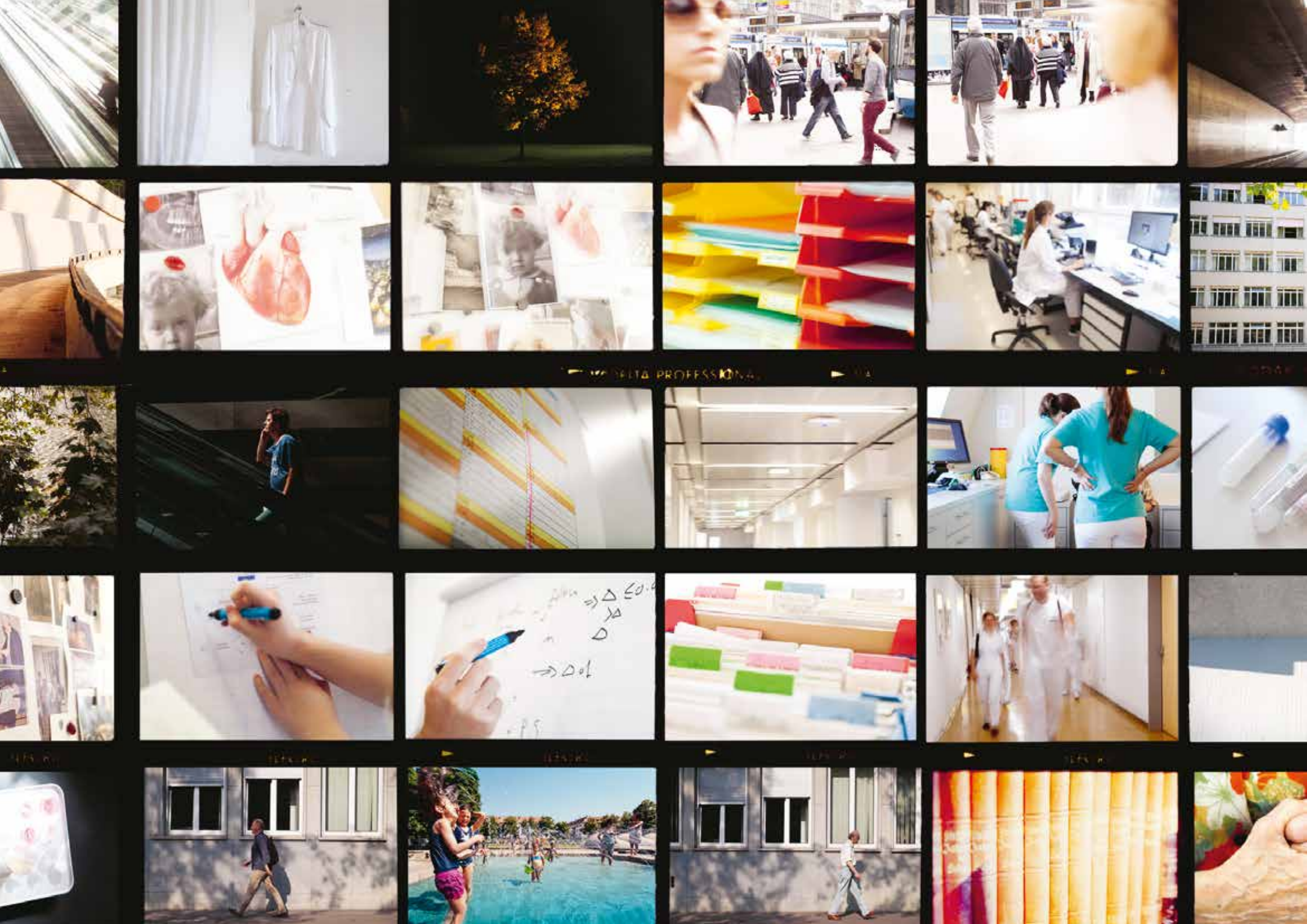


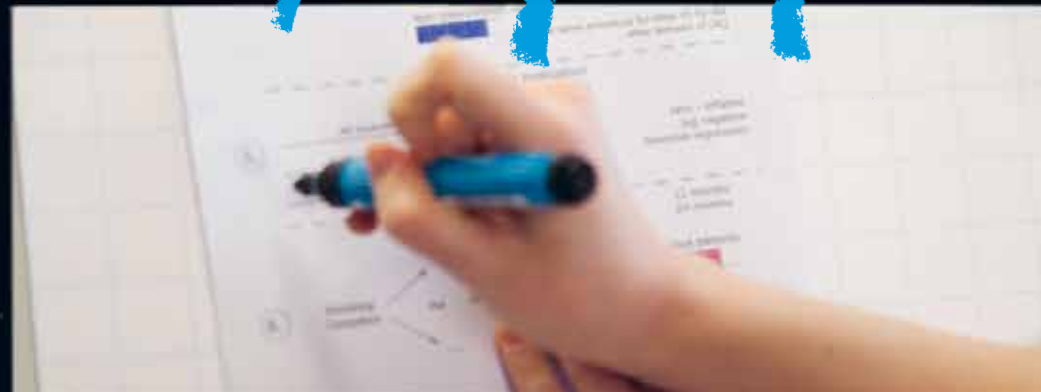
Programmfazit

Grundlagen einer «smarten»
Gesundheitsversorgung der Zukunft





Vorwort	5
Executive Summary	6
1. Das Versorgungssystem muss smarter werden	10
2. Der Einbezug von Patientinnen und Patienten mit ihrem ganzen Lebenskontext wird wichtiger	14
3. Das Netzwerk der Versorgung stärken	20
4. Gute Entscheidungsgrundlagen für jene, die das Gesundheitssystem gestalten	28
5. Ausblick: Wie geht es nun weiter?	32
Die Synthesis Working Papers des NFP 74	34
Die 34 Projekte des NFP 74	36



Vorwort

Weltweit sind die Betreuung und Unterstützung von Menschen mit chronischen Krankheiten eine grosse Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. Das gilt auch und in besonderem Mass für die Schweiz. Seit Jahren müssen wir immer stärker patientenorientierte Lösungen für die oft komplexe Versorgung dieser Patientinnen und Patienten finden. Das Nationale Forschungsprogramm NFP 74 «Gesundheitsversorgung» – englisch «Smarter Health Care» – leistet hierzu wertvolle Beiträge.

Das Programm umfasste 34 Projekte im Bereich der Versorgungsforschung. Diese untersuchten verschiedenste Settings und Aspekte des Schweizer Gesundheitswesens, von der Betreuung chronisch kranker Menschen zu Hause bis zu Rehabilitation und Akutspital, von der Erforschung der bestmöglichen individuellen Therapie bis zu überregionalen Koordinationsfragen. Die grosse Mehrheit dieser Projekte wurde von interdisziplinären Teams aus Forschenden sowie Fachpersonen aus medizinischen und sozialen Diensten durchgeführt. Sie fanden unter realen Bedingungen statt und bezogen Umsetzungsfragen systematisch mit ein. Dazu zählt nicht zuletzt der bereits während der Projektphase kontinuierlich gepflegte Austausch mit jeweils wichtigen Anspruchsgruppen und Praxispartnern.

Das nun vorliegende Programmfazit des NFP 74 zeigt exemplarisch konkrete Ergebnisse aus Projekten und präsentiert übergeordnete Erkenntnisse, die sich aus diesen ergeben. Letztere sind das Resultat eines intensiv geführten Dialogs innerhalb der Forschungsgemeinschaft, aber auch mit zahlreichen Akteuren der Gesundheitsversorgung. Dabei kann ein von

Umfang und Dauer beschränktes Programm wie das NFP 74 nicht alle Herausforderungen unseres enorm komplexen Gesundheitswesens adressieren. Doch die geleistete Forschung zeigt in vielen Beispielen auf, dass – und wie – die Versorgung patientenorientierter und effizienter gestaltet werden kann. Nebst gänzlich neu entwickelten Ansätzen wurden auch solche überprüft, die sich in anderen Ländern und Kulturen bewährt haben. Dies zeigt, dass wir in vielen Punkten das Rad nicht neu erfinden müssen, sondern erfolgreiche Beispiele adaptieren und übernehmen können. Deshalb war auch der regelmässig gepflegte Austausch mit Forschenden aus anderen Ländern, besonders mit der Forschungsgemeinschaft der Wennberg International Collaborative, für das NFP 74 und die Schweizer Versorgungsforschung insgesamt ein grosser Gewinn.

Ich möchte mich im Namen der Leitungsgruppe des NFP 74 ganz herzlich bei allen Forschenden bedanken. Sie haben mit ihrem Engagement über ihre Projekte hinaus entscheidend zum Erfolg des NFP 74 beigetragen. Auch den vielen Patientinnen und Patienten, die an Projekten in der ganzen Schweiz teilgenommen haben, spreche ich grossen Dank aus ebenso wie den vielen Expertinnen und Experten aus allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialsystems, die das NFP 74 auf vielfältige Weise unterstützt haben: in Projekten, an unseren Jahrestreffen, im Programm der «Emerging Health Care Leaders» EHCL oder bei der Synthesearbeit.

Das grosse Engagement aller Beteiligten stimmt mich zuversichtlich, dass wir die erwähnten – grossen – Herausforderungen gemeinsam meistern werden.

Tatsächlich profitiert ein «smartes» Gesundheitswesen davon, wenn wir uns alle einbringen, in unseren unterschiedlichen und manchmal gleichzeitig in mehreren Rollen: Als Forschende, als Fachleute, als Patientinnen und Patienten, als Politikerinnen und Politiker, als Bürgerinnen und Bürger. Zusammen können wir die Versorgung so gestalten, dass sie unsere Bedürfnisse bestmöglich erfüllt.

Milo Puhan
Präsident Leitungsgruppe NFP 74



Executive Summary

Die Schweizer Gesundheitsversorgung steht vor grossen Herausforderungen. Zu diesen trägt insbesondere die Alterung der Gesellschaft bei: Seit einigen Jahren steigt die Zahl älterer Menschen, die gleichzeitig an mehreren chronischen Krankheiten leiden, und diese Entwicklung wird sich weiter fortsetzen. Das immer noch stark auf die Behandlung von akuten Krankheiten ausgerichtete Schweizer Gesundheitswesen muss sich deshalb wandeln. Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrat dem Schweizerischen Nationalfonds (SNF) das Nationale Forschungsprogramm NFP 74 «Gesundheitsversorgung» – englisch «Smarter Health Care» – in Auftrag gegeben.

Auf anwendungsorientierte Versorgungsforschung ausgerichtet, hat dieses während fünf Jahren in 34 Projekten unterschiedlichste Aspekte des Schweizer Gesundheitswesens untersucht. Seine Resultate und Analysen liefern wissenschaftlich fundierte Grundlagen, anhand derer das Gesundheitswesen der Schweiz weiterentwickelt werden kann, um den aktuellen und künftigen Herausforderungen zu begegnen.

Schnittstellenprobleme

Als zentrales Handlungsfeld identifiziert das NFP 74 die zahlreichen Schnittstellen, die sich besonders bei der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen ergeben. Im stark spezialisierten, dezentral organisierten Gesundheitswesen der Schweiz ist die Koordination zwischen mehreren medizinischen und nicht-medizinischen Angeboten schwierig.

Die vorhandenen Ressourcen, sowohl menschliche wie materielle, werden dadurch oft nicht optimal eingesetzt. Die Forschung des NFP 74 zeigt, dass an verschiedenen Schnittstellen – sowohl in lokalen Versorgungsnetzwerken wie auf nationaler Ebene – eine bessere Koordination möglich ist.

Kulturwandel vonnöten

Um mehr aus den vorhandenen Ressourcen herauszuholen, müssen sie besser, d.h. «smarter» vernetzt werden. Hierbei sind die ins Versorgungsnetz eingebundenen Menschen zentral: Fachpersonen, Patientinnen und Patienten, Angehörige. Sie alle müssen dazu befähigt und ermächtigt werden, vernetzt zu handeln und zu denken. Ohne die nötige Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ist es für Patientinnen und Patienten schwierig, angemessene Entscheide für die eigene Gesundheit zu treffen. Und Gesundheitsfachpersonen können nur dann integrativer und kooperativer arbeiten und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten gesamtheitlicher angehen, wenn die dafür notwendigen Rahmenbedingungen betreffend Zeit und Vergütung geschaffen werden.

Der effizientere Einsatz der menschlichen Ressourcen setzt auf allen Ebenen des Gesundheitssystems einen Kulturwandel voraus. Gesundheitsversorgung muss breiter verstanden sowie integrativer und umsetzungsorientierter angegangen werden.

Empfehlungen des NFP 74

Auf Ebene der Patientinnen und Patienten

Die Gesundheitsversorgung soll verstärkt partizipativ und auf den gesamten Lebenskontext der Menschen ausgerichtet werden. Dazu gehört:

- Medizinische Leistungserbringer sollen verstärkt den gesamten Lebenskontext von Patientinnen und Patienten einbeziehen und für deren Gesundheit zum Tragen bringen. Hierzu sollen sie die notwendige Aus- und Weiterbildung erhalten.
- Die Gesundheitskompetenz aller Bürgerinnen und Bürger soll systematisch über alle Lebensphasen hinweg und nicht zuletzt auf sämtlichen Schulstufen gestärkt werden.
- Akteure und Strukturen, die verlässliche patientenorientierte Informationen zum medizinischen System und zu spezifischen Themen vermitteln, sollen unterstützt und gestärkt werden.
- Versorgungsmodelle, in denen Patientinnen und Patienten Orientierung erhalten und durch medizinische wie nicht-medizinische Angebote geleitet werden («Scouting») sind zu fördern.

Auf Ebene des Versorgungsnetzwerkes

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist kontinuierlich zu verbessern:

- Medizinische und nicht-medizinische Fachkräfte sollen für die praktische interprofessionelle Zusammenarbeit geschult werden und aktiv zu Qualitätsverbesserungen beitragen.
- Es sind geeignete organisatorische, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen zur Förderung neuer interprofessioneller Zusammenarbeitsmodelle bereitzustellen.

Die Grundversorgung soll gestärkt werden:

- Die Attraktivität der Grundversorgung soll durch Angebote im Studium und durch eine attraktive fachärztliche Weiterbildung gefördert werden.
- Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in der Grundversorgung sollen gestärkt werden. Ärztinnen und Ärzte sollen die entsprechend erweiterten Kompetenzen in ihr Vorgehen integrieren.

Auf Ebene der Systemgestalter

- Es braucht geeignete finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen, um innovative Versorgungsmodelle zu erproben und bei Eignung zu multiplizieren.
- Die Prozesse und Outcomes im Versorgungssystem sollen besser gemessen und in standardisierten Daten festgehalten werden.
- Es soll eine nationale Institution oder Kommission für die Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung eingerichtet werden. Diese soll jeweils die notwendigen Genehmigungsschritte vorbereiten und koordinieren sowie technische Lösungen bereitstellen.



Ein Forschungsprogramm mit Pilotcharakter – und für die Zukunft

Um eine nachhaltige Versorgungsforschung in der Schweiz sicherzustellen und auszubauen hat die NFP 74-Leitungsgruppe die Arbeitsgruppe «Smarter Health Care – Zukunft Versorgungsforschung Schweiz» gegründet – zusammen mit wichtigen national organisierten Akteuren wie der Swiss School of Public Health (SSPH+), dem Swiss Learning Health System (SLHS), der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) und dem Swiss Personalized Health Network (SPHN). Die Arbeitsgruppe wird sich dafür einsetzen, die aus dem NFP 74 resultierenden Impulse nachhaltig zu verankern.

Weitergeführt werden soll auch die «Emerging Health Care Leaders»-Initiative (EHCL) des NFP 74. Dieses innovative Fortbildungsprogramm vermittelte Nachwuchsforschenden das nötige Rüstzeug, um im Gesundheitswesen ein vermehrt auf Kooperation und Integration ausgerichtetes Beziehungsnetz aufzubauen. Denn die Gestaltung einer smarten Gesundheitsversorgung für die Zukunft erfordert auch eine neue Generation von Führungskräften, die fähig ist, den Dialog mit den wesentlichen Akteuren in Praxis, Politik und Gesellschaft zu führen und nachhaltige gesundheitspolitische Entscheide anzustossen.



Treffen der «Emerging Health Care Leaders» im Rahmen der Synthesekonferenz des NFP 74 im Neubad Luzern, April 2022



1. Das Versorgungssystem muss smarter werden

Das Schweizer Gesundheitssystem steht vor einer herausfordernden Zukunft

In den kommenden Jahren wird es in der Schweiz die Zahl älterer Menschen, die gleichzeitig an mehreren chronischen Krankheiten leiden, weiter zunehmen. Bereits heute lebt gemäss Analysen des Schweizer Gesundheitsobservatoriums rund ein Fünftel aller Personen über 50 mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen. Auch psychische Erkrankungen wie Depressionen nehmen zu. Damit verändern sich die Anforderungen an das Gesundheitssystem: Der Fokus verschiebt sich von der Akut- auf die Langzeitmedizin und -pflege. Zudem werden im Rahmen des demographischen Wandels auch Prävention und Gesundheitsförderung wichtiger. Gleichzeitig dürfte das Angebot an Behandlungs- und Pflegeoptionen aufgrund der medizinisch-technischen Fortschritte weiterwachsen, was die Komplexität der Versorgung zusätzlich erhöht.

Der Beitrag des NFP 74: Evidenz für gesundheitspolitische Debatten und konkrete Lösungen für die Praxis

Vor diesem Hintergrund hat der Schweizerische Nationalfonds (SNF) im Auftrag des Bundesrates das Nationale Forschungsprogramm NFP 74 «Gesundheitsversorgung» lanciert. Die Leitungsgruppe des NFP 74 hat im englischen Namen des Programms einen kleinen Zusatz angebracht und es «Smarter Health Care» genannt. Denn das NFP 74 sollte nicht nur aufzeigen, wo noch mehr gemacht werden müsste, sondern Lösungen liefern, die mit den bereits vorhandenen Ressourcen ein Mehr an Gesundheit für alle erreichen.

Während fünf Jahren haben sich Forschende hierzu in 34 Projekten des Programms mit unterschiedlichsten Aspekten auseinandergesetzt, von der Arzt-Patienten-Kommunikation bis hin zur schweizweiten Vernetzung von Gesundheitsdaten. Die Resultate zeigen in zahlreichen Bereichen auf, wie die Gesundheitsversorgung vorangebracht und an die Herausforderungen der Zukunft angepasst werden kann. Dabei überraschen sie nicht mit komplett neuen Ansätzen oder Paradigmenwechseln. Vielmehr liefert die Forschung des NFP 74 einerseits ganz konkrete Lösungen auf der Ebene von individuellen Gesundheitsdienstleistern und Settings, andererseits trägt sie mit belastbarer Evidenz zu bereits seit längerem geführten gesundheitspolitischen Debatten bei. Zu mehreren übergeordneten Fragestellungen hat das NFP 74 Arbeitspapiere – die Synthesis Working Papers – mit zusammenfassenden Ergebnissen erarbeitet:

- Quality of Care
- Patient Participation
- Coordination and Care Models
- Cost and Reimbursement
- Health Care Data
- Building a strong Research Community (EHCL+)



Alle Synthesis Working Papers sind in Englisch auf www.nfp74.ch unter «Ergebnisse» verfügbar.

Eine übergeordnete Erkenntnis: Die bessere Koordination medizinischer und nicht-medizinischer Angebote und Ressourcen wird in Zukunft zu einem zentralen Aspekt der Versorgung

Für die Erarbeitung der sechs «Synthesis Working Papers» haben Forschende und Mitglieder der NFP 74-Leitungsgruppe neue Ergebnisse aus verschiedenen fachlichen Perspektiven analysiert und im Kontext der weiteren wissenschaftlichen Literatur diskutiert. Ein wichtiger Teil des Prozesses war zudem der Austausch mit Stakeholdern aus Praxis, Verwaltung und Politik. So konnte für einzelne Themenkreise eine Reihe von Handlungsempfehlungen formuliert werden, gleichzeitig kristallisierten sich Schlüsselaspekte heraus, welche die Leitungsgruppe als besonders wichtig für die Entwicklung der gesamten Gesundheitsversorgung erachtet. Der vorliegende Bericht fusst dabei besonders auf einer übergeordneten Erkenntnis:

Das Gesundheitssystem der Schweiz funktioniert grundsätzlich in vielen Aspekten gut. Doch nur wenn es gelingt, die im medizinischen und nicht-medizinischen Versorgungsnetzwerk bereits vorhandenen Ressourcen besser abzustimmen, wird es die Herausforderungen der Zukunft meistern können.

Diese Aussage mag zunächst banal erscheinen. Doch der Fokus ist entscheidend: Er richtet sich nicht auf einen Ausbau des Angebotes in Bezug auf Medizin, Therapie und Pflege, eine noch höhere Spezialisierung



Das Gesundheitssystem mit vielfältigen Akteuren und Ressourcen

oder weitere finanzielle Ressourcen, sondern rückt die Notwendigkeit in den Vordergrund, durch bessere Koordination und stärkeren Einbezug von Patientinnen und Patienten ein deutliches Mehr an Gesundheit, bedürfnisgerechter Versorgung und Pflege sowie Patientenzufriedenheit herauszuholen.

Darüber, dass bei der Koordination tatsächlich Handlungsbedarf besteht, sind sich sowohl Forschung wie Politik einig. Obwohl seit Beginn der 1990er-Jahre eine Integration der Versorgung angestrebt wird, ortete etwa der nach einer breiten Konsultation im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellte Bericht zur Verbesserung der Qualität im Schweizer Gesundheitswesen¹ in diesem Bereich noch immer grosse Mängel. Aufgeführt wurden unter anderem das Fehlen von verwertbaren und zugänglichen Daten, um Behandlungsverläufe zu verfolgen und Behandlungsstandards zu etablieren und überprüfen, Verbesserungen vorzunehmen und ihre Wirksamkeit beurteilen zu können.

Ein Schnittstellenproblem

Die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten haben sich in den letzten Jahrzehnten immer stärker spezialisiert und fragmentiert. Daraus resultieren zahlreiche zusätzliche Schnittstellen in einem System, in dem die Entscheidungs- und Finanzierungswege bereits stark dezentral organisiert sind. Das erschwert den Informationsfluss und die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssektoren. Für Patientinnen und Patienten bedeutet es, dass sie

mit immer mehr Fachpersonen zu tun haben und sich ihre Behandlungswege in immer kleinere Abschnitte teilen.

Das NFP 74 hat in unterschiedlichen Settings und Anwendungsfällen untersucht, wo in der Realität des Schweizer Gesundheitswesens Ressourcen überstrapaziert oder zu wenig ausgeschöpft werden, und welche Hindernisse die Entwicklung zu einer besser koordinierten Versorgung bremsen. Es hat innovative Ansätze dafür analysiert, wie medizinische Anforderungen und Angebote im Interesse eines besseren Outcomes wirksamer mit den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten verknüpft werden können, und es stellt Evidenz für die Wirksamkeit einzelner Massnahmen und Modelle bereit. Dabei zeigt sich in zahlreichen Beispielen, dass der Ausgangspunkt tragfähiger Lösungen stets die Menschen sind – Fachpersonen, Patientinnen und Patienten, Angehörige. Sie müssen befähigt und ermächtigt werden, vernetzt zu handeln und zu denken, durch Ausbildung und geeignete Strukturen. Oder anders gesagt: Eine patientenzentrierte und effiziente Versorgung darf nicht durch Schnittstellenprobleme gefährdet werden.

Ein Kulturwandel ist nötig

Der für einen effizienteren Einsatz der menschlichen Ressourcen notwendige Kulturwandel setzt auf allen Ebenen des Gesundheitssystems ein Umdenken voraus. Gesundheitsversorgung muss breiter verstanden sowie integrativer und umsetzungsorientierter angegangen werden. Im Zentrum müssen die ins Versorgungsnetz eingebundenen Menschen stehen: An erster Stelle die in all ihren Dimensionen, d. h. individuellen Dispositionen, Präferenzen, aber auch

Was «smart» in Smarter Health Care bedeutet.

Um mehr aus den vorhandenen Ressourcen heraus zu holen, gilt es, sie wirksamer, oder eben «smarter», zu vernetzen. Smart wird dabei wie folgt verstanden: Eine smarte Gesundheitsversorgung orientiert sich an den medizinischen Bedürfnissen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten. In den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention lässt sich das noch allgemeiner ausdrücken: Eine smarte Gesundheitsversorgung orientiert sich, möglichst individuell und umfassend, am Wohl und den Bedürfnissen der Menschen und stimmt die vorhandenen Ressourcen auf diese Bedürfnisse ab. Das bezieht sich sowohl auf die medizinischen Leistungen im engeren Sinn wie auf sämtliche weiteren, für die individuelle Gesundheit wichtigen Ressourcen. Dazu gehören das familiäre und soziale Umfeld ebenso wie der Arbeitsplatz oder spirituelle Bedürfnisse. Diese Ressourcen koordiniert einzusetzen, ist smart: Hier überschneiden sich das Interesse des Individuums und das Interesse der gesamten Gesellschaft.

Ressourcen begriffenen Patientinnen und Patienten. Danach die medizinischen und nicht-medizinischen Leistungserbringenden mit ihren sozialen und fachlichen Kompetenzen. In beiden Fällen bedeutet Umdenken nicht, dass den ins Versorgungsnetz eingebundenen Menschen die Verantwortung für diesen Kulturwandel angelastet werden soll. Vielmehr sind die nötigen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit ein solcher Kulturwandel gelingen kann: Um angemessene Entscheide in Bezug auf die eigene Gesundheit treffen zu können, müssen Patientinnen

¹ Vincent, C. und Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

und Patienten die Möglichkeit haben, sich die nötige Gesundheitskompetenz (Health Literacy) anzueignen, d. h. die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden und zu verstehen. Gesundheitsfachpersonen wiederum können nur dann integrativer und kooperativer arbeiten und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten gesamtheitlicher angehen, wenn sie durch die notwendigen Rahmenbedingungen (dazu zählen besonders die Finanzierung angemessener Personen- und Zeitressourcen und die Aufwertung der Hausarztmedizin) dabei unterstützt werden. Hier kann die Forschung evidenzbasierte Lösungsansätze aufzeigen. Deren Umsetzung erfordert die systematische Zusammenarbeit von Forschung, Politik und Praxis.

Auch hierfür ist ein Kulturwandel notwendig: Einen erfolgreichen ersten Schritt in diese Richtung macht die «Emerging Health Care Leaders»-Initiative (EHCL) des NFP 74. Im Rahmen dieses innovativen Fortbildungsprogramms für Nachwuchsforschende konnten sich Doktorierende, Postdocs und Assistenzärztinnen und -ärzte das nötige Rüstzeug aneignen, um im Gesundheitswesen ein vermehrt auf Kooperation und Integration ausgerichtetes Beziehungsnetz aufzubauen. Denn die Gestaltung einer smarten Gesundheitsversorgung für die Zukunft erfordert auch eine neue Generation von Führungskräften, die fähig ist, den Dialog mit den wesentlichen Akteuren in Praxis, Politik und Gesellschaft zu pflegen und nachhaltige gesundheitspolitische Entscheide anzustossen.



2. Der Einbezug von Patientinnen und Patienten mit ihrem ganzen Lebenskontext wird wichtiger

Patientenpartizipation geht über rein medizinische Aspekte hinaus

Die Mitsprache von Patientinnen und Patienten, Versicherten und Angehörigen ist in den vergangenen Jahren zunehmend zu einem Qualitätsmerkmal sowohl der klinischen Praxis wie der Gesundheitspolitik geworden. Gut informierte und involvierte Patientinnen und Patienten können dazu beitragen, die für sie geeignetste Therapieentscheidung zu fällen, und sie setzen diese eher um. Ähnlich lassen sich auf der Ebene von Gesundheitsdienstleistenden die Angebote gezielter planen, wenn deren Nutzerinnen und Nutzer ihre Präferenzen einbringen und Rückmeldungen zu ihren Erfahrungen geben können. Dasselbe gilt auf Systemebene, etwa wenn Prioritäten im Gesundheitswesen festgelegt werden.

Dieser beteiligende Ansatz wird mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung noch stärker an Bedeutung gewinnen. In der Versorgung chronisch kranker und multimorbider Menschen stehen viele unterschiedliche Möglichkeiten zur Auswahl, und es ist zentral, verschiedene Therapieregimes langfristig aufeinander abzustimmen. Die tägliche Einnahme mehrerer Medikamente, strikte Ernährungs- und Bewegungsregimes und regelmässige Kontrollbesuche bei der Ärztin oder beim Arzt können viel Raum im Leben von Patientinnen und Patienten einnehmen. Zudem erfordern sie oft ein hohes Mass an Disziplin und persönlichem Einsatz.

Es ist deshalb umso wichtiger, dass diese gesundheitsbezogenen Massnahmen an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen ausgerichtet werden. Dazu trägt deren Einbezug in medizinische Entscheidungen auf allen Ebenen bei. Doch um in einem individuellen Fall das bestmögliche Outcome zu erzielen, muss sich gerade bei chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten der Blick über die rein medizinischen Aspekte weiten: Zu einem grossen Teil beeinflussen auch psychische, soziale und wirtschaftliche Faktoren die Gesundheit einer Person und ihre Möglichkeiten, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern. Familiäre Situation, Einkommen oder Wohnverhältnisse können fördernd wie hindernd wirken. Eine Gesundheitsversorgung, die in diesem Sinne den gesamten Lebenskontext der Menschen ressourcenorientiert einbezieht, wird auf kosteneffiziente Art bessere Outcomes erzielen.

Im Rahmen des NFP 74 haben Forschungsprojekte gezeigt, dass dieser Ansatz in konkreten Beispielen umsetzbar ist, wie die folgenden Projekte illustrieren.

Im **Projekt 31**² [Aufbau von sorgenden Gemeinschaften für die häusliche Langzeitpflege \(Heidi Kaspar\)](#) haben Forschende neue Modelle der Langzeitversorgung entwickelt, die älteren Menschen ermöglichen, trotz gesundheitlichen Einschränkungen zu Hause zu wohnen. Da dies oft vielschichtige und zeitintensive Unterstützung bedingt, sollte die Verantwortung für die Sorgearbeit verteilt werden auf Fachleute, Freiwillige, Nachbarinnen und Nachbarn sowie Familienmitglieder. Hierzu haben die Forschenden in den Gemeinden Münsingen, Belp und Obfelden sowie im Quartier Zürich-Schwamendingen in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Gemeindebehörden Sorgenetzwerke aufgebaut. In diesen arbeiten je nach Gemeinde unterschiedliche Partnerinnen und Partner mit, zum Beispiel lokale Spitexorganisationen, Kirchgemeinden, Nachbarschaftsorganisationen, Privatpersonen usw. Die entwickelten Initiativen vernetzen lokale Angebote und lokale Akteurinnen und Akteure und sie schaffen dauerhafte Strukturen und Aktivitätsangebote wie beispielsweise Unterstützung beim Umgang mit digitalen Medien. Die Forschenden haben aufgrund der gesammelten Erfahrungen die Toolbox «Bausteine Sorgende Gemeinschaft» erstellt. Sie hilft Interessierten beim Aufbau weiterer sorgender Gemeinschaften.

Migrantinnen mit chronischen Krankheiten nehmen in der Schweiz seltener Gesundheitsangebote wahr als andere chronisch kranke Patientinnen und Patienten. Welche sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Faktoren dafür verantwortlich sind, haben Forschende im **Projekt 1** [Patientinnenerfahrungen helfen, die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen zu verbessern \(Thomas Abel\)](#) identifiziert.

² Übersicht über alle Projekte siehe Seite 36 und 37



Interviews und Fokusgruppengespräche mit betroffenen Frauen portugiesischer, türkischer und deutscher Herkunft sowie mit Schweizerinnen und mit Fachpersonen zeigten, dass soziale Aspekte einerseits zentral sind für die Erklärung des Unterschieds und andererseits genutzt werden können, um die Situation zu verbessern. So empfehlen die Forschenden, auf Gemeinde- und Quartierebene den Zugang zu sozialen Diensten, Pflegeangeboten und Selbsthilfegruppen zu verbessern. Und in der eigentlichen medizinischen Versorgung sollen von Beginn weg die biographischen Hintergründe und gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen der Frauen erfasst und thematisiert werden.

In den letzten 30 Jahren hat die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit akuten psychiatrischen Störungen zu Hause viele Hoffnungen geweckt, aber auch Fragen aufgeworfen. Die Ergebnisse des **Projekts 8 Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen zuhause behandeln (Luca Crivelli)** zeigen, dass diese Art der Betreuung eine mögliche, sichere, wirtschaftliche und wirksame Alternative zur stationären Standardbehandlung darstellt. Hintergrund des Projekts ist die Schliessung einer Abteilung der Psychiatrischen Klinik Tessin im Jahr 2016. In der Folge wurde für Patientinnen und Patienten im Bezirk Bellinzona und Valli ein neues Angebot für die psychiatrische Betreuung zu Hause geschaffen. Obwohl

solche ins Gemeinwesen eingebundene Versorgungsmodelle insbesondere in englischsprachigen Ländern seit längerem angewandt werden, gab es bisher nur wenige Daten über ihre Wirksamkeit und Kosten im Schweizer Gesundheitssystem. Die Studie ergab, dass die klinische Wirksamkeit der Betreuung zu Hause bei geringeren Kosten mit derjenigen in der stationären Behandlung vergleichbar ist. Insbesondere die Nachsorgephase wies ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis auf. Insgesamt wurde die häusliche Betreuung von den Patientinnen und Patienten, den Angehörigen sowie den Gesundheitsfachkräften als ein vielfältiges, qualitativ hochwertiges und stark auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtetes Angebot wahrgenommen.



In der Schweiz erkranken pro Jahr rund 4300 Menschen an Darmkrebs und etwa 1700 sterben an den Folgen der Krankheit. Durch regelmässige Vorsorge-screensings liesse sich dieses Risiko halbieren, doch nur 40 Prozent der in Frage kommenden Personen

nehmen das Angebot wahr. Deshalb wurden im **Projekt 2 Partizipative Forschung fördert partizipative Entscheidungen beim Dickdarmkrebscreening (Reto Auer)** entsprechende Methoden eingesetzt, um Hausärztinnen und Hausärzte zu ermutigen, ihre Patientinnen und Patienten zwischen einer Darmspiegelung und einem viel weniger invasiven Test auf okkultes Blut im Stuhl wählen zu lassen. Die Forschenden entwickelten mehrphasige, datengestützte Interventionen zur Schulung der Hausärztinnen und Hausärzte sowie Kommunikationsmaterial zur partizipativen Entscheidungsfindung im Screening-Gespräch mit den Patientinnen und Patienten. Ziel war es, diesen mehr Wahlmöglichkeiten zu bieten. Dass sich dadurch auch die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Screenings deutlich erhöhte, war ein positiver Nebeneffekt, den auch andere Studien hervorheben: Haben Patientinnen und Patienten die Wahl zwischen zwei Optionen, so entscheidet sich etwa die Hälfte zumindest für die weniger invasive Variante. Die Forschenden schliessen daraus, dass der gewählte partizipative Ansatz sowohl die individuelle wie auch die öffentliche Gesundheit verbessern kann.



Der Blick auf den Lebenskontext fordert besondere Fähigkeiten

Die Weitung des Blicks auf den gesamten Lebenskontext von Patientinnen und Patienten ist anspruchsvoll. Medizinische Fachleute müssen über ihr Fachgebiet – und damit oft über rein biologisch-medizinische Fragen – hinaus überlegen, wie ein ganz bestimmter Mensch optimal versorgt werden kann. Dies abzuklären, stellt nicht zuletzt hohe Ansprüche an die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten. So zeigt eine Studie unter Hausärztinnen und Hausärzten, dass diese zwar bei der Unterstützung von Sterbenden spirituelle, kulturelle, ethische und legale Aspekte als ebenso wichtig erachten wie die Schmerz- und Symptomkontrolle, sich nicht jedoch genügend ausgebildet fühlen, um diese Themen systematisch anzusprechen.³ Darüber hinaus fehlen heute Versorgungsmodelle, die es Ärztinnen und Ärzten sowie andere Gesundheitsdienstleistern erlauben, auf soziale oder spirituelle Bedürfnisse spezialisierte Angebote einzubeziehen.

Folgende Forschungsprojekte haben im Rahmen des NPF 74 erfolgreich Massnahmen erprobt, die es medizinischen Fachleuten ermöglichen, den gesamten Lebenskontext von Patientinnen und Patienten stärker zu berücksichtigen:

³ Giezendanner S, Jung C, Banderet H-R, Otte IC, Gudat H, Haller DM, et al. General practitioners' attitudes towards essential competencies in end-of-life care: A cross-sectional survey. PLoS ONE. 2017;12:e0170168.

Im **Projekt 20 [Erfolgreiche Einbindung der spirituellen Dimension in die Behandlung chronischer Schmerzen \(Simon Peng-Keller\)](#)** wurde zunächst durch Fokusgruppeninterviews und eine quantitative Erhebung untersucht, welche Bedürfnisse Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen hinsichtlich des Einbezugs spiritueller Aspekte in eine multimodale Schmerztherapie haben und wie sie erfasst werden können. Die Studie ergab, dass mehr als die Hälfte der chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten wünscht, dass auch spirituelle Aspekte in der Betreuung berücksichtigt werden. In der Folge haben die Forschenden ein Kommunikationsmodell entwickelt, das Gesundheitsfachpersonen hilft, spirituelle Aspekte in die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten zu integrieren. Auf dieser Basis haben sie ein E-Learnig-Tool entwickelt, um die Kommunikationskompetenz von Gesundheitsfachpersonen zu stärken. In einer nachfolgenden Studie konnten sie belegen, dass es diesen nach der Schulung besser gelang, die spirituellen Anliegen von chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten wahrzunehmen und in Gespräche zu integrieren.

Verschiedene soziokulturelle Faktoren können die Impfskepsis der Eltern von Adoleszenten beeinflussen und sie dazu bewegen, sich oder ihre Kinder nur teilweise, später als empfohlen, oder gar nicht impfen zu lassen. Im **Projekt 28 [Impfskeptische Eltern und Ärzte in der Schweiz \(Philip Eduard Tarr\)](#)** haben Forschende diese Faktoren analysiert. Sie fokussierten dabei besonders auf die Perspektive von Personen, die komplementärmedizinische Praxen aufsuchen und eruierten in umfangreichen Befragungen, wie sich ihre Motivation von derjenigen von Eltern unter-

scheidet, die schulmedizinische Praxen aufsuchen. Überdies beobachteten sie Impfberatungsgespräche in schul- und komplementärmedizinischen Praxen und befragten die Teilnehmenden zu ihrer Sichtweise auf Impfungen. Es zeigte sich, dass sich die Arzt-Patientenkommunikation von Schul- und Komplementärmedizinern deutlich unterscheidet. Die Komplementärmedizinerinnen und -mediziner nahmen sich mehr Zeit, sie nahmen die Bedenken der impfskeptischen Patientinnen und Patienten ernst und bezogen sie in Impfsentscheidungen ein («Shared Decision Making»). Klar zum Ausdruck kam auch, dass sich Schul- und Komplementärmediziner sowie Pflegefachpersonen und Hebammen eine zusätzliche Ausbildung in Bezug auf Impfwissen wünschen. Um die Zielgruppe der impfskeptischen Ärztinnen und Patienten besser zu erreichen, schlugen die Forschenden vor, Impfinformationen und Impf-Kommunikations-Tools gemeinsam mit impfskeptischen Komplementärmedizinern zu entwickeln.



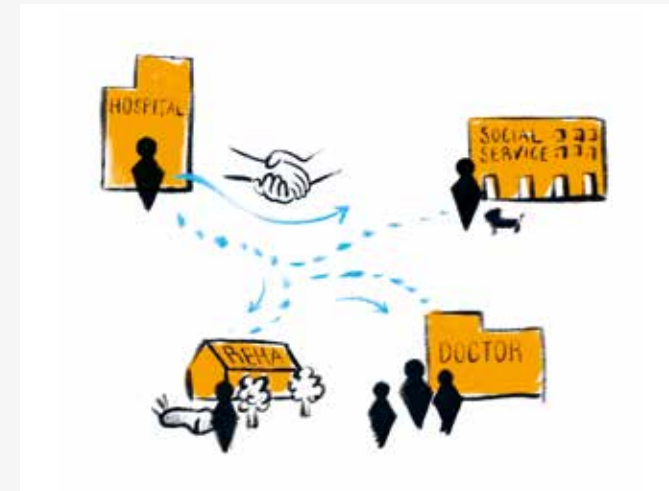
Orientierung befähigt Patientinnen und Patienten dazu, ihre Ressourcen einzubringen

Auch von Patientinnen und Patienten selbst erfordert ein beteiligender Ansatz sehr viel. Sich im Versorgungssystem stärker einzubringen, die eigenen Präferenzen einzuschätzen und Entscheidungen zu fällen, erfordert ein hohes Mass an Information. Voraussetzung ist zudem, dass sich Patientinnen und Patienten tatsächlich beteiligen wollen. Ist dies nicht der Fall, müssen das Leistungserbringer ihrerseits respektieren. Sowohl die Bereitschaft wie die Fähigkeit zur Beteiligung hängen stark mit der Gesundheitskompetenz der Menschen zusammen.

Eine Bevölkerung mit hoher Gesundheitskompetenz kann Krankheiten besser vorbeugen und findet sich im Bedarfsfall im Versorgungssystem besser zurecht, was dessen Effizienz fördert. Wiederum ist das Potential zur Effizienzsteigerung bei multiplen chronischen Krankheiten besonders hoch, da angesichts der zahlreichen involvierten medizinischen und nicht-medizinischen Angebote sehr schnell eine unübersichtliche Situation mit potenziellen Doppelspurigkeiten, aber auch Lücken entsteht. Doch auch in anderen Bereichen kann eine verbesserte Orientierung zu besseren Gesundheitsoutcomes und Ressourceneffizienz beitragen, wie ein NFP 74-Projekt zeigt:

Im **Projekt 5 Case Management reduziert Frequentierung von Notfallstationen und fördert Lebensqualität von spezifischer Patientengruppe** (Patrick Bodenmann) implementierten und testeten Forschende eine Case Management-Intervention (CM) für Patientinnen und Patienten, welche die Notfallstationen von acht Westschweizer Spitälern überdurchschnittlich stark beanspruchten. Viele dieser Patientinnen und Patienten weisen mehrere medizinische, psychische, substanzbezogene und soziale Problemstellungen gleichzeitig auf.

Ein wesentlicher Teil der Intervention bestand deshalb darin, die Patienten und Patientinnen auf Grund einer gemeinsam durchgeführten ganzheitlichen Bewertung auf andere – häufig nicht-medizinische – Versorgungsangebote zu verweisen. Die Resultate zeigen, dass die Umsetzung dieser CM-Intervention praktikabel ist und zu einer Abnahme der Notfallkonsultationen sowie einer Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten führt.

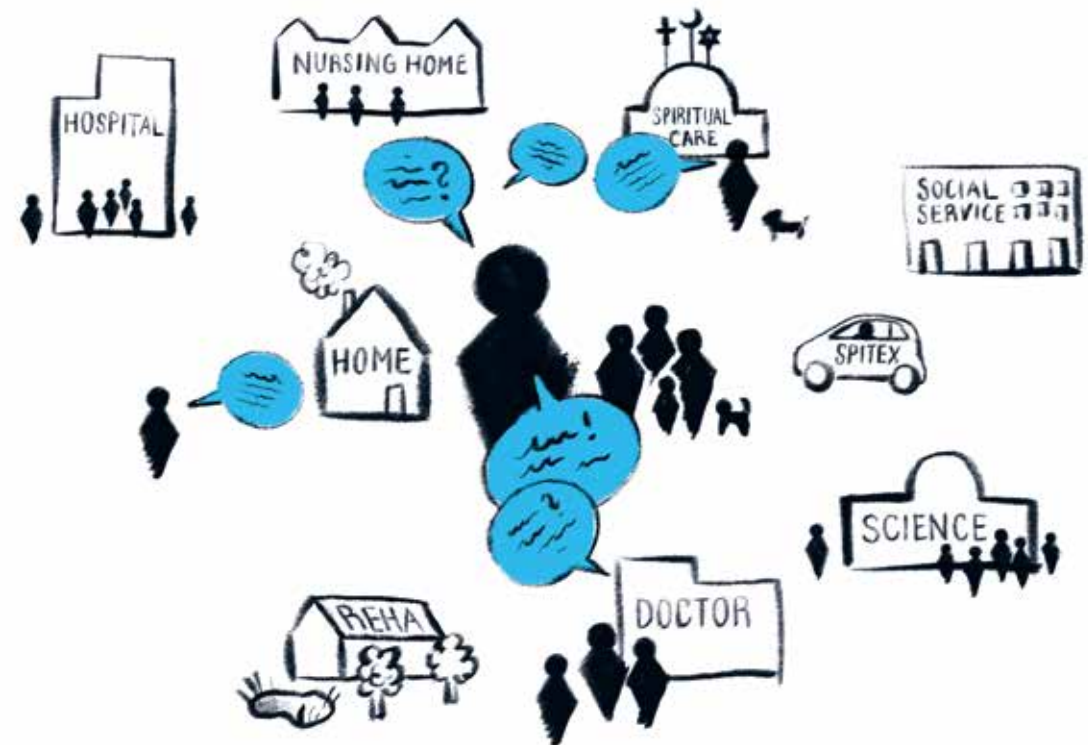


Empfehlungen des NFP 74

Auf Ebene der Patientinnen und Patienten

Die Gesundheitsversorgung soll verstärkt partizipativ und auf den gesamten Lebenskontext der Menschen ausgerichtet werden. Dazu gehört:

- Medizinische Leistungserbringer sollen verstärkt den gesamten Lebenskontext von Patientinnen und Patienten einbeziehen und für deren Gesundheit zum Tragen bringen. Hierzu sollen sie die notwendige Aus- und Weiterbildung erhalten.
- Die Gesundheitskompetenz aller Bürgerinnen und Bürger soll systematisch über alle Lebensphasen hinweg und nicht zuletzt auf sämtlichen Schulstufen gestärkt werden.
- Akteure und Strukturen, die verlässliche patientenorientierte Informationen zum medizinischen System und zu spezifischen Themen vermitteln, sollen unterstützt und gestärkt werden.
- Versorgungsmodelle, in denen Patientinnen und Patienten Orientierung erhalten und durch medizinische wie nicht-medizinische Angebote geleitet werden («Scouting») sind zu fördern.



3. Das Netzwerk der Versorgung stärken

Bestehende Angebote und Ressourcen besser koordinieren

Ältere Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten oder Mehrfacherkrankungen benötigen meist eine ganze Reihe von medizinischen und nicht-medizinischen Behandlungen und Therapien. Nur wenn sie gut koordiniert ist, kann eine solche multidisziplinäre Versorgung den Wünschen und Bedürfnissen entsprechend erfolgen. Andernfalls kommt es zu Doppelspurigkeiten und Überdiagnostik, aber auch zu Versorgungslücken oder gar zu einer Fehlversorgung. Für die betroffenen Patientinnen und Patienten sind damit empfindliche Abstriche bei der Versorgungsqualität verbunden. Die Situation ist aber auch für die im Versorgungsnetzwerk aktiven Menschen unbefriedigend – und für das Gesundheitswesen allgemein mit höheren Gesamtkosten verbunden.

Mit der gegenwärtigen Entwicklung von der Akut- zur Langzeitversorgung und -pflege nimmt dieser Koordinationsbedarf weiter zu. Als heikel erweisen sich insbesondere die Kontakt- und Schnittstellen zwischen verschiedenen Leistungserbringern, Fachgebieten, Institutionen und Kostenträgern. Seit den 1990er-Jahren besteht ein breiter politischer Konsens darüber, dass die Koordination im Schweizer Gesundheitssystem zu fördern ist, da es bezüglich Medizin, Pflege und Therapien stark differenziert und bezüglich der beteiligten Akteure fragmentiert ist. Entsprechende Anstrengungen werden unternommen, tragbare Lösungen umzusetzen, bleibt jedoch eine Herausforderung.

Im NFP 74 wurden verschiedene Modelle einer koordinierten Versorgung entworfen oder in der Praxis erprobt und umgesetzt – und damit gezeigt, welche Hindernisse eine effiziente Koordination überwinden muss und welche Mechanismen zu ihrem Erfolg beitragen.

Zusammenarbeit will gelernt sein

Eine verbesserte Koordination über den gesamten Behandlungspfad hinweg beginnt bei den Menschen, die im Gesundheitssystem arbeiten: Dazu gehören ebenso medizinische wie nicht-medizinische Leistungserbringer. Sie müssen sich untereinander und innerhalb des erweiterten Gesundheitssystems stärker vernetzen und abstimmen. Genauer: Sie müssen dazu befähigt werden, es zu tun.

Die praktische und interprofessionelle Zusammenarbeit kontinuierlich zu verbessern, setzt auf beiden Seiten der jeweiligen Schnittstellen spezifische zusätzliche Kenntnisse voraus. Nur so können bestehende Angebote aufeinander abgestimmt sowie menschliche Ressourcen und Kompetenzen zusammengeführt werden. Dies wiederum bedingt, dass den medizinischen und nicht-medizinischen Fachkräften die notwendigen berufsbegleitenden Schulungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Mehrere Projekte des NFP 74 zeigen in unterschiedlichen Settings, wie wichtig eine solche gezielte Schulung ist.

Das **Projekt 27 Pflegegeleitete Versorgungsmodelle vermindern ungeplante Spitäleinweisungen**

(**Michael Simon**) beispielsweise entwickelte und erprobte ein für Pflegeheime unterschiedlicher Grösse und Ausstattung geeignetes Versorgungsmodell. Durch die gezielte Vermittlung der nötigen geriatrischen Kenntnisse wurden Pflegefachpersonen befähigt, die klinische Führung zu übernehmen und die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten und Spitälern zu koordinieren. Die Resultate bestätigten, dass solche pflegegeleiteten Modelle unnötige Hospitalisierungen reduzieren, da zahlreiche Leiden, wie chronische Krankheiten und/oder Pflegebedürftigkeit, im ambulanten Setting oder in einer entsprechend ausgestatteten Pflegeinstitution medizinisch hinreichend versorgt werden können. Voraussetzung ist allerdings, dass sowohl die Hausärztinnen und Hausärzte sowie das Personal in den Pflegeinstitutionen in ihrer Rolle gestärkt werden und lernen, auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten.

Forschende erprobten im **Projekt 6 Interprofessionelle Qualitätszirkel verbessern Medikation in Alters- und Pflegeheimen** (**Anne Niquille**) eine interprofessionelle Intervention, die das Problem der Polymedikation und des unangemessenen Medikamenteneinsatzes reduzieren und damit den Gesundheitszustand und die Lebensqualität von älteren Menschen verbessern soll. Sie führten hierzu zwei randomisierte kontrollierte Studien in 58 Pflegeheimen in den Kantonen Waadt und Freiburg durch.

Die beteiligten Pflegefachpersonen, die Ärzteschaft sowie Apothekerinnen und Apotheker bearbeiteten Fragen der Medikation in sogenannten Qualitäts-

zirkeln regelmässig und mit genau definierten Rollen und Kompetenzen gemeinsam. Anhand dieses berufsübergreifenden Modells lotete das Projekt die Möglichkeiten und Grenzen des Deprescribings durch interne Leitlinien und Medikationsüberprüfungen aus: Der Einsatz von unangemessener Medikation konnte tendenziell, derjenige von Säureblockern signifikant reduziert werden und Stürze und Fixierungsmassnahmen nahmen nicht zu. Die Auswirkungen auf Krankenhausaufenthalte und die Sterblichkeit blieben jedoch unklar.





Die Menschen an den Schnittstellen zusammenführen

Andere Projekte nehmen sich direkt den Schnittstellen zwischen Fächern, Disziplinen, Institutionen und Sektoren an und prüfen innovative Ansätze zur Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsberufen. Dabei zeigt sich, dass Verbesserungen oft dann erzielt werden, wenn Grenzen und Übergänge in der Optik des Patientenwohls sorgfältiger gestaltet und im Sinne eines erweiterten Gesundheitsbegriffes klarer definiert sowie in einen grösseren Zusammenhang eingebettet werden.

So wirkt sich beispielsweise die zu späte Spitalentlassung von medizinisch stabilen Patientinnen und Patienten auf deren Genesungsprozess negativ aus und verursacht zudem unnötige Kosten.

Das **Projekt 18 Interprofessionelle Austrittsplanung verkürzt Dauer des Spitalaufenthalts (Beat Müller)** konnte zeigen, dass der Einsatz eines innovativen digitalen Tools zur Unterstützung der interprofessionell koordinierten Austrittsplanung die Aufenthaltsdauer vulnerabler Patientinnen und Patienten verkürzen kann, ohne in der Folge zu vermehrten Wiedereintritten oder höheren Sterberaten zu führen. Eine wichtige Rolle kommt dabei neben den medizinischen und pflegerischen Fachpersonen insbesondere den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern zu, welche im Team frühzeitig essenzielle organisatorische Fragen klären sowie die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen eng begleiten und über den nötigen pflegerisch-ambulanten Nachsorgebedarf informieren.

Das **Projekt 17 Verbesserung der Demenzdiagnose erfordert engere Zusammenarbeit von Akteuren im Gesundheits- und Sozialbereich (Barbara Lucas)** hat verschiedene kantonale Strategien und Massnahmen zur Diagnose von Demenz untersucht. Demenzerkrankungen, eine der Hauptursachen für eine Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen, belasten das Gesundheitssystem. Der Demenzfrüherkennung wird deshalb eine wichtige Rolle zugeschrieben. Die Studie zeigt jedoch, dass die Vor- und Nachteile der Frühdiagnose noch immer umstritten sind. Darüber hinaus erfordert eine bessere Frühdiagnose eine bessere Koordination zwischen den Strukturen, die die Diagnose stellen, und den Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen, die mit den Auswirkungen einer solchen Diagnose auf die Betroffenen und ihre Angehörigen konfrontiert sind. Die Studie weist zudem darauf hin, dass die Vielfalt an unterschiedlichen Demenzstrategien dazu führt, dass es in der Schweiz für die Betroffenen keinen chancenreichen Zugang zur Demenzfrüherkennung gibt.

Der richtige Rahmen: Organisatorische, rechtliche und finanzielle Voraussetzungen

Neue Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit benötigen geeignete organisatorische, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen. Nationale Rahmenbedingungen zu schaffen, ist angesichts des föderalistischen Schweizer Versorgungsystems kein einfaches Unterfangen. Das NFP 74 zeigt aber auf, dass gerade diese dezentrale Struktur auch Raum dafür bietet, punktuelle Lösungen und innovative Ansätze in einem Bottom-up-Prozess zu verwirklichen. Daraus lassen sich zwar keine Patentrezepte ableiten, durchaus jedoch Einsichten, die sich auch auf andere Settings übertragen und gegebenenfalls sogar ausweiten lassen.

Das **Projekt 16** [Kantonale Unterschiede erschweren Bildung von regionalen Palliative Care-Netzwerken](#) (Brigitte Liebig) zeigt auf der Basis einer Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten, Fachpersonen in Hospizen, Pflegeheimen, Sozialarbeit und Seelsorge sowie Angehörigen von Palliativpatientinnen und -patienten mögliche Ansätze zur Verbesserung der Palliativversorgung in der Schweiz auf. So bestehe im Versorgungsalltag besonders an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung Handlungsbedarf: dies einerseits im Bereich der Kooperation zwischen Versorgerinnen/Versorgern und andererseits bei der Koordination von Versorgungsleistungen. Die Projektergebnisse zeigen, dass die Vernetzung von Leistungserbringenden über Kantonsgrenzen und Versorgungsbereiche hinweg informationstechnisch und organisatorisch aber auch auf der Ebene der beruflichen «mind sets» gefördert werden muss. Insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte müssen stärker gezielt in Versorgungsnetze eingeschlossen werden. Auch kommen E-Tools in der Kommunikation zwischen Versorgenden noch zu wenig zum Einsatz, und die Schlüssel-Rolle der Pflegenden bei der Koordination von Aufgaben wird zu wenig beachtet und genutzt. Im Bereich Palliative Care zeigt sich zudem ein hoher Bedarf nach verstärkter interprofessioneller Ausbildung aller beteiligten Fachleute, nach angemessener Finanzierung von Versorgungsleistungen sowie nach einem klaren Monitoring der Versorgungsqualität.

Ohne Koordination keine ausreichende Grundversorgung

Laut Grundversorgungsartikel ist «eine enge und gut abgestimmte Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe» die Grundlage einer ausreichenden, allen zugänglichen medizinischen Grundversorgung in der Schweiz. Als einen der wichtigsten Pfeiler dieser Grundversorgung nennt das Gesetz die Hausarztmedizin. Hausärztinnen und Hausärzte können laut einer Untersuchung des Institutes für Hausarztmedizin der Universität Zürich 94,3 Prozent aller Gesundheitsprobleme abschliessend behandeln.⁴ Doch in der Schweiz herrscht Hausärztemangel – und er wird sich in den nächsten Jahren weiter zuspitzen.

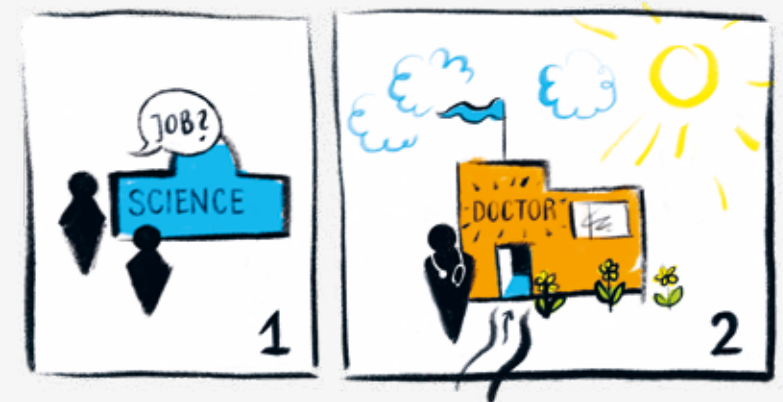
Auch hier gilt: Die für das Schweizer Gesundheitswesen so wichtige Grundversorgung kann nur dann als effizientes und tragfähiges Netz funktionieren, wenn das Zusammenspiel der darin vorhandenen Ressourcen – und zwar insbesondere der menschlichen Ressourcen – optimal funktioniert. Das bedeutet zum einen, dass die Hausarztmedizin gestärkt und Wege gefunden werden müssen, um ihre Attraktivität für junge Medizinerinnen und Mediziner zu erhöhen. Zum anderen sollte die Schlüsselrolle des nicht-ärztlichen Gesundheitspersonals, das in der Grundversorgung bereits heute einen wesentlichen Teil der medizinischen Aufgaben wahrnimmt, anerkannt und

⁴ Referral rates in Swiss primary care with a special emphasis on reasons for encounter. Swiss Med Wkly. 2015;145:w14244, Ryan Tandjung, Andreas Hanhart, Fredi Bärtschi, Rebecca Keller, Andy Steinhauer, Thomas Rosemann, Oliver Senn, Institut für Hausarztmedizin Zürich

weiter gestärkt werden. Dabei geht es nicht allein um wirtschaftliche Anreize, sondern darum, Entwicklungsperspektiven aufzuzeigen, Rollen aufzuwerten, Zusatzausbildungen zu ermöglichen und die Zusammenarbeit aller Grundversorgungsakteure auf Augenhöhe zu fördern.

Die Betreuung von Menschen mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen in ihrem eigenen Zuhause gelingt nur in einem gut koordinierten und kompetenten lokalen Netzwerk. Dies belegt das **Projekt 11 [Das Lebensende zu Hause verbringen – dank vorausschauender Planung und optimaler Koordination](#) (Steffen Eychmüller)**. Es untersucht den Benefit eines mobilen palliativen Dienstes (MPD) in Zusammenarbeit mit der Spitex und den Hausärztinnen und Hausärzten. Insbesondere in der qualitativen Bewertung zeigt dieses Vorgehen, dass es möglich ist, dass Patientinnen und Patienten ihr Lebensende trotz teilweise komplexer Symptomatik selbstbestimmt in der vertrauten Umgebung erleben, und zwar bei einem gleichbleibenden Sicherheitsgefühl für sie und ihre Angehörigen. Im Zentrum steht ein gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen ausgehandelter Plan mit Hilfe zur Selbsthilfe bei Komplikationen und einer klaren Informations- und Rettungskette. Verbessert wird bei diesem Modell nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern auch die Zufriedenheit der beteiligten Angehörigen und Gesundheitsfachpersonen.

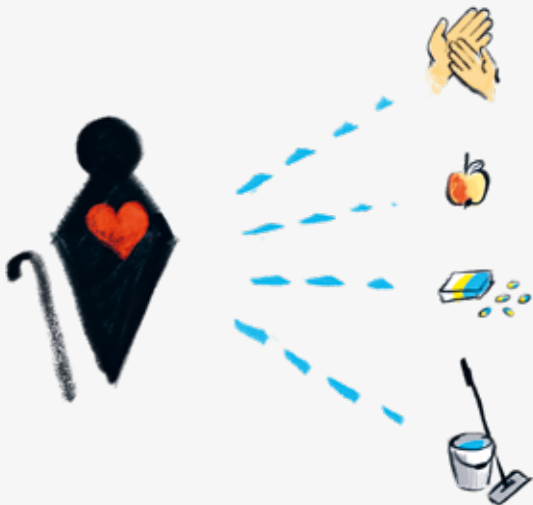
Das **Projekt 13 [Die Schliessung von Hausarztpraxen kann zu regionaler Unterversorgung führen](#) (Michael Gerfin)**, wertet den Datensatz von über 200 000 Patientinnen und Patienten aus und liefert genaue Zahlen zur Herausforderung, die das «Hausarztsterben» für die Grundversorgung und insbesondere die regionale Versorgungskontinuität darstellt: Schliesst eine Hausarztpraxis, so entfallen in der Folge 12 Prozent der Konsultationen. Von diesen wird maximal die Hälfte durch eine Behandlung bei Spezialisten oder im Spital ersetzt. In Regionen mit geringer Ärztedichte gehen die Konsultationen prozentual deutlich stärker zurück, was darauf hindeutet, dass Menschen in peripheren Gebieten, die ihre Hausärztin verlieren, Mühe haben, einen Ersatz zu finden. Unter dem Strich nimmt das Versorgungsangebot also ab. Die Kosten hingegen bleiben gleich: Zwar gehen nun weniger Menschen zum Arzt, diejenigen, die weiterhin konsultieren, nehmen dafür teurere Spezialisten- oder Spitalbehandlungen in Anspruch.





Labov

Im **Projekt 30 Integrierte gemeindebasierte Versorgung von älteren Menschen, die zu Hause leben** (Sabina De Geest) haben Forschende ein pflegegeleitetes, koordiniertes und gemeindebasiertes Versorgungsmodell für die Langzeitpflege älterer Personen evaluiert. Dessen Ziel war, die Qualität und Effizienz der Versorgung zu Hause zu verbessern, so dass ältere Personen länger zu Hause wohnen können. Auch soll damit ein Beitrag zur Verringerung der Kosten im Gesundheitswesen geleistet werden. Da ältere Personen oft an mehreren chronischen Erkrankungen leiden, sind an ihrer Versorgung häufig zahlreiche Leistungserbringer beteiligt, was zu einer fragmentierten Versorgung führt. In diesem Modell nimmt die professionelle Pflege eine Schlüsselfunktion ein, koordiniert die Gesamtheit der erbrachten Leistungen und trägt so zur Entlastung der Grundversorgung bei.



Empfehlungen des NFP 74

Auf Ebene des Versorgungsnetzwerkes

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist kontinuierlich zu verbessern:

- Medizinische und nicht-medizinische Fachkräfte sollen für die praktische interprofessionelle Zusammenarbeit geschult werden und aktiv zu Qualitätsverbesserungen beitragen.
- Es sind geeignete organisatorische, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen zur Förderung neuer interprofessioneller Zusammenarbeitsmodelle bereitzustellen.

Die Grundversorgung soll gestärkt werden:

- Die Attraktivität der Grundversorgung soll durch Angebote im Studium und durch eine attraktive fachärztliche Weiterbildung gefördert werden.
- Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in der Grundversorgung sollen gestärkt werden. Ärztinnen und Ärzte sollen die entsprechend erweiterten Kompetenzen in ihr Vorgehen integrieren.

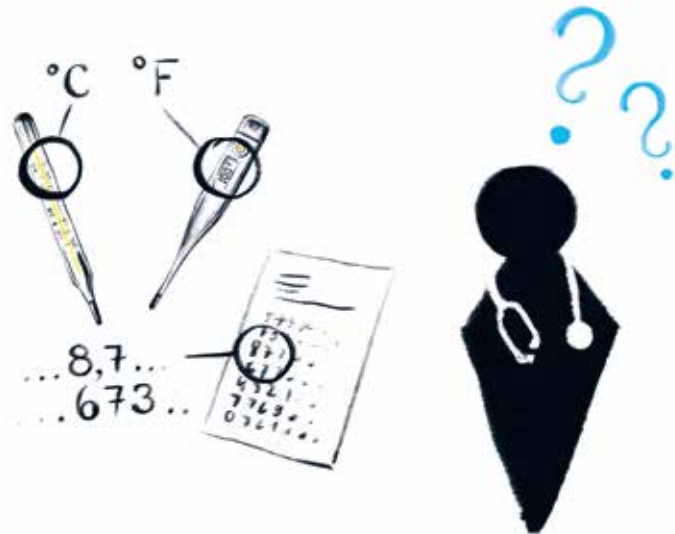
4. Gute Entscheidungsgrundlagen für jene, die das Gesundheitssystem gestalten

Das Gesundheitssystem befindet sich angesichts immer neuer Herausforderungen in stetem Wandel. Aktuell identifiziert der vorliegende Bericht unter anderem Bedarf nach einem systematischeren Einbezug der Ressourcen von Patientinnen und Patienten ausserhalb des rein medizinischen Kontextes oder nach verstärkter Koordination zwischen Leistungserbringern. Doch andere Aspekte sind ebenfalls wichtig, und in Zukunft werden neue Schwerpunkte in den Fokus rücken. Das bedeutet, dass konstant Steuerung nötig ist. Diese geschieht vornehmlich auf einer strukturellen Ebene, wobei neue Anreize besonders über die Anpassung der ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen gesetzt werden.

Neue Ansätze brauchen vergleichbare Daten

Weil Eingriffe in diese Strukturen jedoch weitreichende Konsequenzen für das gesamte System haben und sich auf Millionen Menschen auswirken, müssen sie einerseits gut begründet sein, andererseits sollen ihre Effekte überprüfbar sein. Daher ist es wichtig, dass neue Ansätze – von gemeindebasierten Versorgungsmodellen für ältere Menschen bis hin zu neuen Tarifstrukturen – zunächst in einem kleinen Rahmen erprobt werden können.

Um die Auswirkung von Massnahmen beurteilen und diese allenfalls anpassen zu können, ist zudem eine gute und über das gesamte System hinweg vergleichbare Datenbasis zentral. Das gilt allerdings nicht nur bei der Erprobung neuer Ansätze, sondern ist für die Steuerung der Gesundheitsversorgung generell von eminenter Bedeutung. Auch dies ist mittlerweile von der Politik erkannt, und es wurden diverse Bemühungen für die Verbesserung der Datenlage im Gesundheitswesen angestossen. In konkreten Bereichen haben NFP 74-Projekte praxisnahe Lösungen erforscht.



So entwickelten Forschende im **Projekt 21 [Standardisiertes Assessment- und Berichterstattungssystem für Informationen zur Funktionsfähigkeit \(Gerold Stucki\)](#)** eine einheitliche Metrik, die einen genaueren und somit faireren Vergleich von Indikatoren der Ergebnisqualität verschiedener Rehabilitationskliniken ermöglicht. Auf Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO als Referenzsystem und unter Verwendung verschiedener Methoden zeigte das Projekt, dass es möglich ist, Daten, die in verschiedenen Rehabilitationszentren mit unterschiedlichen Messinstrumenten routinemässig erhoben werden, zu standardisieren. Auf dieser Grundlage können Veränderungen der Funktionsfähigkeit in der klinischen Versorgung mittels Vorhersagemodellen beschrieben und beobachtet werden.

Das **Projekt 24 [Spitex nutzt ihre Daten zur Optimierung der Klientenzufriedenheit und Pflegequalität \(Julia Dratva\)](#)** untersucht, wie die Qualität und Repräsentativität der Spitex-Daten in der Schweiz verbessert werden muss, um diese für verallgemeinerbare Auswertungen nutzbar machen zu können. Gemeinsam mit Expertinnen und Experten sowie Pflegefachpersonen erarbeitete die Studie ein Indikatorenset zur Messung der Pflegequalität und legt damit eine wichtige Basis für die Verbesserung der Datenlage und somit auch der Qualität der häuslichen Pflege.

Weitere Forschungsprojekte des NFP 74 haben untersucht, wie sich Eingriffe ins Tarifsystem oder unterschiedliche Versicherungsmodelle auf die Versorgung auswirken. Sie belegen, dass mit vorhandenen Daten wichtige Fragen beantwortet können. Doch ist dies derzeit oft mit grossem Aufwand verbunden und nicht auf regelmässiger Basis möglich. Deshalb haben sich auch Projekte auf Fragen der Datenerhebung und -bereitstellung an sich konzentriert. Zudem hat eine Arbeitsgruppe des NFP 74 die aktuelle Situation in Bezug auf die Verwendung von routinemässig generierten Gesundheitsdaten für die Forschung analysiert. Sie zeigt im Working Paper «Health Care Data» auf, dass die Datenlandschaft derzeit sehr fragmentiert ist und formuliert Empfehlungen, um die Situation zu verbessern.



Im **Projekt 12 [Pauschalvergütungen helfen, Überversorgung zu vermeiden und Gesundheitskosten zu senken](#)** (Stefan Felder) haben Forschende mittels Versicherungsabrechnungsdaten von Hausärzten untersucht, wie sich eine 2014 eingeführte Tarifänderung auf deren Verhalten auswirkte: Die Vergütung für die Grundkonsultation wurde um 9 CHF pro Konsultation erhöht, jene für technische Dienstleistungen, die typischerweise von Fachärzten in Rechnung gestellt werden (z. B. Bildgebungsdienste), hingegen gesenkt. Das Ziel dieser Reform war, mittels finanzieller Anreize eine Verschiebung der Leistungen weg von den Spezialisten hin zu den Grundversorgerinnen zu unterstützen. Die Ergebnisse des Projekts zeigen, dass es bereits im ersten Jahr nach der Reform zu einer deutlichen Verhaltensänderung kam: Die von den Hausärztinnen und Hausärzten verbuchten Konsultationen erhöhten sich, sowohl pro Monat als auch pro Patientin/Patient, während die Zahl der technischen Dienstleistungen zurückging. Auch die pro Konsultation durch die Hausärztinnen und Hausärzte aufgewendete Sprechzeit ging zurück.

Im **Projekt 32 [Wie kann die Koordination der Versorgung von chronisch kranken Menschen in der Schweiz verbessert werden?](#)** (Joachim Marti) untersuchten Forschende die Kontinuität der Versorgung bei Menschen über 50 Jahren sowie Wege, wie die Koordination der Versorgung verbessert werden kann. Hierfür analysierten sie Krankenkassen-Abrechnungsdaten für 200 000 Personen über 50 für die Jahre 2015 bis 2018 und erhoben, wie oft diese ihre Gesundheitsdienstleister wechselten. Dabei zeigte sich, dass die Kontinuität der Versorgung eher tief, aber vergleichbar mit den Werten in anderen

OECD-Ländern ist. Betrachtet man allerdings nur die Grundversorgung, ergibt sich ein anderes Bild: Hier suchte die Mehrheit (70 Prozent) der Personen ausschliesslich einen einzigen Primärversorger auf, was auf eine sehr hohe Kontinuität hindeutet. Positiv mit einer hohen Versorgungskontinuität verbunden waren komplexe Gesundheitsbedürfnisse und Versicherungsmodelle mit Gatekeeping («Hausarztmodell»). Doch je nach Art der Erkrankung variierte die Versorgungskontinuität erheblich.

Um mehr über die Präferenzen der untersuchten Bevölkerungsgruppe in Bezug auf alternative, auf eine verbesserte Koordination ausgerichtete Versorgungsmodelle zu erfahren, führten die Forschenden zudem eine Umfrage bei fast 1000 Personen in der Westschweiz durch. Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass die Schweizer Bevölkerung im Alter von über 50 Jahren relativ stark am Status quo festhält. Darüber hinaus legten die Befragten grossen Wert auf die Koordination durch eine klar bestimmte Stelle, vorzugsweise Hausärztinnen oder Hausärzte. Ebenso war die Höhe der monatlichen Versicherungsprämie ein zentraler Aspekt. Insgesamt stellten die Forschenden jedoch sehr unterschiedliche Präferenzen fest, wobei eine Mehrheit der Befragten für ein gewisses Mass an Reformen offen war. Bei progressiven jüngeren Befragten war diese Offenheit grösser, während konservative Personen stark am Status quo festhielten.

Empfehlungen des NFP 74

Lösungsansätze, mit denen in der Schweiz Gesundheitsdaten besser vernetzt und für Forschung und Steuerung des Versorgungssystems gebraucht werden können, sind dringend gefragt. Forschende haben solche im **Projekt 10 Vorschläge zur besseren Nutzung von Gesundheitsdaten in der Schweiz (Bernice Simone Elger)** erarbeitet. Sie haben dabei sowohl auf Routinedaten wie auf Daten aus Forschungsprojekten fokussiert. Zunächst haben die Forschenden Projekte in der Schweiz und in Dänemark – das bei der Nutzung von Gesundheitsdaten als sehr fortschrittlich gilt – ausgewertet und verglichen, um förderliche und hinderliche Faktoren zu identifizieren. Diese haben sie anschliessend mit zahlreichen Fachleuten analysiert und mit diesen in einem konsensbildenden Prozess Empfehlungen für die Schweiz herausgearbeitet. Diese liefern den politischen Entscheidungsträgern wichtige Grundlagen für die weitere Entwicklung von Governance und Infrastruktur im Bereich Gesundheitsdaten, und sie zeigen Betreibern von Gesundheitsdatenbanken Wege auf, wie sie den Datenaustausch erleichtern können.



Im **Projekt 7 Routinedaten aus Hausarztpraxen dienen der Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (Corinne Chmiel)** haben Forschende die erste und bisher einzige Datenbank der Schweiz weiterentwickelt, die auf nationaler Ebene klinische Routinedaten zur ambulanten Versorgung erfasst. Dies vor dem Hintergrund, dass bisher vor allem im ambulanten Bereich sehr wenig Daten vorliegen. Das FIRE-Projekt besteht seit 2009. Beim Studienstart im Jahr 2017 nahmen 231 Hausärztinnen und Hausärzte in 13 Kantonen teil. Die Forschenden konnten diese Zahl im Verlauf des Projekts verdreifachen auf rund 700 Hausärztinnen und Hausärzte aus über 200 deutschsprachigen Praxen, die anonymisierte klinische Routinedaten aus ihren elektronischen Krankenakten in die FIRE-Datenbank exportieren. Dies entspricht rund zehn Prozent aller tätigen Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz.

Ein wichtiges Ziel des Projekts war es, die Bedingungen zu klären, unter welchen Arztpraxen bereit sind, ihre Daten für das FIRE-Projekt zu teilen. Dazu gehörte unter anderem die finanzielle Entschädigung für den entstehenden Mehraufwand. Mit dem Ausbau der FIRE-Datenbank und der Verbesserung der Datenqualität und -verfügbarkeit wurde eine zuverlässige und solide Datenbasis für die Forschung und damit für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung geschaffen.

Auf Ebene der Systemgestalter

- Es braucht geeignete finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen, um innovative Versorgungsmodelle zu erproben und bei Eignung zu multiplizieren.
- Die Prozesse und Outcomes im Versorgungssystem sollen besser gemessen und in standardisierten Daten festgehalten werden.
- Es soll eine nationale Institution oder Kommission für die Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung eingerichtet werden. Diese soll jeweils die notwendigen Genehmigungsschritte vorbereiten und koordinieren sowie technische Lösungen bereitstellen.





5. Ausblick: Wie geht es nun weiter?

Das NFP 74 hat gezeigt, dass die anwendungsorientierte Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag dazu leisten kann, gegenwärtige und künftige Herausforderungen im Schweizer Gesundheitssystem zu meistern. Sie untersucht die Wirksamkeit von Versorgungsleistungen sowie die Zugangsgerechtigkeit, Sicherheit und Belastbarkeit der Gesundheitsversorgung unter Alltagsbedingungen und liefert damit fundierte wissenschaftliche Grundlagen und Analysen zur Steuerung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

Eine nachhaltige Versorgungsforschung in der Schweiz sicherzustellen und auszubauen, ist uns deshalb ein grosses Anliegen. Zu diesem Zweck wurde aus dem NFP 74 heraus die Zusammenarbeit mit wichtigen national organisierten Akteuren gesucht, die sich in diesem Bereich seit mehreren Jahren engagieren. Mit ihnen zusammen wurde die Arbeitsgruppe «Smarter Health Care – Zukunft Versorgungsforschung Schweiz» gegründet. Darin sind mit der Swiss School of Public Health (SSPH+) und dem Swiss Learning Health System (SLHS) beispielsweise zwei Organisationen vertreten, die eine grosse Zahl von Universitäten und Fachhochschulen umfassen.

Mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) sowie dem Swiss Personalized Health Network (SPHN) sind auch der Bund und die im Schweizer Gesundheitswesen federführenden Kantone an Bord.

Forschung, Dialog, Vernetzung und Lehre

Die Zukunft der Versorgungsforschung hängt von weit mehr als deren Finanzierung ab. Natürlich sind ausreichende Forschungsmittel vonnöten, aber es ist ebenso essenziell, den Dialog zwischen Forschung, Praxis und Politik weiter zu vertiefen. Dies, um die in der Schweiz vorhandene Expertise im Bereich der Versorgung effizient zu bündeln. Eine wichtige Rolle kommt hierbei der Weiterführung des Trainingsprogramms für Jungforschende (EHCL) zu: Es gilt, diese einmalige Austauschplattform im Bereich der Versorgungsforschung durch den Einbezug von jungen Stakeholdern aus Praxis und Politik nachhaltig zu stärken. Weiter muss für eine bessere Qualität wie auch Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten gesorgt und die Koordination an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems gestärkt werden – und es müssen gezielte Anstrengungen im Bereich der Ausbildung und Lehre unternommen werden.

Versorgungsforschung international

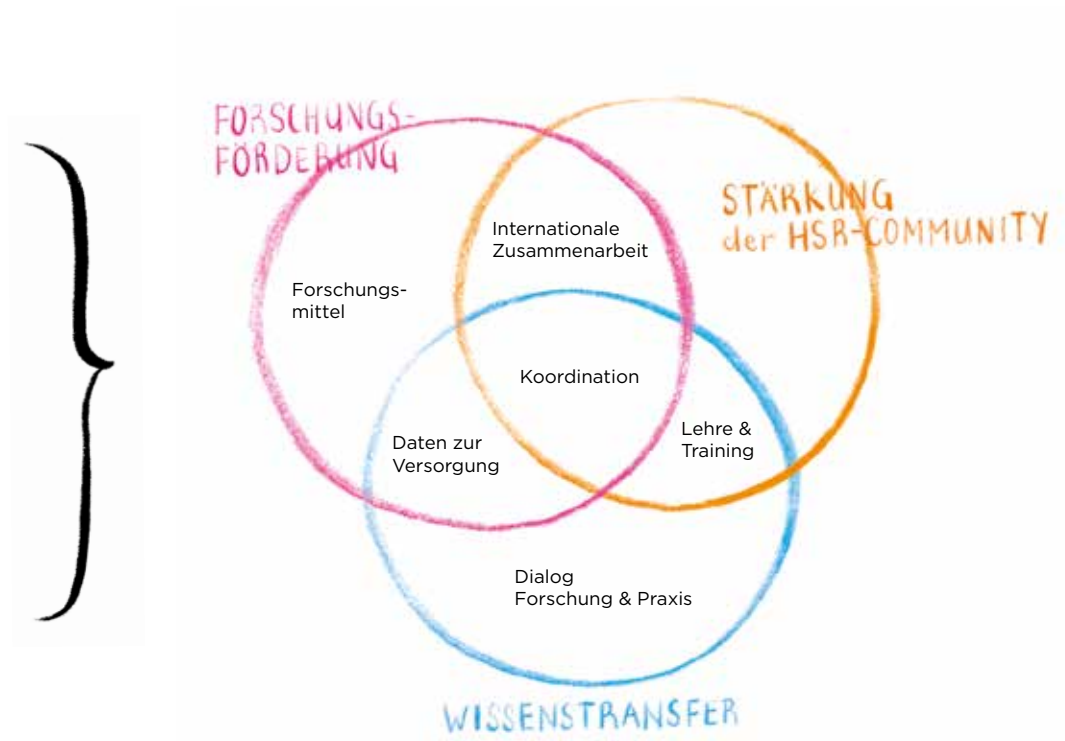
Auch international gewinnt die Versorgungsforschung zunehmend an Bedeutung, entsprechend wichtig ist der Wissens- und Erfahrungsaustausch mit internationalen Partnern für die Schweiz. Erfreulich ist deshalb, dass SNF, Innosuisse und BAG Teil der «European Partnership on Transforming Health and Care Systems» sind, einer grossen Forschungsinitiative, die auf EU-Ebene darauf abzielt, innovative, realisierbare, umsetzbare, finanziell solide und skalierbare Lösungen zu entwickeln, um die Gesundheitssysteme bei ihrer Transformation zu mehr Belastbarkeit und Nachhaltigkeit zu unterstützen. Wichtig ist auch die seit Jahren enge Zusam-

menarbeit der Wennberg International Collaborative (WIC) mit Schweizer Forschenden und politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern zur Förderung innovativer Versorgungsforschung.

Möglichkeiten für das weitere Vorgehen

Die Initiantinnen und Initianten von «Smarter Health Care – Zukunft Versorgungsforschung Schweiz» sind überzeugt, dass die durch das NFP 74 gegebenen Impulse stark genug sind, um all diese Elemente ideell und finanziell nachhaltig zu verankern und damit die Voraussetzungen für eine starke und zukunftsfähige Schweizer Gesundheitsversorgung zu schaffen. So eröffnet die enge Zusammenarbeit mit SSPH+ und SLHS und der im Rahmen des Forschungsprogramms nun über Jahre geführte Dialog mit wichtigen Akteurinnen und Akteuren aus Forschung, Politik und Praxis beispielsweise die Möglichkeit eines Finanzierungsantrages an im Gesundheitsbereich aktive Stiftungen. Finanzieller Mittel bedarf auch die Weiterführung des EHCL-Programms, für dessen erfolgreiche Verfestigung und Erweiterung verlässliche Koordinationsstrukturen geschaffen werden müssen. Das Projekt «Smarter Health Care – Zukunft Versorgungsforschung Schweiz» wird also fortgeführt.





Arbeitsgruppe «Smarter Health Care – Zukunft Versorgungsforschung Schweiz»

In fünf Jahren intensiver Forschungsarbeit, aber auch im Austausch mit allen Stakeholdern im Gesundheitswesen, hat das NFP 74 die Basis für eine starke Community geschaffen. Diese bleibt auch nach Abschluss des Programms bestehen. An ihr ist es nun, den Dialog auf allen Ebenen der Versorgung weiterzuführen. Dazu gehört in einem ersten Schritt, die praxisbezogenen Erkenntnisse, die sich aus vielen NFP 74-Projekten ergeben, mit den relevanten Akteuren auf Kantons- und Bundesebene, aber auch mit Leistungserbringern, Finanzierern, Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen usw. auf ihre Umsetz-

barkeit und Skalierbarkeit zu prüfen. Wie lassen sich in der Forschung erprobte neue Kooperationsansätze in der Praxis breit realisieren? Welche Modelle können multipliziert, welche Lösungsansätze auf der bisherigen gesetzlichen Grundlage verstärkt werden, wo müsste der rechtliche Rahmen angepasst werden?

Das NFP 74 hat viele Fragen beantwortet. Insofern liefert dieser Bericht eine solide wissenschaftliche Grundlage für die Diskussionen, die Forschung, Praxis und Politik nun im Interesse einer nachhaltig gesicherten, vermehrt auf Kooperation und Integration

ausgerichteten und somit «smarten» Entwicklung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz gemeinsam führen müssen. Die Leitungsgruppe des NFP 74 ist überzeugt, dass die durch das NFP 74 angestossene Dynamik dieser unumgänglichen Auseinandersetzung den nötigen Schub geben kann.

Die Synthesis Working Papers des NFP 74

Die NFP 74 Synthesis Working Papers analysieren die Forschung zu sechs übergeordneten Themenkreisen und formulieren Handlungsempfehlungen, um die Gesundheitsversorgung in diesen Bereichen weiterzuentwickeln. Sie richten sich an ein Fachpublikum und sind in englischer Sprache verfasst. Alle NFP 74 Synthesis Working Papers sind verfügbar unter www.nfp74.ch.

Synthesis Working Paper **Quality of Care**

Eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung umfasst zahlreiche Aspekte, von der Patientensicherheit über die erzielten Outcomes bis zu wirtschaftlicher Effizienz und Chancengleichheit für alle. Das Synthesis Working Paper «Quality of Care» diskutiert vor dem Hintergrund der NFP 74-Forschung, wie sich die Qualität in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung messen und verbessern lässt. Es empfiehlt unter anderem, schweizweit einheitliche Indikatoren zu etablieren, die eine transparente und vergleichbare Qualitätsmessung erlauben. Auch sollen Patientenerfahrungen verstärkt in die Beurteilung der Qualität einbezogen werden.

Synthesis Working Paper **Patient Participation**

Können Patientinnen und Patienten an Entscheidungen zu Behandlung und Prävention teilhaben, kann sich das positiv auf die Resultate auswirken. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass sie gut informiert sind und sich beteiligen wollen. Das Synthesis Working Paper «Patient Participation» arbeitet die Hintergründe dieses eher neuen Ansatzes auf und analysiert anhand von NFP 74-Projekten Möglichkeiten zu einem

besseren Einbezug von Patientinnen und Patienten. Auf dieser Basis definiert es vier Handlungsfelder, in die dieser mit verschiedenen Massnahmen gefördert werden kann. Dazu zählt nicht zuletzt die Stärkung von Patientenorganisationen.

Synthesis Working Paper **Coordination and Care Models**

Chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten bedürfen oft mehrerer medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsangebote gleichzeitig und über längere Zeit. Doch mit seiner hohen fachlichen Spezialisierung ist das Schweizer Gesundheitssystem vor allem auf einzelne Krankheiten ausgerichtet. Das Synthesis Working Paper «Coordination and Care Models» analysiert Projekte des NFP 74 hinsichtlich des Potentials für eine stärkere Koordination im Gesundheitswesen. Es verortet Bedarf zur Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit, zur Stärkung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe sowie zum vermehrten Einbezug von nicht-medizinischen Aspekten in die Versorgung.

Synthesis Working Paper **Cost and Reimbursement**

Nicht zuletzt aufgrund der demographischen Entwicklung werden die bereits jetzt hohen Kosten des Schweizer Gesundheitswesens weiter steigen. Es ist deshalb wichtig, Ressourcen so effizient wie möglich einzusetzen, bei gleichbleibender Qualität der medizinischen Versorgung. Das Synthesis Working Paper «Cost and Reimbursement» hat die Resultate einzelner Projekte des NFP 74 unter einem gesundheitsökonomischen Blickwinkel analysiert und darin Abläufe und Prozesse identifiziert, die in diesem

Sinn zu einer Effizienzsteigerung beitragen können. Grosses Potential zeigt sich dabei in Koordinationsfragen zwischen Gesundheitsdienstleistern, aber auch zwischen diesen und den Patientinnen und Patienten. Zudem könnten Reformen des Vergütungssystems an sich gezielt Anreize setzen, die zu effizienteren Abläufen führen.

Synthesis Working Paper **Health Care Data**

Die Versorgungsforschung kann aufgrund von Routinedaten, beispielsweise Abrechnungsdaten von Krankenkassen oder Informationen im elektronischen Patientendossier, wichtige Erkenntnisse ableiten. Doch viele dieser Daten sind für Forschende kaum nutzbar, weil sie sich in isolierten Datensilos befinden, in unterschiedlichsten Formaten und Strukturen. Das Synthesis Working Paper «Health Care Data» formuliert auf Grundlage von Resultaten und Erfahrungen des NFP 74 zwei Kernempfehlungen, um die Situation zu verbessern: Die Einführung eines Unique Personal Identifiers, mit dem sämtliche Gesundheitsdaten eindeutig einer Person zugeordnet werden können, sowie die Einrichtung einer nationalen Institution, die den Zugang zu und die Aufbereitung von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke koordiniert.

Synthesis Working Paper **Building a strong Research Community (EHCL+)**

Das NFP 74 hat die «Emerging Health Care Leaders»-Initiative (EHCL+) ins Leben gerufen, die jungen Forschenden wichtige praktische Fähigkeiten vermittelt, die sie für eine erfolgreiche Karriere in der Versorgungsforschung benötigen. Das Synthesis Working Paper «Building a strong research commu-

nity (EHCL+)» ist eine Evaluation dieser Initiative, wie sie während der Laufzeit des NFP 74 umgesetzt wurde. Es präsentiert zugleich die Resultate einer Fokusstudie, die untersuchte, wie auf Basis der EHCL+-Initiative langfristig eine integrierte Forschungsgemeinschaft aufgebaut werden kann. In dieser sollen Akteurinnen und Akteure der Versorgungsforschung ebenso wie weitere aufstrebende Führungskräfte des Gesundheitswesens vertreten sein, um systematisch einen engen Austausch zwischen Forschung, Praxis und Politik zu sichern.



Die 34 Projekte des NFP 74

- 1** [Patientinnenerfahrungen helfen, die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen zu verbessern](#)
Thomas Abel (Universität Bern)
- 2** [Partizipative Forschung fördert partizipative Entscheidungen beim Dickdarmkrebscreening](#)
Reto Auer (Universität Bern),
Nikola Biller-Andorno, Jean-Luc Bulliard,
Jacques Cornuz
- 3** [Grosse regionale Unterschiede bei medizinischen Wahleingriffen in der Schweiz](#)
Drahomir Aujesky (Universität Bern),
Arnaud Chiolero, Radoslaw Panczak,
Nicolas Rodondi, Claudia Scheuter, Maria Wertli
- 4** [Soziale Ungleichheiten in der stationären Gesundheitsversorgung in der Schweiz](#)
Lucy Bayer-Oglesby (Fachhochschule Nordwestschweiz)
- 5** [Case Management reduziert Frequentierung von Notfallstationen und fördert Lebensqualität von pezifischer Patientengruppe](#)
Patrick Bodenmann (Universität de Lausanne),
Jean-Bernard Daeppen, Judith Griffin,
Olivier Hügli
- 6** [Interprofessionelle Qualitätszirkel verbessern Medikation in Alters- und Pflegeheimen](#)
Anne Niquille (Universität de Lausanne),
Olivier Bugnon
- 7** [Routinedaten aus Hausarztpraxen dienen der Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz](#)
Corinne Chmiel (Universität Zürich),
Stefan Essig, Dagmar Haller-Hester, Lilli Herzig,
Thomas Rosemann, Sven Streit, Andreas Zeller
- 8** [Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen zuhause behandeln](#)
Luca Crivelli (Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana), Emiliano Albanese,
Wolfram Kawohl, Rafael Traber
- 9** [Automatische Erkennung medikamentöser Nebenwirkungen in der Geriatrie](#)
Chantal Csajka (Universität de Lausanne),
Patrick Beeler, Pierre-Olivier Lang,
Marie Annick Le Pogam, Christian Lovis
- 10** [Vorschläge zur besseren Nutzung von Gesundheitsdaten in der Schweiz](#)
Bernice Simone Elger (Universität Basel),
Thomas Perneger
- 11** [Das Lebensende zu Hause verbringen - dank vorausschauender Planung und optimaler Koordination](#)
Steffen Eychmüller (Universität Bern),
Matthias Egger, Sven Streit
- 12** [Pauschalvergütungen helfen, Überversorgung zu vermeiden und Gesundheitskosten zu senken](#)
Stefan Felder (Universität Basel),
Reto Auer, Christian Matthias Ernst
- 13** [Die Schliessung von Hausarztpraxen kann zu regionaler Unterversorgung führen](#)
Michael Gerfin (Universität Bern),
Wolfram Kägi
- 14** [Behandlungsdauer mit Antibiotika kann ohne Risiko reduziert werden](#)
Angela Huttner (Université de Genève),
Werner Albrich, Pierre-Yves Bochud,
Stephan Jürgen Harbarth, Laurent Kaiser
- 15** [Bessere Versorgung von Kindern mit Entwicklungsstörungen](#)
Oskar Gian Jenni (Universität Zürich),
Michael von Rhein
- 16** [Kantonale Unterschiede erschweren Bildung von regionalen Palliative Care-Netzwerken](#)
Brigitte Liebig (Fachhochschule Nordwestschweiz), Klaus Bally, Claudia Gamondi,
Elisabeth Zemp Stutz, Maya Zumstein-Shaha
- 17** [Verbesserung der Demenzdiagnose erfordert engere Zusammenarbeit von Akteuren im Gesundheits- und Sozialbereich](#)
Barbara Lucas (Haute école spécialisée de Suisse occidentale), Samia Hurst
- 18** [Interprofessionelle Austrittsplanung verkürzt Dauer des Spitalaufenthalts](#)
Beat Müller (Universität Basel),
Sabina De Geest, Alexander Kutz,
Philipp Schütz

- 19** [Kritische Überprüfung der Medikamentenliste bei Spitalaustritt notwendig, aber nicht hinreichend](#)
Stefan Neuner-Jehle (Universität Zürich), Stefan Markun, Nicolas Rodondi, Thomas Rosemann, Oliver Senn, Stefan Zechmann
- 20** [Erfolgreiche Einbindung der spirituellen Dimension in die Behandlung chronischer Schmerzen](#)
Simon Peng-Keller (Universität Zürich), Nikola Biller-Andorno, Alexander Bischoff, Sissel Guttormsen Schär, Michael Rufer, Rebecca Spirig
- 21** [Standardisiertes Assessment- und Berichterstattungssystem für Informationen zur Funktionsfähigkeit unterstützt Qualitätsberichte und individuelle Rehabilitation](#)
Gerold Stucki (Schweizer Paraplegiker-Forschung), Birgit Prodingler
- 22** [Verbesserte Medikation bei chronisch Kranken dank einer elektronischen Entscheidungshilfe](#)
Sven Streit (Universität Bern), Nicolas Rodondi, Matthias Schwenkglenks
- 23** [Finanzielle Anreize beeinflussen die Behandlungsqualität bei Diabetes nur indirekt](#)
Thomas Rosemann (Universität Zürich), Corinne Chmiel, Sima Djalali, Oliver Senn
- 24** [Spitex nutzt ihre Daten zur Optimierung der Klientenzufriedenheit und Pflegequalität](#)
Julia Dratva (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften), Sonia Pellegrini, Adrian Spörri-Fahrni
- 25** [Die ältere Bevölkerung soll bei der Planung der Langzeitpflege gehört werden](#)
Brigitte Santos-Eggimann (Université de Lausanne)
- 26** [Wissenschaftliche Evidenz beeinflusst regionale Unterschiede in medizinischer Versorgung weniger als vermutet](#)
Matthias Schwenkglenks (Universität Zürich), Holger Dressel, Klazien Matter-Walstra, Viktor von Wyl
- 27** [Pflegegeleitete Versorgungsmodelle vermindern ungeplante Spitaleinweisungen](#)
Michael Simon (Universität Basel), Sabina de Geest, Carlo De Pietro, Mario Julien Desmedt, Reto Werner Kressig, Dunja Nicca, Nathalie I. H. Wellens, Andreas Zeller, Franziska Zúñiga
- 28** [Impfskeptische Eltern und Ärzte in der Schweiz](#)
Philip Eduard Tarr (Universität Basel), Christoph Berger, Claudine Burton-Jeangros, Andreas Zeller
- 29** [Psychische Störungen in der Grundversorgung besser erkennen und behandeln](#)
Birgit Watzke (Universität Zürich), Thomas Rosemann, Matthias Schwenkglenks, Markus Wolf
- 30** [Integrierte gemeindebasierte Versorgung von älteren Menschen, die zu Hause leben](#)
Sabina De Geest (Universität Basel), Matthias Briel, Mieke Deschodt, Nicole Probst-Hensch, Matthias Schwenkglenks, Penelope Vounatsou, Andreas Zeller, Franziska Zúñiga
- 31** [Aufbau von sorgenden Gemeinschaften für die häusliche Langzeitpflege](#)
Heidi Kaspar (Berner Fachhochschule), Claudia Müller
- 32** [Wie kann die Koordination der Versorgung von chronisch kranken Menschen in der Schweiz verbessert werden?](#)
Joachim Marti (Université de Lausanne), Olivier Bugnon, Clémence Perraudin, Isabelle Peytremann Bridevaux, Joël Wagner
- 33** [Chronisch kranke Menschen benötigen eine gut ausgebaute Grundversorgung, wie ein Simulationsmodell zeigt](#)
Lukas Schönenberger (Berner Fachhochschule), Carl Rudolf Blankart, Urs Brügger, Sebastian Gurtner
- 34** [Ein kooperatives, patientenzentriertes Medikamentenmanagement fördert die Sicherheit älterer Menschen zuhause](#)
Henk Verloo (Haute école spécialisée de Suisse occidentale), Marie Santiago Delefosse, Armin von Gunten, Boris Wernli

Impressum

Redaktion

Milo Puhan, Präsident Leitungsgruppe NFP 74
Christine D'Anna-Huber, Textbüro «cdh Wissenschaft im Text», Lugano
Stéphane Praz, Leporis Communication, Zürich
in Zusammenarbeit mit der Leitungsgruppe NFP 74

Projektleitung

Manuela Oetterli, Interface Politikstudien
Forschung Beratung, Luzern

Grafik Design und Illustration

Aline Telek, Zürich

Fotos

Salvatore Vinci, Zürich

Übersetzung

Französisch & Englisch: BMP Translations AG, Basel

Druck

Kasimir Meyer AG, Wohlen

Auflage

Deutsch 700 Ex., Französisch 220 Ex.

Empfohlene Zitierweise

Leitungsgruppe NFP 74 (2023): Programmfazit des Nationalen Forschungsprogramms Gesundheitsversorgung (NFP 74), Schweizerischer Nationalfonds, Bern

Disclaimer

Für die erwähnten Forschungsergebnisse sind die jeweiligen Forschungsteams verantwortlich, für die Synthesis Working Papers und deren Empfehlungen die Autorentams, für das Programmfazit die Leitungsgruppe, deren Auffassung nicht notwendigerweise mit derjenigen des Schweizerischen Nationalfonds übereinstimmen muss.

© Januar 2023

Schweizerischer Nationalfonds, Bern

Leitungsgruppe

Milo Puhan, Universität Zürich (Präsident)
Penny Hollander Feldman, Center for Home Care Policy and Research Visiting Nurse Service, New York, USA
Steffen Flessa, Universität Greifswald, Deutschland
Thomas Gächter, Universität Zürich
David C. Goodman, Dartmouth Medical School, USA
Katharina Janus, Center for Healthcare Management, Paris, Frankreich; Columbia University, New York, USA
Michel Wensing, Universitätsklinikum Heidelberg, Deutschland
Marcel Zwahlen, Universität Bern

Delegierter der Abteilung IV des Nationalen Forschungsrats

Manfred Max Bergman, Universität Basel

Beauftragte Wissenstransfer

Manuela Oetterli, Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern

Leiter Programm «Emerging Health Care Leaders» EHCL

Rolf Heusser, Universität Zürich

Vertreter des Bundes

Herbert Brunold, Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Vertreter der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Christos Pouskoulas, Kantonsarzt Kanton Schwyz

Programm-Managerin

Stephanie Schönholzer, Schweizerischer Nationalfonds (SNF)

Kontakt

Stephanie Schönholzer
Programm-Managerin NFP 74
SNF, Wildhainweg 3, CH-3001 Bern
Telefon +41 (0)31 308 22 22
nfp74@snf.ch

Die Nationalen Forschungsprogramme

Die NFP leisten einen wissenschaftlichen Beitrag zur Lösung wichtiger Gegenwartsprobleme von nationaler Bedeutung. Die NFP werden durch den Bundesrat lanciert, dauern 6 bis 7 Jahre und haben ein Forschungsvolumen von 10 bis 20 Mio. CHF. Die NFP haben eine inter- und transdisziplinäre Ausrichtung. Die einzelnen Forschungsprojekte werden im Hinblick auf ein definiertes Gesamtziel koordiniert, dabei hat der Wissenstransfer einen hohen Stellenwert.

Der Schweizerische Nationalfonds

Der Schweizerische Nationalfonds (SNF) fördert im Auftrag des Bundes die Forschung in allen wissenschaftlichen Disziplinen. Im Jahr 2021 finanzierte er 5700 Projekte mit über 20 000 beteiligten Forschenden (Total 882 Mio. CHF). Mit der kompetitiven Vergabe öffentlicher Gelder trägt der SNF zur hohen Qualität der Schweizer Forschung bei.

www.snf.ch



Schweizerischer Nationalfonds
Wildhainweg 3, Postfach
3001 Bern

www.snf.ch
www.nfp74.ch

