
Zusammenfassung:

Impulsveranstaltung NFP 74

25. Mai 2023

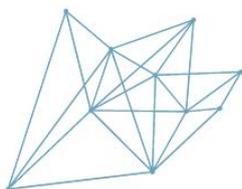
Bern



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Swiss Learning
Health System



Smarter Health Care
National Research Programme

Inhalt

Executive Summary.....	3
1. Von der Forschung in die Praxis: Nutzen der Resultate des NFP 74 für die Kantone	4
2. Workshops	4
Workshop 1: Gesundheitsdaten nutzen	4
Workshop 2: Evidenzbasierte Versorgung fördern	8
Workshop 3: Patientenzentrierte Versorgung	11
3. Rückblick und Ausblick des NFP 74.....	15
Impressum.....	17
<i>Programm Impulsveranstaltung NFP 74.....</i>	<i>18</i>
<i>Teilnehmende</i>	<i>19</i>

Executive Summary

Um derzeitige und zukünftige Herausforderungen im Schweizer Gesundheitssystem, wie zum Beispiel steigende Überalterung oder steigende Multimorbidität zu adressieren, wurde der Schweizerische Nationalfonds (SNF) 2015 vom Bundesrat mit der Durchführung des [Nationalen Forschungsprogramms NFP 74 «Gesundheitsversorgung»](#) - englisch «Smarter Health Care» beauftragt. Ziel des NFP 74 war es, die Gesundheitsversorgung in der Schweiz unter die Lupe zu nehmen, um Erkenntnisse über deren Struktur und Nutzung zu gewinnen und daraus Wege abzuleiten, wie die Gesundheitsversorgung in der Schweiz verbessert werden kann. Der Fokus lag dabei auf der Prävention und Behandlung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen. Darüber hinaus strebte das NFP 74 an, Gesundheitsdaten zur Versorgungsrealität in der Schweiz besser verfügbar, vergleichbar und verknüpfbar zu machen.

Von 2017 bis 2023 und mit einem Budget von CHF 20 Millionen wurde das Schweizer Gesundheitssystem anhand von insgesamt 34 Projekten im Detail analysiert. Die Ergebnisse dieser Projekte führten zu einer Vielzahl von Empfehlungen, sowohl auf Patientenebene als auch auf Ebene der Versorgungsnetzwerke und des Gesundheitssystems.

Auf Ebene der Patient:innen zeigten Projekte u.a. die Wichtigkeit des Einbezugs des gesamten Lebenskontexts auf sowie der Stärkung der Gesundheitskompetenz aller Bürger:innen. Zudem wurden Massnahmen zur Förderung von Versorgungsmodellen empfohlen, die den Patient:innen mehr Orientierung bieten können. Auf Ebene der Versorgungsnetzwerke wurden u.a. Empfehlungen zu interprofessionellen Zusammenarbeitsmodellen und der damit einhergehenden Ausbildung von medizinischen und nicht-medizinischen Fachkräften formuliert. Auf Ebene der Systemgestalter verdeutlichten die Projekte des NFP 74 die Wichtigkeit der Schaffung finanzieller und rechtlicher Rahmenbedingungen für innovative Versorgungsmodelle. Zudem wurde die Verbesserung der Messung von Prozessen und Ergebnissen, einschliesslich der Dokumentation standardisierter Daten, sowie der Aufbau einer nationalen Institution zur Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung als bedeutsam erachtet.

Im Rahmen des Abschlusses des NFP 74 im Sommer 2023 lud das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeinsam mit der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) am 25. Mai 2023 Vertreter:innen der Kantone, Stadt- und Gemeindeverbände zu einer halbtägigen Veranstaltung nach Bern ein. Nach der offiziellen Begrüssung durch das BAG und die GDK sowie einem kurzen Inputreferat zur Nutzung der Resultate des NFP 74 lag der Fokus des Nachmittags auf drei Workshops, die sich jeweils mit unterschiedlichen Themengebieten sowie dazugehörigen Projekten im NFP 74 befassten:

- 1. Nutzung von Gesundheitsdaten**
- 2. Evidenzbasierte Versorgung fördern**
- 3. Patientenzentrierte Versorgung.**

Ergänzt wurden die Workshops jeweils durch kurze Inputreferate von Seiten der (kantonalen) Praxis, um Forschungsergebnisse mit der Praxis zu reflektieren und zu diskutieren. Die Veranstaltung endete mit einem kurzen Rückblick und Ausblick zur Zukunft der Versorgungsforschung in der Schweiz.

1. Von der Forschung in die Praxis: Nutzen der Resultate des NFP 74 für die Kantone

Dr. med. Peter Indra (Leiter Amt für Gesundheit des Kantons Zürich und ehem. Vertreter der GDK im Leitungsgremium des NFP 74), präsentierte in einem kurzen Vortrag den Nutzen der Ergebnisse des NFP 74 für die Kantone. Er betonte, dass das NFP 74 als praxisorientiertes Programm dazu beitrage, die Gesundheitsversorgung in der Schweiz «smarter» zu gestalten. Angesichts des anhaltenden Drucks auf das Schweizer Gesundheitssystem, einschliesslich steigender Gesundheitskosten, Engpässen bei wichtigen Ressourcen, einem wachsenden Fachkräftemangel, zunehmender Multimorbidität, sozioökonomischer Ungleichheiten in der Bevölkerung und dem fortschreitenden Digitalisierungsprozess werde es immer wichtiger, Patient:innen und deren Lebenskontext einzubeziehen und Schnittstellenprobleme zu lösen.

Um diesen Herausforderungen entgegenzutreten, könne das NFP 74 neben der gesundheitspolitischen Strategie Gesundheit2030 als Sammlung bewährter Verfahren und dazugehöriger Empfehlungen dienen, die weniger konzeptionell und stattdessen eher praxisorientiert seien. Letztendlich hängt die Umsetzung jedoch immer von der Finanzierung ab und es muss Einigkeit darüber erzielt werden, wer für die Finanzierung der Umsetzungsaktivitäten verantwortlich sein soll.

2. Workshops

Die parallele Durchführung dreier Workshops, zwei in deutscher und einer in französischer Sprache, bot die Möglichkeit ausgewählte Projekte aus dem NFP 74 näher kennenzulernen und diese in Hinblick auf die Bedürfnisse der teilnehmenden Personen und Organisationseinheiten zu diskutieren.

Workshop 1: Gesundheitsdaten nutzen

Dieser Workshop widmete sich zwei Projekten des NFP 74, die sich mit der Nutzung von Gesundheitsdaten auseinandersetzten:

1. **Projekt 04:** «Soziale Ungleichheiten in der stationären Gesundheitsversorgung in der Schweiz»
2. **Projekt 24:** «Spitex nutzt ihre Daten zur Optimierung der Klientenzufriedenheit und Pflegequalität»

Moderation: *Marcel Widmer* (Leiter Obsan)

Projekt 04: Soziale Ungleichheiten in der stationären Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Dr. Lucy Bayer-Oglesby

Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

Beschreibung

Im Rahmen der Studie wurden vorhandene medizinische und soziale Daten in anonymisierter Form in einer neuen Datenbank zusammengeführt. Es wurden Daten von 1,2 Millionen Personen ab 15 Jahren mit insgesamt 987'552 Spitalaufenthalten im Zeitraum von 2010 bis 2016 analysiert. Die Ergebnisse zeigten Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren, bestimmten chronischen Krankheiten und der Nutzung von Spitalleistungen. Personen mit niedrigem Bildungsstatus, geringen sozialen Ressourcen und fehlender Arbeitsmarktintegration wiesen ein erhöhtes Hospitalisierungsrisiko auf.

Fazit

Der Austritt aus dem Spital ist ein kritischer Moment, bei dem sich soziale Unterschiede besonders deutlich zeigen. Dementsprechend würde eine Anpassung von Spitalstrukturen nützlich sein. Dies beinhaltet zum Beispiel eine verbesserte Koordination zwischen Gesundheitsversorgung und Sozialwesen, um z.B. soziale Probleme beim Eintritt zu erheben oder Dolmetscherdienste und Lotsen für Begleitungen anzubieten, um die Partizipation der Patient:innen zu fördern.

Projekt 24: Spitex nutzt ihre Daten zur Optimierung der Klientenzufriedenheit und Pflegequalität

Dr. Florian Liberatore

Zentrum für Gesundheitsmanagement, ZHAW

Beschreibung

Das Projekt analysierte den Datenpool "HomeCareData" des Spitex Verbandes Schweiz zur Pflegeinanspruchnahme und -qualität. Ein neuer Fragebogen zur Messung der Klientenzufriedenheit wurde entwickelt, um die Sichtweise der Patient:innen einzubeziehen. Zudem wurden 43 Qualitätsindikatoren überprüft, von denen sieben als relevant und pflegebeeinflussend bewertet wurden.

Fazit

Das Indikatorenset und der Fragebogen zur Klientenzufriedenheit können einen Beitrag zur transparenten Beurteilung der Leistungen machen und für die interne Qualitätsverbesserung genutzt werden. Der Spitex Schweiz wird u.a. empfohlen, sich im weiteren Vorgehen mehr auf die Prozessqualität und weniger auf Outcomes zu fokussieren. Für die Kantone können die Daten u.a. als Grundlage für die Bedarfsplanung dienen.

Input aus der Praxis: Spitex Schweiz

Esther Bättig

Wissenschaftliche Mitarbeiterin Grundlagen und Entwicklung, Spitex Schweiz

Beschreibung

In der Präsentation wurden die Vorteile der Spitex-Daten "HomeCareData" für die Kantone und das Potenzial deren Weiterentwicklung betont. Mit den Spitex-Daten erhalten Kantone zum Beispiel diverse Informationen über die sich anmeldende Person oder Institution, über die Korrespondenzsprache, den Zeitraum seit der Spitalentlassung oder die Betreuungsdauer. Sie werden auch informiert, ob eine Person sozial isoliert lebt, oder ob sie z.B. von informellen Helfer:innen unterstützt wird.

In der Präsentation wurde jedoch auch auf Herausforderungen hingewiesen, wie die Schwierigkeit der Zusammenführung von Teildatenbanken und Probleme beim Datentransfer sowie die fehlende Repräsentativität. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass ab 2024 die Verknüpfung der Daten mit den Gesundheitsstatistiken des BFS nicht mehr möglich sein wird.

Fazit

Grundsätzlich konnte durch die Erhöhung der Anzahl von Spitex-Organisationen, welche die Daten transferieren sowie die Erweiterung für Nicht-Mitglieder-Organisationen eine Verbesserung der Repräsentativität und Qualität von «HomeCareData» erreicht werden. Es wird jedoch noch ein einheitlicher Anwendungsprozess benötigt. Die Weiterentwicklung von «HomeCareData» mit Fokus auf die Datenverwendung sei mit Datenauswertungen und Berichten auf Organisations- und Kantonsebene gestärkt worden. Der weitere Fokus läge nun auf nationalen Datenauswertungen und Berichten sowie der Vermittlung des Nutzens von «HomeCareData».

Diskussion

Als spannender Ansatz des [Projekts 04](#) wurde die mögliche Verknüpfung der Spitex-Daten mit den medizinischen Statistiken des BFS erachtet, welche insbesondere für die Austrittsprozesse und dessen Management von Relevanz sein könnte. Bisher liesse sich nur der Wiedereintritt ins Spital nachverfolgen, jedoch lägen keine Informationen zu den Zeitabschnitten zwischen Austritt und Wiedereintritt vor.

«Wo ich jetzt als Kanton, bzw. als Verantwortlicher oder als Spitalbetreiber den Finger drauflegen würde, wäre beim Austrittsmanagement. Dort könnte (...) viel beeinflusst werden in Bezug auf die Genesungsdauer, die Nachbehandlung und die Wiedereintrittsrisiken (...).»

– Vertreter eines Kantons

Ein Teilnehmer des Workshops betonte, dass während des Krankenhausaufenthalts kaum Unterschiede bezüglich des sozialen Status festgestellt wurden, jedoch bei Eintritt und Entlassung. Daher sei es wichtig, dass Versorgungsverantwortliche, wie beispielsweise Kantone, sich auf das Austrittsmanagement konzentrieren, da dies die Genesung der Patient:innen beeinflussen könne. Auch wurde das lang bekannte Problem eines niedrigen sozialen Status erwähnt, bei dem Personen mit einem niedrigeren sozialen Status möglicherweise keinen oder

erst später einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen oder sich schlechter ernähren würden. Um dies zu verbessern, könnte eine stärkere Investition in Prämienvergünstigungen oder spezialisierte Anlaufstellen erforderlich sein, um die Gesundheitskompetenz in benachteiligten Gruppen zu stärken. Allerdings könnten diese Massnahmen mit zusätzlichen Kosten verbunden sein, die für Verantwortliche auf kantonaler oder departementaler Ebene abschreckend sein können.

In der Diskussion zum [Projekt 24](#) und den Spitex-Daten «HomeCareData» wurden u.a. die Schwierigkeiten bei der Informationssammlung zur Klientenzufriedenheit, die z.B. durch funktionale Einschränkungen auf Seiten der Patient:innen teilweise nur bedingt möglich sei, diskutiert. Ferner stelle sich die Frage, ob Patient:innen gewisse Punkte, wie z.B. Interprofessionalität beurteilen können.

Bedauert wurde zudem, dass die Qualitätsindikatorensysteme wieder in Silos eingeführt würden. Die Spitex-Daten würden jedoch eine Möglichkeit bieten, diese Systeme direkt interprofessionell aufzuziehen. In Zukunft sollte ein Qualitätsmonitoring an interprofessionellen Patientenpfaden ausgerichtet sein.

Den Kantonen und Gemeinden wurde empfohlen, Qualitätsgruppen zu definieren, um Profile von Patient:innen zu erstellen. Damit liesse sich sicherstellen, dass die Spitex weiss, welche Dienstleistungen sie anbieten müsse. Ferner sollten die Kantone Spitex-Daten einfordern und nutzen, damit die Unterschiede von Dienstleistungen bei Spitex-Organisationen verstanden werden können. Als Herausforderung auf Seiten der öffentlichen Hand und der Versorger wurde die Verknüpfung von Daten ärztlicher Grundversorger und Pflegeheime wie auch der Spitex genannt, um im Sinne der koordinierten Versorgung eine transparente Zuweisung und Betreuung der Patient:innen bzw. Bewohner:innen sicherzustellen.

Das Wichtigste auf den Punkt gebracht

- Versorgungsverantwortliche sollten ihre Aufmerksamkeit auf das Austrittsmanagement lenken und die mögliche Verknüpfung von Daten prüfen, um Patientenpfade abzubilden (z.B. durch die Verknüpfung von Daten der ärztlichen Grundversorgung, Pflegeheime und Spitex oder durch Verknüpfung mit medizinischen Statistiken). Die Verknüpfung von Daten ist zentral für die Versorgungsplanung in den Kantonen.
- Es besteht die Notwendigkeit, die Herausforderungen des Datenschutzes und der Datenverknüpfung weiter zu adressieren. Ein Standardisierungsprozess sollte angestrebt werden, der ohne zusätzliche Genehmigungen auskommt. Gerade beim Datenpool der Spitex bei «HomeCareData» zeige sich, dass in Zukunft die Daten nicht mehr verknüpfbar seien, weil der anonyme Verknüpfungscodes nicht mehr gewährleistet werden könne.
- Qualitätsindikatorensysteme sollten nicht in Silos eingeführt werden. Die Spitex-Daten könnten die Möglichkeit bieten, die Systeme direkt auf interprofessioneller Ebene zu etablieren sowie ein Qualitätsmonitoring zu implementieren, das sich an interprofessionellen Patientenpfaden orientiert.
- Kantone und Gemeinden können aktiv werden, indem sie z.B. Qualitätsgruppen definieren, um Profile von Patient:innen zu erstellen und damit sicherzustellen, dass die Spitex die entsprechenden Dienstleistungen anbietet.

Workshop 2: Evidenzbasierte Versorgung fördern

Dieser Workshop widmete sich dem Thema der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung. Diskutiert wurde auf der Grundlage des [Projekts 26](#) des NFP 74 «Wissenschaftliche Evidenz beeinflusst regionale Unterschiede in medizinischer Versorgung weniger als vermutet».

Moderation: *Manuela Oetterli* (Verantwortliche Wissenstransfer, NFP 74)

Projekt 26: Wissenschaftliche Evidenz beeinflusst regionale Unterschiede in medizinischer Versorgung weniger als vermutet

Prof. Dr. Viktor von Wyl

Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich

Beschreibung

Die Ziele des Projektes waren die Beschreibung bestehender regionaler Unterschiede in der medizinischen Behandlung von chronischen Krankheiten und die Untersuchung, wie medizinische Richtlinien die Wahl der Behandlung und damit verbundene regionale Unterschiede in der Versorgung beeinflussen.

Im Rahmen des Projekts wurde u.a. festgestellt, dass nur in 10 % der Fälle Forschungsliteratur systematisch aufgearbeitet und in Richtlinien verarbeitet wurde. Ferner fehlten bei 45 % der Richtlinien Angaben zu möglichen Interessenkonflikten. Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, dass Richtlinien nur begrenzt in Krankenversicherungsdaten abgebildet werden können und die Entscheidungsprozesse somit nicht nachvollziehbar sind. Dafür seien vertiefte klinische Daten nötig.

Weitere Erkenntnisse zeigten, dass positive Empfehlungen («etwas zu tun») grundsätzlich besser eingehalten werden als negative («etwas nicht zu tun»). Ferner wurden Hinweise gefunden, dass bei Versicherten in Managed-Care-Modellen die Leistungserbringung tendenziell stärker mit den Richtlinien übereinstimmt als bei Versicherten, die an kein Versicherungsmodell gebunden sind. Auf Kantonsebene wurden zudem Hinweise bezüglich Wirkung von kantonalen Vorgaben auf die Nutzungen von Leistungen (z.B. «ambulant vor stationär») gefunden.

Fazit

Ein breiteres Bewusstsein für die Rolle von Qualitätskriterien bei Richtlinien ist erforderlich, insbesondere die Fokussierung auf messbare Handlungsempfehlungen. Es besteht Bedarf, besser zu verstehen, warum Managed-Care-Modelle bei der Einhaltung von Behandlungsempfehlungen effektiver sind als herkömmliche Modelle und wie die Gestaltung der Franchise die Inanspruchnahme von Leistungen beeinflusst.

Letztlich wurde erwähnt, dass der [Schweizer Versorgungsatlas](#) als nutzbare Datengrundlage erweitert, regelmässig aktualisiert und als dauerhafte Infrastruktur etabliert werden sollte, um Unterschiede in der Versorgung festzustellen. Dazu sollten mehr Daten zugänglich gemacht werden, einschliesslich die Daten von Versicherern.

Input aus kantonaler Perspektive: Kanton Zürich

Dr. Alice Giese

Qualitätsverantwortliche, Abteilung Versorgungsplanung des Kantons Zürich

Beschreibung

Anhand des Versorgungsatlas wurden Unterschiede in der Häufigkeit von radikalen Prostatektomien auf regionaler und Leistungserbringer-Ebene aufgezeigt. Verschiedene Einflüsse wie das Behandlungsangebot, finanzielle Anreize sowie Erfahrungen und Präferenzen von Patient:innen und Leistungserbringern beeinflussen die Indikationsstellung. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass nicht alle Einflussfaktoren auf alle Indikationen gleich stark wirken, beispielsweise hat die Präferenz einer Patientin bei einer Sectio einen wichtigen Einfluss, während bei der Prostatektomie möglicherweise das vorhandene Angebot die Häufigkeit beeinflusst, obwohl der Patient keine Präferenz dafür hat.

Fazit

Es ist wichtig, dass die Kantone das Spektrum möglicher Einflussfaktoren im Blick haben. So müssten sie z.B. das bestehende Angebot und die finanziellen Anreize kennen, über die Erfahrungen und Präferenzen Bescheid wissen und entsprechend informieren, sowie durch systematische Anreize lenken und medizinische Richtlinien (Guidelines) messen. Fazit sei, dass Indikationsqualität auf kantonaler Ebene gemessen werden müsse, da sich Einflussfaktoren kantonal unterscheiden und auf nationaler Ebene nur erschwert messbar seien.

Diskussion

Diskutiert wurde u.a., inwiefern die Bedürfnisse der Patient:innen wahrgenommen und der «shared-decision-making» Prozess gestärkt werden könne, wenn man über Indikationsqualität spricht. Ein Ziel sollte sein, Patient:innen besser zu informieren und zu befähigen. Tools wie Webseiten mit hinterlegten Regressionsmodellen könnten dabei helfen, dass Patient:innen gezielt nach Behandlungen suchen und basierend auf ihren eigenen Merkmalen, wie z.B. chronischen Erkrankungen, die Wahrscheinlichkeit von Behandlungskomplikationen berechnen könnten. Weiterhin wurde betont, wie wichtig ein kontinuierliches Monitoring ist, das nicht nur Transparenz schafft, sondern auch mögliche Verhaltensänderungen bei den Leistungserbringern fördern kann. Idealerweise sollte ein solches Monitoring auf regionaler (kantonal) Ebene stattfinden, da verschiedene Einflussfaktoren auf nationaler Ebene schwer fassbar sind. Hinsichtlich möglicher Fehlanreize wurde auch angebracht, allenfalls bereits am System selbst anzusetzen, um eben diesen Fehlanreizen entgegenzuwirken. *Systems Modeling* (siehe z.B. auch: [Projekt 33](#)) könnte eine Möglichkeit sein, um die Auswirkungen von möglichen Änderungen im System (regulierenden Massnahmen) zu antizipieren.

Überdies wurde die mögliche Verbindlichkeit von medizinischen Richtlinien auch im Sinne der Patientenbedürfnisse (z.B. *Watchful waiting* vs. Behandlung) diskutiert sowie die Rolle von Leistungserbringern. Das Gesundheitsfachpersonal hat die Verantwortung, die Patient:innen aufzuklären, aber es müssen auch unterstützende Angebote für Patient:innen vorhanden sein, wie bereits erwähnte Plattformen, die Ergebnisse und Risiken möglicher Eingriffe aufzeigen können.

Es wurde die Frage aufgeworfen, ob Entscheidungshilfen (*decision aids*) in der Schweiz verpflichtend gemacht werden sollten, ähnlich wie in den USA, wo der Nachweis der Nutzung einer Entscheidungshilfe für die Finanzierung von Lungenkrebscreenings erforderlich ist. Obwohl angenommen werde, dass Entscheidungshilfen bereits oft in der Schweiz eingesetzt würden, sei deren tatsächlichen Nutzung noch nicht weit verbreitet. Der Einbezug von Entscheidungshilfen in die Messung der Indikationsqualität könnte einen interessanten Mehrwert bieten. (siehe z.B. auch: [Projekt 02](#)).

Diskutiert wurde zudem der Punkt der unterschiedlichen Datenlage in den Kantonen. Grundsätzlich wäre es erstrebenswert, dass alle Kantone (alle) Daten zur Verfügung hätten, um direkte Vergleiche erstellen zu können. Die Datenverfügbarkeit sei für die Kantone grundsätzlich ein wichtiges Thema, befördert u.a. auch im Rahmen des [Projekts SpiGes](#) (Stationäre Spitalaufenthalte: Mehrfachnutzung der Daten). Ferner wurde die Zusammenarbeit im Sinne von Qualitätszirkeln in der Schweiz diskutiert.

«Man muss das [die Messung der Indikationsqualität] differenziert anschauen und alle [interdisziplinäre Stakeholder] an einen Tisch bringen. Mit dem Versorgungsatlas hat man ein gutes Instrument dafür.»

«Der Versorgungsatlas sollte ausgebaut, regelmässig aktualisiert und als permanente Infrastruktur verfestigt werden. Hierfür sollten mehr Daten zugänglich gemacht werden [u.a. Daten von Krankenversicherungen].»

– *Vertreter:innen aus der Forschung*

Grundsätzlich sei auch der Schweizer Versorgungsatlas für weiterführende Fragestellungen und Forschungsprojekte eine interessante und wichtige Datengrundlage (z.B. Umsetzung der Top-5-Listen der Fachgesellschaften). Man müsse nun Strategien entwickeln, um einzelne Bereiche interdisziplinäre, wie z.B. mit den Fachgesellschaften zu diskutieren. Damit liessen sich etwa mögliche Gründe für Über- oder Unterversorgung identifizieren. Vorstellbar wäre zudem, dass aktuelle Herausforderungen in Form von Roundtables gemeinsam mit dem Obsan und den Kantonen sowie weiteren Stakeholdern diskutiert würden. In der französischsprachigen Schweiz und dem Tessin habe man bereits gute Erfahrungen mit einem solchen interkantonalen Austausch gemacht.

Es gäbe aber immer ein paar Vorreiter unter den Kantonen, die z.B. bestimmte Dinge bereits mit den Leistungserbringern diskutieren. Denen könnten andere Kantone folgen, bis eventuell auf nationaler Ebene ein Konsens gefunden würde, insofern ein allgemeines Bedürfnis dafür bestehe. Sollte es dennoch deutlich werden, dass andere Kantone andere Bedürfnisse haben, könnten gewisse Dinge auch auf Kantonsebene verbleiben. Eine letzte, zunehmend wichtigere Fragestellung sei auch, was die Gesundheitsfachpersonen selbst leisten sollen, um eine bessere Versorgung zu ermöglichen und ab wann tatsächlich eine regulierende Behörde (z.B. die Kantone) eingreifen sollte oder z.B. die Fachgesellschaften federführend sein sollten. Man wies darauf hin, dass es nicht unbedingt den top-down Druck brauche, sondern dass bereits der Diskurs um Versorgungsunterschiede und dazugehörige Transparenz Veränderungen herbeiführen könnten.

Das Wichtigste auf den Punkt gebracht

- Es besteht Notwendigkeit für enge Zusammenarbeit, Datenaustausch und Diskussion zwischen den Kantonen, Fachgesellschaften und anderen Stakeholdern, um mögliche Gründe für Über- oder Unterversorgung zu identifizieren und Strategien zur Verbesserung der Versorgung zu entwickeln. Der Austausch zu Projekten und Erfahrungen ermöglicht gegenseitiges Lernen.
- Kontinuierliches Monitoring ist wichtig, um Transparenz und potenzielle Verhaltensänderungen bei den Leistungserbringern zu fördern, wobei regionale (kantonale) Einbettung des Monitorings als wichtig erachtet werden sollte.
- Patient:innen müssen befähigt werden Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten und Risiken zu finden und zu verstehen, z.B. in Form von Online-Plattformen.
- Medizinische Richtlinien (Guidelines) und Entscheidungshilfen (decision aids) als Grundlage für die Entscheidungsfindung müssen gestärkt werden.
- Der Schweizer Versorgungsatlas ist eine wichtige Diskussionsgrundlage für die Kantone, um interkantonal und interdisziplinär Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zu diskutieren.

Workshop 3: Patientenzentrierte Versorgung

Dieser Workshop befasste sich mit dem übergreifenden Thema der patientenzentrierten Versorgung. Im Rahmen dessen wurden zwei Projekte des NFP 74 vorgestellt:

1. **Projekt 08:** «Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen zuhause behandeln»
2. **Projekt 05:** «Case Management reduziert Frequentierung von Notfallstationen und fördert Lebensqualität von spezifischer Patientengruppe»

Moderation: *Marie Taczanowski* (Wissenschaftliche Mitarbeiterin, BAG)

Projekt 08: Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen zuhause behandeln

Prof. Dr. Luca Crivelli und Prof. Dr. Maria Caiata Zufferey

beide: Departement für Betriebswirtschaft, Gesundheit und Soziales, SUPSI

Beschreibung

Mit einem quasi-experimentellen Ansatz wurde die Wirksamkeit einer psychiatrischen Behandlung zuhause gegenüber einer stationären psychiatrischen Behandlung untersucht. Bisher gab es in der Schweiz ähnliche Projekte, die ein solches *Home Treatment* anbieten, jedoch nie als mögliches Substitut zur stationären Behandlung. Das Projekt forderte eine multiprofessionelle Zusammenarbeit und bot einen spannenden Kontext für die Forschung, um Erfahrungen der Pflegearbeit zu erfassen. Die Wirksamkeit des Projektes wurde anhand dreier Studien gemessen:

- (1) die Qualität der Pflege durch die Erfassung der Symptome der Patient:innen über zwei Jahre zu Beginn und bei der Entlassung
- (2) Kosteneffektivität inklusive direkter und indirekter Kosten
- (3) Qualitative Interviews und Fokusgruppen für die Erfassung von Erfahrungen von Patient:innen, Angehörigen und involvierten Fachpersonen

Fazit

Das *Home Treatment* erweist sich als machbare, sichere, wirksame und kostengünstige Alternative zur stationären Behandlung von akuten psychiatrischen Krisen. Welche Bedingungen eine optimale Behandlung sicherstellen, soll durch weitere Forschung gezeigt werden (Patientencharakteristika, Zusammensetzung und Organisation des behandelnden Teams, Struktur der Intervention, etc.).

Projekt 05: Case Management reduziert Frequentierung von Notfallstationen und fördert Lebensqualität von spezifischer Patientengruppe

Prof. Dr. Patrick Bodenmann
Abteilung Vulnerabilitäten und Sozialmedizin, Unisanté

Beschreibung

Das Projekt befasste sich mit dem Problem, dass Notfallstationen in der Schweiz überlastet sind, was zusätzlich durch die Covid-19 Pandemie verstärkt wurde. Verantwortlich dafür sei eine überdurchschnittlich stark vertretene Patientengruppe mit hoher Vulnerabilität, nicht nur gesundheitlich, sondern auch sozial. Case Management könne dazu beitragen, die Anzahl Besuche in der Notaufnahme zu verringern und die Lebensqualität von Patient:innen zu erhöhen. Mittels qualitativen Interviews und Befragungen von Patient:innen mit Case Management und beteiligten Mitarbeitenden der Notfallstation wurde die Wirksamkeit in acht Spitälern überprüft.

«Die Beziehung zwischen Case Management und den Patient:innen fungiert als Schlüssel. Die Patient:innen fühlen sich gehört und gesehen und zeigen eine erhöhte Motivation».

– Vertreter aus der Forschung

Fazit

In der Schweiz besteht grosses Interesse und grosser Bedarf hinsichtlich der Einführung eines Case Managements. Letzteres kann Notfallkonsultationen verringern und die Lebensqualität von Patient:innen verbessern.

Input aus kantonaler Perspektive: Kanton Waadt

Dr. med. Stéphane Morandi
Stv. Kantonsarzt des Kantons Waadt

Beschreibung

Es folgte ein Input aus der Praxis, der die Wichtigkeit des Einbezugs von Patient:innen und der Herausforderung der Evaluation solcher Projekte betonte. Patientenzentriert zu arbeiten habe viel Potential, bedinge aber ein «Out-of-the-Box»-Denken. Es sei wichtig, die Ressourcen von

Patient:innen zu erfassen und Ansätze zu entwickeln, wie Informationen weitergegeben werden könnten, welche Sprache gesprochen werde und wie man gemeinsame Pflege- und Behandlungspläne erstelle. Dies alles seien Ansätze um Patient:innen ins Zentrum zu stellen. Dies bedeute, dass nicht nur vorgefertigte Optionen angeboten, sondern neue Optionen gestützt auf die Bedürfnisse der Patient:innen erstellt werden müssten. Dies bedinge zudem, in bestimmten Fällen den Mut zu haben, neue Wege zu gehen, die eventuell nicht von allen Seiten gutgeheissen würden. Stéphane Morandi betonte den Bedarf, aber auch die Schwierigkeit der multidimensionalen Evaluierung der Projekte, da ein Austausch und das Abholen von Bedürfnissen mit und von Patient:innen schwierig zu beziffern seien. Zudem würden diese oft zu wenig gewürdigt, da sie ausserhalb des medizinischen Kontexts lägen. Für ein Gelingen solcher Projekte sei es wichtig, dass eine langfristige Finanzierung gewährleistet sei, Netzwerke unter Fachpersonen gebildet, Angebote messbar gemacht, einen Wert zugeschrieben sowie Angehörige miteinbezogen würden. In der Schweiz gäbe es viele lokale Projekte, welche punktuell lanciert würden. Die Schweiz habe Mühe mit der Implementierung von längerfristigen Projekten, oft bleibe es bei örtlich und zeitlich begrenzten Projekten. Es sei zudem wichtig, die Projekte über die Kantons Grenzen hinaus zu etablieren.

Fazit

Stéphane Morandi kam zum Schluss, dass eine übergeordnete Strategie entscheidend sei für eine erfolgreiche Durchführung in den Kantonen. Die Schweiz habe eine gute Ausstattung an Ressourcen, oft fehle aber eine allgemeine Strategie, die alles bündelt und die Zusammenarbeit ermöglicht. Für eine längerfristige Umsetzung von patientenzentrierten Projekten sei es wichtig, verschiedene Akteur:innen miteinzubeziehen und Ideen zu teilen. Dies sei vor dem Hintergrund einer interdisziplinären Arbeit besonders wichtig, damit alle die Projekte mittragen können.

Diskussion

In der anschliessenden Diskussionsrunde wurde auf das [Projekt 08](#) eingegangen. Die Finanzierung wurde als unklar erachtet, insbesondere wer für diese neue Art von Behandlung zu wie vielen Anteilen die Kosten übernehme. Dem wurde entgegnet, dass es im Projekt eine Vereinbarung zwischen Spital und Kanton (Tessin) gäbe und die Kosten zu gleichen Anteilen wie bei der stationären Behandlung aufgeteilt wurden. Es wurde dabei betont, dass die allgemeinen Kosten bei der Behandlung zuhause 10 % niedriger ausfielen als bei der stationären Behandlung.

Weiter wurde kritisch hinterfragt, ob die Behandlung zuhause nicht zu viel Gewicht auf Angehörige verlagere, was wiederum indirekte Kosten auslösen könne. Die beiden Forschenden erwiderten, dass dieses Risiko grundsätzlich bestehe. Darum sei es wichtig, dass es eine freiwillige Option sei und dass bei dem Entscheid, ob diese Behandlung passend sei, die Patientencharakteristika miteinbezogen würden. Sie betonten zudem, dass Patient:innen nicht allein mit Angehörigen gelassen werden sollten. Fachpersonen für dieses Projekt wurden freiwillig rekrutiert und waren sehr motiviert, was die Qualität der Behandlung folglich beeinflusste.

«Die Pflegefachperson geht auf Zehenspitzen, als Gast, ins Zuhause der Patient:innen. Dies fasst die Haltung zusammen, die es für diesen Ansatz [Home treatment] benötigt.»

– Vertreter aus der Forschung

Weiter wurde die Implementierung des Projekts in die psychiatrische Planung bis 2025 angesprochen und die Frage gestellt, ob parallele Teams (stationär und zuhause) angedacht seien. Die Forschenden erläuterten, dass die ganzflächige Implementierung zurzeit gestoppt sei, jedoch ein zweiter Bereich im Tessin für *Home Treatment* angedacht sei. Behandlungen würden nicht parallel geführt, *Home Treatment* werde dann eingesetzt, wenn eine Station geschlossen würde. Es sei aber klar, dass es nicht die Lösung für alle sei, sondern dass nach wie vor stationäre Angebote nötig seien. Ferner habe sich auch gezeigt, dass Sorgen in der Bevölkerung aufkommen würden, wenn Patient:innen nicht stationär behandelt würden, sondern zuhause blieben in der Nähe der Bevölkerung.

Empfehlungen für eine erfolgreiche Projektdurchführung wurden ausgesprochen, welche die Involvierung des Kantons von Beginn an beinhalte (in diesem Projekt bereits beim Workshop involviert mit der Zielpopulation zu Beginn). Weiter wurden die Haltung und ein umsichtiger Umgang von Pflegenden mit Patient:innen genannt, da diese als Gäste bei Patient:innen zuhause seien.

Abschliessend wurde nach Empfehlungen für die Finanzierung und für die Überzeugungsarbeit innerhalb des Kantons gefragt. Es müsse aufgezeigt werden, dass nicht einfach neue Leistungen dazu kämen, sondern dass es eine Verbesserung geben würde. Das stelle jedoch eine Herausforderung dar, betonte das Projektteam des [Projekts 05](#). Es helfe die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Intervention mit Daten hervorzuheben und aktiv auf den Kanton zuzugehen. Nicht nur strategische Argumente, sondern auch faktisches Argumentieren seien in der Überzeugungsarbeit wichtig. Weiter helfe Evidenz, dass die Behandlungsform kosteneffektiv ist, dass man vollumfänglich an ein Gelingen glaube und dass man ein gutes Narrativ bereithielte. Das Einsparen von Personal und Zeit seien diesbezüglich gute Argumente.

Für eine dauerhafte Implementierung würde einerseits ein top-down Ansatz gebraucht, um Leitungspersonen miteinzubeziehen. Hier sei wichtig zu betonen, dass es sich nicht um eine zusätzliche Tätigkeit für das Spital, sondern um eine substitutive Tätigkeit handle. Andererseits sei auch ein bottom-up Ansatz hilfreich, insbesondere bei der Zusammenarbeit mit Fachpersonen vor Ort. Kontinuierliche Kommunikation sei wichtig und es sei sinnvoll, Konzepte zu erstellen, wie man Fachpersonen unterstützen könne (z.B. Management und Finanzierung nicht wahrgenommener Termine). Letztlich wurde auch die Wichtigkeit partizipativer Ansätze mit Patient:innen betont. Die Schweiz habe hierzu grossen Nachholbedarf im Vergleich zu den USA. Patient:innen und Patientenverbände in die Forschung einzubinden sei vielversprechend, um die Bedürfnisse der Bevölkerung zu erfassen.

Das Wichtigste auf den Punkt gebracht

- Es ist wichtig von lokalen, begrenzten Projekten in der Versorgungsforschung wegzukommen und bei der Planung von Projekten deren Reproduzierbarkeit und Übertragbarkeit (auch in andere Kantone) zu berücksichtigen, um solche Projekte nachhaltig zu etablieren.
- Die Zusammenarbeit mit Beteiligten, einschliesslich der Patient:innen, durch partizipative Ansätze ist vielversprechend und kann Bedenken seitens der Patient:innen und des Pflegepersonals entgegenwirken. Dies kann jedoch ein Abrücken von klassischen Versorgungsmodellen bedeuten, da diese neuen Modelle eine andere Berücksichtigung des Patientenumfelds erfordern und zu veränderten Beziehungen zwischen Patient:innen und Fachpersonen führen.
- Der Zugang zu Versicherungsdaten und die Durchführung von medizinisch-ökonomischen Studien sind notwendig, um die Auswirkungen solcher Projekte zu verstehen.
- Die Implementierung von Projekten erfordert von Anfang an die Einbindung des jeweiligen Kantons und Überzeugungsarbeit bezüglich Finanzierung und Nutzen («*sense of urgency*») des Projekts.

3. Rückblick und Ausblick des NFP 74

Der Anlass wurde von Prof. Dr. Milo Puhan (Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich) beendet. Seit Beginn des NFP 74 sei es immer wichtig gewesen, mit der Praxis und der Politik den Dialog zu suchen.

Das NFP 74 werde im Sommer 2023 enden und seit etwa zwei Jahren diskutiere man gemeinsam mit dem [BAG](#), der [GDK](#), dem [Obsan](#), der [Swiss School of Public Health \(SSPH+\)](#), dem [Swiss Personalized Health Network \(SPHN\)](#) und dem [Swiss Learning Health System \(SLHS\)](#) Optionen, wie Ergebnisse und Projekte des NFP 74 auch nach dieser Zeit gesichert werden können.

Für die Zukunft sei es wichtig gewesen, ein neues Koordinationsgefäss zu identifizieren, um die Versorgungsforschung in der Schweiz auch zukünftig zu fördern. Unter dem Dach der [SSPH+](#) könne nun eine konsolidierte Nachfolge des NFP 74 fortgesetzt werden. Dies sei insbesondere wünschenswert, um das «[Emerging Health Care Leader Programm](#)» des NFP 74 weiterzuführen, ein Programm, welches erfolgreich eine grosse Kohorte an Nachwuchsforschenden im Bereich der Versorgungsforschung ausgebildet habe. Ziel soll es nun



sein, dass dieses Programm nicht länger nur Forschenden, sondern auch Personen aus der Praxis und Politik offenstehe, um den Austausch zu fördern.

Ferner sollten auch die Mechanismen und «Werkzeuge», wie z.B. Policy Briefs und Stakeholder Dialoge des [SLHS](#), dessen Projektfinanzierung ebenfalls im Dezember 2024 enden wird, auch unter dem Dach der [SSPH+](#) fortgesetzt werden, um den Dialog und Wissenstransfer in der Versorgungsforschung weiter zu unterstützen.

Ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Zukunft der Versorgungsforschung in der Schweiz und an dem das NFP 74 auch beteiligt gewesen sei, sei die Mitgliedschaft der Schweiz an der europäischen Partnerschaft «[Transforming Health and Care Systems](#)» (THCS) (2023–2029), welches die Möglichkeit biete, sich an europäischen Projekten zur Versorgungsforschung zu beteiligen. Gefördert und unterstützt wird dies in der Schweiz durch den [SNE](#), [Innosuisse](#) und das [BAG](#).

Ein weiterer wichtiger Erfolg war der Anschluss des NFP 74 an die [Wennberg International Collaborative](#), welches das NFP 74 von Beginn an international begleitet habe und auch in Zukunft eine fruchtbare Zusammenarbeit im Bereich der Versorgungsforschung fördern werde.

Milo Puhan lud abschliessend alle Teilnehmenden dazu ein, weiterhin Teil des Dialogs zu bleiben, um der Versorgungsforschung in der Schweiz die nötige Bodenhaftung zu geben.

Impressum

Redaktion

Swiss Learning Health System (SLHS),
Management and Coordination Office
Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin
Universität Luzern
Frohburgstrasse 3, P.O. Box 4466, CH-6002 Luzern
slhs@unilu.ch

Kontakt NFP 74

Schweizerischer Nationalfonds (SNF)
Wildhainweg 3, CH-3001 Bern
nfp74@snf.ch
www.nfp74.ch

Kontakt BAG

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Bern
berufe@bag.admin.ch

Kontakt GDK

Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)
Haus der Kantone
Speichergasse 6, Postfach, CH-3001 Bern
office@gdk-cds.ch

Programm Impulsveranstaltung NFP 74

Zeit	Programmpunkt
13.00	Eintreffen , Begrüssungskaffee
13.30	Grussworte (d) Kathrin Huber, lic. rer. soc., MPH, Stv. Generalsekretärin GDK Salome von Greyerz, Dr. pharm., Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien, BAG
13.45	Von der Forschung in die Praxis: Nutzen der Resultate des NFP 74 für die Kantone (d) Dr. med. Peter Indra MPH, Amtschef Amt für Gesundheit, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
14.05	Kurzpause und Transfer in Workshops
14.15	Workshops (parallele Durchführung) Diskussion zur Nutzung der Erkenntnisse aus den Projekten für die künftige Gesundheitsversorgung; Austausch von Erfahrungen der Kantone
	1: Gesundheitsdaten zur Stärkung der Versorgungsqualität nutzen (d) <ul style="list-style-type: none">• <i>Projekt 4:</i> Soziale Ungleichheiten in der stationären Gesundheitsversorgung in der Schweiz (Leitung: Dr. sc. nat. Lucy Bayer-Oglesby, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz)• <i>Projekt 24:</i> Spitex nutzt ihre Daten zur Optimierung der Kundenzufriedenheit und Pflegequalität (Leitung: Prof. Dr. Julia Dratva, Fachstelle Gesundheitswissenschaften, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften)• <i>Input aus kantonaler Perspektive:</i> Esther Bättig, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Spitex Schweiz
	2: Evidenzbasierte Versorgung fördern (d) <ul style="list-style-type: none">• <i>Projekt 26:</i> Wissenschaftliche Evidenz beeinflusst regionale Unterschiede in medizinischer Versorgung weniger als vermutet (Leitung: Prof. Dr. Matthias Schwenkglenks, MPH, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich)• <i>Input aus kantonaler Perspektive:</i> Dr. Alice Giese, Qualitätsverantwortliche Abteilung Versorgungsplanung Kanton Zürich
	3: Patientinnen und Patienten ins Zentrum der Versorgung stellen (f) <ul style="list-style-type: none">• <i>Projekt 8:</i> Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen zuhause behandeln (Leitung: Prof. Dr. Luca Crivelli, Department of Business economics, health and social care, University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland)• <i>Projekt 5:</i> Case Management reduziert Frequentierung von Notfallstationen und fördert Lebensqualität von spezifischer Patientengruppe (Leitung: Prof. Dr. Patrick Bodenmann, Centre des populations vulnérables (CPV), Université de Lausanne)• <i>Input aus kantonaler Perspektive:</i> Dr. Stéphane Morandi, Stv. Kantonsarzt, Leitender Psychiater der Mobilen Psychiatriesektion am Departement für Psychiatrie, CHUV
15.45	Kurzpause und Transfer ins Plenum
16.00	Zusammenfassende Berichte aus den Workshops (d/f)
16.30	«Wrap-up» und Ausblick (d) Prof. Dr. Milo Puhan, Universität Zürich, Präsident der Leitungsgruppe des NFP 74
17.00	Apéro

Teilnehmende

Vorname, Name

Institution

1. Peter Indra	Amt für Gesundheit Kanton Zürich
2. Claudia Kratochvil	Schweizerischer Gemeindeverband
3. Morgane Jotterand	OMC Valais
4. Christine Huber	Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau
5. Laurent Kaufmann	Santé publique du canton de Neuchâtel
6. Gwenola Pradeau	Service de la santé publique du canton de Neuchâtel
7. Jakob Walbert	Kanton Aargau
8. Anita Imhof	Gesundheitsamt Kanton Bern
9. Karen Dörr	Gesundheitsamt Kanton Nidwalden
10. Franziska Ehrler	Schweizerischer Städteverband
11. Margaux Bovet	Gesundheitsamt Kanton Bern
12. Alice Giese	Amt für Gesundheit Kanton Zürich
13. Agnes Burkhalter	Amt für Gesundheit Kanton Thurgau
14. Véronique Revaz	Service de la santé publique du canton du Valais
15. Jindra Ludolph	Departement Gesundheit und Soziales, Abt. Gesundheit Kanton Aargau
16. Cendrine Gerosa	Direction générale de la santé du canton de Vaud
17. Elodie Salerno	Canton de Vaud
18. Eva Gemmrich	Kanton Zug, Amt für Gesundheit
19. Stéphane Morandi	Office du médecin cantonal, Etat de Vaud
20. Airelle Buff	Service de la santé publique du canton de Neuchâtel
21. Florian Liberatore	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW
22. Esther Bättig	Spitex Schweiz
23. Alberto Marcacci	Office fédéral de la santé publique OFSP
24. Annette Grünig	GDK
25. Kathrin Huber	GDK
26. Seraina Grünig	GDK
27. Michael Jordi	GDK
28. Karin Gasser	BAG
29. Florian Lippke	BAG/WGB
30. Martine Reymond	BAG
31. Cinzia Zeltner	BAG
32. Herbert Brunold	BAG
33. Salome von Greyerz	BAG
34. Monika Diebold	Eidgenössische Qualitätskommission
35. Lucy Bayer-Oglesby	HSA FHNW
36. Tanya Kasper	Universität Luzern, SLHS
37. Eva Manser	Universität Luzern, SLHS
38. Manuel Yanez	Universität Luzern, SLHS
39. Sarah Mantwill	Universität Luzern, SLHS
40. Luca Crivelli	Supsi
41. Maria Caiata-Zufferey	Supsi
42. Viktor von Wyl	Universität Zürich
43. Milo Puhan	Universität Zürich
44. Manuela Oetterli	Interface Politikstudien Forschung Beratung
45. Marcel Widmer	Obsan
46. Véronique Grazioli	Unisanté
47. Patrick Bodenmann	Unisanté