

Integrierte Versorgung: Künftige Rollen von Bund, Kantonen und Gemeinden

Hintergrund

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

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

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

Handlungsfelder, Rollenszenarien und Annahmen

Als Diskussionsgrundlage für mögliche künftige Rollen von Bund, Kantonen und Gemeinden in der Integrierten Versorgung haben wir vier Handlungsfelder beschrieben, die in den kommenden Jahren von zentraler Bedeutung sind. Zu jedem dieser vier Handlungsfelder haben wir Rollenszenarien für Bund, Kantone und Gemeinden skizziert. Dabei stützen wir uns auf die Ergebnisse des Forschungsmandats, das wir letzten Herbst an die Hochschule Luzern – Wirtschaft vergaben. Ausserdem gehen wir von den vier grundsätzlichen Rollen aus, die der Staat bzw. Bund, Kantone und Gemeinden wahrnehmen können: als Regulator (regulative Politik), als Investor (finanzielle Steuerung), als Architekt (Strukturierung) und als Moderator (Überzeugung).

Die Rollenszenarien basieren auf zwei grundlegenden Annahmen:

- Die **«einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)»** wird umgesetzt, weil neue oder zusätzliche staatliche Rollen nur dann sinnvoll sind, wenn dieser zentrale Fehlanreiz beseitigt ist.
- Auf Ebene Bund und / oder Kantone sind rechtliche Normen in Kraft sind (**«Experimentier-Artikel»**), die innovative Versorgungs- und Vergütungsmodelle unterstützen.

Selbstverständlich sind wir uns bewusst, dass Bund, Kantone und Gemeinden die Integrierte Versorgung – bzw. die vier ausgewählten Handlungsfelder – *nicht alleine* in die gewünschte Richtung entwickeln können. Es braucht, mehr denn je, die Bereitschaft *aller* Versorgungspartner (Leistungserbringer, Patienten, Versicherer, Bildung) zur besseren Vernetzung und Koordination.

Für den Moment fokussieren wir aber auf die möglichen künftigen Rollen von Bund, Kantonen und Gemeinden und verstehen die Rollenszenarien als Diskussionsgrundlage für unser Symposium am 13. Juni 2018. Anschliessend werden die Handlungsfelder und Rollenszenarien weiterentwickelt und im fmc-Denkstoff Nr. 4 veröffentlicht.

Handlungsfeld 1: Die Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden, komplexen Patienten verbessern

Die wichtigste Patientengruppe der Zukunft sind (hoch-)betagte, chronisch und mehrfach kranke Menschen. Sie benötigen neben medizinisch-pflegerischen Leistungen meist auch psychosoziale, juristische (z.B. Urteilsfähigkeit) und finanzielle Unterstützung (z.B. Ergänzungsleistungen). Das stellt hohe Anforderungen: bessere Koordination zwischen Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich; neue, pauschalierte Vergütungsmodelle, die auch Koordinationsleistungen umfassen; bessere Abstimmung der Kostenträger (Versicherer, Kanton, Gemeinde); Qualitätssicherung über mehrjährige Betreuungsepisoden; mehr Nachbarschaftshilfe / Freiwilligenarbeit.¹

Rollenszenario zum Handlungsfeld 1

Der Bund

- initiiert und unterstützt die Anpassung von bestehenden Rechtsgrundlagen, um den Rahmen für die Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden, komplexen Patienten zu verbessern.
- schafft Voraussetzungen für Versicherer, damit sie die Leistungsvergütung an Performance- und Outcome-Kriterien knüpfen können.
- initiiert und unterstützt die Bildung von grossen Patientenkohorten, die dazu beitragen, das Wissen zu Outcome-relevanten Faktoren bei der Behandlung von chronischen Krankheiten aufzubauen und zu verbreiten.

Die Kantone

- fördern in Leistungsaufträgen an stationäre Einrichtungen die bessere Integration der Versorgung von chronisch kranken Menschen und knüpfen diese an Vernetzungs- und Performancekriterien.
- schaffen die Möglichkeit, dass Leistungsaufträge für die Versorgung von chronisch kranken Menschen an Leistungserbringergruppen vergeben werden können (die dafür eine eigenständige Trägerschaft bilden).
- fördern Projekte zur Verbreitung des elektronischen Patientendossiers bei chronisch kranken Menschen.
- schaffen ein Fachgremium, das Leistungserbringer, Versicherer und den Kanton bei der Gestaltung von neuartigen Versorgungs- und Vergütungsmodellen berät (die Hälfte der Mitglieder sind Menschen mit chronischen Krankheiten oder dauerhaften Beeinträchtigungen).

Die Gemeinden

- vernetzen sich miteinander und entwickeln – zusammen mit Schulen, Vereinen, Arbeitgebern etc. – regionale Initiativen, zum Beispiel zu Gesundheitsförderung und Prävention oder für die Nachbarschaftshilfe / Freiwilligenarbeit.
- regeln in ihren Leistungsverträgen mit Spitex-Organisationen die Vernetzung und Abstimmung mit anderen Leistungserbringern sowie die Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei Patienten mit chronischen Krankheiten.
- beteiligen sich am Aufbau von regionalen Chronic-Care-Zentren.

¹ Ebert S, Peytremann-Bridevaux I, Senn N. (2015). Les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse (Obsan Dossier 44). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Handlungsfeld 2: Patienten (und ihre Vertrauenspersonen) konsequent in die Behandlung und Betreuung einbeziehen

Die Patienten und Patientinnen sind die einzigen, die die den ganzen Krankheit- und Behandlungsverlauf überblicken. Wird dieses Wissen systematisch erfasst und angewandt, können Fachpersonen die einzelnen Schritte besser aufeinander abstimmen. Und je besser die Betroffenen einbezogen sind, desto eher halten sie sich an Vorgaben und Empfehlungen zur Therapie. Auch Angehörige und andere Vertrauenspersonen können den Behandlungs- und Betreuungsverlauf positiv beeinflussen, wenn sie frühzeitig einbezogen werden. Ausserdem gilt es, Patienten und Fachpersonen für den Einsatz von digitalen Hilfsmitteln zu befähigen und bei allen die Gesundheitskompetenz zu erhöhen.²

Rollenszenario zum Handlungsfeld 2

Der Bund

- schafft die rechtlichen Voraussetzungen, damit Kantone in Leistungsaufträgen an stationäre Einrichtungen Vorgaben machen können zu patientenorientierten Outcome-Parameter; ebenso, dass Versicherer die Leistungsvergütung mit patientenorientierten Outcome-Parametern verbinden können.
- fördert die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers bei Versicherten, Patienten und ambulanten Leistungserbringern.

Die Kantone

- initiieren – zusammen Gesundheitsligen und anderen Partnern – Kompetenzzentren, in denen sich Patienten und Angehörige weiterbilden und beraten lassen können, namentlich für die Anwendung des elektronischen Patientendossiers.
- ergänzen Leistungsaufträge an stationäre Einrichtungen mit patientenorientierten Qualitätsindikatoren und verlangen die Veröffentlichung der Resultate.
- verpflichten ambulante und stationäre Einrichtungen, Patientenbeiräte einzurichten, welche die Bedürfnisse von Patienten – insbesondere von chronisch kranken – aufnehmen und in die Behandlungs- und Betreuungsprozesse einbringen.
- fördern – in Absprache mit den Gemeinden – die Nachbarschaftshilfe / Freiwilligenarbeit.

Die Gemeinden

- beteiligen sich an Unterstützungsangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund mit dem Ziel, deren Gesundheits- und Patientenkompetenz zu stärken.
- richten – zusammen mit Partnern – Gesundheitsläden ein, in denen Versicherte und Patienten qualitätsgesicherte Informations- und Beratungsleistungen nutzen können.

² fmc-Denkstoff Nr. 2: [Patientenbilder 2024](#)

Handlungsfeld 3: Die medizinisch-pflegerische Grundversorgung in ländlichen Gebieten langfristig gewährleisten

Für viele Hausarztpraxen, besonders auf dem Lande, lassen sich keine Nachfolger finden. Denn eine deutliche Mehrheit der jüngeren Hausärzte (Frauen wie Männer) will Teilzeit arbeiten und (primär) angestellt sein. Andererseits ist eine umfassende Grundversorgung ein Standortvorteil für eine Gemeinde oder Region. Deshalb gilt es, die Grundversorgung in ländlichen Gebieten neu zu organisieren: regionale Versorgungsnetze, die auf Teamleistungen ausgerichtet sind; kompetenzorientierte Aufgabenteilungen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonen; Einsatz von digitalen Hilfsmitteln, um die Menschen orts- und zeitunabhängig zu begleiten (hospital@home, Telemonitoring, Active Assisted Living).^{3 4}

Rollenszenario zum Handlungsfeld 3

Der Bund

- schafft den rechtlichen Rahmen, damit die gesamte Grundversorgung (ambulant und stationär) kantonsübergreifend gestaltet und finanziert werden kann.
- schafft die nötige Rechtssicherheit, damit für neue Formen der Grundversorgung (z.B. regionale, bevölkerungsorientierte Modelle) auch neue Vergütungsformen (z.B. Population based Payment, Bundled Payment) verwendet werden können.

Die Kantone

- unterstützen den Aufbau von regionalen Versorgungsnetzen mit neuen Aufgabenteilungen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonen wie Medizinischen Praxiskoordinatorinnen, Pflegeexpertinnen, Apothekern (Gesundheitsregionen, Medical Home).
- schreiben spezielle Leistungsaufträge für integrierte Versorgungsmodelle in ländlichen / peripheren Regionen aus.
- ergänzen ihre Leistungsaufträge an stationäre Einrichtungen mit Bestimmungen, welche die sektorenübergreifende Integration peripherer (ambulanter) Leistungsanbieter unterstützen.
- schaffen Anreize für die bedarfsgerechte regionale Verteilung von personellen, infrastrukturellen und technischen Ressourcen.

Die Gemeinden

- erklären die Sicherung der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung zu einer regionalen Verbundaufgabe und verankern sie in ihren Leitbildern / Strategien.
- schaffen Anreize und erbringen Dienstleistungen für neue, versorgungsnotwendige Leistungserbringer (z.B. Umzonungen, Unterstützung bei der Suche nach Räumlichkeiten, Darlehen, Mieterleichterungen, Verkehrserschliessungen).

³ [Medizinische Grundversorgung, Bundesamt für Gesundheit](#)

⁴ fmc-Denkstoff Nr. 3: [Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025](#)

Handlungsfeld 4: Die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen verbessern (Interprofessionalität)

Die medizinisch-pflegerische Patientenversorgung der Zukunft ist eine Teamleistung. Dafür braucht es eine neue Arbeits- und Kommunikationskultur: delegieren, was nicht zwingend selber gemacht werden muss; die Fähigkeiten und Fertigkeiten der anderen Berufsgruppen kennen und ihnen vertrauen; sich auf Augenhöhe begegnen, unabhängig von der Grundausbildung; unbefriedigende Behandlungsverläufe im Team analysieren (ohne Schuldzuweisungen). Solche interprofessionelle Zusammenarbeit will *gemeinsam* erlernt und erprobt sein. Und es braucht sektorenübergreifende Netzwerke, die auf interprofessionelle und gleichwertige Zusammenarbeit ausgerichtet sind.⁵

Rollenszenario zum Handlungsfeld 4

Der Bund

- überprüft bei bestehenden Rechtgrundlagen, ob sie die interprofessionelle Zusammenarbeit eher fördern oder behindern, und passt sie wo nötig an.
- schafft die Voraussetzungen, damit interprofessionelle Zusammenarbeitsformen, die heute nicht vergütet werden, künftig abgedeckt sind.

Die Kantone

- erweitern Leistungsaufträge an stationäre Einrichtungen mit Vorgaben zur interprofessionellen Zusammen mit vor- und nachgelagerten Stellen, besonders bei der Betreuung von chronisch kranken und betagten Menschen.
- unterstützen den Aufbau von interprofessionellen Versorgungsnetzen mit neuen Aufgabenteilungen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonen wie Medizinischen Praxiskoordinatorinnen, Pflegeexpertinnen, Apothekern (Gesundheitsregionen, Medical Home).
- formulieren in Leistungsaufträgen an Universitäten, Fachhochschulen und Berufsschulen Vorgaben für die konsequente Integration der interprofessionellen Zusammenarbeit in die Aus- und Weiterbildung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen (z.B. Simulationstraining).
- schaffen Voraussetzungen, damit Best-Practice-Ansätze aus dem In- und Ausland evaluiert und Empfehlungen für Bildungsinstitutionen und den Versorgungsalltag erarbeitet werden.

Die Gemeinden

- sensibilisieren die Bevölkerung – zusammen mit den Leitungserbringern – für die Notwendigkeit von neuen interprofessionellen Versorgungskonzepten mit einem hohen Anteil an nichtärztlichen Fachpersonen wie Medizinischen Praxiskoordinatorinnen, Pflegeexpertinnen, Apothekern.
- richten – im Verbund – regionale Informations-, Beratungs- und Triage-Stellen ein für Menschen mit pflegerischem, sozialem und finanziellem Unterstützungsbedarf («Drehscheibe»); dadurch arbeiten Fachpersonen und Organisationen besser zusammen und stimmen ihre Angebote aufeinander ab.

28. Mai 2018

⁵ Atzeni G, Schmitz C, Berchtold P (2017) Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Swiss Academies Reports 12 (2)