Verantwortlichkeiten für Integrierte Versorgung</p> <p>... erstellt eine Übersicht aller Steuerungsinstrumente</p> <p>... überprüft die Rollenverteilung Kanton-Gemeinden</p> <p>... fördert die Partizipation der Versorgungspartner</p> <p>... fördert die Umsetzung von nationalen Strategien</p>	<p>... erstellt eine Statuserhebung «Integrierte Versorgung»</p> <p>... nimmt die Integrierte Versorgung in Legislaturziele auf</p> <p>... initiiert einen Aktionsplan Gesundheitskompetenz</p> <p>... fördert die Ausbreitung des elektronischen Patientendossiers (EPD)</p>
Praxisfeld 1: Die Grundversorgung in ländlich-peripheren Regionen gewährleisten			
<p>... schafft Rahmenbedingungen für neue Versorgungsstrukturen</p> <p>... ergänzt Leistungsaufträge/-verträge zugunsten ländlicher oder peripherer Gebiete</p> <p>... nutzt die Eigentümerstrategie für ländliche oder periphere Gebiete</p>	<p>... schafft günstige Rahmenbedingungen für Investoren</p> <p>... finanziert ein Förderprogramm für Ärzte/-innen in ländlichen oder peripheren Gebieten</p> <p>... beteiligt sich an einem Innovationsfonds</p>	<p>... fördert regionale, bevölkerungsorientierte Versorgungsmodelle</p> <p>... erbringt Dienstleistungen für den Aufbau solcher Modelle</p>	<p>... organisiert Vernetzungsanlässe für Versorgungspartner</p>
Praxisfeld 2: Die Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen verbessern			
<p>... verbessert die Rahmenbedingungen für chronisch Kranke</p>	<p>... beteiligt sich an Gemeinwirtschaftlichen Leistungen für Chronic-Care-Zentren/Netze</p> <p>... unterstützt Programme zur Früherkennung/-intervention</p> <p>... beteiligt sich an einem Innovationsfonds</p>	<p>... fördert den Einbezug von Angehörigen/Freiwilligen in die Betreuung von chronisch Kranken</p> <p>... schliesst spezielle Leistungsverträge ab</p> <p>... prüft die Umgestaltung von Regionalspitälern in Gesundheitszentren (mit Schwerpunkt Chronic Care)</p> <p>... initiiert eine Arbeitsgemeinschaft «Multimorbidität und Integrierte Versorgung»</p>	<p>... organisiert Vernetzungsanlässe für Versorgungspartner</p> <p>... unterstützt ein Online-Portal für Betroffene und Angehörige/Freiwillige</p>

5. Die Integrierte Versorgung beim Kanton und den Versorgungspartnern verankern

5.1. Regulierung

Der Kanton ...

511+ *	... entwickelt – mit Einbezug der Versorgungspartner – eine gesundheitspolitische Gesamtplanung , die vom Parlament verabschiedet wird und damit verbindlich ist. Die Planung wird periodisch überprüft und weiterentwickelt.
512	... verankert die bessere Vernetzung und Koordination zwischen den Versorgungspartnern in kantonalen Rechtsgrundlagen , welche Gesundheit und Soziales betreffen.
513+	... gewährleistet die rechtlichen Voraussetzungen, damit Leistungsverträge für die vernetzte und koordinierte Versorgung von ausgewählten Patientengruppen vereinbart werden können (z.B. betagte multimorbide Patienten; Patienten mit somatischen und psychischen Komorbiditäten). Die Leistungsverträge können auch mit Leistungserbringer- <i>Gruppen</i> abgeschlossen werden.

5.2. Finanzen

Der Kanton ...

521	... unterstützt Institutionen oder Organisationen , die Personengruppen mit speziellen Versorgungsbedürfnissen integriert behandeln und betreuen (z.B. ein Chronic-Care-Zentrum oder ein Geriatrie-Netzwerk).
522	... vereinbart mit geeigneten Organisationen Leistungsaufträge/-verträge für die integrierte Betreuung von Personengruppen mit speziellen Bedürfnissen (z.B. Menschen in Asylverfahren, langzeitarbeitslose und ausgesteuerte Menschen, randständige Menschen); überprüft und optimiert die Zusammenarbeit mit Gemeinden und zwischen den Departementen bei solchen Personengruppen.

* Zu den Massnahmen mit einem + hat es in Teil 3 (ab Seite 30) ergänzende Informationen.

5.3. Strukturen

Der Kanton ...

531	... klärt in der Verwaltung die Verantwortlichkeiten für Integrierte Versorgung (im zuständigen Departement; zwischen den Departementen).
532+	... erstellt eine Übersicht aller bestehenden Steuerungsinstrumente (namentlich Leistungsaufträge/-verträge), in denen Bestimmungen zur besseren Vernetzung und Koordination mit anderen Partnern eingefügt werden können.
533	... überprüft die Rollen- und Kompetenzverteilung zwischen Kanton und Gemeinden sowie den kantonalen Stellen für Gesundheit und Soziales und passt sie falls nötig an.
534+	... fördert die Partizipation und Vernetzung der Versorgungspartner , um ihr Innovationspotenzial maximal auszuschöpfen.
535	... fördert die Integration von nationalen Strategien im Kantonsgebiet, zum Beispiel Krebs, nichtübertragbare Krankheiten (NCD), Palliative Care, Demenz. Die Strategien fliessen sowohl in Versorgungskonzepte des Kantons wie auch der Leistungserbringer ein.

5.4. Kommunikation

Der Kanton ...

541	... ermittelt mit quantitativen und/oder qualitativen Erhebungen , wie die Versorgungspartner zur besseren Vernetzung und Koordination stehen und wie gross die Bereitschaft zur verbindlichen Zusammenarbeit ist.
542	... verankert die bessere Vernetzung und Koordination der Versorgung in Legislaturzielen für den Gesundheitsbereich oder in einem strategischen Leitbild .
543+	... entwickelt – zusammen mit Partnern – Massnahmen für die Bevölkerung und Fachpersonen, um deren Gesundheitskompetenz zu erhöhen («Aktionsplan Gesundheitskompetenz»).
544+	... fördert die Verbreitung und Anwendung des elektronischen Patientendossiers (EPD) , damit Leistungserbringer ihre Behandlungsschritte besser aufeinander abstimmen und Patienten besser mitwirken können.



Praxisbeispiele zu diesem Kapitel sind auf der GDK-Website zu finden:
www.gdk-cds.ch/integrierte-versorgung

6. Die Grundversorgung in ländlich-peripheren Regionen gewährleisten

6.1. Regulierung

Der Kanton ...

611+	... schafft die nötigen Rahmenbedingungen für bevölkerungsorientierte Versorgungsstrukturen wie Gesundheitszentren und regionale Versorgungsnetze . In diesen Strukturen werden neue, zweckmässige Aufgabenteilungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen etabliert.
612+	... ergänzt Leistungsaufträge/-verträge mit Bestimmungen, welche die Besonderheiten von ländlichen oder peripheren Strukturen berücksichtigen und dafür sorgen, dass Patienten/-innen möglichst lange zu Hause behandelt und betreut werden können (bzw. nach einem stationären Aufenthalt möglichst rasch wieder nach Hause zurückkehren können).
613	... sorgt mit der Eigentümerstrategie dafür, dass kantonseigene Spitäler und Psychiatrien bei Bedarf Versorgungslücken schliessen (z.B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie). Der Kanton kann dafür eigene Mittel einsetzen (direkt oder mit Beiträgen an Gemeinwirtschaftliche Leistungen).

6.2. Finanzen

Der Kanton ...

621+	... schafft günstige Rahmenbedingungen für Geldgeber , die in regionale, bevölkerungsorientierte Versorgungsmodelle investieren möchten.
622	... finanziert ein Förderprogramm für ambulant tätige Ärzte/-innen, die in ländliche oder periphere Regionen umziehen und dort praktizieren.
623+	... beteiligt sich – mit anderen Versorgungspartnern zusammen – an einem Innovationsfonds für neuartige Versorgungsmodelle in ländlichen oder peripheren Gebieten. Der Fonds kann weitere Kantone einschliessen.

6.3. Strukturen

Der Kanton ...

631+	... bestimmt zusammen mit den Gemeinden geografische Räume , die sich für den Aufbau und Betrieb von regionalen integrierten Versorgungsmodellen eignen. Fallweise können diese Räume auch kantonsübergreifend sein. In diesen Räumen entwickeln die jeweiligen Versorgungspartner gemeinsam Integrations-Konzepte und schaffen Plattformen für den regelmässigen Austausch.
632+	... erbringt Dienstleistungen, insbesondere für Gemeinden , um den Aufbau von regionalen, bevölkerungsorientierten Versorgungsmodellen zu unterstützen.

6.4. Kommunikation

Eine Reihe von möglichen Massnahmen sind in Kapitel 5.4 genannt. Diese können mit spezifischen Angeboten ergänzt werden, zum Beispiel:

Der Kanton ...

641	... führt regelmässig Vernetzungsanlässe für die Versorgungspartner zu «Grundversorgung in ländlich-peripheren Gebieten» durch.
-----	--



Praxisbeispiele zu diesem Kapitel sind auf der GDK-Website zu finden:
www.gdk-cds.ch/integrierte-versorgung

7. Die Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen verbessern

7.1. Regulierung

Der Kanton ...

711+	... verbessert die (rechtlichen) Rahmenbedingungen , damit chronisch und mehrfach kranke Menschen optimal behandelt und betreut werden können.
------	--

7.2. Finanzen

Der Kanton ...

721	... beteiligt sich an den Gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Versorgungsnetzen und sozialmedizinischen Zentren , die multimorbide, komplexe Patienten behandeln und betreuen.
722	... unterstützt – zusammen mit anderen Kantonen – die Früherkennung und Frühintervention bei jungen Patienten mit chronischen Krankheiten , die auf lange Sicht erhebliche Kosten verursachen (z.B. Diabetes, Asthma, Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen, Angststörungen).
723+	... beteiligt sich – zusammen mit anderen Versorgungspartnern – an einem Innovationsfonds «Multimorbidität und Integrierte Versorgung» . Der Fonds kann weitere Kantone einschliessen.

7.3. Strukturen

Der Kanton ...

731	... fördert Programme für den Einbezug von Angehörigen/Freiwilligen in die Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen, um die professionellen Strukturen zu unterstützen. Mögliche Inhalte: Beratung (persönlich, telefonisch, online), Entlastungsangebote, Bildungsangebote, Anreizsysteme (z.B. Zeitgutschriften, Steuerabzüge)
732+	... schliesst mit geeigneten Organisationen Leistungsverträge für die integrierte Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen ab. Die Vereinbarungen können spezifische Anforderungen enthalten.

733	... prüft, ob mit der Umgestaltung von Regionalspitälern in sozialmedizinische Zentren die Versorgung von chronisch und mehrfach kranken Menschen verbessert werden kann. Dort lassen sich spezifische Kompetenzen für die Behandlung und Betreuung optimal bündeln.
734+	... initiiert eine Arbeitsgemeinschaft «Multimorbidität und Integrierte Versorgung» , welche die Akteure berät und unterstützt (die betroffenen Menschen sind angemessen darin vertreten). Die Arbeitsgemeinschaft kann weitere Kantone umfassen.

7.4. Kommunikation

Eine Reihe von möglichen Massnahmen sind in Kapitel 5.4 genannt. Diese können mit spezifischen Angeboten ergänzt werden, zum Beispiel:

Der Kanton ...

741	... führt regelmässig Vernetzungsanlässe für die Versorgungspartner zu «Multimorbidität und Integrierte Versorgung» durch.
742	... unterstützt ein spezielles Online-Portal für chronisch und mehrfach kranke Menschen sowie ihre Angehörigen und andere Vertrauenspersonen. Darauf sind zum Beispiel Organisationen präsent, die alltagsnahe Dienstleistungen für diese Zielgruppe anbieten. Oder die Betroffenen können sich austauschen und damit den Fachpersonen hilfreiches Erfahrungswissen liefern.



Praxisbeispiele zu diesem Kapitel sind auf der GDK-Website zu finden:
www.gdk-cds.ch/integrierte-versorgung

8. Checkfragen zu den Massnahmen

Die Checkfragen können helfen, den Aufwand für die Umsetzung von einzelnen Massnahmen im Kanton einzuschätzen. Gleichzeitig liefern sie Hinweise, welche Voraussetzungen dafür nötig sind.

Einstieg
Ist die Massnahme – ganz grundsätzlich – für unseren Kanton geeignet?
Rechtliches
Kann diese Massnahme mit den bestehenden rechtlichen Grundlagen umgesetzt werden?
Falls bestehende rechtliche Grundlagen angepasst werden sollten: Wer muss die Anpassung genehmigen? Zum Beispiel: Departementsleitung, Regierung, Parlament, allenfalls Volksabstimmung
Falls eine <i>neue</i> rechtliche Grundlage geschaffen werden muss: Wer muss diese genehmigen? Zum Beispiel: Departementsleitung, Regierung, Parlament, allenfalls Volksabstimmung
Finanzen
Wer finanziert die Umsetzung dieser Massnahme? Zum Beispiel (alleine oder kombiniert): Kanton, Gemeinden, Leistungserbringer, ordentliche Leistungsvergütung OKP (Versicherer), Public Private Partnership, kantonaler Swisslos-Fonds, andere Drittmittel
Falls der Kanton die Umsetzung dieser Massnahme finanziert (oder sich daran beteiligt): Wie? Zum Beispiel: laufendes Budget, künftiges Budget, in der Kreditkompetenzsumme der Regierung, zwingend ein Parlamentsgeschäft, allenfalls Volksabstimmung
Struktur/Organisation
Wer stellt die personellen Ressourcen zur Verfügung, die für die Umsetzung nötig sind? Zum Beispiel: Kanton, Leistungserbringer-Organisation(en), Gesundheitsligen, Fachorganisation(en) wie kantonale Pro Senectute oder kantonales Rotes Kreuz
Wer leitet die Umsetzung der Massnahme?
Wie viel Zeit ist für die Umsetzung vorzusehen?
Lässt sich diese Massnahme mit anderen Kantonen zusammen umsetzen?
Wurde in der Schweiz bereits eine vergleichbare Massnahme umgesetzt (auf Stufe Bund/Kanton/Region/Gemeinde)? Falls ja: Lassen sich daraus Erkenntnisse für das eigene Vorhaben gewinnen?
Kommunikation
Wer hat die Führung bei der Kommunikation nach aussen?
Welche Rolle spielt der Kanton bei der Kommunikation nach aussen?
Wer gewährleistet die Kommunikation zwischen allen Projektbeteiligten?
Welche Unterlagen braucht der Kanton für das Controlling?

9. Arbeitsinstrumente und Dokumente

Die folgenden Fragebogen können helfen, den Stand der Integrierten Versorgung im Kanton zu erheben:

- Scirocco (EU Health Programme)
- Nationale Erhebung Integrierte Versorgung (Obsan, IUMSP, fmc)

Die folgende Auswahl zeigt beispielhaft kantonale Initiativen zur Förderung der Integrierten Versorgung:

- Masterplan Integrierte Versorgung Aargau
- Brennpunkt Gesundheit Thurgau
- 5-Säulen-Strategie zur Förderung der medizinischen Grundversorgung (Glarus)
- Förderung der medizinischen Grundversorgung (Uri)
- Medizinische Grund- und Spitalversorgung im Simmental und Saanenland (Bern)
- INSPIRE – Integriertes Versorgungsprogramm für ältere Menschen im Kanton Basel-Landschaft
- Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022

Die folgenden Dokumente behandeln Konzepte und Modelle zur Förderung der Integrierten Versorgung:

- Projekt Koordinierte Versorgung des Bundes
- Nationale Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie)
- Nationale Gesundheitsstrategien und Programme
- Dossier 45 «Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke» (Obsan)
- Dossier 46 «Leben mit chronischer Krankheit: Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen» (Obsan)
- Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung (BAG, GDK)
- Denkstoff-Reihe des fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung:
 - Nr. 1 – Trendszenarien Integrierte Versorgung Schweiz
 - Nr. 2 – Patientenbilder 2024
 - Nr. 3 – Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025
 - Nr. 4 – Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026



Die aufgeführten Instrumente und Dokumente sind online verfügbar:
www.gdk-cds.ch/integrierte-versorgung. Die Übersicht wird regelmässig aktualisiert.

10. Ergänzende Informationen zu einzelnen Massnahmen

Im Teil 2 sind für drei Handlungsfelder mögliche Massnahmen beschrieben. Einige dieser Massnahmen werden hier vertieft oder konkretisiert.

Die Integrierte Versorgung beim Kanton und den Versorgungspartnern verankern

Der Kanton ...

511+	<p>... entwickelt – mit Einbezug der Versorgungspartner – eine gesundheitpolitische Gesamtplanung, die vom Parlament verabschiedet wird und damit verbindlich ist. Die Planung wird periodisch überprüft und weiterentwickelt.</p> <p>Zu beachten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Gesamtplanung enthält umfassende Strategien und Massnahmen zur besseren Vernetzung und Koordination der Versorgung. • Die Gesamtplanung hilft, die finanziellen Mittel des Kantons angemessen zwischen der Akutversorgung und der Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen aufzuteilen (inkl. Früherkennung und Wirkungsforschung). • Die Gesamtplanung ist breit angelegt: ganze Bevölkerung (Gesunde, Risikoträger, Kranke); Somatik und Psyche; ambulant, stationär und Privathaushalte; Medizin, Pflege und Soziales (inkl. Kinder- und Erwachsenenschutz); Prävention, Kuration, Wiedereingliederung, dauerhafte Behandlung und Betreuung; Fachpersonen und Angehörige/Freiwillige; Arbeitnehmer und Arbeitgeber; Schulen und Vereine. • Die Versorgungspartner werden zweckmässig in die Entwicklung der Gesamtplanung einbezogen (Partizipation).
513+	<p>... gewährleistet die rechtlichen Voraussetzungen, damit Leistungsverträge für die vernetzte und koordinierte Versorgung von ausgewählten Patientengruppen vereinbart werden können (z.B. betagte multimorbide Patienten; Patienten mit somatischen und psychischen Komorbiditäten). Die Leistungsverträge können auch mit Leistungserbringer-<i>Gruppen</i> abgeschlossen werden.</p> <p>Bedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Leistungserbringer-Gruppe gründet eine gemeinsame Trägerschaft, die vertragsfähig ist (z.B. AG, GmbH, Verein). • Die Trägerschaft verantwortet die fachliche Ausführung und ist am finanziellen Ergebnis beteiligt (im Sinne einer Accountable Care Organization).

Der Kanton ...

532+	<p>... erstellt eine Übersicht aller bestehenden Steuerungsinstrumente (namentlich Leistungsaufträge/-verträge), in denen Bestimmungen zur besseren Vernetzung und Koordination mit anderen Partnern eingefügt werden können.</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • inner- und interkantonale Kooperationen zwischen Spitälern oder zwischen Spitälern und anderen Versorgungspartnern • Konzepte für die Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern sowie Sozialdiensten (Gemeinden) • die Anwendung von digitalen Hilfsmitteln für die bessere Vernetzung und Koordination (innerhalb einer Institution; zwischen Institutionen) • Erfassung und Auswertung von Daten für die Qualitätssicherung, die Bemessung der Performance und die Versorgungsforschung
534+	<p>... fördert die Partizipation und Vernetzung der Versorgungspartner, um ihr Innovationspotenzial maximal auszuschöpfen.</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Beirat, in dem alle Versorgungspartner vertreten sind, dient als Sounding Board für gesundheits- und sozialpolitische Massnahmen des Kantons. Mögliche Themen: Gesetzesrevisionen zugunsten der Integrierten Versorgung; Ausgestaltung der individuellen Prämienverbilligung oder von Ergänzungsleistungen; neue integrierte Versorgungsmodelle; neue Vergütungsmodelle über mehrere Behandlungsstufen (z.B. Komplexpauschalen); Instrumente, mit denen die Performance des ganzen Behandlungsverlaufs gemessen werden kann (als Grundlage für Leistungsaufträge und bessere Versorgungsforschung). • Ein Beirat mit Menschen, die chronisch krank oder dauerhaft beeinträchtigt sind, berät die Versorgungspartner aus Sicht der Betroffenen. Mögliche Themen: Versorgungsmodelle mit Pflegeexpertinnen/APN für Triage und Koordination; Anwendung von digitalen Hilfsmitteln wie Tablet, Smartphone, Gesundheits-Apps; Stärkung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung; Früherkennung von chronischen Erkrankungen. • Ein unabhängiges Fachgremium koordiniert bei komplexen Patienten die Kostenträger (Kanton, Gemeinde, Kranken- und andere Sozialversicherungen).

Der Kanton ...

543+	<p>... entwickelt – zusammen mit Partnern – Massnahmen für die Bevölkerung und Fachpersonen, um deren Gesundheitskompetenz zu erhöhen («Aktionsplan Gesundheitskompetenz»).</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationsmaterial: Weshalb sich die Versorgungspartner besser vernetzen und koordinieren müssen und was die Patienten/-innen beitragen können. Wie das Versorgungssystem funktioniert und welche Leistungserbringer welche Kompetenzen haben. • Handlungsanleitungen: Was man in akuten Situationen tun kann, bevor man in die Notaufnahme eines Spitals geht (insbesondere in der Nacht und am Wochenende). Wie man digitale Hilfsmittel wie Tablet, Smartphone oder Gesundheits-Apps richtig einsetzt (die Informationen richten sich namentlich an Personen, die wenig vertraut sind mit solchen Hilfsmitteln). • Workshops für ausgewählte Personengruppen zum besseren Verständnis des Gesundheitssystems, insbesondere der Integrierten Versorgung (z.B. für kommunale und kantonale Politiker/-innen; Mitarbeitende von kommunalen und kantonalen Behörden; Mitarbeitende von Sozialversicherungen und Sozialdiensten; Fachpersonen von patientennahen Organisationen wie Selbsthilfe, Gesundheitsligen, Kirche). • Anlaufstellen, in denen die Bevölkerung qualitätsgeprüfte und neutrale Informations-, Beratungs- und Bildungsleistungen nutzen kann («Gesundheitskiosk»). Mögliche Angebote: Selbstmanagement-Programme für chronische Krankheiten; Unterstützung bei der Wahl einer Therapie aus mehreren Optionen; Verständnisfragen bei medizinischen Berichten; Selbsthilfe-Gruppen.
544+	<p>... fördert die Verbreitung und Anwendung des elektronischen Patienten-dossiers (EPD), damit Leistungserbringer ihre Behandlungsschritte besser aufeinander abstimmen und Patienten besser mitwirken können.</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leistungsaufträge/-verträge des Kantons enthalten die Verpflichtung, Patientinnen und Patienten auf das EPD aufmerksam zu machen und Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen. • Patientennahe Organisationen bilden im Auftrag des Kantons Freiwillige aus, die vulnerablen Menschen helfen, ein EPD zu eröffnen und anzuwenden (je mehr Behandlungen jemand beansprucht, desto grösser ist der potenzielle Nutzen des EPD). • Der Kanton beteiligt sich an einem Gesundheitsportal, das gleichzeitig als Zugangportal für das EPD dient. Neben qualitätsgeprüften Informationen bietet das Portal eine Reihe von Online-Diensten an (z.B. Gesundheitscoaching, Beratung zu Impfungen bei Kindern und Erwachsenen, Umgang mit Gesundheitsdaten).

Die Grundversorgung in ländlich-peripheren Regionen gewährleisten

Der Kanton ...

611+	<p>... schafft die nötigen Rahmenbedingungen für bevölkerungsorientierte Versorgungsstrukturen wie Gesundheitszentren und regionale Versorgungsnetze. In diesen Strukturen werden neue, zweckmässige Aufgabenteilungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen etabliert.</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Speziell qualifizierte Fachpersonen wie Pflegeexpertinnen/APN und Medizinische Praxiskoordinatorinnen können gewisse Leistungen übernehmen, die sonst von Ärzten ausgeführt werden. • Neue Zulassungen gehen primär an Ärzte/-innen, die einem Netz angeschlossen sind, das einen Vertrag mit Versicherern hat. • Da ländliche Regionen oft peripher liegen, sind Voraussetzungen zu schaffen für Versorgungsstrukturen, die über Kantonsgrenzen (oder sogar die Landesgrenze) hinaus gehen.
612+	<p>... ergänzt Leistungsaufträge/-verträge mit Bestimmungen, welche die Besonderheiten von ländlichen oder peripheren Strukturen berücksichtigen und dafür sorgen, dass Patienten/-innen möglichst lange zu Hause behandelt und betreut werden können (bzw. nach einem stationären Aufenthalt möglichst rasch wieder nach Hause zurückkehren können).</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau und Einsatz von mobilen Diensten (Flying Health Professionals) • Schulungen für Patienten/-innen, wie sie so lange wie möglich autonom leben können • Einsatz von digitalen Hilfsmitteln wie Tablet, Smartphone, Gesundheits-Apps, z.B. für die telemedizinische Unterstützung der Therapie, Überwachung von Vitalwerten, logistische Leistungen für die Beschaffung von Medikamenten und Verbrauchsmaterial, Sicherheitseinrichtungen wie Bewegungssensoren

Der Kanton ...

621+	<p>... schafft günstige Rahmenbedingungen für Geldgeber, die in regionale, bevölkerungsorientierte Versorgungsmodelle investieren möchten.</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützt solche Modelle mit Beiträgen an Gemeinwirtschaftliche Leistungen. • Kann möglichen Geldgebern (rückzahlbare) Anschubfinanzierungen gewähren für solche Modelle (Public Private Partnership). • Schafft finanzielle und administrative Anreize für mögliche Geldgeber (z.B. Steuererleichterungen, bevorzugte Zulassung von Ärzten/-innen, beschleunigte Vergabe von Berufsausübungsbewilligungen).
------	---

623+

... **beteiligt** sich – mit anderen Versorgungspartnern zusammen – an einem **Innovationsfonds für innovative Versorgungsmodelle** in ländlichen oder peripheren Gebieten. Der Fonds kann weitere Kantone einschliessen.

Wichtig dabei

- Die geförderten Modelle müssen die ganze Bandbreite an Leistungen abdecken (Medizin, Pflege, Betreuung, Soziales) und auch digital vernetzt sein.
- Der Kanton stellt mit befristeten Verordnungen sicher, dass geförderte Projekte von kantonalen Bestimmungen abweichen können.
- Gleichzeitig gewährleistet der Kanton, dass geförderte Projekte nach Ablauf der Unterstützung in die reguläre Gesundheitsversorgung überführt werden können. Falls nötig, passt er rechtliche Rahmenbedingungen an.

Der Kanton ...

631+

... **bestimmt** zusammen mit den Gemeinden **geografische Räume**, die sich für den Aufbau und Betrieb von **regionalen integrierten Versorgungsmodellen** eignen. Fallweise können diese Räume auch kantonsübergreifend sein. In diesen Räumen entwickeln die jeweiligen Versorgungspartner gemeinsam Integrations-Konzepte und schaffen Plattformen für den regelmässigen Austausch.

Mögliche Besonderheiten von solchen Modellen

- Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für die Bevölkerung unter Einbezug von Schulen, Arbeitgebern, Vereinen etc.
- Früherkennung von Risikofaktoren und Krankheiten unter Einbezug von Einrichtungen mit hoher Kundenfrequenz, z.B. Apotheken
- Informations-, Beratungs- und Triage-Stellen für Menschen mit pflegerischem, sozialem und finanziellem Unterstützungsbedarf («Drehscheibe»). Dazu gehören spezielle Dienstleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund (und schlechten Sprachkenntnissen) sowie weitere vulnerable Gruppen.
- ein Chronic-Care-Zentrum mit strukturierten, telemedizinisch unterstützten Programmen für Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz etc.; koordiniert von speziell weitergebildeten Fachpersonen wie Pflegeexpertinnen/APN oder Medizinischen Praxiskoordinatorinnen klinischer Richtung
- ein Geriatrie-Netzwerk mit ambulanten, stationären und sozialen Leistungserbringern (inkl. Plätze für die kurzzeitige 24-Stunden-Betreuung von betagten Menschen); speziell weitergebildete Patienten-Coaches sorgen dafür, dass die betroffenen Menschen zu jeder Zeit am geeigneten Ort behandelt und betreut werden
- Case Management für komplexe Patienten (koordiniert von Pflegeexpertinnen/APN)
- Case Management für Patienten mit somatischen und psychiatrischen Komorbiditäten

- digitale Angebote, z.B. eine (hausärztliche) Online-Praxis, Online-Sprechstunden für spezialärztliche Bedürfnisse wie Tele-Dermatologie, telemedizinische Beratung und Unterstützung bei der Therapie, Überwachung von Vitalwerten, logistische Leistungen für die Beschaffung von Medikamenten und Verbrauchsmaterial, digital unterstützte Sicherheitseinrichtungen zu Hause (Active Assisted Living)
- kleinräumige, auf Nachbarschaftshilfe und Freiwilligkeit basierende Betreuungsstrukturen (Caring Communities)
- eine Trägerschaft, an der sich auch die Bevölkerung beteiligen kann (z.B. Genossenschaft, Verein); die Trägerschaft kann Leistungsverträge mit dem Kanton abschliessen (z.B. für die integrierte Behandlung und Betreuung von komplexen Patienten) oder mit Versicherern spezielle Vergütungsverträge vereinbaren (z.B. für Komplexpauschalen)
- ein Grundversicherungsmodell für die Bevölkerung in der Region

Ausserdem ist zu prüfen, ob die Umgestaltung von Regionalspitälern in sozialmedizinische Zentren die Versorgungssituation verbessern kann.

632+

... **erbringt** Dienstleistungen, **insbesondere für Gemeinden**, um den Aufbau von regionalen, bevölkerungsorientierten Versorgungsmodellen zu unterstützen.

Zum Beispiel

- Bestimmt eine Ansprechstelle für Gemeinden und weitere mögliche Partner, die solche Modelle umsetzen wollen. Diese Person koordiniert die Anfragen und steht als Moderator zur Verfügung; sie stellt auch die Verbindung zu anderen Departementen her, falls dies nötig ist (z.B. Soziales, Bau, Verkehr).
- Motiviert ländliche/periphere Gemeinden, die Gewährleistung der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung als Verbundaufgabe zu sehen und bottom up nach Lösungen zu suchen, welche die regionalen Bedingungen bestmöglich berücksichtigen.
- Berät Gemeinden und mögliche Partner beim Aufbau solcher Modelle (und nutzt dafür Erfahrungen und Erkenntnisse aus vergleichbaren Projekten in anderen Kantonen).
- Erarbeitet einen Leitfaden für Gemeinden und mögliche Partner mit Dienstleistungen, die sie investitionsbereiten Leistungserbringern anbieten können (z.B. Umzonungen, Unterstützung bei der Suche nach Räumlichkeiten, Darlehen, Mieterleichterungen, Verkehrserschliessungen).
- Hilft bei der Suche nach Geldgebern für den Aufbau solcher Modelle.
- Erarbeitet Empfehlungen für Gemeinden, wie sie in ihren Vereinbarungen mit Institutionen der Langzeitpflege die verbindliche Vernetzung und Koordination mit anderen Leistungserbringern (auch sozialen) gewährleisten können.
- Berät Gemeinden, welche die ambulante und stationäre Langzeitpflege in der Region zu einer einzigen Organisation zusammenfassen möchten («Versorgung im Alter aus einer Hand»).
- Unterstützt regionale Konferenzen «Vernetzte Versorgung», an denen Erfahrungen und Erkenntnisse diskutiert werden.

Die Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen verbessern

Der Kanton ...

711+	<p>... verbessert die Rahmenbedingungen, damit chronisch und mehrfach kranke Menschen optimal behandelt und betreut werden können.</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechtliche Voraussetzungen, um spezifische Leistungsverträge für solche Patientengruppen abschliessen zu können • rechtliche Voraussetzungen, um solche Leistungsverträge mit Leistungserbringer-<i>Gruppen</i> abschliessen zu können (die dafür eine gemeinsame, vertragsfähige Trägerschaft bilden) • rechtliche Voraussetzungen, damit in solchen Leistungsverträgen über Kantonsgrenzen hinaus zusammengearbeitet werden kann (namentlich in peripheren Regionen) • setzt sich dafür ein, dass Koordinationsleistungen und das Case Management für diese Patientengruppen von der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden.
------	--

Der Kanton ...

723+	<p>... beteiligt sich – zusammen mit anderen Versorgungspartnern – an einem Innovationsfonds «Multimorbidität und Integrierte Versorgung». Der Fonds kann weitere Kantone einschliessen.</p> <p>Wichtig dabei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Kanton stellt mit befristeten Verordnungen sicher, dass geförderte Projekte von kantonalen Bestimmungen abweichen können. • Gleichzeitig gewährleistet der Kanton, dass geförderte Projekte nach Ablauf der Unterstützung in die reguläre Gesundheitsversorgung überführt werden können. Falls nötig, passt er rechtliche Rahmenbedingungen an. • Der Fonds richtet einen speziellen Fokus auf Modelle zur Behandlung und Betreuung von Menschen mit somatischen und psychiatrischen Komorbiditäten. • Die beteiligten Partner nutzen innovative Vergütungsmodelle (z.B. Komplexpauschalen), um die Vernetzung und Koordination zu unterstützen. Dafür lassen sich speziell qualifizierte Fachpersonen wie Pflegeexpertinnen/APN oder Medizinische Praxiskoordinatorinnen einsetzen. • Der Fonds kann Support-Dienste für die Behandlung und Betreuung dieser Patientengruppe unterstützen, z.B. digitale Hilfsmittel. • Der Fonds kann Koordinationsleistungen oder ein Case Management für diese Patienten übernehmen.
------	--

Der Kanton ...

732+	<p>... schliesst mit geeigneten Organisationen Leistungsverträge für die integrierte Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen ab. Die Vereinbarungen können spezifische Anforderungen enthalten.</p> <p>Zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konzepte für die verbindliche Koordination, Kooperation und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern (mit Prozessbeschreibungen) • Selbstmanagement-Programme für die betroffenen Menschen (krankheits-spezifische und krankheitsübergreifende Programme; inkl. Sekundär- und Tertiärprävention) • Fallkonferenzen mit allen beteiligten Versorgungspartnern • Advanced Care Planning für palliative Patienten • Case Management für besonders komplexe Patienten • Einsatz von digitalen Hilfsmitteln und mobilen Diensten (Flying Health Professionals), damit diese Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung leben können • Anschluss der beteiligten Leistungserbringer an die regionale Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft für das elektronische Patientendossier (EPD) • Mindestfallzahl, um die Expertise und Anforderungen an die komplexe Zusammenarbeit zu bündeln • Eingabe von Behandlungsdaten in Register zur Qualitätssicherung, Performance-Bemessung und Versorgungsforschung
734+	<p>... initiiert eine Arbeitsgemeinschaft «Multimorbidität und Integrierte Versorgung», welche die Akteure berät und unterstützt (die betroffenen Menschen sind angemessen darin vertreten). Die Arbeitsgemeinschaft kann weitere Kantone umfassen.</p> <p>Mögliche Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation von Versorgungsmodellen im In- und Ausland • Evaluation von qualitäts-/Performance-orientierten Vergütungsmodellen (und den Kriterien dafür) • Empfehlungen für spezielle Behandlungsverträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern (z.B. Vergütung, Qualität/Performance, Datenerlieferung, Fallkonferenzen, Zusatzleistungen wie Patienten-Coaching) • Aufbau von wohnortnahen Betreuungsstrukturen mit Freiwilligen (Caring Communities) • Weiterbildungsangebote für «Interprofessionelle Zusammenarbeit» • Umgang mit rechtlichen Hindernissen

Wichtige Begriffe

Versorgungspartner

Alle Organisationen, Institutionen und Personen, die am Gesundheitssystem beteiligt sind (z.B. Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten, Angehörige und andere Vertrauenspersonen, Versicherer und andere Kostenträger, Politik, Bildung und Forschung).

Leistungserbringer

Alle Organisationen, Institutionen und Fachpersonen, die sich um den einzelnen Menschen kümmern (z.B. Personen aus Medizin, Pflege, Therapie, Pharmazie; Arztpraxen, Spitäler, Apotheken, Drogerien, Spitex, Pflegeeinrichtungen, Sozialdienste, Gesundheitsligen, Selbsthilfegruppen, Patientenorganisationen, Fachorganisationen für Alter, Psyche, Sucht, körperliche und geistige Beeinträchtigungen, kirchliche Organisationen).

Patientinnen und Patienten

Für Gesundheitsfachleute sind Patientinnen und Patienten in aller Regel Personen, die aufgrund einer oder mehrere Diagnosen behandelt und betreut werden müssen. Der Blick ist also primär auf Krankheiten und Therapien gerichtet. Die Betroffenen selber haben oft eine ganz andere Sicht: Sie sehen sich in erster Linie als Menschen, die während einer gewissen Zeit krank sind und dafür medizinische, pflegerische und therapeutische Leistungen benötigen. Wird die Erkrankung dauerhaft (= chronisch), gehört sie nach und nach zum Alltag. Viele dieser Menschen sehen sich *nicht* als Patientinnen und Patienten, selbst wenn sie regelmässig Medikamente einnehmen oder andere Therapien beanspruchen. Sie bleiben im Alltag integriert, sind arbeitstätig (in Beruf oder Familie), betreuen Kinder oder Enkel, pflegen ihren Freundeskreis, engagieren sich in der Freizeit. In diesem Leitfaden werden beide Sichtweisen beschrieben: Patientinnen und Patienten sowie Menschen (besonders im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen).

Interprofessionell

Meint das strukturierte und vertrauensvolle Zusammenwirken von mehreren Berufsgruppen mit dem Ziel, die Behandlungs- und Betreuungsergebnisse für die kranken Menschen zu verbessern. Interprofessionalität ist eine Grundvoraussetzung für die bessere Integration, da keine Berufsgruppe

alleine die medizinisch-pflegerische und soziale Versorgung umfassend gewährleisten kann.

Gesundheitszentren

Sind Einrichtungen der Grundversorgung mit einem breiten Angebot an Fachpersonen und Leistungen, z.B. Ärzte, Tagesklinik, Akut- und Übergangspflege, Therapeutinnen, Apotheke, Sozialdienst, Väter- und Mütterberatung, Gesundheitsförderung und Prävention, Bildung. Eine speziell qualifizierte Person koordiniert die Leistungen, die jemand benötigt.

Finanzierung

Beschreibt, wer das Geld ist in das Versorgungssystem gibt. Das sind zum einen Bund, Kantone und Gemeinden via Steuern, zum anderen die Krankenversicherer (und weitere Sozialversicherungen) via Prämien. Drittes Element sind die Selbstzahlungen der privaten Haushalte.

Vergütung

Beschreibt die Regeln, nach denen einzelne Leistungen vergütet werden. Das können Einzelleistungstarife, Pauschalen oder feste Preise sein.

Staatliche Akteure

Regierungen, Parlamente und Behörden von Bund, Kantonen und Gemeinden.

Nichtstaatliche Akteure

Alle anderen Akteure, auch solche, die ganz oder teilweise im Besitz des Staates sind wie Kantons-spitäler.

Leistungsauftrag (nach Art. 39 KVG)

Die Kantone erteilen hoheitlich und verbindlich Aufträge zur Sicherstellung von bestimmten, in der Regel stationären Leistungen (Akut, Reha, Psychiatrie). Mit den Aufträgen sind sie verpflichtet, sich an den Leistungskosten zu beteiligen. Diese sind in Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern geregelt, welche die Kantone genehmigen müssen. Dabei haben sie zu beachten, «dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird» (Art. 43 Abs. 6 KVG). Gestützt darauf haben Kantone grundsätzlich die Möglichkeit, Leistungsaufträge

Literatur

mit Bestimmungen zu ergänzen, die auch die Vernetzung und Koordination verbessern können.

Leistungsvertrag (oder Leistungsvereinbarung)

Kantone können für öffentliche Aufgaben Verträge mit Dritten abschliessen, zum Beispiel für das Impfen von Schulkindern, das Führen eines Krebsregisters, für Suizid-Prävention oder Suchtberatung. Solche öffentlich-rechtliche Verträge werden – gleich wie private Verträge – von den Vertragsparteien gemeinsam ausgehandelt. Im Unterschied dazu haben *Leistungsaufträge* den Charakter einer Verfügung, in welcher der Kanton die Rechte und Pflichten einseitig festlegt (allerdings nach Anhörung der Leistungserbringer).

Gesundheitskompetenz

Die Fähigkeit, im Alltag Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die eigene Gesundheit auswirken. Je gesundheitskompetenter eine Person ist, desto eigenverantwortlicher kann sie handeln.

- 1 Rodondi N, Gaspoz J-M. Wie steht es um die medizinische Überversorgung der Schweiz 2017? Schweiz Med Forum. 2017;17(3):45-48
- 2 Triple-Aim-Initiative des Institute for Healthcare Improvement
- 3 Denkstoff Nr. 3: Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025. fmc 2017
- 4 Schussselé Filliettaz, S., Kohler, D., Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1^{re} enquête (2015–2016) (Obsan Dossier 57). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé
- 5 Denkstoff Nr. 4. Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026. fmc 2018
- 6 Braun D, Giraud O. Steuerungsinstrumente. In: Schubert, K., Bandelow, N. (Hrsg.). Lehrbuch der Politikfeldanalyse: Oldenbourg Verlag, München – Wien 2003, 147-173



Die Dokumente sind online verfügbar:

www.gdk-cds.ch/integrierte-versorgung

Impressum

Herausgeber

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK
Speichergasse 6
Postfach
3001 Bern
www.gdk-cds.ch

Konzept und Redaktion

fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
www.fmc.ch
Texte: Peter Berchtold, Séverine Schussselé Filliettaz,
Urs Zanon

Übersetzung

Lionel Felchlin, Séverine Schussselé Filliettaz

Gestaltung/Layout

Franchi Design, Neuägeri
www.franchi-design.ch

Bildkonzept und Umsetzung

Atelier Pol, Bern: www.atelier-pol.ch
Promenons-nous, Biel: www.promenons-nous.world

Druck

Wälti Druck GmbH, Ostermundigen
www.waeltidruck.ch

Bezugsquelle

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK

Diese Publikation steht als PDF in deutscher und französischer Sprache zur Verfügung:
www.gdk-cds.ch/integrierte-versorgung

Gedruckte Exemplare können kostenlos über die Adresse office@gdk-cds.ch bestellt werden.

Mai 2019



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren

Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé

Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

