

Playbook: Hybride Versorgungslösungen in der Schweiz

Dieses Playbook richtet sich an Gesundheitsorganisationen, Versicherer, Leistungserbringende und Entscheidungsträger:innen im Gesundheitswesen.

Es dient als **Handbuch für hybride Versorgungslösungen**: Es erklärt das *Warum* und das *Was*, zeigt konkrete Use Cases und bietet einen pragmatischen Fahrplan – von der Idee bis zur Umsetzung.

Playbook: Hybride Versorgungslösungen in der Schweiz	1
1. Wieso hybride Versorgungslösungen wichtig sind	2
2. Was sind hybride Versorgungslösungen?	3
3. Wieso dieses Playbook?	5
4. Use Cases	6
5. Umsetzung in Phasen	26
6. Umsetzungselemente	29
7. Herausforderungen	39
8. Impressum	41

Publikationsjahr: 2025

Herausgeber: [Schweizer Forums für Integrierte Versorgung \(fmc\)](#) und [santeneXt](#)

1. Wieso hybride Versorgungslösungen wichtig sind

Hybride Versorgungslösungen kombinieren die Vorteile digitaler Technologien mit der unverzichtbaren persönlichen Betreuung durch Gesundheitsfachpersonen. Sie helfen, Ressourcen effizienter zu nutzen, die Versorgungsqualität zu verbessern und das Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen. In diesem Sinne sind sie wichtige Lösungen für das Gesundheitssystem der Zukunft.

Nutzen

Hybride Versorgungslösungen können eine Reihe von Vorteilen vereinigen:

Für Patient:innen:

- Schneller Zugang zu medizinischer Betreuung, unabhängig von Ort und Zeit
- Aktive Teilnahme an Behandlungsprozessen durch niederschwellige digitale Anwendungen
- Höhere Therapieadhärenz durch eine höhere Patientenautonomie und höhere Zufriedenheit

Für Leistungserbringende und das Gesundheitssystem:

- Kontinuierliche Erfassung und Analyse von Gesundheitsdaten als fundierte Basis für evidenzbasierte Entscheidungen
- Skalierbarkeit und Innovation durch rasche Optimierungs- und Erweiterungsprozesse
- Koordination der Versorgung über verschiedene Sektoren hinweg - von der Apotheke zur Hausarztpraxis bis zur Nachsorge zu Hause
- Bessere Zusammenarbeit und Kommunikation aller Beteiligten durch digitale Schnittstellen
- Entlastung stationären Strukturen, etwa durch eine fachgerechte Nachsorge zu Hause statt im Spital
- Abschwächung des Fachkräftemangels durch automatisierte Prozesse oder künstliche Intelligenz

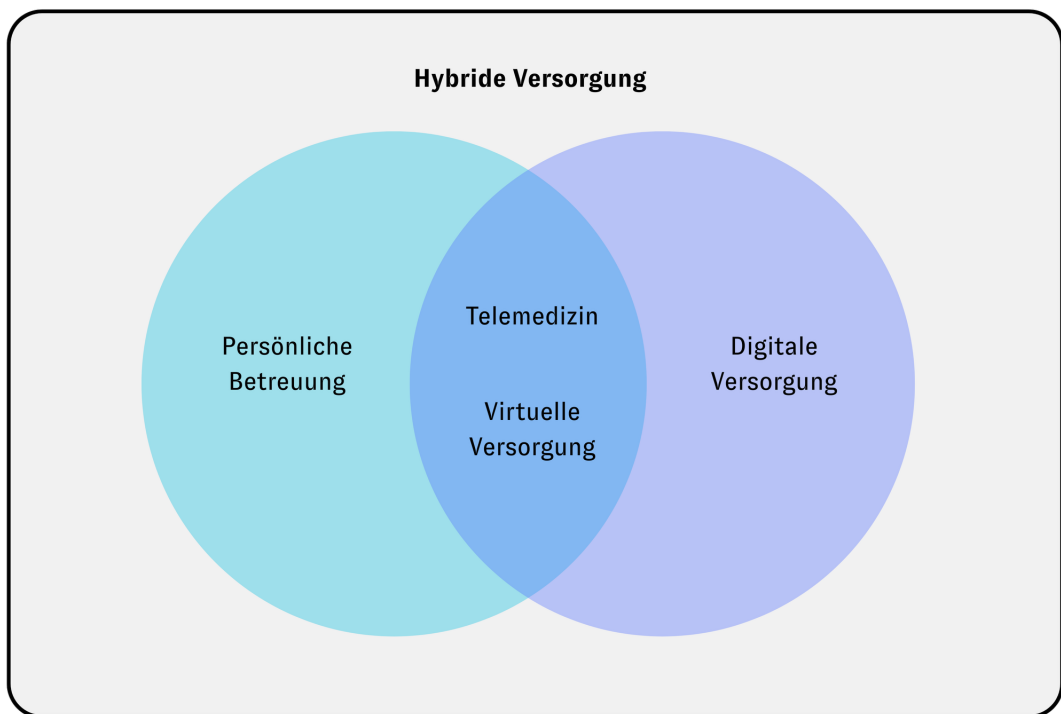
2. Was sind hybride Versorgungslösungen?

Definition

Hybride Versorgungslösungen bezeichnen Versorgungsmodelle, die digitale und physische Elemente kombinieren und integrieren, um eine patientenzentriertere, effizientere und flexiblere Versorgung zu ermöglichen. Dabei kommen digitalisierte Behandlungsprozesse als Teil eines umfassenden Versorgungsmodells zum Einsatz. Digitale Technologien ergänzen den direkten menschlichen Kontakt und physische Dienstleistungen.

Hybride Versorgungslösungen binden andere, digitalen Versorgungsformen, ein insbesondere

- Telemedizin: Diagnostik und Konsultation mit Einsatz audiovisueller Kommunikationstechnologien trotz räumlicher Trennung
- Virtuelle Versorgung: Interaktion zwischen Patient:innen und/oder Angehörigen, die aus der Ferne unter Verwendung von Kommunikations- oder Informationstechnologien erfolgt, mit dem Ziel, die Qualität und Wirksamkeit der Patientenbetreuung zu erleichtern oder zu optimieren
- Digitale Versorgung: Digitale Anwendungen (dGA), die Fachleute und Patient:innen in der Versorgung unterstützen, etwa Algorithmen und Künstliche Intelligenz zur Entscheidungsunterstützung, Diagnose oder Ressourcenplanung, aber auch Gesundheits-Apps, digitale Therapieprogramme oder Plattformen für Selbstmanagement und Prävention.

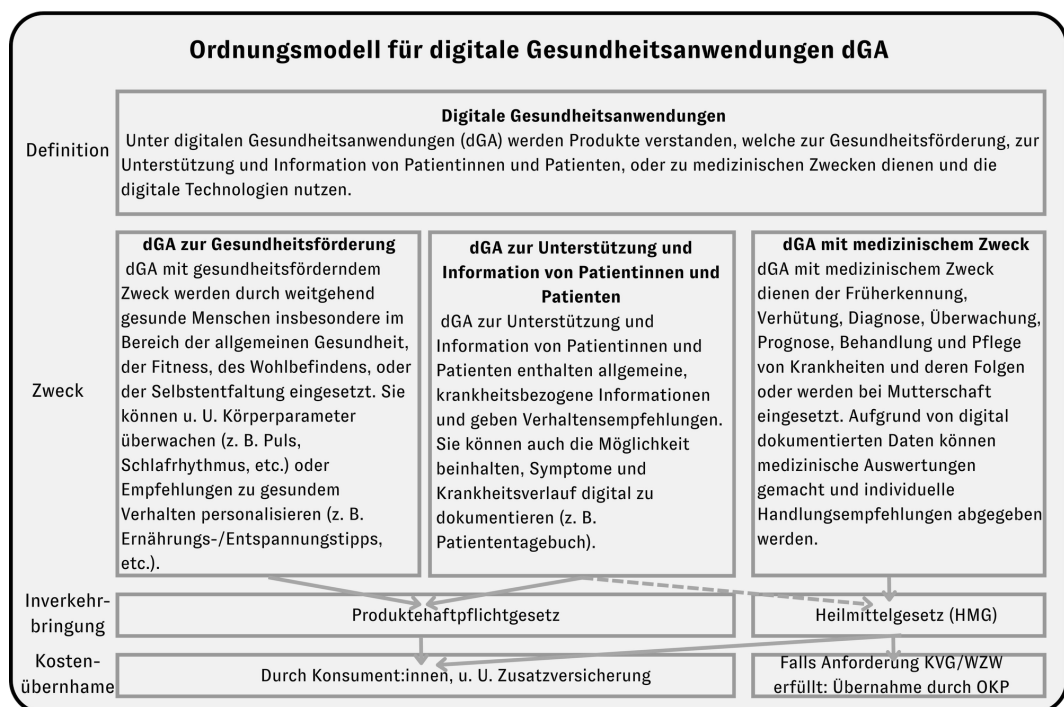


Elemente

Die zentralen Elemente, die in hybriden Versorgungslösungen zusammenwirken sind

- Digitale Infrastrukturen (Daten, Software/Apps, Sensoren, Plattform)
- Alternierender persönlicher und digitaler Kontakt zwischen Patient:in und Gesundheitsdienstleistern (auch sektorenübergreifend)
- Patientenbeteiligung (Selbstmanagement, Kommunikation)
- Neustrukturierung von Prozessen, Rollen und Aufgaben

Zu den digitalen Elementen solcher Lösungen gehören auch sogenannte digitale Gesundheitsanwendungen (dGA). In der Regel handelt es sich dabei um dGA mit medizinischem Zweck, wie sie das [Bundesamt für Gesundheit](#) definiert hat (vgl. Ordnungsmodell unten): «dGA mit medizinischem Zweck dienen der Früherkennung, Verhütung, Diagnose, Überwachung, Prognose, Behandlung oder Linderung sowie Pflege von Krankheiten oder deren Folgen oder werden bei Mutterschaft eingesetzt.»



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Faktenblatt «Vergütung von digitalen Gesundheitsanwendungen im Rahmen der OKP», November 2024. Unverändert übernommen.

Ziele

Hybride Versorgungslösungen ermöglichen eine nachhaltige Lösung für die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, indem sie physische Versorgung mit den Vorteilen digitaler Technologien verbinden. Das verbessert die Erreichbarkeit, Effizienz und Qualität der Versorgung, während gleichzeitig persönliche Betreuung gewährleistet bleibt.

Abgrenzung

Das gehört demnach nicht zu den hybriden Versorgungslösungen:

- Reine telemedizinische Leistungen
- Reine stationäre oder ambulante Behandlungsprozesse ohne digitale Komponenten
- dGA ohne ärztliche oder physische Einbindung
- Reines E-Rezept ohne nachgelagerte Versorgung

3. Wieso dieses Playbook?

Erste Lösungen	Es gibt in der Schweiz verschiedene Initiativen, die hybride Versorgungslösungen entwickeln und etablieren. Dazu zählen beispielsweise Hospital@Home-Konzepte, um Spitalaufenthalte zu verkürzen, Remote Monitoring Ansätze oder sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Apotheke und Arzt / Ärztin. Einige dieser Initiativen wurden bereits realisiert, andere befinden sich noch in der Konzeptphase.
Leitfaden	Dieses Playbook dient als praxisnaher Leitfaden, um Strategien, Methoden und Ansätze für hybride Versorgungslösungen verständlich zu vermitteln. Es unterstützt bei der Entwicklung neuer Lösungen und fundierten Entscheidungsfindung. Dabei stützt sich das Playbook auf Erfahrungen aus der Schweiz und anderen Ländern.
Zielgruppen	Das Playbook richtet sich an Fachleute, die hybride Versorgungslösungen entwickeln, einsetzen, finanzieren oder fördern möchten. Es soll auch Verwaltung und Gesundheitspolitik helfen, gute Rahmenbedingungen für die Zukunft der Gesundheitsversorgung zu schaffen.
Inhalt	Und das findet sich im Playbook <ul style="list-style-type: none">– <u>Eine Inspirationsquelle</u>: Schweizerische wie auch internationale Use Cases, die verdeutlichen, wie hybride Versorgungslösungen heute umgesetzt werden.– <u>Ein Plan</u>: Entwicklungsphasen, welche beim Aufbau und im Betrieb einer solchen Lösung notwendig sind und die Aufgaben, die in diesen Phasen zu bewältigen sind.– <u>Module der Umsetzung</u>: Alle Elemente, die in der Konzeption einer hybriden Versorgungslösung berücksichtigt werden sollten.– <u>Rahmenbedingungen</u>: Herausforderungen, die sich in der Praxis ergeben.

4. Use Cases

Die Use Cases zeigen, wie hybride Versorgungslösungen heute konkret umgesetzt werden – in der Schweiz und international. Jeder Case beschreibt Ziel und Mehrwert, beteiligte Akteur:innen, Ablauf, digitale Infrastruktur, Vergütung, Herausforderungen und Erfolgsindikatoren. Die Beispiele dienen als Inspirationsquelle oder als Vorlage für die eigene Umsetzung.

Schweiz

- [Benecura COPD](#)
- [Benecura Chronische Herzinsuffizienz](#)
- [BookaDoc](#)
- [HelloBetter](#)
- [SWICA Benecura](#)
- [TytoHome](#)
- [Telemedizinische Notfallpraxis MEAS](#)

International

- [Omada Prädiabetes Programm \(USA\)](#)
- [Diabeter \(NL\)](#)
- [NHS Digital First Initiative \(UK\)](#)

Benecura COPD (MDR Class IIa) – ePROM's mit Telemonitoring zur Früherkennung von Exazerbationen	
Ziel und Mehrwert	<ul style="list-style-type: none"> - Relevanz des Cases: Die Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) betrifft in der Schweiz um die 400'000 Menschen. COPD stellt eine erhebliche Belastung für das Gesundheitssystem dar, da die chronische Erkrankung mit schweren Verläufen und akuten Verschlechterungen (Exazerbationen) verbunden ist und damit auch mit Krankenhausaufenthalten und hohen Kosten. - Erreichte Ziele: Frühzeitige Erkennung und rechtzeitige Behandlung von akuten Exazerbationen, d.h. akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustands, durch tägliche Fernbetreuung der Symptome. Dadurch werden Sprechstundentermine, Notfallaufnahmen und Hospitalisierungstage verringert. Insgesamt werden damit das Patientenwohl verbessert und das Gesundheitswesen entlastet. - Nutzen für Patient:innen: <ul style="list-style-type: none"> o Nachgewiesen verlangsamtes Fortschreiten der COPD. o Vermeiden unnötiger Konsultationen beim Arzt / bei der Ärztin. o Frühzeitige Intervention bei akuten Exazerbationen und Verringerung der Spitalaufenthalte. o Grösseres Sicherheitsgefühl dank engmaschiger medizinischer Fernüberwachung. - Nutzen für Leistungserbringende: <ul style="list-style-type: none"> o Effektivere Behandlung der Patient:innen. o Vermeidung unnötiger Sprechstundentermine o Behandlung eines grösseren Patientenkollektivs möglich. o Verbesserte Produktivität dank weniger No-Shows. o Entlastung der Spitäler durch weniger mit COPD-Patient:innen belegte Betten. o Die Datengrundlage ermöglicht eine verbesserte Patientenkommunikation. - Nutzen für Versicherer: <ul style="list-style-type: none"> o Reduktion der Sprechstundentermine, Notfallbesuche und Hospitalisierungstage senken die Gesundheitskosten. o Nachgewiesen verlangsamtes Fortschreiten der COPD.
Beteiligte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen mit diagnostizierter und symptomatischer COPD - Ärzt:innen und medizinisches Fachpersonal - AD Swiss Net AG als Anbieter der digitalen Plattform - Krankenversicherungen im Rahmen einer tarifarischen Rückvergütung
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> - Trigger: Diagnose der COPD durch ärztliche Untersuchung. - Schritte: <ul style="list-style-type: none"> o Benecura wird durch Arzt / Ärztin verschrieben. o Individuelle Therapievereinbarung und regelmässiges Monitoring der Symptome (ePROM's). - Ergebnis: Die Symptome der Patient:in werden engmaschig überwacht, und bei einer sich anbahnenden Verschlechterung wird rechtzeitig interveniert.
Technische, digitale Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Mobile App für Patient:in sowie zentrale, Cloud-basierte Webplattform für Gesundheitsfachpersonen
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> - Das Monitoring von chronischen Patient:innen ist bereits jetzt gemäss BAG als ärztliche Leistung im Rahmen der OKP leistungspflichtig. Für die digitale Fernbetreuung müssen noch Tarife geschaffen werden.
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Vergütung, Datenschutz, Akzeptanz seitens Ärzt:innen und Patient:innen (digitale Transformation)

Erfolgs- indikatoren	<ul style="list-style-type: none">- Evidenz für Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit- Verlangsamte Krankheitsprogression gemäss CAT-Score- Reduzierte Anzahl Hospitalisierungstage- Reduzierte Anzahl Sprechstundentermine- Erhöhtes Sicherheitsgefühl für die Patient:innen- Verbesserte Ärzt:innen-Patient:innen Kommunikation
Informationen	www.benecura.swiss

Beitrag von:
Andri Färber, CEO, AD Swiss Net AG

Benecura CHI (MDR Class IIa) – ePROM's mit Telemonitoring zur Früherkennung von Dekompensationen	
Ziel und Mehrwert	<ul style="list-style-type: none"> - Relevanz des Cases: Die chronische Herzinsuffizienz (CHI) betrifft in der Schweiz über 200'000 Menschen. CHI stellt eine erhebliche Belastung für das Gesundheitssystem dar, da die chronische Erkrankung mit schweren Verläufen und Dekompensationen (akuten Verschlechterungen) verbunden ist und damit auch mit häufigen Krankenhausaufenthalten, einer hohen Sterberate (Mortalität von 50% in 5 Jahren) und hohen Kosten. - Erreichte Ziele: Frühzeitige Erkennung und rechtzeitige Behandlung von akuten Dekompensationen, d.h. eines plötzlichen, massiven Leistungsabfall des Herzens, durch tägliche Fernbetreuung der Symptome und Vitalparameter wie Gewicht, Blutdruck und Puls. Dadurch werden Sprechstundentermine, Notfallaufnahmen und Hospitalisierungstage verringert. In Studien wurde auch eine Reduktion der Mortalität gezeigt. Insgesamt werden damit das Patientenwohl verbessert und das Gesundheitswesen entlastet. - Nutzen für Patient:innen: <ul style="list-style-type: none"> o Nachgewiesen reduziertes Sterberisiko. o Vermeiden unnötiger Konsultationen beim Arzt / bei der Ärztin. o Frühzeitige Intervention bei akuten Dekompensationen und Verringerung der Spitalaufenthalte. o Grösseres Sicherheitsgefühl dank engmaschiger medizinischer Fernüberwachung. - Nutzen für Leistungserbringer: <ul style="list-style-type: none"> o Effektivere Behandlung der Patient:innen. o Vermeidung unnötiger Sprechstundentermine o Behandlung eines grösseren Patientenkollektivs möglich. o Verbesserte Produktivität dank weniger No-Shows. o Entlastung der Spitäler durch weniger mit CHI-Patient:innen belegte Betten. o Die Datengrundlage ermöglicht eine verbesserte Patientenkommunikation. - Nutzen für Versicherer: <ul style="list-style-type: none"> o Reduktion der Sprechstundentermine, Notfallbesuche und Hospitalisierungstage senken die Gesundheitskosten.
Beteiligte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen mit diagnostizierter CHI - Ärzt:innen und medizinisches Fachpersonal - AD Swiss Net AG als Anbieter der digitalen Plattform - Krankenversicherungen im Rahmen einer tarifarischen Rückvergütung
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> - Trigger: Diagnose CHI als ärztlicher Zufallsbefund oder nach einem Notfall (z.B. Herzinfarkt). - Schritte: <ul style="list-style-type: none"> o Benecura wird durch Arzt / Ärztin verschrieben. o Individuelle Therapievereinbarung und regelmässiges Monitoring der Symptome (ePROM's) und Vitalparameter. - Ergebnis: Der Gesundheitszustand der Patient:in wird engmaschig überwacht, und bei einer sich anbahnenden Verschlechterung wird rechtzeitig interveniert.
Technische, digitale Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Mobile App für Patient:in sowie zentrale, Cloud-basierte Web-Plattform für Gesundheitsfachpersonen
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> - Telemedizinprogramm für Patient:innen mit chronischer Herzinsuffizienz (im Stadium NYHA II oder III, Linksventrikuläre Ejektionsfraktion von < 40%, Hospitalisation wegen kardialer Dekompensation in den letzten 12 Monaten) über eine Telemedizinzentrale ist seit April 2024 im Anhang 1 der KLV

	<p>rückvergütungspflichtig; die ambulante Pauschale wird aktuell in der OAAT verhandelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Monitoring von chronischen Patient:innen ist bereits jetzt gemäss BAG als ärztliche Leistung im Rahmen der OKP leistungspflichtig. Für die digitale Unterstützung eines Monitorings müssen noch Tarife geschaffen werden.
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Vergütung, Datenschutz, Akzeptanz seitens Ärzt:innen und Patient:innen (digitale Transformation)
Erfolgsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenz für Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit - Reduziertes Sterberisiko - Reduzierte Anzahl Konsultationen - Reduzierte Anzahl Hospitalisierungstage - Erhöhtes Sicherheitsgefühl für die Patient:innen - Verbesserte Ärzt:innen-Patient:innen Kommunikation
Informationen	www.benecura.swiss

Beitrag von:
Andri Färber, CEO, AD Swiss Net AG

Book a Doc	
Ziel und Mehrwert	<ul style="list-style-type: none"> - Relevanz des Cases: Mit «Book a Doc» kann die apothekenbasierte Grundversorgung bei Bedarf um eine telemedizinische Arztkonsultation erweitert werden. Die Initiative ist ein gutes Beispiel für einen konkreten Mehrwert für die Kundinnen und Kunden, die direkt in der Apotheke neben einer ärztlichen Einschätzung auch das allfällig benötigte rezeptpflichtige Medikament erhalten. Der Case zeigt, wie bestehende Versorgungsstrukturen effizient erweitert werden können, um Versorgungslücken zu schliessen. - Erreichte Ziele: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erhöhung der Anzahl medizinischer Anliegen, die direkt in der Apotheke abschliessend gelöst werden können ○ Verkürzung der Wartezeit auf ärztliche Beratung durch sofortige Telekonsultation innerhalb von 10 Minuten ○ Entlastung von Hausarztpraxen und Notfallstationen durch Verlagerung einfacher Behandlungsfälle in die Apotheke - Nutzen für Patient:innen und Leistungserbringende: <ul style="list-style-type: none"> ○ Schneller und unkomplizierter Zugang zu ärztlicher Beratung direkt in der Apotheke ○ Zeitersparnis und Vermeidung zusätzlicher Wege oder Wartezeiten in Hausarztpraxen oder Spitälern ○ Apotheker:innen übernehmen eine aktivere Rolle in der Patientenversorgung und stärken ihre Position als erste Anlaufstelle ○ Entlastung des Gesundheitssystems durch effiziente Nutzung bestehender Ressourcen und Strukturen
Beteiligte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> - Apotheken: Erste Anlaufstelle für Patient:innen und Durchführung der Patientenaufnahme - Medgate Ärzteteam: Durchführung der telemedizinischen Konsultationen und Ausstellung medizinischer Dokumente (wie zum Beispiel Rezepte, Verordnungen, Arbeitsunfähigkeitszeugnisse) - Krankenkassen: Anerkennung und Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen bestehender Versicherungsmodelle - Patient:innen: Nutzer:innen des Services mit direktem Zugang zu kombinierter pharmazeutisch-ärztlicher Betreuung
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> - Trigger: Der Prozess wird ausgelöst, wenn ein Patient oder eine Patientin mit einem gesundheitlichen Anliegen eine der teilnehmenden Apotheken aufsucht und der Apotheker resp. die Apothekerin entscheidet, dass die Einschätzung oder Behandlung durch eine:n Ärzt:in sinnvoll oder notwendig erscheint (z. B. bei Rezeptpflicht, Arbeitsunfähigkeit, dermatologischen Fragen). - Schritte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Patient schildert sein Anliegen der Apothekerin. ○ Die Apothekerin prüft, ob eine ärztliche Telekonsultation sinnvoll ist. ○ Bei Bedarf bucht die Apothekerin eine Konsultation über die «Book-a-Doc-Plattform». ○ Die Patientendaten (inkl. Krankenkasseninfos, Fotos, Anmerkungen) werden online übermittelt. ○ Eine Medgate Ärztin ruft den Patienten innerhalb von ca. 10 Minuten auf seinem persönlichen Mobiltelefon an. ○ Die Konsultation findet telefonisch statt, ggf. mit direkter Übermittlung eines E-Rezepts oder einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den Patienten. ○ Die Apothekerin übernimmt die weitere Betreuung und gibt gegebenenfalls Medikamente ab. - Ergebnis: Der Patient verlässt die Apotheke vollständig versorgt – mit ärztlicher Empfehlung, den richtigen Medikamenten oder Arbeitsunfähigkeitszeugnis – ohne zusätzliche Wege, Wartezeiten oder einem zusätzlichen Arztbesuch. Die medizinische Versorgung ist effizient, niederschwellig und patientenorientiert.

Technische, digitale Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Online-Buchungsplattform zur schnellen Terminvereinbarung durch das Apothekenteam - Sichere digitale Übermittlung von Patientendaten, Fotos und Notizen an Medgate - Telefonische Konsultation mit strukturierter Dokumentation - Direkte digitale Rezeptübermittlung und Versand von medizinischen Dokumenten an den Patienten / die Patientin.
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> - Der Patient / die Patientin bezahlt für die Dienstleistung «Book a Doc» in der Apotheke CHF 9.-. Dieser Betrag kann nicht über die Krankenversicherung rückvergütet werden. Einige Krankenversicherungen übernehmen diese in der Apotheke anfallenden Kosten in ihren AVM-Modellen. - Für die telemedizinische Arztkonsultation wird von Medgate eine Tarmed-Rechnung direkt an die Krankenversicherung des Patienten / der Patientin gesendet.
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Steigerung der Bekanntheit des Angebots bei Patient:innen und Apothekenteams - Überwindung von Akzeptanzbarrieren bei Patient:innen gegenüber telemedizinischer Behandlung in der Apotheke - Integration der neuen Prozesse in den Apothekenalltag ohne zusätzlichen administrativen Aufwand
Erfolgsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Hohe Abschlussquote der Patienten Anliegen direkt in der Apotheke ohne zusätzliche Arztbesuche - Positive Rückmeldungen von Patient:innen und Apothekenteams zur Einfachheit und Wirksamkeit des Angebots - Verkürzte Wartezeiten auf ärztliche Beratung durch schnelle Rückrufe (i. d. R. innerhalb von 10 Minuten) - Entlastung von Hausarztpraxen und Notfallstationen durch Verlagerung geeigneter Fälle in die Apotheke
Informationen	<p>www.medgate.ch</p> <p>www.amavita.ch/de/cp/diskrete-beratung</p> <p>www.sunstore.ch/de/cp/diskrete-beratung</p> <p>www.coopvitality.ch/de/cp/beratung-plus</p>

Beitrag von:
Simone Kansy, Galenicare, Digital Health Manager

HelloBetter	
Ziel und Mehrwert	<ul style="list-style-type: none"> - Relevanz des Cases: Angeleitete Online-Selbsthilfetrainings ermöglichen Menschen mit leichten bis mittelschweren psychischen Beschwerden eine niederschwellige, evidenzbasierte Behandlung ihrer Symptome. Die Trainings werden eigenständig absolviert und durch individuelle Rückmeldungen einer Psychologin oder eines Psychologen ergänzt. Die Programme folgen einem strukturierten therapeutischen Manual und sind auf die Behandlung (nicht auf Prävention) psychischer Erkrankungen ausgerichtet. - Erreichte Ziele: Ziel ist es, Betroffenen mit Diagnosen wie Depression, Panikstörung, Schlaf- oder Schmerzstörung, Vaginismus (GPSPS) oder schädlichem Alkoholkonsum einen flexiblen und ortsunabhängigen Zugang zur Behandlung zu ermöglichen. Auswertungen von Realwelt-Daten bestätigen eine hohe Wirksamkeit ((Effektstärke $d \geq 0.8$) und eine geringe Abbruchquote ($\leq 20\%$). 60 % der Teilnehmenden sind nach Abschluss des Trainings symptomfrei. - Nutzen für Patient:innen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Einfacher und schneller Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung ○ Bearbeitung der Lektionen sowie Zugang zur Unterstützung und integrierte Übungen jederzeit und überall möglich - Nutzen für Leitungserbringende: <ul style="list-style-type: none"> ○ Entlastung für Fachkräfte, insbesondere Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen
Beteiligte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> - Patienten und Patientinnen mit leichten bis mittelschweren psychischen Beschwerden - Grundversorgende und psychotherapeutische Fachpersonen (für Diagnose und Zuweisung) - Psychologen und Psychologinnen von santé24 und WePractice (für Begleitung und Feedback) - HelloBetter als Anbieter der Trainings - Krankenversicherer als Finanzierungspartner
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> - Trigger: Diagnose einer psychischen Erkrankung durch medizinisches Fachpersonal - Schritte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Zuweisung durch Grundversorgende oder psychotherapeutische Fachperson, alternativ auch direkter Online-Einstieg möglich ○ Kontaktaufnahme durch begleitende Psychologen/Psychologinnen und Durchführung eines Online-Tests zur Eignung und Ausschluss akuter Suizidalität ○ Einführungsgespräch und Aufnahme ins Programm ○ Bearbeitung der Lektionen mit individuellem Feedback (6–9 Einheiten je nach Indikation) ○ Optionales Abschlussgespräch - Monitoring: Bei Verschlechterung der Symptome Rücküberweisung an zuweisende Fachperson
Technische, digitale Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - HelloBetter-Trainings basieren auf RCTs und zeigen eine vergleichbare Wirksamkeit zur klassischen Gesprächstherapie - Psychologische Begleitung erfolgt telepsychologisch - Online-Testung via Psydix - Datenschutz gemäss geltender Vorgaben
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> - In Deutschland als DiGA anerkannt - In der Schweiz erfolgt die Vergütung teils im Rahmen des VVG: <ul style="list-style-type: none"> ○ KPT (Pulse) ○ CSS (myFlex, Standardversicherung) ○ SWICA via santé24 mit kostenlosem Zugang

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sanitas: bestimmte Programme mit asynchroner Direktbetreuung - MiGeL-Antrag für OKP-Vergütung durch santé24 und WePractice eingereicht (Entscheid ausstehend)
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellung des flächendeckenden Zugangs unabhängig vom Versicherungsmodell - Verbesserung der Adhärenz: Aktuell brechen 20 % der Teilnehmenden vorzeitig ab - Bekanntheitsgrad und Akzeptanz bei zuweisenden Fachpersonen
Erfolgsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - 60 % der Teilnehmenden symptomfrei nach Abschluss - 80 % schliessen das Training erfolgreich ab - Hohe Evidenz: Effektstärke ($d \geq 0.8$) - Hohe Zufriedenheit der Nutzenden hinsichtlich Anleitung und Ergebnis
Informationen	<p>Online-Selbsthilfe-Trainings mit santé24-Coach - SWICA</p> <p>www.weppractice.ch/hellobetter</p>

Beitrag von:
 Birgit Schmid, Leiterin Psychologie, santé24

SWICA Benecura	
Ziel und Mehrwert	<ul style="list-style-type: none"> - Relevanz des Cases: Viele Patient:innen sind im Krankheitsfall unsicher, welche medizinische Anlaufstelle angemessen ist. Zusätzlich werden empfohlene Vorsorgeuntersuchungen häufig nicht wahrgenommen. Fehlentscheidungen, Informationsüberflutung (z. B. über Suchmaschinen) und mangelndes Wissen über den eigenen Gesundheitsstatus erschweren eine rechtzeitige und passende medizinische Versorgung. - Erreichte Ziele: <ul style="list-style-type: none"> o Digitale Stärkung der Gesundheitskompetenz durch strukturierte, wissenschaftlich fundierte Services wie SymptomCheck und VorsorgeCheck in der SWICA Benecura App o Direkte Anbindung an santé24 für telemedizinische Erstabklärungen und wo möglich Diagnostik und Behandlung o Verbesserung der Früherkennung und Versorgung durch automatisierte Handlungsempfehlungen - Nutzen für Patient:innen und Leistungserbringende: <ul style="list-style-type: none"> o Empfehlung zu «Time to Treat» und «Point of Care» auf Basis strukturierter digitaler Triage (analog zum Vorgehen bei santé24) o Strukturierte, dokumentierte Anamnese als Grundlage für die weitere Versorgung o Automatisierte Empfehlungen zu Vorsorgemassnahmen, basierend auf Familienanamnese, Risikofaktoren und Alter o Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit (24/7)
Beteiligte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen mit SWICA-Versicherung - santé24 als Onlinepraxis - Helmedica AG als Technologiepartner der App - AD Swiss als Betreiber der App - SWICA als Träger und Finanzierer des Angebots
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> - Trigger: Nutzung der SWICA Benecura App durch SWICA-Versicherte bei akuten Beschwerden oder im Rahmen der Gesundheitsvorsorge. - Schritte: <ul style="list-style-type: none"> o Login in die App via SWICA-Zugang o Durchführung eines Symptom- oder VorsorgeChecks o Triage-Empfehlung (z. B. Selbstbehandlung, telemedizinische Konsultation, Facharztbesuch) o Bei telemedizinischem Bedarf: Fallweiterleitung an santé24 inkl. strukturierter Anamnese o Telefonische Konsultation durch santé24 inkl. Diagnosestellung und ggf. Ausstellung von Rezepten oder Verordnungen o Bei Bedarf: medizinisch begründeter Recall für Verlaufskontrolle - Ergebnis: Patient:innen erhalten basierend auf ihren Eingaben eine evidenzbasierte Empfehlung zum weiteren Vorgehen sowie Zugang zu einer telemedizinischen Behandlung durch santé24.
Technische, digitale Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - App-Backend: Rockethealth (Helmedica) - Telefonsystem: Genesys Cloud - Patienteninformationssystem (PIS): Axenita - Medizinprodukt der Klasse IIa (gemäss MDR)
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Nutzung ist für SWICA-Versicherte kostenlos. - Die Betriebskosten werden über die SWICA Krankenversicherung gedeckt.
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellung des Datenschutzes und Akzeptanz digitaler Gesundheitsdatenverarbeitung durch Patient:innen - Komplexität der Systemarchitektur bei steigender Zahl digitaler Gesundheitsservices

	<ul style="list-style-type: none"> - IT-Kosten und regulatorische Anforderungen (z. B. Zertifizierungen gemäss MDR) - Notwendigkeit effektiver Kommunikationsmassnahmen zur Steigerung der Nutzung und Bekanntheit
Erfolgs-indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Der SymptomCheck ist seit 2018 im Einsatz und hat sich als verlässlich bewährt - Berücksichtigung medizinischer Standards und Red-Flag-Kriterien gemäss Expertenkonsens (Schaufelberger, Meer, Furger, Derkx) - Über 1'000 Fälle pro Jahr werden retrospektiv durch ein medizinisches Advisory Board geprüft, Optimierungen werden fortlaufend implementiert - Keine dokumentierten Triagefehler laut TÜV SÜD-Zertifizierung - Stetiger Anstieg der Nutzerzahlen seit Einführung - Personalisierte Empfehlungen auf Basis der individuellen Versicherungssituation und Behandlungsmöglichkeiten
Informationen	www.swica.ch/benecura

Beitrag von:

Livia Jacob, Product Ownerin, santé24

TytoHome	
Ziel und Mehrwert	<ul style="list-style-type: none"> - Relevanz des Cases: Um telemedizinische Konsultationen qualitativ hochwertig und abschliessend durchführen zu können, sind in vielen Fällen zusätzliche Informationen (z. B. Bild-, Video- oder Tonaufnahmen) erforderlich. Diese fehlen häufig in herkömmlichen Telefonkonsultationen. - Erreichte Ziele: <ul style="list-style-type: none"> o Erhöhung der Abschlussquote telemedizinischer Konsultationen durch ergänzende Diagnostikinformationen o Förderung der Gesundheitskompetenz durch angeleitete Selbstuntersuchungen o Reduktion unnötiger Arztbesuche und Entlastung des Gesundheitssystems - Nutzen für Patient:innen und Leistungserbringende: <ul style="list-style-type: none"> o Rascher Zugang zur medizinischen Versorgung, 24/7, bequem von zu Hause aus o Möglichkeit zur telemedizinischen Diagnostik auch bei komplexeren Fragestellungen (z. B. Entscheidung über Antibiotikatherapie) o Reduktion von Praxisbesuchen durch erweiterte digitale Erstabklärung o Entlastung von Gesundheitseinrichtungen durch effiziente Patientensteuerung
Beteiligte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> - santé24 als telemedizinischer Dienstleister - SWICA als Versicherungsträger und Implementierungspartner - TytoCare als Anbieter des Untersuchungsgeräts und der digitalen Plattform - Versicherte der SWICA als direkte Nutzer:innen
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> - Trigger: Versicherte mit bestehender SWICA-Police bestellen das TytoHome-Gerät und verwenden es im Krankheitsfall zur Vorbereitung einer telemedizinischen Konsultation. - Schritte: <ul style="list-style-type: none"> o Einstieg über die SWICA Benecura App mit Weiterleitung zur TytoCare App o Durchführung der empfohlenen Untersuchungen (z. B. Lungen-, Hals-, Hautaufnahmen) durch den Patienten / die Patientin, angeleitet via App o Übermittlung der Untersuchungsergebnisse an santé24 o Telefonische Konsultation und ärztliche Beurteilung durch santé24 o Ggf. Ausstellung eines Rezepts oder einer ärztlichen Verordnung o Bei medizinischer Indikation: Recall für Verlaufskontrolle oder weitere Massnahmen - Ergebnis: Patient:innen erhalten eine evidenzbasierte Diagnostik und Behandlungsempfehlung durch santé24, ohne eine Arztpraxis aufsuchen zu müssen.
Technische, digitale Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - TytoHome-Gerät zur Durchführung medizinischer Selbstuntersuchungen - TytoCare-App und Plattform zur Datenübermittlung und Steuerung der Untersuchungen - Telefonsystem: Genesys Cloud - Patienteninformationssystem (PIS): Axenita zur medizinischen Dokumentation
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> - Einmalige Kosten für das TytoHome-Gerät (Vergünstigungen für Zusatzversicherte) - Ärztliche Konsultationen kostenlos für SWICA-Versicherte im Rahmen des Managed Care Vertrags mit santé24 - Finanzierung der Betriebskosten über bestehende Leistungsvereinbarungen zwischen SWICA und santé24

Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Interoperabilität und Integration in eine zunehmend fragmentierte digitale Infrastruktur - Sicherstellung des Datenschutzes sowie Vertrauen der Versicherten in die sichere Verarbeitung von Gesundheitsdaten - Technologische und regulatorische Aufwände für Betrieb, Wartung und Zertifizierung (z. B. MDR-Konformität) - Notwendigkeit gezielter Kommunikations- und Schulungsmassnahmen zur Förderung der Nutzung
Erfolgsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Hohe Patientenzufriedenheit: 90 % der aktiven Nutzer:innen bewerten den Service mit «zufrieden» oder «sehr zufrieden» - Nachweislich höhere Abschlussquote von telemedizinischen Konsultationen dank zusätzlicher Daten (z. B. bei Atemwegsinfekten, Hautveränderungen) - Wissenschaftliche Evidenz: Evaluation of the Effect of a Multifunctional Telemedicine Device on Health Care Use and Costs: A Nonrandomized Pragmatic Trial (Telemedicine and e-Health) - Operative Optimierung bei santé24 durch effizientere Fallbearbeitung
Informationen	<p>www.tytocare.com www.swica.ch/tytohome</p>

Beitrag von:
Livia Jacob, Product Ownerin, santé24

Telemedizinische Notfallpraxis MEAS	
Ziel und Mehrwert	<ul style="list-style-type: none"> - Relevanz des Cases: Die medizinische Notfallpraxis MEAS wurde initiiert, um eine bestehende Versorgungslücke in der ambulanten, notfallmedizinischen Betreuung im Kanton Appenzell Innerrhoden zu schliessen. Insbesondere ausserhalb der regulären Öffnungszeiten von Hausarztpraxen – also nachts, an Wochenenden und an Feiertagen – bietet MEAS eine niederschwellige, qualitativ hochwertige Alternative zur Notfallstation. - Erreichte Ziele: <ul style="list-style-type: none"> ○ Schaffung eines zusätzlichen Zugangs zur medizinischen Akutversorgung ausserhalb der Praxisöffnungszeiten ○ Integration telemedizinischer Expertise zur Steigerung der Behandlungsqualität ○ Entlastung umliegender Notfallstationen - Nutzen für Patient:innen und Leistungserbringende: <ul style="list-style-type: none"> ○ Schneller, unkomplizierter Zugang zu qualifizierter Notfallversorgung ○ Vor-Ort-Betreuung durch geschultes medizinisches Fachpersonal in Kombination mit ärztlicher Telekonsultation ○ Reduktion unnötiger Spitalbesuche durch effiziente Triage und zielgerichtete Behandlung
Beteiligte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> - Medgate: Inhaberin der medizinischen Betriebsbewilligung und telemedizinischer Partner - Gesundheitszentrum Appenzell Innerrhoden (GZAI): Lokaler Projektpartner und operativer Träger - Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell Innerrhoden: Bewilligende Behörde
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> - Trigger: Patient:innen mit akuten Beschwerden suchen die Notfallpraxis MEAS ausserhalb regulärer Sprechzeiten auf. - Schritte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ersteinschätzung und Triage durch qualifiziertes Gesundheitspersonal (GFP) anhand definierter Positiv- und Negativlisten ○ Hochrisiko-Patient:innen oder Fälle ausserhalb des Leistungsspektrums werden an Rettungsdienste oder alternative Anlaufstellen weitergeleitet ○ Aufnahme geeigneter Patient:innen, Erhebung der Anamnese ○ Initiierung einer ärztlichen Videokonsultation mit einem Medgate-Arzt oder einer Medgate-Ärztin ○ Durchführung delegierter Untersuchungen vor Ort durch GFP (z. B. EKG, Laboranalysen, Vitalparameter mittels Doc2U-Sensor) ○ Interpretation der erhobenen Befunde durch die Medgate-Ärztin bzw. den Medgate-Arzt ○ Erstellung eines individuellen Behandlungsplans - Ergebnis: Patient:innen erhalten eine ärztliche Beurteilung sowie – je nach Bedarf – ein Rezept, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, eine medizinische Verordnung oder eine Überweisung an eine Fachperson.
Technische, digitale Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Buchung und Patientenmanagement über die Plattform Book a Doc - Medizinische Zusatzuntersuchungen mittels digitalem Doc2U-Sensor - Videokonsultationen via mobile Endgeräte der Patient:innen oder über bereitgestellte iPads in der Praxis
Vergütung	Die erbrachten Leistungen werden im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung (KVG) über TARMED abgerechnet

Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Aufbau von Vertrauen und Akzeptanz bei Patient:innen gegenüber dem telemedizinischen Versorgungsmodell - Integration in die bestehende lokale Gesundheitsversorgung und Abstimmung mit regionalen Leistungserbringern
Erfolgsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Hoher Anteil erfolgreich telemedizinisch behandelter Fälle (Telecare-Quote) - Positive Rückmeldungen zur Patientenzufriedenheit - Nachgewiesene Behandlungsqualität durch standardisierte Dokumentation und ärztliche Evaluation
Informationen	www.gzai.ch/meas

Beitrag von:

Belinda Wenger, Head of Business Development & Implementation, Medgate

International

Omada Prädiabetes-Programm – Digitale Unterstützung zur Vermeidung von Diabetes	
Ziel und Mehrwert	<ul style="list-style-type: none"> - Relevanz des Cases: Prädiabetes betrifft Millionen von Menschen und führt unbehandelt häufig zu Typ-2-Diabetes. Das Omada-Programm unterstützt Betroffene durch eine digitale, evidenzbasierte Lebensstilintervention. - Erreichte Ziele: Reduktion des Risikos für Diabetes durch nachhaltige Verhaltensänderungen in Ernährung, Bewegung und Stressmanagement. - Nutzen für Patient:innen: <ul style="list-style-type: none"> o Individuell angepasste Unterstützung per App und Coaching o Zugang zu einer digitalen Community o Vermeidung oder Verzögerung der Diabetes-Entwicklung - Nutzen für Leistungserbringende: <ul style="list-style-type: none"> o Frühzeitige Intervention zur Vermeidung teurer Folgeerkrankungen o Entlastung von Ärzt:innen durch digitale Begleitung
Beteiligte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen mit Prädiabetes (erhöhte Blutzuckerwerte, aber noch kein manifester Diabetes) - Ärzt:innen und medizinisches Fachpersonal (zur Diagnose und Begleitung) - Omada Health als Anbieter der digitalen Plattform und Coaching-Dienstleister - Versicherungen oder Krankenkassen als mögliche Finanzierer
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> - Trigger: Diagnose Prädiabetes durch ärztliche Untersuchung (u.a. Blutzuckerwerte) - Schritte: <ul style="list-style-type: none"> o Patient:in wird durch Arzt / Ärztin über das Programm informiert o Anmeldung über die Omada-Plattform o Individuelle Zielsetzung und digital begleitetes Coaching o Regelmässiges Monitoring von Fortschritten (Gewicht, Aktivität, Ernährung) o Laufende Unterstützung durch Coaches und Peer-Community o Abschlussbericht und ggf. Anpassung der Gesundheitsstrategie - Ergebnis: Patient:in reduziert das Risiko für Diabetes durch nachhaltige Änderungen im Lebensstil
Technische, digitale Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Omada App für mobiles Coaching und Monitoring - Telemedizinische Beratung via Video oder Chat - Integration mit Wearables (z. B. Fitness-Tracker, smarte Waagen) - Datensicherheit durch verschlüsselte Patientenakte
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> - In den USA durch Arbeitgeber oder Krankenkassen gedeckt
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Datenschutz: Speicherung sensibler Gesundheitsdaten gemäss DSGVO/HIPAA - Akzeptanz: Motivation der Patient:innen zur langfristigen Nutzung - Vergütung: Noch nicht überall standardmässig von Krankenkassen übernommen
Erfolgsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Reduktion des Körpergewichts (durchschnittlich 5-7% in 6-12 Monaten) - Senkung des HbA1c-Wertes (Langzeitblutzuckerwert) - Reduzierte Diabetes-Inzidenz bei Teilnehmenden - Hohe Nutzerzufriedenheit und Programmadhärenz
Informationen	<p>www.omadahealth.com/prediabetes</p>

Diabeter – Innovative, digitale Diabetesversorgung in den Niederlanden

Ziel und Mehrwert	<ul style="list-style-type: none"> - Relevanz des Cases: Diabetes ist eine chronische Erkrankung mit hohem Betreuungsbedarf. Diabeter bietet ein innovatives, spezialisiertes Versorgungsmodell für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Erreichte Ziele: <ul style="list-style-type: none"> ○ Verbesserte Blutzuckerkontrolle durch personalisierte, digitale Betreuung ○ Weniger Krankenhausaufenthalte und Komplikationen durch frühzeitige Intervention - Nutzen für Patient:innen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rund-um-die-Uhr-Zugang zu spezialisierten Ärzt:innen ○ Kontinuierliches Monitoring durch digitale Tools ○ Verbesserung der Lebensqualität durch optimierte Therapie - Nutzen für Leistungserbringende: <ul style="list-style-type: none"> ○ Effizientere Versorgung durch datengetriebene Entscheidungsunterstützung ○ Weniger Notfall- und Akutbehandlungen ○ Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem
Beteiligte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes - Endokrinolog:innen und Diabetesberater:innen bei Diabeter - Hausärzt:innen und überweisende Fachärzt:innen - Krankenversicherungen (langfristige Leistungsverträge mit outcome-basierter Vergütung) - Technologieanbieter für digitale Gesundheitslösungen - Universitäten und Spitäler (Joint Ventures oder Kooperationsverträge)
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> - Trigger: Insulinpflicht bei diagnostiziertem Diabetes (Typ 1 oder 2) - Schritte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Überweisung oder direkte Anmeldung bei Diabeter ○ Erstuntersuchung und personalisierte Therapieplanung ○ Regelmässiges Monitoring via digitale Tools und Telemedizin ○ Anpassung der Therapie durch kontinuierliche Datenauswertung ○ Langfristige Betreuung mit Fokus auf Prävention von Komplikationen - Ergebnis: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bessere Blutzuckerwerte durch engmaschige Betreuung ○ Weniger Folgeerkrankungen und Krankenhausaufenthalte ○ Hohe Patientenzufriedenheit
Technische, digitale Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Diabeter CloudCare: Plattform für digitales Monitoring mit Anbindung marktüblicher kontinuierliche Glukosemessung (CGM) Sensoren und Insulinpumpen (Herstellerunabhängig) - Diabeter VCare: Spezialisiertes Klinikinformationssystem (KIS) zur Umsetzung standardisierte Patientenpfade für die Diabetesversorgung - Telemedizin: Konsultationen per Video oder Chat - Datenanalyse: KI-gestützte Entscheidungsunterstützung für das Care Team - Schnittstellen: Anbindung an Primärsysteme (insbesondere KIS) von verbundenen stationären Leistungserbringern.

Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> - Abrechnung über gesetzliche Krankenversicherung (Basisversicherung) über DRG Pauschalen für chronische Erkrankungen - Zusammenarbeit mit privaten Versicherern für Zusatzleistungen - Wertbasierte Vergütung: Erstattung basierend auf erzielten Behandlungsergebnissen (HbA1c Werte, PROMs)
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderungsbereitschaft: Verlagerung ärztlicher Aufgaben auf andere Berufsgruppen (insb. Diabetesberatung, Ernährungsberatung), Standardisierung und transparente Ergebnismessung - Akzeptanz: Umstellung auf datengetriebene, digitale Versorgung erfordert Vertrauen der Patient:innen - Interoperabilität: Integration der digitalen Infrastruktur mit bestehenden Gesundheitssystemen - Datenschutz: Sicherstellung der DSGVO-Konformität
Erfolgsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung des HbA1c-Wertes und weniger Schwankungen - Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und diabetischen Komplikationen - Hohe Patientenzufriedenheit durch besseren Zugang zur Versorgung - Effizienzsteigerung durch digitale Tools
Informationen	<p>www.diabeter.nl</p>

NHS Digital First Initiative	
Ziel und Mehrwert	<ul style="list-style-type: none"> - Relevanz des Cases: Die NHS Digital First Initiative ist ein grossflächiger Versuch, die digitale Gesundheitsversorgung im Vereinigten Königreich zu verbessern. Sie zielt darauf ab, telemedizinische Angebote, KI-gestützte Triage und digitale Patientenservices als primäre Zugangswege zur Gesundheitsversorgung zu etablieren. - Erreichte Ziele: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reduktion der Wartezeiten für Patient:innen in der Primärversorgung ○ Verbesserung der Zugänglichkeit zu ärztlicher Beratung, insbesondere in ländlichen Regionen ○ Entlastung von Hausärzt:innen durch effizientere Patientensteuerung - Nutzen für Patient:innen und Leistungserbringende: <ul style="list-style-type: none"> ○ Patient:innen profitieren von kürzeren Wartezeiten und mehr Flexibilität bei der Terminwahl. ○ Ärzt:innen und Gesundheitseinrichtungen können ihre Ressourcen effizienter nutzen, wodurch unnötige Praxisbesuche reduziert werden.
Beteiligte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> - NHS England (Träger der Initiative) - Allgemeinmediziner:innen (GPs) und andere Gesundheitsdienstleister - Technologieanbieter für digitale Gesundheitslösungen (z. B. KI-gestützte Triage-Systeme, Videoplattformen) - Patient:innen als direkte Nutzer:innen der digitalen Angebote - Regulierungsbehörden zur Sicherstellung von Datenschutz und Qualität
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> - Trigger: Patient:innen haben gesundheitliche Beschwerden oder benötigen eine Beratung und nutzen die NHS-App oder die Website ihres Hausarztes / Ihrer Hausärztin. - Schritte <i>Triage durch KI-gestützte Chatbots:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Patient / die Patientin beschreibt seine Symptome in einem digitalen Triage-Tool (z. B. über die NHS-App). ○ Das System schlägt basierend auf Algorithmen mögliche nächste Schritte vor (z. B. Selbstbehandlung, Terminvereinbarung, Notfallversorgung). <i>Virtuelle Konsultation:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Falls notwendig, wird ein Termin für eine Videokonsultation mit einem Arzt oder einer Ärztin vereinbart. ○ Alternativ erhält der Patient Anweisungen zur Kontaktaufnahme mit einem Spezialisten oder zur Medikamenteneinnahme. <i>Rezeptausstellung und Nachsorge:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Falls erforderlich, wird ein elektronisches Rezept ausgestellt, das in einer Apotheke eingelöst oder direkt nach Hause geliefert werden kann. ○ Patient:innen können über die App oder per SMS Erinnerungen für Kontrolluntersuchungen oder Nachsorgetermine erhalten. - Ergebnis <ul style="list-style-type: none"> ○ Patient:innen erhalten schnell eine medizinische Einschätzung und Behandlungsempfehlung, ohne eine Praxis aufsuchen zu müssen.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hausärzt:innen werden entlastet, da Routinefälle digital abgewickelt werden können.
Technische, digitale Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Videoplattformen: NHS-approved Video-Consulting Tools (z. B. AccuRx, eConsult, LIVI) - KI-gestützte Triage-Systeme: Babylon Health, Ask NHS - Elektronische Patientenakte (EHR): NHS Spine für den sicheren Austausch von Patientendaten - E-Rezept-System: NHS Electronic Prescription Service (EPS)
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> - NHS-Finanzierung: Die digitale Versorgung ist für Patient:innen kostenlos und wird durch öffentliche Gesundheitsbudgets finanziert. - Vergütung für Ärzt:innen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vertragsärzt:innen erhalten Vergütungen basierend auf der Anzahl digitaler Konsultationen. ○ NHS-Ärzt:innen werden durch feste Gehälter und Bonusmodelle für digitale Leistungen entlohnt. - Kostenverteilung: Staatlich finanzierte digitale Infrastruktur; Zusatzkosten für technologische Partner werden über NHS-Subventionen gedeckt.
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Datenschutz und Sicherheit - Akzeptanz der Ärztinnen - Technische Barrieren für ältere Patient:innen - Vergütungsstruktur
Erfolgsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Reduktion der Wartezeiten: Kürzere Terminvergabezeiten - Anstieg digitaler Konsultationen: Anteil der digitalen Konsultationen an allen Hausarztbesuchen (z. B. 40% in 2022) - Patientenzufriedenheit: Net Promoter Score (NPS) und NHS-Feedback-Systeme - Wirtschaftlichkeit: Kostenersparnis durch reduzierte Notaufnahmen und Hausarztbesuche
Informationen	www.longtermpplan.nhs.uk

5. Umsetzung in Phasen

- Business Case** Die Entwicklung beginnt mit einem **Business Case** zur Gewinnung von Partnern und Finanzierung (siehe Kasten zu Business Case). Voraussetzung für den Business Case ist ein echtes Patient:innen oder Kundenbedürfnis: Auf welchen konkreten Mangel soll die hybride Versorgungslösung reagieren? Welche Erwartungen erfüllt sie?
- Konzept und Business Plan** Das **Konzept** beschreibt die Lösung im Detail (siehe 6 Umsetzungselemente). Im **Business Plan** werden die Kostenstruktur und notwendige Daten festgelegt, um Investoren zu überzeugen.
- Ein erfolgreiches hybrides Versorgungsmodell erfordert den Beitrag aller relevanten Akteure. Dazu gehören:
- Patient:innen und Angehörige
 - Leistungserbringer
 - Technologie-Expert:innen
 - Kostenträger
- In der Erarbeitung eines Business Cases und eines Konzeptes sollten diese Akteure miteingebunden werden, sei es durch Befragungen (Bedürfnisse, Erfahrungen, Präferenzen) oder im Rahmen von Workshops.
- Es ist hier vor Vorteil, führende Personen der Leistungserbringer schon früh in die Entwicklung und die Überlegungen mit einzubinden. Sogenannte Key Opinion Leader (KOL) können nicht nur wertvolle Erfahrungen und Kenntnisse miteinbringen, sondern später auch in der Entwicklung, Lancierung und im Vertrieb eine unterstützende Rolle einnehmen.
- Entwicklung MVP (Minimal Viable Product)** Nach Sicherstellung der Finanzierung wird die Lösung so weit entwickelt, dass sie als **MVP** in einem Pilotprojekt getestet werden kann. Zu einem MVP gehört u.a.
- die Prozesse und Rollen der beteiligten Personen sind definiert
 - erste SOPs (Standard Operating Procedures) sind implementiert
 - beteiligten Personen sind ausgebildet
 - die zentralen digitalen Elemente sind entwickelt und getestet
 - die Einstufung des Produkts als Medizinprodukte gemäss Schweizer Recht ist geprüft¹ («siehe auch» Fussnote verlinken).
 - die Vorbereitungen zum Test der Kernfunktionen in einer realen Umgebung (Pilotprojekt) sind abgeschlossen.
- Pilotierung** Die **Pilotierung** setzt die hybride Versorgungslösung erstmals innerhalb einer definierten Gruppe und einem definierten Zeitraum ein. Diese Phase wird in der Regel intensiv begleitet, um Erfahrungen und Daten zu sammeln. Da diese Versorgungslösungen häufig komplexe Vorhaben mit neuen Prozessen, neuen Formen der Zusammenarbeit und neu entwickelten digitalen Elementen umfassen, liegt der Fokus darauf,
- a) Herausforderungen bei der Implementierung zu identifizieren,
 - b) Hinweise für die Optimierung des MVP zu gewinnen
 - c) erste Daten zur Generierung von Evidenz zu sammeln.

¹ Sollte es sich um ein Medizinprodukt nach dem Medizinprodukterecht handeln, muss dieses einen aufwändigen Zulassungsprozess durchlaufen. Siehe auch: <https://www.bag.admin.ch/de/teilrevision-des-heimittelgesetzes-2023>

Optimierung

In der Folge wird in der **Optimierung** die hybride Versorgungslösung aufgrund der Erfahrungen und Daten aus der Pilotierung nochmals überarbeitet und verbessert.

- Die Technologie, Prozesse und/oder das Geschäftsmodell werden angepasst.
- Die Massnahmen werden definiert, wie man die Anwendenden (Leistungserbringende, Patient:innen, Angehörige) in der Anpassung von Prozessen und Arbeitsweisen am besten begleitet und unterstützt kann (Einführung, Schulung, Nachbetreuung).
- Parallel finden weitere Gespräche mit potentialen Kundinnen und Kunden statt, um so die Lancierung vorzubereiten.
- Auch in dieser Phase gilt es nochmals zu klären, welche Daten benötigt werden, um die Zahler/Käufer der Lösung von deren Nutzen überzeugen zu können.

Lancierung

In der **Lancierung** wird die Markteinführung entwickelt und umgesetzt. Vertriebskanäle werden aufgebaut, Kunden akquiriert und Partnerschaften abgeschlossen. Die **Skalierung** der Lösung für den breiten Markt wird in dieser Phase vorbereitet.

Business Case

Ein gut durchdachter Business Case schafft die Basis für den Erfolg der hybriden Versorgungslösung, indem er wirtschaftliche Machbarkeit mit gesundheitlichem Mehrwert verbindet. Ohne Business Case ist eine nachhaltige Finanzierung einer hybriden Versorgungslösung nicht möglich, denn er dient als Entscheidungshilfe für Investor:innen, Gesundheitsdienstleistende oder öffentliche Institutionen und zeigt auf, warum die Lösung finanziell und strategisch sinnvoll ist. Gleichzeitig dient der Business Case als Grundlage einer Umsetzung.

Kernbestandteile eines Business Cases

Problemstellung und Marktpotenzial

- Welche Versorgungslücke oder Herausforderung wird gelöst?
- Wie gross ist der Markt und wer sind die potenziellen Nutzer:innen (Patient:innen, Ärzt:innen, Versicherungen etc.)?
- Welche bestehenden Alternativen gibt es, und was macht diese Lösung besser?

Lösung und Nutzenversprechen

- Beschreibung der hybriden Versorgungslösung
- Welche Vorteile bietet sie gegenüber bestehenden Lösungen?
- Erwartete Verbesserungen in Effizienz, Kostenreduktion und Patientenzufriedenheit

Wirtschaftliche Analyse

- Kostenstruktur: Entwicklung, Betrieb, Wartung, Personal etc.
- Einnahmemodell: z. B. B2C: out-of-pocket der Patient:innen, B2B: Zahlung durch Leistungserbringer wie Spitäler, Vergütung durch Krankenkasse, Subventionen oder Partnerschaften
- Vermarktung: Über welche Kanäle wird kommuniziert und vertrieben, zu welchen Kosten

Evidenzbasierte Argumentation

- Ergebnisse ähnlicher Anwendungen, Resultate der Forschung
- Erwartete Einsparungen (z. B. Reduktion von Krankenhausaufenthalten)

Risiken und Herausforderungen

- Regulatorische Hürden, Datenschutz, Akzeptanz bei Nutzer:innen
- Technische und organisatorische Herausforderungen

Skalierung und Wachstumspotenzial

- Möglichkeiten der Markterweiterung (z. B. neue Patientengruppen, internationale Märkte)
- Strategische Partnerschaften und langfristige Nachhaltigkeit

6. Umsetzungselemente

Die «Umsetzungselemente» beschreiben die Bausteine, die eine hybride Versorgungslösung tragfähig machen, und dienen als praxisnahe Checkliste. Die Umsetzungselemente sind modular einsetzbar, skalierbar und auf die eigenen Rahmenbedingungen adaptierbar.

Konzept

Hybride Versorgungslösungen kombinieren digitale und physische Gesundheitsdienstleistungen, um die Zugänglichkeit, Effizienz und patientenzentrierte Versorgung zu verbessern. Dieses Kapitel bietet einen strukturierten Ansatz für die Entwicklung eines Konzepts für eine hybride Versorgungslösung und stellt sicher, dass es die Bedürfnisse von Patient:innen, Leistungserbringern und Interessengruppen erfüllt. Manche der folgenden Inhalte des Konzeptes sollten in jedem Konzept enthalten sein, andere sind von der Versorgungslösung abhängig.

Ziele

Vor der Entwicklung einer hybriden Versorgungslösung ist es wichtig, die übergeordneten Ziele und den Umfang der Dienstleistung zu definieren.

Zu den wichtigsten Überlegungen gehören:

- Zielpopulation:
 - Identifizieren Sie die Hauptnutzer (z. B. ältere Menschen, Patient:innen mit chronischen Krankheiten, Patient:innen mit psychischen Erkrankungen)
 - Definieren Sie die Anwender (z.B. Ärzt/innen, Pflegefachkräfte, Therapeutinnen und Verwaltungspersonal, die mit dem System interagieren werden)
- Bedarf an medizinischer Versorgung: Bestimmen Sie die erforderlichen medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen (z. B. Diagnostik, Überwachung, Therapie, Beratung).
- Integration in bestehende Systeme: Beurteilen Sie die Kompatibilität mit aktuellen Infrastrukturen des Gesundheitswesens, wie z. B. Praxis- oder Klinikinformationssystemen, EPD, digitalen oder Telemedizin-Plattformen.
- Einhaltung gesetzlicher Vorschriften: Sicherstellung der Einhaltung rechtlicher und ethischer Standards in der digitalen Gesundheit und Patientenversorgung.

Zielgruppenbedürfnisse

Eine erfolgreiche hybride Versorgungslösung muss auf die spezifischen Bedürfnisse seiner Nutzer zugeschnitten sein. Identifizieren und analysieren Sie die folgenden Gruppen:

- **Patient:innen:** Altersgruppen, digitaler Kenntnisstand, häufige Gesundheitszustände, Präferenzen für digitale vs. persönliche Interaktionen.
- **Leistungserbringer:** Ärzt/innen, Pflegefachkräfte, Therapeutinnen und Verwaltungspersonal, die mit dem System interagieren werden.
- **Technische Zulieferer:** IT-Unterstützung für digitale Gesundheitsplattformen.

Case Journey

Beschreiben Sie den Versorgungsprozess Schritt für Schritt

- Wer verschreibt die hybride Gesundheitslösung und aufgrund welcher Bedingungen (Indikation)?
- Wie wird die Vergütung der Leistung sichergestellt?
- Wie und durch wen wird eine neue Patient:in in den Prozess eingeführt (Onboarding)?
- Wie erfolgt die hybride Gesundheitsleistung?
 - Wer macht was?
 - Welche Rollen und Aufgaben haben die involvierten Fachpersonen und Leistungserbringer?
 - Welche Aufgaben erfüllt die Patient:in?
- Wie und durch wen wird die Versorgungsleistung abgeschlossen (Offboarding)?

Kernkomponenten der hybriden Versorgungslösungen

Ein hybrides Betreuungsmodell sollte digitale und physische Dienstleistungen nahtlos miteinander verbinden. Definieren Sie, welche Komponenten für ihre Lösung notwendig und sinnvoll sind:

Digitale Dienste

- Digitales Monitoring: Fernüberwachung mittels Sensoren oder Devices (z.B. Sauerstoffsättigung, EKG)
- Mobile Gesundheits-Apps: Patientenselbstmanagement-Tools (z.B. Bewertung von Symptomen (PROMS) oder Terminplanung)
- KI-gestützte Entscheidungshilfen: Automatisierte Triage-Systeme, Symptom-Checker und prädiktive Analytik.
- Elektronische Patientenakten: Zentralisierte Patientendaten, die durch KI oder andere Dienstleistungen auswertbar sind.
- Sichere Kommunikationskanäle: Verschlüsselte Nachrichtenübermittlung und Plattformen zur gemeinsamen Nutzung von Daten.

Professionelle physische Dienste

- Vorort-Konsultation: Wenn körperliche Untersuchungen oder Behandlungen erforderlich sind.
- Telekonsultation: Für Beratung via Telefon, Chat oder Bildschirm.
- Mobile Gesundheitseinheiten: Betreuung auf Abruf durch mobile Teams und Spitex-Dienste.
- Apotheke und Medikamentenabgabe: Integration mit digitalen Rezepten und Hauslieferdiensten.
- Ergebnismessung: Indikatoren, die den Therapieerfolg objektivieren und dokumentieren können.

Patienten-Engagement

- Kommunikation: Kanäle für die Patientenkommunikation (z. B. sichere Nachrichtenübermittlung, Telefon)
- Engagement und Motivation: Anreize und Motivatoren zur Therapieadhärenz (z. B. Patient Education, Gamification, Erinnerungen, Belohnungen)
- Selbstmanagement: Integration von Wearables, Gesundheits-Apps
- Unterstützung: Einbezug von Angehörigen oder Peer-Groups
- Feedback zur Patientenerfahrung und Bedürfnissen: Regelmässige Erhebungen mittels PREMs, Fragebogen
- Ergebnismessung: Indikatoren, um das Engagement der Patient:innen zu messen (z. B. Termintreue, Zufriedenheitswerte);

Indikatoren, um die Lebensqualität und den Therapieerfolg aus Sicht der Patient:innen zu messen (z.B. PROMs).

Technologie-Integration

Damit eine hybride Versorgungslösung effektiv funktioniert, muss sie digitale und physische Komponenten integrieren. Beachten Sie Folgendes:

- Interoperabilität: Die Systeme sollten plattformübergreifend Daten nahtlos austauschen (z. B. KIS/PIS, Telemedizin und mobile Devices)
- Standards: Die Systeme sollten den gängigen semantischen, strukturellen und Interoperabilitätsstandards entsprechen (z.B. LOINC, Snomed, HL7/FHIR)
- Datenschutz und Compliance: Einhaltung von GDPR, DSGVO, HMG oder Sicherheitsanforderungen. Je nach Anwendung muss das Produkt CE-zertifiziert werden und/oder erfordert den Aufbau und den Betrieb eines Qualitätsmanagement-Systems (QMS).
- Datenmanagement: Richtlinien für Datennutzung, Datenhaltung und Datenweitnutzung/Weiterverwendung.
- Benutzerfreundliches Design (UX): Einfach zu bedienende Plattformen für Patient:innen und Leistungserbringer.
- Zugang und Inklusion: Sprachen, in denen die Leistung verfügbar ist; digitale Kompetenzen, die bei den Fachleuten und Patient:innen vorausgesetzt werden; Geräte, die seitens Fachleuten und Patient:innen vorhanden sein müssen (z.B. Computer in der Apotheke, Smartphone zu Hause).

System-Integration

Damit eine hybride Versorgungslösung erfolgreich sein kann, muss sie sich in bestehende Versorgungsstrukturen wie beispielsweise Ärztenetzwerke integrieren. Beachten Sie Folgendes:

- Die hybride Lösung muss mit Krankenhaus- und Praxisinformationssystemen sowie Versicherungsdatenbanken kompatibel sein.
- Einheitliche Schnittstellen (APIs) und Standardprotokolle (z. B. HL7, FHIR) erleichtern den Datenaustausch zwischen digitalen und physischen Versorgungslösungen.
- Ärzt:innen, Pflegepersonal, Therapeut:innen und administrative Fachkräfte müssen in Implementierung vor Ort einbezogen werden.
- Klare Zuständigkeiten und standardisierte Abläufe gewährleisten eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen digitalen und analogen Leistungserbringern.
- Digitale Angebote müssen einfach zu bedienen sein und barrierefreie Optionen bieten, um eine hohe Akzeptanz bei Patient:innen und den Leistungserbringern zu erreichen.

Umsetzungsstrategie

Ein strukturierter Einführungsplan gewährleistet die erfolgreiche Einführung eines hybriden Versorgungsmodells. Die wichtigsten Schritte sind:

Pilotversuch

- Wählen Sie eine begrenzte Gruppe von Patient:innen und/oder Leistungserbringer aus, um die Integration von digitalen und physischen Dienstleistungen zu testen.

- Sammeln Sie Feedback, um technische und betriebliche Herausforderungen zu identifizieren.

Optimierung:

- Passen Sie die Arbeitsabläufe und die verschiedenen Elemente auf der Grundlage der realen Nutzung an.

Skalierung und Erweiterung:

- Erweitern Sie die Dienste schrittweise auf eine breitere Patientengruppe und/oder Leistungserbringer aus.
- Überwachen Sie KPIs wie Patientenzufriedenheit, Effizienzsteigerungen und klinische Ergebnisse.

Anpassung der Strategien auf der Grundlage laufender Bewertungen.

Change, Schulung und Unter- stützung

Die Erfahrungen zeigen, dass es einen grossen Aufwand bedeutet, neue Prozesse und neue digitale Werkzeuge in bestehenden Versorgungsstrukturen zu etablieren. Diese gilt umso mehr, als hybride Versorgung oft Fachleute aus verschiedenen Disziplinen und daher eine interdisziplinäre Zusammenarbeit betrifft.

Im besten Fall, sind die Fachleute wie auch die Patient:innen bereits in der Konzeption und Entwicklung der Versorgungslösung miteinbezogen worden und konnten sich daher bereits mit den neuen Rollen, Prozessen und Hilfsmitteln auseinandersetzen. Oft ist dies jedoch nicht der Fall, beispielsweise weil eine bereits etablierte Lösung neu eingeführt wird.

Hybride Versorgungslösungen bedingen sowohl kulturelle wie auch strukturelle Anpassungen innerhalb der Gesundheitseinrichtungen und -organisationen. Das neue Versorgungsmodell zu etablieren, ist daher mit einem wirksamen **Change Management** verbunden. Um dies zu erleichtern, sollte bereits im Vertrieb darauf hingewiesen werden, dass es zu gewissen Anpassungen kommen wird. Dies mit dem Ziel, die Angst vor dem Change zu nehmen und die Beschaffung der Lösung nicht zu behindern.

Daneben müssen die Gesundheitsfachpersonen im Rahmen von **Trainings** in der Nutzung der neuen Tools und Technologien wie auch in den neuen Kommunikationsformen geschult werden.

Patient:innen haben in hybriden Versorgungslösungen oft eine aktive Rolle. Dieses **Patient-Self-Management** verlangt gewisse Fähigkeiten, die trainiert und unterstützt werden müssen. Diese sind beispielsweise:

- Monitoring via Sensoren oder Apps
- Berichterstattung (z.B. auf einer Plattform, wie App oder am Telefon)
- Medikamenten-Verwaltung und -Einnahme
- Gesundheitskompetenz
- Navigation im System und Terminkoordination
- Verhaltensänderung

Daher sollte in den hybriden Versorgungslösungen Schulungen und Onboarding-Lektionen für Patient:innen eingeplant werden, wenn diese mit digitalen Hilfsmitteln wenig vertraut sind.

Darüber hinaus sollten Leistungserbringende und ggf. auch Patient:innen mindestens **in einer ersten Phase aktiv begleitet** und in der Nutzung der digitalen Hilfsmittel unterstützt werden. Damit lässt sich verhindern, dass Widerstände entstehen.

Zudem sollten **Supportprozesse** entwickelt und durch ein Team angeboten werden, damit technische Probleme und Anfragen rasch gelöst werden können.

Vergütung

Eine zentrale Herausforderung bei der Vergütung von hybriden Versorgungslösungen ist deren Kombination aus digitalen Technologien und physischen Dienstleistungen. Von Vorteil kann sein, dass für die physischen Dienstleistungen meistens bereits ein Tarif besteht und sich die Frage der Vergütung nur für den digitalen Teil, sowie das Zusammenspiel zwischen Technik und der physischen Leistung stellt. Im Folgenden wird vor allem auf die Vergütung der digitalen Technologie sowie das hybride Zusammenspiel fokussiert.

Drei Vergütungsquellen sind vorstellbar

1. Vergütung im Rahmen der OKP/KVG oder Vergütung im Rahmen der VVG durch Versicherer
2. Vergütung durch Leistungserbringer
3. Vergütung durch den Nutzer (Patient:innen)

Einen [Leitfaden zur Vergütung digitaler Anwendungen](#) haben verschiedene Akteure (u.a. Sanitas, CSS, Swiss Healthcare Startups) im Dezember 2024 publiziert. Er bietet eine umfassende und aktuelle Übersicht.

1. Vergütung im Rahmen der OKP/KVG oder Vergütung im Rahmen der VVG durch Versicherer

a) Vergütung im Rahmen der OKP/KVG

Im November 2024 hat das BAG hierzu das Faktenblatt [«Vergütung von digitalen Gesundheitsanwendungen im Rahmen der OKP»](#) veröffentlicht. Grundsätzlich können über die OKP nur digitale Technologien, im folgenden dGA genannt, vergütet werden, wenn sie eine **«dGA zur Unterstützung und Information von Patient:innen»** oder eine **«dGA mit medizinischem Zweck»** sind. Neben diesem Grundsatz müssen die dGA die **WZW-Voraussetzungen** erfüllen: Eine Kostenübernahme durch die OKP ist grundsätzlich möglich, wenn die dGA wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden muss.

Bei der darauf aufbauenden **Leistungspflicht** wird zwischen der Leistungspflicht «im Rahmen von ärztlichen Leistungen», «im Rahmen von Leistungen nicht ärztlicher Leistungserbringer» sowie bei «Selbstanwendung durch Patient:innen oder Pflegefachpersonen» unterschieden. Diese drei Varianten sind im Folgenden kurz erklärt:

- **dGA im Rahmen von ärztlichen Leistungen** sind beispielsweise die telemedizinische Internet-basierte Behandlung bei Schlaflosigkeit oder Apparate zu diagnostischen Zwecken mit Messung von Körperfunktionen (z.B. Blutdruck, Puls, Atmung, inklusive Speicherung und Auswertung der Daten). Ebenfalls über die ärztliche Leistung geregelt werden dGA, mittels welchen die versicherten Personen im Rahmen einer Tagebuchführung Daten erfassen (ohne dass diese daraus für sich direkt Handlungen ableiten) und diese anschliessend der Ärzteschaft übermittelt und von ihr ausgewertet werden. Damit eine dGA im Rahmen des Vertrauensprinzipes durch die ärztlichen Leistungserbringer angewendet werden kann, muss für diese ein Antrag für eine Aufnahme in die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) bei der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistung und Grundsatzfragen (ELGK) gestellt werden. Der Entscheid über die Leistungspflicht zulasten der OKP liegt in der

Kompetenz des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI), das sich von der ELGK beraten lässt.

- **dGA im Rahmen von Leistungen nicht-ärztlicher Leistungserbringer** sind beispielsweise Apps für eine telemedizinische Beratung. Nur nicht-ärztliche Leistungserbringer, die nach der Krankenversicherungsverordnung (KVV) zugelassen sind, werden vergütet. Neue Leistungen der dGA, die noch nicht in der KLV gelistet sind, müssen bei der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistung und Grundsatzfragen (ELGK) beantragt werden.
- **dGA für die Selbstanwendung durch Patient:innen oder Pflegefachpersonen** gehören in der Regel zu den sogenannten Mittel und Gegenstände, die in der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) geregelt sind. Für dGA im Rahmen der MiGeL muss ein Behandlungserfolg oder ein Fortschritt im Selbstmanagement der Patient:innen nachgewiesen werden. Für die Aufnahme einer neuen Leistung in die MiGeL muss bei der Eidgenössischen Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (EAMGK) ein Antrag eingereicht werden. Die Aufnahme oder Änderungen von Positionen der MiGeL erfolgt durch einen Beschluss des EDI, das sich durch die EAMGK beraten lässt.

Über die **Höhe der Vergütung** der dGA wird entweder im Rahmen von Tarifverträgen entschieden oder durch die zuständige Behörde festgelegt. Der Vergütung von dGA im Rahmen von Leistungen der ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungserbringer wird durch die Tarifverträge bestimmt. Diese schliessen auch die durch die Leistungserbringer verwendeten dGA ein. Für dGA in der MiGeL ist die Vergütungshöhe von den Höchstvergütungsbeträgen gleichartiger Produkte abhängig. Diese werden festgelegt und sind einer MiGeL-Position zusammengefasst werden.

Allgemein gilt: Die Vergütung über die OKP steht den Anbietern offen, muss aber beantragt werden. Dieser Prozess kann sehr aufwendig sein und dauert oft mehr als ein Jahr. Der Vorteil der OKP-Vergütung liegt aber im freien Zugang zu sämtlichen Versicherten / Patient:innen.

b) Vergütung im Rahmen der VVG durch Versicherer

Für die Vergütung einer hybriden Versorgungslösung über eine Zusatzversicherung nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sind keine Anträge bei Kommissionen erforderlich. Im Rahmen des VVG gilt Vertragsfreiheit: Krankenversicherer und Leistungserbringer können individuell vereinbaren, ob und zu welchen Bedingungen eine Leistung vergütet wird. Die Tarifautonomie ermöglicht es ihnen, entsprechende Vereinbarungen direkt abzuschliessen.

Rund 85 % der Schweizer Bevölkerung verfügen über mindestens eine Zusatzversicherung. Etwa 20 % besitzen eine Spitalzusatzversicherung (halbprivat oder privat).

Welche Leistungen durch eine Zusatzversicherung gedeckt sind, ergibt sich aus den jeweiligen **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)** des Produkts. Diese werden durch die FINMA als Aufsichtsbehörde genehmigt. Einheitliche Regelungen über Leistungspflichten bestehen nicht – Umfang und Art der Vergütung variieren je nach Versicherungsprodukt.

Unterschiede bestehen nicht nur in den gedeckten Leistungen, sondern auch in der Art der Kostenübernahme: Manche Versicherungen vergüten prozentual, andere setzen feste Höchstbeträge. Ausschlüsse einzelner

Leistungen oder Krankheitsbilder sind in den AVB klar definiert. In der Regel müssen Versicherte zudem einen Selbstbehalt tragen.

Wie in der obligatorischen Krankenversicherung gilt auch hier: Der Nutzen der Leistung muss nachgewiesen sein und in einem angemessenen Verhältnis zum Aufwand stehen – analog zur WZW-Kriterienprüfung im KVG.

Für eine Vergütung über eine Zusatzversicherung nach VVG ist es daher dringend empfohlen, im Vorfeld mit den jeweiligen Versicherern konkrete Kriterien und Verfahren zu vereinbaren.

2. Vergütung durch Leistungserbringer

Bei der Vergütung durch Leistungserbringer sind einerseits die Leistungen der oben beschriebenen dGA im «Rahmen von ärztlichen Leistungen» und im «Rahmen von Leistungen nicht-ärztlicher Leistungserbringer» sowie die «nicht regulierte Vergütung durch Leistungserbringer» zu unterscheiden.

Die Vergütung der dGA wurde oben bereits erörtert und zum Teil würde die Vergütung für die hybride Versorgungslösung durch die an die Leistungserbringer tarifierte Leistungen bezahlt werden. Dies kann speziell durch den neuen ärztlichen Tarif TARDOC & ambulante Pauschalen ([Informationsplattform | TARDOC und Ambulante Pauschalen](#) - Einführung auf den 01.01.2026 geplant) der Fall sein.

In den ambulanten Pauschalen werden zusammengehörige Leistungen zu einer einheitlichen Leistungspauschale zusammengefasst. Diese können ärztliche und nicht-ärztliche Leistungen, inklusive gewisse Materialien sowie Medikamente umfassen. Des Weiteren beinhaltet die entsprechende Pauschale auch die dazugehörigen Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten / der Patientin bis 30 Tage nach der Erbringung. Als dazugehörige Leistungen gelten derzeit Pathologieleistungen, Laborleistungen sowie Aktenstudium, Absprache mit anderen Leistungserbringern, Bericht etc.. Je nach medizinischer Ausrichtung der dGA ist es vorstellbar, dass diese zukünftig als eine dazugehörige Leistung klassifiziert werden.

Sachlich anders zu beurteilen ist die «nicht regulierte Vergütung durch Leistungserbringer». In diesem Fall zielt die hybride Versorgungslösung darauf ab, den Geschäftsprozess des Leistungserbringers zu optimieren und dadurch Effizienzpotenziale zu erschliessen. Die Vergütung der hybriden Versorgungslösung erfolgt dann auf Basis dieser Effizienzsteigerungen.

Dabei ist es wichtig, den Geschäftsprozess des Leistungserbringers zu kennen und die hybride Versorgungslösung darauf bezogen anzupassen. Als ein regelmässig genannter «Finanzierer» von hybriden Versorgungslösungen, werden in der Schweiz Organisationen der integrierten Versorgung, z.B. Ärztenetze und Praxisketten, angesehen. Diese Organisationen haben oftmals mit Krankenversicherungen so genannte Managed Care-Verträge für ein Hausarzt-/HMO-Modell abgeschlossen. Durch diese Verträge übernehmen die Organisation eine medizinische und finanzielle Mitverantwortung (bezeichnet als Capitation bzw. Patienten-/Komplexpauschale) für die eingeschriebenen Versicherten. Durch diese Mitverantwortung investieren die Organisationen in den Aufbau und den Betrieb eines Versorgungsmanagements. Für die hybride Versorgungslösung bietet sich in diesem Zusammenhang die Gelegenheit, das Versorgungsmanagement zu optimieren. Damit dieser Weg zu einem Erfolg führt, ist es notwendig zu erfahren, wie das Versorgungsmanagement der jeweiligen Organisation

aufgebaut ist und welche Ziele es verfolgt. Eine Kontaktaufnahme zu den entsprechenden Organisationen ist frühzeitig zu empfehlen.

Eine weitere Finanzierungsmöglichkeit im Bereich der «nicht regulierten Vergütung durch Leistungserbringer» bietet die Finanzierung durch Vergünstigungen gemäss KVG Art. 56 Abs. 3bis².

Sofern die hybride Versorgungslösung nicht bereits durch bestehende, vereinbarte oder verordnete Tarife abgegolten werden, bietet sich grundsätzlich die Möglichkeit, für die Finanzierung die gewährten Vergünstigungen zu verwenden. Ggf. bietet die hybride Versorgungslösung sogar die Möglichkeit, Informationen und Grundlagen für den Nachweis zur Verbesserung der Qualität der Behandlung zur Verfügung zu stellen. Wie bei der Finanzierung durch eine Capitation ist für diese Finanzierungsform das Versorgungsmanagement der Organisation entscheiden.

Diese muss auch die weiteren Anforderungen des Art 56 Abs 3bis erfüllen: Einen Vertrag mit den Versicherern; Vereinbarung über Vergünstigungen mit Herstellern von Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände; Erstellung der Zwischen- bzw. Endberichte zu Handen des BAG über die Verwendung der nicht vollumfänglich weitergegebenen Vergünstigungen.

3. Vergütung durch Patientinnen & Patienten

Als eine weitere Finanzierungsmöglichkeit bietet sich direkte Vergütung durch die nutzenden Patientinnen und Patienten an. Bei dieser Umsetzungsform sind keine Anträge bei Behörden und Absprachen mit Leistungserbringer notwendig, was eine deutliche (administrative) Erleichterung mit sich bringt. Gerade am Anfang einer Entwicklung einer Lösung kann dies eine einfache Methode darstellen, und die Marktakzeptanz einer Leistung zu testen. Auf der anderen Seite sind bei dieser die Zahlungsbereitschaft und Preissensitivität der Nutzerinnen und Nutzer entscheidend. Um diese etwas einschätzen zu können, empfiehlt sich eine auf die entsprechende Leistung der hybriden Versorgungslösung ausgerichtete Marktanalyse.

² KVH Art. 56 Abs 3bis: «Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass Vergünstigungen gemäss Absatz 3 Buchstabe b nicht vollumfänglich weitergegeben werden müssen. Diese Vereinbarung ist den zuständigen Behörden auf Verlangen offenzulegen. Sie hat sicherzustellen, dass Vergünstigungen mehrheitlich weitergegeben werden und dass nicht weitergegebene Vergünstigungen nachweislich zur Verbesserung der Qualität der Behandlung eingesetzt werden.»

Evidenz- gewinnung/ Evaluation

Wie erwähnt, ist es notwendig, dass hybride Versorgungslösungen den WZW-Kriterien entsprechen, wenn sie im Rahmen der OKP vergütet werden sollen. Der Wirksamkeitsnachweis ist darüberhinaus auch für die generelle Anerkennung der hybriden Versorgungslösung von entscheidender Bedeutung. Die Lösung muss bereits zu Beginn, mindestens einen zu erwartenden Versorgungseffekt belegen und spätestens im Versorgungseinsatz seine Wirksamkeit nachweisen. Folgende Empfehlungen lassen sich in Bezug auf die Evidenzgewinnung und Evaluation geben.

Definition der relevanten Erfolgsindikatoren

Um die Wirksamkeit der hybriden Versorgungslösung zu beurteilen, müssen Erfolgsindikatoren festgelegt werden. Diese sollten sowohl die Versorgung (z.B. Therapieadhärenz) als auch ökonomische Aspekte (z.B. Behandlungskosten) abdecken.

Definition der Datengewinnung

Im Anschluss an die Festlegung der Indikatoren müssen die entsprechenden Datenquellen sowie die Methoden zur Datengewinnung bestimmt werden. Es wird empfohlen, hierfür einen iterativen Prozess anzuwenden, da die Erfahrung zeigt, dass für zuvor festgelegte Indikatoren möglicherweise keine geeigneten Datenquellen vorhanden sind oder der Zugang zu diesen Daten nur mit erheblichem Aufwand oder eingeschränkt möglich ist. In solchen Fällen kann es sinnvoll sein, die Indikatoren neu zu definieren, um den Datenzugriff zu erleichtern.

Nutzung bestehender Evidenz

Gerade zum (konzeptionellen) Start der hybriden Versorgungslösung liegen noch keine eigenen Wirksamkeitsnachweise vor. In diesem Fall empfiehlt es sich die mögliche Wirksamkeit der Lösung durch die Literatur zu belegen. Kaum eine hybride Versorgungslösung ist so innovativ und einzigartig, dass für diesen Versorgungsansatz nicht bereits eine dokumentierte Evidenz vorhanden und in der Literatur beschrieben ist. Es empfiehlt sich, während der Konzeptphase in den einschlägigen Datenbanken (v.a. [PubMed](#)) nach entsprechender Literatur zu suchen und diese auszuwerten.

Beschreibung der aktuellen Versorgungslücken

Der hybriden Versorgungslösung liegt in der Regel ein konzeptionell erarbeiteter Behandlungspfad zugrunde, welcher durch die Anwendung der Lösung optimiert wird und zu besseren Versorgungsergebnissen führen soll. Für die Erarbeitung und Beschreibung des Behandlungspfades empfiehlt es sich, auf vorhandene und zugängliche Informationsquellen zurückzugreifen. Beispielsweise:

- [Schweizer Versorgungsatlas](#)
- [Schweizerische Gesundheitsbefragung](#)

Durch diese externe Quellen lassen sich die aktuellen Versorgungssituationen bzw. deren Probleme darlegen und aufzeigen, welchen Versorgungsbedarf die Lösung deckt.

7. Herausforderungen

Hybride Versorgungslösungen werden die Gesundheitsversorgung in Zukunft mitprägen. Bei der Umsetzung von Konzepten stellen sich Herausforderungen, die bereits von anfang an berücksichtigt werden sollten.

Herausforderung	Konkrete Beispiele / Probleme	Lösungsansätze
Integration in Abläufe	<ul style="list-style-type: none"> • Unterbrechung bestehender Workflows • Mehrfachdokumentation • Schwierige Triage zwischen digital und analog 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Prozesstandards und interoperable IT-Schnittstellen entwickeln • Einführung einheitlicher Dokumentationssysteme • Klare Triage-Protokolle definieren
Regulierung & Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Vergütung für digitale Leistungen • Vergütung von Koordinationsleistung • Aufteilung von Pauschale unter den Leistungserbringern • Unklarheiten bei kantonsübergreifender Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung einer Komplexpauschale • Klare Finanzierungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern inkl. Koordination • Integration in alternative Versicherungsmodelle (AVM)
Akzeptanz & Schulung	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Unterstützung von Key Opinion Leader • Widerstand gegen neue Technologien bei Gesundheitsfachleuten • Fehlende Schulungen und Unterstützung bei der Einführung digitaler Tools • Zweifel an der Qualität digitaler Konsultationen • Kulturelle/ strukturelle Fragmentierung: Unterschiedliche Standards und Denkweisen in Spital, Arzt / Ärztin, Apotheke und Pflege und Digital-Health-Start-ups erschweren eine einheitliche Umsetzung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Early Adopters gezielt einbinden und kommunizieren lassen • Interdisziplinäre Schulungsprogramme etablieren • Qualität digitaler Leistungen mit Studien absichern • Gemeinsame Standards und Koordinationsplattformen über Sektoren hinweg schaffen

Patientenzugang & Gesundheitskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Digitale Kluft* (eingeschränkte Digitalnutzung, ca. 15%) • Bewusst Nicht-Digitale* (off-, low-liner, ca. 6%) • Geringe Gesundheits- und/oder Digitalkompetenz • Fehlendes Vertrauen in digitale Angebote • Teilweise fehlende Patientenorientierung bei der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Angebote mit einfacher Usability und niedrigschwelliger Ansprache - Patient:innen frühzeitig in Entwicklung einbinden - Digitale Gesundheitsbildung fördern
Technische Hürden	<ul style="list-style-type: none"> • Interoperabilität von IT-Systemen • Datenschutz- und Sicherheitsrisiken • Technische Voraussetzungen zu Hause/Patientengeräte 	<ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtende Interoperabilitätsstandards • Datenschutz und Security-by-Design • Förderung nutzerfreundlicher Technologien für Zuhause (inkl. Supportangebote)
Medizinische Qualität & Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränkte Diagnostik im virtuellen Raum • Gefahr von Versorgungslücken • Überbetonung technischer Lösungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Indikationsstellung für digitale Anwendungen • Integration hybrider Versorgungspfade mit Präsenzangeboten • Qualitätsstandards für digitale Leistungen definieren
Skalierbarkeit & Nachhaltigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Projekte bleiben im Pilotstatus (Pilot Fatigue) • Technische und personelle Grenzen beim Ausbau • Unklare finanzielle Nachhaltigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Skalierbare Infrastrukturen und Prozesse planen • Frühzeitige Einbindung von Finanzierungspartnern (Krankenkassen etc.) • Förderprogramme mit Skalierungspflicht
Fehlende Outcome-Messung & Wirksamkeitsnachweise	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende standardisierte KPIs zur Bewertung hybrider Versorgungsformen • Wenig Studien zu klinischem Nutzen und Kostenwirksamkeit erschweren Investitions- und Regulierungsentscheidungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung valider KPIs für hybride Modelle • Förderung (unabhängiger) Wirksamkeitsforschung • Integration von Outcome-Messung in Vergütungsmodelle

* Digimonitor 2023

8. Impressum

Titel: «Playbook: Hybride Versorgungslösungen in der Schweiz»

Publikationsjahr: 2025

Herausgeber: [Schweizer Forum für Integrierte Versorgung \(fmc\)](#) und [santeneXt](#)

Begleitgruppe

Ein grosser Dank gilt der Begleitgruppe dieses Playbooks:

- Christopher Bensch, CSS
- Oliver Kessler, Hochschule Luzern
- Andri Färber, AD Swiss Net AG
- Christian Frei, SWICA
- Diana Hardie, Swiss Health Startups
- Fabian Sommerrock, Galenica
- Oliver Strehle, Schweizer Forum für Versorgung (fmc)

Beiträger:innen der Use Cases

Ein besonderer Dank gilt den Autor:innen der einzelnen Use Cases:

- Benecura COPD – Andri Färber, CEO, AD Swiss Net AG
- Benecura CHI – Andri Färber, CEO, AD Swiss Net AG
- Book a Doc – Simone Kansy, Galenicare, Digital Health Manager
- HelloBetter – Birgit Schmid, Leiterin Psychologie, santé24
- SWICA Benecura – Livia Jacob, Product Ownerin, santé24
- TytoHome – Livia Jacob, Product Ownerin, santé24
- Telemedizinische Notfallpraxis MEAS – Belinda Wenger, Head of Business Development & Implementation, Medgate