17. Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften (SKGG)

Von der integrierten zur bevölkerungs-orientierten Versorgung:
Leistungen organisationsübergreifend ausgestalten

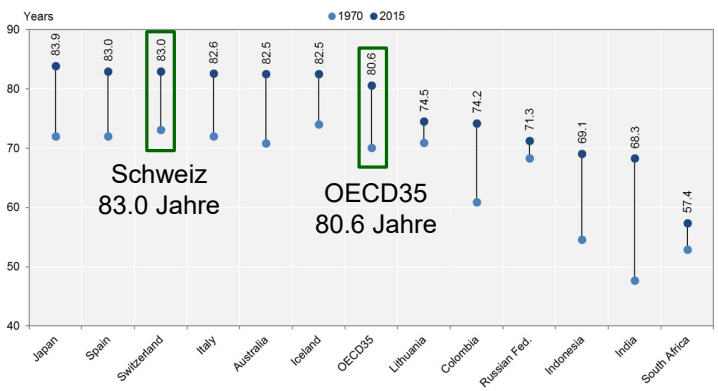
Prof. Dr. Matthias Mitterlechner

"From insight to impact"



Das Schweizer Gesundheitswesen ist eine Erfolgsgeschichte

Lebenserwartung bei Geburt (1970 – 2015) in OECD-Ländern:

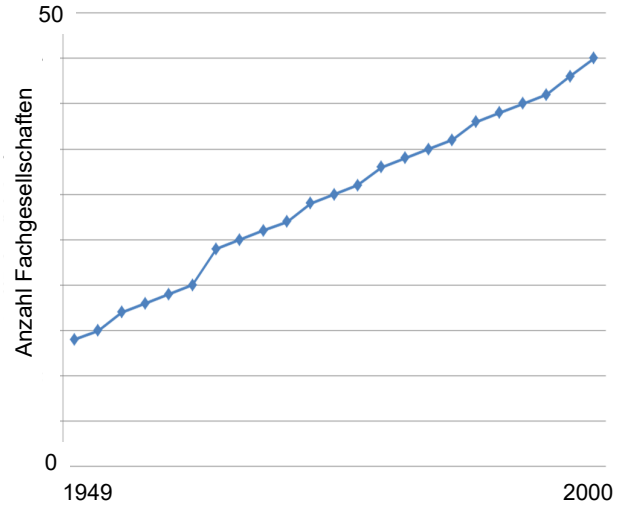


- Hohe Lebenserwartung und Zufriedenheit der Bevölkerung mit Versorgung
- Geringe Wartezeiten, gute Erreichbarkeit, hohe Dichte an Arzt- und Pflegepersonal

OECD, Health at a Glance, 2017

Entwicklungen auf der Angebotsseite: Rascher medizinischer Fortschritt und zunehmende Spezialisierung

Ausdifferenzierung medizinischer Fachgesellschaften



Das Gesundheitswesen im Wandel …

- Forschung und technologischer Fortschritt ermöglichen eine zunehmende Spezialisierung in der Medizin.
- Durch den Fortschritt können Krankheiten besser als früher diagnostiziert und therapiert werden (z. B. Hypertonie, Diabetes, Herzinfarkt/-insuffizienz, psychiatrische Erkrankungen, Krebs).

… aber:

- Spezialisten verlieren den Überblick über Wissen in anderen Bereichen (fragmentierte Expertise).
- Für die Bevölkerung wird es schwieriger, sich zurecht zu finden, insb. für Patienten mit komplexen Bedürfnissen + Angehörige.
- Wachsende Schere zwischen medizinisch-therapeutischen und finanziellen Möglichkeiten (u. a. Regionalspitäler in ländlichen Gebieten)

 Quelle: Widmer, 2018

Entwicklungen auf der Nachfrageseite: Zunahme chronischer Erkrankungen und komplexer Bedürfnisse

«Web of Care» einer Patientin mit chronischer Einfach- oder Mehrfacherkrankung:



Häufige chronische Erkrankungen: Krebs, Diabetes, Herzkreislauf- und Atemwege, muskuloskelettale Erkrankungen, Depressionen und Demenz

Aktuelle Entwicklungen:

- Zunahme chronischer Erkrankungen durch demographische Alterung und modernen Lebensstil
- In der Schweiz leben 2,2 Millionen Menschen mit chronischer Krankheit, ein Fünftel der über 50-Jährigen mit Multimorbidität.
- Hohe Ausgaben: 80% der gesamten direkten Ausgaben der Schweiz in 2011 (ca. 51 Milliarden Franken)
- Betroffene: Dauerhaft komplexe Bedürfnisse, die professionelle, sektorale und organisationale Grenzen überschreiten

Herausforderungen:

- Das CH Gesundheitswesen ist auf die Behandlung akuter Krankheiten ausgerichtet und stösst bei komplexen Bedürfnissen an Grenzen
- Kein «Kümmerer», widersprüchliche Therapieempfehlungen, unübersichtliche Medikation, Informationsbrüche, vermeidbare Einweisungen in Spital und Langzeitpflege, Einbussen in Qualität, Effizienz und Outcomes

 Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen, Nationaler Gesundheitsbericht 2015, Obsan; Kings Fund; Goodwin & Alonso, 2014

Einfluss sozialer Determinanten der Gesundheit

Die sozialen Determinanten der Gesundheit



Aktuelle Entwicklungen

- Internationale Untersuchungen zeigen, dass sich sozio-ökonomische Unterschiede auf die Gesundheit auswirken.
- Für die Schweiz zeigt sich ebenfalls, dass je geringer die Bildung, je tiefer das Einkommen, umso schlechter sind der Gesundheitszustand und umso tiefer die Lebenserwartung. Gesundheitlich gefährdet sind speziell auch Alleinerziehende.
- In dieselbe Richtung zeigen Indikatoren zum Erwerbsstatus: Nicht-Erwerbstätige und Arbeitslose fühlen sich weniger gesund als Erwerbstätige, sowohl physisch als auch psychisch.

Herausforderungen

- Präventions- und Gesundheitsanliegen sollen in multisektoraler Gesundheitspolitik verstärkt berücksichtigt werden.
- Für Menschen in vulnerablen Situationen sind bedarfsgerechte, niederschwellige Angebote gezielt weiterzuentwickeln (z. B. Wohnberatung zur Sturzprävention für ältere Menschen)

Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie), 2016;
Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen, Nationaler Gesundheitsbericht 2015, Obsan

Die Schweizer Gesundheitsversorgung im Wandel

Gesundheitspolitik: Beispiel Gesundheitsdepartement Graubünden

«Damit die Regionalspitäler, die Alters- und Pflegeheime und die Spitex-Dienste auch künftig den stetig steigenden Anforderungen gerecht werden können, postuliert das Departement für Gesundheit die Bildung von Gesundheitsregionen und die Wahrnehmung aller medizinischen und pflegerischen Leistungen durch ein Gesundheitszentrum. Unter einem Gesundheitszentrum wird eine organisatorische Zusammenfassung der institutionellen Leistungserbringer der Region verstanden.»

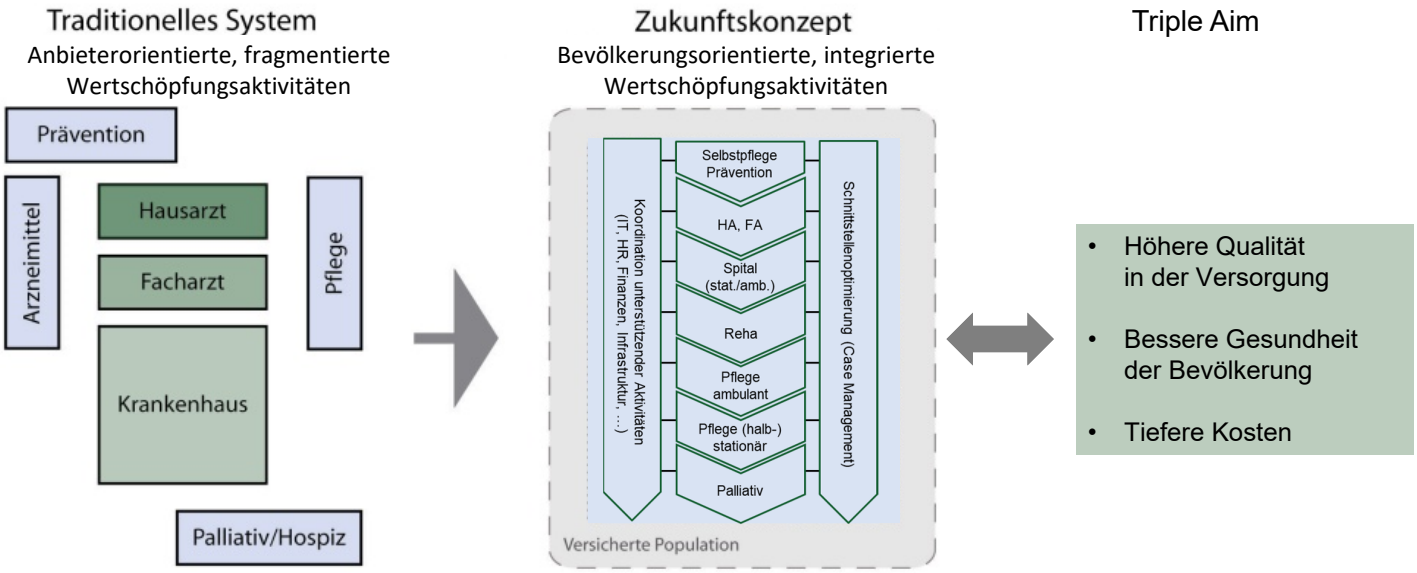
Leistungserbringer: Beispiel Altersmedizin Thurmed AG

«Neben Spitälern und Hausärzten müssen auch die anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen in den kommenden Jahren Schritt für Schritt in Netzwerke miteinbezogen und im Interesse des Patienten prozessual integriert werden.»

Wissenschaft: Beispiel Universität St. Gallen

«Ohne Reformen ist die Nachhaltigkeit der Pflegefinanzierung stark gefährdet. Die Erschliessung neuer Finanzierungsquellen und eine effiziente Organisation des Pflegesystems müssen oberste Priorität haben»

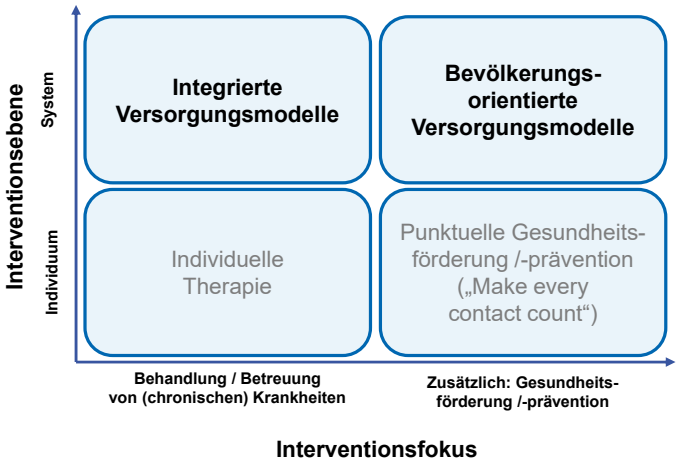
Von anbieterorientierten zu integrierten (koordinierten) Versorgungsmodellen



Quelle: In Anlehnung an den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten «Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens», 2009.

Von der integrierten zur bevölkerungsorientierten Gesundheitsversorgung

„Bevölkerungsorientierte“ und „integrierte“ Koordination von Wertschöpfungsaktivitäten



Integrierte Versorgung

- Ebene: Patientenzentrierte Koordination primärer und unterstützender Wertschöpfungsaktivitäten zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern innerhalb des Gesundheits- und Sozialsektors
- Fokus: Behandlung und Begleitung von Krankheiten z. B. mittels Chronic Care Management oder Chronic Disease Management
- Beispiele: Diabetes-Programme, Cancer Networks, etc.

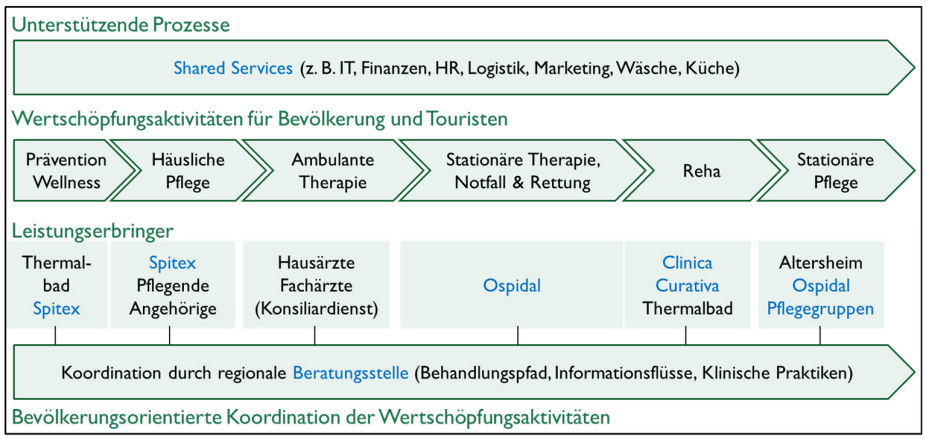
Bevölkerungsorientierte Versorgung

- Ebene: Bevölkerungsorientierte Koordination primärer und unterstützender Wertschöpfungsaktivitäten zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern innerhalb des Gesundheits- und Sozialsektors und weiterer gesundheitsdeterminierender Sektoren wie z. B. Bildung, Nahrungsmittel, Stadt- und Verkehrsplanung, Architektur, Seelsorge, Sport, Kultur etc.
- Fokus: Neben Behandlung und Begleitung bestimmter (chronischer) Krankheiten zusätzlich Gesundheitsförderung und –prävention für die Bevölkerung eines definierten Versorgungsraums.
- Beispiele: Kaiser Permanente, gesundes Kienzigtal

Kingsfund, Population Health Systems: Going Beyond Integrated Care; Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden, GDK, 2019

Fallbeispiel: Bevölkerungsorientierte Koordination primärer und unterstützender Wertschöpfungsaktivitäten im Gesundheitszentrum Unterengadin

CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA
GESUNDHEITSZENTRUM UNTERENGADIN



Leistungserbringer in blau: Organisatorische Zusammenfassung in der Stiftung «Gesundheitszentrum Unterengadin»

Gesundheitsregion Unterengadin

- Periphere geographische Lage
- 2000: Existenz des Spitals auf dem Prüfstand
  2007: Gründung eines Gesundheitszentrums
- Bevölkerungsorientierte Koordination von Wertschöpfungsaktivitäten für ca. 8'000 Einwohner plus ca. 4'000 fiktive Einwohner durch 1 Mio. Logiernächte pro Jahr
- Beratungsstelle kommt dort zur Anwendung, wo aufgrund einer komplexen (medizinisch, pflegerisch, sozial), die Hilfemöglichkeiten organisationsübergreifend neu abzustimmen sind.
- Finanzierung der Koordinationstätigkeit der Beratungsstelle über Gemeindebudget.

University of St.Gallen

Die analytisch-konzeptionelle Perspektive: Zur bevölkerungsorientierten Gesundheitsversorgung in fünf Schritten



1. Z. B. nach Geographie (z. B. Gesundheitsregion Unterengadin, Gesundheitsnetz 2025 Zürich), Liste der Versicherten, Kunden-/Patientenliste
2. Datenbasiert, z. B. Demographie, Epidemiologie, Versicherungsdaten, Befragungen
3. Nach Zielgruppen (z. B. ältere Bevölkerung mit Pflegebedarf, im Toggenburg, Demenzpatienten/innen im Thurgau, übergewichtige Kinder in der Stadt Zürich, …)
4. Leistungserbringer koordinieren Informationsflüsse und Wertschöpfungsaktivitäten in Bezug die auf Bedürfnisse der /des priorisierten Bevölkerungssegmente/s
5. Evaluation von Versorgungsqualität, Gesundheitszustand, Kosten («Triple» Aim)

In Anlehnung an Struijs et al.. How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. Health Policy, 2015; 119: 522–529.

University of St.Gallen

Die Praxisperspektive: Die Entwicklung einer bevölkerungsorientierten Versorgung ist anspruchsvoller als erwartet

Aufbau der Gesundheitsregion Surselva braucht mehr Zeit

Die Realisierung der Gesundheitsregion Surselva gestaltet sich schwieriger als erwartet. Die Angst von Heimen und Gemeinden, etwas zu verlieren, ist gross. Vertrauensarbeit ist angesagt.

von Denise Alig

Den Anstoss gaben die sechs Alters- und Pflegeheime der Surselva vor sieben Monaten. Sie gelangten an den Gemeindeverband Sana Surselva mit dem Anliegen, die Zusammenarbeit unter den Heimen zu fördern und damit die Qualität der medizinischen und betreuerischen Leistungen nachhaltig zu verbessern.

Eine Projektgruppe unter der Leitung von Francestg Cajacob, ehemaliger Gemeindepräsident von Disentis und früheres Vorstandsmitglied der Sana Surselva, sollte bis Ende Jahr einschlägige Zukunftsmodelle erarbeiten. Davon sollte eines – etwa nach dem Vorbild des Center da Sanda Engiadina Bassa und der Flury Stiftung im Prättigau – die Schaffung der «Gesundheitsregion Surselva» sein. Ein Dienstleistungskompetenzzentrum, das aus einer Hand hochqualifizierte Arbeit leistet und touristisch entsprechend vermarktet werden kann.



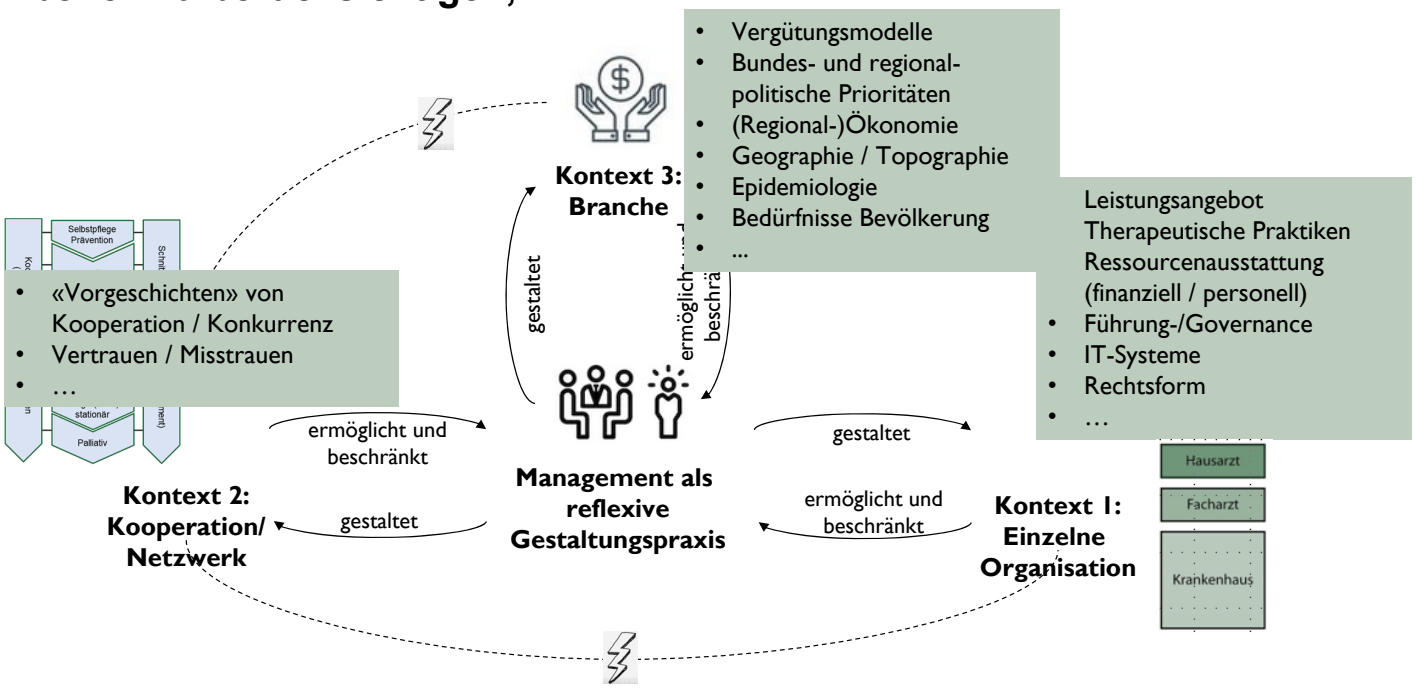
Kooperationsgespräche sind angelaufen: Das Alters- und Pflegeheim «da casa» in Vella ist eine von sechs Institutionen, welche die Gesundheitsregion Surselva bilden würden. Bild Archiv

Häufig genannte Gründe:

- Institutionen kennen sich nicht
- Sorge vor Identitäts-Verlust
- Finanzielle Verlustängste
- Sorge vor Abbau von Arbeitsplätzen
- Fehlendes Vertrauen
- Governance, Personen
- …

University of St.Gallen

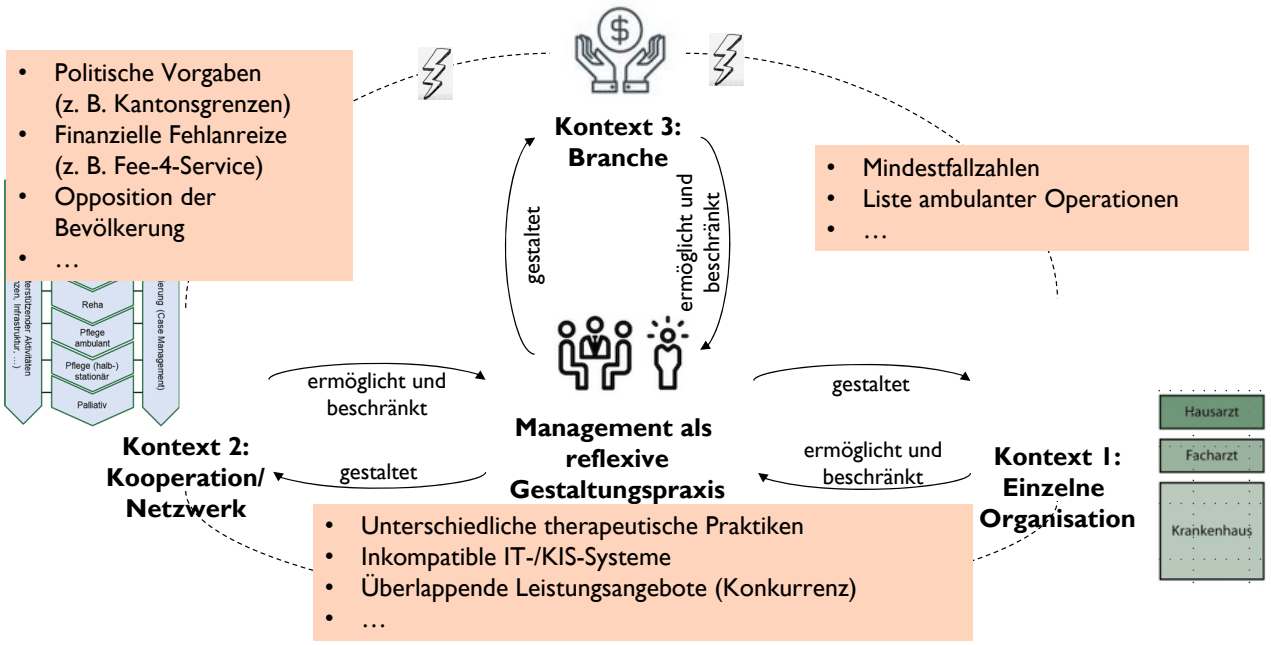
Beim Aufbau bevölkerungsorientierter Versorgungsmodelle sind mehrere Ebenen zu berücksichtigen, …



 Quelle: Mitterlechner, 2019

University of St.Gallen

… die sich gegenseitig und widersprüchlich beeinflussen



13 Quelle: Mitterlechner, 2019

University of St.Gallen

Die Rolle von Management als reflexiver Gestaltungspraxis

Management als reflexive Gestaltungspraxis

- Management = Versuch von Akteuren, Wertschöpfungsaktivitäten über Organisationsgrenzen hinweg (z. B. Spital, Spitex, Pflegezentren) reflexiv (absichtsvoll) mit Blick auf den Bevölkerungsbedarf zu koordinieren.
- Annahme: “The reflexivity of modern social life consists in the fact that social practices are constantly examined and reformed in the light of incoming information about those very practices, thus constitutively altering their character.“ (Giddens 1990, S. 38)
- Aber: mit nicht-intendierten Handlungsfolgen, Entwicklungsbrüchen und Zufällen muss angesichts des vielschichtigen und dynamischen Versorgungskontexts gerechnet werden (Non-Linearität des Handelns).

  (Sydow, 2001)
- Frage: Unter welchen Voraussetzungen – mit welchen Management-Praktiken – können Wertschöpfungsaktivitäten über Organisationsgrenzen hinweg reflexiv koordiniert werden?

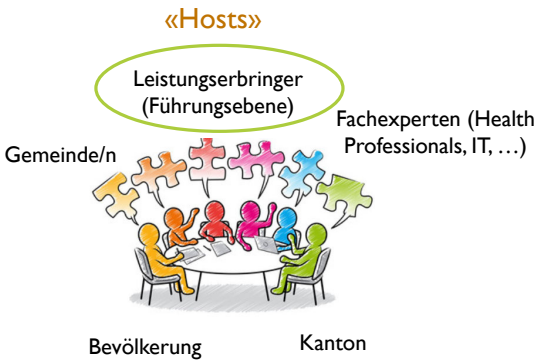
University of St.Gallen

Aufbau einer Reflexionsarena (“Reflecting”)

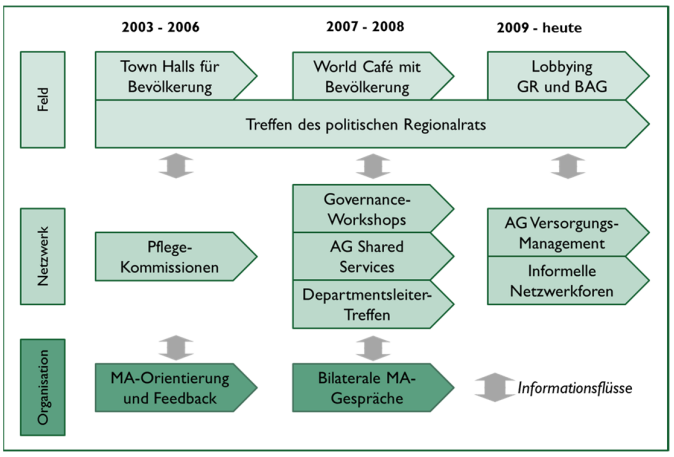
Management als reflexive Gestaltungspraxis

Reflexionsarena

Inhaltlich-zeitlich verknüpfte Kommunikationsereignisse, an denen die relevanten Akteuren ihre tradierten und teilweise problematischen Handlungsmuster über einen längeren Zeitraum kritisch hinterfragen und angesichts zahlreicher Widersprüche kreativ weiterentwickeln können.



Beispiel: Reflexionsarena für die Gestaltung der Gesundheitsregion Unterengadin



University of St.Gallen

Erkunden statt Umsetzen (“Researching”)

Management als reflexive Gestaltungspraxis

«Umsetzung»



«Erkundung»



	«Umsetzung»	«Erkundung»
Perspektive	• Überlegener Blick als Gestalter auf klare Konturen	• Betroffener Blick als Fussgänger auf konfuses Geschehen
Modus	• Repräsentation/Planung und Implementierung	• Kontinuierliche Suche nach Lösungen für situative Fragen
Akteure	• Zentrale Einzelakteure	• Kollektive Koordination verteilter Akteure
Vorgehen	• Planvoll, zielgerichtet	• Schrittweise, iterativ, experimentell, revisionsfreundlich

«Am 1. Januar 2007 war nicht alles fertig. Wir haben das Schritt für Schritt im Gespräch entwickelt, auch die zentralen Dienste. Wir machten die einfachen Sachen zuerst, schauten, wie sie ankommen, und konnten korrigierend eingreifen. Es war ein schleichender Prozess. Und nicht eine Ankündigung, dass morgen alles anders ist». (Mitglied der Versorgungskommission)

Nach de Certeau, 1984

University of St.Gallen

Beziehungen gestalten (“Relating”)

Management als reflexive Gestaltungspraxis



«Wir hatten den Mut, unsere Verschiedenartigkeit leben zu lassen. Wir haben es nicht mit der Brechstange herbeigeführt. Wir haben uns gegenseitig so respektiert, dass wir unsere Eigenartigkeit sein lassen konnten».
(Mitglied Versorgungskommission)

Kernelemente von Management als Beziehungsarbeit

- Grundhaltung der gleichen Augenhöhe
- Respekt vor Verschiedenartigkeit im aktiven Bewusstsein der wechselseitigen Angewiesenheit
- Prinzipielle Gleichwertigkeit unterschiedlicher Erfahrungen und Argumente
- Belastbare Kollegialität: Entscheidungsstärke und Loyalität (keine Dauerpolitisierung)

University of St.Gallen

Lohnt sich der Weg? Erkenntnisse aus einer Wirkungsanalyse im Kanton GR



- Bevölkerungsorientierte Wertschöpfung: Integrierte Versorgungsregionen richten die Wertschöpfung umfassender auf Patienten/Innen und ihre Angehörigen aus. Die höhere Qualität ist auf das strukturierte Schnittstellenmanagement zwischen den Leistungserbringern zurückzuführen – etwa durch regionale Beratungsstellen und Case Management für ältere Personen mit komplexen Bedürfnissen.
- Kostenvorteile: Durch Vernetzung lassen sich betriebliche Kostenvorteile in Höhe von 20 bis 30% in den unterstützenden Wertschöpfungsaktivitäten wie HR oder IT realisieren.
- Bedarfsgerechter Leistungsausbau: In den primären Wertschöpfungsaktivitäten kann eine integrierte Versorgung zunächst zu einem Leistungsausbau und steigenden Gesundheitsausgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung führen. Die Gesundheitsausgaben in den untersuchten Regionen blieben jedoch unter dem Schweizer Durchschnitt, was eher auf einen Nachholbedarf in ländlichen Regionen und nicht eine drohende Überversorgung hinweist.
- Flexibles Personalmanagement: Das Personalmanagement kann bedarfsorientierter und sektorübergreifend gestaltet werden – mit positiven Wirkungen auf die Attraktivität, Rekrutierung und Einsatzplanung von Fach- und Leitungspositionen.
- Innovationskraft: Innovative Versorgungspraktiken wie z. B. Digital Health oder Disease Management kommen in integrierten Versorgungsregionen häufiger zum Einsatz. Die Mitarbeitenden fühlen sich besser für die künftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen gewappnet.
- Lebens- und Standortqualität für die Region: Innovation beeinflusst die Lebens- und Standortqualität der Gemeinden positiv und schafft Arbeitsplätze.

Quelle: Giger, Schmid & Mitterlechner, Vernetzte Gesundheit, Studie im Auftrag des Gesundheitsdepartements Graubünden, KPMG und Universität St. Gallen, 2020

KPMG University of St.Gallen