

Institut für Systemisches Management  
und Public Governance



Universität St.Gallen

---

CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA

---

GESUNDHEITZENTRUM UNTERENGADIN

---

# Integrierte Versorgung

## Notwendigkeit, Herausforderungen und Lösungsansätze

**GESUNDHEITSNETZ 2025**

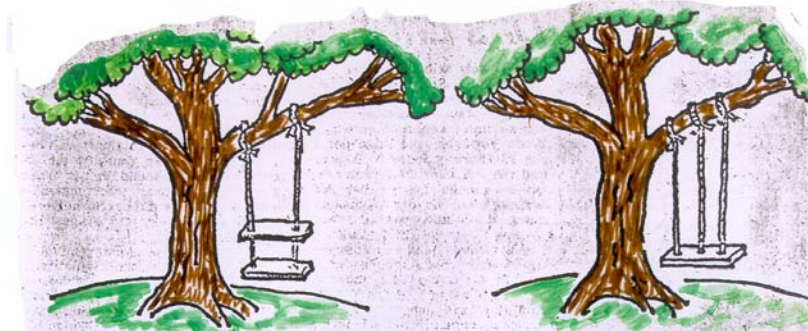
**4. Oktober 2011**

**Kunsthhaus, Zürich**

Dr. med. Joachim Koppenberg  
Spitaldirektor  
Chefarzt für Anästhesiologie, Rettungsmedizin und Schmerztherapie  
Ospidal, CH-7550 Scuol  
Joachim.Koppenberg@cseb.ch

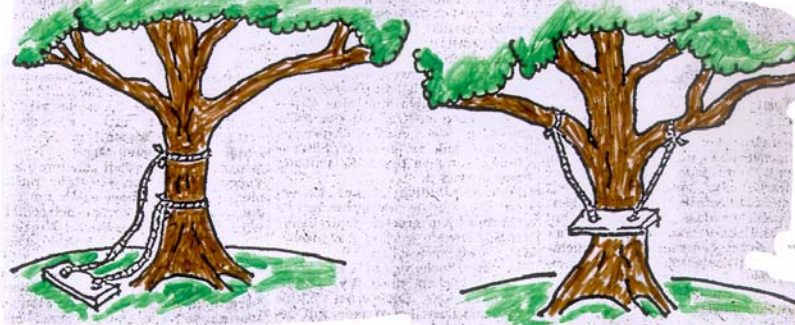
Prof. Dr. Johannes Rüegg-Stürm  
Institut für Systemisches Management und Public Governance  
Dufourstrasse 40a, CH-9000 St. Gallen  
johannes.rueegg@unisg.ch

# Weshalb braucht es **integrierte** Versorgung?



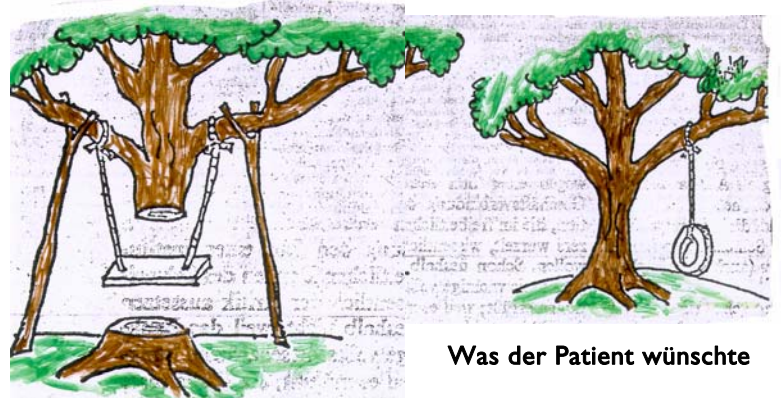
Was der Zuweiser erwartete

Was die Patientenaufnahme veranlasste



Was die Diagnoseaktivitäten spezifizierten

Was mit der Behandlung erzielt wurde



Was der Patient wünschte

Was die Nachbetreuung veranlasste

© Joachim Koppenberg & Johannes Rüegg-Stürm  
Integrierte Versorgung, 04.10.2011, Zürich, Seite 2

# Optimierungspotentiale aus **organisationsinterner** Sicht

- ◆ unzureichende **Erwartungsklärung** zu Beginn des Prozesses (Zuweisung, Patientenaufnahme)
- ◆ unklare Rollen, Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten, insbesondere an den **Bereichsgrenzen** und im **Informationsverhalten**, substantiell „**unterstrukturierter**“ **Informationsfluss**
- ◆ zu grosse Formularvielfalt, nutzlose Varietät, riskante Datenredundanz
- ◆ unzureichende **Planung** und Bewirtschaftung knapper Kapazitäten (RAP)
- ◆ unzureichender **Überblick** durch die Verantwortlichen
- ◆ ungenügendes **Prozessverständnis** der beteiligten Akteure (Kenntnis wechselseitiger Abhängigkeiten, Zusammenhänge, Folgewirkungen)
- ◆ mangelhafte **Kommunikationskultur** (Suche von Schuldigen anstatt systematische und systemische Suche nach Optimierungsmöglichkeiten)
- ◆ fehlende **Kommunikationsplattformen**, mangelhafte Praktiken zur gemeinschaftlichen Lösungsfindung und Realisation und fehlende Verantwortlichkeiten im Bereich der **Systemführung**
- ◆ zu eng gefasstes **Führungsverständnis** und problematisches Führungsverhalten
- ◆ reflexionsfeindliche **Arbeitsüberlastung** und Mangel an **Disziplin**
- ◆ ...

# Optimierungspotentiale aus **organisationsübergreifender** Sicht

- **Fragmentierung** der Versorgungskette
- unklare Schnittstellen
- fragmentierter **Informationsfluss**, IT-Lösungen meist = Insellösungen
- expertenzentrierte (lokal-situative) anstatt patientenzentrierte (lebensprozessorientierte) Sicht, keine „**Kümmerer**“ für die Patienten (Case Management) und für die Organisation (Process Owner)
- fehlende **Qualitätstransparenz** (Infektions- und Mortalitätsraten)
- **keine** gemeinschaftlich entwickelten und strukturierten Kommunikations-, Entscheidungs- und Entwicklungs**plattformen**
- **Politik**: (Irr-)Glaube an ökonomische (= finanzielle) Anreizsteuerung (Managed Care) oder an verwaltungstechnische Versorgungssteuerung (Spitalplanung, Einheitskrankenkasse)



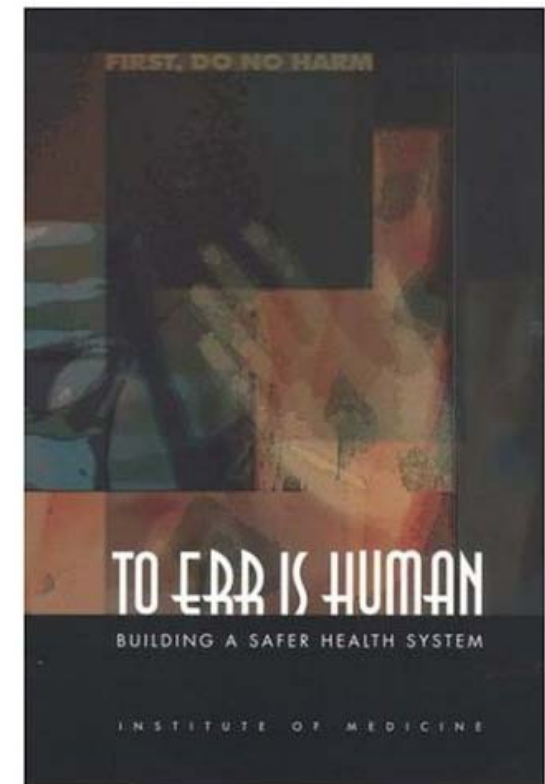
# Patientensicherheit

**H**ealth care in the United States is not as safe as it should be--and can be. At least 44,000 people, and perhaps as many as 98,000 people, die in hospitals each year as a result of medical errors that could have been prevented, according to estimates from two major studies. Even using the lower estimate, preventable medical errors in hospitals exceed attributable deaths to such feared threats as motor-vehicle wrecks, breast cancer, and AIDS.

Medical errors can be defined as the failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim. Among the problems that commonly occur during the course of providing health care are adverse drug events and improper transfusions, surgical injuries and wrong-site surgery, suicides, restraint-related injuries or death, falls, burns, pressure ulcers, and mistaken patient identities. High error rates with serious consequences are most likely to occur in intensive care units, operating rooms, and emergency departments.

Beyond their cost in human lives, preventable medical errors exact other significant tolls. They have been estimated to result in total costs (including the expense of additional care necessitated by the errors, lost income and household productivity, and disability) of between \$17 billion and \$29 billion per year in hospitals nationwide. Errors also are costly in terms of loss of trust in the health care system by patients and diminished satisfaction by both patients and health professionals. Patients who experience a long hospital stay or disability as a result of errors pay with physical and psychological discomfort. Health professionals pay with loss of morale and frustration at not being able to provide the best care possible. Society bears the cost of errors as well, in terms of lost worker productivity, reduced school attendance by children, and lower levels of population health status.

**5 bis 10 Menschen  
sterben in der CH  
täglich unnötig.**



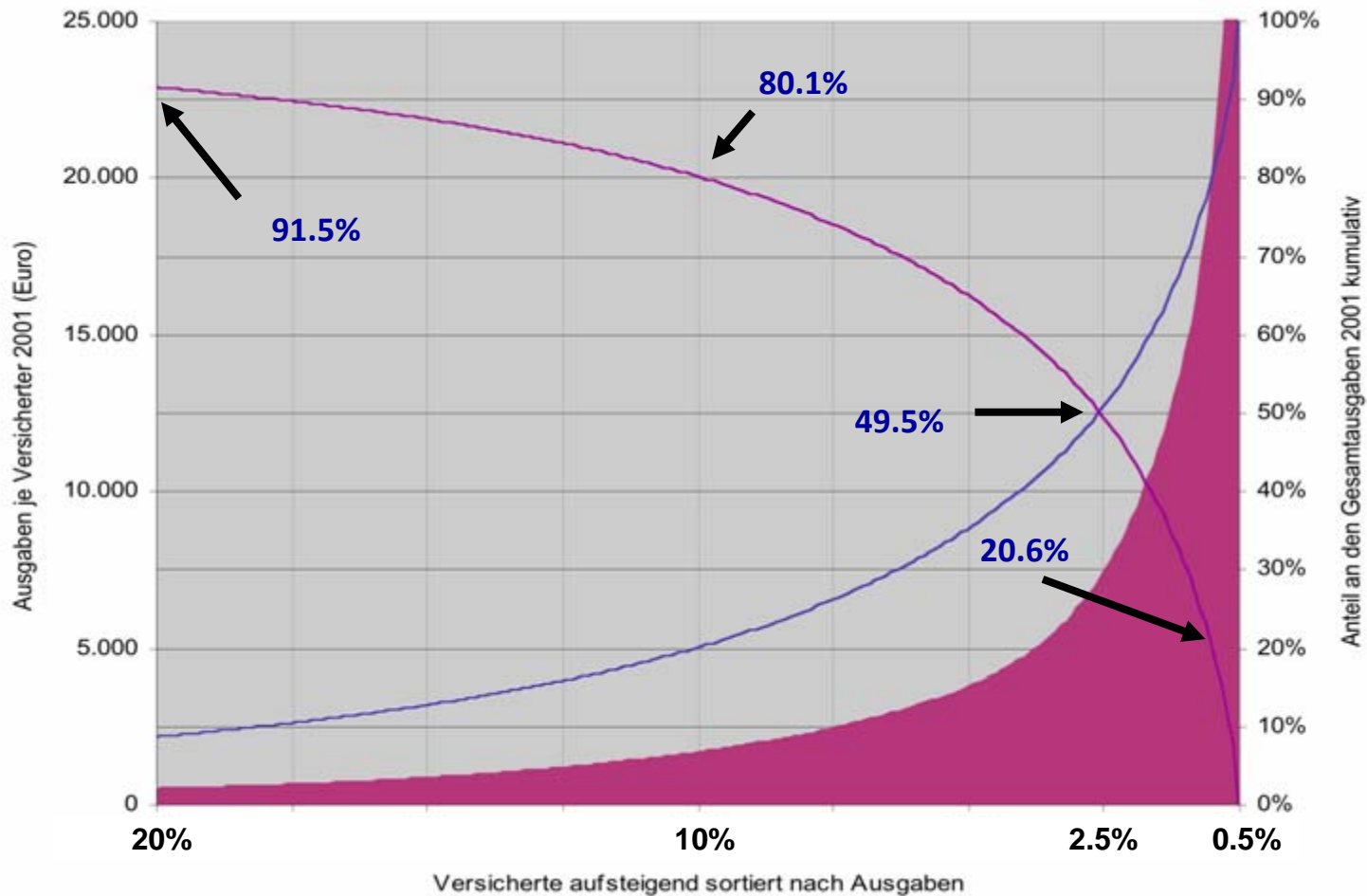
**→ 50% Fehler-  
Reduktion als Ziel**

# Kostenverteilung im Gesundheitswesen / Komplexität

66% resp. 89% Patienten  
(Medicare): 3+ Krankheiten

8.5%

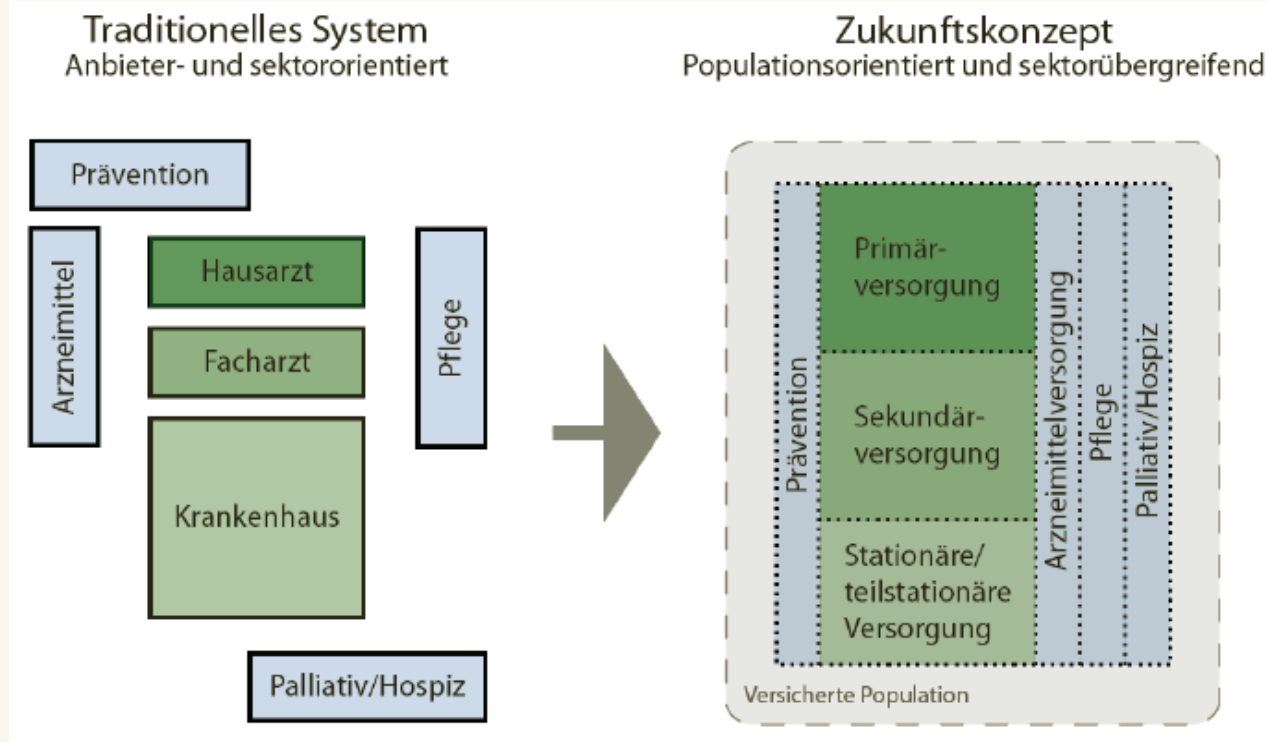
80%



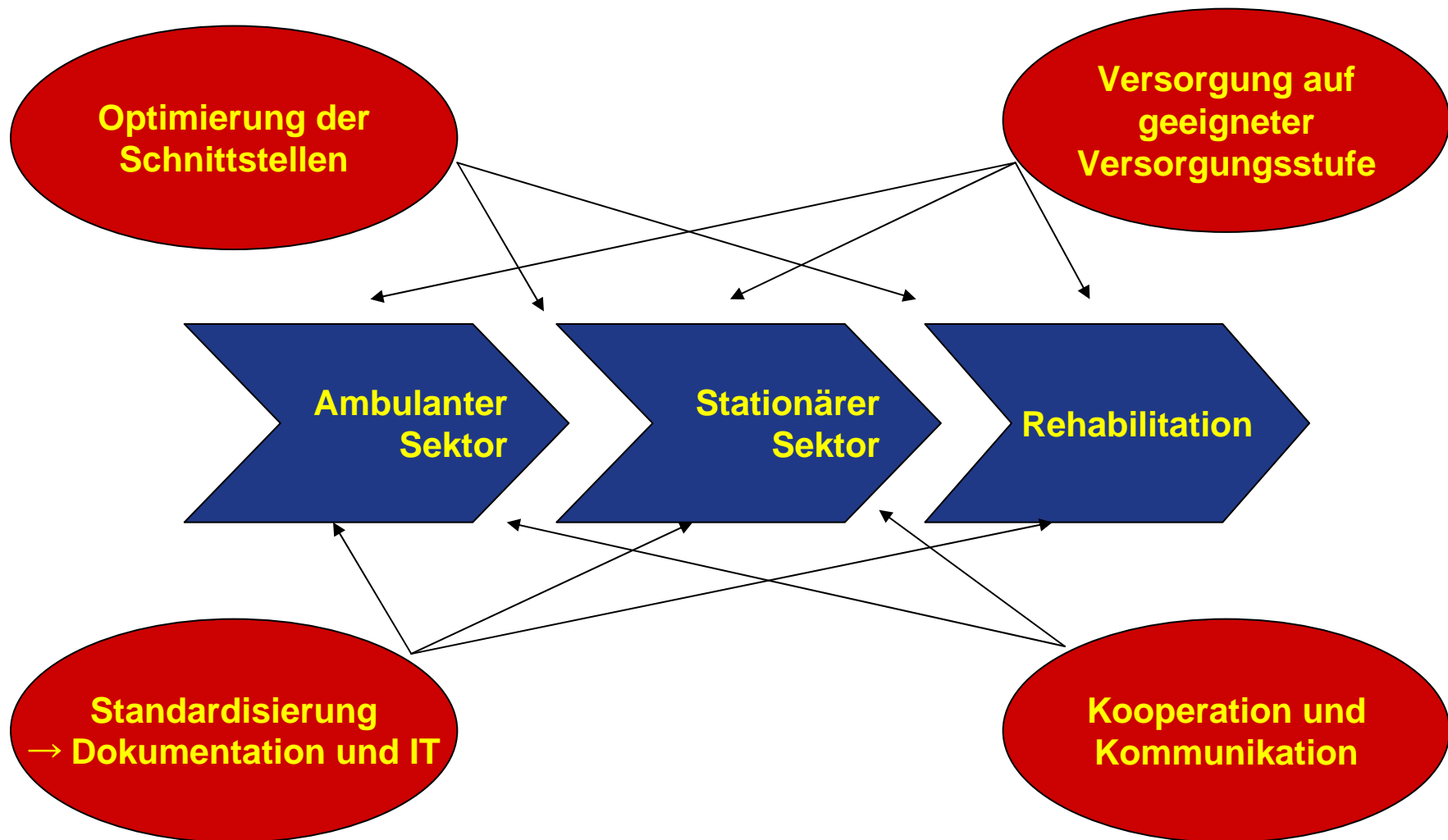
Quelle: GEK 2003, Volker Amelung

# Stossrichtung integrierter Versorgung

## Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



# Fokus Patient und Finanzierer: **Integrierte Versorgung** zur Elimination unerwünschter negative Folgewirkungen der Spezialisierung



Volker Amelung 2010



# Versorgungsfokus

z.B. „Hüften“

z.B. [www.ugom.de](http://www.ugom.de),  
[www.gesundes-kinzigtal.de](http://www.gesundes-kinzigtal.de)

„schlichte“  
indikationsorientierte  
Verträge

„komplexe“  
populationsorientierte  
Verträge

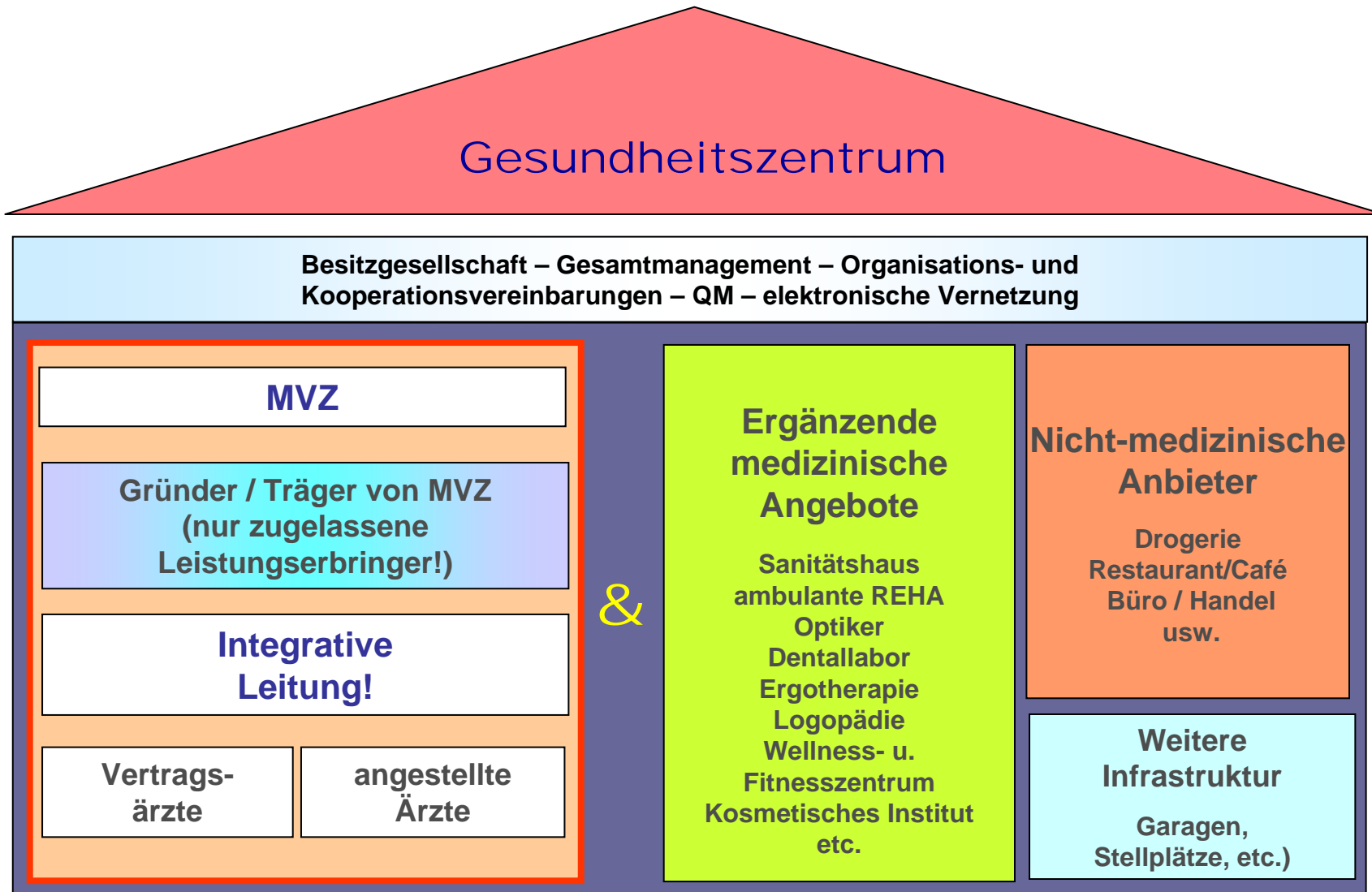
„reife“ indikationsorientierte  
Verträge

„patientenorientierte“ Modelle

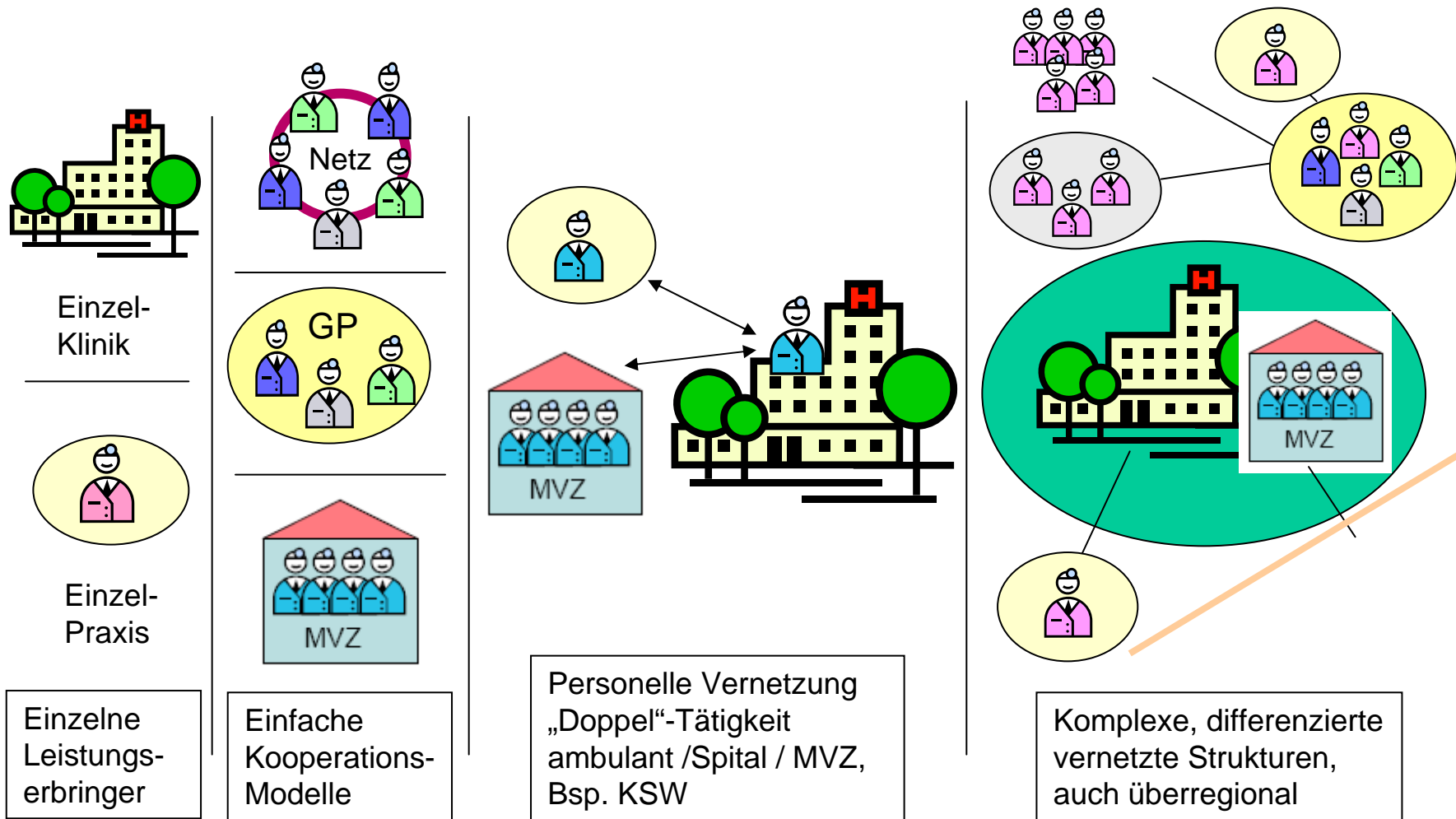
z.B. Palliativversorgung

Coaching-Ansätze

# Elemente eines Gesundheitszentrums („MVZ+“)



# Entwicklungsrichtung



# Effizienzsteigerung dank Effektivitätssteigerung = tiefere Kosten dank besserer Qualität



**Referenzgröße „Regelversorgung“ wird mit komplexer Formel berechnet (RSA)**

**Ertrag von „Gesundes Kinzigtal GmbH“ = Anteil an Einsparung gegenüber Regelversorgung (für alle 32'000 Versicherten)**

Quelle: Poster der Gesundes Kinzigtal GmbH 2006



# Ein Modell für ganzheitliche Gesundheitsversorgung am Beispiel Unterengadin



**Joachim Koppenberg, Scuol**



# Agenda

- **Vorstellung der Gesundheitsregion Engiadina Bassa**
- **Herausforderungen der Zukunft**
- **Besondere Rolle der chronisch kranken Menschen**
- **Lösungsansätze und -ideen für eine ganzheitliche Versorgung**
- **Ausblick und Zusammenfassung**

# Das Unterengadin → periphere, dünnbesiedelte Region

- **99'812 ha auf 64 km im Inntal**
- **ca. 8000 fixe Einwohner, davon überdurchschnittlich viele > 65 Jährige**
- **ca. weitere 4000 fiktive Einwohner durch Tourismus**
- **nächstes Regionalspital ca. 1h bodengebunden**
- **Zentrumsspital**
  - **2,0 – 2,5h bodengebunden (im Winter bei Nacht bis 6h)**
  - **0,5 -1h luftgestützt (wenn möglich)**
- **abgeschlossene Gesundheitsregion = politische Region**

# Herausforderungen der Zukunft

## Systembedingt:

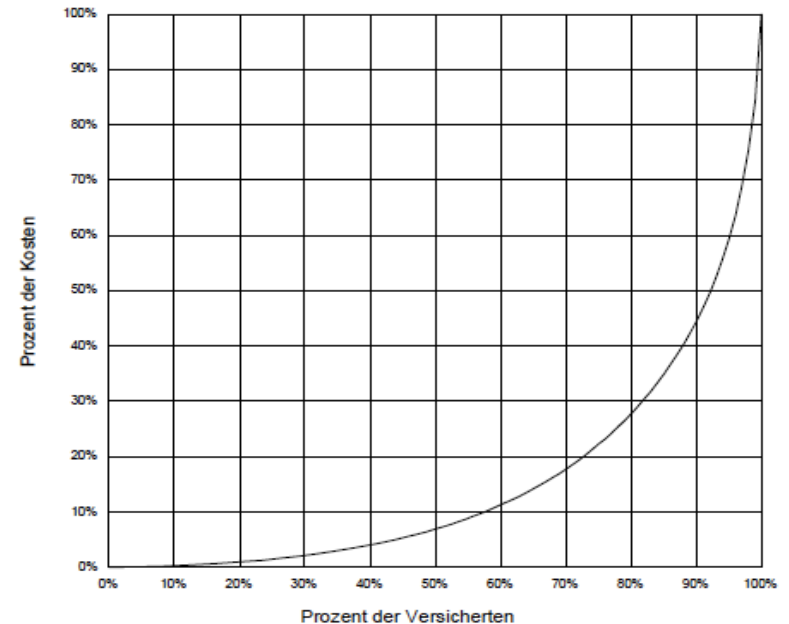
- **zunehmende Spezialisierung bei gleichzeitigen Fachkräftemangel (notwendige Zentralisierung?)**
- **steigender Kostendruck**
  - **swiss DRGs (Spezialisierung? Einzugsgebiet?)**
  - **neue Pflegefinanzierung (Kostenverschiebung zu den Gemeinden)**
- **abnehmende Hausarztdichte in den Randregionen**

## Patientenbedingt:

- **zunehmende Überalterung (überdurchschnittlich)**
- **zunehmende Morbidität (fraglich)**

# Besondere Rolle der **chronisch Kranken** (Multimorbidität)

- **86%** aller Schweizer sterben an chronischen Erkrankungen
- **70-80%** aller Hausarztbesuche in der Schweiz
- **Kostenfaktor:**
  - **20%** der Erkrankten verursachen **70%** der Gesamtkosten
  - **10%** der Erkrankten verursachen **46%** der Gesamtkosten
  - **2%** der Erkrankten verursachen **25%** der Gesamtkosten



Quelle: Nach einer Auswertung des Bundesamtes für Gesundheit (2006)

# Ausgangslage im Unterengadin 2007

- **12 Hausärzte**
- **Akutspital mit 30 Betten (Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesiologie)**
- **Angegliedertes Pflegeheim mit 25 Betten**
- **Spitex**



# Gründung eines Gesundheitszentrums

- **Strategische Partnerschaft mit gemeinsamer Nutzung von Investitionen und der Ausschöpfung von betrieblichen Synergien**
- **Optimale Abstimmungsprozesse entlang der Versorgungskette zugunsten einer optimalen durchgängigen patientenzentrierten Versorgung**
- **Entwicklung innovativer Leistungsangebote zwecks Partizipation am wachsenden „Gesundheitsmarkt“**

# Organisatorische und führungs-mässige Integration



CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA  
GESUNDHEITSZENTRUM UNTERENGADIN



CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA  
GESUNDHEITSZENTRUM UNTERENGADIN



S P I T E X  
*agüd e chüra a chasa*

CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA  
GESUNDHEITSZENTRUM UNTERENGADIN



CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA  
GESUNDHEITSZENTRUM UNTERENGADIN

---

CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA

---

GESUNDHEITSZENTRUM UNTERENGADIN

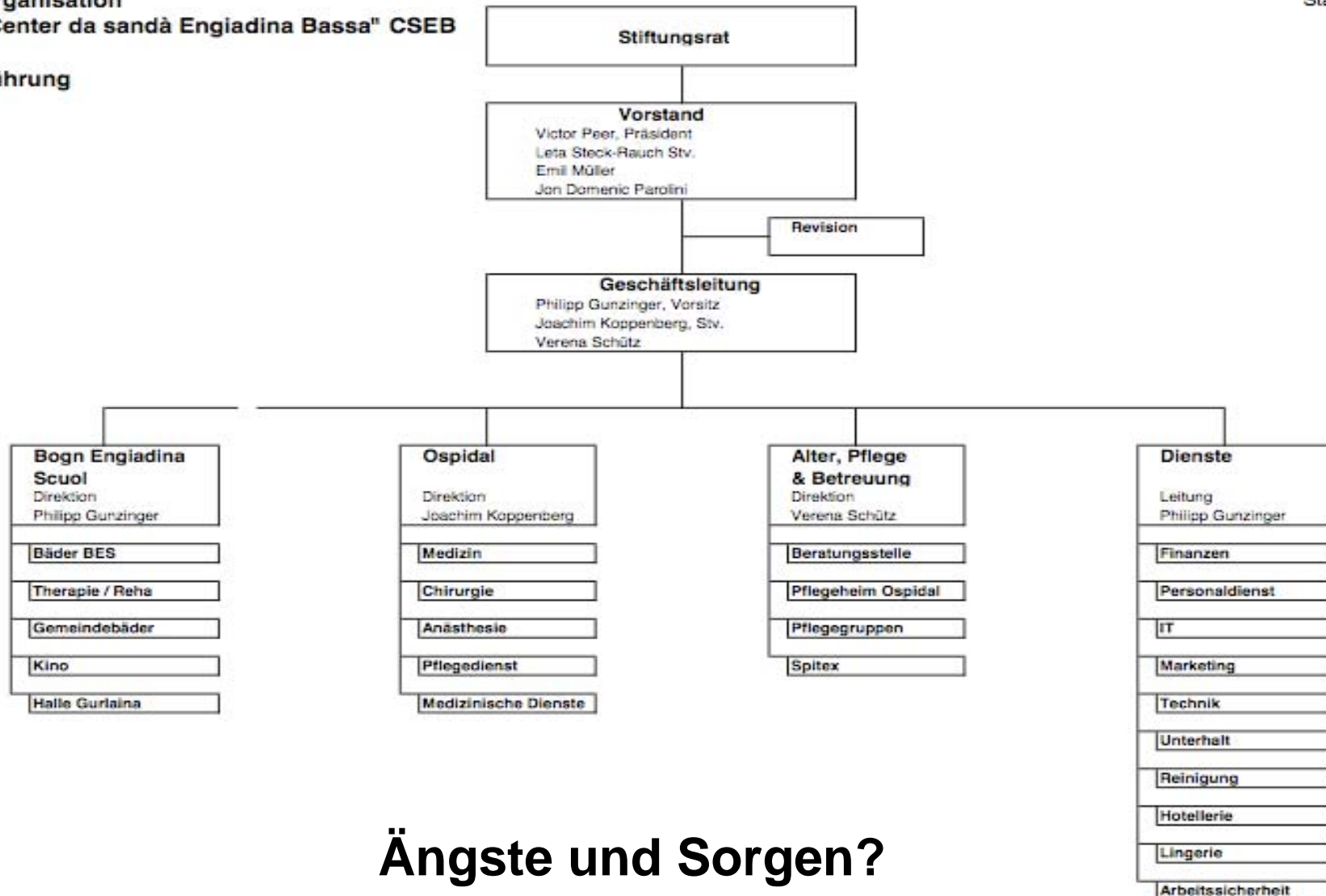
---

# Organigramm Gesundheitszentrum

Organisation  
"Center da sandà Engiadina Bassa" CSEB

Stand 23.07.08

Führung



## Ängste und Sorgen?

## Reduktion redundanter Leistungen und Erhöhung der Effizienz



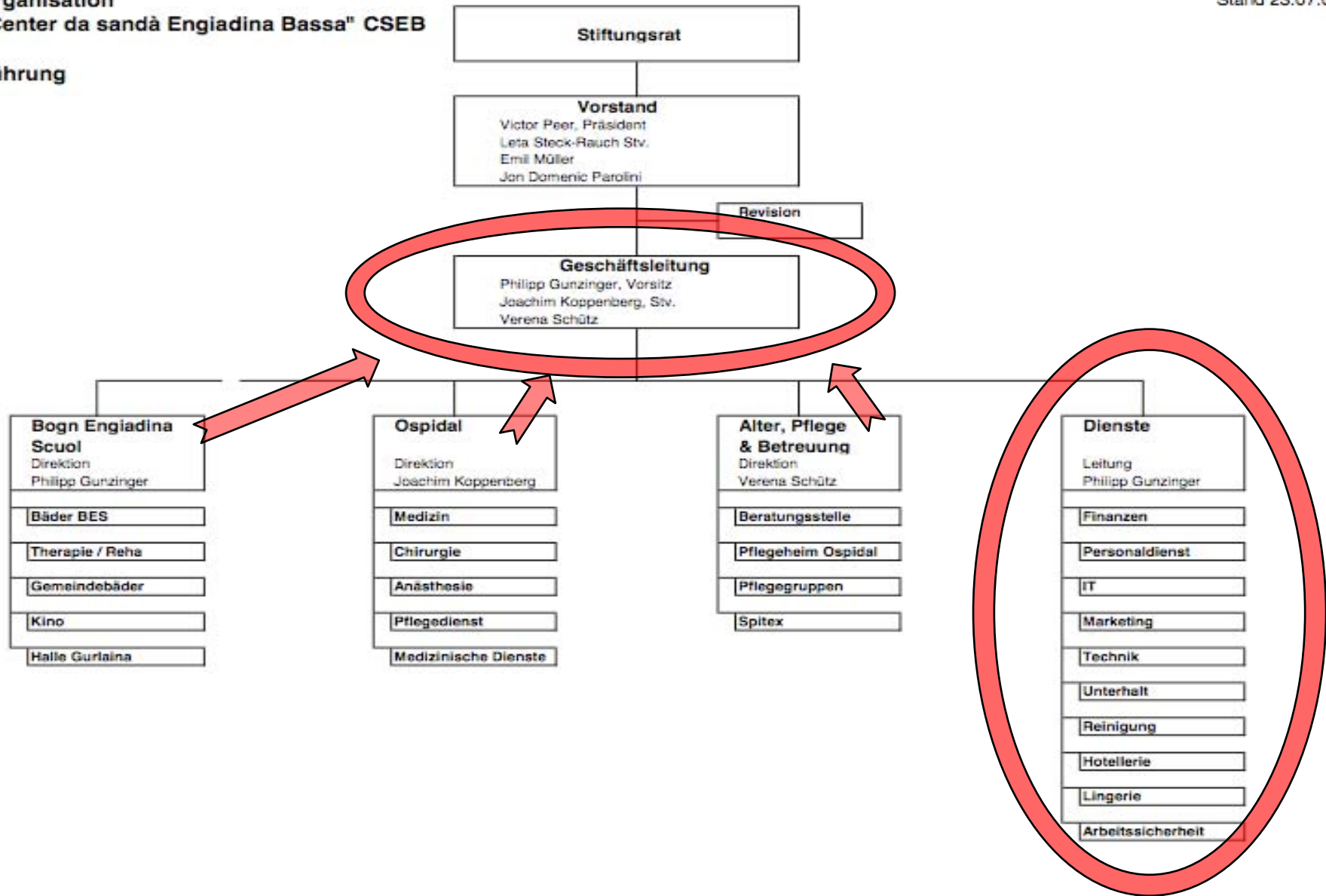


# Schlanke und effiziente Administration

Organisation  
"Center da sandà Engiadina Bassa" CSEB

Stand 23.07.08

Führung



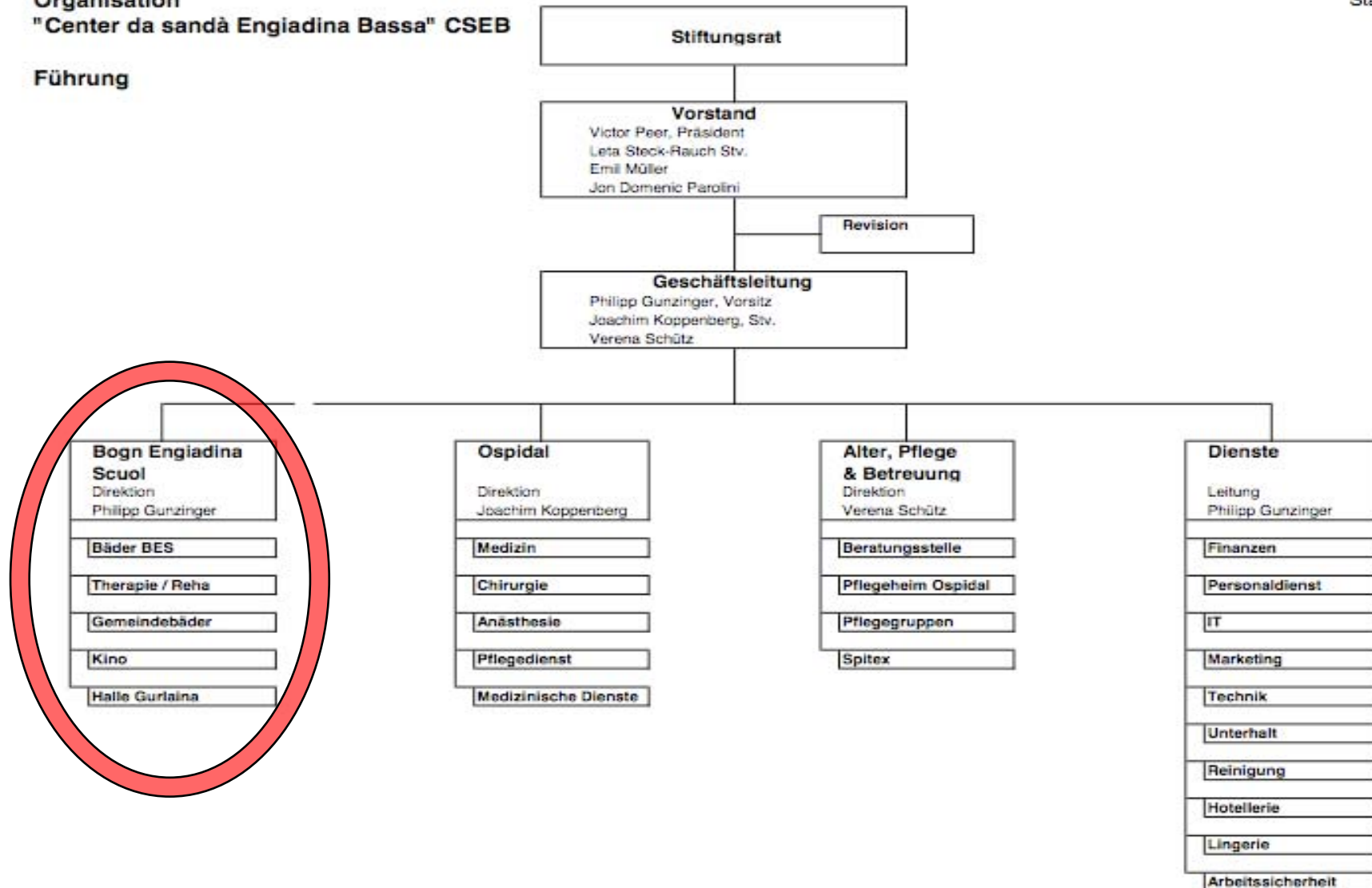


# Bogn Engiadina

Organisation  
"Center da sandà Engiadina Bassa" CSEB

Stand 23.07.08

Führung



# Bogn Engiadina

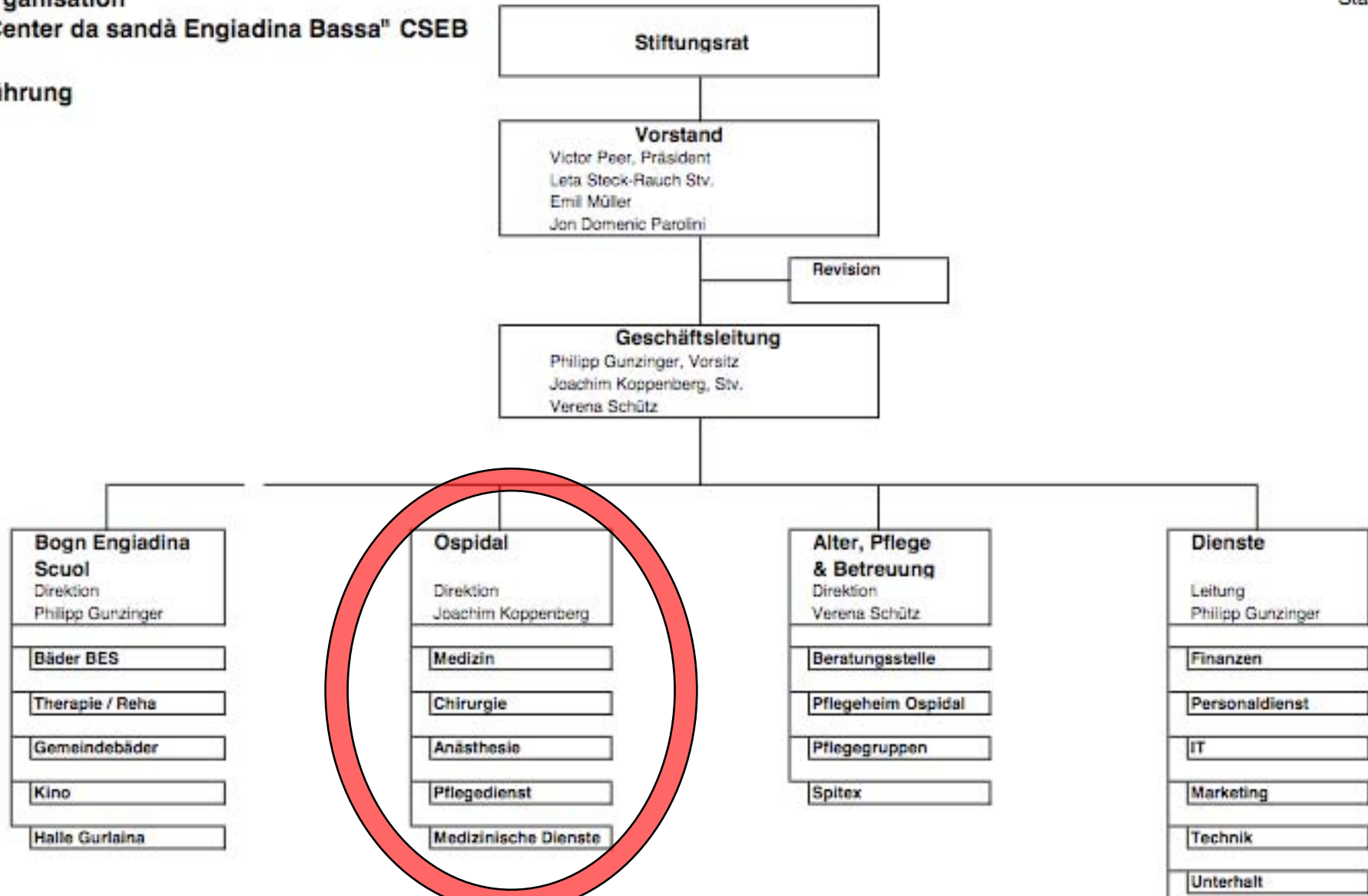
- **Bereich „medical wellness“ inkl. Prävention**
- **Balneotherapien**
- **Physiotherapiezentrum**
- **Reha-Zulassung (aktuell nur privat)**

# Ospidal

Organisation  
"Center da sandà Engiadina Bassa" CSEB

Stand 23.07.2023

Führung



# Ospidal

- **„Kleinheit“ als Chance:**  
**persönliche, interdisziplinäre und ganzheitliche Betreuung!**
- **hohe medizinische Qualität rund um die Uhr**
  - **hochqualifiziertes, engagiertes und motiviertes Personal**
  - **hochwertige Infrastruktur (Umbau, CT 24 h teleradiologisch)**
  - **vollständig digitale Patientenakte (Austausch intern und extern)**
  - **Projekt: „Ganzheitliche Medizin“ (Schul- und KM), Palliativ Care**
  - **erweitertes medizinisches Angebot, Netzwerke:**
    - **Hausärzte: Notfalldienst, regelmässige Abstimmungstreffen**
    - **Zentrumsspital: z.B. Stroke- und Tumorboard, Traumanetz, Videokonferenzen, Teleradiologie, Spezialkonsiliarärzte**
  - **Serviceoffensive z.B.: WLAN, „Chefkochvisite“**
  - **Qualitätskontrollen und -messungen, Risikomanagement**

# Qualitätsoffensive

## ➤ Qualitätsmanagement:

**seit 1997, sanaCERT – Zertifizierung 2006** (27 von max. 28 Pkt.), **Überprüfungsaudit im November 2008, ab 2010 auf CSEB-Ebene, Re-Zertifizierung 2011**

## ➤ Patientensicherheit:

**externe Analyse 2005, Re-Audit 2011, CIRS, schweizweites Pilotprojekt CIRNET, Pilotspital Stiftung für Patientensicherheit, GEO-Artikel 5/2009**

## ➤ Transparenz:

**als erstes Spital der Schweiz den ungekürzten QM-Bericht im Internet ([www.cseb.ch](http://www.cseb.ch)), Freigabe der BAG- Mortalitätsdaten**



# Entwicklung Patientenzahlen

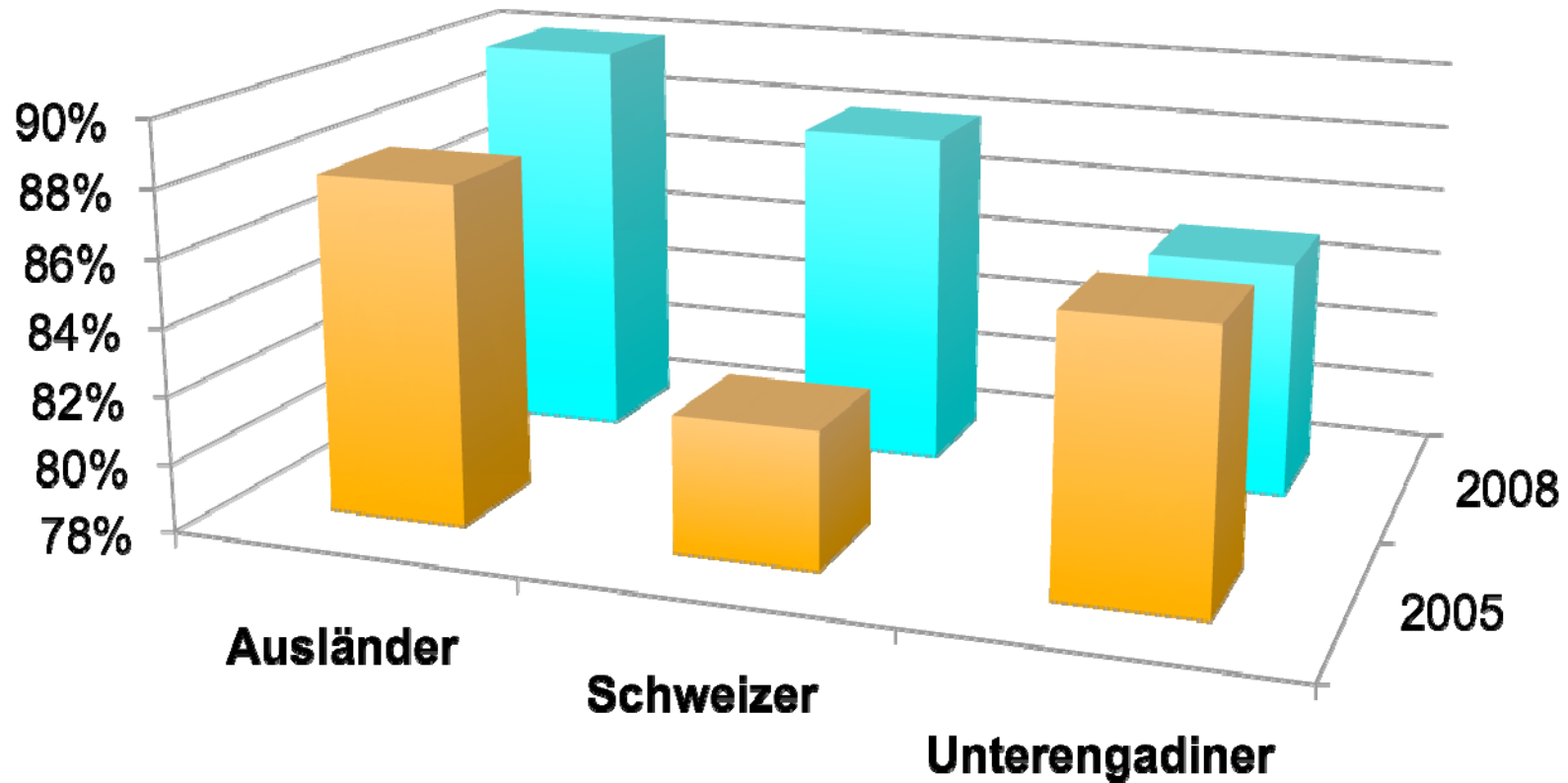
## Stationäre Patienten seit 2005:

- **plus 24,1 %**

## Ambulante Patienten seit 2005:

- **plus 43 %**

# Patientenbefragung Ospidal zur Gesamtzufriedenheit



# Kostendaten Ospidal

- **bereits ca. 50% Erlös aus DRGs (Kanton, MTK)**
  
- **Aufenthaltsdauer 2009:**
  - **CH: 11,1 Tage**
  - **Ospidal: 6,2 Tage**
  
- **Fallkosten 2009 (Verein Benchmark, CMI-bereinigt):**
  - **CH: 8.729 SFR (Median), 11.022 SFR (Maximum)**
  - **Ospidal: 6.478 SFR**

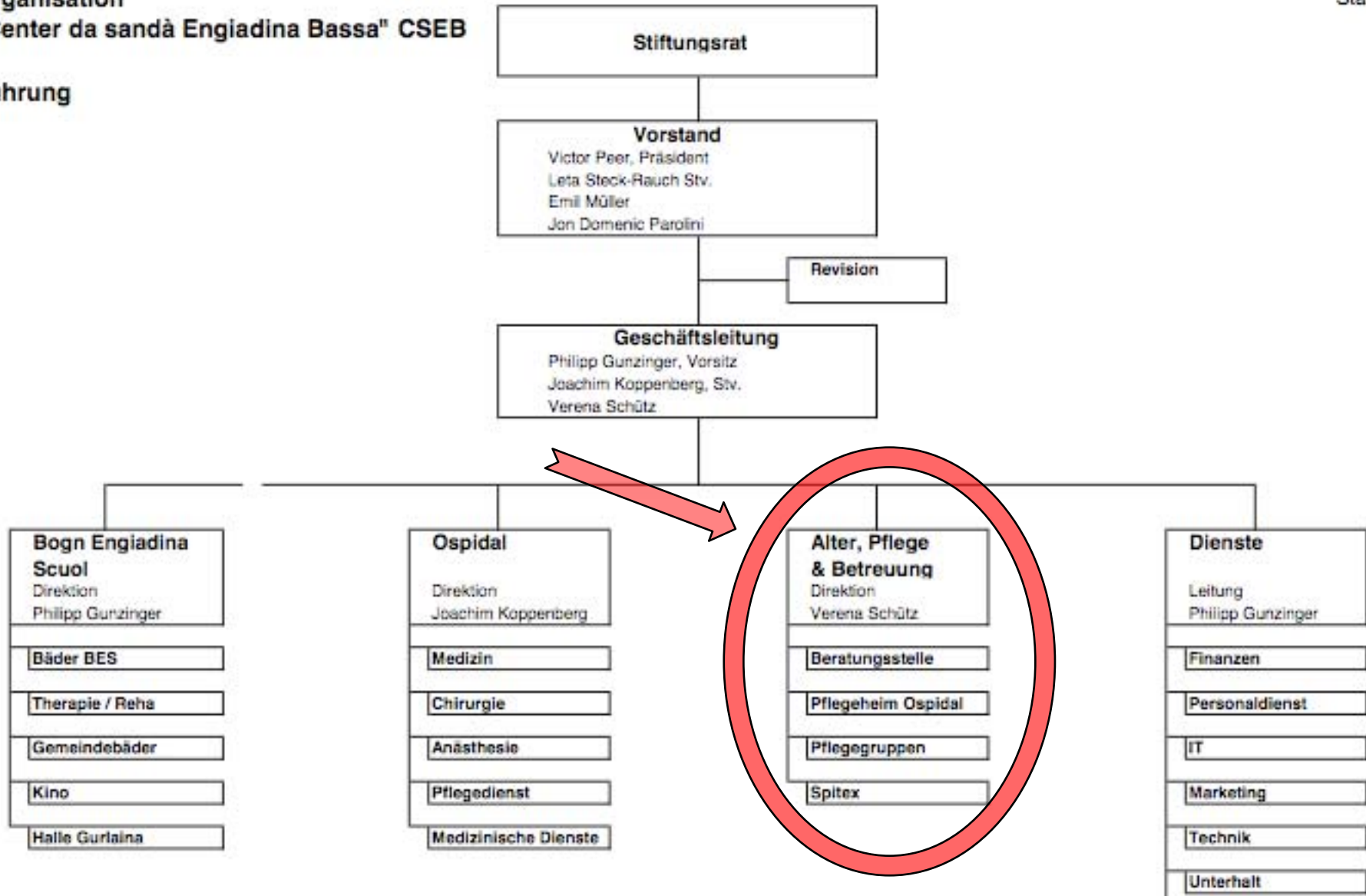
# Alter, Pflege und Betreuung

Organisation

"Center da sandà Engiadina Bassa" CSEB

Führung

Stand 23.07.2023



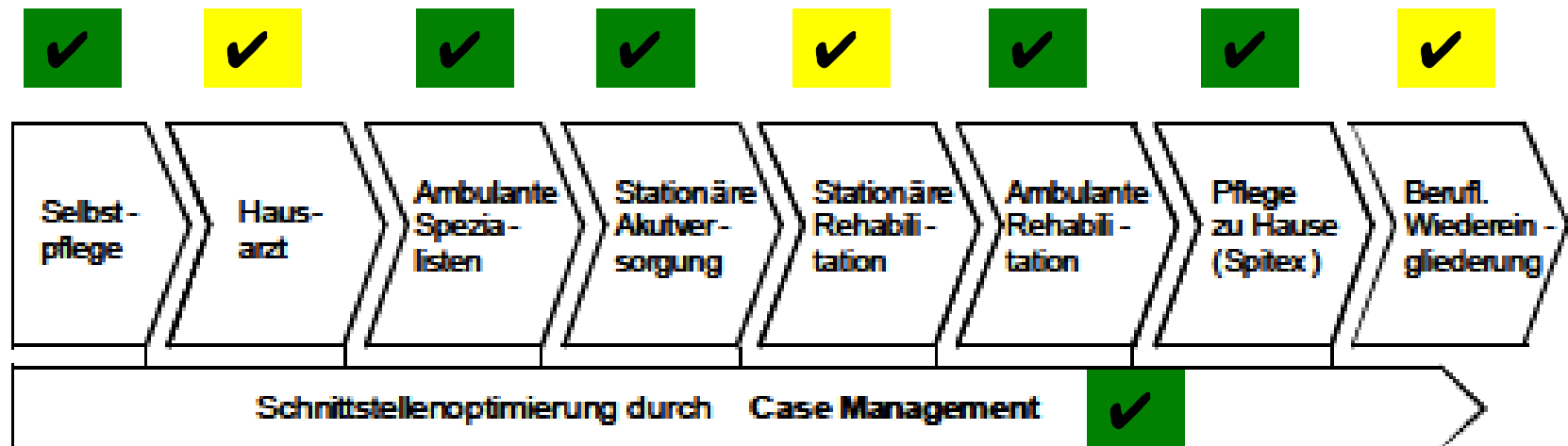
# Alter, Pflege und Betreuung

- **Altersheim des Spitals wurde dem Bereich „Alter, Pflege und Betreuung“ unterstellt**
- **Entwicklung des Konzepts „Chüra“ (Pflege)**
  - **„ambulant vor stationär“**
  - **kalkulierter Fehlbestand von stationären Betten 2030 von 34%**
    - **Focus auf pflegende Angehörige**
    - **Einrichtung einer **Beratungsstelle** (zentrale Koordination)**
    - **Aufbau von Entlastungsangeboten (24h Dienst)**
    - **Ausbau Spitex inkl. Präventivmassnahmen**
    - **Gründung von drei dezentralen Pflegewohngruppen**
- **Entlass- resp. Versorgungsmanagement für das gesamte Zentrum zentral durch die Beratungsstelle**
  - **Vermeidung qualitativer Versorgungsunterbrüche**



# Bisherige Ergebnisse

- seit 2009 nach zwei Jahren Projektphase ordentlicher Betrieb
- patienten-/klientenzentrierte Prozessoptimierung
- Arbeitsplatzzunahme um 10% seit 2007
- deutliche Abnahme der Personalrekrutierungsprobleme
- Reduktion der Defizite durch Verdünnung der Fixkosten und besserer Koordination bei gleichzeitiger Angebotserweiterung



# Ausblick und zukünftige Entwicklungsstossrichtungen

- **Ausbau der Netzwerke**
  - mit Hausärzten („Badener Modell“), Einbindung in digitale Krankenakte
  - mit ambulanten Spezialisten: z.B. Urologie, Augenheilkunde
  - mit stationären Einrichtungen: z.B. private „burn out“ Klinik
- **Aufbau einer kompletten Reha-Einheit**
- **Regionalentwicklung: Gesundheitsregion Unterengadin**  
**(von Wellness bis Palliativmedizin)**

**Vielen Dank  
für Ihre geschätzte  
Aufmerksamkeit!**

**Fragen & Diskussion**

**[www.cseb.ch](http://www.cseb.ch)**





**Grazia fich!**