



Integrierte Versorgung

Ein zukunftsweisender Ansatz

A close-up, high-contrast image of a stethoscope. The metal bell and tubing are in sharp focus on the right side, while the green tubing and the rest of the stethoscope are blurred in the background. The lighting is dramatic, with strong highlights and shadows.

kpmg.ch/healthcare



Inhalt

| | |
|---|----|
| Vorwort | 4 |
| Gesundheit im Wandel | 5 |
| Spitäler im DRG-Zeitalter | 5 |
| Versorgungsmodelle ausserhalb des Spitals | 7 |
| Integrierte Versorgung – ein zukunftsweisender Ansatz | 9 |
| Patientenprofile versus Versorgungsnachfrage | 13 |
| Unterschiedliche Ebenen der Integration | 14 |
| Eine solide Basis – Strategische Erfolgsfaktoren | 17 |
| KPMG Care Matrix | 18 |
| Wie KPMG Sie unterstützen kann | 21 |



Die Leistungserbringer müssen sich strategisch positionieren, transparenter werden und sich zunehmend mit neuen Versorgungs- und Abgeltungsmodellen auseinandersetzen.



Vorwort

Das föderalistische Gesundheitssystem der Schweiz steht vor zahlreichen Herausforderungen. Insbesondere die demographische Entwicklung, die Zunahme chronischer Krankheiten und der medizinisch-technische Fortschritt führen zu stetig steigenden Gesundheitskosten. Zudem mangelt es im schweizerischen Gesundheitswesen immer noch an Transparenz und Steuerbarkeit. Durch die neue Spitalfinanzierung (KVG-Revision) und dem zunehmenden Kostendruck stehen Spitäler, Kliniken und weitere Stakeholder in der Leistungserbringung vor der Herausforderung ihre Leistungsfähigkeit langfristig sicherzustellen, um schlussendlich in einem zunehmenden Wettbewerbsumfeld zu bestehen. Die Leistungserbringer müssen sich strategisch positionieren, transparenter werden und sich zunehmend mit neuen Versorgungs- und Abgeltungsmodellen auseinandersetzen. Organisationsübergreifend sind die verschiedenen Behandlungsschritte oft ungenügend aufeinander abgestimmt. Informationsverluste und Medienbrüche in der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern entlang des Behandlungspfades eines Patienten führen unter anderem zu Überdiagnostik und Mehrfachbehandlungen mit negativen Folgen für Behandlungsergebnisse, Patientensicherheit und Kostenentwicklung.

Die Schweiz gilt weltweit als eines der Systeme mit der höchsten Qualität. Gleichzeitig belasten steigende Prämien die Haushalte immer mehr. Besteht eine Korrelation zwischen steigenden Kosten und Qualität? Was für einen Einfluss hat die technologische Entwicklung? Ist die Finanzierung des Systems nachhaltig? Dies sind nur einige Fragen, die uns in Zukunft weiterhin beschäftigen werden.

Mit diesem Bericht zu integrierter Versorgung wollen wir Denkanstösse geben, wie auf die Herausforderungen reagiert werden kann und unterschiedliche Perspektiven vorstellen.

Michael Herzog, Partner, Sektorleiter Healthcare



Gesundheit im Wandel

In den letzten 150 Jahren ist unsere Lebenserwartung um 40 Jahre gestiegen. Jedes zweite Neugeborene wird das nächste Jahrhundert erleben und statistisch gesehen haben 80-Jährige weitere acht bis zehn Jahre vor sich.¹ Die höhere Lebenserwartung ist massgeblich bedingt durch den medizinischen und technologischen Fortschritt. Gleichzeitig steigt die Anzahl chronisch erkrankter Menschen; Tendenz steigend. In der Schweiz leiden derzeit 2,2 Millionen an einer chronischen Krankheit und ein Fünftel der über 50-Jährigen leidet gleichzeitig an mehreren chronischen Krankheiten (Multimorbidität). 2011 betrugen die materiellen Kosten dieser chronischen Krankheiten (Krebs, Diabetes, Herzkreislauf- und Atemwegserkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen, Depressionen und Demenzerkrankungen) 80% der Gesamtkosten, was 51 Milliarden Franken entsprach. Die indirekten Kosten werden zusätzlich auf 30 bis 40 Milliarden Franken pro Jahr geschätzt. Dazu zählen vor allem Erwerbsunterbrüche, Frühpensionierungen und informelle Pflege.²

Unser Gesundheitssystem zählt neben dem der USA und der Niederlanden zu den teuersten der Welt. Die hohen Kosten sind unter anderem bedingt durch den umfassenden Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, veränderte Nachfrage, traditionelle Spitalplanung nach Fachgebieten und Fehlanreize wie fragmentierte Finanzierung der Leistungserbringer, fehlende Vernetzung und Transparenz. Gleichzeitig ist die Schweiz für eine hohe Qualität bekannt. Andere Länder zeigen, dass Qualität allerdings nicht zwingend mit höheren Kosten korreliert und erzielen ähnlich gute Qualitätsergebnisse bei niedrigeren Kosten.

Unser Versorgungssystem beginnt an seine finanziellen und strukturellen Grenzen zu stossen. Gemäss OBSAN-Studie sind chronisch kranke Patienten die Hauptkostentreiber. Diese Entwicklung lässt sich auch in anderen Ländern beobachten. Mit dieser Herausforderung kann unterschiedlich umgegangen werden. Fest steht, dass vor allem diese Patienten aktiver und gezielter gesteuert werden müssen. Die heutigen Strukturen führen dazu, dass der Grossteil dieser Patienten jedoch im Spitalumfeld versorgt wird. Dort kam es mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 zu einem Paradigmawechsel.

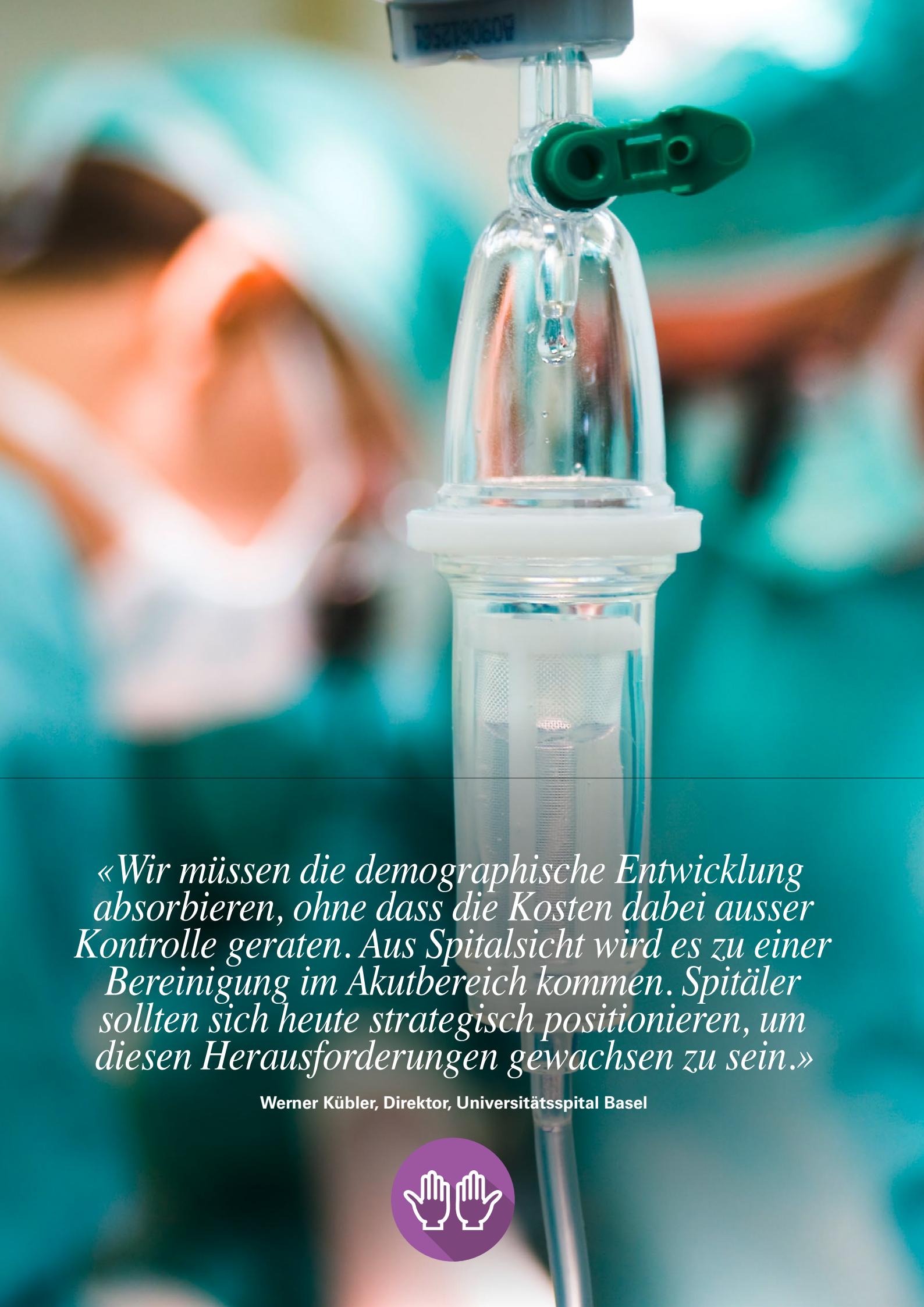
Spitäler im DRG-Zeitalter

Seit der Einführung von Fallpauschalen werden Preise statt Kosten abgegolten. Der Wechsel zur Subjekt- (Patient) anstelle der Objektfinanzierung (Gesamtbetrieb) entfaltet zunehmend seine Wirkung. André Zemp, Leiter Healthcare Advisory merkt an, dass viele Finanzverantwortliche mit Konsternation feststellen, dass sie auch im fünften Jahr nach Einführung von SwissDRG für das Budget 2016 mit gleichen, nur unwesentlich höheren oder sogar tieferen Baserates im OKP-Bereich rechnen müssen. Dabei bildet das stationäre Grundversicherungsgeschäft in den meisten Spitälern mit 60-70% Anteil die wichtigste Ertragskompo-

nente. Dem gegenüber wachsen insbesondere die Personalkosten ungehindert weiter. Bei einem Spital belaufen sich diese in der Regel auf 60-70%, in den Psychiatrien und der Rehabilitation auf bis 80%. Hier spielen zahlreiche Faktoren zu Ungunsten der Spitäler. Die Ressourcenknappheit in einzelnen Berufsgattungen wirkt kostentreibend. Das Arbeitsgesetz führt zu Mehrbedarf an Stellen und verteuert insbesondere die Vorhalteleistungen. Die zunehmende Akademisierung führt zu einer Erhöhung des Lohnniveaus.

¹ Bundesamt für Statistik: Lebenserwartung, Internet (Einsehbar unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>)

² OBSAN: Gesundheitsbericht (Einsehbar unter: http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/gesundheitsbericht_2015_d.pdf)



«Wir müssen die demographische Entwicklung absorbieren, ohne dass die Kosten dabei ausser Kontrolle geraten. Aus Spitalsicht wird es zu einer Bereinigung im Akutbereich kommen. Spitäler sollten sich heute strategisch positionieren, um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein.»

Werner Kübler, Direktor, Universitätsspital Basel



Dazu kommen in einem zunehmenden Wettbewerbsumfeld die Stärkung von nicht patientenbezogenen Funktionen wie Controlling, Kommunikation und Marketing, Zuweisermanagement und weiteren geschäftsunterstützenden Bereichen.

Die Wachstumspläne der meisten Spitäler ist eine Antwort auf das Auseinanderdriften von Erlösen und Kosten sowie die Sicherstellung von notwendigen Erneuerungsinvestitionen. Ökonomisch gesehen ist dieser Ansatz korrekt –

die Praxis sieht aber anders aus. In einer Stichprobe von 50 Spitäler erhöhten sich die Gesamterträge 2014 gegenüber 2013 um 1.6%; die Personalkosten stiegen dagegen um 4.9%. Notwendige Erneuerungsinvestitionen werden in die Zukunft verschoben, weil die dafür vorgesehenen Mittel zur Deckung der Betriebskosten zweckentfremdet werden. Viele grosse aktuelle Bauprojekte sind nicht nachhaltig finanziert und belasten die künftigen Spitalrechnungen zusätzlich.

Versorgungsmodelle ausserhalb des Spitals

Spitäler werden die Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Wandel der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und der neuen Spitalfinanzierung im Speziellen nicht alleine meistern können. Der grösste Teil der Krankenversorgung von chronisch kranken und älteren Patienten bedarf in sehr geringem Mass der Struktur sowie des Angebotes (z.B. teuere Diagnostik) eines Spitals, wie nachfolgendes Beispiel aus den Niederlanden zeigt. KPMG Holland untersuchte die chronischen Fälle eines Spitals mit 222 Betten und kam zum Schluss, dass 94% dieser Fälle keine Spitalinfrastruktur benötigt hätten. Dies entspricht 10% des

Gesamtumsatzes (EUR 8,4 Mio.) dieses Spitals. Wenn dieser Wert auf alle holländischen Spitäler extrapoliert wird, entspricht dies einem Potential von EUR 2,35 Milliarden für das Gesamtsystem, welches in günstigeren Strukturen erbracht werden könnte. Zurzeit beschränkt sich das Versorgungsangebot jedoch stark auf die Spitäler. Für die bekannten Patientengruppen steht die Bewahrung einer möglich hohen Lebensqualität und die Erhaltung des Gesundheitszustands im Zentrum. Diese Ziele können grösstenteils auch ausserhalb der teuren Spitalinfrastruktur erreicht werden.

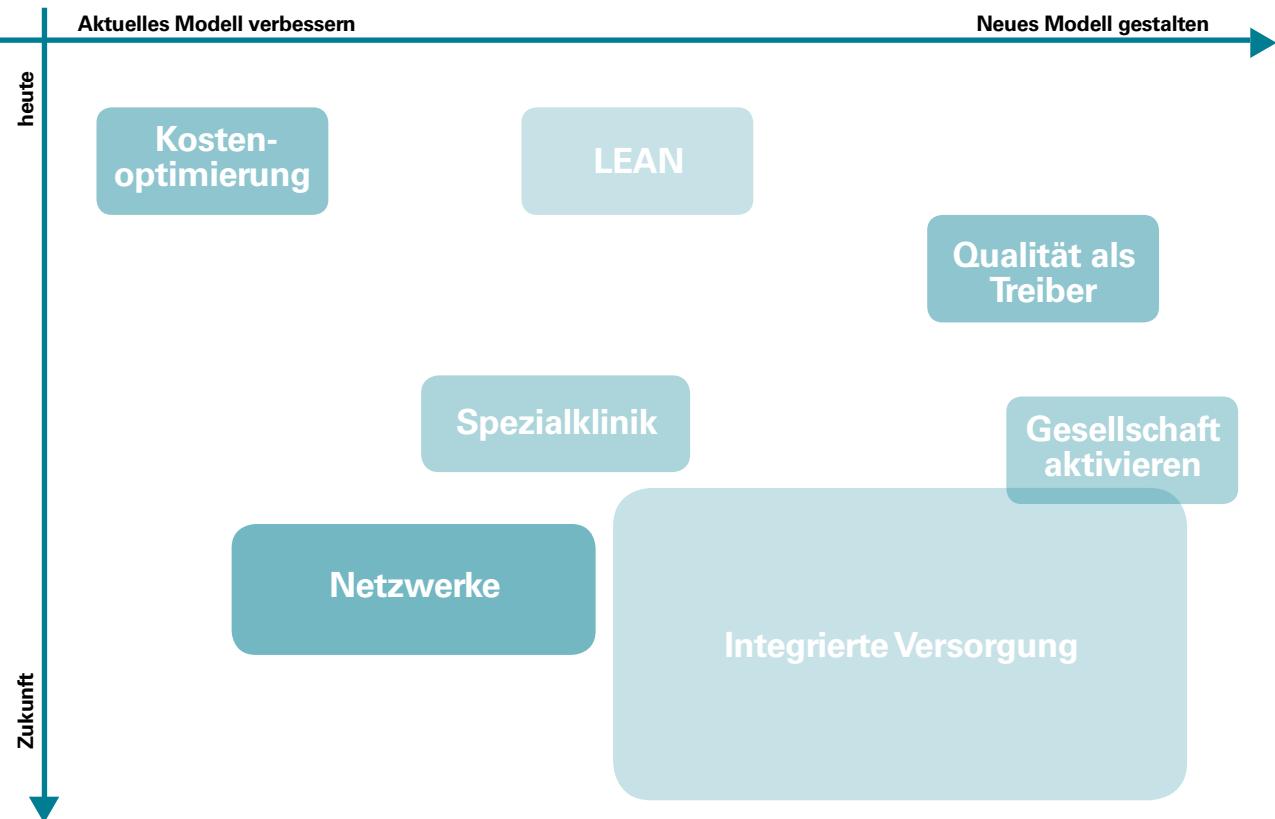
«Chronisch erkrankte Patienten verbringen durchschnittlich 5 Stunden im Jahr in einer medizinischen Einrichtung. Die restlichen 8'760 Stunden sind sie in der Pflege und im Umgang mit ihrer Krankheit auf sich selbst oder Familie/Umfeld angewiesen.»

Mark Britnell, Global Chair KPMG



Die demographische Veränderung sowie die Zunahme an chronischen Krankheiten und Multimorbidität eröffnen Chancen neue Versorgungsmodelle ausserhalb des traditionellen Spitalumfelds zu entwickeln.

In diesem sich wandelnden Gesundheitssystem stehen vor allem die diversen Leistungserbringer vor der Herausforderung, eine entsprechende Strategie zu definieren, welche auf die Versorgungsbedürfnisse der Patienten ausgerichtet ist.



«Wir bewegen uns weg von der traditionellen Spitalplanung hin zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise mit dem Patienten im Mittelpunkt.»



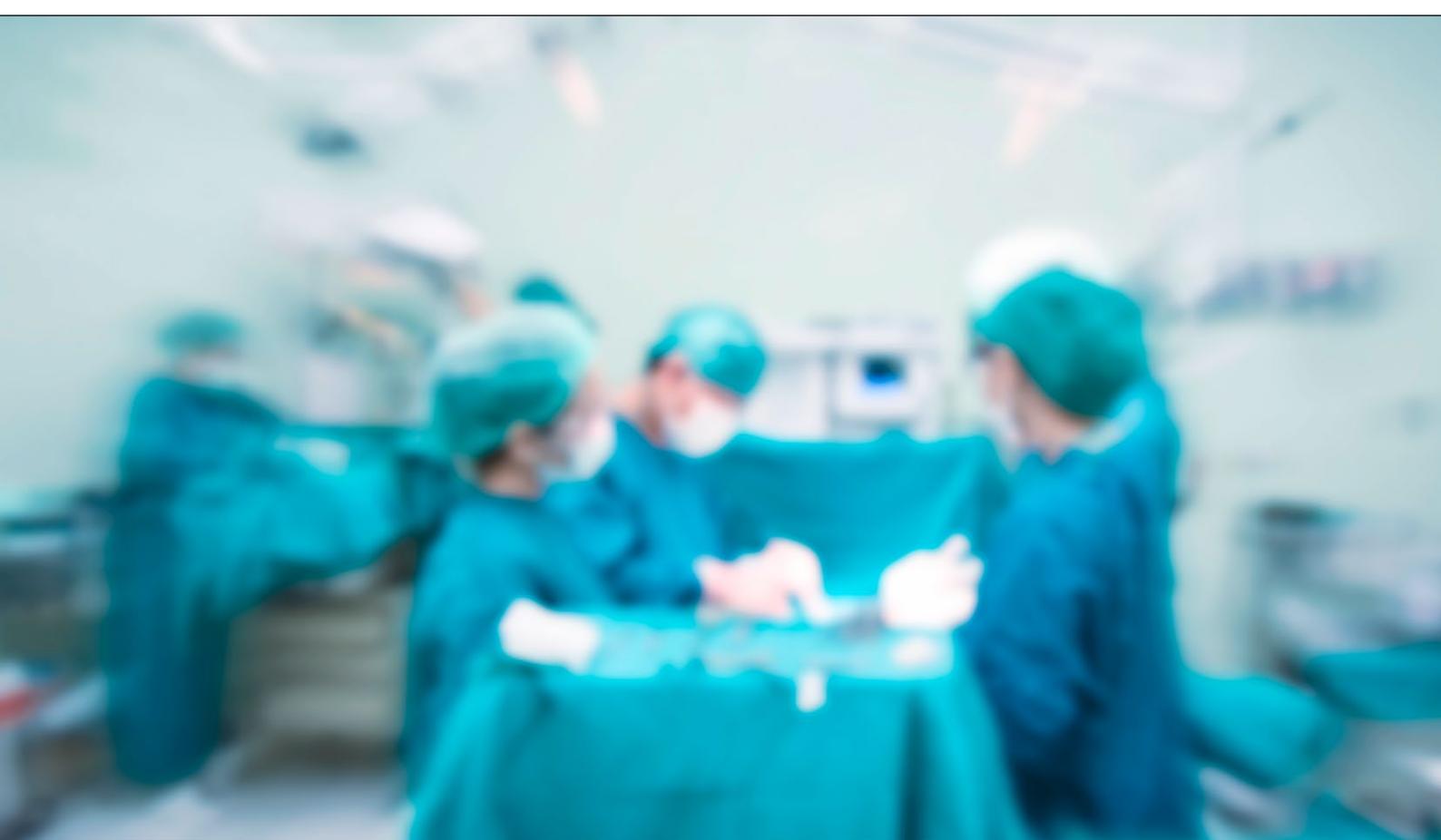
Integrierte Versorgung – ein zukunftsweisender Ansatz

Integrierte Versorgung bildet heute die Grundlage für viele neue Denkansätze im Gesundheitswesen. Der Begriff wird seit den 90er Jahren in wissenschaftlichen Arbeiten, in der Politik und in Strategien von Leistungserbringern verwendet. Die Bedeutung und Definition variiert je nach Kontext. Basierend auf konzeptuellen Überlegungen zu integrierter Versorgung aus den USA sowie Grossbritannien hat KPMG ein Modell entwickelt, das auch auf die bestehenden Versorgungsstrukturen in der Schweiz angewendet werden kann.

Basierend auf diesem pragmatischen Ansatz werden sowohl die horizontale als auch die vertikale Integration betrachtet. Die horizontale Integration vernetzt gleiche

Bereiche und Sektoren (z.B. stationäre Akutversorgung), während die vertikale Integration das Ziel einer bereichs- oder sektorenübergreifenden Vernetzung entlang des Behandlungspfades verfolgt. Das heisst, jeder involvierte Leistungserbringer ist für seine erbrachten Leistungen aber auch für einen nahtlosen Übergang (Vor- und nachgelagerte Versorgung) verantwortlich.

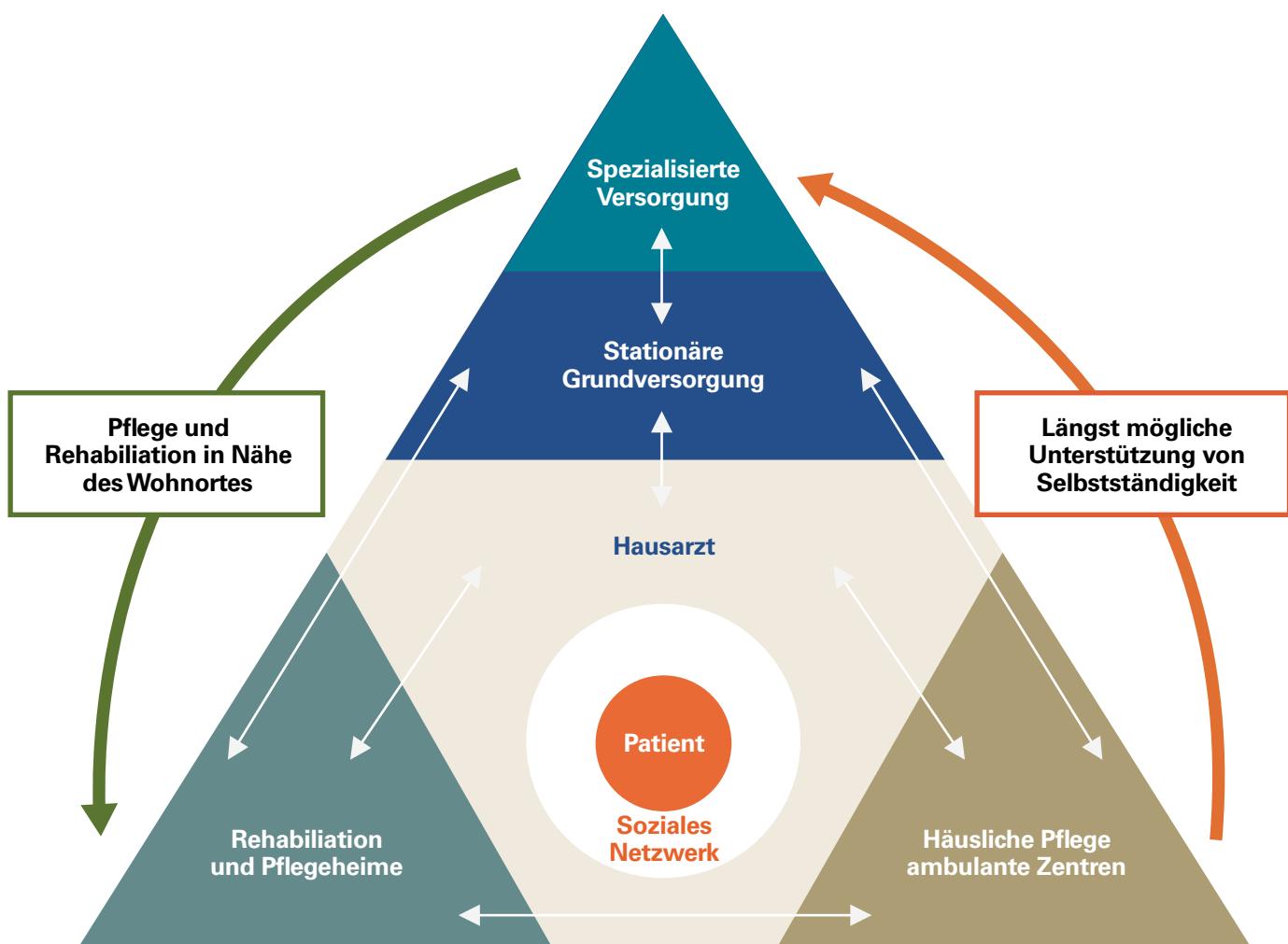
Durch effektivere Kommunikation und Kollaboration (vgl. Abbildung Seite 10) zwischen den Versorgern werden heutige Grenzen aufgehoben und bessere Ergebnisse (outcome) mit einem höheren Nutzen (value) erzielt – auf qualitativer sowie auf finanzieller Ebene.

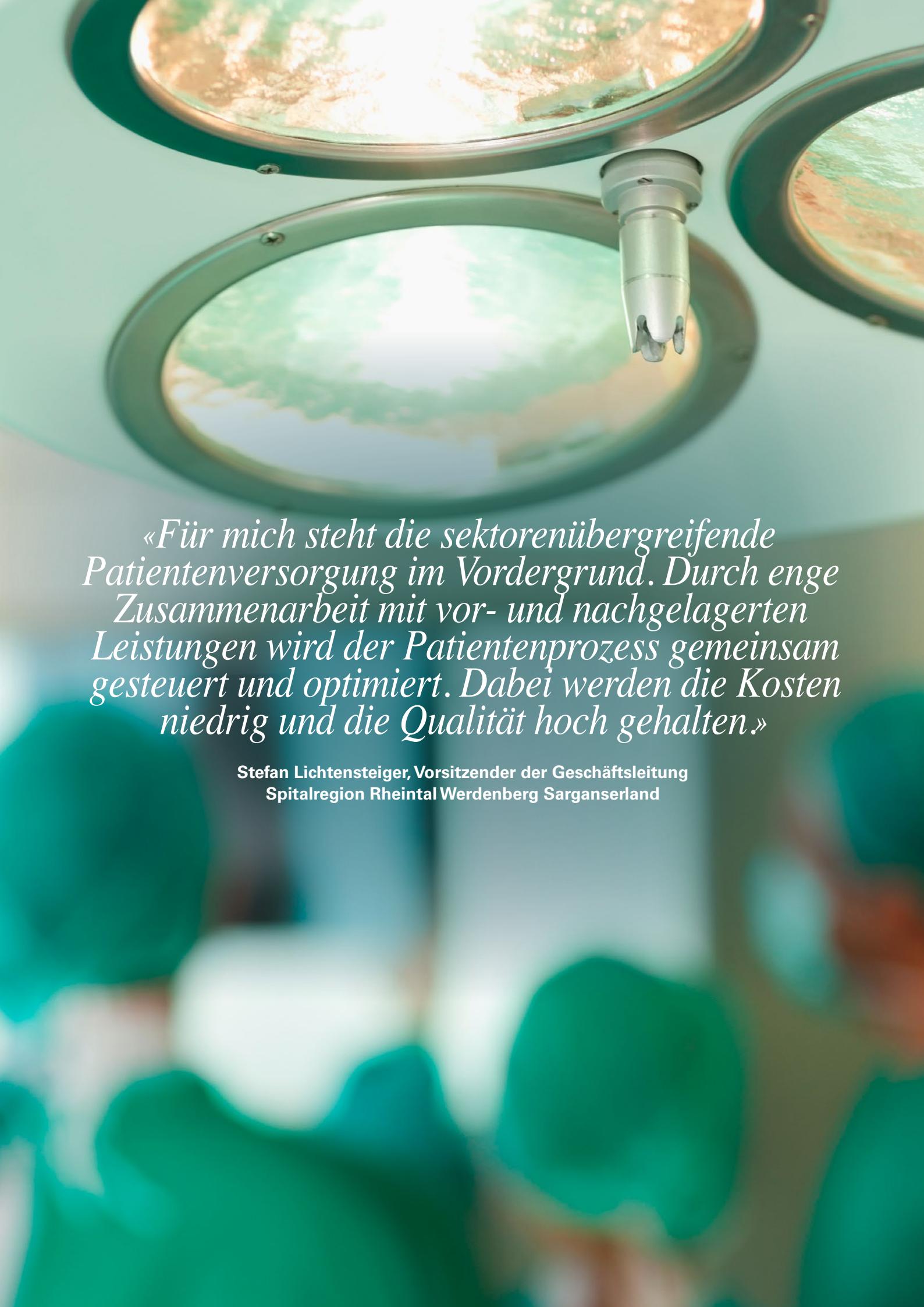


In den letzten Jahren sind in der Schweiz neue Zusammenarbeitsformen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern entstanden (Akutsomatik und Rehabilitation unter einem Dach, Spitäler welche Ärztenetze betreiben, Integration von Spitäler / Palliativ Care in Akut-Versorger usw.). Eine umfassende integrierte Versorgung geht jedoch über diese Kollaboration hinaus. Um patientenzentrierte Behandlungspfade zu definieren bedarf es grundlegender institutioneller Veränderungen.

Im Vordergrund stehen dabei folgende Zielsetzungen:

- Gleiche oder niedrigere Kosten bei gleicher oder steigender Qualität
- Bessere Behandlungsergebnisse (from volume to value)
- Hohe Patientenzufriedenheit und -sicherheit
- Vermeidung von Fehlanreizen und Ineffizienzen im Versorgungsprozess





«Für mich steht die sektorenübergreifende Patientenversorgung im Vordergrund. Durch enge Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungen wird der Patientenprozess gemeinsam gesteuert und optimiert. Dabei werden die Kosten niedrig und die Qualität hoch gehalten.»

**Stefan Lichtensteiger, Vorsitzender der Geschäftsleitung
Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland**



eHealth

Als eigenständiger Fachbegriff versteht sich «eHealth» als Untergebiet der medizinischen Informatik, wobei die organisationsübergreifende Verfügbarkeit der Daten im Vordergrund steht. Unter «eHealth» oder «Elektronischen Gesundheitsdiensten» ist der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmer im Gesundheitswesen zu verstehen.

Typische Anwendungsfelder eines digitalisierten Gesundheitswesens sind: Telemedizin, Telemonitoring, klinische Informationssysteme, elektronisches Patientendossier, Medikationsverordnung, eRezept, Onlinedienste, mHealth, Gesundheitsportale, Internet of Things, Alltagsunterstützende Assistenzlösungen (AAL), Data Analytics usw.

From volume to value

Gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse unter Einbezug aller involvierten Parteien gewinnt an Bedeutung. Patienten und Betreuungspersonen übernehmen mehr und mehr Verantwortung in der Behandlung. Dadurch rückt das nachhaltige Behandlungsergebnis, value-based oder outcome based healthcare, mehr in den Vordergrund. In solchen Modellen werden nicht mehr lediglich die reinen Behandlungszahlen (z.B. Anzahl Hüftoperationen),

sondern das tatsächliche Behandlungsergebnis des Patienten gemessen und honoriert. Dadurch wird der Anreiz gesetzt, Versorgungsprozesse auf den nachhaltigen Patientennutzen zu fokussieren. Gleichzeitig sinken dadurch auf lange Sicht auch die Kosten des gesamten Gesundheitssystems. Patienten werden aktiv in die Erarbeitung der Indikatoren zur Messung miteinbezogen.

Patientenprofile versus Versorgungsnachfrage

Wie eingangs erwähnt, nimmt die Anzahl chronisch kranker und multimorbider Patienten zu. Akutspitäler sind meist nicht optimal auf die Behandlung chronisch kranker Patienten ausgerichtet und es fehlt vielerorts noch an geeigneten Organisationsformen (Tageskliniken, ambulante Zentren oder mobile Versorgung). Dadurch kommt es in der Behandlungskette für chronisch kranke und multimorbide Patienten zu Unterbrechungen. Für diese Patienten besteht ein Risiko im System «verloren» zu gehen. Ein weiteres Problem ist, dass sich der «Wert» (outcome) für den Patienten mindern kann, wenn die verschiedenen Versorgungsbereiche nicht vernetzt sind. Beispielsweise

kann sich nach einer Hüfttransplantation die Hüfte verschliessen und die Beweglichkeit dauerhaft einschränken, wenn nicht direkt nach dem Eingriff mit der Physiotherapie begonnen werden kann. Dies führt zu einem verminderten «Wert» (outcome) der Behandlung für den Patienten, denn obwohl er/sie eine neue Hüfte hat, hat sich seine Lebensqualität nicht unbedingt gesteigert.

Wie am Beispiel von Herrn Meier und Frau Müller (siehe unten) nochmal deutlich wird, unterscheiden sich je nach Diagnose (Einzeldiagnose vs. Mehrfachdiagnose / Komorbidität) die Behandlungen sowie die (gewünschten) Ergebnisse und folglich die Versorgungsebene.

Herr Meier Patient mit Einzeldiagnose



Alter: 40

Diagnose: Knorpelschaden am Knie

Behandlung: Arthroskopie bei einem Facharzt, Physiotherapie

Ergebnis: in der Lage zu gehen, körperlich belastbar sowie schmerzfrei

Geeignete Versorgungsebene: Spezialklinik mit eingebundenem Physiotherapeut spezialisiert auf Knieprobleme

Frau Müller Patientin mit Mehrfachdiagnose / Multimorbidität



Alter: 80

Diagnose: Diabetes, Herzkreislauferkrankung, Darmkrebs, Ehemann mit Demenz

Behandlung: der Behandlungspfad umschliesst mehrere Leistungserbringer gleichzeitig, einschliesslich soziale Einrichtungen, die nach dem Ehemann schauen

Ergebnis: abhängig von den Erwartungen der Patientin wären folgende Ergebnisse möglich: Zuhause leben (kein / wenig Spitalaufenthalte); gute oder ideale Blutzuckerkontrolle; vollständige Remission; höhere persönliche Mobilität

Geeignete Versorgungsebene: integrierte Versorgung mit Koordination zwischen Spezialisten, Hausarzt und soziale Einrichtungen

Patienten sind oft Experten, was ihre Krankengeschichte anbelangt und durch die Förderung eines sogenannten Selbstmanagement könnten sie auch mehr Verantwortung übernehmen. Durch neue Organisationsformen werden neben dem wirtschaftlichen und qualitativen Aspekt eben auch das Selbstmanagement und eine möglichst lange Unabhängigkeit begünstigt. Für chronisch erkrankte Patienten kann ein erhöhter «Wert» erzielt werden, wenn sie zuhause oder möglichst nah an ihrem Wohnort versorgt werden. Im Vordergrund steht dabei die Erhaltung bzw. Erhöhung der Lebensqualität, welche nicht immer mit der Ausschöpfung sämtlicher medizinischer Möglichkeiten einhergeht. In bestimmten Fällen ist eine Versorgung zuhause nicht mehr

möglich, aber auch eine Einweisung in ein Akutspital wie eingangs erwähnt nicht passend. Durch den Einsatz von multidisziplinären Teams, die sowohl die medizinische als auch die nicht-medizinische Betreuung übernehmen, können Unterbrüche entlang des Behandlungspfades überbrückt werden. Eine enge Zusammenarbeit und effektive Kommunikation mit Spitälern und anderen Institutionen ist zentral.

Um den verschiedenen Patientenbedürfnissen gerecht zu werden, muss die traditionelle Spitalplanung aufgebrochen und auf weitere Versorgungsbereiche ausgeweitet werden.

Unterschiedliche Ebenen der Integration

Es scheint so, als würde unser historisch gewachsenes System versuchen, Patienten in überholte Strukturen zu zwängen. Um auf die veränderten Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung reagieren zu können, müssen die Versorgungsbereiche an die jeweiligen Patientensegmente der Versorgungsregion angepasst werden. Anhand von Datenanalysen zur Demographie, den Patientengruppen sowie deren soziales Umfeld und der geographischen

Merkmale (urban, rural) wird die Grundlage für die Auslegerordnung geschaffen. Die Struktur passt sich dabei an den Patienten an und nicht umgekehrt. Die KPMG Care Matrix veranschaulicht Ziele zu mehr Integration. Unternehmen können mit Hilfe der Matrix eine Selbsteinschätzung vornehmen und ihren Fortschritt messen (vgl. Care Matrix, Seite 18). Dabei können verschiedene Formen von Integration unterschieden werden.

Spezialklinik

Leistungserbringer bzw. Institutionen fokussieren sich auf ein Spezialgebiet (z.B. Krebs).

Kooperationen

Leistungserbringer bzw. Institutionen arbeiten mit bevorzugten Gesundheitsversorgern (Fachspezialisten, Hausärzte, etc.) zusammen.

Koordinierte Versorgung

Verschiedene Leistungserbringer bzw. Institutionen behandeln gemeinsam definierte Patientengruppen und sind für deren Versorgung verantwortlich.

Patienten mit einem Leiden (z.B. Krebs) werden am besten in einer **Spezialklinik** versorgt, die auf diese Krankheit fokussiert ist und somit Erfahrung und Expertise in diesem Bereich nachweisen kann. Dadurch ergibt sich die bestmögliche Versorgung, welche sich auch effizient und effektiv gestaltet. Das Sun Yat-sen Krebszentrum (Taiwan)

ist ausschliesslich auf die Behandlung von Krebserkrankungen spezialisiert und vereint eine Bandbreite an medizinischem Personal unter einem Dach (Mediziner, Chirurgen, Pathologen, Radiologen, Nuklearmediziner, Onkologen, Psychiater, Anästhesisten, Gynäkologen usw.).

Sun Yat-sen Krebszentrum, Taiwan

Leidenschaft für Spitzenleistungen

Ein Paradebeispiel für einen Leistungserbringer, der sich auf ein Krankheitsbild fokussiert, ist das Sun Yat-sen Krebszentrum, das aus verschiedenen multidisziplinären Teams besteht, die sich auf spezifische Krebsarten spezialisieren. In den Teams sind Krankenschwestern, klinisches Supportpersonal, ein Pflegemanager sowie eine genügende Anzahl an Technikern, die bei Bedarf herangezogen werden können. Die Teams treffen sich mindestens zweimal im Monat, um neue Fälle zu beurteilen und laufende Behandlungen zu besprechen. Jedes Teammitglied kennt die Namen der Patienten sowie die medizinischen Hintergründe.

Neue Massstäbe setzen

Mit diesen Änderungen sowie der Implementierung einer auf Qualität basierenden Entschädigung der Mitarbeitenden wurde das Sun Yat-sen zum führenden Krebszentrum in Taiwan. Das Zentrum weist die besten Überlebensraten (sowohl einjährig als auch fünfjährig) in ganz Taiwan auf. Das Einhalten der definierten Qualitätsindikatoren führte zu einer signifikanten Steigerung der progressionsfreien Überlebens- und Gesamtüberlebensrate. Patientensicherheitsraten wie z.B. im Krankenhaus erworbene Infektionen waren ebenfalls die tiefsten in ganz Taiwan.

Erkenntnisse

- Isolierte Ergebnismessungen sagen nicht genug über die Qualität einer Behandlung aus. Es müssen Anreize geschaffen werden, um Ergebnisse methodisch zu erfassen, einschliesslich Strafen / Sanktionen für die Nichteinhaltung. Das gesamte Team muss dahinter stehen und den Mehrwert sehen und leben.
- Ärzte sollen anhand von Qualitätsindikatoren inklusive der Überlebensraten der Patienten gemessen werden.
- Flexible Vergütungsstrukturen verstärken die Motivation zur Ergebnisverbesserung, während ergebnisabhängige Prämien helfen Ergebnisse zu optimieren.

Besonders regionale Spitäler haben immer mehr Schwierigkeiten, komplexe Fälle sicher zu behandeln. Für diese lohnt es sich aus qualitativer und finanzieller Sicht, **Kooperationen** einzugehen. Eine Kooperation kann bei erfolgreicher Umsetzung viele Vorteile mit sich bringen. Durch die gezielte Zuweisung und Sicherung von Patienten kann die Auslastung gesteigert werden. Kooperationen erhöhen die Attraktivität eines Betriebes sowohl für die Patienten (kompetente Betreuung aus einer Hand, interdisziplinäre Behandlung bei multimorbidem Patienten), für die zuwei-

genden Ärzte (breites Leistungsangebot, Ansprechpartner für alle Themen) als auch für die Mitarbeitenden (Entwicklungs möglichkeiten). Durch die Konzentration von Unternehmensbereichen, die in einem einzigen Betrieb die kritische Grösse ansonsten nicht erreichen (z.B. IT, Rechnungswesen, Personalwesen, Einkauf, Logistik, Labor), können Skaleneffekte durch die Verteilung von Kosten erreicht werden. Durch die Bündelung von Aufgaben können außerdem Mengeneffekte realisiert werden, z.B. durch bessere Einkaufskonditionen oder erhöhte Auslastung der Ressourcen.

| Mögliche Kooperationen | Ziel |
|--|--|
| Kooperationen mit den vor- und nachgelagerten Leistungserbringern, z.B. zuweisende Ärzte, Heime Rehabilitationen, Spitex | Behandlung aus einer Hand, Sicherung der Patienten |
| Kooperationen mit spezialisierten Anbietern, z.B. Radiologie, Spezialsprechstunden | Attraktivität und Kompetenz erhöhen, Zuweisungen sicherstellen |
| Gemeinsame IT-Systeme / Outsourcing, Laboreinrichtungen | Skaleneffekte nutzen, Qualität sichern |
| Einkaufsgemeinschaften | Skaleneffekte nutzen |
| Bildung von Spitalverbunden | Skaleneffekte nutzen, Spezialisierungen erzielen, Sicherung Zuweisungen, Qualität steigern |



«Einer der Erfolgsfaktoren für eine integrierte Versorgung ist Offenheit für Zusammenarbeit. Seit mittlerweile 15 Jahren binden wir Patienten in Form eines Patientenbeirates aktiv in die Weiterentwicklung unseres Leistungsangebotes mit ein.»

Dr. Urs Keller, Geschäftsführer, PizolCare

Für chronisch kranke und ältere Patienten ist die Kontinuität in der Versorgung zentral. Die **koordinierte Versorgung** muss sich um den Patienten (oder Patientengruppen) organisieren und bedingt ein institutionsübergreifendes Denken. Hier steht nicht mehr eine gezielte Kooperation

im Vordergrund, sondern eine ganzheitliche Betrachtung eines oder mehrerer Patientenpfade(s). Das nachfolgende Beispiel aus England veranschaulicht, wie mit der Herausforderung einer alternden Bevölkerung innovativ umgegangen werden kann.

Torbay and Southern Devon Health and Care NHS Spitalverbund

Demographische Herausforderung

Das Torbay and Southern Devon Health and Care NHS Spitalverbund versorgt 140'000 Einwohner im Südwesten Englands. Etwa ein Viertel der Bevölkerung ist über 65 Jahre alt. Vor der Restrukturierung war die Region bekannt für hohe Sozialleistungen und eine vergleichsweise hohe Anzahl an Hospitalisierungen pro Kopf.

Ein innovativer Ansatz

Um dem entgegen zu wirken, haben sich die verantwortlichen Gremien für die Grundversorgung und Sozialleistungen für ein Modell entschieden, das die sozialen und medizinischen Leistungen kombiniert. Daraus entstand der «Torbay and Southern Devon Health and Care NHS» Spitalverbund. Diese Integration hatte zum Ziel, Kosten durch die Vermeidung unnötiger Hospitalisierungen langfristig und nachhaltig zu senken und die Verweildauer zu kürzen. Torbay besteht aus fünf Regionen, wobei jede Region ein Integrationsteam hat, das Seite an Seite mit den Hausärzten für die Versorgung von 20'000 bis 40'000 Menschen zuständig ist. Die Hausärzte verwenden Risikoprofile um Risikopatienten in ihrer Region frühzeitig zu identifizieren. Diesen Patienten wird ein care coordinator zugeteilt, der die Zusammenarbeit und Koordination der Leistungserbringer überwacht. Zudem gibt es Spezialteams die in Krisensituationen intervenieren und dadurch unnötige Hospitalisierungen verhindern. Eine Rehaklinik wurde in eine proaktive Tagesklinik (Schnittstelle zwischen Grund- und Akutversorgung) umgewandelt, mit dem Ziel Patienten möglichst lange zu Hause zu betreuen. Damit auch die Überweisung innerhalb verschiedener Versorger nahtloser abgewickelt werden kann, wird eine aktive und regelmässige Kommunikation zwischen den Sozialarbeitern und den Geriatern in den Akutspitälern gross geschrieben. Nationale Qualitätsindikatoren werden zur Messung der Versorgungsqualität herangezogen.

Erkenntnisse

In Torbay konnte die Bettenbelegungsrate um 33% gesenkt werden und die Belegung von Notfall-Betten für Patienten über 65 Jahre um 29% reduziert werden. Die Ausgaben der Sozialfürsorge in Torbay liegen weit unter dem Durchschnitt von Südwest-England. Das Einsetzen von care coordinators und multidisziplinären Teams, Investitionen im Bereich «Betreuung Zuhause» für ältere Menschen, die Einführung eines elektronischen Patientendossiers und die Anstrengungen zu mehr Kooperation zwischen Spitälern und weiteren Leistungsbringern hatte einen positiven Einfluss auf die Qualität und führte zu einer effizienteren Versorgung älterer Menschen.

Eine solide Basis – Strategische Erfolgsfaktoren

Wir haben mehrfach gesehen, dass Strategien in der Umsetzung gescheitert sind. In der Regel erfolgt der Schritt zur integrierten Versorgung stufenweise über einen längeren Zeitraum und erfordert weit mehr als nur die Umsetzung einer Strategie nach Lehrbuch. Folgende Elemente schaffen eine gute Basis ein Projekt erfolgreich zu initiieren:

- Eine Grundlage für Veränderung schaffen: Um die tatsächlichen Herausforderungen in der Versorgungsregion zu verstehen, müssen sämtliche Dimensionen (Qualität, Zugang und Bezahlbarkeit) berücksichtigt werden, um daraus die Strategie zu formulieren und die richtigen KPIs für die Messung des Erfolgs zu definieren.

- Eine Standardlösung gibt es nicht: Die Hauptprozesse richten sich entlang der definierten Patientenpfade aus, Anpassungen und Weiterentwicklungen werden aufgrund der Bedürfnisse der Patienten vorgenommen.
- Erfahrung aus erster Hand ist unbezahlbar: Der Einbezug von Ärzten, des Pflegepersonals und der Patienten in die Entwicklung und Umsetzung der Strategie steht an vorderster Stelle.
- Nutzung der verfügbaren Daten: Eine stichhaltige Datenanalyse hilft Eventualitäten und Risiken von vornherein auszuschliessen.



Daten und Gesundheit

Rasant ansteigende Datenmengen und neue Technologien zu deren Verarbeitung und Analyse revolutionieren das Gesundheitswesen weltweit. Uns steht eine noch nie da gewesene Datenfülle zur Verfügung, was die Versorgung und Prävention grundlegend verändern könnte und höchstwahrscheinlich wird. Dafür müssen allerdings erst die Datenerfassung und -analyse standardisiert werden. Organisationen müssen das Potential der Daten erkennen und in ihrer Strategie integrieren. Eine datenorientierte Strategie bringt eine Vielzahl von Vorteilen mit sich:

- **From volume to value:** Durch das Verknüpfen von verschiedenen Datenquellen ist es möglich, nicht mehr nur die Anzahl der durchgeführten Behandlungen zu messen (volume), sondern auch deren Behandlungsergebnisse (value)
- **Umfassende Kostenanalysen:** Daten bilden die Grundlage für die zukünftige strategische Ausrichtung einer Organisation. Durch Zusammenführung aller verfügbarer Daten wird die Organisation kosteneffizienter und klinische Entscheide werden auf der Basis von finanziellen und medizinischen Ergebnissen getroffen
- **Konsistenter und kohärenter Versorgung** Durch die Einführung von klinischen Entscheidungshilfen, Benchmarking mit vergleichbaren Leistungserbringern und Datendashboards wird eine konsistenter und kohärenter Versorgung aufgebaut
- **Bessere Unterstützung des medizinischen Personals durch Echtzeit-Daten:** Mit Hilfe von echtzeit-basierten medizinischen Überwachungsinstrumenten können bspw. Infektionsraten besser überwacht oder Behandlungsfehler reduziert werden
- **Unterstützung durch Business Intelligence:** Mit Daten können Business Intelligence Systeme geschaffen werden, die bspw. eine bessere Planung der Ressourcen ermöglichen oder die Nachfrage besser planbar machen
- **Patienten Empowerment:** Patienten werden durch Selbstmanagement (Apps, Wearables, etc.), Gesundheitsbildung sowie systematische Erfassung und Beobachtung der Gesundheitsdaten aktiv in ihre Behandlungsprozesse miteinbezogen

KPMG Care Matrix

5

4

3

2

1

0

Einbindung des Patienten

| Patient als Mitgestalter | Patient als Partner | Patient als wertvolle Quelle | Patient in beratender Funktion | Patient als Kunde | Keine Einbindung |
|---|---|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Integrierte Entscheidungshilfesysteme für die gemeinsame Gestaltung des individuellen Behandlungspfades Patienten gestalten die Versorgung mit. Die Nutzung dieser Ressourcen führt zu einem Mehrwert für das lokale Gesundheitssystem | <ul style="list-style-type: none"> Förderung zum Selbstmanagement Patientenerfahrungen und gemessene Ergebnisse (outcome) sind Teil des Performance-Management und der Entlohnung | <ul style="list-style-type: none"> Patientenorganisationen gestalten Behandlungspfade mit Patientenwünsche werden bei der Definition von Behandlungspfaden berücksichtigt | <ul style="list-style-type: none"> Patientenorganisationen liefern Input für outcome Indikatoren Patientenberichte werden als Qualitätsindikatoren verwendet | <ul style="list-style-type: none"> Patientenwünsche werden von bestehenden Interessengemeinschaften repräsentiert Qualitätsindikatoren basieren auf generellen Patientendaten | <ul style="list-style-type: none"> Patient ist nicht in der Gestaltung des Versorgungsprozesses involviert |

Definition und Messung der Ergebnisse (outcome)

| Gesundheit der Bevölkerung als Grundlage | Langfristig ergebnisorientiert | Ergebnisorientiert | Teilergebnisorientiert | Prozess- und Strukturorientiert | Inputorientiert |
|--|--|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Gesamtheitliche Gesundheitsergebnisse basierend auf aggregierten Daten aller Leistungserbringer, Versorgungsregionen und Patienten Öffentlich einsehbare Ergebnisse Indikatoren basieren auf aktuellen Prioritäten | <ul style="list-style-type: none"> Fokus auf Prävention und Erhaltung der Gesundheit entlang der Wertschöpfungskette Risikoadjustierte Ziele Öffentlich geteilte Resultate, interne Performancemessung und laufende Verbesserungsmassnahmen | <ul style="list-style-type: none"> Ergebnisindikatoren sind vergleichbar und können ausgetauscht werden Indikatoren entsprechen Best Practice Echtzeitmessungen Resultate mit weiteren relevanten Stakeholdern geteilt | <ul style="list-style-type: none"> Patientenerfahrungen in Zielvereinbarung integriert Klinische Indikatoren basieren teilweise auf Ergebnissen (outcome) | <ul style="list-style-type: none"> Organisationsweite Definition klinischer Ergebnisse Klinische Indikatoren basierend auf Prozess- und Strukturmaßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> Keine Zielvereinbarungen; reine Input-Messung Kein Lernprozess |

| Koordinierte Versorgung | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| Bevölkerungs-orientierte koordinierte Versorgung | Segmentorientierte koordinierte Versorgung | Segmentorientierte multidisziplinäre Versorgung | Leistungserbringerorientierte multidisziplinäre Versorgung | Fragmentierte Versorgung mit minimalem Datenaustausch | Fragmentierte Versorgung |
| <ul style="list-style-type: none"> Integrierte Versorgungspläne auf Bevölkerungsebene unterstützt von Prävention und Gesundheitsförderung Patienten sind stark in die Planung der Behandlungspfade integriert Bewusstsein, dass Mehrwert durch eine optimale Versorgungskette erreicht wird | <ul style="list-style-type: none"> Integrierte Versorgungspläne für spezifische Gruppen und Segmente Geführte Koordination und integrierte Interventionen zielen auf Ergebnisse (outcome) und Prävention ab Bewusstsein, dass koordinierte Versorgung Mehrwert schafft | <ul style="list-style-type: none"> Formale multidisziplinäre Treffen für spezifische Gruppen und Segmente Anpassungen der Interventionen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern der Ergebnisse (outcome) Bewusstsein über die Wichtigkeit des Austausches ist vorhanden | <ul style="list-style-type: none"> Regelmässig multidisziplinäre Treffen Versorgungskoordination zwischen spezifischen Gruppen und Segmenten und ein Verständnis über gemeinsam erbrachten Mehrwert ist vorhanden | <ul style="list-style-type: none"> Minimaler Datenaustausch Einzelne Leistungserbringer fokussieren auf die Qualität ihrer Versorgung | <ul style="list-style-type: none"> Gesundheitsversorgung ist rund um die Bedürfnisse der verschiedenen Leistungserbringer organisiert |

Vertragsebenen

| Ergebnisorientierte Verträge | Koordinierte Verträge | Komplexpauschalen (Bundled payments) mit Gewinnbeteiligung | Komplexpauschalen (Bundled payments) | Pauschalvergütung mit Anreizen | Einzelleistungsvergütung |
|---|--|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Anteilige Verträge für das lokale Gesundheitssystem Aggregierte und ergebnisorientierte Zahlungen oder «Capitation» mit ergebnis-abhängigen Beträgen | <ul style="list-style-type: none"> Differenzierte Vergütungen basierend auf Ergebnis (outcome) Gewinn- bzw. Verlustbeteiligung | <ul style="list-style-type: none"> Komplexpauschalen pro Leistungserbringer mit ergebnis- bzw. indikatoren-abhängiger Fallprüfung | <ul style="list-style-type: none"> Komplexpauschalen pro Leistungserbringer mit ergebnis- bzw. indikatoren-abhängiger Fallprüfung | <ul style="list-style-type: none"> Zahlungen nach Leistung mit zusätzlichem Bonus für das Erreichen definierter Qualitätsindikatoren | <ul style="list-style-type: none"> Vergütung einzelner Leistungen pro Leistungserbringer |

Governance

| Vertikal integrierte Governance | Koordinierte Governance Prozess | Einzelleistungserbringer: Koordinierte Governance Prozess | Einzelleistungserbringer: Qualitätsorientierte Governance Prozess | Einzelleistungserbringer: Ad hoc qualitätsorientierte Governance Prozess | Einzelleistungserbringer: Keine oder fragmentierte klinische Governance Prozess |
|---|--|---|--|---|--|
| <p>Prozess</p> <ul style="list-style-type: none"> Angemessene Governancestrukturen Formales System zur laufenden Ergebnismessung und -verbesserung <p>Koordination</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrierte Behandlungspfade basierend auf Prävention und Gesundheitsförderung | <p>Koordinierte Governance Prozess</p> <ul style="list-style-type: none"> Koordinierte Governance zwischen den Leistungserbringern innerhalb des Versorgungssystems; Gemeinsamer Fokus auf die Resultate und Ergebnisse <p>Koordination</p> <ul style="list-style-type: none"> Koordinierte Behandlungspfade | <p>Einzelleistungserbringer: Koordinierte Governance Prozess</p> <ul style="list-style-type: none"> Governancestrukturen je Leistungserbringer Formalisierte Ergebnisüberwachung und Verbesserungsprozesse <p>Koordination</p> <ul style="list-style-type: none"> Gewisse Koordination zur Definition, Messung und Verbesserung der Ergebnisse (outcome) | <p>Einzelleistungserbringer: Qualitätsorientierte Governance Prozess</p> <ul style="list-style-type: none"> Governancestrukturen je Leistungserbringer Formalisierte Qualitätsüberwachung und Verbesserungsprozesse | <p>Einzelleistungserbringer: Ad hoc qualitätsorientierte Governance Prozess</p> <ul style="list-style-type: none"> Governancestrukturen je Leistungserbringer Beginn Definition von Prozessen zur Qualitätsüberwachung und -verbesserung | <p>Einzelleistungserbringer: Keine oder fragmentierte klinische Governance Prozess</p> <ul style="list-style-type: none"> Governancestrukturen je Leistungserbringer in unterschiedlicher Ausprägung Traditionelle Managementgrundsätze |



*Wenn man immer wieder
dasselbe tut, erhält man auch immer
wieder dasselbe Resultat.*



Wie KPMG Sie unterstützen kann

KPMG verfügt nicht nur über ein breites Netzwerk an Gesundheitsexperten in den Bereichen Finanzen, Strategie und Organisation, sondern auch in verwandten Bereichen (z.B. IT, Real Estate, Pharmaindustrie, öffentlicher Sektor). Eine Vielzahl unserer Experten hat selbst den Anstoss zu grossen Gesundheitstransformationen auf systemischer und institutioneller Ebene gegeben oder massgeblich dabei mitgewirkt. Wir stehen unseren Kunden auf Regierungsebene bis hin zu lokalen Gesundheitssystemen oder bei der Zusammenführung von Spitätern mit unserer Expertise zur Seite.

Unsere interdisziplinären Teams kennen die Thematik und die Herausforderungen im Zusammenhang mit integrierter Versorgung. Wir wissen worauf es ankommt und können Sie bei der Entwicklung der Strategie bis hin zur Umsetzung kompetent begleiten.

Die Beiträge unserer Spezialisten stellen eine Auswahl von Möglichkeiten dar. Als externe Spezialisten verfügen wir über:

- langjährige Erfahrung, wenn es um die Potentialermittlung zur Ergebnisverbesserung geht;
- nötige Expertise, wenn es mittels Portfolioanalyse um die Schaffung der richtigen Ausgangslage für strategische Entscheidungen bezüglich künftigem Leistungsangebot geht;

- vertiefte Erkenntnisse, wenn die Zuweisung professionalisiert und nachhaltig gesichert werden soll;
- fundierte Aussensicht, wenn zentrale multidisziplinäre Prozesse effizienter gestaltet werden sollen;
- erprobte Methode, wenn integrierte Versorgung im Sinne eines vollständigen Care System Redesign umgesetzt werden soll (4 Stufen: Transparenz schaffen, Vision definieren, Konzepte entwickeln und nachhaltige Umsetzung).

Unser pragmatisches, aber dennoch zielorientiertes und systematisches Vorgehen stellt eine fundierte Analyse, die Ausarbeitung der am besten geeigneten Lösung(svarianten) sowie die Auswahl und die nachhaltige Umsetzung der passendsten Lösung in einem angemessenen Zeitrahmen sicher. Setzen Sie auf eine patientenzentrierte Strategie und nutzen Sie die Vorteile der Digitalisierung. Wir unterstützen Sie, eine Vorreiterrolle im Gesundheitswesen einzunehmen, um Wettbewerbsvorteile zu erzielen und Ihren Erfolg nachhaltig zu sichern.

Kontakt

Michael Herzog

Sektorleiter Healthcare

T +41 58 249 40 68

E michaelherzog@kpmg.com

André Zemp

Leiter Advisory Healthcare

T +41 58 249 28 98

E azemp@kpmg.com

Eric Beer

Manager Healthcare

T +41 58 249 48 31

E ebeer@kpmg.com

Elvira Häusler

Executive Healthcare

T +41 58 249 53 87

E ehaeusler@kpmg.com

kpmg.ch/healthcare

Die hierin enthaltenen Informationen sind allgemeiner Natur und beziehen sich daher nicht auf die Umstände einzelner Personen oder Rechtsträger. Obwohl wir uns bemühen, genaue und aktuelle Informationen zu liefern, besteht keine Gewähr dafür, dass diese die Situation zum Zeitpunkt der Herausgabe oder eine künftige Situation akkurat widerspiegeln. Die genannten Informationen sollten nicht ohne eingehende Abklärungen und professionelle Beratung als Entscheidungs- oder Handlungsgrundlage dienen.

© 2015 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.