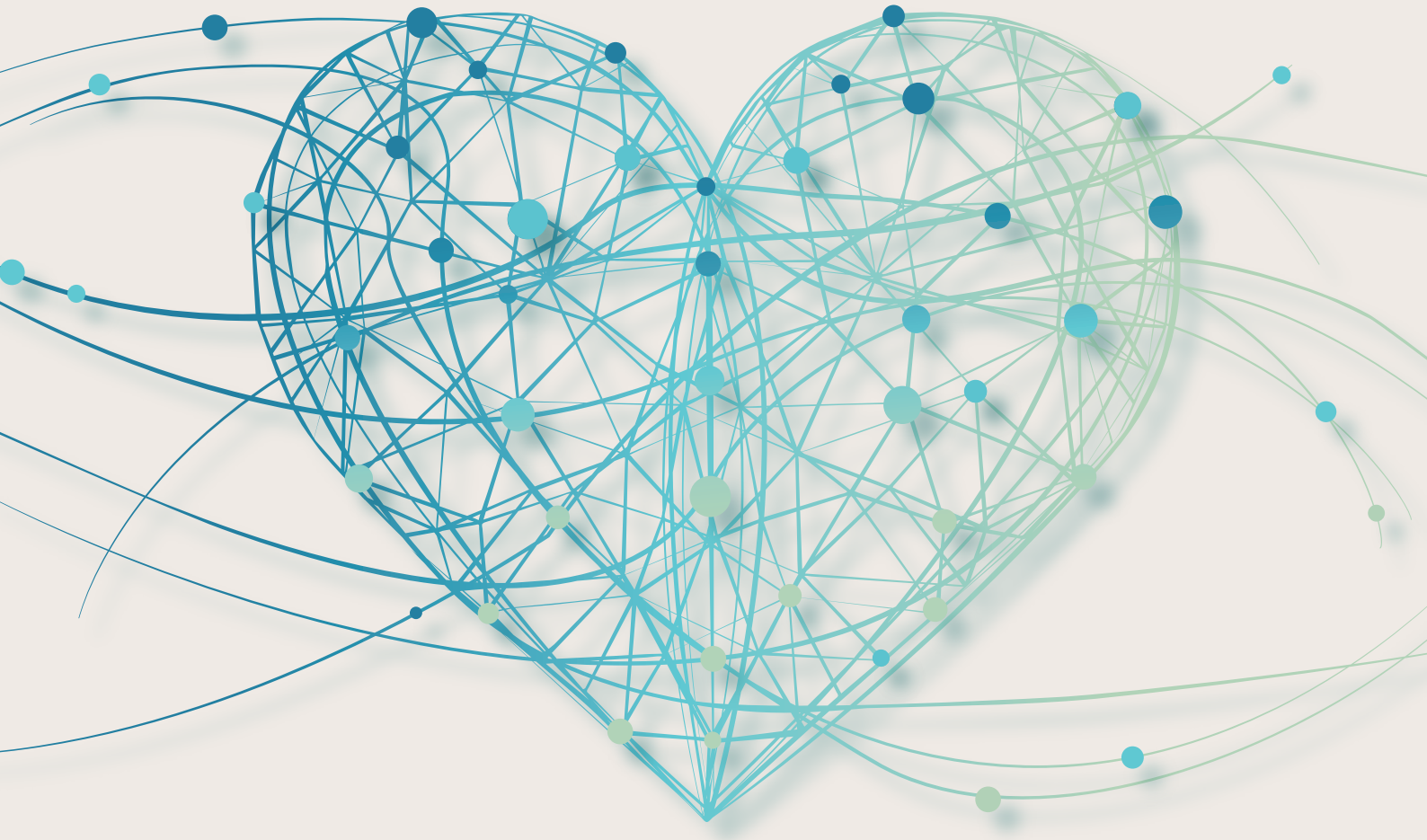
Sonderbeilage September 2026 clinicum Das Fachmagazin mit Format für Spital und Heim



Gesundheits-Netzwerke

Zukunft gemeinsam gestalten

CSS

Inhalt

Weitblick
Gesundheits-Netzwerke: Wenn Versorgung wirklich zusammenspielt 4

Brückenbauer
Gemeinsam Vertrauen schaffen und Mehrwert stiften 6

Persönlich
Begleitung nach Mass – wer braucht was? 10

Empathie
Exzellente Koordination senkt die Kosten und erhöht die Qualität 11

Erfahrung
Integrierte Versorgung – was die Schweiz von Spanien lernen könnte 14

Partnerschaft
Förderung der Ambulantisierung im Spitalzentrum Biel: Erfolgreicher strategischer Fokus 16

Patientenorientierung
CSS-Gesundheits-Netzwerke: Regional, flexibel, effektiv 18

Impressum

Diese Sonderbeilage erscheint in deutscher und französischer Sprache.

Herausgeber
Dr. Hans Balmer Public Relations AG, Leberngasse 21, Postfach 260, 4601 Olten

Redaktion
Tania Garcia, CSS
Dr. Hans Balmer, Verleger «clinicum»
clinicum.ch

Gestaltung
Marco Bonanno, plan f gmbh
plan-f.ch

Druck
ISI Print AG, Aarau

Übersetzung
Übersetzungsdienst CSS

Bildmaterial
S. 3–5, 18–20: Bildarchiv CSS;
S. 6: David Marchon / Agence MaVu Sàrl;;
S. 7: Bildarchiv Hôpital du Jura;
David Marchon / Agence MaVu Sàrl;
S. 8–9: Bildarchiv EHC Morges;
S. 10, 15: Getty Images;
S. 11–13: Eveline Beerkircher Fotografie;
S. 14: Bildarchiv Willy Oggier Gesundheitsökonomische Beratungen AG;
S. 16–17: Marco Zanoni / Spitalzentrum Biel

Liebe Leserin, lieber Leser



Sanjay Singh
Leiter Leistungen, Produkte und Health Services CSS
Mitglied der Geschäftsleitung

Wenn wir über die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens sprechen, geht es vor allem um eines: ein Zusammenspiel, das funktioniert. Die Menschen werden älter, chronische und komplexe Erkrankungen nehmen zu, gleichzeitig akzentuiert sich der Fachkräftemangel. In diesem Spannungsfeld tragen wir als eine der führenden Schweizer Krankenversicherungen eine besondere Verantwortung.

Vor diesem Hintergrund engagiert sich die CSS seit Langem für ein qualitativ hochwertiges und kosteneffizientes Gesundheitssystem. Gesellschaftliches, ökonomisches und ökologisches Engagement gehören dabei untrennbar zusammen. Unser Antrieb ist klar: Das gesundheitliche Wohlergehen unserer Kundinnen und Kunden in allen Lebensphasen ist uns wichtig – unabhängig von Wohnort, sozialem Status oder Diagnose.

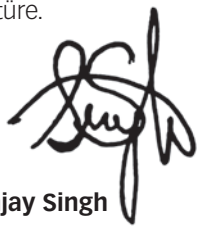
Ein zentraler Hebel dafür sind die regionalen Gesundheits-Netzwerke. In diesen arbeiten verschiedene medizinische Akteure eng zusammen, teilen Informationen und stimmen Behandlungsschritte ab. So werden Doppeluntersuchungen vermieden, Wege verkürzt und die Versorgung im Alltag spürbar verbessert.

Gemeinsam mit starken Partnern bauen wir unser Netzwerkportfolio deshalb laufend weiter aus. Im Fokus steht dabei eine koordinierte Versorgung, unterstützt durch digitale Lösungen, neue Rollen im Gesundheitswesen sowie gezielte Angebote für Prävention und persönliche Begleitung.

Diese Sonderbeilage zeigt, wie das in der Praxis aussieht. Wir geben Einblicke ins Netzwerk in Morges und im Kanton Jura, lassen Mitarbeitende zu Wort kommen und zeigen, was wir aus einem Vergleich mit Spanien lernen können. Zudem wird deutlich, welchen Beitrag Gesundheits-Netzwerke zur Ambulantisierung leisten.

Mein Fazit ist einfach: Vernetzung ist kein Selbstzweck, sondern ein Versprechen für Patientinnen und Patienten, für Fachpersonen und für das System als Ganzes. Wenn es uns gelingt, Kooperation neu zu denken, entsteht ein Gesundheitswesen, das näher bei den Menschen ist und gleichzeitig die Kostenentwicklung bremst. Denn eines ist klar: Die Zukunft der Gesundheitsversorgung entsteht nicht im Alleingang. Sie entsteht im Netzwerk.

Ich wünsche Ihnen eine inspirierende Lektüre.



Sanjay Singh

Gesundheits-Netzwerke: Wenn Versorgung wirklich zusammenspielt

Wie sähe ein Gesundheitswesen aus, das Patientinnen und Patienten konsequent in den Mittelpunkt stellt und die gesamte Behandlungskette nahtlos verbindet?

Manche Patientinnen und Patienten erleben das Gesundheitssystem heute als Stückwerk: Sie werden von einer Stelle zur nächsten verwiesen, müssen ihre Krankengeschichte immer wieder neu erzählen, und nicht selten kommt es zu Doppeluntersuchungen. Gerade für ältere Menschen oder chronisch Erkrankte wird es zunehmend schwierig, den Überblick über ihre Behandlung zu behalten.



Dr. med. Luca Emmanuele, Leiter Einkaufsmanagement Leistungen CSS

Ein Netzwerk kann nur dann erfolgreich sein, wenn alle Partner verbindlich zusammenarbeiten und gemeinsame Ziele konsequent verfolgen. Entscheidend ist der Wille, Patientinnen und Patienten entlang des Behandlungspfads bestmöglich zu begleiten.

Auf dieser Basis entsteht ein gemeinsamer Lernprozess. Gesundheits-Netzwerke entfalten ihre Stärke dort, wo Erfahrungen und Daten systematisch geteilt, ausgewertet und in konkrete Verbesserungen übersetzt werden.

Die Versorgungslandschaft in der Schweiz ist nach wie vor stark fragmentiert organisiert. Hausärztinnen und Hausärzte übernehmen zwar eine wichtige koordinierende Rolle in der Grundversorgung, doch angesichts steigender Patientenzahlen und knapper Ressourcen stösst dieses Modell an seine Grenzen.

Besonders in den weiterführenden Versorgungsstufen, etwa bei Spitälern und Spezialistinnen und Spezialisten, entstehen hohe Kosten. Genau dort ist die Abstimmung besonders herausfordernd.

Die Antwort: Vernetzte Versorgung

Vertikal integrierte Gesundheits-Netzwerke können die Lösung sein. Sie verbinden Arztpraxen, Spitäler, Pflegefachpersonen, Apotheken, Telemedizinanbietende und weitere Akteure zu einem abgestimmten System, in dem die Patientin oder der Patient im Mittelpunkt steht.

Gemeinsam koordinieren sie die gesamte Behandlungskette – von der Prävention über Diagnose und Therapie bis hin zur Rehabilitation und Langzeitpflege. Für Patientinnen und Patienten bedeutet das: Sie gelangen schneller an die richtige Stelle, unnötige Doppeluntersuchungen werden vermieden, und der Behandlungsverlauf bleibt übersichtlich und nachvollziehbar. Koordinationsstellen und digitale Plattformen unterstützen dabei, den Weg zur passenden Behandlungsstelle zu lenken. Neue Versorgungsformen wie erweiterte Spitex- oder @home-Angebote, Telemedizin und Gesundheits-Apps ergänzen das Spektrum entlang des Behandlungspfads. Ziel ist ein sektorenübergreifendes Modell mit klaren Schnittstellen und Verantwortlichkeiten, ohne dass die Patientin oder der Patient bei jedem Übergang «bei null» beginnen muss.

CSS: Der kooperative Bottom-up-Ansatz

Die CSS verfolgt dabei einen Bottom-up-Ansatz in der Entwicklung von Versorgungsangeboten. Sie geht dabei nicht von einem vorab festgelegten Versicherungsprodukt aus, sondern orientiert sich an innovativen Ansätzen und konkreten Entwicklungen im Markt. Darauf aufbauend vernetzt sie relevante lokale Partner und entwickelt mit ihnen Versorgungslösungen, die auf regionale Strukturen und Bedürfnisse abgestimmt sind.

«Wir arbeiten eng mit Partnerinnen und Partnern zusammen und entwickeln gemeinsam Lösungen, die optimal zu den regionalen Versorgungsstrukturen und -bedürfnissen passen.»
Dr. med. Luca Emmanuele, Leiter Einkaufsmanagement Leistungen CSS

Zugleich verfolgt die CSS das Ziel, bestehende Versicherungsprodukte so zu flexibilisieren, dass sie die Strukturen und Versorgungslogiken regionaler Gesundheits-Netzwerke adäquat abbilden können. In diesem Kontext sind auch neue Berufsrollen entstanden, die Versicherte gezielt durch die Versorgung begleiten.

Skalierbare Kernelemente in Gesundheits-Netzwerken

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die Skalierung weniger, klar definierter Kernelemente. Diese bleiben übertragbar, auch wenn ihre konkrete Ausgestaltung je nach Netzwerk variieren kann.

Im Zentrum stehen folgende Kernelemente:

- **Neue Berufsrollen: Navigation und Koordination**
  Dank neuer Berufsrollen können koordinierende Fachpersonen die Versicherten aktiv durch das Versorgungssystem



In Netzwerken arbeiten verschiedene Akteure aus dem Gesundheitswesen Hand in Hand. Im Zentrum steht immer der Mensch.

begleiten. Sie schaffen Orientierung, koordinieren Behandlungen, suchen gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin nach passenden Lösungen und stellen sicher, dass Informationen fliessen. Erste Erfahrungen zeigen, dass diese Rollen einen wesentlichen Beitrag zur Qualität und Effizienz leisten und sich gut auf andere Regionen übertragen lassen.

Ihre konkrete Ausgestaltung lässt sich flexibel an regionale Gegebenheiten anpassen: So kann eine Fachperson je nach Netzwerk unterschiedliche Krankheitsbilder oder Zielgruppen betreuen. Eine vertiefte Darstellung der neuen Rollen erfolgt auf Seite 10.

– **Gesundheits-Assessments als strukturierter Einstieg**
Interessierte Versicherte erfassen ihre gesundheitliche Situation über einen strukturierten Fragebogen und erhalten darauf basierend individuelle Empfehlungen. So werden sie frühzeitig und gezielt an die passende Anlaufstelle gelenkt, was Umwege reduziert und eine effizientere Nutzung aller Angebote ermöglicht. Diese Gesundheits-Assessments bieten somit einen standardisierten Einstieg in die Versorgung und sind dadurch einfach auf weitere Regionen übertragbar. Zudem können sie auch zu Angeboten führen, die niederschwellig von der CSS angeboten werden, wie zum Beispiel Coachings oder digitale Programme.

Kontinuierliche Entwicklung

Die Weiterentwicklung der Gesundheits-Netzwerke basiert auf einem fortlaufenden Lernprozess. Im Zentrum steht nicht nur die Umsetzung von Angeboten, sondern auch die systematische Messung ihrer Wirkung als Grundlage für Verbesserungen. Dazu gehören Ergebnisparameter wie reduzierte Notfalleintritte oder Rehospitalisierungen sowie ein Kostenvergleich zu einem Referenzkollektiv. Weitere Indikatoren sind Kostenverlagerungen (zum Beispiel hin zu mehr ambulanter Versorgung und geringeren Medikamentenkosten), die Nutzungsquote von Angeboten, Zuweisungen zu Präventionsangeboten, Patientenerfahrungen, Behandlungsergebnisse sowie die Zufriedenheit der Leistungserbringer. Die Evaluation erfolgt bei der CSS fortlaufend und dient direkt der Weiterentwicklung der Modelle gemeinsam mit den involvierten Akteuren in der Versorgung.

Gesundheits-Netzwerke bleiben kein statisches Endprodukt, sondern zeichnen sich durch einen dynamischen Lern- und Entwicklungsprozess aus. Sie entstehen im Zusammenspiel der beteiligten Akteure und entwickeln sich kontinuierlich weiter. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit ist vielerorts vorhanden. Entscheidend ist es, die richtigen Strukturen zu schaffen und insbesondere jene Elemente zu stärken, die sich bewähren und skalieren lassen. Der kooperative Bottom-up-Ansatz der CSS gibt den Akteuren den nötigen Gestaltungsspielraum und fördert eine intensivere Integration der verschiedenen Versorgungsstufen.

Gemeinsam Vertrauen schaffen und Mehrwert stiften

Krankenversicherer sowie Leistungserbringer wie Spitäler sind in der Regel Vertragspartner bei Leistungen und Abrechnungen. So stellen Spitäler Rechnungen aus, die der Versicherer prüft und vergütet. Beide können aber wesentlich mehr zu einem erstklassigen Gesundheitssystem beitragen. Genau das tun beispielsweise das Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) und das Hôpital du Jura zusammen mit der CSS im Rahmen innovativer Versorgungsmodelle.

«Es ist auf den ersten Blick bizarr, dass wir gemeinsam mit den ‹Kassen› neue Modelle für das Leistungsangebot und dessen Abgeltung kreiert haben», bringt es Dr. med. Mikael de Rham, Generaldirektor des Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC), auf den Punkt. «Wenn wir die gewohnten Pfade im Gesundheitswesen verlassen wollen, müssen wir etwas wagen und mehr Dynamik entfalten», sagt er. Deshalb sei es naheliegend gewesen, über den Tellerrand zu blicken und in einer Krankenversicherung mehr als eine blosse Kontrollinstanz zu sehen, nämlich «eine Partnerin im Interesse unserer Patientinnen und Patienten».



Gautier Vallat (links) ist CEO des Hôpital du Jura. Der diplomierte Wirtschaftsprüfer mit betriebswirtschaftlicher Ausbildung führt das Spital seit 2024, nachdem er bereits als Finanzdirektor tätig war. Er engagiert sich für eine gestärkte wohnortnahe Medizin auf der Basis integrierter Versorgungsnetzwerke und enger Kooperationen mit regionalen und universitären Partnern.

Dr. med. Mikael de Rham (rechts) ist CEO des Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC). Der ausgebildete Arzt verfügt über einen Doktortitel sowie einen Master in Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement. Seit 2018 leitet er das Spitalnetzwerk, engagiert sich in gesundheitspolitischen Debatten und lehrt Gesundheitsmanagement an der UNIL und der UNIGE.

Dabei gebe es zwischen dem Spital und der CSS durchaus gemeinsame Interessen. «Gemeinsam verfolgen wir ein klares Ziel: Wir möchten die Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau versorgen und dies zugleich so wirtschaftlich wie möglich tun.» Gesundheits-Netzwerke spielten dabei eine zentrale Rolle, weil sie eine integrierte Versorgung und eine systematische Koordination der Behandlungspfade ermöglichten. Zugleich stellt de Rham klar: «Als Spital wollen wir dabei nicht möglichst viel Geld verdienen, sondern die bestmögliche Versorgung für unsere Patientinnen und Patienten sicherstellen.» Damit das gesamte System auch morgen noch finanzierbar bleibe, habe man gemeinsam mit der CSS die Interessen gebündelt und arbeite partnerschaftlich zusammen.

Vom Silodenken wegkommen

«Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit braucht es jedoch eine gewisse Grösse», ergänzt Gautier Vallat, Generaldirektor des Hôpital du Jura und ein weiterer Kooperationspartner der CSS in der Romandie. Das EHC und das Hôpital du Jura haben zuvor unabhängig voneinander gearbeitet. Jetzt setzen sie auf Zusammenarbeit. «Unser pirmäres Anliegen ist es, ein langfristig tragbares System zu schaffen, eines, das Ressourcen schont und teilweise stark fragmentierte Angebote zusammenführt.»

Um die verschiedenen Akteure zusammenzubringen, braucht es allerdings erhebliche organisatorische Anstrengungen. Genau hier engagiert sich die CSS: Sie unterstützt



Bereits viele positive Erfahrungen in der integrierten Versorgung konnte das Hôpital du Jura sammeln, hier der Standort Delsberg.

den Aufbau dieser Netzwerke aktiv, bringt weitere Leistungserbringer an einen Tisch und fördert die Zusammenarbeit gezielt. «Wir schätzen es sehr, dass die CSS unsere Anstrengungen unterstützt. Diese Unterstützung ist zugleich Ansporn und Verpflichtung und motiviert uns, schlanke, effiziente Strukturen und eine Vertrauensbasis aller involvierten Leistungserbringer zu schaffen, damit diese Investition Früchte trägt und sich ein Return on Investment ergibt. Deshalb ist es sehr wichtig, dass wir als Spital zusammen mit Hausärztinnen und Hausärzten, Pflegeinstitutionen und der Spitex schleunigst vom Silodenken wegkommen und eng vernetzt zusammenarbeiten», betont Vallat.

«Die Versorgung entsteht im engen Zusammenspiel mit der CSS», sagt Gautier Vallat. «Wir entwickeln für unsere Patientinnen und Patienten regional angepasste und praxistaugliche Angebote. Die CSS hilft uns auf der Grundlage von Daten zu bestimmen, ob diese Angebote relevant sind. Im Zentrum steht dabei immer die Frage, ob ein Angebot für Patientinnen und Patienten tatsächlich einen spürbaren Mehrwert schafft.» Einen grossen Vorteil sieht Mikael de Rham im Austausch mit anderen Regionen und Gesundheits-Netzwerken, die ebenfalls mit der CSS zusammenarbeiten. «Wir teilen die gleiche Dynamik und Verantwortung», sagt er. Was sich in einer Region bewährt, lässt sich oft auch anderswo übernehmen. «Der gemeinsame Austausch beschleunigt den Prozess.» Im Vordergrund steht dabei die

Dr. med. Mikael de Rham (CEO EHC) und Gautier Vallat (CEO Hôpital du Jura) im Interview mit Dr. Hans Balmer (Verleger clinicum), v. l. n. r.





Auch die Verantwortlichen des Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) engagieren sich im Gesundheits-Netzwerk mit der CSS.

Zusammenarbeit. «Wir sehen uns nicht als Konkurrenten, sondern als Partner», betont Vallat. Die CSS arbeitet aktiv mit und stärkt den Zusammenhalt zwischen den beteiligten Akteuren. Gleichzeitig zeigt sich auch, dass nicht jede Lösung überall gleich gut funktioniert. Die Bedürfnisse in urbanen Zentren unterscheiden sich von jenen in ländlichen oder Bergregionen. Angebote müssen deshalb an die jeweiligen regionalen Gegebenheiten angepasst werden.

Skaleneffekte nutzen

«Wir müssen nachhaltig denken und handeln», fährt Mikael de Rham fort, «und dabei unsere bereits vorhandenen Erfahrungen als Generalisten im Managed-Care-Bereich einbringen. Mit dem Gesundheits-Netzwerk wird die Zusammenarbeit nun noch grösser und umfassender. Das betrifft insbesondere die Interdisziplinarität. Wir setzen dieses Unterfangen Schritt für Schritt um, damit die Vernetzung auf einer soliden Basis erfolgt, und fokussieren uns aktuell insbesondere auf bestimmte Patientengruppen, namentlich ältere und chronisch kranke Patientinnen und Patienten. Die Zusammenarbeit erfolgt überall dort, wo sie notwendig ist und wo sie gleichzeitig die Behandlungsqualität sowie die persönlichen Lebensumstände der betreuten Menschen verbessert. Die Therapieverantwortung im Netzwerk ist kollektiv und trägt dazu bei, das System effizienter zu gestalten. Unser Ziel ist es, in absehbarer Zeit möglichst vielen Patientinnen und Patienten auf diese Weise dienen zu können. Das ist speziell aus Sicht der Skaleneffekte eine wichtige Voraussetzung, denn das Gesundheits-Netzwerk soll auch wirtschaftliche Vorteile bringen.»

Hausärztinnen und Hausärzte fest integrieren

Bedeutsam ist dabei die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Spezialistinnen und Spezialisten, unter denen noch viel Skepsis vorhanden ist. «Sie sind wachsam und vorsichtig, aber sie erkennen immer mehr, dass eine enge Zusammenarbeit mit allen Leistungserbringern innerhalb des Behandlungspfads notwendig ist», erläutert Gautier Vallat weiter. «Sie sehen ja auch, dass es allein nicht mehr geht. Das zeigt sich bereits deutlich am aktuellen Hausärztemangel. Die Zusammenarbeit ist noch etwas schwierig, weil eine leistungsstarke informationstechnische Plattform fehlt. Wir wollen daher an einem System arbeiten, das den Informationsaustausch deutlich verbessert. Teilweise sind die Akteure immerhin schon gut vernetzt, was die Zusammenarbeit fördert. Für eine Ausweitung braucht es aber ein weiter verbessertes, koordiniertes IT-System. Daran arbeiten wir.»

Das ist wichtig, denn das aktuelle Gesundheitssystem ist nicht nachhaltig. Wenn wir so weitermachen wie bisher, werden noch

grössere Probleme entstehen. Es braucht unbedingt Veränderungen und Zusammenarbeit, damit die Finanzierung aller Leistungen tragfähig bleibt. Deshalb ist eine hohe Verantwortung von Leistungserbringern und Kostenträgern gefragt, selbst wenn es für eine zukunftsorientierte Entwicklung etliche Jahre, Ressourcen und Energie braucht.

Für beide Interviewpartner ist es heute noch zu früh, um von grossen Erfolgszahlen zu sprechen, denn das EHC Morges ist erst seit 2025 und das Hôpital du Jura seit Anfang 2026 Kooperationspartner der CSS. Grundlage dieser Zusammenarbeit ist das «Réseau Bleu», das erste interkantonale Versorgungsnetz dieser Grössenordnung in der Schweiz. Die Zusammenarbeit zwischen der CSS und den fünf Spitälern des Netzwerks wird schrittweise ausgebaut, um eine besser koordinierte, leichter zugängliche und effizientere Versorgung sicherzustellen. «Aber wir haben einen festen Plan. Wir gehen Schritt für Schritt weiter vor und verbessern uns laufend», betont Mikael de Rham. «Wir prüfen, ob unser Angebot reibungslos funktioniert und bei den Patientinnen und Patienten gut ankommt. Insofern ist das ‹Réseau Bleu› ein lernendes System, das wir laufend optimieren.»

Mehr Qualität sichern

Übereinstimmend unterstreichen beide Interviewpartner: «Gesundheits-Netzwerke müssen zeigen, dass ihre Qualität höher ist als jene anderer Versorgungsformen. Die Menschen sollen zu uns kommen, weil die Servicequalität sehr gut ist, und zur CSS, weil die Prämien und Leistungen stimmen.»

So können wir bottom-up arbeiten unter Wahrung regionaler Besonderheiten und kantonaler Hoheiten. Andere Kantone können das Modell übernehmen, wenn es sich bewährt. Weitsichtige Leistungserbringer können zusammen mit der CSS nachhaltige Lösungen weiterentwickeln – erst klein testen, dann ausrollen, wobei die CSS als übergreifende Partnerin die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern unterstützt und datenbasierte Erkenntnisse einbringt, damit gemeinsam tragfähige Lösungen für eine kosteneffizientere Versorgung entstehen können.

Kommentar aus der Hausarztpraxis



Dr. Jérôme Burnand
Hausarzt, Centre médical des Charpentiers, Morges (EHC-Netzwerk)

Hausärztinnen und Hausärzte profitieren von koordinierten Behandlungsprozessen

Als Hausarzt erlebe ich täglich, dass die klassische, fragmentierte Versorgung an ihre Grenzen stösst. Patientinnen und Patienten mit mehreren Erkrankungen benötigen keine isolierten Einzelleistungen, sondern eine koordinierte, aufeinander abgestimmte Betreuung.

Aus meiner Sicht ist die Bereitschaft von Hausärztinnen und Hausärzten grundsätzlich gross, sich Gesundheits-Netzwerken anzuschliessen. Die meisten erkennen den Nutzen solcher Netzwerke angesichts der zunehmenden Komplexität der Behandlungen. Gleichzeitig bestehen nachvollziehbare Vorbehalte, insbesondere in Bezug auf zusätzliche administrative Belastung und Einschränkungen der Autonomie. Netzwerke müssen deshalb im Praxisalltag beweisen, dass sie tatsächlich entlasten, die Versorgung besser koordinieren und keine neuen Hürden schaffen.

Wo dies gelingt, zeigt sich ein klarer Mehrwert: Der Austausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern wird schneller und direkter, Entscheidungsprozesse werden vereinfacht und Doppelspurigkeiten reduziert.

Voraussetzung dafür ist eine verlässliche Zusammenarbeit. Es braucht einfache, effiziente Kommunikationswege, klar definierte Rollen sowie gemeinsame Ziele in der Betreuung der Patientinnen und Patienten. Erst auf dieser Grundlage kann ein wirklich koordinierter Behandlungsprozess entstehen.

Für die Zukunft der Gesundheitsversorgung bin ich überzeugt: Ohne funktionierende Vernetzung wird es keine nachhaltige Lösung geben. Der Zugang zur Versorgung muss einfach und bedarfsgerecht bleiben. Gerade vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung und eines zunehmenden Fachkräftemangels wird die koordinierte Zusammenarbeit aller Beteiligten zu einem zentralen Erfolgsfaktor.

Dr. Jérôme Burnand schloss 1995 sein Studium in Lausanne ab, erhielt 2010 den Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin und arbeitete in mehreren Spitälern, darunter am CHUV, wo er bis 2010 Oberarzt war. Danach war er leitender Arzt und Chefarzt am HFR in Riaz. Seit April 2021 ist er Hausarzt im Centre médical des Charpentiers in Morges, das zum EHC-Netzwerk gehört.

Begleitung nach Mass – wer braucht was?

Gesundheits-Netzwerke funktionieren dann besonders gut, wenn sie sich an den unterschiedlichen Bedürfnissen der Bevölkerung orientieren. Denn nicht alle nutzen das Gesundheitssystem gleich: Während einige Versicherte kaum Berührungspunkte haben, sind andere regelmässig oder sogar dauerhaft darauf angewiesen.

Die CSS unterscheidet dabei zwischen drei zentralen Gruppen:

Gesunde: Prävention im Fokus

Viele Menschen haben kaum Kontakt mit dem Gesundheitssystem, bis plötzlich Beschwerden auftreten oder eine Diagnose alles verändert. Genau hier setzt die CSS bewusst früh an: Prävention bedeutet, die Gesundheitskompetenz zu stärken und die Gesundheit aktiv zu erhalten, anstatt Krankheiten zu behandeln. Ein zentraler Einstiegspunkt ist dabei ein Gesundheits-Assessment: Interessierte Versicherte beantworten einen strukturierten Fragebogen zu ihrem Gesundheitszustand. Auf dieser Basis erhalten sie in einem Beratungsgespräch individuell passende Empfehlungen für präventive Angebote. Dazu gehören beispielsweise Ernährungs- und Bewegungsprogramme, Schlaf- und Anti-Stress-Coachings, Herz-Kreislauf-Checks oder Online-Trainings bei Bluthochdruck. So wird nicht nur die individuelle Lebensqualität verbessert, sondern auch die Gesundheitskompetenz gestärkt und langfristig das Risiko für schwerere Erkrankungen reduziert.

Gelegenheitsnutzer: Orientierung geben

Personen, die medizinische Leistungen nur gelegentlich in Anspruch nehmen, fühlen sich angesichts der Vielzahl an Angeboten im Gesundheitssystem oft unsicher. In solchen Situationen steht vor allem eines im Vordergrund: Orientierung. Diese Aufgabe übernimmt eine sogenannte Navigatorin oder ein Navigator. Dabei handelt es sich um eine nicht ärztliche Fachperson, die sich in der jeweiligen Region gut auskennt und mit lokalen Leistungserbringern vernetzt ist. Dadurch können Anfragen gezielt eingeordnet und passende Versorgungsangebote vermittelt werden.

Im direkten Austausch, beispielsweise telefonisch, schätzt die Navigatorin oder der Navigator die Dringlichkeit eines Anliegens ein und klärt gemeinsam mit der versicherten Person, welche Anlaufstelle am besten geeignet ist. So können etwa Eltern bei Fragen zu Neugeborenen oder bei Unsicherheiten in der frühen Kinderversorgung an passende Beratungsstellen wie die Elternberatung verwiesen werden, anstatt direkt eine kinderärztliche Konsultation in Anspruch zu nehmen. Auch bei Symptomen wie einer Augenentzündung oder Halsweh kann zunächst der Gang in die Apotheke empfohlen werden, ohne unmittelbar eine hausärztliche Abklärung zu veranlassen.

Chronisch Erkrankte: Koordination ist entscheidend

Besonders Menschen mit chronischen oder komplexen Erkrankungen können von der Versorgung in Gesundheits-Netzwerken profitieren. Sie bewegen sich oft zwischen verschiedenen Fachpersonen, Therapien und Einrichtungen und verlieren dabei leicht den Überblick.

Hier kommt die Koordinatorin oder der Koordinator ins Spiel: eine zentrale Bezugsperson, die den gesamten Behandlungspfad im Blick behält.

Sie oder er wird in der Regel auf Initiative des Spitals oder der Hausärztin bzw. des Hausarztes aktiv und identifiziert gezielt Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Koordinationsbedarf.

Diese Person organisiert Termine, fördert den Austausch zwischen Hausarztpraxen, Spezialistinnen und Spezialisten, Spitex und weiteren Beteiligten und sorgt dafür, dass alle Behandlungen aufeinander abgestimmt sind. So werden Informationsverluste, Doppeluntersuchungen und Notfälle reduziert. Bei Bedarf wird auch das soziale Umfeld der Betroffenen einbezogen und es werden niederschwellige Angebote vermittelt, die einen besseren Umgang mit der Erkrankung ermöglichen.

Im folgenden Erfahrungsbericht schildert eine Koordinatorin ihre Arbeit im direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten.

Eine integrierte Versorgung bietet Prävention, schafft Orientierung und ist koordiniert.



Exzellente Koordination senkt die Kosten und erhöht die Qualität

Integrierte Versorgung erfordert die Koordination der einzelnen Leistungen. Das Ziel ist klar: messbare Vorteile für die Patientinnen und Patienten – mehr Therapiequalität und eine höhere Lebensqualität. In den Gesundheits-Netzwerken der CSS kommt kompetenten Koordinatorinnen und Koordinatoren dabei eine entscheidende Rolle zu. Wir trafen die Koordinatorin Laurence Fleury im Hôpital du Jura in Delsberg.

Wie sieht Ihr typischer Arbeitstag als Koordinatorin aus?

Zu Beginn meines Arbeitstags überprüfe ich die Liste der CSS-versicherten Patientinnen und Patienten, die aktuell stationär auf der Abteilung behandelt werden. Anschliessend prüfe ich ihre Akten und besuche im Laufe des Morgens diejenigen, bei denen ein Unterstützungsbedarf durch den Koordinationsdienst besteht. Ich erkläre ihnen, wie ich sie unterstützen kann und welche optimale Nachsorge wir nach der Entlassung anbieten.

Anschliessend führe ich die geplanten Hausbesuche durch, kläre bei Bedarf offene medizinische oder organisatorische Fragen, verfasse einen zusammenfassenden Bericht für die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt sowie den ambulanten Pflegedienst und übernehme die telefonische Nachbetreuung bereits besuchter Patientinnen und Patienten.

Aktuell betreue ich mehrere Personen mit komplexen Pflegebedürfnissen. Ich arbeite daran, das Netzwerk zu stärken und die Leistungen aller Beteiligten bestmöglich aufeinander abzustimmen. Hinzu kommen administrative Aufgaben, mit denen ich die durchgeführten Massnahmen dokumentiere.

Können Sie einige konkrete Situationen beschreiben, in denen Ihre Rolle als Koordinatorin entscheidend war?

Ein älterer Patient hatte sich mit seinem langjährigen Arzt zerstritten und war deshalb ein Jahr lang nicht mehr in Behandlung. Ich habe mit dem Patienten in Ruhe besprochen, wie wichtig die ärztliche Nachsorge für seinen Gesundheitszustand ist. Gleichzeitig habe ich seine Bedenken ernst genommen und ihm auch die Möglichkeit eines Arztwechsels aufgezeigt. Ich gab ihm 48 Stunden Bedenkzeit und rief ihn danach erneut an. Im zweiten Gespräch konnte ich ihn überzeugen, den Kontakt zu seinem bisherigen Arzt wieder aufzunehmen. Ich organisierte den Termin und setzte mich dafür ein, dass das Verhältnis zwischen beiden wieder verbessert wird.

Eine andere Patientin hatte im Spital eine Verordnung für eine Lymphdrainage erhalten. Ihr Physiotherapeut konnte ihr aber erst in vier Wochen einen Termin anbieten. Da die Behandlung dringend war, habe ich mich sofort darum gekümmert und mehrere Telefonate geführt. Weil ich in der Region gut vernetzt bin, fand ich schliesslich einen Therapeuten, der schon nach fünf Tagen Zeit hatte.

Gab es Fälle, bei denen Sie Patientinnen und Patienten zu einer verbesserten Versorgung verhelfen konnten?

Das kommt häufig vor. So betreute ich beispielsweise einen älteren Patienten, der allein lebte und keine häusliche Pflege hatte. Bei einem Nachkontakt drei Tage nach seiner Spitalentlassung erfuhr ich, dass er seine neu verordneten Medikamente noch immer nicht eingenommen hatte, weil die Namen auf den Packungen nicht mit der Verordnung übereinstimmten. Er hatte Generika erhalten. Ich erklärte ihm deshalb, dass es sich dabei um wirkungsgleiche Medikamente handelt. Danach nahm er sie regelmässig ein, wodurch vermutlich eine Verschlechterung seines Herzleidens verhindert werden konnte.

Solche scheinbar kleinen Klärungen können für Patientinnen und Patienten sehr viel bewirken.



Laurence Fleury

Laurence Fleury ist Pflegekoordinatorin für Übergangspflege am Hôpital du Jura. Sie arbeitet seit vielen Jahren in verschiedenen Bereichen des Spitals und war unter anderem in der Inneren Medizin, im Notfall- und Rettungsdienst sowie in der ambulanten Einheit tätig. Weiterbildungen in biomedizinischer Ethik, Advance Care Planning und Begleitung prägen ihr heutiges Engagement. Seit 2014 gehört sie zudem der Ethikkommission des Hôpital du Jura an.

Wann haben Sie in letzter Zeit bemerkt, dass Ihre Rolle im Netzwerk etwas bewirkt hat?

Ein besonders positives Erlebnis war, als mich nach dem Spitalaustritt eines Patienten ein ambulantes Pflegeteam telefonisch kontaktierte, weil Fragen zu seinem Medikamentenplan offen waren. Da ich während der Akutphase im Spital unkomplizierten Zugang zur Patientenakte und zum verschreibenden Arzt hatte, konnte ich die benötigten Informationen schnell weitergeben. Das zeigte mir erneut, wie wichtig eine koordinierende Unterstützung an dieser Schnittstelle ist, denn gerade in Übergangsphasen verlieren Patientinnen und Patienten im komplexen Gesundheitssystem leicht den Überblick.

Wie erleben Sie die Zusammenarbeit im Gesundheits-Netzwerk Jura?

Wir stehen noch ganz am Anfang. Vieles entwickelt sich Schritt für Schritt, und es braucht noch gewisse Anpassungen. Dabei habe ich festgestellt, dass die Kommunikation mit den verschiedenen Partnern besonders wichtig ist, weil unsere Rolle noch nicht überall vollständig verstanden wird. Umso wertvoller ist es, wenn die Zusammenarbeit bereits konkret spürbar wird: Ärztinnen und Ärzte schätzen es beispielsweise, zeitnah über den Verlauf der Akutphase im Spital sowie über Laborergebnisse informiert zu werden. Deshalb ist es zentral, immer wieder zu erklären und zu vermitteln, worin unser Auftrag besteht: nämlich darin, einen echten Mehrwert für die Patientinnen und Patienten zu schaffen und sie gemeinsam mit allen Beteiligten bestmöglich zu unterstützen.



Laurence Fleury bespricht in der Apotheke gemeinsam mit Fachpersonen die Medikation von Patientinnen und Patienten.

Gibt es typische Herausforderungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit?

Einzelne Berufsgruppen arbeiten häufig isoliert. Als zentrale Herausforderung gilt es, alle Beteiligten so zu koordinieren, dass eine sinnvolle und bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet ist, Zeit eingespart, die Effizienz gesteigert sowie Doppelarbeit und Informationsverluste vermieden werden. Jede Patientin und jeder Patient hat eine individuelle Krankengeschichte, und meine Aufgabe besteht darin, die verschiedenen Behandlungsphasen im Verlauf der Genesung sinnvoll miteinander zu verknüpfen.

Ein wichtiges Ziel meiner Arbeit ist es, Ärztinnen und Ärzte zu entlasten und gleichzeitig Patientinnen und Patienten engmaschig zu begleiten. Gerade bei älteren Menschen mit eingeschränkter Selbstständigkeit übernehmen Koordinatorinnen und Koordinatoren Aufgaben in der Gesundheitsförderung, der Krankheits- und Sturzprävention, der Behandlungsevaluation und der klinischen Überwachung.

Durch enge Abstimmung mit Spital, Ärzteschaft und Partnern hilft Laurence Fleury im Gesundheits-Netzwerk Jura, Informationsverluste und Doppelarbeit zu vermeiden.



Viele Patientinnen und Patienten sprechen persönliche Probleme zudem leichter mit einer Pflegekraft als mit der Ärzteschaft an. Deshalb ist diese Form der Unterstützung innerhalb des Netzwerks besonders wertvoll.

Wo sehen Sie den grössten Mehrwert Ihrer Rolle für die Patientinnen und Patienten?

Vor allem im Zuhören. Für die Patientinnen und Patienten ist das von enormer Bedeutung. Wenn ich sie zu Hause besuche, frage ich nach ihrem Befinden, und sie vertrauen mir häufig sehr persönliche Dinge an. Das ist ein guter Ausgangspunkt, um ihnen die passende Unterstützung anzubieten. Viele empfinden es zudem als sehr beruhigend, die Telefonnummer einer vertrauten Ansprechperson zu haben, die sie bei Problemen direkt kontaktieren können.

Darüber hinaus habe ich festgestellt, dass die Patientenaufklärung sehr wichtig ist. Ich kläre offene Fragen zu ihrer Erkrankung, ihren Symptomen, den Faktoren, die diese verschlimmern könnten, den Behandlungsmöglichkeiten sowie den Warnzeichen, auf die sie achten sollten, um Rückfälle zu vermeiden. Ziel ist es, sie aktiv in ihre Behandlung einzubeziehen. Denn sie selbst spielen eine wichtige Rolle in ihrem Genesungsprozess. Zudem kann ich ihnen helfen, Zugang zu Ressourcen zu erhalten, die ihre Lebensqualität verbessern.

Welche Veränderungen konnten Sie durch Ihre Arbeit bereits anstossen?

Für eine abschliessende Beurteilung ist es noch zu früh. Neu ist jedoch, dass das Spital verstärkt über seine eigenen Grenzen hinausblickt.

Da die Spitalaufenthalte immer kürzer werden, stehen wir Patientinnen und Patienten, die sich nach der Entlassung in der Genesungsphase befinden, bei Fragen zur Verfügung. Die Begleitung in dieser sensiblen Übergangsphase trägt dazu bei, Wiedereinweisungen zu vermeiden.

Welche Veränderungen stellen Sie sich künftig für die Koordinatorinnenrolle vor?

Ich hoffe, dass sich die Koordinationsarbeit zu einem kleinen Team weiterentwickelt und Kolleginnen und Kollegen dazukommen, mit denen ich mich austauschen kann. Zusätzlich zu meiner jetzigen Tätigkeit möchte ich Patientinnen und Patienten dabei unterstützen, eine Patientenverfügung zu erstellen. Es ist wichtig, ihnen zu helfen, fundierte Entscheidungen über ihre Wünsche zu treffen, beispielsweise für den Fall einer erneuten akuten Erkrankung.

Die Patientenverfügung ist ein wertvolles Instrument, das die Kommunikation zwischen Fachpersonen, Angehörigen sowie Patientinnen und Patienten erleichtert. Zudem trägt sie dazu bei, die Behandlung besser auf die Wünsche der Patientinnen und Patienten abzustimmen. Zusammenfassend ist mein oberstes Ziel, einen wesentlichen Beitrag zur Senkung der Gesundheitskosten zu leisten. Dafür ist es wichtig, dass sich alle Beteiligten in der Mitverantwortung sehen – nur so lässt sich dieses Ziel erreichen.



Bei Hausbesuchen begleitet Laurence Fleury Menschen in der Übergangsphase nach dem Spitalaufenthalt.

Als Koordinatorin behält Laurence Fleury im Gespräch mit einer Patientin den weiteren Behandlungspfad im Blick und stärkt durch Aufklärung die aktive Mitwirkung am Genesungsprozess.



Integrierte Versorgung – was die Schweiz von Spanien lernen könnte

Die Gesundheitssysteme Spaniens und der Schweiz sind unterschiedlich ausgestaltet. Dennoch lohnt sich ein Blick auf das spanische System, insbesondere im Hinblick auf Erkenntnisse für die integrierte Versorgung in der Schweiz.

Spanien verfügt über einen steuerfinanzierten öffentlichen Gesundheitsdienst. Seit dem Jahr 2002 ist dieser regionalisiert. Die 17 autonomen Regionen Spaniens haben relativ viel Gestaltungsmacht. Der Zentralstaat stellt den Regionen steuerfinanzierte Zuweisungen zur Verfügung. Die Regionen finanzieren ihre Aufgaben zudem aus verschiedenen Steuern, u. a. aus solchen, für die sie eigene Erhebungshoheit haben. Krankengeld und Mutterschafts-Leistungen werden über Sozialversicherungen finanziert.

Die Organisation der Gesundheitsversorgung läuft meist über Jahresverträge zwischen den regionalen Gesundheitsbehörden und den entsprechenden öffentlichen und privaten Leistungserbringern.

Die ambulante ärztliche Versorgung wird üblicherweise durch lokale, öffentlich getragene Gesundheitszentren abgedeckt. Die Wahl des Grundversorgers ist frei, dieser fungiert aber als Gatekeeper, der zur fachärztlichen Versorgung überweist, wo es unterschiedliche, in der Regel aber längere Wartezeiten gibt (Notfälle ausgenommen). In der Realität wird der Besuch des Gatekeepers über die Selbsteinweisung in eine Notfall-Ambulanz eines Spitals gerne umgangen. Für Wahleingriffe gilt grundsätzlich das Recht zur freien Spitalwahl.

Öffentliches und privates System sind nicht komplementär, sondern substitutiv

Neben der öffentlich organisierten Gesundheitsversorgung verfügt Spanien über ein paralleles rein privates System. Die Systeme sind also im Gegensatz zur Schweiz in der Regel nicht komplementär, sondern substitutiv. Kliniken mit privater Trägerschaft können grundsätzlich in beiden Systemen – zu unterschiedlichen Konditionen – tätig sein.

Signifikant mehr als die Hälfte der Privatspitäler haben eine Vereinbarung mit dem staatlichen Gesundheitsdienst. Zu unterscheiden gilt es unter anderem zwischen Modellen, die den Bau und das Management von Nicht-Gesundheitsdienstleistungen (Reinigung, Hotellerie etc.) regeln, und jenen, die den Bau, das Management von Gesundheits- (somatische Grund- und Spezialversorgung, Psychiatrie, chronische Erkrankungen etc.) und Nicht-Gesundheitsdienstleistungen übernehmen.

Die autonomen Regionen sind in Gesundheitsgebiete unterteilt, die im Durchschnitt über rund 200 000 bis 250 000 Einwohnerinnen und Einwohner verfügen. Unterhalb der Gesundheitsregionen finden sich kleinräumigere Gesundheitszonen. Die Spitalversorgung und die ambulante fachärztliche Versorgung erfolgen auf der Stufe der Gesundheitsgebiete, die hausärztliche Versorgung auf jener der Gesundheitszonen.

Bedeutung der integrierten Versorgung

In Spanien sind integrierte Versorgungssysteme – anders als in der Schweiz – durch die Finanzknappheit der öffentlichen Hand zur Finanzierung von Spital-Investitionen entstanden. Findige autonome Regionen (anfänglich vor allem Valencia) schrieben dabei den Bau und mehrjährigen Betrieb von Spitälern aus. Die Verantwortung für die Versorgung und das finanzielle Risiko wird durch Konzession an einen privaten Träger übergeben. Zur Aufgabenerfüllung erhält die verantwortliche Gruppe jährlich ein prospektives Globalbudget, das auf anhand der Einwohnerzahl und weiterer, insbesondere morbiditätsbasierter Kriterien berechneten Capitation-Beträgen (Pro-Kopf-Beiträgen) basiert. Im Rahmen des ersten sogenannten Alzira-Modells (benannt nach der Stadt Alzira) bekam die Ribera-Gruppe im Jahr 1997 den Zuschlag.

Bald merkte der Betreiber, dass in einem Gatekeeper-System eine vernünftige Preis-



Autor: Willy Oggier, Dr. oec. HSG, Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Küsnacht

Willy Oggier (Dr. oec. HSG) hat an der Hochschule St. Gallen Volkswirtschaftslehre studiert und auf diesem Gebiet auch doktoriert. Nach einigen Jahren Tätigkeit an der Hochschule St. Gallen hat er sich 1996 selbstständig gemacht. Er ist Inhaber der Firma Willy Oggier Gesundheitsökonomische Beratungen AG und gehört zu den führenden Gesundheitsökonomen der Schweiz. Er organisiert seit vielen Jahren Studienreisen ins Ausland, u. a. seit einigen Jahren nach Spanien. Seine Mutter stammte aus Madrid.



Gerade in der integrierten Versorgung eröffnet der Blick über Gewohntes hinaus neue Perspektiven.

Gestaltung im Rahmen von Spitalbau- und -betriebsmodellen kaum bis gar nicht möglich ist, weil nicht vorhergesehen werden kann, welche Behandlungen die Gatekeeper selbst machen bzw. weiterweisen. Die Spital-Gruppe wurde so zum Treiber der integrierten Versorgung und entwickelte die Vorwärts-Integration.

Mögliche Erkenntnisse für die Schweiz

In einer älter werdenden Gesellschaft – und die spanische gehört zu den ältesten in Europa – lohnt sich für integrierte Versorgungs-Modelle die Investition in nachhaltige Sekundär-Prävention vor allem dann, wenn die entsprechenden Menschen mittel- bis langfristig in diesen Versorgungsmodellen verweilen. Im spanischen Modell haben sie keine Möglichkeit, aus dem Gatekeeper-Modell auszusteigen – es sei denn mit dem Abschluss einer Privatversicherung, was im Alter schwierig ist.

Die Menschen sind trotzdem nicht im integrierten Spitalversorgungs-Modell gefangen. Sind sie nämlich nicht zufrieden, haben sie die Möglichkeit, beispielsweise für Wahleingriffe ein anderes Spital in einer anderen Versorgungsregion aufzusuchen. Tun sie dies, hat ihr Gatekeeper die entsprechende Rechnung zu bezahlen. Dieser Anreiz wirkt als Ansporn, einerseits die eigene Versorgungs-Population gut zu betreuen, andererseits besser zu sein als Mitbewerber im Umfeld, um möglichst viele ausserregionale Patientinnen und Patienten für Behandlungen gewinnen und damit zusätzliche Erträge generieren zu können.

Älter werdende Gesellschaften sind in der Regel auch mit mehr chronischen Erkrankungen konfrontiert und diese treten öfter mehrfach beim gleichen Patienten auf. Es ist daher wichtig, die entsprechenden Subspezialitäten vor allem der Inneren Medizin im Bedarfsfall schnell und bei Mehrfacherkrankungen zeitgleich und notfalls rund um die Uhr verfügbar zu haben.

Spitalgetriebene integrierte Versorgungsmodelle entwickeln dabei auch digital vernetzte Kommunikationsstrukturen unter Einbindung grosser ambulanter Gesundheitsversorgungszentren und stellen die notwendige Infrastruktur für die Arzt-Patienten-Kommunikation zur Verfügung. Chronisch Kranke werden in einem Capitation-System selten aufgeboten – es sei denn ihre Werte entgleisen. Die medizinische Fernüberwachung von chronisch kranken Menschen ist möglich, ohne dass diese in die Sprechstunde aufgeboten werden müssen. Denn es besteht kein finanzieller Anreiz zu unnötigen Arztkonsultationen wie in einem Einzelleistungstarif.

Die entsprechenden Modelle sind nicht staatlich verordnet, sondern im Rahmen wettbewerblicher Ausschreibungsmodelle mit längeren mehrjährigen Laufzeiten entstanden. In der Region Valencia sind sie teilweise anders ausgestaltet als beispielsweise in der Region Madrid.

Fazit

Wer den Nutzen spitalgetriebener integrierter Versorgungsmodelle nutzen will, sollte mindestens folgende Aspekte beachten:

- Solche Modelle benötigen einen gewissen Versicherten-Bestand, um notwendige qualitativ und wirtschaftlich kritische Grössen realisieren zu können.
- Die Entwicklung solcher Modelle (und insbesondere die Realisierung der positiven nachhaltigen Wirkungen der entsprechenden Präventionsanstrengungen) bedarf längerer Zeiträume.
- In einem Sozialversicherungssystem mit Wettbewerb unter den Krankenversicherern wie in der Schweiz sollten daher für solche Modelle mehrjährige Versicherungsverträge zugelassen werden.

Förderung der Ambulantisierung im Spitalzentrum Biel: Erfolgreicher strategischer Fokus

Die Ambulantisierung von medizinischen Eingriffen ist seit Jahren ein zentraler strategischer Fokus des Spitalzentrums Biel (SZB). Ziel ist es, die patientenorientierte Versorgung zu verbessern, Prozesse effizienter zu gestalten und die stationären Ressourcen zu entlasten. Um diese Vision umzusetzen, wird die Infrastruktur gezielt auf ambulante Eingriffe ausgerichtet, unter anderem durch die Einrichtung eines spezialisierten ambulanten OP-Zentrums.

Die Umstellung auf eine verstärkte Ambulantisierung stellt sowohl organisatorisch als auch finanziell eine Herausforderung dar. Die Abrechnungssysteme setzen oft Fehlanreize, da stationäre Eingriffe deutlich besser vergütet werden. Mit einem eigens initiierten Pilotprojekt konnte das SZB jedoch Wege finden, diese finanziellen Verzerrungen auszugleichen und den Anreiz für ambulante Behandlungen zu stärken.



Autor: Philippe Plodeck, CEO Spitalzentrum Biel

Philippe Plodeck ist seit März 2026 CEO des Spitalzentrums Biel (SZB). Zuvor war er seit 2021 CFO und arbeitete davor als Unternehmensberater im Gesundheitswesen bei PricewaterhouseCoopers und im Controlling der Galenica. Philippe Plodeck verfügt über einen Master in Business Administration der Universität Bern sowie ein CAS in Systemischem Management im Gesundheitswesen der HSG.

Ein strategischer Schwerpunkt liegt dabei auf den Fachbereichen HNO, Gynäkologie und Orthopädie. Hier wurden gezielt Eingriffe ausgewählt, bei denen ambulante Behandlungen sicher und effizient möglich sind und die sich für eine standardisierte Prozessoptimierung eignen. Diese Fokussierung erlaubt es, den Ambulantisierungsgrad messbar zu erhöhen und gleichzeitig Erfahrungen zu sammeln, um diese dann auf andere Bereiche zu übertragen.

Kontinuität der Versorgung

Parallel dazu hat das SZB die Zusammenarbeit mit externen Partnern ausgebaut: So hat sich das SZB an der Spitex Biel-Bienne Regio AG beteiligt, um die Schnittstellen zur ambulanten Pflege zu optimieren und die Nachbetreuung von Patientinnen und Patienten zu Hause sicherzustellen. Auf diese Weise wird nicht nur die Entlassung aus dem Spital erleichtert, sondern auch die Kontinuität der Versorgung gewährleistet.

Die ersten Ergebnisse des Programms sind vielversprechend. Bei rund 50 ausgewählten Eingriffen steigerten wir den Ambulantisierungsgrad von 45 Prozent im Jahr 2024 auf 53 Prozent im Jahr 2025. Zusätzlich wurde im gleichen Jahr die Anzahl der Pflegetage in der Akutsomatik um 3,3 Prozent reduziert, trotz steigender Marktanteile in der Region. Diese Entwicklung zeigt nicht nur den Erfolg der strukturellen und finanziellen Anpassungen, sondern liefert auch wertvolle Erfahrungen zur weiteren Optimierung der Patientenversorgung.

Gezielte Informationen für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige

Ein zentraler Bestandteil der Verbesserung des Versorgungspfads ist die sorgfältige Patientenselektion. Zusätzlich bereiten wir sie beispielsweise mit präoperativer Physiotherapie gezielt auf den Eingriff vor, um die Erholungsphase zu verkürzen. Die Nachbetreuung erfolgt in Zukunft teilweise durch Advanced Nurse Practitioners (ANP), die gemeinsam mit der Spitex die sichere häusliche Betreuung gewährleisten. Ergänzend wurden Merkblätter erstellt, die Patientinnen und Patienten sowie Angehörige über den Eingriff und die Nachsorge informieren.

Lohnender Blick über den Tellerrand

Das SZB richtet den Blick auch über die Landesgrenzen hinaus. Dabei nutzen wir Erfahrungen aus Ländern, die die Ambulantisierung bereits seit mehreren Jahren erfolgreich umgesetzt haben, um bewährte Konzepte zu übernehmen und die eigenen Prozesse kontinuierlich zu verbessern. Dies schliesst organisatorische Abläufe, Patientenschulungen und digitale Unterstützungssysteme ein, die sich international bewährt haben. So war beispielsweise unser Chefarzt der Gynäkologie zwischenzeitlich in Frankreich tätig und hat bereits für verschiedene neue ambulante Operationen Erfahrungen sammeln können. In der Orthopädie



Das SZB treibt die Ambulantisierung gezielt voran.



Patientin im Ambulanten Operationszentrum (AOP) des SZB.

orientieren wir uns an Versorgungsmodellen in den USA.

Auf Basis dieser Erfahrungen plant das SZB, die Schulung der Spitex kontinuierlich auszubauen. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten nach zunehmend komplexeren Eingriffen zu Hause optimal zu begleiten. Durch diese integrierte Vorgehensweise wird nicht nur die Qualität der Versorgung gesteigert, sondern auch die Effizienz des gesamten Gesundheitssystems gefördert.

Ambulantisierung und Gesundheits-Netzwerke weiter ausbauen

Die Ambulantisierung im Spitalzentrum Biel zeigt exemplarisch, wie strategische Planung, gezielte Infrastrukturinvestitionen und interprofessionelle Zusammenarbeit zu messbaren Verbesserungen in der Patientenversorgung führen können. Erste Erfolge, wie die Steigerung des Ambulantisierungsgrads, die Reduktion von Pflegetagen trotz wachsenden Marktanteils und die verbesserten Nachsorgeprozesse, bestätigen den eingeschlagenen Weg. Dies legt die Basis für eine nachhaltige Weiterentwicklung des ambulanten Angebots mit einem klaren Fokus auf die Fachbereiche, eines kontinuierlichen Lernens von internationalen Vorbildern und einer engen Vernetzung mit der ambulanten Pflege.

Für die Zukunft setzen wir auf starke Gesundheits-Netzwerke. Eine optimale Patientenversorgung gelingt nur durch ein koordiniertes Zusammenspiel aller beteiligten Akteure. Entscheidend ist insbesondere die enge Vernetzung von Hausärztinnen und Hausärzten, Advanced Practice Nurses (APNs), Spitex-Organisationen, Spitälern sowie Pflegeheimen.

Mit dem innovativen Angebot im Bereich der integrierten Versorgung haben das SZB und die CSS für die Region Biel-Seeland bereits einen wichtigen Schritt hin zu einer besser koordinierten und patientenzentrierten Versorgung gemacht. Nur gemeinsam können wir die Ambulantisierung erfolgreich vorantreiben und langfristig eine qualitativ hochwertige, patientenzentrierte Versorgung sicherstellen.

Operationssaal mit moderner Infrastruktur für sichere und effiziente ambulante Eingriffe.



CSS-Gesundheits-Netzwerke: Regional, flexibel, effektiv

Die CSS hat 2025 mit ihrem ersten Gesundheits-Netzwerk in Morges einen wichtigen Schritt in Richtung integrierte Versorgung gemacht. Weitere Netzwerke bestehen in den Regionen Jura, Biel, Tessin, Appenzellerland, Region Luzern und Neuenburg.

Jedes Netzwerk ist auf seine eigene Art besonders: Sie wurden bewusst unterschiedlich aufgebaut, regional angepasst und nach einer Bottom-up-Logik gemeinsam mit den Akteuren in den Regionen entwickelt. Ein festes Element ist das kontinuierliche Lernen mit laufender Weiterentwicklung. Im Zentrum steht dabei eine klare Vision: ein Gesundheitswesen, in dem Menschen ihre Gesundheit erhalten können und bei Bedarf sicher, schnell und gezielt durch die Versorgung begleitet werden. Die CSS übernimmt dabei eine aktive Rolle, nicht nur als Initiantin, sondern als Mitgestalterin einer zukunftsfähigen, vernetzten Versorgung.



Dr. oec. Karolin Leukert, Ressortleiterin Integrierte Versorgung & Spezialverträge CSS

Seit der Lancierung des ersten Gesundheits-Netzwerks fördern wir die Entwicklung von weiteren integrierten Versorgungsangeboten. Dies in Regionen, wo die Akteure gewillt sind, sich gemeinsam für eine kostengünstige und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung einzusetzen.

Unser Team bleibt am Puls der Zeit: Wir prüfen fortlaufend spannende Kooperationsmöglichkeiten und arbeiten mit Partnern daran, die Versorgung weiter zu verbessern.

Was Patientinnen und Patienten konkret gewinnen

Für Versicherte ergeben sich dank der Gesundheits-Netzwerke klare Vorteile, die bei der medizinischen Begleitung entscheidend sind:

Koordinierte Behandlung

Gesundheitsfachpersonen arbeiten eng zusammen und tauschen Informationen aus. So wird die Behandlung effizienter und sicherer, Doppeluntersuchungen werden vermieden.

Schneller Zugang

Dank abgestimmter Betreuung erhalten Versicherte rasch Zugang zu passenden Spezialistinnen und Spezialisten sowie Therapeutinnen und Therapeuten.

Persönliche Begleitung

Speziell ausgebildete Pflegefachpersonen begleiten und koordinieren in gesundheitlich herausfordernden Situationen, bei komplexen oder chronischen Erkrankungen. Sie helfen Patientinnen und Patienten, ihre Erkrankung zu verstehen und einen bestmöglichen Umgang mit ihr zu finden.

Individuelle Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention erfolgen individuell, zum Beispiel durch persönliche Empfehlungen und Coaching-Angebote.

Was unsere Gesundheits-Netzwerke auszeichnet

- **Integrierte Versorgungsstufen:** Die CSS-Gesundheits-Netzwerke bieten eine durchgängige Betreuung entlang des Versorgungspfads – von der Prävention und Früherkennung über die Diagnostik und Behandlung bis hin zur Rehabilitation sowie Akut- und Langzeitpflege.
- **Rolle der Hausärzteschaft:** Hausärztinnen und Hausärzte bleiben wichtige medizinische Bezugspersonen. Sie arbeiten eng und verbindlich mit weiteren

Gesundheits-Netzwerk Biel

Für Versicherte in: Region Biel-Seeland
Ihre Partner vor Ort: Spitalzentrum Biel und CSS
Das bietet Ihnen Ihr Netzwerk:

- 1 Akutspital
- Gesundheitszentrum MEDIN mit Hausärztinnen und Hausärzten, Spezialist/innen und Therapeut/innen
- Ambulantes Operationszentrum MEDIN au Lac

css.ch/biel-gesundheit

Gesundheits-Netzwerk Neuenburg

Für Versicherte in: Neuenburg
Ihre Partner vor Ort: Réseau Hospitalier de Neuchâtel (RHNe), Réseau de soins neuchâtelois (RSN) und CSS
Das bietet Ihnen Ihr Netzwerk:

- 1 Akutspital an 2 Standorten
- 1 Notfallstation
- 2 Rehakliniken
- 1 Polyklinik
- 1 Palliativmedizin-Zentrum
- 4 medizinische Zentren
- 15 Hausarztpraxen

css.ch/neuenburg-gesundheit

Fachpersonen im Netzwerk zusammen und erhalten Unterstützung bei der Begleitung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern.

- **Neue Berufsrollen:** Ergänzt wird dieses Modell durch neue Berufsrollen als Erstanlaufstelle bei medizinischen Problemen. Die Berufsrollen unterstützen die Versicherten aktiv bei der Orientierung im Gesundheitssystem und sorgen für eine strukturierte, kontinuierliche Begleitung.
- **Verbindliche Zusammenarbeit:** Ein weiteres Element ist die verbindliche Zusammenarbeit der beteiligten Akteure. Klare Prozesse und definierte Verantwortlichkeiten fördern eine interprofessionelle Kooperation, reduzieren Schnittstellen und verbessern die Versorgungsqualität.
- **Verknüpfung mit CSS-Angeboten:** Die Netzwerke sind eng mit den bestehenden Dienstleistungen der CSS verbunden, insbesondere mit Gesundheitsprogrammen wie psychologischen Online-Trainings und Coachings in den Bereichen Ernährung, Bewegung oder familiäre Belastung. Auf diese Weise stärken sie Prävention und Unterstützung gezielt.
- **Schrittweise Skalierung:** Der Aufbau startet mit ausgewählten Leistungserbringern und einem definierten Versichertenkollektiv, ist jedoch auf eine schrittweise Skalierung ausgelegt. So können die Netzwerke langfristig auf weitere Leistungserbringer ausgeweitet werden.
- **Neue Abgeltungsmodelle:** Es kommen auch neue Formen der Finanzierung zur Anwendung. Die Vergütung soll die richtigen Anreize für eine bedarfsgerechte, qualitativ gute und kosteneffiziente Versorgung setzen. Aktuell sind verschiedene Formen krankheitsbezogener Pauschalen in Erarbeitung und durchlaufen eine Pilotphase. Die Pauschalen sind verursachergerecht ausgestaltet und orientieren sich an Referenzkosten von Vergleichskollektiven.

Gesundheits-Netzwerk Jura

Für Versicherte in: Region Jura
Ihre Partner vor Ort: Réseau Médical du Jura, Hôpital du Jura und CSS
Das bietet Ihnen Ihr Netzwerk:

- 1 Akutspital mit 2 Standorten
- 1 Poliklinik für ambulante Behandlungen
- 1 Rehaklinik
- 2 Pflegeheime
- Pharmacie interjurassienne
- Hausarztpraxen MediQo und Réseau Médical du Jura

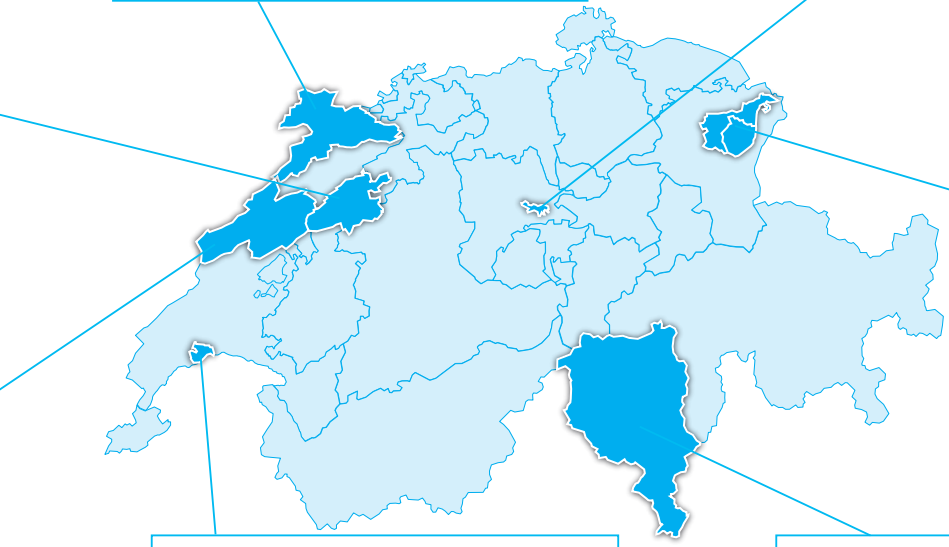
css.ch/jura-gesundheit

Gesundheits-Netzwerk Luzern

Für Versicherte in: Luzern
Ihre Partner vor Ort: Pilatus Praxis, Luzerner Kantonsspital (LUKS) und CSS
Das bietet Ihnen Ihr Netzwerk:

- 1 Akutspital
- 1 Spitalapotheke
- 1 Gruppen-Hausarztpraxis
- @home-Angebote
- Telemedizin

css.ch/luzern-gesundheit



Gesundheits-Netzwerk Appenzell

Für Versicherte in: Appenzellerland und Umgebung
Ihre Partner vor Ort: Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden (PZA) und CSS
Das bietet Ihnen Ihr Netzwerk:

- Angebot für psychische Gesundheit
- Leistungen des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden
- Coaching-Angebote und digitale Programme der CSS im Bereich der mentalen Gesundheit

css.ch/appenzell-gesundheit

Gesundheits-Netzwerk Morges

Für Versicherte in: Region Morges
Ihre Partner vor Ort: Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) und CSS
Das bietet Ihnen Ihr Netzwerk:

- 3 Akutspitäler
- 3 Pflegeheime
- 3 Permanence-Kliniken
- 1 Privatklinik
- 19 Hausarztpraxen

css.ch/morges-gesundheit

Gesundheits-Netzwerk Tessin

Für Versicherte in: Region Tessin
Ihre Partner vor Ort: Spitalgruppe Moncucco und CSS
Das bietet Ihnen Ihr Netzwerk:

- 1 Akutspital mit 2 Standorten
- Hausärztinnen und Hausärzte in der Region
- Partnerorganisationen wie Spitex und Rehabilitationskliniken

css.ch/tessin-gesundheit


css.ch/glaub-an-dich
Alle 50 Millisekunden korrigiert
dein Körper dein Gleichgewicht.
Weil du dafür gemacht bist,
dich wieder zu fangen.
Glaub an dich. Du bist
unglaublich.
CSS