



in Zusammenarbeit mit

Institut für Systemisches Management
und Public Governance



Universität St.Gallen

Vernetzte Gesundheit

**Integrierte
Versorgungsregionen:
Zukunftsweisende
Medizin und Pflege
im Kanton Graubünden**

**Studie im Auftrag des Departements
für Justiz, Sicherheit und
Gesundheit Graubünden (DJSG)**

April 2020

Inhalt

1. Management Summary	4
2. Ausgangslage	8
Projektauftrag	8
Konzeptioneller Hintergrund/ Begriffsdefinition	8
Methodisches Vorgehen	10
Einschränkungen	11
3. Untersuchungsobjekte	12
Versorgungsregion Prättigau	12
Versorgungsregion Engiadina Bassa	12
Versorgungsregion Oberengadin	13
Versorgungsregion Surselva	13
4. Effekte der integrierten Versorgung	16
Finanzielle Aspekte	16
Personelle Aspekte	23
Versorgung der Region	27
Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten	33
Auswirkungen auf die Gemeinden der Gesundheitsversorgungsregionen	34
12 Vorteile von integrierten Versorgungs- regionen	35
5. Kontext und Praxis eines erfolgreichen Veränderungsprozesses	38
Konzeptioneller Hintergrund	38
Fallstudie: Gesundheitszentrum Unterengadin	39
Diskussion: Handlungsoptionen für den Aufbau integrierter Gesundheitszentren	45
6. Empfehlungen an die Akteure	52
7. Anhang	56
Verwendete Datenquellen	56
Wissenschaftliche Literatur	56
Analysierte unterstützende Aktivitäten	57

1. Management Summary

Integrierte Versorgungsregionen: Zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden

Mit einer Teilrevision des Krankenpflegegesetzes (KPG) plant der Kanton Graubünden, Zusammenschlüsse von Spitälern, Pflegeheimen und Spitex unter einem Dach zu fördern. Um die Auswirkungen sogenannter integrierter Gesundheitsversorgungszentren auf Wirtschaftlichkeit, Qualität und Versorgungssicherheit zu überprüfen, hat das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (DJSG) die vorliegende Studie in Auftrag gegeben. In Zusammenarbeit mit der Universität St. Gallen untersuchte das Beratungsunternehmen KPMG zwei Fragenkomplexe, die für die politische Diskussion entscheidend sind:

Welche relevanten Erkenntnisse lassen sich aus einem Vergleich von Regionen mit integrierter Gesundheitsversorgung (Engiadina Bassa, Prättigau) und solchen ohne entsprechende Organisationsstrukturen (Oberengadin, Surselva) gewinnen? Untersucht wurden finanzielle, personelle und versorgungspolitische Aspekte sowie Auswirkungen auf Patienten und Gemeinden.

Der zweite Fragenkomplex setzte sich mit der Frage auseinander, welche Rahmenbedingungen und Praktiken für einen erfolgreichen Aufbau- und Entwicklungsprozess zu berücksichtigen sind.

Für den Vergleich der Versorgungsregionen wurden verschiedene Hypothesen formuliert, die mittels quantitativer Analysen getestet, bzw. anhand qualitativer Aussagen plausibilisiert wurden. Die Auswertung ist dabei auf einer aggregierten Ebene von «integrierten» und «nicht integrierten» Versorgungsregionen erfolgt. Damit wurde der Systemvergleich in den Mittelpunkt gestellt, ohne Rückschlüsse auf spezifische betriebliche Gegebenheiten der Regionen zuzulassen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Kanton Graubünden einen zukunftsweisenden Weg eingeschlagen hat: Der Vergleich von integrierten und nicht integrierten Versorgungsregionen belegt wesentliche Vorteile der integrierten

Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung, die Mitarbeitenden, die Gemeinden sowie den Kanton.

Vorteile für Patientinnen und Patienten

Die strukturelle Verbindung unter den Leistungserbringern führt in den integrierten Versorgungsregionen zu einer intensiveren Zusammenarbeit. Die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung ist dabei insbesondere auf das professionelle Schnittstellenmanagement zurückzuführen – etwa durch eine Beratungsstelle oder ein zentral erfolgreiches Zuweiser-, Entlass- und Versorgungsmanagement. Zusätzlich fördern durchgängige Infrastrukturen und Prozesse die Umsetzung von innovativen Versorgungsformen. Integrierte Versorgungsregionen richten Behandlungsprozesse umfassend auf Patientinnen und Patienten aus. Wahlmöglichkeiten der Therapien und der Diagnostik sowie die Transparenz der Gesundheitsdienstleistungen führen zu hoher Patientenzufriedenheit.

Vorteile für das Personalmanagement

Auch im Bereich des Personalmanagements zeigen sich positive Effekte der integrierten Gesundheitsversorgung. Dieses kann flexibler, bedarfsorientierter und sektorenübergreifend organisiert werden – mit entsprechend positiven Auswirkungen auf die Attraktivität von Fach- und Leitungsfunktionen und deren Rekrutierung. Erleichtert wird zudem die Besetzung von strategischen Organen und die Zusammenstellung von Verwaltungs- und Stiftungsräten, da sich in integrierten Systemen die Anzahl an Positionen verringert.

Vorteile für die Gemeinden

Der Aufbau einer integrierten Gesundheitsversorgung führt in einem ersten Schritt zwar zu einem hohen Umsetzungsaufwand und entsprechend temporär steigenden Kosten. Mittelfristig sind durch die betriebliche Integration die Leistungserbringer jedoch besser aufgestellt, um Kostendruck zu bewältigen.

... bei Kosten:

Ausserdem lassen sich Kostenvorteile von 20 – 30% bei den unterstützenden Aktivitäten realisieren. Der mit dem anfänglichen Ausgabenwachstum verbundene Leistungsausbau führt zu einer verbesserten Versorgungsqualität und vorteilhaften volkswirtschaftlichen Effekten.

... und Qualität:

Eine integrierte Versorgung beeinflusst die Lebensqualität und Standortattraktivität der Gemeinden positiv, trägt zu einer ganzheitlicheren Betrachtung der Versorgung und einer besseren Vorbereitung auf die Bewältigung zukünftiger Schlüsseltrends bei.

Es wird ein erfolgreicher Veränderungsprozess rund um den Aufbau integrierter Gesundheitszentren beschrieben. Eine mehrjährige qualitative Fallstudie, die in Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitszentrum Unterengadin und der Universität St. Gallen entstanden ist, zeigt die Entwicklung eines integrierten Gesundheitszentrums auf. Es wird detailliert dargelegt, wie Wertschöpfungsaktivitäten zwischen anfänglich isolierten regionalen Leistungserbringern verstärkt koordiniert wurden.

Aus der Fallstudie lassen sich Handlungsoptionen zur Kommunikation und zu den Kontextbedingungen ableiten. Eine breit abgestützte Analyse der strategischen Ausgangslage innerhalb der beteiligten Institutionen und im Gesamtkontext ermöglicht die Gestaltung einer Veränderungsarchitektur, die Räume für Kooperationen schafft. Zentral ist hierbei, den Akteuren eine Vorstellung dessen zu vermitteln, welche Fragen in welcher Reihenfolge bearbeitet werden sollen. Wichtig dabei ist, in kleinen revisionsfreundlichen Schritten («Piloten») vorzugehen, um unrealistische Erwartungen zu dämpfen. Es gilt, Rahmenbedingungen für kreative Lösungen zu schaffen und «Fertiglösungen» zu vermeiden.

Da Veränderungsprozesse mit Unsicherheiten und Verlustängsten verbunden sind, lohnt es sich, Entscheidungsvorlagen transparent, nachvollziehbar und für alle Seiten verständlich vorzubereiten. Ebenso ist darauf zu achten, dass im Prozess die Autonomie der Kooperationspartner respektiert wird.

Anstoss zur Schaffung eines integrierten Gesundheitsversorgungszentrums muss die Erkenntnis der Beteiligten sein, dass Handlungsbedarf besteht. Ein förderliches regionalpolitisches Umfeld unterstützt Veränderungen durch (kantonale) Massnahmen ebenso wie ein kollegial belastbares Führungsteam, das trotz auftauchenden Widersprüchen entscheidungsfähig bleibt und mit einer Stimme spricht. Health Professionals als Mitglieder von Expertenorganisationen sind in den Prozess einzubeziehen, um die Unterstützung zu sichern.

Die Zukunft der dezentralen Besiedelung im Kanton Graubünden hängt zu einem grossen Teil davon ab, ob und wie es gelingt, die Strukturen der medizinischen Grundversorgung mit Blick auf demografische, wirtschaftliche, personelle und medizinisch-technische Veränderungen weiterzuentwickeln.

Für das weitere Vorgehen werden 6 Massnahmen vorgeschlagen:

1. Integrierte Versorgung durch geeignete Rahmenbedingungen erleichtern.
2. Bestrebungen zur Integration von Leistungserbringern prozessorientiert unterstützen.
3. Kontinuierliche entwicklungsorientierte Evaluation der Integrationsleistungen.
4. Förderung zur Weiterentwicklung von Evaluationsverfahren.
5. Governance-Instrumente zum Fortbestand der Versorgungsregionen einführen.
6. Aufbau einer durchgängigen IT-Infrastruktur für eine Integrierte Versorgung.

Die Erkenntnisse aus der vorliegenden Studie können dazu beitragen, die Strukturen der medizinischen Grundversorgung nicht nur im Kanton Graubünden, sondern auch in anderen Regionen weiterzuentwickeln. Dies vor dem Hintergrund regionaler Eigenheiten mit unterschiedlichen betrieblichen und versorgungscharakteristischen Voraussetzungen.





2. Die Ausgangslage

Projektauftrag

Der Fortbestand der dezentralen Besiedelung in Graubünden bedingt eine flächendeckende, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich tragbare medizinische Grundversorgung. Diese ist in den Talschaften des Kantons mit mehreren Herausforderungen konfrontiert. Dazu zählen eine wachsende Nachfrage nach medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen durch eine alternde Bevölkerung, die kompetente Versorgung von Touristen in der Hochsaison, ein sich verschärfender Mangel an Fachpersonal, die wachsende Schere zwischen medizinisch-technischen und finanziellen Möglichkeiten und die steigende Anspruchshaltung der Bevölkerung. Diese Herausforderungen legen nahe, die Versorgungsstrukturen in den Talschaften kontinuierlich zu überprüfen und anzupassen.

Der Kanton Graubünden, vertreten durch das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (DJSG), hat hierzu im Jahr 2013 das Leitbild zur Gesundheitsversorgung veröffentlicht. Darin wird das Ziel verfolgt, eine Struktur zu etablieren, in der eine wirtschaftlich tragbare Grundversorgung über alle Regionen hinweg verfügbar ist.

Im Hinblick auf die Umsetzung des Leitbildes von 2013 hat die Regierung einen Entwurf für eine Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (KPG) in die Vernehmlassung gegeben.

Im Rahmen dieser Teilrevision schlägt das DJSG vor, integrierte Gesundheitsversorgungsregionen zu bilden. Wesentliche Bestandteile der Revision sind die Beibehaltung der regionalen Spitalversorgung und die deckungsgleiche Einteilung des Kantons für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung. Zudem sind gemäss Revisionsvorschlag die Aktivitäten der regionalen Leistungserbringer (u.a. Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Rettung, Notfall, Spitex) horizontal und vertikal im Rahmen sogenannter «Gesundheitszentren» durch einen einzigen Anbieter pro Region zu koordinieren. Einhergehend sollen in den Gesundheitszentren vielfäl-

tige Synergien realisiert werden, die im vorliegenden Bericht detailliert untersucht werden.

Das DJSG verfolgt das übergeordnete Ziel, die Auswirkungen der Teilrevision des KPG auf ihre aktuelle und zukünftige Wirtschaftlichkeit, Versorgungssicherheit und -qualität hin zu untersuchen. KPMG, in Kooperation mit der Universität St. Gallen, wurde in diesem Kontext beauftragt, eine Studie zur Wirtschaftlichkeit integrierter Versorgungszentren zu erstellen. Dabei waren zwei Regionen mit integrierter Gesundheitsversorgung (Engiadina Bassa und Prättigau) und zwei Regionen ohne integrierte Gesundheitsversorgung (Oberengadin und Surselva) u.a. anhand finanzieller, personeller und versorgungspolitischer Aspekte zu vergleichen.

Zusätzlich sollten in der Studie Handlungsleitlinien und Erfolgspraktiken für den Veränderungsprozess integrierter regionaler Versorgungsmodelle im Kanton Graubünden identifiziert werden.

Konzeptioneller Hintergrund/Begriffsdefinition

Die Literatur thematisiert Überlegungen, wie im vorliegenden Fall, unter dem Begriff einer «integrierten Gesundheitsversorgung». Da es verschiedene Verständnisse dieses Begriffs gibt, wird sie hier als Koordination von Wertschöpfungsaktivitäten zwischen zwei oder mehreren Leistungserbringern definiert.

Koordiniert werden können primäre (medizinische, pflegerische, therapeutische) und unterstützende (z.B. IT, Beschaffung, Personal, Finanzen etc.) Aktivitäten, wobei die zweitgenannten im Rahmen dieses Gutachtens als «betriebliche Integration» bezeichnet werden. Die Koordination kann horizontal (zwischen Leistungserbringern auf derselben Stufe, z.B. zwei oder mehr Spitäler) oder vertikal (zwischen Leistungserbringern auf vor- und nachgelagerten Stufen, z.B. Hausarzt, Spital, stationäre Pflege) erfolgen.

Übersichtsmässig kann das institutionelle Umfeld der Gesundheitsversorgung und die wesentlichen Mechanismen einer integrierten Versorgung wie folgt dargestellt werden:

Methodisches Vorgehen

Die Ausgangsbasis für die vorliegende Studie bilden die durch das DJSG formulierten Fragen in den Bereichen Finanzen, Personal, Versorgung der Region sowie die Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten und betroffene Gemeinden.

Zur Beantwortung der definierten Fragestellungen werden in einem ersten Schritt die vier Regionen als Versorgungsregionen beschrieben mit dem Ziel, diese im Sinne von Untersuchungsobjekten zu definieren und abzugrenzen.

Nachfolgend werden jeweils für jede Fragestellung Hypothesen formuliert, die in einem zweiten Schritt mittels gezielter quantitativer Analysen getestet bzw. anhand qualitativer Aussagen plausibilisiert werden. Die Darstellung von Auswertungen erfolgt dabei, wenn immer möglich und zielführend, auf der aggregierten Ebene integrierte/nicht integrierte Versorgungsregionen. Damit soll die Beantwortung der übergeordneten Fragestellung nach einem Systemvergleich in den Mittelpunkt gestellt werden, ohne Rückschlüsse auf spezifische betriebliche Gegebenheiten der teilnehmenden Regionen zuzulassen.

Als Datengrundlage dienen hierzu neben quantitativen Daten aus öffentlich zugänglichen Datenquellen und betrieblichen Daten der einzelnen Leistungserbringer (vgl. Anhang), auch leitfadengestützte Interviews mit den CEO der fünf akutstationären Leistungserbringer sowie eine Online-Umfrage mit Verantwortlichen der Leistungserbringer zur Wahrnehmung der Versorgung in den jeweiligen Gesundheitsregionen. Die Online-Umfrage zeigt, wie die Befragten ihr eigenes Versorgungssystem einschätzen und ist nicht repräsentativ.

Der Kontext und die Praxis eines erfolgreichen Veränderungsprozesses werden vornehmlich aus Forschungsarbeiten rund um den Aufbau integrierter Gesundheitszentren – insbesondere aus der Entstehung des Gesundheitszentrums Unterengadin – im Sinne eines Fallbeispiels abgeleitet. Die aus der Forschungspartnerschaft zwischen dem Gesundheitszentrum Unterengadin und der Universität St. Gallen

entstandene, mehrjährige qualitative Fallstudie ist besonders geeignet, um die hier zur Diskussion stehenden, non-linearen Veränderungsprozesse über die Zeit zu beobachten und zu beschreiben^{11, 16}.

Die Datenbasis besteht aus 35 Interviews, 96 Beobachtungen und 46 Originaldokumenten, die den Zeitraum von 2000 bis 2020 abdecken. Die Interviews umfassen Gespräche mit Führungsverantwortlichen und Gesundheitsfachleuten zentraler regionaler Leistungserbringer (Spital, Spitex, stationäres Pflegezentrum, Hausärzte, Mineralbad), Politikern aus dem Regionalrat, Tourismusvertretern sowie Meinungsführern aus der Bevölkerung. Die Beobachtungen beziehen sich auf Sitzungen, Workshops und Treffen, in denen die Weiterentwicklung der regionalen Gesundheitsversorgung thematisiert wurde (z.B. Vernetzungstreffen zwischen Beratungsstelle und regionalen Sozialdiensten). Die Dokumente setzen sich aus Gründungspapieren, strategischen Plänen, internen Memos, Jahresberichten und externen Publikationen des Gesundheitszentrums zusammen. Die Rolle als Projektkoordinator des Regionalentwicklungsprojekts «Nationalparkregion – Gesundheitsregion» zwischen 2011 und 2016 eröffnete zusätzliche Einblicke in die sich verändernden Versorgungsstrukturen und kommunikativen Praktiken der Region. Die erhobenen Daten wurden mit der Software «atlas.ti» konsolidiert und unter Berücksichtigung aktueller Literatur in Muster verdichtet. Kapitel 5 beschreibt das Ergebnis der Datenanalyse und leitet daraus zehn Handlungsoptionen für den Aufbau ähnlicher Versorgungsmodelle in anderen Talschaften des Kantons ab.

In einem abschliessenden Fazit werden in Kapitel 6 Handlungsempfehlungen im Sinne eines weiteren Vorgehens zur Versorgungsgestaltung im Kanton Graubünden abgeleitet.

Einschränkungen

Zentraler Fokuspunkt der vorliegenden Studie ist die Unterscheidung von integrierten und nicht integrierten Versorgungsregionen hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit und ihrem Beitrag zur regionalen Gesundheitsversorgung und nicht die individuelle Evaluation einzelner Institutionen. Aus diesem Grund werden entsprechende quantitative Daten nur konsolidiert dargestellt.

Nicht Inhalt der vorliegenden Studie ist weiter die Prüfung, ob die gesetzlichen Vorgaben der Teilrevision des KPG bereits durch die vorhandenen integrierten Strukturen in den Gesundheitsversorgungsregionen Unterengadin und Prättigau erfüllt werden. Ebenfalls ist es nicht Gegenstand der Studie, eine ganzheitliche Analyse der integrierten Gesundheitsversorgung in den betrachteten Versorgungsregionen im Sinne einer Reifegradprüfung vorzunehmen.

3. Untersuchungsobjekte

Integrierte Versorgungsregion Prättigau

Die Versorgungsregion Prättigau besteht aus der Spitalregion Prättigau, der Alters- und Pflegeheimregion Prättigau, der Spitex-Region Prättigau und dem Rettungsdienst Prättigau.

Die wichtigsten Leistungserbringer der Region sind in der Flury Stiftung organisiert:

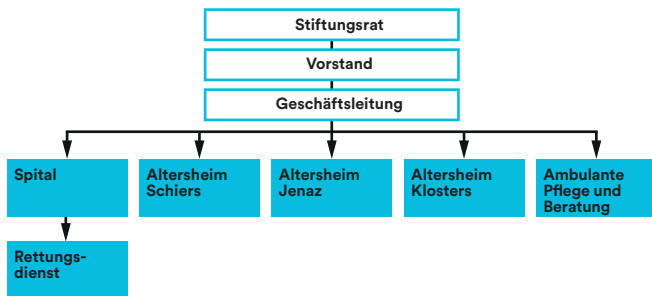


Abbildung 2: Übersicht Versorgungsregion Prättigau;
Quelle: Eigene Darstellung KPMG

Historie: Gründung des Spitals in 1881, Gründung der Flury Stiftung in 1956, Bau und Bezug der Alters- und Pflegeheime in Schiers und Klosters in den 1980er Jahren.

Anzahl Einwohner in der Region (BFS für 2017): 15'128

Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) in der Flury Stiftung (2017): 310,98

Leistungskennzahlen der Versorgungsregion (2017):

Anzahl Pflegetage stationär: 10'837

Austritte stationär: 2391

Anzahl Pflegetage Heime: 54'664

Anzahl verrechnete Spitexstunden: 23'800

Anzahl Einsätze Rettungsdienst: 711 (2016)

Finanzielle Kennzahlen der Stiftung (2017):

Case Mix Index (Quelle: BFS): 0,81

Ebitda-Marge (Geschäftsbericht, inkl. Betriebsbeiträge öffentliche Hand): 11,5%

Leistungsaufträge des Regionalspitals Prättigau in den Bereichen: Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren, Neurologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Hämatologie, Herz- und Gefäßchirurgie, Kardiologie und Angiologie, Urologie, Pneumologie, Bewegungsapparat chirurgisch, Rheumatologie, Gynäkologie, Geburtshilfe und (Radio-) Onkologie.

Die in der Versorgungsregion Prättigau gelegene Reha Seewis ist nicht Teil der integrierten Versorgungsstrukturen.

Integrierte Versorgungsregion Engiadina Bassa

Die Versorgungsregion Unterengadin besteht aus der Spitalregion Engiadina Bassa, der Alters- und Pflegeheimregion Engiadina Bassa, der Spitex-Region Engiadina Bassa und dem Rettungsdienst Engiadina Bassa.

Die wichtigsten Leistungserbringer der Region sind in der Stiftung Center da sandà Engiadina Bassa (CSEB) organisiert:

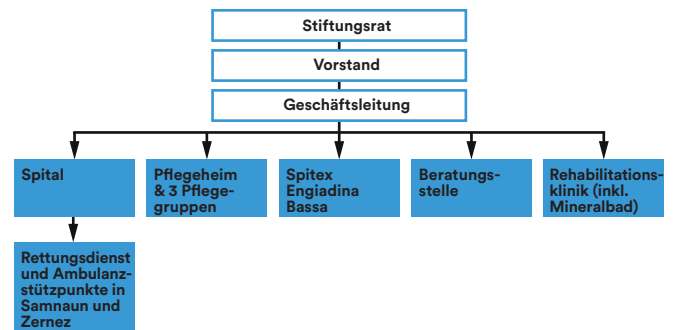


Abbildung 3: Übersicht Versorgungsregion Engiadina Bassa;
Quelle: Eigene Darstellung KPMG

Historie: Gründung des Gesundheitszentrums Unterengadin/Center da sandà Engiadina Bassa (CSEB) in 2007 als Zusammenschluss verschiedener Leistungserbringer.

Anzahl Einwohner in der Region (BFS für 2017): 7751

Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) im CSEB (2017): 213,5

Leistungskennzahlen der Versorgungsregion (2017):

Anzahl Pflegetage stationär: 5704

Austritte stationär: 1204

Anzahl Pflegetage Heime: 14'187

Anzahl verrechnete Spitexstunden: 11'796

Anzahl Einsätze Rettungsdienst: 792 (2016)

Finanzielle Kennzahlen der CSEB (2017):

Case Mix Index (Quelle: BFS): 0,79

Ebitda-Marge (Geschäftsbericht, inkl. Betriebsbeiträge öffentliche Hand): 3,8%

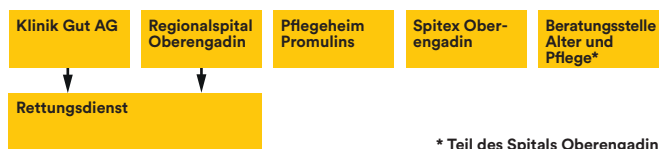
Leistungsaufträge des Regionalspitals Scuol in den Bereichen: Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie, Neurologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Hämatologie, Kardiologie, Pneumologie, Bewegungsapparat chirurgisch, Rheumatologie, Gynäkologie, Geburtshilfe und (Radio-) Onkologie sowie Komplementärmedizin.

Die von der CSEB betriebene Rehaklinik und das Mineralbad Bogn Engiadina werden nicht als Bestandteil des Untersuchungsobjekts angesehen, da es keine vergleichbaren Leistungserbringer in den anderen Versorgungsregionen gibt. Die Chasa Puntota stellte zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keinen integrierten Teil der Versorgungsstruktur dar. Die Integration des Altersheims wurde von den Stimmberechtigten von Scuol erst im November 2019 beschlossen.

Nicht integrierte Versorgungsregion Oberengadin

Die Versorgungsregion Oberengadin besteht aus der Spitalregion Oberengadin, der Alters- und Pflegeheimregion Oberengadin, der Spitex-Region Oberengadin und dem Rettungsdienst Oberengadin.

Die wichtigsten Leistungserbringer der Region sind selbständig organisiert:



* Teil des Spitals Oberengadin

Abbildung 4: Übersicht Versorgungsregion Oberengadin;
Quelle: Eigene Darstellung KPMG

Historie: Die Versorgungsregion Oberengadin besteht aus der Spitalregion Oberengadin, der Alters- und Pflegeheimregion Oberengadin, der Spitex-Region Oberengadin und dem Rettungsdienst Oberengadin.

Anzahl Einwohner in der Region (BfS für 2017): 16'870
Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) in der Region (2017):
Regionalspital Oberengadin: 257,92
Klinik Gut: 93,8
Pflegeheim Promulins: 64,91
Spitex: 23,02
Rettungsdienst: 10,6 (2016)

Leistungskennzahlen der Versorgungsregion:
Spital Oberengadin 2017:

Anzahl Pflgetage stationär: 12'027
Austritte stationär: 2833
Anzahl Pflgetage Heime: 31'804
Anzahl verrechnete Spitexstunden: 28'859
Anzahl Einsätze Rettungsdienst: 1471 (2016)

Finanzielle Kennzahlen des Regionalspitals Oberengadin (2017):
Case Mix Index (Quelle: BfS): 0,81
Ebitda-Marge (Geschäftsbericht, inkl. Betriebsbeiträge öffentliche Hand): 11,5%

Leistungsaufträge des Regionalspitals Oberengadin in den Bereichen: Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren, Neurologie, Ophthalmologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Hämatologie, Kardiologie, Nephrologie, Urologie, Pneumologie, Thoraxchirurgie, Bewegungsapparat chirurgisch, Rheumatologie, Gynäkologie, Geburtshilfe und (Radio-)Onkologie sowie Unfallchirurgie.

Während dem Untersuchungszeitraum (2016–2018) kam es zu Integrationsbemühungen zwischen dem Regionalspital Oberengadin und dem Pflegeheim Promulins, welche zur Gründung einer integrierten Stiftung Gesundheitsversorgung Oberengadin (SGO) (ab 1. Januar 2020) führte. In der vorliegenden Untersuchung sind einzig bereits früher erfolgte betriebliche Integrationen (z.B. im Personalwesen) in den verwendeten Finanzzahlen abgebildet.

Nicht integrierte Versorgungsregion Surselva

Die wichtigsten Leistungserbringer der Region sind selbständig organisiert:

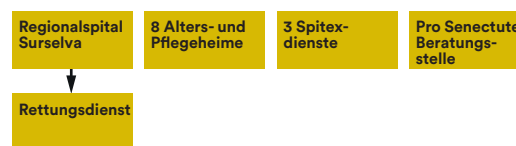


Abbildung 5: Übersicht Versorgungsregion Surselva;
Quelle: Eigene Darstellung KPMG

Historie: Die Versorgungsregion Surselva besteht aus der Spitalregion Surselva, den drei Alters- und Pflegeheimregionen Ilanz, Cadi Sursassiala und Cadi Sutsassiala, den drei Spitex-Regionen Cadi, Foppa und Selva sowie dem Rettungsdienst Surselva und dem Ambulanzstützpunkt Cadi.

Anzahl Einwohner in der Region (BfS für 2017): 21'420
Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) in der Region (2017):
Regionalspital Surselva: 167,7
Alters- und Pflegeheime: 281,12
Spitex: 46,01
Rettungsdienst: 13,5 (2016)

Leistungskennzahlen der Versorgungsregion (2017):

Anzahl Pflgetage stationär: 10'961
Austritte stationär: 2400
Anzahl Pflgetage Heime: 97'712
Anzahl verrechnete Spitexstunden: 51'476
Anzahl Einsätze Rettungsdienst: 1326 (2016)

Finanzielle Kennzahlen der Stiftung (2017):

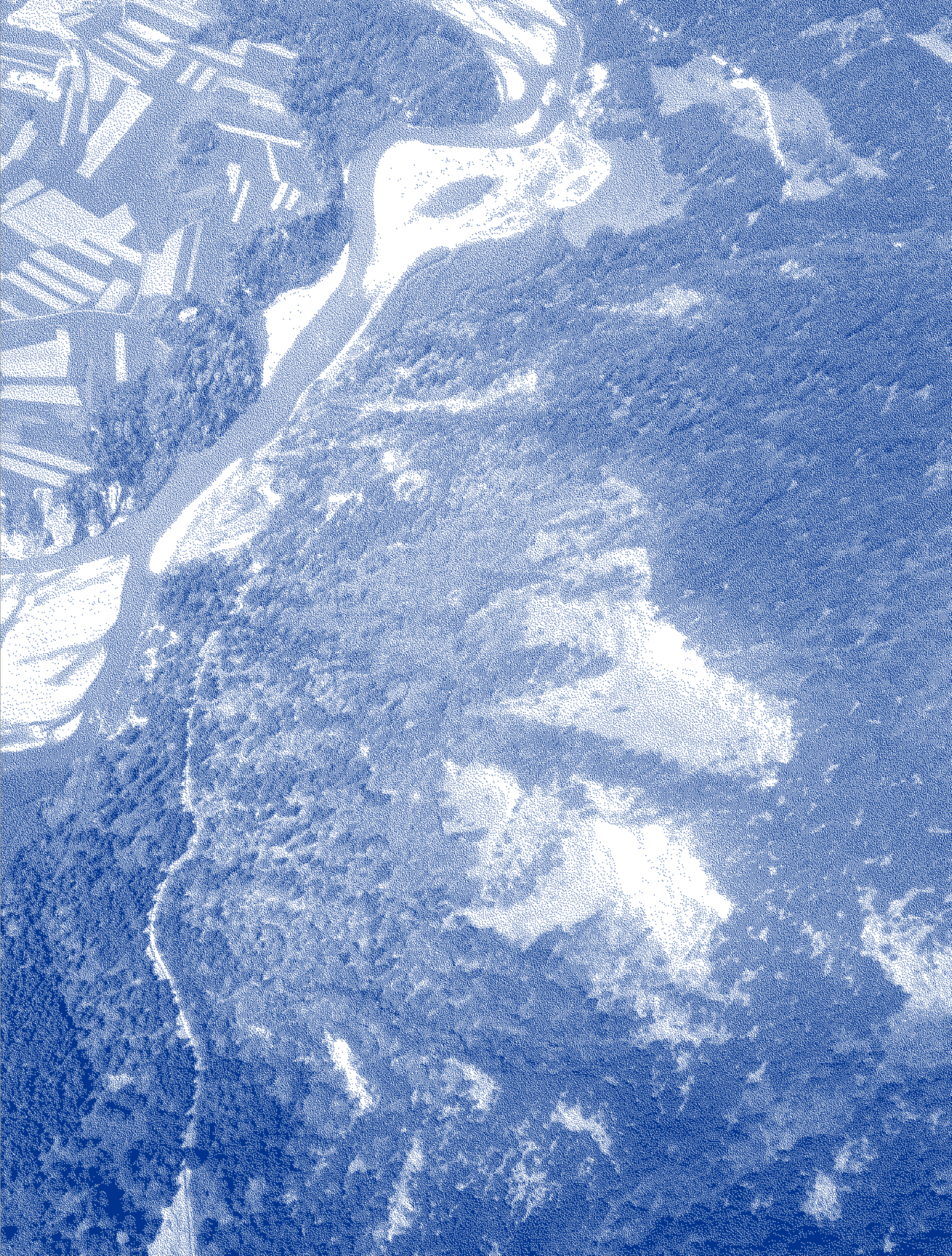
Case Mix Index (Quelle, BfS): 0,72
Ebitda-Marge (Geschäftsbericht, inkl. Betriebsbeiträge öffentliche Hand): 2,73%

Leistungsaufträge des Regionalspitals Surselva in den Bereichen: Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie, Neurologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Hämatologie, Kardiologie, Urologie, Pneumologie, Bewegungsapparat chirurgisch, Rheumatologie, Gynäkologie, Geburtshilfe und (Radio-) Onkologie.

Die Aktivitäten der SanaSurselva, welche als öffentlich-rechtlicher Gemeindeverband für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlich optimalen Gesundheitsversorgung der Surselva zuständig ist und die Vernetzung und Zusammenarbeit aller Bereiche der Gesundheitsversorgung fördert, wurden nicht in der Untersuchung berücksichtigt, denn der Fokus liegt auf der Analyse der medizinischen Leistungserbringer und nicht auf den politischen Strukturen und Rahmenbedingungen.

Von den acht Alters- und Pflegeheimen der Surselva konnte das Da Casa Val Lumnezia und die Pflegewohngruppe Vals nur mit Zahlen aus dem Pflichtreporting an den Kanton verwendet werden. Von den Institutionen selbst wurden keine Daten geliefert.





4. Effekte der integrierten Versorgung

Finanzielle Aspekte

1. Betriebliche Kostendifferenzen in Regionen mit und ohne integrierter Gesundheitsversorgung

Fragen

In welchen Bereichen sind bei integrierter gegenüber nicht integrierter Gesundheitsversorgung Kostendifferenzen festzustellen (z.B. Administration, Informatik, Beschaffung, Logistik, Rechnungswesen, Personalwesen, Patientenadministration usw.)? In welchen Bereichen nicht? Wie sind diese Kostendifferenzen pro Bereich zu quantifizieren? Inwiefern sind diese Kostendifferenzen in den unterschiedlichen Regionen auf die integrierte Gesundheitsversorgung zurückzuführen? Gibt es weitere Gründe für die Kostendifferenzen?

Hypothese 1

Durch eine stärkere betriebliche Integration kommt es in integrierten Gesundheitsversorgungsregionen zu Skaleneffekten.

Auswertung

Skaleneffekte lassen sich in integrierten Gesundheitssystemen insbesondere bei unterstützenden Aktivitäten generieren, bei denen eine Möglichkeit zur Zentralisierung besteht. Bei Tätigkeiten vor Ort bzw. am Patienten sieht KPMG nur geringe Potenziale, welche stark mit der Ausgestaltung der Integration sowie der Auslastung zusammenhängen. In Folge werden in der Analyse hinsichtlich der betrieblichen Skaleneffekte die unterstützenden Aktivitäten (vgl. Anhang) fokussiert.

In den Gesundheitsinstitutionen stellen die Personalkosten den grössten Aufwandsposten und somit einen idealen Ausgangspunkt zur Analyse von Skaleneffekten in den unterstützenden Aktivitäten dar. Zur Prüfung der Hypothese ist eine Analyse des Verhältnisses der Personalkosten «Unterstützung» und der Personalkosten «Medizin/Pflege» für das Jahr 2017

vorgenommen worden. Es zeigt sich, dass die integrierten Versorgungsregionen markant tiefere Anteile der Personalkosten für die unterstützenden Aktivitäten aufwenden. Unter der Annahme, dass der Anteil an extern bezogenen unterstützenden Dienstleistungen (Outsourcing) vergleichbar ist, lässt sich daraus auf betriebliche Skaleneffekte schliessen.

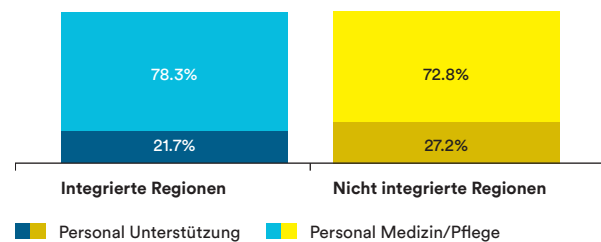


Abbildung 6: Verhältnis Personalkosten 2017; Quellen: Auszüge ITAR-K, Auszüge der dienstleistenden Kostenstellen der Spitäler; Pflichtreportings an Kanton (Kostenrechnung) der Alters- und Pflegeheime sowie Spitex-Organisationen, ergänzende Auskünfte der Institutionen.

Aufgrund der eindeutigen Tendenz lässt sich die Hypothese, dass es durch eine stärkere betriebliche Integration in integrierten Gesundheitsversorgungsregionen zu Skaleneffekten kommt, bestätigen. Die Ausnutzung dieser Vorteile einer betrieblichen Integration ist allerdings unabhängig von der Organisationsform, d.h. Netzwerk oder Hierarchie, möglich. Allgemein sei darauf verwiesen, dass sich die Mitarbeitenden der integrierten Regionen gemäss Online-Umfrage besser aufgestellt fühlen, um den zukünftig weiter steigenden Kostendruck bewältigen zu können.

Im nächsten Schritt werden als vertiefende Analyse die drei unterstützenden Aktivitäten Personalwesen, Informatik und Wäscherei untersucht.

Hypothese 2

Die Kosten in den unterstützenden Aktivitäten Personalwesen, Informatik und Wäscherei sind in den integrierten Gesundheitsversorgungsregionen tiefer.

Auswertung Personalwesen

Zur Analyse der Kosten des Personalwesens sind die durch das jeweilige Personalwesen betreuten Vollzeitstellen miteinander verglichen worden. Dabei wurden unter Berücksichtigung der Datenverfügbarkeit die jeweiligen Spitäler, Alters- und Pflegeheime sowie die Spitex-Organisationen einbezogen.

Die Analyse zeigt, dass in den integrierten Gesundheitsversorgungsregionen die Mitarbeitenden des Personalwesens mehr Mitarbeitende betreuen, entsprechend die Leistung höher ist. Im Umkehrschluss kann bei vergleichbarem Lohnniveau angenommen werden, dass die Kosten für das Personalwesen in den integrierten Regionen vergleichsweise tiefer sind.

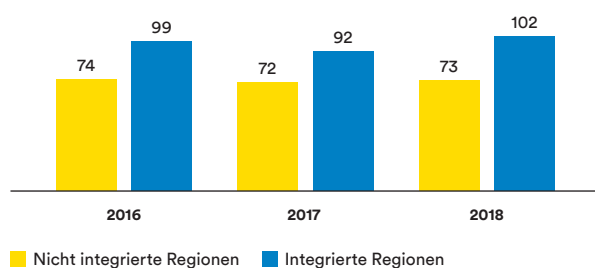


Abbildung 7: Betreute Vollzeitäquivalente (VZÄ) pro VZÄ im Personalwesen; Quellen: Erhaltene Mitarbeiter-Kennzahlen, ergänzende Auskünfte der Institutionen.

Zurückzuführen lässt sich dieses Erkenntnis auf die Stärke der Zusammenarbeit der Institutionen. Im Unterengadin sowie im Prättigau existiert für sämtliche Institutionen ein gemeinsames Personalwesen, so dass Skaleneffekte erzielt werden können; das Betreuungsverhältnis ist in beiden Regionen ähnlich. In der Region Oberengadin sind zwischen dem Spital Oberengadin sowie dem Pflegeheim Promulins ebenfalls Synergien ausgenutzt worden. Skaleneffekte einer betrieblichen Integration lassen sich aufgrund der verschiedenen Standorte auch bei der Klinik Gut erkennen. Die Region Surselva hätte die Möglichkeit, die zahl-

reichen Synergiepotenziale (diverse Alters- und Pflegeheime sowie Spitex-Organisationen) künftig noch stärker zu nutzen.

Informatik

Für die Informatik ist ein kumulierter Kostenvergleich der Spitäler sowie der Alters- und Pflegeheime durchgeführt worden. Dies bedeutet, dass die Kosten pro Pflegetag jeweils einzeln für den Institutionstyp Spital und den Institutionstyp Alters- und Pflegeheim ermittelt worden sind. Sofern mehrere Betriebe eines gleichen Institutionstyps vorhanden waren, wurden die Kosten anhand der gewichteten Pflegetage berücksichtigt. Der in der Grafik ausgewiesene Wert ist die Summe dieser beiden Kennzahlen (Spital und Alters- und Pflegeheim) und zeigt die Kosten somit relativ zur Leistung der betrachteten Institutionen.

Die Auswertung zeigt, dass die IT-Kosten in den integrierten Gesundheitsversorgungsregionen tiefer als in den nicht integrierten Regionen sind. Dies lässt sich unter anderem dadurch erklären, dass in der Region Oberengadin aufgrund der zwei Spitäler (Spital Oberengadin und Klinik Gut) auch zwei umfassende IT-Landschaften in Betrieb sind.

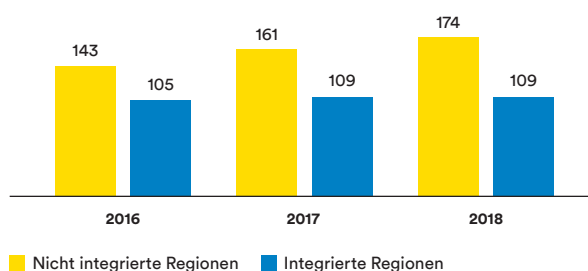


Abbildung 8: Kostenvergleich IT; Quellen: Auszüge der dienstleistenden Kostenstellen der Spitäler, Pflichtreportings an Kanton (Kostenrechnung) der Alters- und Pflegeheime, ergänzende Auskünfte der Institutionen.

Generell ist zu beachten, dass nach Erfahrungswerten von KPMG zu den betrieblichen Aspekten die IT-Kosten für ein Spital deutlich höher sind als für Alters- und Pflegeheime – eine zusätzliche IT-Landschaft eines Spitals fällt entsprechend stark ins Gewicht. Ein weiterer Grund für die höheren Kosten im Oberengadin ist das vergleichsweise geringe Potenzial für Skaleneffekte, da es in der Versorgungsregion nur ein Alters- und Pflegeheim gibt. Weitere

Zusammenarbeiten mit ausserregionalen Institutionen, wie für das Spital Poschiavo, erscheinen daher zielführend.

Grundsätzlich lassen sich in sämtlichen Regionen Tendenzen der Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen feststellen. So erbringt zum Beispiel das Regionalspital Surselva vor Ort Informatikdienstleistungen für die Spitex Foppa. Das CSEB seinerseits erbringt zusätzliche Leistungen für das Mineralbad sowie weitere externe Betriebe wie die Regionalorganisation Pro Engiadina Bassa oder Gemeinden. Bei der Flury-Stiftung im Prättigau existiert organisationsweit eine gemeinsame IT-Funktion.

Weiter zeigt die Grafik einen starken Anstieg der Kosten in den nicht integrierten Regionen. Dieser ist auf Investitionen des Regionalspitals Surselva zurückzuführen, dessen Informatik-Kosten sich zwischen 2016 und 2018 um 64% gesteigert haben. Im Hinblick auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen und den damit verbundenen Kostenanstieg kann es als zielführend erachtet werden, in der Zukunft vermehrt Kooperationspotenziale zu nutzen.

Wäscherei

Analog, d.h. nach der gleichen Methodik wie bei der Informatik ist für die Wäscherei ein kumulierter Kostenvergleich für die Spitäler und die Alters- und Pflegeheime vorgenommen worden. Um die Auswirkungen von Fremdleistungen auszugleichen, wurden die Daten inklusive angeglicherer Umlagen berücksichtigt.

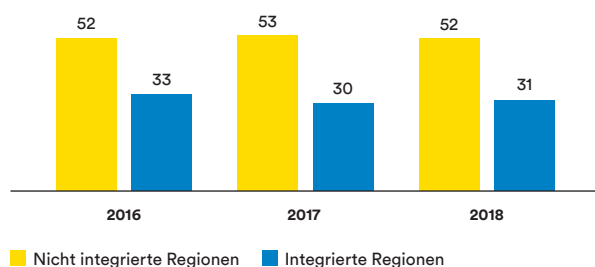


Abbildung 9: Kostenvergleich Wäscherei; Quellen: Auszüge der dienstleistenden Kostenstellen der Spitäler, Pflichtreportings an Kanton (Kostenrechnung) der Alters- und Pflegeheime, ergänzende Auskünfte der Institutionen.

Als Resultat zeigt sich, dass die Kosten für die Wäscherei in den integrierten Versorgungsregionen tiefer als in den nicht integrierten Versorgungsregionen sind. Dieses Ergebnis ist wiederum auf Skaleneffekte in den integrierten Regionen zurückzuführen. Insbesondere die Region Prättigau erreicht durch eine Auslagerung der Wäscherei vergleichsweise tiefe Kosten. Die zweite integrierte Region Unterengadin hat sich hingegen aufgrund von ökologischen Überlegungen und zur Sicherung von Arbeitsplätzen bewusst entschieden, die Wäscherei selber zu betreiben und somit auf zusätzliche Skaleneffekte verzichtet.

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass die erwarteten betrieblichen Effekte auch auf Ebene der einzelnen Funktionen erkennbar sind. Die Hypothese kann daher bestätigt werden.

Fazit 1

Durch eine betriebliche Integration lassen sich Kostenvorteile bei den unterstützenden Aktivitäten Personalwesen, Informatik und Wäscherei realisieren. KPMG schätzt das Potenzial aufgrund der erkannten Dynamiken auf rund 20–30% der Kosten.

2. Kosten für die Umsetzung und den Betrieb der gesetzlich angestrebten Strukturen integrierter Versorgung

Fragen

Mit welchen Kosten ist für die Umsetzung der angestrebten Strukturen in den Gesundheitsversorgungsregionen zu rechnen (Bildung der Stiftungen, Übertragung der strategischen und operativen Betriebsführung, Fusionen usw.)? Mit welchen wiederkehrenden zusätzlichen Kosten ist die integrierte Gesundheitsversorgung gegenüber der nicht integrierten Gesundheitsversorgung verbunden (Kosten Stiftungsräte usw.)?

Hypothese

Der Aufbau einer integrierten Gesundheitsversorgungsregion ist initial mit hohen Umsetzungskosten verbunden, die wiederkehrenden Kosten bleiben jedoch konstant.

Auswertung

Im Sinne einer ersten Quantifizierung ist zwischen einmaligen und wiederkehrenden zusätzlichen Kosten zu unterscheiden.

Einmalige Kosten für die Umsetzung

Die einmaligen Kosten teilen sich wiederum in rechtliche bzw. durch die Revision verursachte Kosten und Veränderungskosten auf. Vorneweg sei festgehalten, dass die nachfolgende Kostenschätzung einen ersten groben Rahmen darstellt, die effektiven Kosten allerdings stark von der zukünftig gewählten Rechtsform und der Ausgestaltung der Durchführung der Integration abhängig sind. So spielt es beispielsweise eine Rolle, ob die Gesellschaften in eine Stiftung oder eine Kapitalgesellschaft eingelegt werden.

Unter den Annahmen, dass es sich insgesamt um zehn zusammenzuführende Gesellschaften handelt sowie eine Gründung involviert ist, muss mit mindestens folgenden Kosten gerechnet werden:

Rechtliche bzw. durch die Revision verursachte Kosten (Schätzungen):

Gesellschaftsrechtliche Dokumentation	CHF 110'000 – CHF 140'000
Immobilientransaktionen	CHF 10'000 pro Grundstück
Arbeitsrechtliche Themenbereiche	CHF 20'000 – CHF 40'000
Revisionshandlungen	CHF 60'000 – CHF 80'000

Die gesamten rechtlichen bzw. durch die Revision verursachten Kosten des Veränderungsprozesses belaufen sich gemäss den genannten Inhalten auf rund CHF 200'000 – 250'000.

Kosten der Veränderung:

Hinsichtlich einer Quantifizierung der Veränderungskosten wird auf die vorgeschlagene

Veränderungsarchitektur (vgl. Kapitel 5, Handlungsoption 1) abgestellt. Unter Veränderungsarchitektur wird eine «thematisch sinnvoll verknüpfte Serie von Kommunikationsräumen, in denen sich die relevanten Akteure mit der Zukunft ihrer Organisationen und der regionalen Versorgungsstrukturen systematisch auseinandersetzen können» verstanden. Dieses Vorgehen basiert auf der Prämisse, dass durch die Erarbeitung eines kollektiven Verständnisses eine gemeinsame Lösung aller betroffenen Leistungserbringer erarbeitet werden soll. Hierzu ist eine Veränderungsbereitschaft der betroffenen Institutionen – ein «Sense of Urgency» – als Voraussetzung erforderlich (vgl. Kapitel 4).

In den Kostenschätzungen ist der Arbeitsaufwand des Projektteams enthalten. Nicht eingeschlossen sind hingegen die Kosten für die eigentliche Umsetzung (z.B. Anpassungen der IT-Infrastruktur) sowie die Kosten für weitere Mitarbeitende oder externe Personen. Nicht quantifiziert wurden im Weiteren allfällige Kosten für die Suche, die Auswahl und die Bestimmung des Verwaltungsrates bzw. der relevanten Stellen zur Führung der neuen Gesellschaft. Es wird eine dreijährige Periode als Veränderungszeitraum angenommen.

Fazit 2

Die Hypothese, wonach der Aufbau einer integrierten Gesundheitsversorgungsregion initial mit ausserordentlichen Umsetzungskosten verbunden ist, jedoch die wiederkehrenden Kosten längerfristig konstant bleiben, wird bestätigt.

3. Volkswirtschaftliche Kostendifferenzen in Regionen mit und ohne integrierter Gesundheitsversorgung

Frage

Führt die integrierte Gesundheitsversorgung gegenüber der nicht integrierten Gesundheitsversorgung insgesamt zu Kosteneinsparungen? Wie hoch schätzen Sie diese ein?

Hypothese

Eine integrierte Gesundheitsversorgung führt gegenüber einer nicht integrierten zu einer bedarfsgerechteren Versorgung sowie positiven volkswirtschaftlichen Effekten, was anfänglich jedoch zu einem Wachstum der OKP Bruttokosten (Gesundheitsausgaben) führen kann.

Auswertung

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) analysierte im Jahr 2018 die Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für die verschiedenen Spitalregionen des Kantons Graubünden⁶. Die Statistik umfasst durch den Einbezug der Bruttokosten OKP, inklusive der Kostenbeteiligung der versicherten Personen, rund 40,9% der gesamten Kosten. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich wesentliche weitere Gesundheitsausgaben kongruent verhalten (zum Beispiel Anteil Kanton an Spitalkosten, Selbstbehalte).

Für die alters- und geschlechterstandardisierten Bruttokosten OKP pro versicherte Person je untersuchte Versorgungsregion ergibt sich im Durchschnitt für die Jahre 2015–2017 kein eindeutiges Bild. Es zeigt sich, dass die Versorgungsregion Surselva als nicht integrierte Region die tiefsten Gesundheitsausgaben verursacht und sich die integrierten Regionen im Mittelfeld befinden. Die Ausgaben auch in integrierten Versorgungsregionen befinden sich allerdings deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt, so dass nicht von einer Überversorgung der Bevölkerung ausgegangen werden kann.

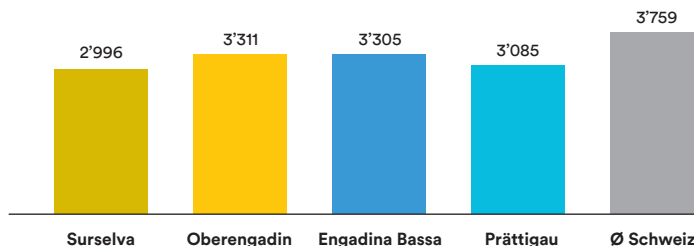


Abbildung 10: Bruttokosten OKP pro versicherte Person 2015–2017; Quelle: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), OKP-Kosten in den Spitalregionen des Kantons Graubünden, 2018.

Werden die Gesundheitsausgaben seit 2007 berücksichtigt, wird deutlich, dass die Ausgaben in den beiden integrierten Regionen bedeutend stärker gestiegen sind als in den beiden nicht integrierten Regionen und über dem Schweizer Durchschnitt lagen. Die Differenz zum Schweizer Durchschnittswachstum ist allerdings bei der bereits seit längerer Zeit bestehenden integrierten Versorgungsregion Prättigau minim. Die Entwicklung im Unterengadin deutet in Folge auf einen initialen Ausgabenansprung nach Einführung einer integrierten Versorgung hin. Es scheint, als bestünde für die nicht integrierten Versorgungsregionen ein Nachholbedarf in der Entwicklung, bevor sich das Wachstum der Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf an den Schweizer Durchschnitt anpasst. Das Ausgabenwachstum in integrierten Systemen bestätigt somit im Grundsatz einen bedarfsorientierten Leistungsausbau.

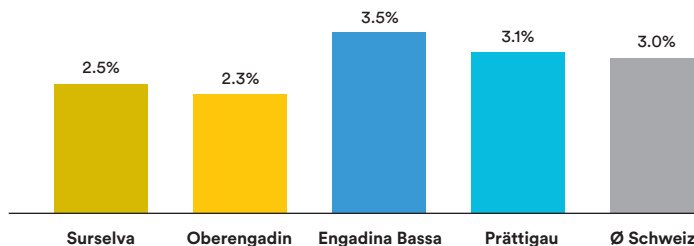


Abbildung 11: Jährliches Wachstum der Bruttokosten OKP pro versicherte Person 2007–2017; Quelle: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), OKP-Kosten in den Spitalregionen des Kantons Graubünden, 2018.

Zur annäherungsweise Quantifizierung der Ausgabensteigerung, die mit der integrierten Versorgung in den ersten Jahren nach Einführung in Verbindung zu bringen ist, wird die Region Unterengadin ausgewählt. Diese Versor-

gungsregion hat sich praktisch periodengleich zu dem Kostenentwicklungszeitraum konstituiert: Betrachtet werden die Bruttokosten OKP pro versichertem Einwohner in der Region Unterengadin im Jahr 2007 gegenüber dem Jahr 2017.

Bruttokosten OKP je Einwohner	Total 2007	Total 2017	Jährliches Wachstum
Ist-Wachstum	2'347	3'325	3.5%
Soll-Wachstum (gemäss Ø Schweiz)	2'347	3'154	3.0%
Differenz	0	170	-
Wachstum der zusätzlichen Kosten	2'347	2'517	0.7%

Berechnung des zusätzlichen Kostenwachstums; Quelle: Eigene Berechnung KPMG auf Basis der Zahlen des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan), OKP-Kosten in den Spitalregionen des Kantons Graubünden, 2018.

Unter Bereinigung des allgemein induzierten Wachstums (Schweizer Durchschnitt 3,0%) ist davon auszugehen, dass die Region Unterengadin ein zusätzliches Ausgabenwachstum von jährlich 0,7% verursacht hat. Den Ausgaben entgegenzusetzen ist die Wirkung auf die Versorgungssituation bzw. die Qualität, die in den letzten Jahren in den integrierten Regionen zugenommen hat.

Nebst den Kosten der OKP sind aus einer gesamtheitlichen Perspektive heraus weitere Ausgaben für die Gesundheit zu beachten. So finanziert der Staat die Institutionen in Form von öffentlichen Beiträgen. Es hat sich allerdings gezeigt, dass sich sowohl die Beiträge für Notfall- und Krankentransportdienste, für universitäre Lehre und Forschung als auch für gemeinwirtschaftliche Leistungen aufgrund der Koppelung an standardisierte Kriterien (wie z.B. Anzahl Rettungsstützpunkte oder Stellenanzahl in Lehre und Forschung) oder aufgrund von Pauschalbeträgen nicht auf die integrierte Gesundheitsversorgung oder zugehörige Prozesse zurückführen lassen.

Ein weiterer Anteil der Gesundheitsausgaben wird durch Patienten und Patientinnen privat oder andere (Sozialversicherungen, öffentliche Institutionen) finanziert. Aufgrund fehlender

Daten kann hierzu jedoch keine Analyse vorgenommen werden.

Nebst der Wirkung auf die Versorgungssituation bzw. die Qualität führt die integrierte Versorgung zu positiven volkswirtschaftlichen Effekten. Zum einen ist eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung eine wichtige Voraussetzung für den volkswirtschaftlich bedeutenden Tourismus, zum anderen werden direkt in der Region Arbeitsplätze geschaffen. Letzteres zeigen die Wachstumsraten des Personalbestands (VZÄ) in Spitälern, Rettungsdiensten, Alters- und Pflegeheimen sowie Spitex-Organisationen, die im Bericht zur Gesundheitsversorgung 2018 für den Zeitraum 2010–2016 angegeben sind. Dabei ist der Personalbestand von integrierten Versorgungsregionen gestiegen (+1.5%), während nicht integrierte Regionen Stellen abgebaut haben (-0.2%).

Zusammenfassend wird die Hypothese bestätigt, wonach eine integrierte Gesundheitsversorgung gegenüber einer nicht integrierten Gesundheitsversorgung zu positiven volkswirtschaftlichen Effekten und einer bedarfsgerechteren Versorgung führt, insgesamt jedoch zu höheren Gesundheitsausgaben pro Einwohner führen kann.

Fazit 3

Die Gesundheitsausgaben pro Einwohner sowie deren Entwicklung lassen darauf schliessen, dass sich in den integrierten Regionen keine Überversorgung manifestiert hat. Der mit dem initialen Ausgabenwachstum verbundene bedarfsgerechte Leistungsausbau führt zu einer verbesserten Versorgungssituation und -qualität sowie zu positiven volkswirtschaftlichen Effekten.

4. Zukünftige Kostenunterschiede in Regionen mit und ohne integrierte Versorgung

Frage

Welche Unterschiede in den Gesundheitsausgaben ergeben sich in der Zukunft (Beurteilungshorizont 5–10 Jahre)?

Hypothese

Aus volkswirtschaftlicher Sicht führt eine integrierte Gesundheitsversorgung aufgrund einer bedarfsgerechten Erweiterung des Leistungsangebots anfänglich zu einer Zunahme der Ausgaben, wirkt sich langfristig jedoch stabilisierend auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben aus.

Auswertung

Zur Betrachtung der Zukunft sind die heute integrierten Regionen und die nicht integrierten Regionen differenziert zu betrachten.

Nicht integrierte Regionen:

Aufgrund des identifizierten überdurchschnittlichen jährlichen Wachstums der OKP-Bruttokosten (0,7%) der heute integrierten Region Unterengadin kann auf eine ähnliche initiale Wirkung bei den in Zukunft zu integrierenden Regionen (heute nicht integrierten Regionen) geschlossen werden.

Integrierte Regionen:

KPMG geht analog dem Beispiel Prättigau davon aus, dass sich das Wachstum der Gesundheitsausgaben einer etablierten integrierten Versorgungsregion ungefähr dem Schweizer Durchschnitt angleichen wird, sobald der Nachholbedarf einer bis anhin nicht integrierten Versorgungsregion gedeckt und somit ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot eingeführt worden ist. Eine abschliessende Beurteilung hinsichtlich einer längerfristigen Stabilisierung der Kostenentwicklung kann aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden.

Fazit 4

Für bis anhin nicht integrierte Regionen wird aufgrund eines bedarfsgerechten Leistungsausbaus ein initialer Kostenanstieg erwartet, der jedoch im Laufe der Zeit abflacht und sich dem Schweizer Durchschnitt angleicht.

Personelle Aspekte

1. Personalmanagement und Rekrutierung von Personal

Fragen

Welche Auswirkungen hat die integrierte Versorgung auf das Personalmanagement (Personaleinsatz in verschiedenen Institutionen usw.)? Sind damit Kosteneffekte verbunden? Welche Auswirkungen hat die integrierte Gesundheitsversorgung auf die Rekrutierung von Personal?

Hypothese 1

Eine integrierte Gesundheitsversorgung führt zu einem flexiblen, bedarfsorientierten und sektorenübergreifenden Personalmanagement.

Auswertung

Das Personalmanagement erachten alle von KPMG befragten CEO als relevanten Erfolgsfaktor, wenn es um die Zukunftssicherung ihres Spitals geht. Hierbei sind neue Arbeitszeitmodelle und Kooperationen für eine bessere und breitere Berufsperspektive wichtig. Dies führt dazu, dass sich die Mitarbeitenden fachlich und persönlich weiterentwickeln können. Auch das rasche Übertragen von Verantwortung im Rahmen eines breiten Aufgabenspektrums führt zu einem attraktiven Arbeitsumfeld.

Ein aktives Personalmanagement kann aber auch, wie das Beispiel der Flury-Stiftung zeigt, die Flexibilität für den Arbeitgeber wie auch für die Arbeitnehmenden erhöhen. Pflegenden können zwischen dem akutstationären Setting ins Pflegeheim oder in die Spitex wechseln. Die Institution ermöglicht diese Durchlässigkeit. Man ist in der Flury-Stiftung zu diesem Zweck noch einen Schritt weiter gegangen und hat das Instrument eines Pflegepools geschaffen, der sich wachsender Beliebtheit erfreut. Pflegenden wollen dies explizit, weil es ein «Job-Enlarge-ment mit sich bringt und dabei auch noch Abwechslung im Alltag bietet» (Peter Philipp, CEO Flury-Stiftung).

Für die Flury-Stiftung liegt der grosse Vorteil des Pflegepools darin, Auslastungsschwankungen ausgleichen zu können. Weiter führt man regelmässig einen Pflegekadertag durch, an dem fachspezifische Massnahmen oder Aktivitäten zur Weiterentwicklung der Pflege besprochen werden (Diskussion von Best-Practice-Ansätzen).

Neu ist eine Stelle zur Pflegeentwicklung geschaffen worden. Damit wird eine Weiterentwicklung der Pflege in der gesamten Flury-Stiftung (betriebsübergreifend) nach wissenschaftlichen Erkenntnissen angestrebt.

Ausserdem wurde neu die Funktion von Personalmanagement (HR) in die Geschäftsleitung aufgenommen mit dem Ziel, HR strategisch auszurichten, die Organisation weiterzuentwickeln und die Hierarchien flacher zu machen. «Mit diesem Schritt wird Kulturarbeit geleistet, die weg vom Silodenken hin zum Matrixdenken führt» (Peter Philipp, CEO Flury-Stiftung).

Hypothese 2

Die integrierte Gesundheitsversorgungsregion weist eine tiefere Fluktuationsrate aus.

Auswertung

Die Fluktuationsrate, gewichtet nach Stellenprozenten, zeigt für das Prättigau und die Surselva hohe Werte an, während für das Unter- und Oberengadin im Vergleich niedrigere Werte zu verzeichnen sind. Die relativ hohe Fluktuationsrate im Prättigau könnte mit der Nähe zu anderen Arbeitgebern in den Regionen zusammenhängen. Insbesondere sind hier die Kantonsspitäler Chur und Glarus oder auch das Landesspital Liechtenstein zu nennen. Im Oberengadin gibt es weniger Alternativen für einen allfälligen Wechsel des Arbeitgebers im Gesundheitswesen. Analoges gilt für das Unterengadin. Die getroffene Hypothese ist auf Basis der skizzierten Erkenntnisse zu verwerfen.

Hypothese 3

Dank des positiven Images ist die Rekrutierung von qualifiziertem Personal in integrierten Gesundheitsversorgungsregionen einfacher.

Auswertung

Die Interviews mit den CEO lassen vermuten, dass der Aufwand in den integrierten Versorgungsregionen für die Rekrutierung von Personal u.a. aufgrund einer höheren Identifikation mit der Organisation sinkt und möglicherweise die gute Unternehmenskultur dazu beiträgt, dass eine positive Mund-zu-Mund-Propaganda zu einer schnellen Besetzung der freien Stellen führt.

Im Unterengadin ist zu beobachten, dass sich qualifizierte und sehr erfahrene Ärzte (aber auch Pflegende) melden, weil ihnen das Setting der integrierten Versorgung zusagt. Dabei sind sie sogar bereit, eine Einbusse an Status (Funktion, z.B. leitender Arzt statt Chefarzt) und Einkommen in Kauf zu nehmen. Auch die Flury-Stiftung stellt ein ähnliches Phänomen fest. Die getroffene Hypothese kann auf Basis der skizzierten Erkenntnisse bestätigt werden.

Fazit 5

Das Personalmanagement kann mit der integrierten Versorgung flexibler, bedarfsorientierter und sektorenübergreifend organisiert werden. Interviewaussagen legen nahe, dass es die integrierten Versorgungsregionen leichter haben, Fachkräfte zu rekrutieren.

2. Besetzung und Attraktivität von Leitungsfunktionen

Fragen

Welche Unterschiede ergeben sich bei der Besetzung der Leitungsfunktionen der Einrichtungen (Heimleiter, Spitaldirektor usw.) in Regionen mit und ohne integrierter Gesundheitsversorgung? Unterscheidet sich die Attraktivität von Leitungsfunktionen im Bereich Gesundheit in Regionen mit integrierter Gesundheitsversorgung gegenüber Regionen ohne?

Hypothese

In den integrierten Gesundheitsversorgungsregionen ist die Besetzung von Leitungsfunktionen einfacher, weil dies häufig mit einer attraktiveren Stelle einhergeht.

Auswertung

Sowohl im CSEB wie auch in der Flury-Stiftung gehen immer häufiger Spontanbewerbungen von Fachkräften aus dem Unterland ein, die insbesondere mehr Verantwortung, aber auch ein breiteres Aufgabenspektrum suchen. Im CSEB wurde jüngst eine Pflegeleiterin eingestellt, für die explizit die Möglichkeit der sektorübergreifenden Zusammenarbeit einen besonderen Anreiz dargestellt hat. Die getroffene Hypothese kann auf Basis der skizzierten Erkenntnisse bestätigt werden.

Fazit 6

Im Unterschied zu den nicht integrierten Regionen wurde in den integrierten Regionen eine höhere Attraktivität von Leitungsfunktionen festgestellt. Die Rekrutierung für diese Leitungsfunktionen gestaltete sich entsprechend einfacher.

3. Besetzung der strategischen Organe und Rekrutierung der Verwaltungs- und Stiftungsräte

Fragen

Welche Unterschiede ergeben sich bei der Besetzung der strategischen Organe (Verwaltungs-, Stiftungsräte) in Regionen mit integrierter und nicht integrierter Gesundheitsversorgung (fachliche Kompetenzen, Unabhängigkeit usw.)? Welche Auswirkungen hat die integrierte Gesundheitsversorgung auf die Rekrutierung der Verwaltungs- und Stiftungsräte?

Hypothese

In den integrierten Gesundheitsversorgungsregionen ist die Besetzung von strategischen Organen (z.B. Verwaltungs- oder Stiftungsrat) einfacher, da es eine kleinere Anzahl an Aufsichtsfunktionen zu besetzen gibt und daher der Aufwand für die Rekrutierung niedriger ist als in nicht integrierten Gesundheitsversorgungsregionen.

Auswertung

In der nicht integrierten Region Oberengadin äussert sich der CEO Beat Moll wie folgt: «Mit den beschränkten Personalressourcen im Oberengadin ist es nicht immer einfach, geeignete Leute für die Besetzung der vielen Gremien aller einzelnen Betriebe zu finden.» Diese Herausforderung scheint in der Surselva etwas weniger gross zu sein: «Die Anforderungen an die Qualifikationen und Kompetenzen werden tendenziell steigen. Zurzeit sind wir diesbezüglich fachlich breit abgestützt» (Claudia Käch, CEO Regionalspital Surselva).

In den integrierten Regionen Prättigau und Unterengadin sind primär politische Vertreter zum Teil von Amtes wegen (und nicht ausschliesslich aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation) im strategischen Steuerungsgremium vertreten. Die Besetzung dieser Positionen scheint kein gravierendes Problem darzustellen. Die Beobachtung zeigt, dass es für die

Rekrutierung von Verwaltungs- und Stiftungsräten nicht entscheidend ist, ob eine Region integriert ist oder nicht.

Die quantitative Überprüfung der Anzahl Verwaltungs- und Stiftungsräte zeigt, dass in nicht integrierten Regionen deutlich mehr Funktionen zu besetzen sind. Die Auswertung der CEO-Interviews hat entsprechend dargelegt, dass die Rekrutierung von Verwaltungsräten in den nicht integrierten Regionen aufgrund der Vielzahl von Gremien tendenziell herausfordernder ist. Die getroffene Hypothese kann auf Basis der skizzierten Erkenntnisse bestätigt werden.

Fazit 7

Die Besetzung von strategischen Organen und die Rekrutierung von Verwaltungs- und Stiftungsräten in integrierten Gesundheitsversorgungsregionen ist einfacher, da weniger Positionen zu vergeben sind. Die Bedeutung der fachlichen Kompetenz steigt.

4. Zukünftige Auswirkungen im Bereich Personal

Frage

Mit welchen Auswirkungen einer integrierten, bzw. einer nicht integrierten Gesundheitsversorgung ist im Bereich Personal zukünftig zu rechnen (Beurteilungshorizont 5–10 Jahre)?

Hypothese

Eine ausgeprägtere Vernetzungskultur führt dazu, dass integrierte Systeme in der Wahrnehmung der Mitarbeitenden besser für zukünftige Herausforderungen gewappnet sind.

Auswertung

Die Zustimmung der Befragten ist in den integrierten Versorgungsregionen höher in Bezug auf das Wissen über die Tätigkeit von Kollegen in anderen Versorgungssektoren. Gleiches gilt für den Respekt und die Anerkennung der Berufsgruppen füreinander. Schliesslich ist auch die Zustimmung der Befragten in integrierten Versorgungsregionen höher, wenn es um eine bessere Vernetzung innerhalb der medizinischen Disziplinen geht.

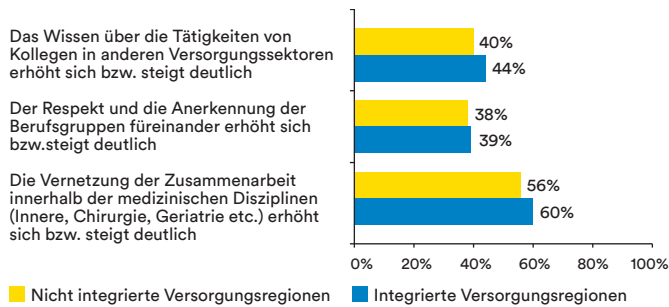


Abbildung 12: Entwicklungen der Zukunft; Quelle: Online-Umfrage.

Auch wenn die Differenzen in allen drei Fragestellungen zwischen den nicht integrierten und den integrierten Versorgungsregionen nicht signifikant hoch erscheinen, so erwarten die Befragten in den integrierten Regionen dennoch, dass der Wissensaustausch verbessert wird, der gegenseitige Respekt steigt und die Vernetzung innerhalb der medizinischen Disziplinen zunimmt.

Eine Erklärung für das obige Resultat könnte sein, dass aufgrund der Veränderung der Organisation von einer silo- zu einer matrixorientierten Organisation die Kommunikation und das gegenseitige Verständnis für die medizinische Tätigkeit ausserhalb des angestammten Tätigkeitsfeldes verbessert werden. Die getroffene Hypothese kann auf Basis der skizzierten Erkenntnisse bestätigt werden.

Fazit 8

Die integrierte Versorgung stärkt die Kommunikation und das gegenseitige Verständnis unter den Mitarbeitenden. Dank dieser ausgeprägten Vernetzung fühlen sich die Mitarbeitenden besser für zukünftige Herausforderungen gewappnet.

Versorgung der Region

1. Unterschiede in der Gesundheitsversorgung in Regionen mit und ohne integrierte Versorgung

Fragen

Können in den Regionen mit integrierter Gesundheitsversorgung bezüglich der Versorgung gegenüber Regionen mit nicht integrierter Gesundheitsversorgung Unterschiede festgestellt werden? Wenn ja, welche? Sind diese Unterschiede auf die integrierte Gesundheitsversorgung zurückzuführen oder gibt es dafür weitere Gründe?

Hypothese

Die Unterschiede der stationären Gesundheitsversorgung zeigen sich in der Tiefe und Breite anhand der kantonalen Leistungsaufträge. Positive Entwicklungstendenzen lassen sich anhand des Eigenversorgungsanteils der regionalen Bevölkerung ablesen.

Auswertung

Es sind grosse Unterschiede in der Versorgung festzustellen. Ausdruck davon sind insbesondere die Anzahl und die Spezifikation der erteilten Leistungsaufträge an die einzelnen Akutspitäler.

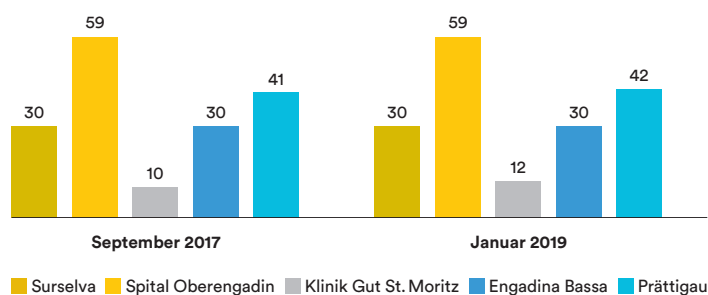


Abbildung 13: Anzahl Leistungsaufträge der Spitäler; Quelle: Spitallisten des Kantons Graubünden 2017 und 2019.

Die Spitäler der Versorgungsregionen Unterengadin, Surselva und Prättigau sind als Spitäler der Grundversorgung zu charakterisieren. Ausnahmen bilden die Spitäler Oberengadin und die Klinik Gut als Spezialklinik, deren Leistungen gemeinsam betrachtet über die Grundversorgung hinausgehen.

Gleichzeitig ist festzustellen, dass sich die Spitäler bei den Leistungsaufträgen durch verschiedene Spezialisierungen unterscheiden: Die Klinik Gut bietet ausschliesslich chirurgische Leistungen an, die Flury-Stiftung hat eine Spezialisierung in den Bereichen der Herz- und Gefässchirurgie sowie Hals-Nasen-Ohren und das CSEB hat neben dem Auftrag der Grundversorgung einen zusätzlichen Leistungsauftrag für Komplementärmedizin. Mit zusätzlichen Leistungsaufträgen verfügt das Spital Oberengadin über Spezialisierungen, insbesondere in den Bereichen Hals-Nasen-Ohren, Ophthalmologie, Nephrologie, Thorax- und Unfallchirurgie.

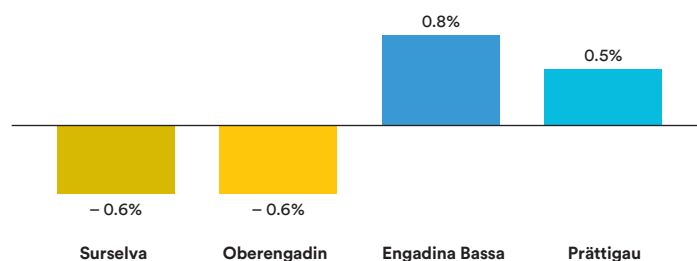


Abbildung 14: Jährliche Entwicklung des Eigenversorgungsanteils der Spitäler 2007–2017; Quelle: Kenndaten des Kantons «Spitäler und Kliniken», 2007–2017.

Die Versorgung der regional ansässigen Bevölkerung in den Spitälern hat sich im Zeitraum von 2007–2017 unterschiedlich entwickelt. Während der Eigenversorgungsanteil der Spitäler in den nicht integrierten Regionen um jährlich 0,6% abgenommen hat, ist er in den integrierten Regionen um 0,8% bzw. 0,5% gestiegen. Dies könnte mit dem schon im Personalmanagement festgestellten positiven Image in der öffentlichen Wahrnehmung der integrierten Versorgungsregionen zusammenhängen.

Während Unterschiede in der Versorgung aufgrund der erteilten Leistungsaufträge weitgehend versorgungspolitisch beeinflusst sind, kann anhand der Entwicklung des Eigenversorgungsanteils der Bevölkerung in der jeweiligen Versorgungsregion ein Trend festgestellt werden. Es zeigt sich, dass sich die Bevölkerung in integrierten Gesundheitsregionen gut versorgt fühlt und sich zunehmend vor Ort versorgen lässt. Die getroffene Hypothese kann auf Basis der skizzierten Erkenntnisse bestätigt werden.

Fazit 9

Die Patientenorientierung ist in den integrierten Versorgungsregionen im Unterschied zu den nicht integrierten Regionen höher ausgeprägt.

2. Unterschiede in der Innovationsfähigkeit in Regionen mit und ohne integrierte Versorgung

Fragen

Können Unterschiede bei der Innovationsfähigkeit zwischen Regionen mit integrierter Gesundheitsversorgung und Regionen ohne integrierte Gesundheitsversorgung festgestellt werden? Welche? Sind diese Unterschiede auf die integrierte Gesundheitsversorgung zurückzuführen oder gibt es dafür weitere Gründe?

Hypothese

Innovative Versorgungskonzepte finden sich eher in integrierten Versorgungsregionen.

Auswertung

Mit allen innovativen Versorgungskonzepten kommen die Befragten in den integrierten Versorgungsregionen häufiger in Berührung. Besonders deutliche Unterschiede zeigen sich bei den IT-Strukturen. In den integrierten Versorgungsregionen stimmen über 80% der Befragten zu, dass diese von mehreren Leistungserbringern genutzt werden.

Durchgängige IT-Strukturen sind eine Grundvoraussetzung für die wichtige Rolle von Digital Health/Mobile Health/Sensors/Weareable Technology in den integrierten Regionen. Sie haben eine deutlich höhere Bedeutung als in nicht integrierten Versorgungsregionen. Einen Beleg dafür liefert das CSEB mit dem Einsatz von Digital Health/Sensors/Wearable Technology. Ein jüngstes Beispiel dafür ist die Kooperation mit Microsoft, Noser Health und einer Medical-Device-Company mit dem Ziel, ein digitales Gesundheitscoaching anzubieten (Tracking Vitaldaten/Datenanalyse, medizinische Empfehlungen etc.). Damit hat man schweizweit, aber auch im internationalen Vergleich, ein Pilotprojekt mit Front-Runner-Charakter gestartet.



Abbildung 15: Innovative Versorgungskonzepte; Quelle: Online-Umfrage.

Es zeigt sich, dass der Einsatz von innovativen Versorgungsformen in den integrierten Versorgungsregionen höher ist, weil grosses Gewicht auf Case-Management und Disease-Management sowie Kineasthetics (z.B. für den Transport immobiler Patienten oder Schulung von Angehörigen) gelegt wird. Doch nicht nur die Versorgungskonzepte sind entscheidend: Die Innovationsfähigkeit ist massgeblich von der Führung abhängig. Starke CEO-Persönlich-

keiten bzw. zielstrebige Führungsgremien können mit Energie und Engagement innovationsorientiert die gesamte Organisation vorantreiben.

In der Flury-Stiftung treibt der CEO neue Ideen und Entwicklungen stark über die Umsetzung einer Balanced Scorecard voran. Konkret bedeutet dies, dass der Abteilungsleiter die Zielsetzung hat, z.B. die Dienstleistungsmentalität zu fördern. Es liegt nun an ihm, neue Ideen und Vorschläge zu entwickeln, die dazu beitragen, diese Zielsetzung zu erreichen.

Ausdruck des Innovationsprozesses im letzten Jahr ist die Schaffung der Pflegeentwicklungsstelle und der Stelle für Case-Management sowie die Einführung des Lean-Management-Projekts über die gesamte Flury-Stiftung. (z.B. Realisierung von Kanban im gesamten Betrieb).

Die getroffene Hypothese kann auf Basis der skizzierten Erkenntnisse bestätigt werden.

Fazit 10

Innovative Versorgungsformen kommen in integrierten Versorgungsregionen im Unterschied zu nicht integrierten Regionen häufiger zum Einsatz.

3. Unterschiede in der Kooperation zwischen Leistungserbringern in Regionen mit und ohne integrierte Versorgung

Fragen

Können bei integrierter bzw. nicht integrierter Gesundheitsversorgung Unterschiede in der Kooperation zwischen den Leistungserbringern festgestellt werden? Welche? Sind diese Unterschiede auf die integrierte Gesundheitsversorgung zurückzuführen oder gibt es dafür weitere Gründe? Wie wird in Regionen mit nicht integrierter Gesundheitsversorgung kooperiert?

Hypothese

Kooperationsbeziehungen zwischen den Leistungserbringern sind eher in integrierten Versorgungsregionen im Bereich der leistungserbringenden, administrativen und dienstleistenden Prozesse vorhanden.

Auswertung

Als Beispiele für andere Formen der Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern wurden in den integrierten Regionen u.a. in der Online-Umfrage die Arbeitssicherheit und der Gesundheitsschutz, das Versorgungs- und Wundmanagement und die Betreuung von pflegenden Angehörigen genannt.

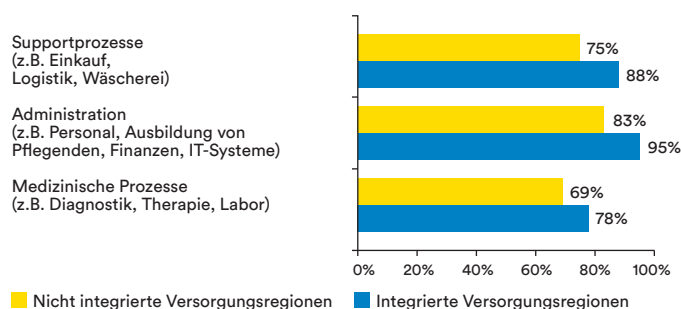


Abbildung 16: Intensität der Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern; Quelle: Online-Umfrage.

Die Befragten in den integrierten Versorgungsregionen nehmen in den medizinischen Prozessen, den Supportprozessen und der Administration im Vergleich zu nicht integrierten Versorgungsregionen eine intensivere Zusammenarbeit wahr (ca. 10% mehr je Bereich). Eine Erklärung hierfür ist, dass durch die strukturelle Zusammenarbeit eine stärkere Verbindlichkeit entsteht. Die getroffene Hypothese kann auf Basis der skizzierten Erkenntnisse bestätigt werden.

Fazit 11

Die intensivere Zusammenarbeit in den integrierten Versorgungsregionen ist auf die strukturelle Verbindung unter den Leistungserbringern zurückzuführen.

4. Unterschiede in der Qualität der Gesundheitsversorgung in Regionen mit und ohne integrierte Versorgung

Fragen

Können bezüglich der Qualität der Gesundheitsversorgung Unterschiede festgestellt werden? Welche? Sind diese Unterschiede auf die integrierte Gesundheitsversorgung zurückzuführen oder gibt es dafür weitere Gründe?

Hypothese

Die Qualität ist in den integrierten Versorgungsregionen höher.

Auswertung

Internationale Studien legen nahe, dass sich die Qualität der Versorgung durch die Koordination von Wertschöpfungsaktivitäten zwischen Leistungserbringern erhöht. In fünf von sechs begutachteten systematischen Literaturreviews stieg die Versorgungsqualität durch Massnahmen wie Case-Management oder abgestimmte Patientenpfade⁹. Unter Qualität wird dabei die Verbesserung der individuell erlebten Gesundheitsversorgung verstanden und nicht der Gesundheitszustand des Patienten.

Zur individuellen Bewertung der Unterschiede in der Qualität der vorliegenden Untersuchungsobjekte aus Sicht des Patienten wurden folgende ANQ-Daten analysiert.

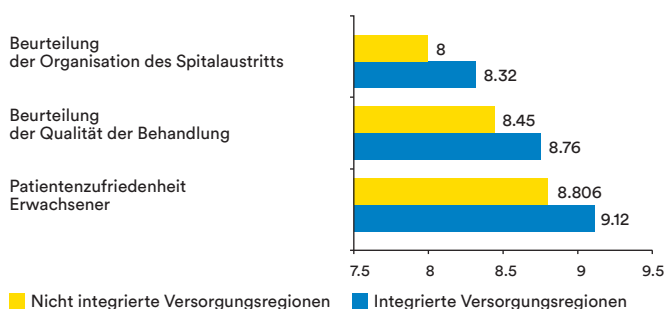


Abbildung 17: Patientenzufriedenheit Erwachsener;
Quelle: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ).

Die weitere Analyse von verfügbaren ANQ-Daten (Rehospitalisationen, Postoperative Wundinfektionen Swissnoso, Sturz & Dekubitus Erwachsene/Kinder oder Implantat-Register SIRIS) geben nach Auffassung von KPMG keine verlässlichen Hinweise zur Qualität von integrierten Versorgungssystemen und wurden in Folge nicht weiter berücksichtigt.

Die Patientenzufriedenheit war bei den Erwachsenen in 2017 in den integrierten Versorgungsregionen höher als in den nicht integrierten Regionen, bezogen auf die Behandlung wie auch auf die Organisation des Spitalaustritts. Auch aus Sicht der Mitarbeitenden steht in den integrierten Versorgungsregionen der Patient stärker im Zentrum der Behandlungsprozesse.

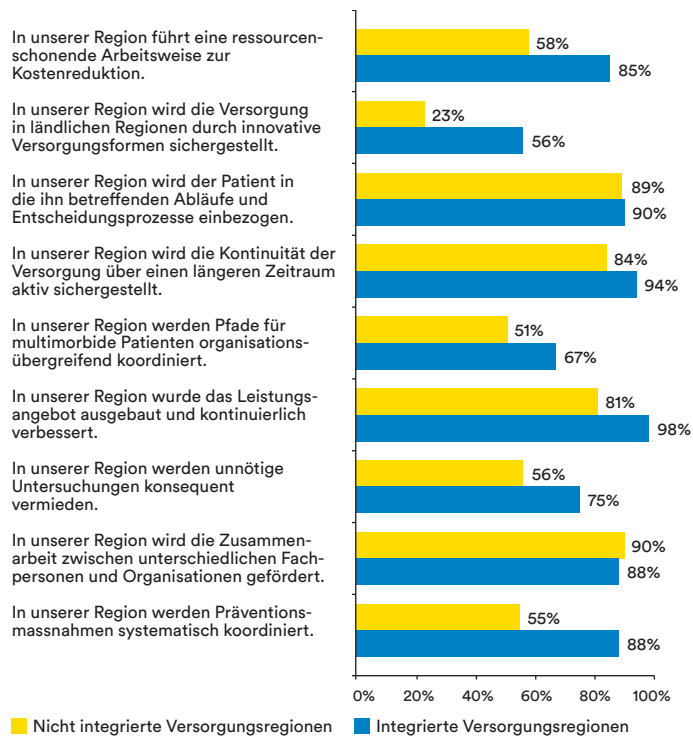


Abbildung 18: Die Wahrnehmung der Versorgung vor Ort;
Quelle: Online-Umfrage.

Insbesondere bei der ressourcenschonenden Arbeitsweise und bei den Präventionsmassnahmen sind deutliche Unterschiede auszumachen. Interessant ist auch die Wahrnehmung im Zusammenhang mit dem Leistungsangebot, das kontinuierlich ausgebaut und verbessert wird. Man kann davon ausgehen, dass die Resultate Ausdruck einer konsequenten Umset-

zung von Massnahmen wie Case-Management, Pfade für die Versorgung von multimorbiden Patienten oder Präventionsprogramme sind.

Dass die Patientenzufriedenheit in den integrierten Regionen höher ist, anerkennt auch Claudia Käch, CEO des Regionalspitals Surselva, «da das Setting allumfassend ist, der Patient sich rundum betreut fühlt und nicht durch die Maschen fällt, wenn er von einer Institution in die nächste wechselt». Für die Zukunft wird daher auch in der Surselva eine integrierte Rundumbetreuung und damit eine qualitative Verbesserung für die Patienten angestrebt.

Ein weiteres Indiz für die hohe Qualität liefert das CSEB: Dort zeigt insbesondere die Messung der Zuweiserzufriedenheit durchwegs positive Werte. Hervorzuheben dabei sind der Einweisungsprozess oder die Zusammenarbeit, die von den zuweisenden Leistungserbringern besonders geschätzt werden. Weiter konnte «mit der Einführung von CRM- und Simulationstrainings den Mitarbeitenden die Möglichkeit geboten werden, ihr eigenes Verhalten (gegenüber und am Patienten) und dasjenige der Gruppe strukturiert zu trainieren und zu reflektieren. Das steigert die professionelle Kommunikation, die Behandlungssicherheit und das Teamgefühl und erhöht wiederum die Qualität» (Joachim Koppenberg, CEO CSEB).

Die Versorgung verbessert hat das CSEB mit einer im Verbund integrierten Beratungsstelle. Sie ist zentral für das ganze Unternehmen (Single Point of Contact). Man ist überzeugt, dass dank dieser Querschnittsfunktion im System (welche häufig am Anfang der Wertschöpfungskette zum Einsatz kommt) markant die Qualität der Versorgung verbessert und auch betriebliche Kosten gespart werden können. Die Beratungsstelle deckt nicht nur beispielsweise die Sozialberatung ab, sondern auch die Präventionsaktivitäten für die ganze Region und zahlreiche weitere Dienstleistungen, die kosten senkend und qualitätsverbessernd wirken. Weiter ist sie Informations- und Anlaufstelle für Fragen im Alters- und Pflegebereich, vermittelt Entlastungsangebote und betreut pflegende Angehörige. Sie ist nicht gegenfinanziert (Kosten CHF 150'000/Jahr).

Die positiven Wirkungen patientenzentrierter Versorgungselemente wie der Beratungsstelle

werden auch von der internationalen Literatur unterstützt⁷. In einem systematischen Literaturreview fanden Powell et al. beispielsweise, dass sich die Patientenzufriedenheit in 2/3 aller begutachteten Studien erhöht, wenn Leistungserbringer ihre Beziehungen mit Massnahmen wie Case-Management oder interdisziplinären Teams strukturieren⁸. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Baxter et al., die in 13 von 17 berücksichtigten Studien einen positiven Zusammenhang zwischen integrierten Versorgungselementen und Patientenzufriedenheit fanden⁹. Die getroffene Hypothese kann auf Basis der skizzierten Erkenntnisse bestätigt werden.

Fazit 12

Die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung in den integrierten Versorgungsregionen ist auf das professionelle Schnittstellenmanagement (z.B. durch die Beratungsstelle, ein zentral erfolgreiches Zuweiser-, Entlassungs- und Versorgungsmanagement) zurückzuführen.

5. Zukünftige Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in Regionen mit und ohne integrierte Versorgung

Frage

Mit welchen Auswirkungen einer integrierten bzw. eher nicht integrierten Gesundheitsversorgung ist im Hinblick auf die Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen zu rechnen (Beurteilungshorizont 5–10 Jahre)?

Hypothese

Alle Versorgungsregionen sind stark bis sehr stark von den Schlüsseltrends Digitalisierung, Ambulantisierung, Fachkräftemangel, betrieblichem Kostendruck und zunehmenden Quali-

tätsanforderungen und Multimorbidität von Betagten betroffen, jedoch sind die Organisationen der integrierten Versorgung auf die Bewältigung dieser Schlüsselrends besser vorbereitet.

Auswertung

Die Fähigkeit, die zukünftigen Schlüsselrends zu bewältigen, wird in den integrierten Regionen überwiegend höher eingeschätzt. Es zeigt sich, dass sich die integrierten Versorgungsregionen besser vorbereitet fühlen, z.B. um dem steigenden betrieblichen Kostendruck standzuhalten und die Digitalisierung voranzutreiben.

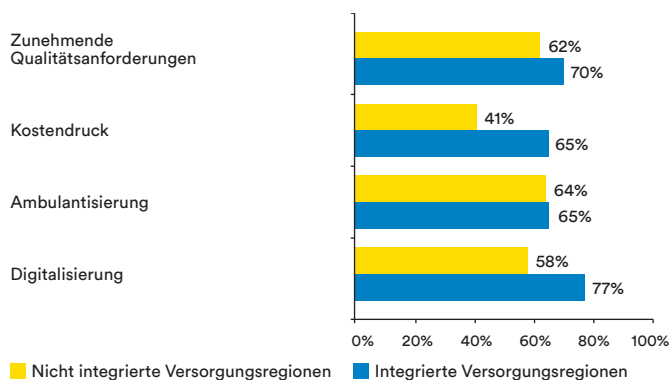


Abbildung 19: Bewältigung der Schlüsselrends; Quelle: Online-Umfrage.

Bezogen auf die Entwicklung in den nächsten 5–10 Jahren wird eine Weiterverbesserung der Qualität in der Versorgung angestrebt. So erwartet das CSEB einen Ausbau der (telemedizinischen) Netzwerke:

- mit Hausärzten (Notfallpraxis am Spital), Einbindung in das elektronische Patientendossier (EPD)
- mit weiteren ambulanten Spezialisten
- mit stationären Einrichtungen (Telemedizin, z.B. Stroke Management via Teledoc und KS St Gallen)

Weiter wird erwartet, dass der Druck auf die Spitäler zunehmen und ein Ausscheidungsprozess über Qualitätsanforderungen in Gang gesetzt wird (Peter Philipp, CEO Flury-Stiftung). Die getroffene Hypothese kann auf Basis der skizzierten Erkenntnisse bestätigt werden.

Fazit 13

Die Auswirkungen der integrierten Gesundheitsversorgung zeigen sich in den integrierten Versorgungsregionen in einer besseren Vorbereitung auf die Bewältigung von Schlüsselrends.

Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten

1. Vor- und Nachteile für Patientinnen und Patienten

Frage

Welche Vor- und Nachteile sind mit der integrierten Gesundheitsversorgung für die Patientinnen und Patienten in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung (Spital, Reha, ambulante und stationäre Pflege) verbunden?

Hypothese:

Die Vorteile der integrierten Versorgung für Patientinnen und Patienten zeigen sich in vielen Dimensionen der Gesundheitsversorgung, insbesondere hinsichtlich Wahlmöglichkeiten, Kommunikation und Transparenz.

Auswertung

Die Versorgung hat in den integrierten Regionen in allen Kriterien Vorteile für die Patienten.

Besonders deutliche Vorteile zeigen sich in den Wahlmöglichkeiten der Therapien und der Diagnostik sowie der Transparenz der Gesundheitsdienstleistungen. Die getroffene Hypothese kann auf Basis der skizzierten Erkenntnisse bestätigt werden.

Fazit 14

Integrierte Versorgung hat gemäss qualitativer Einschätzung der Befragten für die Patientinnen und Patienten Vorteile in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung.

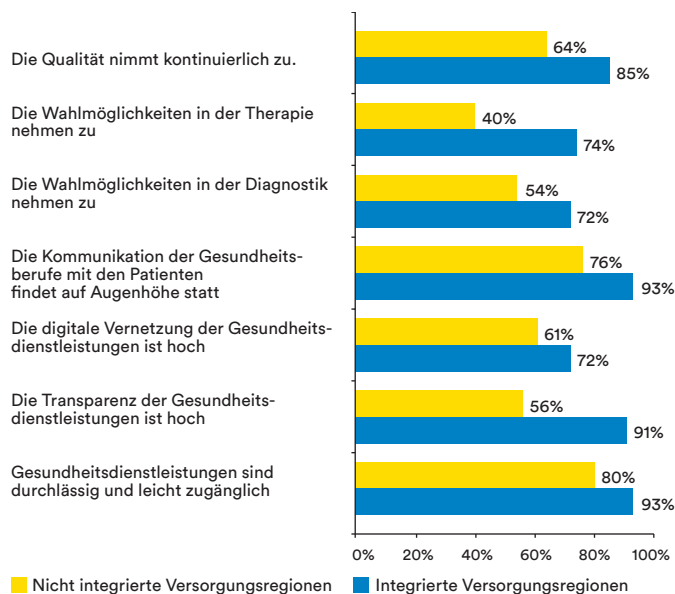


Abbildung 20: Vorteile für Patientinnen und Patienten; Quelle: Online-Umfrage.

Auswirkungen auf die Gemeinden der Gesundheitsversorgungsregionen

1. Vor- und Nachteile für Gemeinden

Frage

Welche Vor- und Nachteile sind mit der integrierten Gesundheitsversorgung für die Gemeinden verbunden? Haben diese vor- und nachteilige Kostenfolgen für die Gemeinden?

Hypothese

Die Vorteile der integrierten Gesundheitsversorgung für Gemeinden zeigen sich in der hohen Lebensqualität sowie Standortattraktivität.

Auswertung

Die Vorteile für die Gemeinden werden von den Befragten in den integrierten Versorgungsregionen höher eingeschätzt als in den nicht integrierten. Vorteile könnten eine höhere Lebensqualität und Standortattraktivität sowie positive externe Effekte in der Gesellschaft sein.

Interviews weniger Verwaltungsräte erfordert. Die getroffene Hypothese kann auf Basis der skizzierten Erkenntnisse bestätigt werden.

Fazit 15

Eine integrierte Versorgung beeinflusst die Lebensqualität und Standortattraktivität der Gemeinden positiv. Mehraufwendungen gegenüber dem Status quo sind für die Gemeinden nicht zu erwarten.

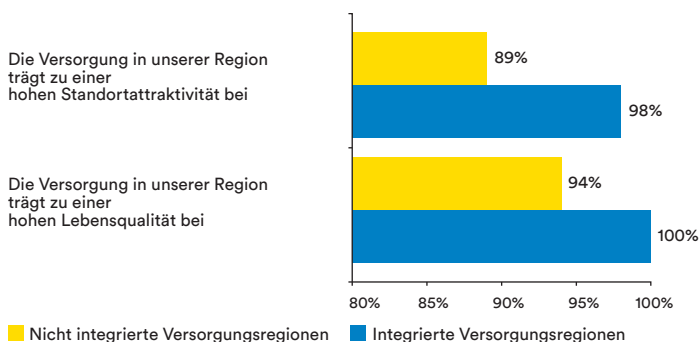


Abbildung 21: Vorteile für die Gemeinden; Quelle: Online-Umfrage.

Auch wird der Single Point of Contact von der Bevölkerung wie auch von den Gemeindevertretern sehr geschätzt. Des weiteren ergeben integrierte Versorgungsregionen einen niedrigeren Verwaltungsaufwand, da die VR-Tätigkeit in der integrierten Versorgung gemäss CEO-

12 Vorteile von integrierten Versorgungsregionen

Für das Personal

1. Eine integrierte Gesundheitsversorgung führt zu einem flexiblen, bedarfsorientierten und sektorenübergreifenden Personalmanagement.
2. Dank des positiven Images ist die Rekrutierung von qualifiziertem Personal in integrierten Gesundheitsversorgungsregionen einfacher.
3. In den integrierten Gesundheitsversorgungsregionen ist die Besetzung von Leitungsfunktionen einfacher, weil dies häufig mit einer attraktiveren Stelle einhergeht.
4. In den integrierten Gesundheitsversorgungsregionen ist die Besetzung von strategischen Organen (z.B. Verwaltungs- oder Stiftungsrat) einfacher, da es eine kleinere Anzahl an Aufsichtsfunktionen zu besetzen gibt und daher der Aufwand für die Rekrutierung niedriger ist als in nicht integrierten Gesundheitsversorgungsregionen.
5. Eine ausgeprägtere Vernetzungskultur führt dazu, dass integrierte Systeme in der Wahrnehmung der Mitarbeitenden besser für zukünftige Herausforderungen gewappnet sind.

Für die Versorgung

6. Die Unterschiede der stationären Gesundheitsversorgung zeigen sich in der Tiefe und Breite anhand der kantonalen Leistungsaufträge. Positive Entwicklungstendenzen lassen sich anhand des Eigenversorgungsanteils der regionalen Bevölkerung ablesen.
7. Innovative Versorgungskonzepte finden sich eher in integrierten Versorgungsregionen.

8. Kooperationsbeziehungen zwischen den Leistungserbringern sind eher in integrierten Versorgungsregionen im Bereich der leistungserbringenden, administrativen und dienstleistenden Prozesse vorhanden.

9. Die Qualität ist in den integrierten Versorgungsregionen höher.

10. Alle Versorgungsregionen sind stark bis sehr stark von den Schlüsselrends Digitalisierung, Ambulantisierung, Fachkräftemangel, betrieblichem Kostendruck und zunehmenden Qualitätsanforderungen und Multimorbidität von Betagten betroffen, jedoch sind die Organisationen der integrierten Versorgung auf die Bewältigung dieser Schlüsselrends besser vorbereitet.

Für die Patientinnen und Patienten

11. Die Vorteile der integrierten Versorgung für Patientinnen und Patienten zeigen sich in vielen Dimensionen der Gesundheitsversorgung, insbesondere hinsichtlich Wahlmöglichkeiten, Kommunikation und Transparenz.

Für die Gemeinden

12. Die Vorteile der integrierten Gesundheitsversorgung für Gemeinden zeigen sich in der hohen Lebensqualität sowie Standortattraktivität. Darüber hinaus sind Leistungserbringer in integrierten Gesundheitsversorgungsregionen aufgrund der betrieblichen Integration bei unterstützenden Aktivitäten besser aufgestellt, um Kostendruck zu bewältigen.





5. Kontext und Praxis eines erfolgreichen Veränderungsprozesses

Die Absicht des Kantons, integrierte Gesundheitsversorgungsregionen zu bilden, wirft die Frage auf, wie Gesundheitszentren aufgebaut und die Aktivitäten der regionalen Leistungserbringer noch stärker als bisher koordiniert werden. Dieser Studienabschnitt analysiert diese Frage anhand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und eines Fallbeispiels aus dem Kanton Graubünden (Gesundheitszentrum Unterengadin/CSEB). Das Gesundheitszentrum

Unterengadin ist ein interessanter Forschungspartner, weil es in der Schweiz und international als Modellprojekt im Bereich integrierter Gesundheitszentren gilt^{10,11}. Aus dieser Analyse ergeben sich 10 Handlungsoptionen für die Gestaltung einer integrierten Versorgung in anderen Talschaften in Graubünden und möglicherweise Impulse für ähnliche Initiativen in anderen Kantonen³.

Konzeptioneller Hintergrund

Um den Aufbau integrierter Gesundheitszentren zu analysieren, stützen wir uns auf aktuelle Literatur über Veränderungsprozesse in der integrierten Versorgung¹². Unter einem Veränderungsprozess verstehen wir das dynamische Zusammenspiel von Strukturen und kommunikativen Praktiken, welches es den Akteuren ermöglicht, die Wertschöpfungsaktivitäten der Leistungserbringer einer Region zu koordinieren und an sich verändernde Bevölkerungsbedürfnisse anzupassen.

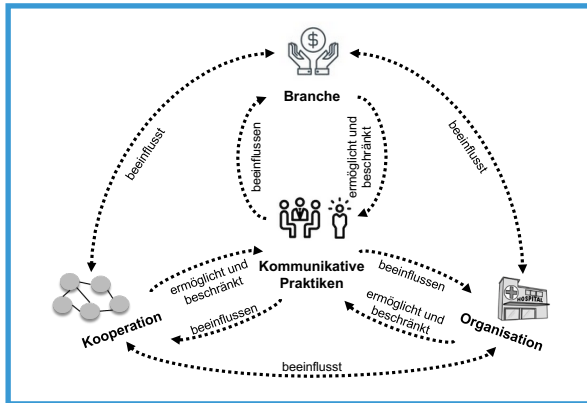
Strukturen, allgemein definiert als Regeln und Ressourcen, bilden den Kontext einer integrierten Versorgung. Auf Ebene der Branche zählen dazu beispielsweise geografische Besonderheiten, die Bedürfnisse der Bevölkerung, politische Prioritäten, Vergütungsmodelle und gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge.

Zu den Strukturen auf Ebene der Organisation zählen u.a. die Rechtsform, die Betriebsgrösse, das Leistungsangebot, finanzielle Ressourcen, Führungsstrukturen, Behandlungspraktiken, vorhandene Expertise und strategische Vorhaben innerhalb der einzelnen Leistungserbringer. Strukturen auf Ebene der Kooperation können sich auf die bisherige Koordination von Wertschöpfungsaktivitäten, Informationsflüsse und das Vertrauensverhältnis zwischen den Leistungserbringern beziehen.

Diese drei Ebenen können sich gegenseitig beeinflussen, beispielsweise wenn die Politik (Ebene Branche) Versorgungsnetzwerke (Ebene Kooperation) durch gezielte Massnahmen fördert oder behindert oder sie in das Angebot einzelner Leistungserbringer eingreift (Ebene Organisation). Der spezifische strukturelle Kontext wird sich je nach Region unterscheiden. Studien zeigen, dass wirksames Management auf allen drei Ebenen ansetzt und kontextsensitiv vorgeht, d.h. die strukturellen Besonderheiten einer Region berücksichtigt¹³.

Der spezifische strukturelle Kontext ermöglicht und beschränkt das alltägliche Handeln der Akteure in einer Region. Gleichzeitig wirkt er aber nicht statisch oder deterministisch. Die Akteure haben das Potenzial, ihn mittels geeigneter kommunikativer Praktiken zu beeinflussen. Damit ist gemeint, dass Akteure nicht einfach blind vergangene Handlungsmuster wiederholen, sondern in der Lage sind, neue Handlungsoptionen zu kreieren, wenn sich die Umstände ändern und das bisherige Alltags Handeln an Grenzen stösst¹⁴. Entscheidend für die Nutzung dieses Potenzials sind die kommunikativen Praktiken zwischen den beteiligten Akteuren¹².

Aus dem Zusammenspiel zwischen den kommunikativen Praktiken und dem spezifischen



strukturellen Kontext einer Versorgungsregion entsteht über mehrere zeitliche Perioden ein Veränderungsprozess, in dem die Leistungserbringer ihre Wertschöpfungsaktivitäten auf Ebene der Kooperation mehr oder weniger intensiv koordinieren. Studien zeigen, dass dieser Prozess selten linear, sondern meistens zyklisch als eine Serie wiederkehrender Anpassungen verläuft¹⁵.

Abbildung 22: Analytischer Leitfaden der Studie; Quelle: Eigene Darstellung, M.Mitterlechner, HSG

Fallstudie: Gesundheitszentrum Unterengadin

Das Gesundheitszentrum Unterengadin ist heute eine Stiftung mit dem Zweck, die Gesundheitsversorgung im Unterengadin mit stationären und ambulanten Leistungen im Akut- und Langzeitbereich sicherzustellen (vgl. Kap. 3, S. 12). Die Stiftung ist Partner einer Allianz mit der Aktiengesellschaft Mineralbad Bogn Engiadina. Die primären medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Aktivitäten werden betriebsübergreifend koordiniert, z.B.

mittels eines strukturierten Spitalaustrittsprozesses inklusive Case Management für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige mit komplexen Bedürfnissen. Die unterstützenden Aktivitäten (Administration, IT, Logistik, Marketing) werden betriebsübergreifend in der Abteilung Zentrale Dienste koordiniert. Diese Strukturen sind das vorläufige Ergebnis eines knapp 20-jährigen Veränderungsprozesses, der in vier Perioden unterteilt werden kann¹⁶.

Ebenen und Praktiken	Periode 1: Ausgangslage (2000 – 2002)	Periode 2: Geburt Gesundheitszentrum (2003 – 2006)	Periode 3: Pilotphase (2007 – 2008)	Periode 4: Koordination primärer Aktivitäten (2009 - heute)
Branche 	<ul style="list-style-type: none"> Periphere, ländliche Region Landflucht Demographische Alterung 12 Gemeindepräsidenten bilden Regionalrat 	<ul style="list-style-type: none"> Bund: Lancierung der Debatte über Swiss DRG Kanton: Revision der Leistungsaufträge Spitäler und Neuplanung Pflegeplätze 	<ul style="list-style-type: none"> Politik realisiert Relevanz des Gesundheitswesens Bevölkerung unterstützt Veränderungen Volatile Gesundheitspolitik 	<ul style="list-style-type: none"> Bevölkerung schätzt Lösung Pflegeengpass Start Swiss DRG in 2012 Kantonale Versorgungsstrategie Bevölkerung vertraut Gesundheitszentrum Politik schätzt, dass Fragen des Gesundheitswesens delegiert werden können
Organisation 	<ul style="list-style-type: none"> Spital: Stiftung Spitex: Verein Altersheim: Genossenschaft Mineralbad: AG 	<ul style="list-style-type: none"> Spital: Existenzkrise Spitex: Überforderung Altersheim: Wandel zu einem Pflegezentrum Mineralbad: Umsatzverlust 	<ul style="list-style-type: none"> Aufbruchstimmung in Spital, Spitex, Mineralbad Rückzug Pflegezentrum 	<ul style="list-style-type: none"> Kosten- und Qualitäts-Synergien in Spital, Spitex und Mineralbad Verbesserte Kennzahlen Schaffung Arbeitsplätze Attraktivität als Arbeitgeber Pflegezentrum entscheidet sich für Beitritt
Kooperation 	<ul style="list-style-type: none"> Primäre und unterstützende Aktivitäten nicht koordiniert Fragmentierte Informationsflüsse Belastete Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> Entstehung eines Pflegeengpasses; Patienten «rotieren» zwischen Leistungserbringern und beschwerten sich bei Politik 	<ul style="list-style-type: none"> Rechtliche Gründung Gesundheitszentrum Vertrauensvolle Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> Tragfähige Governance der Kooperation Unterstützende Aktivitäten koordiniert im Bereich «Zentrale Dienste» Koordination primärer Aktivitäten im Netzwerk Informationsfluss integriert Verbesserte Beziehungen zwischen Organisationen
Kommunikative Praktiken 	<ul style="list-style-type: none"> Sporadische Versuche eines Austauschs zwischen Leistungserbringern werden abgeblockt 	<ul style="list-style-type: none"> Lancierung von drei «Pflegekommissionen» Einbindung Stakeholder Transparente Vorlagen Begegnung auf Augenhöhe 	<ul style="list-style-type: none"> Workshops/Arbeitsgruppen Bereichsleiterforen Vierte Pflegekommission Kommunikation der Arbeiten als «Pilotphase» 	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsgruppe Versorgungsmanagement Netzwerktreffen/-foren Verständnisorientierter Dialog

Abbildung 23: Der Veränderungsprozess in der Fallstudie «Gesundheitszentrum Unterengadin» auf einen Blick; Quelle: Eigene Darstellung, M. Mitterlechner, HSG

Periode 1: Ausgangslage (2000–2002)

Auf Ebene der Branche gilt das Unterengadin als eine periphere Region. Die Transportzeit ins Kantonsspital Graubünden in Chur beläuft sich auf rund zwei Stunden per Auto oder eine halbe bis ganze Stunde per Helikopter. Um die Jahrtausendwende belief sich die Bevölkerungszahl auf etwa 7000 Einwohner, wovon 2000 in Scuol lebten. Die Region war geprägt von Landflucht und demografischer Alterung. Politisch bestand sie aus 12 Gemeinden, deren Präsidenten mit 4 Grossräten den Regionalrat bildeten.

Auf Ebene der Organisation wurde die Gesundheitsversorgung von vier grösseren Leistungserbringern erbracht. Das Regionsspital mit 30 Betten war eine Stiftung im Eigentum der 12 Gemeinden und zuständig für die Grund- und Notfallversorgung. Das Leistungsangebot umfasste eine Chirurgie, innere Medizin, Geburtshilfe, Anästhesiologie und ein Pflegeheim. Die wiederkehrenden finanziellen Defizite wurden durch den Kanton (85%) und die 12 Trägergemeinden der Stiftung (15%) ausgeglichen. Nicht zuletzt aufgrund dieses Verteilschlüssels waren das Spital und seine finanzielle Lage eher ein Randthema auf den Agenden des Regionalrats und der Spitalführung. Entscheidungsprozesse, zum Beispiel über Investitionen, waren intern umkämpft, was die Zusammenarbeit erschwerte und der Reputation des Spitals in der Bevölkerung abträglich war.

Die Spitex war ein Verein mit 30 Mitarbeitenden, die hohen Wert auf ihre Autonomie und Mitspracherechte legten. Die Vergütung wechselte von einer Defizit- zu einer Leistungsfinanzierung, was neue Anforderungen an die Berichterstattung mit sich brachte.

Das stationäre Pflegezentrum Chasa Puntota war eine Genossenschaft und sorgte mit 50 Plätzen für die stationäre Pflegebetreuung. Strategisch entwickelte es sich von einem Alters- zu einem Pflegezentrum, weil die Nachfrage nach qualifizierter Pflege durch die demografische Alterung, Abwanderung und Auflösung traditioneller familiärer Strukturen zunahm.

Das Mineralbad Bogn Engiadina wurde 1993 eröffnet und war eine Aktiengesellschaft im Besitz der Gemeinde Scuol. Als eines der ersten Wellnessbäder in der Schweiz wuchs es in den 1990er Jahren kräftig und kam an Kapazitätsgrenzen in den unterstützenden Bereichen wie Finanzen oder Human resources.

Auf Ebene der Kooperation zwischen diesen Leistungserbringern waren weder die unterstützenden noch die primären Aktivitäten koordiniert. Informationen flossen spärlich. Die Beziehungen zwischen den Organisationen waren belastet. Wenn beim Übergang eines Patienten von einer Organisation zur anderen etwas nicht optimal lief, waren Schuldzuweisungen häufig.

Im Bereich der kommunikativen Praktiken gab es sporadisch Versuche, die Koordination der Wertschöpfungsaktivitäten und Informationsflüsse zu verbessern. Diese Initiativen wurden aber regelmässig zurückgewiesen, zum Beispiel in der Abstimmung des Wundmanagements zwischen Spital und Spitex.

Periode 2: Die Geburt eines Gesundheitszentrums (2003–2006)

Auf Ebene der Branche begann in Bundesbern die Debatte über Swiss DRG, eine neue Spitalfinanzierung. Gemäss den neuen Regeln wären künftig nicht mehr die Kantone, sondern die Eigentümer für die Defizite ihrer Spitäler verantwortlich, in diesem Fall die 12 Unterengadiner Trägergemeinden. Im Kanton suchte die Politik nach Wegen, eine Budgetkrise durch Ausgabenreduktion zu lösen. Dafür wurden u.a. die Leistungsaufträge aller Spitäler im Kanton überprüft und die Regionen angehalten, ihre Pflegeplanung zu aktualisieren.

Auf Ebene der Organisationen verschärften sich die Spannungen im Spital, die letztlich mittels externer Begleitung und einer Anpassung der Führungsstrukturen gelöst wurden. Sollte die neue Spitalfinanzierung Realität werden, müsste die Wirtschaftlichkeit des Spitals verbessert werden, um drohende Defizite zulasten der Gemeinden zu vermeiden. Zusätz-

lich bedrohte die kantonale Überprüfung der Leistungsaufträge die Existenz des Spitals. Die Spitex kämpfte zunehmend mit den höheren Anforderungen an die Berichterstattung, die das Wissen der Organisation an ihre Grenzen brachte.

Nach Rekordzahlen in den Jahren 2001/02 ging das Wachstum im Mineralbad zurück. Ein Grund waren neue Konkurrenzbetriebe im In- und Ausland. Das Führungsteam suchte nach neuen Ertragsquellen und bewarb sich beim Gesundheitsdepartement Graubünden um einen Leistungsauftrag für eine muskuloskeletale Rehabilitationsklinik.

Auf Ebene der Kooperation trug die fehlende Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern in Kombination mit der demografischen Alterung und dem Zerfall traditioneller Familienstrukturen zur Entstehung eines Pflegeengpasses bei.

Die Veränderungen auf diesen drei Ebenen bewegten einige Akteure in der Region, ihre kommunikativen Praktiken anzupassen. Insbesondere lancierte der Regionalrat drei aufeinanderfolgende sogenannte «Pflegekommissionen», die aus einem politischen Vertreter aus den eigenen Reihen und den Präsidenten und Direktoren der vier genannten Leistungserbringer bestanden.

Auf Grundlage der Überlegungen in den ersten beiden Pflegekommissionen erarbeitete 2006 die dritte den folgenden Vorschlag zuhanden des Regionalrats:

- Das Spital und die Spitex fusionieren in die Stiftung Gesundheitszentrum Unterengadin, die einen Kooperationsvertrag mit dem Mineralbad abschliesst.
- Dadurch können die drei Organisationen Mittel im Betrieb und bei Investitionen einsparen, primäre Aktivitäten bevölkerungsorientiert aufeinander abstimmen, die Qualität und Effizienz unterstützender Aktivitäten (IT, Logistik, Marketing, Administration) erhöhen, gegenüber der Politik mit einer starken Stimmen sprechen, innovative Angebote mit dem Tourismus zur Fixkostendeckung entwickeln und später neue Partnerschaften eingehen, sofern sie der Strategie entsprechen, z.B. mit der Chasa Puntota.

- Die Organisationen kooperieren in einer Führungsstruktur, in der sämtliche unterstützenden Aktivitäten in einem Bereich Zentrale Dienste zusammengefasst sind. Dieser Bereich erbringt Dienstleistungen für die Kundenabteilungen, die bis auf die Koordination ergänzender primärer Aktivitäten operativ autonom bleiben und ihr Geschäftsrisiko selbständig tragen. Ein finanzielles Profit-Center-Modell sorgt für eine transparente und nachvollziehbare Rechnungslegung. Alle Partner haben die Möglichkeit, die Kooperation jederzeit und einfach zu lösen, sollten sich daraus Nachteile ergeben.

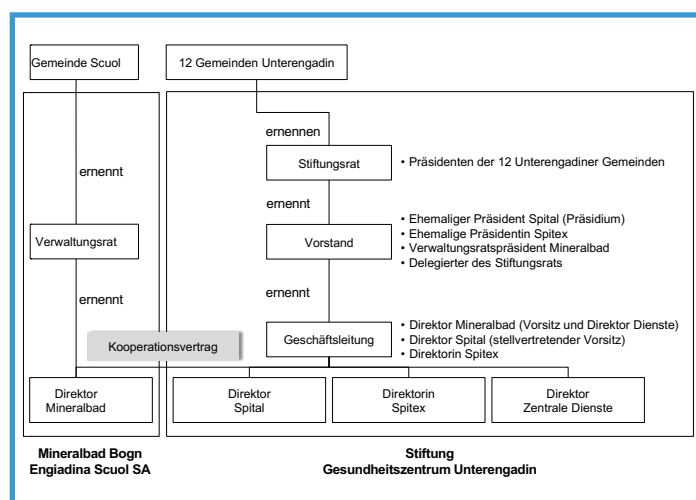


Abbildung 24: Geplante Führungsstruktur Gesundheitszentrum Unterengadin; Quelle: Eigene Darstellung, M. Mitterlechner, HSG.

- Der Stiftungsrat besteht aus den Präsidenten der 12 Unterengadiner Gemeinden. Der Vorstand und die Geschäftsleitung des Gesundheitszentrums werden paritätisch mit den bisherigen Präsidenten und Direktoren der Partnerorganisationen besetzt. Der frühere Spitalpräsident übernimmt das Präsidium des Vorstands, der aktuelle Mineralbad-direktor den Vorsitz der Geschäftsleitung.
- Die Modellumsetzung erfolgt in drei Schritten. In einem ersten Schritt wird die skizzierte Führungsstruktur aufgebaut. Anschließend werden die unterstützenden Aktivitäten in einen Bereich Zentrale Dienste überführt und neue Lösungen für den immer noch schwelenden Pflegeengpass erarbeitet. Diese beiden Schritte sollen nach zwei Jahren abgeschlossen sein. In einem dritten Schritt

werden – wo sinnvoll – die primären Aktivitäten von Spital, Spitex und Mineralbad koordiniert.

Die dritte Pflegekommission beendete ihre Arbeit im Herbst 2006. Der Regionalrat unterstützte und verabschiedete den Vorschlag in seiner nächsten Sitzung.

Die Mitglieder der drei Pflegekommissionen stimmten ihre Überlegungen mit Interessengruppen ab. Für die Bevölkerung wurden Workshops organisiert mit dem Ziel, gemeinsam über die künftige Gesundheitsversorgung nachzudenken. Zudem suchten die Mitglieder der Pflegekommissionen den Austausch mit den Gesundheitsfachleuten in ihren jeweiligen Organisationen, z.B. im Spital.

Darüber hinaus sorgten die Mitglieder der Pflegekommission für transparente, nachvollziehbare Entscheidungsgrundlagen. Zum Beispiel enthielt der Umsetzungsvorschlag der dritten Pflegekommission detaillierte und übersichtliche Berechnungen erwarteter Synergien und möglicher Stellenverluste. Transparenz über finanzielle und personelle Konsequenzen der Zusammenarbeit zerstreute Befürchtungen über einen Stellenabbau in der Region und undurchsichtige Quersubventionierungen.

Schliesslich wurden Entscheidungen im Konsens getroffen. Diese Praktik schuf Vertrauen und schweisste die Mitglieder der Pflegekommissionen zusammen.

Periode 3: Pilotphase und Koordination unterstützender Aktivitäten (2007 – 2008)

Diese kommunikativen Praktiken (Einberufung Pflegekommission, Einbezug der Stakeholder, transparente Dokumentation und gegenseitige Wertschätzung) trugen zu veränderten strukturellen Rahmenbedingungen in Periode 3 bei.

Auf Ebene der Branche wurde den regionalen Politikern die Bedeutung des Gesundheitswesens für das Unterengadin bewusst. Die Politik erteilte daher dem neuen Gesundheitszentrum

formell den Auftrag, den immer noch ungelösten Pflegenotstand zu adressieren. Neben der Politik stand die Bevölkerung hinter den Veränderungen.

Auf Ebene der Kooperation wurde das Gesundheitszentrum auf den 1. Januar 2007 formal gegründet. Die neue Organisation und Kooperation mit dem Mineralbad wurden von gegenseitigem Vertrauen getragen.

Auf Ebene der Organisation entstand eine Aufbruchsstimmung innerhalb der drei Leistungserbringer, zum Beispiel im Spital. Die Gesundheitsfachleute vertrauten ihren Vorgesetzten.

Um die geplanten Umsetzungsschritte in Angriff zu nehmen, etablierte das neue Führungsteam rund um den Vorstand und die Geschäftsleitung des Gesundheitszentrums vier ergänzende kommunikative Praktiken.

Erstens organisierte das Führungsteam Workshops zur detaillierten Ausgestaltung der Führungsstruktur und Überführung der unterstützenden Aktivitäten in den zentralen Bereich Dienste. In der Führungsstruktur sollten aufgrund der Vorerfahrungen im Spital strategische und operative Verantwortlichkeiten scharf getrennt werden. Entscheidungskompetenzen sollten zudem soweit wie möglich in die drei Betriebe delegiert werden.

Zweitens etablierte das Führungsteam betriebsübergreifende Bereichsleiterforen, um die zweite Führungsebene über Fortschritte in den Workshops zu informieren. Diese Foren ermöglichten es, Feedback einzuholen und die Bedeutung der Veränderungen zu präzisieren.

Drittens lancierte das Führungsteam im April 2007 eine vierte Pflegekommission, um den Pflegenotstand zu bearbeiten. Auf strategischer Ebene bestand die Kommission aus der Direktorin der Spitex, dem Direktor des Mineralbads und dem Direktor der regionalen Zweigstelle von Pro Senectute. Auf operativer Ebene setzte sie sich aus zwei Gemeindepräsidenten, zwei Pflegefachkräften, zwei pflegenden Angehörigen und einem Priester zusammen. Die Kommissionsmitglieder analysierten die Situation, befragten Pflegefachkräfte, Politiker und betroffene Familien und organisierten World-Café-Veranstaltungen, um die Erwartungen der Bevölkerung zu berücksichtigen. Sie verdichte-

ten ihre Analysen in einen Vorschlag, den sie dem Regionalrat unterbreiteten:

- Das neue Pflegemodell ist eine Alternative und Ergänzung zu den bestehenden stationären Angeboten in der Region. Im Zentrum steht der Gedanke, Menschen mit individuell abgestimmten Betreuungs- und Pflegeangeboten solange wie möglich ambulant zu begleiten. Die neuen kantonalen Richtlinien zur Pflegefinanzierung unterstützten dieses Modell.
- Das Modell umfasst ein ambulantes, halbstationäres und stationäres Dienstleistungsnetz, das durch eine regionale Beratungsstelle koordiniert wird. Die Beratungsstelle wird von der Region finanziert und vom Gesundheitszentrum geführt. Sie stellt aus einem Fächer von Angeboten individuelle Lösungen zusammen.
- Die Umsetzung erfolgt in sechs Schritten in drei Jahren: (1) Aufbau Beratungsstelle mit einem Schwerpunkt auf Prävention, (2) Ausbau Spitex, (3) Aufbau Unterstützungsmodell für pflegende Angehörige und Freiwillige, (4) Aufbau temporärer stationärer Pflegeangebote, (5) Realisierung von Pflegegruppen, betreutem Wohnen und Pflegefamilien, (6) laufende Weiterentwicklung des Modells.

Ein Jahr nach Projektstart beendete die Kommission ihre Arbeit. Der Regionalrat genehmigte den Vorschlag in der Sitzung vom 19. August 2008.

Viertens kommunizierte das Führungsteam die Umsetzungsschritte dieser Periode als Pilotphase. Diese Rahmung schützte das Führungsteam vor zu hohen Erwartungen seitens Politiker und Mitarbeitenden.

Periode 4: Koordination primärer Aktivitäten (2009 – 2020)

Diese kommunikativen Praktiken trugen massgeblich zur Weiterentwicklung des strukturellen Versorgungskontexts bei.

Auf Ebene der Branche beruhigte die schrittweise Umsetzung des Pflegemodells die Gemüter in der Region. Die Realisierung der dezentralen Pflegegruppen mit 23 Plätzen, eine Kapazitätserweiterung in der Chasa Puntota um 15 Pflegeplätze und die Leistungen der neuen Beratungsstelle ermöglichten individuelle Lösungen für pflegebedürftige Menschen. Auf den 1. Januar 2012 traten darüber hinaus die neuen Spitalfinanzierungsregeln in Kraft, die den Druck auf Spitäler, wirtschaftlich zu arbeiten, weiter erhöhten. Um den Fortbestand der dezentral gelegenen Spitäler zu sichern, empfahl das kantonale Gesundheitsdepartement den Talschaften, Kräfte zu bündeln.

Auf Ebene der Kooperation resultierten die Workshops in einer tragfähigen Corporate Governance des Gesundheitszentrums. Darüber hinaus wurden sämtliche unterstützenden Aktivitäten neu durch einen Bereich Zentrale Dienste koordiniert. Dieser Bereich erbrachte Leistungen in den Bereichen Administration, IT, Logistik und Marketing für das Spital, die Spitex und das Mineralbad.

Auf Ebene der Organisationen führten diese Anpassungen zu einer höheren Qualität der unterstützenden Aktivitäten, z.B. im Spital. Darüber hinaus erhöhte die Koordination der unterstützenden Aktivitäten die Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

Um neben den unterstützenden auch die primären Aktivitäten zu koordinieren und damit den letzten Schritt des Vorschlags der dritten Pflegekommission umzusetzen, etablierten das Führungsteam und die Mitarbeitenden des Gesundheitszentrums drei ergänzende kommunikative Praktiken.

Sie richteten eine überbetriebliche Arbeitsgruppe Versorgungsmanagement ein und lancierten bilaterale Netzwerktreffen sowie grössere Netzwerkeforen. Die neue Beratungsstelle etablierte

sich in dieser Periode bei den Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Leistungserbringern als Drehscheibe einer regionalen integrierten Versorgung. Diese Aufgabe war anspruchsvoll, weil die Perspektiven und Arbeitspraktiken zwischen den Parteien häufig divergierten, z.B. zwischen Chirurgie- und Spitex-Mitarbeitenden.

Perspektiven konnten aber auch zwischen Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen divergieren. Angesichts dieser vielfältigen Perspektiven beruhte die erfolgreiche Koordination medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Leistungen auf einem verständnisorientierten Dialog.

Auf Ebene der Kooperation stärkten kommunikative Praktiken die Koordination der primären Aktivitäten zwischen den Betrieben des Gesundheitszentrums und weiteren Netzwerkpartnern aus der Region. Die neue Beratungsstelle spielte dabei eine zentrale Rolle: Mit dem Case Management ist jetzt alles unter einem Dach. Informationen zwischen den Betrieben fließen einfacher.

Auf Ebene der Branche wurden die Entwicklungen im Gesundheitszentrum und die zunehmende Koordination der Wertschöpfung mit weiteren regionalen Leistungserbringern von der Bevölkerung und der Politik geschätzt.

Austritt wohin	Auslöser	Antrag/Formulare	Organisation	Involvierte/Informierte	
				CSEB-intern	CSEB extern
Austritt nach Hause ohne Hilfe	Arzt/Pflege < 48 h	- Entlassbrief (Arzt)	Arzt		-Patient -Hausarzt
Austritt nach Hause mit Mahlzeitendienst	Arzt/Pflege < 48 h	- Entlassbrief (Arzt)	Pflege	Spitex	- Patient -Verwandte b. Bed -Hausarzt
Austritt nach Hause mit Spitex	Arzt/Pflege < 48 h	- Entlassbrief (Arzt) - Überweisungsbericht Pflege (Pflege) - Ablauf Übertritt Spitex (Pflege)	Pflege	Spitex	-Patient -Verwandte b. Bed -Hausarzt
Austritt nach Hause AÜP/Spitex	Arzt/Pflege < 48 h	- Entlassbrief (Arzt) - Antrag durch Arzt an CM* - AÜP- Verordnung (Arzt) - Ablauf Übertritt Spitex (Pflege) - Überweisungsbericht Pflege (Pflege)	1) Antragsprüfung und Besprechung mit Patienten via CM* 2) Durchführung Austritt via Pflege	- CM* - Spitex	-Patient -Verwandte b. Bed. -Hausarzt
Austritt in Pflegeheim/AÜP	Arzt/Pflege < 48 h	- Antrag durch Arzt an CM* - AÜP- Verordnung (Arzt) - Ablauf Übertritt Heim (Pflege) - Überweisungsbericht Pflege (Pflege)	1) Antragsprüfung und Besprechung mit Patienten via CM* 2) Durchführung Austritt via Pflege	- CM* - Bereich Chüra	-Patient -Verwandte b. Bed. -Hausarzt -ggf. externe Pflegeeinrichtung
Übertritt/Verlegung in stationäre Klinik/Spital	Arzt/Pflege < 48 h	- Entlassbrief (Arzt) - Überweisungsbericht Pflege (Pflege)	Arzt	ggf. Rettungsdienst	-Externe Klinik -Patient -Verwandte b. Bed. -Hausarzt
Rückkehr in Langzeitpflege	Arzt/Pflege < 48 h	- Entlassbrief (Arzt) - Überweisungsbericht Pflege (Pflege) - Ablauf Übertritt (Pflege)	Pflege	Ggf. Bereich Chüra	-Patient -Verwandte b. Bed. -Hausarzt -ggf. externe Pflegeeinrichtung
Neueintritt in Langzeitpflege	Arzt/Pflege < 48 h	- Entlassbrief (Arzt) - Anmeldung Case Management (Arzt) - Eintrittsmeldung (CM) (Kostengutsprache b. Ausserkantonalen) - Ablauf Übertritt Heim (Pflege)	1) Antragsprüfung und Besprechung mit Patienten via CM* 2) Durchführung Austritt via Pflege	Ggf. Bereich Chüra	-Ggf. ext. Pflegeeinrichtung -Patient -Verwandte b. Bed. -Hausarzt
Reha ohne Nachbetreuung	Arzt/Pflege < 48 h	-Entlassbrief (Arzt) -Anmeldung Reha (Arzt) -Kostengutsprache (Arzt) -Überweisungsrapport (Pflege)	Arzt		-Reha-Klinik -Patient -Verwandte b. Bed. -Hausarzt
Reha mit geplanter Nachbetreuung	Arzt/Pflege < 48 h	-Entlassbrief (Arzt) -Anmeldung Reha (Arzt) -Kostengutsprache (Arzt) -Überweisungsrapport (Pflege)	Arzt (Reha)	Info an CM*	-Reha-Klinik -Patient -Verwandte b. Bed. -Hausarzt
Kur	Arzt/Pflege < 48 h	- Entlassbrief (Arzt) - Anmeldung Kur (Arzt) - Kostengutsprache Kur (Arzt) - Überweisungsrapport (Pflege)	Arzt		-Ext. Kurklinik -Patient -Verwandte b. Bed. -Hausarzt
Komplexe, unklare Fälle	Arzt/Pflege < 48 h	Antrag durch Arzt an CM*	CM*	Je nach Ergebnis	Je nach Ergebnis

Erläuterungen:
Entlassbrief immer durch Arzt
Überweisungsbericht Pflege immer durch Pflege
* CM = Case Management

Abbildung 25: Koordinierter Spitalaustrittsprozess; Quelle: Gesundheitszentrum Unterengadin.

Auf Ebene der Organisation verbesserten sich die Betriebskennzahlen. Zwischen 2007, dem Gründungsjahr des Gesundheitszentrums, und 2013 wuchsen die Patientenzahlen im Spital um 25% (stationär) bzw. 46% (ambulant). Im Jahr 2013 wies das Spital erstmals in seiner

Geschichte einen Gewinn im Jahresabschluss aus. Per Ende 2013 schufen das Spital, die Spitex und das Mineralbad gemeinsam 52 neue Arbeitsplätze in der Region, ein Wachstum um 35% gegenüber 2007. Zudem stieg die Attraktivität des Spitals als Arbeitsplatz.

Diskussion: Handlungsoptionen für den Aufbau integrierter Gesundheitszentren

Die Fallstudie beschreibt, wie sich der strukturelle Versorgungskontext in der Region Unterengadin in den Jahren 2000 bis 2020 veränderte. Auf Ebene der Kooperation verbesserte sich die Koordination der primären und unterstützenden Wertschöpfungsaktivitäten. Die Aktivitäten des Spitals, der Spitex und des Mineralbads werden heute unter der Führung eines Gesundheitszentrums und gemeinsam mit weiteren regionalen Leistungserbringern stärker als früher aufeinander abgestimmt. Parallel dazu verbesserten sich die Informationsflüsse und die Beziehungsqualität zwischen den Leistungserbringern.

Obwohl diese Veränderungen kontextspezifisch sind, lassen sich einige Handlungsoptionen ableiten, die für die Gestaltung von Veränderungsprozessen in anderen Regionen als Orientierungshilfe dienen können. Die ersten fünf Handlungsoptionen beziehen sich auf kommunikative Praktiken, die Veränderungsprozesse besonders ermöglichen können. Die zweiten fünf Handlungsoptionen beschreiben Kontextbedingungen, die Veränderungsprozesse zusätzlich unterstützen können.

Handlungsoption 1: Eine Veränderungsarchitektur gestalten

Im Rückblick gestalteten die Akteure eine durchgängige Veränderungsarchitektur, verstanden als Serie von Kommunikationsräumen, in denen sich die relevanten Akteure mit der Zukunft ihrer Organisationen und der regionalen Versorgungsstrukturen systematisch auseinandersetzen konnten.

Diese Veränderungsarchitektur kann als Vorlage für die Gestaltung ähnlich gelagerter Veränderungsprozesse in anderen Regionen verwendet werden (vgl. Abbildung 26).

Eine erste Phase dient einer breit abgestützten Analyse der strategischen Ausgangslage in einer Region aus Sicht der Leistungserbringer und wichtiger Interessensgruppen wie Regionalpolitik, Kanton, Bevölkerung und Health Professionals. In einem ersten Arbeitspaket gilt es für die einzelnen Leistungserbringer, ihre eigene Position kritisch zu reflektieren. Nur wer sich seiner eigenen strategischen Stärken, Schwächen, Chancen und Gefahren bewusst ist, kann sich sinnvollerweise auf eine Kooperation mit anderen einlassen.

In der Fallstudie erkannten beispielsweise das Spital, die Spitex und das Mineralbad separat ihre existenziellen strategischen Herausforderungen, was ihre Zusammenarbeit später begründete und legitimierte.

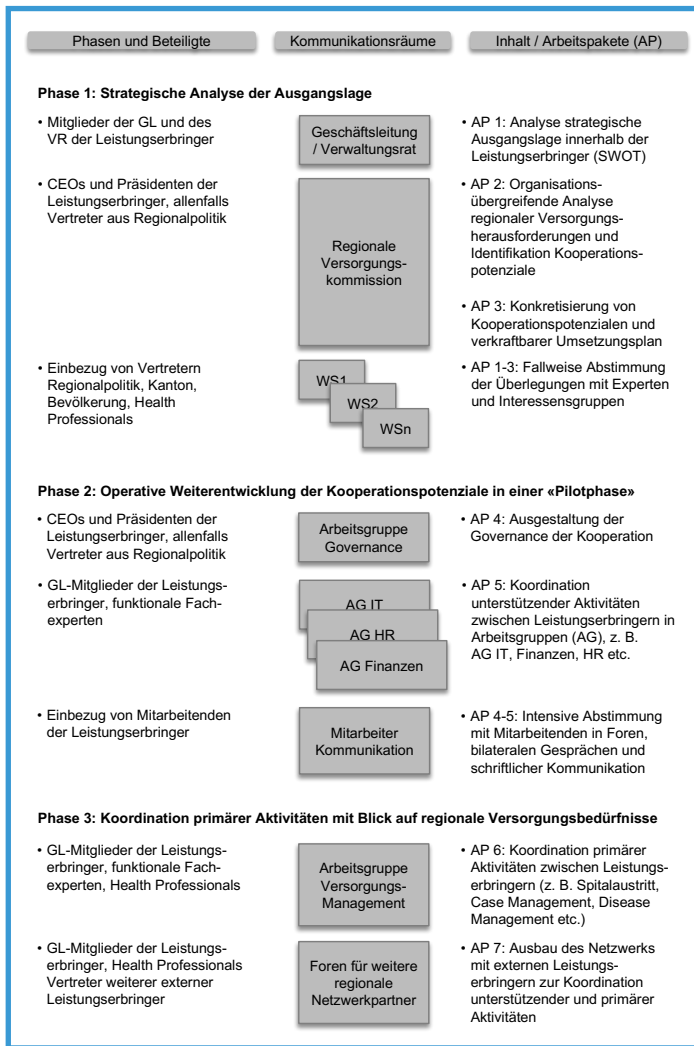


Abbildung 26: Veränderungsarchitektur zum Aufbau von Gesundheitszentren; Quelle: Eigene Darstellung, M. Mitterlechner, HSG.

Auf der Grundlage einer kritischen Selbstbeobachtung geht es für die Leistungserbringer in einem zweiten Arbeitspakt darum, über die eigenen Organisationsgrenzen hinaus zu blicken, aktuelle und künftige Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung zu verstehen und Kooperationspotenziale mit anderen zu identifizieren. In der Fallstudie bestand ein wichtiges Versorgungsbedürfnis in einem akuten Mangel an stationären Pflegebetten. In anderen Regionen können die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung zum Beispiel mittels demografischer und epidemiologischer Daten analysiert werden.

Vor diesem Hintergrund begründeten die Leistungserbringer eine organisationsübergreifen-

de Versorgungskommission («Pflegekommission») und berieten, wie sie ihre strategischen Herausforderungen und den Pflegeengpass durch Kooperation lösen könnten. Erkennt man an dieser Stelle Kooperationspotenziale, können diese in einem dritten Arbeitspaket weiter konkretisiert und in einen verkraftbaren Umsetzungsplan überführt werden. In dieser Phase ist es hilfreich, die Überlegungen fortlaufend mit Vertretern wichtiger Interessensgruppen (insbesondere Regionalpolitik, Kanton, Bevölkerung, Health Professionals) abzustimmen, um den Veränderungsprozess breit abzustützen und zu legitimieren.

Eine zweite Phase dient der weiteren Ausgestaltung der Kooperation bzw. der detaillierten Arbeit am Umsetzungsplan. Wichtige Arbeitspakete sind die Konkretisierung der Governance der Zusammenarbeit (z.B. die Erstellung eines Betriebshandbuchs mit genauer Festlegung von Aufgaben, Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen Führungsebenen und teilnehmenden Organisationen) sowie die Koordination unterstützender Aktivitäten wie Personalwesen, Finanzen, Wäsche, Küche oder IT. Zur Bearbeitung dieser Pakete können separate Arbeitsgruppen mit Teilnahme von Führungskräften und funktionalen Fachexperten gebildet werden. Die Beobachtungen in der Fallstudie legen zudem nahe, die Mitarbeitenden aller beteiligten Organisationen kommunikativ eng einzubinden, um ihnen die Umbauarbeiten zu erklären, ihr Feedback aufzunehmen und sensible Themen wie Rollenwechsel oder Gehaltsanpassungen bilateral zu besprechen.

Auf der Grundlage erster Kooperationserfolge in Phase zwei dient eine dritte Phase der Koordination primärer medizinisch-therapeutisch-pflegerischer Aktivitäten. Dazu kann eine organisationsübergreifende Arbeitsgruppe Versorgungsmanagement mit Teilnahme von Führungskräften, Health Professionals und funktionalen Fachexperten gebildet werden. Sie berät, wie regionale Patientenpfade optimiert werden können, z.B. mittels eines strukturierten Spitalaustrittsprozesses, Case Managements oder Disease Managements für ältere Patienten mit chronischen Einfach- oder Mehrfacherkrankungen. Je nach Bedürfnissen dieser Patienten und ihrer Angehörigen kön-

nen in dieser Phase Kooperationen mit weiteren regionalen Leistungserbringern aus dem Gesundheits- und Sozialwesen aufgebaut werden (z.B. mit Pro Senectute, Alzheimervereinigung, Vormundschaftsbehörde etc.). Diese Organisationen können mittels regelmässiger Netzwerkforen systematisch an das Gesundheitszentrum gebunden werden.

Insgesamt wirkt eine gut durchdachte Veränderungsarchitektur wie ein Reiseplan in unbekanntes Gebiet. Sie vermittelt eine grobe Vorstellung darüber, welche Fragen der Veränderung in welcher Reihenfolge unter Beteiligung welcher Akteure zu bearbeiten sind. Da die inhaltliche Stossrichtung der Veränderungen zu Beginn der Reise oft unsicher ist und erst über die Zeit definiert werden kann, schafft eine Veränderungsarchitektur Sicherheit, wie der Veränderungsprozess bewältigt werden kann. Sie ergibt Prozesssicherheit im Kontext hoher inhaltlicher Unsicherheit.

Handlungsoption 2: In kleineren revisions- freundlichen Schritten vorgehen

Mithilfe einer gut durchdachten Veränderungsarchitektur kann der Veränderungsprozess in kleinere, revidierbare Arbeitspakete heruntergebrochen werden. Abbildung 28 zeigt, dass die Akteure in der Fallstudie das Gesundheitszentrum nicht in einem grossen Wurf entwickelten, sondern den Veränderungsprozess in sieben kleinere Arbeitspakete unterteilten. Bei einer Aufteilung des Veränderungsprozesses in kleinere Schritte können nicht-lineare Entwicklungen und unbeabsichtigte Handlungsfolgen rascher und einfacher korrigiert werden.

In der Fallstudie musste beispielsweise das IT-Konzept neuen Erkenntnissen angepasst werden, die sich erst im Verlauf des Prozesses ergaben. Anpassungsbedarf kann beispielsweise entstehen, wenn verschiedene voneinander abhängige Themen parallel an unterschiedlichen Orten und Arbeitsgruppen vorangetrieben werden (wie beispielsweise Governance- und IT-Fragen). Nach innen vereinbarten die einzelnen Leistungserbringer zudem, dass sie den Verän-

derungsprozess jederzeit verlassen können, wenn sich die Zusammenarbeit als nicht mehr vorteilhaft erweist. Nach aussen, gegenüber der Politik und der Bevölkerung, wurde der Veränderungsprozess als «Pilot» kommuniziert. Diese kommunikative Rahmung wirkt unrealistischen Erwartungen in Bezug auf die Machbarkeit, Geschwindigkeit und Reichweite der Veränderungen entgegen.

Handlungsoption 3: Rahmenbedingungen für kreative Lösungen schaffen

Der Aufbau integrierter Versorgungsmodelle findet in einem Kontext hoher Diversität statt. In der Fallstudie waren die Mitglieder der ersten drei Pflegekommission beispielsweise mit einer heterogenen Geschichte, verschiedenen Rechtsformen und unterschiedlichen finanziellen Möglichkeiten der vier beteiligten Leistungserbringer konfrontiert. Um den Veränderungsprozess in diesem heterogenen Kontext voranzutreiben, rangen die Akteure in der Fallstudie wiederholt um kreative Lösungen. Pauschale Fertiglösungen greifen zu kurz, wenn sie der vielschichtigen Ausgangslage vor Ort nicht gerecht werden.

Handlungsoption 4: Transparente Entscheidungsvorlagen erarbeiten

Eine tiefgreifende Veränderung wie der Aufbau eines integrierten Gesundheitszentrums kann mit grossen Unsicherheiten über dessen Vorteile und Verlustängsten in Bezug auf Personal, Finanzen und Mitspracherechte verbunden sein. In der Fallstudie waren einzelne Politiker im Regionalrat beispielsweise über einen möglichen Abbau von Arbeitsplätzen, Machtkonzentration im Gesundheitszentrum und verdeckte Umleitungen von Subventionen von einem Leistungserbringer zum anderen besorgt.

Angesichts nachvollziehbarer Unsicherheiten im Prozess lohnt es sich, Entscheidungsvor-

lagen transparent und für alle Seiten verständlich vorzubereiten. In der Fallstudie wurden Termine in entscheidenden Gremien akribisch mit übersichtlichen Sitzungsunterlagen vorbereitet und frühzeitig zur Vorbereitung verschickt. Die Unterlagen enthielten detaillierte Annahmen und Berechnungen über die finanziellen, personellen und organisatorischen Konsequenzen der Zusammenarbeit. Diese Transparenz schaffte Vertrauen und half den Akteuren auf allen Ebenen, Entscheidungen faktenbasiert zu treffen.

Handlungsoption 5: Die Autonomie der Kooperationspartner respektieren

Beim Aufbau eines Gesundheitszentrums und im Verlauf des Veränderungsprozesses verzichteten die beteiligten Akteure auf einen Teil ihrer Autonomie, um Wertschöpfungsaktivitäten in Kooperation mit anderen zu koordinieren. In der Fallstudie zeigt sich, dass Kooperationen paradoxerweise eher gelingen, wenn die Kooperationspartner gleichzeitig ihre Autonomie respektieren.

Dieser Respekt zeigte sich unter anderem daran, dass Entscheidungen im Konsens getroffen wurden. Mit der rechtlichen Gründung des Gesundheitszentrums wurden die Führungsgremien paritätisch besetzt. Entscheidungskompetenzen wurden so weit wie möglich nach unten delegiert, um dem Spital, der Spitex und dem Mineralbad eine weitreichende operative Selbständigkeit zu gewährleisten. Aus finanzieller Sicht wurden die drei Betriebe als autonome Profit Center weitergeführt. Zusammengekommen ermöglichte dieser wechselseitige Respekt den einzelnen Akteuren, sich ohne vollständige Preisgabe ihrer gewachsenen Identität in ein übergeordnetes Ganzes zu integrieren.

Neben diesen kommunikativen Praktiken wurde der Veränderungsprozess in der Fallstudie von günstigen Kontextbedingungen beeinflusst, die in anderen Regionen als fünf weitere Handlungsoptionen berücksichtigt werden können.

Handlungsoption 6: Ein förderliches regionalpolitisches Umfeld schaffen

Die Veränderungen in der Fallstudie fanden in einem unterstützenden regionalpolitischen Kontext statt. Dieser bestand zum einen aus einer engagierten Bevölkerung, die mit Beschwerdebriefen an den Regionalrat auf akute Versorgungsprobleme hinwies. In späteren Perioden engagierte sich die Bevölkerung für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen in Workshops oder durch Mitwirkung in World-Café-Veranstaltungen. Zum anderen bestand der regionalpolitische Kontext aus einem arbeits- und entscheidungsfähigen Regionalrat, der an einem Strick zog und den Veränderungsprozess nicht aus partei- und wahltaktischen Kalkülen unterließ. Eine engagierte und arbeitsfähige Öffentlichkeit ist auch in anderen Regionen eine zentrale Erfolgsvoraussetzung.

Handlungsoption 7: Veränderungen durch kantonale Massnahmen unterstützen

Neben der regionalen Politik und der Bevölkerung kann auch der Kanton für günstige Rahmenbedingungen sorgen, ohne sich zu stark in operative Fragen vor Ort einbringen zu müssen. In der Fallstudie unterstützte der Kanton den Veränderungsprozess vor allem indirekt, indem er beispielsweise durch die Revision der Leistungsaufträge und der Pflegeplanung eine Diskussion über die Zukunft des Spitals und der regionalen Pflegeversorgung lancierte, positive finanzielle Anreize durch eine Neugestaltung des Finanzausgleichs setzte, die Arbeiten durch das Leitbild der kantonalen Gesundheitsversorgung legitimierte und seine Perspektive in Workshops mit der Bevölkerung und den Leistungserbringern vor Ort einbrachte. Umgekehrt könnten die Akteure in den Regionen den Kontakt mit kantonalen Entscheidungsträgern pflegen, um den rechtlich-finanziellen Kontext im Sinne kooperativer Beziehungen vor Ort aktiv zu beeinflussen.

Handlungsoption 8: Einen breit abgestützten Case for Action erarbeiten

Eine Anpassung regionaler Versorgungsstrukturen braucht gute Gründe, d.h. einen allseits nachvollziehbaren Case for Action. Ohne gute Gründe ist es unwahrscheinlich, dass sich die Akteure auf einen Prozess einlassen, der mit derart tiefgreifenden Einschnitten in ihre Identität und Autonomie verbunden ist.

In der Fallstudie bestand der Case for Action aus einem akut gewordenen Pflegeengpass und existenziellen Herausforderungen innerhalb der einzelnen Leistungserbringer. Zu Beginn der Fallstudie war dieser Case for Action nicht einfach vorhanden, sondern er wurde von den Akteuren Stück für Stück im Rahmen der ersten drei Pflegekommissionen erarbeitet. Erst während dieser Arbeiten wurde den Akteuren bewusst, vor welcher Art von Herausforderungen sie stehen, und dass sie diese durch mehr Kooperation möglicherweise lösen könnten.

Analog empfiehlt es sich in anderen Regionen, in einer ersten Phase einen gemeinsam geteilten Case for Action zu erarbeiten (vgl. Veränderungsarchitektur). Dafür muss es aber nicht erst zu einer existenziellen Krise wie in der Fallstudie kommen. Angemessener wäre, Krisensituationen zu vermeiden, indem notwendige Veränderungen frühzeitig im Sinne einer vorausschauenden Selbsterneuerung eingeleitet werden. Vorausschauende Selbsterneuerung meint, vorhandene Ressourcen in den guten Jahren zu nutzen und das regionale Versorgungssystem laufend und rechtzeitig auf die Zukunft vorzubereiten¹⁷. Ergebnis dieser ersten Phase ist ein Inventar guter Gründe für eine engere Zusammenarbeit.

Handlungsoption 9: Ein kollegial belastbares Führungsteam zusammensetzen

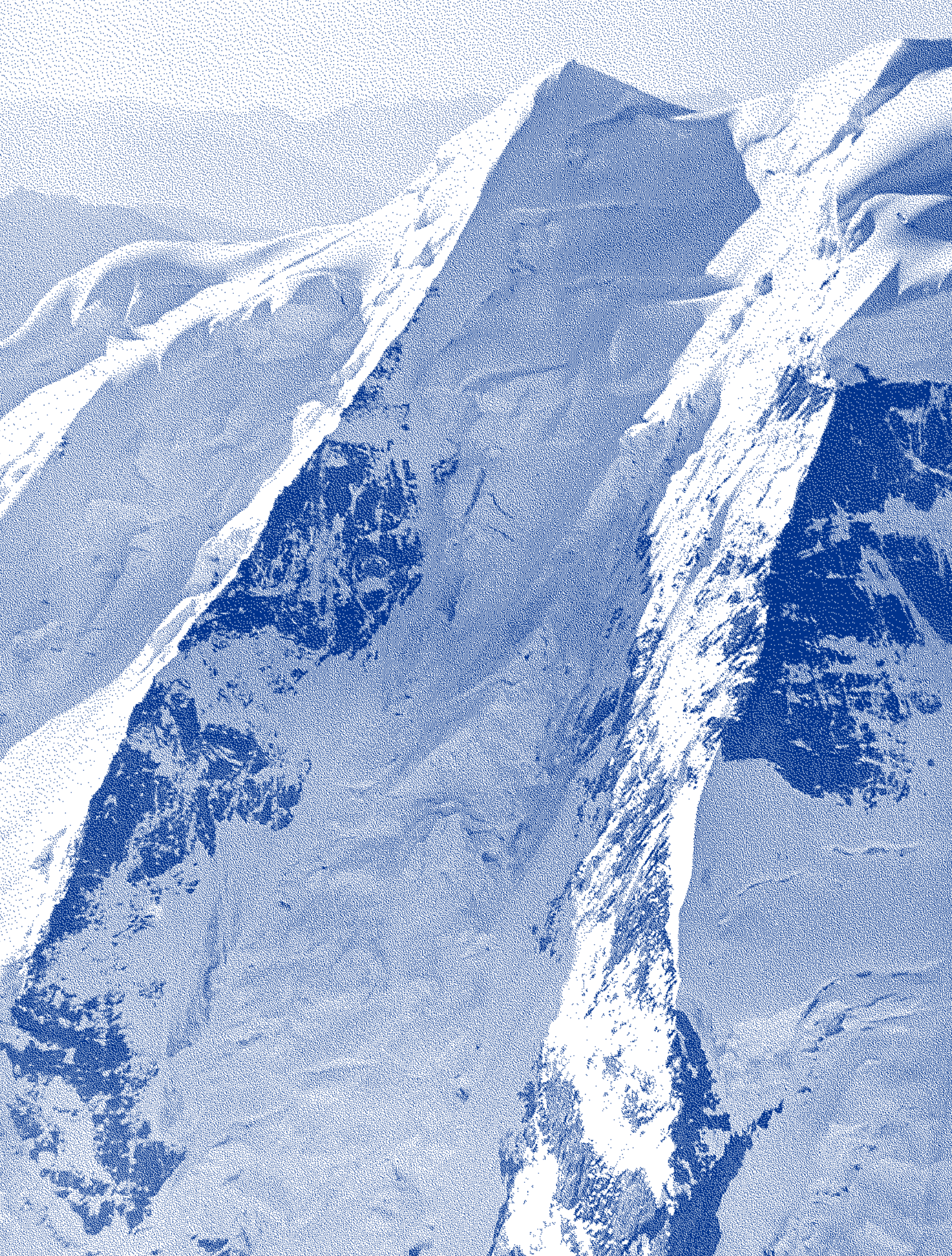
Ein gelingender Veränderungsprozess benötigt ein kollegial belastbares Führungsteam, das nach innen trotz aller Widersprüche entscheidungsfähig bleibt und nach aussen mit einer

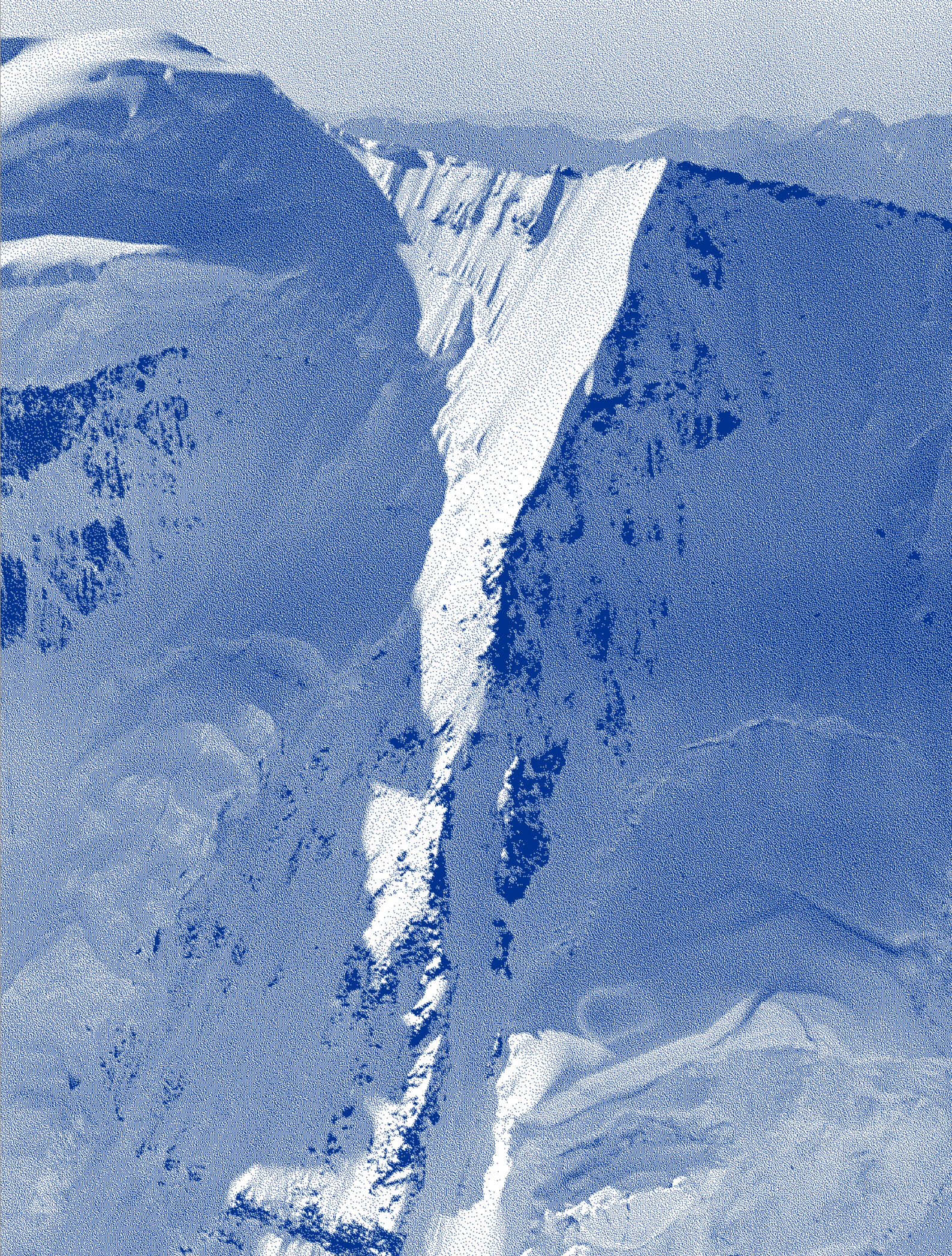
Stimme spricht. In der Fallstudie setzte sich das Führungsteam über alle Perioden aus einem Vertreter des Regionalrats und den Präsidenten und Direktoren der Leistungserbringer zusammen. Mitentscheidend für die Veränderungen war die hohe Qualität der Zusammenarbeit.

Im Zentrum aller Veränderungen in der Fallstudie stand eine «belastbare Kollegialität»¹⁸ zwischen den Mitgliedern des Führungsteams, in denen unvermeidbare Ziel- und Interessenkonflikte ohne nachhaltige Beschädigung der Beziehungen bearbeitet werden konnten. Andere Regionen können sich vor dem Aufbau eines Gesundheitszentrums analog Gedanken machen, welches Personal sich für die Führung des anspruchsvollen Veränderungsprozesses qualifiziert. Angesichts der zahlreichen inneren und äusseren Widersprüche, die über die Zeit immer wieder konstruktiv bearbeitet werden müssen, erscheinen Personen mit hohen Profilierungsbedürfnissen für diese Rolle nur bedingt geeignet.

Handlungsoption 10: Die Health Professionals früh und regelmässig in den Prozess einbeziehen

Letztlich zeigt sich der erfolgreiche Aufbau eines Gesundheitszentrums in einer verbesserten Koordination unterstützender und primärer Wertschöpfungsaktivitäten im Dienst der regionalen Bevölkerung. In den Expertenorganisationen des Gesundheitswesens kann Kooperation allerdings nicht per Dekret verordnet werden, sondern sie benötigt die Unterstützung der betroffenen Health Professionals. In der Fallstudie sicherten sich die Akteure diese Unterstützung, indem sie die Gesundheitsfachleute regelmässig nach Feedback und Verbesserungsmöglichkeiten im Veränderungsprozess fragten. Die oben beschriebene Veränderungsarchitektur kann bei diesen Überlegungen konzeptionelle Hilfe leisten.





6. Empfehlungen an die Akteure

Abgeleitet aus den durchgeführten Arbeiten werden zuhanden der verschiedenen Akteure 6 Handlungsempfehlungen festgehalten:

1. Integrierte Versorgung durch geeignete Rahmenbedingungen erleichtern

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich ein Engagement des Kantons zur Förderung integrierter Versorgungsregionen lohnt. Dabei ist den unterschiedlichen Gegebenheiten in den Versorgungsregionen Rechnung zu tragen, indem die kantonalen Unterstützungs- und Anreizmechanismen möglichst flexibel ausgestaltet werden. Auch die Formulierung entsprechender gesetzlicher Grundlagen ist zu prüfen.

Da die meisten Kontextbedingungen eines erfolgreichen Veränderungsprozesses (regionalpolitisches Umfeld, Case for Action u.a.) nicht direkt durch den Kanton beeinflussbar sind, kann sich dieser indirekt in den Prozess einbringen. Spezifische (regulatorische) Themen oder Anpassungen übergeordneter Rahmenbedingungen begünstigen die Durchführung eines Veränderungsprozesses.

2. Bestrebungen zur Integration von Leistungserbringern prozessorientiert unterstützen

Der Aufwand für einen sorgfältig und zielführend geführten Veränderungsprozess kann hoch sein. In Anbetracht knapper finanzieller und zeitlicher Ressourcen mag dies dazu führen, dass Veränderungsprozesse seitens der beteiligten Institutionen nicht optimal aufgesetzt werden.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt diese Studie, Veränderungsprozesse finanziell zu unterstützen. Mögliche Ansätze können die

Finanzierung und gezielte Begleitung einzelner Phasen der Veränderungsarchitektur, z.B. Erarbeitung eines Case for Action, oder ein an weitere Bedingungen geknüpfter Pauschalbeitrag sein. Damit kann der Ressourcenaufwand erfolversprechender Veränderungsprozesse für die Leistungserbringer abgedeckt werden.

3. Kontinuierliche entwicklungsorientierte Evaluation der Integrationsleistungen

Im Sinne eines kontinuierlichen Lernprozesses sollten die Wirkungen der Integration in regionalen Gesundheitszentren auch künftig evaluiert werden. In den letzten Jahren wurden einige Ansätze entwickelt, die für die Regionen im Kanton Graubünden hilfreich sein könnten. Struijs et al. schlagen zum Beispiel vor, integrierte Versorgungsmodelle periodisch hinsichtlich ihrer Wirkungen auf das «Triple Aim»¹, d.h. die Gesundheit der Bevölkerung, die Versorgungsqualität und die Kosten (betriebliche Kosten und OKP Bruttokosten/Gesundheitsausgaben) zu evaluieren¹⁹. Neben den bestehenden Kennzahlen können künftig auch neuere Ansätze berücksichtigt werden, die die Sicht der Patientinnen und Patienten noch stärker in den Blick nehmen, wie beispielsweise Prem (patient reported experience measures) oder Proms (patient reported outcome measures)²⁰.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der Entwicklung integrierter Versorgungszentren um «komplexe Interventionen» handelt²¹. Daher sollten Evaluationen mit der angemessenen methodischen Sorgfalt und Vorsicht angegangen werden. Um im Kontext komplexer Verhältnisse geeignete Policy-Entscheidungen zu treffen, bieten sich neben den klassischen «summativen» ergänzend «entwicklungsorientierte» Evaluationsverfahren an, die auf kontinuierliches Lernen ausgelegt sind²².

4. Förderung einer Weiterentwicklung von Evaluationsverfahren

Die Forschung der Wirkungsmessung in integrierten Versorgungssystemen befindet sich erst im Aufbau. Aufgrund seines Interesses an der Sicherstellung einer patientenorientierten und wirtschaftlich tragbaren Grundversorgung könnte sich der Kanton Graubünden auch künftig auf Kantons- und Bundesebene für die Gestaltung und entwicklungsorientierte Evaluation innovativer Versorgungsmodelle einsetzen. Fortlaufende Innovation und Transparenz können die Akzeptanz einer integrierten Versorgung bei anderen Akteuren im Gesundheitswesen stärken und den Mut zur Nachahmung fördern.

Differenzierte Datengrundlagen, die neben den strukturellen und klinischen Indikatoren auch die Patientenberichte (Prom und Prem, vgl. Punkt 3) umfassen, unterstützen die Optimierung, Weiterentwicklung und Erfolgsmessung zukünftiger (neuer) Leistungen (hinsichtlich Überversorgung) und stärken massgeblich die Glaubwürdigkeit integrierter Versorgungsregionen gegenüber den Patientinnen und Patienten sowie weiteren Stakeholdern (z.B. Krankenkassen). Denkbar wären Kooperationen mit Forschungsinstitutionen, die Veränderungsprozesse und Evaluationen methodisch angemessen begleiten können.

5. Governance-Instrumente einführen

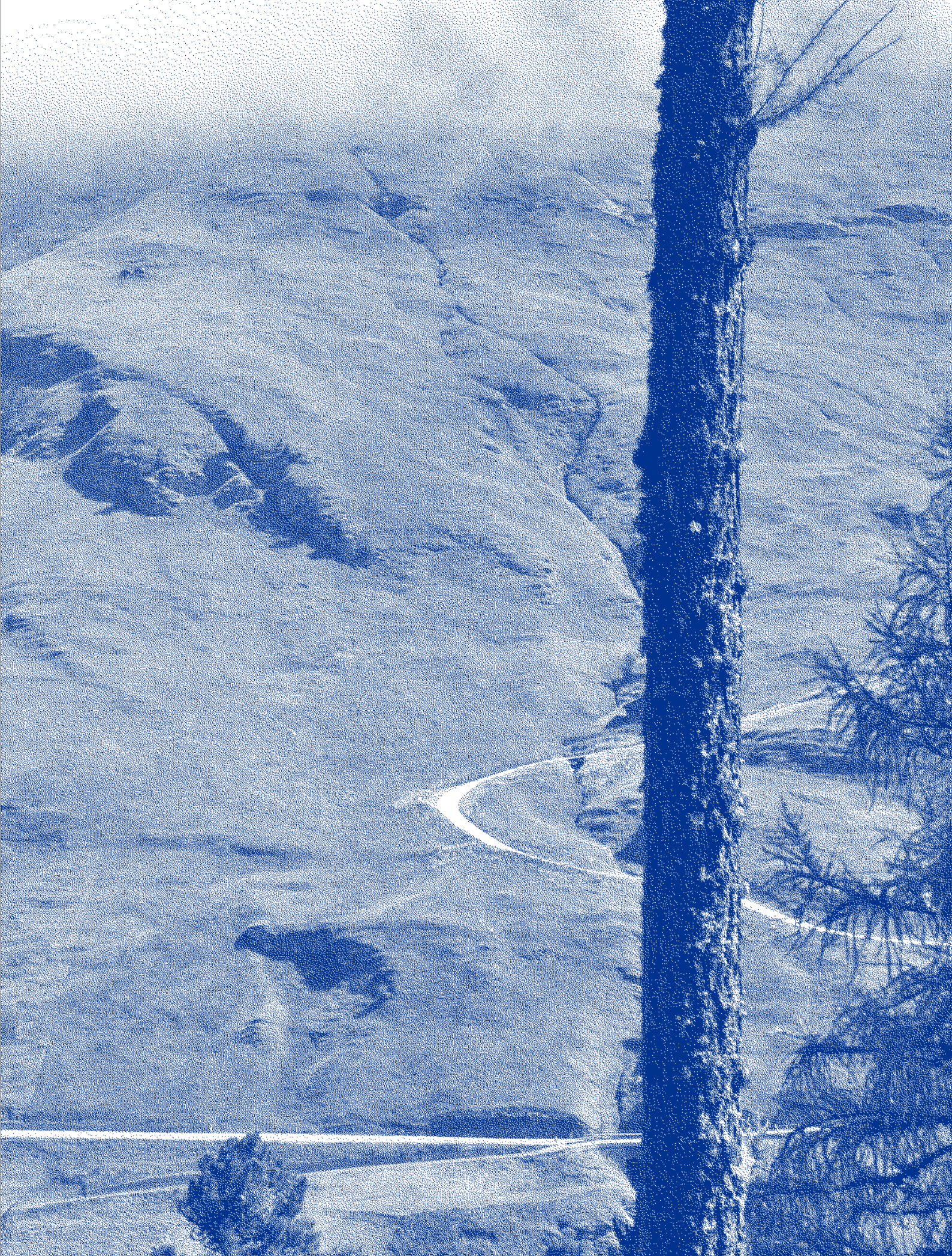
Aktuelle Bestrebungen der integrierten Versorgung im Kanton Graubünden werden stark durch Einzelpersonen getrieben. Diese Studie empfiehlt zur nachhaltigen Sicherung des Fortbestandes der entsprechenden Systeme, in den jeweiligen Versorgungsregionen zusätzliche Governance-Instrumente einzuführen. Mögliche Elemente hierfür sind klare Regelungen von Stellvertretungen und eine aktive Nach-

folgeplanung für Führungskräfte sowie eine verstärkte Sensibilisierung und Qualifizierung der entsprechenden strategischen Gremien in integrierten Systemen. Hier soll insbesondere auf eine fachorientierte Besetzung der strategischen Gremien mit komplementären Kompetenzprofilen geachtet werden. Ein Ansatzpunkt könnte sein, eine Mindestvertretung an Fachwissen auch in politischen Gremien von Versorgungsregionen festzulegen, (z.B. durch eine Ausweitung entsprechender Organe) mit dem Ziel, der Verharrungstendenz von Mitgliedern in solchen Ausschüssen entgegenzuwirken.

6. Aufbau einer durchgängigen IT-Infrastruktur für eine Integrierte Versorgung

Derzeit durchläuft ein Grossteil der untersuchten Spitäler eine Evaluation für neue ERP/KIS-Datenmanagementsysteme. Nach Erfahrung von KPMG hängt der Erfolg der Einführung und das Entwicklungspotenzial eines Integrierten Versorgungssystems wesentlich von einer durchgängigen IT-Infrastruktur ab. Das heisst, Spital, Pflegeheim und Spitex kommunizieren schnittstellenfrei und effizient. Darin liegt ein grosses finanzielles und innovationsförderndes Potenzial. KPMG empfiehlt deshalb mit Nachdruck, die aktuelle Chance zu ergreifen und eine gemeinsame Herangehensweise zur Beschaffung (gemeinsame Erhebung der Systemanforderungen und gemeinsames Evaluationsverfahren) einer einheitlichen IT-Infrastruktur zu definieren, welche die Bedürfnisse der Spitäler, Spitex und Pflegeheime integral abdeckt. Dabei könnte der Kanton eine wesentliche Rolle in der Initiierung und Begleitung des Prozesses spielen.





7. Anhang

Verwendete Datenquellen

Spitäler:

- Medizinischer Datensatz (BFS-Statistik), 2016–2018
- SwissDRG Kostendaten pro Fall, 2016–2018
- ITAR-K, 2016–2018
- Auszüge der dienstleistenden Kostenstellen (inkl. Ergänzungen), 2016–2018
- Übersicht der Mitarbeitenden (Anzahl und VZÄ), 2016–2018
- Geschäftsberichte 2017
- Organigramm, 2017
- H+ Qualitätsberichte, 2016–2018
- ANQ-Daten, 2016–2018
- Kenndaten des Kantons «Spitäler und Kliniken», 2007–2017

Alters- und Pflegeheime:

- Pflichtreporting an den Kanton («Kostenrechnung Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz»), 2017–2018

- Pflichtreporting an den Kanton («Betriebsdaten»), 2016–2018
- Geschäftsbericht 2017
- Organigramm, 2017

Spitex-Organisationen:

- Pflichtreporting an den Kanton («Kostenrechnung»), 2017
- Pflichtreporting an den Kanton («Betriebsdaten»), 2017
- Geschäftsbericht 2017
- Organigramm, 2017

Rettungsdienste:

- Für Rettung Oberengadin: Jahresbericht 2017

Verschiedene:

- Für Pro Senectute Graubünden: Jahresbericht 2017
- Bericht zur Gesundheitsversorgung 2018 des Kantons Graubünden, 2018

Wissenschaftliche Literatur

1 N. Goodwin, V. Stein, V. Amelung, What is integrated care?, in: V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte, E. Suter (Eds.), *Handbook integrated care*, Springer, Cham, 2017, pp. 3–23.

2 D.M. Berwick, T.W. Nolan, J. Whittington, The triple aim: Care, health, and cost, *Health Affairs* 27(3) (2008) 759–769.

3 GDK, *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden*, Bern, 2019.

4 K.M. Eisenhardt, M.E. Graebner, Theory Building from Cases: Opportunities and Challenges, *Academy of Management Journal* 50(1) (2007) 25–32–32.

5 A.N.N. Langley, C. Smallman, H. Tsoukas, A.H. Van De Ven, Process Studies of Change in Organization and Management: Unveiling Temporality, Activity, and Flow, *Academy of Management Journal* 56(1) (2013) 1–13–13.

6 S. Roth, I. Sturny [Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan], *OKP-Kosten in den Spitalregionen des Kantons Graubünden*, Neuchâtel, 2018.

7 Nolte, E. Evidence supporting integrated care. In: Amelung, V, Stein, V, Goodwin, N, Balicer, R, Nolte, E, Suter, E (Eds.), *Handbook integrated care*. Cham: Springer; 2017. pp. 25–38.

8 Powell-Davies, G, Harris, M, Perkins, D, Roland, M, Williams, A, Larsen, K, et al. Coordination of care within primary health care and with other sectors: A systematic review. Sydney: University of New South Wales; 2006.

9 Baxter, S, Johnson, M, Chambers, D, Sutton, A, Goyder, E and Booth, A. The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*, 2018; 18(1): 350–363. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>

10 S. Schussele Fillietaz, P. Berchtold, D. Kohler, I. Peytremann-Bridevaux, *Integrated care in Switzerland: Results from the first nationwide survey*, *Health Policy* 122(6) (2018) 568–576–576.

11 M. Mitterlechner, C. Hollfelder, J. Koppenberg, Preserving Care Delivery in Hard-to-Serve Regions: A Case Study of a Population Health System in the Swiss Lower Engadin, *International Journal of Integrated Care* 18(3) (2018).

12 S. Vangen, J.P. Hayes, C. Cornforth, Governing Cross-Sector, Inter-Organizational Collaborations, *Public Management Review* 17(9) (2015) 1237–1260–1260.

13 N. Goodwin, Change management, in: V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte, E. Suter (Eds.), *Handbook integrated care*, Springer, Cham, 2017, pp. 253–275.

14 M. Emirbayer, A. Mische, What is Agency?, *American Journal of Sociology* 103(4) (1998) 962–1023.

15 N. Goodwin, Improving integrated care: Can implementation science unlock the ‚black box‘ of complexities?, *International Journal of Integrated Care* 19(3) (2019) 12, 1–3.

16 M. Mitterlechner, *Leading in inter-organizational networks: Towards a reflexive practice*, Palgrave Macmillan, London, 2019.

17 Schumacher, T. Vorausschauende Selbsterneuerung und Führung. In: Schumacher, T (Ed.), Professionalisierung als Passion: Aktualität und Zukunftsperspektiven der systemischen Organisationsberatung. Heidelberg: Carl-Auer; 2013.

18 J. Rüegg-Stürm, S. Grand, Das St. Galler Management-Modell, Haupt, Bern, 2019.

19 Struijs, JN, Drewes, HW, Heijink, R and Baan, CA. How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. Health Policy, 2015; 119(4): 522-529. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.003>

20 Hendriks, RJ, Drewes, HW, Spreeuwenberg, M, Ruwaard, D, Struijs, JN and Baan, CA. Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. Health Policy, 2016; 120(5): 471-485. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.008>

21 Craig, P, Dieppe, P, Macintyre, S, Michie, S, Nazareth, I, Petticrew, M, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ, 2008; 337a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

22 Gray, CG and Shaw, J. From summative to developmental: Incorporating design-thinking into evaluations of complex interventions. Journal of Integrated Care, 2019; 27(3): 241-248.

Analysierte unterstützende Aktivitäten

In Frage 1 wurde eine Analyse des Verhältnisses der Personalkosten für die unterstützenden Aktivitäten und der Personalkosten für Medizin/Pflege für das Jahr 2017 vorgenommen. Dabei wurden nachfolgende unterstützende Aktivitäten berücksichtigt:

Spitäler	Alters- und Pflegeheime	Spitex-Organisationen
Dienstleistende Kostenstellen gemäss REKOLE®:	Hilfskostenstellen gemäss Pflichtreporting an Kanton:	Hilfskostenstellen gemäss Pflichtreporting an Kanton:
Infrastruktur	Gebäude	Zentrumskosten
Direktion	Energie	Führung und Administration
Dezentrale Führungs- und Koordinationsbereiche	Techn. Dienste (inkl. Garten, Hauswartung)	Mobilität
Wäscherei	Transportdienst (Fahrzeuge)	Ausbildung FH/HF
Reinigung	Leitung & Verwaltung	Ausbildung FaGe
Personalwesen	Hauswirtschaft allg.	Dienstleistungen für Kerndienste
Rechnungswesen	Wäscherei	Indirekte Leistungen für Kundschaft
Support und Service	Reinigung	
Gemeinschaftlich genutzte Sekretariate	Verpflegungsdienst	
Patientenadministration	Zentralmagazin	
Einkauf/Zentrallager	Apotheke	
Apotheke		
Zentralsterilisation		
Pflegepools		



Marc-André Giger
Director

Government & Healthcare
KPMG Schweiz



Matthias Mitterlechner
Professor für Service
Performance Management

Universität St. Gallen



Florian Schmid
Manager

Government & Healthcare
KPMG Schweiz

Das Beratungsteam Government & Healthcare von KPMG Schweiz berät Leistungserbringer und Behörden im Schweizer Gesundheitswesen und beschäftigt sich intensiv mit Fragestellungen zur Organisation der öffentlichen Gesundheitsversorgung und dem Thema Integrierter Versorgung. Thought-Leadership-/ Fachpublikationen, Gutachten für das Bundesamt für Gesundheit, Kantone und Gemeinden sind Ausdruck davon.

Matthias Mitterlechner ist Professor für Service Performance Management an der Universität St. Gallen, wo er ein Forschungsprogramm im Bereich Healthcare Management leitet. In seiner Forschung, Lehre und Weiterbildung fokussiert er auf die finanzielle und strategische Führung von Gesundheitsorganisationen und -netzwerken im Kontext einer bevölkerungsorientierten Gesundheitsversorgung.

Impressum

Auftraggeber: Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden (DJSG)

Autorenschaft: KPMG Schweiz, in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Matthias Mitterlechner, Universität St. Gallen

Gestaltung: Angelika Wey Graphik Design, awey.ch

Abbildungsrechte: Bilder S. 6/7, 14/15, 36/37, 50/51: ETH Bibliothek Zürich, Bildarchiv. Bild S. 54/55: Angelika Wey-Bomhard

© April 2020 KPMG AG ist eine Konzerngesellschaft der KPMG Holding AG und Mitglied des KPMG Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, der KPMG International Cooperative («KPMG International»), einer juristischen Person schweizerischen Rechts. Alle Rechte vorbehalten.

