

Prävention in der Gesundheitsversorgung verankern:

Zentrale Dimensionen und Case Studies

advocacy ag

EvaluateScience AG

Pfingstweidstrasse 16
CH-8005 Zürich

www.advocacy.ch
www.evaluatescience.com

Impressum:*Autoren:*

Dominik Steiger, EvaluateScience AG
Danielle Brauchbar, EvaluateScience AG
Mathis Brauchbar, advocacy AG

Auftraggeber:

Bundesamt für Gesundheit, Sektion Grundlagen

Begleitgruppe des Auftraggebers:

Andrea Poffet, Sektion Grundlagen
Eva Bruhin, Geschäftsstelle Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie), Sektion Grundlagen
Elisabeth von Gunten, Geschäftsstelle Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)
Alberto Marcacci, Sektion Ernährung und Bewegung
Antoine Bonvin, Sektion Ernährung und Bewegung

Zürich, August 2016

*Diese Studie wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erarbeitet.
Vertragsnummer: 15.028318*

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	6
2	Résumé	12
3	Riassunto.....	18
4	Auftrag und Vorgehen	24
4.1	Auftrag	24
4.2	Vorgehen	25
4.3	Bibliographie.....	27
5	Prävention in der Gesundheitsversorgung – Die zentralen Dimensionen.....	30
5.1	Populationsorientierung in der Gesundheitsversorgung	30
5.2	Prävention als integraler Teil moderner Grundversorgung (Primary Care).....	32
5.3	Vernetzung zwischen Gesundheitsversorgung und Gemeinwesen (Clinical-Community Linkages).....	34
5.4	Daten, Outcome, Register und eHealth	36
5.5	Finanzierung und Anreize	36
5.6	Bibliographie.....	37
6	Case Studies	40
6.1	Vermont Blueprint for Health – Private-Public-Partnership für ein besseres Outcome	40
6.2	Programme cantonal Diabète Vaud – Prävention und Behandlung chronischer Krankheiten im Kanton integrieren	46
6.3	Verankerung Prävention beim Hausarzt – Tools und Methoden praxisnah implementieren	50
6.4	Prävention soH – Das Spital als Koordinationsstelle und Initiator von Prävention	57
6.5	Programme de soins Contrepoids – Multiprofessionelle Sekundärprävention bei stark übergewichtigen Kindern	60
6.6	Fysisk aktivitet på Recept – Bewegung als Medikament bei Personen mit Risiken für chronische Erkrankungen	69
6.7	Complete-Care-Programm von Kaiser Permanente – Integrierte Prävention als Teil einer integrierten Versorgung	74
6.8	Gesundes Kinzigtal – Managed Care und Prävention	80
6.9	Teamlet Model of Primary Care – Präventionsteams als Teil der Grundversorgung	87
6.10	Integrated Neighbourhood Approach – Nachbarschaft als Ressource für den Erhalt von Autonomie.....	95

7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	102
7.1	Schlussfolgerungen.....	104
7.2	Empfehlungen	106
7.3	Bibliographie.....	107
8	Anhang	109
8.1	Shortlist Kandidatenprojekte und -themen	109
8.2	Literatur	110

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Handlungsfelder NCD-Strategie.....	30
Abbildung 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung: Zentrale Dimensionen	32
Abbildung 3: Gesundheitskosten relativ zum BIP	40
Abbildung 4: Kostenentwicklung Blueprint-Praxen vs. Kontrolle.....	44
Abbildung 5: Strategische Ansätze des PcD Vaud	47
Abbildung 6: Sonnenblumenmodell	53
Abbildung 7: Illustrationen und Botschaften einer gesunden Ernährung der Broschüren für die Zielgruppe 0-4	61
Abbildung 8: Vernetzung von Contrepoids.....	62
Abbildung 9: Geplantes Stufenmodell der Behandlung des Übergewichts von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz.	65
Abbildung 10: Die Methode von Fysisk aktivitet på Recept (FaR).....	71
Abbildung 11: Entwicklung von Complete Care	77
Abbildung 12: Aktivitäten des IVGK 2006-20012	82
Abbildung 13: Spektrum der Aktivitäten IVGK.....	82
Abbildung 14: Effekt von Programmen und Zielvereinbarungen auf Selbstwahrnehmung	84
Abbildung 15: Zentrale Dimensionen eines alters-freundlichen Lebensraums	96
Abbildung 16: Arbeitsmethode von INA Rotterdam.	97
Abbildung 17: Integrated Care Model nach van Dijk et al. (2016).....	98
Abbildung 18: Tätigkeitsbereiche der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsversorgung und öffentlicher Gesundheit	102
Abbildung 19: Das erweiterte Chronic Care Model	104
Abbildung 20: Dimensionen erfolgreicher Prävention in der Gesundheitsversorgung	105

1 Zusammenfassung

Prävention in der Gesundheitsversorgung - ein wesentliches Handlungsfeld in der Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten

Die Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) will Prävention besser in der Gesundheitsversorgung verankern. Angestrebt wird ein Paradigmenwechsel von einer segmentierten, akutmedizinisch ausgerichteten hin zu einer integrierenden Denkweise, welche den kurativen Ansatz durch einen beratenden, koordinierenden und präventiven Ansatz ergänzt.

Die vorliegende Studie nimmt nationale und internationale Entwicklungen und Erfahrungen auf und fasst diese zusammen. Sie verweist dabei auf zentrale Themenfelder und Erfolgsfaktoren hinsichtlich einer besseren Verankerung von Prävention in der Gesundheitsversorgung. Die Studie zeigt anhand von zehn Case Studies Möglichkeiten und Herausforderungen auf und formuliert Empfehlungen hinsichtlich der Umsetzung der NCD-Strategie in der Schweiz.

Zentrale Dimensionen für wirkungsvolle Prävention in der Gesundheitsversorgung

Die NCD-Strategie betrachtet die Handlungsfelder "Gesundheitsförderung und Prävention" und "Prävention in der Gesundheitsversorgung" als eng miteinander verschränkt. Im internationalen Diskurs ist diese Vorstellung breit akzeptiert: Gesundheitsförderung und Prävention ("Public Health") und die Gesundheitsversorgung ("Care") sollten angesichts der wachsenden Krankheitslast durch chronische Erkrankungen als Teil *eines* Gesundheitssystems aufgefasst werden. Dieses hat sowohl die Bevölkerung als auch das Individuum im Blick; neben kurativen integriert es vermehrt präventive Praktiken. Diese *Populationsorientierung* ist mit dem Bestreben verbunden, via bessere Integration, Koordination und Prävention bessere Outcomes auf Populations- und individueller Ebene zu erzielen und damit auf eine Dämpfung der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen hinzuwirken.

Aufgrund internationaler Erfahrungen erscheinen vier Dimensionen als zentral für die Ausgestaltung von modernen Gesundheitssystemen im obigen Sinn:

Prävention als integraler Teil moderner Grundversorgung

Der Grundversorgung kommt eine wichtige Rolle als Integrator und Koordinator zu. In gut strukturierten Systemen der Grundversorgung ist präventives Handeln strukturell und prozedural integriert: Prävention wird als Team-Aufgabe verstanden. Interprofessionelle Teams entlasten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und helfen, Prävention zu koordinieren sowie Tätigkeiten der Präventionsberatung zu übernehmen. Präventivmedizinische Beratungstechniken (Motivational Interviewing, Problem-solving Therapy, Zielvereinbarungen) sind etabliert.

Die Prävention chronischer Krankheiten ist eng mit der Behandlung chronischer Krankheiten verknüpft. Es bestehen keine klare Grenzen zwischen Gesunden, Menschen mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko (Persons at Risk), chronisch Kranken und Multimorbiden. Bestehende Ansätze für das Management chronischer Krankheiten, die Selbstmanagement, Koordination und Integration unterstützen, werden für Prävention genutzt.

Vernetzung zwischen Gesundheitsversorgung und Gemeinwesen (Clinical-Community Linkages)

Ein besserer Umgang mit chronischen Krankheiten und eine bessere Prävention von chronischen Krankheiten, also bessere Gesundheit der Population ("Population Health"), hängt ab von einer besseren Vernetzung der Gesundheitsversorgung mit der Sphäre von Gesundheitsförderung und Prävention ("Public Health") und mit den Ressourcen im Gemeinwesen ("Community"). Diese beinhalten Institutionen wie Gemeindedienste, Altersheime, aber es geht auch um bessere Einbindung der Angehörigen und weiterer Personengruppen, beispielsweise der Nachbarn (etwa im Umgang mit gebrechlichen Menschen). Public-Health-Institutionen, Gesundheitsligen, Institutionen der erweiterten Gesundheitsversorgung operieren in und interagieren mit dem Gemeinwesen. Für eine gelingende NCD-Prävention muss über Sektor- und Finanzierungs-Grenzen hinweg koordiniert zusammengearbeitet werden.

Daten, Outcomes, Register und eHealth

Daten und die Systeme, Daten zu verarbeiten, zu teilen und zu analysieren, spielen eine nicht zu unterschätzende Rolle für die Entwicklung eines leistungsfähigen, mit dem Gemeinwesen integrierten Gesundheitssystems, das patientenzentriert und gleichzeitig populationsorientiert agieren kann. So setzt Populationsorientierung voraus, dass Daten über die Population verfügbar sind. Das Wissen über Outcomes ist eine Grundlage für evidenzbasiertes Handeln und für die Entwicklung neuer Ansätze und Modelle. Die Planung und Steuerung komplexer, vernetzter Systeme für ein besseres Management und Prävention chronischer Krankheiten ist angewiesen auf Daten und deren Analyse, insbesondere auch in Verknüpfung mit Finanzierungsinstrumenten (beispielsweise "Shared-Savings"-Anreizsysteme).

Auf der Ebene des Individuums können Daten- und e-Health-Ansätze eine Stütze für das Patienten-Selbstmanagement darstellen. Es ist zu erwarten, dass eHealth-, mHealth- sowie Big-Data-Ansätze künftig noch stärkere Treiber in der Entwicklung populations- und präventionsorientierter Versorgungsmodelle darstellen werden.

Finanzierung: Anreizsysteme, hybride Vergütung

Viele Ansätze zu einer besseren Integration von Prävention in die Grundversorgung und zu einer besseren Vernetzung dieser mit den weiteren Akteuren im Gesundheitssystem und im Gemeinwesen gehen einher mit Finanzierungsinstrumenten, die über das konventionelle Fee-for-Service-Paradigma hinausgehen. So begünstigen Capitation-Modelle oder Globalbudgets Teamansätze und Populationsorientierung. Modelle integrierter oder koordinierter Versorgung können besser mit hybrider Finanzierung oder mit Finanzierungsmodellen wie "Bundled Payments" gestaltet werden.

Ein Zusammenspiel der verschiedenen Akteure aus verschiedenen Sphären (Grundversorgung, Public Health, Gemeinwesen) kann besonders effizient sein, wenn starke und gemeinsame finanzielle Anreize bestehen. Investitionen in eine verbesserte Prävention von NCDs sind mit der Erwartung verbunden, dass eine verminderte Krankheitslast und damit eine Dämpfung der Kostensteigerung resultiert. Prävention sollte nicht eine kostentreibende Angebotserweiterung sein, sondern sich aus ihrem Nutzen finanzieren. Systeme finanzieller Anreize, beispielsweise die Beteiligung an durch verbesserte Effizienz und Prävention

gesparten Kosten bei gleichzeitiger Kontrolle der Qualität, könnten hier wichtige Dienste leisten.

Case Studies

Die Case Studies stellen verschiedenartig gelagerte Projekte und Themenfelder vor, die für eine wirkungsvolle Integration von Prävention in die Gesundheitsversorgung von Bedeutung sind:

- Das Programm *Vermont Blueprint for Health* zeigt, wie eine Gesundheitsversorgung, die von Einzelleistungsvergütung geprägt ist, zu einem besser koordinierten, bevölkerungsorientierten, mit den Akteuren des Gemeinwesens vernetzten System entwickelt werden kann. Als Public-Private-Partnership zwischen dem Staat Vermont und den Versicherern fördert es erfolgreich mit dem Gemeinwesen koordinierte und kosteneffizientere Versorgung mit einer Kombination von Anreizen und Investitionen.
- Das *Programme cantonal Diabète Vaud* zielt darauf ab, die Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern im Sinne des Chronic-Care-Modells zu verbessern und gleichzeitig die Primär- und Sekundärprävention von Diabetes zu fördern. Es kann daher als kantonales Programm einer integrierten Gesundheitsversorgung wertvolle Hinweise und Erfahrungen liefern.
- *Prävention beim Hausarzt*: Für eine starke Prävention von NCDs in der Gesundheitsversorgung spielt die ärztliche Grundversorgung eine entscheidende Rolle. In dieser Case Study werden schweizerische Projekte und Programme diskutiert, die Prävention in der Arztpraxis unterstützen und verankern. Sie bieten ärztliche Fortbildung für Kurzinterventionen und wirkungsvolle Gesprächstechniken, stellen Grundlagen und Instrumente zur Verfügung, und sie helfen, die Arztpraxis mit weiterführenden Präventionsangeboten zu vernetzen.
- *Prävention soH* ist als Präventionsstelle in die öffentlich-rechtlichen Spitäler des Kantons Solothurn integriert. Sie koordiniert und initiiert Prävention sowohl im Bereich der Primär-, der Sekundär-, wie auch der Tertiärprävention und trägt so am Setting Spital zur Vernetzung der Strukturen zwischen Gesundheitsversorgung und öffentlicher Gesundheit bei.
- *Contrepoids* ist ein multiprofessionelles, ambulantes Präventions-, Therapie- und Bildungsprogramm zur Verminderung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Das Programm zielt auf eine nachhaltige Änderung des Lebensstils ab und bezieht dabei die ganze Familie mit ein. Contrepoids umfasst Massnahmen auf allen Präventionsstufen sowie auf mehreren Interventions-Ebenen. Es agiert interdisziplinär und nutzt eine enge Vernetzung mit den regionalen Strukturen und Präventionsangeboten.
- Das Programm *Fysisk Aktivitet på Recept (FaR)* ist ein in Schweden weit verbreitetes Instrument, um die Bewegung insbesondere bei jenen Teilen der Bevölkerung zu steigern, die am wenigsten aktiv sind und ein erhöhtes Risiko für chronische Erkrankungen haben. Das Bewegungs-Rezept wird dabei durch lizenzierte Gesundheitsfachleute ausgestellt und im Gemeinwesen eingelöst. FaR illustriert die Bedeutung einer engen Vernetzung der Angebote kombiniert mit definierten Prozessen und Richtlinien.

- Der amerikanische Gesundheitsdienstleister Kaiser Permanente gilt seit Jahren als Vorreiter einer bevölkerungsorientierten, integrierten Gesundheitsversorgung. Diese Case Study beschreibt das *Complete Care-Programm* von Kaiser Permanente Southern California, ein umfassendes Redesign der Prävention von chronischen Krankheiten und des Umgangs mit chronisch kranken Patientinnen und Patienten innerhalb der Grundversorgung, resultierend in einer deutlichen und überdurchschnittlichen Verbesserung von Qualitätsindikatoren.
- *Gesundes Kinzigtal*: Im baden-württembergischen Kinzigtal wird seit 2006 ein Modell integrierter Versorgung umgesetzt, das international grosse Beachtung findet. Das Modell gründet auf der Annahme, dass eine systematische Einbindung von Präventionsansätzen zu besserer Gesundheit und damit verbunden zu tieferen Krankheitskosten führen sollte. Die Betreibergesellschaft "Gesundes Kinzigtal GmbH" und das assoziierte Ärztenetzwerk erhalten aus den effektiven Kosteneinsparungen eine Beteiligung im Sinne einer Erfolgsprämie. Im Verlauf der letzten zehn Jahre gelang der Aufbau einer breiten Palette an Care-Management- und Präventions-Massnahmen, bei gleichzeitig besseren Gesundheitsergebnissen und hoher Patientenzufriedenheit.
- Das *Teamlet Model of Primary Care* strukturiert die Aufgaben der Grundversorgung in der Prävention und Betreuung von chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten. Das Modell weist die Aufgaben einem Team aus Ärztin oder Arzt und Gesundheitscoach. Dadurch wird die Betreuung der Patientinnen und Patienten effektiver, präventiver und nachhaltiger.
- Prävention bei alten und hochbetagten Personen verlangt einen starken Bezug zur Lebensumgebung. Der *Integrated Neighbourhood Approach* fördert eine patientenzentrierte Prävention, in der das soziale Netzwerk der Nachbarschaft als eine zentrale Ressource integriert wird. Wesentlich ist zudem die Förderung der Selbstmanagement-Fähigkeiten der Betroffenen, als Erfolgsfaktor für den Erhalt von Autonomie. Projekte, die diesen Ansatz umsetzen, verbinden Gesundheitsversorgung, Akteure der öffentlichen Gesundheit und Gemeindearbeit.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die starke Zunahme nichtübertragbarer, chronischer Krankheiten und das Wissen darum, dass viele dieser Krankheitsfälle vermieden werden können, rückt den Fokus vermehrt auf die Prävention. Es bedarf Massnahmen auf vielen Ebenen, um Prävention vermehrt in der Gesundheitsversorgung zu integrieren: Auf der Ebene der Ausbildung der Gesundheitsfachleute, auf der Ebene der Tätigkeiten, der Aufgaben- und Rollenteilung sowie der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachleuten und deren Institutionen, auf der Ebene der Beteiligung von Patienten und ihren Angehörigen, auf der Ebene der Finanzierung oder auf der Ebene des Monitorings. Hier kann das *erweiterte Chronic-Care-Modell* einen Rahmen geben: Es verbindet bevölkerungsorientierte Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung mit der Gesundheitsversorgung.

Folgende Aspekte erscheinen für eine engere und effektivere Verzahnung von Prävention und Gesundheitsversorgung zentral: Prävention sollte einen integralen Bestandteil einer modernen Grundversorgung darstellen. Die Grundversorgung sollte vernetzt sein mit den Akteuren der

Gesundheitsversorgung und den Ressourcen des Gemeinwesens. Daten, Datenanalysen und das Teilen von Daten ermöglichen Qualität und Effizienz; sie sind eine Voraussetzung für die Realisation von Finanzierungssystemen, die Anreize bieten können für eine stärkere Vernetzung. Erfolgreiche und nachhaltige Prävention in der Gesundheitsversorgung verbindet somit eine integrierte Versorgung mit Clinical Community Linkages, Outcomes und finanziellen Anreizen.

Es lassen sich folgende Empfehlungen für die Schweiz ableiten:

- Es sollte langfristig eine enge Vernetzung der Anbieter in einem "Ökosystem" angestrebt werden. Das bestehende System mit den zahlreichen Anbietern sollte so ausgestaltet werden, dass eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung entsteht, die sich an der Outcomes für die Gesundheit der Bevölkerung ausrichtet. Dabei ist auch eine Aufgaben- und Rollenteilung notwendig (Task Shifting). Dies zu erreichen ist ein langfristiges Unterfangen.
- Regionale oder kommunale Ansätze und Modelle sollten gefördert werden. Erfolgreiche Programme und Modelle sind in der Regel stark auf Regionen und Kommunen ausgerichtet und orientieren sich an den dortigen Begebenheiten.
- Bewährtes fördern, Innovation ermöglichen: Etablierte und erprobte Ansätze der Prävention in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz gilt es zu evaluieren, kompetitiv zu fördern und zu verbreiten. Gleichzeitig müssen innovative Ansätze, etwa im Bereich von eHealth und mHealth oder von erweiterten Chronic Care-Modellen gefördert werden, um den Aufbau des "Ökosystems" zu ermöglichen und Neuerungen effizient umsetzen zu können.
- Gemeinsame Forschungs- und Lernnetzwerke sollten gefördert werden. Viele präventive Tätigkeiten sind interprofessionelle Aufgaben, welche eine veränderte Rollen- und Aufgabenteilung benötigen und eine enge Vernetzung mit den lokalen Akteuren der Prävention voraussetzen.
- Interprofessionalität und Team-Ansätze sollten gefördert werden. Team-Ansätze sollten regional entwickelt und erprobt werden.
- Prävention sollte in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der professionellen Akteure stärker verankert werden. Dies ist eine langjährige Forderung, die bereits in vielfältiger Weise umgesetzt wird. Ausgehend von den künftigen Berufsbildern und Aufgaben ergeben sich darüber hinaus auch Kompetenzen im Bereich der Koordination und der teambasierten Zusammenarbeit. Auch dies ist in der Bildung zu verankern.
- Im Rahmen von regionalen Ansätzen sollten Guidelines für Prävention und Behandlung regional adaptiert und implementiert werden. Sie sind ein wichtiges Element der Qualitätssicherung und erlauben den regionalen Akteuren der Gesundheitsversorgung und der öffentlichen Gesundheit, eine gemeinsame Grundlage und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln.
- Datenerfassung und Outcomes-Messung sollte als Erfolgsfaktor etabliert werden. Sie sind zentral für die Steuerung und Wirksamkeit von populationsorientierter Prävention in der Gesundheitsversorgung und verbinden die Akteure einer integrierten präventiven Versorgung. Die Aktivitäten im Rahmen der Umsetzung des elektronischen Patientendossier-Gesetzes (EPDG) können hierbei unterstützend wirken.

- Neue Finanzierungsmodelle sollten entwickelt und erprobt werden. Es fehlen Anreize für die Krankenversicherer, sich im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP in der Prävention zu engagieren. Hier sollten die Kostenträger und Leistungserbringer gemeinsam innovative Finanzierungsmodelle entwickeln (u.a. Bundled Payments, hybride Finanzierung, Pay for Performance) und diese in Pilotprojekten in der Praxis erproben.
- Die Zusammenarbeit der politischen Träger von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen sollte intensiviert werden. Um die Vernetzung von Gesundheitsversorgung und Prävention voranzutreiben, müssen die politischen Akteure auf den verschiedenen Staatsebenen und über die Sektoren Gesundheit, Soziales, Bildung hinweg enger zusammenarbeiten und ihre Zielsetzungen gegenseitig abgleichen.

2 Résumé

Prévention dans le domaine des soins: un champ d'action essentiel dans la lutte contre les maladies non transmissibles

La Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) entend mieux ancrer la prévention dans le domaine des soins. Elle vise un changement de paradigme: d'une pensée segmentée, orientée vers les soins aigus, en direction d'une pensée intégrée, complétant l'approche curative par une approche de conseil, de coordination et de prévention.

La présente étude se penche sur des expériences et développements nationaux et internationaux et les résume. Elle indique ce faisant les principaux champs thématiques et les facteurs de succès pour l'ancrage de la prévention dans le domaine des soins. À l'aide de dix études de cas, elle montre des possibilités et des défis et formule des recommandations pour la mise en œuvre de la stratégie MNT en Suisse.

Dimensions essentielles pour une prévention efficace dans le domaine des soins

La stratégie MNT considère les champs d'action «Promotion de la santé et prévention» et «Prévention dans le domaine des soins» comme étroitement liés. Vu la charge de morbidité croissante engendrée par les maladies chroniques, cette conception est largement acceptée dans le discours international: la promotion de la santé et la prévention («santé publique») d'une part, le domaine des soins d'autre part doivent être considérés comme faisant partie d'un seul système de santé. L'attention doit être portée tant à la population qu'à l'individu et la prévention doit faire partie intégrante des pratiques thérapeutiques. Cette *orientation vers la population* s'accompagne d'efforts pour aboutir à de meilleurs résultats au niveau de la population et des individus par le biais d'une meilleure intégration, coordination et prévention, de manière à atténuer l'accroissement des coûts du système de santé.

En ce sens, l'expérience internationale fait apparaître quatre dimensions cruciales pour favoriser l'élaboration d'un système de santé moderne:

Prévention en tant que partie intégrante des soins de base modernes

Les soins de premier recours ont un rôle important d'intégration et de coordination à jouer. Dans les soins de premier recours bien structurés, l'action préventive est intégrée au niveau des structures et des processus: la prévention est comprise comme une tâche d'équipe. Des équipes interprofessionnelles déchargent les médecins traitants et aident à coordonner la prévention ainsi qu'à se charger d'activités de conseil en matière de prévention. Des techniques de conseils préventifs (entretien motivationnel, thérapie de résolution de problème, définitions d'objectifs) doivent être mises en œuvre.

La prévention des maladies chroniques est étroitement liée au traitement de ces maladies. La frontière entre les personnes en bonne santé, les personnes présentant un risque accru (personnes à risque), les malades chroniques et les personnes présentant une multi morbidité n'est pas nette. Des approches existantes pour la gestion de ces maladies, comme l'autogestion de la maladie ou encore l'encouragement à une coordination et une intégration efficace dans les soins sont préconisées pour la prévention.

Interconnexions entre le domaine des soins et la collectivité (Clinical-Community Linkages)

Mieux gérer et mieux prévenir les maladies chroniques, pour ainsi favoriser une meilleure santé de la population, dépend d'une meilleure mise en réseau du domaine des soins avec les milieux actifs dans la promotion de la santé et la prévention («Public Health») ainsi qu'avec les ressources existantes de la collectivité («Community»). Ces milieux englobent les institutions, telles que services communaux, foyers de personnes âgées, mais aussi les proches et autres groupes de personnes telles que le voisinage, si on pense par exemple à la prise en charge des personnes âgées/infirmes. Les institutions de santé publique, les ligues de santé, les institutions de soins au sens large opèrent au sein de la collectivité et interagissent avec elle. Pour que la prévention des MNT réussisse, une coopération coordonnée au-delà des frontières sectorielles et financières doit être envisagée.

Données, résultats, registres et cybersanté

Les données et les systèmes permettant de traiter, partager et analyser les données jouent un rôle qu'il ne faut pas sous-estimer pour le développement d'un système de santé performant, intégré à la collectivité et capable d'agir de manière à la fois centrée sur les patients et orientée vers la population. Un système orienté vers la population requiert la mise à disposition de données sur la population. Le savoir résultant de l'analyse de ces données doit fournir les bases pour les différentes pratiques (basées sur des données probantes) et pour le développement de nouvelles approches et de nouveaux modèles. La planification et le pilotage de systèmes complexes en réseau visant à mieux gérer et prévenir les maladies chroniques ont besoin de données et d'analyses, notamment celles en lien avec les instruments de financement (exemple: les systèmes d'incitation «Shared-Savings»).

Au niveau de l'individu, les approches portant sur les données et la cybersanté peuvent soutenir la gestion autonome de la maladie par le patient. On peut s'attendre à ce que des approches telles que eHealth (cybersanté ou télésanté), mHealth (santé mobile) et Big Data soient à l'avenir des moteurs encore plus forts dans le cadre du développement de modèles de soins orientés vers la population et la prévention.

Financement: systèmes d'incitation, rémunération hybride

Nombre d'approches visant à une meilleure intégration de la prévention dans les soins de premier recours et à une meilleure mise en réseau des différents acteurs du système de santé et de la collectivité s'accompagnent d'instruments de financement allant au-delà du paradigme classique de rémunération à l'acte. Les modèles de capitation ou les budgets globaux favorisent en ce sens le travail en équipe et l'orientation vers la population. Les modèles de prise en charge intégrée ou coordonnée ont un rendu meilleur via des financements hybrides ou des modèles de paiement groupé («Bundled Payments»).

Une interaction entre les différents acteurs des différents secteurs (médecine de premier recours, santé publique, collectivité) peut être particulièrement efficace lorsque des incitations communes fortes existent. En investissant dans une meilleure prévention des MNT, une diminution de la charge de morbidité et un frein à la hausse des coûts sont attendus. La prévention ne doit pas être une extension des offres occasionnant des coûts supplémentaires, mais plutôt être financée par le bénéfice qu'elle génère. Les systèmes d'incitations financières,

comme par exemple une participation aux économies résultantes d'une efficience et d'une prévention améliorée, tout en contrôlant la qualité, peuvent être très utiles à cet égard.

Études de cas

Les études de cas présentent des projets et champs thématiques de différents types, qui ont un sens dans la perspective d'une intégration efficace de la prévention dans le domaine des soins:

- Le programme *Vermont Blueprint for Health* montre comment un système de santé, marqué par une rémunération des prestations individuelles, peut être développé pour aboutir à un système mieux coordonné, orienté vers la population et mis en réseau avec les acteurs de la collectivité. Il s'agit d'un partenariat public-privé entre l'État du Vermont et les assureurs qui, à l'aide d'une combinaison d'incitations et d'investissements, réussit à encourager une prise en charge coordonnée avec la collectivité et plus rentable d'un point de vue économique.
- Le *Programme cantonal Diabète vaudois* vise à améliorer la prise en charge des diabétiques à l'aide du «Chronic Care Model» tout en encourageant la prévention primaire et secondaire du diabète. En tant que programme cantonal de prise en charge intégrée, il peut fournir des renseignements et expériences précieux.
- *Prévention au cabinet du médecin de famille*: pour une prévention efficace des MNT dans le domaine des soins, la prise en charge par les médecins dans les soins de premier recours joue un rôle prépondérant. Cette étude de cas discute des projets et programmes suisses visant à soutenir et ancrer la prévention au cabinet médical. Ces projets/programmes proposent des cours de formation continue pour les médecins sur les interventions brèves et sur des techniques d'entretien efficaces dans ce contexte. Des instruments spécifiques sont mis à disposition et le réseau, entre le cabinet et les offres de prévention de la collectivité, est favorisé.
- *Prävention soH* est un service de prévention intégré aux hôpitaux publics du canton de Soleure. Il coordonne et incite à la prévention primaire, secondaire et tertiaire, contribuant ainsi à établir des réseaux entre les structures des soins de santé et de la santé publique dans le contexte de l'hôpital.
- *Contrepoids* est un programme multiprofessionnel ambulatoire de prévention, de traitement et de formation visant à réduire le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents. Ce programme vise une modification durable du mode de vie et implique également l'ensemble de la famille. Contrepoids englobe des mesures à tous les niveaux de prévention et sur différents domaines d'intervention (interdisciplinarité). Ce programme interdisciplinaire favorise des interconnexions étroites avec les structures et offres de prévention régionales.
- Le programme *Fysisk Aktivitet på Recept (FaR)* est un instrument très répandu en Suède qui vise à accroître l'activité physique, en particulier dans les groupes de population les moins actifs et présentant un risque accru de maladies chroniques. L'ordonnance d'activité physique est établie par un-e professionnel-le de la santé accrédité et le bénéficiaire la fait valoir dans sa commune. FaR illustre l'importance d'une interconnexion étroite entre les offres et les processus et directives définis.

- Kaiser Permanente est un prestataire américain de services de santé considéré depuis des années comme un pionnier de la prise en charge intégrée, orientée vers la population. Cette étude de cas décrit le programme *Complete Care* de Kaiser Permanente Southern California, un remodelage complet de la prévention des maladies chroniques et de la prise en charge des patient-e-s atteint-e-s de maladies chroniques au sein des soins de premier recours, aboutissant à une amélioration nette, supérieure à la moyenne, des indicateurs de qualité.
- *Gesundes Kinzigtal*: dans la vallée de la Kinzig (Bade-Wurtemberg), un modèle de soins intégrés mis en œuvre depuis 2006 attire l'attention au-delà des frontières. Ce modèle se base sur l'hypothèse que la prise en compte systématique d'approches préventives devrait améliorer la santé et donc faire baisser les coûts entraînés par la maladie. L'organisme responsable «Gesundes Kinzigtal GmbH» et le réseau de médecins associés reçoivent une part des économies effectives sous forme de primes. Au cours des dix dernières années, une vaste gamme de mesures de gestion des cas et de prévention a été mise en place. Les résultats sanitaires se sont améliorés et la satisfaction des patients est élevée.
- Le *Teamlet Model of Primary Care* structure les tâches des soins de premier recours en lien avec la prévention et la prise en charge des patient-e-s atteint-e-s de maladies chroniques. Dans ce modèle, les tâches sont attribuées à une équipe formée d'un médecin et d'un coach santé. Ceci rend la prise en charge des patient-e-s plus efficace, améliore la prévention et la durabilité.
- S'agissant des personnes âgées et très âgées, la prévention doit être efficacement reliée à l'environnement de vie. L'approche dite *Integrated Neighbourhood Approach* encourage une prévention orientée vers le patient, intégrant le réseau social de voisinage en tant que ressource essentielle. En outre, les capacités d'autogestion des personnes touchées sont encouragées en tant que facteur de succès pour le maintien de leur autonomie. Les projets mettant cette approche en œuvre mettent en relation le domaine des soins, les acteurs de la santé publique et le travail communal.

Conclusions et recommandations

Sachant que les maladies chroniques sont en forte augmentation et que nombre de ces cas pourraient être évités, l'attention se porte de plus en plus sur la prévention. Pour mieux intégrer la prévention dans le domaine des soins, il est indispensable de prendre des mesures à différents niveaux:

- au niveau de la formation des professionnel-le-s de la santé,
- au niveau des activités, de la répartition des tâches et des rôles de chacun,
- au niveau de la coopération entre les professionnel-le-s de la santé et leurs institutions,
- au niveau de l'implication des patient-e-s et de leurs proches, et
- au niveau du financement et du monitoring.

Le *Chronic Care Model étendu* peut offrir un cadre car il relie des approches de prévention et de promotion de la santé orientées vers la population et le domaine des soins.

Pour connecter plus étroitement et plus efficacement la prévention et le domaine des soins, les aspects suivants semblent cruciaux: la prévention doit faire partie intégrante des soins de base modernes. Les soins de premier recours doivent être en lien avec les différents acteurs du domaine des soins et les ressources de la collectivité. Les données, leurs analyses et leurs partages doivent garantir la qualité et l'efficacité; ce sont les conditions nécessaires pour la mise en oeuvre de systèmes de financement offrant des incitations à une meilleure interconnexion. Une prévention efficace et durable dans le domaine des soins met en relation donc une prise en charge intégrée avec les réseaux de la collectivité, les résultats et les incitations financières.

Pour la Suisse, on peut en déduire les recommandations suivantes:

- À long terme, il convient de viser une étroite interconnexion des prestataires au sein d'un «écosystème». Le système actuel avec ses nombreux prestataires doit être structuré de manière à aboutir à une étroite coopération et une mise en réseau orientées vers les résultats pour la santé de la population. Le partage des tâches et les rôles doivent être clairement définis (Task Shifting). Il s'agit d'un but à long terme.
- Il convient d'encourager les approches et modèles régionaux et communaux. Les programmes et modèles qui réussissent sont généralement fortement orientés vers la région/la commune et les conditions locales.
- Encourager les approches éprouvées, permettre l'innovation: les approches de prévention établies et éprouvées dans le domaine des soins en Suisse doivent être évaluées, encouragées de manière compétitive et diffusées. En même temps, il faut encourager les approches novatrices, comme par exemples dans le domaine eHealth et mHealth ou encore les Chronic Care Models étendus, de manière à permettre la mise en place d'un «écosystème» et la mise en oeuvre efficace d'approches innovantes.
- Il convient d'encourager les réseaux communs de recherche et d'apprentissage. Nombre de tâches de prévention ont un caractère interprofessionnel et requièrent un nouveau partage des tâches, une clarification des rôles ainsi que l'établissement de réseaux étroits avec les acteurs locaux de la prévention.
- Il faut encourager l'interprofessionnalité et les approches en équipe. Les approches en équipe doivent donc être développées et testées au niveau régional.
- La prévention doit être mieux ancrée dans la formation initiale, postgraduée et continue des professionnel-le-s de la santé. Cette revendication n'est pas neuve et sa mise en oeuvre se fait déjà de nombreuses manières. En raison des professions et des tâches dont on aura besoin à l'avenir, de nouvelles compétences seront nécessaires dans le domaine de la coordination et de la coopération en équipe. Ceci doit aussi être ancré dans la formation.
- Il convient de développer et de mettre en oeuvre des directives de prévention adaptées au niveau local. Elles constituent un élément important de l'assurance-qualité et permettent aux acteurs régionaux de la prise en charge sanitaire et de santé publique de développer une base et une langue communes.
- La collecte des données et la mesure des résultats sont des facteurs de succès qu'il convient d'établir. Ce sont des éléments cruciaux pour le pilotage et l'efficacité d'une prévention orientée vers la population dans le domaine des

soins. Cela permet de lier également les différents acteurs de la prise en charge préventive intégrée. Les activités de mise en œuvre de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) peuvent soutenir ce processus.

- Il faut développer et tester de nouveaux modèles de financement. Il manque des incitations pour que les assureurs-maladie s'engagent dans le domaine de la prévention dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il faudrait que les unités d'imputation et les prestataires élaborent ensemble des modèles de financement novateurs (p. ex. paiements groupés, financement hybride, Pay for Performance).
- La coopération entre les responsables politiques du domaine de la santé, de la formation et du système social doit être intensifiée. Pour faire avancer la mise en réseau de la prise en charge sanitaire et de la prévention, il faut que les acteurs politiques des différents niveaux de l'État coopèrent plus étroitement au-delà des frontières des secteurs santé, affaires sociales et formation et qu'ils coordonnent leurs objectifs.

3 Riassunto

La prevenzione nell'ambito delle cure – un campo d'azione fondamentale nella lotta contro le malattie non trasmissibili.

La Strategia nazionale per la Prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT) intende meglio integrare, tra altri vari aspetti, la prevenzione nell'ambito delle cure. L'obiettivo è il passaggio da un modello orientato al trattamento delle condizioni mediche acute, ad un modello più globale, che integri nell'approccio curativo aspetti quali la consulenza in materia di salute, il coordinamento, l'interconfessionalità e la prevenzione.

Il presente studio raccoglie e riassume gli sviluppi e le esperienze nazionali ed internazionali, facendo riferimento ai temi centrali ed ai fattori di successo in merito ad una miglior integrazione della prevenzione nell'ambito delle cure. Sulla base di analisi di dieci casi, vengono presentate le sfide e le opportunità in tal senso, e vengono inoltre formulate delle raccomandazioni in merito all'attuazione della Strategia MNT in Svizzera.

Dimensioni fondamentali per una prevenzione efficace nell'ambito delle cure

La Strategia MNT considera i campi «promozione della salute e prevenzione» e «prevenzione nell'ambito delle cure» fortemente intrecciati fra loro. All'interno del dialogo internazionale è largamente diffusa l'idea che, visto il crescente impatto delle patologie croniche, la promozione della salute e la prevenzione («Public Health») così come le cure medico-sanitarie («Care»), dovrebbero diventare parte integrante del sistema sanitario, il quale prende in considerazione sia la popolazione sia il singolo individuo. Esso integra sempre più frequentemente pratiche preventive alle pratiche curative. Grazie ad una maggiore integrazione, coordinamento e prevenzione, questo orientamento aspira al miglioramento dei risultati a livello individuale e di popolazione e, di conseguenza, anche ad un rallentamento degli incrementi dei costi del sistema sanitario.

Sulla base di queste esperienze, risultano fondamentali quattro dimensioni chiave per l'elaborazione di sistemi sanitari moderni:

Prevenzione come parte integrante di una medicina de base moderna

La medicina di base assume il ruolo importante di integratore e coordinatore. Nei sistemi sanitari ben organizzati l'azione preventiva è integrata dal punto di vista strutturale e procedurale: la prevenzione viene intesa come lavoro di squadra. Team interdisciplinari supportano i medici curanti, aiutandoli nel coordinamento della prevenzione e prendendosi carico di alcune attività nell'ambito della consulenza preventiva. Le tecniche di consulenza nell'ambito della medicina preventiva (Motivational Interviewing, Problem-solving Therapy, concordare degli obiettivi) sono consolidate.

La prevenzione delle malattie croniche è strettamente legata al trattamento delle malattie croniche. I confini tra persone sane, persone con un elevato rischio di malattia (Person at Risk), malati cronici e persone affette da malattie croniche multiple non sono evidenti. Per la prevenzione vengono utilizzati gli approcci già esistenti nell'ambito della gestione delle malattie croniche, i quali favoriscono l'autogestione, il coordinamento e l'integrazione.

Collegamento tra cure medico-sanitarie e la collettività (Clinical-Community Linkages)

Un miglioramento nell'approccio alle malattie croniche ed alla loro prevenzione, cioè dunque il miglioramento della salute della popolazione («Population Health»), dipende da un migliore collegamento delle cure medico-sanitarie con la sfera della promozione della salute e della prevenzione («Public Health») così come con le risorse all'interno della collettività («Community»). Quest'ultima è composta da istituzioni come servizi comunali e case per anziani, ma riguarda anche il maggior coinvolgimento dei familiari ed altre persone, come ad esempio i vicini (nel caso di persone deboli). Le istituzioni che si occupano di salute pubblica e delle cure in senso più ampio e le leghe che operano nel campo della salute esercitano all'interno della comunità ed interagiscono con essa. Per un'efficace prevenzione delle MNT è necessaria una collaborazione coordinata che trascenda i confini di settore e finanziamento.

Dati, risultati, registro ed eHealth

I dati ed i sistemi di elaborazione, condivisione ed analisi dei dati giocano un ruolo da non sottovalutare per lo sviluppo di un sistema sanitario efficiente, integrato nella comunità. Il coinvolgimento della popolazione presuppone che siano disponibili i dati riguardanti la popolazione stessa. Conoscere i risultati è di fondamentale importanza per impostare un'azione basata sull'evidenza e per elaborare nuove strategie e modelli. La pianificazione ed il controllo di sistemi complessi, volti ad un miglioramento della gestione e della prevenzione di malattie croniche, dipende necessariamente dai dati e dalla loro analisi, in particolar modo anche in relazione agli strumenti di finanziamento (ad esempio sistemi di incentivi «Shared-Savings»).

Sul piano dell'individuo, l'utilizzo di dati e dei servizi sanitari elettronici (eHealth) possono rappresentare un supporto per l'autogestione del paziente. La previsione è che gli approcci eHealth, mHealth (include l'impiego di dispositivi mobili) e Big Data (gestione di grandi quantità di dati) assumeranno in futuro un ruolo sempre più importante nello sviluppo di modelli di cura orientati alla popolazione ed alla prevenzione.

Finanziamento: sistemi di incentivi, rimborsi ibridi

Molte delle proposte che mirano a meglio integrare la prevenzione nell'ambito delle cure e meglio inserirla nello spettro dei protagonisti del sistema sanitario e della comunità vanno di pari passo con gli strumenti di finanziamento transcendentali al paradigma convenzionale «Fee-for-Service». Modelli «Capitation» o di budget globali favoriscono il lavoro di squadra ed il coinvolgimento della popolazione. Modelli di assistenza integrata o coordinata sono maggiormente compatibili con i modelli di finanziamento ibrido o con modelli «Bundled Payments».

Importanti incentivi economici comuni possono rendere particolarmente efficiente l'interazione tra gli attori delle diverse sfere (assistenza di base, public health, collettività). Con gli investimenti nel miglioramento della prevenzione delle MNT si confida nella diminuzione del carico patologico e nel rallentamento dell'incremento dei costi. La prevenzione non deve rappresentare un ampliamento dell'offerta che genera ulteriori costi, ma deve autofinanziarsi tramite il profitto stesso che se ne trae. Elementi importanti a questo proposito potrebbero essere i sistemi di incentivo economico, come ad esempio la

partecipazione ai costi risparmiati grazie alla migliore efficienza ed alla prevenzione, in concomitanza con il controllo della qualità.

Studi di casi

Gli studi di casi presentano progetti di diversa natura e differenti campi tematici, rilevanti per un'efficiente integrazione della prevenzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria:

- il programma *Vermont Blueprint for Health* mostra come un sistema sanitario incentrato sul rimborso delle singole prestazioni possa evolversi in un sistema maggiormente coordinato, orientato alla popolazione, che incentiva l'interazione tra i diversi attori della collettività. Questo sistema, una forma di collaborazione tra il pubblico ed il privato tra lo stato del Vermont e le assicurazioni, promuove con successo una presa a carico economicamente efficiente in coordinazione con la comunità, tramite una combinazione di incentivi ed investimenti.
- il *Programme cantonal Diabète Vaud* ha lo scopo di migliorare le cure delle persone diabetiche ai sensi del modello Chronic Care e, contemporaneamente, vuole incentivare la prevenzione primaria e secondaria del diabete. In qualità di programma cantonale, può offrire perciò preziosi spunti ed esperienze per un sistema sanitario integrato.
- il programma *Prävention beim Hausarzt (prevenzione presso il medico di famiglia)*: la medicina di base gioca un ruolo decisivo nell'ambito delle cure medico-sanitarie per l'accurata prevenzione delle MNT. In questo studio di caso vengono discussi progetti e programmi a livello svizzero, che incentivano il consolidamento della prevenzione negli studi medici. I programmi offrono aggiornamenti medici per piccoli interventi e per l'apprendimento di efficaci tecniche di linguaggio, inoltre mettono a disposizione mezzi che permettono agli studi medici di accedere ad ulteriori strumenti di prevenzione.
- il programma *Prävention soH* è uno sportello di prevenzione integrato negli ospedali pubblici del canton Soletta, che ha il compito di coordinare ed avviare la prevenzione sia a livello primario e secondario, che a livello terziario. In questo modo, all'interno dell'organizzazione ospedaliera viene agevolata l'interazione delle strutture tra cure medico-sanitarie e salute pubblica.
- *Contrepoids* è un programma ambulante di prevenzione, terapia e formazione multiprofessionale che ha lo scopo di diminuire il sovrappeso e l'obesità tra i bambini ed i giovani. Il programma mira ad un cambiamento dello stile di vita duraturo nel tempo, che coinvolga tutta la famiglia. Contrepoids comprende misure per ogni grado di prevenzione e a più livelli di intervento, agisce in maniera interdisciplinare e può contare sulla stretta collaborazione con le strutture e le proposte di prevenzione regionali.
- il programma *Fysisk Aktivitet på Recept" (FaR)* è uno strumento utilizzato in Svezia per incentivare il movimento, soprattutto nelle fasce meno attive della popolazione, più esposte al rischio di malattie croniche. Il movimento viene prescritto sotto forma di ricetta da professionisti autorizzati, e praticato all'interno della comunità. FaR mostra quanto sia importante che le varie offerte siano strettamente legate tra loro ed allo stesso tempo i processi e le linee guida siano ben definiti.

- il servizio sanitario americano Kaiser Permanente è da anni considerato all'avanguardia nell'ambito delle cure integrate e orientate alla popolazione. Questo studio di caso descrive l'intero programma di cura di Kaiser Permanente Southern California, una rivisitazione della prevenzione di malattie croniche e dell'approccio con i pazienti che ne sono affetti, all'interno di un servizio sanitario. Ne risulta un miglioramento marcato e sopra la media degli indicatori di qualità.
- il programma *Gesundes Kinzigtal*: a Kinzigtal, nello stato federale tedesco di Baden Württemberg, dal 2006 viene applicato un modello di cure medico-sanitarie, che riscuote molto interesse internazionale. Alla base del modello c'è la convinzione che l'inclusione sistematica di approcci preventivi debba avere effetti positivi sul miglioramento della salute e sul calo dei costi sanitari. La società di gestione «Gesundes Kinzigtal GmbH» e la rete di medici ad essa associata ricevono una partecipazione, sottoforma di bonus, all'effettivo risparmio dei costi. Nel corso degli ultimi dieci anni è stata realizzata una vasta gamma di misure di Care Management e prevenzione e contemporaneamente si sono registrati un miglioramento della salute e della soddisfazione dei pazienti.
- il *Teamlet Model of Primary Care* organizza il lavoro delle cure mediche di base nell'ambito della prevenzione e della cura di pazienti affetti da malattie croniche. Il modello indica i compiti ad un'équipe di medici e specialisti. L'assistenza dei pazienti risulta così più efficiente, preventiva e duratura nel tempo.
- per quanto riguarda gli anziani, la prevenzione è molto legata all'ambiente in cui vivono. L'*Integrated Neighbourhood Approach* promuove una prevenzione incentrata sul paziente, che pone la rete sociale del vicinato come risorsa principale. Fondamentale per il mantenimento dell'autonomia, è inoltre il favoreggiamento delle capacità di autogestione dei pazienti. I progetti con questo tipo di approccio uniscono assistenza sanitaria, operatori nell'ambito della salute pubblica ed il lavoro della comunità.

Conclusioni e raccomandazioni

Il forte incremento delle malattie croniche e la consapevolezza che in molti casi potrebbero essere evitate, sposta ancora maggiormente l'attenzione sulla prevenzione. Sono necessarie misure a più livelli per integrare maggiormente la prevenzione nell'ambito delle cure: dalla formazione del personale qualificato alla suddivisione delle attività, delle mansioni e dei ruoli, come anche la collaborazione tra i professionisti del mestiere e le loro istituzioni, dal coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari al finanziamento o il monitoraggio. In questo senso, il *modello allargato Chronic-Care* collega gli approcci della prevenzione e della promozione della salute orientati alla popolazione, con le cure medico-sanitarie.

I seguenti aspetti risultano fondamentali per rafforzare e rendere più effettiva l'integrazione della prevenzione all'interno delle cure medico-sanitarie: la prevenzione dovrebbe rappresentare una parte integrale di un sistema sanitario moderno; il sistema sanitario dovrebbe interagire con i propri attori e le risorse della comunità; i dati, la loro analisi e condivisione rendono possibile qualità ed efficienza: sono una prerogativa per la realizzazione di sistemi di finanziamento che possano offrire incentivi che favoriscano una maggiore interazione. Una prevenzione efficace e che abbia effetti prolungati nel tempo all'interno

dell'assistenza sanitaria unisce quindi assistenza integrata con Clinical Community Linkages, risultati ed incentivi economici.

Per la Svizzera ne derivano le seguenti raccomandazioni:

- a lungo termine bisognerebbe puntare ad un'interazione dei prestatori all'interno di un «sistema ecologico». L'attuale sistema con molti prestatori dovrebbe essere organizzato in modo che si formino una stretta collaborazione ed un'interazione orientata ai risultati in favore della salute della popolazione. In questo senso si rende necessaria anche una ripartizione dei ruoli e dei compiti (Task Shifting). Il raggiungimento di questi obiettivi è un processo a lungo termine.
- bisognerebbe favorire approcci e modelli regionali o comunali. I programmi ed i modelli vincenti si orientano di norma fortemente alle regioni ed i comuni, tenendo conto delle circostanze del luogo.
- incentivare le formule che hanno già dato prova di buoni risultati, permettere l'innovazione: nell'ambito dell'assistenza sanitaria in Svizzera, è necessario esaminare, promuovere in modo competitivo e divulgare gli approcci alla prevenzione già testati e consolidati. Allo stesso tempo bisogna incentivare approcci innovativi, ad esempio nell'ambito dell'eHealth e mHealth o di modelli allargati Chronic Care, per permettere la creazione del «sistema ecologico» e l'efficiente applicazione delle innovazioni.
- favorire reti di ricerca e apprendimento comuni. Molte attività preventive sono compiti interprofessionali che necessitano di una riassegnazione dei ruoli e delle mansioni e presuppongono una forte interazione con gli operatori locali.
- bisognerebbe favorire l'interprofessionalità e gli approcci che si focalizzano sul lavoro di squadra. Questi vanno sviluppati e testati a livello regionale.
- è necessario consolidare definitivamente il ruolo della prevenzione all'interno dei corsi di formazione ed aggiornamento professionali. Ciò viene richiesto da molto tempo e viene anche già fatto in vari modi. Posti i profili professionali ed i compiti futuri, ne derivano anche le competenze nell'ambito del coordinamento e della collaborazione basata sul lavoro di squadra. Anche questo è da inserire stabilmente all'interno della formazione.
- è necessario sviluppare ed implementare linee guida per la prevenzione ed il trattamento, adattate alle esigenze locali. Questo strumento è molto importante al fine di assicurare la qualità, inoltre permette agli operatori dell'assistenza sanitaria regionale e della sanità pubblica di sviluppare una base ed una lingua comuni.
- il rilevamento dei dati e dei risultati andrebbe considerato in maniera stabile come chiave per il successo. Si tratta infatti di uno strumento fondamentale per il controllo e l'efficacia della prevenzione orientata alla popolazione nell'ambito delle cure, e inoltre collega tra loro gli operatori di un sistema sanitario integrato. A questo proposito possono risultare utili le attività nell'ambito dell'attuazione della legge sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP).
- vanno sviluppati e testati nuovi modelli di finanziamento. Alle assicurazioni malattia mancano infatti gli incentivi per occuparsi di prevenzione all'interno dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). I finanziatori ed i prestatori devono elaborare insieme modelli di finanziamento

innovativi (ad esempio Bundled Payments, finanziamenti ibridi, Pay for Performance, ecc.) e testarli nella pratica all'interno di progetti pilota.

- è necessario intensificare la collaborazione degli organi politici responsabili per la salute, la formazione e le prestazioni sociali. Per accelerare l'interazione tra assistenza sanitaria e prevenzione, la politica deve collaborare maggiormente a più livelli statali e all'interno dei settori salute, sociale e formazione. In questo senso anche gli obiettivi andranno reciprocamente adattati.

4 Auftrag und Vorgehen

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik hat anfangs 2016 die Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)¹ verabschiedet. Ein Ziel soll die Verankerung der Prävention in der Gesundheitsversorgung sein und damit ein Paradigmenwechsel von einer segmentierten, akutmedizinisch ausgerichteten hin zu einer integrierenden Denkweise, welche den kurativen Ansatz durch einen beratenden, koordinierenden und präventiven Ansatz ergänzt. In der NCD-Strategie findet sich denn auch die Prävention in der Gesundheitsversorgung als ein wesentliches Handlungsfeld. Dieses wird wie folgt beschrieben^{*}:

Evidenzbasierte Massnahmen zur Stärkung der Prävention in der Gesundheitsversorgung werden nachhaltig verankert und weiterentwickelt. Die Schnittstellen und die Zusammenarbeit innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung werden verbessert, so dass eine koordinierte Versorgung sichergestellt werden kann.

Des Weiteren definiert die Strategie drei spezifische Stossrichtungen hinsichtlich der Massnahmen in diesem Handlungsfeld[†]:

1. Evidenzbasierte Massnahmen zur Stärkung der Prävention in der Gesundheitsversorgung werden nachhaltig verankert und weiterentwickelt. Lücken werden geschlossen.
2. Die Schnittstellen und die Zusammenarbeit innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung werden verbessert und in relevante gesundheitspolitische Entwicklungen integriert.
3. Präventionsaspekte in bestehenden Guidelines bzw. Guidelines für spezifische Präventionsleistungen werden aufbauend auf bestehenden Erfahrungen und Ansätzen weiterentwickelt und verankert.

4.1 Auftrag

Im Rahmen der Strategieerarbeitung hat eine breit abgestützte Arbeitsgruppe einen Grundlagenbericht zur Prävention in der Gesundheitsversorgung erstellt. Dieser entwickelt und diskutiert u.a. ein Referenzmodell und präventives Versorgungskonzept für einen individuellen Gesundheitspfad. Gemäss dem Grundlagenbericht sind wirkungsvolle und nachhaltig umsetzbare Pilotprojekte notwendige Voraussetzung, um Prävention in der Gesundheitsversorgung besser verankern zu können. Solche Pilotprojekte wurden sowohl in der Schweiz wie auch in anderen Ländern in den letzten Jahren bereits realisiert. Es fehlt aber in Hinblick auf die Entwicklung von effizienten Massnahmen ein Überblick über die national und international gemachten Erfahrungen, Erfolgsfaktoren und Best-Practice-Richtlinien.

Auf Anfrage des Bundesamtes für Gesundheit hat advocacy AG eine Offerte zur Erarbeitung einer Studie eingereicht. Die Offerte sah vor, dass die Studie durch advocacy AG in Kooperation mit EvalúScience AG erarbeitet wird. Die Ziele des Mandats wurden folgendermassen formuliert:

^{*} Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024, Bern 2016, S. 6.

[†] Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024, Bern 2016, S. 38ff.

- Es liegt eine Beschreibung und Bewertung von ausgewählten Projekten (Case Studies) vor, wobei Stärken und Schwächen, Erfolgsfaktoren, Finanzierungs- und Vergütungspraktiken, Umsetzungsprobleme thematisiert werden.
- Aufgrund dieser Case Studies wird eine Übersicht im Rahmen eines Berichts erstellt, welche zentrale Erfolgs- und Misserfolgskriterien beschreibt und konkrete Best-Practice-Empfehlungen ableitet in Hinblick die Umsetzung von Pilotprojekten in der Schweiz.

Ein besonderes Augenmerk richtet der Bericht auf die Erfahrungen und Entwicklungen im Ausland. Der Bericht soll einerseits in Hinblick auf die Umsetzung der NCD-Strategie Empfehlungen beinhalten, andererseits soll die Breite der beschriebenen Case Studies einen Eindruck vermitteln über den Stand der Entwicklung bei der Integration der Prävention in der Gesundheitsversorgung.

4.2 Vorgehen

Die Studie wurde in einem mehrstufigen Vorgehen erarbeitet, bestehend aus Literaturrecherchen, Experteninterviews, Projektsichtung, Projektselektion, Ausarbeitung der Case Studies und Berichtsredaktion.

Literaturrecherchen

In den Literaturrecherchen wurde erstens der Stand des nationalen und internationalen Diskurses über die Frage, wie die Prävention von NCDs in der Gesundheitsversorgung nachhaltig verankert werden kann, ausgewertet. Zweitens dienten die Literaturrecherchen zusammen mit den Experteninterviews dem Ziel, eine Übersicht an nationalen und internationalen Projekten anzulegen, aus denen die vertieft zu bearbeitenden Case Studies selektiert werden können.

Die Literatur-Recherchen umfassten generelle Internet-Suchen, Suchen in Präventions- und Public Health-relevanten Datenbanken und Verzeichnissen sowie Sichtungen der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur (via Pubmed, Thomson Reuters Web of Knowledge). Zu den Quellen, die für die Identifikation potentieller Case Studies gesichtet wurden, zählten unter anderem:

- Projektkompendien und Projektlisten schweizerischer Projekte (entstanden im Rahmen der Arbeiten der Teilprojekte 1 und 2 der NCD-Strategie)
- Studie "Population health systems. Going beyond integrated care" des King's Fund (Grossbritannien)^{2,3}
- Public Health Agency of Canada - Canadian Best Practices Portal⁴
- Studie "Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health" des Committee on Integrating Primary Care and Public Health, Institute of Medicine (USA)⁵
- SIMPHS 3 - Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems⁶
- ENS4Care: Evidence Based Guidelines for Nursing and Social Care on eHealth Services⁷

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009⁸
- EU Commission, Digital Agenda for Europe: Integrated care: health and social care become one⁹
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): Improving Primary Care Practice¹⁰
- AHRQ Health Care Innovations Exchange¹¹
- Linkages Between Clinical Practices and Community Organizations for Prevention: Final Report (October 2010)¹²
- Clinical-Community Relationships Measures (CCRM) Atlas¹³
- Integrating Primary Care Practices and Community-based Resources to Manage Obesity. A Bridge-building Toolkit for Rural Primary Care Practices.¹⁴
- Improving Primary Care-Website¹⁵
- Local Government Association: Integrated care value case toolkit¹⁶
- U.S. Preventive Services Task Force: Integrating Evidence-Based Clinical and Community Strategies to Improve Health¹⁷
- Evidence-Based Practice for Public Health¹⁸
- CDC: Prevention Research Centers¹⁹
- CDC Community Health Improvement Navigator: Intervention Database²⁰
- National Association of County and City Health Officials (NACCHO): Model Practice Database²¹
- Centre of Excellence in Intervention and Prevention Science (CEIPS): Focus on primary care (5 reviews)²²
- A Framework for Integration of Community and Clinical Care to Improve the Delivery of Clinical Preventive Services Among Older Adults²³
- Practical Playbook. Public Health. Primary Care. Together.²⁴
- Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) framework (Weiterentwicklung des Advanced Chronic Care Model, alle zentralen Beteiligten einschliessend und der Systemebene grosse Bedeutung zuweisend).²⁵
- Community Preventive Services Taskforce: The Community Guide²⁶

Interviews mit Expertinnen und Experten

Parallel zu den Literaturrecherchen und diese komplementierend wurden halbstandardisierte Interviews mit folgenden Experten geführt:

- Peter Berchtold, Leiter Forum Managed Care, Bern (CH)
- Jacques Cornuz, Leiter Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne (CH)
- Ursula Koch, Leiterin Bereich Vorsorge, Betreuung & Nachsorge, Krebsliga Schweiz (CH)

- Milo Puhan, Direktor Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute, Uni Zürich (CH)
- Tommy L.S. Visscher, PhD, Institute of Health Sciences, VU University and VU University Medical Center Amsterdam, Current chair of the European Association for the Study of Obesity's Public health and prevention taskforce and co-chair of EEN's scientific committee (NL)
- Edward H. Wagner, MD, MPH, director emeritus of the MacColl Institute for Healthcare Innovation (USA)

Projektselektion

Aus den Literaturrecherchen und Experteninterviews resultierte eine Longlist an potentiell studienwerten Projekten und Themenkreisen, aus denen anhand von mit dem Auftraggeber abgestimmten Kriterien eine Shortlist von 21 Kandidaten für Case Studies selektiert wurden (siehe Anhang 8.1). Ziel war es, Kandidatenprojekte zu selektieren, die exemplarisch Charakteristiken einer verbesserten NCD-Prävention in der Gesundheitsversorgung illustrieren.

Die 21 Kandidatenprojekte wurden an einem Workshop mit dem Auftraggeber diskutiert und in ihrer Relevanz nach folgenden Dimensionspaaren bewertet:

- Gesundheitspfad: Zu welchem Grad setzt das Projekt den Gesundheitspfad um?
- Integration: Zu welchem Grad integriert das Projekt Gesundheitsversorgung und öffentliche Gesundheit?
- Innovation: Zu welchem Grad ist das Projekt für die Schweiz neu und innovativ (vermag neue Impulse zu setzen)?
- Impact/ Umsetzbarkeit: Zu welchem Grad ist eine Umsetzung/Skalierung des Projektes in der Schweiz realistisch?

Es wurden 10 Projekte ausgewählt, die bezüglich der oben genannten Dimensionen möglichst gut abschnitten und gleichzeitig thematisch wichtige Prinzipien illustrieren. Über diese Projekte wurden die Case Studies ausgearbeitet.

Berichtsredaktion

Die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche und den Experteninterviews wurden in einem Berichtsteil zusammengefasst, ebenso die 10 Case Studies. Abschliessend formulierten die Autoren Schlussfolgerungen und Empfehlungen hinsichtlich einer besseren Vernetzung und Integration von Prävention in der Gesundheitsversorgung.

4.3 Bibliographie

1. *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024*. Schweizerische Eidgenossenschaft und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. 2016
2. Alderwick, H et al., *Population health systems. Going beyond integrated care*. The King's Fund, London. 2015

3. The King's Fund. *Population Health Systems*. Weblink: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems> (Stand: 21.12.2015)
4. *Public Health Agency of Canada - Canadian Best Practices Portal*. Weblink: <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/>
5. Committee on Integrating Primary Care and Public Health, *Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C. 2012
6. *SIMPHS 3 - Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems*. Weblink: <http://is.jrc.ec.europa.eu/pages/TFS/SIMPHS3.html> (Stand: 21.12.2015)
7. *ENS4Care: Evidence Based Guidelines for Nurses and Social Care Workers for the deployment of eHealth services*. Weblink: <http://www.ens4care.eu/heading-posts/ens4care-evidence-based-guidelines-for-nurses-and-social-care-workers-for-the-deployment-of-ehealth-services-2/> (Stand: 21.12.2015)
8. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009*. Weblink: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14> (Stand: 21.12.2015)
9. *EU Commission, Digital Agenda for Europe: Integrated care: health and social care become one*. Weblink: <https://ec.europa.eu/digital-agenda/en/integrated-care-health-and-social-care-become-one> (Stand: 21.12.2015)
10. *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): Improving Primary Care Practice*. Weblink: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/index.html> (Stand: 21.12.2015)
11. *AHRQ Health Care Innovations Exchange*. Weblink: <https://innovations.ahrq.gov/> (Stand: 21.12.2015)
12. *Linkages Between Clinical Practices and Community Organizations for Prevention: Final Report (October 2010)*. Weblink: <https://innovations.ahrq.gov/LinkagesReportTOC> (Stand: 21.12.2015)
13. *Clinical-Community Relationships Measures (CCRM) Atlas*. Weblink: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/resources/clinical-community-relationships-measures-atlas/index.html> (Stand: 21.12.2015)
14. *Integrating Primary Care Practices and Community-based Resources to Manage Obesity. A Bridge-building Toolkit for Rural Primary Care Practices*. Weblink: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/community/obesity-pcpreresources/index.html> (Stand: 21.12.2015)
15. *Improving Primary Care*. Weblink: <http://www.improvingprimarycare.org/> (Stand: 21.12.2015)

16. *Local Government Association: Integrated care value case toolkit.*
Weblink: http://www.local.gov.uk/health-wellbeing-and-adult-social-care/-/journal_content/56/10180/4060433/ARTICLE (Stand: 21.12.2015)
17. *U.S. Preventive Services Task Force: Integrating Evidence-Based Clinical and Community Strategies to Improve Health.* Weblink: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/integrating-evidence-based-clinical-and-community-strategies-to-improve-health> (Stand: 21.12.2015)
18. *Evidence-Based Practice for Public Health: Best Practices (Experience-Based).* Weblink: http://library.umassmed.edu/ebp/h/best_pract.cfm (Stand: 21.12.2015)
19. *CDC: Prevention Research Centers.* Weblink: <http://www.cdc.gov/prc/> (Stand: 21.12.2015)
20. *CDC Community Health Improvement Navigator: Intervention Database.*
Weblink: <http://www.cdc.gov/chinav/database/index.html> (Stand: 21.12.2015)
21. *National Association of County and City Health Officials (NACCHO): Model Practice Database.* Weblink: <http://naccho.org/topics/modelpractices/search.cfm> (Stand: 21.12.2015)
22. *Centre of Excellence in Intervention and Prevention Science (CEIPS): Focus on primary care (5 reviews).* Weblink: http://ceips.org.au/wp-content/uploads/2013/09/Primary-care_Table_FINAL.pdf (Stand: 21.12.2015)
23. *A Framework for Integration of Community and Clinical Care to Improve the Delivery of Clinical Preventive Services Among Older Adults.*
Weblink: <http://www.cdc.gov/aging/pdf/cps-integration-framework.pdf> (Stand: 21.12.2015)
24. *Duke University Medical Center: Practical Playbook. Public Health. Primary Care. Together.* Weblink: <https://www.practicalplaybook.org/> (Stand: 21.12.2015)
25. Epping-Jordan, JE et al., *Improving the quality of health care for chronic conditions.* Qual Saf Health Care, 2004. **13**(4): p. 299-305.
26. *Community Preventive Services Taskforce: The Community Guide.*
Weblink: <http://www.thecommunityguide.org/about/index.html> (Stand: 21.12.2015)

5 Prävention in der Gesundheitsversorgung – Die zentralen Dimensionen

5.1 Populationsorientierung in der Gesundheitsversorgung

Die NCD-Strategie¹ fasst die Ziele ihres Bestrebens in einer Vision zusammen:

- Mehr Menschen bleiben gesund oder haben trotz chronischer Krankheit eine hohe Lebensqualität.
- Weniger Menschen erkranken an vermeidbaren nichtübertragbaren Krankheiten oder sterben vorzeitig.
- Die Menschen werden unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status befähigt, einen gesunden Lebensstil in einem gesundheitsförderlichen Umfeld zu pflegen.

Die Strategie deutet bereits die multiplen Ebenen und Domänen an, auf die sie einwirken will und die von einer wirkungsvollen Prävention vermeidbarer nichtübertragbarer Krankheiten tangiert werden: Die Ebene der Individuen und ihrer Eigenverantwortung wie auch die Ebene der Lebensverhältnisse, sowie die Domänen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung. Die Strategie definiert denn auch zwei zentrale Handlungsfelder, erstens jenes der "Gesundheitsförderung und Prävention" und zweites jenes der "Prävention in der Gesundheitsversorgung". Sie betrachtet diese Handlungsfelder als eng miteinander verschränkt (Abbildung 1).



Abbildung 1: Handlungsfelder NCD-Strategie

Die enge Verschränkung der beiden Handlungsfelder korrespondiert mit der im internationalen Diskurs breit akzeptierten Vorstellung, dass die Felder der Gesundheitsförderung und Prävention ("Public Health") und der Gesundheitsversorgung ("Care") als Teil *eines* Systems aufgefasst werden müssen, das sowohl die Bevölkerung wie auch das Individuum im Blick hat. So formuliert das Committee on the Future of Primary Care in einem Bericht des Institute of Medicine vor 20 Jahren prägnant:

Public health and primary care should function as one system ... two groups as part of a single system and members of a collaborative team with common objectives – improving population and community health, sharing the same information systems, and serving the same patients and populations at the same time.^{27, 28}

In der Gesundheitsversorgung treten damit neben die kurativen vermehrt präventive Praktiken; die Betrachtungsweise erweitert sich vom Individuum auf die Population. Gleichzeitig ist damit auch der Anspruch verbunden, dass sich die Akteure von Gesundheitsförderung und Prävention vermehrt mit dem Individuum befassen und in diesem Zusammenhang die Zusammenarbeit mit den Akteuren der Gesundheitsversorgung vernetzen.

Gleichzeitig finden Bestrebungen statt, der Fragmentierung der Gesundheitssysteme durch bessere Integration entgegenzuwirken und durch diese Integration zu einer effizienteren, wirksameren und nachhaltigeren Gesundheitsversorgung zu gelangen. Der traditionell eher auf die kurativen Aspekte der Gesundheitsversorgung gemünzte Begriff der integrierten Versorgung wird zunehmend um die Dimension präventiver Komponenten erweitert. Für Systeme, die in diesem Sinne aufgebaut sind, wird vermehrt der Begriff "Population Health Systems" verwendet. Die Studie "Population health systems. Going beyond integrated care" des King's Fund (Grossbritannien)^{2,3}, arbeitet heraus, welche Eigenschaften solche Systeme auf Makro-, Meso- und Mikro-Ebene aufweisen:

At the macro level, [the studied population health systems] use a population-level lens to plan programmes and interventions across a range of different services and sectors. Key features include: population-level data (to understand need across populations and track health outcomes); population-based budgets (either real or virtual) to align financial incentives with improving population health; and involvement of a range of partners and services to deliver improvements.

At the meso level, [the studied population health systems] have developed different strategies for different population segments, according to needs and level of health risk. Key features include: population segmentation and risk stratification; strategies targeted at different population segments; and developing 'systems within systems' with relevant organisations, services and stakeholders.

At the micro level, [the studied population health systems] deliver various interventions (including housing support, education programmes, employment advice and smoking cessation services) to improve the health of individuals. Key features include: integrated health records to co-ordinate services; scaled-up primary care systems; close working across organisations and systems to offer a wide range of interventions; and close working with individuals to support and empower them to manage their own health.

Beispiele für Projekte, die solche Ansätze verkörpern, sind gemäss dieser Studie Kaiser Permanente (USA), Nuka System of Care (USA), Gesundes Kinzigtal (D), Counties Manukau (NZ) und Jönköping County Council (S).

Mit dem Bestreben, via bessere Integration, Koordination und Prävention bessere Outcomes auf Populations- und individueller Ebene zu erzielen, ist die Hoffnung auf eine Dämpfung der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen verbunden. Das vom Institute for Healthcare Improvement entwickelte Rahmenkonzept "Triple Aim"²⁹ benennt explizit diese simultan anzustrebenden Ziele:

- Improving the patient experience of care (including quality and satisfaction);
- Improving the health of populations; and
- Reducing the per capita cost of health care.

Im Folgenden sollen verschiedene Dimensionen genauer beleuchtet werden, die zentral sind für die Ausgestaltung von modernen Gesundheitssystemen im obigen Sinne und damit für eine Stärkung von Prävention in der Gesundheitsversorgung im Sinne der NCD-Strategie. Es sind dies:

- Die Rolle von Prävention als integralem Teil moderner Grundversorgung (Primary Care)
- Vernetzung zwischen Gesundheitsversorgung und Gemeinwesen (Clinical-Community Linkages)
- Die Rolle von Daten, Outcome, Register und eHealth
- Die Rolle von Finanzierung und Anreizen

Die aufgeführten zentralen Dimensionen sind eng miteinander verwoben und tragen in ihrem Zusammenspiel zu einem Prävention mitdenkenden, populationsorientierten Gesundheitssystem bei (Abbildung 2).

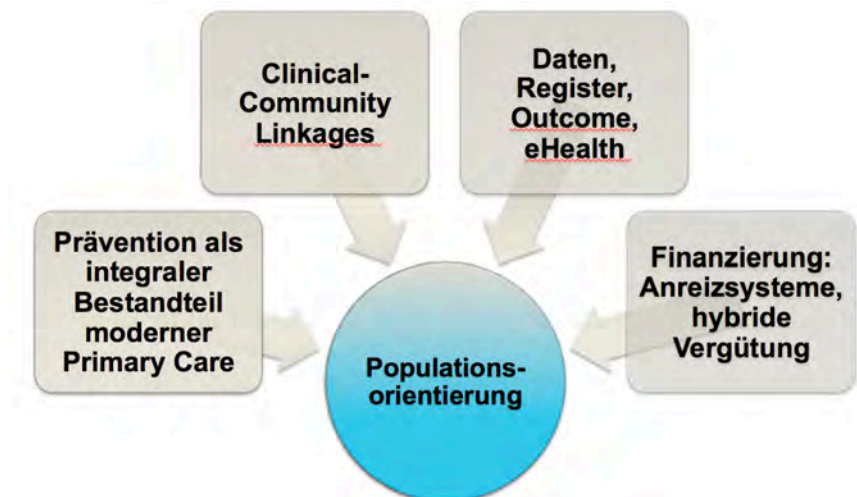


Abbildung 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung: Zentrale Dimensionen

5.2 Prävention als integraler Teil moderner Grundversorgung (Primary Care)

Der Grundversorgung* kommt eine wichtige Rolle in der Einbindung und Förderung präventiver Praktiken zu. Gemäss Edward Wagner ist sie zentraler Integrator und Koordinator:

Prevention cannot be separated from the other aspects of health care. Leading primary care systems see this as their responsibility. They are organizing themselves - and we are recommending that - to be the center of the person's preventive care. They would refer to prevention specialists for interventions. However, they always get the information back and they provide the follow-up care after those services are done. So, the center, the integrator, the coordinator is expected to be primary care.

Quelle: Interview mit Richard Wagner, 15.12.2015

Gut ausgestalteten Systemen der Grundversorgung gelänge demnach eine nachhaltige Einbindung präventiven Handelns in die tägliche Praxis. In ihnen ist eine Begleitung der Patienten im Sinne des Gesundheitspfads strukturell und prozedural angelegt:

* In diesem Kontext ist Grundversorgung verstanden als ärztliche Grundversorgung, also die ambulante (Erst-)Versorgung im Rahmen der Hausarztmedizin und durch Fachärzt/innen für Allgemeine Innere Medizin, Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin, Praktische Ärztin/Praktischer Arzt, Fachärzt/innen für Gynäkologie und Psychiatrie.³⁰

- Elektronische Patientendokumentationssysteme helfen, den präventivmedizinischen Status eines Patienten, einer Patientin bei jedem Arztbesuch, unabhängig vom primären Grund des Besuchs, im Auge zu behalten. Sie unterstützen das präventivmedizinische Assessment, allfällige Weiterleitung und Follow-up.
- Präventivmedizinische Beratungstechniken (Motivational Interviewing, Problem-solving Therapy, Zielvereinbarungen) sind etabliert.
- Prävention wird als Team-Aufgabe verstanden. Die behandelnden Ärzte und Ärztinnen werden im Sinne eines "Task Shifting" unterstützt durch in Präventionsaufgaben geschulte Fachpersonen. Es kann sich hierbei um medizinisch-technische Assistenzkräfte, "health nurses" oder "health coaches" handeln, die helfen, Prävention zu koordinieren und teilweise auch Tätigkeiten der Präventionsberatung übernehmen. Die Einbindung solcher Fachkräfte kann die Ärzte und Ärztinnen entlasten und effizienzsteigernd wirken; sie ist nicht primär als Leistungsausweitung zu verstehen.
- Die Prävention chronischer Krankheiten ist eng mit der Behandlung chronischer Krankheiten verknüpft. Es bestehen bezüglich Prävention keine klaren Grenzen zwischen Gesunden, Persons at Risk, chronisch Kranken, Multimorbiden. Bestehende Modelle und Systeme für das Management chronischer Krankheiten, die Selbstmanagement, Koordination und Integration unterstützen, werden für Prävention genutzt.
- Die Systeme sind mit den Akteuren der Prävention im Gesundheitssystem und in der Community (etwa Anbietern von gesundheitsfördernden Interventionen gut vernetzt).

In der Schweiz existiert insofern eine gute Ausgangslage für die Einbettung von Prävention in der Grundversorgung, als dass entsprechende Beratungsleistungen vergütet werden können: "spezifische Beratung durch Facharzt für Grundversorgung", etwa zu Gesundheitsthemen und -interventionen, wie auch "psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung" sind in den TARMED-Grundleistungen enthalten³¹. Es ist jedoch zu bedenken, dass eine ganzheitliche Beratung zeitaufwendig ist und dementsprechend angesichts knapper Zeitbudgets auf Schwierigkeiten stösst. In verschiedenen Publikationen wird darauf hingewiesen, dass der normale Viertelstundentakt für Arztkonsultationen einer präventiven Beratung widerspricht (u.a. Bodenheimer und Laing (2007)).

Es existieren in der Schweiz verschiedene Projekte, die einer besseren Verankerung von Prävention bei den Hausärzten und Hausärztinnen dienen, indem sie präventivmedizinisches Wissen verfügbar machen, entsprechendes Handeln fördern und dafür Instrumente zur Verfügung stellen. Die Case Study "Verankerung Prävention beim Hausarzt" beschreibt solche Projekte genauer.

Bezüglich der Frage von Prävention als Team-Aufgabe sei darauf verwiesen, dass die Studie "Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute"³³ des Obsan multiprofessionelle Ansätze, insbesondere auch in den Bereichen "Triage/Erstkonsultation", "Krankheitsprävention" und "Betreuung chronisch Kranker", als vielversprechend einschätzt. Die Studie empfiehlt als eine von drei mittelfristig zu ergreifenden Massnahmen die Förderung von Managed-Care-Modellen, welche multiprofessionelle Teams und Capitation-Ansätze ermöglichen.

Systeme integrierter Versorgung und Managed-Care-Organisationen erscheinen besonders geeignet, Prävention integral einzubinden, weil ihnen Populationsorientierung angelegt ist (beispielsweise via Budgetmitverantwortung und Shared-Savings-Anreize) und strukturelle Ressourcen für multiprofessionelle Betreuung und Koordination bestehen.

5.3 Vernetzung zwischen Gesundheitsversorgung und Gemeinwesen (Clinical-Community Linkages)

Die Verbesserung der Schnittstellen zwischen Prävention und Kuration erscheint im Handlungsfeld 2 (Prävention in der Gesundheitsversorgung) der NCD-Strategie als eine zentrale Stossrichtung. Die Strategie erläutert dazu:

Die Schnittstellen und die Zusammenarbeit innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung werden verbessert und in relevante gesundheitspolitische Entwicklungen integriert.

Die Zusammenarbeit innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung ist zu verbessern. Die Integration von präventiven und kurativen Aspekten im Rahmen eines integrierten, patientenzentrierten Versorgungskonzeptes ist eine vordringliche Aufgabe. Zu diesem Zweck sollen von den betroffenen Akteuren entsprechende Netzwerke aufgebaut werden, welche die Kooperation zwischen Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung und Beratungsorganisationen sowie der Gesundheitsligen fördern und Prävention als zentralen Teil einer umfassenden koordinierten Versorgung stärken. Eine verbesserte Bewirtschaftung der Schnittstellen erfordert zudem eine Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie eine Klärung und Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen und Rollen der beteiligten Institutionen und Gesundheits- sowie Sozialberufe. Massnahmen zur verbesserten Bewirtschaftung dieser Schnittstellen und zur Förderung einer umfassenden koordinierten Versorgung, die auch primärpräventive Aspekte integriert, werden in alle laufenden politischen Bestrebungen integriert und sollen in den entsprechenden Foren gestärkt werden.

Die Strategie reflektiert damit eines der zentralen Postulate im internationalen Diskurs: Ein besserer Umgang mit chronischen Krankheiten und eine bessere Prävention von chronischen Krankheiten, also bessere Gesundheit der Population ("Population Health"), hängt ab von einer besseren Vernetzung der Gesundheitsversorgung ("Care") mit der Sphäre von Gesundheitsförderung und Prävention ("Public Health") und mit dem Gemeinwesen ("Community"). Aus der Perspektive der Gesundheitsversorgung wird dieses Thema oft unter dem Schlagwort "Clinical-Community Linkages" diskutiert. Diese sind beispielsweise für die Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) eine der Stossrichtungen für die Verbesserung von Prävention und Chronic Care¹²:

Clinical-community linkages help to connect health care providers, community organizations, and public health agencies so they can improve patients' access to preventive and chronic care services.

Creating sustainable, effective linkages between the clinical and community settings can improve patients' access to preventive and chronic care services by developing partnerships between organizations that share a common goal of improving the health of people and the communities in which they live. These linkages connect clinical providers, community organizations, and public health agencies.

The goals of clinical-community linkages include:

- Coordinating health care delivery, public health, and community-based activities to promote healthy behavior.
- Forming partnerships and relationships among clinical, community, and public health organizations to fill gaps in needed services.
- Promoting patient, family, and community involvement in strategic planning and improvement activities.

Types of clinical-community linkages include coordinating services at one location, coordinating services between different locations, and developing ways to refer patients to resources.³⁴

Es geht also einerseits um eine bessere Vernetzung zwischen (Primary) Care und Public Health, im Einklang mit der in Kapitel 5.1 ausgeführten Vorstellung, dass diese Sphären als ein System gedacht werden sollten. Das Projekt "Practical Playbook - Helping Public Health and Primary Care Work Together to Improve Population Health"^{24, 35} bietet eine Fülle von Beispielen und Handlungsoptionen zu diesem Thema.

Andererseits geht es darum, Vernetzung zu den Ressourcen im Gemeinwesen zu verbessern. Diese beinhalten Institutionen wie Gemeindedienste, Altersheime, aber es geht auch um bessere Einbindung der Angehörigen und weiterer Personengruppen, beispielsweise der Nachbarn (etwa im Umgang mit gebrechlichen Menschen). Public-Health-Institutionen, Gesundheitsligen, Institutionen der erweiterten Gesundheitsversorgung operieren in und interagieren mit dem Gemeinwesen. Für eine gelingende NCD-Prävention muss über Sektor- und Finanzierungs-Grenzen hinweg koordiniert zusammengearbeitet werden.

Es kann auf Denkweisen, Methoden und Strukturen aufgebaut werden, die sich für die Behandlung chronischer Krankheiten etabliert haben, wo Team-Ansätze, Koordination und Vernetzung mit Ressourcen im Gemeinwesen wichtig sind. Ein studienenswertes Beispiel sind die in den Niederlanden etablierten "Care Chain"-Ansätze³⁶, oft mit "Bundled Payments"^{37, 38} verbundene Formen integrierter Versorgung, die bessere Vernetzung mit Institutionen der Community mit sich bringen und denen Potential für die Prävention bei gebrechlichen Personen innewohnt (siehe beispielsweise das "Walcheren Integrated Care Model"^{39, 40} oder der Care-Chain-Ansatz des Parkinson Center Nijmegen⁴¹). Weiterer Ausdruck dieses niederländischen Fokus auf Chronic Care und Integration sind die "Elderly Care Physicians"⁴², Fachärzte für die Behandlung gebrechlicher Personen, chronisch Kranker und multimorbider Personen, die in die Care Chain eingebunden sind und oft direkt in den Alters- oder Pflegeheimen tätig sind.

Auch in den Vereinigten Staaten zeigt die Diskussion über die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgungs-Systeme in Hinblick auf ein besseres Management chronischer Krankheiten und auf vermehrte, der Prävention dienende Populationsorientierung eine Hinwendung zu verstärkter Vernetzung:

- Das Konzept des *Patient-centered Medical Home*: Team-basierte, koordinierte Grundversorgung, die Prävention und Coaching miteinbezieht, koordiniert und vernetzt ist mit der erweiterten Gesundheitsversorgung und der Community.^{36, 43-45}
- *Health Homes*: Koordinierte Versorgung im Rahmen des Affordable Care Acts für Medicaid-Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Health Homes integrieren und koordinieren eine ganzheitliche, patientenzentrierte Versorgung unter Einbezug von Community-Ressourcen.⁴⁶
- *Accountable Care Communities*: Systeme populationsorientierter, integrierter Versorgung werden erweitert um Akteure des Gemeinwesens, beispielsweise Sozialdienste. Sie bilden zusammen eine Accountable Care Community und verantworten gemeinsam die Gesundheit im System. Sie sind zusammengebunden via gemeinsame

finanzielle Anreize, Vernetzung in Bezug auf Gesundheitsdaten und Outcomes-Analysen.^{36, 47, 48}

5.4 Daten, Outcome, Register und eHealth

Daten und die Systeme, Daten zu verarbeiten, zu teilen und zu analysieren, spielen eine nicht zu unterschätzende Rolle für die Entwicklung eines leistungsfähigen, mit dem Gemeinwesens integrierten Gesundheitssystems, das patientenzentriert und gleichzeitig populationsorientiert agieren kann:

- Das Wissen über Outcomes ist fundamental für die Entwicklung und Einführung neuer Ansätze und Modelle. Analyse der Outcomes ist die Grundlage für evidenzbasiertes Handeln, sei es präventiv, kurativ, patienten- oder populationsorientiert.
- Populationsorientierung per se bedingt, dass Daten über Populationen (Risikofaktoren, Verhalten, etc) verfügbar sind.
- Die Planung und Steuerung komplexer, vernetzter Systeme für ein besseres Management und Prävention chronischer Krankheiten ist angewiesen auf Daten und deren Analyse, insbesondere auch in Verknüpfung mit Finanzierungsinstrumenten (beispielsweise "Shared-Savings"-Anreizsysteme). Qualitätsregister helfen, den Effekt von Interventionen und das Funktionieren komplexer Systeme zu kontrollieren und zu optimieren.
- Die in Kapitel 5.2 beschriebene ganzheitliche Betreuung im Rahmen der Grundversorgung und im Sinne des Gesundheitspfads stützt auf elektronische Patientendokumentationssysteme ab.
- Das Arbeiten in multiprofessionellen Teams und insbesondere Verzahnung und Koordination mit den Akteuren der erweiterten Gesundheitsversorgung und des Gemeinwesens benötigt leistungsfähige Systeme zur Verwaltung und zum Teilen medizinischer Daten.

Die Datendimension und eHealth sind auch wichtig auf der Ebene des Individuums:

- eHealth-Instrumente können eine Stütze für das Patienten-Selbstmanagement darstellen.
- Die Prävention bei gebrechlichen Personen stützt sich stark auf datengetriebene Ansätze. Beispiele hierfür sind Gesundheitsprofilverfahren^{49, 50}, die helfen, Risiken zu erkennen und zu vermeiden, oder koordinierte individuelle Pflegepläne. Das schwedische Projekt "Better Life for Most Sick Elderly (BLMSE)"⁵¹ ist ein gutes Beispiel für eine mehrere Stakeholder umfassende Initiative, die IT-gestützte Pflegepläne und multiple Qualitätsregister umfasst.

Es ist zu erwarten, dass eHealth-, mHealth- sowie Big-Data-Ansätze künftig noch stärkere Treiber in der Entwicklung populations- und präventionsorientierter Versorgungsmodelle darstellen werden.

5.5 Finanzierung und Anreize

Viele der in den vorangegangenen Kapiteln ausgeführten Ansätze zur besseren Integration von Prävention in die Grundversorgung wie auch zur besseren

Anbindung und Vernetzung dieser mit den weiteren Akteuren im Gesundheitssystem und im Gemeinwesen gehen einher mit Finanzierungsinstrumenten, die über das konventionelle Fee-for-Service-Paradigma hinausgehen (siehe zum Beispiel Bonney et al. (2015) oder Porter und Kaplan (2016)):

- Teamansätze in der Grundversorgung sind leichter zu realisieren via Capitation-Modelle.
- Populationsorientierung wird begünstigt via Capitation-Modelle oder Globalbudgets.
- Modelle integrierter oder koordinierter Versorgung können besser mit über Fee-for-Service-Modelle hinausgehender hybrider Finanzierung oder mit Finanzierungsmodellen wie "Bundled Payments"^{37, 53} gestaltet werden.
- Ein Zusammenspiel der verschiedenen Akteure aus verschiedenen Sphären (Grundversorgung, Public Health, Gemeinwesen) kann dann effizient sein, wenn starke und gemeinsame finanzielle Anreize bestehen.

Angesichts der voranschreitenden Kostensteigerung im Gesundheitswesen ist die Frage finanzieller Anreize von grosser Bedeutung. Investitionen in eine verbesserte Prävention von NCDs sind mit der Erwartung verbunden, dass eine verminderte Krankheitslast und damit eine Dämpfung der Kostensteigerung resultiert. Prävention sollte nicht eine kostentreibende Angebotserweiterung sein, sondern sich aus ihrem Nutzen finanzieren. Systeme finanzieller Anreize, beispielsweise die Beteiligung an durch verbesserte Effizienz und Prävention gesparten Kosten bei gleichzeitiger Kontrolle der Qualität, könnten hier wichtige Dienste leisten.

5.6 Bibliographie

1. *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024*. Schweizerische Eidgenossenschaft und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. 2016
2. Alderwick, H et al., *Population health systems. Going beyond integrated care*. The King's Fund, London. 2015
3. The King's Fund. *Population Health Systems*. Weblink: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems> (Stand: 21.12.2015)
12. *Linkages Between Clinical Practices and Community Organizations for Prevention: Final Report (October 2010)*. Weblink: <https://innovations.ahrq.gov/LinkagesReportTOC> (Stand: 21.12.2015)
24. *Duke University Medical Center: Practical Playbook. Public Health. Primary Care. Together*. Weblink: <https://www.practicalplaybook.org/> (Stand: 21.12.2015)
27. Linde-Feucht, S und Coulouris, N, *Integrating primary care and public health: a strategic priority*. Am J Public Health, 2012. **102 Suppl 3**: p. S310-1.

28. Committee on the Future of Primary Care, *Primary Care: America's Health in a New Era*. Institute of Medicine. 1996
29. *IHI Triple Aim Initiative*. Weblink: <http://www.ihl.org/engage/initiatives/tripleaim/pages/default.aspx>
30. *Ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger*. Weblink: <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/index.html?lang=de>
31. *TARMED Browser und Datenbank*. Weblink: http://www.fmh.ch/ambulante_tarife/tarmed-tarif/tarmed_tarifbrowser-datenbank.html
32. Bodenheimer, T und Laing, BY, *The Teamlet Model of Primary Care*. *Annals of Family Medicine*, 2007. **5**(5): p. 457-461.
33. Künzi Kilian und Detzel Patrick, *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). 2007
34. *Agency for Healthcare Research and Quality: Clinical-Community Linkages*. Weblink: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/community/index.html>
35. *Connecting Primary Care, Public Health Is Focus of Practical Playbook*. Weblink: <http://www.aafp.org/news/health-of-the-public/20140326practicalplaybook.html>
36. Erler, A et al., *Preparing primary care for the future - perspectives from the Netherlands, England, and USA*. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 2011. **105**(8): p. 571-80.
37. Struijs, JN und Baan, CA, *Integrating care through bundled payments--lessons from The Netherlands*. *N Engl J Med*, 2011. **364**(11): p. 990-1.
38. de Bakker, DH et al., *Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination*. *Health Aff (Millwood)*, 2012. **31**(2): p. 426-33.
39. *The Walcheren Integrated Care Model (WICM)*. Weblink: <http://www.medicaldelta.nl/society/eip-active-and-healthy-ageing/best-practices/best-practice-a-leiden-lab-on-health-wellbeing> (Stand: 21.12.2015)
40. *Walcheren Integrated Care Model (WICM): Geriatric Care-Chain in Walcheren*. Weblink: <http://www.isrctn.com/ISRCTN05748494>
41. *Seamless Care - Patient Care in the Netherlands*. Weblink: <http://www.epda.eu.com/en/resources/pd-resources/?entryid2=5136&p=17>
42. Bezemer M. et al., *Elderly care physicians in the Netherlands, professional profile and competencies*. Verenso, the Dutch Association of Elderly Care Physicians and Social Geriatricians. 2015
43. *Defining the PCMH*. Weblink: <https://www.pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh>

44. *Defining the Medical Home - A patient-centered philosophy that drives primary care excellence.* Weblink: <https://www.pcpcc.org/about/medical-home>
45. American Academy of Family Physicians (AAFP) et al., *Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home.* 2007
46. *Health Homes.* Weblink: <https://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Long-Term-Services-and-Supports/Integrating-Care/Health-Homes/Health-Homes.html>
47. *Accountable Health Communities Model.* Weblink: <https://innovation.cms.gov/initiatives/AHCM>
48. Tipirneni, R et al., *Accountable Communities for Health: Moving From Providing Accountable Care to Creating Health.* Ann Fam Med, 2015. **13**(4): p. 367-9.
49. Stuck, AE et al., *Effect of Health Risk Assessment and Counselling on Health Behaviour and Survival in Older People: A Pragmatic Randomised Trial.* PLoS Med, 2015. **12**(10): p. e1001889.
50. *Gesundheitsförderung und Prävention im Alter verlängern die Lebenszeit.* Weblink: http://www.unibe.ch/aktuell/medien/media_relations/medienmitteilungen/2015/medienmitteilungen_2015/gesundheitsfoerderung_und_praevention_im_alter_verlaengern_die_lebenszeit/index_ger.html (Stand: 21.12.2015)
51. Smedberg, D und Lupianez-Villanueva, F, *Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems Phase 3 (SIMPHS3): BLMSE (Sweden) - Case Study Report.* European Commission, Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies. 2014
52. Bonney, A et al., *A review of models for financing primary care systems in the Netherlands, Ontario-Canada, United Kingdom and USA: A report for Peoplecare.* University of Wollongong. 2015
53. Porter, ME und Kaplan, RS, *How to Pay for Health Care.* Harvard Business Review, 2016(July-August 2016 Issue): p. 88-100.

6 Case Studies

6.1 Vermont Blueprint for Health – Private-Public-Partnership für ein besseres Outcome

Wie kann eine Gesundheitsversorgung, die von Einzelleistungsvergütung - "Fee-for-Service" - geprägt ist, entwickelt werden hin zu einem besser koordinierten, bevölkerungsorientierten, mit den Akteuren des Gemeinwesens vernetzten System? Das Programm "Vermont Blueprint for Health" zeigt eine mögliche Antwort. Als Public-Private-Partnership zwischen dem Staat Vermont und den Versicherern fördert es erfolgreich mit dem Gemeinwesen koordinierte und kosteneffizientere Versorgung mit einer Kombination von Anreizen und Investitionen.

6.1.1 Hintergrund

Die Gesundheitsversorgung in den USA war in den letzten Jahrzehnten geprägt von rasant steigenden Kosten und massiven Disparitäten sowohl beim Zugang zu den Leistungen, als auch bei der Qualität der Leistungen. Die Kosten lagen im Jahr 2013 bei 17% der Bruttoinlandprodukts, weit über den Kosten anderer OECD-Länder⁵⁴ (siehe Abbildung 3).

Exhibit 1. Health Care Spending as a Percentage of GDP, 1980–2013

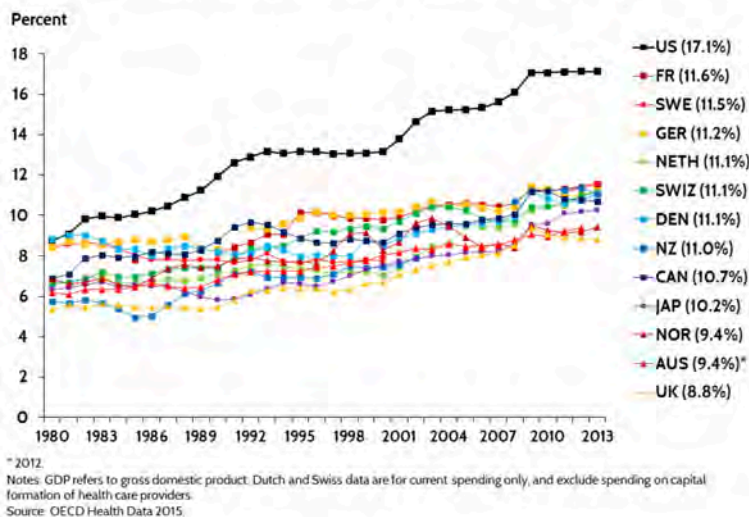


Abbildung 3: Gesundheitskosten relativ zum BIP

Quelle: Squires und Anderson (2015)

Die Aussicht, dass sich der Kostenanstieg angesichts der demographischen Entwicklung noch verschärfende wird, hat zu einem grossen Problembewusstsein und in der Folge auch zu einer Fülle von Reformbestrebungen geführt, die zum Teil auf Ebene der Bundesstaaten umgesetzt werden. Auf der nationalen Ebene gipfelten die Reformen im Affordable Care Act^{55, 56}.

Der Affordable Care Act führt einerseits die obligatorische Krankenversicherung für alle Bürger ein, andererseits zielt er auf bessere Kosteneffizienz durch alternative Finanzierungsmodelle*. Dazu gehören Bundled Payments und das Modell der "Accountable Care Organization", in der die gesamte Versorgung outcome-basiert vergütet wird.

Bereits vor der Einführung des Affordable Care Act im Jahr 2010 konnte die USA als Laboratorium für Bestrebungen angesehen werden, die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten, indem moderne Konzepte outcome-basiert gefördert werden. Einer der Foci dieser Bemühungen lag dabei auf einer Reform der Grundversorgung und Einbindung von Community-Ressourcen, für eine bessere Prävention und besseren Umgang mit chronischen Krankheiten. "Vermont Blueprint for Health" ist eine Initiative in diesem Umfeld.

6.1.2 Projekt

Das Programm "Vermont Blueprint for Health"⁵⁷ wurde im Jahr 2003 lanciert mit dem Ziel, die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten qualitativ besser und kosteneffizienter zu gestalten⁵⁸ nach den Prinzipien von Edward Wagners Chronic Care-Modell^{59, 60}. Im Rahmen des bundesstaatlichen "Health Care Affordability Act" im Jahr 2006 und weiterer Gesetze entwickelte sich das Programm zu einer staatsweiten Public-Private-Partnership zwischen dem Staat Vermont, den öffentlichen Krankenversicherern (Medicare und Medicaid) und den kommerziellen Krankenversicherern^{58, 61}. Als "Multipayer Initiative" organisiert das Programm eine bevölkerungsorientierte Gesundheitsversorgung. Hauptelemente dieser Versorgung sind

- eine team-basierte, koordinierte Grundversorgung nach dem "*Patient-Centered Medical Home (PCMH)*"-Modell
- Unterstützung der PCMHs und Vernetzung mit dem Gemeinwesen durch "*Community Health Teams*"
- Instrumente hybrider Finanzierung, die Qualität fördern und teilweise outcome-abhängig sind
- Kapazitäten, um die Outcomes zu messen und zu analysieren.

Im Folgenden werden diese Elemente genauer beschrieben.

Patient-Centered Medical Homes

Das Programm fördert eine team-basierte, koordinierte Grundversorgung nach dem "Patient-Centered Medical Home (PCMH)"-Modell. PCMHs haben gemäss der Definition der Agency for Healthcare Research and Quality folgende Attribute⁶²:

1. Comprehensive Care

The primary care medical home is accountable for meeting the large majority of each patient's physical and mental health care needs, including prevention and wellness, acute care, and chronic care. Providing comprehensive care requires a team of care providers. This team might include physicians, advanced practice nurses, physician assistants, nurses, pharmacists,

* Präsident Obama hat seine Sicht auf den Affordable Care Act kürzlich in einer "Special Communication" im Journal of the American Medical Association publiziert⁵⁶.

nutritionists, social workers, educators, and care coordinators. Although some medical home practices may bring together large and diverse teams of care providers to meet the needs of their patients, many others, including smaller practices, will build virtual teams linking themselves and their patients to providers and services in their communities.

2. Patient-Centered

The primary care medical home provides health care that is relationship-based with an orientation toward the whole person. Partnering with patients and their families requires understanding and respecting each patient's unique needs, culture, values, and preferences. The medical home practice actively supports patients in learning to manage and organize their own care at the level the patient chooses. Recognizing that patients and families are core members of the care team, medical home practices ensure that they are fully informed partners in establishing care plans.

3. Coordinated Care

The primary care medical home coordinates care across all elements of the broader health care system, including specialty care, hospitals, home health care, and community services and supports. Such coordination is particularly critical during transitions between sites of care, such as when patients are being discharged from the hospital. Medical home practices also excel at building clear and open communication among patients and families, the medical home, and members of the broader care team.

4. Accessible Services

The primary care medical home delivers accessible services with shorter waiting times for urgent needs, enhanced in-person hours, around-the-clock telephone or electronic access to a member of the care team, and alternative methods of communication such as email and telephone care. The medical home practice is responsive to patients' preferences regarding access.

Das PCMH-Modell ist auch Gegenstand nationalstaatlicher Programme. Es ist im Rahmen von Standards des National Committee for Quality Assurance (NCQA) kodifiziert⁶³. Vermont Blueprint for Health unterstützt Praxen der Grundversorgung bei der Zertifizierung nach NCQA-Standards. Die zertifizierten PCMHs arbeiten weiterhin auf Fee-for-Service-Basis, erhalten aber via Vermont Blueprint for Health zusätzliche Capitation-Zahlungen.

Im Jahr 2015 nahmen gemäss dem Programm-Jahresbericht 2015⁶⁴ 126 von geschätzt 140 Primary-Care-Praxen im Staat teil.

Community Health Teams

Die dem Programm angeschlossenen Versicherer finanzieren lokale Community Health Teams (CHTs), die eine Verbindung zwischen den PCMHs und den Ressourcen im Gemeinwesen schaffen. Im Jahr 2014 arbeiteten total 214 Fachleute in den CHTs⁶⁵. CHTs werden populationsbasiert finanziert, mit einem Beitrag von USD 350'000 pro 20'000 Patientinnen und Patienten⁶⁶.

Die Teams sind in den 14 Service-Regionen des Programms angesiedelt und arbeiten teils eingebettet in den PCMHs, teils in lokalen Zentren. Sie umfassen Pflegefachleute und weitere Spezialisten (Gesundheitsberater, Gemeindegesundheitshelferinnen, Public-Health-Spezialistinnen) erbringen folgende Dienstleistungen⁶⁴:

- Panel Management und Outreach⁶⁷
- Individuelle Pflegepläne und Pflegekoordination
- Kurzinterventionen und Vernetzung mit Gesundheitsdienstleistern
- Gesundheitsberatung

- Management chronischer Krankheiten, Unterstützung des Selbst-Managements

Neben diesen Kern-Teams existieren erweiterte Teams in zwei Bereichen:

- Medikamentenunterstützter Drogenentzug
- Gesundes Altern zu Hause. Hier wird eine Verbindung geschaffen zum Medicare-Programm "Support and Services at Home (SASH)", das auf verbesserte Rehabilitation nach Krankenhausaufenthalten, Coaching und Unterstützung des Selbstmanagements bei chronischen Krankheiten und Pflegekoordination zielt.

Finanzierung und Outcomes

Das Budget für die Organisation und Durchführung des Programms betrug in den Jahren 2008 - 2013 pro Jahr ca. 5 Millionen USD (rund 8.30 USD pro Einwohner/in). Zu diesen Kosten kommen die von den Versicherern getragenen capitation-basierten Zusatzbeiträge für die zertifizierten Patient-Centered Medical Homes und die ebenfalls von den Versicherern getragene Finanzierung der Community Health Teams. Zusammen umfassten die beiden letzteren Finanzströme im Jahr 2013 14.7 Millionen USD, für 269'000 in den Blueprint-Praxen versorgte Patientinnen und Patienten⁶¹ (rund 24 USD pro Einwohner/in oder 54 USD pro Patient/in).

Im Jahr 2015 hat die Legislative von Vermont einer Erhöhung der Zahlungen an PCMHs und CHTs stattgegeben, zum ersten Mal seit Start des Programms. Bei den PCMHs sind die Zusatzbeiträge neu an Nutzungs- und Outcome-Metriken gekoppelt⁶⁴. Die Investitionen in das Programm (und seine Fortführung) sind an die Erwartung gekoppelt, dass es eine höhere Qualität und eine Dämpfung der Kostensteigerung bringt. Eine kürzlich vom Programm publizierte wissenschaftliche Auswertung⁶¹ zieht ein positives Zwischenergebnis:

This study demonstrates favorable expenditure, utilization, and quality outcomes for the whole population, ages 1 year and older, who received the majority of their primary care in the medical home and CHT setting compared to a similar population receiving primary care from nonparticipating providers. The difference in medical expenditures was driven by several factors, including lower hospitalization rates and outpatient facility use.

Abbildung 4 zeigt, dass sich Praxen innerhalb des Blueprint-Systems kosteneffizienter entwickeln als Praxen ausserhalb des Systems.

Figure 2: Total Expenditure per Capita 2008-2014, All Insurers, Ages 1 Year and Older

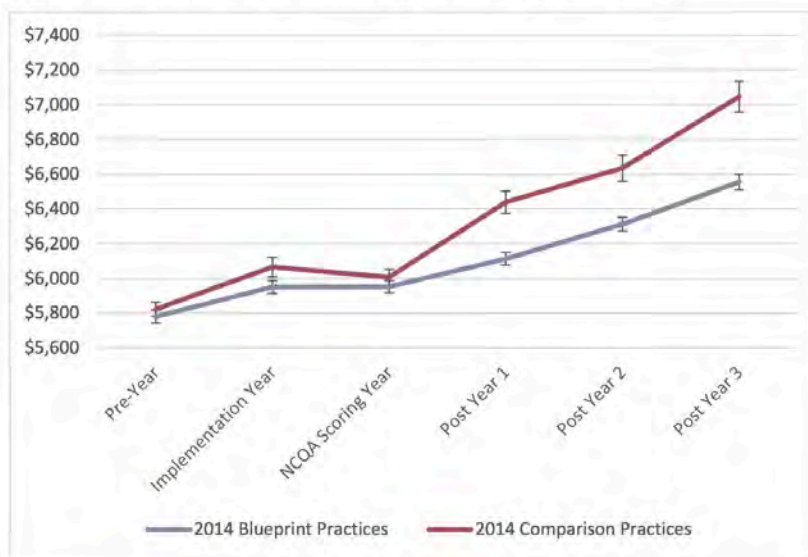


Abbildung 4: Kostenentwicklung Blueprint-Praxen vs. Kontrolle

Quelle: Vermont Blueprint for Health - 2015 Annual Report⁶⁴

6.1.3 Relevanz für Prävention in der Gesundheitsversorgung

Das Programm "Vermont Blueprint for Health" ist in mehrfacher Hinsicht ein lohnenswertes Studienobjekt: Vermont ist mit knapp über 600'000 Einwohnern ein kleiner, wohlhabender Bundesstaat, mit einem Gesundheitssystem, dass in seinen Grundzügen Ähnlichkeiten zum Schweizer System aufweist: Multiple Krankenversicherer, Vergütung der Leistungen via Fee-for-Service.

Im Programm "Vermont Blueprint for Health" zeigt sich eine Multipayer-Initiative, die danach strebt, eine leistungsfähige Grundversorgung zu schaffen, die gut vernetzt ist mit den Ressourcen im Gemeinwesen. Die geförderten Patient-Centered-Medical Homes und Community Health Teams sind explizit darauf ausgerichtet, chronische Erkrankungen besser zu behandeln und diese zu vermeiden. Sie integriert viele Konzepte, die im schweizerischen Kontext für den Umgang mit NCDs als zentral erkannt wurden.

Das Programm reflektiert alle hier genannten zentralen Dimensionen: Es fördert in den Patient-Centered Medical Homes ein Modell der Grundversorgung, das für NCD-Prävention konzipiert ist. Es unterstützt mit den Community Health Teams die Vernetzung mit den Ressourcen des Gemeinwesens. Es bietet für diese Förderung hybride Finanzierungsmodelle, die das bestehende Fee-for-Service-Modell komplementieren, und es schöpft die Rechtfertigung für die Investitionen aus Analysen des Outcomes bezüglich Kosten und Qualität.

6.1.4 Bibliographie

54. Squires, D und Anderson, C, *U.S. Health Care from a Global Perspective: Spending, Use of Services, Prices, and Health in 13 Countries*. The Commonwealth Fund. 2015
55. Bauchner, H, *The Affordable Care Act and the Future of US Health Care*. Jama, 2016.

56. Obama, B, *United States Health Care Reform: Progress to Date and Next Steps*. Jama, 2016.
57. *Vermont Blueprint for Health*. Weblink: <http://blueprintforhealth.vermont.gov/>
58. Bielaszka-DuVernay, C, *Vermont's Blueprint for medical homes, community health teams, and better health at lower cost*. Health Aff (Millwood), 2011. **30**(3): p. 383-6.
59. Wagner, EH, *Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?* Eff Clin Pract, 1998. **1**(1): p. 2-4.
60. *The Chronic Care Model*. Weblink: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2
61. Jones, C et al., *Vermont's Community-Oriented All-Payer Medical Home Model Reduces Expenditures and Utilization While Delivering High-Quality Care*. Popul Health Manag, 2016. **19**(3): p. 196-205.
62. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Defining the PCMH*. Weblink: <https://www.pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh>
63. National Committee for Quality Assurance (NCQA). *Patient-Centered Medical Home Recognition*. Weblink: <http://www.ncqa.org/programs/recognition/practices/patient-centered-medical-home-pcmh>
64. *Vermont Blueprint for Health - 2015 Annual Report*. Department of Vermont Health Access, Williston, VT, USA. 2016
65. *Vermont Blueprint for Health - 2014 Annual Report*. Department of Vermont Health Access
66. Jacobson, E. *State-Supported Community Health Teams*. Weblink: <https://www.cga.ct.gov/2015/rpt/2015-R-0096.htm>
67. *Panel Management*. Weblink: <https://cepc.ucsf.edu/panel-management>

6.2 Programme cantonal Diabète Vaud – Prävention und Behandlung chronischer Krankheiten im Kanton integrieren

Das Programme cantonal Diabète Vaud zielt darauf ab, die Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern im Sinne des Chronic Care Modells zu verbessern und gleichzeitig die Primär- und Sekundärprävention von Diabetes zu fördern. Es kann daher als kantonales Programm einer integrierten Gesundheitsversorgung wertvolle Hinweise und Erfahrungen liefern.

6.2.1 Hintergrund

Global ist eine deutliche Zunahme der Inzidenz von Diabetes zu verzeichnen. Dabei besteht ein klarer Zusammenhang zwischen den NCD-Risikofaktoren Rauchen, unausgewogene und übermässige Ernährung, mangelnde Bewegung sowie Übergewicht und der Entstehung von Diabetes. Gemäss Kohorten-Studien könnten rund 80% der Diabetes-Fälle durch einen angepassten Lebensstil (regelmässige Bewegung, gesunde Ernährung, Rauchstopp) vermieden werden⁶⁸. Klinische Studien zeigen zudem, dass eine Mehrzahl der Diabetes-Fälle durch Präventionsmassnahmen bei Personen verhindert werden kann, die bereits frühe Symptome einer Diabeteserkrankung aufweisen (Prädiabetes).

Diabetes ist eine jener chronischen Erkrankungen, für die das Chronic Care Management im Sinn von Wagner⁵⁹ bereits an vielen Orten erprobt und etabliert worden ist.

6.2.2 Projekt

Im Kanton Waadt wurden in der Vergangenheit verschiedene Projekte zur Prävention sowie zur Behandlung und Begleitung von an Diabetes erkrankten Personen umgesetzt. In der Praxis zeigten sich Lücken und Qualitätsmängel in der Versorgung von erkrankten Personen⁶⁹. Es entsprach nicht den Anforderungen an eine moderne Behandlung von chronischen Erkrankungen. Angesichts dieses Umstandes und der absehbaren, demografisch bedingten, auch künftig starken Zunahme der Krankheitslast, hat der Kanton Waadt im Jahr 2010 beschlossen, ein kantonales Programm für die Prävention und Behandlung von Diabetes einzuführen, das Programme cantonal Diabète Vaud (PcD Vaud).

Primäre strategische Stossrichtungen sind gemäss Konzept:

1. Die verbesserte Betreuung von Patientinnen und Patienten unter starkem Einbezug der Ressourcen und des Selbstmanagements der Betroffenen, sowie die Anwendung des Chronic Care-Model im Sinne von Wagner im Kanton.
2. Die Primärprävention in der Bevölkerung des Kantons via Sensibilisierung, Wissensvermittlung und Früherkennung.

Für die Periode 2010 bis 2015 spezifizierte das Programm das folgende Ziel: "Die Bereitstellung einer stratifizierten, umfassenden Betreuung in Abhängigkeit vom Schweregrad der Krankheit und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, welche die Selbstmanagement der Betroffenen miteinbezieht. Diese Betreuung wird interdisziplinär organisiert und auf Evidenz basiert sein"⁷⁰.

PcD Vaud ist als Gesamtprogramm konzipiert, das sowohl die Primärprävention, die Sekundärprävention und Früherkennung, wie auch das Chronic Care

Management umfasst. Es richtet sich damit sowohl an die Gesamtbevölkerung wie auch an Erkrankte und Personen mit einem erhöhten Diabetes-Risiko. Der Auftrag für die Durchführung des Programms erfolgt durch eine Leistungsvereinbarung des Kantons Waadt mit der Association Vaudoise du Diabète. Seit 2013 ist die Programmleitung in den Räumlichkeiten der Diabetes-Gesellschaft des Kantons domiziliert. Zusätzlich zur Programmleitung sind Koordinatoren in vier Regionen des Kantons installiert, welche die Massnahmen gemeindenah umsetzen.

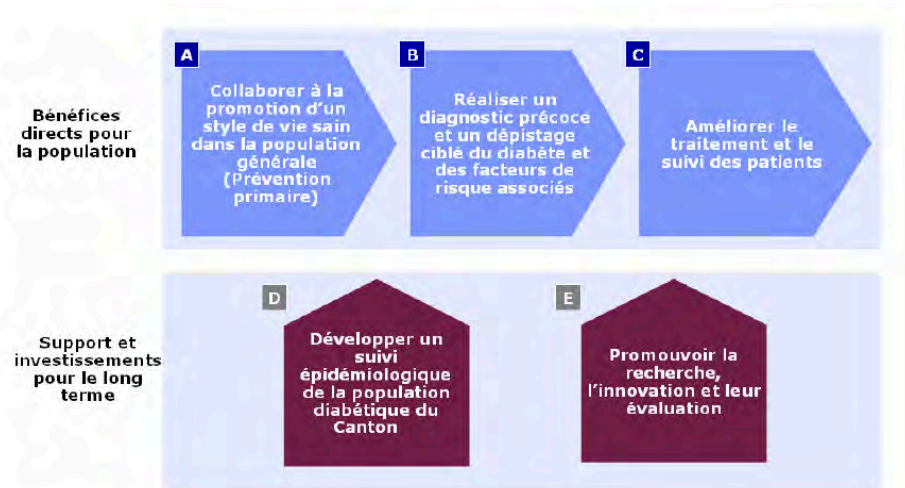


Abbildung 5: Strategische Ansätze des PcD Vaud

Quelle: Rapport technique, 5.7.2010, p.10

Das PcD Vaud wird mit fünf strategischen Ansätzen umgesetzt (vgl. Abb. 1), wobei sich drei direkt an die Bevölkerung und die Betroffenen richten und zwei eher langfristigen Charakter haben, in dem sie die epidemiologische Entwicklung im Kanton beobachten und die Forschung und Innovation fördern.

Im Zusammenhang mit dem Gegenstand dieses Berichts ist insbesondere von Interesse, wie das Programm Prävention in die Gesundheitsversorgung integriert. Dabei legt das Programm einerseits einen Schwerpunkt auf die Weiterbildung und Sensibilisierung von Gesundheitsfachpersonen (v.a. Hausärzte, Spitalärztinnen, Pflegende und Apotheker), andererseits wird die Bevölkerung zur Früherkennung durch einfache Risikotests motiviert.

Das Ziel, die Früherkennung in der Arztpraxis zu verbessern, wurde auch durch die Entwicklung von Richtlinien durch das Institut universitaire de médecine sociale et préventive der Universität Lausanne angegangen. Dabei wurde im Projekte ADAPTE⁷¹ auf bestehende, international verfügbare Richtlinien aufgebaut und diese in einem interprofessionellen Panel bearbeitet und für den Kanton Waadt angepasst. Diese Richtlinien werden nun in verschiedenen Formen angeboten (auch für Patientinnen und Patienten) und auf Weiterbildungsforen für Gesundheitsfachleute sowie auf einer spezifischen Website⁷² angeboten.

Die Massnahmen für die breite Bevölkerung sehen gemäss Konzept eine Kampagne für Früherkennung bei Kindern vor, die sich insbesondere an die Eltern richtet; sowie eine Kampagne in Zusammenarbeit mit weiteren Partnern bei der erwachsenen Bevölkerung, die insbesondere an die Risikofaktoren für Diabetes ausgerichtet ist. Die Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen findet

ebenfalls in Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsligen statt, etwa im Rahmen der Fort- und Weiterbildung der Pharmaassistentinnen und –assistenten.

Auf der Ebene der Prävention für Personen mit einem diagnostizierten Diabetes-Risiko (Prädiabetes) verweist das PcD Vaud auf Angebote im Kanton, die mit dem Programm vernetzt sind, so etwa auf das kantonale Programm für Bewegung und Ernährung "ça marche! bouger plus, manger mieux" und auf das darin angebotene Projekt "Pas à Pas", welches darauf abzielt, dass die Teilnehmenden eine langfristige Verhaltensänderung mit mehr Bewegung etablieren. "Pas à Pas" wurde gemeinsam vom kantonalen Programm für Ernährung und Bewegung, vom PcD Vaud und von den Gesundheitsligen (Espace Prévention) entwickelt.

Das Programm wird auf mehreren Ebenen durch ein Monitoring begleitet. Es wird darüber hinaus grossen Wert auf die Erfassung von kantonalen Indikatoren gelegt. So wurde 2014 eine Bevölkerungsbefragung bei rund 500 Bewohnerinnen und Bewohnern des Kantons durchgeführt, um Wahrnehmung und Kenntnisstand zu erfassen⁷³. Ein kantonaler Diabetes-Barometer wurde durch das Institut für Sozial- und Präventivmedizin erstellt und erstmals 2015 publiziert⁷⁴. Dieser erfasst den Verlauf der Diabetes-Epidemie nach Indikatoren. Es zeigte sich beispielsweise, dass insbesondere das Angebot für erkrankte Personen im Kanton sehr dispers und wenig koordiniert ist, und dass die Inanspruchnahme und die Qualität des Angebots noch teilweise ungenügend sind⁶⁹.

Eine Evaluationsstudie untersuchte die interprofessionelle Zusammenarbeit im Zusammenhang mit dem Chronic Care-Management und eine Kohorten Studie (CoDIAB – VD) rekrutiert Patientinnen und Patienten mit Diabetes über Apotheken, beschreibt deren Eigenschaften und bewertet deren Umgang mit der Erkrankung.

Interessant in diesem Zusammenhang ist die Studie zur interprofessionellen Zusammenarbeit des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne⁷⁵. Diese verweist auf eine unklare Aufgabenteilung in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsfachpersonen im Zusammenhang mit der Behandlung und Betreuung von Diabetes-Patientinnen und -Patienten. Sie zeigt verschiedene Handlungsoptionen auf, etwa hinsichtlich der Strukturen und der Kommunikation. Diese sollen in die weitere Ausgestaltung des PcD Vaud aufgenommen werden.

Finanzierung

Die Finanzierung des Programms und seiner Aktivitäten erfolgt über die Leistungsvereinbarung des Kantons Waadt mit der Association Vaudoise du Diabète. Der Kanton subventioniert das Programm und seine Strukturen je nach Arbeitsprogramm mit CHF 1.6 bis 1.8 Mio.

6.2.3 Relevanz für Prävention in der Gesundheitsversorgung

PcD Vaud vermittelt exemplarisch die Verbindung der Behandlung einer chronischen Erkrankung mit der Früherkennung, Sekundärprävention sowie mit der Prävention im Schweizer Umfeld. Auf der Ebene der Strukturen und der Gesundheitsfachpersonen lassen sich dadurch beträchtliche Synergien nutzen. Eine Evaluation des Programms liegt derzeit nicht vor, so dass sich über dessen

Wirksamkeit nichts aussagen lässt. Es dürfte jedoch für weitere koordinierte und integrierte kantonale und regionale Programme in der Schweiz wertvolle Erfahrungen liefern und stilbildend sein.

Zweifellos ist Diabetes eine chronische Erkrankung, für die bereits viel Erfahrung in interprofessioneller Zusammenarbeit und in der Zusammenarbeit der Akutversorgung mit den Gesundheitsdienstleistern – etwa den kantonalen Diabetes-Gesellschaften – besteht. Für Entwicklung und Ausbau der Clinical Community-Linkages bestehen dadurch bereits wichtige Grundlagen. Die Tatsache, dass die Mehrzahl der Diabetikerinnen und Diabetiker durch Hausärzte betreut werden, setzt diese in eine wichtige Position, auch hinsichtlich der Betreuung von prädiabetischen Patientinnen und Patienten.

PcD Vaud versucht nicht nur, innerhalb der bestehenden Strukturen die Versorgung und die Prävention zu optimieren. Durch die Einführung des Chronic Care Model erfolgt über eine Neugruppierung der Ressourcen und der Aufgaben (Professionelle, Patientinnen und Patienten, Angehörige) in der Behandlung von Diabetes-Patientinnen und -Patienten. Dies zieht Änderungen in der Organisation des Gesundheitsversorgungssystems nach sich, welche sich nur mittelfristig umsetzen lassen.

6.2.4 Bibliographie

59. Wagner, EH, *Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?* Eff Clin Pract, 1998. **1**(1): p. 2-4.
68. Stamler, J et al., *Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women.* JAMA, 1999. **282**(21): p. 2012-8.
69. *Baromètre Diabète Vaudois – Situation de Base et Pistes d'Amélioration.* Canton de Vaud, Service de la Santé Publique. 2015
70. *Programme Cantonal Diabète, Présentation du programme, Rapport technique.* Canton de Vaud, Service de la Santé Publique. p. 10. 2010
71. Fervers, B et al., *Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation.* BMJ Qual Saf, 2011. **20**(3): p. 228-36.
72. *Programme cantonal Diabète, Recommandations de bonne pratique clinique (RPC).* Weblink: <http://www.recodiab.ch/>
73. MIS-Trend, *Etude auprès de la population vaudoise sur la perception du diabète réalisée pour le Programme cantonal Diabète.* Lausanne. 2014
74. Courvoisier, N et al., *Programme cantonal Diabète dans le canton de Vaud: indicateurs pour le suivi et le baromètre. Rapport final (Raisons de santé, 242).* Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne. 2015
75. Henry, V et al., *Le diabète dans le canton de Vaud : évaluation de la pratique des professionnel(le)s de santé et de la collaboration interprofessionnelle, Raisons de santé, 251.* 2015

6.3 Verankerung Prävention beim Hausarzt – Tools und Methoden praxisnah implementieren

Für eine starke Prävention von NCDs in der Gesundheitsversorgung spielt die ärztliche Grundversorgung eine entscheidende Rolle. Hausärzte und Hausärztinnen sind als primäre Ansprechspartner wichtige Träger des Gesundheitspfads. In dieser Case Study werden schweizerische Projekte und Programme diskutiert, die Prävention in der Arztpraxis unterstützen und verankern. Sie bieten ärztliche Fortbildung für Kurzinterventionen und wirkungsvolle Gesprächstechniken, stellen Grundlagen und Instrumente zur Verfügung, und sie helfen, die Arztpraxis mit weiterführenden Präventionsangeboten zu vernetzen.

6.3.1 Hintergrund

Wie im Kapitel 5.2 ausgeführt, stellt Prävention einen integralen Teil moderner Grundversorgung dar. Im Folgenden werden Projekte und Programme auf nationaler Ebene vorgestellt, die anstreben, Prävention in der Grundversorgung besser zu verankern. Es geht in diesen Projekten darum, die Träger der Grundversorgung (in erster Linie Hausärzte und Hausärztinnen) zu befähigen, wirkungsvolle Präventionstechniken anzuwenden, ihnen die dafür nötigen Instrumente in die Hand zu geben, und sie mit den Trägern weiterführender Präventionsangebote, beispielsweise der Gesundheitsligen, zu vernetzen.

Teilweise sind die Projekte fokussiert auf bestimmte Präventionsthemen wie Rauchstopp (Projekte des nationalen Rauchstopp-Programms⁷⁶) oder Förderung eines physisch aktiven Lebensstils (Projekt PAPRICA⁷⁷). Andere Projekte bieten generell anwendbare Coaching-Techniken (Projekt Gesundheitscoaching⁷⁸) oder generelle Grundlagen für evidenzbasierte Prävention (Projekt EviPrev⁷⁹). Wichtige Elemente der Projekte sind:

- Angebote ärztlicher Fortbildung. Diese sensibilisieren für präventionsmedizinische Themen und schulen die Ärztinnen und Ärzte in der Anwendung der jeweiligen Programminhalte. Wichtige Aspekte sind die Durchführung von Kurzinterventionen im Rahmen der Konsultationen und Techniken für die hausärztliche Beratung, beispielsweise Motivational Interviewing und Shared Decision Making⁸⁰⁻⁸².
- Materialien und Instrumente für die Präventionsarbeit werden zur Verfügung gestellt: Patientenbroschüren, Unterlagen für die Durchführung von Beratungen, elektronische Hilfsmittel für Ärztin und Patient (Web-Portale, web-basierte Hilfsmittel wie beispielsweise die Berechnung von Risiken aufgrund elektronischer Fragebögen).
- Einbindung der erweiterten Gesundheitsversorgung und der Akteure der Gesundheitsförderung wie Gesundheitsligen. Weiterleitung zu den diesen Angeboten.

Die Projekte und deren Inhalte ergänzen sich dabei; sie überlappen teilweise auch. Mit dem von Ulrich Grüninger entwickelten Sonnenblumen-Modell^{80, 83} existiert ein Ansatz, wie monothematische Interventionen und multithematische Grundlagen und Techniken in einer integrierten Struktur, wo die Teilbestandteile sich ergänzen, angeboten werden könnten. Das im Tessin angebotene Projekt Girasole^{84, 85} stellt einen Schritt in diese Richtung dar, siehe unten.

6.3.2 Projekte

Gesundheitscoaching

Im Programm Gesundheitscoaching^{78, 86} des Kollegium für Hausarztmedizin geht es darum, Verhaltensänderungen in Hinblick auf einen gesünderen Lebensstil via Beratung und Coaching innerhalb der ärztlichen Konsultationen zu verankern. Die Kurzinterventionen machen Gebrauch von Techniken der motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing) und sind patientenzentriert: Die Patientinnen und Patienten werden als primäre Akteure verstanden, vom Arzt, von der Ärztin beratend unterstützt. Die Patientinnen und Patienten sollen in ihrer Autonomie ernst genommen werden; sie werden unterstützt, selber Prioritäten bezüglich möglicher Schritte hin zu einer gesünderen Lebensführung zu setzen.

Das Konzept schöpft damit aus etablierten Konzepten der Arzt-Patienten-Interaktion wie Shared Decision Making und Selbst-Management. Gesundheitscoaching bietet Ausbildungsgänge für diese Art von Kurzinterventionen und Hilfsmaterialien (Beratungstools, Anleitungen und weiteres). Es bestehen die Schwerpunkte Ernährung/Bewegung/Gewicht, Rauchen, Alkohol und Stress. Kern des Konzepts ist die motivierende Beratung, aus der heraus spezifische Themen identifiziert werden können, für die spezialisierte Kurzinterventionen folgen können. Für diese ist Gesundheitscoaching vernetzt mit Programmen wie PAPRICA oder Frei von Tabak.

Gesundheitscoaching wurde seit dem Jahr 2006 entwickelt und 2011-2012 mit Erfolg⁸⁷ als Pilotprojekt im Kanton St. Gallen durchgeführt. Für die Jahre 2015-2018 wird eine Verbreitung auf nationaler Ebene angestrebt. Es konnte für diese Periode eine Teilfinanzierung (CHF 300'000) via den Tabakpräventionsfonds) gesichert werden⁸⁸. Im Kanton Tessin wird die Methode im Rahmen des Verbundprojekts Girasole^{84, 85} angewandt.

EviPrev

Das Projekt EviPrev^{79, 89} zielt darauf, den Ärztinnen und Ärzten ein Instrumentarium für evidenzbasierte Prävention zur Verfügung zu stellen. EviPrev wird entwickelt von der PMU Lausanne, der Universitäts- und Poliklinik für Allgemeine innere Medizin des Inselspitals, dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich, phs public health services und SwissTPH.

Zu den Instrumenten, die in Papier- und auch elektronischer Form zur Verfügung stehen sollen, zählen erstens Übersichten und Entscheidungshilfen darüber, welche Präventionsmassnahmen bei gegebenen Umständen sinnvoll sind auf Basis wissenschaftlicher Evidenz⁹⁰. Zweitens sollen, ähnlich zum Impfausweis, erfolgte Präventionsmassnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen und Lebensstilberatungen in einer "Präventionskarte" dokumentiert werden. Die elektronische Version von EviPrev, die sich in Entwicklung befindet, ist als Portal ausgelegt, das ein Kompendium von präventionsrelevanten Werkzeugen und weiterführenden Links enthält, aber auch Reminderfunktionen einplant sowie längerfristig eine Vernetzung mit elektronischen Patientendossiers. EviPrev möchte mit diesen Instrumenten die Grundlage für eine systematische, wissenschaftlich abgestützte Prävention in der Arztpraxis liefern.

Elemente des EviPrev-Konzepts wurden 2008-2010 im Rahmen der Studien FocusPrev I und FocusPrev II entwickelt und sowie im Rahmen einer Pilotstudie

mit vierzehn teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten getestet. Im Jahr 2014 wurden Pilotprojekte in den Kantonen Waadt und Bern im Rahmen des Projekts Via von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt⁹¹.

PAPRICA

Physical Activity Promotion in Primary Care (PAPRICA)⁷⁷ unterstützt Ärzte und Ärztinnen, Kurzinterventionen für die Bewegungsförderung durchzuführen⁹². Das Projekt ist von der Policlinique Médicale Universitaire in Lausanne, dem Kollegium für Hausarztmedizin KHM, der Ligue Vaudoise contre les Maladies Cardiovasculaires, dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich und weiteren Partnern entwickelt worden.

PAPRICA verwendet ähnlich wie Gesundheitscoaching die Methode des Motivational Interviewing, um die Patientinnen und Patienten für gesundes Bewegungsverhalten zu sensibilisieren. Das Programm bietet Fortbildungsveranstaltungen für die Beratung an und die der Kurzintervention zugrundeliegenden Materialien (Ärztmanual, Patientenbroschüren, Bewegungsrezepte und -tagebücher).

PAPRICA wird seit dem Jahr 2009 im Kanton Waadt umgesetzt und wissenschaftlich begleitet⁹³. Seit 2012 wird das Programm national umgesetzt⁹⁴. Es ist auch Teil des Verbundprojekts Girasole.

Projekte im Rahmen des Nationalen Rauchstopp-Programms

Das seit 2008 durchgeführte Nationale Rauchstopp-Programm⁷⁶ wird von der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention, der Krebsliga Schweiz, der Schweizerischen Herzstiftung und der Lungenliga Schweiz getragen und vom Tabakpräventionsfonds finanziert. Neben Public-Health-Projekten besteht ein Schwerpunkt in Projekten, die Gesundheitsfachleute für Rauchstopp-Interventionen ausbilden und motivieren:

- Frei von Tabak⁹⁵, seit 2002 von der Krebsliga angeboten und bei AT-Schweiz angesiedelt, bietet Fortbildungskurse für Rauchstopp-Beratung und - Interventionen an. Es beinhaltet Hilfsmittel für Ärztinnen und Ärzte (Anamneseblätter, Guidelines, Tools) und Patientenbroschüren.
- Rauchen - Intervention in der zahnmedizinischen Praxis⁹⁶ ist auf die zahnmedizinische Praxis ausgerichtet und bezweckt, zahnmedizinische Fachpersonen zur Raucherberatung zu motivieren.

Gesundheitsprofil-Verfahren

Beim Gesundheitsprofil-Verfahren handelt es sich um ein von Prof. Andreas Stuck am Inselspital Bern entwickeltes und erfolgreich in einer randomisierten Studie getestetes Modell für Präventionsschritte bei älteren, zu Hause lebenden Menschen. Das Verfahren kann via Hausärzte und Hausärztinnen oder in Zusammenarbeit mit der Spitex erfolgen. In einem standardisierten Profilverfahren werden der Gesundheitszustand und Gesundheitsrisiken erfasst und passende präventive Massnahmen via ein der Profilaufnahme nachgelagertes Gesundheitscoaching umgesetzt.^{49, 50}

Swissheart-Coach

Das Projekt Swissheart-Coach⁹⁷ der Schweizerischen Herzstiftung ist ein Beispiel für ein Projekt, das nicht primär Gesundheitsfachleute anspricht, sondern Patientinnen, Patienten und Gesundheitsfachleute gleichermaßen: Es bietet einen webbasierten Fragebogen, anhand dem Aussagen über kardiovaskuläre Gesundheit und Risikofaktoren generiert werden. Der resultierende Gesundheitsbericht fasst diese Aussagen zusammen und enthält Empfehlungen für die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens. Das Webportal erlaubt es, Ziele zu setzen, Massnahmen festzuhalten und das Gesundheitsverhalten über die Zeit zu verfolgen. Für die Ärzte und Ärztinnen stehen Kommunikationspakete zur Patientensensibilisierung und Hintergrundinformationen zur Verfügung.

Sonnenblumen-Modell und Verbundprojekt Girasole

Die oben beschriebenen Projekte sind teilweise auf spezifische NCD-Risiken ausgerichtet (Rauchen, mangelnde Bewegung) und befähigen zu auf diese Risiken gerichteten Kurzinterventionen. Die auch in den "monothematischen" Projekten zur Verwendung kommenden Methoden wie Motivational Interviewing und patientenzentriertes Coaching, wie auch das in EviPrev entwickelte Rahmenwerk für evidenzbasierte Verankerung von Prävention in der Arztpraxis sind zugleich universell für Prävention einsetzbar. Es gibt dementsprechend viele überlappende Aspekte in den verschiedenen Projekten. In diesem Kontext wurde ein "Sonnenblumenmodell" entwickelt, das eine Synthese und Zusammenspiel zwischen den Ansätzen darstellt⁸³:



Abbildung 6: Sonnenblumenmodell

Quelle: Grüninger (2014)

Im Modell sind die Kernkompetenzen für Beratung und Coaching (präventivmedizinisches Wissen und Mindset, Wissen um die

Beratungstechniken) als zentrales Element gedacht, das kombiniert wird mit Modulen für mono- und multithematische Interventionen, die sich aus den verschiedenen Präventionsprojekten speisen.

Einen solchen Ansatz verfolgt das vom BAG und vom Kanton Tessin geförderte, im Tessin angesiedelte Pilotprojekt Girasole^{84, 85}. Das Projekt zielt darauf, die im Projekt Gesundheitscoaching etablierte patientenzentrierte Beratung mit den spezifischen Inhalten anderer Präventionsprojekte wie PAPRICA zu kombinieren.

Finanzierung und Nachhaltigkeit

Kurzinterventionen und präventivmedizinische Beratung im obigen Sinne sind grundsätzlich via den Zeittarif TARMED abrechenbar (siehe dazu Kapitel 5.2). Die Entwicklung und Implementierung von Projekten und Programmen, wie sie oben beschrieben wurde, wird durch gemischte Finanzierungen getragen via Forschungsförderung (besonders in den Pilotphasen), kantonale und nationale Förderinstrumente (beispielsweise den Tabakpräventionsfonds), Gesundheitsligen, Stiftungen. Es stellt sich oft das Problem, dass für die Ausweitung von im kleinen Rahmen erfolgreich gestarteten Projekten keine adäquaten Mittel zur Verfügung stehen. Es besteht damit ein grundsätzliches Problem der Nachhaltigkeit der Projekte. Zudem gibt es zwischen den Projekten oft methodische und teils auch inhaltliche Überlappungen.

Bezüglich der Nachhaltigkeitsproblematik mag die am 1. Juli 2016 beschlossene Erhöhung des Prämienbeitrags für die allgemeine Krankheitsverhütung eine Verbesserung bringen, da geplant ist, dass ein Teil der zusätzlichen Gelder in die Förderung der Prävention in der Gesundheitsversorgung investiert wird^{98, 99}. Das Sonnenblumenmodell könnte einen Weg aufzeigen, wie bestehende Projekte oder Module derselben effizient kombiniert werden können.

6.3.3 Relevanz für Prävention in der Gesundheitsversorgung

Die beschriebenen Projekte sind wichtig für die Förderung von Prävention in der Gesundheitsversorgung, weil sie helfen, Prävention als integralen Teil der medizinischen Grundversorgung zu verankern - eine der in Kapitel 5 beschriebenen zentralen Dimensionen. Sie spielen auch eine wichtige Rolle für die Vernetzung zwischen Gesundheitsversorgung und Gemeinwesen, eine weitere zentrale Dimension.

Die in den Projekten angewandte patientenzentrierte Beratung, in Kombination mit spezifischen Instrumenten der Kurzintervention, spielt eine wichtige Rolle für eine Realisierung des Gesundheitspfads. Die in den Projekten propagierten Ansätze und Methoden komplementieren sich teilweise, teilweise überlappen sie. Besonders attraktiv erscheint daher, wenn sie koordiniert eingesetzt werden, wie es das Sonnenblumenmodell suggeriert.

Die Projekte operieren in den bestehenden Strukturen. Dies macht sie einerseits attraktiv, da sie vergleichbar einfach eingeführt und skaliert werden können. Es stellt andererseits aber auch eine Limitation dar: Sie können die Gesundheitsversorgung nur beschränkt präventionsfreundlicher gestalten. So können sie beispielsweise nur beschränkten Einfluss nehmen auf die Zeit, die sich Ärzte und Ärztinnen für Prävention nehmen können. Die in den Projekten geförderten Beratungs- und Interventionstechniken könnten unter Bedingungen einer integrierteren, auf Team-Ansätzen fussenden und stärker

bevölkerungsorientierten Gesundheitsversorgung nachhaltiger verankert und finanziert werden.

6.3.4 Bibliographie

49. Stuck, AE et al., *Effect of Health Risk Assessment and Counselling on Health Behaviour and Survival in Older People: A Pragmatic Randomised Trial*. PLoS Med, 2015. **12**(10): p. e1001889.
50. *Gesundheitsförderung und Prävention im Alter verlängern die Lebenszeit*. Weblink: http://www.unibe.ch/aktuell/medien/media_relations/medienmitteilungen/2015/medienmitteilungen_2015/gesundheitsfoerderung_und_praevention_im_alter_verlaengern_die_lebenszeit/index_ger.html (Stand: 21.12.2015)
76. *Nationales Rauchstopp-Programm*. Weblink: <https://www.at-schweiz.ch/de/startseite/rauchstopp-programm.html>
77. *PAPRICA*. Weblink: <http://www.paprica.ch/>
78. *Gesundheitscoaching*. Weblink: <http://www.gesundheitscoaching-khm.ch/>
79. *EviPrev*. Weblink: <http://www.public-health-services.ch/index-de.php?frameset=120> (Stand: 21.12.2015)
80. Martin, BW et al., *Gesundheitsberatung in der medizinischen Grundversorgung: Ansätze für die NCDs und darüber hinaus*. (noch unveröffentlicht)
81. Miller, WR und Rollnick, S, *Motivational Interviewing - Helping People Change (3rd Edition)*. 2012: Guilford Press.
82. Elwyn, G et al., *Shared decision making: a model for clinical practice*. J Gen Intern Med, 2012. **27**(10): p. 1361-7.
83. Grüniger, U, *The Swiss Health Coaching Program: Motivational Interviewing for health behavior counseling for primary care consultations*. Präsentation an der ICMI International Conference on Motivational Interviewing 2014
84. *Pilotprojekt Girasole - integrierte Gesundheitsversorgung*. Weblink: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/15357/15359/15445/index.html?lang=de
85. *Girasole (Unterseite auf der Gesundheitscoaching-Website)*. Weblink: <http://gesundheitscoaching-khm.ch/de/aerzte/verbundpartner/girasole>
86. Grüniger, U et al., *Gesundheitscoaching – ein Programm für Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis vom Kollegium für Hausarztmedizin (KHM)*. Schweizerische Ärztezeitung, 2009. **90**(45).
87. Neuner-Jehle, S et al., *The "Health Coaching" programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care*. BMC Fam Pract, 2013. **14**: p. 100.
88. *Gesundheitscoaching 2015–2018*. Weblink: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=250

89. Cornuz, J et al., *EviPrev, ein Programm zu Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis*. Schweizerische Ärztezeitung, 2010. **91**(3).
90. Cornuz, J et al., *Schweizer Empfehlungen für den Check-up in der Arztpraxis*. *Révue Médicale Suisse*, 2015. **11**(491).
91. *Projekt Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Jahresbericht 2014*. Gesundheitsförderung Schweiz, Bern. 2015
92. Martin, BW et al., *Physical activity promotion in the health care setting in Switzerland*. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie, 2014. **62**(2).
93. Koutaissoff, D et al., *Evaluation de la formation PAPRICA (Physical Activity promotion in PRImary CARE)*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne. 2012
94. Martin, BW, *Bewegungsförderung 2013*. Physioactive, 2013. **5**.
95. *Frei von Tabak*. Weblink: <http://www.frei-von-tabak.ch/>
96. *Rauchen - Intervention in der zahnmedizinischen Praxis*. Weblink: <https://www.at-schweiz.ch/de/startseite/rauchstopp-programm/rauchen-intervention-in-der-zahnmedizinischen-praxis.html>
97. *Swissheart-Coach*. Weblink: <https://www.swissheartcoach.ch/>
98. *Erläuterungen zur Verordnung des EDI über die Festsetzung des Beitrags für die allgemeine Krankheitsverhütung*. Bundesamt für Gesundheit, Bern. 2016
99. *Medienmitteilung: Der Prämienbeitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung wird erhöht*. Eidgenössisches Departement des Innern, Bern. 2016

6.4 Prävention soH – Das Spital als Koordinationsstelle und Initiator von Prävention

Prävention soH ist als Präventionsstelle in die öffentlich-rechtlichen Spitäler des Kantons Solothurn integriert. Sie koordiniert und initiiert Prävention sowohl im Bereich der Primär-, der Sekundär-, wie auch der Tertiärprävention und trägt so wesentlich zur Vernetzung der Strukturen zwischen Gesundheitsversorgung und öffentlicher Gesundheit bei.

6.4.1 Projekt

Prävention soH unterstützt Massnahmen im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Der Fokus liegt auf der Krankheitsprävention von Soma und Psyche, aber auch die Gesundheitsförderung (im Sinne von "Public Health") wird mit Projekten für verschiedene Altersgruppen und Risikofaktoren gestützt¹⁰⁰. Prävention soH untersteht der Ärztlichen Direktion der Solothurner Spitäler AG. Die Präventionsstelle selbst wird seit der Lancierung von Kathrin Reinli, MPH, mit einem 100% Pensum geleitet¹⁰⁰.

Ein 7-köpfiges Beratergremium aus dem internen (5) und externen (2) Umfeld der soH AG steht dem ärztlichen Direktor und der Leitung von Prävention soH mit Empfehlungen und Vorschlägen bezüglich des Angebots von Prävention soH beratend zur Seite¹⁰¹. Das Gremium prüft zudem das von der Leitung von Prävention soH vorgeschlagene Budget, die Massnahmenplanung, sowie das Geschäftsreglement¹⁰⁰.

Das Spektrum der Angebote von Prävention soH spannt den Bogen über sämtliche Lebensphasen und geht von der Stabilisierung psychischer Gesundheit bis zur Rehabilitation nach Krebserkrankungen. Die Präventionsstelle koordiniert Programme für die individuelle Präventionsberatung über Gruppenprogramme bis zu Aktionen, welche direkt die Solothurner Bevölkerung ansprechen.

Prävention soH engagiert sich zusammen mit anderen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich (beispielsweise Pro Senectute, Krebsliga) in gemeinsamen Projekten. Die Projektbeteiligten profitieren administrativ und fachlich von der engen Vernetzung mit den Solothurner Spitälern: Projekte können gemeinsam organisiert und durchgeführt werden; Gesundheitsinformationen können gemeinsam verschickt werden. Die Etablierung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsversorgung und öffentlicher Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit von Prävention soH.

Im Bereich der Primärprävention organisierte Prävention soH im Rahmen des internationalen Brustkrebsmonats im Jahr 2012 gemeinsam mit niedergelassenen Onkologen, Gynäkologen, leitenden Ärzten sowie der Krebsliga eine eintägige Standaktion am Solothurner Wochenmarkt und sensibilisierte so Frauen (ca. 300 Kontakte) für die Brustkrebsvorsorge¹⁰⁰.

Als weiteres Beispiel findet 2016 zum dritten Mal die "*VIVA+ Gesundheitswoche Prävention*" im Rahmen der Solothurner Herbstmesse (HESO) statt: In Zusammenarbeit mit 10 Organisationen aus dem Gesundheitswesen wird die Solothurner Bevölkerung über einen gesunden und aktiven Lebensstil informiert. Darüber hinaus informiert die "*VIVA+ Gesundheitswoche Prävention*" auf Unterstützung und Hilfen im Krankheitsfall¹⁰².

Prävention soH beteiligt sich darüber hinaus an den "DokTours" im Rahmen der regionalen Langsamverkehrs-Initiative (LOSI!) zusammen mit den Hausärzten Solothurn HASO. Dabei laden niedergelassene Hausärzte ihre Klientinnen und Klienten zu einer Velotour ein. Diese verbessern die Arzt-Patienten-Beziehung und ermöglichen generell mehr Bewegung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der DokTour werden über die regelmässigen Velotouren der Pro Senectute informiert, um regelmässige Bewegung und sozialen Austausch bei der älteren Bevölkerung zu fördern.

Im Bereich der Sekundärprävention wird seit 2009 am Bürgerspital Solothurn (40% Stelle) und seit 2008 am Kantonsspital Olten (50% Stelle) eine Rauchstoppberatung angeboten. Im Bereich der Tertiärprävention existieren verschiedene ambulante Rehabilitationsprogramme in verschiedenen Spitälern des Kanton Solothurns. Die Aktivitäten im Bereich Tertiärprävention werden hauptsächlich über die Obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung (OKP) abgerechnet. Prävention soH übernimmt die Finanzierung da, wo die OKP nicht ausreichend deckt. Weiter leisten die Lungenliga, die Physiotherapie, sowie die verschiedenen involvierten Arztsekretariate die zur Durchführung der Programme nötige administrative Unterstützung¹⁰⁰.

Speziell erwähnenswert ist die enge Vernetzung von Prävention soH mit den psychiatrischen Diensten der soH und deren gezielter und umfassend gedachter Einbezug in mehrere von Prävention soH unterstützten Präventions-Programmen auf allen Präventions-Ebenen und Patientinnen und Patienten in allen Lebensphasen sowie speziell auch für deren Angehörige (Erwachsene und Kinder)¹⁰².

Erfahrungen und Impact

Seit Schaffung der Präventionsstelle wurden viele wichtige Gesundheits-Projekte im Kanton Solothurn integriert. Das Potential der Fachstelle ist gemäss eigenen Angaben bei weitem noch nicht erschöpft¹⁰³. So besteht hinsichtlich der besseren Integration von Prävention im Klinikalltag der Solothurner Spitäler ein grosses Potential, spezifisch beim Rauchstopp und beim problematischen Alkoholkonsum der Spitalpatienten. Akute klinische Behandlungen stehen naturgemäss an erster Stelle in der Kliniktätigkeit; Fragen der Prävention haben eher geringe Priorität. Eine verbesserte Ausbildung des Klinikpersonals zu präventiver Tätigkeit (beispielsweise zu Beratung zu einem gesunden Lebensstil, Kurzinterventionen, Motivational Interviewing) oder Guidelines zur Einbindung von Prävention könnten Verbesserungen bringen.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist nicht expliziter Auftrag von Prävention soH. Es besteht aber ein Projekt in Zusammenarbeit mit der Lungenliga: Rauchfreie Lehre (Teilnahme von 43 Auszubildenden, was 23% aller Auszubildenden der Solothurner Spitäler entspricht).

Evaluation

Prävention soH führt keine eigenen wissenschaftlichen Evaluationen der finanzierten Projekte durch, sondern implementiert im Kanton Solothurn bestehende evidenz-basierte Programme: Viele der Projekte wie Fit+Mami, die Angehörigenberatung von psychisch Kranken oder die EVIVO-Kurse sind national oder international bereits erfolgreich implementiert und auf ihre Wirksamkeit getestet worden. Bei den von soH finanzierten und koordinierten

Projekten (e.g. Café Balance von Pro Senectute Solothurn; der Klinikspaziergang der Pflegeentwicklung und Physiotherapie BSS) steht die Leitung von soH in regelmässigem Kontakt mit den Organisatoren und ist über den Verlauf durch Prüfung der Indikatoren (Angebotsumsetzung, Reportings, Teilnehmerzahlen und Fragebogen-Feedback) informiert¹⁰³.

Finanzierung

Prävention soH wird vom Kanton im Rahmen der Spitalfinanzierung mit einem Jahresbudget von 500'000 CHF finanziert. Dieser Betrag wird jeweils für 3 Jahre gesprochen und umfasst sämtliche Ausgaben inklusive Personalkosten. Die Finanzierung der Stellen der Sekundärprävention wurde seit 2012 durch Beiträge von Prävention soH, dem Lotteriefonds, der Lungenliga Solothurn, der schweizerischen Herzstiftung, Pfizer, der Herzstiftung Olten sowie von den Beiträgen der Patientinnen und Patienten (CHF 20 pro Beratung) ermöglicht¹⁰⁰.

6.4.2 Relevanz für Prävention in der Gesundheitsversorgung

Prävention soH hilft als am Spital angesiedelte Präventionsfachstelle, Verbindungen mit den Akteuren des Gemeinwesens zu schaffen. Zudem profitiert Prävention soH vom Know-How am Spital. Spezifisches Fachwissen ist vorhanden und einfach abrufbar. Als spitalinterne Präventionsstelle kann Prävention soH sowohl Präventionsangebote für die Patienten und Patientinnen anbieten, als auch das Spitalpersonal für die Präventions-Thematik sensibilisieren. Prävention soH wirkt damit im Sinne eines "Health Promoting Hospital" nach den Standards der WHO¹⁰⁴.

Eine Stelle für Prävention im Spitalsetting schafft zusätzliche Kapazitäten, um notwendige Präventionsangebote in der Region zu etablieren und zu koordinieren. Auf der Ebene der Prävention in der Gesundheitsversorgung strebt Prävention soH eine enge Vernetzung mit den Hausärzten der Region an und bezieht diese in die Präventionsaktionen mit ein. Prävention soH leistet Unterstützung bei Präventionsprojekten und Programmen, welche mit dem Angebot der Hausärzte nicht in Konkurrenz stehen. Durch die rege Vernetzungsaktivitäten mit niedergelassenen Ärzten und allen weiteren Gesundheitsdienstleistern kann eine an die regionalen Bedürfnisse angepasste Prävention etabliert werden.

6.4.3 Bibliographie

100. Reinli, K, *Prävention soH - Jahresbericht 2012*. Solothurner Spitäler AG, Solothurn. p. 1-18. 2013
101. Reinli, K, *Geschäftsreglement Prävention Solothurn*. Solothurner Spitäler (soH). p. 1-3. 2016
102. Reinli, K, *Prävention soH - Jahresbericht 2015*. Solothurner Spitäler AG, Solothurn. p. 1-17. 2016
103. Reinli, K, *Interview zu Prävention soH*. Durchführung: EvalúScience. 2016
104. WHO, *World Health Organisation: Standards for Health Promotion in Hospitals*, in *European Office for Integrated Health Care Services*. 2004, Barcelona, Spain. p. 1-13.

6.5 Programme de soins Contrepoids – Multiprofessionelle Sekundärprävention bei stark übergewichtigen Kindern

Contrepoids ist ein multiprofessionelles, ambulantes Präventions-, Therapie- und Bildungsprogramm zur Verminderung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Das Programm zielt auf eine nachhaltige Änderung des Lebensstils ab und bezieht dabei die ganze Familie mit ein. Contrepoids umfasst Massnahmen auf allen Präventionsstufen sowie auf mehreren Interventions-Ebenen. Es agiert interdisziplinär und nutzt eine enge Vernetzung mit den regionalen Strukturen und Präventionsangeboten.

6.5.1 Hintergrund

Das 1992 von der WHO entwickelte Konzept "Health Promoting Hospitals"¹⁰⁴ zielt darauf ab, dass Spitäler neben ihrer kurativen Tätigkeit Prävention und Gesundheitsförderung gezielter in ihr Leistungsangebot integrieren: Die steigende Prävalenz von lebensstilabhängigen und chronischen Krankheiten erfordert, dass sich Gesundheitsdienstleister entsprechend anpassen und ihr Leistungsangebot daran ausrichten. Will ein Spital chronisch Kranke zur aktiven Teilnahme am Management ihrer Krankheit befähigen, muss es u.a. die Ausbildung von Gesundheitsfachleuten anpassen, in dem es beispielsweise die Förderung des Selbstmanagement im Ausbildungsprogramm des Spitalpersonals etabliert. Ein "Health Promoting Hospital" hat nicht nur das Potential, die Gesundheit von chronisch Kranken zu verbessern, es kann auch einen Einfluss auf die Gesundheit der Angehörigen und des Spitalpersonals, sowie auf die lokale Umgebung ausüben.

Die Genfer Universitätsspitäler (Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)) integrierten dieses Konzept in ihr Programm und führten bis 2013 auch das entsprechende WHO-Label. Die HUG folgen weiterhin diesem transversalen Gesundheitsansatz und bieten heute in 12 Gesundheitsbereichen Gesundheitsprogramme an, um Patientinnen und Patienten umfassender, effizienter und komfortabler behandeln zu können. Eines dieser Gesundheitsprogramme ist das "Programme de soins Contrepoids".

6.5.2 Projekt

Contrepoids ist ein multiprofessionelles, ambulantes Präventions-, Therapie- und Bildungsprogramm zur Verminderung von Übergewicht und Adipositas. Es wurde von Dr. Nathalie Farpour-Lambert initiiert, an den Genfer Universitätsspitalern (HUG) im Département de l'Enfant et de l'Adolescent entwickelt, und konnte schliesslich im Jahr 2008 durch die Zusammenarbeit mit dem Hausärzte- und Versicherungsnetzwerk "Delta" (Réseau de soins Delta)^{*} und den

^{*} Le réseau de soins Delta ist eine Vereinigung von Hausärzten und Krankenpflegeversicherungen der Kantone Genf, Waadt und Wallis, welche durch ihr koordiniertes Management gezielt mehr in die Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention sowie in das Management von chronischen Krankheiten ihrer Patienten investieren kann. Die Patienten profitieren durch dieses Netzwerk von reduzierten Versicherungstarifen sowie von speziell entwickelten Präventionsprogrammen in den Bereichen Übergewichtsreduktion, Sturzprävention, Stressreduktion sowie von Programmen des

Sportangeboten der Stiftung Sportsmile* eingeführt werden¹⁰⁵. Das Programm fokussiert auf eine Verbesserung des Lebensstils und bietet Unterstützungsleistungen für eine gesunde Ernährung, Bewegung und psychisches Wohlbefinden. Contrepoids agiert als sehr gut vernetztes Programm, welches Prävention patientenzentriert und interdisziplinär auf allen Präventionsstufen sowie auf mehreren Interventions-Ebenen angeht: Einerseits umfasst der Rahmen von Contrepoids Sekundär- und Tertiärprävention sowie die Therapie von Erkrankungsfolgen von Übergewicht und Adipositas.



Abbildung 7: Illustrationen und Botschaften einer gesunden Ernährung der Broschüren für die Zielgruppe 0-4

Quelle: Contrepoids

Seit 2013 betreibt das Programm auch gezielt Primärprävention bei der jüngsten Übergewichts-Risikogruppe (0-4Jahre) und entwickelt dazu Broschüren für Eltern und Fachpersonal aus dem Kleinkinderbereich (Pädiater, Hebammen, Mütter- und Väterberaterinnen, Krippenpersonal usw.).

Darüber hinaus entwickelt das Programm auch die Ausbildung des involvierten Pflegepersonals sowie der Ärzte und Therapeuten; es engagiert sich gemäss den Leitlinien des WHO Konzepts "Health Promoting Hospitals" auch in der Gesundheitsförderung von Pflege- und Therapie-Personal und motiviert und sensibilisiert diese – analog den Patientinnen und Patienten – für einen gesünderen Lebensstil mittels besserer Ernährung und mehr Bewegung.

Contrepoids verfolgt in enger Zusammenarbeit mit den Dienstleistungen der Genfer Spitäler, dem "Réseau de soins Delta" und der Stiftung "Sportsmile" sowie der Gesundheitsdirektion des Kantons Genf das Ziel, für Patientinnen und Patienten in allen Lebensphasen sowie auf allen Präventionsstufen ein spezifisches, altersadaptiertes Programm zur Reduktion von Übergewicht und Adipositas und Prävention der damit im Zusammenhang stehenden NCDs anzubieten.

Contrepoids ist eng vernetzt mit der medizinischen Fakultät in Genf und dort ausgeführten Forschungsprojekten in den Bereichen Prävention, Reduktion von

Chronic Care Management im Bereich Diabetes, Asthma, Herz-Kreislauf- und muskuloskelettalen Erkrankungen.

* Sportsmile ist eine Stiftung, welche Sportangebote für Kinder und Jugendliche organisiert (über 20 verschiedenen Sportarten; Wochenkurse, Ausflüge, Camps ect.). Die Kurse umfassen Angebote für Kinder mit speziellen Handicaps oder chronischen Krankheiten.

Übergewicht und Entwicklung neuer therapeutischer Ansätze zur Behandlung von Adipositas in frühen Lebensphasen, Kindes- und Jugendalter und bei Schwangeren.

Zusätzlich hält Contrepoids das Mandat des kantonalen Gesundheitsamts inne, die Ausbildung der Medizinstudenten zum Thema Adipositas zu entwickeln und zu organisieren. Zu den inhaltlichen Schwerpunkten dieser Ausbildungsmodule zählen "Gesunde Ernährung", "Übergewicht bei Kindern", "Chronic Care Management" und "therapeutische Patienten-Bildung" (therapeutic patient education) mit Kommunikationstools wie Motivational Interviewing, Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie etc. Das Programm ist einerseits Teil der medizinischen Ausbildung an den Genfer Universitätsspitalern; andererseits bietet das Programm auch eine Weiterbildung für Hausärzte und Pädiater an. Der entsprechende 2-Tages-Kurs befähigt zur Akkreditierung für die Zuweisungsberechtigung der Hausärzte und Pädiater für das Programm Contrepoids. In Genf ist zurzeit ungefähr die Hälfte der Hausärzte und Pädiater akkreditiert. Die Sensibilisierung auf die Problematik Übergewicht und die damit verbundene Haltungsänderung aller Leistungserbringer im Gesundheitsbereich (inklusive Public Health), eine gezielte Ausbildung und die damit verbundene Verbesserung der Behandlungsfähigkeiten stellt ein wichtiges Handlungsfeld mit viel Entwicklungspotential dar.



Abbildung 8: Vernetzung von Contrepoids

Quelle: Website HUG/ Contrepoids

Das Programm von Contrepoids fusst auf evidenz-basiertem Fachwissen und stellt in der Behandlung von Übergewicht und den damit zusammenhängende Folgeerkrankungen in der Schweiz, wie auch im europäischen Kontext mittlerweile eine Referenz dar.

Das Programm wird seit 2009, angepasst an die regionalen Möglichkeiten, auch im Kantons Wallis angeboten¹⁰⁶.

Therapeutisches Programm

Das Kern-Programm von Contrepoids richtet sich primär an übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren sowie deren Eltern mit dem Ziel einer Stabilisierung bzw. einer Entschleunigung der Gewichtszunahme. Zusammen mit dem Wachstum von Kinder und Jugendlichen verbessert dieses Konzept -im Gegensatz zu einer restriktiven Diät- entscheidend die Chancen einer langfristigen Gewichtsreduktion, so die Leitung von Contrepoids¹⁰⁷.

Das Programm wird nach einer umfassenden medizinischen Anamnese, somatischen und psychologischen Abklärungen bei einer genügenden motivationalen Bereitschaft für jedes Kind und für jeden Jugendlichen oder Erwachsenen individuell und multiprofessionell strukturiert zusammengestellt. Die interdisziplinäre Behandlung umfasst Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten; es bezieht auch Sportlehrerinnen und Sportlehrer mit ein.

Die Behandlung im Rahmen von Contrepoids kann individuell, im Gruppensetting, sowie im Versuch auch als Familienprogramm* stattfinden und verläuft gemäss den zertifizierten Standards des Contrepoids-Behandlungsprotokolls:

Die Therapie dauert in der Regel 1 Jahr und besteht aus einer intensiven Phase von sechs Monaten und einer Stabilisierungsphase von weiteren sechs Monaten. Es werden pro Patient durchschnittlich 116 Behandlungsstunden geleistet¹⁰⁶. Die Behandlung von Übergewicht mit Komorbidität (BMI > 90. Perzentil) oder Adipositas (BMI > 97. Perzentil) kann seit 2014 je nach Indikation sowohl im individuellen Setting (MSIT) wie auch im Gruppensetting (MGP) oder in einer Kombination von beidem stattfinden¹⁰⁸. Die Nachbetreuung ist langfristig angelegt und dauert zwischen 1-5 Jahren¹⁰⁹.

Ein typisches Wochenprogramm sieht im Rahmen von Contrepoids für die Teilnehmenden im Gruppensetting in der intensiven Phase wie folgt aus:

1. Wöchentliche therapeutische Gruppengespräche für die Eltern.

Die Eltern von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen sind wichtige und obligatorische Akteure im Programm Contrepoids. Ihre Teilnahme stützt die Programmziele der kindlichen und jugendlichen Patientinnen und Patienten und bindet so die oft ebenfalls chronisch übergewichtigen Familienangehörigen im Programm mit ein. Die Gruppengespräche und der Austausch sind für die am Programm teilnehmenden Eltern zudem eine wichtige psychologische Unterstützung und verbessern deren Adhärenz.

2. Wöchentliche therapeutische altersgetrennte und inhaltlich altersadaptierte Gruppengespräche für die Kinder (8-11J.) und Jugendlichen (12-19J.)

Die Gesprächsrunden der Kinder und Jugendlichen finden jeweils im Anschluss an die Elterngespräche statt und werden jeweils von Ernährungsberaterinnen, Psychologen und Ärzten oder Krankenschwestern durchgeführt. Vermittelt wird die stetig zugängliche Hilfeleistung bei der Übergewichtsreduktion durch die Therapeuten vor Ort, die Motivation das Programm durchzuhalten sowie die

* Derzeit läuft ein Pilotprogramm, welches Familien als Ganzes behandelt.

dafür nötige Unterstützung, dies zu erreichen. Die spezifischen Themen sind bei den Eltern wie auch bei den Kindern jeweils die gleichen und beinhalten von der gesunden Ernährung und Lebensmittelwahl, der Vermittlung eines aktiven Lebensstils und Erhöhung der physischen Aktivität, eines kontrollierten Fernsehkonsums bis hin zum Mobbing-Problematik alle relevanten Bereiche. Es werden auch beispielsweise auch geführte edukative Einkäufe mit den Eltern und ihren Kindern unternommen¹⁰⁵.

3. Spezifisches Sportangebot im Setting der HUG

Zweimal pro Woche finden zudem in den Spitalräumlichkeiten (Gymnastiksaal und Schwimmbad) altersangepasste Angebote physischer Aktivität statt. Die Durchführung in den Räumlichkeiten des Spitals bietet den Therapeuten den Vorteil, den Fortschritt der Patientinnen und Patienten besser zu verfolgen, sowie allfällige Absenzen zu limitieren.

4. Wöchentliches Ärzte- und Therapeuten-Konsilium

Alle beteiligten Ärzte und Therapeuten treffen sich wöchentlich im Vorfeld der Gruppengespräche und besprechen die Gesundheitszustände, Fortschritte und Schwierigkeiten einzelner Patientinnen und Patienten nach Priorität. Der interdisziplinäre Dialog ist für die Therapeuten des Programms lehrreich, und sensibilisiert die Behandelnden für die jeweiligen Gesundheits-Schwerpunkte der anderen Disziplinen¹⁰⁷.

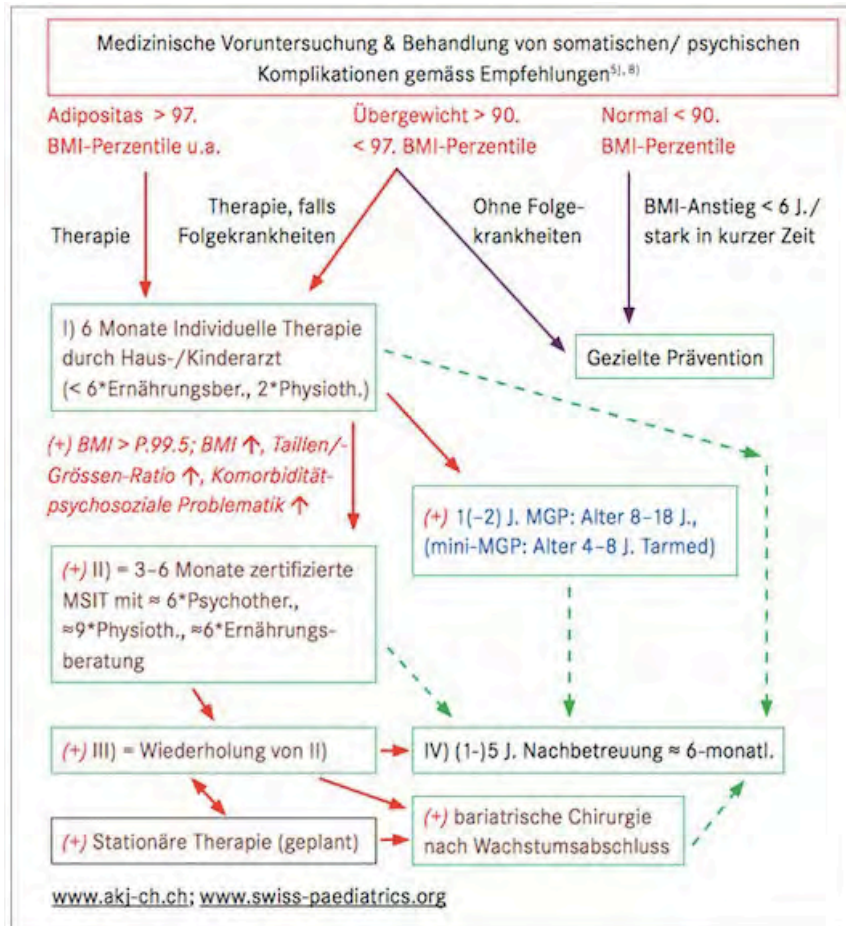


Abbildung 9 Geplantes Stufenmodell der Behandlung des Übergewichts von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz.

Rote Schrift und (+): Voraussetzungen für weitere Therapieschritte

Quelle: L'Allemand et al. (2014)

Die individuelle Absolvierung des Programms ist eine Alternative zur Gruppentherapie. Das Programm verläuft ebenso multiprofessionell gestützt, auch die behandelten Themen sind die gleichen. Einzig die vom Programm geforderte physische Aktivität findet nicht im Spital statt. Die Organisation der physischen Aktivität liegt in der Verantwortung der Eltern, welche selbst den Kontakt mit den Angeboten von *Sportsmile* suchen muss. Die Angebote von *Sportsmile* sind im Rahmen der Stiftung subventioniert und werden von der OKP nicht übernommen. Deren Finanzierung liegt grundsätzlich bei den Eltern.

Finanzierung

2007 wurden Adipositas- und Übergewichtigkeit mit Folgeproblemen vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und von der Eidgenössischen Leistungskommission (ELGK) als behandlungspflichtig anerkannt. Somit unterstehen diese Erkrankungen seither der Leistungspflicht der obligatorischen Grundversicherung. Der Bundesrat entschied 2008 in einem ersten Schritt zertifizierte, ambulante, multiprofessionelle Gruppentherapieprogramme als leistungspflichtig zu erklären. Seit 2013 ist auch die individuelle Behandlung von

Übergewicht als leistungspflichtig¹⁰⁹. Unter den zertifizierten (Gruppen)-Programmen ist auch Contrepoids¹¹⁰.

Mit der neuen Leistungsverordnung der Eidgenössischen Leistungskommission (ELGK-01/2014) übernimmt die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die Kosten einer multiprofessionell strukturierten Behandlung sowohl im individuellen Setting (MSIT) wie auch im Gruppensetting (MGP), da nationale und internationale Studien belegen, dass eine Übergewichts- oder Adipositas-Behandlung wirksam und wirtschaftlich ist, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Gesundheitszustand weist ein Übergewichts- oder Adipositasrisiko auf (Per Definition: BMI >P.97 bzw. >P.90 plus Komorbidität)
- Die aktive Teilnahme der Eltern ist für die Programmtteilnahme des Kindes obligatorisch.
- Sportangebote gehören zum Bestandteil des Programms¹⁰⁸.

Aktuell stellt die OKP CHF 6000 pro Patient zur Verfügung – Patientinnen und Patienten tragen maximal 10% der Kosten.

Dieser Pauschalbetrag gilt sowohl die Honorare aller Therapeutinnen und Therapeuten (Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Ernährungsberaterinnen/Ernährungsberater, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Sportlehrerinnen/Sportlehrer) ab, wie auch die Vorbereitung des Programms, die Verhaltens- und Bewegungs-Schulung und die Teamsitzungen¹¹⁰. Die somatische Primär-Evaluation und die Motivationsprüfung vor einer möglichen Aufnahme in das Programm, sowie die medizinischen Kontrolluntersuchungen nach Abschluss des Programms werden über den TARMED abgerechnet¹¹⁰.

Jeder Kinderarzt und jede Hausärztin hat zudem im Vorfeld der MSIT und MGP die Möglichkeit, übergewichtige Kinder (BMI >P.90 und ≤P.97) selbst 6 Monate lang zu betreuen. Dabei kann der beratende Arzt 6 Ernährungsberatungen und 2 Physiotherapie-Diagnostiken verordnen, um zuerst die körperliche Leistungsfähigkeit, Probleme des Bewegungsapparats sowie eine Grundlage für eigenverantwortliche Übungen zu evaluieren und die Ernährung der Patientinnen und Patienten anzupassen. Stellt sich das gewünschte Therapieziel nicht ein, so verweist der Kinder- oder Hausarzt den Patientinnen und Patienten nach 6 Monaten an die Spezialärzte eines MSIT oder MGP¹⁰⁸.

Erfahrungen und Limitationen

Epidemiologische Untersuchungen und prospektive Studien zeigen, dass bereits bei einem grossen Teil der übergewichtigen oder adipösen Kinder und Jugendlichen gewichtsabhängige Erkrankungen vorhanden sind. Adipositas und Übergewicht sind bereits in der Kindheit chronische Erkrankungen und bleiben, wenn unbehandelt, im Erwachsenenalter bestehen¹¹¹. Sie benötigen eine langfristige Behandlung. Die nationale Evaluationsstudie KIDSSTEP* bestätigt,

* Auswertung der Daten von 633 Kinder und Jugendlichen, welche zwischen März 2009 und Dez 2012 in 24 zertifizierten MGPs gesammelt wurden.

dass multiprofessionell strukturierte Programme wie Contrepoids effektiv sind*. Diese Programme sind jedoch schwierig zu implementieren¹¹⁰. Die Genfer Universitätsspitäler können zudem lediglich einen kleinen Teil (0,8%) der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen im Rahmen der HUG behandeln und betreuen¹¹². Die erfolgreiche Umsetzung von Contrepoids im Rahmen der HUG profitiert von der direkten Verfügbarkeit und engen Zusammenarbeit der Disziplinen im Spitalsetting der Genfer Universitätsspitäler. Das Personal in einem Kinderspital verfügt über spezifische Sachkenntnis und pflegt einen intensiven Kontakt mit der Bevölkerung. Besonders in ländlichen Gegenden ist die interdisziplinäre Vernetzung meist nicht gegeben. Gemäss der Programmleitung ist die enge Zusammenarbeit des Universitätsspitals mit den behandelnden Hausärzten und Pädiatern ein entscheidender Erfolgsfaktor. Die Aufgabe der Universitätsspitäler liegt primär in der Entwicklung und Evaluation neuer Therapieansätze und in der Behandlung sehr schwieriger Fälle. Langfristig müssen die evidenz-basierten Standards von Contrepoids jedoch in der lokalen Grundversorgung implementiert werden. Nur mit der qualifizierten Prävention- und Chronic-Care-Leistung einer gut instruierten und vernetzten Grundversorgung kann der Thematik Übergewicht in einem effektiven Mass entgegnet werden, so das Fazit der Programmleitung von Contrepoids.

6.5.3 Relevanz für Prävention in der Gesundheitsversorgung

Contrepoids kann als wissenschaftlich evaluiertes Programm wirksame Empfehlungen abgeben, wie der Problematik Übergewicht begegnet werden soll.

Mit der Verbreitung der evidenzbasierten Erkenntnisse bezüglich der adäquaten Behandlung von Übergewicht in der medizinischen Ausbildung und Weiterbildung schafft das Programm beispielhaft eine wichtige Grundlage im Umgang und Management von Übergewicht und den damit zusammenhängenden Gesundheitsproblemen.

Das Programm profitiert sowohl bei Entwicklung und Evaluation, wie auch bei der Behandlung stark vom multiprofessionellen Netzwerk im Spital. Im Spitalsetting ist zudem die öffentliche Sichtbarkeit des Programms gross und vertrauensерweckend; der Zugang über das Spital sowie durch die Zuweisung durch den Grundversorger für alle Risikopatientinnen und -patienten ist niederschwellig möglich und finanzierbar. Die hybride Finanzierung von Prävention im Spitalrahmen erhöht deren zeitlichen und interdisziplinären Spielraum.

Contrepoids wurde am Genfer Zentrumsspital entwickelt und ist dadurch auf eine urbane Region ausgerichtet. In vielen Regionen der Schweiz wäre eine dezentrale Umsetzung des Projektes, welches den Grundversorgern eine zentrale Rolle zuweist, notwendig. Dies bedingt jedoch ein lokal verfügbares multiprofessionelles Netzwerk, sowie erweiterte therapeutische, personelle und zeitliche Ressourcen.

* Es konnte in diversen Studien gezeigt werden, dass sich viele Gesundheitsindikatoren sowie die psychische Befindlichkeit signifikant verbesserten¹¹¹.

6.5.4 Bibliographie

104. WHO, *World Health Organisation: Standards for Health Promotion in Hospitals*, in *European Office for Integrated Health Care Services*. 2004, Barcelona, Spain. p. 1-13.
105. Domenjoz, I et al., *Rapport de stage Immersion en communauté: L'Obésité chez les jeunes*. Université de Genève: Faculté de Médecine, Genève. 2011
106. Tabin, R, *Surcharge pondérale des enfants et des adolescents: prévention et traitement - le programme valaisan*. Revue Médicale Suisse, 2011: p. 2.
107. Farpour-Lambert, N, *Interview zu Contrepoids® und Prävention von HUG*. Durchführung: EvaluateScience. Juni, 2016
108. L'Allemand, D et al., *Kinderärzte können Übergewichtige ab sofort umfassend betreuen (lassen) - Das Schweizer Modell*. PAEDIATRICA, 2014. **25**(2): p. 1-2.
109. l'Allemand, D et al., *Übergewichtige Kinder können jetzt umfassend behandelt werden*. Schweizerische Ärztezeitung, 2014. **95**(44): p. 1640-1642.
110. Laimbacher, J et al., *Ein Meilenstein in der Adipositas Therapie beim Kind und Jugendlichen, aber nur ein erster Schritt*. PAEDIATRICA, 2008. **19**(6): p. 26.
111. L'Allemand, D und Laimbacher, J, *Options and limits in the treatment of overweight children and adolescents and their families in primary care*. Therapeutische Umschau, 2013. **70**(11): p. 695-702.
112. Zumbrunn, A et al., *Verbessert sich die Lebensqualität und psychische gesundheit von adipösen Kindern/Jugendlichen im Verlauf der ambulanten Gruppentherapie? Ergebnis der nationalen Evaluationsstudie KIDSSTEP-Obesity*. Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für Soziale Arbeit, 5. Fachtagung Klinische Sozialarbeit, 13./14. Juni 2013, Olten. 2013

6.6 Fysisk aktivitet på Recept – Bewegung als Medikament bei Personen mit Risiken für chronische Erkrankungen

Das Programm "Fysisk Aktivitet på Recept" (FaR) ist ein in Schweden weit verbreitetes Instrument, um die Bewegung insbesondere bei jenen Teilen der Bevölkerung zu steigern, die am wenigsten aktiv sind und ein erhöhtes Risiko für chronische Erkrankungen haben. Das Bewegungs-Rezept wird dabei durch lizenzierte Gesundheitsfachleute ausgestellt und im Gemeinwesen eingelöst. FaR illustriert die Bedeutung einer engen Vernetzung der Angebote kombiniert mit definierten Prozessen und Richtlinien.

6.6.1 Hintergrund

1996 wurden im "Report of the US Surgeon General on Physical Activity and Health" das Wissen zu den Effekten von physischer Aktivität* auf die Gesundheit erstmals umfassend dargestellt und entsprechende Empfehlungen formuliert. Die Erkenntnisse des Reports machten deutlich, dass eine substantielle Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität bereits durch moderate tägliche Bewegung (beispielsweise 30 min zügiges Gehen) erreicht werden kann. Vermehrte Bewegung wäre damit eine günstige und für die meisten Menschen leicht praktikierbare Präventionsmassnahme¹¹⁴. Das gesteigerte Interesse am Thema Bewegung veranlasste das schwedische Gesundheitswesen dazu, Schweden in Bewegung zu bringen: Im Rahmen des gross angelegten nationalen Gesundheitsförderungsprogramm "Sweden on the Move" (2001) wurde unter Einbezug der schwedischen Fachverbände im Bewegungsbereich (Swedish Professional Associations for Physical Activity (YFA)) eine wissenschaftliche Expertengruppe gebildet, welche das Ziel verfolgte, physische Aktivität auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen (Schule, Arbeitsplatz, Freizeit, Gesundheitswesen) zu implementieren. Für das Setting Gesundheitswesen entwickelte die Expertengruppe (YFA) das Konzept "Fysisk aktivitet på Recept (FaR)" (Bewegung auf Rezept).

6.6.2 Projekt

Die FaR-Ausbildung für die Fachleute der Gesundheitsdienste wurde 2001 im Rahmen eines Pilot-Programms entwickelt. Dieses machte deutlich, dass verschiedene Ansätze nötig sind, um den verschiedenen Lebensumständen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden und identifizierte zentrale Punkte für eine erfolgreiche Implementierung von FaR: Es erwies sich erstens als wichtig, dass die verschriebene physische Aktivität sowohl individuell als auch mit lokalen Bewegungs-Angeboten absolviert werden kann. Zweitens wurde ein Konsens etabliert, wie man den Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten ausserhalb des Gesundheitswesens kommunizieren soll. Drittens war es nötig, eine Kompatibilität der Patient/innendaten zu generieren. Darüber

* Unter physischer Aktivität im Rahmen von FaR ist gesundheitsfördernde physische Aktivität gemeint: Dies ist per Definition eine Aktivität, welche die Gesundheit und körperliche Leistung ohne Verletzungsgefahr verbessert (e.g. aktive Mobilität, Gartenarbeit, Hobbys, Fitnesstraining, Sport). Das grösste Gesundheitspotential liegt in der Steigerung der physischen Aktivität auf allen Ebenen der Arbeits- und Freizeit¹¹³.

hinaus brauchte es ein verbindliches Handbuch, welches die Gesundheitsfachleute evidenz-basiert über den gezielten Einsatz von physischer Aktivität zur Prävention und Therapie von Krankheiten informiert und instruiert. Dazu verfasste die YFA das FaR-Handbuch (Physical activity in disease prevention and treatment (FYsisk aktivitet i Sjukdoms- prevention och Sjukdomsbehandling – FYSS)^{*} für alle Fachleute und Dienstleister im Gesundheitswesen¹¹⁶. Es enthält die aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen zu physischer Aktivität in Zusammenhang mit 40 Krankheiten (von kardiovaskulären, neurologischen bis zu psychiatrischen Krankheiten) und Zuständen (beispielsweise Schwangerschaft) und Lebensphasen (beispielsweise Seniorenalter).

Den Schlussfolgerungen des Berichts des Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU 2007)¹¹⁷ zufolge kann der physische Aktivitätslevel von Patientinnen und Patienten innert 6 Monaten durchschnittlich um 50% gesteigert werden. Mittels intensiverer Beratung und Unterstützung durch Pedometer, schriftlicher Empfehlung und Follow-up, kann der Aktivitätslevel um weitere 15-50% innerhalb von 6 Monaten gesteigert werden. Das Pilotprogram, der SBU-Bericht, sowie die Weiterentwicklung in verschiedenen Bezirken und Regionen Schwedens trugen zum heutigen Form von FaR bei¹¹⁶:

Den Kern-Aspekt von FaR bildet der patienten-zentrierte Dialog, welcher den Gesundheitszustand, (Symptome, Diagnosen, potentielle Risikofaktoren), den bisherigen Aktivitätslevel sowie sportliche Erfahrungen und die bevorzugten (physischen) Aktivitäten der Patientin oder des Patienten ermittelt. Die therapeutische Beratung führt – auf der Basis des FYSS-Handbuchs – zu einem persönlichen, schriftlichen Rezept für physische Aktivität.

In der schwedischen Grundversorgung sind Ärztinnen, Physiotherapeuten und Pflegende unter folgenden fünf Bedingungen dazu berechtigt FaR zu verschreiben¹¹⁶:

1. Die für FaR lizenzierten Gesundheitsfachleute sind umfassend über den Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten informiert.
2. Sie wissen, wie physische Aktivität zur Gesundheitsförderung, Prävention und Therapie genutzt werden kann.
3. Sie besitzen die Fähigkeit zu einer patienten-zentrierten Gesundheitsberatung.
4. Sie kennen die FaR-Methode.
5. Sie sind mit den lokalen FaR-Anbietern (Sportangebote, Sportclubs, Fitnesscenter, Laufgruppen) vernetzt.

^{*} Seit 2010 existiert dazu die englische Version SNIPH (2010)¹¹⁵, sowie Übersetzungen in Norwegisch und Vietnamesisch.

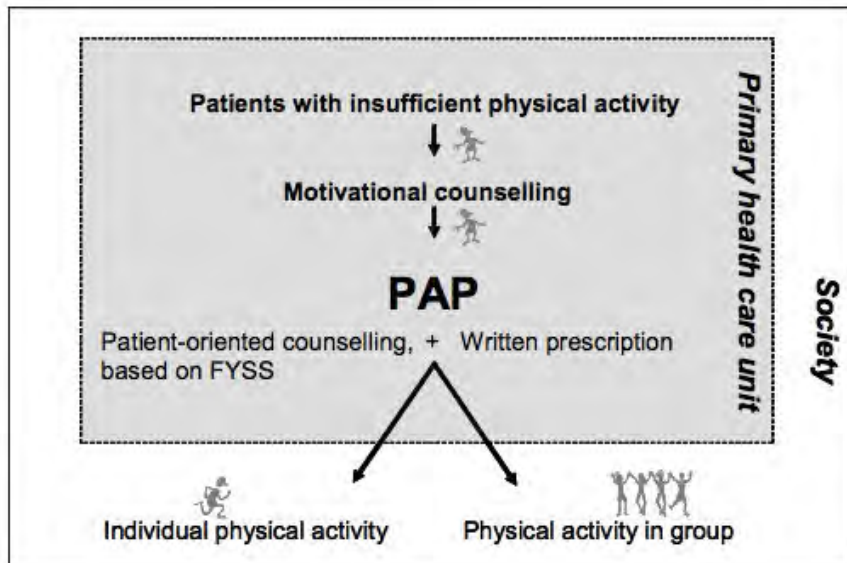


Abbildung 10: Die Methode von Fysisk aktivitet på Recept (FaR)

Quelle: Kallings (2008)

Viele Patientinnen und Patienten ziehen individuelle physische Aktivität gegenüber einer organisierten Aktivität vor. Laut US-Studien¹¹⁹ ist Gehen (Spazieren, Wandern) die bevorzugte physische Aktivität.

Wichtig ist auch der Follow-up, also das Prozess-Monitoring und die kontinuierliche Anpassung der verschriebenen Bewegung. Der Einsatz von Pedometern (Schrittzählern) ist zur Evaluation des Programms und zur besseren Adhärenz der Patientinnen und Patienten das Mittel der Wahl und schliesst die Lücke zwischen Praxis und Forschung¹¹⁶. Gemäss der Zeitschrift Lancet hat der Einsatz von Pedometern den grössten Effekt unter den evidenz-basierten Methoden zur Steigerung der physischen Aktivität¹²⁰. Auf Patientenebene liesse sich die Umsetzung des Programms daher auch nahezu kostenneutral umsetzen.

Wie Studien zeigen, vermochte das schwedische Programm FaR den physischen Aktivitätslevel sowohl nach 6 Monaten wie auch noch nach 12 Monaten zu steigern. Die Adhärenz lag nach 6 Monaten bei 65%, was mit der Compliance bei einer Medikation korrespondiert¹²¹.

FaR ist heute in allen schwedischen Bezirken regional adaptiert implementiert und in der Grundversorgung weit verbreitet. Es ist zudem in der Spezialmedizin angewendet – besonders in der Psychiatrie¹²². Allerdings ist der Durchdringungsgrad des Programms noch gering: Lediglich eine von 1000 Personen, die für das Programm qualifizieren würden, werden FaR zugewiesen.¹¹⁶ Obwohl die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten in einer Umfrage angaben, bei gleicher Wirksamkeit physische Aktivität gegenüber einer Medikation den Vorrang zu geben*, und obwohl die Grundversorger glauben, dass die Beratung bezüglich des physischen Aktivitätslevels wichtig ist, wird nur eine Minderheit der Risikopatientinnen und -patienten im klinischen Setting

* Waiting Room Study (2001): Repräsentative Umfrage im Vorfeld der Lancierung von FaR zeigte, dass 9/10 Patienten im Wartezimmer Bewegung Medikamenten vorziehen, sofern sie die gleiche Wirkung erzielt.

diesbezüglich beraten und informiert. Dies ist ein Indikator dafür, dass Prävention in der Grundversorgertätigkeit weiterhin einen tiefen Stellenwert hat.

Das Konzept einer individualisierten Beratung in Kombination mit der engen Vernetzung des Gesundheitssystems und der NGOs zusammen mit der niederschweligen Zugänglichkeit auf mehreren Ebenen scheint einzigartig¹²².

Ein erfolgreiche Implementierung setzt jedoch das Zusammenspiel eines sozio-ökologischen Systemansatzes und der Stärkung der individuellen Motivation und Befähigung voraus¹²³.

Es braucht dafür die Unterstützung von Politik, Gesundheitssystem sowie allen Gesundheitsdienstleistern. Diese sollte durch nationale evidenz-basierte Empfehlungen und Richtlinien, sowie auch durch eine Berücksichtigung der Thematik innerhalb der Aus- und Fortbildung zum Ausdruck kommen. Solche Massnahmen bewirken eine Sensibilisierung und erhöhen die Legitimation der Anwendung von FaR. Um die vorhandenen Barrieren auf Seite der verschreibenden Gesundheitsfachleute (Grundversorger, Physiotherapeuten und weitere) abzubauen, sind Werkzeuge zur Implementierung und Strukturen zur Umsetzung (Task Shifting, Gesundheitscoaches o.ä.) notwendig¹²³.

Finanzierung

Der nationale Auf- und regionale Ausbau des Programms wurde durch die Schwedischen Gesundheitsbehörden (Swedish National Institute of Public Health) im Rahmen des nationalen Gesundheitsprojekts "Sweden on the Move" finanziert. Die Kosten, welche beim Grundversorger entstehen, gehen zu Lasten der staatlichen Krankenversicherung. Kosten, welche durch das Einlösen des Rezeptes, etwa bei zertifizierten Anbietern von Bewegungsprogrammen entstehen, werden teilweise durch die staatliche Krankenversicherung übernommen. Die Schwedischen Gesundheitsbehörden (Swedish National Institute of Public Health) empfehlen jedoch diesen Anteil zu erhöhen, um die Patienten zu entlasten.

6.6.3 Relevanz für Prävention in der Gesundheitsversorgung

FaR ist der Vorläufer für weitere, ähnliche Projekte wie "Sport sur ordonnance" (Strasbourg seit 2012, neu auch in Paris) oder "Bewegung als Medikament" (VAEB, Österreich). Die Wirksamkeit von vermehrter Bewegung für eine Prävention von NCDs ist in zahlreichen internationalen Studien evaluiert und wissenschaftlich breit dokumentiert.

Der Vernetzungsgrad der Projektbeteiligten ist beispielhaft: Die enge Zusammenarbeit vom Gesundheitswesen mit den zahlreichen Anbietern im Bereich physischer Aktivitäten (NGOs, Sportvereine, Patientenorganisationen, kommunale wie private Anbieter) trägt entscheidend dazu bei, den Aktivitätslevel zu erhöhen und aufrechtzuerhalten¹⁷⁶.

Mit der Vernetzung zwischen Gesundheitssystem und Gemeinwesen sowie der für alle Projektbeteiligten zugängliche gemeinsamen Patientendatenbank erfüllt FaR verschiedene zentrale Dimensionen einer effektiven Prävention in der Gesundheitsversorgung.

FaR ist ein gutes Beispiel eines Präventionsprogramms, welches evidenzbasiert und mit sehr einfachen Mitteln mittels einer breiten Vernetzung und verbindlichen nationalen Richtlinien und Empfehlungen Prävention für die meisten Patientinnen

und Patienten auf allen Stufen und in allen Lebensphasen effektiv betreiben kann.

6.6.4 Bibliographie

113. Leijon, ME et al., *Promoting Physical Activity*. Physical activity in disease prevention and treatment (FYsisk aktivitet i Sjukdoms- prevention och Sjukdomsbehandling – FYSS, fyss.se uploaded 2011. p. 1-67. 2011
114. *U.S. Department of Health and Human Services: Physical Activity and Health: Report of the Surgeon General*. Center of Disease Control and Prevention. National Center for chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta GA. 1996
115. *SNIPH 2010: National Guidelines for methods of preventing disease: Physical activity in prevention and treatment of disease. Professional Associations for physical activity*. <http://www.fyss.se> Swedish National Institute of Public Health SNIPH, Stockholm. 2010
116. Raustorp, A und Sundberg, CJ, *The Evolution of Physical Activity on Prescription (FaR®) in Sweden*. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie, 2014. **62**(2): p. 23-25.
117. *SBU 2007: Methods of promoting physical activity. A systematic literature survey. Summary in English*. . Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, Stockholm. 2007
118. Kallings, LV, *Physical Activity on Prescription: Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors*, in *Department of Neurobiology, Care Sciences and Society* 2008, Karolinska Institutet, Stockholm Sweden. p. 1-78.
119. Ham, SA et al., *Participation by US adults in sports, exercise, and recreational physical activities*. J.Phys.Act.Health, 2009. **6**: p. 1-10.
120. Heath, GW et al., *Evidence-based interventions in physical activity: lessons from around the world*. Lancet, 2012. **380**(9838): p. 272-281.
121. Kallings, LV, *Self-Reported Adherence: A Method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary health Care Patients*. Journal of Physical Activity and Health, 2009. **6**: p. 483-492.
122. Kallings, LV, *Individually adapted written prescription of physical activity - FaR®*. National Institute of Public Health, Östersund. 2011
123. Björnjesson, M und Sundberg, CJ, *FYSS (physical activity book for prevention and treatment): behavioral change also for the physician?* British Journal of Sports Medicine, 2013. **47**(15): p. 937-938.

6.7 Complete-Care-Programm von Kaiser Permanente – Integrierte Prävention als Teil einer integrierten Versorgung

Der amerikanische Gesundheitsdienstleister Kaiser Permanente gilt seit Jahren als Vorreiter einer bevölkerungsorientierten, integrierten Gesundheitsversorgung. Diese Case Study beschreibt das "Complete Care"-Programm von Kaiser Permanente Southern California, ein umfassendes Redesign der Prävention von chronischen Krankheiten und des Umgangs mit chronisch kranken Patientinnen und Patienten innerhalb der Grundversorgung, resultierend in einer deutlichen und überdurchschnittlichen Verbesserung von Qualitätsindikatoren.

6.7.1 Hintergrund

Die 1945 in Oakland, Kalifornien, gegründete Kaiser Permanente ist ein Krankenversicherungs- und Gesundheitsversorgungskonsortium, bestehend aus drei Teilen:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Krankenversicherer)
- Kaiser Foundation Hospitals (Spitäler)
- The Permanente Medical Groups (ärztliche Gruppenpraxen)

Das nicht gewinnorientierte Konsortium übernimmt als integrale Health-Management-Organization die medizinische Versorgung von ca. 11 Millionen Mitgliedern, davon je ca. 4 Millionen in Nord- und Südkalifornien, der Rest in 8 weiteren Bundesstaaten. Kaiser Permanente führt 38 Spitäler sowie 626 medizinische Praxen; es werden ca. 19000 Ärzte und Ärztinnen sowie ca. 51000 Pflegefachleute beschäftigt¹²⁴.

Aufgrund der speziellen Situation, dass in Kaiser Permanente der Krankenversicherer und die Versorgungsfunktionen Teil eines konsortialen Ganzen sind, herrschen innerhalb des Systems starke Anreize, Krankheitskosten zu vermeiden. *A priori* liesse sich vermuten, dass solche Anreize pervers wirken und in einer schlechten Versorgungsqualität resultieren. Im Falle von Kaiser Permanente scheint das Gegenteil eingetreten zu sein: Das Konsortium hat sich in den letzten 20 Jahren einen Namen gemacht für eine innovativ gestaltete Versorgung, die grossen Wert auf präventive Praktiken und auf ein gutes Management chronischer Erkrankungen legt¹²⁵. Gleichzeitig ist dabei die Qualität der Versorgung überdurchschnittlich hoch. Diese Erfolge haben dazu geführt, dass der Versorgungsansatz von Kaiser Permanente international auf grosses Interesse stösst und Gegenstand einer Vielzahl von Vergleichen und Fallstudien ist¹²⁶⁻¹²⁹. Die Versorgung zeichnet sich durch

- Prepayment-Ansatz / fixe Saläre für die Fachärzte der Grundversorgung
- Bevölkerungsorientierung
- Team-basierte, multiprofessionelle Grundversorgung
- Fokus auf Prävention und Management chronischer Erkrankungen, sorgfältige Planung und wenn möglich Minimierung von Spitalaufenthalten
- Hochentwickelte, über reine elektronische Patientendossiers hinausgehende IT-Systeme

Das Zusammenspiel dieser Faktoren für eine leistungsfähigere Prävention lässt sich am Reformprogramm "Complete Care" der Sektion Kaiser Permanente Southern California illustrieren.

6.7.2 Projekt

Das innerhalb von Kaiser Permanente Southern California (KPSC) eingeführte Programm "Complete Care" umfasst ein Bündel von Strategien und Massnahmen, um evidenzbasierte Prävention besser in die Gesundheitsversorgung einzubinden und - eng verknüpft mit ersterem - das Management chronischer Krankheiten zu verbessern. Es ist im Detail beschrieben in Kanter et al. (2013) im Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety und in Lindsay (2014) innerhalb der Harvard Business School Digital Initiative. Die folgende Beschreibung speist sich aus den genannten Quellen:

Die Ursprünge des Programms liegen in Initiativen zur Verbesserung der Versorgungsqualität seit dem Jahr 2004. KPSC hat den Anspruch, innerhalb nationaler Qualitätsmetriken¹³² im 90. Perzentil zu liegen, und musste 2004 konstatieren, dass dies nur bei 15 von 34 Parametern der Fall war; bei 11 Indikatoren lag KPSC sogar unter dem nationalen Durchschnitt. Gleichzeitig stellte KPSC fest, dass Defizite existierten, was die Leistungserbringung anging:

- Nicht alle evidenzbasiert indizierten präventionsmedizinischen Leistungen wurden konsistent erbracht.
- Es existierte keine einheitliche Grundlage für das Management chronischer Krankheiten. Wohl gab es verschiedene Programme, diese waren aber nicht aufeinander abgestimmt; die Einführung neuer Programme nahm zu viel Zeit in Anspruch, weil sie sich nicht von bestehenden Strukturen profitierten.
- Behandelnde Ärzte waren überlastet, teilweise mit Aufgaben, die auch von anderen Team-Mitgliedern hätten übernommen werden können.

In der Folge wurde ein Set von Strategien und Massnahmen entwickelt, um die Grundversorgung zu optimieren und einheitliche Strukturen für Prävention und das Management chronischer Krankheiten zu etablieren. Dieses Programm wird seit 2009 "Complete Care" genannt.

Kern des Programms sind folgende Elemente (adaptiert aus Kanter et al. (2013), Tabelle 1):

Aktive, team-basierte Versorgung in allen Settings (Proactive Office Encounters)

- Bei jedem Kontakt, unabhängig vom Anlass, kontrolliert das Team, ob Versorgungslücken bestehen und nimmt sich der Lücken an (beispielsweise ausstehende Vorsorgeuntersuchungen). Patienten erhalten am Ende des Kontakts Informationen und Instruktionen.
- Teile der präventionsmedizinischen Massnahmen werden von nicht-ärztlichen Team-Mitgliedern betreut.
- Es existieren standardisierte Prozesse, gestützt auf die klinischen Informationssysteme.

Ergänzende Massnahmen

- Case Management für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen
- Gesundheitsberatung (Health education and wellness, wellness coaching)
- Zentralisierte Outreach-Funktionen (Kommunikationsaufgaben im Management chronischer Krankheiten, für Screenings, Impfungen, bei nicht durchgeführten Tests)
- "Regional safety net": zentrales Safety-Net-Team stellt das Follow-up bei gewissen Indikationen sicher (beispielsweise positive Resultate bei Vorsorge-Screenings) und prüft auf schädliche Medikamenten-Interaktionen.

Klinische Informationssysteme

Es bestehen stark ausgebaut, miteinander vernetzte klinische Informationssysteme. Neben der Grundfunktion, allen Partnern im System die elektronischen Patientendossiers in Echtzeit zur Verfügung zu stellen, geht es um:

- Support für die "Proactive Office Encounters" durch Remindersysteme und Decision Workflows
- Für jeden Patienten, jede Patientin gibt es aufbereitete Echtzeit-Information zu seinem Status (präventionsmedizinisch, Vorliegen chronischer Erkrankungen)
- Regionale Register, Instrumente für die Identifikation von Versorgungslücken
- Management des Follow-ups, Konnex zu den Outreach-Systemen
- Patientinnen- und Patientenportal

Die verschiedenen Massnahmen wurden gestaffelt eingeführt und umfassen eine wachsende Gruppe von Krankheitsbildern und Präventionsthemen. Seit 2006 sind verstärkt auch Fragen des gesunden Lebensstils (Ernährungsberatung, Bewegung, Rauchstopp und andere) Teil des Programms (siehe Abbildung 11).

Complete Care Conditions/Preventive Needs and Tactics, 2005–2012

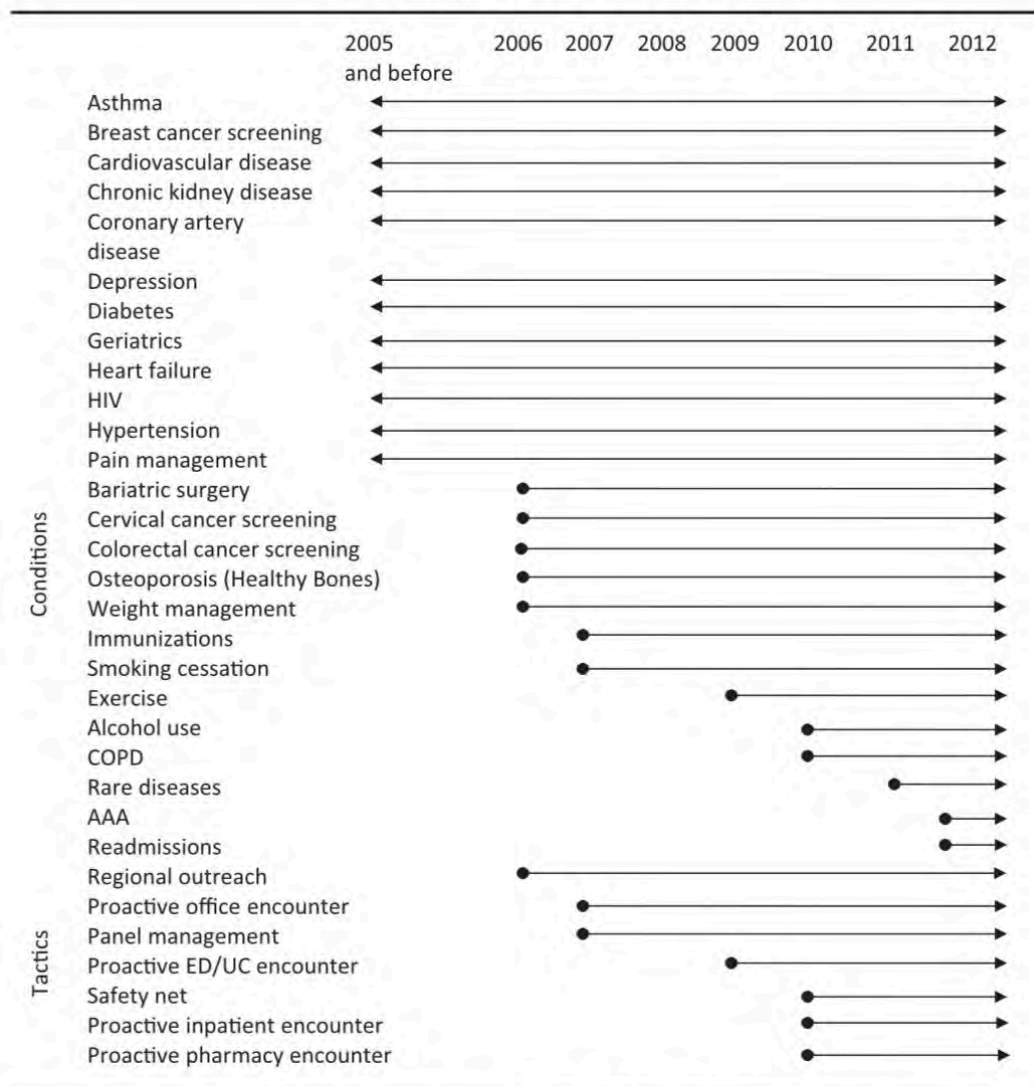


Figure 1. “Complete Care,” through a variety of tactics, has been applied across a growing portfolio of conditions and prevention needs. COPD, chronic obstructive pulmonary disease; AAA, abdominal aortic aneurysm; ED, emergency department; UC, urgent care. “Rare diseases” includes amyotrophic lateral sclerosis, Down syndrome, and spinal cord injury.

Abbildung 11: Entwicklung von Complete Care

Quelle: Kanter et al. (2013)

Outcomes

Zur Evaluation des Programms betrachten Kanter et al. (2013) das Abschneiden von KPSC bei Qualitätsindikatoren des Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS), einem Datenset, in dem über 90% der amerikanischen Krankenversicherer vertreten sind. Es wurden 51 Indikatoren analysiert, die spezifisch für Prävention und das Management chronischer Erkrankungen sind. Für die jeweiligen Indikatoren wurde das Abschneiden seit Start der jeweiligen

Complete-Care-Massnahme mit dem Status Quo im Jahr 2012 verglichen, relativ zum Abschneiden der anderen Provider.

Es stellte sich heraus, dass KPSC bei diesen Indikatoren eine stark überdurchschnittliche Verbesserung gelungen ist: Die durchschnittliche Verbesserung betrug ca. 13%, im Vergleich zu ca. 6% bei der Referenz. Im Jahr 2012 lag KPSC damit bei 41 von 51 Indikatoren im nationalen Vergleich im 90. Perzentil.

Finanzierung

Das Complete-Care-Programm ist im Kontext der Vergütungspraktiken innerhalb des Health-Managements-Konsortiums zu sehen: Die Permanente Medical Groups (PMGs), welche die medizinischen Leistungen erbringen, stehen in vertraglichen "risk sharing agreements" mit dem Kaiser Foundation Health Plan (KFHP), die beiden Seiten Anreize für verbesserte Effizienz gewähren¹³³. Die bei den PMGs beschäftigten Ärzte und Ärztinnen werden zu einem (kompetitiven) Grundgehalt beschäftigt und erhalten an Qualitäts- und Patientenzufriedenheits-Metriken gekoppelte Boni¹³³. Die Teile des Konsortiums sind via Quersubventionierungen miteinander vernetzt:

Cross subsidization between entities abounds. The PMG invest heavily in services that benefit the hospitals, the hospitals provide services to enhance the ED evaluation and treatment of patients that might otherwise have been admitted, and the health plan provides the massive capital needed to support the facilities and multiple systems including the clinical system HealthConnect.¹³³

6.7.3 Relevanz für Prävention in der Gesundheitsversorgung

Das "Complete Care"-Programm von Kaiser Permanente Southern California zeigt auf beeindruckende Weise, wie Gesundheitsversorgung bevölkerungsorientiert und auf die Erfordernisse der Prävention und des Managements chronischer Erkrankungen hin ausgestaltet werden kann.

Die wichtigste Innovation von "Complete Care" ist ein einheitliches System für den Umgang mit Prävention und mit chronischen Krankheiten; Speziallösungen für spezifische Risiken oder Krankheiten orientieren sich stets am einheitlichen System, wodurch in der Entwicklung und in der praktischen Anwendung Synergien entstehen. Das System richtet sich gleichermassen an Gesunde, Persons-at-Risk und chronisch Kranke; es reflektiert dabei, dass ein Kontinuum von (Primär-)Prävention bis zum Management chronischer Krankheiten existiert.

Viele der Massnahmen innerhalb von "Complete Care" dienen dazu, Prävention als integralen Teil der Grundversorgung zu verankern. Die team-gestützten "Proactive Office Encounters" mit ihren standardisierten Assessment- und Follow-Up-Prozessen, zusammen mit den Hintergrund-Leistungen wie Outreach (Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten) sind eine praktische Realisation des Gesundheitspfad-Konzepts. Die Prozesse werden gestützt und vernetzt durch leistungsfähige Health-IT-Systeme. "Complete Care" illustriert damit das Zusammenspiel verschiedener zentraler Dimensionen einer effektiven Prävention in der Gesundheitsversorgung.

Es ist klar, dass sich die hoch-integrierten Lösungen einer Health-Management-Organisation wie Kaiser Permanente nicht direkt im schweizerischen Kontext eines strukturell und von der Finanzierung her fragmentierten Gesundheitssystems anwenden lassen. Wohl aber lassen sich in ihnen

Erfolgsfaktoren erkennen für den Umgang mit Prävention und chronischen Erkrankungen.

6.7.4 Bibliographie

124. *Fast Facts About Kaiser Permanente*. Weblink: <https://share.kaiserpermanente.org/article/fast-facts-about-kaiser-permanente/>
125. Durham, ML, *Integrating Prevention Measures in a Healthcare System*. Präsentation am Uppsala Health Summit 2014. 2014
126. Crane, R und Porter, M, *On Overview of Kaiser Permanente: Integrated Health Care and Population Management*. Präsentation am Bertelsmann Health Policy Monitor Event "Expertendialog mit Kaiser Permanente", 18.10.2007. 2007
127. Global Knowledge Exchange Network (GKEN). *Kaiser Permanente (USA): A Population-Oriented Integration Model*. Weblink: http://gken.org/Synopses/IN_10001.pdf
128. McCarthy, D et al., *Kaiser Permanente: Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Health Information Technology*. The Commonwealth Fund. 2009
129. Standberg-Larsen, M, *Measuring Integrated Care*. Danish Medical Bulletin, 2011. **58**(2).
130. Kanter, MH et al., *Complete care at Kaiser Permanente: transforming chronic and preventive care*. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2013. **39**(11): p. 484-94.
131. Lindsay, G. *Transforming Care Delivery - Complete Care at Kaiser Permanente Southern California*. 2014. Weblink: <https://openforum.hbs.org/challenge/hbs-hms-health-acceleration-challenge/innovations/transforming-care-delivery-complete-care-at-kaiser-permanente-southern-california>
132. *Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS)*. Weblink: <http://www.ncqa.org/hedis-quality-measurement>
133. Pines, J et al., *Kaiser Permanente – California: A Model for Integrated Care for the Ill and Injured*. The Brookings Institution. 2015

6.8 Gesundes Kinzigtal – Managed Care und Prävention

Im baden-württembergischen Kinzigtal wird seit 2006 ein Modell integrierter Versorgung umgesetzt, das international grosse Beachtung findet. Das Modell gründet auf der Annahme, dass eine systematische Einbindung von Präventionsansätzen zu besserer Gesundheit und damit verbunden zu tieferen Krankheitskosten führen sollte. Die Betreibergesellschaft "Gesundes Kinzigtal GmbH" und das assoziierte Ärztenetzwerk erhalten aus den effektiven Kosteneinsparungen eine Beteiligung im Sinne einer Erfolgsprämie. Im Verlauf der letzten zehn Jahre gelang der Aufbau einer breiten Palette an Care-Management- und Präventions-Massnahmen, bei gleichzeitig besseren Gesundheitsoutcomes und hoher Patientenzufriedenheit.

6.8.1 Hintergrund

Die Fragmentierung der Gesundheitssysteme wird in vielen Ländern als grosses Problem empfunden. Um diesem zu begegnen, soll durch eine bessere Vernetzung der Fachdisziplinen und Sektoren (integrierte Versorgung) eine effizientere, wirksamere und nachhaltige Gesundheitsversorgung entstehen. Das traditionell eher auf die kurativen Aspekte der Gesundheitsversorgung gemünzte Konzept "integrierte Versorgung" wird dabei zunehmend um die Dimension präventiver Komponenten erweitert: so wird in der Publikation "Population health systems. Going beyond integrated care" des King's Fund (Grossbritannien) von "Population Health Systems" gesprochen.^{2, 3} Gemeint ist eine Erweiterung des "Integrated Care"-Gedankens zu einer breiteren Denkweise, die auch präventive Komponenten enthält und damit über die kurative Dimension hinausgeht. Derart gestaltete Systeme integrieren präventive Ansätze und beinhalten eine Verzahnung zwischen Grundversorgung und Akteuren der Prävention. Unter den Best-Practice-Beispielen für solche Systeme wird das Projekt "Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal" genannt.

6.8.2 Projekt

Das Projekt "Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal" (IVGK)¹³⁴ stellt eines der wenigen Modelle integrierter Versorgung in Deutschland dar. Es wurde unter der Ägide des Gesundheitswissenschaftlers Helmut Hildebrandt entwickelt. Dieser gründete im Jahre 2003 die Management- und Beteiligungsgesellschaft OptiMedis AG mit dem Ziel, regionale, multiprofessionelle Gesundheitsnetzwerke aufzubauen. Diese sollen eine Gesundheitsversorgung nach modernen gesundheitswissenschaftlichen Konzepten (Orientierung auf die Population, integrierte Versorgung, Komplementierung kurativer Praktiken durch Prävention) ermöglichen. Im Projekt IVGK erfolgt eine praktische Realisation dieser Konzepte.^{135, 136}

Die OptiMedis AG gründete im Jahre 2005 zusammen mit dem Ärztenetzwerk "Medizinisches Qualitätsnetz - Ärzteinitiative Kinzigtal" (MQNK) die Betreibergesellschaft "Gesundes Kinzigtal GmbH". In den Jahren 2005 und 2006 konnte die Gesellschaft mit den Krankenversicherern AOK Baden-Württemberg und LKK Baden-Württemberg Versorgungsverträge zum Betrieb eines "populationsbezogenen Integrierten Vollversorgungsmodells nach § 140 a-d SGB V".¹³⁶ Die Betreibergesellschaft finanziert dabei ihre Aktivitäten via ein "Einspar-Contracting"-Modell: Einsparungen durch tiefere Krankheitskosten innerhalb

IVGK (gemessen gegenüber Referenzwerten) kommen anteilsweise der Betreibergesellschaft zugute, siehe unten.

Im Rahmen von IVGK beziehen ca. 10'000 Versicherte der beiden Krankenversicherer Leistungen (30% der AOK/LKK-Versicherten).¹³⁷ Eine Teilnahme der Versicherten an IVGK bedeutet für diese keine Einschränkung der freien Arzt- und Spitalwahl; sie haben die Möglichkeit, einen "Arzt ihres Vertrauens" zu wählen, der sie bei der Koordination der Leistungen unterstützt und werden gebeten, ihre Patientendaten für elektronische Patientenakte und Datenverarbeitung im Rahmen von IVGK freizugeben. 50% der ansässigen Hausärzte und 90% der Fachärzte sind als Partner beteiligt. Insgesamt besteht eine Vernetzung mit über 270 Leistungs- und Kooperationspartnern.¹³⁶

IVGK sieht sich dem Grundsatz der Salutogenese verpflichtet (Erhaltung der Gesundheit via Vorsorge und Stärkung der persönlichen Ressourcen¹³⁶) und definiert als Hauptziel eine "Optimierung der Prävention sowie der medizinischen Versorgung bei gleichzeitiger Senkung der Gesundheitskosten"¹³⁶:

Gesundes Kinzigtal verfolgt die Idee einer Integrierten Versorgung konsequent, indem Patienten, Ärzte und Therapeuten, Kliniken sowie Krankenhäuser, Pflegedienste, Vereine, Fitness-Center und natürlich die beteiligten Krankenkassen eingebunden werden. Anspruch des Versorgungsmodells ist, einen dreifachen Nutzen für Patienten, Leistungserbringer und Krankenkassen zu erzielen:

1. Die Verbesserung des Gesundheitsstatus einer ganzen Population
2. Eine bessere und über die Sektoren hinweg integrierte Gesundheitsversorgung für Patienten im Alltag
3. Geringere Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit sowie Reduktion überflüssiger und nicht zielführender Ausgaben

Das Versorgungskonzept orientiert sich an Chronic Care-Modellen nach Wagner et al. (2001). Es betont präventive Praktiken und eine Aktivierung und Begleitung der Patientinnen und Patienten¹³⁵:

- Bei Eintritt in das System werden die Patientinnen und Patienten zu ihren gesundheitlichen Zielvorstellungen befragt, es findet eine Checkup-Untersuchungen statt, und es werden im Sinne eines Shared Decision Making partnerschaftlich individuelle Behandlungsziele erarbeitet.
- Die Behandlungsziele werden in formellen Zielvereinbarungen festgehalten.
- Die Patientinnen und Patienten werden an die Zielvereinbarungen unterstützende Gesundheitsprogramme verwiesen.
- Vorsorgeuntersuchungen werden systematisch angeboten.

Die angebotenen Gesundheitsprogramme der IVGK fokussieren erstens auf ein verbessertes Management von chronischen Krankheiten. Zweitens kommt der Prävention von NCD grosses Gewicht zu, mit Programmen zu Life-Style-Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit metabolischem Syndrom, Raucherentwöhnungsprogrammen, Osteoporosevorsorge und weiteren. Abbildung 12 zeigt die von 2006 bis 2012 entwickelten Aktivitäten.¹³⁵

Years	Activities of Gesundes Kinzigtal
2006	• Chronic heart failure management • Diabetes mellitus type II management • Breast cancer management • Shared decision training
2007	• Lifestyle intervention for patients with metabolic syndrome • Quit smoking programme • Active health promotion for elderly • Intervention by psychotherapists/psychiatrists in case of acute personal crises • Coronary heart disease management • Start of electronic integration of the Patient Health Records
2008	• Prevention of osteoporosis/osteoporotic fractures • Social case management • Asthma management • COPD management
2009	• Medical care for the elderly in nursing homes • Gesundes Kinzigtal gets moving initiative • Patient university classes initiative
2010	• Start of planning a health and fitness training centres • Better management of major depression • Start of central electronic patient records
2011	• Health promotion for small and medium-sized business and their employees • Physical exercises and treatment for patient with back pain • Early detection of treatment of rheumatic disorders • Hypertension and prevention of renal diseases • Improving medication adherence of elderly patients by distributing unit dose blisters
2012	• Coaching high cost patients • Health promotion programmes for the unemployed • Reduction of antibiotic medication for various indications • Music therapy for patients with chronic pain problems

Abbildung 12: Aktivitäten des IVGK 2006-2012

Quellen: Lupianez-Villanueva und Theben (2014), Hildebrandt (2012)

Die Aktivitäten und Programme finden in den Gebieten der Patientenaktivierung (inklusive Primärprävention), Sekundärprävention und Verhältnisprävention statt (Abbildung 13).

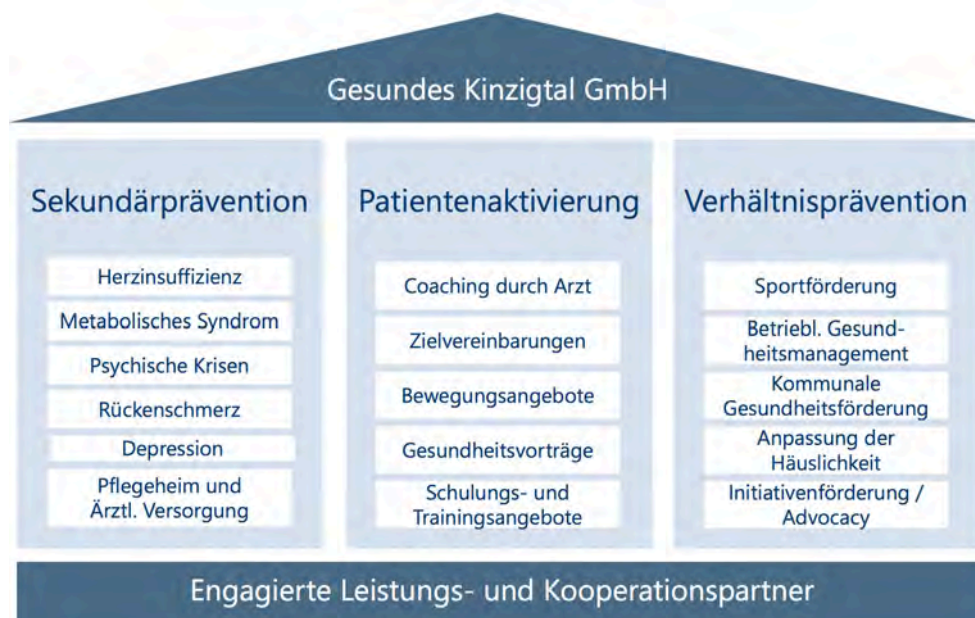


Abbildung 13: Spektrum der Aktivitäten IVGK

Quelle: Hildebrandt (2015)

Finanzierung

Vom Projektstart 2006 bis zur Mitte des Jahres 2007 konnte die IVGK von einer gesetzlich ermöglichten Anschubfinanzierung* durch die AOK von ca. 3 Millionen Euro profitieren.¹⁴⁰

Seit Mitte 2007 finanziert die Betreibergesellschaft ihre Aktivitäten ausschliesslich über ein radikales "Einspar-Contracting"-Modell^{140, 141}: Die Krankheitskosten der im Rahmen von IVGK behandelten Patientinnen und Patienten werden mit einer Referenzpopulation verglichen[†]. Entwickeln sich die Gesundheitskosten der IVGK-Population positiv im Vergleich zur Referenz, so erhält die Betreibergesellschaft einen Teil der eingesparten Kosten als Erfolgsbeteiligung. Daraus finanziert sie ihren Betrieb und die Weiterentwicklung der Gesundheitsprogramme. Diese "Wette" auf eine Wirtschaftlichkeit des Modells hat sich bisher gelohnt: Der Deckungsbeitrag von IVGK, definiert als die Differenz zwischen Ist-Kosten (effektive Krankheitskosten innerhalb von IVGK) und Norm-Kosten (durchschnittliche Kosten für vergleichbare Populationen ausserhalb von IVGK), hat sich positiv entwickelt. Im Jahre 2013 betrug er 4.7 Mio Euro, 7% der Ist-Kosten von 67.2 Mio Euro.¹³⁷

Die demonstrierte wirtschaftliche Tragfähigkeit und im Vergleich zum Status Quo höhere Effizienz des Modells führte dazu, dass die AOK im Jahr 2016 einer unbefristeten Fortführung des Vertrags zustimmte. Im neuen Vertrag werden die Anreizkomponente (Einspar-Contracting) beibehalten. Zusätzlich übernimmt IVGK neu die Verantwortung über das Budget für die vertragsärztlichen Leistungen. Die Gesellschaft kann damit zukünftig die Vergütungsstruktur für die kooperierenden Vertragsärzte in Eigenregie ausarbeiten.^{142, 143}

Outcomes

Die Entwicklung des Modells IVGK wird von Evaluationen begleitet, die von einer bei der Universität Freiburg eingerichteten Koordinierungsstelle organisiert und begleitet werden.¹⁴⁴

Eine fortlaufende Evaluation der "PMF forschungsgruppe" der Universität Köln untersucht die Versorgungsqualität. In einem Zwischenbericht aus dem Jahr 2014 mit Daten bis 2011 wird Evidenz präsentiert, dass sich die Versorgungsqualität im Rahmen von IVGK im Vergleich zu Standardversorgung positiv entwickelt hat, mit einer Abnahme von Fehlversorgung und Kosteneinsparungen bei Medikamenten, Hospitalisationen und Rehabilitationen. Gleichzeitig wurde gezeigt, dass keine Stichprobenverzerrung in Richtung einer initial gesünderen Patientenpopulation innerhalb von IVGK vorliegt.^{145, 146}

Optomedis AG selber berichtet über verschiedene positive Indikatoren. So sei die Häufigkeit osteoporose-assoziierten Knochenbrüche innerhalb von IVGK, generell die Anzahl Hospitalisationen, und die Sterberate bei chronischen Herzkrankheiten reduziert.^{137, 139, 147}

* Via das 2003 erlassene GKV-Modernisierungsgesetz

† Im Rahmen des Vertrags von 2006 unterschied sich die Vergütung der ärztlichen Leistungen per se innerhalb von IVGK nicht vom sonst in Deutschland üblichen Vergütungsmodell (fee-for-service-Leistungen, limitiert auf prädefinierte maximale Patientenzahlen und abhängig von Fallwerten (Taxpunkten)).

Wie eine medizinsoziologische Mitgliederbefragung ergab, erfreut sich IVGK einer hohen Patientenzufriedenheit: 91% der Befragten würden sich wieder einschreiben. Die Mitgliederbefragung konnte auch zeigen, dass die Teilnahme an Interventionen und insbesondere das Abschiessen von Zielvereinbarungen von den Patientinnen und Patienten als gesundheitsfördernd wahrgenommen wird (siehe Abbildung 14).¹⁴⁸

„Ich lebe jetzt insgesamt gesünder“ – positive Antwort korreliert mit der Intensität der Mitwirkung und Intensität der Interventionen von GK („GEKIM“-Befragung Universität Freiburg Mitgliederbefragung GK)

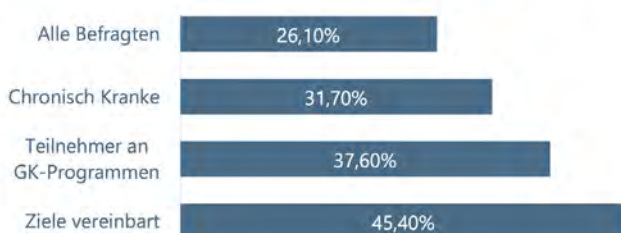


Abbildung 14: Effekt von Programmen und Zielvereinbarungen auf Selbstwahrnehmung

Quelle: Hildebrandt (2015)

6.8.3 Relevanz für Prävention in der Gesundheitsversorgung

Das Projekt Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) stösst international auf grosse Resonanz, weil es in konsequenter Weise moderne Konzepte der Gesundheitsversorgung erfolgreich in die Praxis umgesetzt. Es trachtet danach, die drei Ziele des Institute for Healthcare Improvement ("Triple Aim") zu erfüllen:

- Improving the patient experience of care (including quality and satisfaction);
- Improving the health of populations;
- Reducing the per capita cost of health care.

Ausgehend von Konzepten des Chronic-Care-Management, die eine Vernetzung der Versorger und eine aktive, selbstbestimmte Rolle der Patientinnen und Patienten befördern, wurde ein Versorgungsmodell geschaffen, in dem Elemente der Prävention ein integraler Bestandteil sind. Die Patientinnen und Patienten werden im Sinne eines Shared Decision Making in die Entscheidungsfindung einbezogen; in Zielvereinbarungen werden Wege zu einer besseren individuellen Gesundheit festgehalten. Es wurde eine breite Palette von Gesundheitsprogrammen initiiert, die einerseits einer besseren Versorgung insbesondere chronisch Kranker dienen sollen, andererseits der Prävention und Salutogenese. Unter letzteren finden sich auch in die Gesellschaft wirkende Aktivitäten und verhältnispräventive Massnahmen.

Das Modell ist von besonderer Eleganz, weil seine Entwicklung in einer radikal anreizbasierten Finanzierung aus den sich ergebenden Kostenvorteilen (geringere Krankheitskosten relativ zu Referenzpopulationen) gezahlt wird. Mit diesem Anreizsystem, dem Blick auf die Population und der angestrebten Vernetzung ist die Notwendigkeit verbunden, Gesundheitsdaten der Patientinnen und Patienten systemintern zur Verfügung zu haben und analysieren zu können. IVGK bemüht sich dementsprechend um moderne elektronische Patientenakten und wertet den Effekt der Gesundheitsprogramme in verschiedenen Studien aus.

Damit implementiert das Gesunde Kinzigtal alle zentralen Dimensionen einer erfolgreichen Prävention in der Gesundheitsversorgung.

Evaluationen bescheinigen dem System gute Behandlungsqualität - in vielen Bereichen überdurchschnittlich - und hohe Patientenzufriedenheit. IVGK zeigt also, dass es möglich ist, die Versorgung zu modernisieren und Präventionskomponenten einzubauen, bei gleichzeitig besserer Kostenperformance und ohne Abstriche in der Versorgungsqualität.

Die Frage, inwieweit die im Vergleich zur Regelversorgung günstigere Kostenentwicklung eine Folge der Präventionsmassnahmen und damit einer verbesserten Gesundheit sind, kann nicht abschliessend beurteilt werden. Verschiedene Indikatoren wie die Rate osteoporose-bedingter Frakturen oder die Mortalität bei chronischer Herzkrankheit zeigen positive Trends und sind Gegenstand laufender Auswertungen.

Kann man das System in die Schweiz übertragen? Das Ärztenetzwerk Salutomed in Zollikofen bejaht diese Frage und treibt das Projekt "Xunds Grauholz" voran, das in der Region Grauholz eine Gesundheitsversorgung nach dem Vorbild von IVGK einrichten möchte. Allerdings bestehen seitens der Krankenversicherer derzeit wenig Anreize, sich im Rahmen der OKP an einem solchen Modell zu beteiligen: Die Möglichkeit, den Krankenversicherer zu wechseln, steht dem Umstand entgegen, dass sich Investitionen in die Primärprävention in der Regel erst mittel- und langfristig positiv auf die Krankheitslast und Kosten auswirken.

6.8.4 Bibliographie

2. Alderwick, H et al., *Population health systems. Going beyond integrated care*. The King's Fund, London. 2015
3. The King's Fund. *Population Health Systems*. Weblink: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems> (Stand: 21.12.2015)
134. *Gesundes Kinzigtal*. Weblink: <http://www.gesundes-kinzigtal.de/> (Stand: 21.12.2015)
135. Lupianez-Villanueva, F und Theben, A, *Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems Phase 3 (SIMP3S): Gesundes Kinzigtal (Germany) - Case Study Report*. European Commission, Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies. 2014
136. Hildebrandt, H et al., *Gesundes Kinzigtal*. Bewerbung MSD Gesundheitspreis. 2013
137. Hildebrandt, H, *Integrierte Versorgung in der Praxis. Erfahrungen "Gesundes Kinzigtal"*. Präsentation, Berlin. 2015
138. Wagner, EH et al., *Improving chronic illness care: translating evidence into action*. Health Aff (Millwood), 2001. **20**(6): p. 64-78.
139. Hildebrandt, H, *Money for value instead of volume: The Kinzigtal-way to develop and measure value and health gain in a local area* Präsentation, "Chronic diseases"-Kongress, Universität Utrecht. 2012
140. Beck, TF, *Managed Care in der Leistungserbringung: Innovative Integrierte Versorgung als Chance für Krankenhäuser*. 2008, Igel Verlag.

141. Hildebrandt, H et al., *Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract*. Int J Integr Care, 2010. **10**: p. e046.
142. *Südwest-AOK verlängert IV-Vertrag*. Ärzte Zeitung, 25.06.2014
143. *Gesundes Kinzigtal: Erfolgreicher Vertrag mit AOK wird fortgeführt*. Weblink: <http://optimedis.de/aktuelles/598-gesundes-kinzigtal-erfolgreicher-vertrag-mit-aok-wird-fortgefuehrt> (Stand: 25.05.2016)
144. *Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal*. Weblink: <http://www.ekiv.org/de/index.php>
145. Köster, I et al., *Evaluationsbericht 2004-2011 für Gesundes Kinzigtal GmbH*. Köln, PMV Forschungsgruppe. 2014
146. Schubert, I et al., *Evaluation of the population based integrated Care System "Gesundes Kinzigtal": Results from the health care utilisation study over six years of observation*. Int J Integr Care, 2015. **15**(5).
147. Hildebrandt, H et al., *[Pursuing the triple aim: evaluation of the integrated care system Gesundes Kinzigtal: population health, patient experience and cost-effectiveness]*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2015. **58**(4-5): p. 383-92.
148. Siegel, A et al., *GEKIM - Gesundes Kinzigtal Mitgliederbefragung*. GEKIM-Bericht zur Mitgliederbefragung, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. 2013

6.9 Teamlet Model of Primary Care – Präventionsteams als Teil der Grundversorgung

Das "Teamlet Model of Primary Care" strukturiert die Aufgaben der Grundversorgung in der Prävention und Betreuung von chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten. Das Modell weist die Aufgaben einem Team aus Ärztin oder Arzt und Gesundheitscoach. Dadurch wird die Betreuung der Patientinnen und Patienten effektiver, präventiver und nachhaltiger.

6.9.1 Hintergrund

Team-Ansätze sind geeignet, die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und im Speziellen die Behandlung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten zu verbessern¹⁴⁹. Die Studie "The Teamlet Model of Primary Care" von Bodenheimer und Laing (2007) zitiert Studienergebnisse, die zeigen, dass eine der zentrale Praktiken der Grundversorgung, die 15-minütige Konsultation beim Hausarzt oder der Hausärztin, das sozial erwartete Spektrum an Gesundheitsleistungen in der bisherigen Form nicht mehr zu erbringen vermag:

- Fifty percent of patients leave the office visit without understanding what advice their physician gave¹⁵⁰.
- Physicians, according to 1 study, interrupted patients' initial statement of their problem in an average of 23 seconds; in 25% of visits the patient was unable to express his/her concerns at all¹⁵¹.
- It takes 7.4 hours per working day to provide all recommended preventive care to a panel of 2,500 patients, plus 10.6 hours to manage all chronic conditions adequately^{152, 153}.
- Forty-two percent of primary care physicians report not having adequate time to spend with their patients¹⁵⁴.

Zudem gibt es in der Hausarztpraxis viele Aufgaben, welche keinen medizinischen Abschluss erfordern. Dieser Umstand legt ein Task Shifting nahe. Bodenheimer und Laing (2007) schlagen aufgrund dieser Erkenntnisse vor, die 15-Minuten-Konsultation zu Gunsten eines Teamansatzes – dem "Teamlet Model of Primary Care" – zu ersetzen³².

6.9.2 Projekt

Das "Teamlet Model of Primary Care" ist ein Modell, welches die primäre Gesundheitsversorgung qualitativ erweitert. Die zentrale Idee dabei ist, dass beim Besuch in der Hausarztpraxis zwei Leistungserbringende tätig werden: der Arzt, die Ärztin und der Gesundheitscoach.

Die meisten Hausarztpraxen bestehen aus einem Team. Unabhängig von der Grösse und Funktionen dieses Teams ist die Dyade "Arzt – medizinische Assistenz" konstant. Das hier vorgestellte Modell transformiert diese klassische Dyade ein sogenanntes "Teamlet" -in ein kleines Team, welches lediglich einen kleinen Teil des gesamten Teams einer Hausarztpraxis (je nach Grösse und Ausrichtung aus Rezeptionisten, medizinischen Assistenten, Laboranten, Ernährungsberatern usw. bestehend) umfasst. Das Model propagiert die Ausbildung von medizinischen Assistenten (oder dafür qualifiziertem Personal) zu Gesundheitscoaches, welche über Fähigkeiten verfügen, Teile der Präventionsleistungen zu erbringen und die chronisch kranken Patientinnen und

Patienten beim Selbstmanagement ihrer Krankheit zu unterstützen. Jeder Patient, jede Patientin wird nach diesem Ansatz von diesem Kleinteam behandelt.

Strukturell besteht eine hausärztliche Untersuchung nach diesem Ansatz für einen Patientinnen und Patienten aus maximal vier Teilen: Einer Vorbesprechung mit dem Gesundheitscoach, der Untersuchung durch den Arzt, die Ärztin in Begleitung des Gesundheitscoachs, einer Nachbesprechung sowie der Nachbetreuung durch den Gesundheitscoach³²:

1. Vorbesprechung

Eine Vorbesprechung bei einem Gesundheitscoach soll die Ärztin, den Arzt von Routineaufgaben entlasten und eine Verbesserung der Prävention und Versorgung von chronischen Krankheiten bewirken: Vor der Vorbesprechung mit dem Patienten, der Patientin definieren Arzt, Ärztin und Gesundheitscoach die medizinischen Ziele. Während der danach folgenden Vorbesprechung ermittelt der Gesundheitscoach die zentralen Themen, welche die Patientin, der Patient zu besprechen wünscht, und vermittelt die mit dem Hausarzt festgelegten medizinischen Ziele. Dies hilft dem Arzt, der Ärztin einerseits Zeit zu sparen und andererseits das für die erfolgreiche Behandlung nicht förderliche hierarchische Gefälle der Arzt-Patientenbeziehung zu umgehen. Weiter eruiert der Gesundheitscoach die gesundheitliche Entwicklung der Patientin, des Patienten und überprüft seinen Medikamentenkonsum und führt schliesslich noch die erforderlichen Routinetests durch. Der Gesundheitscoach übernimmt die Verantwortung für präventive und chronische Krankheitstests gemäss einem klaren Protokoll oder basierend auf einer laufenden Dienstanweisung und in Abstimmung mit der Patientengeschichte. Er ergänzt laufend die (elektronische) Krankenakte und benutzt dazu einen spezifischen Fragebogen für jedes Symptom oder Krankheitsanzeichen.

2. Untersuchung durch die Hausärztin, den Hausarzt

Die ärztliche Untersuchung selbst findet ebenfalls in Anwesenheit des Gesundheitscoaches statt. Dieser assistiert der Ärztin, dem Arzt während der ganzen Konsultationsdauer durch Organisation, Administration und Protokollierung des Untersuchungsprozesses. Die Ärztin, der Arzt kann sich dadurch während der Patientenkonsultation auf die Patientin, den Patienten konzentrieren und auf die kognitiven Aufgaben von Diagnosestellung und Krankheitsmanagement und die Patientenbeziehung fokussieren.

3. Nachbesprechung

Das Ziel der Nachbesprechung ist ein informierter Patient, der motiviert sowie befähigt wird, seinen Gesundheitszustand selbstständig zu verbessern. Die Nachbesprechung folgt einem patientenzentrierten Ansatz, mit welchem der Coach versucht, eine Patientenbeziehung zu entwickeln, welche die Arzt-Patienten-Beziehung komplementiert. Kommunikationstechnisch stehen dabei Motivationale Interviews im Zentrum und die "closing the loop"-Technik, mittels derer der Patient, die Patientin eine Zusammenfassung der zentralen Punkte und Ratschläge der Konsultation generiert. Zusätzlich werden gemeinsam Ziele definiert und ein Aktionsplan entworfen. Der Gesundheitscoach wird sich abschliessend versichern, ob der Patient, die Patientin sich im Gesundheitssystem genügend gut zurechtfindet, um die Vereinbarungen erfüllen zu können.

4. Betreuungskontinuum

Zwischen zwei Hausarztbesuchen setzt der Gesundheitscoach seine Patientenbetreuung fort: Telefonisch und per Email wird der Kontakt zur Patientin, zum Patienten gesucht und Fragen über die Befindlichkeit oder das Lösen von Schwierigkeiten sollen den Patienten, die Patientin stärken, die gemeinsam vereinbarten Zielsetzungen zu fokussieren. Dabei liegt das Einhalten der erforderlichen Betreuungsfrequenz ganz in der Verantwortung des Gesundheitscoachs, und beansprucht diesen zeitlich ungefähr einen halben Tag pro Woche. Vice versa ist der Coach jederzeit für die Patientin, den Patienten erreichbar und offen, Fragen zu beantworten und je nach Komplexität berät er sich für die Beantwortung mit dem Arzt, der Ärztin.

Gesundheitlich unproblematische Patientinnen und Patienten benötigen nicht unbedingt die vollen Dienstleistungen ihres Gesundheitscoachs und man kann von der Vor- oder Nachbesprechung oder den regelmässigen Besuchen bei einem Gesundheitscoach auch absehen.

Der Ansatz des "Teamlet Model of Primary Care" verfolgt dabei fünf zentrale Ziele³²:

1. Durch die persönliche Beratung eines spezifisch ausgebildeten Gesundheitscoaches soll sich die Erfahrung der Hausarztbesuche für eine Patientin, einen Patient verbessern, sowie seine Selbst-Management-Fähigkeiten verbessern.
2. Eine Verbesserung der Prozess- und Outcome-Indikatoren für die chronische und präventive Gesundheitsversorgung durch die Delegation von medizinischen Routine-Prozessen auf der Basis von verbindlichen Dienstanweisungen (beispielsweise die periodische Cholesterin-Messung oder Mammographie anordnen).
3. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Hausärzte und Hausärztinnen durch die Auslagerung von Aufgaben, welche auch von nichtklinischem Personal erledigt werden können
4. Bereitstellung einer spezifischen Ausbildung, von Crosstrainings sowie ein Mentoring des Praxispersonals, um das volle Arbeitspotential aller Teammitglieder als qualifizierte Gesundheitscoaches zu erreichen.
5. Eine Reduktion der Gesundheitskosten durch die Vermeidung unnötiger Spitalaufenthalte und Notfälle durch den regelmässigen und persönlichen Einsatz der Gesundheitscoachs bei Hochrisikopatienten.

Erfahrungen aus der Praxis

Teamarbeit kann das Management von Prävention und chronischen Krankheiten in der Hausarztpraxis verbessern¹⁴⁹. Den Teamansatz in der Arztpraxis zu implementieren, steht jedoch vor spezifischen Herausforderungen³²:

- Um einen guten Workflow zwischen dem Team und Patienten zu generieren, schlägt das "Teamlet Model of Primary Care" ein kleines Team (Teamlet) von zwei Gesundheitscoachs pro Hausarzt vor, da die Gesundheitscoachs mehr Zeit mit der Patientin oder dem Patienten verbringen, als der Arzt, die Ärztin.
- Gesundheitscoachs sollten kulturell und sprachlich in Konkordanz zu ihren Patientinnen und Patienten stehen.

- Die Kontinuität der Betreuung ist eine Herausforderung. Je nach Setting kann die Kontinuität zwischen Patient und Arzt (e.g. im Setting einer Hausarztpraxis mit einer Ärztin, einem Arzt und mehreren Gesundheitscoachs) oder zwischen Gesundheitscoach und Patient (e.g. im Setting einer Praxis mit mehreren Teilzeit arbeitenden Ärztinnen und Ärzten und mehreren Gesundheitscoachs) erreicht werden.
- Es ist wichtig zu betonen, dass die Aufgabenteilung in einem Teamlet grundsätzlich variabel verteilt werden können. Wichtig ist eine explizite Kommunikation im Team diesbezüglich. Die kurzen Vorbesprechungen vor einer Patientenkonsultation sollen eben diese Funktion erfüllen.
- Was die Teamlet-Patientenbeziehung betrifft, so sind Grundregeln zwischen Coach und Ärztin, Arzt festzulegen, damit mögliche Unterschiede in der Patientenbeziehung nicht die Arbeit eines Teammitglieds untergraben, oder das Vertrauen des Patienten zum Arzt oder Coach beeinträchtigen.

Finanzierung des Teamlet Model-Ansatzes

Gemäss Bodenheimer ist das Teamlet Modell dann nachhaltig finanzierbar, wenn dies auch mit einer fundamentalen Tarifierreform einhergeht: Die bezahlten Leistungen müssten vom Arztbesuch entkoppelt und finanzielle Anreize für die Teambildung müssten werden¹⁵⁵. Allerdings ist zu erwarten, dass mit einem Team-Ansatz auch eine Erhöhung der Produktivität einer Praxis erzielt werden¹⁵⁵.

Bisherige Erfahrungen und Entwicklung des Teamansatzes in der Schweiz

Eine Umsetzung des Teamlet-Modells benötigt qualifiziertes Personal. In der Schweiz besteht seit 2001 ein klinisch fokussierter Studiengang auf Masterstufe. Die Absolventen und Absolventinnen tragen den Titel eines *Advanced Nursing Practitioner (ANP)*. Sie arbeiten vorwiegend an Spitälern und sind insbesondere für die Betreuung von chronisch Kranken geschult¹⁵⁶. Die personellen Ressourcen an spezifisch ausgebildeten MTAs oder ANPs sind in der Schweiz knapp. Im Kantonsspital Winterthur arbeiten seit 2014 acht speziell ausgebildete Pflegefachleute in chirurgischen Ärzteteams. Im Rahmen eines dreijährigen Pilotprojekts betreuen die sogenannten *Clinical Nurses* stabile Patientinnen und Patienten, führen Visiten durch und dokumentieren die Behandlungen. Den Assistenzärzten und -ärztinnen bleibt dadurch mehr Zeit fürs Operieren. Auch im Kantonsspital Luzern sind ähnliche Programme geplant. Pflege-Expertinnen sollen dort eigene Sprechstunden abhalten, Parkinsonpatienten in der Medikation anleiten und diese anpassen dürfen¹⁵⁷.

Teamansätze im Bereich der Grundversorgung sind bis anhin nur aus Einzelinitiativen entstanden:

- In der Gemeinschaftspraxis *Medizentrum Schüpfen* im Berner Seeland seit vier Jahren eine Pflegefachfrau mit Masterabschluss zusammen mit sechs Hausärzten und anderen Gesundheitsfachleuten. Sie hält dort eine eigene Sprechstunde, in welcher sie chronisch Kranke betreut, Hausbesuche macht und eng mit der Spitex zusammenarbeitet¹⁵⁷.
- Das Ärztenetzwerk *Wintimed* startet mit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) demnächst einen in Winterthur Pilotversuch¹⁵⁷: Eine Pflegeexpertin soll im Auftrag der Hausärzte bei den

Patienten Hausbesuche machen, für welche die zeitlichen Ressourcen der Ärzte fehlen. Frühere Studien der Fachhochschule ZHAW zeigten, dass Besuche von Pflegefachleuten präventiv wirkten und Spitaleinweisungen verminderten¹⁵⁷. Die Finanzierung des Pilots wird zwar von Bund und Kanton unterstützt¹⁵⁷.

Aus einer Studie des Büro BASS zum Thema *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute* im Auftrag des Obsan geht hervor, dass Teamansätze mit spezialisierten Pflegefachkräften oder anderen dafür qualifizierten nichtärztlichen Fachkräften für Grundversorger und Grundversorgerinnen sowohl substitutiv und entlastend als auch effektiv sind¹⁵⁶.

Das Teamlet-Modell als Element einer modernen Grundversorgung

Das Teamlet-Modell ist ein Element einer integrierten und koordinierten Grundversorgung. Das Konzept einer solchen Versorgung kommt zum Ausdruck in Barbara Starfields vier Pfeilern ("First-contact care, continuity of care, comprehensive care and coordination of care")¹⁵⁸ oder den Prinzipien eines Patient-centered Medical Home⁴⁵. Versorgungsmodelle wie dasjenige von Kaiser Permanente orientieren sich stark an diesen Konzepten (siehe Kapitel 6.7). Thomas Bodenheimer selber schlägt in seiner Studie "The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care" zehn Bausteine vor, die der Operationalisierung solcher Versorgungskonzepte dienen¹⁵⁹:

1. Engagierte Führung auf allen Hierarchielevels einer Praxis und die Verfolgung konkreter und messbarer Ziele.
2. Datengesteuerte Verbesserung des Gesundheits-Monitoring bei Patientinnen und Patienten. IT-gestützte, für das gesamte Praxisteam sichtbare Datencharts sowie die Diskussion von Performance-Daten in Teamsitzungen.
3. Empanelment: Zuweisung der Patientinnen und Patienten an ein bestimmtes Care-Team der Praxis. Die Verantwortungsübernahme des Teams gegenüber seinem Patientenpanel ermöglicht eine Behandlungskontinuität und verstärkt so die Patient-Teambindung. Zudem kann die Patientenpanelgrösse der Kapazität des Teams angepasst werden. Das Empanelment ist auch essentiell für die Identifizierung der Patientenpopulation und deren Management.
4. Teamlet-Modellansatz: Grosse Teams in einer Gemeinschaftspraxis bilden untereinander wiederum die oben beschriebenen Teamlets (kleine Teams – bestehend aus Ärztin, Arzt und einem medizinischem Assistenten) und teilen sich die Verantwortung über ihr Patientenpanel und die anfallenden Aufgaben.
5. Patient-Team-Partnerschaft: Gemeinsam definierte Ziele (shared decision-making) und Gesundheitscoaching bei chronischen Patienten (self-management-support).
6. Populationsmanagement: Für die gut funktionierende Praxis müssen die Bedürfnisse der Patientenpanel stratifiziert werden, und die spezifische Rolle der Teams definiert und diesen entsprechend angepasst werden. Drei populationsbasierte Funktionen liefern die bedeutendsten Möglichkeiten zur Aufgabenteilung (sharing the care): dezidiertes

Panelmanagement; Gesundheitscoachs und komplexes Care Management durch punktueller Einsatz von externen Gesundheitsdienstleistern (e.g. Sozialarbeiter; Psychologin) für Patientinnen und Patienten, die beispielsweise psychologisch und medizinisch komplexe Bedürfnisse aufweisen, oder die hochfrequente und kostspielige Behandlung benötigen.

7. Behandlungskontinuität ist mit verstärkter Prävention und Chronic Care, einem verbesserten Patient-Arzt-Erlebnis sowie mit tieferen Kosten assoziiert. Sie ist via Empanelment (Baustein 3) zu erreichen, welches jedem Patienten einem Arzt-Assistenten-Teamlet zuordnet.
8. Prompter Zugang zur Grundversorgung: Verminderung von Wartezeiten durch 1. die Kontrolle von Panel-Grösse (Baustein 3) und 2. durch Bildung von kapazitätsteigernden Teams (Baustein 4).
9. Umfassende und koordinierte Versorgung: Einer von den vier essentiellen Grundpfeilern der Grundversorgung gemäss Starfield (1992) ist die Möglichkeit, die gesundheitlichen Bedürfnisse der meisten Patienten umfassend zu erfüllen. Wenn sich die Bedürfnisse einzelner Patienten als komplexer erweisen und in der Praxis nicht erfüllt werden können, so muss der zweite Grundpfeiler - die Koordinierte Pflege - greifen. Dies geschieht mittels Einsatz von weiteren Gesundheitsdienstleistern (e.g. Spitäler, Apotheken und Spezialisten). Eine gut koordinierte Versorgung verlangt nach Teams; viel beschäftigte Ärzte haben nicht die Kapazität und den Überblick, die Koordination der spezifischen Behandlung jedes einzelnen Patienten in den verschiedenen Gesundheitsinstitutionen zu übernehmen. Ärzte hätten zukünftig mehr Zeit pro Patient und weniger Konsultationen insgesamt. Stattdessen existierten Zeitintervalle für diversen e-Visiten. In einem Teamlet-Setting würden die Ärzte so eine neue Rolle als medizinischer Leiter und Mentor übernehmen.
10. Template einer zukünftigen Grundversorgung: Es wäre wünschenswert, dass die traditionelle 15-Minuten-Konsultation aufgelöst wird, und die Behandlung stattdessen flexibel mit e-Konsultationen (Skype, Emails, SMS), Telefongesprächen, Gruppenmeetings und Konsultationen mit Team-Mitgliedern gestaltet werden kann. Daran hängt auch eine Veränderung des Vergütungsmodus, welcher zukünftig die Rückerstattung von Gesundheitsdienstleistungen von nichtärztlichem Personal akzeptiert. Einzelne Praxen bekommen in den USA *non-visit-based coordination and pay for performance*- Zahlungen zusätzlich zu ihren *Fee-for-Service-Zahlungen*. Transformativer wäre es, die *Fee-for-Service-Zahlungen* gänzlich zu eliminieren und Zahlungen pro Patient gemäss seinem Risiko und Gesundheits- und Versorgungsbedürfnis zu leisten mit Regulierungen bezüglich Qualität und Patientenerfahrungen. Wenn diese Praxis so zukünftig Notfälle und Spitalkosten bei ihren Patientinnen und Patienten vermindern kann, so könnten die Praxen dementsprechende Anteile der eingesparten Kosten rückvergütet bekommen.

6.9.3 Relevanz für Prävention in der Gesundheitsversorgung

Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten einer durchschnittlichen Hausarztpraxis sind vielfältig und dementsprechend aufwendig ist deren Erfüllung. Die Betreuung sollte deshalb vermehrt in Teamarbeit erfolgen. Das

"Teamlet Model of Primary Care" von Thomas Bodenheimer et al. ist ein gut evaluierter Ansatz, welcher auf die spezifischen Herausforderungen und das Potential von Teamarbeit in der Hausarztpraxis fokussiert, und speziell auf die Integration der Prävention in die Grundversorgung und auf das Management von chronischen Krankheiten Grundversorgung eingeht. Es ist ein Element einer integrierten und koordinierten Grundversorgung.

Das Modell bietet Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung von Prävention und Chronic Care Management in der Hausarztpraxis. Die praktischen Studien seit der Vorstellung des Teamlet-Modells zeigen, dass Teamarbeit das Management von Prävention und chronischen Krankheiten in der Hausarztpraxis verbessert, dass eine Aufgabenteilung mit spezifisch ausgebildetem Fachpersonal der Entlastung der Ärztin, des Arztes dient und gleichzeitig die Behandlungsqualität und Adhärenz der Patientinnen und Patienten verbessert werden^{149, 159}.

Studien zufolge erreichen die Tätigkeiten der auf Tertiärstufe ausgebildeten nichtärztlichen Gesundheitsdienstleister ausserdem eine Qualität, welche hohen medizinischen und pflegerischen Ansprüchen genügt, so dass die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden kann¹⁵⁶.

In seiner Funktion als Bindeglied zwischen Arzt und Patient und als Vermittler und Dienstleister von Prävention und Chronic Care schliesst ein Gesundheitscoach eine Lücke in der Gesundheitsversorgung in Hinblick auf die Prävention und Betreuung von chronisch erkrankten Menschen.

Eine breite Implementierung des Ansatzes ist mit den aktuellen Vergütungsmodellen in der Schweiz derzeit nicht möglich: Die von der OKP vergüteten Tarife für die Grundversorgung weisen einen zeitlich nur sehr limitierten Spielraum für präventive Leistungen auf.

Angesichts des absehbaren Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten sowie des Umstands einer wachsenden Anzahl von Patientinnen und Patienten mit chronischen, multimorbiden Belastungen, ist allerdings der stärkere Einbezug nichtärztlicher Berufsleute ein bedeutender Ansatz zur Milderung der "Krise in der Grundversorgung" in der Schweiz¹⁵⁶.

6.9.4 Bibliographie

32. Bodenheimer, T und Laing, BY, *The Teamlet Model of Primary Care*. Annals of Family Medicine, 2007. **5**(5): p. 457-461.
45. American Academy of Family Physicians (AAFP) et al., *Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home*. 2007
149. Chen, EH et al., *Using the Teamlet Model to improve Chronic Care in an Academic Primary Care Practice*. Journal of General Internal Medicine (JGIM), 2010. **25**(4): p. 610-614.
150. Roter, DL und Hall, JA, *Studies of doctor-patient interaction*. Annu Rev Public Health, 1989. **10**: p. 163-80.
151. Marvel, MK et al., *Soliciting the patient's agenda: have we improved?* JAMA, 1999. **281**(3): p. 283-7.
152. Yarnall, KS et al., *Primary care: is there enough time for prevention?* Am J Public Health, 2003. **93**(4): p. 635-41.

153. Ostbye, T et al., *Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care?* Ann Fam Med, 2005. **3**(3): p. 209-14.
154. Center for Studying Health System Change. *Physician Survey*. Weblink: <http://CTSONline.s-3.com/psurvey.asp>
155. Ghorob, A und Bodenheimer, T, *Building Teams in primary care. A practical guide*. Families, Systems, & Health®, 2015. **33**(3): p. 182-92.
156. Künzli, K und Detzel, P, *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufe: Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen*. Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) im Auftrag des Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). p. 1-85. 2007
157. Müller, S und Anderegg, S, *Jetzt übernehmen Pflegefachleute ärztliche Aufgaben*. Tagesanzeiger, 22.02.2016. **124**(43): p. 17.
158. Starfield, B, *Primary Care: Concept, Evaluation and Policy*. 1992, New York; NY: Oxford University Press.
159. Bodenheimer, T et al., *The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care*. Annals of Family Medicine, 2014. **12**(2): p. 166-171.

6.10 Integrated Neighbourhood Approach – Nachbarschaft als Ressource für den Erhalt von Autonomie

Prävention bei alten und hochbetagten Personen verlangt einen starken Bezug zur Lebensumgebung. Der Integrated Neighbourhood Approach fördert eine patientenzentrierte Prävention, in der das soziale Netzwerk der Nachbarschaft als eine zentrale Ressource integriert wird. Wesentlich ist zudem die Förderung der Selbstmanagement-Fähigkeiten der Betroffenen, als Erfolgsfaktor für den Erhalt von Autonomie. Projekte, die diesen Ansatz umsetzen, verbinden Gesundheitsversorgung, Akteure der öffentlichen Gesundheit und Gemeindearbeit.

6.10.1 Hintergrund

Demographische Veränderungen führen zu einer Zunahme des Anteils der alten und betagten Bevölkerung. Dies stellt die Gesundheits- und Sozialsysteme vor grosse Herausforderungen und belastet die Familien stark¹⁶⁰. Im heutigen Ringen der westlichen Industrie-Nationen um die Balance zwischen der Versorgung einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen und einem effektiven Einsatz knapper formeller und informeller Ressourcen sind neue Modelle der Angehörigen- und Nachbarschaftshilfe gefragt¹⁶¹.

Im Zentrum stehen "Ageing in place"-Strategien: Die Möglichkeit für ältere Leute, zu Hause älter zu werden (Ageing in place) und dabei kontinuierlich in ihrer Nachbarschaft zu verbleiben, ist von sozialem wie von ökonomischem Wert¹⁶². Eine wichtige Bedingung für ein gesundes und unabhängiges Leben ist ein funktionierendes soziales Netzwerk in der Nachbarschaft¹⁶⁰. Menschen, die in stabilen, gut funktionierenden sozialen Netzwerken leben, erhalten und geben mehr Unterstützung, sind psychologisch resilienter, leben länger und gesünder.¹⁶³

Soziale Unterstützung ist in jeder Lebensphase entscheidend; im Alter ist sie aber aufgrund von Gebrechlichkeit und multimorbiden chronischen Erkrankungen besonderes dringlich. Es braucht einen integrativen Nachbarschafts-Ansatz (Integrated Neighbourhood Approach (INA)), denn nachbarschaftliche Lebensgemeinschaften sind Ko-Produzenten von Gesundheit und Lebensqualität¹⁶⁴. INAs bestehen aus der koordinierten und Verantwortung übernehmenden Zusammenarbeit von Gemeinden, Sozial- und Gesundheitswesen, informellen Pflegedienstleistern, Freiwilligenarbeit, Kirchen, Schulen sowie privaten Dienstleistern, welche so der Fragmentierung der aktuellen Dienstleistungen entgegenwirken. Nur so können laut van Dijk et al. die komplexen Bedürfnisse der älteren Bevölkerung adäquat erfüllt werden¹⁶⁴.

Zur Förderung von unterstützenden und alters-freundlichen Umgebungen stellte die WHO 2007 ihren Leitfaden zur Entwicklung von "Global age-friendly cities"¹⁶⁵ vor. Die WHO identifizierte zentrale Aspekte der Nachbarschaftsverhältnisse in acht Bereichen: Öffentliche Räume und Gebäude, Transport, Wohnraum, soziale Partizipation, Respekt und soziale Akzeptanz, Bürger-Engagement, Kommunikation und Information sowie Gemeinde-Support und Gesundheitswesen.

Dieses WHO-Rahmenkonzept beleuchtet die Breite der Themen, von welchen die unterstützende Wirkung einer Nachbarschaft abhängt, und zeigt, dass sich

diese Bereiche entlang eines Kontinuums von zwei zentralen Dimensionen gruppieren (vgl. Abbildung 15)¹⁶⁰: Die vertikale Achse beschreibt dabei das Kontinuum von wichtigen Elementen im Bereich der physischer Infrastruktur und materiellen Dienstleistungen (i.e. Aussenplätze, Gebäude, Wohnungen, sowie Transportwesen) und der zweiten Dimension der sozialen Umgebung mit Elementen wie Respekt oder Bürgerengagement. Oft unterstützen Elemente der physischen Infrastruktur die soziale Dimension: Beispielsweise ermöglicht die Anwesenheit eines Lebensmittelladens die Versorgung mit notwendigen Ressourcen, dient jedoch gleichzeitig in der sozialen Dimension als wichtiger Treffpunkt der Nachbarschaft.

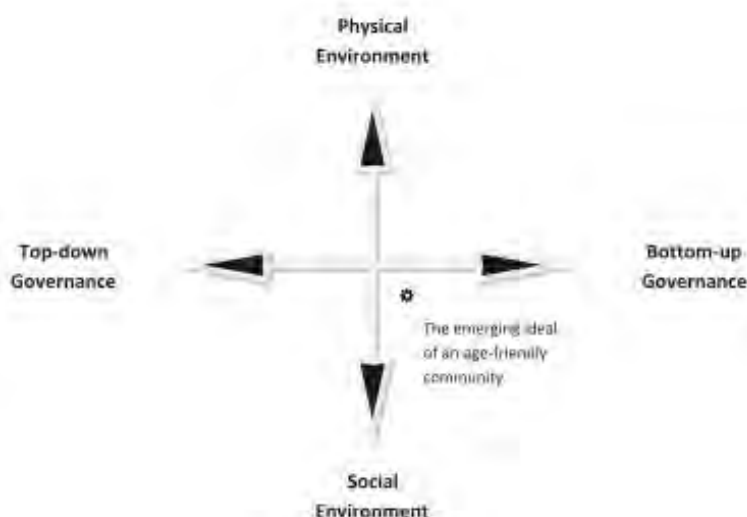


Abbildung 15: Zentrale Dimensionen eines alters-freundlichen Lebensraums

Quelle: Lui et al. (2009)

6.10.2 Integrated Neighbourhood Approach in Rotterdam

Der Integrated Neighbourhood Approach ist ein holistischer Ansatz, welcher darauf abzielt, resiliente Lebensgemeinschaften aufzubauen, welche durch die verbesserten Lebensbedingungen in der Lage sind, sicherer, gesünder und sozial weniger depriviert zu leben. Van Dijk und Cramm¹⁶⁴ zeigen auf, dass INA die vorhandenen nachbarschaftlichen Ressourcen effektiv nutzen will, um die Empfänglichkeit der Gemeinschaft für die spezifischen Bedürfnisse der Älteren zu steigern und die personen- und populationszentrierte Versorgung zu verbessern. Dabei geht es vor allem um die koordinierte Zusammenarbeit von Gesundheitsfachleuten und Sozialarbeitern mit den in der Nachbarschaft vorhandenen informellen Pflege- und Unterstützungs-Ressourcen von Nachbarn, Angehörigen und Freunden.

Um dies zu erreichen, muss INA Versorgungs-Barrieren überwinden, die Netzwerke zwischen den unterschiedlichen Akteuren der Gesundheitsversorgung stärken und die informelle Unterstützung durch Nachbarn, Angehörige und Freunde fördern. Ein besonderer Fokus wird dabei auf die Zusammenarbeit von formeller und informeller Unterstützung in der Gemeinschaft gelegt, da der Erfolg des Ansatzes vom Zusammenspiel beider Akteurgruppen abhängig ist.

In Rotterdam wurde dieses Konzept im Rahmen des "National Care for the Elderly Programm" ab 2011 durch das Projekt "Let's Talk" implementiert. "Let's

Talk" wurde durch die Gemeinde Rotterdam, die lokalen Gesundheits- und Sozialhilfeorganisationen, die Erasmus Universität, die Hochschule für angewandte Wissenschaften und das Geriatrie-Netzwerk Rotterdam durchgeführt.

Im Zusammenhang mit INA wurden Nachbarn sowie Sozial- und Gesundheitsarbeiter sensibilisiert und aufgefordert, alte und betagte Personen in ihrer Nachbarschaft zu beobachten und Anzeichen für Gebrechlichkeit den INA-Teams zu melden, da Früherkennung und Case Finding entscheidend sind, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern und die Autonomie zu erhalten. Dabei spielen Schlüsselpersonen (Key Figures) als Teile der Nachbarschaft eine wichtige Rolle, weil sie als "Auge und Ohr" der lokalen Gemeinschaft am besten informiert sind. Diese Personen werden identifiziert und erhalten eine entsprechende Rolle im Projekt. Erhält das INA-Team ein Signal, dass eine alte Person Probleme im Alltag hat, wird dieses aktiv. Die INA-Fachleute besuchen die betroffene Person zu Hause, erfassen deren Wünsche und Bedürfnisse und suchen Lösungen in den formellen und informellen Netzwerken, wobei informelle Unterstützung Vorrang hat (vgl. Abbildung 16).

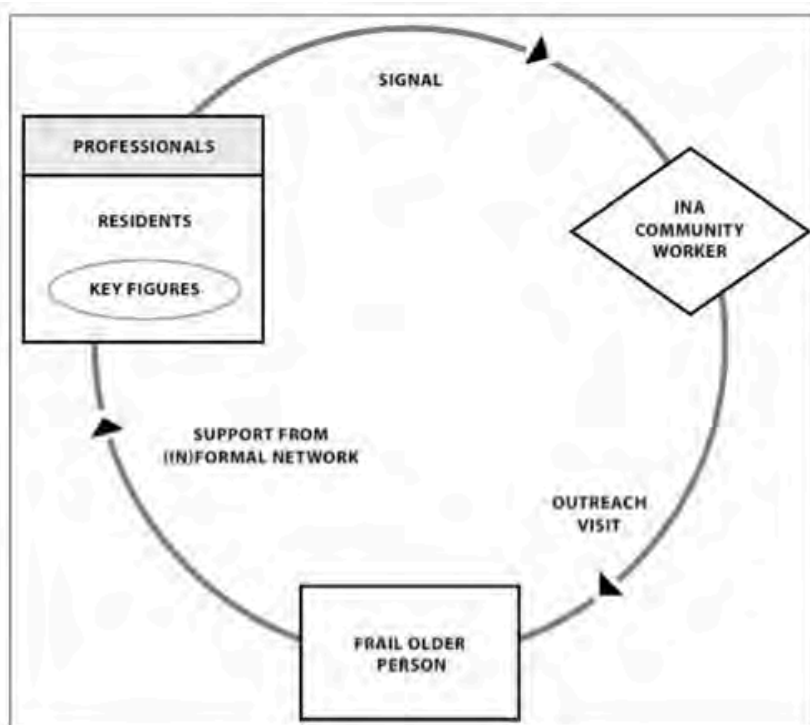


Abbildung 16: Arbeitsmethode von INA Rotterdam.

Quelle: van Dijk et al. (2016)

INA operiert in einem Gesamtrahmen, der sowohl die Systemebene (Makro-Ebene), die Organisations- und Strukturebene (Meso-Ebene) wie auch die Interaktionsebene (Micro-Ebene) umfasst (vgl. Abbildung 17). Dieser Rahmen soll personenzentrierte und populationsorientierte Unterstützung integrieren.



Abbildung 17: Integrated Care Model nach van Dijk et al. (2016)

Quelle: van Dijk et al. (2016)

Eine Evaluation des Projektes in Rotterdam zeigte, dass diese Integration nur gelegentlich erfolgreich war:

Micro-level bottom-up initiatives were not aligned with top-down incentives, forcing community workers to establish integration *despite* rather than *because* of meso- and macro-level contexts.

[...]

Although not addressed in many integrated care and support models, the community level was found to be critical in engaging community members and resources when meeting older people's needs. Our study indicated the importance of community workers' understanding of community standards and norms.¹⁶⁴

Die Ursache dafür sah die Evaluation in der mangelnden Ausrichtung des Systems auf die Ziele von INA. Die Anreize im System behinderten die notwendige Zusammenarbeit. So waren die unterschiedlichen Finanzierungsquellen für Gesundheit und Soziales und eine fehlende gemeinsame Budgetverantwortung ein wesentliches Hindernis¹⁶⁴.

6.10.3 Integrated Neighbourhood Approach for the Aging population (INAA) in Twente

Eine weitere niederländische Region, welche einen INA in einem Pilotprojekt umsetzt, ist Twente: Die Bevölkerung dieser Region weist gemessen an der Lebenserwartung und Mortalitätsrate den schlechtesten Gesundheitszustand in ganz Niederlanden auf. 72% der Einwohner weisen ein tiefes Bildungsniveau auf, welches mit tieferen Einkommen, Übergewicht, physischer Beeinträchtigung, Stürzen und chronischen Krankheiten im Zusammenhang steht. 40% der älteren Bevölkerung beschreibt sich als einsam. Zusammen mit einem tiefen Bildungsniveau steigt das Risiko, eine Depression oder eine Angststörung zu entwickeln.¹⁶⁷

Die Region gilt aber auch als Innovationszentrum für den Bereich gesundes Altern, mit einer regen Forschungs- und Entwicklungstätigkeit¹⁶³ und der Stadt Enschede als "Reference Site" der "European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing"¹⁶⁸. Im Rahmen einer Case Study des europäischen "Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems Phase 3 (SIMPHS3)"-Programms wird das INAA-Projekt detailliert beschrieben¹⁶³.

Das INAA-Projekt von Twente zielt darauf ab, das subjektive Wohlbefinden und das Gefühl von Autonomie der älteren und gebrechlichen Bevölkerung zu erhöhen und die Bewegungsaktivität zu verbessern. Durch die Förderung der sozialen Beteiligung sowie durch die Erhöhung der Selbstmanagement-Fähigkeiten soll die Resilienz und die Autonomie weiter gefördert werden. Die Massnahmen beruhen auf drei Säulen:

- Präventive Hausbesuche,
- darauf aufbauende Angebote für Aktivitäten (meist Gruppenprogramme),
- sowie ein Screening für ältere Personen durch ein IT-gestütztes Selbstmanagement-Programm.

Letzteres beinhaltet Früherkennungsmöglichkeiten durch internetbasierte Instrumente, welche Wohlbefinden und physische Aktivität testen und Empfehlungen abgeben, wie die physische Aktivität verbessert werden kann. Zusätzlich bieten die Instrumente Informationen über Ernährung, Krebs-Rehabilitation und geriatrische Rehabilitation.

Das INAA-Konzept erfordert nebst Kommunikation eine intensive Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der Gesundheitsversorgung und des Sozialsystems. INAA integriert die Dienstleistungen der verschiedenen Akteure auf der Ebene der Versorgungspfade: Es verbindet Grundversorger, Nachbarschaftsräte, Spitäler, Spitex-Organisationen, Gemeindeverwaltung und die Versicherer. Diese Akteure arbeiten zusammen, um integrierte Versorgungsdienstleistungen anzubieten. INAA hat aber keinen Anspruch auf Integration der Finanzierung, der Administrationen oder der Organisationen.

Die drei Projektkomponenten waren im Jahr 2015 praktisch vollständig implementiert. Aufgrund der kurzen Dauer des Pilotprojekts liegt derzeit noch kein wissenschaftlicher Nachweis positiver Outcomes vor (Reduktion der Hospitalisationen infolge von Sturzunfällen, Kosteneffektivität).

Es ist zu erwarten, dass INAA einen positiven Effekt auf die lokalen Strukturen und Netzwerke zeitigt: Grundversorger haben in den Niederlanden eine traditionell wichtige Rolle als erste Anlaufstelle in Gesundheitsaspekten und als Gatekeeper. INAA hat dieser Rolle ein Netzwerk von Akteuren in Public Health und Sozialarbeit hinzugefügt, um das Behandlungskontinuum im Sinne einer integrierten Versorgung zu unterstützen. Wesentlich zur Etablierung eines solchen Kontinuums beigetragen hat die Entwicklung von gemeinsamen Richtlinien der Behandlung und Betreuung.

Finanzierung

Die Projekte werden hauptsächlich durch Subventionen finanziert. Das Programm für Hausbesuche und damit verbundene Aktivitäten in Twente erhält Finanzierungen durch eine Versicherungsgesellschaft (Menzis) als auch durch die Gemeinde. Die Screening-Elemente sowie das webbasierte Instrument wurden im Rahmen eines Programmes der Europäischen Kommission (PERSSILAA FP7) sowie durch Menzis co-finanziert. Bis 2014 hat Menzis auch die Kosten für die Grundversorger (oder die Pflegefachkraft) im Rahmen der Durchführung von Screening-Aktivitäten bei den gebrechlichen Personen übernommen¹⁶³.

6.10.4 Relevanz für Prävention in der Gesundheitsversorgung

INA Rotterdam und INAA in Twente sind Praxisbeispiele für die Integration von Gesundheitsversorgung, öffentlicher Gesundheit und Sozial- und Gemeindearbeit mit den sozialen Ressourcen der Nachbarschaft und der Angehörigen. Ihr Ziel ist es, dass ältere und betagte Personen möglichst lange autonom bleiben können.

INA Rotterdam verweist darauf, wie zentral soziale Netzwerke und informelle Hilfe in der Nachbarschaft für Gesundheit und Wohlbefinden der älteren und betagten Bevölkerung sind. INAA Twente benutzt eine Kombination von präventiven Hausbesuchen, IT-gestützter Gesundheitsprofilierung und Aktivitätsprogrammen.

Es bestehen damit Parallelen zu schweizerischen Ansätzen wie dem an der Geriatrischen Universitätsklinik des Inselspitals entwickelten Gesundheitsprofilverfahren⁴⁹ und dem Projekt "Zwäg ins Alter" der Pro Senectute des Kantons Bern¹⁶⁹, welches grossen Wert auf die Integration des sozialen Netzwerkes legt. Die Ansätze sind wichtig, um ein "Ageing in place" zu ermöglichen und ein Betreuungskontinuum zu schaffen. Wesentlich ist die regionale Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsversorgung, Gemeindehilfe und Akteuren der öffentlichen Gesundheit. Die Erfahrungen in Rotterdam und in Twente zeigen aber auch, wie anspruchsvoll die Realisation einer entsprechenden Zusammenarbeit ist.

6.10.5 Bibliographie

49. Stuck, AE et al., *Effect of Health Risk Assessment and Counselling on Health Behaviour and Survival in Older People: A Pragmatic Randomised Trial*. PLoS Med, 2015. **12**(10): p. e1001889.
160. van Dijk, H, *Thesis: Neighbourhoods for ageing in place - Oud worden in eigen buurt*. Institute of Health Policy and Management (iBMG), Erasmus University Rotterdam, Netherlands. 2015
161. Esping-Andersen, G, *Against Social Inheritance in The Progressive Manifesto: New Ideas for the Centre-Left*. 2003: Polity Press Cambridge. p. 97-119.
162. Pavolini, E und Ranci, C, *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*. Journal of European Social Policy, 2008. **18**(3): p. 246–259.
163. Jansen, A et al., *Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems Phase 3 (SIMP3): INAA (The Netherlands) Case Study Report*. Abadie, F und Codagnone, C (Hrsg.). European Commission Joint Research Centre Institute for Prospective Technological Studies, Luxembourg. p. 1-18. 2015
164. van Dijk, HM et al., *How to build an Integrated Neighbourhood Approach to support Community-Dwelling Older People*. International Journal of Integrated Care, 2016. **16**(2)(4): p. 1-15.
165. World Health Organisation (WHO), *Global age-friendly cities: a guide*. 2007

166. Lui, C-W et al., *What makes a community age-friendly: A review of international literature*. Australian Journal of Ageing, 2009. **28**(3): p. 116-121.
167. GDD Regio Twente, *Gezond ouder worden in Twente: Ouderenonderzoek 2010*. Enschede. 2011
168. *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing - Reference Sites*. Weblink: https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/rs_catalogue.pdf
169. *Zwäg ins Alter*. Weblink: <http://www.zwaeginsalter.ch/>

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Es gibt weltweit zahlreiche Bemühungen und Ansätze, um Prävention stärker in die Gesundheitsversorgung zu integrieren. Der Treiber all dieser Bemühungen ist die starke Zunahme an chronischen Erkrankungen, welche das Gesundheitswesen zunehmend beschäftigen und belasten. Das Wissen darum, dass viele dieser Krankheitsfälle vermieden werden können, rückt den Fokus vermehrt auf die Prävention.

Dabei gilt es das gesamte Gesundheitssystem zu betrachten: Die Herausforderung durch chronische Erkrankungen macht es notwendig, ein System, das historisch bedingt auf die Akutversorgung und Heilung ausgerichtet ist, in ein System zu überführen, in dem Gesundheit und Lebensqualität wesentliche Werte sind, also "from cure to care". Um dies zu erreichen, müssen Massnahmen auf vielen Ebenen erfolgen¹⁷⁰: Auf der Ebene der Ausbildung der Gesundheitsfachleute, auf der Ebene der Tätigkeiten, der Aufgaben- und Rollenteilung sowie der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachleuten und deren Institutionen (vgl. Abbildung 18), auf der Ebene der Beteiligung von Patienten und ihren Angehörigen in den Prozessen, auf der Ebene der Finanzierung oder auf der Ebene des Monitorings.

Tätigkeitsbereiche der Zusammenarbeit	
• Gemeinde-Aktivitäten	• Berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung
• Gesundheitsdienste	• Social Marketing und Kommunikation
• Informationssysteme	• Steuerungs- und Beratungsfunktionen
• Qualitätssicherung und Evaluation	• Evidenzbasierte Praxis
• Prävention	• Gesundheitsförderung und Bildung
• Teamarbeit und deren Management	• Bedarfsbewertung und Planung

Abbildung 18: Tätigkeitsbereiche der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsversorgung und öffentlicher Gesundheit

Adaptiert nach Martin-Misener et al. (2009)

Eine Literaturanalyse der kanadischen McMaster University aus dem Jahr 2009 betreffend der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsversorgung und öffentlicher Gesundheit zeigte, dass eine erfolgreiche Zusammenarbeit Verbesserungen bei der Erbringung von Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung (Zugang und Qualität), bei der Finanzierung und Ressourcenzuteilung sowie bei der Gesundheit der Bevölkerung erzielt¹⁷⁰. Sie zeigt auch, dass dieser Erfolg von einer Reihe von Faktoren abhängt, die auf der Ebene des Gesundheitssystems, der Organisation der Zusammenarbeit und der Interaktion zwischen den Akteuren liegen (vgl. Kasten).

Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit zwischen Grundversorgung und öffentlicher Gesundheit*

Systemebene

- die Verpflichtung von Regierung und Behörden, Zusammenarbeit zu fördern und finanziell zu unterstützen
- die vorhandenen Ressourcen zusammenzuführen und gemeinsam einzusetzen
- in der professionellen Aus-, Fort- und Weiterbildung einen populationsorientierten, kollaborativen Ansatz miteinzubeziehen.

Organisationsebene

- die multiprofessionelle Beteiligung und Zusammenarbeit
- die gemeinsame Konzeption und Planung durch Gesundheitsversorgung, öffentliche Gesundheit und Gemeinden
- Klare Verbindlichkeiten
- die Nutzung eines standardisierten, gemeinsamen Systems der Datenerfassung und Informationsübermittlung.

Interaktionsebene

- klare Rollen und Verantwortlichkeiten aller Akteure
- Vertrauen, Toleranz und Respekt für Partner
- die wirksame Kommunikation

Ein erweitertes Chronic Care Model

Das Chronic Care Model bietet einen Rahmen, die Gesundheitsversorgung neu auszurichten, um Menschen mit chronischen Krankheiten entsprechend ihren Bedürfnissen und Anliegen effektiv zu behandeln. Indem Massnahmen in mehreren Bereichen gleichzeitig erfolgen, konzentrieren sich die Akteure der Gesundheitsversorgung auf die Verbesserung der funktionalen und klinischen Ergebnisse der Patienten.

Das erweiterte Chronic Care Model (Expanded Chronic Care Model) verbindet bevölkerungsorientierte Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung mit der Gesundheitsversorgung¹⁷¹. Dieses Modell zielt darauf ab, dass interprofessionelle Teams die chronisch kranken Menschen in ihrer Lebenswelt betreuen und gemeinsam mit den Betroffenen Probleme angehen, die direkt in ihrem Alltag liegen (etwa Zugang zu Nahrungsmitteln, soziale Isolation oder Möglichkeiten der Mobilität) (vgl. Abbildung 19). Langfristig soll sich durch die integrierte Betrachtung von der Primärprävention bis zur Akutversorgung und zur Langzeitpflege eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit der betroffenen Bevölkerung ergeben, da eine effektivere Prävention und Gesundheitsförderung mit einer verbesserten Behandlung von chronischen Krankheiten kombiniert wird.

* Abgeändert nach Martin-Misener et al. (2009)

Dadurch sollen die Belastungen durch chronische Krankheiten reduziert und in der Folge auch das Kostenwachstum gedämpft werden.

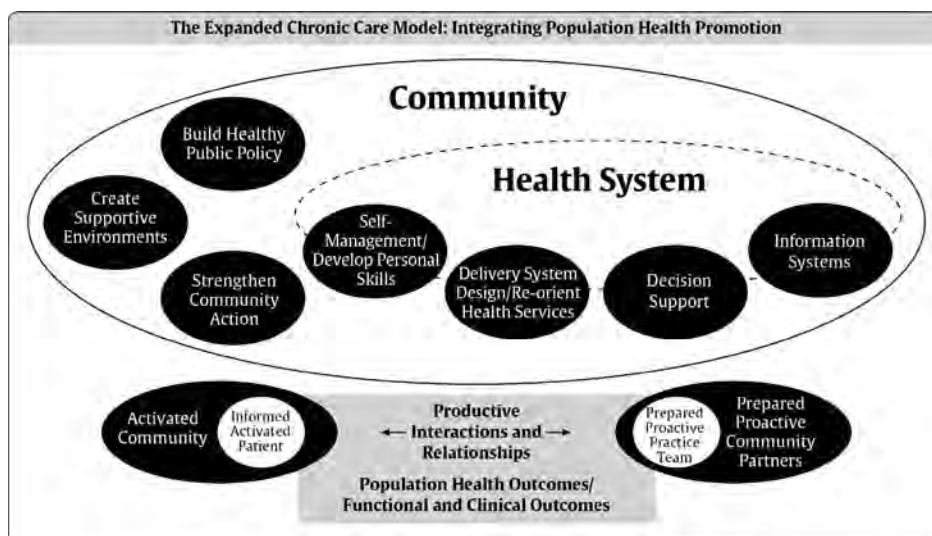


Abbildung 19: Das erweiterte Chronic Care Model

Quelle: Barr et al. (2003)

Es bleibt die Frage, wie dieses Modell, das Public Health und Gesundheitsversorgung integriert, effizient umgesetzt werden kann. Die vorliegende Analyse hat bestehende Projekte und Versuche international gesucht und ausgewertet. Im Folgenden werden **Schlussfolgerungen (S)** formuliert und **Empfehlungen (E)** hinsichtlich einer engeren und effektiveren Verzahnung von Prävention (Public Health) und Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungssystem) in der Schweiz abgeleitet.

7.1 Schlussfolgerungen

S1: Prävention ist integraler Bestandteil einer modernen Grundversorgung.
In gut ausgestalteten Systemen der Grundversorgung gelingt die nachhaltige Einbindung präventiven Handelns in die tägliche Praxis. Die Unterscheidung zwischen Tätigkeiten der Primären-, Sekundären- und Tertiären Prävention gerät damit in den Hintergrund. Die Handlungen orientieren sich an den Bedürfnissen der Menschen. Dieses Handeln wird in seinem Wesen als Team-Aufgabe verstanden, welche eine veränderte Rollen- und Aufgabenteilung benötigt und eine enge Vernetzung mit den lokalen Akteuren der Prävention voraussetzt. Damit Prävention in diesem Teamansatz zielgerichtet verlaufen kann, sind interprofessionell entwickelte Praxis-Guidelines notwendig. Präventions- und Behandlungs-Teams beinhalten auch den Patienten selbst: Der Patient wird zunehmend als wesentlicher Akteur für ein gelingendes Chronic Care Management betrachtet.

S2: Clinical-Community-Linkages ermöglichen eine strukturelle Vernetzung zwischen den Akteuren der Gesundheitsversorgung und des Gemeinwesens.
Dabei geht es einerseits um die bessere Vernetzung im Sinne des erweiterten Chronic Care Model, damit Betroffene effizientere Prävention erfahren. Andererseits soll die Vernetzung Ressourcen effizienter nutzen: Public-Health-Institutionen, Gesundheitsligen, Institutionen der erweiterten

Gesundheitsversorgung operieren in und interagierten mit dem Gemeinwesen. Für eine gelingende NCD-Prävention muss daher über Sektor- und Finanzierungs-Grenzen hinweg koordiniert zusammengearbeitet werden.

S3: Daten und Digitalisierung ermöglichen Qualität und Effizienz.

Wie die Literatur zeigt, liegt im Austausch von Daten ein grosses Potential zur Integration von Gesundheitsversorgung und öffentlichen Gesundheit⁵. Daten und die Systeme, Daten zu erfassen, zu verarbeiten, teilen und zu analysieren, spielen damit eine nicht zu unterschätzende Rolle für die Entwicklung eines leistungsfähigen, mit dem Gemeinwesens integrierten Gesundheitssystems, das patientenzentriert und gleichzeitig populationsorientiert agieren kann. Es gilt der Grundsatz: Je vernetzter und integrierter ein System ist, desto zentraler werden Outcomes-Messungen und effiziente Möglichkeiten des Informationsaustausches als Grundlagen der Steuerung. Erfolgreiche Projekte der Prävention in der Gesundheitsversorgung haben in der Regel ein starkes Element der Datenerfassung und Analyse.

S4: Finanzielle Anreize fördern die Vernetzung des Gesundheitssystems mit dem Gemeinwesen.

Eine enge Vernetzung der Akteure und eine integrierte Tätigkeit über die Grenzen des Gesundheitssystems und des Gemeinwesens hinweg benötigt Finanzierungsinstrumente, die über das konventionelle Fee-for-Service-Modell hinausgehen. Beispiele sind hybride/gemischte Finanzierung oder mit Anreizen gekoppelte Finanzierung. Anreize müssen so ausgestaltet sein, dass die Zusammenarbeit gefördert wird und eine verminderte Krankheitslast sowie damit verbunden eine Dämpfung der Kostensteigerung resultiert. Prävention sollte nicht kostentreibender Faktor sein, sondern sich aus ihrem Nutzen finanzieren.

S5: Erfolgreiche und nachhaltige Prävention in der Gesundheitsversorgung verbindet eine integrierte Versorgung mit Clinical Community Linkages, Outcomes und finanziellen Anreizen.

Dabei steht nicht im Zentrum, alle Dimensionen in ein umfassendes System einzubinden (vgl. Abbildung 20). Vielmehr gilt es, diese langfristig so zu kombinieren, dass diese sich in ihrer Wirkung gegenseitig unterstützen. Dies erfordert Massnahmen auf der Ebene des Gesundheitssystems und des Gemeinwesens, auf der Ebene der Organisation und der Strukturen und auf der Ebene der Interaktionen und Tätigkeiten.



Abbildung 20: Dimensionen erfolgreicher Prävention in der Gesundheitsversorgung

S6: Konzepte und Modelle der Prävention in der Gesundheitsversorgung sind einem starken Wandel unterworfen.

International betrachtet handelt es sich bei der Verzahnung von Public Health mit der Gesundheitsversorgung bei chronischen Erkrankungen und NCDs um ein noch neues Feld, in dem vergleichsweise wenig langfristige Erfahrungen vorhanden sind. Die Konzepte und Modelle sind daher einem starken Wandel unterworfen.

S7: Telehealth ist ein wichtiger Treiber für Veränderungen in der Prävention.

Mit der Digitalisierung in den letzten Jahrzehnten eine Entwicklung angestoßen, die sich stark auf die Prävention in der Gesundheitsversorgung auswirken wird. Es ist zu erwarten, dass eHealth-, mHealth- sowie Big-Data-Ansätze künftig noch stärkere Treiber in der Entwicklung populations- und präventionsorientierter Versorgungsmodelle darstellen werden. So besteht ein beträchtliches Potential, chronische Behandlung in den Alltag der Betroffenen zu integrieren¹⁷². Erste Studien zu online-Programme zur Verhaltensänderung zeigen beispielsweise bei prädiabetischen Patienten erstaunlich grosse Wirkung¹⁷³. Seit 2016 werden diese Programme als digitales Medikament bei älteren, prädiabetischen Patienten durch die öffentliche Krankenversicherung Medicare vergütet.

7.2 Empfehlungen

E1: Enge Vernetzung der Anbieter in einem "Ökosystem" langfristig anstreben

Ein eigentliches Erfolgsmodell, das sich auf die Schweiz anwenden liesse, gibt es nicht. Vielmehr sollte das bestehende System mit den zahlreichen Anbietern so ausgestaltet werden, dass eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung entsteht, die sich an den Outcomes für die Gesundheit der Bevölkerung ausrichtet. Dabei ist auch eine Aufgaben- und Rollenteilung notwendig (Task Shifting, vgl. E4, E5). Dies zu erreichen ist ein langfristiges Unterfangen.

E2: Aufbau von regionalen oder kommunalen Ansätzen und Modellen fördern

Erfolgreiche Programme und Modelle sind in der Regel stark auf Regionen und Kommunen ausgerichtet und orientieren sich an den dortigen Begebenheiten. Die Schweiz sollte daher den Aufbau von regionalen oder kommunalen Ansätzen und Modellen fördern, die Erfolgskriterien entsprechen und sich an erprobten Projekten orientieren.

E3: Bewährtes fördern, Innovation ermöglichen

Es bestehen bereits etablierte und erprobte Ansätze der Prävention in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (vgl. u.a. 4.3 Verankerung Prävention beim Hausarzt). Diese gilt es zu evaluieren und kompetitiv zu fördern, respektive zu verbreitern. Gleichzeitig müssen innovative Ansätze, etwa im Bereich von eHealth und mHealth oder von erweiterten Chronic Care-Modellen gefördert werden, um den Aufbau des "Ökosystems" zu ermöglichen und Neuerungen effizient umsetzen zu können.

E4: Forschungs- und Lernnetzwerke fördern

Die hier thematisierten präventiven Tätigkeiten sind interprofessionelle Aufgaben, welche eine veränderte Rollen- und Aufgabenteilung benötigen und eine enge Vernetzung mit den lokalen Akteuren der Prävention voraussetzen. Es gilt daher, gemeinsame Forschungs- und Lernnetzwerke zu fördern, welche die Integration der Grundversorgung und der öffentlichen Gesundheit unterstützen.

E5: Interprofessionalität und Team-Ansätze fördern

Prävention in der Gesundheitsversorgung ist betreffend der Prozesse und

Aufgaben sehr vielfältig. Diese können durch Teams effizienter erledigt werden als durch Einzelpersonen. Team-Ansätze sollten daher regional entwickelt und erprobt werden.

E6: Prävention in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der professionellen Akteure verankern.

Dies ist eine langjährige Forderung, die bereits in vielfältiger Weise umgesetzt wird. Ausgehend von den künftigen Berufsbildern und Aufgaben ergeben sich darüber hinaus auch hohe Anforderungen im Bereich der Koordination und bezüglich interprofessioneller und teambasierter Zusammenarbeit. Auch dies ist in der Bildung zu verankern.

E7: Richtlinien für Prävention und Behandlung den regionalen Bedingungen anpassen.

Lokal adaptierte Guidelines für Prävention und Behandlung erlauben es den regionalen Akteuren der Gesundheitsversorgung und der öffentlichen Gesundheit, eine gemeinsame Grundlage und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln. Sie sind wesentliche Komponenten des Chronic Care Model, sind aber auch ein wichtiges Element der Kommunikation und der Qualitätssicherung.

E8: Datenerfassung und Outcomes-Messung als Erfolgsfaktor etablieren.

Datenerfassung und Outcomes-Messung sind zentral für die Steuerung und Wirksamkeit von populationsorientierter Prävention in der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus verbinden sie die Akteure einer integrierten präventiven Versorgung. Projekte in diesem Bereich sollten die datengetriebene Outcomes-Messung aufbauen und etablieren. Die Aktivitäten im Rahmen der Umsetzung des elektronischen Patientendossier-Gesetzes (EPDG) können hierbei unterstützend wirken.

E9: Neue Finanzierungsmodelle ermöglichen.

Es ist evident, dass das fragmentierte Finanzierungssystem in der Schweiz mit unterschiedlichen Kostenträgern und Finanzierungsquellen nicht dem Charakter eines erweiterten Chronic Care Model entspricht. Ein wesentliches Hindernis besteht in der Schweiz in den fehlenden Anreizen für die Krankenversicherer, sich im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP in der Prävention zu engagieren. Auch hier ist Innovation von Nöten. Insbesondere sollten die Kostenträger und Leistungserbringer gemeinsam neue Finanzierungsmodelle entwickeln (u.a. Bundled Payment, hybride Finanzierung, Pay for Performance) und diese in Pilotprojekten in der Praxis erproben.

E10: Zusammenarbeit der politischen Träger von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen intensivieren.

Um die Vernetzung von Gesundheitsversorgung und Prävention voranzutreiben müssen die politischen Akteure auf den verschiedenen Staatsebenen (Bund, Kantone, Gemeinden) und über die Sektoren Gesundheit, Soziales, Bildung hinweg enger zusammenarbeiten und ihre Zielsetzungen gegenseitig abgleichen.

7.3 Bibliographie

5. Committee on Integrating Primary Care and Public Health, *Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C. 2012

170. Martin-Misener, R et al., *A scoping literature review of collaboration between primary care and public health: A report to the Canadian Health Services Research Foundation*. Hamilton. 2009
171. Barr, VJ et al., *The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model*. Hosp Q, 2003. **7**(1): p. 73-82.
172. Dorsey, ER und Topol, EJ, *State of Telehealth*. N Engl J Med, 2016. **375**(2): p. 154-61.
173. Sepah, SC et al., *Long-term outcomes of a Web-based diabetes prevention program: 2-year results of a single-arm longitudinal study*. J Med Internet Res, 2015. **17**(4): p. e92.

8 Anhang

8.1 Shortlist Kandidatenprojekte und -themen

Kandidatenprojekte und -themen, die als Case Studies selektiert wurden, sind **fett** gedruckt.

Projekt / Thema	Organisation	Land
Klemon	Schweizerischer Fachverband Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AKJ)	CH
Prävention soH	Prävention soH, Solothurner Spitäler AG	CH
Zwäg ins Alter	Pro Senectute Bern	CH
DIAfit	Universitätsklinik UDEM, Inselspital Bern	CH
Masterplan Integrierte Versorgung Aargau 2014-2017 (MIVAG 17)	Dept. Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau	CH
Programme cantonal Diabète Vaud	Kanton Waadt	CH
Programme de soins Contrepoids	Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	CH
Prävention beim Hausarzt	– (Kandidatenthema mit mehreren Projekten)	CH
Bundled Health Care Payments	– (Kandidatenthema)	NL
Kaiser Permanente: Complete Care	Kaiser Permanente Southern California	US
Better Life for Most Sick Elderly (BLMSE)	Swedish Association of Local Authorities and Regions	S
Integrated Neighbourhood Approach	– (Kandidatenthema mit mehreren Projekten)	NL
Gesundheitsdialog - Diabmemory	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)	A
Fysisk aktivitet på Recept, (FaR)	Folkhälsomyndigheten	S
Oulu Self Care	Stadt Oulu	FI
Health eHearts	NYC DOHMH	US
Gesundes Kinzigtal	Gesundes Kinzigtal GmbH	D
Teamlet Model in Primary Care	– (Kandidatenthema)	US
Care for Obesity (C4O) / LEFF / JOGG	Univ Amsterdam, Health Sciences / Dutch EPODE network (JOGG)	NL

Vermont Blueprint for Health	Department of Vermont Health Access	US
Colorado Accountable Care Collaborative	State of Colorado	US

8.2 Literatur

1. *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024*. Schweizerische Eidgenossenschaft und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. 2016
2. Alderwick, H et al., *Population health systems. Going beyond integrated care*. The King's Fund, London. 2015
3. The King's Fund. *Population Health Systems*. Weblink: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems> (Stand: 21.12.2015)
4. *Public Health Agency of Canada - Canadian Best Practices Portal*. Weblink: <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/>
5. Committee on Integrating Primary Care and Public Health, *Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C. 2012
6. *SIMPHS 3 - Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems*. Weblink: <http://is.jrc.ec.europa.eu/pages/TFS/SIMPHS3.html> (Stand: 21.12.2015)
7. *ENS4Care: Evidence Based Guidelines for Nurses and Social Care Workers for the deployment of eHealth services*. Weblink: <http://www.ens4care.eu/heading-posts/ens4care-evidence-based-guidelines-for-nurses-and-social-care-workers-for-the-deployment-of-ehealth-services-2/> (Stand: 21.12.2015)
8. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009*. Weblink: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14> (Stand: 21.12.2015)
9. *EU Commission, Digital Agenda for Europe: Integrated care: health and social care become one*. Weblink: <https://ec.europa.eu/digital-agenda/en/integrated-care-health-and-social-care-become-one> (Stand: 21.12.2015)
10. *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): Improving Primary Care Practice*. Weblink: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/index.html> (Stand: 21.12.2015)
11. *AHRQ Health Care Innovations Exchange*. Weblink: <https://innovations.ahrq.gov/> (Stand: 21.12.2015)

12. *Linkages Between Clinical Practices and Community Organizations for Prevention: Final Report (October 2010)*. Weblink: <https://innovations.ahrq.gov/LinkagesReportTOC> (Stand: 21.12.2015)
13. *Clinical-Community Relationships Measures (CCRM) Atlas*. Weblink: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/resources/clinical-community-relationships-measures-atlas/index.html> (Stand: 21.12.2015)
14. *Integrating Primary Care Practices and Community-based Resources to Manage Obesity. A Bridge-building Toolkit for Rural Primary Care Practices*. Weblink: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/community/obesity-pcpresources/index.html> (Stand: 21.12.2015)
15. *Improving Primary Care*. Weblink: <http://www.improvingprimarycare.org/> (Stand: 21.12.2015)
16. *Local Government Association: Integrated care value case toolkit*. Weblink: http://www.local.gov.uk/health-wellbeing-and-adult-social-care/-/journal_content/56/10180/4060433/ARTICLE (Stand: 21.12.2015)
17. *U.S. Preventive Services Task Force: Integrating Evidence-Based Clinical and Community Strategies to Improve Health*. Weblink: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/integrating-evidence-based-clinical-and-community-strategies-to-improve-health> (Stand: 21.12.2015)
18. *Evidence-Based Practice for Public Health: Best Practices (Experience-Based)*. Weblink: http://library.umassmed.edu/ebp/h/best_pract.cfm (Stand: 21.12.2015)
19. *CDC: Prevention Research Centers*. Weblink: <http://www.cdc.gov/prc/> (Stand: 21.12.2015)
20. *CDC Community Health Improvement Navigator: Intervention Database*. Weblink: <http://www.cdc.gov/chinav/database/index.html> (Stand: 21.12.2015)
21. *National Association of County and City Health Officials (NACCHO): Model Practice Database*. Weblink: <http://naccho.org/topics/modelpractices/search.cfm> (Stand: 21.12.2015)
22. *Centre of Excellence in Intervention and Prevention Science (CEIPS): Focus on primary care (5 reviews)*. Weblink: http://ceips.org.au/wp-content/uploads/2013/09/Primary-care_Table_FINAL.pdf (Stand: 21.12.2015)
23. *A Framework for Integration of Community and Clinical Care to Improve the Delivery of Clinical Preventive Services Among Older Adults*. Weblink: <http://www.cdc.gov/aging/pdf/cps-integration-framework.pdf> (Stand: 21.12.2015)
24. *Duke University Medical Center: Practical Playbook. Public Health. Primary Care. Together*. Weblink: <https://www.practicalplaybook.org/> (Stand: 21.12.2015)

25. Epping-Jordan, JE et al., *Improving the quality of health care for chronic conditions*. Qual Saf Health Care, 2004. **13**(4): p. 299-305.
26. *Community Preventive Services Taskforce: The Community Guide*. Weblink: <http://www.thecommunityguide.org/about/index.html> (Stand: 21.12.2015)
27. Linde-Feucht, S und Coulouris, N, *Integrating primary care and public health: a strategic priority*. Am J Public Health, 2012. **102 Suppl 3**: p. S310-1.
28. Committee on the Future of Primary Care, *Primary Care: America's Health in a New Era*. Institute of Medicine. 1996
29. *IHI Triple Aim Initiative*. Weblink: <http://www.ihl.org/engage/initiatives/tripleaim/pages/default.aspx>
30. *Ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger*. Weblink: <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/index.html?lang=de>
31. *TARMED Browser und Datenbank*. Weblink: http://www.fmh.ch/ambulante_tarife/tarmed-tarif/tarmed_tarifbrowser-datenbank.html
32. Bodenheimer, T und Laing, BY, *The Teamlet Model of Primary Care*. Annals of Family Medicine, 2007. **5**(5): p. 457-461.
33. Künzi Kilian und Detzel Patrick, *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). 2007
34. *Agency for Healthcare Research and Quality: Clinical-Community Linkages*. Weblink: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/community/index.html>
35. *Connecting Primary Care, Public Health Is Focus of Practical Playbook*. Weblink: <http://www.aafp.org/news/health-of-the-public/20140326practicalplaybook.html>
36. Erler, A et al., *Preparing primary care for the future - perspectives from the Netherlands, England, and USA*. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 2011. **105**(8): p. 571-80.
37. Struijs, JN und Baan, CA, *Integrating care through bundled payments--lessons from The Netherlands*. N Engl J Med, 2011. **364**(11): p. 990-1.
38. de Bakker, DH et al., *Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination*. Health Aff (Millwood), 2012. **31**(2): p. 426-33.
39. *The Walcheren Integrated Care Model (WICM)*. Weblink: <http://www.medicaldelta.nl/society/eip-active-and-healthy-ageing/best-practices/best-practice-a-leiden-lab-on-health-wellbeing> (Stand: 21.12.2015)
40. *Walcheren Integrated Care Model (WICM): Geriatric Care-Chain in Walcheren*. Weblink: <http://www.isrctn.com/ISRCTN05748494>

41. *Seamless Care - Patient Care in the Netherlands*. Weblink: <http://www.epda.eu.com/en/resources/pd-resources/?entryid2=5136&p=17>
42. Bezemer M. et al., *Elderly care physicians in the Netherlands, professional profile and competencies*. Verenso, the Dutch Association of Elderly Care Physicians and Social Geriatricians. 2015
43. *Defining the PCMH*. Weblink: <https://www.pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh>
44. *Defining the Medical Home - A patient-centered philosophy that drives primary care excellence*. Weblink: <https://www.pcpcc.org/about/medical-home>
45. American Academy of Family Physicians (AAFP) et al., *Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home*. 2007
46. *Health Homes*. Weblink: <https://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Long-Term-Services-and-Supports/Integrating-Care/Health-Homes/Health-Homes.html>
47. *Accountable Health Communities Model*. Weblink: <https://innovation.cms.gov/initiatives/AHCM>
48. Tipirneni, R et al., *Accountable Communities for Health: Moving From Providing Accountable Care to Creating Health*. Ann Fam Med, 2015. **13**(4): p. 367-9.
49. Stuck, AE et al., *Effect of Health Risk Assessment and Counselling on Health Behaviour and Survival in Older People: A Pragmatic Randomised Trial*. PLoS Med, 2015. **12**(10): p. e1001889.
50. *Gesundheitsförderung und Prävention im Alter verlängern die Lebenszeit*. Weblink: http://www.unibe.ch/aktuell/medien/media_relations/medienmitteilungen/2015/medienmitteilungen_2015/gesundheitsfoerderung_und_praevention_im_alter_verlaengern_die_lebenszeit/index_ger.html (Stand: 21.12.2015)
51. Smedberg, D und Lupianez-Villanueva, F, *Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems Phase 3 (SIMPHS3): BLMSE (Sweden) - Case Study Report*. European Commission, Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies. 2014
52. Bonney, A et al., *A review of models for financing primary care systems in the Netherlands, Ontario-Canada, United Kingdom and USA: A report for Peoplecare*. University of Wollongong. 2015
53. Porter, ME und Kaplan, RS, *How to Pay for Health Care*. Harvard Business Review, 2016(July-August 2016 Issue): p. 88-100.
54. Squires, D und Anderson, C, *U.S. Health Care from a Global Perspective: Spending, Use of Services, Prices, and Health in 13 Countries*. The Commonwealth Fund. 2015
55. Bauchner, H, *The Affordable Care Act and the Future of US Health Care*. Jama, 2016.

56. Obama, B, *United States Health Care Reform: Progress to Date and Next Steps*. Jama, 2016.
57. *Vermont Blueprint for Health*. Weblink: <http://blueprintforhealth.vermont.gov/>
58. Bielaszka-DuVernay, C, *Vermont's Blueprint for medical homes, community health teams, and better health at lower cost*. Health Aff (Millwood), 2011. **30**(3): p. 383-6.
59. Wagner, EH, *Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?* Eff Clin Pract, 1998. **1**(1): p. 2-4.
60. *The Chronic Care Model*. Weblink: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2
61. Jones, C et al., *Vermont's Community-Oriented All-Payer Medical Home Model Reduces Expenditures and Utilization While Delivering High-Quality Care*. Popul Health Manag, 2016. **19**(3): p. 196-205.
62. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Defining the PCMH*. Weblink: <https://www.pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh>
63. National Committee for Quality Assurance (NCQA). *Patient-Centered Medical Home Recognition*. Weblink: <http://www.ncqa.org/programs/recognition/practices/patient-centered-medical-home-pcmh>
64. *Vermont Blueprint for Health - 2015 Annual Report*. Department of Vermont Health Access, Williston, VT, USA. 2016
65. *Vermont Blueprint for Health - 2014 Annual Report*. Department of Vermont Health Access
66. Jacobson, E. *State-Supported Community Health Teams*. Weblink: <https://www.cga.ct.gov/2015/rpt/2015-R-0096.htm>
67. *Panel Management*. Weblink: <https://cepc.ucsf.edu/panel-management>
68. Stamler, J et al., *Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women*. JAMA, 1999. **282**(21): p. 2012-8.
69. *Baromètre Diabète Vaudois – Situation de Base et Pistes d'Amélioration*. Canton de Vaud, Service de la Santé Publique. 2015
70. *Programme Cantonal Diabète, Présentation du programme, Rapport technique*. Canton de Vaud, Service de la Santé Publique. p. 10. 2010
71. Fervers, B et al., *Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation*. BMJ Qual Saf, 2011. **20**(3): p. 228-36.
72. *Programme cantonal Diabète, Recommandations de bonne pratique clinique (RPC)*. Weblink: <http://www.recodiab.ch/>
73. MIS-Trend, *Etude auprès de la population vaudoise sur la perception du diabète réalisée pour le Programme cantonal Diabète*. Lausanne. 2014

74. Courvoisier, N et al., *Programme cantonal Diabète dans le canton de Vaud: indicateurs pour le suivi et le baromètre. Rapport final (Raisons de santé, 242)*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne. 2015
75. Henry, V et al., *Le diabète dans le canton de Vaud : évaluation de la pratique des professionnel(le)s de santé et de la collaboration interprofessionnelle, Raisons de santé, 251*. 2015
76. *Nationales Rauchstopp-Programm*. Weblink: <https://www.at-schweiz.ch/de/startseite/rauchstopp-programm.html>
77. *PAPRICA*. Weblink: <http://www.paprica.ch/>
78. *Gesundheitscoaching*. Weblink: <http://www.gesundheitscoaching-khm.ch/>
79. *EviPrev*. Weblink: <http://www.public-health-services.ch/index-de.php?frameset=120> (Stand: 21.12.2015)
80. Martin, BW et al., *Gesundheitsberatung in der medizinischen Grundversorgung: Ansätze für die NCDs und darüber hinaus*. (noch unveröffentlicht)
81. Miller, WR und Rollnick, S, *Motivational Interviewing - Helping People Change (3rd Edition)*. 2012: Guilford Press.
82. Elwyn, G et al., *Shared decision making: a model for clinical practice*. J Gen Intern Med, 2012. **27**(10): p. 1361-7.
83. Grüninger, U, *The Swiss Health Coaching Program: Motivational Interviewing for health behavior counseling for primary care consultations*. Präsentation an der ICMI International Conference on Motivational Interviewing 2014
84. *Pilotprojekt Girasole - integrierte Gesundheitsversorgung*. Weblink: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/15357/15359/15445/index.html?lang=de
85. *Girasole (Unterseite auf der Gesundheitscoaching-Website)*. Weblink: <http://gesundheitscoaching-khm.ch/de/aerzte/verbundpartner/girasole>
86. Grüninger, U et al., *Gesundheitscoaching – ein Programm für Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis vom Kollegium für Hausarztmedizin (KHM)*. Schweizerische Ärztezeitung, 2009. **90**(45).
87. Neuner-Jehle, S et al., *The "Health Coaching" programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care*. BMC Fam Pract, 2013. **14**: p. 100.
88. *Gesundheitscoaching 2015–2018*. Weblink: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=250
89. Cornuz, J et al., *EviPrev, ein Programm zu Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis*. Schweizerische Ärztezeitung, 2010. **91**(3).

90. Cornuz, J et al., *Schweizer Empfehlungen für den Check-up in der Arztpraxis*. *Révue Médicale Suisse*, 2015. **11**(491).
91. *Projekt Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Jahresbericht 2014*. Gesundheitsförderung Schweiz, Bern. 2015
92. Martin, BW et al., *Physical activity promotion in the health care setting in Switzerland*. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 2014. **62**(2).
93. Koutaissoff, D et al., *Evaluation de la formation PAPRICA (Physical Activity promotion in PRImary CARE)*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne. 2012
94. Martin, BW, *Bewegungsförderung 2013*. Physioactive, 2013. **5**.
95. *Frei von Tabak*. Weblink: <http://www.frei-von-tabak.ch/>
96. *Rauchen - Intervention in der zahnmedizinischen Praxis*. Weblink: <https://www.at-schweiz.ch/de/startseite/rauchstopp-programm/rauchen-intervention-in-der-zahnmedizinischen-praxis.html>
97. *Swissheart-Coach*. Weblink: <https://www.swissheartcoach.ch/>
98. *Erläuterungen zur Verordnung des EDI über die Festsetzung des Beitrags für die allgemeine Krankheitsverhütung*. Bundesamt für Gesundheit, Bern. 2016
99. *Medienmitteilung: Der Prämienbeitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung wird erhöht*. Eidgenössisches Departement des Innern, Bern. 2016
100. Reinli, K, *Prävention soH - Jahresbericht 2012*. Solothurner Spitäler AG, Solothurn. p. 1-18. 2013
101. Reinli, K, *Geschäftsreglement Prävention Solothurn*. Solothurner Spitäler (soH). p. 1-3. 2016
102. Reinli, K, *Prävention soH - Jahresbericht 2015*. Solothurner Spitäler AG, Solothurn. p. 1-17. 2016
103. Reinli, K, *Interview zu Prävention soH*. Durchführung: EvalúScience. 2016
104. WHO, *World Health Organisation: Standards for Health Promotion in Hospitals*, in *European Office for Integrated Health Care Services*. 2004, Barcelona, Spain. p. 1-13.
105. Domenjoz, I et al., *Rapport de stage Immersion en communauté: L'Obésité chez les jeunes*. Université de Genève: Faculté de Médecine, Genève. 2011
106. Tabin, R, *Surcharge pondérale des enfants et des adolescents: prévention et traitement - le programme valaisan*. *Révue Médicale Suisse*, 2011: p. 2.
107. Farpour-Lambert, N, *Interview zu Contrepoids® und Prävention von HUG*. Durchführung: EvalúScience. Juni, 2016

108. L'Allemand, D et al., *Kinderärzte können Übergewichtige ab sofort umfassend betreuen (lassen) - Das Schweizer Modell*. PAEDIATRICA, 2014. **25**(2): p. 1-2.
109. l'Allemand, D et al., *Übergewichtige Kinder können jetzt umfassend behandelt werden*. Schweizerische Ärztezeitung, 2014. **95**(44): p. 1640-1642.
110. Laimbacher, J et al., *Ein Meilenstein in der Adipositas Therapie beim Kind und Jugendlichen, aber nur ein erster Schritt*. PAEDIATRICA, 2008. **19**(6): p. 26.
111. L'Allemand, D und Laimbacher, J, *Options and limits in the treatment of overweight children and adolescents and their families in primary care*. Therapeutische Umschau, 2013. **70**(11): p. 695-702.
112. Zumbrunn, A et al., *Verbessert sich die Lebensqualität und psychische gesundheit von adipösen Kindern/Jugendlichen im Verlauf der ambulanten Gruppentherapie? Ergebnis der nationalen Evaluationsstudie KIDSSTEP-Obesity*. Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für Soziale Arbeit, 5. Fachtagung Klinische Sozialarbeit, 13./14. Juni 2013, Olten. 2013
113. Leijon, ME et al., *Promoting Physical Activity*. Physical activity in disease prevention and treatment (FYsisk aktivitet i Sjukdoms- prevention och Sjukdomsbehandling – FYSS, fyss.se uploaded 2011. p. 1-67. 2011
114. *U.S. Department of Health and Human Services: Physical Activity and Health: Report of the Surgeon General*. Center of Disease Control and Prevention. National Center for chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta GA. 1996
115. *SNIPH 2010: National Guidelines for methods of preventing disease: Physical activity in prevention and treatment of disease. Professional Associations for physical activity*. <http://www.fyss.se> Swedish National Institute of Public Health SNIPH, Stockholm. 2010
116. Raustorp, A und Sundberg, CJ, *The Evolution of Physical Activity on Prescription (FaR®) in Sweden*. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie, 2014. **62**(2): p. 23-25.
117. *SBU 2007: Methods of promoting physical activity. A systematic literature survey. Summary in English*. . Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, Stockholm. 2007
118. Kallings, LV, *Physical Activity on Prescription: Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors*, in *Department of Neurobiology, Care Sciences and Society* 2008, Karolinska Institutet, Stockholm Sweden. p. 1-78.
119. Ham, SA et al., *Participation by US adults in sports, exercise, and recreational physical activities*. J.Phys.Act.Health, 2009. **6**: p. 1-10.
120. Heath, GW et al., *Evidence-based interventions in physical activity: lessons from around the world*. Lancet, 2012. **380**(9838): p. 272-281.

121. Kallings, LV, *Self-Reported Adherence: A Method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary health Care Patients*. Journal of Physical Activity and Health, 2009. **6**: p. 483-492.
122. Kallings, LV, *Individually adapted written prescription of physical activity - FaR®*. National Institute of Public Health, Östersund. 2011
123. Björnjesson, M und Sundberg, CJ, *FYSS (physical activity book for prevention and treatment): behavioral change also for the physician?* British Journal of Sports Medicine, 2013. **47**(15): p. 937-938.
124. *Fast Facts About Kaiser Permanente*. Weblink: <https://share.kaiserpermanente.org/article/fast-facts-about-kaiser-permanente/>
125. Durham, ML, *Integrating Prevention Measures in a Healthcare System*. Präsentation am Uppsala Health Summit 2014. 2014
126. Crane, R und Porter, M, *On Overview of Kaiser Permanente: Integrated Health Care and Population Management*. Präsentation am Bertelsmann Health Policy Monitor Event "Expertendialog mit Kaiser Permanente", 18.10.2007. 2007
127. Global Knowledge Exchange Network (GKEN). *Kaiser Permanente (USA): A Population-Oriented Integration Model*. Weblink: http://gken.org/Synopses/IN_10001.pdf
128. McCarthy, D et al., *Kaiser Permanente: Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Health Information Technology*. The Commonwealth Fund. 2009
129. Standberg-Larsen, M, *Measuring Integrated Care*. Danish Medical Bulletin, 2011. **58**(2).
130. Kanter, MH et al., *Complete care at Kaiser Permanente: transforming chronic and preventive care*. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2013. **39**(11): p. 484-94.
131. Lindsay, G. *Transforming Care Delivery - Complete Care at Kaiser Permanente Southern California*. 2014. Weblink: <https://openforum.hbs.org/challenge/hbs-hms-health-acceleration-challenge/innovations/transforming-care-delivery-complete-care-at-kaiser-permanente-southern-california>
132. *Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS)*. Weblink: <http://www.ncqa.org/hedis-quality-measurement>
133. Pines, J et al., *Kaiser Permanente – California: A Model for Integrated Care for the Ill and Injured*. The Brookings Institution. 2015
134. *Gesundes Kinzigtal*. Weblink: <http://www.gesundes-kinzigtal.de/> (Stand: 21.12.2015)
135. Lupianez-Villanueva, F und Theben, A, *Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems Phase 3 (SIMP3S3): Gesundes Kinzigtal (Germany) - Case Study Report*. European Commission, Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies. 2014

136. Hildebrandt, H et al., *Gesundes Kinzigtal*. Bewerbung MSD Gesundheitspreis. 2013
137. Hildebrandt, H, *Integrierte Versorgung in der Praxis. Erfahrungen "Gesundes Kinzigtal"*. Präsentation, Berlin. 2015
138. Wagner, EH et al., *Improving chronic illness care: translating evidence into action*. Health Aff (Millwood), 2001. **20**(6): p. 64-78.
139. Hildebrandt, H, *Money for value instead of volume: The Kinzigtal-way to develop and measure value and health gain in a local area* Präsentation, "'Chronic diseases"-Kongress, Universität Utrecht. 2012
140. Beck, TF, *Managed Care in der Leistungserbringung: Innovative Integrierte Versorgung als Chance für Krankenhäuser*. 2008, Igel Verlag.
141. Hildebrandt, H et al., *Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract*. Int J Integr Care, 2010. **10**: p. e046.
142. *Südwest-AOK verlängert IV-Vertrag*. Ärzte Zeitung, 25.06.2014
143. *Gesundes Kinzigtal: Erfolgreicher Vertrag mit AOK wird fortgeführt*. Weblink: <http://optimedis.de/aktuelles/598-gesundes-kinzigtal-erfolgreicher-vertrag-mit-aok-wird-fortgefuehrt> (Stand: 25.05.2016)
144. *Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal*. Weblink: <http://www.ekiv.org/de/index.php>
145. Köster, I et al., *Evaluationsbericht 2004-2011 für Gesundes Kinzigtal GmbH*. Köln, PMV Forschungsgruppe. 2014
146. Schubert, I et al., *Evaluation of the population based integrated Care System "Gesundes Kinzigtal": Results from the health care utilisation study over six years of observation*. Int J Integr Care, 2015. **15**(5).
147. Hildebrandt, H et al., *[Pursuing the triple aim: evaluation of the integrated care system Gesundes Kinzigtal: population health, patient experience and cost-effectiveness]*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2015. **58**(4-5): p. 383-92.
148. Siegel, A et al., *GEKIM - Gesundes Kinzigtal Mitgliederbefragung*. GEKIM-Bericht zur Mitgliederbefragung, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. 2013
149. Chen, EH et al., *Using the Teamlet Model to improve Chronic Care in an Academic Primary Care Practice*. Journal of General Internal Medicine (JGIM), 2010. **25**(4): p. 610-614.
150. Roter, DL und Hall, JA, *Studies of doctor-patient interaction*. Annu Rev Public Health, 1989. **10**: p. 163-80.
151. Marvel, MK et al., *Soliciting the patient's agenda: have we improved?* JAMA, 1999. **281**(3): p. 283-7.
152. Yarnall, KS et al., *Primary care: is there enough time for prevention?* Am J Public Health, 2003. **93**(4): p. 635-41.
153. Ostbye, T et al., *Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care?* Ann Fam Med, 2005. **3**(3): p. 209-14.

154. Center for Studying Health System Change. *Physician Survey*. Weblink: <http://CTSONline.s-3.com/psurvey.asp>
155. Ghorob, A und Bodenheimer, T, *Building Teams in primary care. A practical guide*. Families, Systems, & Health®, 2015. **33**(3): p. 182-92.
156. Künzli, K und Detzel, P, *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufe: Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen*. Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) im Auftrag des Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). p. 1-85. 2007
157. Müller, S und Anderegg, S, *Jetzt übernehmen Pflegefachleute ärztliche Aufgaben*. Tagesanzeiger, 22.02.2016. **124**(43): p. 17.
158. Starfield, B, *Primary Care: Concept, Evaluation and Policy*. 1992, New York; NY: Oxford University Press.
159. Bodenheimer, T et al., *The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care*. Annals of Family Medicine, 2014. **12**(2): p. 166-171.
160. van Dijk, H, *Thesis: Neighbourhoods for ageing in place - Oud worden in eigen buurt*. Institute of Health Policy and Management (iBMG), Erasmus University Rotterdam, Netherlands. 2015
161. Esping-Andersen, G, *Against Social Inheritance in The Progressive Manifesto: New Ideas for the Centre-Left*. 2003: Polity Press Cambridge. p. 97-119.
162. Pavolini, E und Ranci, C, *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*. Journal of European Social Policy, 2008. **18**(3): p. 246–259.
163. Jansen, A et al., *Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems Phase 3 (SIMPHS3): INAA (The Netherlands) Case Study Report*. Abadie, F und Codagnone, C (Hrsg.). European Commission Joint Research Centre Institute for Prospective Technological Studies, Luxembourg. p. 1-18. 2015
164. van Dijk, HM et al., *How to build an Integrated Neighbourhood Approach to support Community-Dwelling Older People*. International Journal of Integrated Care, 2016. **16**(2)(4): p. 1-15.
165. World Health Organisation (WHO), *Global age-friendly cities: a guide*. 2007
166. Lui, C-W et al., *What makes a community age-friendly: A review of international literature*. Australian Journal of Ageing, 2009. **28**(3): p. 116-121.
167. GDD Regio Twente, *Gezond ouder worden in Twente: Ouderenonderzoek 2010*. Enschede. 2011
168. *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing - Reference Sites*. Weblink: https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/rs_catalogue.pdf
169. *Zwäg ins Alter*. Weblink: <http://www.zwaeginsalter.ch/>

170. Martin-Misener, R et al., *A scoping literature review of collaboration between primary care and public health: A report to the Canadian Health Services Research Foundation*. Hamilton. 2009
171. Barr, VJ et al., *The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model*. Hosp Q, 2003. **7**(1): p. 73-82.
172. Dorsey, ER und Topol, EJ, *State of Telehealth*. N Engl J Med, 2016. **375**(2): p. 154-61.
173. Sepah, SC et al., *Long-term outcomes of a Web-based diabetes prevention program: 2-year results of a single-arm longitudinal study*. J Med Internet Res, 2015. **17**(4): p. e92.