

Evaluation Pilotprojekt «Nichtkrankenversicherte» GR 2020/478

Schlussbericht

Beat Sottas, Sarah Brügger

12.6.2024

Impressum

In einem dreijährigen Pilotprojekt will die Stadt Zürich unter Federführung der Gesundheitsdienste der Stadt Zürich (SGD) von Mitte 2021 bis Mitte 2024 ein Konzept für eine gesicherte medizinische Grundversorgung von Menschen ohne Krankenversicherung mit Lebensmittelpunkt in der Stadt Zürich testen und weiterentwickeln.

Das Konzept baut darauf auf, bestehende und bewährte Einrichtungen zu stärken, die Zusammenarbeit zu optimieren sowie die Finanzierung der medizinischen Leistungen zu gewährleisten (STRB 1015/2020, GR2020/478).

Die im Rahmen des Pilotprojekts umgesetzten Massnahmen werden durch eine externe Evaluation begleitet.

Die Evaluation, welche die Grundlage für den vorliegenden Bericht bildet, wurde von den Städtischen Gesundheitsdiensten Zürich (SGD) extern in Auftrag gegeben, um gemäss Pflichtenheft vom 14. Juli 2022 die Umsetzung dieses Pilotprojekts wissenschaftlich zu begleiten.

Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen können somit von der Meinung, respektive vom Standpunkt der SGD abweichen.

Laufzeit des Projektes: 01.07.2021 – 30.06.2024

Autoren: Dr. Beat Sottas, formative works
Sarah Brügger, M.A. formative works

Auftraggeber: Stadt Zürich
Gesundheitsdienste
Eggbühlstrasse 23
Postfach
8050 Zürich

Zitiervorschlag: Sottas B, Brügger S. 2024. Schlussbericht Evaluation Pilotprojekt «Nichtkrankenversicherte» GR 2020/478. Zürich: Stadt Zürich, Gesundheitsdienste

Korrespondenzadresse: formative works, Rue Max-von-Sachsen 36, 1722 Bourguillon

formative works ist eine Agentur, welche seit 2008 Beratungs- und Evaluationsaufträge für öffentliche Verwaltungen, Hochschulen, Verbände und Unternehmen der Privatwirtschaft im Bereich der Bildungs- und Gesundheitspolitik ausführt sowie mit einem zweisprachigen Team eigene Projekte zur Versorgungsforschung realisiert.

Inhaltsverzeichnis

1.	Executive Summary	5
2.	Ausgangslage und Evaluation	8
2.1	Das Pilotprojekt «Nichtkrankenversicherte»	8
2.2	Evaluationsauftrag und Methodik	9
2.3	Inhalt und Aufbau des Evaluationsberichts	11
3.	Projektorganisation und Kommunikation	12
3.1	Anpassung der Projektorganisation	12
3.2	Wie erleben die verschiedenen Akteure die Projektorganisation und Kommunikation?	12
3.3	Einschätzungen aus Evaluationssicht	13
4.	Umsetzung der Massnahmen	14
4.1	M1: Strukturelle Stabilisierung der medizinischen Angebote für Menschen ohne Krankenversicherung und Erhebung von relevanten Daten	14
4.2	M2: Finanzierung von medizinischen Behandlungen	20
4.3	M3: Information zu medizinischen Angeboten	26
4.4	Bewertung der Umsetzung der Massnahmen 1 – 3	28
5.	Aufwände, Kosten, Budget	29
6.	Resultate und erzielte Wirkungen	32
6.1	Vorbemerkungen zu den verfügbaren Kennzahlen	32
6.2	Erfassung der Triage-Formulare	33
6.3	Entwicklung der Fallzahlen der Erstbehandlungsstellen	34
6.4	Kosten und Finanzierung der med. Behandlungen	37
6.5	Medizinische Behandlungen ausserhalb des Gatekeeping-Modells	39
6.6	Merkmale der Nutzer:innen	41
6.7	Sozialberatungen und Erschliessung von Krankenversicherungen	45
6.8	Nutzung und Wirkung der Kommunikationsmassnahmen	46
7.	Synthese und Ausblick	48
7.1	Die Umsetzung entspricht dem Auftrag	48
7.2	Klare Mehrwerte für Zielgruppe(n) und Leistungserbringer	49
7.3	Wo besteht weiterhin Verbesserungsbedarf?	50
7.4	Ausblick	51
7.5	Empfehlungen	51

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Abb. 1: Wirkungsmodell der Evaluation	9
Abb. 2: Schematische Darstellung des Gatekeeping-Modells	32
Abb. 3: Anzahl ausgefüllte Triage-Formulare im Zeitverlauf	33
Abb. 4: Von wem wurden Triage-Formulare ausgefüllt?	33
Abb. 5: Verhältnis Patient:innen/Konsultationen in der allgemeinmed. Sprechstunde 2023/2024	35
Abb. 6: Summen der monatlich durch die Zahlstelle SGD bezahlten Rechnungen 2021 - 2024	37
Abb. 7: Rechnungen > CHF 5000.- versus Rechnungen < CHF 5000.-	38
Abb. 8: Nutzungszahlen Website NKV	46
Tab. 1: Gesprächspartner:innen Expertengespräche	10
Tab. 2: Stand der Umsetzung M1	14
Tab. 3: Stand der Umsetzung M2	20
Tab. 4: Stand der Umsetzung M3	26
Tab. 5: Bewertung der Umsetzung der Massnahmen	28
Tab. 6: Gesamtbudget	29
Tab. 7: Ausgaben innerhalb der einzelnen Massnahmen gemäss Finanzreporting vom 31.3.2024	30
Tab. 8: Entwicklung der Fallzahlen beim Städtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse	34
Tab. 9: Entwicklung der Fallzahlen bei Meditrina SRK	35
Tab. 10: Entwicklung der Fallzahlen der Selbsteinweiser im Stadtsptital	36
Tab. 11: Eigenbeteiligung Patient:innen Ambulatorium Kanonengasse (GYN und AMS) 2023	39
Tab. 12: Stationäre Behandlungen bei Leistungserbringern ausserhalb des Gatekeeping-Modells	40
Tab. 13: Merkmale der Nutzer:innen Ambulatorium Kanonengasse und Meditrina SRK im Jahr 2023	42
Tab. 14: Die häufigsten Gesundheitsprobleme	44
Tab. 15: Ergebnisse Paid Posts auf Facebook	46

1. Executive Summary

Auftrag und Methodik

Aufgrund eines politischen Vorstosses führte die Stadt Zürich während drei Jahren ein Pilotprojekt für die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung durch. Dieses nutzte drei bewährte Erstanlaufstellen (Ambulatorium Kanonengasse des Stadtärztlichen Dienstes SAD, Notfall des Stadtspitals und Meditrina SRK), definierte die Zuweisungsmodalitäten, Zuständigkeiten, Rollen und Abläufe anhand eines «Gatekeepings», regelte die Finanzierung der medizinischen Leistungen, erarbeitete Informationen in 14 Sprachen und klärte Fragen zum Abschluss von Krankenversicherungen. Die Problemfelder und die vielen offenen Fragen wurden in drei Massnahmenpaketen bearbeitet, jeweils in enger Kooperation mit den beteiligten Partnern und den zuständigen Stellen.

Der Ablauf wurde ab Oktober 2022 durch ein Evaluationsteam von *formative works* eng begleitet. Die Erkenntnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen basieren auf dieser teilnehmenden Beobachtung.

Überzeugende Arbeit der Projektleitung

Im Pilotprojekt ist es in einem anspruchsvollen, umsichtig geführten Prozess gelungen, viele verschiedene und unterschiedlich organisierte Akteure mit teils entgegengesetzten strategischen und operativen Zielen zu einer **gut funktionierenden Handlungsgemeinschaft** im Dienst der Zielgruppe zusammen zu führen.

Dazu wurden im Laufe der Umsetzung schrittweise viele Detailfragen aufgenommen und geklärt – z.T. auch Fragen, die nicht direkt das Pilotprojekt oder die Zielgruppe betrafen. Der aktiv gepflegte Austausch mit den verschiedenen direkt und indirekt involvierten Stakeholdern ermöglichte es, den Geltungsbereich herauszuarbeiten, die Abgrenzungen klar zu ziehen, Prozesse zu vereinfachen, die finanziellen Risiken für die Stadt Zürich und die beteiligten Institutionen abzubauen und Brücken oder Anschlüsse zu benachbarten Strukturen und Finanzierungsgefässen zu bauen.

Der situative Handlungsbedarf, die zu klärenden Fragen, die Optionen, die Diskussionen und die Entscheidungen sind dabei **akkurat und transparent dokumentiert** worden. Die quantitativen Aspekte, die Merkmale der Zielgruppe und auch deren Bedarfe konnten durch das Zusammenführen der Daten zur Demographie und den Behandlungen **weitestgehend geklärt** werden.

Klare Mehrwerte für die Zielgruppe und für Leistungserbringer

Primäres Ziel war es, den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung aus der Stadt Zürich nachhaltig zu verbessern. Dieses Ziel kann als erreicht betrachtet werden.

Es wurden zwar **nur beschränkt neue Personen erreicht**. In der Tat ist in den erhobenen Zahlen kaum ein Effekt eines früheren oder besseren Zugangs zu beobachten. Zum einen bestanden bereits vor dem Pilotprojekt verschiedene Anlaufstellen, die in den Communities bekannt waren und auch genutzt wurden. Zum anderen ist die **fehlende Krankenversicherung nicht die einzige Barriere bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen**. Weitere Hürden sind die Angst vor dem Entdecktwerden und der Ausweisung, die Angst vor Ämtern und Behörden generell, die Angst vor Folgekosten wie Verdienstausschlag, die Angst vor einer schweren Diagnose, aber auch eine hohe Leidenstoleranz oder verbreitete Behandlungsverweigerung.

Trotzdem ist dank dem Pilotprojekt **eine bessere Versorgung der Zielgruppe möglich**. Während zuvor nur akute notfallmässige Problembehebungen durchgeführt werden konnten, sind nun auch **sorgfältigere Abklärungen und eine verbesserte Diagnostik** möglich, **insb. bei vulnerablen und multimorbiden Patient:innen, die eigentlich eine Langfristbegleitung nötig haben, um Langzeitschäden bei schweren chronischen Verläufen** von Diabetes, Bluthochdruck u.a.m. zu reduzieren. Die Finanzierung einer erweiterten Grundversorgung stärkt die Nachhaltigkeit; sie hat gerade bei komplexen Fällen einen präventiven Effekt wegen der höheren Reichweite und **trägt zur langfristigen Kostendämpfung** bei durch gründlichere Interventionen. Es fallen auch weniger oft Menschen durch die Maschen, weil die verschiedenen Player im Feld Menschen mit Bedarf nach

medizinischen Leistungen direkt über das Projekt an die Erstbehandlungsstellen zuweisen können. Insbesondere Massnahmen 1 (strukturelle Stabilisierung) und 2 (Finanzierung) schaffen für die Zielgruppe Versorgungsgerechtigkeit. Sie erhöhen zudem die Sicherheit, weil das Risiko einer Meldung beim Migrationsamt wegen unbezahlter Behandlungs- oder Versicherungskosten minimiert worden ist.

Ein weiterer **Mehrwert sind die geklärten Prozesse und Zuständigkeiten und damit auch der geringere administrative Aufwand für die verschiedenen Leistungserbringer**. Auch vor dem Pilotprojekt konnten in vielen Fällen (informelle) Lösungen gefunden werden. Diese waren jedoch auf Grund der fehlenden Regelungen und ungeklärten Abläufe mit sehr viel Arbeit und Bürokratie verbunden und dadurch auch viel willkürlicher, unsicherer und ungerechter. Mit dem **Gatekeeping-Konzept**, welches in mehreren Iterationen die Zuständigkeiten, Patientenpfade, die administrativen Prozesse und die Finanzierung geklärt hat, ist nun für alle Fälle festgelegt, wohin man die Leute schicken kann bzw. was das Vorgehen ist. Die diversen informellen, improvisierten oder philanthropischen **Angebote wurden systematisiert und in einen einheitlichen Ablauf eingebettet**. Dadurch ist der Aufwand deutlich geringer und es gibt weniger Doppelspurigkeiten.

Augenöffner und bessere Zusammenarbeit

Die Expertengespräche und Beobachtungen haben bestätigt, dass die Diskussion des Gatekeeping-Konzepts die Leistungserbringer für die Thematik der Nichtkrankenversicherten sensibilisiert hat.

Dank dem Pilotprojekt, den Arbeitsgruppen und den verschiedenen Austauschformaten haben sich die verschiedenen **Akteure besser kennen gelernt**. Dadurch wissen die Verantwortlichen und die Mitarbeitenden mit Kontakt zur Zielgruppe besser, wie die verschiedenen Angebote aussehen und wie die einzelnen Institutionen und Organisationen arbeiten. Der kontinuierlich gepflegte Dialog und die Fallbesprechungen haben die Abläufe und die Zusammenarbeit deutlich verbessert. Zudem können alle **gegenseitig vom vorhandenen Fachwissen profitieren**, weil wichtige Erkenntnisse von der Projektleitung aufbereitet und verteilt werden.

Insgesamt führt das Pilotprojekt «Nichtkrankenversicherte» dazu, dass **das Unterstützungsnetzwerk besser, angemessener und leistungsfähiger** geworden ist. Die Zielgruppe erhält eine bessere Gesundheitsversorgung und die Leistungserbringer haben einen geringeren Aufwand und mehr Klarheit über Aufgaben, Abläufe und Zuständigkeiten – und auch weniger unbezahlte Rechnungen.

Versicherungsabschluss ist nicht immer zielführend

Das Ziel, die Kosten für die Öffentlichkeit durch Krankenkassenpolice zu verringern, ist nur in geringem Masse umsetzbar. Das Pilotprojekt hat klar gezeigt, dass **für einen Versicherungsabschluss hohe Hürden** bestehen. Neben der geringen Bereitschaft der Versicherer, ihrer gesetzlich vorgegebenen Pflicht nachzukommen und den administrativen Komplikationen müssen insb. mehrere finanzielle Voraussetzungen für die Tragbarkeit der Kosten durch die Antragstellenden kumulativ erfüllt sein. Für die Verbesserung der Gesundheit der Zielgruppe ist es zwar wichtig, den Zugang zu Gesundheitsleistungen finanziell tragbar zu machen. Der Abschluss einer Krankenversicherung ist jedoch nicht in jedem Fall die beste Lösung. **Selbst wenn es gelingt, eine Krankenkasse abzuschliessen, resultieren negative finanzielle Folgen für die Patient:innen. Unbezahlte Rechnungen sind ein Risiko**, weil sie eine Betreibung und damit auch eine Meldung ans Migrationsamt zur Folge haben können. Dieses Risiko kann durch individuelle Prämienverbilligungen (IPV), die Übernahme der Krankenkassenprämie (KPÜ) oder auch des Selbstbehaltes oder die Rolle der Stadt als Garant gegenüber den Versicherern aufgefangen werden.

Risiken und Herausforderungen

Eine nicht zu unterschätzende Herausforderung in der Umsetzung des Pilotprojekts besteht in den **unterschiedlichen Handlungslogiken einer städtischen Verwaltung mit einem politischen Auftrag, den Leistungserbringern (für die Nichtkrankenversicherte eine marginale Population darstellen) und den eher anwaltschaftlich tätigen NGOs**. In diesem institutionellen Zusammenspiel

gibt es neben den divergierenden Interessenlagen eine offensichtliche Machtasymmetrie. Die Befürchtung, dass das Pilotprojekt etablierte Abläufe und Strukturen beeinträchtigen oder übersteuern könnte, wurde aber entkräftet. In der Umsetzung wurde darauf geachtet, die Arbeit der NGOs anzuerkennen und die Zielgruppen nicht zu gefährden. Es wurden Kompromisse gesucht, die den rechtlichen Vorgaben und dem politischen Auftrag gerecht werden. Gleichzeitig wurden auch die **Arbeitsweisen und Prioritäten der bestehenden Angebote und auch der Schutz der betroffenen Personen hoch gewichtet**.

Trotz positiver Wirkungen gibt es nach Einschätzung verschiedener Akteure weiterhin **Personen, die durch die Maschen fallen**. Schwierig zu erreichen sind z.B. Obdachlose und andere Menschen im Prekariat, Behandlungsverweigerer, unbegleitete Jugendliche, in Privathaushalten tätige Personen, Opfer von Menschenhandel und Zwangsarbeit, Wanderarbeiter mit Suchtproblemen aus Osteuropa, sprachunkundige Menschen mit Kriegstraumata oder Gewalterfahrungen. Genannt werden auch Menschen aus der Mongolei, die relativ isoliert leben.

Auf der anderen Seite wurde eine Sogwirkung der niederschwellig zugänglichen Angebote befürchtet. Es konnte allerdings **kein Magneteffekt festgestellt** werden, bei dem vermehrt Patienten aus anderen Gemeinden, Kantonen oder Ländern durch das verbesserte Angebot der Stadt Zürich angezogen wurden.

Eine weitere Herausforderung, die v.a. die Leistungserbringer betrifft, sind die komplexen Fälle, die mehr brauchen als eine akutmedizinische Einmalbehandlung. Neben den Risiken, die aus unbehandelten chronischen Mehrfacherkrankungen resultieren, betrifft dies **Fälle, in denen somatische Probleme durch psychische Probleme überlagert** werden, die zudem **mit schwierigen sozialen Rahmenbedingungen** einhergehen (Finanzen, soziales Umfeld, Wohnsituation, etc.).

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Aus Sicht der Evaluation werden die Massnahmen des Pilotprojekts «Nichtkrankenversicherte» durchwegs als gelungen eingestuft. Insbesondere der **Nutzen der Massnahmen 1 und 2 (Strukturelle Stabilisierung der bestehenden medizinischen Angebote und Finanzierung von medizinischen Behandlungen) wird als sehr hoch bewertet**. Es ist der Projektleitung gut gelungen, unerwünschte Effekte aufzufangen und die Outcomes für die Nichtkrankenversicherten zu verbessern.

Aus den positiven Ergebnissen des Projektverlaufs lassen sich **2 Empfehlungen** ableiten:

1. Der Übergangsbetrieb vom 1.7.2024 bis 30.6.2026 ist gemäss Vorschlag der Projektleitung weiterzuführen.

Die Machbarkeit und Zweckmässigkeit der Massnahmen konnten im Pilotprojekt überzeugend aufgezeigt werden. Die rechtlichen, finanziellen und prozeduralen Fragen sind umfassend geklärt.

2. Die Verstetigung der Massnahmen zur gesundheitlichen Versorgung Nichtkranken-versicherter in der Stadt Zürich ab 1.7.2026 soll gemäss Antrag der Projektleitung und des GUD abgesichert werden.

Die bezeichneten Erstanlaufstellen stellen eine qualitativ gute und kostengünstige Behandlung sicher und können in vielen Fällen bei chronischen Erkrankungen eine einfache Grundversorgung gewährleisten, die dazu beiträgt, kostenintensive Folgeschäden zu vermindern.

Das Gatekeeping-Konzept, die Patientenpfade, die Sozialberatung und ggf. die Erschliessung einer Krankenkasse sind in breit akzeptierter Weise festgelegt.

Die dazu notwendigen Mittel können mit hoher Verlässlichkeit aus den Erfahrungswerten des Pilotprojekts und des Übergangsbetriebs abgeleitet werden.

Aus der Begleitung und Evaluation resultieren 5 weitere sekundäre Empfehlungen zur Information und Sensibilisierung der Zielgruppe und der Leistungserbringer, zum Betrieb des Ambulatoriums Kanonengasse des Stadtärztlichen Dienstes SAD und zum Monitoring der Nichtkrankenversicherten.

2. Ausgangslage und Evaluation

2.1 Das Pilotprojekt «Nichtkrankenversicherte»

In einem dreijährigen Pilotprojekt von Mitte 2021 bis Mitte 2024 sollte die Stadt Zürich gemäss Stadtratsbeschluss 1015/2020 ein Konzept für eine gesicherte medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung testen und weiterentwickeln.

Das Konzept baute darauf auf,

- bestehende und bewährte Einrichtungen zu stärken,
- die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Stakeholdern zu optimieren, Zuständigkeiten zu regeln und einen geeigneten Patientenpfad im Sinne eines «Gatekeepings» zu installieren, um die Kosten zu Lasten der Steuerzahler:innen der Stadt Zürich tief zu halten,
- die Finanzierung der erbrachten medizinischen Leistungen gemäss OKP-Tarifen zu gewährleisten und den betroffenen Patient:innen wenn möglich eine Krankenversicherung zu erschliessen,
- die anvisierte Zielgruppe über das medizinische Angebot zu informieren und die Schwelle zu dessen Nutzung tiefer zu legen, um ein unnötiges Verschleppen von Krankheiten zu vermeiden.

In Anlehnung an die in Genf etablierten Strukturen und Prozesse wurden im Vorfeld drei Massnahmen definiert. Es sind dies:

- 1) Massnahme 1: Strukturelle Stabilisierung der bestehenden medizinischen Angebote
- 2) Massnahme 2: Finanzierung von medizinischen Behandlungen
- 3) Massnahme 3: Information zu medizinischen Angeboten

Mittels dieser Massnahmen sollte der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung aus der Stadt Zürich nachhaltig verbessert werden. Zur Zielgruppe gehören v.a. Sans-Papiers, im Konzept werden aber auch Sexworker:innen, Kurzaufenthalter:innen und Menschen ohne festen Wohnsitz genannt. Gemäss Schätzungen leben in der Stadt Zürich ca. 14'000 Menschen ohne Krankenversicherung und in Einkommensverhältnissen unter dem Existenzminimum, davon ca. 10'000 ohne geregelten Aufenthaltsstatus (Sans-Papiers).

Der Handlungsbedarf ist in der Weisung zur Motion GR Nr. 2020/478 beschrieben und begründet. Neben dem Recht auf medizinische Grundversorgung und dem Schutz der Anonymität der Klientinnen und Klienten ist für die Stadt bedeutsam, dass mittels standardisierter, schlanker Prozessabläufe hohe Kostenfolgen, Zahlungsausstände und Abschreibungen vermieden werden sowie weniger administrative Komplikationen, Doppelspurigkeiten und unnötige Umtriebe resultieren.

Dabei soll die medizinische Versorgung gemäss STRB 1015/2020 weiterhin hauptsächlich durch städtische Leistungserbringende (Stadtspital, Stadtärztlicher Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse) und durch die medizinische Anlaufstelle Meditrina des Schweizerischen Roten Kreuz des Kantons Zürich (SRK) sowie das ambulante medizinische Netzwerk von Meditrina erfolgen.

Neben diesen Leistungserbringern fungiert der Verein Sans-Papiers Anlaufstelle Zürich (SPAZ) als Scharnierstelle, wenn es um die Zuweisung dieser Teil-Zielgruppe in die medizinischen Angebote sowie um die Abklärungen und Beratungen zur Erschliessung einer Krankenversicherung und Prämienverbilligungen für Sans-Papiers geht. Zusätzlich sind auch weitere medizinische Leistungserbringer und Beratungsstellen in das Projekt einzubeziehen, die in Bezug auf die (medizinische) Versorgung der Zielgruppen eine Rolle spielen.

2.2 Evaluationsauftrag und Methodik

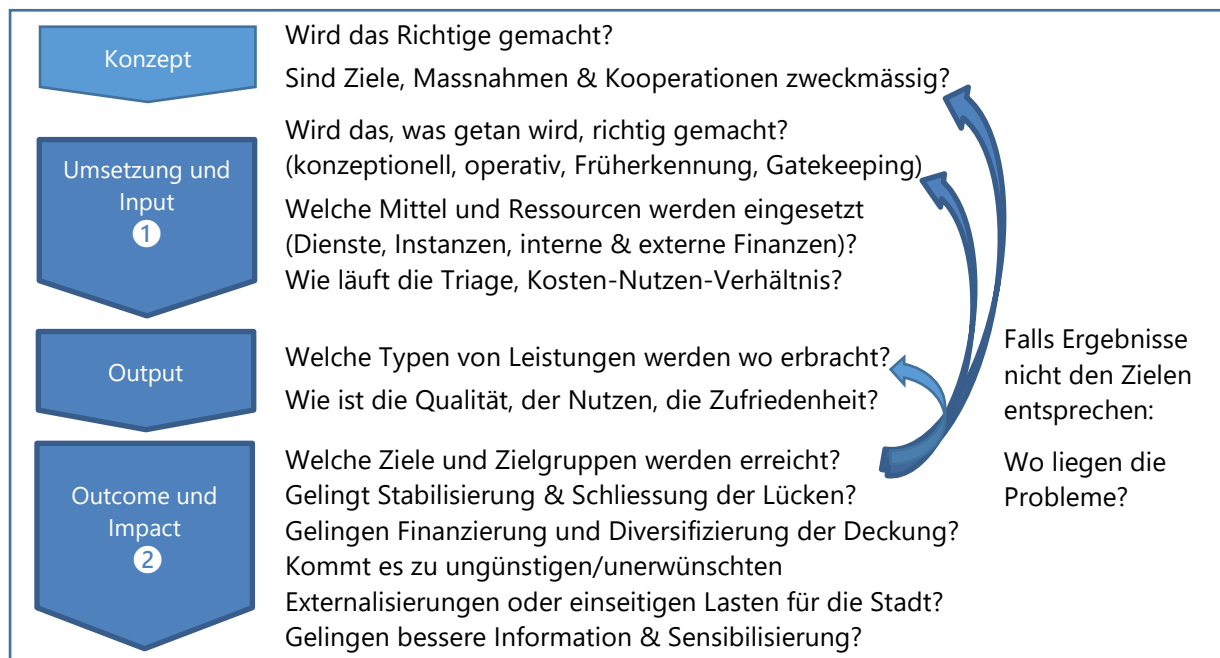
Die im Rahmen des dreijährigen Pilotprojekts umgesetzten Massnahmen wurden durch eine externe Evaluation begleitet. Ziel der wissenschaftlichen Evaluation war es, die Umsetzung, die Machbarkeit und den Nutzen der in der Pilotphase implementierten Massnahmen im Hinblick auf die Überführung in den Dauerbetrieb zu prüfen und Vorschläge zur Verbesserung auszuarbeiten. Die zentralen Fragen lauteten somit, ob und wie die Massnahmen nach Abschluss der Pilotphase verstetigt werden sollen und welche Ressourcen dafür notwendig sind.

Gemäss Pflichtenheft sollten dazu Erkenntnisse in folgenden Bereichen gewonnen werden:

- Resultate und erzielte Wirkung mit den drei getroffenen Massnahmen
- Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Massnahmen
- Zusammenspiel der verschiedenen Akteure im Versorgungsmodell der Stadt Zürich im Zusammenhang mit den getroffenen Massnahmen
- Erreichung der anvisierten Zielgruppen und Abgrenzung gegenüber Personen, die nicht zur Zielgruppe gehören
- Quantitative und qualitative Nutzung des während des Pilotprojekts definierten Versorgungsangebots durch die anvisierten Zielgruppen im Projektverlauf
- Eckdaten zu den Nutzer:innen des Versorgungsangebots

Typologisch handelte es sich um eine Management-Evaluation, die prozessbegleitend das Gemachte und Erreichte überprüfte sowie die Auswirkungen auf die Versorgung der Zielgruppe(n) und die Finanzierung beurteilte. Die Massnahmen, deren Umsetzung und die erwarteten Wirkungen und die Effekte für die Zielgruppe(n) und die Finanzen wurden in periodischen Iterationsschleifen fachlich begutachtet und beurteilt. Das folgende Wirkungsmodell (Abb. 1) diente dabei als Leitlinie:

Abbildung 1: Wirkungsmodell der Evaluation



Die Evaluation blickte somit nicht nur auf die Endergebnisse, sondern auf die einzelnen Schritte und die jeweiligen Weiterentwicklungen während des gesamten Prozesses. Das eingesetzte zugehende, dialogisch angelegte Evaluationsverfahren sollte gewährleisten, dass die Evaluation als formativer Prozess zur Verbesserung der Abläufe und der Steuerung sowie der Leistungen, der Leistungsfähigkeit und der Systemkohärenz beiträgt.

Ein oder zwei Personen aus dem Evaluationsteam nahmen deshalb jeweils an den Sitzungen der einzelnen Gremien und Arbeitsgruppen vor Ort oder Online teil. Dazu gehörte auch die Teilnahme an den monatlichen Liniengesprächen des Projektleiters mit seiner direkten Vorgesetzten, an denen über den Stand der Arbeiten und die weiteren Schritte berichtet und beraten wurde. Damit konnte sichergestellt werden, dass ein optimaler und kontinuierlicher Austausch zu Stand und Trends, zu Erfolgen und Hindernissen, zu Risiken und Lösungsansätzen, Steuerungsmassnahmen und Korrekturen stattfand sowie kommende Planungs-, Budget- und Antragsprozesse mitreflektiert werden konnten.

Parallel dazu stand das Evaluationsteam in ständigem Austausch mit dem Projektteam. Zum einen konnten die auf dem Sharepoint abgelegten Dokumente und Berichte kontinuierlich gesichtet und begutachtet werden. Zur Messung der Wirkung der Projektmassnahmen wurden gemeinsam mit dem Projektteam die Kennzahlen definiert und validiert, welche seitens der Leistungserbringer zur Verfügung gestellt werden mussten. Zum anderen wurde der rege Mailverkehr auch genutzt, um die Projektleitung beratend zu unterstützen oder klärungsbedürftige Aspekte unkompliziert zu bereinigen.

Ab Herbst 2023 fand zudem eine Reihe von Expertengesprächen mit Vertreter:innen der verschiedenen medizinischen und sozialen Leistungserbringer und weiteren Stakeholdern statt, um auch deren Perspektiven und Einschätzungen zum Pilotprojekt einholen zu können. In den Gesprächen ging es u.a. darum, wie sie die Umsetzung des Pilotprojekts erleben, inwiefern sie das Projekt und die einzelnen Massnahmen als notwendig erachten und wie die Wirkungen des Projekts zu beurteilen sind. Dabei wurde jeweils auch auf Erwartungen und auf besondere Herausforderungen eingegangen. Die Gesprächspartner:innen sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1: Gesprächspartner:innen Expertengespräche

Institution	Gesprächspartner:innen	Termin
Stadtärztlicher Dienst SAD /Ambulatorium Kanonengasse	Sonja Kopp, Pflege	19.09.2023
	Gioia Andreoli, Sozialabklärung und psychosoziale Beratung Elisabeth Simons, ärztliche Co-Leiterin	29.4.2024
Stadtspital	Severin Gwerder, Leiter Sozialdienst	12.01.2024
Meditrina SRK	Linda Stoll, Leiterin Meditrina	19.09.2023
	Eve Ehrensperger Sharan, Leiterin Migration, Mitglied der Geschäftsleitung	
SPAZ	Martina Bundi, Sozialberaterin	14.12.2023
Checkin Zollhaus	Barbara Bertisch, Leitende Ärztin	24.10.2023
Flora Dora	Ursula Kocher, Teamleiterin	27.10.2023
Checkpoint Zürich SeGZ	Francisca Boenders, Geschäftsführerin	14.11.2023
	Benjamin Hampel, Leitender Arzt	
Verein Solidara Café Yucca	Beatrice Bänniger, Geschäftsführerin Solidara	14.11.2023
	Kurt Rentsch, Teamleiter Café Yucca	
SIP Züri	Simon Weis	18.12.2023
Sune-Egge, SWSieber	Dr. Mohannad Abou Shoak, Med. Leiter Fachspital	24.01.2024
ZAV	Claudia Isler	25.01.2024

Der vorliegende Evaluationsbericht reflektiert

- a) die periodische Berichterstattung gegenüber den administrativen und politischen Behörden,
- b) die Empfehlungen für ein zu verstetigendes Modell für eine gesicherte medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in der Stadt Zürich und
- c) das Monitoring der laufenden Kosten und die Projektion der dafür benötigten Ressourcen.

Als Limitierung ist zu beachten, dass

- das Evaluationsteam die Arbeit erst Ende Oktober 2022, d.h. im 2. Jahr der Projektlaufzeit aufnehmen konnte, weil Pandemie-bedingt in den SGD die Ressourcen zur Initiierung erst ab Juni 2022 zur Verfügung standen;
- der Projektstart, die frühen Entscheide und Abläufe sowie der Wechsel in Projektleitung wegen des später erfolgten Beizugs nicht Gegenstand der Evaluation sind;
- dieser Bericht erstellt wird, bevor das Pilotprojekt definitiv abgeschlossen ist. Dies ist aus Verfahrensgründen notwendig, um im politischen Prozess die Beschlüsse für die Umsetzung von Anschlussmassnahmen und den Übergangsbetrieb sicherzustellen.

Die Evaluation profitierte im gesamten Verlauf von einer **transparenten und konstruktiven Zusammenarbeit mit dem Projektteam**, die es ermöglichte, schnell ein umfassendes Bild über den Projektverlauf, die Entscheide, die Effekte und die Ergebnisse zu erhalten. Bei Sachfragen, Prozessänderungen und Prioritätenverschiebungen wurde das Evaluationsteam pro-aktiv miteinbezogen, um eine optimale Abstimmung von Aufwand und Zielkonformität zu erreichen. Daten und Informationen wurden rasch zur Verfügung gestellt und dank dem **regelmässigen Austausch** konnte sich das Evaluationsteam direkt in den Prozess einbringen und insb. das im Auftrag geforderte Reporting und Controlling reflektieren und mitsteuern.

2.3 Inhalt und Aufbau des Evaluationsberichts

Der vorliegende Evaluationsbericht beurteilt den Verlauf des Projekts «Nichtkrankenversicherte» von Juli 2022 bis Ende März 2024.

Gegenstand bilden primär die von der neuen Projektleitung im Sommer 2022 gestrafften und neu geschnürten Arbeitspakete innerhalb der drei Massnahmen Struktur, Finanzierung und Information gemäss Projektauftrag sowie übergeordnet auch die Umsetzung, Steuerung und Wirkung des Pilotprojekts als Ganzes.

Kapitel 2 resümiert die Ausgangslage und die Evaluationsmethodik.

Kapitel 3 betrachtet die übergeordnete Projektorganisation und -steuerung sowie die Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren.

Kapitel 4 geht auf die Umsetzung der drei Massnahmen (strukturelle Stabilisierung, Finanzierung, Information) ein und zeigt anhand einer allgemeinen Einschätzung mit positiven (Was lief gut? Welche Chancen wurden genutzt?) und negativen Aspekten (Welche Schwierigkeiten oder Risiken gab es?) inwiefern der Auftrag erfüllt wurde.

Kapitel 5 wirft einen Blick auf den Aufwand und die Kosten und vergleicht diese mit dem Budget.

Kapitel 6 resümiert die verschiedenen Kennzahlen, die im Verlaufe des Pilotprojekts gesammelt und analysiert wurden, um Resultate und Wirkungen zu dokumentieren sowie Aussagen zum künftigen Bedarf zu begründen.

Kapitel 7 enthält eine abschliessende Diskussion und Synthese. Der Bericht schliesst mit Empfehlungen.

3. Projektorganisation und Kommunikation

3.1 Anpassung der Projektorganisation

Im Februar 2022 wurde seitens des Auftraggebers entschieden, einen Wechsel in der Projektleitung vorzunehmen. Die zuvor erfolgten Arbeiten und Entscheide sind nicht Gegenstand der Evaluation.

Mit dem Wechsel der Projektleitung wurde die operative Verantwortung und Durchführung des Pilotprojekts neu im Städtischen Dienst (SAD) angesiedelt. Die Projektleitung übernahm ab dem 19. Juli 2022 Nicolas Ribaut. Tessa Mariotti arbeitet seit dem 1. Juli 2022 als Projektassistentin für das Pilotprojekt. Mit dem Wechsel der Projektleitung wurden die Projektorganisation, der Projektauftrag, die Arbeitspakete sowie die Projektmeilensteine überarbeitet und neu gruppiert, zudem wurde ein Projektsteuerausschuss geschaffen.

3.2 Wie erleben die verschiedenen Akteure die Projektorganisation und Kommunikation?

Die Umsetzung des Pilotprojekts wird von praktisch allen befragten Personen als sehr gut erlebt.

Positiv hervorgehoben werden insbesondere folgende Punkte:

- **Gute und konstruktive Zusammenarbeit mit dem Projektteam:** Die beteiligten Akteure loben die gute Erreichbarkeit des Projektteams und die Tatsache, dass Antworten auf offene Fragen schnell kommen. Der Kontakt wird als angenehm, Service-orientiert und kompetent erlebt.
- **Gute Pflege des Austausches:** Der pro-aktive und persönliche Austausch wird sehr geschätzt. Das Vorgehen wurde als lernendes System mit einem engen Austausch mit den beteiligten Akteuren bezeichnet. Die stringente Sitzungsleitung und Gesprächsführung bei den Austauschtreffen mit den verschiedenen Akteuren sind aus Sicht der Evaluation entscheidend für das Lernen an konkreten Fallbeispielen und für die bessere Vernetzung untereinander.
- **Hilfreiche und wertvolle Informationen:** Die Information der beteiligten Akteure ist gut. Die zur Verfügung gestellten Dokumente sind klar, verständlich und hilfreich. Die Dokumente sind zwar umfangreich, dafür auch genügend detailliert, um praxisrelevant zu sein.
- Es wird sehr gut versucht, auf die speziellen Anforderungen und Bedürfnisse der verschiedenen Akteure einzugehen und ihnen so weit wie möglich entgegenzukommen.

Einzelne kritische Rückmeldungen beziehen sich auf:

- Eine (zu) **starke Orientierung an Paragraphen**; in dieser Pilotsituation ist gelegentlich etwas mehr Flexibilität und Offenheit gewünscht gewesen.
- Die Tatsache, dass **einzelne Aspekte noch nicht abschliessend oder erst sehr spät geklärt** werden konnten (z.B. KPÜ, Prämien-Vor-Finanzierung). Dies führte bei den beteiligten Akteuren zu Unsicherheiten bei internen Prozessen und bei der Informationsweitergabe.
- Ein **zu grosser Druck/Powerplay seitens der Stadt**, um möglichst viele Personen zu versichern. Diese Wahrnehmung bezieht sich dabei auf die unterschiedlichen Handlungslogiken zwischen einer städtischen Verwaltung und den NGOs, die hauptsächlich den Schutz und die Unterstützung vulnerabler Menschen im Blick haben.

3.3 Einschätzungen aus Evaluationssicht

3.3.1 Was lief gut? Welche Chancen wurden genutzt?

- Seit dem Start der Evaluation können die **Projektorganisation und der Projektverlauf als sehr strukturiert und transparent** beurteilt werden.
- Dank den fundierten Kenntnissen, dem Beziehungsnetz, der sehr strukturierten Arbeitsweise und der klaren Dokumentation ist es der Projektleitung gelungen, das Projekt erfolgreich durchzuführen.
- Die einzelnen Aktivitäten in den drei Massnahmen werden detailliert dokumentiert, Entscheidungen und/oder Planänderungen sind **gut nachvollziehbar. Aufträge, Zuständigkeiten und Termine sind klar festgelegt.**
- Für eine erfolgreiche Durchführung war es zielführend, die ursprüngliche Anzahl Arbeitspakete massiv zu kürzen und neu zu ordnen. Die **Vereinfachung der Struktur erlaubte einen zweckmässigen Überblick, bessere Führbarkeit und ein strukturierteres Vorgehen.**
- Die Integration der verschiedenen **Stakeholder** in die Projektorganisation war ein wichtiger Erfolgsfaktor. **Durch die Mitarbeit in Arbeitsgruppen der Teilprojekte wurden sie von Betroffenen zu Beteiligten;** sie konnten aktiv an der Ausarbeitung von Lösungen und deren Umsetzung mitwirken. Die Umsetzungsschritte waren deshalb **breit abgestützt** und Lösungen basieren auf dem Wissen und den Erfahrungen der im Feld tätigen Personen.

3.3.2 Wo gab es Schwierigkeiten, Probleme, Risiken?

- Zu Beginn der Beurteilungsperiode ab Spätsommer 2022 bestanden diverse Unklarheiten und Verzögerungen. Die Analyse zeigte, dass es sich dabei um Übergangsphänomene handelte, die u.a. aus der Notwendigkeit resultierten, **Leistungsvereinbarungen mit Stakeholdern, die im ersten Jahr aufgegleist wurden, neu zu verhandeln.** Dies betraf namentlich finanzielle Verpflichtungen oder Zusagen, die nicht dem Auftrag und/oder den gesetzlichen Grundlagen entsprachen, sowie die Reporting-Zahlen, die auf Grund der Verzögerung bei der Vergabe des Evaluationsauftrags erst (zu) spät definiert werden konnten.
- Bei der Finanzierung von medizinischen Behandlungen und bei der Erschliessung von Krankenversicherungen galt es, einer **Vielzahl technischer Details, rechtlicher Aspekte und prozeduraler Rahmenbedingungen** Rechnung zu tragen. In dieser komplexen und zuweilen widersprüchlichen Gemengelage war es immer wieder herausfordernd, tragfähige Lösungen zu entwickeln.

4. Umsetzung der Massnahmen

4.1 M1: Strukturelle Stabilisierung der medizinischen Angebote für Menschen ohne Krankenversicherung und Erhebung von relevanten Daten

4.1.1 Auftrag und Umsetzung

Massnahme 1 besteht in der strukturellen Stabilisierung und der besseren Koordination der bestehenden Angebote durch die Entwicklung eines geeigneten Patientenpfades / Gatekeeping, d.h.

- das in der Stadt Zürich bestehende Behandlungsnetzwerk für Menschen ohne Krankenversicherung wird analog zum Kanton Genf offiziellisiert,
- das Stadtspital Zürich an den Standorten Triemli und Waid wird als Behandlungsspital für Menschen ohne Krankenversicherung mit Lebensmittelpunkt in der Stadt Zürich bezeichnet,
- der Zugang zur medizinischen Versorgung basiert auf drei medizinischen Anlaufstellen (Eintrittspunkten). Es sind dies die Meditrina SRK, der Stadtärztliche Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse und der Notfall des Stadtspitals.

Zusätzlich soll ein strukturiertes Reporting und Controlling der Behandlungskosten von nicht-krankenversicherten Personen eingeführt werden. Die erhobenen Daten sollen dazu dienen, nach Abschluss des Pilotprojekts die Versorgung der Zielgruppe bedarfsgerecht aufstellen zu können.

Die einzelnen Arbeitspakete und deren Stand der Umsetzung werden wie folgt beurteilt:

Tabelle 2: Stand der Umsetzung M1

Arbeitspaket / Auftrag	Stand der Umsetzung	Ampel
S-1 Behandlungsnetzwerk Aufnehmen der Struktur und des Angebots des bestehenden Behandlungsnetzwerks inkl. Überprüfung hinsichtlich Parallelstrukturen und Angebotslücken	Die Struktur und das Angebot des bestehenden Behandlungsnetzwerkes wurden systematisch erhoben, hinsichtlich Notwendigkeit und Zweckmässigkeit überprüft und ggf. angepasst. Dabei wurden auch Parallelstrukturen (im Bereich der Versorgung von Sexworker:innen) und Angebotslücken (stationäre Behandlungen in Disziplinen, die das Stadtspital nicht anbietet, insb. Psychiatrie oder Sucht) identifiziert und in der Konzeption eines zu verstetigenden Versorgungsmodells (siehe S-7) berücksichtigt. Die Erhebung erfolgte unter enger Einbindung der beteiligten Organisationen im Bereich der medizinischen Angebote und der zuweisenden Sozialberatungsstellen.	S-1 ist erfüllt
S-2 Leistungsvereinbarungen Finanzielle Unterstützung von medizinischen Leistungserbringern mittels Leistungsvereinbarungen und Übernahme von ungedeckten Behandlungskosten	Mit den im STRB 1015/2020 definierten medizinischen Leistungserbringenden wurden Leistungsvereinbarungen für die Übernahme von ungedeckten Behandlungskosten abgeschlossen. Im Gegenzug wurden diese zum periodischen Einreichen von definierten Kennzahlen und Leistungsdaten verpflichtet. Leistungsvereinbarungen wurden abgeschlossen mit: - Meditrina: weil keine OKP-konformen Einzelrechnungen gestellt werden können, wird mittels Leistungsvereinbarung ein Grundbeitrag in Abhängigkeit der Jahresrechnung bezahlt. - Stadtspital: ungedeckte Behandlungskosten werden übernommen; Abrechnung via OKP-konforme Einzelrechnungen.	S-2 ist erfüllt

	In der ersten Hälfte 2023 wurden mit Meditrina und dem Stadtspital Nachverhandlungen geführt, um die Reportingintervalle von halb- auf vierteljährlich zu verkürzen, um eine zeitnahe Beurteilung des Steuerungsbedarfs und der Massnahmen zu ermöglichen. Während das Reporting vom Stadtspital seither vierteljährlich erfolgt, ist das vierteljährliche Reporting für Meditrina mit unverhältnismässig grossem Aufwand verbunden; die Kadenz wurde deshalb nicht erhöht. Mit dem Stadtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse wurde keine Leistungsvereinbarung abgeschlossen, da dieses der Zahlstelle keine ungedeckten Kosten verrechnet. Bis Mitte 2022 wurden Pauschalbeträge für ungedeckte Behandlungskosten an die Sieber Sozialwerke, an die Checkpoint Praxis und an die Checkin-Zollhaus Praxis überwiesen. Dieses Vorgehen wurde geändert: Ab 1.1.2023 wurden nur noch Einzelrechnungen gemäss OKP-Tarifen und nur nach ärztlicher Überweisung durch das Ambulatorium Kanonengasse oder die Meditrina SRK übernommen werden (gemäss Gatekeeping-Konzept). Die mit der SPAZ im ersten Projektjahr erarbeitete Leistungsvereinbarung (CHF 80'000 zur Abgeltung von Sozialberatungen) war nicht korrekt, weil die Rechtsgrundlage fehlte. Die daraus folgenden Irritationen und Komplikationen konnten von der neuen Projektleitung mittels formeller Entschuldigung und der finanziellen Unterstützung durch das Sozialdepartement (ausserhalb des Pilotprojekts) geregelt werden. Für den Übergangsbetrieb ab 1.7.2024 gelten neue Leistungsvereinbarungen mit dem STZ und der Meditrina SRK.	
S-3 Konzept Gatekeeping-Modell Implementierung eines Gatekeeping-Systems bei den medizinischen Anlaufstellen, Definition des Patientenpfades und Standardisierung der Prozesse (Zuweisung, Behandlung, Beratung)	Das für das Gelingen des Pilotprojekts zentrale Gatekeeping-Modell wurde in der zweiten Hälfte 2022 gemäss den Vorgaben im STRB 1015/2020 entwickelt. Es orientiert sich am Genfer Modell und ist an die Verhältnisse in Zürich angepasst. Am 1.1.2023 startete der Versuchsbetrieb mit dem standardisierten Prozess. Das Modell funktioniert ähnlich wie ein Hausarztmodell und schafft Klarheit hinsichtlich der Zuständigkeiten, Abläufe und Kostenübernahmen innerhalb eines vorgegebenen, schlanken Patient:innenpfades. In Arbeitsgruppen mit Stakeholdern aus den Bereichen der Sozialberatung und der erstversorgenden medizinischen Anlaufstellen, bestehend aus den beteiligten Institutionen, wurde es inklusive Triage-Tool und weiterer Instrumente mehrfach verfeinert und weiterentwickelt. Diese umfassen Anleitungen, Berechnungsvorlagen, Briefvorlagen und Hinweise für die Praxis (insb. im Bereich der Erschliessung von Krankenversicherungen und Abklärungen mit EU-Verbindungsstellen). Die Version 2.0 des Gatekeeping-Konzepts trat am 1.7.2023 in Kraft, die Version 3.0 gilt ab 1.7.2024.	S-3 ist erfüllt

	Wegen fehlenden ärztlichen Ressourcen zur Anleitung und Supervision nicht umgesetzt wurde der Einsatz von sog. «Klinischen Fachspezialist:innen» (Pflegefachpersonen HF mit erweitertem Wissen). Weil diese Qualifikationsstufe für die Komplexität im Ambi nicht reicht, wäre es zielführender gewesen, den Einsatz von Pflegefachpersonen mit Masterabschluss und erweiterten Kompetenzen (APN) zu testen. Diese werden in vielen Grundversorgerpraxen bei vergleichbaren Patienten auch im Kanton Zürich erfolgreich eingesetzt.	Nicht erfüllt
S-4 Zentrales Behandlungsspital Bezeichnung eines zentralen Behandlungsspitals für ambulante und stationäre Eingriffe sowie Notfallbehandlungen, Prüfung der Aufnahme weiterer Spitäler.	Gemäss STRB 1015/2020 sollen die Stadtspitäler Waid und Triemli (STZ) während der Projektlaufzeit als Behandlungsspital für Menschen ohne Krankenversicherung dienen. Eine entsprechende Leistungsvereinbarung wurde abgeschlossen (S-2). Die involvierten Teams (Patientenaufnahme, Notfallaufnahme, Pflege, Ärzteschaft, Kostensicherungsteam, Fakturierung) wurden informiert und erhielten Einführungen in das Gatekeeping-Konzept und in den Ablauf für die Kostenübernahme durch die Zahlstelle SGD. Zur Optimierung der Abläufe und der Zusammenarbeit fanden regelmässige Sitzungen statt. Auch mit Schutz und Rettung Zürich wurde vereinbart, dass Personen, die mutmasslich zur Zielgruppe NKV gehören, grundsätzlich ins STZ gebracht werden und nicht in andere Spitäler. Das STZ bietet jedoch nicht alle Arten von stationären Behandlungen an, insb. im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung besteht bei einer ausschliesslichen Berücksichtigung des STZ eine Lücke. Im letzten Jahr der Projektlaufzeit wurden deshalb grosse Anstrengungen unternommen, um bei der PUK, beim USZ und weiteren Anbietern von stationären Leistungen Kennzahlen zu den Leistungsarten und -mengen einzuholen (siehe Kap. 6.5). Für die Überführung in den Regelbetrieb ist vorgesehen, dass neben dem Stadtspital auch weitere stationäre Leistungserbringer berücksichtigt werden.	S-4 ist erfüllt
S-5 Beratung Krankenversicherung Konsequente, standardisierte Durchführung von Sozialberatungen zur Erschliessung von Krankenversicherung und Prämienverbilligungen im Rahmen des Gatekeeping-Konzepts	Die Teilarbeitsgruppe «Best Practice Sozialberatungsprozess» innerhalb der AG Gatekeeping – bestehend aus Vertreter:innen der SPAZ, der Sozialdienste des Stadtspitals und des Stadtärztlichen Dienstes SAD/ Ambulatorium Kanonengasse, der Meditrina SRK und der Zentralen Abklärungs- und Vermittlungsstelle (ZAV) der Sozialen Dienste der Stadt Zürich – hat gemeinsam ein standardisiertes Verfahren entwickelt. Das Verfahren ist im Gatekeeping-Konzept beschrieben. Es wurde entschieden, dass Patient:innen einer Sozialberatung zugewiesen werden, wenn weiterführende medizinische Behandlungen notwendig sind. Weil sich gezeigt hat, dass teilweise auch bei kostenintensiven (stationären) Fällen keine Krankenversicherung abgeschlossen wurde, mussten der Auftrag und die Prozesse präzisiert werden. Die Erfahrungen im Projekt zeigen, dass der Abschluss einer Krankenversicherung nicht in jedem Fall sinnvoll, aber bei stationären Behandlungskosten >CHF 15'000.- unabdingbar ist. Insgesamt gibt es beim Prozess einer (rechtzeitigen) Erschliessung einer Krankenversicherung diverse Stolpersteine (siehe Kap. 4.2.4). Die Erarbeitung eines konsequenten und standardisierten Prozesses erforderte Absprachen und Verhandlungen mit verschiedenen Akteuren über eine längere Zeit, um Zuständigkeiten und einen zweckmässigen Ablauf festzulegen. So waren 2024 Neuverhandlungen notwendig, weil die SPAZ präzisierte, - anders als zuvor angenommen – nur für Sans-Papiers aus Drittstaaten zuständig zu sein. Allerdings wurden die SVA-Anträge für	S-5 ist auf Kurs

	eine IPV und KPÜ zuvor ausschliesslich von der SPAZ entgegen genommen (siehe F-4). Für EU-/EFTA-Bürger:innen ist deshalb neu der Stadtärztliche Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse zuständig. Als Hilfsmittel für die z.T. schwierige Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern wurden Rechtsgrundlagen, Präzedenzfälle und geeignete Vorgehensweisen gesammelt und im Gatekeeping-Konzept im Sinne eines Praxis-Handbuches dokumentiert. Gleiches gilt auch für die Vorgehensweisen in Bezug auf die Leistungsverrechnung an die Gemeinsame Einrichtung KVG bei Vorliegen einer EU-Krankenversicherung. In diesem Teilprozess findet in den Beratungsgesprächen auch die Abklärung einer möglichen Eigenbeteiligung an den Behandlungskosten statt (siehe F-2). Weil der Prozess und die Zuständigkeiten erst kurz vor Ende der Beobachtungsperiode überarbeitet und präzisiert wurden, kann die Praxistauglichkeit nicht abschliessend beurteilt werden.	
S-6 Controlling und Reporting Aufbau strukturiertes Controlling und Reporting bei den SGD	Vor dem Start des Pilotprojekts waren die Fallzahlen und Kosten der medizinischen Behandlungen von nicht krankenversicherten Personen in den verschiedenen Einrichtungen nicht oder nur ungenau bekannt. STRB 1015/2020 sah deshalb vor, bei den SGD ein strukturiertes Controlling und Reporting der Behandlungskosten von nicht krankenversicherten Personen durchzuführen. Die Daten wurden gesammelt, überprüft und analysiert. Sie dienen als Basis für das zukünftige Versorgungsmodell, waren aber auch für die Evaluation zentral. Das Finanzreporting ist eingerichtet und funktioniert gut. Alle eingehenden Rechnungen werden sorgfältig geprüft hinsichtlich Einhaltung der im Gatekeeping-Konzept definierten Vorgaben. Die weiteren für die Evaluation erforderlichen Kennzahlen wurden laufend gesammelt und ausgewertet, wobei bei Bedarf auch Nachverhandlungen geführt wurden. Im letzten Jahr der Projektlaufzeit wurden dabei insbesondere auch Verhandlungen mit Leistungserbringern ausserhalb des Gatekeeping-Modells geführt. Während das Controlling innerhalb der SGD reibungslos verläuft, verlangte die Erhebung der Kennzahlen bei verschiedenen externen Akteuren teils grosse Anstrengungen seitens der Projektleitung/SGD.	S-6 ist erfüllt
S-7 Zukünftiges Versorgungsmodell Konzeption eines Versorgungsmodells im Anschluss an das Pilotprojekt (inkl. Übergangslösung bis GRB)	Das zukünftige Versorgungsmodell wird Bestandteil eines Antrags des Stadtrats an den Gemeinderat sein, der von der Projektleitung per Ende August 2024 als Entwurf vorbereitet wird. Es basiert auf dem stetig verfeinerten Gatekeeping-Modell und der Sammlung und Analyse der Kennzahlen der verschiedenen Leistungserbringer. Für die Zeit vom 1.7.2024 bis zur operativen Umsetzung der zu verstetigenden Massnahmen wird ein 2-jähriger Übergangsbetrieb sichergestellt (Projektverlängerung auf 5 Jahre). Der Stadtrat stimmte diesem Antrag am 17.4.2024 zu (STRB Nr. 1189/2024). Im Übergangsbetrieb geht es im Wesentlichen darum, die im Gatekeeping installierten Prozesse und Vorgehensweisen fortzuführen und ggf. zu justieren sowie die Zahlstelle weiter zu betreiben, damit keine Versorgungslücke entsteht. Der städtische Rechtskonsulent hat entschieden, dass für diesen Zweck der in den ersten drei Jahren nicht verwendete Kredit weiterverwendet werden darf.	S-7 ist auf Kurs

4.1.2 Was lief gut in Massnahme 1? Welche Chancen wurden genutzt?

- Die Umsetzung der Arbeitspakete ist **strukturiert, effizient und gut begründet**.
- **Die Analyse des bestehenden Behandlungsnetzwerkes** hinsichtlich möglicher Doppelspurigkeiten und Lücken erfolgte sorgfältig. Die Projektleitung hatte eine klare Fokussierung auf die vorhandenen Möglichkeiten und deren Umsetzung innerhalb des Auftrags und der massgeblichen Rechtsgrundlagen.
- Der **Austausch mit den verschiedenen Stakeholdern** wurde aktiv gepflegt. Neben dem zugehenden Einbinden wurde viel Wert auf eine gute Zusammenarbeit mit den involvierten Personen und Organisationen (zuweisende Sozialberatungsstellen und städtische und nicht-städtische medizinische Behandlungsstellen) **in Arbeitsgruppen** gelegt.
- Die **Zusammenarbeit** mit und zwischen den verschiedenen Akteuren **verlief konstruktiv**. Der Austausch in den Arbeitsgruppen war zielführend und effektiv, weil die einzelnen Mitglieder sehr viel Wissen und Erfahrung mitbrachten. Überdies war auch ein grosser Wille erkennbar, die jeweiligen Leistungen ins Angebot einzufügen und im Interesse einer guten Versorgung voneinander zu lernen und gemeinsame Lösungen zu finden. Der Austausch in den verschiedenen Arbeitsgruppen verkürzte die Wege, diente der besseren Koordination und Kommunikation und der Stärkung des Netzwerkes.
- Die grosse fachliche Expertise der in den Arbeitsgruppen versammelten Akteure konnte gegenseitig nutzbar gemacht und im Sinne einer **"best practice"** im Gatekeeping-Konzept verschriftlicht und den verschiedenen Akteuren zugänglich gemacht werden. Dank dieses partizipativen Vorgehens ist das **Gatekeeping-Konzept breit abgestützt**. Es enthält wichtige Informationen, verschiedene Tools, Merkblätter und Vorlagen und ist damit ein wertvolles und verbindliches Hilfsmittel für die am Projekt beteiligten Akteure.
- Die Expertengespräche zeigten, dass das **Gatekeeping-Konzept Klarheit geschaffen hat, breit akzeptiert ist und gut funktioniert**. Die Zuweisung zu den vorgesehenen Erstbehandlungsstellen Meditrina SRK und Stadtärztlicher Dienst SAD / Ambulatorium Kanonengasse funktioniert gut.
- Das Gatekeeping-Modell wurde **kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt**. Problemfelder und Stolpersteine wurden rasch angegangen. In enger Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren wurden praktikable Lösungen gesucht. Dadurch entstand **ein durchdachtes und gut funktionierendes Versorgungsmodell** mit Klärung der Zuständigkeiten, Abläufe und Kostenübernahmen innerhalb eines vorgegebenen, schlanken Patient:innenpfades. Es gibt den Akteuren klare Anweisungen und ermöglicht Abgrenzungen.
- Positiv hervorzuheben ist, dass das Gatekeeping-Konzept nicht nur die medizinische Versorgung von Sans-Papiers regelt, sondern auch klare Anweisungen gibt, wie z.B. bei Schweizer:innen ohne Krankenversicherung oder bei EU-/EFTA-Bürger:innen vorzugehen ist, um Versicherungen abzuschliessen bzw. zu reaktivieren.

4.1.3 Wo gab es Schwierigkeiten, Probleme, Risiken?

- Das von der AG Gatekeeping entwickelte Triage-Formular erlaubte, bereits früh im Prozess die Zielgruppenzugehörigkeit, die Zuständigkeit und den Patient:innenpfad gem. vorgesehenem Ablauf zu klären. Es hat sich jedoch gezeigt, dass das konsequente **Ausfüllen dieses Triage-Formulars** für die Personen an der Front (insb. Meditrina und Stadtsptal) aus Zeitgründen nicht immer praktikabel ist.
- **Meditrina SRK** kann aufgrund eines fehlenden Patienteninformationssystems **keine OKP-konformen Einzelrechnungen** stellen. Die Abgeltung an Meditrina erfolgt deshalb mittels eines Pauschalbetrags in Abhängigkeit ihrer Jahresrechnung.

In der LV ab 1.7.2024 wird ein Passus eingefügt, dass möglichst während des Übergangsbetriebs eine Lösung für eine Leistungserfassung und Einzelverrechnung gemäss OKP-Tarifen gefunden werden soll (Einführung einer Praxissoftware).

- Weil während der Projektlaufzeit nur stationäre Behandlungen im Stadtspital finanziert wurden, besteht eine **Versorgungslücke** insbesondere im Bereich der stationären Psychiatrie.
- Im 1. Jahr wurden z.T. Verträge abgeschlossen und Zusagen gemacht, die im 2. Jahr mit erheblichem Aufwand korrigiert werden mussten.
- Der Verzicht auf eine Prüfung des Einsatzes von **Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen** ist gerade angesichts der Verknappung der ärztlichen Workforce bedauerlich. Die Umsetzung im Rahmen des Pilotprojekts hätte eine Evaluation der Zweckmässigkeit des andernorts gut etablierten Konzepts ermöglicht.
- Alle **Aussagen zur Zielgruppen-Zugehörigkeit der Sans-Papiers, zu ihrer Einkommenssituation etc. sind wenig gesichert**. Auf Grund der Angst vor Entdeckung wird z.B. die Aufenthaltsdauer kürzer angegeben als tatsächlich der Fall ist. Auch verwendet z.B. Flora Dora oftmals Gassennamen. Wird die Zielgruppen-Zugehörigkeit einer Person überprüft, kann es deshalb vorkommen, dass jemand durch die Maschen fällt. Insgesamt ist es sehr anspruchsvoll, die für das Projekt notwendigen Informationen durch Selbstdeklarationen der Patient:innen zu erhalten.
- Vereinzelt wurde die **Eintrittsschwelle von >3 Monaten** Lebensmittelpunkt in der Stadt Zürich als problematisch erachtet und es wurde eine flexiblere Handhabung gewünscht. Andere hingegen erachteten gerade diese Eintrittsschwelle als entscheidend, um Missbräuche und eine Sogwirkung zu verhindern. Das Projektteam prüfte die Fälle und ging beim Entscheid für oder gegen einen Einbezug in die Zielgruppe pragmatisch vor, indem bei klar erkennbarem Aufenthaltsmuster auch Episoden mit gelegentlichen auswärtigen Übernachtungen berücksichtigt wurden.
- Bei der Erhebung der Kennzahlen musste eine Balance gefunden werden zwischen den **aus Evaluationssicht nützlichen Kennzahlen und den Aufwänden bei den Leistungserbringenden zum Erfassen und Aufbereiten dieser Kennzahlen**. Auf einige Kennzahlen musste deshalb verzichtet werden, da der Nutzen den Aufwand nicht rechtfertigte (wenig Fälle, hohe Informatikkosten, viel Handarbeit, kaum OKP-relevant oder Garant-relevant).
- Gerade in grossen Institutionen wie dem USZ oder der PUK waren erhebliche Anstrengungen und mehrere Kontakte auf verschiedenen Ebenen notwendig, um an die richtige(n) Person(en) zu gelangen und Aussagen zu Mengengerüsten zu erhalten.
- Auch wenn das Gatekeeping-Modell im Allgemeinen gut funktioniert (s.o.), bleibt die **Implementierung anspruchsvoll**. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die **Verteilung des Konzepts über die verantwortlichen Personen der beteiligten Organisationen sowie deren Einbezug in die Entwicklung nicht ausreicht**. Um die Chancen zu erhöhen, dass die Prozesse eingehalten und die entwickelten Dokumente genutzt werden, braucht es weiterhin viel Aufwand seitens des Projektteams mit einem regelmässigen Austausch mit den Teams in den Institutionen. Gründe dafür sind u.a. die komplexe Organisation im Stadtspital, die geringen Fallzahlen und die Personalfuktuation.
- Vielschichtige Herausforderungen bestehen, wie später ausgeführt wird, beim **Prozess zur Erschliessung von Krankenversicherungen**.

4.2 M2: Finanzierung von medizinischen Behandlungen

4.2.1 Auftrag und Umsetzung

Massnahme 2 betrifft die Finanzierung von medizinischen Behandlungen, bei denen die Erschliessung einer Krankenversicherung nicht sinnvoll ist (Kosten innerhalb des Selbstbehalts) oder der Abschluss einer Krankenversicherung aus anderen Gründen nicht möglich ist.

Bereits vor dem Start des Pilotprojektes übernahmen verschiedene ambulante und stationäre Leistungserbringer medizinische Behandlungen von Menschen ohne Krankenversicherung. Aufgrund der geringen Eigenbeteiligungsmöglichkeiten dieser Personen wurden sie für die Behandlungskosten jedoch nicht adäquat entschädigt. Die Spitäler verrechneten diese ungedeckten Kosten an das kantonale Sozialamt, welches aufgrund der Zahlungsausstände ggf. Meldung an das kantonale Migrationsamt machte, was insbesondere für Sans-Papiers ein hohes Risiko ist. Grundsätzlich besteht zwar die Pflicht für sämtliche Ärzt:innen in der Schweiz, Notbehandlungen unabhängig vom Versicherungsstatus durchzuführen, es wurde aber vermutet, dass namentlich Sans-Papiers in der Vergangenheit die Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen hinauszögerten aus Angst, wegen Meldungen ans Migrationsamt entdeckt zu werden. Dies hatte ggf. unnötige gesundheitliche Schäden und damit verbundene hohe Kosten zur Folge. Im Rahmen der Massnahme 2 soll deshalb die Finanzierung der medizinischen Behandlungen für Menschen ohne Krankenversicherung sichergestellt werden, um dadurch auch den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Für die Finanzierung von medizinischen Behandlungen wurden jährlich knapp 1.27 Mio. CHF budgetiert: CHF 468'295 für die Leistungsvereinbarung mit der Meditrina-Praxis (Pauschalbetrag), CHF 100'000 für weitere ambulante medizinische Behandlungen (Netzwerk Meditrina) und CHF 700'000 für ambulante und stationäre Behandlungen im STZ.

In Zusammenarbeit der verschiedenen Stakeholder gehört zum Auftrag auch die Prüfung, ob und wie subsidiäre oder alternative Finanzierungen erschlossen werden können, sowie die Erfassung der effektiv anfallenden Kosten für Menschen ohne Krankenversicherung (siehe S-6) und die Klärung der Frage eines zweckmässigen Versicherungsschutzes.

Die einzelnen Arbeitspakete von Massnahme 2 werden wie folgt beurteilt:

Tabelle 3: Stand der Umsetzung M2

Arbeitspaket / Auftrag	Stand der Umsetzung	Ampel
F-1 Zahlstelle SGD Übernahme von ungedeckten ambulanten und stationären Behandlungskosten	Per 1.1.2022 wurde die Zahlstelle SGD eingerichtet. Diese ermöglicht die Übernahme von ungedeckten Behandlungskosten gemäss OKP-Tarifen von Patient:innen der Zielgruppe NKV, bei welchen die Erschliessung einer Krankenversicherung nicht möglich oder nicht sinnvoll ist. Rechnungen aus dem zweiten Semester 2021 wurden rückwirkend übernommen. Die Zahlstelle funktioniert reibungslos. Dabei gilt das Subsidiaritätsprinzip, d.h. es muss zuerst geprüft werden, ob eine gültige Krankenversicherung vorhanden ist oder eine sistierte Versicherung reaktiviert werden kann, ob die Person überhaupt zur Zielgruppe gehört, ob eine EU-Krankenversicherung vorhanden ist oder ob eine Krankenversicherung abgeschlossen werden kann. Erst danach werden die Kosten durch die Zahlstelle SGD übernommen. Das Projektteam führte und führt eine materielle Prüfung der eingehenden Rechnungen durch (siehe S-6), insb. in Bezug auf die Zielgruppenzugehörigkeit. Fehlende Nachweise werden bei den zuständigen Stellen eingefordert.	F-1 ist erfüllt

	Bei kostenintensiven Fällen wird geprüft, inwiefern Bemühungen zur Erschliessung einer Krankenversicherung stattfanden. Notfalls werden bei Stiftungen und auch bei städtischen Fonds (Sonderrechnungen) Restprämien-übernahmen sowie die Übernahme von Franchise- und Selbstbehaltskosten für die benötigte Behandlungsdauer beantragt. Ab dem Wechsel der Projektleitung im Sommer 2022 lag die Kompetenz zur finanziellen Freigabe durch die Projektleitung bei max. CHF 50'000.-, höhere Rechnungen wurden der Direktion der SGD vorgelegt. Nachdem 2023 ein einzelner stationärer Fall im STZ Kosten von ca. CHF 80'000.- verursacht hat, wurde entschieden, die Kostenübernahme auf CHF 15'000.- pro Fall zu begrenzen. Werden höhere Kosten erwartet, ist die Erschliessung einer Krankenversicherung zwingend (eine Klärung und Präzisierung der Prozesse fand gemeinsam mit den beteiligten Akteuren statt, siehe S-5). Die Kosten der Zahlstelle SGD sind bislang geringer als budgetiert. Details dazu finden sich in Kap. 5 und 6.4.	
F-2 Kostenbeteiligung Prüfung und Festlegung einer einheitlichen finanziellen Eigenbeteiligung innerhalb des Gatekeeping-Modells	Gemäss Auftrag sollte auch eine mögliche Eigenbeteiligung der nicht-krankenversicherten Patient:innen geprüft werden. Diese Prüfung findet anlässlich der Beratung zur möglichen Erschliessung einer Krankenversicherung statt, d.h. wenn der Abschluss einer Krankenversicherung nicht möglich ist. Der Prozess der Beratung und ein allgemeingültiger Inkasso-Modus wurden im ersten Halbjahr 2023 in der AG Gatekeeping (Teilarbeitsgruppe Best Practice KK-Beratung) diskutiert und erarbeitet. Der Prozess soll dabei möglichst unkompliziert ablaufen und wenig Ressourcen beanspruchen. Anlässlich der Beratung zur Erschliessung einer Krankenkasse wird – wenn keine Krankenkasse abgeschlossen wird – ein Einzahlungsschein für eine Einzahlung an die Zahlstelle SGD abgegeben. Die Höhe der Einzahlung ist frei, als Orientierungshilfe werden die Patient:innen über die ungefähren Behandlungskosten informiert. Wie angesichts des zumeist fehlenden Einkommens der betroffenen Personen erwartet wurde, sind die getätigten Einzahlungen sehr gering (s. Kap. 6.4.2). Trotzdem ist die Thematisierung einer möglichen Eigenbeteiligung sinnvoll, um zu vermitteln, dass medizinische Behandlungen nicht unbegrenzt kostenlos zur Verfügung stehen.	F-2 ist erfüllt
F-3 Einzelfälle SGD Prüfung Einzelfälle bzgl. Übernahme von ungedeckten Kosten bei pflegebedürftigen Menschen ohne festen Wohnsitz	Gemäss STRB 1015/2020 übernimmt die Zahlstelle SGD in begründeten Einzelfällen (z.B. krankenversicherte pflegebedürftige Menschen ohne Wohnsitz), die nicht durch das KVG oder andere Finanzierungsstellen gedeckten Kosten. Anträge dieser Art werden durch die Projektleitung geprüft - und zur Annahme oder Ablehnung der Direktion der SGD vorgelegt. Ein erster entsprechender Antrag, der auf Grund des unbefristeten Bedarfs jedoch abgelehnt wurde, wurde im Juni 2023 eingereicht. Bei einer (unbefristeten) Unterbringung und Betreuung von Sans-Papiers mit einer Krankenversicherung in einer stationären Pflegeeinrichtung, setzen sich die ungedeckten Kosten zusammen aus: (1) den Pflege-/Betreuungskosten, die nicht durch das KGV gedeckt sind und (2) den Beherbergungskosten. Gemäss Abklärungen beim Amt für Zusatzleistungen zur AHV/IV haben Sans-Papiers auch mit einer Krankenversicherung keinen Anspruch an eine Beteiligung durch Gemeinde oder Kanton. Der Anspruch ist an den	Eine definitive Lösung steht noch aus.

	Bezug von Ergänzungsleistungen geknüpft ist, die einen rechtmässigen Aufenthalt in der Schweiz voraussetzen. Auch wenn gemäss den in Kap. 6.6 aufgeführten Zahlen, Menschen über 60 Jahren bislang erst einen kleinen Teil der Zielgruppe ausmachen, ist davon auszugehen, dass solche Fälle in Zukunft vermehrt auftreten werden. Es braucht im zu verstetigenden Modell Lösungen für die Finanzierung dieser Pflegefälle. Das Projektteam ist diesbezüglich im Austausch mit dem Sozialdepartement. Eine Lösung gibt es für Sans-Papiers, die Spitex-Leistungen benötigen. Die Spitex-Kosten werden bei versicherten wie auch bei unversicherten Personen, die zur Projektzielgruppe gehören, vollständig übernommen (Krankenversicherungsanteil durch Krankenversicherung oder Zahlstelle SGD, nicht gedeckter Anteil durch Fachstelle Spitex SGD).	
F-4 Prozess Prämienverbilligung und Restprämienübernahme «KPÜ» Engagement der SGD für ein unkompliziertes Erschliessen von Prämienverbilligungen und allfälligen Restprämienübernahmen (KPÜ)	Seit Januar 2022 haben Sans-Papiers die Möglichkeit, bei der Sozialversicherungsanstalt (SVA) unkompliziert eine Prämienverbilligung zu beantragen. Bislang war dafür ausschliesslich die SPAZ zuständig bzw. konnte nur die SPAZ solche Anträge einreichen. Weil die SPAZ jedoch nur für Sans-Papiers aus Drittstaaten tätig ist, können die Anträge neu auch von anderen Sozialberatungsstellen (insb. Sozialdienst des Stadtärztlichen Dienstes SAD/Ambulatorium Kanonengasse) eingereicht werden. Der Prozess wurde in Kooperation mit der SVA, dem Ambulatorium Kanonengasse und der SPAZ entwickelt und funktioniert problemlos. Des Weiteren wurde im Rahmen des Pilotprojekts geprüft, ob auch eine Restprämienübernahme (KPÜ) für Sans-Papiers möglich ist. Bei Sans-Papiers scheitert der Versuch, sie zu versichern, in der Regel an der Finanzierung der Restprämien. Das Sozialdepartement prüft deshalb, inwiefern eine Restprämienübernahme für Sans-Papiers möglich ist. Die Kommunikation eines diesbezüglichen Entscheids seitens SD steht noch aus. Es ist davon auszugehen, dass die Möglichkeit einer KPÜ die Quote der Krankenversicherungsabschlüsse deutlich erhöhen würde. Dies kann aus zeitlichen Gründen im Rahmen des Pilotprojekts und der Evaluation jedoch nicht mehr geprüft werden. Anzumerken ist, dass auch bei einer KPÜ im Krankheitsfall weiterhin die Minimalfranchise und der Selbsthalt bezahlt werden müssen. Inwiefern dies die Erschliessung einer Krankenversicherung erschwert, wird unterschiedlich beurteilt.	F-4 ist auf Kurs noch offen ist die Frage der KPÜ (Lead beim SD)
F-5 Kollektiv-Krankenversicherung Evaluation bezüglich möglichem Abschluss einer Kollektiv-Krankenversicherung für die Stadt Zürich	Weil die Erschliessung einer Krankenversicherung trotz Prämienverbilligung oftmals an der gesetzlich vorgegebenen Jahresfranchise von CHF 300 und dem Selbstbehalt von 10% der Behandlungskosten (bis CHF 700) scheitert, wurde im STRB 1015/2020 die Möglichkeit zum Abschluss eines Kollektivversicherungsvertrags für Sans-Papiers in Erwägung gezogen, um einerseits die Prämien günstiger zu gestalten und andererseits die Möglichkeit zu schaffen, in Härtefällen Franchisen und Selbstbehalte der Zahlstelle SGD statt den Patient:innen zu verrechnen. Die juristische Prüfung durch den Rechtsdienst SGD hat ergeben, dass ein Kollektivversicherungsvertrag mit dem Ziel einer Übernahme von Franchise und Selbstbehalt in Härtefällen durch die Zahlstelle des Projekts übergeordnetes, kantonales Recht verletzen würde. Die Option einer Kollektivversicherung wurde deshalb vorerst nicht weiterverfolgt. Dies auch, weil die Notwendigkeit mit der Möglichkeit einer KPÜ (siehe F-4) entfällt.	Nicht abgeschlossen Weitere Abklärungen notwendig

	Nichtsdestotrotz wurden im letzten Jahr der Projektlaufzeit weitere Abklärungen durchgeführt. Es wurde vermutet, dass sich damit auch das Problem der verspäteten Anmeldung bei stationären Aufenthalten entschärfen liesse. Krankenversicherer haben die Möglichkeit, Versicherungsmodelle anzubieten, in denen im Gegenzug zu einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringenden (was dem Gatekeeping-Modell entspricht) auf die obligatorische Minimalfranchise und den Selbstbehalt verzichtet wird. Eine solche Lösung würde den Prozess vereinfachen und die Finanzierungsprobleme lösen, bislang bietet jedoch keine Krankenversicherung ein solches Versicherungsmodell an.	
--	---	--

4.2.2 Was lief gut in Massnahme 2? Welche Chancen wurden genutzt?

- Die finanziellen **Aufwände zu Lasten der Zahlstelle SGD liegen unterhalb des Budgets.**
- Zuverlässige und unaufgeforderte Lieferung der benötigten Nachweise als Grundlage für eine Kostenübernahme seitens Meditrina SRK sowie angenehme Zusammenarbeit mit den diversen beteiligten Stellen des Stadtspitals.
- **Sehr gute Zusammenarbeit mit der Abteilung Finanzen, Controlling und Spitex der SGD** bzgl. Betrieb der Zahlstelle SGD sowie dem Erstellen des Finanzreportings.
- Im Austausch mit und zwischen den verschiedenen Stakeholdern werden **gemeinsame Vorgehensweisen, Standards und Richtlinien erarbeitet, die als «best practice» ins Gatekeeping-Konzept aufgenommen werden** (z.B. Vorgehen und Formular zur Einkommenserhebung, Umgang mit im Ausland versicherten EU-Bürger:innen). Das gegenseitige Lernen und ein wertvoller Know-how-Transfer, das Weiterentwickeln und auch die Qualitätssicherung sind dadurch sichergestellt.

4.2.3 Wo gab es Schwierigkeiten, Probleme, Risiken?

- Weil **einzelne stationäre Fälle** bei fehlender Erschliessung einer Krankenversicherung **sehr hohe Kosten** verursachten und damit die Einhaltung des Budgets gefährden, wurde entschieden, die Kostenübernahme auf CHF 15'000.- pro Fall zu begrenzen. Schwierig ist dabei der **hohe zeitliche Druck**, weil die Erschliessung der Krankenversicherung sofort in die Wege geleitet werden muss, auch wenn die Kosten teilweise zu Beginn noch nicht abschätzbar sind. Es bedurfte deswegen einer Schärfung des Auftrags und der Prozesse zur Durchführung einer Sozialberatung insbesondere bei stationären Fällen (s.u.).
- Die Umsetzung des **Subsidiaritätsprinzips** in Bezug auf die Kostenübernahme durch die Zahlstelle SGD **ist anspruchsvoll**. Es bedarf konstanter Anstrengungen und Verhandlungen, damit es in der Praxis von allen beteiligten Akteuren umgesetzt wird.
- Teilweise wird von **Problemen** in der Zusammenarbeit mit den **Verbindungsstellen/der Gemeinsamen Einrichtung KVG bei Patient:innen mit einer EU-Krankenversicherung** berichtet. So kommt es bei Patient:innen aus EU-Ländern in Einzelfällen vor, dass die zuständige Verbindungsstelle die Auskunft verweigert, ob die Person krankenversichert ist. Offensichtlich war/ist das Vorgehen nicht überall klar. Ein entsprechender **Leitfaden wurde in den Anhang des Gatekeeping-Konzepts aufgenommen**.
- Eine massgebliche Eigenbeteiligung der nichtkrankenversicherten Personen ist nicht zu erwarten. Der Aufwand für eine allfällige Kostenbeteiligung muss deshalb gering sein.
- Ungelöst ist die Frage nach der **Finanzierung der ungedeckten Kosten bei pflegebedürftigen Sans-Papiers ohne festen Wohnsitz**.
- Einige Arbeiten können nicht fortgeführt oder abgeschlossen werden, weil noch Antworten oder Entscheidungen ausstehen (z.B. Frage der KPÜ).

4.2.4 Herausforderungen bei der Erschliessung einer Krankenversicherung

Eine besondere Herausforderung betrifft die Erschliessung einer Krankenversicherung. Bei der Finanzierung über die Zahlstelle SGD gilt grundsätzlich das Subsidiaritätsprinzip, d.h. die Zahlstelle SGD übernimmt die Finanzierung nur, wenn die Erschliessung einer Krankenversicherung nicht möglich oder nicht zweckmässig ist. Es wurde deshalb entschieden, dass Patient:innen einer Sozialberatung zugewiesen werden, wenn nach einer Erstbehandlung weiterführende medizinische Behandlungen notwendig sind (siehe S-5). Gemäss STRB 1015/2020 sind insbesondere Menschen, welche eine stationäre medizinische Behandlung benötigen, möglichst zu versichern. Es hat sich jedoch schnell gezeigt, dass das nicht umsetzbar und oftmals auch nicht angezeigt ist.

Gegen den Abschluss einer Krankenversicherung sprechen:

- die **sehr geringen finanziellen Möglichkeiten der Zielgruppe**, die es nicht erlauben, längerfristig die Prämien zu finanzieren. Auch die Finanzierung von Franchise und Selbstbehalt im Krankheitsfall ist in vielen Fällen nicht möglich, was zu Betreibungen und Problemen mit den Migrationsbehörden führen kann.
- die Tatsache, dass **eine einmal abgeschlossene Versicherungspolice nicht mehr aufgelöst werden kann**, solange sich die betroffene Person in der Schweiz aufhält. Können Rechnungen nicht bezahlt werden, bleibt demnach den Sans-Papiers nur die Ausreise, um einer Betreibung und Entdeckung zu entgehen oder das Einreichen eines Härtefallgesuchs beim Migrationsamt.

Es ist aus diesem Grund verständlich, dass insbesondere die SPAZ nur Fälle bei einer Krankenversicherung anmelden will, bei denen eine schriftliche Zusage bzgl. der Finanzierung sämtlicher Kosten vorliegt (Prämien, Franchise, Selbstbehalte, Tagespauschalen) - dies um die betroffenen Personen nicht dem Risiko einer Meldung ans Migrationsamt auszusetzen, aber auch um die gute Zusammenarbeit mit einigen wenigen kooperativen Krankenversichern nicht zu gefährden.

Grundsätzlich wird im Pilotprojekt die Ansicht vertreten, dass die Erschliessung einer Krankenversicherung zwar wünschenswert ist, aber nicht erzwungen werden soll.

Dies entspricht dem seitens Projektauftrag gewollten Schutz der Anonymität der Sans-Papiers in Zürich. Die Erschliessung einer Krankenversicherung wird jedoch als notwendig erachtet, wenn die Kosten CHF 15'000.-/Fall übersteigen. Ausgehend von den Reporting-Zahlen (siehe Kap. 6.4.1) betrifft das nur sehr wenige Fälle.

Neben Risiken für die zu versichernde Person sind weitere Herausforderungen und Stolpersteine bei der Erschliessung von Krankenversicherung zu beachten:

- **Dringlichkeit bzgl. Beginndatum einer Krankenversicherungspolice:** Der Versicherungsbeginn wird bei einer Anmeldung bei der Krankenversicherung innerhalb 90 Tagen nach der Einreise in die CH rückwirkend auf das Einreisedatum gelegt. Erfolgt die Anmeldung nach Ablauf dieser 90 Tage (was bei der NKV-Zielgruppe i.d.R. der Fall ist), fällt das Beginndatum auf das Anmeldedatum und eine rückwirkende Versicherung ist ausgeschlossen. D.h. wird ein:e Patient:in stationär aufgenommen, besteht ein hoher zeitlicher Druck, um bei Kosten über CHF 15'000.- eine Krankenversicherung abzuschliessen. Zum einen sind die Kosten zu Beginn teilweise noch nicht abschätzbar, zum anderen werden die Kosten des Aufenthalts nicht übernommen, wenn die Versicherung verspätet abgeschlossen wird. Die bisherigen Erfahrungen im Projekt zeigten, dass es vor stationären Eingriffen (auch elektiven) nur selten eine Vorlaufzeit gibt, welche es erlauben würde, die Abklärungen im Hinblick auf die Erschliessung einer Krankenversicherung bereits im Vorfeld durchzuführen. Die zuständigen Sozialdienste erfahren von der Hospitalisation in der Mehrheit der Fälle erst, wenn sie bereits angelaufen ist. Die Anmeldung bei der Krankenversicherung muss somit umgehend erfolgen.
- Hinzu kommt ein **Zuschlag zur Versicherungsprämie bei verspäteter Anmeldung**. Gemäss KVG Art. 5 muss seitens Krankenversicherung ein Zuschlag zur anfallenden Prämie erhoben werden, um die versäumte Versicherungspflicht und damit verbundene Prämienzahlungen zu kompensieren. Bei Fällen, die in prekären Einkommensverhältnissen leben, besteht die

Möglichkeit, diesen Prämienzuschlag zu reduzieren oder gänzlich darauf zu verzichten. Das BAG verlangt gemäss Rechtsdienst Helsana hierfür eine schriftliche Bestätigung eines Sozialdienstes.

- **Fehlende Kooperation der Krankenversicherer:** Allgemein wird von den Sozialberatungsstellen beklagt, dass sich die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungen teilweise schwierig gestaltet. Obwohl das Versicherungsobligatorium auch Sans-Papiers umfasst, werden Eingänge von Anmeldungen teilweise in Abrede gestellt und somit abgewiesen. Oder es wird eine Meldeadresse verlangt, obwohl eine Postadresse genügt. Auch werde bei der Bearbeitung des Antrags der Datenschutz nicht immer gewährleistet, was dazu führe, dass die Anmeldung für die Sans-Papiers ein Risiko darstelle.

Rückwirkende Anmeldungen hätten früher gut funktioniert, würden aber heute immer schwieriger. Einige Krankenversicherungen würden nun Einreisebelege verlangen und könnten so ggf. Prämienzuschläge auf Jahre hinaus verlangen.

Anzumerken ist, dass die **Rechtslage teilweise nicht eindeutig** ist. Dies führt in der Praxis zu Schwierigkeiten und erforderte im Rahmen des Pilotprojekts viele Abklärungen bei verschiedenen Akteuren (beim BAG, bei Rechtsdiensten von Krankenversicherern, etc.).

- Eine weitere Schwierigkeit betrifft die **lange Wartezeit, bis individuelle Prämienverbilligungen (IPV) und zukünftig ev. KPÜ** ausbezahlt werden. Es bestehen zwar sehr gute Chancen, dass die Anträge auf eine IPV angenommen werden, aber bis zum Entscheid kann es bis zu sechs Monate dauern. Auch bei einer allfälligen KPÜ ist mit einer längeren Bearbeitungsfrist zu rechnen. Gemäss Sozialdienst STZ verlangen Krankenversicherer zur definitiven Bestätigung einer Versicherungspolice die Begleichung von drei Monatsprämien innert 30 Tagen. Es braucht deshalb eine Zwischenfinanzierung der Prämien im Sinne eines Vorschusses oder ein Zahlungsverprechen einer glaubwürdigen Stelle, um Betreibungen seitens der Krankenversicherer zu vermeiden.
- Die **Verwaltung der Krankenversicherungspolice**n muss gelöst werden. Sans-Papiers verfügen nicht immer über eine funktionierende Postadresse. Eine solche wird von den Krankenversicherungen verlangt, um auch die Zuteilung in eine Prämienregion vornehmen zu können. Ein Bankkonto ist zwar nicht zwingend, führt aber zu zusätzlichen Gebühren für den Zahlungsverkehr ausserhalb der Krankenversicherungsroutine. Daher braucht es ein institutionelles Bankkonto, über welches der Zahlungsverkehr zwischen Krankenversicherung und Sans-Papiers stattfinden kann sowie eine funktionierende Postadresse inkl. Korrespondenzverwaltung.

Auf Grund dieser verschiedenen Aspekte ist die Festlegung eines standardisierten und praktikablen Prozesses zur Erschliessung einer Krankenversicherung anspruchsvoll und erfordert das Mitwirken mehrerer institutioneller Akteure. Im Gatekeeping-Konzept 3.0, welches am 1.7.2024 in Kraft tritt, ist das aktualisierte Vorgehen ausführlich beschrieben.

Die vorgeschlagene Lösung beinhaltet aktuell u.a. Folgendes:

- **Vor-Finanzierung der Prämien:** Für die verbleibende Projektdauer (Projektverlängerung) bietet das Sozialdepartement der Stadt Zürich mit einem Fonds Hand für eine Vor- bzw. Leihfinanzierung der Prämien, bis IPV und ggf. KPÜ fliessen. Für die zu verstetigende Lösung nach Projektabschluss muss eine andere Lösung gefunden werden, die noch zwischen dem Sozialdepartement und dem GUD der Stadt Zürich ausgehandelt werden muss.
- **Finanzierung von Franchise und Selbstbehalt:** Weil die Finanzierung über Stiftungen oder städtische Fonds langfristig als zu unsicher erachtet wird, insb. da keine wiederkehrenden Kosten über Fonds finanziert werden, soll für das zu verstetigende Modell geprüft werden, diese Kosten in Härtefällen über die Zahlstelle der SGD zu finanzieren. Dadurch wäre sichergestellt, dass Patient:innen nicht auf Grund einer Krankenversicherung auf unbezahlten Rechnungen sitzen bleiben bzw. deswegen betrieben werden.

4.3 M3: Information zu medizinischen Angeboten

4.3.1 Auftrag und Umsetzung

In Massnahme 3 bestand der Auftrag darin, in Zusammenarbeit mit der Fachstelle Integrationsförderung der Stadtentwicklung (STEZ) ein geeignetes Informationskonzept zu erstellen, um die Zielgruppen vorzugsweise digital, multilingual und in einfacher Sprache zu erreichen.

Zudem sollten jährliche Treffen aller Stakeholder allfällige Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung insb. der Sans-Papiers aufzeigen und zur Einleitung praktischer Lösungen dienen.

Die intendierten Wirkungsziele von M3 sind, dass nicht krankenversicherte Personen mit Lebensmittelpunkt in der Stadt Zürich besser über die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung und der Beratung bezüglich Krankenversicherung informiert werden. Dies insbesondere, weil sie Vertrauen gewinnen in die Kommunikation, und dass dann Betroffene früher in eine medizinische Behandlung gehen, was zu einer Verminderung von gesundheitlichen Folgeschäden und den damit verbundenen Behandlungskosten führt.

Tabelle 4: Stand der Umsetzung M3

Arbeitspaket / Auftrag	Stand der Umsetzung	Ampel
I-1 Informationskonzept Erarbeiten eines Konzepts für eine adressatengerechte Vermittlung des medizinischen Angebots	In Zusammenarbeit mit der Integrationsförderung der Stadtentwicklung Zürich (STEZ) des Präsidialdepartements und der Kommunikationsabteilung der SGD wurde ein adressatengerechtes Kommunikationskonzept zur Vermittlung des medizinischen Angebots an die anvisierten Zielgruppen, unter Einbezug der bisher mit ihnen befassten Stellen (städtische und NGOs), erarbeitet. Das Informationskonzept wurde am 13.04.2022 verabschiedet. Eine besondere Bedeutung wird im Konzept der mehrsprachigen Kommunikation beigemessen. So wurden die Kommunikationsmittel (physischer Faltflyer, elektronischer Flyer und Website) in 14 Sprachen erstellt, wobei der physische Flyer pro Sprache einen QR-Code enthält, mit welchem man direkt auf die jeweilige Sprachunterseite der Website gelangt. Um die Zielgruppe besser erreichen zu können, wurden zusätzlich primäre und sekundäre Multiplikatoren definiert, welche die Informationen entsprechen weitergeben und vermitteln können.	I-1 ist erfüllt
I-2 Umsetzung Massnahmen Umsetzung der im Konzept definierten Informationsvermittlung in verschiedenen Sprachen	Auf Grund der Pandemie und der dadurch gebundenen Ressourcen kam es bei der Umsetzung zu Verzögerungen. Die Informationskampagne startete deshalb erst Ende November 2022. Eine Medienmitteilung erfolgte am 28.11.2022 zeitgleich mit der Inbetriebnahme der Website (www.stadt-zuerich.ch/nkv), mit Social Media Posts, mit einem Mailing an die zuvor identifizierten Multiplikatoren bzw. «Eintrittspunkte» der Zielgruppen und an die Projektumgebung. Zudem wurden die Informationen über die STEZ-Kanäle verteilt. Bereits zuvor erfolgte der Postversand der mehrsprachigen Faltflyers. In den Tagen nach der Veröffentlichung der Medienmitteilung wurden umliegende Apotheken und Drogerien sowie Caritasmärkte zusätzlich persönlich über das Pilotprojekt in Kenntnis gesetzt und auf Wunsch Flyer abgegeben. Weitere Flyer können durch die sekundären Eintrittspunkte und weitere Interessenten jederzeit über die Website bestellt werden. Im Weiteren wurden Newsletter über Ärzt:innen-, Apotheken- und Drogerieverbände verteilt sowie ein Tagblatt-Inserat publiziert.	I-2 ist auf Kurs

	Um auch die in Privathaushalten arbeitenden Sans-Papiers, die erfahrungsgemäss recht isoliert leben und wegen bestehender Sprachbarrieren schwierig zu erreichen sind, wurde Kontakt aufgenommen mit Organisationen, wie zum Beispiel der Misión Católica de Lengua Española. Es wurden auch grossformatige Aushänge gedruckt und an Gemeinschaftszentren sowie weitere soziale Einrichtungen verteilt. Während der gesamten Projektlaufzeit wurden mit der Zielgruppe befasste Institutionen und Organisationen persönlich aufgesucht, um sie mit den Angeboten des Pilotprojekts vertraut zu machen. Auf Social Media wurden die Informationen mehrsprachig auf verschiedenen Kanälen geteilt. Dazu gehören Paid Posts in verschiedenen Sprachen. Diese führen zu einer deutlichen Zunahme der Besuche auf den entsprechenden Websites (s. Kap. 6.8). Die Nutzung der QR-Codes und der Website wurde von der Kommunikationsabteilung der SGD kontinuierlich ausgewertet.	
Jährlicher Austausch mit beteiligten Stakeholdern	Der jährliche Austausch, der im Konzept als Auftrag genannt ist, ist nicht als eigenes Arbeitspaket definiert. Entsprechende Anlässe (RT Behandlungsnetzwerk) fanden jährlich statt, ab 2023 mit Einbezug des Evaluationsteams. So wurden die am Anlass vom 6.7.2023 mit und zwischen den Stakeholdern geführten Diskussionen erfasst und für die Evaluation ausgewertet. Der Anlass wurde als sehr erfolgreich und konstruktiv erlebt. Der nächste Austausch findet statt am 9.7.2023, d.h. nach Abgabe des vorliegenden Evaluationsberichts.	Ist erfüllt

4.3.2 Was lief gut in Massnahme 3? Welche Chancen wurden genutzt?

- **Erfolgreicher Launch der Informationskampagne** im November 2022 mit guter Medienresonanz und guter Nutzung der aufgeschalteten Website. Die zeitliche Verzögerung konnte aufgeholt werden.
- Es werden möglichst **viele unterschiedliche Informationskanäle** genutzt, um die Zielgruppe zu erreichen. Entscheidend sind dabei verschiedene Multiplikatoren, die mit offenem Blick gesucht werden.
Das Projektteam ist kontinuierlich bestrebt, hilfreiche Kontakte zu pflegen und bei den verschiedenen Akteuren/Multiplikatoren Präsenz zu zeigen.
- Die **Erfahrungen der verschiedenen Akteure**, die mit der Zielgruppe zu tun haben, fliessen in die Planung und Umsetzung ein, Chancen **werden genutzt** und die Stakeholder-Kontakte werden positiv erlebt.

4.3.3 Welche Schwierigkeiten oder Risiken gab es?

- Ein Risiko bezüglich der Kommunikationsmassnahmen besteht in einer Sogwirkung auf Personen, die nicht in der Stadt Zürich wohnhaft sind. Aus diesem Grund erfolgt eine sorgfältige Auswahl der genutzten Kanäle. Anhand der aktuell verfügbaren Zahlen kann bislang **keine Sogwirkung** festgestellt werden.
- Sans-Papiers leben oft sehr zurückgezogen. Hinzu kommen Sprachbarrieren. Die Diffusion der Information über die Angebote ist deshalb **anspruchsvoll und aufwändig**.
- Inwiefern die Kommunikationsmassnahmen die Zielgruppe erreichen, ist schwierig abzuschätzen. Es kann auch nicht beziffert werden, welche Wirkung die Kommunikationsmassnahmen tatsächlich auf die Nutzungszahlen haben.
Der direkte Impact ist nicht messbar.

4.4 Bewertung der Umsetzung der Massnahmen 1 – 3

Tabelle 5: Bewertung der Umsetzung der Massnahmen

Frage / Indikator	M	Kommentar	Zwischenbericht 01/23	Bewertung Evaluation 06/23	Bewertung Evaluation 03/2024
Entspricht die Umsetzung dem Auftrag?	1 / 2 / 3	Die Umsetzung entspricht in allen drei Massnahmen dem Auftrag.			
Entspricht die Umsetzung dem Bedarf? Werden Ziele & Massnahmen je nach Bedarf flexibel angepasst?	1	Dank des Einbezugs der Leistungserbringer und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Prozesse & Dokumente entspricht die Umsetzung dem Bedarf der Praxis, Anpassungen & Verbesserungsvorschläge wurden rasch umgesetzt.			
	2	Die Umsetzung ist bedarfsgerecht, Ziele und Massnahmen werden flexibel angepasst.			
	3	Dank dem Einbezug der erfahrenen STEZ sowie der mit der Zielgruppe befassten Akteuren konnte ein bedarfsgerechtes Informationskonzept entwickelt und umgesetzt werden.			
Abgrenzung vom Alltagsgeschäft	1 / 2 / 3	Die Abgrenzung vom Alltagsgeschäft ist klar.			
Wie kommt man vorwärts? Ist man im Zeitplan?	1	Der Rückstand konnte im 2. Jahr aufgeholt werden.			
	2	Auch M2 ist im Zeitplan. Es fehlt noch die Kommunikation des SD in Bezug auf die Frage einer KPÜ.			
	3	Die Informationskampagne wurde verzögert aufgelegt. In der Zwischenzeit ist sie gut am Laufen.			

Legende:



Gut bis sehr gut



Teils erreicht, teils nicht erreicht



Problematisch

5. Aufwände, Kosten, Budget

Das Budget für das dreijährige Pilotprojekt beträgt CHF 4'569'889.-.

Es handelt sich dabei um Ausgaben, die bei den SGD für Lohn- und Sachkosten sowie für Entschädigungen Dritter anfallen.

Das Gesamtbudget sieht wie folgt aus:

Tabelle 6: Gesamtbudget

Massnahmen	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Total CHF
M1: Schaffung von befristeten 1.2 Stellenprozenten bei den SGD für Abklärung, Controlling & Reporting	160'000	160'000	160'000	480'000
M2: Abschluss Leistungsvereinbarung Meditrina	468'295	468'295	468'295	1'404'885
Behandlungskosten (u.a. Netzwerk Meditrina)	100'000	100'000	100'000	300'000
Behandlungskosten Stadtspital	700'000	700'000	700'000	2'100'000
M3: Informationskampagne	30'000	30'000	30'000	90'000
Externe Projektleitung	40'000	40'000	40'000	120'000
Evaluation der Massnahmen	25'000	25'000	25'000	75'000
Total	1'523'295	1'523'295	1'523'295	4'569'885

Zu beachten ist, dass nicht alle Aufwände im Zusammenhang mit dem Pilotprojekt im Projektbudget erfasst sind:

- Die ungedeckten Behandlungskosten des Stadtärztlichen Dienstes SAD/Ambulatorium Kanonengasse sind nicht im Projektbudget enthalten, da es diese Art von Debitorenverlusten bereits vor Projektbeginn gab und diese somit in der bisherigen städtischen Kostenrechnung enthalten sind.
- Behandlungen von Sexarbeiter*innen die via Stadtärztlichen Dienst SAD überwiesen werden und bei welchen die Voraussetzungen für NKV nicht gegeben sind, werden im Rahmen des bereits vor dem Projekt etablierten Public Health-Auftrags übernommen.
- Die SPAZ erbringt Beratungs- und Administrationsleistungen zur Erschliessung von Krankenversicherungen für Sans-Papiers. Diese Leistungen sind Teil der finanziellen Unterstützung der SPAZ seitens Sozialdepartement. Gemäss STRB Nr. 42/2023 beträgt diese Unterstützung in den Jahren 2023-2026 jährlich CHF 90'000.-.

Zusätzlich sind im Budget CHF 40'000 pro Jahr für eine externe Projektleitung vorgesehen. Dieser Betrag wurde nicht genutzt, da die Projektleitung mit bestehenden Ressourcen der SGD erbracht wird, d.h. die Lohnkosten für den Projektleiter werden durch die SGD und nicht aus dem Projektbudget finanziert.

In der Tabelle auf der folgenden Seite sind die Ausgaben innerhalb der einzelnen Massnahmen gemäss Finanzreporting vom 31.3.2024 aufgeführt.

Tabelle 7: Ausgaben innerhalb der einzelnen Massnahmen gemäss Finanzreporting vom 31.3.2024

	2021 (ab 1.7.)			2022			2023			2024 (bis 30.6.)			TOTAL		
Bezeichnung	Kredit	Ist	Diff.	Kredit	Ist	Diff.	Kredit	Ist	Diff.	Kredit	Ist	Diff.	Kredit	Ist	Diff.
Massnahme 1															
Löhne	64'000	-	64'000	128'000	49'560	78'440	128'000	122'293	5'707	64'000	-	64'000	384'000	171'853	212'147
AHV, IV, EO, ALV	5'200	-	5'200	10'400	3'215	7'185	10'400	7'853	2'547	5'200	-	5'200	31'200	11'068	20'132
Pensionskassen	8'800	-	8'800	17'600	3'183	14'417	17'600	10'318	7'282	8'800	-	8'800	52'800	13'501	39'299
Unfall etc.	2'000	-	2'000	4'000	222	3'778	4'000	543	3'457	2'000	-	2'000	12'000	766	11'234
TOTAL	80'000	-	80'000	160'000	56'180	103'820	160'000	141'008	18'992	80'000	-	80'000	480'000	197'189	282'811
Massnahme 2															
LV Meditrina	234'148	234'148	-	468'295	468'295	-	468'295	436'393	31'902	234'148	-66'713	300'861	1'404'885	1'072'123	332'763
Behandlungen STZ u.a.	400'000	50'693	349'307	800'000	368'870	431'130	800'000	571'521	228'479	400'000	57'986	342'014	2'400'000	1'049'069	1'350'931
TOTAL	634'148	284'841	349'307	1'268'295	837'165	431'130	1'268'295	1'007'914	260'381	634'148	-8'727	642'875	3'804'885	2'121'192	1'683'694
Massnahme 3															
Informations-kampagne	15'000	-	15'000	30'000	11'114	18'886	30'000	7'032	22'968	15'000	100	14'900	90'000	18'246	71'754
TOTAL	15'000	-	15'000	30'000	11'114	18'886	30'000	7'032	22'968	15'000	100	14'900	90'000	18'246	71'754
DL Dritter	32'500	734	31'767	65'000	22'671	42'329	65'000	40'530	24'470	32'500	-	32'500	195'000	63'935	131'065
TOTAL	761'648	285'574	476'073	1'523'295	927'130	596'165	1'523'295	1'196'484	326'811	761'648	-8'628	770'275	4'569'885	2'400'560	2'169'325

Innerhalb von **Massnahme 1** wurden jährlich CHF 160'000 budgetiert für die Schaffung von insgesamt 1.2 Stellenwerten in den SGD ab dem 1.7.2021. Davon wurden 0.4 Stellenwerte im Sozialarbeitsteam des Stadtärztlichen Dienstes SAD/Ambulatorium Kanonengasse für Abklärungen im Zusammenhang mit der Erschliessung von Krankenversicherungen per 01.09.2022 befristet bis zum 30.06.2024 besetzt. Die verbliebenen 0.8 Stellenwerte wurden im Projektteam in Form einer Projektassistentenstelle per 1.7.2022 befristet bis zum 30.06.2024 besetzt.

Im Jahr 2021 fielen somit noch keine Personalkosten für Massnahme 1 an.

Auch in den folgenden Jahren waren die Ausgaben jeweils geringer als budgetiert.

Die Ausgaben im Jahr 2024 sind im Finanzreporting vom 31.3.24 und somit auch in Tabelle 7 noch nicht enthalten.

Doch auch ohne diese Angaben ist klar erkennbar, dass v.a. auf Grund der späteren Anstellungszeitpunkte die **Ausgaben in Massnahme 1 deutlich geringer sind als budgetiert**.

Per 31.03.2024 – ohne die 2024 anfallenden Aufwände – beträgt die Differenz CHF 282'811.

Die relevanten Ausgaben, die bei der Budgetierung auch die grössten Unsicherheiten darstellten, fallen im Rahmen von Massnahme 2 an, d.h. bei der Finanzierung von medizinischen Behandlungen von Personen ohne Krankenversicherung. Dafür stehen jährlich gemäss Budget knapp CHF 1.27 Mio. zur Verfügung, d.h. CHF 468'295 für ungedeckte Kosten bei Meditrina (gemäss Leistungsvereinbarung) sowie CHF 100'000 für ungedeckte ambulante medizinische Behandlungen insb. im Netzwerk Meditrina sowie CHF 700'000 für ambulante und stationäre Behandlungen im STZ. Die letzten beiden Beträge werden unter dem gleichen Konto verbucht («Übriger Betriebsaufwand»).

Per 31.3.2024 resultiert in **Massnahme 2** gegenüber dem Budget ein Plus von CHF 1'683'693.

Das Budget für medizinische Leistungen ist somit bei weitem nicht ausgeschöpft.

Zusätzlich ist davon auszugehen, dass bei den Leistungserbringern, d.h. vor allem beim Stadtspital, Abschreibungen in Höhe der übernommenen Behandlungskosten wegfallen. Detailliertere Angaben zu den Ausgaben für medizinische Behandlungen finden sich im Kap. 6.4.1.

Anzumerken ist, dass 2023 unter «Übriger Betriebsaufwand» auch CHF 131'579.- an das STZ überwiesen wurden, um administrative Aufwendungen abzugelten. Im Antrag des STZ wurden die Aufwendungen detailliert aufgelistet.

Für **Massnahme 3**, d.h. für Kommunikationsmassnahmen, sind jährlich CHF 30'000 budgetiert. Auch hier **liegen die tatsächlichen Ausgaben per 31.3.2024 weit darunter**. Per 31.3.2024 betragen die Gesamtausgaben für die Kommunikationskampagne CHF 18'246, das entspricht ca. einem Fünftel des budgetierten Betrags.

Insgesamt liegen die getätigten Ausgaben weiter unterhalb des bewilligten Budgets. Auch wenn im Finanzreporting vom 31.3.2024 noch nicht alle Ausgaben bis Ende der Projektlaufzeit erfasst sind, wird sich dies nicht mehr massgeblich ändern.

Insgesamt handelt es sich beim Pilotprojekt um ein sehr **kostengünstiges und effizientes Modell der Gesundheitsversorgung**. Neben den vergleichsweise tiefen Kosten erspart es der Stadt Zürich unnötige Debitorenverluste im Stadtspital und längerfristig auch Folgekosten bei den Patient:innen.

6. Resultate und erzielte Wirkungen

6.1 Vorbemerkungen zu den verfügbaren Kennzahlen

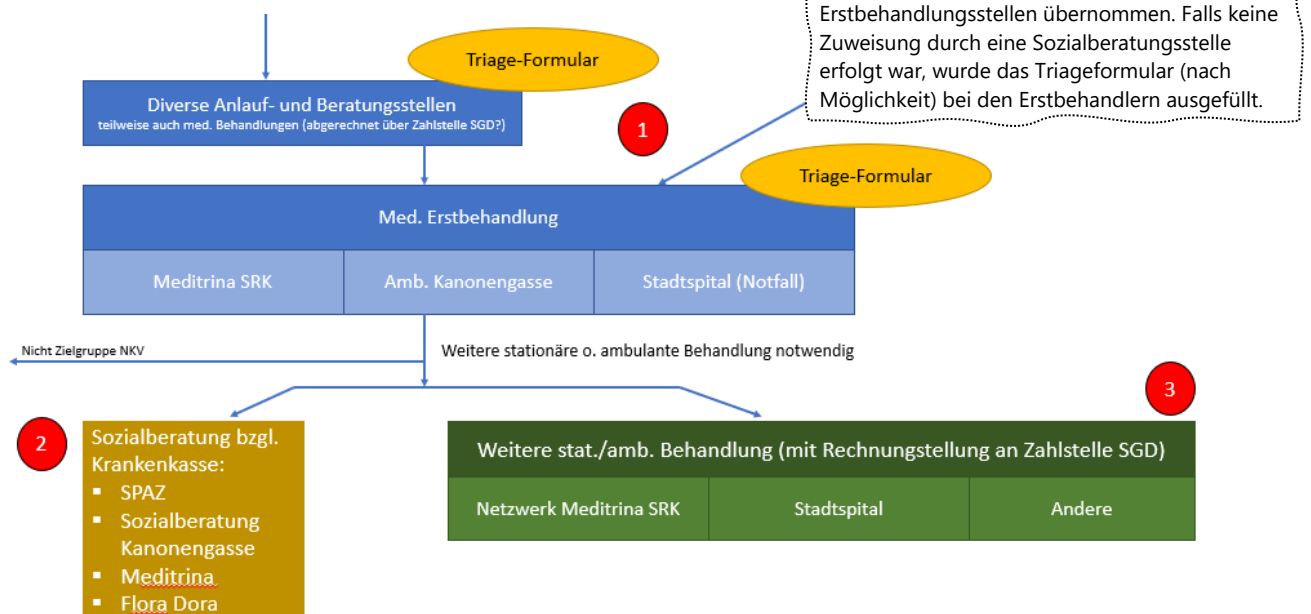
Um aussagekräftige Erkenntnisse zur Wirkung der Massnahmen des Pilotprojekts zu erhalten, sind Informationen und Daten notwendig. Die Evaluation umfasste deshalb auch das Monitoring der Kennzahlen, die von den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt wurden bzw. aus dem Informationssystem des Stadtärztlichen Dienstes extrahiert werden konnten.

Im Ablaufschema zum Gatekeeping-Modell (Abb. 2) gibt es dazu drei Versorgungskontexte, in denen die Daten, die vom Evaluationsteam definiert worden sind, erhoben werden können:

1. Die medizinischen Erstbehandlungsstellen (Meditrina SRK, Stadtärztlicher Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse und Notfall Stadtspital) verfügen über soziodemografische Daten und Zahlen zur Nutzung.
2. Die Sozialberatungsstellen (insb. SPAZ, Kanonengasse) verfügen über Zahlen zur Beratung bzgl. Erschliessung einer Krankenkasse und Prämienvorbereitungen.
3. Die Zahlstelle SGD erhält detaillierte Angaben und Abrechnungszahlen zu den stationären & ambulanten Behandlungen, die im Stadtspital, von den Netzwerkpartnern von Meditrina und weiteren Leistungserbringern ohne Leistungsvereinbarung erbracht werden.

Zusätzlich zu erwähnen sind Behandlungen ausserhalb des Gatekeeping-Konzepts, die bislang nicht über das Projektbudget finanziert werden, die aber für das zu verstetigende Modell ggf. auch zu berücksichtigen sind.

Abbildung 2: Schematische Darstellung des Gatekeeping-Modells



Gemäss Gatekeeping-Modell sollte für jede Person, die eine medizinische Behandlung erhält, ein Triage-Formular ausgefüllt werden. Diese Triage-Formulare enthalten alle wichtigen Informationen, die Auskunft geben können über die Wirkung der Massnahmen des Pilotprojekts. So wäre anhand dieser Daten z.B. auch erkennbar, wie viele Personen die medizinischen Erstbehandlungsstellen aufsuchen, die nicht zur Zielgruppe des Pilotprojekts gehören, weil sie z.B. über eine europäische Krankenversicherung verfügen oder weil sie nicht in der Stadt Zürich wohnhaft sind. Es hat sich jedoch gezeigt, dass in vielen Fällen dieses Triage-Formular nicht ausgefüllt wird, da es für die Erstbehandler im hektischen Alltag einen unverhältnismässigen Mehraufwand verursacht. Gemeinsam mit der Projektleitung wurde deshalb entschieden, dass das Ausfüllen der Triage-Formulare keine Pflicht ist.

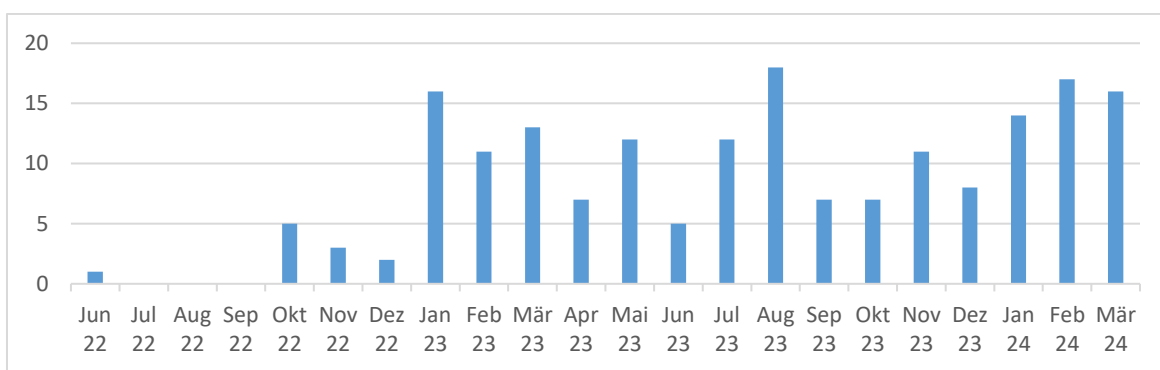
Zumindest für die Behandlungen, die über die Zahlstelle SGD abgerechnet werden, liegen die Informationen in anderer Form vor (Überweisungen, Rechnungen).

Ausgehend vom Triage-Formular wurde anfangs 2023 definiert, welche Kennzahlen seitens der Leistungserbringer notwendig sind, um Aussagen zu den Wirkungen der Massnahmen sowie – wie im Evaluationsauftrag gefordert – zu den Merkmalen der Nutzer:innen des Versorgungsangebots machen zu können. Dabei galt es, erstens den Aufwand seitens der Leistungserbringer möglichst gering zu halten und zweitens Bedenken bezüglich Datenschutz ernst zu nehmen.

6.2 Erfassung der Triage-Formulare

Alle ausgefüllten Triage-Formulare wurden durch das Projektteam erfasst. Zwischen Juni 2022 und Ende März 2024 wurden insgesamt 185 Formulare erfasst. Im Zeitverlauf sieht dies wie folgt aus:

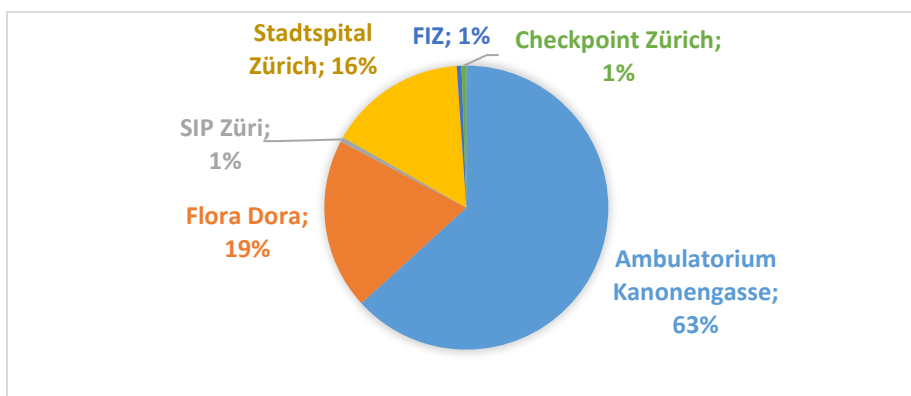
Abbildung 3: Anzahl ausgefüllte Triage-Formulare im Zeitverlauf



Erkennbar ist dabei, dass das Triage-Formular effektiv erst ab Januar 2023 genutzt wurde. Gleichzeitig ist die **Anzahl ausgefüllter Formulare gering** – jedenfalls weit unter den Fallzahlen. Gemäss Projektteam lagen im Juni 2023 erst bei ca. 12% der Rechnungen an die Zahlstelle SGD ein Triage-Formular vor. Dies liegt u.a. daran, dass von Meditrina SRK keine Triage-Formulare übermittelt werden, weil die gleichen Informationen bereits in ihrem System erfasst werden und die Ressourcen fehlen, zusätzlich auch noch das Formular auszufüllen.

Die grosse Mehrheit (63%) der erfassten Triage-Formulare stammte vom Städtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse, 19% von Flora Dora und 16% vom Stadtspital Zürich. Diese Verteilung blieb im Zeitverlauf mehr oder weniger stabil. Anzumerken ist, dass in einzelnen Fällen für einen/eine Patient:in durch verschiedene Stellen ein Formular ausgefüllt wurde. Diese sind in den Daten doppelt gezählt, weil das nachträgliche Aussortieren der Doubletten im Vergleich zum Mehrwert an Erkenntnissen einen unverhältnismässigen Aufwand darstellt.

Abbildung 4: Von wem wurden Triage-Formulare ausgefüllt?



6.3 Entwicklung der Fallzahlen der Erstbehandlungsstellen

Eine aus Evaluationssicht zentrale Frage betrifft die Entwicklung der Anzahl medizinischer Behandlungen in den verschiedenen Erstbehandlungsstellen im Zeitverlauf. Dies betrifft – wie im Konzept und im Gatekeeping-Modell vorgesehen – den Stadtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse, die Meditrina-Praxis sowie die Notfallstationen des Stadtspitals.

Bereits vor dem Start des Pilotprojekts lag die Zuständigkeit für die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung im Wesentlichen bei diesen Stellen.

6.3.1 Entwicklung der Fallzahlen im Ambulatorium Kanonengasse

Im Stadtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse sah die Entwicklung der Fallzahlen (Patient:innen und Konsultationen) wie folgt aus:

Tabelle 8: Entwicklung der Fallzahlen beim Stadtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse

	2. Sem 21	1. Sem 22	2. Sem 22	Q1 23	Q2 23	Q3 23	Q4 23	Q1 24
Gynäkologische Sprechstunde								
Anzahl Pat.	220	227	258	143	129	124	95	107
Anzahl Konsultationen	486	475	509	233	198	213	150	175
Allgemeinmedizinische Sprechstunde								
Anzahl Pat.	88	108	158	72	67	74	69	85
Anzahl Konsultationen	166	265	321	150	153	213	211	279

Die Zahlen beinhalten nur Patient:innen, die die Kriterien der Zielgruppe NKV erfüllen. Die meisten dieser Personen (ca. 70%) kamen auf eigene Initiative, die restlichen Personen wurden durch Beratungsstellen oder soziale Institutionen oder auch durch Bezugspersonen und vereinzelt durch Kliniken oder Ärzt:innen zugewiesen – dies gilt gleichermassen für die allgemeinmedizinische wie auch für die gynäkologische Sprechstunde.

Im Vergleich zur Zeit vor dem Start des Pilotprojekts ist **in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde ein Anstieg der Anzahl Konsultationen** feststellbar.¹ Dieser Anstieg setzte sich – wenn auch auf schwächerem Niveau – während der Projektlaufzeit fort.

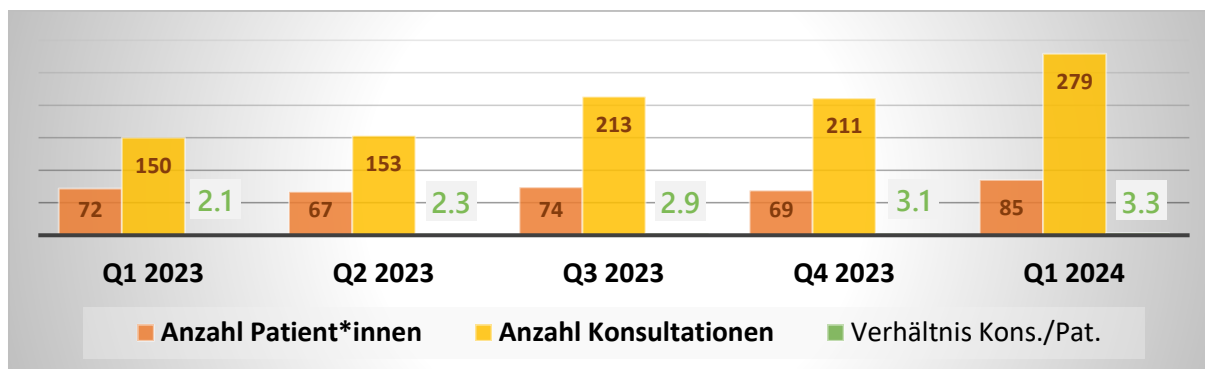
In der gynäkologischen Sprechstunde sind hingegen **kaum Veränderungen** feststellbar.

Von Bedeutung ist dabei, dass in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde auch **die Anzahl Konsultationen pro Patient:in zugenommen hat**, d.h. immer mehr Patient:innen nahmen mehrere Konsultationen in Anspruch. Während im zweiten Semester 2021 das Verhältnis Konsultation/Patient:in 1.9 betrug, waren es im ersten Quartal 2024 bereits 3.3.

Dieser substanzielle Anstieg weist darauf hin, dass dank dem Pilotprojekt **nicht mehr nur einmalige Notfallbehandlungen** stattfanden, sondern dass die Zielgruppe Zugang hat zu einer medizinischen Grundversorgung, die je nach Situation über längere Zeiträume wiederholte Konsultationen erfordert.

¹ Gemäss STRB 1015 gab es 2019 269 allgemeinmedizinische Konsultationen von Menschen ohne Krankenversicherung, wobei dabei auch Menschen mitgezählt wurden, die nicht in der Stadt Zürich wohnhaft waren.

Abbildung 5: Verhältnis Patient:innen/Konsultationen in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde 2023/2024



In der gynäkologischen Sprechstunde ist keine solche Entwicklung erkennbar, vermutlich weil dort wegen des zuvor schon bestehenden Public-Health-Auftrags schon immer alle Patient:innen unabhängig von der Garantensituation untersucht und behandelt wurden.

6.3.2 Entwicklung der Fallzahlen bei Meditrina SRK

Bei Meditrina waren es vor dem Start des Pilotprojekts gemäss STRB 1015/2020 ca. 320 – 400 Patient:innen und ca. 1000 – 1200 Konsultationen pro Jahr (d.h. 500 – 600 Konsultationen pro Semester). Im Vergleich dazu war die Anzahl der Konsultationen ab dem Start des Pilotprojekts höher, blieb seither aber auf diesem höheren Niveau stabil. Der Anstieg wird dabei nicht direkt mit dem Pilotprojekt in Verbindung gebracht, sondern u.a. auch der Covid-19-Pandemie zugeschrieben.

Tabelle 9: Entwicklung der Fallzahlen bei Meditrina SRK

	2. Sem 21	1. Sem 22	2. Sem 22	1. Sem 23	2. Sem 23	Q1 24
Anzahl Pat. ²	290	306	279	264	272	178
Anzahl Konsultationen	920	927	776	817	887	424

In Bezug auf die Anzahl Patient:innen ist zu beachten, dass bei einer Aufschlüsselung auf einzelne Semester bzw. Quartale ein **erheblicher Anteil von Patient:innen mehrfach gezählt** wurde, weil sich ihre Behandlung über mehrere Semester bzw. Quartale hinzog. Die Meditrina-Praxis übernahm und übernimmt somit nicht nur die medizinische Erstversorgung, sondern sie bietet einem grossen Teil dieser Menschen ohne Versicherung eine **Grundversorgung mit längerfristigen Behandlungen**. **Mit Blick auf den Auftrag und den präventiven Effekt bei dieser vulnerablen, aber versorgungsfernen Gruppe ist dies positiv zu bewerten.**

Wichtig ist die Anmerkung, dass die Zahlen von Meditrina auch Personen umfassen, die nicht zur Zielgruppe NKV gehören. Wie die aggregierten Angaben zu den Nutzer:innen zeigen (s. Kap. 6.5), werden teilweise auch Menschen behandelt und mitgezählt, die nicht in der Stadt Zürich wohnhaft sind oder die über eine Krankenversicherung verfügen. Weil das SRK diese Praxis nicht ausschliesslich für die Bevölkerung der Stadt Zürich betreibt, ist die Abgrenzung unter Wahrung der Niederschwelligkeit und Anonymität kaum in einem Mass zu bewerkstelligen, welches im Verhältnis zu Nutzen und Kosten den dafür notwendigen zeitlichen und administrativen Aufwand rechtfertigt.

² Diese Zahlen beinhalten auch Personen, die Meditrina aufgesucht haben, ohne dass es zu einer Behandlung kam.

6.3.3 Selbsteinweiser im Stadtspital Zürich

Gemäss STRB 1015/2020 ist auch die Notfallstation des Stadtspitals als Erstbehandlungsstelle zugelassen. Aus Evaluationssicht interessiert deshalb auch die Anzahl der Selbsteinweiser im Vergleich zur Gesamtzahl der Konsultationen im Stadtspital.

Tabelle 10: Entwicklung der Fallzahlen der Selbsteinweiser im Stadtspital

	Q1 23	Q2 23	Q3 23	Q4 23	Q1 24
Anzahl Konsultationen	8	8	18	9	10

Wie obenstehende Tabelle zeigt, ist die **Anzahl Selbsteinweiser gering**. Im Vergleich zur Gesamtzahl der Konsultationen sind es je nach Zeitraum zwischen 15 und 20% der Fälle.

Bei den Behandlungen im Stadtspital, die zur Zielgruppe NKV gehören und über die Zahlstelle SGD abgerechnet werden, handelt es sich somit zu einem grossen Teil um weiterführende Behandlungen nach einem ersten Kontakt mit Meditrina SRK (und Ärzt:innen aus deren Netzwerk), dem Stadtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse oder auch einer Beratungs- und Anlaufstelle.

Weitere Kennzahlen zu den Behandlungen am Stadtspital sind weiter unten im Kapitel zu den Behandlungskosten aufgeführt (Kap. 6.4.1).

6.3.4 Fazit zur Entwicklung der Fallzahlen

Die Zahlen zur Entwicklung der medizinischen Fallzahlen der Erstbehandlungsstellen zeigen:

- Einen **leichten Anstieg der Angebotsnutzung der medizinischen Erstbehandlungsstellen** durch nichtkrankenversicherte Personen – eine signifikante Veränderung ist indessen nicht feststellbar. Der (leichte) Anstieg kann möglicherweise auch auf Grund der Covid-19-Pandemie verursacht sein.
- Die **Anzahl Konsultationen pro Patient:in steigt**. Im Hinblick auf eine medizinische Grundversorgung, die präventiv auch komplexe Verläufe bei chronischen Krankheiten in den Blick nimmt, ist dies positiv zu bewerten.
- Die **Fallzahlen und Fallschwere sind tiefer als in der Gesamtbevölkerung** (im Vergleich mit der BFS-Gesundheitsstatistik). **Inwiefern von einer Unterversorgung auszugehen ist und ob das im Endeffekt für eine gute Versorgungsqualität relevant ist, lässt sich aktuell nicht beantworten.** Bei der Beurteilung ist eine **populationsbezogene Gewichtung** vorzunehmen (junge Männer, Zuwarten mit Inanspruchnahme generell und kulturell, Kostenvermeidung und Angst vor Sanktionen der Migrationsbehörden). **Diese Aspekte könnten erklären, warum deutlich weniger Konsultationen stattfinden ohne dass dies zu einer Unterversorgung der Zielgruppe führt.** Für eine belastbare Beurteilung braucht es einen Vergleich mit Genf sowie längere Datenreihen und insb. eine Analyse der Kosten und der Schwere der Fälle.
- Nicht überprüft werden konnte, ob durch die Kommunikationsmassnahmen vermehrt auch **neue Patient:innen erreicht werden können oder konnten bzw. ob ein langjähriger Klient:innenstamm wiederholend angesprochen und versorgt wird.**

Anzumerken ist, dass die Zahlen des Stadtärztlichen Dienstes SAD/Ambulatorium Kanonengasse und der Meditrina-Praxis nicht direkt vergleichbar sind, da sie nicht auf den gleichen Einschlusskriterien beruhen. Während im Stadtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse die Zielgruppen-Zugehörigkeit explizit geprüft wird, ist das bei Meditrina nicht der Fall. Bei Meditrina werden grundsätzlich nur Sans-Papiers behandelt, sie können jedoch auch ausserhalb der Stadt Zürich wohnhaft sein. Der Lebensmittelpunkt wird nur bei denjenigen explizit geprüft, die in die bezahlten Angebote des NKV-Projekts weiterverwiesen werden.

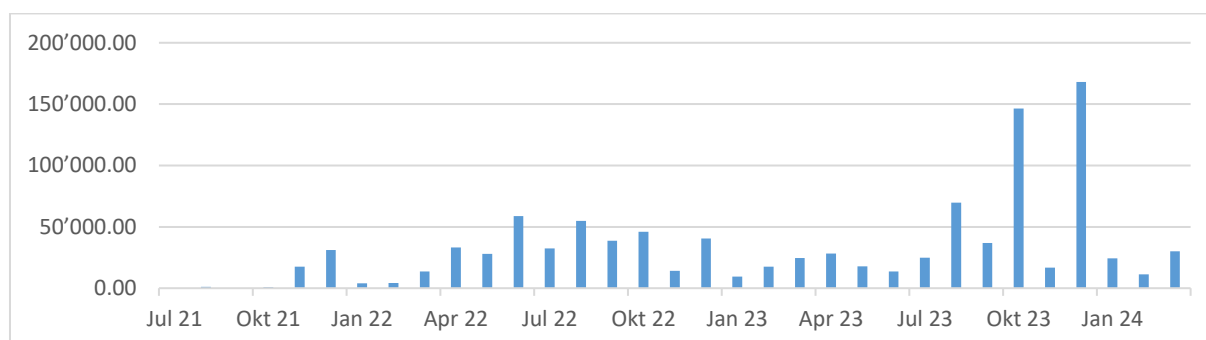
6.4 Kosten und Finanzierung der med. Behandlungen

6.4.1 Entwicklung der Behandlungskosten

Die effektiv anfallenden Kosten für die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung wurden vor dem Start des Pilotprojekts nicht erfasst. Dank dem Pilotprojekt sind nun erstmals genauere Aussagen und Angaben zur Grössenordnung möglich.

Die folgende Abbildung zeigt die Beträge, die seit dem Start des Pilotprojekts bis Ende März 2024 über die Zahlstelle SGD abgerechnet wurden. Wie schon erwähnt, sind die Aufwände für Behandlungen beim Stadtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse sowie in der Meditrina Praxis darin nicht enthalten, da diese nicht über die Zahlstelle SGD abgerechnet werden.

Abbildung 6: Summen der monatlich durch die Zahlstelle SGD bezahlten Rechnungen 2021 - 2024



Im gesamten Zeitraum wurden durch die Zahlstelle SGD bislang CHF 1'059'256.-³ übernommen für ungedeckte medizinische (ambulante und stationäre) Behandlungskosten. Das Budget wird damit zu weniger als der Hälfte ausgeschöpft.

Einzelrechnungen wurden hauptsächlich aufgrund von ärztlichen Überweisungen aus dem Stadtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse und der Meditrina übernommen. Mehrheitlich handelte es sich dabei um Leistungen, die vom Stadtspital Zürich erbracht wurden. **Die Abgeltung der Leistungen entspricht somit den Vorgaben des Gatekeeping-Konzepts.** Ein kritisches Muster in Bezug auf Diagnosen oder involvierte Zuweiser oder Leistungserbringer lässt sich nicht erkennen.

Zu beachten ist, dass die Zahlen vom Dezember 2023 auch administrative Aufwände des STZ von CHF 131'579.- beinhalten, die als ein Patient/eine Rechnung gezahlt wurden.

Auch jeweils als ein Patient/eine Rechnung gezahlt wurde im April 2022 ein Kostenanteil von CHF 20'000.- an Checkpoint Zürich SeGZ, im Juni 2022 CHF 8'033.- an das Fachspital Sune-Egge und im Oktober 2022 CHF 15'000.- an Checkin Zollhaus.

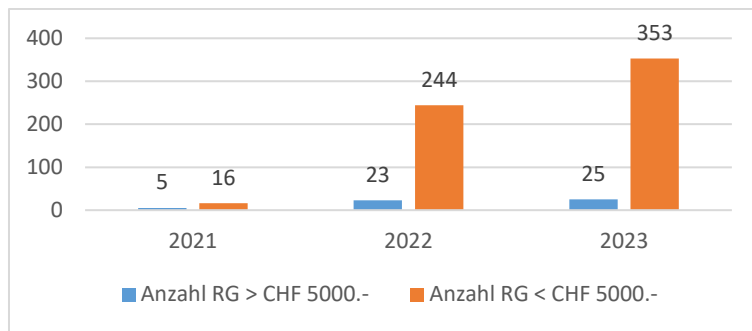
Ohne diese Pauschalbeträge betrugen die Gesamtkosten CHF 884'644.-. Es handelte sich um 739 Rechnungen, die für 557 Patient:innen bezahlt wurden. **Der durchschnittliche Betrag pro Patient:in belief sich somit auf CHF 1'588.20.** Im Zeitverlauf fällt auf, dass die **Anzahl Rechnungen eher steigt**, der durchschnittliche **Betrag pro Rechnung jedoch sinkt** (mit Schwankungen).

Insgesamt gibt es **nur wenige Patient:innen, die sehr hohe Kosten verursachen.**

Von 2021 bis 2023 gab es nur gerade 53 Rechnungen mit Beträgen über CHF 5'000.-, das entspricht 8.6% aller Rechnungen. Davon betrafen wiederum rund drei Viertel Beträge zwischen CHF 5'000.- und 10'000.-.

³ Diese Zahl ist um CHF 10'187.- höher als im Finanzreporting vom 31.3.2024 (Kap. 5). Der Grund liegt darin, dass Rechnungen meist mit einer gewissen Verzögerung eintreffen und im Finanzreporting, welches zeitnah im Folgemonat erstellt wird, somit teilweise noch fehlen.

Abbildung 7: Rechnungen > CHF 5000.- versus Rechnungen < CHF 5000.-



Der in der Tabelle 6 ersichtliche Ausreisser im Oktober 2023 erklärt sich durch eine einzige Rechnung von über CHF 80'000. Solche Fälle sind zwar sehr selten, aber mehrere solche teure Hochkostenfälle können die Einhaltung des Budgets gefährden. Dieser Fall hat die Notwendigkeit einer Obergrenze für die Kostenübernahme aufgezeigt. Aufgrund der verfügbaren Daten zur Inanspruchnahme und zu den Kosten wurde deshalb entschieden, die **Obergrenze auf CHF 15'000.- pro Fall festzulegen**. Im Jahr 2023 waren nur gerade 4 Rechnungen des Stadtsitals höher als CHF 15'000, im Jahr 2022 waren es zwei.

Der Blick auf die Ausgaben pro Monat zeigt **keinen Anstieg nach dem Start der Kommunikationskampagne** im November 2022. Dies lässt den Schluss zu, dass die Kommunikation keine Sogwirkung ausgelöst hat. Zu beachten ist aber auch, dass Rechnungen jeweils mit einer gewissen Verzögerung eintreffen.

6.4.2 Eigenbeteiligung der Patient:innen

Auch eine Kostenbeteiligung der Patient:innen ist gemäss Auftrag vorgesehen. Ein entsprechender Prozess wurde im ersten Halbjahr 2023 in der AG Gatekeeping (Teilarbeitsgruppe Best Practice KK-Beratung) erarbeitet (siehe F-2). Vorgesehen ist, dass anlässlich der Beratung zur Erschliessung einer Krankenkasse – wenn keine Krankenkasse abgeschlossen wird – ein Einzahlungsschein abgegeben wird. Ob dies der Fall ist, wird in den Reportingdaten zu den Sozialberatungen erfasst.

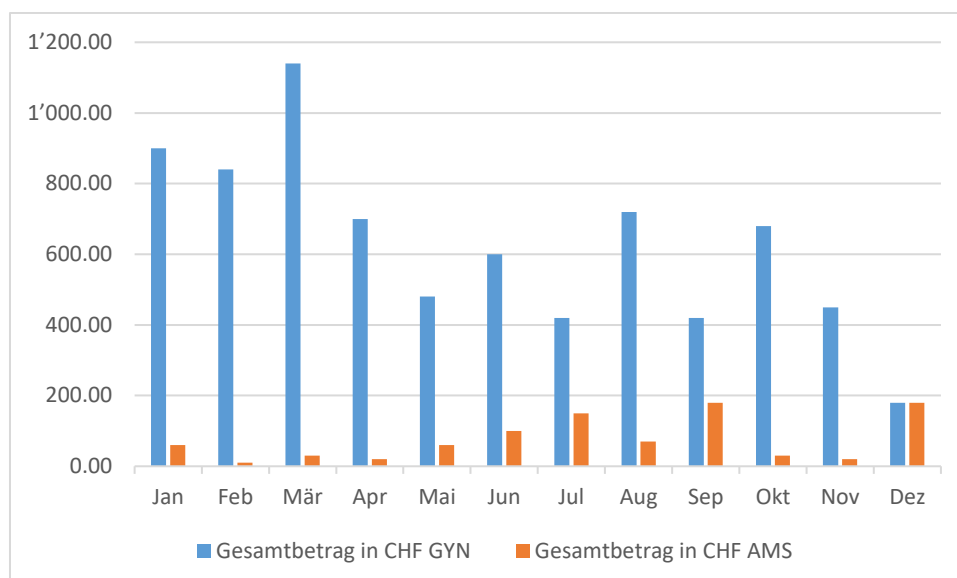
Diese zeigen, dass im Ambulatorium Kanonengasse von Januar bis März 2024 nur eine Person einen Einzahlungsschein erhielt (bei insgesamt 48 Beratungen). Bei der Meditrina war es im Februar und März 2024⁴ auch nur eine einzige Person (bei 12 Beratungen).

Es ist davon auszugehen, dass die Beratenden auf die Abgabe eines Einzahlungsscheins verzichten, wenn die Beratung ergibt, dass keine Kostenbeteiligung zu erwarten ist.

Wie erwartet wurden dadurch nur sehr geringe Einnahmen erzielt. Die Tabelle 13 auf der nächsten Seite zeigt die Gesamtbeträge pro Monat im Jahr 2023, die von Patient:innen des Stadtärztlichen Dienstes SAD/Ambulatorium Kanonengasse bar einbezahlt wurden. Es gab bislang keine Einzahlung mittels Einzahlungsschein, möglicherweise weil Patient*innen sich davor fürchteten, bei einer Einzahlung persönliche Angaben preiszugeben.

⁴ Keine Erfassung im Januar 2024.

Tabelle 11: Eigenbeteiligung Patient:innen Ambulatorium Kanonengasse (GYN und AMS) 2023



Die Eigenbeteiligungen sind nicht nur insgesamt, sondern mit durchschnittlich CHF 45.- auch pro Person sehr gering. Es stellt sich deshalb die Frage, ob der Inkassoaufwand im späteren Nutzbetrieb gerechtfertigt ist oder ob aus prinzipiellen Erwägungen («Gesundheitsleistungen kosten») an die Eigenbeteiligung appelliert und dabei systematisch Hinweise auf die Behandlungskosten gemacht und Einzahlungsscheine ausgehändigt werden sollen.

6.5 Medizinische Behandlungen ausserhalb des Gatekeeping-Modells

Für die Evaluation und die Verstetigung relevant ist die Frage nach Behandlungen ausserhalb der im Gatekeeping-Modell vorgesehenen Leistungserbringer. Im dritten Jahr wurden deshalb grosse Anstrengungen unternommen, um bei den verschiedenen Leistungserbringern entsprechende Zahlen oder Schätzungen einzuholen.

6.5.1 Ambulante Behandlungen ausserhalb des Gatekeeping-Modells

Was **ambulante Behandlungen** betrifft, so sind Behandlungen **ausserhalb des Gatekeeping-Modells vernachlässigbar**. Erstens werden weiterführende ambulante Behandlungen nach einer Überweisung durch eine Erstbehandlungsstelle auch durch das Projektbudget finanziert. Zweitens gibt es zwar Akteure, die für bestimmte Personen und in bestimmten Fällen auch eine medizinische Grundversorgung übernehmen. Jedoch handelt es sich dabei um klar definierte Nischen, die vom Ambulatorium Kanonengasse oder von der Meditrina-Praxis nicht oder weniger gut abgedeckt werden können (z.B. Checkin Zollhaus im Fall von speziellen übertragbaren Krankheiten bei Sexarbeiterinnen).

Vereinzelte gab es Anfragen, im zu verstetigenden Modell auch als Erstbehandlungsstelle fungieren zu können. Dies betrifft insb. Checkpoint Zürich SeGZ in Bezug auf HIV-Medikationsnotfälle. Deren Antrag wird im Hinblick auf das zu verstetigende Modell geprüft. Für die Verlängerung ab 1.7.2024 ist dies (noch) nicht möglich, da keine Zweckänderung möglich ist. Eine Ausweitung auf weitere Erstbehandlungsstellen ist darin nicht vorgesehen.

Ansonsten ergeben die Experteninterviews, dass das Gatekeeping-Konzept mittlerweile gut bekannt ist und dass Patient:innen i.d.R. zu den definierten Erstbehandlungen geschickt werden.

6.5.2 Stationäre Behandlungen ausserhalb des Gatekeeping-Modells

Kritischer sieht es in Bezug auf stationäre Behandlungen aus, da diese, gemäss STRB 1015/2020, ausschliesslich im Stadtspital Waid und Triemli (STZ) über das Projektbudget finanziert werden können. Dadurch bestehen **Versorgungslücken insbesondere im Bereich der stationären Psychiatrie**, aber auch **in anderen Disziplinen wie z.B. der Suchtmedizin bzw. bei komplexen Fällen, die vom Stadtspital nicht übernommen werden können**. Im Hinblick auf das zu verstetigende Modell war es deshalb notwendig, Informationen einzuholen zu stationären Behandlungen von Menschen ohne Krankenversicherung aus der Stadt Zürich bei anderen Leistungserbringern als dem Stadtspital. Die Abklärungen im letzten Jahr der Projektlaufzeit führten zu folgenden Ergebnissen:

Tabelle 12: Stationäre Behandlungen bei Leistungserbringern (LE) ausserhalb des Gatekeeping-Modells

LE	Kennzahlen und Schätzungen zu Leistungsarten und -mengen
PUK	Es wurden rückwirkend alle Fälle aus dem Jahr 2023 herausgesucht, die zur Zielgruppe NKV gehören. Dabei konnten lediglich drei stationäre Fälle ausgewiesen werden, die alle den gleichen Patienten betreffen (die Gesamtkosten betragen ca. CHF 11'000.-). Viele Fälle von nichtkrankenversicherten Personen wurden ausgeschlossen, weil die Anforderungen zum Lebensmittelpunkt entweder nicht erfüllt oder nicht bekannt waren. Diese Fälle werden entweder vom kantonalen Sozialamt übernommen oder abgeschrieben. Weil auf Grund von Hinweisen aus den Expertengesprächen klar ist, dass der Bedarf nach stationären psychiatrischen Leistungen grösser sein muss, wurde eine erweiterte Gesprächsrunde durchgeführt, um die praktischen Schwierigkeiten bei der Erfragung der Lebensumstände von psychisch kranken Patient:innen und Schätzungen zu den zu erwartenden Mengengerüsten zu diskutieren. Das Evaluationsteam hat dazu einen Fragekatalog erstellt, der dem Team der Sozialen Arbeit der PUK im Vorfeld zustellt wurde. Eine grobe Schätzung durch Mitarbeitende der PUK ergibt ca. 120 Fälle von nichtkrankenversicherten Personen pro Jahr, hinter welchen ca. 60 Patient:innen vermutet werden. Ca. die Hälfte dieser Fälle wird durch Patient:innen generiert, die immer wieder eintreten (Drehtüreffekt), wegen fehlender Finanzierungsmöglichkeiten aber unterversorgt bleiben. Aktuell werden in diesen Fällen nur Notfallbehandlungen durchgeführt, welche ca. 5-6 Tage dauern und ca. CHF 1'000.-/Tag kosten. Der Lebensmittelpunkt ist zwar häufig unbekannt, wird aber in 80-90% der Fälle in der Stadt Zürich verortet. Diese Angaben sind im Einklang mit den im übrigen Behandlungsnetzwerk erhaltenen Angaben. Fazit: Die PUK wird im Antrag an den Gemeinderat für ein zu verstetigendes Modell als Leistungserbringerin für stationäre psychiatrische Behandlungen aufgenommen. Die Projektleitung schätzt den dafür notwendigen Betrag auf max. CHF 300'000.-. Diese Schätzung beruht auch auf dem Vergleich mit dem bisherigen jährlichen Aufwand von ca. CHF 400'000 für Überweisungen der erstbehandelnden Stellen an somatische Einrichtungen für dieselbe Population. Es wird angenommen, dass der Gesamtaufwand für somatische Behandlungen in der Regel höher ausfällt als für psychiatrische. Es handelt sich hierbei um eine initiale Aufwandschätzung für das erste Betriebsjahr nach Projektende. Danach werden die Budgetposten jährlich aufgrund des effektiven Aufwands angepasst.
USZ	Das USZ meldete nach ausführlicher Prüfung, dass ein Reporting gemäss den (Mindest-) Anforderungen der Evaluation nicht möglich ist. Die internen Abläufe und Prozesse erlauben es nicht, die Fälle, die zur Zielgruppe NKV gehören, zu identifizieren. Insgesamt sei das Thema Sans-Papiers für das USZ von marginaler Bedeutung und die Anzahl der Fälle eher am Sinken. Fazit: Im Hinblick auf das zukünftige Versorgungsmodell wird ein Durchschnittswert für Leistungen für nichtkrankenversicherte Personen von CHF 330'000.-/Jahr angegeben. Dieser Betrag ergibt sich durch eine Schätzung von 10 stationären Fällen pro Jahr, mit einer Baserate von CHF 11'000.- und einem Kostengewicht von 3. Somit müssten wohl die meisten dieser Fälle versichert werden und es wird kein zusätzliches Budget für die Zahlstelle SGD benötigt. Das USZ wird aber als Leistungserbringerin für spezielle stationäre Behandlungen im Vorschlag für ein zukünftiges Versorgungsmodell aufgenommen.

Fachspital Sune-Egge	Im Fachspital Sunne-Egge für Abhängigkeitserkrankungen der Sozialwerke Pfarrer Sieber konnten von Januar 2023 bis März 2024 rückblickend vier Personen identifiziert werden, die zur Zielgruppe NKV gehören (d.h. Wohnsitz in der Stadt Zürich seit mehr als drei Monaten) und die stationär behandelt wurden. Die Gesamtkosten für diese vier Personen belaufen sich auf CHF 53'000, wobei die Fallkosten in einem Fall CHF 27'000.- betragen (die Übernahme durch die Zahlstelle SGD wäre in diesem Fall ausgeschlossen da > CHF 15'000). Fazit: Es wird vorgeschlagen, im zu verstetigenden Versorgungsmodell ab 1.7.2026 stationäre Behandlungen im Fachspital Sune-Egge bis CHF 15'000.- nach ärztlicher Überweisung durch die Erstbehandlungsstellen zu übernehmen (notfallmässige Zuweisungen aus der eigenen Notfallpraxis können nicht berücksichtigt werden). Dafür ist initial ein Budget von CHF 50'000.- vorgesehen. Sobald die Massnahmen verstetigt sind, kann das Budget jährlich entsprechend den effektiven Ausgaben im Vorjahr angepasst werden.
-----------------------------	---

Es wurden diejenigen Leistungserbringer berücksichtigt, die von der Projektleitung und/oder von den in den Experteninterviews befragten Personen als für das Projekt und die Zielgruppe relevant eingestuft wurden. Dabei wurde zusätzlich zu den genannten Spitälern auch die dem GUD unterstellte Suchtfachklinik Zürich genannt. Diese kommt für nichtkrankenversicherte Sans-Papiers jedoch nicht in Frage, weil die Aufenthaltskosten stets über CHF 15'000.- liegen.

Anzumerken ist, dass bei den verschiedenen Leistungserbringern mehrere Anläufe über verschiedene Kanäle notwendig waren, um Informationen zu Leistungen für nichtkrankenversicherte Personen zu erhalten. Nicht nur die Kontaktaufnahme, auch die Erfassung und Erhebung entsprechender Daten erwies sich als deutlich anspruchsvoller als gedacht.

6.6 Merkmale der Nutzer:innen

Zum Evaluationsauftrag gehörte auch die Erfassung der Merkmale der Nutzer:innen der verschiedenen Behandlungsstellen. Die von den Leistungserbringern geforderten Reportingdaten beinhalten deshalb auch demographische Angaben zu den jeweiligen Nutzer:innen.

6.6.1 Merkmale der Nutzer:innen des Stadtärztlichen Dienstes SAD/Ambulatorium Kanonengasse und der Meditrina-Praxis

In der Tabelle auf den folgenden Seite sind die Merkmale der Nutzer:innen der allgemeinmedizinischen und der gynäkologischen Sprechstunde des Stadtärztlichen Dienstes SAD/Ambulatorium Kanonengasse und der Meditrina-Praxis⁵ in verschiedenen Zeiträumen aufgeführt.

⁵ Zu beachten ist, dass in Tabelle 15 in der Spalte betr. Meditrina im Unterschied zu Tabelle 11 nur diejenigen gezählt werden, bei denen es zu einer Behandlung gekommen ist.

Tabelle 13: Merkmale der Nutzer:innen des Stadtärztlichen Dienstes SAD und der Meditrina SRK im Jahr 2023

Med. Leistungserbringer	Stadtärztlicher Dienst SAD / Ambi Kanonengasse AMS				Stadtärztlicher Dienst SAD / Ambi Kanonengasse GYN					Meditrina SRK	
Zeitraum	Q1/23	Q2/23	Q3/23	Q4/23	Q1/23	Q2/23	Q3/23	Q4/23		S1/23	S2/23
Anzahl Patient:innen	72	67	74	69	143	129	124	95		249	255
Geschlecht											
- Männlich	42%	31%	35%	33%	0%	0%	0%	0%		40%	39%
- Weiblich	58%	69%	65%	67%	100%	100%	100%	100%	60%	61%	
Altersstruktur											
- 0-20 Jahre	1%	0%	0%	3%	3%	3%	2%	2%	5%	4%	
- 21-40 Jahre	57%	61%	50%	51%	76%	80%	77%	73%	38%	41%	
- 41-60 Jahre	36%	33%	41%	41%	20%	16%	19%	24%	48%	45%	
- 61-80 Jahre	6%	6%	9%	9%	1%	1%	2%	1%	9%	10%	
- älter	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Herkunftsregion											
- Lateinamerika/Karibik	14%	12%	18%	17%	25%	20%	23%	24%	41%	36%	
- Europa	58%	46%	42%	45%	39%	35%	39%	23%	24%	23%	
- Asien	0%	0%	3%	1%	2%	6%	1%	3%	13%	14%	
- Nordafrika, Naher/ Mittlerer Osten	1%	3%	1%	1%	0%	2%	0%	0%	15%	18%	
- Subsahara Afrika	17%	21%	24%	31%	34%	36%	35%	48%	7%	9%	
- Unbekannt	11%	18%	11%	3%	0%	1%	2%	1%	0%	0%	

Aufenthaltsstatus									- Sans-Papiers - Ausländerausweis B - Ausländerausweis F - Tourist:innen - Drittstaatenangehörige mit Aufenthaltsbewilligung in Europa - CH-Bürger:innen - Unbekannt/Andere - Ausländerausweis C		
- Illegal	11%	13%	18%	16%	13%	15%	13%	13%		65%	61%
- Ausländerausweis B	4%	3%	0%	0%	0%	1%	0%	0%		2%	2%
- Ausländerausweis F	2%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		0.5%	0.5%
- Tourist:in	49%	54%	49%	57%	72%	63%	66%	73%		5%	7%
- 90-Tage Aufenthaltler	4%	3%	4%	3%	12%	14%	17%	8%		22%	27%
- Ausländerausweis N	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
- Ausländerausweis L	1%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	0%		1%	1%
- Andere	4%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%		3%	2%
- Unbekannt	24%	25%	28%	23%	1%	5%	3%	6%		1%	0%
Status Krankenkasse	Es werden nur Personen ohne Krankenversicherung gezählt.								Status Krankenkasse		
									- Keine	82%	86%
									- KK Grundversicherung	8%	10%
									- KK «EU/andere»	10%	4%
									- Unbekannt	0%	0%
Wahrscheinlicher Aufenthaltsort	Es werden nur Personen mit Aufenthaltsort in der Stadt Zürich gezählt.								Wahrscheinlicher Aufenthaltsort		
									- Stadt Zürich	76%	78%
									- Kanton ZH (ohne Stadt)	16%	15%
									- Ausserkantonal	2%	4%
									- Unbekannt	6%	3%

Die Summen ergeben wegen Rundungsdifferenzen nicht in jedem Fall 100%

Die Verteilung der verschiedenen Merkmale zeigt im Zeitverlauf unwesentliche Veränderungen. Bei der Altersstruktur sieht man, dass die **grosse Mehrheit der Patient:innen jüngere Menschen** sind, wobei die Nutzer:innen der Meditrina-Praxis etwas älter sind als diejenigen des Stadtärztlichen Dienstes SAD / Ambulatorium Kanonengasse. Menschen über 60 Jahre sind kaum und Menschen über 80 gar nicht vertreten.

Die Herkunftsregionen sind sehr divers, im Reporting von Meditrina ist die Rede von 60 verschiedenen Nationalitäten. Im Reporting des Stadtärztlichen Dienstes SAD/Ambulatorium Kanonengasse ist ersichtlich, dass viele Länder nur 1-2 Mal vertreten sind. Auffallend viele Patient:innen stammen aus Nigeria oder Ungarn.

Wie oben schon angesprochen, umfassen die Daten von Meditrina auch Personen, die nicht zur Zielgruppe NKV gehören. **Bemerkenswert ist v.a. die Tatsache, dass auch Personen behandelt werden, die krankenversichert sind.** Dabei handelt es sich einerseits um Sans-Papiers, die sich wegen psychosozialen Anliegen oder zahnärztlichen Behandlungen an Meditrina wandten. Andererseits suchten auch Personen mit geregelter Aufenthaltsstatus und Krankenversicherung primär aufgrund von ungeklärten Fragen zum Gesundheits- und Versicherungswesen sowie aus finanziellen Gründen Meditrina auf z.B. weil Franchise und Selbstbehalt ihre finanziellen Möglichkeiten übersteigen.

6.6.2 Merkmale der Nutzer:innen anhand der ausgefüllten Triage-Formulare

Die Merkmale der Nutzer:innen werden auch in den Triage-Formularen erfasst. Auf eine ausführliche Darstellung der so erhobenen Merkmale wird jedoch verzichtet, da es sich dabei zu einem grossen Teil um die gleichen Personen handelt wie in den Reporting-Daten des Stadtärztlichen Dienstes SAD/Ambulatorium Kanonengasse und des Stadtspitals Zürich.

Hervorzuheben sind jedoch folgende Zahlen aus den erfassten Triage-Formularen:

- Keine der Personen verfügt über eine Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz.
- Von den 185 ausgefüllten Triage-Formularen betreffen
8 Personen, die weniger als 3 Monate in der Stadt Zürich wohnhaft sind.⁶
77 Personen (42%), die zwischen 3 Monaten und 1 Jahr in der Stadt Zürich wohnhaft sind,
55 Personen (30%), die zwischen 1-3 Jahren hier sind, und die restlichen
44 (24%), die länger als 3 Jahre in Zürich leben
(in einem Fall fehlen die Angaben).
- Fünf Personen verfügen über eine EU-Krankenversicherung.
- 102 (von 117) Personen, deren Formular vom Stadtärztlichen Dienstes SAD/Ambulatorium Kanonengasse ausgefüllt wurden, wurden dort abschliessend behandelt.
In 12 Fällen erfolgte eine Zuweisung ans Stadtspital, in einem Fall ans USZ (Klinik für Angiologie). Jeweils eine Zuweisung erfolgte an die Physiotherapie sowie an die Psychotherapie.
- Von den 29 Personen, deren Formular vom Stadtspital Zürich ausgefüllt wurde, erfolgte in drei Fällen eine Zuweisung an den Stadtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse. Die restlichen Personen wurden – gemäss den Angaben auf dem Formular – im Stadtspital abschliessend behandelt.
- Flora Dora schickte 22 (von 36) Personen an den Stadtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse und 13 ans Stadtspital Zürich. In einem Fall erfolgte keine Zuweisung (gemäss Formular).

⁶ Möglicherweise handelt es sich dabei um Sexarbeiter:innen, bei denen die Anforderung der Mindestaufenthaltsdauer von 3 Monaten flexibler gehandhabt wird.

6.6.3 Die häufigsten Gesundheitsprobleme

Erfasst werden auch die Gesundheitsprobleme, die eine Behandlung notwendig machen. Während im Stadtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse die ICD-Codes erfasst werden, hat Meditrina eine eigene Kategorisierung.

Tabelle 14: Die häufigsten Gesundheitsprobleme

Stadtärztlicher Dienst SAD/ Ambulatorium Kanonengasse - AMS			Meditrina SRK	
Juli 2021 – März 2024			2. Semester 2023	
J	Krankheiten des Atmungssystems	(11%)	Bewegungsapparat	(n = ca. 145)
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	(11%)	Infekt Atemwege	(n = ca. 141)
A-B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	(10%)	Magen-Darm	(n = ca. 95)
F	Psychische und Verhaltensstörungen	(10%)	Psychische Probleme	(n = ca. 85)
Z	Weitere Faktoren, die den		Dermatologie	(n = ca. 80)
	Gesundheitszustand beeinflussen	(10%)	Herz-Kreislauf	(n = ca. 65)
I	Krankheiten des Kreislaufsystems	(9%)	Endokrinologisch	(n = ca. 62)
K	Krankheiten des Verdauungssystems	(6%)	Zahnprobleme	(n = ca. 58)
S-T	Verletzungen, Vergiftungen	(6%)	Gynäkologie	(n = ca. 58)
M	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	(5%)	Andere	(n = ca. 55)
C-D	Neubildungen / Krankheiten des Blutes und blutbildender Organe /Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	(4%)		
L	Krankheiten der Haut & Unterhaut	(4%)		
E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	(4%)		
R	Symptome u. abnorme anderenorts nicht klassifizierte klinische/Laborbefunde	(4%)		
H	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	(3%)		
G	Krankheiten des Nervensystems	(2%)		
O	Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	(1%)		
(Pro Patient:in/Konsultation können mehrere ICD-Codes erfasst werden)				

Die ICD-Codes und Behandlungsgründe der Rechnungen, die über die Zahlstelle SGD abgerechnet werden, wurden nicht ausgewertet. Ein kursorischer Blick auf die Angaben des Stadtspitals zeigt, dass überdurchschnittlich hohe Beträge aus ganz verschiedenen Gründen und in verschiedenen Bereichen anfallen.

6.7 Sozialberatungen und Erschliessung von Krankenversicherungen

In der AG Gatekeeping wurde entschieden, dass Patient:innen dann einer Sozialberatung zugewiesen werden, wenn sich nach erfolgter Erstkonsultation Bedarf nach einer weiterführenden ärztlichen Behandlung ergibt. Damit orientiert man sich am Genfer Modell. Sozialberatungen werden erbracht von der SPAZ, dem Stadtärztlichen Dienst SAD/Ambulatorium Kanonengasse, Meditrina SRK und Flora Dora. Das Stadtspital Zürich führt nach eigener Aussage keine Sozialberatungen zur Erschliessung von Krankenkassen durch, sondern verweist an andere Akteure.

Um die Kennzahlen bzgl. Sozialberatungen präziser zu erfassen, wurde anfangs 2023 eine Excel-Vorlage erstellt, die jeweils per Ende Monat an das Projektteam übermittelt werden sollte. Die Erhebung startete im März bzw. April 2023. Per 4. Januar 2024 wurde allen betroffenen Akteuren eine neue Version der Excel-Vorlage zugestellt, diese beinhaltet zusätzliche Spalten und Anweisungen zur Nutzung.

Leider sind **die erfassten Daten lückenhaft**. So fand die Erfassung z.T. nicht über den gesamten Zeitraum (ab März 2023) statt und es fehlen teilweise auch Angaben zu den Ergebnissen der durchgeführten Beratungen. Die erhobenen Zahlen sind somit nur beschränkt aussagekräftig.

Insgesamt wurden von der SPAZ, vom Ambulatorium Kanonengasse, der Meditrina SRK und Flora Dora für den Zeitraum seit Projektbeginn⁷ bis Ende März 2024 folgende Zahlen übermittelt:

- | | |
|--|-------------------------|
| • Anzahl erfasster Beratungen | 292 |
| • davon mit Abschluss einer Krankenversicherung | 49 ⁸ (16.7%) |
| • davon mit Aktivierung bestehender EU-Krankenversicherung | 13 ⁹ |

Anzumerken ist, dass v.a. die Zahlen der SPAZ aus dem Jahr 2023 vermutlich zu tief sind. Während von Januar bis März 2024 12 Beratungen gemeldet wurden, waren es für das gesamte Jahr 2023 (ab März) nur gerade 8. Es ist deshalb davon auszugehen, dass 2023 nicht alle Beratungen erfasst wurden.

Zudem führten alle von der SPAZ gemeldeten Beratungen zu einem Krankenkassen-Abschluss, während es beispielsweise beim Stadtärztlichen Dienst SAD / Ambulatorium Kanonengasse nur gerade 18 Krankenkassen-Abschlüsse bei insgesamt 151 Beratungen sind (das entspricht 12%). Entweder wurden von der SPAZ nur diejenigen Beratungen gezählt, die erfolgreich abgeschlossen wurden oder aber, es wurden nur diejenigen Personen überhaupt an die SPAZ verwiesen, bei denen der Entscheid für einen Abschluss der Krankenversicherung bereits feststand, die Selektion somit bereits vor der Beratung stattfand.

Individuelle Prämienverbilligungen (IPV) erhalten gemäss den gelieferten Zahlen 29 Personen, von einer Prämienübernahme durch Dritte profitieren 14 Personen. Die entsprechenden Zeilen sind oftmals aber auch leer. Wegen den langen Fristen bis zu den Entscheiden gehen wir davon aus, dass zum Zeitpunkt der Erfassung die Angaben (noch) nicht bekannt waren und aus diesem Grund in der Erfassung fehlen.

Trotz wenig gesicherter Zahlen kann davon ausgegangen werden, dass **nur in wenigen Fällen eine Krankenkasse abgeschlossen werden kann**. Die Vertreterin der Meditrina SRK weist in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass zu einem grossen Teil der Klient:innen seit längerer Zeit Kontakt besteht, die finanzielle Situation somit bekannt und die Frage nach einer Erschliessung einer Krankenkasse entsprechend hinfällig ist. Obwohl auch mit diesen Personen Gespräche über finanzielle Fragen wie z.B. eine allfällige Kostenbeteiligung (s. Kap. 6.4.2) geführt werden, sind diese in der Statistik nicht erfasst.

⁷ Im Ambulatorium Kanonengasse wurden die Beratungen ab Projektbeginn erfasst, bei der SPAZ, Meditrina SRK und Flora Dora erst ab März/April 2023.

⁸ Möglicherweise sind einige Personen hier doppelt gezählt, da die Meditrina SRK für den Abschluss der Krankenkasse teilweise an die SPAZ verweist.

⁹ Diese Information wurde nicht im gesamten Zeitverlauf und nicht von allen Akteuren erhoben.

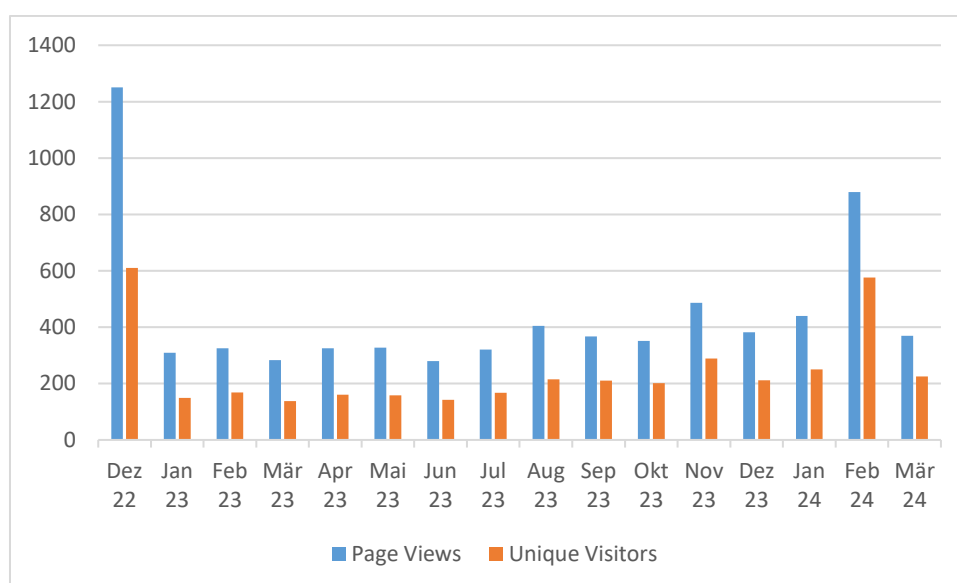
Klar ist, dass - anders als im Konzept ursprünglich vorgesehen – **nicht alle Personen, die weitere Behandlungen benötigen, einer Sozialberatung zugewiesen werden**. Seitens SGD/Projektteam wird jedoch bei allen kostenintensiven Fällen überprüft, ob tatsächlich Bemühungen zur Erschliessung einer Krankenkasse stattfanden. Bei CH- und EU-Bürger:innen wird zudem in jedem Fall geprüft, ob nicht doch eine Versicherung vorhanden ist oder reaktiviert bzw. nutzbar gemacht werden kann.

6.8 Nutzung und Wirkung der Kommunikationsmassnahmen

Die Informationskampagne startete am 28.11.2022. Das Medienecho wird als sehr gut bewertet.

Die Nutzung der QR-Codes (auf den Flyern in den verschiedenen Sprachen) sowie die Besuchszahlen der Website (www.stadt-zuerich.ch/nkv) werden von der Kommunikationsabteilung der SGD ausgewertet.

Abbildung 8: Nutzungszahlen Website NKV



Die Website wurde v.a. nach dem Launch der Medienkampagne Ende November 2022 sehr oft besucht. Ab Januar 2023 kann eine zwar tiefere, aber doch mehr oder weniger konstante Nutzung beobachtet werden (Abb. 8). Die meisten Besucher:innen gelangen via Google auf die Website.

Einen deutlichen Effekt zeigen aber auch die bezahlten Posts auf Facebook über den Kanal der STEZ, die ab August 2023 in verschiedenen Sprachen geschaltet wurden:

Tabelle 15: Ergebnisse Paid Posts auf Facebook

Paid Posts Facebook	Datum	Reichweite	Beitrags-interaktionen	Seitenaufruf Publikations-Monat	Seitenaufruf Vor-Monat (Vergleich)
Spanisch	21. - 30.8.2023	3'326	239	29	12
Portugiesisch	22. - 31.8.2023	3'279	182	28	5
Ungarisch	3. - 10.11.2023	2'265	111	77	1
Farsi	4. - 11.11.2023	2'974	209	60	0
Thai	1. - 10.2.2024	4'199	274	221	14
Mongolisch	1. - 10.2.2024	685	148	158	6

Die Interaktionen waren jeweils sehr gut, die Beiträge wurden rege geteilt und kommentiert und sie führten auch jeweils zu einer Steigerung der Zugriffe auf die Website in der entsprechenden Sprache. Die Gesamtkosten für die Paid Posts auf Facebook betragen bislang inkl. Übersetzung CH 1'149.85. Angesichts der deutlichen Wirkung ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis somit als ausserordentlich gut zu bewerten.

Abgesehen von den Seitenaufrufen nach einem Paid Post auf Facebook dominiert das Interesse in Deutsch, Englisch und Spanisch. Auch die weiteren Sprachen weisen aber gelegentliche Besuche auf.

Der elektronische Flyer wurde hauptsächlich im Nachgang zum Launch der Medienkampagne heruntergeladen. Seither finden nur noch vereinzelte Downloads statt.

Ob die intendierten Wirkungsziele der Kommunikationsmassnahmen – nämlich die bessere Information der nicht krankenversicherten Personen mit Lebensmittelpunkt in der Stadt Zürich und deren frühere/schnellere medizinische Behandlung und Vermeidung von gesundheitlichen Folgeschäden – erreicht werden, kann mit den vorliegenden Daten und Informationen nicht zuverlässig beantwortet werden.

Die verschiedenen Akteure, die die Zielgruppen gut kennen, sind der Meinung, dass die **Kommunikationsmassnahmen nicht unbedingt die Nutzenden direkt erreichen**, dass das aber auch gar **nicht notwendig** sei. Die Zielgruppen müssen nur wissen, welche Anlaufstellen existieren und diese müssen sie bei Bedarf den medizinischen Erstbehandlungsstellen zuweisen. Daraus folgt aber nicht, dass die Kommunikationsmassnahmen wie Medienberichte, Flyer und Website unnötig sind. Nur richten sich diese weniger an die Direktbetroffenen, sondern **eher an die Vermittler und Multiplikator:innen**. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung basiert in den meisten Fällen auf persönlichen Kontakten und Mund-zu-Mund-Propaganda. **Es wird deshalb empfohlen, die Kontakte insbesondere zu den Botschafter:innen in den verschiedenen Communities auch in Zukunft weiterzupflegen.**

Gerade weil in der Zielgruppe ein grosses Misstrauen gegenüber staatlichen Instanzen und Angeboten besteht, sind die niederschweligen Zugänge über Multiplikator:innen in den Communities und auch nicht-staatliche Anlaufstellen sehr wichtig. Dadurch können auch gezielter Personen aus der Stadt Zürich erreicht werden und das Risiko einer Sogwirkung auf Personen ohne Bezug zur Stadt Zürich ist geringer.

7. Synthese und Ausblick

7.1 Die Umsetzung entspricht dem Auftrag

In dem dreijährigen Pilotprojekt sollte von Mitte 2021 bis Mitte 2024 ein Konzept für eine gesicherte medizinische Grundversorgung von Menschen ohne Krankenversicherung mit Lebensmittelpunkt in der Stadt Zürich getestet und weiterentwickelt werden. Gemäss STRB 1015/2020 sollten dabei folgende Ziele verfolgt werden:

1. Stärkung der bestehenden und bewährten Einrichtungen	Ausgangspunkt ist das bestehende Behandlungs- und Beratungsnetzwerk. Es wurden keine neuen Angebote geschaffen, sondern es wurden unter enger Einbindung der verschiedenen Akteure die Prozesse und Abläufe verbessert.	✓
2. Optimierung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Stakeholdern	Die Klärung der Prozesse und Zuständigkeiten wird als klarer Mehrwert benannt. In Arbeitsgruppen wurde mit den verschiedenen Akteuren das optimale Vorgehen erarbeitet und dadurch eine hohe Akzeptanz erreicht.	✓
3. Finanzierung der erbrachten med. Leistungen und Erschliessung von Krankenversicherungen	Über die Zahlstelle SGD werden med. Behandlungen bis CHF 15'000.-/Fall finanziert. Das Subsidiaritätsprinzip wird beachtet und das Budget wird eingehalten. Die Anzahl Krankenkassenabschlüsse ist zwar tief, aber diese decken i.d.R. die kostenintensiven Fälle ab.	✓
4. Zielgruppe über das Angebot informieren und die Schelle für dessen Nutzung tiefer legen	Es wird kontinuierlich auf vielen unterschiedlichen Kanälen und mit verschiedenen Medien direkt und indirekt via Mediator:innen in 14 Sprachen über das Angebot informiert.	✓

In der abschliessenden Beurteilung können alle **vier Ziele als erfüllt** beurteilt werden.

Profitiert hat das Projekt von einer **zweckmässigen Organisation der einzelnen Arbeitspakete und der Prozesse**. Die in drei Teilprojekten organisierten Arbeitspakete wurden zielorientiert und pragmatisch in einem **engen Austausch mit vielen Projektbeteiligten** bearbeitet. Die Arbeitsschritte, die Ergebnisse und die anstehenden Aufgaben wurden jeweils **sehr gut dokumentiert**.

Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist dabei auch die **robuste Expertise**, die bei den verschiedenen Personen, die in den verschiedenen Arbeitsgruppen oder als Leistungserbringer am Pilotprojekt beteiligt waren, vorhanden ist und von deren **Willen, diese Expertise mit anderen zu teilen**. Dadurch gelang es, ein standardisiertes, zweckmässiges und Zielgruppen-gerechtes «best practice»-Modell zu entwickeln.

Das Pilotprojekt Nichtkrankenversicherte bearbeitet ein komplexes Thema. Zum einen sind viele verschiedene private und öffentliche Akteure beteiligt, zum anderen bestehen in verschiedenen Bereichen rechtliche Unsicherheiten und Graubereiche. Überdies sind die Prozesse und Massnahmen anspruchsvoll, weil es sich bei der Zielgruppe um vulnerable Menschen in oftmals sehr prekären Situationen handelt, die Angst vor staatlichen Akteuren und Institutionen, rechtlichen Konsequenzen und finanziellen Belastungen haben. Deren Schutz zu gewährleisten und gleichzeitig den Ansprüchen der Leistungserbringer, Finanzierer und der Verwaltung und Politik gerecht zu werden, erforderte ein umsichtiges Vorgehen, welches aus Evaluationssicht in diesem Projekt gegeben war. Die Umsetzung verlief erfolgreich, weil es gelang, viele kleine Zahnrädchen so zu justieren, dass sie ineinandergreifen und als Gesamtsystem funktionieren.

7.2 Klare Mehrwerte für Zielgruppe(n) und Leistungserbringer

Primäres Ziel war es, den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung aus der Stadt Zürich nachhaltig zu verbessern. Nach Einschätzung verschiedener medizinischer Leistungserbringer und Beratungs- und Anlaufstellen wird dieses Ziel erreicht. **Das Projekt wirkt sich positiv aus auf den Zugang und auch auf die Qualität der Gesundheitsversorgung der Zielgruppe.** Dank dem Pilotprojekt erhalten die betroffenen Menschen anders als früher nun Zugang zu einer weitergehenden und **nachhaltigeren medizinischen Grundversorgung**, womit auch **Drehtüreeneffekte vermieden** werden können.

Ob es vor dem Start des Pilotprojektes – wie beim Auftrag vermutet – tatsächlich eine medizinische Unterversorgung von Menschen ohne Krankenversicherung gab, wird unterschiedlich beurteilt. Die verfügbaren Zahlen erlauben keine abschliessende Antwort.

Gemessen an den im Stadtratsbeschluss genannten Zahlen von ca. 11'000 bis 14'000 Menschen ohne Krankenversicherung in der Stadt Zürich (davon ca. 10'000 Sans-Papiers) erscheint die Zahl von insgesamt 3225 Konsultationen in der gynäkologischen und in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde des Stadtärztlichen Dienstes SAD / Ambulatorium Kanonengasse und in der Meditrina-Praxis im Jahr 2023 als tief (mitgezählt sind dabei ja auch Mehrfachkonsultationen).

Im Vergleich dazu haben gemäss der Accenture Konsumentenbefragung 2023 65% der Schweizer:innen innerhalb von 12 Monaten ein medizinisches Angebot in Anspruch genommen.¹⁰

Dieser Vergleich könnte auf eine weiterhin bestehende Unterversorgung hinweisen.

Aus Evaluationssicht ist allerdings ein **Vergleich mit der Schweizer Bevölkerung nicht zielführend**, weil

- erstens die geschätzte Zahl der nichtversicherten Personen in der Stadt Zürich mit grossen **Unsicherheiten** behaftet ist und weil es sich
- zweitens um eine im Vergleich zur Gesamtbevölkerung **jüngeren Population** handelt, die somit auch weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt und weil
- drittens diese Zielgruppe eine **hohe Leidensfähigkeit** hat und deshalb erst bei wirklich akuten Vorfällen professionelle Hilfe aufsucht und
- viertens ohnehin die **Kontakte mit offiziellen Stellen vermeidet** oder Behandlungen verweigern.

Auch wenn keine belastbare quantifizierte Aussage in Bezug auf eine mögliche Unterversorgung gemacht werden kann, ist doch klar, dass das **Projekt auf einen Bedarf antwortet**. Es ist selbst bei maximalem Strukturaufbau unwahrscheinlich, dass alle Personen aus der Zielgruppe NKV erreicht werden können. **Es darf aber davon ausgegangen werden, dass die im Rahmen des Pilotprojektes erbrachten Leistungen dem quantitativen Bedarf entsprechen.**

Das Pilotprojekt wird insgesamt als «gut und wirkungsvoll» beschrieben und auch aus einer Public-Health-Perspektive als sehr wichtig erachtet.

Zu bedenken ist in der Gesamtbetrachtung, dass auch schon vor dem Pilotprojekt für bestimmte Personengruppen wie z.B. Sexarbeitende dank dem Public-Health-Auftrag ein gutes Angebot bestand und dass von verschiedenen Akteuren wie der SPAZ, der Meditrina SRK und anderen bereits wichtige und wertvolle Leistungen erbracht wurden. Nach Ansicht der im Feld tätigen Personen ist aber auch klar, dass das Angebot durch das Pilotprojekt besser geworden ist, weil es **einfacher geworden ist, Lösungen zu finden. Damit werden auch die Leistungserbringer entlastet, weil erstens deren Aufwand geringer ist und weil zweitens (medizinische) Leistungen i.d.R. finanziert werden.**

¹⁰ <https://www.accenture.com/content/dam/accenture/final/markets/europe/document/Accenture-Krankenversicherung-Schweiz-Teil-1-Factbook-2023.pdf> (Zugriff 23.05.2024)

7.3 Wo besteht weiterhin Verbesserungsbedarf?

Trotz verbessertem und einfacherem Zugang wird es auch in der Stadt Zürich weiterhin Personen geben, die nicht oder nur ungenügend erreicht werden oder von Leistungen ausgeschlossen bleiben.

Im Verlaufe der Evaluation und in den Expertengesprächen konnten folgende Personen und Personengruppen identifiziert werden:

- isoliert lebende Haushaltshilfen und Nannies
- Obdachlose mit Schweizer oder EU-Bürgerrecht
- andere Menschen im Prekariat ohne festen Wohnsitz
- unbegleitete jugendliche Migrant:innen
- sprachunkundige Menschen mit Kriegstraumata oder Gewalterfahrungen
- Opfer von Menschenhandel und Zwangsarbeit
- Wanderarbeiter mit Suchtproblemen aus Osteuropa
- System- und Behandlungsverweigerer.

Einige von ihnen gehören nicht zu den Personengruppen, deren Behandlungen über das Projektbudget finanziert werden können. Das Gatekeeping-Konzept zeigt allerdings auch Lösungswege für diese auf und gibt Anweisungen zum Vorgehen. Unbestritten ist dabei, dass es gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgrund mangelnder Adherence auch mit optimalen Strukturen sehr schwierig sein kann, sie einer Versorgung zuzuführen, die ihnen zustehen würde.

Weiter werden folgende Bereiche genannt, in denen weiterhin Verbesserungsbedarf besteht:

- Obschon das Sozialdepartement bereits ein Angebot lanciert hat, um die verschiedenen Akteure rund um Menschen mit psychischen Problemen und mangelnder Adherence zu vernetzen und ein Monitoring zu machen, wird eine bessere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren angemahnt, um sie besser unterstützen zu können. Der Datenschutz kann in diesem Bereich hinderlich sein, da er einen Austausch über schwierige Klient:innen behindert.
- Die Finanzierung von Hilfsmitteln (z.B. Hörgeräte, Brillen) und Zahnbehandlungen. Da diese nicht zur medizinischen Grundversorgung gemäss KVG gehören, können sie nicht aus dem Projektbudget finanziert werden.
- Eine kostenlose oder vergünstigte Abgabe von Medikamenten sollte zumindest in einigen Fällen möglich sein. Genannt werden insb. Medikamente zur Notbehandlung bei HIV. Diese sind sehr teuer, die Behandlung sollte aber nicht unterbrochen werden, damit sich keine Resistenzen bilden.
- Ungelöst ist die Frage nach der Finanzierung der ungedeckten Kosten bei pflegebedürftigen Menschen, die eine Langzeitversorgung benötigen. Anhand der im Projekt erhobenen demographischen Zahlen ist davon auszugehen, dass die Zahl dieser Menschen in den kommenden Jahren zunehmen wird.

Nach Einschätzung verschiedener Gesprächspartner:innen ist die Zahl von Menschen, die ohne Krankenversicherung mit teils komplexen somatischen und psychischen Gesundheitsproblemen in prekären Situationen lebt, generell am Zunehmen. Dieser Trend ist für die längerfristige Entwicklung im Auge zu behalten.

7.4 Ausblick

Basierend auf den vielfältigen Erfahrungen und den im vorliegenden Evaluationsbericht beurteilten Ergebnissen wird die Projektleitung bis zum 31. August 2024 einen Antrag mit Vorschlägen für die Verstetigung erstellen. Die Evaluatoren konnten die Erarbeitung der verschiedenen Elemente eng begleiten und unterstützen diese. Nach Genehmigung durch den Stadtrat werden der Bericht und notwendigen Anträge dem Gemeinderat vorgelegt.

Um eine Versorgungslücke bis zur operativen Umsetzung der zu verstetigenden Massnahmen zu vermeiden, wurde zunächst ein Übergangsbetrieb ab 1.7.2024 bis 30.6.2026 in die Wege geleitet. Dabei können die nicht verbrauchten Mittel aus den ersten drei Jahren weiterverwendet werden.

Im Übergangsbetrieb sollen im Wesentlichen die im Pilotprojekt umgesetzten und bewährten Massnahmen weitergeführt werden, dazu gehören namentlich:

- 1) Die Versorgung in den drei definierten medizinischen Erstanlaufstellen (Eintrittspunkten): Ambulatorium Kanonengasse des Stadtärztlichen Dienstes SAD, Notfall des Stadtspitals, Meditrina SRK gemäss Gatekeeping-Konzept mit seinen zugehörigen Prozessen inkl. der Sozialberatung zur Erschliessung einer Krankenversicherung;
- 2) Der Betrieb der Zahlstelle SGD zur Abgeltung der medizinischen Einzelleistungen nach ärztlicher Überweisung ins Stadtspital oder zu anderen weiterführenden ambulanten Behandlungen bei Dritten (bis CHF 15'000.-/Fall);
- 3) Die Pflege der städtischen Website mit Informationen für Nichtkrankenversicherte sowie das Bereitstellen/Nachdrucken der physischen Angebotsflyer;
- 4) Die Erhebung und Auswertung der Kennzahlen zur Weiterverfolgung der Angebotsnutzung, der Populationsmerkmale sowie der getätigten Ausgaben;
- 5) Neue (bzw. verlängerte) Leistungsvereinbarungen mit dem Stadtspital und mit der Meditrina-Anlaufstelle SRK.

7.5 Empfehlungen

Aus den positiven Ergebnissen des Projektverlaufs lassen sich zwei primäre **Empfehlungen** ableiten:

- 1. Der Übergangsbetrieb vom 1.7.2024 bis 30.6.2026 ist gemäss Vorschlag der Projektleitung weiterzuführen.**
Die Machbarkeit und Zweckmässigkeit der Einschlusskriterien und der Massnahmen konnten im Pilotprojekt überzeugend aufgezeigt werden.
Die rechtlichen, finanziellen und prozeduralen Fragen sind umfassend geklärt.
- 2. Die Verstetigung der Massnahmen zur gesundheitlichen Versorgung Nichtkrankenversicherter in der Stadt Zürich ab 1.7.2026 ist gemäss Schlussbericht der Projektleitung und Antrag des GUD abzusichern.**
Obwohl Schlussbericht und Antrag erst in Umrissen vorliegen, zeigen die Ergebnisse des Pilotprojekts, dass dies zielführend und effektiv ist, weil
 - a) die bezeichneten Erstanlaufstellen eine qualitativ gute und kostengünstige Notfallbehandlung sicherstellen sowie in vielen Fällen bei chronischen Erkrankungen eine einfache Grundversorgung gewährleisten können, die dazu beiträgt, kostenintensive Folgeschäden zu vermindern;
 - b) das Gatekeeping-Konzept die Patientenpfade, die Sozialberatung und ggf. die Erschliessung einer Krankenkasse in breit akzeptierter Weise festlegt und absichert;
 - c) die dazu notwendigen Mittel mit hoher Verlässlichkeit aus den Erfahrungswerten des Pilotprojekts und des Übergangsbetriebs abgeleitet werden können.

Aus der Begleitung und Evaluation ergeben sich daneben einige sekundäre Empfehlungen:

3. Aufrechterhalten der Informationsmassnahmen nach August 2026, um die Zielgruppe auch längerfristig über die Angebote informieren zu können
Dabei ist aufgrund von Feedbacks der Partner zu prüfen, ob allenfalls Übersetzungen in weitere Sprachen notwendig sind.
4. Periodische Information der Hausärzt:innen und Apotheken, bei der kirchlichen Sozialdiakonie oder Sozialarbeit in der Stadt Zürich sowie bei Mediator:innen über das Gatekeeping-Konzept, die Abläufe und die Kostenübernahmen.
5. Erweiterung der Öffnungszeiten des Ambulatoriums Kanonengasse mit Ärzt:innen vor Ort am Samstag Nachmittag und Sonntag.
6. Einstellen von Advanced Nurse Practitioners mit Masterabschluss mit Übertragung von ärztlichen Aufgaben bei der Erstbehandlung und Grundversorgung (wie in diversen anderen Medix-, Medbase- oder Hausarztpraxen in Stadt und Kanton Zürich).
7. Initiieren einer Nicht-Krankenversicherten-Kohortenstudie in der Stadt Zürich in Zusammenarbeit mit dem Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) der Universität Zürich oder dem Immigration Policy Lab der ETH.
Relevante Fragen und Indikatoren sind insbesondere die Beobachtung der Fallzahlen, der Herkunft, zu Zuweisungswegen und die effektiven Patient-Journeys, die ICD-Diagnosen, akutmedizinische Fälle / Multimorbidität / Fälle mit Folgen von chronischen oder unbehandelten Erkrankungen, abschliessende Erstbehandlungen und Mehrfachkonsultation sowie Arten der weiterführenden Grundversorgungsmassnahmen, eingesetzte Diagnostik, Überweisungen, Entwicklung der Kosten und kostenintensiven Fälle, Monitoring der verschiedenen Finanzierungsoptionen (KPÜ, IPV, Selbstbehalt, Restprämien, Garantenleistungen u.dgl.), Lessons learnt und gute Praxis bei der Erschliessung von Krankenkassen, Gründe der Behandlungsverweigerungen sowie ggf. weitere Aspekte, die aus Public Health Sicht oder versorgungs- und finanzpolitischer Perspektive zweckmässig sind.

Das Pilotprojekt hat darüber hinaus den Blick geschärft für weitere zu klärende Versorgungsfragen. Diese liegen allerdings zumeist ausserhalb des Geltungsbereichs des Pilotprojekts. Dazu gehört namentlich die längerfristige Finanzierung von Pflege und Betreuung von Menschen ohne Aufenthaltsbewilligung ausserhalb der KVG-Leistung (insb. Spitex, stationäre Langzeitversorgung, Psychiatrie-Entlassene).

Eine bessere Vernetzung zwischen dem GUD, dem Sozialdepartement und den verschiedenen Akteuren auf dem Terrain ist auch erforderlich für eine nachhaltigere Versorgung der vielen Menschen, die nicht nur gesundheitlich, sondern auch sozial diverse komplexe Problemlagen aufweisen.