

Working Paper

Das Schweizer Gesundheitssystem neu ausrichten: Denkanstösse auf Basis des Meikirch-Modells

Karin Brunner Schmid, Michael Jordi, Ueli Kieser, Philippe Luchsinger, Annamaria Müller,
Luana Rast, Flavio Tschopp, Urs Zanoni

Dieses Dokument ist das Arbeitsergebnis einer Gruppe von Persönlichkeiten, die sich seit Jahrzehnten mit dem Gesundheitssystem beschäftigen. Sie möchten damit zu einem Kulturwandel beitragen, der die Gesundheit stärker betont, das individuelle Potenzial der Menschen fördert und die Wechselwirkungen mit ihrer Umwelt einbezieht. Dadurch sollen die Menschen besser befähigt sein, den stets wandelnden Anforderungen an ihr Leben gewachsen zu sein und sie bewältigen zu können.

Das Dokument steht allen Interessierten zur freien Verfügung (siehe Zitiervorschlag am Schluss).

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| 1 Ausgangslage und Herausforderung | 4 |
| 2 Die Konsequenz: Das System ist zu transformieren | 7 |
| 3 Das Meikirch-Modell als Orientierungshilfe | 8 |
| 4 Ableitungen aus dem Meikirch-Modell | 10 |
| 5 Grundlagen und Empfehlungen auf Basis des Meikirch-Modells | 11 |
| 5.1 Grundlagen | 11 |
| 5.1.1 Weiterentwicklung | 11 |
| 5.1.2 Analyse | 15 |
| 5.1.3 Werte | 16 |
| 5.2 Empfehlungen | 17 |
| Literatur / Weiterführende Dokumente | 22 |

1 Ausgangslage und Herausforderung

Das schweizerische Versorgungssystem hat anerkanntermassen viele Vorzüge, zum Beispiel:

- die hohe Dichte an Leistungserbringern;
- den guten Zugang zu diesen Leistungserbringern;
- gut ausgebildete Fachpersonen (aus dem In- und Ausland);
- die hohe Wahlfreiheit für die Krankenversicherten bzw. Patientinnen und Patienten (bezüglich Leistungserbringer, Therapien, Versicherer);
- wenig Wartezeiten (eine gewichtige Ausnahme ist der psychiatrische Bereich).

Die meisten dieser Vorzüge sind quantitativ ausgerichtet. Bezüglich Qualität ist die Gesundheitsversorgung in der Schweiz schwierig einzuordnen. Internationale Vergleiche des Commonwealth Fund oder der OSZE weichen zum Teil stark voneinander ab. Zudem gibt es nicht die Qualität, sondern eine grosse Vielfalt an Qualitätsparametern. Dabei fokussieren die meisten auf die Leistungserbringer (wurde die Behandlung bestmöglich ausgeführt?). Die Sicht der Patientinnen und Patienten (hat die Behandlung das Wohlbefinden des betroffenen Menschen spürbar und dauerhaft verbessert?) fliesst erst ansatzweise in die qualitative Beurteilung des Versorgungssystems ein, zum Beispiel in Form von Patient-Reported Outcome / Experience Measures.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Kritikpunkten am schweizerischen Gesundheitssystem, die breit anerkannt sind, zum Beispiel:

- stetig steigende Kosten, deutlich über dem Wachstum von Bevölkerung und Wirtschaft;
- stetig steigende Prämien, die für viele Menschen ohne Prämienverbilligung zum Problem werden;
- die mangelhafte Digitalisierung, die zu Informationslücken und Ineffizienzen führt;
- die mangelhafte Koordination/Abstimmung zwischen den Leistungserbringern, die – wegen der mangelhaften Digitalisierung – ebenfalls zu Informationslücken und Ineffizienzen führt;
- zu wenig Ausbildungsplätze für Ärzt:innen und andere Gesundheitsberufe, was die Kapazitäten verknappt und die Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften erhöht;
- die schlechte Verteilung der niedergelassenen Ärzt:innen (zu viele in den Städten, zu wenig auf dem Land; zu viele spezialisiert, zu wenige in der Grundversorgung).

Hinzu kommen Mängel, die selten auf dem Radar der öffentlichen Diskussionen sind, namentlich:

- Im Schweizer Gesundheitssystem fehlt ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und Krankheit: Wann sind wir gesund, wann krank? Oder sind wir immer gesund und krank, wie es die Salutogenese sieht? Gibt es ein gutes Leben mit oder trotz Krankheit?
- Häufig fehlt der Blick auf die Phase vor der Erkrankung (Früherkennung, Gesundheitsförderung und Prävention), ebenso auf die Phase nach der Erkrankung/Behandlung (psychosoziale Nachsorge, um Rückfälle die verhindern).

- Es fehlen verbindliche Ziele für das schweizerische Gesundheitssystem, nach denen sich Politik und Behörden aller Ebenen ausrichten können, zum Beispiel die Bevölkerung so lange wie möglich gesund zu erhalten oder sie zu befähigen, bei der eigenen Versorgung mitzuwirken. Oder gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Oder die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt ganzheitlich zu betrachten (One Health).
- Heilbehandlungen werden meistens isoliert betrachtet und selten im Kontext: Sie können, wenn sie erfolgreich sind, mögliche Folgekosten in anderen (Sozial-)Versicherungsbereichen verhindern. Andererseits besteht bei (Sozial-)Versicherern häufig die Neigung, die eigene Zahlungspflicht zu verneinen und die betroffenen Menschen an andere Kostenträger zu verweisen. Dies gilt namentlich bei mehrfach belasteten Menschen oder bei der beruflichen Wiedereingliederung.

Schliesslich steht die Frage im Raum, ob das heutige Versorgungssystem geeignet ist, die Herausforderungen der Zukunft zu meistern: Die wichtigste Patientengruppe der Zukunft sind chronisch kranke Menschen. Ein besonderes Augenmerk gilt denen, die mehrfach belastet sind: körperlich, psychisch, sozial, oft auch finanziell. Doch darauf ist das heutige Versorgungssystem, das stark vom Krankenversicherungsgesetz (KVG) geprägt ist, nur bedingt vorbereitet (Tabelle 1).

| Das heutige System ist stark ... | und vernachlässigt ... |
|---|---|
| auf Diagnosen und Indikationen und damit die kurative Medizin ausgerichtet | die Phase vor der Behandlung (Früherkennung, Gesundheitsförderung und Prävention) sowie die Phase nach der Erkrankung/Behandlung (psychosoziale Nachsorge, um Rückfälle die verhindern). |
| auf die Akutversorgung (in Spitälern) ausgerichtet | die dauerhafte Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen sowie die Koordination zwischen den Akteuren (auch im Sozialbereich). |
| auf die Ärzteschaft ausgerichtet | die erweiterten Einsatzmöglichkeiten von speziell qualifizierten Fachpersonen (z. B. Advanced Practice Nurse, Physician Assistant, Apotheker mit Fachtitel, Medizinische Praxiskoordinatorin). |
| auf die Sicht und Handlungskompetenzen der Fachpersonen ausgerichtet | die Sicht und das Erfahrungswissen der betroffenen Menschen (inkl. Angehörige und andere Vertrauenspersonen) sowie deren Anspruch, bei relevanten Entscheiden klar informiert zu werden und mitreden zu können. |
| fragmentiert und hierarchisch organisiert | bzw. erschwert die strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen und zwischen Einrichtungen. |
| auf sektorale Vergütungen beschränkt (z. B. DRG, Arzttarif) | sektorenübergreifende Vergütungen, welche die gegenseitige Abstimmung zwischen den Leistungserbringern begünstigt (Komplexpauschalen, Capitation, Globalbudgets). |
| auf die Quantität ausgerichtet (z. B. Einzelleistungen, Fallzahlen, Kosten) | die Qualität, namentlich das Ergebnis über den ganzen Behandlungspfad (Performance/Nutzen) sowie das Ergebnis aus Sicht der betroffenen Menschen (Patient-reported Outcome / Experience Measures). |

Tabelle 1: Die Grenzen des heutigen Versorgungssystems

Deshalb folgern Philippe Giroud, Milo Puhan und weitere in der Schweizerischen Ärztezeitung: «Viele Patientinnen und Patienten mit einem chronischen Leiden fühlen sich in der Schweiz (...) vernachlässigt. Es entwickelt sich eine wachsende Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen einer zunehmend chronisch kranken Bevölkerung und eines auf Akutmedizin ausgerichteten Gesundheitswesens.» (Schweizerische Ärztezeitung 2018, 99 (3), 56–59)

Ebenso vernachlässigt das heutige System gesunde Menschen: Für Gesundheitsförderung und Prävention fehlt auf Bundesebene nach wie vor ein rechtlicher Rahmen. Gemessen an den gesamten Kosten des Gesundheitswesens beträgt der Anteil für Gesundheitsförderung und Prävention etwa 3 %. Und nur einige wenige Leistungen sind unter dem Titel «medizinische Prävention» kassenpflichtig.

Ausserdem ist heute weitgehend anerkannt, dass das Wohlbefinden eines Menschen vielfältig beeinflusst ist: körperlich, psychisch, sozial, kulturell, spirituell. Allerdings werden Entwicklungen, die für die Gesundheitsversorgung der Zukunft massgeblich sind, erst ansatzweise oder gar nicht berücksichtigt:

- die Verbindung des Gesundheits- mit dem Sozialbereich;
- die Verbindung von (Akut-)Somatik und Psychiatrie;
- die Früherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung;
- die Verbindung mit anderen Politikbereichen, welche die Lebensverhältnisse und damit auch die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen (z. B. Umwelt, Verkehr);
- die Verbindung mit dem Bildungswesen (Gesundheit als Bildungsauftrag);
- die Verbindung der verschiedenen Sozialversicherungsträger (damit betroffene Menschen nicht willkürlich vom einen zum anderen geschoben werden);
- eine gesamtwirtschaftliche Betrachtung: Gesundheitsausgaben tragen bei vielen Menschen dazu bei, dass sie rascher in die Erwerbs- oder Familienarbeit zurückkehren können.

2 Die Konsequenz: Das System ist zu transformieren

Die Folgen aus der bisherigen Analyse liegen auf der Hand: Das heutige Versorgungssystem ist zu transformieren. Tabelle 2 nennt einige Wege dazu. Wichtig dabei: Der Blick ist auf die ganze Lebensspanne gerichtet («Von der Wiege bis zur Bahre») und sieht den einzelnen Menschen mit seinen Bedürfnissen, Werten und Potenzialen im Zentrum. Ausserdem umfasst die Transformation – neben der eigentlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten – auch die Vergütungssysteme, sämtliche Sozialversicherungen sowie die Lebensverhältnisse der Menschen.

| Von | Zu |
|--|--|
| Krankheiten/Diagnosen/Indikationen im Zentrum – und damit nur auf einzelne Lebensphasen ausgerichtet | Der Mensch mit seinen Bedürfnissen, seinen Ressourcen/Potenzialen und seinem sozialen Umfeld im Zentrum – und damit auch auf Gesundheit, Prävention, den Sozial- und Bildungsbereich sowie die ganze Lebenszeit ausgerichtet |
| Auf die Lebensdauer ausgerichtet («Volume-based») | Auf die Lebensqualität ausgerichtet («Value-based») |
| Auf die Akutversorgung (im Spital) ausgerichtet | Dauerhaft betreut, auch präventiv (chronisch/multimorbid) |
| Arztzentriert | Interprofessionelle Teams (Medizin/Soziales/Alter) |
| Stark fragmentiert, wenig digital | Verbindlich vernetzt, auch digital |
| Eher passive Patientinnen und Patienten, weil sie wenig einbezogen sind | Aktive Menschen, weil sie stark einbezogen werden (auch digital) |
| Vergütung von erbrachten Leistungen (Output/Menge) | Vergütung von erreichten Ergebnissen (Outcome/Nutzen) |
| Sektorale, spezifische Vergütungen (Institution, Berufsgruppe) | Sektorenübergreifende, pauschalierte Vergütungen |
| Einzelne Sozialversicherungsträger (z. B. Krankheit, Unfall, Invalidität) | Sozialversicherungsträger, die sich abstimmen |
| Kaum Einbezug der Lebensverhältnisse/Umweltbelastungen | Starker Einbezug der Lebensverhältnisse/Umweltbelastungen (namentlich Lärm, Luft, Wasser, Hitze, Tiere, Pflanzen) |

Tabelle 2: Die Transformation des heutigen Gesundheitssystems

Zwar gibt es zu allen gewünschten Transformationsprozessen sinnvolle Handlungsansätze, zum Beispiel Modelle zur (besseren) Integration der Versorgung, die Förderung der Gesundheitskompetenz, Bildungsmaßnahmen zur Stärkung der Interprofessionalität, Konzepte wie One Health oder Health in all Policies. Aber es fehlen nach wie vor ein übergeordnetes Zielbild und ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und Krankheit als Grundlagen für ein effizientes und kohärentes Gesundheitssystem – ein System, das effektiv die Gesundheit betont und versucht, diese umfassend zu schützen und zu fördern.

3 Das Meikirch-Modell als Orientierungshilfe

Es gibt eine Vielzahl an Konzepten und Modellen, die sich nutzen lassen, um das schweizerische Gesundheitssystem neu zu denken, neu zu gestalten oder neu auszurichten: [Salutogenese](#), [Chronic Care Model](#) (Seite 33), [Patient Centred Medical Home](#), [Value-based Healthcare](#), [Community-based Healthcare](#), [One Health](#) (oder [Planetary Health](#)) etc. Praktisch alle haben ihren Ursprung in den USA. Einige von ihnen werden auch in der Schweiz diskutiert und fliessen punktuell in Pilotprojekte ein. Doch keines wird hierzulande breit angewandt oder ist sogar fester Bestandteil der krankenversicherungsrechtlichen Regelversorgung.

Deshalb lohnt sich der Blick ins Inland. Denn mit dem Meikirch-Modell besteht ein Ansatz, der bei der notwendigen Transformation unseres Gesundheitssystems eine bedeutende Orientierungshilfe sein kann. Das Modell entstand schrittweise ab 2005. Den Anstoss gab Johannes Bircher, emeritierter Professor der Inneren Medizin, der an verschiedenen Universitäten in der Schweiz und in Deutschland tätig war. Bircher kritisiert, dass Krankheit und Medizin immer stärker ökonomischen Regeln unterworfen werden, was die Versorgung primär verteuert, aber nicht verbessert. Folglich bräuchten die Gesundheitssysteme nicht straffere Ökonomie, sondern neue Denkweisen. Ganz im Sinne Albert Einsteins: «Probleme kann man niemals mit derselben Denkweise lösen, durch die sie entstanden sind.»

Nachfolgend werden die Besonderheiten des Meikirch-Modells dargestellt und daraus Handlungsfelder abgeleitet. Zu diesen Feldern werden anschliessend Handlungsempfehlungen als Denkanstösse für die beschriebene Transformation formuliert.

a. Die Alleinstellungsmerkmale des Meikirch-Modells (MM): Was ist neu? Was ist anders?

- Das MM geht konsequent vom betroffenen Menschen aus, von seinen biopsychologischen und sozioökonomischen Gegebenheiten sowie vom Umgang mit der eigenen Gesundheit (Selbstsorge, Lebensstil).
- Das MM bezieht die Wechselwirkungen zwischen dem Menschen und seiner Umwelt ein. Es stellt zudem die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Wirkungsebenen dar (Mensch <-> Gesellschaft; Mensch <-> Umwelt; Umwelt <-> Gesellschaft).
- Das MM formuliert ein eigenständiges Verständnis von Gesundheit: Gesund ist, wer den stets wandelnden Anforderungen des Lebens gewachsen ist und sie bewältigen kann.
- Das MM zielt auf das Potenzial des Menschen, die jeweiligen Anforderungen erfüllen zu können. Dieses Potenzial teilt sich in ein «biologisch gegebenes» und ein «persönlich erworbenes», wobei das erworbene vom gegebenen beeinflusst werden kann. Zudem kann sich das gegebene durch Schicksalsschläge ändern (z. B. eine Lähmung).
- Das MM berücksichtigt Entwicklungen: Die Potenziale verändern sich im Laufe des Lebens ebenso wie die Anforderungen. Diese wiederum können auf äusseren Gegebenheiten und subjektiven Ansprüchen basieren.
- Das MM verzichtet so weit wie möglich auf statische und kategorisierende Begriffe wie «Gesundheit» und «Krankheit».

Die Kernaussage des MM lautet demnach: Jeder Mensch verfügt über zwei Arten von Ressourcen, um den stets wandelnden Anforderungen des Lebens gewachsen zu sein: ein biologisch gegebenes Potenzial und ein persönlich erworbenes Potenzial. Ihr Erhalt bzw. ihre Entwicklung sind Investitionen in die Zukunft.

b. Die Wirkungsebenen des Meikirch-Modells und ihre Kernaussagen (Abbildung Seite 10)

Individuelle Determinanten:

- Biologisch gegebenes Potenzial: Alter, Geschlecht, Erbanlagen, Schicksal
- Persönlich erworbenes Potenzial: Fähigkeit, mit mir und mit meiner Umwelt umzugehen. Das MM unterstreicht die Selbstwirksamkeit des Menschen und seinen Eigenbeitrag. Die Arbeit am persönlich erworbenen Potenzial wird als lebenslanger Lernprozess begriffen.

Kernaussage: Wer mit einem verminderten biologisch gegebenem Potenzial leben muss, kann versuchen, mögliche Einschränkungen durch das persönlich erworbene Potenzial zumindest teilweise zu kompensieren.

Gesellschaftliche Determinanten:

- Zum einen das soziale Umfeld und die Qualität der erfahrenen Beziehungen
- Zum anderen die gesellschaftlichen (sozioökonomischen) Rahmenbedingungen: Bildung, Arbeit, Wohnverhältnisse (z. B. Lage, Verkehr, gesellschaftliche Sicherheit)

Kernaussage: Einerseits ist die Gesellschaft für die Gesundheit der einzelnen Menschen verantwortlich. Andererseits sollte jedes Individuum zu einer funktionierenden Gesellschaft beitragen.

Umwelt-Determinanten:

- Lebensraum (für Ernährung und Erholung) sowie
- Umweltfaktoren (Qualität von Wasser, Luft und Boden)

Kernaussage: Die Umwelt beeinflusst das Befinden des Individuums wesentlich. Deshalb ist es zentral, angemessene Umweltbedingungen und Schutzmassnahmen zu gewährleisten.

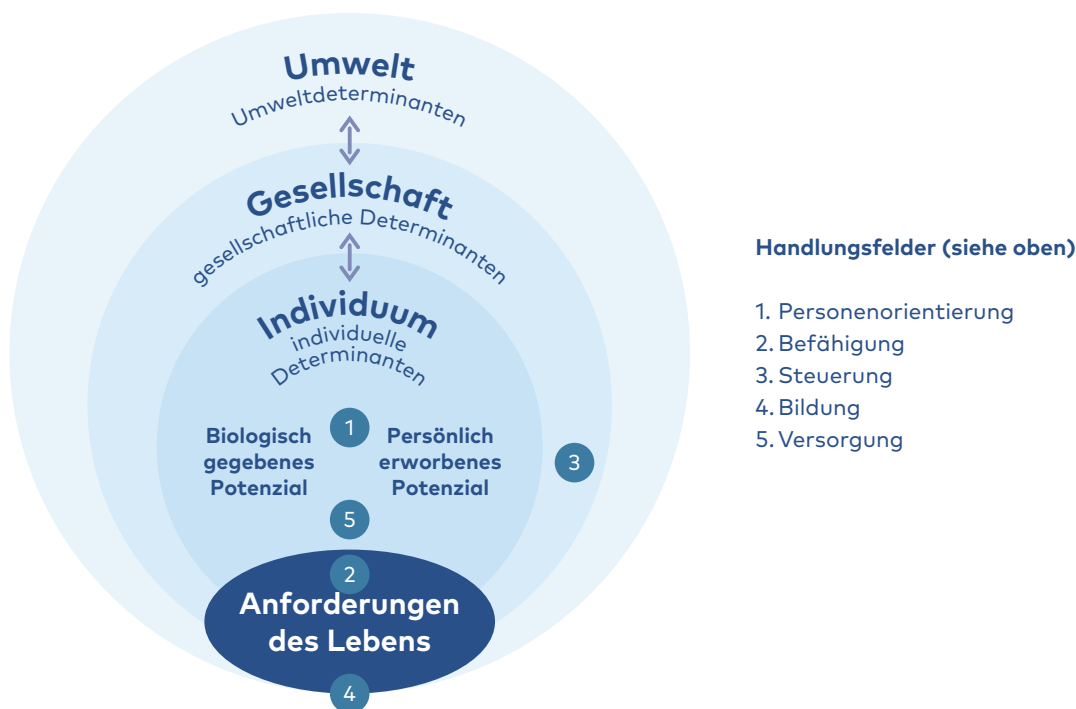
Zwischen den drei Ebenen bestehen Wechselwirkungen.

4 Ableitungen aus dem Meikirch-Modell

Die folgenden Ableitungen dienen dazu, das Meikirch-Modell als effektive und effiziente Orientierungshilfe für die gewünschte Transformation und den Kulturwandel im Schweizer Gesundheitssystem zu nutzen.

| Ableitung | Handlungsfeld |
|--|---|
| Das Gesundheitssystem in der Schweiz sieht die Gesundheit und den Menschen im Zentrum. | 1. Personenorientierung: Das System fokussiert auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Menschen. |
| Die Menschen werden motiviert und befähigt, ihr individuelles Potenzial zu stärken, damit sie den (wechselnden) Anforderungen des Lebens gewachsen sind. | 2. Befähigung: «Ich will wissen, verstehen und mitwirken, wenn es um (meine) Gesundheit geht.» |
| Die menschliche Gesundheit ist durch individuelle, gesellschaftliche und Umweltfaktoren bestimmt. Alle Faktoren beeinflussen sich gegenseitig. | 3. Steuerung: Bessere Gesundheit entsteht im zielgerichteten Zusammenspiel unterschiedlicher Politikbereiche. |
| Das Gesundheitssystem in der Schweiz deckt die ganze Lebenszeit der Menschen ab («von der Wiege bis zur Bahre»; von Selbstsorge bis Palliative Care). | 4. Bildung: Wer lebenslang lernt, stärkt die Gesundheit. |
| Die Leistungserbringung fokussiert auf das individuelle Potenzial eines Menschen und versucht, dieses so weit wie möglich zu erhalten. | 5. Versorgung: Ziel ist die jeweils bestmögliche Lebensqualität für den betroffenen Menschen. |

Tabelle 3: Ableitungen aus dem Meikirch-Modell und Handlungsfelder



Das Meikirch-Modell, seine Wirkungsebenen und Handlungsfelder (Darstellung: Johannes Bircher; ergänzt durch die Autorschenschaft dieses Dokuments)

5 Grundlagen und Empfehlungen auf Basis des Meikirch-Modells

Das Meikirch-Modell enthält eine Vielzahl an wertvollen Denk- und Handlungsansätzen. Die Arbeitsgruppe identifizierte jene, die aus ihrer Sicht die gewünschte Transformation am besten unterstützen, und bündelte sie in den folgenden Massnahmen. Es ist also nicht die Absicht, das Modell eins zu eins umzusetzen.

5.1 Grundlagen

Im ersten Schritt werden folgende Dokumente erarbeitet. Sie dienen als Grundlage für die anschliessenden Empfehlungen.

5.1.1 Weiterentwicklung

Das Dokument «Weiterentwicklung» adressiert Kantone, welche

- die strategischen Grundlagen ihrer Gesundheitsversorgung überarbeiten oder
- gesundheitsrelevante Gesetze revidieren wollen, namentlich das kantonale Gesundheitsgesetz.

Die möglichen Inhalte des Dokuments «Weiterentwicklung» orientieren sich an den Ableitungen auf Seite 10. Es liefert den Kantonen, die eine strategische Gesamtplanung oder ein Rahmenkonzept für die Gesundheitsversorgung entwickeln wollen, hilfreiche Ideen, Modelle und Handlungsansätze, um die gewünschte Transformation zu beschleunigen oder wenn sie ihre bestehenden Strategien überarbeiten wollen. Ebenso hilfreich sind die Denkanstösse, wenn kantonale Gesetze, Verordnungen und andere Ausführungsbestimmungen revidiert werden sollen.

Als Autoren des Dokuments «Weiterentwicklung» kommen infrage: ein Kanton; mehrere Kantone zusammen; die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. Denkbar ist auch eine Auftragsarbeit für eine Organisation, die sich hauptsächlich oder schwergewichtig mit der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung beschäftigt.

Mögliche Inhalte des Dokuments «Weiterentwicklung» sind:

1. Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, von dem der Kanton ausgeht
2. Falls es das Gesundheitsgesetz betrifft: ein möglichst konkreter Zweckartikel sowie einige Grundsätze für die Gesundheitsversorgung
3. Ein starker Fokus auf das Individuum
4. Ein starker Fokus auf Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention
5. Gesundheit, Soziales und Bildung verbinden
6. Die Gesundheit von Menschen, Tieren und Umwelt aufeinander abstimmen (One Health)
7. Optimale Rahmenbedingungen schaffen

1. Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, von dem der Kanton ausgeht

- Die Gesundheit und Krankheit eines Menschen werden durch körperliche, psychische, soziale, kulturelle und spirituelle Faktoren bestimmt.
- Diese Faktoren wiederum sind durch den Menschen selbst, die Gesellschaft und die Umwelt bedingt.
- Alle Faktoren beeinflussen sich gegenseitig.

2. Falls es das Gesundheitsgesetz betrifft: ein möglichst konkreter Zweckartikel sowie einige Grundsätze für die Gesundheitsversorgung

Fokus Bevölkerung:

- Hohe Zugangsgerechtigkeit: Die Gesundheitsversorgung ist allen Menschen im Kanton gleichberechtigt zugänglich, unabhängig von deren Alter, Herkunft, Einkommen oder Bildungsstand.
- Menschen-/patientenorientiert: Die Gesundheitsversorgung orientiert sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung. Diese Bedürfnisse wiederum berücksichtigen bestmöglich die Lebensphasen und Lebenssituationen der Menschen (z. B. Alter; sozioökonomischer Status; chronische Krankheiten und Multimorbidität; körperliche, psychische und kognitive Einschränkungen).
- Ressourcenorientiert und partizipativ: Die betroffenen Menschen werden bestmöglich befähigt, die eigene Gesundheit, den Krankheits- und den Behandlungsverlauf günstig zu beeinflussen sowie das Versorgungssystem mitzugestalten.

Fokus Akteure (z. B. Leistungserbringer bzw. Fachpersonen Gesundheit und Soziales, Kostenträger, Bildung und Wissenschaft):

- Gesundheitsorientiert: Die Gesundheitsversorgung beginnt wirklich bei der Gesundheit und der Frage: Was erhält die Menschen gesund?
- Teamorientiert/interprofessionell: Die Gesundheitsversorgung erfolgt im Verbund. Die beteiligten Fachleute stellen das Wohl der Patientin / des Patienten ins Zentrum, begegnen sich auf Augenhöhe, kommunizieren respektvoll miteinander und machen gegenseitig alle Informationen zugänglich, die für die Behandlung und Betreuung nötig sind.
- Kompetenzorientiert: In der Gesundheitsversorgung sind ausreichend personelle Kapazitäten mit den jeweils nötigen Qualifikationen verfügbar (das können auch Angehörige und andere Vertrauenspersonen sein). Die einzelne Handlung führt wenn immer möglich jene Person aus, die am besten dafür qualifiziert ist und am meisten Erfahrung hat.
- Vernetzt/koordiniert/integriert: Die Akteure arbeiten strukturiert und verbindlich zusammen und stimmen sich gegenseitig ab. Die Grundlagen dafür wie Abläufe, Richtlinien, Qualitätskriterien oder Arbeitsinstrumente werden gemeinsam erarbeitet.
- Evidenzbasiert/nutzenorientiert: Die Gesundheitsversorgung wird laufend bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit überprüft. Richtlinien dafür sind die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin, der Nutzen der Behandlungen (Outcome) sowie die Bedürfnisse der betroffenen Menschen.
- So digital wie möglich: Wann und wo immer möglich kommen digitale Werkzeuge zum Einsatz. Diese sind bestmöglich aufeinander abgestimmt (Open Source). Es bestehen Bildungsangebote für Fachpersonen und die Bevölkerung, um digitale Werkzeuge sachgerecht und effizient nutzen zu können. Die Anwendung von Künstlicher Intelligenz berücksichtigt den aktuellen regulatorischen Rahmen.

Für andere kantonale Gesetze im Versorgungsbereich, namentlich Spital und Pflege, können die Inhalte adaptiert werden.

3. Ein starker Fokus auf das Individuum

- Die Gesundheitsversorgung stellt die individuellen Bedürfnisse, Werte, Potenziale und Lebenssituationen der Menschen in den Mittelpunkt.
- Die Versorgung berücksichtigt sprachliche, kulturelle und religiöse Hintergründe und passt sich diesen an, um eine vertrauensvolle Beziehung und effektive Behandlung zu gewährleisten.
- Die Menschen werden über die ganze Lebensspanne motiviert und befähigt, ihre Gesundheitskompetenz und damit ihr individuelles Potenzial zu stärken, damit sie den jeweiligen Anforderungen des Lebens gewachsen sind.
- Ausserdem werden sie befähigt und darin unterstützt, möglichst gesundheitsorientiert zu leben (Selbtsorge) und sich im Krankheitsfall aktiv in die Diagnostik und Behandlung einzubringen (gemeinsame Entscheidungsfindung).
- Die Gesundheitskompetenz, welche die Menschen im Laufe der Zeit aufbauen, umfasst auch die Nutzung von digitalen Hilfsmitteln. Ausserdem lernen sie, ihre Persönlichkeitsrechte zu wahren, namentlich wenn es um den Gebrauch von gesundheits- und krankheitsbezogenen Informationen und Daten geht.
- Qualitätssicherung erfolgt so weit wie möglich aus Sicht der betroffenen Menschen (Outcome- statt Output-orientiert).

4. Ein starker Fokus auf Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention

- Gesundheitsförderung und Prävention werden als gemeinsame Aufgabe von Individuen, Gemeinschaften, Gesundheitsdienstleistern und politischen Institutionen verstanden. Die Massnahmen werden in enger Kooperation zwischen Kanton, Gemeinden, Gesundheitsdiensten, Bildungseinrichtungen, zivilgesellschaftlichen Organisationen und der Bevölkerung gestaltet.
- Gesundheitsförderung ist eine Querschnittsaufgabe (Health in All Policies). Alle politischen Entscheidungen – z. B. in Bildung, Verkehr, Umwelt oder Raumplanung – berücksichtigen systematisch die gesundheitlichen Auswirkungen.
- Lebensräume wie Schulen, Arbeitsplätze oder Quartiere werden möglichst gesundheitsfördernd gestaltet.
- Gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen stehen der gesamten Bevölkerung offen, unabhängig von Herkunft, Bildung, Alter oder Einkommen. Besonders verletzbare Gruppen werden gezielt unterstützt.
- Präventive Massnahmen basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und werden laufend auf ihre Wirksamkeit und Effizienz überprüft.
- Gesundheitsförderung und Prävention sind dauerhafte Aufgaben («von der Wiege bis zur Bahre»). Die Gesundheitsförderung soll möglichst früh einsetzen (z. B. Frühförderung von Kindern), ebenso die Früherkennung von Krankheiten (z. B. mit evidenzbasierten Screening-Programmen).
- Die Kosten von Gesundheitsförderung und Prävention werden als Investitionen verstanden, um langfristig die Ausgaben für die Behandlung von Krankheiten zu senken, ebenso die Ausfalltage von Menschen, die Familien- und Betreuungsarbeit leisten oder erwerbstätig sind.

5. Gesundheit, Soziales und Bildung verbinden

- Fachpersonen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen arbeiten koordiniert und gleichberechtigt zusammen. Gemeinsame Fallbesprechungen, abgestimmte Förderpläne und kurze Kommunikationswege sind Standard. Unterstützungs- und Fördermassnahmen werden über die Sektorengrenzen hinweg geplant und erbracht.
- Die Versorgung orientiert sich am Lebensumfeld der Bevölkerung. Gemeindefür oder lokale Netzwerke und Angebote stärken die Selbstbestimmung und Alltagsbewältigung der Menschen vor Ort.
- Bildungseinrichtungen tragen substantiell zur Gesundheitsförderung bei. Die Förderung der Gesundheitskompetenz und die psychosoziale Entwicklung sind Teile des Bildungsauftrags.
- Bildungs- und Sozialeinrichtungen werden aktiv in die Präventionsarbeit eingebunden. Je früher gesundheitliche oder soziale Probleme erkannt werden, desto wirksamer und nachhaltiger lässt sich intervenieren.

6. Die Gesundheit von Menschen, Tieren und Umwelt aufeinander abstimmen (One Health)

- Gesundheitsstrategien berücksichtigen die Wechselwirkungen zwischen Menschen, Tieren und Ökosystemen. Fachpersonen aus Humanmedizin, Veterinärmedizin, Umwelt- und Agrarwissenschaften sowie öffentlichen Institutionen arbeiten partnerschaftlich zusammen – in Prävention, Diagnostik, Krisenbewältigung und Forschung.
- Pandemie- und Klimapläne integrieren Gesundheits-, Veterinär- und Umweltaspekte. Szenarien und Massnahmen werden gemeinsam entwickelt und umgesetzt.
- Krankheiten, die von Tieren auf Menschen übertragbar sind (Zoonosen), werden frühzeitig erkannt und gemeinsam überwacht. Die Surveillance-Systeme sind sektorenübergreifend vernetzt.
- Antibiotika werden in der Human- und Tiermedizin bedarfs- und leitliniengerecht eingesetzt, um Resistenzen zu verhindern oder mindestens zu verzögern.
- Der Schutz von natürlichen Ressourcen (Luft, Wasser, Boden, Biodiversität) trägt aktiv zur menschlichen und tierischen Gesundheit bei.
- Der Kanton unterstützt interdisziplinäre Forschungsprojekte, die neue Erkenntnisse zur Verbindung der Gesundheit von Menschen, Tieren und Umwelt liefern – mit dem Ziel, (mehr) evidenzbasierte Entscheidungen zu ermöglichen.
- Die Bevölkerung wird umfassend über die Zusammenhänge zwischen Umwelt, Tierwohl und menschlicher Gesundheit informiert und zur Mitverantwortung befähigt.

7. Optimale Rahmenbedingungen schaffen ...

- für die (bessere) Koordination und Kooperation in der Gesundheitsversorgung: z. B. interdepartementale Gremien einrichten; interkantonale Gremien einrichten; Austausch- und Projektplattformen für staatliche und private Akteure einrichten (zur gemeinsamen Entwicklung von Behandlungspfaden, Versorgungsnetzen, Qualitätskriterien, Arbeitsinstrumenten etc.). Mögliche Ansätze: die Revision von Gesetzen; neue Verordnungen; zusätzliche Auflagen oder Kriterien, um auf die Spitalliste zu gelangen; Pilotprojekte ermöglichen (fallweise unterstützt durch finanzielle Beiträge).
- für die Selbsthilfe und Peer-Bewegung: z. B. Bildungsangebote gewährleisten und mitfinanzieren; Gesundheits-/Patientenlotsen ausbilden; die Akzeptanz von Peers erhöhen (z. B. mittels Zertifizierung); die Einsatzmöglichkeiten von Peers erleichtern; die Netzwerk-Bildung von Peers unterstützen.
- für den elektronischen Austausch von personen-, krankheits- und behandlungsbezogenen Daten (Informationen, Berichte, Bilder etc.): z. B. das Once-only-Prinzip rechtlich verankern, damit behandlungsrelevante Daten so gut, so rasch und so oft wie möglich genutzt werden; eine einheitliche Datenschutzerklärung für alle Leistungserbringer (im Idealfall auch die sozialen Akteure); den Anschluss an den Gesundheitsdatenraum Schweiz gewährleisten; die Fachpersonen und betroffenen Menschen für die Nutzung von digitalen Instrumenten und Daten befähigen (digitale Gesundheitskompetenz).
- für eine partizipative Gesundheitsversorgung auf der individuellen wie auf der systemischen Ebene: z. B. Patientenforen unterstützen für den Austausch unter Patientinnen und Patienten wie auch mit Leistungserbringern und sozialen Akteuren; Bildungsangebote gewährleisten, damit Fachleute und die Bevölkerung das Versorgungssystem besser verstehen (mehr Gesundheits-/Systemkompetenz); Bildungsangebote gewährleisten, um partizipative Methoden (besser) anwenden zu können; Forschungsprojekte initiieren und unterstützen, welche die Wirkung von Massnahmen für mehr Partizipation untersuchen. Wichtig: Vulnerable Gruppen und ihr Bedürfnis nach Teilhabe sind besonders zu berücksichtigen, z. B. durch leicht verständliche und mehrsprachige Informationen.

Aus den Denkanstössen im Dokument «Weiterentwicklung» können die Kantone dann die konkreten und rechtsverbindlichen Formulierungen ableiten. Sie orientieren sich in der Regel am Leitfaden des Bundesamtes für Justiz zur Ausarbeitung von Erlassen des Bundes sowie an ihren eigenen Gewohnheiten und Formulierungen.

5.1.2 Analyse

Mit dem Instrument «Analyse» lassen sich die aktuelle Versorgungssituation einschätzen und Lücken oder Potenziale ermitteln.

- Adressaten: sämtliche Akteure, namentlich Leistungserbringer/-organisationen und Kantone
- Mögliche Inhalte der Analyse: Gesundheitsorientierung; Menschen-/Patientenorientierung; Partizipation aller Beteiligten (Bevölkerung und Fachleute); Interprofessionalität, Vernetzung/Koordination/Integration; Implementierung; Verbindung von Gesundheit und Sozialem

Die WHO hat verschiedene Instrumente entwickelt, mit denen überprüft werden kann, wie weit die Integration und Implementierung eines Versorgungssystems fortgeschritten ist, zum Beispiel Integrated Care for Older People (ICOPE). Solche Instrumente können Kantonen als Basis dienen, um eine sachgerechte und alltagstaugliche Methodik zu entwickeln. Denkbar ist, dass mehrere Kantone dies gemeinsam tun, damit die Ergebnisse vergleichbar sind und die einen von den Erfahrungen und Erkenntnissen der anderen profitieren können. Dafür können sie sich an den kantonalen Gesundheitsberichten orientieren, die das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) in deren Auftrag erarbeitet.

Als Autoren des Dokuments «Analyse» kommen infrage: eine Gruppe von Akteuren/Leistungserbringern; eine Auftragsarbeit für eine Organisation mit fundierter Expertise in Gesundheitsversorgung; ein Forschungsprojekt für ein Institut mit fundierter Expertise in Versorgungsforschung; eine Master-Arbeit im Bereich Gesundheitsversorgung/Versorgungsforschung.

5.1.3 Werte

Die Charta «Werte» umfasst – ausgehend vom Meikirch-Modell – zentrale Grundsätze für die Behandlung, Betreuung und Begleitung von betroffenen Menschen.

- Adressaten: Leistungserbringerorganisationen
- Mögliche Inhalte der Charta: Verständnis von Gesundheit und Krankheit; Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention; Stellenwert der Mitwirkung der betroffenen Menschen (Patient als Partner/Ressource/Co-Produzent von Gesundheit); das Handeln nicht auf finanzielle Anreize ausrichten; Bereitschaft zur Vernetzung und Koordination mit anderen Leistungserbringern (inkl. Informations- und Datenaustausch)

Es gibt schon vergleichbare Dokumente, die als Anregung oder Grundlage genutzt werden können, z. B. die Qualitäts-Charta der FMH oder die Charta der SAMW zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

Als Autoren des Dokuments «Werte» kommen infrage: eine Gruppe von Leistungserbringern/-organisationen; eine Auftragsarbeit für eine Organisation mit fundierter Expertise in Gesundheitsversorgung, interprofessioneller Zusammenarbeit und Partizipation; die Weiterentwicklung eines bestehenden Dokuments.

5.2 Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen basieren auf den zentralen Elementen der vorgängig beschriebenen Dokumente sowie der Expertise der Arbeitsgruppen-Mitglieder. Sie wurden in einem gemeinsamen Workshop skizziert, anschliessend verfeinert und in zwei Feedback-Runden finalisiert.

Zu jeder Empfehlung ist der Hauptadressat genannt. Weitere Adressaten können – immer abgestimmt auf den jeweiligen Kontext – aus der Liste auf Seite 20 selektioniert werden.

| Adressaten | Empfehlung |
|--------------------------------|---|
| Lead: Kantone / Politik | Sie überprüfen ihr Versorgungssystem aufgrund des «Analyse»-Instruments und leiten daraus Verbesserungen/Änderungen ab. |
| | Sie orientieren sich bei Gesetzesrevisionen im Gesundheits- und Sozialbereich am Dokument «Weiterentwicklung». |
| | Kantone, die bereits einen Artikel zur Förderung von innovativen Versorgungsmodellen in ihrem Gesundheits- oder Spitalgesetz haben: Die Kriterien für die Förderung von solchen Modellen werden überprüft und mit zentralen Elementen aus dem Dokument «Weiterentwicklung» ergänzt. |
| | Kantone, die noch keinen Artikel zur Förderung von innovativen Versorgungsmodellen in ihrem Gesundheits- oder Spitalgesetz haben: Sie schlagen der Politik einen solchen Artikel vor und berücksichtigen bei den Kriterien für die Förderung zentrale Elemente aus dem Dokument «Weiterentwicklung». |
| | Die Artikel zur Förderung von innovativen Versorgungsmodellen werden – soweit nicht schon geschehen – mit finanziellen Mitteln aus dem ordentlichen Budget des Kantons hinterlegt. Ein zentrales Vergabekriterium ist die Antwort auf die Frage: Kann das geförderte Modell in einen nachhaltig finanzierten Regelbetrieb überführt werden? |
| | Sie bestimmen zusammen mit den Gemeinden geografische Räume, die sich für den Aufbau und Betrieb von regionalen integrierten Versorgungsmodellen eignen. Diese Räume können auch kantonsübergreifend sein. Dort entwickeln die Versorgungspartner gemeinsam Integrationskonzepte, im Idealfall auch über mehrere Sozialversicherungen hinweg. Ausserdem schaffen sie Plattformen für den regelmässigen Austausch (immer gestützt auf das Dokument «Weiterentwicklung»). Die Kantone sichern diese Modelle mit Leistungsaufträgen ab. Der GDK-Leitfaden zur integrierten Versorgung kann den Kantonen und Gemeinden als Anregung dienen. |
| | Sie sorgen gemeinsam mit den Gemeinden dafür, dass niederschwellige Anlaufstellen für Informationen, Beratung, Triage und Vermittlung zu Fachpersonen bestehen («Gesundheitskiosk»). |
| | Sie setzen eine interdepartementale Fachgruppe ein, die sich regelmässig trifft und Synergien auslotet: Gesundheit und Soziales; Gesundheit und Bildung; Gesundheit und Umwelt; etc. |
| | Sie sorgen dafür, dass Menschen mit seltenen Krankheiten, diffusen Beschwerden und anderen speziellen Bedürfnissen in entsprechenden Kompetenzzentren behandelt werden. |

| Adressaten | Empfehlung |
|--|---|
| Lead: Bevölkerung / Parteien | <p>Sie lancieren eine Volksinitiative und bringen sie zur Abstimmung.</p> <p>Bundesverfassung Art. 116a Gesundheitspolitik</p> <p>¹ Bund und Kantone anerkennen die wechselseitige Abhängigkeit der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt und verpflichten sich, im Rahmen ihrer jeweiligen Kompetenzen die Gesundheit auf Basis eines integrierten Ansatzes zu fördern.</p> <p>² Der Bund legt die Grundsätze der Gesundheitspolitik fest und koordiniert die Bemühungen der Kantone. Ziel ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, um einen hohen Gesundheitsschutz für alle zu gewährleisten.</p> <p>³ Der Bund fördert ein gerechtes, nachhaltiges und effizientes Gesundheitssystem. Er regelt das Sammeln und die Nutzung von Daten zur Steuerung des Gesundheitssystems.</p> <p><i>Vorschlag von Prof. Olivier Guillod, SAMW-Senatsmitglied, und Prof. Mélanie Levy, Co-Leiterin Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel</i></p> |
| Lead: Bund / Politik | <p>Der Bund setzt eine Expert:innengruppe aus relevanten Akteuren ein und beauftragt sie, aus dem Verfassungsartikel 116a ein nationales Gesundheitsgesetz abzuleiten. Das Gesetz orientiert sich an den Vorarbeiten der SAMW und nimmt die zentralen Elemente des Dokuments «Weiterentwicklung» auf. Darin werden namentlich geregelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, von dem das Gesetz ausgeht – die Grundzüge der nationalen Gesundheitspolitik (mit Querbezügen zu benachbarten Politikbereichen wie Soziales, Bildung und Umwelt) – die Grundsätze für Gesundheitsförderung und Prävention – die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen – die Zuständigkeiten für die Koordination zwischen Bund, Kantonen und weiteren Akteuren – die Grundsätze für die Erhebung, Qualität, Auswertung und den Zugriff auf persönliche Gesundheits- und Sozialdaten – die Rechte von Patient:innen und Bezüger:innen von Sozialleistungen <p>Bund und Politik stärken im Krankenversicherungsgesetz die Gesundheitsförderung/Prävention/Partizipation/Gesundheitskompetenz.</p> <p>Der Bund startet ein nationales Förderprogramm für zivilgesellschaftliche/soziale Innovationen im Gesundheitswesen.</p> |
| Lead: Leistungserbringer-Organisationen | <p>Sie unterschreiben die Charta «Werte» und verpflichten sich, ihre Grundlagen wie Statuten, Standesordnung, Curricula, Lehrpläne etc. zu überprüfen und bestmöglich dem Wesen der Charta anzupassen.</p> <p>Sie schaffen eine Plattform für junge Menschen während der Berufswahl, in der Ausbildung und beim Berufseinstieg. Mögliche Themen der Plattform sind: Was wir von Ausbildnern und Vorgesetzten erwarten. Wie wir arbeiten möchten. Unser Blick auf das Versorgungssystem (inkl. Projektideen). Unser Blick auf die Patientinnen und Patienten. Was es braucht, damit wir im erlernten (Gesundheits-)Beruf bleiben.</p> |

| Adressaten | Empfehlung |
|--|--|
| Lead: Plattform Interprofessionalität | <p>Sie initiiert den Verein «Gesundheitsbildung». Hauptzweck des Vereins:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitsbildung auf allen Stufen der Volksschule in den Lehrplan integrieren; – Gesundheitskompetenz und Partizipation bei allen Medizinal- und Gesundheitsberufen in den Lehrplan integrieren. Damit sollen die eigenen Fähigkeiten in diesen Themen gefördert werden wie auch die Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten. <p>Sie entwickelt interprofessionelle Bildungsangebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> – mehrere Berufsgruppen erlernen gemeinsam die gleichen Inhalte; – mehrere Berufsgruppen erlernen gemeinsam, wie sie besser zusammenarbeiten können. |
| Lead: Patientennahe Organisationen | <p>Sie gründen eine mitgliederstarke, ertragsorientierte Dienstleistungsorganisation für gesunde und kranke Menschen («Club Santé»; vergleichbar dem TCS oder dem Mieter:innenverband). Die angebotenen Leistungen werden zusammen mit betroffenen Menschen entwickelt und sollen diese befähigen und motivieren, sich stärker in die eigene Behandlung wie auch die Gestaltung des Versorgungssystem einzubringen – sie sollen gesundheitskompetente Co-Produzenten der eigenen Gesundheit sein (auch mit digitalen Hilfsmitteln).</p> <p>Einige Stichworte zu den angebotenen Leistungen: gemeinsame Entscheidungsfindung; Entscheidungen am Lebensende; Zugang zu Zweitmeinungen; Vermeidung von Unter-/Über-/Fehlversorgung; Umgang mit Risiken/Wahrscheinlichkeiten; (Un-)Sinn von Vorsorgeuntersuchungen; Bewertung von Leistungserbringern; Anleitungen für die Anwendung von KI-gestützten Leistungen; moderierte Foren für den Erfahrungsaustausch.</p> <p>Die Angebote können physisch und online vermittelt werden. Sie sind kostenpflichtig (Jahrespauschale) oder Teil eines Versicherungsprodukts. Für vulnerable Personengruppen können sie kostenlos sein.</p> <p>Sie erstellen eine «Toolbox Gesundheit und Soziales»: Auf dieser Website sind Formulare, Checklisten, Leitfragen, reale und digitale Instrumente etc. zusammengefasst, welche die Menschen je nach Situation nutzen können (z. B. bei chronischen Schmerzen, chronischem Schlafmangel, Gewichtsreduktion, kritischem Alkohol- oder Medikamentenkonsum). Zu allen Unterlagen und Hilfsmitteln gibt es Anleitungen per Video. Es werden so weit wie möglich bestehende und validierte Materialien verwendet (siehe www.pepra.ch).</p> <p>Es ist denkbar, die Toolbox im Club Santé zu integrieren. Zudem sind die Programme der Eidgenössischen Qualitätskommission im Bereich Patient and Public Involvement (PPI) zu berücksichtigen.</p> <p>Sie bilden Gesundheits- oder Patientenlotsen aus: Das sind Angehörige oder Freiwillige, die zum Beispiel dafür sorgen, dass Menschen in belasteten Situationen Beratungstermine wahrnehmen, den Therapien folgen, ihre Medikamente verfügbar haben (und korrekt einnehmen). Auf Wunsch sind sie auch bei Gesprächen dabei und können gewährleisten, dass die behandelte Person alles richtig verstanden hat und weiss, was danach zu tun ist.</p> <p>Sie schaffen einen Bevölkerungsrat, der zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen Stellung nimmt oder Gutachten dazu in Auftrag gibt.</p> |
| Lead: Versicherer | <p>Sie entwickeln Versicherungsmodelle, welche die Akutversorgung, Behandlung von chronisch kranken Menschen sowie Gesundheitsförderung und Prävention gleichwertig berücksichtigen. Darin enthalten sind auch telemedizinische oder digitale Leistungen.</p> |

| Adressaten | Empfehlung |
|---------------------------------------|---|
| Lead: Versicherer | Sie entwickeln Versicherungsmodelle, die sich auf integrierte Versorgungsnetze oder Gesundheitsregionen anwenden lassen (Health Plan). |
| Lead: Tarifpartner | Sie entwickeln Vergütungsmodelle oder Tarifsysteme, die den Fachpersonen genügend Zeit für Gespräche mit den Patientinnen und Patienten lassen. Dadurch können diese mehr mitwirken und ihr individuelles Potenzial erhöhen. Ausserdem wird der zeitliche Aufwand für Dokumentation und Administration auf das absolut Nötige reduziert oder es werden validierte KI-Anwendungen dafür genutzt. |
| Lead: Naturnahe Organisationen | Sie bilden die «Allianz Gesundheit & Umwelt» und zeigen die Wechselwirkung zwischen Umwelt und Gesundheit auf. Ausserdem versuchen sie, ihre Erkenntnisse direkt den Leistungserbringer-Organisationen zu vermitteln, in Bildungsgänge zu integrieren und in politische Prozesse einzubringen. |
| Lead: Start-ups | Sie entwickeln digitale Instrumente, welche die Menschen befähigen, (mehr) Mitverantwortung zu übernehmen. Stichworte dazu: gemeinsame Entscheidungsfindung; Umgang mit Medikamenten; Umgang mit chronischen Krankheiten; Gesundheitsförderung und Prävention. Sie entwickeln digitale Instrumente, die Künstliche Intelligenz nutzen, um das biologische und persönliche Potenzial jeder einzelnen Person sichtbar zu machen, den Verlauf der Potenziale darzustellen und Empfehlungen zu geben, wie sich die Potenziale steigern lassen. |

Tabelle 4: Empfehlungen der Arbeitsgruppe

Es stand schon am Anfang dieser Empfehlungen: Die Lead-Adressaten können – immer abgestimmt auf den jeweiligen Kontext – mit weiteren Akteuren ergänzt werden. Selbstverständlich kann die Liste den eigenen Bedürfnissen angepasst werden.

- h. Betroffene Menschen (inkl. Angehörige und andere Vertrauenspersonen)
- i. Arztpraxen (inkl. Zahnärzte) / Gesundheitszentren / Spitalambulatorien
- j. Ambulante Langzeitpflege (inkl. Palliative Care / Seelsorge)
- k. Stationäre Langzeitpflege (inkl. Palliative Care / Hospize / Seelsorge)
- l. Fachpersonen mit erweiterten Kompetenzen (APN, Physician Assistant, MPK, Master Physio / Ergo / Hebamme etc.; Case Management)
- m. Therapeutinnen/Therapeuten, Gesundheitsligen
- n. Apotheken
- o. Akutsomatische Spitäler
- p. Weitere Institutionen gemäss kantonaler Spitalliste (Psychiatrie, Spezialkliniken, Rehabilitationskliniken)
- q. Sozialdienste von Spitälern, Städten/Gemeinden, Gesundheitsligen, Fachorganisationen wie Pro Senecute und SRK
- r. Selbsthilfe/Peers/Freiwillige
- s. Kranken- und andere Sozialversicherer
- t. Behörden und Politik (ev. differenzieren zwischen Bund, Kantonen, Gemeinden)
- u. Bildungsanbieter
- v. Produkteanbieter (Medikamente, Mittel und Gegenstände, Wearables / Digital Devices etc.)
- w. eHealth-/IT-Anbieter (Stammgemeinschaften/EPD, Praxisinformationssysteme, Start-ups etc.)

Vielen Dank den Persönlichkeiten, die ihre Expertise eingebracht haben!

Dieses Dokument nimmt zentrale Elemente des Meikirch-Modells auf und leitet daraus Handlungsfelder, Grundlagendokumente und Empfehlungen ab. Die folgenden Persönlichkeiten haben das Dokument gemeinsam erarbeitet. Sie brachten ihre Expertise als Privatpersonen ein und nicht in Vertretung einer Organisation oder Institution. Sie möchten damit zu einem Kulturwandel im schweizerischen Versorgungssystem beitragen, der die Gesundheit stärker betont und das individuelle Potenzial der Menschen fördert. Dadurch sollen diese besser befähigt sein, die stets wandelnden Anforderungen an ihr Leben bewältigen zu können.

Die Meikirch-Stiftung dankt diesen Persönlichkeiten ganz herzlich für ihr Engagement im Dienste eines konsequent gesundheits-, menschen- und nutzenorientierten Versorgungssystems:

- Karin Brunner Schmid, Dr. oec. HSG, ist Studiengangleiterin eines Masterprogramms in Gesundheitsökonomie und -management. Die promovierte Volkswirtschaftlerin verfügt über langjährige Erfahrung im Gesundheitswesen, unter anderem als Geschäftsführerin eines Ärztenetzwerks, in leitender Funktion bei einer Krankenversicherung sowie als Beraterin.
- Michael Jordi, Ökonom, MPH, war lange Jahre Generalsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK-CDS. Er ist heute u. a. Präsident der Eidgenössischen Qualitätskommission EQK, Mitglied der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring, Vorstandsmitglied palliativ.ch und Lungenliga Schweiz sowie mit Mandaten und Coaching im Gesundheitswesen unterwegs.
- Ueli Kieser, Prof. Dr. iur., Rechtsanwalt, ist Experte im Sozialversicherungsrecht. Er ist gutachterlich tätig und wirkt daneben als Richter am Obersten Gerichtshof des Fürstentums Liechtenstein.
- Philippe Luchsinger war 36 Jahre in der eigenen Hausarztpraxis tätig (bis 2024). Er engagiert(e) sich in der Aus- und Weiterbildung als Lehrarzt, vertrat die Grundversorger:innen in der FMH und war bis Mai 2024 Präsident von mfe Haus- und Kinderärzt:innen Schweiz.
- Annamaria Müller ist Verwaltungsratspräsidentin des Freiburger Spitals (HFR) und Präsidentin des Schweizer Forums für integrierte Versorgung (fmc). Zuvor leitete sie zehn Jahre das Spitalamt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. In früheren Funktionen war sie als FMH-Generalsekretärin und stellvertretende Generalsekretärin der GDK-CDS tätig.
- Luana Rast, Master of Arts in Wirtschaftswissenschaften, ist an der Schnittstelle von Gesundheit und Sozialem tätig. Sie hat Erfahrungen im Projektmanagement, unter anderem in Nonprofit-Organisationen und an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW). Aktuell ist sie in einer kantonalen Verwaltung beschäftigt.
- Flavio Tschopp, Dr. rer. soc. HSG, war 2015 Langzeitpatient und beschäftigte sich in der Folge mit Management, Organisationsentwicklung und Prozessoptimierung in Gesundheitsorganisationen. Er ist Unternehmensberater und lehrt an den Universitäten St. Gallen und Luzern zu Spitalmanagement.
- Urs Zanoni, MPH, beschäftigt sich seit 1992 mit dem Gesundheitswesen, bis 2008 als Journalist, danach in verschiedenen operativen Funktionen (u. a. als Geschäftsführer des Ärztenetzes mediX zürich und des fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung).

Literatur / Weiterführende Dokumente

- www.meikirch-modell.ch
- Bircher, Johannes: Driving Forward A Paradigm Shift in Healthcare: The Meikirch Model
https://scientia.global/wp-content/uploads/Johannes_Bircher/Johannes_Bircher.pdf
- Bircher, Johannes: Die verlorene Hälfte der Medizin – Das Meikirch-Modell als Vision für ein menschengerechtes Gesundheitswesen. Springer: Berlin 2019
- Bircher, Johannes: Gesundheit: Das Meikirch-Modell erklärt sie und weist in die Zukunft
SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG – 2018, 99 (46), 1625–1629
- Bircher, Johannes und Hahn, Eckhart G.: The Meikirch Model as a Conceptual Framework for Person Centered Healthcare. European Journal for Person Centered Healthcare 2017, Vol 5, Issue 2.
- Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden (2019). Herausgeber: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. Konzept und Redaktion: fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
- Denkstoff Nr. 5: Vernetzte Grundversorgung: Trendszenarien 2028. fmc 2020
- Denkstoff Nr. 6: Besseres Zusammenwirken des Gesundheits- und Sozialsystems. fmc 2022

Bitte zitieren als:
Arbeitsgruppe «Mehr Meikirch wagen» (2026).
**Das Schweizer Gesundheitssystem neu ausrichten:
Denkstösse auf Basis des Meikirch-Modells.**



Mehr erfahren unter
www.meikirch-modell.ch

Impressum

Redaktion

Annamaria Müller, Urs Zanoni

Gestaltung

Careum

Korrektorat

Ulrike Ebenritter

Careum Stiftung

Plattenstrasse 10, 8032 Zürich

T +41 43 222 50 00

info@careum.ch, careum.ch