



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung

**Bericht der Arbeitsgruppe
„Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“
von GDK und BAG**

Bern, April 2012

**dialog ständige
nationale plattform
gesundheits von bund
politik und kantonen**

Autorinnen

Dr. Daniela Schibli, GDK.

Teile des Kapitels 4.1 wurden durch Maria Hodel, BAG, verfasst.

Mitglieder der Arbeitsgruppe

- Dr. Werner Bauer, Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF
- Dr. Markus Betschart, Kantonsarzt SG
- Airelle Buff, Bundesamt für Gesundheit BAG (ab 1.3.2011)
- Prof. Dr. Sabina de Geest, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
- Matthias Enderle, Bundesamt für Gesundheit BAG
- Bruno Fuhrer, Bundesamt für Gesundheit BAG
- Dr. Catherine Gasser, Bundesamt für Gesundheit BAG
- Rosmarie Glauser, Verband Schweizer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte VSAO
- Dr. François Héritier, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM und Vorstandsmitglied des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM
- Roswitha Koch, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK
- Dr. Ewa Mariéthoz, GDK Zentralsekretariat
- Dr. Marc Müller, Präsident Hausärzte Schweiz
- Maja Mylaeus-Renggli, Spitex Verband Schweiz
- Prof. Annie Oulevey Bachmann, Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale HES-SO
- Dr. Christoph Pfister, Bundesamt für Gesundheit BAG (bis 28.2.2011)
- Dr. Marc-André Raetzo, réseau DELTA, Genf
- Marie-Claude Robert, Association Vaudois d'Aide et de Soins à Domicile AVASAD
- Dr. Daniela Schibli, GDK Zentralsekretariat (Leitung)
- Magdalena Wicki, Kanton Freiburg
- Dr. Peter Wiedersheim, Co-Präsident der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA und Präsident der Ärztegesellschaft Kt. SG
- Priska Wildhaber Isler, Geschäftsleiterin Spitex Küssnacht

Zitierweise

Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit (2012). „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“. Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG. Bern.

Bezugsquelle

Der Bericht steht als PDF in deutscher und französischer Sprache unter www.nationalegesundheit.ch und www.gdk-cds.ch zur Verfügung.

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	4
2. Ausgangslage.....	5
3. Problemstellung	7
3.1 Herausforderungen der medizinischen Grundversorgung	7
3.2 Neue Versorgungsmodelle als möglicher Lösungsweg	8
4. Neue Versorgungsmodelle: Status quo in Theorie und Praxis	9
4.1 Leitideen neuer Versorgungsmodelle.....	9
4.2 Das Chronic Care-Modell als Versorgungskonzept für chronisch Kranke	11
4.3 Umsetzungsbeispiele neuer Versorgungsmodelle.....	12
4.3.1 Umsetzungsbeispiele aus dem Ausland.....	12
4.3.2 Umsetzungsansätze aus der Schweiz.....	16
4.3.3 Kurzer Vergleich der Beispiele und Ansätze.....	20
5. Neue Versorgungsmodelle für die Schweiz.....	22
5.1 Anforderungen an neue Versorgungsmodelle	22
5.2 Verbesserung der Rahmenbedingungen.....	26
5.3 Rolle der Akteure für den weiteren Prozess	28
6. Schlussfolgerungen.....	30
7. Literaturverzeichnis	31

1. Zusammenfassung

Die künftige medizinische Grundversorgung ist mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert: Die demographische Alterung und Zunahme von chronischen Erkrankungen lassen z.B. die Nachfrage nach (haus)ärztlichen und pflegerischen Leistungen steigen und erfordern vermehrt eine integrierte medizinische Versorgung. Gleichzeitig ist zumindest bei zwei der zentralen Berufsgruppen der medizinischen Grundversorgung (Hausärztinnen/Hausärzte und Pflegefachpersonen) ein Mangel absehbar.

Vor diesem Hintergrund sind Änderungen in der medizinischen Grundversorgung unabdingbar. Ein Ansatz sind neue Versorgungsmodelle. Dadurch soll eine qualitativ hochstehende, am Patientennutzen orientierte und gleichzeitig wirtschaftliche medizinische Grundversorgung erreicht werden. Vor dem Hintergrund, dass in der Schweiz rund 20% Chronisch- und/oder Schwerkranken rund 80% der Kosten verursachen, kann mehr Qualität und Effizienz vor allem durch die verbesserte Versorgung von Chronisch- und Schwerkranken sowie eine verbesserte Prävention erreicht werden. Neue Versorgungsmodelle sollen sich aber nicht auf diese Patientenpopulationen beschränken, sondern eine umfassende Versorgung sicherstellen.

Neue Versorgungsmodelle zeichnen sich durch eine am Patientennutzen orientierte, integrierte Versorgung aus und sind dem Bedarf angepasst. Damit eine integrierte Versorgung erreicht werden kann, muss in neuen Versorgungsmodellen die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen verbessert und die Arbeits- und Kompetenzverteilung optimiert werden. Dies beinhaltet Chancen für alle Berufsgruppen, indem die Tätigkeitsgebiete optimal aufeinander abgestimmt werden und vom Wissen der jeweils anderen Berufsgruppe profitiert werden kann. Neben der Optimierung des Ressourceneinsatzes kann dadurch auch die Attraktivität der Berufe erhöht werden.

Damit neue Versorgungsmodelle attraktiv für die darin tätigen und für angehende Gesundheitsfachpersonen¹ sind, müssen zeitgemässe Arbeitsbedingungen herrschen (z.B. Möglichkeit zur Arbeit im Angestelltenverhältnis, zur Teilzeitarbeit und Arbeit im Team). Schliesslich sollten sich die neuen Versorgungsorganisationen zur Sicherung ihres Nachwuchses in der Aus- und Weiterbildung engagieren.

Im Ausland existieren seit einigen Jahren neue Versorgungsmodelle. Diese orientieren sich häufig am Chronic Care-Modell, einem primärmedizinisch basierten Versorgungskonzept, das auf die Bedürfnisse chronisch Kranker zugeschnitten ist. Auch in der Schweiz sind Ansätze neuer Versorgungsmodelle am Entstehen, wie z.B. Gesundheitszentren oder die Projekte des Gesundheitsnetzes 2025 der Stadt Zürich.

Zur Förderung der Entstehung und Verbreitung neuer Versorgungsmodelle in der Schweiz, müssen einerseits Rahmenbedingungen herrschen, die diese Entwicklung nicht behindern, sondern sie begünstigen. Dies bedingt einen morbiditätsorientierten Risikoausgleich, ein Finanzierungssystem, das sich am Massstab von Qualität, Effizienz und volkswirtschaftlichen Gesamtkosten orientiert und den neuen Kompetenz- und Aufgabenverteilungen gerecht wird, sowie Aus- und Weiterbildungen, durch welche heute Personen ausgebildet werden, die den künftigen Herausforderungen gewachsen sind. Andererseits müssen innovative Projekte wo nötig in ihrer Startphase durch die öffentliche Hand mit Know-how und finanziellen Mitteln unterstützt werden.

Neue Versorgungsmodelle in der medizinischen Grundversorgung können umgesetzt werden, wenn alle Akteure ihren Beitrag leisten: Die öffentliche Hand, die Leistungserbringer, die Berufsverbände, die Aus- und Weiterbildungsinstitutionen, die Tarifpartner und nicht zuletzt die Patientinnen und Patienten sowie deren Familien als wichtige Partner in einer künftigen Versorgung.

¹ Unter Gesundheitsfachpersonen werden alle Fachpersonen im Gesundheitswesen verstanden, welche eine Ausbildung auf Tertiärniveau haben (d.h. z.B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Hebammen etc.).

2. Ausgangslage

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) beschäftigt sich seit 2005 mit dem ambulanten medizinischen Sektor. Auslöser waren Meldungen über einen absehbaren Mangel an ärztlichen Grundversorger/innen. In der Folge wurde von Bund und Kantonen im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik die Arbeitsgruppe „Ärztliche Grundversorgung“ eingesetzt². Im Fokus derer Tätigkeiten standen der ärztliche Notfalldienst und die Finanzierung der spezifischen Weiterbildung in Hausarztmedizin (Praxisassistenten). Darüber hinaus wurden weitere Themen diskutiert wie der neue Weiterbildungstitel für Allgemeine Innere Medizin, der Zulassungsstopp in Bezug auf Hausärztinnen und Hausärzte oder der Aufbau der Institute für Hausarztmedizin.

Nachdem in fast allen Kantonen Pilotprogramme zur ärztlichen Praxisassistenten installiert worden sind und der ärztliche Notfalldienst in vielen Kantonen reorganisiert wurde, beschlossen Bund und Kantone wiederum im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, in einer nächsten Phase das Thema „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ anzugehen. Dahinter steht die Überzeugung, dass durch neue Versorgungsmodelle zumindest ein Teil der anstehenden Probleme in der medizinischen Grundversorgung – insbesondere auch in ländlichen Gebieten – gelöst werden kann.

Zu diesem Zweck wurde die Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ konstituiert. Ziel der Arbeitsgruppe ist die Entwicklung von neuen Versorgungsmodellen für die medizinische Grundversorgung, auch für ländliche Gebiete in der Schweiz und unter Berücksichtigung des Skill-Mix, d.h. Fragen der Rollen- und Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Die Kantone und weitere Akteure des Gesundheitswesens sollen damit Hinweise erhalten, wie die medizinische Versorgung auch angesichts des drohenden Mangels an bestimmten Gesundheitsfachpersonen (z.B. bestimmte Facharztgruppen wie Hausärztinnen und –ärzte oder Pflegefachpersonen) sichergestellt werden kann.

Definitionen

Unter medizinischer Grundversorgung wird die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch ärztliche Grundversorger/innen³ sowie weitere Gesundheitsberufe verstanden wie Pflegefachpersonen, Apotheker/innen, Hebammen, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Ernährungsberater/innen sowie Assistenzberufe wie Medizinische Praxisassistentinnen und –assistenten oder Fachangestellte Gesundheit. Im vorliegenden Bericht liegt der Schwerpunkt auf der ambulanten Versorgung durch ärztliche Grundversorger/innen und Pflegefachpersonen.

Unter neue Versorgungsmodelle in der medizinischen Grundversorgung werden ganz allgemein neue Formen der Leistungserbringung in der medizinischen Grundversorgung verstanden. Im vorliegenden Bericht werden insbesondere neue Formen der Leistungserbringung in den Fokus gerückt, die sich verstärkt auf die adäquate Versorgung von chronischkranken und älteren Menschen beziehen.

Die Arbeitsgruppe umfasst Vertreter/innen von Bund, Kantonen, der Ärzteschaft und der Pflege. Bewusst wurde für die Erarbeitung des vorliegenden Berichts auf den Einbezug weiterer Berufsgruppen der medizinischen Grundversorgung verzichtet. Dies aus zwei Gründen:

² Die von der Arbeitsgruppe erarbeiteten Berichte und Grundlagendokumente sowie die Links zu den webbasierten Informationsplattformen „Notfalldienst“ und „Praxisassistenten“ finden sich unter: www.gdk-cds.ch/index.php?id=847

³ Zu den ärztlichen Grundversorger/innen gehören Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin und neu Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktischer Arzt / praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel.

Einerseits, da die ärztliche und pflegerische Versorgung den Kern der medizinischen Grundversorgung darstellt, und andererseits, da in einem ersten Schritt ein gemeinsames Verständnis zwischen diesen beiden Berufsgruppen in Bezug auf neue Versorgungsmodelle angestrebt wurde. Weitere Berufsgruppen wie z.B. Physio- oder Ergotherapeutinnen und -therapeuten oder Apothekerinnen und Apotheker sind je nach Ausgestaltung ebenfalls Teil neuer Versorgungsmodelle. Deren Einbezug in eine eventuelle nächste Phase ist möglich.

Die Arbeitsgruppe setzt sich aus folgenden Personen zusammen:

- Dr. Werner Bauer, Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF
- Dr. Markus Betschart, Kantonsarzt SG
- Airelle Buff, Bundesamt für Gesundheit BAG (ab 1.3.2011)
- Prof. Dr. Sabina de Geest, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
- Matthias Enderle, Bundesamt für Gesundheit BAG
- Bruno Fuhrer, Bundesamt für Gesundheit BAG
- Dr. Catherine Gasser, Bundesamt für Gesundheit BAG
- Rosmarie Glauser, Verband Schweizer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO
- Dr. François Héritier, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM und Vorstandsmitglied des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM
- Roswitha Koch, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK
- Dr. Ewa Mariéthoz, GDK Zentralsekretariat
- Dr. Marc Müller, Präsident Hausärzte Schweiz
- Maja Mylaeus-Renggli, Spitex Verband Schweiz
- Prof. Annie Oulevey Bachmann, Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale HES-SO
- Dr. Christoph Pfister, Bundesamt für Gesundheit BAG (bis 28.2.2011)
- Dr. Marc-André Raetzo, réseau DELTA, Genf
- Marie-Claude Robert, Association Vaudois d'Aide et de Soins à Domicile AVASAD
- Dr. Daniela Schibli, GDK Zentralsekretariat (Leitung)
- Magdalena Wicki, Kanton Freiburg
- Dr. Peter Wiedersheim, Co-Präsident der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA und Präsident der Ärztegesellschaft Kt. SG
- Priska Wildhaber Isler, Geschäftsleiterin Spitex Küssnacht

Die Arbeitsgruppe traf sich insgesamt zu 5 Sitzungen. Der vorliegende Bericht ist das Resultat der Diskussionen dieser Arbeitsgruppe. Speziellen Dank geht an Maria Hodel vom BAG, die Teile des Kapitels 4.1 verfasste. Zu einzelnen Sitzungen wurden externe Personen beigezogen, die ihr (Praxis)Wissen weitergaben. Ihnen gilt besonderen Dank, namentlich:

- Dr. Philippe Schaller, réseau Delta, Genf
- Prof. Danielle D'Amour, Titularprofessorin an der „Faculté des Sciences infirmières“ der Universität Montreal und Expertein betreffend die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen / Ärzten und Pflegefachpersonen in der medizinischen Grundversorgung. In den Jahren 2010/2011 war sie für die Pflegedirektion des Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) in Lausanne im Einsatz.
- Dr. Hansulrich Blunier, MediZentrum Schüpfen

3. Problemstellung

3.1 Herausforderungen der medizinischen Grundversorgung

Die Herausforderungen der medizinischen Grundversorgung sind vielfältig und sollen im Folgenden kurz skizziert werden:

- (1) Demographische Alterung der Bevölkerung sowie Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität.

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO wird sich der Anteil der chronischen Erkrankungen bis ins Jahr 2020 markant erhöhen: Während chronische Leiden 1990 noch knapp die Hälfte aller Erkrankungen ausmachten, wird deren Anteil bis ins Jahr 2020 auf fast drei Viertel steigen. Ursachen sind vor allem die zunehmende Lebenserwartung und gesundheitsgefährdendes Verhalten im Alltag. Gleichzeitig ermöglichen die Fortschritte in der Medizintechnologie ein längeres Leben mit chronischen Krankheiten.

- (2) Steigende Nachfrage nach (haus)ärztlichen und pflegerischen Leistungen.

Gründe für die steigende Nachfrage sind die demographische Alterung, die Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbiditäten, die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, kürzere Aufenthaltsdauer im Spital, die Verlagerung der Versorgung von der Familie zu professionellen Leistungserbringern, die wachsende Bedeutung der Patientenbildung.

- (3) Steigende Erwartungen der Patientinnen und Patienten (z.B. nach sofortiger Behandlung, ausgedehnten Öffnungszeiten und Einsatz neuester diagnostischer und therapeutischer Instrumente) sowie vermehrte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.

- (4) (Absehbarer) Mangel an ärztlichen Grundversorger/innen und Pflegefachpersonen.

Sowohl bei den ärztlichen Grundversorger/innen wie auch bei den Pflegefachpersonen ist ein künftiger Mangel absehbar (Obsan 2008; GDK/OdASanté 2009).

Der drohende Mangel an ärztlichen Grundversorger/innen zeigt sich u. a. in Form des hohen Durchschnittsalters der praktizierenden Hausärztinnen und -ärzten bei steigender Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen. Gleichzeitig fehlt der Nachwuchs⁴ und der Bedarf nach Teilzeitarbeit steigt durch die Feminisierung der Medizin, was wiederum den Bedarf an weiteren Ärztinnen und Ärzten erhöht.

Der Mangel an Pflegefachpersonen ist auf die steigende Nachfrage nach pflegerischen Leistungen zurückzuführen, verursacht durch die demographische Alterung, die Zunahme chronischer Erkrankungen und einer künftigen potentiellen Verkürzung der Aufenthaltsdauer in Kliniken. Gleichzeitig liegt die heutige Zahl der Pflege-Abschlüsse massiv unter dem künftigen Bedarf und die Berufsverweildauer ist gering.

- (5) Ungleiche geographische Verteilung der Leistungserbringer.

Insbesondere in ländlichen Gebieten ist ein künftiger Mangel an ärztlichen Grundversorger/innen absehbar, da es für junge Ärztinnen und Ärzte wenig attraktiv ist, sich in Randregionen niederzulassen.

⁴ Zwar hat die Anzahl der erteilten Weiterbildungstitel in den vier Grundversorgerrichtungen in den letzten Jahren nicht abgenommen. Die jungen Ärztinnen und Ärzte sind jedoch nur zu einem kleinen Teil bereit, eine Einzelpraxis – gerade auch in ländlichen Regionen - zu übernehmen.

3.2 Neue Versorgungsmodelle als möglicher Lösungsweg

Angesichts dieser Herausforderungen sind Veränderungen in der medizinischen Grundversorgung unumgänglich. Ziel ist eine qualitativ hochstehende und gleichzeitig wirtschaftliche medizinische Grundversorgung, welche auch für chronisch Kranke und in ländlichen Regionen adäquat und effizient erbracht und sichergestellt wird.

In der Schweiz geht man davon aus, dass rund 20% Chronisch- und/oder Schwerkranke rund 80% der Kosten verursachen. Die heutige Gesundheitsversorgung ist jedoch stark an der Behandlung von akuten Krankheiten ausgerichtet und die Gesundheitsförderung und Prävention werden vernachlässigt (vgl. Schoen et al. 2008, 2010; OECD 2006, 2011). Angesichts dieser Zahlen und angesichts des steigenden Anteils chronisch Kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten, kann mehr Qualität und Effizienz vor allem durch die verbesserte Versorgung von Chronisch- und Schwerkranken sowie eine verbesserte Prävention erreicht werden.

Die Erfahrungen von erwachsenen Personen mit Erkrankungen, erfragt im Rahmen des International Health Policy Survey 2011 des Commonwealth Fund (Sturny und Camenzind 2011), zeigen, dass das Schweizer Gesundheitssystem im allgemeinen und der Zugang zur Versorgung, die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten und die Koordination zwischen Hausärztinnen / Hausärzten und anderen Fachärztinnen und Fachärzten im Speziellen als gut eingeschätzt werden. Lücken bestehen insbesondere in der Betreuung und Information nach dem letzten Spitalaufenthalt bzw. nach einem operativen Eingriff, d.h. an der Schnittstelle zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor. Auch ist die institutionalisierte, umfassende Betreuung chronisch Kranker in der Schweiz noch weniger weit entwickelt als in den angelsächsischen Ländern.

Neue Versorgungsmodelle bieten die Möglichkeit, die geschilderten Herausforderungen anzugehen und die allgemeine Versorgung sowie speziell jene von Chronisch- und Schwerkranken zu optimieren. In neuen Versorgungsmodellen sollen medizinisch und pflegerisch notwendige Leistungen im richtigen Setting vom geeignetsten Leistungserbringer erbracht werden und optimal auf den Bedarf des Patienten / der Patientin zugeschnitten sein. Das Einnehmen einer langfristigen Perspektive soll vor allem bei der Behandlung komplexer und/oder chronischer Erkrankungen die Nachhaltigkeit und damit die Qualität der Versorgungsleistungen verbessern.

Veränderungen können prinzipiell auf drei Ebenen erfolgen: Der Ebene der direkten Interaktion zwischen Patientinnen / Patienten und Versorgenden (Mikroebene), der Ebene der Organisation der Leistungserbringung (Mesoebene) und der Ebene des gesamten Gesundheitssystems (Makroebene; vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). In diesem Bericht wird der Schwerpunkt auf die Mesoebene gelegt, d.h. die Ebene der Organisation der Leistungserbringung, unter Einschluss der Mikroebene, d.h. der Ebene der Interaktion Patient-Versorgende. Die Ebene des gesamten Gesundheitssystems (Finanzierungsmodalitäten, Kompetenzverteilungen Bund – Kantone – Versicherer – Leistungserbringer etc.) wird nicht prioritär behandelt, um mögliche Blockierungen in diesen Bereichen zu umgehen. Da jedoch die konkrete Ausgestaltung neuer Versorgungsmodelle von Rahmenbedingungen wie der Finanzierung abhängt, finden sich Überlegungen zu den Rahmenbedingungen in Kapitel 5.2.

Die Frage stellt sich sodann, wie eine zweckmässige neue Versorgungsorganisation, d.h., neue Versorgungsmodelle in der medizinischen Grundversorgung aussehen könnten. Um diese Frage anzugehen, wird im Kapitel 4 der heutige Stand der neuen Versorgungsmodelle in Theorie und Praxis dargestellt. Darauf aufbauend werden in Kapitel 5 Anforderungen an neue Versorgungsmodelle formuliert, Vorschläge für die Verbesserung der Rahmenbedingungen gemacht und die Rolle der Akteure für den weiteren Prozess formuliert. Die Schlussfolgerungen finden sich abschliessend im Kapitel 6.

4. Neue Versorgungsmodelle: Status quo in Theorie und Praxis

In den vergangenen Jahren sind in zahlreichen westlichen Ländern Konzepte für die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle entstanden. Die Gründe für die Entstehung dieser Konzepte gleichen sich: Sie liegen in den wahrgenommenen Schwächen einer auf kurzfristige Resultate ausgerichteten, hoch entwickelten, horizontal und vertikal stark ausdifferenzierten, aber zu wenig koordinierten und vernetzten Gesundheitsversorgung. Mit neuen Versorgungsmodellen sollen die Schwächen der fragmentierten Versorgung, die heute vor allem bei der Behandlung komplexer und chronischer Krankheiten sichtbar werden, möglichst beseitigt werden.

Vor diesem Hintergrund kann die „Integrierte Versorgung“ als zugrunde liegendes Konzept neuer Versorgungsmodelle betrachtet werden. Integrierte Versorgung bezeichnet die Idee einer die Sektoren- und Berufsgruppen übergreifenden und auf den Patienten fokussierenden Versorgung, in welcher die Vernetzung, Zusammenarbeit und Koordination einen hohen Stellenwert erhält mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern.

4.1 Leitideen neuer Versorgungsmodelle

Eine integrierte Versorgung durch neue Versorgungsmodelle zeichnet sich durch einige Leitideen aus, welche die Interaktion zwischen Leistungserbringern und Patientinnen / Patienten sowie zwischen verschiedenen Leistungserbringern beschreiben. Damit einzelne oder im Idealfall alle Leitideen der integrierten Versorgung verwirklicht werden können, bedarf es sowohl seitens der Patientinnen und Patienten als auch seitens der Leistungserbringer einer Reihe von Verhaltens-, Management- und Systemänderungen. Die untenstehende Auflistung gibt einen Überblick über die wichtigsten dieser Leitideen.

A. Prävention und Empowerment

Die zeitliche Ausdehnung der Behandlungsperspektive ist vor allem bei chronisch oder komplex erkrankten Patientinnen und Patienten zur Vermeidung kostenintensiver Komplikationen unverzichtbar. Damit erhalten eine gezielte (Sekundär)-Prävention und das Empowerment (z.B. in Form von Schulungen → Experte Patient/in) deutlich mehr Gewicht als bisher. Präventive Interventionen und Empowerment sind auf die jeweils spezifischen Krankheitsbilder resp. den Behandlungs- und Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten abgestimmt. Insbesondere das Empowerment der Patientinnen und Patienten Richtung Selbstversorgung und Selbstmanagement birgt ein grosses Potential für eine verbesserte Gesundheitsversorgung.

B. Optimierter Zugang zur Versorgung

Der Zugang zur Versorgung ist in der Schweiz – gerade auch im Vergleich mit anderen Ländern – sehr gut. Er kann dennoch auf verschiedene Weise optimiert werden: Durch erweiterte Öffnungs- und/oder Betriebs- resp. Einsatzzeiten, durch neue Informations- und Kommunikationstechnologien wie Telemedizin, durch die Steuerung der Patientenströme mittels einem gut organisierten, medizinischen Telefondienst oder durch eine bessere Versorgung an den Schnittstellen, indem z.B. Spitex und Konsiliarärztinnen und -ärzte eine Zusammenarbeitsvereinbarung erstellen für die bessere Abdeckung von Notfällen nachts oder am Wochenende. Sinnvoll sind solche Optimierungen, wenn dadurch die Versorgung verbessert wird, indem z.B. die Notfallstationen im Spital entlastet werden. Nicht sinnvoll sind Massnahmen, welche eine angebotsinduzierte Nachfragesteigerung ohne medizinische und/oder pflegerische Notwendigkeit bewirken.

C. Behandlungsrichtlinien (Guidelines)

Bei der integrierten Versorgung spielen evidenzbasierte und strukturierte Behandlungsrichtlinien (Guidelines) eine zentrale Rolle. Diese bieten wichtige Entscheidungshilfen bei der

Behandlung komplexer und chronischer Erkrankungen, bei denen eine Diagnose gestellt und der Pflegebedarf festgelegt werden konnte. Bei entsprechender Unterstützung des Patienten bzw. der Patientin durch die Gesundheitsfachpersonen kann deren proaktives Verhalten und die Therapietreue (compliance bzw. Adhärenz) gefördert werden.

D. Bessere Integration und Koordination

Die Koordination bzw. Vernetzung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern im Sinne einer interdisziplinären oder intersektoriellen Zusammenarbeit trägt zu einer besseren Patientenversorgung bei, indem Doppelspurigkeiten verhindert und die Arbeit insbesondere an den Schnittstellen verbessert wird. Im Idealfall ist die Vernetzung Disziplinen (horizontal) und Sektoren (vertikal) übergreifend.

Eine vertraglich geregelte Vernetzung oder Integration mit andern Leistungserbringern schafft die Voraussetzungen dafür, dass sich der Koordinationsaufwand für die verschiedenen beteiligten Leistungserbringer vor allem bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexen und/oder chronischen Krankheitsbildern an den Schnittstellen lohnt, und zwar sowohl in qualitativer als auch in finanzieller Hinsicht. Für die Versorgung von Patienten und Patientinnen mit höchst komplexen Anforderungen ist der Einsatz eines Case Managements angezeigt.

E. Erhöhte Verbindlichkeit und Kontinuität

Der primäre Leistungserbringer betreut die Patientin / den Patienten umfassend (bei allen akuten und chronischen Erkrankungen) und unterstützt sie/ihn bei der Navigation durch das Gesundheitssystem. Der *primäre* Leistungserbringer kann prinzipiell über die Zeit hinweg und je nach Situation variieren, er sollte aber jeweils optimal auf die gesundheitliche Situation des Patienten / der Patientin abgestimmt sein: Für Patientinnen und Patienten mit bestimmten Diagnosen kann dies ein/e ärztliche/r Spezialist/in sein, für alle Versicherten kann primär oder unterstützend ein Callcenter eingesetzt werden. In der Regel aber dürfte bei klinisch diagnostischem und therapeutischem Bedarf der Hausarzt oder die Hausärztin der wichtigste primäre Leistungserbringer sein, bei hauptsächlich pflegerischem Versorgungsbedarf die Pflegefachperson.

Die Beziehung mit dem gewählten primären Leistungserbringer sollte prinzipiell auf Langfristigkeit angelegt sein. Das Einnehmen einer langfristigen Perspektive soll vor allem bei der Behandlung komplexer und/oder chronischer Erkrankungen die Nachhaltigkeit und damit die Qualität der Versorgungsleistungen verbessern.

F. Erhöhte Transparenz

Der primäre Leistungserbringer erhält mit Einverständnis des Patienten / der Patientin die Übersicht über die vom ihm/ihr beanspruchten Leistungen. Damit wächst die Transparenz. Sobald sekundäre Leistungserbringer ins Spiel kommen, erhalten sie mit Einverständnis des Patienten / der Patientin ebenfalls Zugang zu den für sie relevanten Informationen. IT-gestützte Informations- und Wissenssysteme im Rahmen vernetzter Versorgungsmodelle erleichtern dabei die Zusammenarbeit und sind eine wichtige Voraussetzung für die Qualität und Qualitätskontrolle.

G. Patientenorientierte Versorgung und Selbstmanagement

Die Patientinnen und Patienten mit ihren Bedürfnissen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Die individuelle Patientenorientierung wird gestärkt, indem Patientenpräferenzen vermehrt berücksichtigt (z.B. hohes Informationsbedürfnis, Kostenbewusstsein) und Entscheidungen vermehrt gemäss dem Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung (shared decision making) getroffen werden. Das bedeutet aber nicht, dass jedes Bedürfnis befriedigt werden soll und kann. Vielmehr soll die patientenorientierte Versorgung auch dazu beitragen, dass der Patient bzw. die Patientin lernt, in welchen Fällen er oder sie sich selbst versorgen kann.

Die Patientinnen und Patienten sollen sich am eigenen Versorgungsprozess beteiligen mit dem Ziel, das Selbstmanagement und die Selbsthilfe zu stärken. Sie sollen Fertigkeiten erlernen und praktizieren, die nötig sind, um ein aktives und zufriedenes Leben zu führen, auch mit einer chronischen Erkrankung. Dazu gehören z.B. die Fähigkeit, Problemlösungsstrategien zu entwickeln und Krisen zu bewältigen, Unterstützungsangebote zu kennen und zu nutzen oder ein partnerschaftliches Verhältnis zum Gesundheitspersonal aufzubauen.

H. Mehr Qualität und Patientensicherheit

Das Zusammenspiel der verschiedenen Leistungserbringer ist entscheidend für die Behandlungsqualität. Die "Ingredienzien" hoher Behandlungsqualität sind nicht nur die Standardisierung von Prozessen und evidenzbasierte Guidelines, sondern ebenso der gegenseitige Respekt und kontinuierliches Lernen über die traditionellen Grenzen hinweg (Berchtold 2007). Mit Hilfe von aussagekräftigen Qualitätsindikatoren kann die Qualität von Diagnostik, Behandlung, Beratung, Schulung, Pflege u. ä. beurteilt und allenfalls angepasst werden.

4.2 Das Chronic Care-Modell als Versorgungskonzept für chronisch Kranke

Die obigen Leitlinien können als allgemeine Grundlage neuer Versorgungsmodelle gelten. Angesichts der schon heute grossen und künftig noch wachsenden Bedeutung chronischer Krankheiten wird im Folgenden das Chronic Care-Modell (CCM) vorgestellt. Dieses ist ein primärmedizinisch basiertes Versorgungskonzept, das auf die Bedürfnisse chronisch Kranker zugeschnitten ist und den kompletten Versorgungsprozess an diesen ausrichtet mit dem Ziel verbesserter Behandlungsergebnisse (vgl. Bodenheimer et al. 2002; Gerlach et al. 2006).

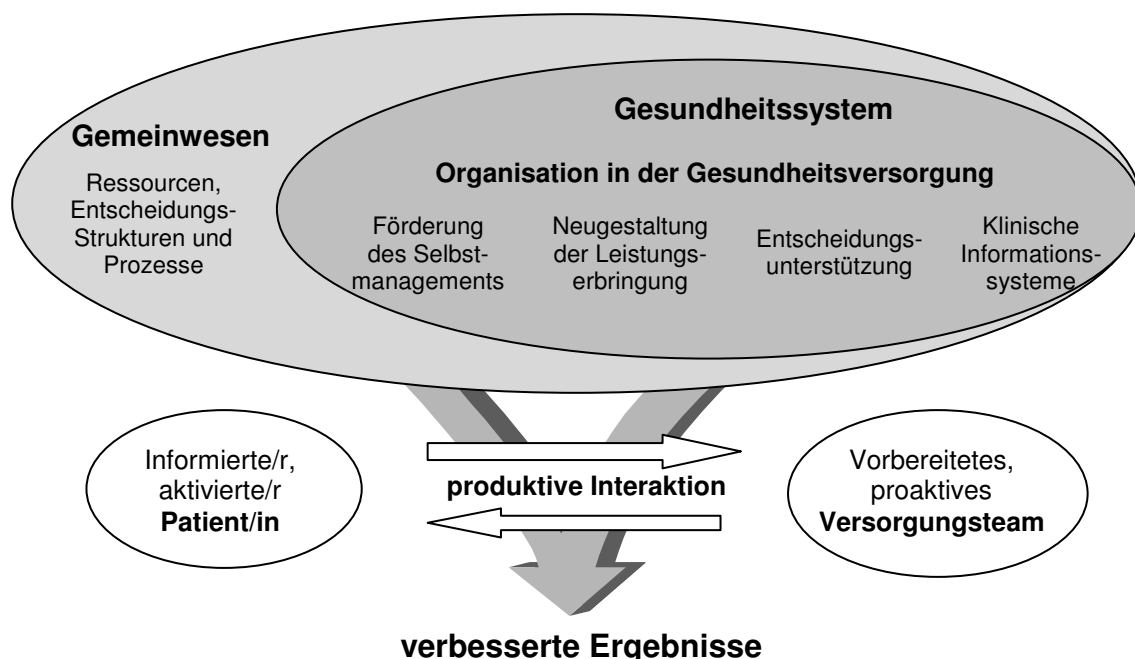


Abbildung 1: Das Chronic Care-Modell (in Anlehnung an Bodenheimer et al. 2002)

Der Kern des Modells bildet eine sogenannte „produktive Interaktion“ zwischen einem vorbereiteten, pro aktiven Versorgungsteam und informierten, aktiv ins Behandlungsgeschehen eingebundenen Patientinnen und Patienten. Voraussetzung für eine erfolgreiche Interaktion sind folgende Elemente:

- Unterstützung und Förderung des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten. Darunter wird die Hilfe zur Selbsthilfe des Patienten/der Patientin und je nachdem auch

der Angehörigen verstanden. Dies kann z.B. durch Patientenschulungen oder die Abgabe von Hilfsmitteln zum Selbstmonitoring erreicht werden.

- Neugestaltung der Leistungserbringung und Versorgungsabläufe. Die Strukturen und Abläufe müssen so gestaltet werden, dass eine umfassende, integrierte Versorgung sichergestellt wird, z.B., indem die Aufgabenteilung im Versorgungsteam optimal ausgestaltet oder ein/e Case-Manager/in eingesetzt wird.
- Entscheidungsunterstützung beinhaltet Zugang zu Expertenwissen z.B. durch eine bessere Kooperation mit Fachspezialisten, den Einsatz evidenzbasierter Behandlungsleitlinien (Guidelines) für Leistungserbringer und die Bereitstellung von Entscheidungshilfen für Patientinnen und Patienten.
- Klinische Informationssysteme. Darunter werden spezielle, IT-basierte klinische Werkzeuge oder „Tools“ verstanden, wie ein Patientenregister, wodurch Aussagen zur Versorgungsqualität möglich werden, ein elektronisches Patientendossier, in welchem die medizinischen Daten der Patientinnen und Patienten hinterlegt sind, ein Erinnerungssystem, das automatisch an anstehende Termine, Aufgaben oder Untersuchungen erinnert oder z.B. ein Unterstützungssystem, das verabreichte Medikamente einem Interaktionscheck unterzieht oder bei der Befolgung evidenzbasierter Behandlungsrichtlinien hilft. Solche Informationssysteme dienen der Qualitätsentwicklung und als Austauschplattform zwischen den verschiedenen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern.

Diese vier Elemente sind wiederum in ein übergeordnetes Gesundheitssystem sowie in ein Gemeinwesen mit weiteren lokalen Ressourcen und gemeindenahen Angeboten eingebettet (vgl. Abbildung 1).

Das CCM stellt einen Paradigmenwechsel dar in der Art und Weise, wie die Primärversorgung chronisch Kranker erfolgt. Zahlreiche Studien belegen den Nutzen des CCM in der Versorgung chronisch Kranker sowohl hinsichtlich der Versorgungsprozesse wie auch der klinischen Ergebnisse, auch wenn z. T. nicht klar ist, ob einzelne Komponenten des CCM oder das CCM als Ganzes die Veränderungen bewirken (vgl. Nolte & McKee 2008; Busse et al. 2010). Es ist das international am häufigsten umgesetzte Konzept und wurde von der WHO als Basis für ihr Rahmenkonzept zur innovativen Versorgung chronischer Erkrankungen verwendet (WHO 2002). Es bietet deshalb eine gute Basis für die Konzipierung und Beurteilung neuer Versorgungsmodelle mit Fokus auf chronische Krankheiten.

4.3 Umsetzungsbeispiele neuer Versorgungsmodelle

Im Folgenden werden als erstes Umsetzungsbeispiele neuer Versorgungsmodelle aus dem Ausland (Kapitel 4.3.1) und nachfolgend Umsetzungsansätze aus der Schweiz präsentiert (Kapitel 4.3.2). Diese fokussieren häufig nicht primär auf die Versorgung chronisch Kranker, sondern verstehen sich als umfassende Versorgungsmodelle. Anschliessend folgt im Kapitel 4.3.3 ein kurzer deskriptiver Vergleich der Modelle.

4.3.1 Umsetzungsbeispiele aus dem Ausland

Im Ausland sind Umsetzungen neuer Versorgungsmodelle teilweise schon weit verbreitet. Im Folgenden werden Umsetzungsbeispiele aus Europa (Frankreich, Deutschland, Finnland) und den USA präsentiert. Da sich die Gesundheitssysteme dieser Länder teils deutlich vom Gesundheitssystem der Schweiz unterscheiden, ist eine Übertragung dieser Modelle auf die Schweiz nur bedingt möglich.

A. Maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) in Frankreich

Die Interdisziplinären Medizinischen Versorgungszentren in Frankreich sind eine relativ neue Organisationsform, die auf die Primärversorgung und globale Versorgung der Patientinnen

und Patienten ausgerichtet sind. In den MSP arbeiten Ärztinnen und Ärzte sowie andere Gesundheitsfachpersonen. Die Versorgungszentren ermöglichen den Leistungserbringern ein besseres Gleichgewicht zwischen privatem und beruflichem Leben. Darüber hinaus bieten sie Vorteile wie erweiterte Öffnungszeiten, eine Kooperation zwischen den Professionellen, v. a. Ärztinnen/Ärzten und Pflegefachpersonen, und eine breite Palette an Versorgungsleistungen (Bourgueil 2009).

Die Reform von 2009 (Loi HPST – Hôpital, patient, santé et territoires) fördert ausdrücklich die Bildung von derartigen interdisziplinären Versorgungszentren. In Versorgungszentren wird nicht nur eine Möglichkeit zur besseren Koordination der Leistungserbringer gesehen, sondern auch ein Weg, um der Unterversorgung entgegen zu wirken - indem z.B. andersorts niedergelassene Leistungserbringer teilzeitlich in einer solchen Struktur tätig sind.

Ein Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) wird durch fünf Merkmale charakterisiert⁵:

- Patientenzentrierung: Die in einem MSP erbrachte Versorgung orientiert sich an den Bedürfnissen und Ansprüchen der Patientinnen und Patienten. Diese sollen informiert und zum Selbstmanagement ihrer Krankheiten motiviert werden.
- Umfassende Versorgung: Ein MSP soll in der Lage sein, ein Grossteil der physischen und psychischen Versorgung zu übernehmen, einschliesslich Prävention und die Behandlung chronischer Krankheiten. Dazu ist in grösseren MSP ein multi-professionelles Team nötig, wohingegen sich kleinere MSP mit entsprechenden Leistungserbringern vernetzen.
- Koordinierte Versorgung: Die Versorgung soll koordiniert sein. Die Schnittstellenproblematik zwischen den verschiedenen Leistungserbringern soll dabei besondere Beachtung erhalten. Darüber hinaus ist mit den Patientinnen und Patienten sowie deren Familien offen und klar zu kommunizieren.
- Zugang zur Versorgung: Die MSP sollen einen verbesserten Zugang zur Versorgung gewährleisten mittels erweiterter Öffnungszeiten, kurzen Wartezeiten sowie einer ständigen, zumindest telefonischen Erreichbarkeit bei Notfällen.
- Das System basiert auf Qualität und Sicherheit: In den MSP soll die Qualität laufend verbessert werden indem auf Instrumente wie evidenzbasierte Medizin, Evaluationen oder eine populationsbezogene Versorgung gesetzt wird.

Die heutige Verbreitung der MSP in Frankreich ist schwierig zu quantifizieren. Es wird davon ausgegangen, dass es zurzeit mehr als 160 MSP gibt. Gleichzeitig ist die territoriale Verteilung unterschiedlich, mit einer hauptsächlich Verbreitung im Osten Frankreichs. Schwierigkeiten ergeben sich vor allem in juristischer und finanzieller Hinsicht. Insbesondere für Pflegefachpersonen ist es aufgrund der geringen Abgeltung offenbar wenig attraktiv in einem solchen Rahmen tätig zu werden (Juillard et al. 2010).

B. Primärversorgungspraxen in Deutschland

Der deutsche Sachverständigenrat für die Entwicklung des Gesundheitswesens (2009) schlägt die Schaffung von Primärversorgungspraxen vor. Darin übernehmen Hausärztinnen und -ärzte sehr viel stärker als heute die Rolle von Koordinatoren und Moderatoren mit Letztverantwortung (siehe auch Gerlach 2009). Das Praxisteam betrachtet und betreut die Praxispopulation systematisch und als Ganzes. Dabei dürfte eine bessere Trennung von Akutversorgung und Versorgung chronisch Kranker sinnvoll sein. Der Fokus verschiebt sich auf eine nachhaltige und umfassende Versorgung einer (möglichst gesunden) Population.

Denkbar ist die Differenzierung von Akutsprechstunde, Präventionssprechstunde und Chronikersprechstunde. Insbesondere im Bereich der medizinischen Prävention (u. a. Patienten-

⁵ www.msp.groupe-galilee.fr/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-pourquoi-comment-/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-a-letranger/112-patient-centered-medical-home--la-maison-de-sante-pluridisciplinaire-des-etats-unis

schulung, Impfungen) sowie bei der Langzeitbetreuung chronisch Kranker (Monitoring diverser Messwerte) können Medizinische Fachangestellte (MFA) oder Pflegefachpersonen wichtige Aufgaben übernehmen, die heute noch zumeist von Hausärztinnen und Hausärzten übernommen werden. V. a. das Monitoring von chronisch Kranken durch Medizinische Fachangestellte mittels einfachen, hochstrukturierten und validierten Monitoringlisten hat sich in deutschen Hausarztpraxen bereits als praktikabel und effektiv erwiesen.

Eine Primärversorgungspraxis zeichnet sich konkret durch folgende Merkmale aus:

- Es wird eine vorausschauende Betreuung praktiziert.
- Die Patientinnen und Patienten sind informiert und „aktiviert“. Sie kennen ihre Rolle, haben einen Selbstmanagement-Kurs besucht und denken mit.
- Es erfolgt keine Behandlung nach Schema F, sondern eine am individuellen Risikoprofil orientierte Therapie.
- Im Hintergrund hat die Praxis eine aktuelle Wissensbasis, z.B. in Form von evidenzbasierten Praxisleitlinien.
- Die Versorgungsprozesse sind strukturiert. Es gibt definierte Schnittstellen, die Medizinischen Fachangestellten sind einbezogen. Die Frage der Letztverantwortung ist geklärt.
- Es gibt eine Ergebnismessung (sowohl auf den einzelnen Patienten bezogen wie auch auf die Gruppe aller chronischer Patientinnen und Patienten).
- Es werden verschiedene Organisationshilfen und –werkzeuge eingesetzt, die durch eine moderne Praxissoftware unterstützt werden.

Die angestrebte nachhaltige Betreuung einer definierten Population macht ein Einschreibesystem erforderlich. Die vielleicht grösste Herausforderung einer Primärversorgungspraxis mit mehreren Beteiligten ist die Bewahrung einer tragfähigen, persönlichen Arzt-Patient-Beziehung. Eine Lösung wären Kleinteams bestehend aus einem Arzt / einer Ärztin und einer Medizinischen Fachangestellten innerhalb durchaus grösserer Primärversorgungspraxen.

C. Multiprofessionelle Gesundheitszentren in Finnland

Die finnischen Gesundheitszentren differieren stark bezüglich Grösse und Leistungsangebot. In den grossen Zentren wie Helsinki sind mehrere hundert Gesundheitsfachpersonen beschäftigt, in entlegenen Gebieten werden lediglich Basis- und Notfalleistungen angeboten. Im Allgemeinen offerieren die Gesundheitszentren der Bevölkerung ein breites Spektrum an Leistungen von der Gesundheitsförderung und Prävention zu diagnostischen, kurativen und rehabilitativen Leistungen bis hin zur Palliative Care. Die Leistungen werden von einem multiprofessionellen Team erbracht, bestehend aus Allgemeinmedizinern und Pflegefachpersonen sowie weiterem Gesundheitspersonal (Laborassistierenden, Hebammen, Kinesiotherapeutinnen und -therapeuten, etc.; manchmal ergänzt durch Spezialisten wie Pädiater/innen, Gynäkologinnen/Gynäkologen oder Psychiater/innen). In der Regel verfügen die Gesundheitszentren zusätzlich über eine kleine stationäre Abteilung.

In den Gesundheitszentren herrscht ein Einschreibe- und Gatekeeper-System. In der Regel werden die Patientinnen und Patienten zuerst durch eine Pflegefachperson versorgt. Sie trifft Abklärungen, trägt die nötigen Testergebnisse zusammen und entscheidet, ob ein Arzt / eine Ärztin konsultiert werden muss. Auch Notfälle werden in der Regel von speziell geschulten Pflegefachpersonen triagiert. Sie sind darüber hinaus und z. T. gemeinsam mit den Medizinern für Schwangerschaftsberatungen, Schuluntersuchungen und arbeitsmedizinische Angebote zuständig. Weiter sind sie stark in Hausbesuche bei älteren Menschen involviert. In abgelegenen Zonen, wo es keine Ärztinnen und Ärzte gibt, übernehmen sie ärztliche Aufgaben. Seit kurzem können sie bestimmte, häufig benötigte Medikamente verschreiben (vgl. Bourgueil et al. 2006; Sax 2011).

D. Patient-Centered Medical Homes in den USA

Die "Patient-Centered Medical Homes" kurz PCMH zeichnen sich durch folgende sieben Kernelemente aus (American Academy of Family Physicians 2007).

- Persönlicher Arzt: Jeder Patient und jede Patientin hat einen persönlichen Arzt bzw. eine persönliche Ärztin. Diese/r ist in den meisten Fällen ein/e ärztliche/r Grundversorger/in, kann aber auch ein/e Spezialist/in sein.
- Ärztlich geleitete medizinische Praxis: Der Arzt oder die Ärztin leitet ein Team von Gesundheitsprofessionellen, welches als Gesamtes für die Behandlung der Patientinnen und Patienten verantwortlich ist.
- Patientenorientierung: Der Arzt bzw. die Ärztin und sein/ihr Team sind für die Versorgung des Patienten als Ganzes zuständig, auch für die Sicherstellung der Versorgung durch andere Spezialisten.
- Die Versorgung ist koordiniert bzw. integriert.
- Qualität und Sicherheit sind die entscheidenden Merkmale der PCMH.
- Verbesserter Zugang zu den PCMH wird gewährleistet durch erweiterte Öffnungszeiten, offene Termingestaltung (z.B. werden keine Termine länger als zwei Wochen im Voraus vereinbart und Personen, die z.B. vor 13:00 Uhr anrufen, erhalten am selben Tag einen Termin) oder neuen Kommunikationsformen zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin.
- Die neuen Werte müssen in der Vergütung abgebildet werden. Die Abgeltung der Leistungen muss u. a. darauf ausgerichtet sein, dass Koordinationsarbeiten und solche von nicht-ärztlichem Personal abgegolten werden.

Bei den PCMH geht es nicht um ein Disease Management Programm, in welchem der Fokus auf einer Krankheit liegt, sondern um einen ressourcenorientierten, umfassenden, ärztlich geleiteten Prozess (vgl. American College of Physicians 2006).

Seit rund fünf Jahren werden PCMH in den USA umgesetzt. Im Jahr 2009 wurden in den USA gesamthaft 94 Pilotprojekte gezählt, wovon 26 alle sieben Kernelemente der PCMH erfüllen und schon aktiv waren oder 2009 starteten (Bitton et al. 2010). Eine Übersicht über bestehende Evaluationen von PCMH zeigt, dass durch die Neuorganisation der Grundversorgung in PCMH u. a. die Qualität der Versorgung erhöht und Spitaleintritte reduziert werden konnten (Grumbach und Grundy 2010).

E. Guided-Care (USA)

Guided-Care wurde angesichts der steigenden Herausforderungen bei der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten mit chronischen und komplexen Gesundheitsproblemen entwickelt und basiert auf dem Chronic Care-Modell. Eine speziell geschulte Guided-Care-Pflegefachperson arbeitet in einer hausärztlichen Praxis in enger Zusammenarbeit mit den dortigen Hausärztinnen und Hausärzten sowie den anderen Mitgliedern des Praxisteam. Sie ist zuständig für 50 bis 60 der chronisch kranken Patientinnen und Patienten, ermittelt deren Bedürfnisse, plant die Versorgung, überwacht die Gesundheitsverfassung und schult und befähigt sie. Die Guided-Care Pflegefachperson betreut die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige auch zu Hause und arbeitet eng mit anderen Leistungserbringern und Diensten in der Gemeinde zusammen (Boult 2008).

Das Guided Care Modell wurde ab 2006 während fast dreier Jahre in acht Praxen der Region Baltimore-Washington D.C. getestet, mit über 900 Patientinnen und Patienten, 300 Pflegefachpersonen und 48 Hausärztinnen und -ärzten. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Qualität der Versorgung erhöht, die Belastung der Angehörigen verringert und die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte gesteigert werden konnte. Die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen konnte tendenziell vermindert werden. Das Guided-Care Modell gewann verschiede-

ne Preise z.B. für Programminnovation oder Case-Management Programme (vgl. www.guidedcare.org).

F. Partnerschaftliche Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten (USA)

Im Bundesstaat Washington wurde in 14 Grundversorgerkliniken eine Studie durchgeführt, ob und inwiefern depressiv erkrankte Patientinnen und Patienten mit Diabetes und/oder koronarer Herzkrankheit von einem koordinierten Care Management profitieren. Zu diesem Zweck wurden 214 Patientinnen und Patienten mittels Zufallsprinzip je zur Hälfte einer Gruppe zugeteilt, welche die Standardbehandlung erhielt, und je zur Hälfte einer Gruppe mit einem koordinierten Care Management. Dieses zeichnete sich durch eine gemeinsame Intervention der Hausärztin / des Hausarztes und einer Pflegefachperson aus, bestehend aus der Unterstützung zur Selbstversorgung und zum Selbstmanagement sowie einer Pharmakotherapie. In einer ersten Phase besuchten die Patientinnen und Patienten alle zwei bis drei Wochen die Grundversorgerklinik. Konnten die anvisierten Ziele erreicht werden, folgte anschliessend eine Phase der Nachsorge mit monatlichen Telefongesprächen. Verglichen mit der Kontrollgruppe konnten die Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe signifikant vom koordinierten Care Management profitieren, sowohl hinsichtlich medizinischer Parameter (z.B. Hämoglobin-, Cholesterin-, Blutdruckwerten oder Werte auf der Depressionsskala) wie auch in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Behandlung (Katon et al. 2010).

4.3.2 Umsetzungsansätze aus der Schweiz

Im Folgenden werden einige ausgewählte Ansätze neuer Versorgungsmodelle aus der Schweiz beschrieben. Diese unterscheiden sich zum Teil stark in Bezug auf den gewählten Interventionsraum und den Fokus. Gemeinsam ist ihnen der Versuch, mit neuen Wegen eine oder mehrere Herausforderungen der medizinischen Grundversorgung anzugehen.

A. Gesundheitszentren

Der Begriff Gesundheitszentrum steht je nach Konzeption für Einrichtungen mit relativ grossem (fach)ärztlichen Umfang, 24 Stunden Notfalldienst und Rettungswagen oder für Gemeinschaftspraxen, in welchen je nachdem auch nicht-ärztliches Personal arbeitet und neue Formen des „Skill-Mix“ zwischen ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal praktiziert werden.

Beispiele solcher Gesundheitszentren finden sich in verschiedenen Kantonen:

- Im Kanton Bern werden bestimmte **Regionalspitäler zu Gesundheitszentren** umgewandelt. Gesundheitszentrum führen hauptsächlich ambulante und teilstationäre Behandlungen durch. Sie bieten Spezialistensprechstunden an, womit ein allenfalls fehlendes ambulantes Angebot abgedeckt werden kann, stellen die Notfallversorgung sicher und übernehmen eine Triage- und Assessmentfunktion. Ein zentrales Element ist die Anbindung an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vor Ort (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2009). Beispiele solcher Gesundheitszentren sind die Spitäler Meiringen (fmi), sowie Huttwil und Niederbipp (beide SRO). Je nach Standort unterscheiden sich die in die Gesundheitszentren integrierten Leistungserbringer und die Finanzierung: In Meiringen beispielsweise beteiligten sich nach einer Anschubfinanzierung durch den Kanton Bern die Visana, die Michel-Gruppe, die Kraftwerke Oberhasli (KWO) und die Ärztekasse am Gesundheitszentrum. Im Zentrum sind auch die Spitez, drei Hausärzte, eine Diabetesberatung, eine Physiotherapiepraxis, ein chirurgisches Ambulatorium und Wohngruppen für geistig- und mehrfach behinderte Personen untergebracht.
- Daneben existieren im Kanton Bern, wie in vielen anderen Kantonen auch, weniger umfangreiche Gesundheitszentren im Sinne **erweiterter Gemeinschaftspraxen**: Beispielsweise hat in Tramelan im Berner Jura im Oktober 2011 ein „Espace santé“ seine

Türen geöffnet. Neben ärztlichen Grundversorger/innen sind darin auch eine Zahnklinik, eine Physiotherapiepraxis, die Spitex und ein Zentrum für Säuglingspflege untergebracht. Weiter beinhaltet das Gebäude Wohnungen, die den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechen, eine Tagesstätte für ältere Menschen sowie die Erweiterung des Alters- und Pflegeheims. Die Finanzierung wurde mittels einer Public Private Partnership (PPP) durch eine Pensionskasse und das Alters- und Pflegeheim sichergestellt. Ein weiteres Beispiel ist das Medizentrum in Schüpfen, welches ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungen unter einem Dach vereint (Allgemeine und Innere Medizin, delegierte Psychotherapie, Pflege, Diabetes- und Ernährungsberatung, Physiotherapie, Spezialarztprechstunde). Im Medizentrum sind die Arbeit im Angestelltenverhältnis und Teilzeitarbeit möglich und es bestehen Weiterbildungsplätze für die ärztliche Praxisassistenten.

- Die **Cité Générations**⁶ in Onex (Kanton Genf) ist eine Initiative des Ärztenetzwerks Réseau Déta und wird ein intergenerationelles und plurifunktionelles Zentrum sein, das u. a. folgende Angebote umfasst: Ein rund um die Uhr geöffnetes medizinisches Grundversorgungszentrum, eine Ausbildungsstätte für zukünftige Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und andere nicht-ärztliche Medizinalpersonen, eine Abteilung für kurze stationäre Aufenthalte sowie betreute Wohnungen. Die Cité Génération wird das Zentrum eines Netzwerks verschiedenster Leistungserbringer sein. Die institutionellen Hindernisse werden durch die räumliche Nähe ausgeglichen, indem sich alle Beteiligten im gleichen Gebäude befinden.
- Der Kanton Luzern fördert die Entwicklung von Gesundheitszentren, indem er die regionalen Entwicklungsträger damit beauftragt, den Bedarf abzuklären und die Bildung solcher Zentren aktiv zu unterstützen und zu fördern. Im **Luzerner Seetal** soll von drei Standorten aus die medizinische Grund- und Notfallversorgung gesichert werden (Hochdorf, Hitzkirch, Eschenbach). Finanziert wird das Gesundheitszentrum am Standort Hochdorf durch einen privaten Krankenversicherer und das Luzerner Kantonsspital. An den anderen Standorten sind noch Abklärungen im Gang. Die im Luzerner Seetal gewonnenen Erkenntnisse können nun in das Vorprojekt „medizinische Grundversorgung Region Luzern West“ einfließen.
- Im Val Müstair im Kanton Graubünden steht das **Gesundheitszentrum Ospidal / Spitex Val Müstair**. Das Zentrum wird von sechs Talgemeinschaften getragen. Das medizinische Angebot umfasst eine Arztpraxis und ein Akutspital mit fünf Betten, ein Notfall- und Rettungsdienst, eine Zahnarztpraxis und tropenmedizinische Beratungen. Daneben sind ein Pflegeheim und die Spitex im Gesundheitszentrum untergebracht und weitere Dienstleistungen stehen zur Verfügung wie ein Geburtszimmer, die Mütter- und Väterberatung, ein Mahlzeitendienst, eine psychologische Beratungsstelle sowie eine Praxisapotheke.

B. Gesundheitsnetz 2025

Das Gesundheitsnetz 2025 ist ein Zusammenschluss von rund 20 Organisationen aus dem Gesundheitswesen mit dem Ziel, in der Stadt Zürich die Gesundheitsversorgung in Richtung einer integrierten Versorgung weiterzuentwickeln. Gesundheitsnetz 2025 ist als Verein konstituiert, getragen durch die Mitglieder sowie die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich als Gönner. Es werden diverse Projekte durchgeführt (www.gn2025.ch):

- Elektronischer Austausch von Patientendaten.
- Kompass. Dieses Projekt bietet Menschen mit komplexen gesundheitlichen und psychosozialen Problemstellungen Krisenintervention, Beratung und Case Management.
- Leila - Leben mit Langzeiterkrankung. Das Projekt richtet sich an Personen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, sowie an deren Bezugspersonen. Diese wer-

⁶ www.sgg-ssg.ch/cms/media/compt%20rendu%2024.4.08/Schaller-Cite%20Generation%20au%20coeur%20dun%20reseau.pdf

den durch Beratung und Schulung zu Selbstmanagement, Verhaltensänderungen und günstigen Copingstrategien befähigt und werden in ihrer spezifischen Situation begleitet und unterstützt. Ein Team von drei bis vier „Chronic-Care-Berater/innen“ erbringt die Leistung als Teil der hausärztlichen Versorgung für verschiedene Partnerpraxen und Ärztenetzwerke. Für Leistungserbringer wie Spitex und Pflegeheime bietet Leila Schulung und Beratung für Fachkräfte an (Bonsack 2010).

- Notfallpraxis Waid. Der Notfallstation des Stadtspitals Waid wurde eine ambulante Notfallpraxis nebegeschaltet. Ausserhalb der regulären Praxisöffnungszeiten der Hausärztinnen und -ärzte in der Stadt Zürich wird die Notfallpraxis vom Notfalldienst der Hausärztinnen und -ärzte betrieben, zu allen anderen Zeiten von den Fachärztinnen und -ärzten des Spitals.
- Salute - Kompetente soziale Beratung von Patientinnen und Patienten in der Stadt Zürich. Salute bietet Akteuren im Gesundheitsnetz, insbesondere Hausärztinnen und -ärzten, eine wirksame Unterstützung bei der Aufrechterhaltung oder Verbesserung der sozialen Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten. Diese werden durch qualifizierte freiwillige Mitarbeiter/innen des Schweizerischen Roten Kreuzes Kanton Zürich bei der Lösung ihrer sozialen Probleme begleitet und unterstützt. Die Einsätze erfolgen in der Regel bei den Patientinnen und Patienten zu Hause und sind integriert in die etablierten Strukturen des Sozial- und Gesundheitsbereichs in der Stadt Zürich.
- SiL - Sozialmedizinische individuelle Lösungen für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen. Dieses Projekt ermöglicht Menschen mit Demenz, den Alltag möglichst lange selbst zu meistern und zu Hause zu bleiben. Die Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und ihr Umfeld, sowie relevante professionelle Akteure werden von den SiL-Mitarbeitenden begleitet und beraten.

Wie im Gesundheitsnetz Zürich stehen auch bei anderen Projekten, spezifische Fachgebiete wie die **Palliative Care** oder die **Psychiatrie** im Zentrum der Vernetzung (vgl. Lüthi 2010): Im Kanton Waadt besteht z.B. eine enge Zusammenarbeit zwischen der Spitex und den mobilen Palliative-Care-Teams und im Kanton Thurgau besteht eine Zusammenarbeit zwischen den Psychiatrischen Diensten Thurgau (PDT) und der Spitex. Ebenso gibt es innovative Projekte an der **Schnittstelle zwischen Spital und Spitex**, beispielsweise am Universitätsspital Basel.

C. Ärztenetzwerke

In der Schweiz existieren heute über 80 Ärztenetzwerke (Berchtold et al. 2010, 2012). Rund die Hälfte dieser Netze gehen verbindliche Kooperationen mit anderen (externen) Leistungserbringern ein. Sei dies mittels vertraglich geregelter Kooperationen mit Spitälern, Notfalldiensten oder Call-Centern oder mittels der Zusammenarbeit mit sogenannten „Preferred Providern“, d.h. bevorzugten Leistungserbringern, denen die Patientinnen und Patienten primär zugewiesen werden (Spezialärztinnen und -ärzte, Spitäler, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Radiologie-Institute, Labor, etc.). Alle Netze führen ein oder mehrere Elemente netzweiter Qualitätsarbeit durch wie Qualitätszirkel, Critical incident Reporting oder Behandlungsleitlinien.

Verschiedene dieser Netzwerke sind in Bezug auf die Etablierung neuer Versorgungsmodelle aktiv geworden. Im Folgenden werden zwei Projekte von Ärztenetzwerken kurz beschrieben und unter Punkt D wird ein weiteres von Ärztenetzwerken initiiertes Projekt erläutert:

- PizolCare: Um die Zusammenarbeit zwischen der Spitex und dem Ärztenetzwerk zu verbessern, hat PizolCare u. a. eine Pflegefachfrau als Spitexkoordinatorin eingestellt. Diese Spitexkoordinatorin sowie ein Arzt des Netzwerks fungieren als Bindeglied zwischen den beiden Organisationen. Die Spitexkoordinatorin ist führend bei der Entwicklung sowie der Implementierung einheitlicher und interdisziplinär geführter Arbeitspapiere (z.B. Symptomerfassung, ärztliche Verordnungen, Überweisungen), trägt die pflegerischen Aspekte in die PizolCare indem sie z.B. bei Qualitätszirkeln der PizolCare teil-

nimmt und ist die Kontaktstelle zwischen Spitex und dem Ärztenetz. Dadurch konnte das gegenseitige Verständnis verbessert sowie die Schnittstellenprobleme zwischen stationär-ambulant und Arztpraxis-Spitex verringert werden.

- Réseau Delta: Das Ärztenetzwerk Réseau Delta ist vor allem in den Kantonen Genf und Waadt aktiv, aber auch im Wallis. Zusätzlich zum zuvor beschriebenen Projekt Cité Générations ist ein Projekt in Zusammenarbeit mit Apothekerinnen und Apotheker im Aufbau betreffend die Schulung von Asthma-Patientinnen und Patienten. Im Bereich der Primärprävention besteht ein webbasierter interaktiver Health-Check-Monitor (www.mon-checkup.ch). Darüber hinaus baut das Réseau Delta in Verbier in Zusammenarbeit mit der Gemeinde Bagnes die Gruppenpraxis „Vallée Alpine“ unter Einschluss der Spitex auf. Die Gemeinde stellt die Räumlichkeiten zur Verfügung und finanziert den ärztlichen Notfalldienst.

D. Projekt Futuro

Das Projekt Futuro wurde von den Ärztenetzen mediX Bern und Zürich initiiert. Heute sind weitere Organisationen wie die FMH oder Hausärzte Schweiz involviert. Futuro fokussiert auf zwei Zielgruppen: Multimorbide, chronisch kranke Menschen, einerseits, deren Betreuung einen hohen Steuerungs- und Koordinationsaufwand verlangt sowie die „Generation Online“, andererseits, die ein steigendes Bedürfnis nach zeit- und ortsunabhängiger Beratung hat. Zu jeder dieser Zielgruppen wird ein Angebot entwickelt: Für die multimorbid, chronisch Kranken ein Hausarzt-basiertes Chronic Care Management unter Einschluss von speziell ausgebildeten Medizinischen Praxisassistentinnen und –assistenten (MPA) sowie intelligenten eHealth-Instrumenten (Futuro Betreuungsprogramm). Für die „Generation Online“ ist eine Internet-basierte Beratungs- und Service-Plattform vorgesehen (Futuro Online-Praxis). Bei beiden Ansätzen steht die hausärztliche Praxis im Zentrum. Verändert werden primär die Abläufe und die Arbeitsteilung zwischen den Leistungserbringern, insbesondere zwischen der Ärztin / dem Arzt und den MPA. Dabei verantwortet die Ärztin / der Arzt die Betreuung, koordiniert die Arbeit von Spezialisten, MPAs, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Selbsthilfegruppen und wirkt als Teamleader. Die/Der MPA ist in Chronic-Care-Management weitergebildet und berät, schult und begleitet die Patientinnen und Patienten im Auftrag und unter der Aufsicht des Arztes. Ziel ist eine bessere und effizientere Betreuung der Patientinnen und Patienten. Die Hausärztin / der Hausarzt wird durch die Effizienzsteigerung in der Hausarztpraxis entlastet, die MPAs erhalten neue Perspektiven und durch die bessere Betreuung sollen Komplikationen und Hospitalisationen vermieden werden (vgl. Zanoni et al. 2009, Zanoni 2011).

E. Disease Management Programme

In der Schweiz sind Disease Management Programme erst wenig verbreitet. Gemäss Peytremann-Bridevaux und Burnand (2009) existierten 2007 sieben Programme, die die folgenden Kriterien erfüllten: Sie zielen auf chronische Krankheiten ab, involvieren zwei oder mehr Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen (Ärztinnen/Ärzte, Pflegefachpersonen, Psychologinnen/Psychologen, Ernährungsberater/innen, etc.), sind strukturiert, dauern mindestens sechs Monate und waren im Dezember 2007 aktiv. Zielgruppe der identifizierten Programme sind Patientinnen und Patienten mit Diabetes, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Adipositas, Psychose oder Brustkrebs. Die Interventionen sind je nach Programm verschieden und umfassen u. a. Patientenschulung und Förderung des Selbstmanagements, regelmäßige Telefonkontakte, Hausbesuche, Behandlungen gemäss Richtlinien.

Ein Beispiel eines Disease Management Programms ist das kantonale Diabetesprogramm im Kanton Waadt. Das Programm wurde 2010 auf Initiative des kantonalen Gesundheitsdepartements gestartet mit dem Ziel, die Prävalenz von Diabetes zu stabilisieren sowie die durch Diabetes verursachten Komplikationen zu reduzieren. Dies soll durch die folgenden drei Massnahmen erreicht werden: Förderung der Verbreitung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils in der Gesamtbevölkerung; Verbesserung der Früherkennung von Diabetes und der damit verbundenen Risikofaktoren; Verbesserung der Behandlung und Begleitung der

Patientinnen und Patienten. Parallel dazu werden ein Instrument zur epidemiologischen Erfassung der Diabetes Kranken erstellt sowie Forschungsvorhaben und Innovationen rund um Diabetes gefördert (Canton de Vaud 2010).

Gemäss Weber (2005) fehlt vielen Versorgungsnetzen heute noch die kritische Grösse zur Entwicklung und Durchführung von Disease Management Programmen. Mit erheblichem Aufwand verbunden sind die Identifikation der in Frage kommenden Patientinnen und Patienten einerseits und die zentrale Dokumentation der aktuellen Behandlung andererseits. Peytremann-Bridevaux und Burnand (2009) sehen zusätzliche Hindernisse aufgrund der nur wenig verbreiteten Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegefachpersonen bzw. anderen Professionellen des Gesundheitswesens sowie zwischen Ärztinnen und Ärzten aus dem ambulanten und solchen aus dem stationären Sektor und nicht zuletzt auch aufgrund der 26 kantonal unterschiedlichen Gesundheitssysteme.

F. Projekte Gesundheitscoaching und EviPrev

Die Projekte Gesundheitscoaching und EviPrev zielen auf die Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in die Hausarztpraxis. Mit dem Programm „Gesundheitscoaching“ des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) wird für die ärztliche Grundversorgung ein einfaches, systematisches, auf den einzelnen Patienten abgestimmtes Präventionsprogramm angeboten. Das Programm wird zurzeit in 20 St. Galler Hausarztpraxen erprobt (www.gesundheitscoaching-khm.ch) und wurde 2011 mit dem Swiss Quality Award in der Kategorie Patienteninformation ausgezeichnet.

Im Programm „EviPrev“ werden ärztlichen Grundversorger/innen u. a. evidenzbasierte individuelle Präventionsmassnahmen bereitgestellt sowie Hilfen zur Erstellung eines individuellen Risikoprofils der Patientinnen und Patienten. Entwickelt wird das Programm von der Polyclinique Médicale Universitaire Lausanne (wissenschaftliche Grundlagen und Fortbildung) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich (praxisgerechte Umsetzung und Evaluation), der Arbeitsgruppe Prävention des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) (praxisgerechte Umsetzung), dem Kompetenzzentrum Health Network Engineering der Universität St. Gallen (Strategie eHealth und IT) und Public Health Services (Projektmanagement und Kommunikation) (Cornuz et al. 2010).

Fragen stellen sich einerseits bezüglich der Finanzierung solcher Leistungen. Diese benötigen relativ viel Zeit, werden im Tarmed jedoch nur unzureichend abgegolten. Andererseits ist fraglich, ob die Erbringung gesundheitsförderlicher und präventiver Leistungen einzig Aufgabe der Ärzteschaft ist, oder ob in diesem Bereich nicht andere Professionelle aus dem Gesundheitssektor aktiv werden könnten (vgl. Mariéthoz 2010).

4.3.3 Kurzer Vergleich der Beispiele und Ansätze

Ein Vergleich der Modelle ist insofern nur begrenzt möglich, als dass sie unterschiedliche Fokusse haben und unterschiedliche Ziele verfolgen. Während sich die einen als umfassende, integrierte Modelle für das gesamte Patientenspektrum verstehen, fokussieren andere Modelle auf spezifische Patientenpopulationen (z.B. chronisch Kranke) oder auf bestimmte Interventionen (z.B. die Prävention). Entsprechend unterscheiden sich die Modelle zum Teil stark.

Nimmt man die Leitideen neuer Versorgungsmodelle bzw. die vier Elemente des Chronic Care-Modells als Grundlage fällt auf, dass die Beispiele aus dem Ausland in der Regel mehr Leitlinien neuer Versorgungsmodelle bzw. Elemente des CCM umsetzen, als die Ansätze aus der Schweiz, d.h. sie sind umfassender. Beispielsweise ist das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten, der Einsatz von Entscheidungshilfen (z.B. evidenzbasierter Behandlungsrichtlinien) oder klinischer Informationssysteme im Ausland schon weiter verbreitet als in der Schweiz.

Allgemein wird eine verbesserte Integration und Vernetzung sowie Koordination in den Modellen nur zum Teil anvisiert oder umgesetzt. Einige Projekte (sowohl ausländische als auch schweizerische) fokussieren auf die Hausarztpraxis wie sie heute besteht und antizipieren noch zu wenig die integrierte Versorgung von Morgen. Gleichwohl gibt es auch Ansätze in der Schweiz, die eine integrierte Versorgung anstreben (z.B. bestimmte Gesundheitszentren, Gesundheitsnetz 2025) oder Elemente des CCM in ihre Modelle integrieren (z.B. Einsatz evidenzbasierter Behandlungsrichtlinien im Projekt EviPrev).

Was die Zusammensetzung der Gesundheitsteams anbelangt fällt auf, dass in einigen Modellen eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen realisiert wird. Andere setzen stark auf den Arzt / die Ärztin in der Hausarztpraxis (unterstützt durch hierarchisch unterstellte Assistenzberufe) und integrieren Pflegefachpersonen sowie Angehörige anderer, auf Hochschulstufe ausgebildeter Berufsgruppen nicht oder kaum. Dadurch wird ein wichtiger Teil spezifischer und spezialisierter Kompetenzen gerade bei der Versorgung chronisch und mehrfach Kranker nicht genutzt.

5. Neue Versorgungsmodelle für die Schweiz

5.1 Anforderungen an neue Versorgungsmodelle

Neue Versorgungsmodelle entstehen heute zumeist entweder aufgrund wahrgenommener Defizite in der Versorgung (z.B. Defizite beim Selbstmanagement, hinsichtlich der Kontinuität und Koordination der Versorgung oder Defiziten bei der Prävention) oder aufgrund wahrgenommener – auch nicht finanziellen – Gewinnmöglichkeiten (beispielsweise indem alle Arztpraxen in einer Region durch einen Investor aufgekauft oder durch die beteiligten Ärztinnen und Ärzte in einer einzigen Gesellschaft zusammengefasst werden). Dabei entstehen auch Modelle, welche von einem Teil der Arbeitsgruppe skeptisch beurteilt werden (z.B. von Versicherungen betriebene Gesundheitszentren oder Modelle, welche keine gleichwertige Zusammenarbeit der Berufsgruppen zum Ziel haben).

Die folgenden Anforderungen an neue Versorgungsmodelle sollen aus diesem Grund den Rahmen bilden, der bei der Konzeption neuer Versorgungsmodelle oder bei Anfragen um Unterstützungsleistungen beachtet werden sollte.

(1) Qualität und Patientennutzen

Durch neue Versorgungsmodelle soll eine qualitativ hochstehende, am Patientennutzen orientierte und gleichzeitig wirtschaftliche Versorgung erreicht werden. Die Qualität der Versorgung, insbesondere für chronisch Kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten, muss verbessert und/oder (Versorgungs-)Defizite müssen behoben werden. Individuelle Beziehungen zwischen den Patientinnen und Patienten sowie den Leistungserbringern müssen erhalten bleiben, da dies für den Therapieerfolg und die Effizienz wichtig ist.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen Versorgungsmodelle dem Bedarf angepasst sein (vgl. Abbildung 2, Beispiel chronisch Kranke).

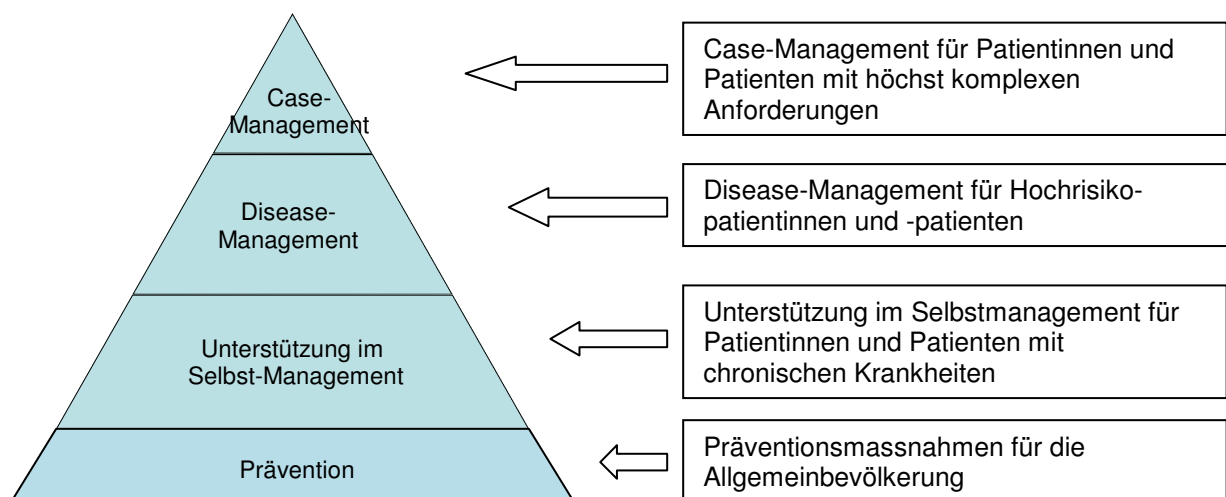


Abbildung 2: Versorgungsmodelle dem Bedarf anpassen am Beispiel chronisch Kranke (in Anlehnung an den Kaiser Permanente Triangle; vgl. auch Giger 2011)

Der Bedarf unterscheidet sich je nach **Patientenspektrum**. Geht es bei den Gesunden und nicht-chronisch Kranken v. a. um Prävention (Bewegung, gesunde Ernährung, Verzicht auf Rauchen etc.) sowie die richtige Zuweisung und Behandlung im Krankheitsfall, stellt bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten das Selbstmanagement eine grosse

Ressource dar, die heute noch zuwenig genutzt wird⁷. Dieses beinhaltet z.B. die selbständige Kontrolle und Einnahme der Medikamente oder die eigenständige Messung von Blutzucker oder Blutdruck und Weiterleitung der Ergebnisse an den zuständigen Leistungserbringer. Für Hochrisikopatientinnen und -patienten ist ein Care-Management bereitzustellen, wie es z.B. in multiprofessionellen Gesundheitszentren oder durch Disease-Management Programme möglich ist und für die rund 5% der Patientinnen und Patienten mit höchst komplexen Anforderungen bietet sich ein Case-Management an.

Der Bedarf unterscheidet sich auch je nach **geographischer Lage** der Versorgungsorganisationen. Während in städtischen Gebieten die Patientenpopulationen gross und die Anzahl und Spezialisierung der verschiedenen Gesundheitsfachpersonen relativ betrachtet hoch sind (mit entsprechend kurzen Anfahrtswegen), sind Leistungserbringer in ländlichen Gebieten vor die Herausforderung gestellt, eine qualitativ hochstehende Versorgung mit weniger vor Ort verfügbaren Ressourcen bereitzustellen.

Insbesondere in ländlichen Gebieten werden Ärztinnen und Ärzte zunehmend Schwierigkeiten haben, eine/n Nachfolger/in für ihre Einzelpraxis zu finden. Dies liegt weniger am Tätigkeitsfeld der medizinischen Grundversorgung in ländlichen Regionen, denn dieses ist aufgrund des grossen Patienten- und Krankheitsspektrums attraktiv. Vielmehr ist die Arbeit in einer Einzelpraxis sowie - je nach Abgeschiedenheit - das Leben in ländlichen Regionen für junge Gesundheitsfachpersonen weniger attraktiv.

Aus diesen Gründen sind gerade in ländlichen Gebieten Anstrengungen zur Etablierung neuer Versorgungsmodelle nötig. Durch den Zusammenschluss verschiedener Leistungserbringer an einem Ort (z.B. (Zahn)Ärzte, Pflegefachpersonen, Physiotherapie etc.) wird die Arbeit im Angestelltenverhältnis, Teilzeitarbeit und Arbeit im Team ermöglicht, was einerseits den Berufsvorstellungen junger Gesundheitsfachpersonen entspricht. Andererseits kann so die Infrastruktur optimal genutzt und Aus- bzw. Weiterbildungsplätze angeboten werden.

Werden solche Gesundheitszentren realisiert (wie dies in verschiedenen ländlichen Gebieten heute schon der Fall ist), ergeben sich in der Versorgung zwei Herausforderungen: Die längeren Anfahrtswege für die Patientinnen und Patienten und die Sicherstellung des ärztlichen Notfalldienstes⁸. Dazu müssen den lokalen Gegebenheiten angepasste Lösungen gefunden werden (z.B. ein Fahrdienst für gebrechliche Menschen, Hausbesuche durch speziell ausgebildete Pflegefachpersonen, Aufrechterhaltung bestimmter Einzelpraxen oder Satelliten, welche mit dem Gesundheitszentrum vernetzt oder Teil davon sind).

(2) Optimierung der Arbeits- und Kompetenzverteilung zwischen den Gesundheitsberufen

In neuen Versorgungsmodellen soll die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, insbesondere zwischen Ärztinnen / Ärzten und Pflegefachpersonen, verbessert und die Arbeits- und Kompetenzverteilung zwischen den Berufsgruppen optimiert werden. Grundsätzlich gilt, dass die Leistungen möglichst basisnahe und immer dort erbracht werden sollen, wo dies mit dem geringsten Ressourceneinsatz bei zumindest gleichbleibender Qualität möglich ist. Dadurch soll die Versorgung effizienter und wenn möglich in einer höheren Qualität erbracht werden. Gleichzeitig kann die Arbeitszufriedenheit und Attraktivität der betroffenen Berufe erhöht werden.

⁷ In diesem Zusammenhang ist auf das Selbstmanagementförderungs-Programm Evivo hinzuweisen (www.evivo.ch). Das Programm basiert auf dem international anerkannten, wissenschaftlich evaluierten Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) der Stanford University (USA). Chronisch Kranke lernen in Kursen, wie sie z.B. besser im Alltag mit ihrer Krankheit umgehen, ein Bewegungsprogramm zusammenstellen oder sich gesünder ernähren können. Die Kurse werden von geschulten, selbst chronisch erkrankten Personen geleitet und von interessierten Organisationen im Gesundheitswesen angeboten. Das Programm ist zurzeit in der Schweiz in der Pilotphase.

⁸ Vgl. zum ärztlichen Notfalldienst die Berichte der Arbeitsgruppe „Ärztliche Grundversorgung“ von 2006 und 2008: „Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen“, „Reorganisation ärztlicher Notfalldienst - Bewertung spezifischer Massnahmen“ und „Einheitliche Nummern für den ärztlichen Notfalldienst“ (www.gdk-cds.ch/index.php?id=847).

Damit neue Formen der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen entstehen, müssen bestehende Hierarchien aufgeweicht werden. Dies bedingt, dass Studierende auf das interprofessionelle Arbeiten vorbereitet und traditionelle berufsständische Vorstellungen modifiziert werden müssen. Die Leistungserbringer sollen schlussendlich als gleichwertige Partner mit je berufsspezifischen Kompetenzen und Verantwortungsbereichen zusammenarbeiten.

Angesichts des absehbaren Mangels an Hausärztinnen / Hausärzten *und* Pflegefachpersonen sowie angesichts der unterschiedlichen Kernkompetenzen dieser beiden Berufsgruppen macht es wenig Sinn, ärztliche Aufgaben einfach an Pflegefachpersonen zu übertragen. In der Gesundheitsliteratur finden sich jedoch viele Hinweise, dass spezialisierte Pflegefachpersonen bei der adäquaten Betreuung und Begleitung chronisch Kranker eine entscheidende Rolle spielen oder spielen können. Dabei handelt es sich v. a. um Tätigkeitsgebiete, die von den bestehenden Berufsgruppen bis anhin unzureichend abgedeckt wurden, wie die Pflege und Betreuung von älteren Menschen mit unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen oder die Stärkung der Gesundheitskompetenz bei Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen.

Welche Aufgaben an der Schnittstelle von Pflege und Medizin in Zukunft von Ärztinnen/Ärzten bzw. Pflegefachpersonen übernommen werden, muss neu überdacht und erprobt werden. Wichtig ist einerseits, dass die jeweilige Berufsgruppe die entsprechenden Kompetenzen aufweist. Andererseits müssen rechtliche Fragen, wie diejenige der Haftung bzw. Letztverantwortung geklärt werden⁹. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2011) und insbesondere deren Arbeitsgruppe „Berufsbilder“ (2007) haben in diesem Bereich wertvolle Vorarbeiten geleistet.

Skill-Mix

Unter dem Begriff „Skill-Mix“ wird im Allgemeinen die Arbeits- und Kompetenzverteilung zwischen verschiedenen Berufsgruppen verstanden, wohingegen sich der „Grade-Mix“ auf die unterschiedlichen Ausbildungsabschlüsse innerhalb einer Berufsgruppe bezieht. Konkret geht es beim Skill-Mix um die Frage, wer mit welchen Kompetenzen welche Aufgaben wahrnimmt. Die Frage des „richtigen“ Skill-Mix ist von grosser Bedeutung, da die Gesundheitsversorgung personalintensiv ist und die Versorgungsqualität stark vom Gesundheitspersonal abhängt. Ziel eines optimalen Skill-Mix ist es, die Fachpersonen entsprechend ihren Kernkompetenzen einzusetzen. Dadurch können mögliche Versorgungsdefizite abgebaut, die Qualität der Versorgung verbessert und die Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen erhöht werden (Bourgeault et al. 2008).

Das Thema, das in der internationalen Literatur zum Skill-Mix die grösste Aufmerksamkeit erlangt hat, ist die Übertragung von Aufgaben, die bislang von Ärztinnen und Ärzten übernommen wurden, an Pflegefachpersonen, sei dies durch Delegation, indem die Ärztin / der Arzt in der Verantwortung bleibt oder durch Substitution, indem die Verantwortung ebenfalls an die Pflegefachperson übergeht. Ausgelöst wurden diese Diskussionen zumeist vor dem Hintergrund eines absehbaren Mangels an ärztlichen Grundversorger/innen. Voraussetzung einer solchen Übertragung ist, dass die übernehmende Berufsgruppe die entsprechenden Kompetenzen aufweist und auch personelle Ressourcen für die Übernahme der Tätigkeiten vorhanden sind. Eine Cochrane Review¹⁰ (Laurant et al. 2009) von ausländischen Studien

⁹ In diesem Zusammenhang ist auf die parlamentarische Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ eingereicht am 16.3.2011 von Rudolf Joder verwiesen. Die Initiative will erreichen, dass die Leistungen der Gesundheit- und Krankenpflege in einen mitverantwortlichen und in einen eigenverantwortlichen Bereich aufgeteilt werden, wodurch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner künftig in der Pflege eigenständiger arbeiten und handeln können sollen.
www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20110418

¹⁰ Cochrane Reviews sind systematische Übersichtsarbeiten zu medizinischen Fragestellungen. Dabei werden systematisch all diejenigen wissenschaftlichen Arbeiten zu einem bestimmten Thema zusammengefasst, die hohen wissenschaftlichen Standards genügen.

zur Substitution von Ärztinnen und Ärzten durch Pflegefachpersonen in drei spezifischen ambulanten Versorgungssituationen (Erstkontakt und Folgekontakte der gesamten Patientenpopulation; Erstkontakt in dringlichen Situationen während oder ausserhalb der Sprechstundenzeiten; Management von chronisch Kranken) kommt zum Schluss, dass adäquat ausgebildete Pflegefachpersonen in diesen spezifischen Situationen die gleiche Qualität der Versorgung und dieselben Behandlungsergebnisse erzielen wie die Ärztinnen und Ärzte.

Erweiterte Rollen für Pflegefachkräfte werden in der Literatur zumeist unter dem Sammelbegriff „Advanced Nursing Practice (ANP)“ verortet. Darunter werden die Fähigkeiten und Fertigkeiten von „Advanced Practice Nurses“ (APN) verstanden. Advanced Practice Nurses sind akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen mit Fachkompetenzen auf Master- oder Doktorsniveaue. Sie arbeiten fachlich selbständig direkt mit Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen Versorgungsbereichen wie Spitälern, Pflegeheimen, Spitex oder gemeindenahen Praxen.

Advanced Practice Nurses finden sich heute in verschiedenen Ländern wie den USA, Kanada, UK, Irland, den Niederlanden oder den skandinavischen Ländern. Zu den Tätigkeiten gehören je nach Land und Ausgestaltung die Prävention, Diagnostik oder Behandlung von definierten Krankheitsbildern, inkl. der Verschreibung bestimmter Medikamente (z.B. UK, Schweden oder Finnland). Es erfolgt eine Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder oder Patientengruppen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, S. 143; Delamaire und Lafortune 2010).

In der Schweiz offeriert die Universität Basel seit 2000 in ihrem pflegewissenschaftlichen Masterstudium einen Lehrplan für „Advanced Nursing Practice“. Bis heute haben mehr als 100 Absolventinnen und Absolventen ihren Master of Science in Nursing erhalten und sind mehrheitlich als APNs berufstätig. Daneben bieten einerseits die Universität Lausanne zusammen mit der Fachhochschule Westschweiz und andererseits die Fachhochschulen Bern, Zürich und St. Gallen gemeinsam ein pflegewissenschaftliches Masterstudium an. Weiter ist die Interessengemeinschaft ANP daran, Grundlagen für ANP-Tätigkeiten zu erarbeiten (www.swiss-anp.ch).

(3) Optimierung der Arbeitsbedingungen

In neuen Versorgungsmodellen sollen Arbeitsbedingungen herrschen, die zeitgemäss und attraktiv für die darin tätigen Gesundheitsfachpersonen sind. Dies bedingt die Möglichkeit zur Arbeit im Angestelltenverhältnis, zur Teilzeitarbeit und Arbeit im (interprofessionellen) Team. Gleichzeitig soll sich der administrative Aufwand für die Gesundheitsfachpersonen in Grenzen halten.

Aufgrund dieser Anforderungen wird es in Zukunft vermehrt weniger aber grössere Gesundheitszentren (bzw. Praxen) geben. Daraus ergeben sich auch Vorteile aufgrund der Kostenersparnisse, welche durch die gemeinsame Nutzung der Infrastruktur resultieren und die administrativen Arbeiten können von entsprechend ausgebildeten Personen übernommen werden. Die Patientinnen und Patienten profitieren von ausgedehnten Öffnungszeiten, Ferienvertretungen in der gewohnten Praxis und abgestimmten Leistungen.

(4) Bereitschaft der Versorgungsorganisation zur Aus- und Weiterbildung sowie zur Evaluation

Zur Sicherung ihres Nachwuchses sollen sich die Versorgungsorganisationen in der Aus- und Weiterbildung junger Gesundheitsfachpersonen engagieren. Sei es, indem sie z.B. Praktikumsplätze für Pflegefachpersonen oder Medizinstudierende anbieten oder Stellen für die ärztliche Praxisassistenten. Dadurch können sie sich auch als attraktive Arbeitgeber positionieren.

Werden neue Versorgungsorganisationen aufgebaut, sollen die gesetzten Ziele systematisch überprüft werden (Evaluation). Dadurch soll einerseits die Qualität der Versorgung

überprüft und verbessert werden. Andererseits kann so auch ein Wissen darüber geschaffen werden, welche Versorgungsorganisation sich für welche lokalen Gegebenheiten (urban/rural) anbietet, wo Schwierigkeiten beim Aufbau neuer Versorgungsmodelle liegen und welche Förderungsfaktoren für den Erfolg wichtig sind.

5.2 Verbesserung der Rahmenbedingungen

Um in der Schweiz die Entstehung, Weiterentwicklung und Verbreitung neuer Versorgungsmodelle zu ermöglichen, müssen Rahmenbedingungen herrschen, die neue Versorgungsmodelle nicht behindern, sondern begünstigen. Insbesondere in vier Bereichen sieht die Arbeitsgruppe Handlungsbedarf:

- **Risikoausgleich**

Damit neue Versorgungsmodelle entstehen können, die sich auf chronisch Kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten spezialisieren und ohne staatliche Mittel existieren können, ist eine Verbesserung des Risikoausgleichs unumgänglich.

Da mit neuen Versorgungsmodellen Spitalaufenthalte und Pflegeheimweisungen möglichst minimiert werden sollen, genügt das Kriterium eines Spital- oder Pflegeheimaufenthaltes im Vorjahr nicht (wie dies mit der Inkraftsetzung der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 der Fall sein wird) und könnte sogar kontraproduktive Wirkung entfalten. Der Risikoausgleich muss deshalb primär in Richtung eines morbiditätsbasierten Risikoausgleichs verfeinert werden. In diesem Sinne wird der Bericht des Bundesrates „Einbezug eines weiteren Morbiditätsfaktors in den Risikoausgleich“¹¹ und die darin vorgeschlagene Verfeinerung des Risikoausgleichs durch den Einbezug des Medikamentenbedarfs, begrüsst.

- **Finanzierung**

Das heutige Tarifsystem ist nicht auf eine integrierte Versorgung abgestimmt. Ambulante *ärztliche* Leistungen werden heute über den Einzelleistungstarif Tarmed abgerechnet. Dieser ist auf die Einzelpraxis ausgerichtet und enthält nur ganz wenige Leistungen, welche durch nichtärztliches Personal innerhalb der Praxis erbracht und über Tarmed abgerechnet werden können. Ambulante *pflegerische* Leistungen (Spitexleistungen) müssen, damit sie von den Krankenkassen vergütet werden, ärztlich verordnet sein und werden pro Stunde abgerechnet, mit je einem anderen Stundenbetrag für Grundpflege, Untersuchung und Behandlung sowie Bedarfsabklärung und Beratung, wobei heute erst wenige Patientenschulungen und -beratungen Richtung Selbstmanagement verordnet werden. Dieser Zeittarif erlaubt nur die Verrechnung der unmittelbar beim Patienten / bei der Patientin aufgewendeten Zeit. Die Wegzeiten sowie Zeiten für Abklärungen oder Einsatzdispositionen können nicht verrechnet werden.

Sowohl der Tarmed Tarif, wie auch die Beschränkungen bei den Leistungen und der verrechenbaren Zeit bei der Spitex sind ihrer heutigen Form kaum zur Förderung einer integrierten Versorgung geeignet. Neue Versorgungs- und Leistungsformen wie z.B. Koordinationsleistungen¹², die Entwicklung intelligenter und praxistauglicher Lösungen im Bereich von Informations- und Kommunikationstechnologien oder die Erprobung neuer Formen der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen können nicht adäquat abgerechnet werden. Darüber hinaus werden weder die volkswirtschaftlichen Gesamt-

¹¹ Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 07.3769 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 9. November 2007 (www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=de)

¹² Per 1.1.2012 ist eine Anpassung von Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV erfolgt. Neu gehört die Koordination der Pflegemassnahmen zu den abrechenbaren Pflegeleistungen (Art. 7 Abs. 2. Bst. a Ziff. 3).

kosten noch die Qualität und Effizienz berücksichtigt, sondern die Kosten einzelner Leistungen, wodurch Fehlanreize gesetzt werden.

Aus diesem Grund sind Finanzierungsmodelle unabdingbar, welche die Entstehung und Ausbreitung neuer Versorgungsmodelle und neuer Zusammenarbeitsformen zwischen den Berufsgruppen nicht behindern, sondern sie mittels richtig gesetzten Anreizen fördern. Massstab für das Finanzierungssystem sollten Qualität, Effizienz und volkswirtschaftliche Gesamtkosten sein. Dies bedingt einerseits einen verbesserten Risikoausgleich. Andererseits müssen die Vergütungssysteme den neuen Kompetenz- und Aufgabenverteilungen sowie den neuen Aufgabengebieten (z.B. Prävention, Schulung der Patientinnen und Patienten im Selbstmanagement) angepasst werden. Zudem ist die Finanzierung von Koordinationsleistungen sowie unterstützender Hilfsmittel, wie z.B. die Entwicklung intelligenter IT-Tools sicherzustellen. Sind dazu Anpassungen der gesetzlichen Bestimmungen nötig, müssen diese an die Hand genommen werden.

- **Aus- und Weiterbildung**

Angesichts des wachsenden Anteils chronisch Kranker und älterer Menschen sowie dem wachsenden Stellenwert der interprofessionellen Zusammenarbeit sind neue Kompetenzen für das Gesundheitsfachpersonal gefordert (vgl. Giger und De Geest 2008; WHO 2005; Frenk et al. 2010). Ganz generell werden die Patientenorientierung sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern an Bedeutung gewinnen. Spezifische Kompetenzen werden z.B. vermehrt in der Patientenschulung, dem Arbeiten mit Behandlungsrichtlinien oder im Chronic Care Management nötig sein. Entsprechend müssen die Curricula aller Gesundheitsberufe laufend den neuen Herausforderungen, d.h. dem zukünftigen Bedarf, angepasst werden. Diese Anpassung der Curricula auf allen Ebenen erfordert ein grosses Engagement der Bildungsinstitutionen im Gesundheitswesen.

Zur Förderung der zunehmend erforderlichen Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen ist interprofessionelles Lernen zu ermöglichen (vgl. auch Arbeitsgruppe „Berufsbilder“ der SAMW 2007). In der Schweiz sind sowohl in der Deutschschweiz wie auch in der Romandie aktuell verschiedene Projekte zum interprofessionellen Lernen von Ärztinnen/Ärzten und Pflegefachpersonen schon umgesetzt, in Planung oder entsprechende Überlegungen sind im Gang (z.B. interprofessionelle Module zwischen dem Careum Bildungszentrum und der medizinischen Fakultät der Universität Zürich einerseits, dem Careum Bildungszentrum, Careum F+E und der medizinischen Fakultät der Universität Zürich andererseits, ein Projekt zwischen der Berner Fachhochschule und der Universität Bern und eines zwischen dem Berner Bildungszentrum Pflege und der Universität Bern oder eine Arbeitsgruppe im Kanton Waadt bestehend aus Vertretern der Universität Lausanne, der kantonalen Fachhochschule Waadt für Gesundheit, der Fachhochschule für Gesundheit „La Source“ und dem CHUV. Ebenso wird in einer Zusammenarbeit zwischen der medizinischen Fakultät der Universität Genf und der Genfer Fachhochschule an der Entwicklung neuer Masterstudiengänge gearbeitet, die von verschiedenen Gesundheitsberufen besucht werden können). Die erst in Planung befindlichen Projekte sollten umgesetzt und das interprofessionelle Lernen zwischen den Berufsgruppen in den Regelunterricht integriert werden.

- **Forschung, Wissenstransfer und fachliche Unterstützung**

Damit evidenzbasierte Aussagen über den Nutzen und Erfolg neuer Versorgungsmodelle und Behandlungsstrategien gemacht werden können, muss die Versorgungsforschung in der Schweiz auf- und ausgebaut werden¹³. Das aus dieser Forschung resultierende Wissen muss den am Aufbau neuer Versorgungsmodelle Interessierte zugänglich gemacht

¹³ In diesem Sinne ist das von der Bangerter-Stiftung und der SAWM lancierte Förderprogramm „Versorgungsforschung im Gesundheitswesen“ (2012-2016) sehr zu begrüssen.

und den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen und der Öffentlichkeit vermittelt werden.

Gleichzeitig sollte ein Erfahrungs- und Informationsaustausch zu innovativen Versorgungsmodellen sowie zu den Hinderungs- und Erfolgsfaktoren solcher Modelle in Gang gesetzt werden. Auf diese Weise werden ein gemeinsames Lernen und die Verbreitung innovativer Modelle unterstützt.

Häufig fehlt Leistungserbringern mit innovativen Ideen für neue Versorgungsmodelle spezifisches Wissen zu Management, Finanzen und/oder rechtlichen Fragen. Eine konkrete qualifizierte Beratung könnte hier Unterstützung bieten. Auf Ärztinnen und Ärzte bzw. Ärztenetzwerke ausgerichtete Unterstützungsangebote existieren heute schon (z.B. FMHservices, Argomed Ärzte AG oder MedSolution AG). Für innovative Modelle an der Schnittstelle zwischen den Berufsgruppen sind jedoch in der Schweiz keine Angebote bekannt.

5.3 Rolle der Akteure für den weiteren Prozess

Um eine zukunftsgerichtete ambulante Versorgung zu erreichen müssen innovative Lösungsansätze in der Praxis entstehen. Dazu sind einerseits die Leistungserbringer gefordert, andererseits aber auch Akteure, welche für die Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen und/oder für Unterstützungsleistungen verantwortlich zeichnen wie Bund, Kantone, Tarifpartner, Berufsverbände oder Bildungsinstitutionen.

Der **Bund** soll in seiner Rolle als zuständige Bildungsbehörde auf zukunftsweisende Curricula oder Abschlusskompetenzen der Gesundheitsfachpersonen hinwirken, damit heute Personen ausgebildet werden, die dem künftigen Bedarf entsprechen.

Der Bund soll überdies den absehbaren Wandel in der medizinischen Grundversorgung im Rahmen seiner Möglichkeiten begleiten und unterstützen. In diesem Zusammenhang wird im Rahmen der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ eine Themengruppe „Interprofessionalität in der Aus- und Weiterbildung“ geschaffen werden, in welcher aufgezeigt werden soll, wo die Handlungsfelder und Schnittstellen zwischen den Bildungsgängen der verschiedenen Gesundheitsberufe bestehen, welche Inhalte und Kernkompetenzen gemeinsam vermittelt werden könnten und wo Ansätze für interprofessionelle Bildungsmodule bestehen. Ganz generell soll der Bund auf Rahmenbedingungen hinwirken, welche innovative Versorgungsmodelle in der ambulanten Praxis fördern.

Je nach Ausgang der verschiedenen hängigen politischen Geschäfte¹⁴ werden sich die Kompetenzen und Einflussbereiche des Bundes eventuell verändern. Möglichkeiten zur Förderung neuer Versorgungsmodelle bestünden z.B. im Rahmen einer Vollzugsverordnung der Managed Care Vorlage.

Die **Kantone** sollen im Rahmen ihrer Zuständigkeit zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung innovative Versorgungsmodelle wo nötig mit Know-how und finanziellen Mitteln in ihrer Startphase unterstützen (je nachdem in Zusammenarbeit mit Bund und Gemeinden). Gerade in ländlichen Gebieten kann eine solche Unterstützung – ev. in Zusammenarbeit mit den betroffenen Gemeinden – aus Versorgungssicht nötig sein.

¹⁴ Z.B. die in Fussnote 6 erwähnte parlamentarische Initiative von Rudolf Joder, die Managed Care Vorlage, die Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ bzw. der entsprechende Gegenvorschlag oder die parlamentarische Initiative „Impulsprogramm zur Modernisierung der ambulanten medizinischen Versorgungsstrukturen“ eingereicht von Jacqueline Fehr am 18.3.2011. Ziel dieser Initiative ist die Ausarbeitung gesetzlicher Grundlagen die es dem Bund ermöglichen, die Modernisierung der ambulanten medizinischen Versorgungsstrukturen finanziell zu unterstützen

(www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20110425).

Die parlamentarische Initiative „Tarmed. Subsidiäre Kompetenz des Bundesrates“ wiederum fordert, dass der Bundesrat Anpassungen an der Tarifstruktur festsetzen kann, wenn sich die Struktur nicht mehr als sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können

(www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20110429).

Die Kantone sollen Rahmenbedingungen schaffen, welche für die Entstehung neuer Versorgungsmodelle förderlich sind (z.B. Aktiengesellschaften als Praxisform ermöglichen wo dies heute noch nicht möglich ist oder Vereinheitlichung der Berufsausübungsbewilligungen zwischen den Kantonen). Wo erforderlich, sollen kantonsübergreifende Lösungen angestrebt werden. Als Universitätsträger sollen die Kantone darauf hinwirken, dass die Gesundheitsausbildungen dem künftigen Bedarf angepasst werden.

Die **GDK** soll einen Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen den Kantonen zu neuen Versorgungsmodellen in Gang setzen.

Im Rahmen des **Dialogs Nationale Gesundheitspolitik** soll der absehbare Änderungsprozess im ambulanten Sektor begleitet, unterstützt und mögliche Unterstützungsleistungen zwischen Bund und Kantonen abgestimmt werden.

Die **Tarifpartner** (Versicherer und Leistungserbringer) sollen Möglichkeiten schaffen, damit zukunftsgerichtete Versorgungsformen auf eine sichere finanzielle Basis gestellt werden können und nicht abhängig von Beiträgen der öffentlichen Hand sind. Konkret sollen zukunftsgerichtete Tätigkeiten wie Koordinationsleistungen, präventive Hausbesuche oder Patientenschulungen adäquat abgerechnet und die Entwicklung intelligenter IT-Tools finanziert werden können. So sollen Anreize für neue Versorgungsformen einschliesslich einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachpersonen geschaffen werden. Wo nötig, müssen die gesetzlichen Grundlagen entsprechend angepasst werden.

Die **Bildungsinstitutionen** sollen die Aus- und Weiterbildungen den neuen Herausforderungen anpassen (indem z.B. interprofessionelles Lernen ermöglicht wird) und falls nötig, neue Aus- und Weiterbildungsgänge schaffen. Letztere müssen in Einklang mit der Schweizer Bildungssystematik Gesundheit stehen¹⁵. Grundsätzlich geht es darum, heute Personen auszubilden, welche künftig in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen eine optimierte Versorgung chronisch Kranker sicherstellen können.

Die **Berufsverbände** sollen sich insbesondere bei den Diskussionen zu den künftigen Rollen der jeweiligen Berufsgruppen und den möglichen Zusammenarbeitsformen (wer macht was? wer ist verantwortlich?) einbringen und dabei eine zukunftsgerichtete Vision der Gesundheitsversorgung einnehmen.

Die verschiedenen **Leistungserbringer** sollen in ihrer Region gemeinsam zukunftsgerichtete Versorgungsorganisationen aufbauen. Darin sollen einerseits Arbeitsbedingungen herrschen, die attraktiv für junge Leistungserbringer in der medizinischen Grundversorgung sind (z.B. Möglichkeit zur Arbeit im Angestelltenverhältnis, zur Teilzeitarbeit und Teamarbeit). Andererseits sollen diese Versorgungsorganisationen genügend Aus- und Weiterbildungsplätze bereitstellen.

Damit eine Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen und somit eine optimierte Versorgung möglich wird, müssen die Leistungserbringer Versorgungsteams bilden, in deren Zentrum der Patient / die Patientin steht. Entsprechend muss dem Aspekt der interdisziplinären Teambildung besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Die Teamarbeit wird erleichtert, wenn die verschiedenen Teammitglieder Teil einer Organisation sind. Ansonsten muss der Arbeit an den Schnittstellen besondere Aufmerksamkeit zuteil werden.

Die Leistungserbringer sollen die **Patientinnen und Patienten** als wichtige und potente Partner der künftigen Gesundheitsversorgung anerkennen. Gemäss WHO (2002, S. 46) sind die Patientinnen und Patienten sowie deren Umfeld (Familie, Freunde, Nachbarn) die am stärksten unterbewertete Ressource im Gesundheitswesen. Wenn Patientinnen und Patienten ihr tägliches Verhalten langfristig gesundheitsförderlicher ausgestalten und sich an die festgelegten Therapien halten, kann die Lebens- und Versorgungsqualität stark erhöht werden.

¹⁵ www.odasante.ch/de/03_hoehere-berufsbildung/pdf/Bildungssystematik%2002.10.jpg

6. Schlussfolgerungen

Die Arbeitsgruppe kommt aufgrund ihrer Diskussionen zu den folgenden drei zentralen Schlussfolgerungen:

- (1) Die Zukunft der ambulanten medizinischen Versorgung liegt in neuen Versorgungsmodellen. Dadurch soll eine qualitativ hochstehende, am Patientennutzen orientierte und gleichzeitig wirtschaftliche und basisnahe Versorgung erreicht werden, die den künftigen Herausforderungen gewachsen ist (z.B. demographische Alterung und Zunahme chronischer Erkrankungen). In neuen Versorgungsmodellen muss die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen verbessert und die Arbeits- und Kompetenzverteilung optimiert werden. Neben Verbesserungen beim Ressourceneinsatz kann dadurch die Attraktivität der Berufe gesteigert werden. In neuen Versorgungsmodellen müssen Arbeitsbedingungen herrschen, die zeitgemäss und attraktiv für die darin tätigen und für angehende Gesundheitsfachpersonen sind (z.B. Möglichkeit zur Arbeit im Angestelltenverhältnis, zur Teilzeitarbeit und Arbeit im Team). Schliesslich müssen sich die neuen Versorgungsorganisationen zur Sicherung ihres Nachwuchses in der Aus- und Weiterbildung engagieren.
- (2) Damit in der Schweiz neue Versorgungsmodelle entstehen und sich verbreiten, müssen einerseits Rahmenbedingungen geschaffen werden, die solche Initiativen nicht behindern, sondern begünstigen. Dazu ist ein morbiditätsbasierter Risikoausgleich erforderlich, ein Finanzierungssystem, das sich am Massstab von Qualität, Effizienz und volkswirtschaftlichen Gesamtkosten orientiert und den neuen Kompetenz- und Aufgabenverteilungen gerecht wird, sowie eine Aus- und Weiterbildung, mittels welcher heute Professionelle ausgebildet werden, die den künftigen Herausforderungen gewachsen sind, beispielsweise in der Versorgung chronisch Kranker. Diese Investitionen in die Aus- und Weiterbildung (z.B. die Anpassung der Curricula) müssen heute vorgenommen werden, damit in Zukunft davon profitiert werden kann.

Andererseits müssen innovative Projekte wo nötig in ihrer Startphase durch die Kantone mit Know-how und finanziellen Mitteln unterstützt werden (je nachdem in Zusammenarbeit mit anderen Partnern wie den Leistungserbringern und deren Verbänden, dem Bund und Gemeinden¹⁶).

- (3) Die Versorgungsforschung muss in der Schweiz auf- und ausgebaut werden. Nur so können aussagekräftige Qualitätsindikatoren für die ambulante Praxis entwickelt und neue Versorgungsmodelle adäquat und mit jeweils denselben Parametern evaluiert werden. Der vergleichenden Wirksamkeitsforschung (Comparative Effectiveness Research) kommt dabei eine wachsende Bedeutung zu, indem Nutzen und Risiken alternativer Methoden zur Prävention, Diagnostik, Behandlung oder Steuerung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Praxis verglichen werden. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten, Leistungserbringern, Versicherern und politischen Entscheidungsträgern relevante Grundlagen für ihre Entscheidungen betreffend der Gesundheitsversorgung (individuell und Bevölkerungsbezogen) zu liefern.

¹⁶ In diese Richtung geht die Idee eines Fonds zur Unterstützung des Strukturwandels von der Einzelpraxis zu Gesundheitszentren, welcher durch Kantone, Bund und die Ärzteschaft geüffnet würde.

7. Literaturverzeichnis

American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians and American Osteopathic Association (2007). „Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home“.

American College of Physicians (2006). „The Advanced Medical Home: A Patient-Centered, Physician-guided Model of Health Care“. Philadelphia: American College of Physicians.

Arbeitsgruppe „Berufsbilder“ der SAMW (2007). „Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis“. Schweizerische Ärztezeitung 88(46):1942-1952.

Berchtold, P. (2007). „Mehr Qualität und Patientensicherheit - Managed Care als Schlüsselfaktor“. PrimaryCare, 7(18-19): 317-318.

Berchtold, P., Peier, C. & Peier, K. (2010). „Ärztinnen in der Schweiz 2010 - auf dem Sprung zu Integrierter Versorgung“. Schweizerische Ärztezeitung, 91(33): 1222-1224.

Berchtold, P., Schmitz, C. & Maier, J. (2012). „Guidelines in Schweizer Ärztenetzen. Entwicklung und Bedeutung“ (Obsan Bericht 51). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Bitton, A., Martin, C. & Landon, B. E. (2010). „A Nationwide Survey of Patient Centered Medical Home Demonstration Projects“. Journal of General Internal Medicine, 25(6): 584-592.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H. & Grumbach, K. (2002). „Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness“. Journal of the American Medical Association, 288(14): 1775-1779.

Bonsack, S. (2010). „Leila – Leben mit Langzeiterkrankung. Begleitung, Beratung und Schulung. Ein Projekt im Gesundheitsnetz 2025. Projektbeschreibung“. Stadt Zürich, Städtische Gesundheitsdienste.

Boult, C., Karm, L. & Groves, C. (2008). „Improving Chronic Care: The "Guided Care" Model“. The Permanente Journal, 12(1): 50-54.

Bourgeault, I. L., Kuhlmann, E., Neiterman, E. & Wrede, S. (2008). „How Can Optimal Skill Mix be Effectively Implemented and Why?“. Copenhagen: WHO.

Bourgueil, Y., Marie-Caroline, C., Pierre-Emmanuel C., Mousquès J. & Pierre A. (2009). „Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne“. Question d'économie de la santé, 147.

Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousquès, J. (2006). „Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes“. Paris: IRDES.

Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D. & Zentner, A. (2010). „Tackling Chronic Disease in Europe - Strategies, Interventions and Challenges“. WHO.

Canton de Vaud, Service de la Santé Publique (2010). „Programme Cantonal Diabète“. Heruntergeladen am 25.01.2011 von:

www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/Diabete/fichiers_pdf/Programme_cantonal.pdf

Cornuz, J., Rodondi, N., Opelt, R., Zoller, M., Durrer, D., Tschirky, E. & Biedermann A. (2010). „EviPrev, ein Programm zu Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis“. Schweizerische Ärztezeitung 91(3):60-63.

Delamaire, M.-L. & Lafortune, G. (2010). „Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Countries“. OECD Working Paper No. 54.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al. (2010). „Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World“. The Lancet, 376: 1923-1958.

GDK / OdASanté (2009). „Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene“.

Gerlach, F. M. (2009). „Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug“. Folienpräsentation vom 15.09.2009, heruntergeladen am 29.10.2010 unter:

www.svr-gesundheit.de/Startseite/Symposium2009/Gerlach.pdf

- Gerlach, F. M., Beyer, M., Saal, K., Peitz, M. & Gensichen, J. (2006). „Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker - Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung“. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 100: 345-352.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2009). „Konzept Gesundheitszentren“. Unveröffentlichtes Dokument.
- Giger, M. & De Geest S. (2008). „Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt“. Schweizerisch Ärztezeitung 89(43):1839-1843.
- Giger, M. (2011). „Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt“. Heimspiel 2: 12-13.
- Grumbach, K. & Grundy, P. (2010). „Outcomes of Implementing Patient Centered Medical Home Interventions: A Review of the Evidence from Prospective Evaluation Studies in the United States“. Washington D.C.: Patient-Centered Primary Care Collaborative.
- Juilhard, J.-M., Crochemore, B., Toubia, A. & Vallancien, G. (2010). „Le bilan des maisons et des pôles de santé et le proposition pour leur déploiement“. Rapport à la demande de Mme. Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, Mme Fadela Amara, Secrétaire d'Etat à la Politique de la Ville et Monsieur Hubert Falco, Secrétaire d'Etat à l'Aménagement du Territoire.
- Katon, W. J., Lin, E. H. B., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., et al. (2010). „Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses“. New England Journal of Medicine, 363: 2611-2620.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. & Sibbald, B. (2009). „Substitution of Doctors by Nurses in Primary Care“. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4, Art. No.: CD001271.
- Mariéthoz, E. (2010). „Financement des prestations de prévention dans les cabinets de médecins“. Unveröffentlichtes Dokument des GDK-Zentralsekretariats vom 6.4.2010.
- Nolte, E. & McKee, M. (Eds.). (2008). „Caring for People with Chronic Conditions. A Health System Perspective“. Maidenhead: Mc Graw Hill / Open University Press.
- Obsan (2008). „Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030“. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- OECD/WHO (2006). „OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz“, OECD Publishing.
- OECD/WHO (2011). „OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011“, OECD Publishing.
- Peytremann-Bridevaux, I. & Burnand, B. (2009). „Inventory and Perspectives of Chronic Disease Management Programs in Switzerland: an Exploratory Survey“. International Journal of Integrated Care, 9(4):1-8.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“. Gutachten 2007.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“. Sondergutachten 2009.
- Sax, A. (2011). „Gesundheitsversorgung als öffentliche Aufgabe“. Schweizerische Ärztezeitung 91(35): 1349-1351.
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M. M., Pierson, R. & Applebaum, S. (2010). „How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries“. Health Affairs Web First, Nov. 18, 2010.
- Schoen, C., Osborn, R., How, S. K. H., Doty, M. M. & Peugh, J. (2008). „In Chronic Condition: Experiences of Patients with Complex Health Care Needs, in eight Countries, 2008“. Health Affairs, 28(1): w1-w16.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2011). „Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden. Bericht und Kommentar“. SAMW.
- Sturny, I. & Camenzind, P. (2011). „Erwachsene Personen mit Erkrankungen - Erfahrungen im Schweizer Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Auswertung des International Health Poli-

cy Survey 2011 des Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)“ (Obsan Dossier 18). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

WHO (2002). „Innovative Care for Chronic Conditions. Building Blocks for Action“. Copenhagen: World Health Organization.

WHO (2005). „Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century. The Challenge of Chronic Condition“. Geneva: World Health Organization.

Wagner, E. H. (1998). „Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?“ *Effective Clinical Practice*, 1(1): 2-4.

Weber, A. (2005). „Case und Disease Management im Ärztenetz“. *Managed Care* 3:8-11.

Zanoni, U., Weber, A., Wirthner, A., Huber, F. & Steurer-Stey, C. (2009). „mediX Futuro: für eine zukunftsfähige Hausarztmedizin“. *Schweizerische Ärztezeitung*, 90(37): 1414-1416.

Zanoni, U. (2011). „Chronic Care Management: Bahn frei für ein neues Betreuungsmodell“. *Schweizerische Ärztezeitung*, 92(46): 1782-1783.