



Clarity on Healthcare

**Kooperationen schaffen
Mehrwert**

September 2020





Clarity on Healthcare

- 3 **Editorial**
Kooperationen schaffen Mehrwert
- 4 **Schlüsselerkenntnisse**

- 6 **Kooperationen zwischen Leistungserbringern**
- 10 **Föderale Kompetenzen als Erfolgsrezept für das Gesundheitssystem Schweiz**
Interview mit Dr. Lukas Engelberger, Regierungsrat Basel-Stadt
- 14 **Studie: Digitale Transformation im Gesundheitswesen**
- 16 **Schweizer Spitäler werden digital – die Pandemie beschleunigt die Transformation**
- 22 **«Weniger Bürokratie und mehr digitale Lösungen»**
Interview mit Prof. Dr. Alfred Angerer, Leiter Fachstelle Management im Gesundheitswesen ZHAW
- 24 **Das Kantonsspital Baden auf dem Weg zum Zentrumsspital der Zukunft**
- 28 **Integrierte Versorgungsregionen: zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden**
- 32 **Die Bedeutung von Kollaborationen in einem pandemiegeprüften Ökosystem**
- 36 **Vom Ärztenetzwerk zum populationsorientierten Allrounder**
Interview mit Dr. Christoph Löschmann, Geschäftsführer Gesundes Kinzigtal
- 40 **Überblick "Clarity on" Publikationen**
- 41 **Impressum und Kontakte**



Bild (von links nach rechts): Marc-André Giger, Michael Herzog, Gabriela Kern, Walter Gratzler

Kooperationen schaffen Mehrwert

Das Jahr 2020 wird für die Gesundheitsbranche als Jahr der Extreme in Erinnerung bleiben. Bereits stark gefordert von Qualitätsansprüchen, Kosteneinsparungen, Fachkräftemangel und Neubauplanungen, sahen sich die Leistungserbringer plötzlich mit einer Pandemie in bislang unbekannter Grössenordnung konfrontiert. Praktisch über Nacht wurden sie verpflichtet, Kapazitäten für allfällige COVID-Patienten bereitzustellen und auf Wahleingriffe zu verzichten. Hohe Ertragsausfälle waren die Konsequenz. Nun sehen sie sich gezwungen, ihre Organisation und ihre Prozesse abermals ganz grundsätzlich zu überdenken.

Gleichwohl traten zahlreiche Leistungserbringer den Beweis an, dass sie zu agilem Verhalten fähig sind. Neben wichtigen Umstellungen, beispielsweise auf digitale Konsultationen, wurde ihnen vor dem Hintergrund finanzieller Restriktionen und der geforderten Agilität bewusst, wie zentral Kooperationen sind.

Kooperationen, aber auch Netzwerke und generell die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Stakeholdern, sind in der Gesundheitsbranche das Gebot der Stunde. Werden die Weichen korrekt gestellt, leisten sie einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg. Ganz in diesem Sinne widmet sich die diesjährige Ausgabe des Clarity on Healthcare dem Thema der Kooperationen.

Unsere Publikation gibt Einblicke in Systeme und Konzepte, die bereits vor COVID-19 bestanden, dadurch aber noch an Bedeutung gewonnen haben. Entscheidend für die Umsetzung von Kooperationsvorhaben sind gegenseitiges Vertrauen, Veränderungsbereitschaft, Gestaltungswille und die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen –

untermauert durch klare Zielsetzungen. Wir lassen in der Folge Persönlichkeiten zu Worte kommen, welche die erwähnten Charaktereigenschaften in ihrer DNA tragen. Dr. Lukas Engelberger, Regierungsrat und Vorsteher des Gesundheitsdepartementes Basel-Stadt sowie Präsident der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz, zeigt die übergeordnete Perspektive des Bundes sowie der Kantone im Gesundheitswesen auf und skizziert die künftige Rolle der Kantone im föderalen System.

Zehn CEOs und Geschäftsleitungsmitglieder von Universitäts- spitälern, Zentrumsspitalern, Rehakliniken und Psychiatrien stehen Rede und Antwort zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf ihre Digitalisierungspläne. Prof. Dr. Alfred Angerer, Vertreter der wissenschaftlichen Forschungsspitze im Bereich Digital Health und Leiter der Fachstelle «Management im Gesundheitswesen» an der ZHAW, bietet eine Aussensicht zu den drei Phasen «Machen», «Reflektieren» und «Institutionalisieren».

Anhand des schweizweit bislang einmaligen innovativen Gesundheitsversorgungskonzepts des Kantons Graubündens zeigen wir die Vorteile von integrierten Versorgungsstrukturen auf.

Kooperationen sind zukunftsweisend für die Versorgung und essentieller Bestandteil der Strategie jedes erfolgreichen Leistungserbringers. Es bleiben aber zahlreiche Fragen zu klären: Welche Konzepte und Systeme eignen sich? Welche Themen sollten Leistungserbringer priorisieren? Und wie müssen sie dabei vorgehen? Auf den nächsten Seiten erläutern wir Ihnen entsprechende Lösungsansätze.



Michael Herzog
Partner
Sektorleiter Healthcare



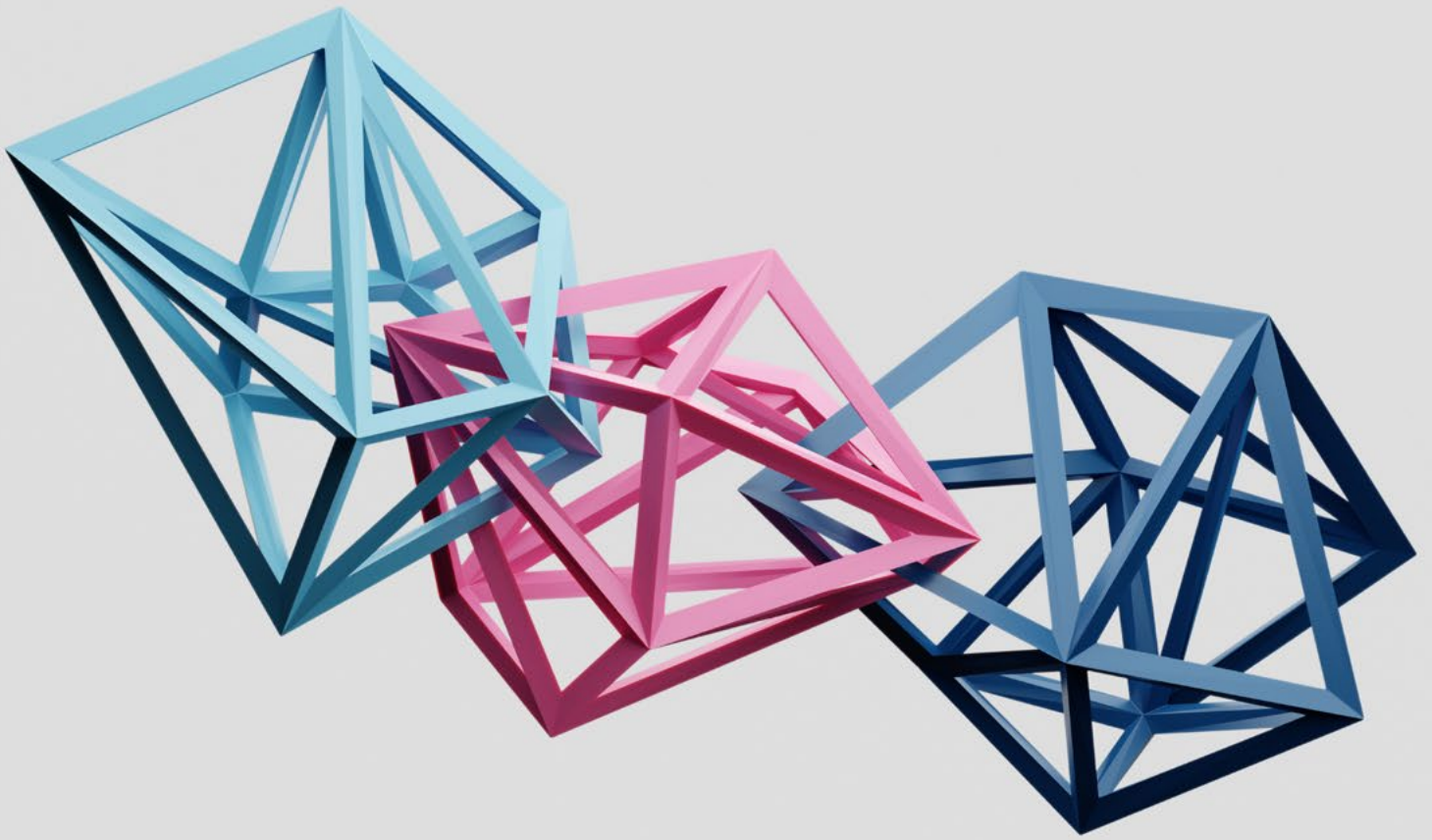
Marc-André Giger
Director
Government & Healthcare



Walter Gratzler
Director
Government & Healthcare



Gabriela Kern
Senior Manager
Government & Healthcare



Integrierte Versorgung lohnt sich nachweislich

Integrierte Versorgung verbessert nachweislich die Behandlungsqualität, die Patientenzufriedenheit, die durchschnittliche Lebenserwartung und senkt den benötigten durchschnittlichen Medikamentenverbrauch sowie die Anzahl Krankenhausbesuche. Dies konnte im Kanton Graubünden und im süddeutschen Kinzigtal nachgewiesen werden. Doch zeigen sich auch spitalinterne Vorteile bei integrierten Modellen – so sind Kostenvorteile in den Unterstützungsfunktionen von 20–30% realisierbar. Dabei konnte gezeigt werden, dass durchgängige IT-Infrastrukturen und -Prozesse die Umsetzung von innovativen Versorgungsformen fördern.

Kooperationen als entscheidender Wettbewerbsvorteil

Der Schweizer Gesundheitsmarkt rückt näher – durch engere Zusammenarbeit über die Kantonsgrenzen und Einzugsgebiete hinweg machen sich die Akteure langfristig überlebensfähig. Die Leistungserbringer entwickeln immer mehr alternative Konzepte und Kooperationsformen; sie wappnen sich so für zukünftige Herausforderungen. Das zeigt sich auch im Bereich der Digitalisierung – viele Leistungserbringer ziehen es in Betracht, mit einem Wettbewerber gemeinsame digitale Entwicklungsinitiativen zu lancieren, was langfristig zum entscheidenden Wettbewerbsvorteil wird.



Kooperationen zwischen Leistungserbringern



In kaum einer anderen Branche sind die Akteure durch so ein komplexes Netzwerk an vielfältigen Beziehungen derart eng miteinander verbunden wie im Gesundheitswesen – sei es als Kunden, Lieferanten, Partner oder Konkurrenten, Einkäufer, Geldgeber und Regulatoren. Steigt der Druck auf Erträge und Kosten aufgrund der allseits bekannten Faktoren (Mindestfallzahlen, ambulant vor stationär etc.), so sind alle Akteure gefordert, ihre Netzwerke zu prüfen und weiterzuentwickeln. Die einen versuchen es mit verschärftem Konkurrenzdenken, die anderen streben nach Lösungen, indem sie ihre Partnerschaften – respektive Kooperationen – vertiefen.

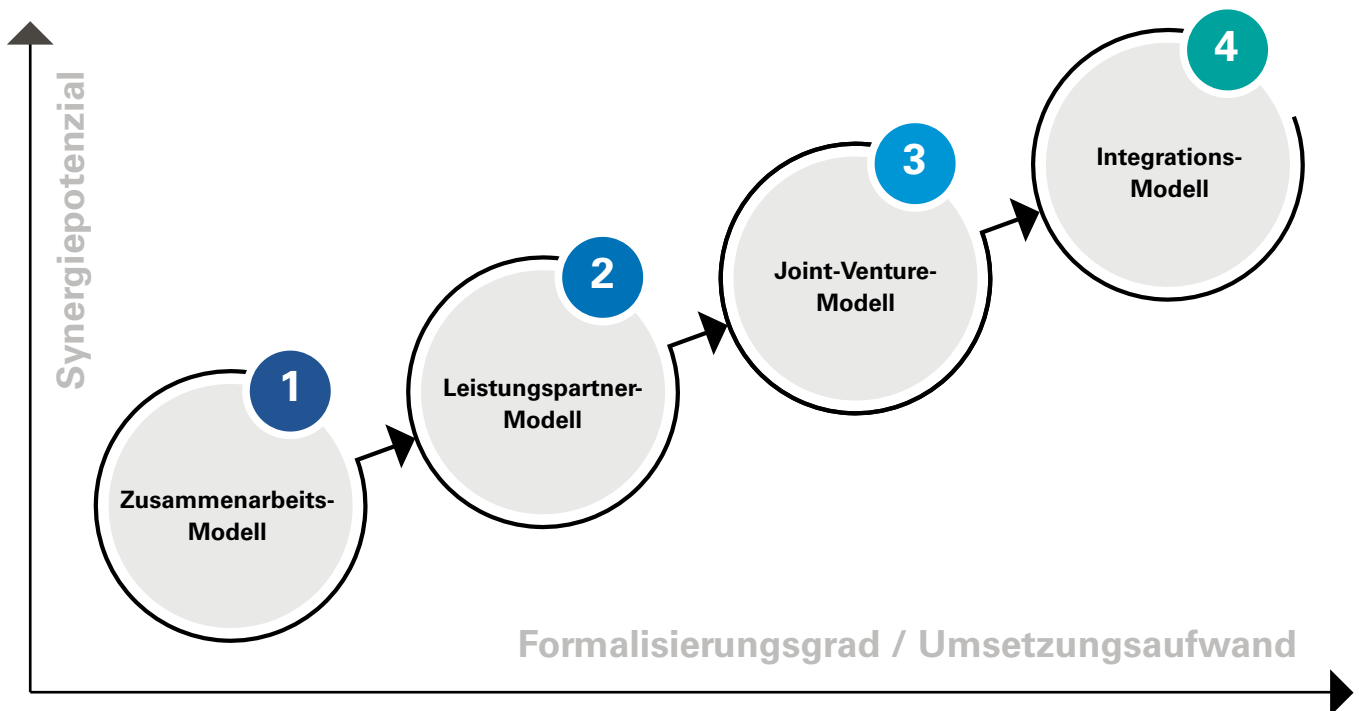
Nachfolgende Ausführungen beleuchten die Kooperationen zwischen Leistungserbringern (Spitälern, Reha-Kliniken, Psychiatrien). Kooperationen mit anderen Partnern wie Versicherungen, Pharmaunternehmen, Forschungseinrichtungen etc., welche ebenfalls von grosser Bedeutung sind, werden hier nicht näher betrachtet, sondern an anderen Stellen in dieser Publikation beleuchtet.

Im Kern stellen sich für Leistungserbringer folgende Fragen:

- Was treibt Kooperationen an und wo kann Mehrwert entstehen?
- Welche Kooperationsformen gibt es und wie sind diese zu bewerten?
- Wie kann der richtige Kooperationspartner gefunden werden und was ist dabei zu beachten?
- Welche Erfolgsfaktoren können für das Gelingen einer Kooperation definiert werden?

Treiber von Kooperationen

Im Hinblick auf erfolgreiche, effiziente Kooperationen stehen auf der Angebotsseite die Schaffung durchgängiger Behandlungspfade und die Ausweitung der Zuweiserbasis im Vordergrund. Gelingt eine nahtlose und professionelle Anbindung mehrerer Behandlungsstationen über mehrere Leistungserbringer hinweg, können die Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit deutlich gesteigert werden. Zudem können Schnittstellenkosten reduziert werden. Durch die gezielte Zusammenarbeit mehrerer Leistungserbringer kann die gemeinsame Zuweiserbasis erweitert werden, was zur Stärkung der Ertragskraft aller Partner beiträgt. So entsteht substanzieller Mehrwert. Ebenfalls attraktiv ist der gemeinsame Ausbau des Leistungsangebots mit dem Ziel einer qualitativ hochstehenden Versorgung. Gerade im Zuge von COVID-19 ist zudem der verstärkte Wissenstransfer aktuell, vor allem im hochspezialisierten Bereich.



Die zunehmend erkennbaren Probleme betreffend «Pflegenotstand» und «Ärztmangel» erfordern eine innovative Nutzung der Personalressourcen. Mehrere Leistungserbringer können durch neue, gemeinsam entwickelte Arbeitsplatzkonzepte, Arbeitszeitmodelle und Personalpools ihre Ressourcen synergetisch nutzen und ihre Arbeitgeberattraktivität erhöhen. Nicht nur im Bereich der Personalressourcen bestehen Potenziale, sondern auch in traditionellen Kooperationsbereichen. Gemeint ist hier insbesondere die forcierte Nutzung von teuren medizinischen Geräten, wodurch eine deutliche Steigerung der Auslastung erreicht und Effizienzeffekte erzielt werden können.

Aus Sicht der Finanzen können exemplarisch zwei wesentliche Treiber zitiert werden: Vielerorts sind die bekannten internen Kostenpotenziale zu grossen Teilen ausgereizt, was neue Lösungen zur Verbesserung der Kostenbasis erfordert, wie z. B. innovative und kraftvolle Einkaufsgemeinschaften. Führt man sich die im Rahmen unserer Digitalisierungsstudie (s. Seite 16) identifizierten Investitionsvorhaben der Leistungserbringer in der Grössenordnung von über 1 Milliarde CHF vor Augen, so wird klar, dass derartige Investitionsmittel deutlich besser gemeinsam als alleine aufgebracht werden. Das Pooling von digitalen Lösungen ist für Leistungserbringer ein Gebot der Stunde.

Im Grundsatz lohnen sich demnach Kooperationen zwischen Leistungserbringern aus unterschiedlichen Perspektiven. Ob diese gelingen, hängt massgeblich auch mit der Wahl der richtigen Kooperationsform zusammen. Doch welche Formen existieren überhaupt?

Alternative Kooperationsformen und deren Bewertung

Im Schweizer Gesundheitsmarkt sind verschiedene Formen von Kooperationen anzutreffen. Sie unterscheiden sich einerseits durch den Formalisierungsgrad der Zusammenarbeit und den damit verbundenen Umsetzungsaufwand und andererseits durch das erzielbare Synergiepotenzial. So reicht das Spektrum, wie die Abbildung oberhalb zeigt, von einer losen Zusammenarbeit über das Leistungspartner- und das Joint-Venture- bis hin zum Integrationsmodell.

1 Loses Zusammenarbeits-Modell

In dieser Form arbeiten die Partner in definierten Feldern aktiv zusammen, bleiben jedoch rechtlich vollkommen selbständig und wirtschaftlich unabhängig. Die gegenseitig erbrachten Leistungen können – müssen aber nicht – abgegolten werden. Das Zusammenarbeits-Modell bietet zahlreiche Möglichkeiten, wie z. B. Dienstabdeckung in einzelnen Fachgebieten, Wissenstransfer und gemeinsame

Schulungen, Datenaustausch und Benchmarking. Die Vorteile des Modells liegen primär in seiner raschen, einfachen und kostengünstigen Umsetzung; als Nachteile können die geringe Verbindlichkeit der Zusammenarbeit sowie die damit einhergehenden geringeren Qualitäts- und Kosteneffekte genannt werden.

Praxisbeispiele

Zusammenarbeit der Hirslanden Andreas Klinik in Cham mit dem Zuger Kantonsspital im Rahmen von COVID-19 zwecks temporärem Personalverleih. Kooperation zwischen dem Kantonsspital Baselland und Swiss Medical Network im Bereich Schmerztherapie: Swiss Medical Network soll dem Kantonsspital künftig stationäre Patientinnen und Patienten aus den Bereichen Wirbelsäulenchirurgie und Neurologie überweisen. Die ambulante Versorgung wird weiterhin von beiden Organisationen angeboten.

2 Leistungspartner-Modell

Ein Partner erbringt für den jeweils anderen Partner gegen Entgelt spezifische Leistungen. Beide bleiben hierbei rechtlich selbständig und wirtschaftlich unabhängig. Das Leistungspartner-Modell kann dabei sowohl für medizinisch-pflegerische Leistungen, wie z. B. die Inanspruchnahme der Anästhesie oder die Nutzung der Apotheke des Partners, als auch für Support-Funktionen, wie z. B. IT-Dienstleistungen oder die Nutzung der Wäscherei, angewandt werden. Vorteile: Beitrag zur Erreichung von Mindestfallzahlen, Potenzial zur Verbesserung der Angebotsqualität oder Bereinigung des Angebotsportfolios, Ausschöpfung von Einkaufsvorteilen etc. Nachteile des Modells sind unter anderem, die Abhängigkeit des Leistungsempfängers, Konfliktpotenzial betreffend Abrechnung und Know-how-Verlust des abgebenden Partners.

Praxisbeispiele

Kooperation des Stadtsitals Waid und Triemli in Zürich mit der Klinik Valens, wobei diese das Rehasentrum Triemli Zürich als zentrumsnahe Rehabilitation aufbauen und betreiben wird. Betrieb der Radiologie im Regionalspital Surselva durch das Kantonsspital Graubünden (Chur).

3 Joint-Venture-Modell

Die Partner gründen eine (oder mehrere) gemeinsam getragene Betriebsgesellschaft(en) – auch Joint Venture(s) genannt – und lagern spezifische Leistungen in diese aus bzw. integrieren neue Leistungen. Beide Partner bleiben rechtlich selbständig und wirtschaftlich unabhängig. Das Joint Venture hingegen tritt am Markt als eigenständige Gesellschaft auf. Joint Ventures können wiederum für medizinisch-pflegerische Leistungen, wie z. B. ein gemeinsames ambulantes OP-Zentrum, als auch für Support-Funktionen,

wie z. B. ein gemeinsames IT-Center, genutzt werden. Zusätzlich zu den Vorteilen des Leistungspartner-Modells lassen sich folgende Pluspunkte beim Joint-Venture-Modell nennen: Teilung von Risiko und Gewinn/Verlust, Synergien im Bereich Know-how durch Bildung von Kompetenzzentren. Zusätzliche Nachteile sind der hohe Investitionsbedarf, die eingeschränkte Flexibilität und die anspruchsvolle Managementkomplexität.

Praxisbeispiele

Radio-Onkologie Joint Venture der Insel Gruppe und der Solothurner Spitäler in Solothurn. Durch die Kooperation der Partner kann ein Linearbeschleuniger auf universitärem Niveau betrieben werden. Joint Venture für Behandlungen des Bewegungsapparats zwischen der Privatklinik Gut in St. Moritz und dem Spital Oberengadin in Samedan ab Sommer 2022. Alle Orthopädie- und Traumatologie-Patientinnen und -Patienten sollen in Samedan behandelt werden, während in St. Moritz eine gemeinsame Permanence für Notfälle und Sprechstunden (ohne Operationsbetrieb und Bettenstation) geplant ist.

4 Integrations-Modell

Die Partner geben ihre rechtliche Selbständigkeit und wirtschaftliche Unabhängigkeit auf. Sie werden vollständig in eine bestehende oder neu gegründete Gesellschaft integriert. Eine Integration ist in der Regel mit einer weitreichenden strategischen Neuausrichtung, strukturellen Transformation und kulturellen Veränderung verbunden. In der Regel sind die daraus resultierenden Markt-, Kosten- und Know-how-Synergien im Vergleich zu jenen der anderen Kooperationsmodelle hier am grössten. Nachteilig zu werten sind vor allem die mit der kulturellen und strukturellen Integration verbundenen Investitionen.

Praxisbeispiele

(Teil-)Integration des Spitals Zofingen in das Kantonsspital Aarau. Geplante Fusion der Spitäler Wetzikon und Uster zur gemeinnützigen Gesundheitsversorgung Glattal und Zürcher Oberland AG

Die passenden Kooperationspartner finden

Kooperationsorientierte Leistungspartner sind laufend daran interessiert, neue Partner kennenzulernen und Potenziale hinsichtlich einer möglichen Zusammenarbeit auszuloten. Hierbei hat sich folgendes Vorgehen bewährt:

- Potenzielle Kooperationskandidaten entlang der Geschäftsprozesse identifizieren
- Kurzprofile der Kandidaten auf Basis von Recherchen erstellen
- Erstgespräch mit Kooperationskandidaten führen und Ersteinschätzungen vornehmen
- Kooperationsgespräche vertiefen und Zusammenarbeit konkretisieren
- Kooperationsvertrag ausarbeiten/abschliessen und Zusammenarbeit aufnehmen

Folgende Kernfragen sollte sich die Geschäftsleitung stellen

- Wie passt die Kooperation in unser bisheriges Kooperationsportfolio? Was gewinnen, was verlieren wir?
- Was erwarten wir konkret vom Kooperationspartner?
- In welchem/welchen Bereich(en) entsteht ein Mehrwert für uns?
- Wie sieht die finanzielle Perspektive der Kooperation aus? (Ertragssteigerung bzw. Kostensenkung)
- Welche (infra-)strukturellen, personellen und kulturellen Auswirkungen hat die Kooperation für uns?
- Auf welche Faktoren müssen wir im Kooperationsvertrag besonders achten?
- Wie können wir den Erfolg der Kooperation messen? Wann haben wir unser Kooperationsziel erreicht?

Wesentlich ist auch, dass für die Suche und Auswahl sowie das Management und Monitoring der Kooperationen entsprechende In-house-Ressourcen für ein professionelles Kooperationsmanagement aufgebaut werden. Diese fehlen häufig in den betreffenden Spitälern, Rehas bzw. Psychiatrien. Demzufolge können der VR bzw. CEO oftmals nicht genau sagen, was für einen Mehrwert die Kooperation mit diesem oder jenem Partner letztlich wirklich geschaffen hat.

Wesentliche Faktoren für erfolgreiche Kooperationen

Aus unserer Erfahrung lassen sich am Markt diverse Gründe für das Scheitern von Kooperationen beobachten: Unklare Vertragsverhältnisse, ein fehlendes Commitment der Partner oder eine unzureichende Erfolgsmessung sind einige Beispiele. Auf Basis dieser für die Leistungserbringer oftmals leidvollen Erfahrungen lassen sich folgende **8 Faktoren** definieren, die den Grundstein für eine erfolgreiche Kooperation legen:

1. Gemeinsame Vision/gemeinsames Grundverständnis der Zusammenarbeit
2. Vereinbarkeit der Behandlungs- und Pflegestandards
3. Klare Verträge: Detaillierte Festlegung der Rechte/Pflichten (u.a. Ergebnisbeteiligung)
4. Win-win-Situation für beide Partner – auch für die Mitarbeitenden ein erkennbarer Mehrwert
5. Finanzielle Stabilität beider Partner
6. Professionelles Kooperationsmanagement und Entwicklung einer Eigendynamik
7. Personelles und kulturelles «Matching» der beiden Organisationen
8. Periodisches Monitoring der Leistungs- und Finanzentwicklung

Wir haben für die Beurteilung der Funktionsfähigkeit von Kooperationen ein «Kooperationsradar» entwickelt, anhand dessen die Maturität der Zusammenarbeit auf strukturierte Weise gemessen und bewertet werden kann. Dieses Instrument wurde in verschiedenen Projekten erfolgreich eingesetzt. Es bietet die Möglichkeit, bestehende Kooperationen zu bewerten und daraus konkrete Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten, aber auch mögliche zukünftige Kooperationen auf ihre Erfolgchancen hin im Vorfeld zu beurteilen und so den Grundstein für eine erfolgreiche künftige Zusammenarbeit der betreffenden Partner zu legen.

Föderale Kompetenzen als Erfolgsrezept für das Gesundheitssystem Schweiz

Dr. Lukas Engelberger, Regierungsrat von Basel-Stadt und Vorsteher des Gesundheitsdepartements sowie Präsident der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, äussert sich im Interview zu den Themen Gesundheitssystem Schweiz und COVID-19.

Inwiefern hat sich das Gesundheitssystem Schweiz unter COVID-19 bewährt?

Die Kantone sind für die Gesundheitsversorgung verantwortlich und haben bewiesen, dass sie diese Aufgabe auch während der Krise gut erfüllt haben. Ihnen ist es gemeinsam mit den Spitälern gelungen, innerhalb kürzester Zeit zusätzliche Intensivpflegeplätze aufzubauen. Insgesamt ist die Schweiz auch im Bereich des Gesundheitswesens bisher gut durch die Krise gekommen. Jetzt müssen wir wachsam bleiben, um eine zweite Welle zu verhindern und das System nicht einer erneuten Belastungsprobe auszusetzen.

Wie haben Sie die Rolle der Kantone während der COVID-19-Pandemie wahrgenommen? Hat die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen funktioniert?

Zu Beginn gab es leichte Anlaufschwierigkeiten, zum Beispiel als die Kantone Regeln für Veranstaltungen bis 1000 Teilnehmende aufstellen mussten. Für eine Absprache zwischen den Kantonen fehlte die Zeit. Alles in allem konnten sich die Kantone aber meist gut einbringen – auch in so einer ausserordentlichen Lage wie dieser, in der die Kompetenzen grösstenteils beim Bund lagen. Seit der weitgehenden Aufhebung der Massnahmen und dem Ausstieg aus der ausserordentlichen Lage liegt die Hauptverantwortung nun wieder direkt bei den Kantonen.

Sie können bei einem Anstieg der Fallzahlen geeignete Massnahmen ergreifen. Diese sollten mit den benachbarten Kantonen abgestimmt sein, falls es aufgrund der Virenverbreitung erforderlich ist, sie regional zu implementieren. Und selbstverständlich bleibt der Dialog mit dem Bund zentral.

Was waren die «Lessons learned» – auch in Bezug auf die zukünftige Gesundheitsversorgungs- und Spitalplanung?

Anfänglich gab es teilweise Engpässe beim Schutzmaterial. Diesbezüglich müssen alle Beteiligten ihre Pandemiepläne überarbeiten. Die Themen «Eigenproduktion» beziehungsweise «Liefersicherheit» dürften an Gewicht gewinnen, auch für Medikamente und Medizinalprodukte. Es muss auch unmissverständlich geklärt werden, wer für die Finanzierung welcher Massnahmen zuständig ist. Auch hat sich gezeigt, dass die interkantonale Kooperation noch gestärkt werden kann. Dies gilt auch für die ordentliche Lage.

Der Bundesrat will die Rahmenbedingungen für Spitäler so ändern, dass nur noch die effizientesten überleben werden. Wurde mit COVID-19 der Beweis erbracht, dass dies der falsche Weg ist?

Die Kantone richten ihre Spitalplanung bereits heute stark nach dem Wirtschaftlichkeitskriterium aus. Mit den

**Über Dr. Lukas Engelberger**

Dr. Lukas Engelberger ist seit 2014 Regierungsrat von Basel-Stadt und Vorsteher des Gesundheitsdepartements. Seit 1. Juni 2020 amtet er zudem als Präsident der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Von 2004 bis 2014 war er Mitglied des Basler Kantonsparlaments. Vor seiner Wahl in die baselstädtische Regierung arbeitete er als Rechtskonsulent bei Hoffmann-La Roche. Lukas Engelberger studierte Rechtswissenschaften in Basel, Fribourg und London.

Vorschlägen des Bundesrates würde die Spitalversorgung jedoch praktisch ausschliesslich über das Kostenkriterium gesteuert. Die Versorgung muss aber auch bedarfsgerecht und qualitativ hochstehend sein. Die Vorlage würde die Kantone in ein viel zu enges Korsett zwingen. Dem können wir nicht zustimmen – schon gar nicht mit den Erfahrungen aus der Pandemie.

Diese Ausgabe des Clarity on Healthcare erscheint unter dem Titel «Kooperationen». Hat sich Ihrer Beobachtung nach die Entwicklung neuer Kooperationsformen zwischen den Kantonen bzw. unter den Spitälern im Zuge der COVID-19-Pandemie beschleunigt?

Eine entsprechende Tendenz war sicherlich feststellbar. Die Spitäler haben sich gegenseitig im Rahmen ihrer Möglichkeiten (Stärken und Schwerpunkte) während der «akuten» COVID-19-Phase tatkräftig unterstützt. Aus diesen Erfahrungen dürfte auch die eine oder andere verstärkte Kooperation hervorgehen. Bei den Kantonen waren unterschiedliche Herangehensweisen zu sehen,

z. B. die Lösung mit einem Kohortenspital im Kanton Basel-Landschaft oder die Verbundlösung im Kanton Basel-Stadt. Trotzdem haben die Kantone gut miteinander kooperiert. Es haben sich aber auch Punkte herauskristallisiert, die besser abgesprochen beziehungsweise institutionalisiert werden sollten.

Wie stehen Sie zu möglichen Kooperationen zwischen Life-Science-Unternehmen, Hochschulen (Beispiel: ETH Zürich) und Universitäts-spitälern? Wo liegen Ihres Erachtens die Chancen, aber auch die Grenzen?

Grundsätzlich stehe ich solchen Kooperationen äusserst positiv gegenüber. Im Idealfall befruchten sich die Kooperationspartner mit ihren Stärken und Besonderheiten – und daraus entstehen oftmals praktische und innovative Lösungen. Grenzen sehe ich dort, wo die eine oder andere Seite den jeweiligen Partner überspielen oder absorbieren würde, sodass nicht mehr das Gemeinsame im Vordergrund stünde. Eine gesunde Autonomie sollte zwischen den Kooperationspartnern immer noch gewährleistet sein.



Bild: Marc-André Giger, KPMG (links) im Gespräch mit Dr. Lukas Engelberger, GDK (rechts).

«Der Begriff ‹integrierte Versorgung› steht für eine bessere Vernetzung und Koordination.»

Sie präsidieren seit 1. Juni 2020 die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Welches sind die Schwerpunkte der GDK in den kommenden Jahren?

Die Anliegen und Positionen der Kantone wurden in der Bundespolitik zuletzt oft übergangen, sei es bei der EFAS (einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen der Krankenversicherung), sei es bei den Vorschlägen des Bundesrates zur Spitalplanung und Tarifiermittlung. Föderale Kompetenzen und Ansätze werden immer noch – und unbegründet – als Entwicklungsbremse dargestellt. Dabei sind sie ein Erfolgsrezept. Die Akteure im Gesundheitswesen agieren oft zu Gunsten von Einzelinteressen. Es sind kaum gemeinsame Lösungen möglich, wie der jahrelange Stillstand bei der ambulanten Tarifstruktur zeigt. Hier könnten die Kantone beziehungsweise die GDK vermehrt eine Vermittlerrolle einnehmen. Kurz- und mittelfristig gilt es nun, die hängigen Bundesvorlagen seriös auszugestalten und umzusetzen sowie die COVID-19-Krise erfolgreich zu bewältigen, indem Langzeitschäden für das Gesundheitswesen vermieden und Lehren für die Bewältigung künftiger Krisen daraus gezogen werden.

Wo sehen Sie die wichtigsten Stellhebel für das Schweizer Gesundheitswesen im Hinblick auf mehr Qualität sowie eine effizientere und gleichzeitig bedarfsgerechte Versorgung?

Noch immer ist die Gesundheitspolitik sehr stark auf die sogenannte kurative Medizin ausgerichtet. Dabei wird vergessen, dass im Bereich des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung und der Prävention noch ein riesiges Potenzial brachliegt. Diesen Bereich können wir durch stärker integrierte Versorgungsnetze fördern. Die Umsetzung der Qualitätsvorlage wird ab nächstem Jahr zu mehr Qualitätstransparenz führen. Und die Bevölkerung muss einen regionalen Zugang zu den Grundversorgungsleistungen haben, während stärker spezialisierte Behandlungen zunehmend zentraler erfolgen sollten.

Die GDK hat einen Leitfaden zum Thema ‹integrierte Versorgung› herausgegeben. Wo sehen Sie die spezifischen Möglichkeiten in der Schweiz?

Aufgrund der Spezialisierung in der Medizin sind heute viel mehr Fachpersonen an der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten beteiligt als noch vor ein paar Jahren. Diese Entwicklung birgt die Gefahr von Mehrfachbehandlungen oder Überdiagnostik. Der Begriff ‹integrierte Versorgung› steht für eine bessere Vernetzung und Koordination entlang des Behandlungspfades. Diverse Kantone setzen sich seit Längerem mit dem Thema auseinander. Das Potenzial ist heute aber bei Weitem noch nicht ausgeschöpft. Zudem bestehen grosse regionale Unterschiede. Die integrierte Versorgung ist für die Patientinnen und Patienten vorteilhaft und führt zu besseren Ergebnissen bei tieferen Kosten. Sie kann also einen Beitrag zur Eindämmung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen leisten.

Wie müssten die Rahmenbedingungen geändert werden, um diese Entwicklung, die erwiesenermassen zu mehr Qualität und günstigeren Kosten führt, zu beschleunigen?

Der Nationalrat fordert die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) – es sollen also auch die ambulanten Leistungen von den Kantonen und den Krankenversicherern gemeinsam finanziert werden. Ausgerechnet die Pflegeleistungen von Spitex und Pflegeheimen will der Nationalrat bei der Reform jedoch ausklammern. Das schwächt die Anstrengungen zur Stärkung der integrierten Versorgung, denn in der Pflege ist heute der grösste Bruch in der Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu beobachten.

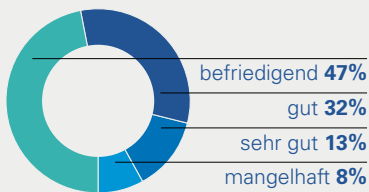
Studie: Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die wichtigsten Erkenntnisse

«Unsere Mitarbeitenden möchten Videokonsultationen beibehalten und haben Hunger nach mehr!»

Michael Rolaz, Leiter Strategie und Projekte KSBL

Vorbereitung digitale Transformation



Wo liegt das grösste Potential zur Optimierung der Kernprozesse?



Wo liegt das grösste Potential zur Optimierung der Supportprozesse?



«Eine positive Erkenntnis von COVID-19 ist die Begeisterungsfähigkeit der Mitarbeitenden für Veränderungen. Die Lust, Neues zu wagen, ist grösser als zuvor.»

Uwe E. Jocham, Direktionspräsident der Insel Gruppe

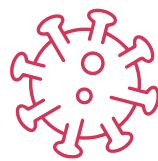
Top 3 Hindernisse der digitalen Transformation



«Insgesamt hat COVID-19 die grosse Bedeutung des Themas Digitalisierung in den Fokus der Spitalführung gerückt und zwar auf breiter Ebene.»

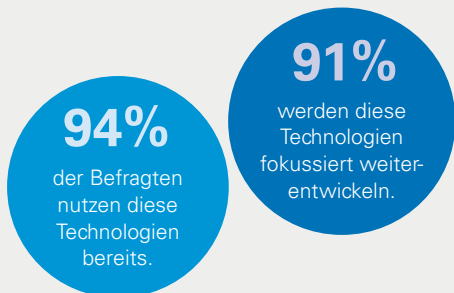
Martin Banaszak, CFO Spital Bülach

COVID-19



Beschleunigung Transformation

Investitionsfokus auf Workflow-Tools, wie z.B. ERP-Systeme und KIS



Was sagen die CEO's?



Ein Kulturwandel wurde angestossen – weg von herkömmlichen hin zu virtuellen Interaktionsformen.



Entscheide konnten rasch und unkompliziert getroffen und die finanziellen Ressourcen gesprochen werden.



Dank Druck und Notwendigkeit wurden Hindernisse im Behandlungsprozess überwunden.

«Wir brauchen in der Schweiz 6 bis 7 Spitalregionen. Bedingung dafür ist eine gemeinsame ICT.»

Urs Baumberger, Spitaldirektor Kantonsspital Nidwalden

Schweizer Spitäler werden digital - die Pandemie beschleunigt die Transformation

Der Einsatz von Mobile- und Digital-Health-Lösungen wurde massiv beschleunigt. Unsere Untersuchung zeigt markante Unterschiede vor und seit COVID-19.

Waren bis vor wenigen Monaten die Leistungserbringer im Schweizer Gesundheitswesen gemäss unserer Studie (Zeitraum: Winter 2019) noch wenig digital unterwegs, erlebte das Schweizer Gesundheitswesen infolge von Corona einen markanten Digitalisierungsschub. Dies zeigt unsere aktuelle Umfrage mit 10 Verwaltungsratspräsidenten, CEOs und Geschäftsleitungsmitgliedern von Universitäts-spitälern, Zentrumsspitalern, Rehakliniken und Psychiatrien.

Zum Zeitpunkt als die Ergebnisse unserer Studie zur digitalen Transformation von Schweizer Leistungserbringern im Gesundheitswesen vorlagen, war COVID-19 für die Schweiz noch «weit weg», und die Frage, ob das Schweizer Gesundheitswesen in puncto Digitalisierung für pandemische Ereignisse gewappnet sei, nur hypothetisch geklärt. Einige Monate später haben wir bei einzelnen Leistungserbringern* nochmals nachgefragt und einen tieferen Einblick erhalten. Doch blenden wir zuerst zurück auf unsere Digitalisierungsstudie vom Dezember 2019.

«Wir haben faktisch die Arbeiten von zwei Jahren innert zwei Monaten erledigt. Und das Spannende war: Plötzlich standen ‹unbeschränkt› Mittel zur Verfügung.»

Andrea Rytz, CEO Schulthess Klinik

* Folgende Leistungserbringer haben an der Umfrage im Sommer 2020 teilgenommen: aarReha, die Clenia, das Ospedale Regionale di Lugano, das Gesundheitszentrum Unterengadin, die Insel Gruppe, das Kantonsspital Baselland sowie das Kantonsspital Nidwalden, die Psychiatrie Baselland, die Schulthess Klinik und das Spital Bülach.



Vor COVID-19: Wo stehen Schweizer Leistungserbringer im Gesundheitswesen?

An der im Winter 2019 durchgeführten Studie zum Stand der digitalen Transformation bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben sich 20 Akutspitäler (Universitätsspitäler und überwiegend Zentrumsversorger), 11 Rehakliniken und 7 Psychiatrien (überwiegend kantonale psychiatrische Dienste), also insgesamt 38 Leistungserbringer, beteiligt. Die Studie hat gezeigt, dass die digitale Transformation bei über 70 Prozent der Befragten eines der Top-3-Themen ist, das die Organisationen im Gesundheitswesen aktuell beschäftigt. Dennoch sahen sich lediglich 13 Prozent der Befragten «sehr gut» auf die digitale Transformation vorbereitet.



Seit COVID-19: Wie beurteilen die Leistungserbringer die Situation nach der ersten Coronawelle und wo sehen sie die grössten Defizite?

Das Fazit zeigt eine verhältnismässig komfortable Situation. Insbesondere die Verantwortlichen der Insel Gruppe sahen sich in ihrer strategischen Positionierung bestätigt. Eine rasche Reaktion auf die neue Herausforderung war möglich. Uwe E. Jocham, Direktionspräsident: «Es waren nicht nur die Support-Funktionen, die im Remote-Modus arbeiteten: Das Home-Office setzte sich immer mehr auch in der medizinischen Leistungserbringung und bei den Arbeitsschritten ohne Patientenkontakt durch. Damit verbunden waren eine Effizienzsteigerung und eine subjektiv empfundene, qualitative Aufwertung des Arbeitsplatzes.»

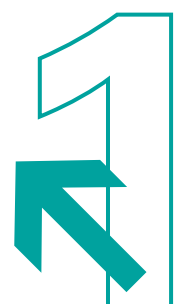
Die Schulthess Klinik sah sich mit ihren bereits implementierten IT-Backbone-Systemen – ERP sowie KIS – ebenfalls gut vorbereitet. Die Umsetzung der formulierten Strategie hat sich aber gemäss CEO Andrea Rytz durch COVID-19 massiv beschleunigt. «Die Arbeiten von zwei Jahren wurden innert zwei Monaten erledigt.»

Telemedizin und Videokonsultationen haben – wie bei allen Befragten – markant an Bedeutung gewonnen. Dies wird auch am Beispiel der Clenia-Privatklinikgruppe für Psychiatrie und Psychotherapie deutlich. Sie hatte kurz vor dem Lockdown eine digitale Lösung ausgerollt, um Online-Interventionen in die reguläre Psychotherapie zu integrieren. «COVID-19 war folglich die Hauptprobe für Videotherapien», hält CEO David Bosshard fest. Und: «Wir können sagen, wir waren gerade noch rechtzeitig vorbereitet.»

Beim Kantonsspital Baselland waren die Instrumente für Videokonsultationen bereits vor COVID-19 verfügbar, wurden bislang aber kaum eingesetzt. Michael Rolaz, Leiter Strategie und Projekte, fasst zusammen: «Das Tolle an den neu genutzten Technologien ist: Unsere Mitarbeitenden möchten sie behalten und haben Hunger nach mehr.»

Fazit 1

Die Einblicke nach der ersten Coronawelle haben gezeigt, dass diese Leistungserbringer während COVID-19 rasch neue digitale Angebote implementieren konnten, da sie bereits solide aufgestellt waren.





Vor COVID-19: Was sind die digitalisierungsstrategischen Stossrichtungen?

Das grösste Digitalisierungspotenzial besteht bei den Kernprozessen, bei der Zuweisung, Aufnahme und Behandlung der Patientinnen und Patienten sowie bei den Support-Prozessen wie Codierung/Fakturierung und Logistik/Belegungsmanagement. Um diese Potenziale auszuschöpfen, sollte der Investitionsfokus auf den Workflow-Tools (ERP-Systemen, KIS etc.) liegen. Gemäss unserer Studie planen denn auch 91 Prozent der Befragten, in diese Tools zu investieren. Zudem zeigen die Auswertungen, dass die Leistungserbringer im Schnitt in den nächsten fünf Jahren jeweils ca. 4 Mio. CHF in digitale Transformationsprojekte investieren wollen.



Seit COVID-19: Werden die Digitalisierungsstrategien der Leistungserbringer aufgrund des Pandemieereignisses überarbeitet?

Die Antwort ist nicht eindeutig: Einzelne Institutionen setzen ihre Strategie – die Investition in Workflow-Tools – wie geplant um. Andere Leistungserbringer tun dies zwar auch, orten aber zusätzlich die Chance, ihren Digitalisierungsfokus zu erweitern.

Beat Schläfli, CEO aarReha: «Durch COVID-19 hat sich bei uns ein neues strategisches Geschäftsfeld eröffnet: Wir denken darüber nach, unsere Patientinnen und Patienten «remote» zu begleiten, indem wir sie via Videocall bei ihren Therapieübungen beobachten und entsprechend anleiten. Das hätten wir uns und unseren Patientinnen und Patienten vor der Coronapandemie nicht zugetraut.»

Die Strategie des Kantonsspitals Nidwalden (KSNW) wird laut Direktor Urs Baumberger konsequent weitergeführt. Baumberger konkretisiert: «Das KSNW steht nach COVID-19 finanziell immer noch gut da, muss allerdings die Investitionsplanung überprüfen und allenfalls überarbeiten.» In diesem Zusammenhang äussert er einen fundamentalen Gedanken: Um die Herausforderungen und Investitionen der Zukunft zu stemmen, brauche es in der Schweiz nur noch 6 bis 7 Spitalregionen. Innerhalb dieser Regionen sollten alle Leistungserbringer sehr gut koordiniert und durch eine gemeinsame ICT digital vernetzt werden. «Kooperation» lautet das Stichwort. Dabei soll ein Zentrums- oder Universitätsspital pro Region den Lead übernehmen. Baumberger legt dar: «In der Zentralschweiz ist dies das Luzerner Kantonsspital. 2021 wird das KSNW zur Spital Nidwalden AG

«Durch COVID-19 hat sich bei uns ein neues strategisches Geschäftsfeld eröffnet: Wir denken darüber nach, unsere Patientinnen und Patienten ‹remote› zu begleiten.»

Beat Schläfli, Direktor aarReha

und eine Tochtergesellschaft der Luzerner Kantonsspital AG. Danach soll eine ICT-Integration folgen. Mit dem vollintegrierten Klinikinformationssystem Epic ist zudem eine sehr gute Vernetzung mit den Praxisärztinnen und Praxisärzten sowie den Patientinnen und Patienten gewährleistet.»

Auch Joachim Koppenberg, Direktor Gesundheitszentrum Unterengadin, sieht keinen dringlichen Anpassungsbedarf. Bedingt durch die periphere Lage, hat sich das Gesundheitszentrum schon früh mit Integration und Digitalisierung beschäftigt und ist heute relativ weit fortgeschritten. In diesem Sinne wird weiterhin stark auf die Vernetzung zwischen den Leistungserbringern fokussiert. Koppenberg erklärt, dass dank der bestehenden Integration das «Ökosystem Gesundheit» innerhalb der Region weiterhin funktioniert habe und die Herausforderung COVID-19 gemeinsam gemeistert wurde.

●● Fazit 2:

Die nach der ersten Coronawelle durchgeführten Gespräche stützen die Ergebnisse der Studie 2019. In Workflow-Tools wird weiterhin stark investiert. Zusätzlich orton einzelne Leistungserbringer im Zuge von COVID-19 neue strategische Geschäftsfelder.



Schlüsselerkenntnisse der Führungsverantwortlichen

- Hohe Investitionssummen wurden sofort bewilligt.
- Die medizinischen Prozesse durchliefen einen «Digitalisierungsboost».
- Die Patientinnen und Patienten forderten mehr und mehr digitale Lösungen.
- Die extern getriebenen Veränderungen bewirkten einen Kulturwandel bei den Mitarbeitenden.
- Es bleibt die Herausforderung der digitalen Vernetzung der Leistungserbringer – für einen effizienten Datenaustausch.





Vor COVID-19: Wo sieht man Hindernisse auf dem Weg zur digitalen Transformation?

Auf dem Weg zur digitalen Transformation hat unsere Studie Hindernisse eruiert. Die Resultate zeigen, dass die Komplexität der IT-Landschaft und der Mangel an Ressourcen oder Know-how von den Leistungserbringern als grösste Hürden betrachtet werden. Aber auch der Mut zur Veränderung spielt eine zentrale Rolle. Die Leistungserbringer sind sich einig: 97 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass die digitale Transformation nur mit einer Veränderung der Unternehmenskultur erfolgreich sein wird. Dieser Veränderungsprozess wird nur durch professionelles Change Management gelingen.



Seit COVID-19: Wie sind die Digitalisierungshindernisse nach der ersten Coronawelle zu beurteilen? Konnten Hindernisse erfolgreich überwunden und Veränderungen realisiert werden, die zuvor undenkbar waren?

Die Antworten der Befragten fielen differenziert aus: Einige Hindernisse konnten rasch und unkompliziert überwunden werden, andere begleiten die Leistungserbringer noch länger, wie die Beispiele zeigen.

Im Spital Bülach hat COVID-19 die Wichtigkeit und Dringlichkeit des Themas «Digitalisierung» in den Fokus der Spitalführung gerückt, und zwar auf breiter Ebene. So wurden Entscheidungen viel schneller gefällt und finanzielle Mittel rascher gesprochen. Auch wurde innert kürzester Zeit eine Chat-/Videolösung für telemedizinische Sprechstunden eingeführt. CFO Martin Banaszak erklärt: «Die grosse Herausforderung bestand darin, eine Lösung zu evaluieren, die einerseits den datenschutzrechtlichen Vorschriften genügt und andererseits mit vertretbarem Aufwand in die IT-Umgebung der Spitalwelt integriert werden kann.»

In der Clenia-Privatgruppe konnten durch die von aussen getriebene Kulturveränderung Hindernisse überwunden werden, die zuvor unüberwindbar schienen. Dennoch steht für CEO David Bosshard fest, dass die Hindernisse die gleichen bleiben wie vor COVID-19: Insbesondere die Abgeltung von telemedizinischen Leistungen sei bis heute ungeklärt.

Was sagen die CEO's?



7 von 10 CEOs

konnten mit ihren Mitarbeitenden einen Kulturwandel anstossen – weg von herkömmlichen hin zu virtuellen Interaktionsformen innerhalb der Organisation, aber auch mit den Patientinnen und Patienten.



8 von 10 CEOs

stellten fest, dass Entscheide rasch und unkompliziert getroffen und die finanziellen Ressourcen gesprochen wurden, um die Digitalisierung zu beschleunigen.



9 von 10 CEOs

haben dank Druck und Notwendigkeit Hindernisse im Behandlungsprozess überwinden können. Apps und Telemedizin gehören heute zum Standard.

Auch das Ospedale Regionale di Lugano machte ähnliche Erfahrungen. COVID-19 hat Veränderungen in verschiedenen Bereichen ausgelöst und/oder beschleunigt sowie das Bewusstsein und die Flexibilität seitens der Mitarbeitenden erhöht. Direktor Luca Jelmoni ist sich sicher, dass ein Teil dieser Dynamik nachhaltig bestehen bleiben wird, und schätzt, dass Digitalisierungsprozesse in Zukunft bis zu 20 Prozent schneller umgesetzt werden können. Da im Zuge von COVID-19 die Nutzung von Telemedizin stark zugenommen hat, sieht Jelmoni bezüglich Abgeltung die gleiche Hürde wie Bosshard: «Es wäre wünschenswert, wenn diese Dynamik – unterstützt durch die Krankenkversicherer, auch durch entsprechende Abgeltungspositionen – erhalten bleiben könnte.»

Andrea Rytz, CEO Schulthess Klinik, berichtet: «Wir wussten bereits zu Beginn, wohin wir mit der Digitalisierung wollten. Somit war das Ganze in der Folge kein «Hosenlupf mehr.» Bisherige Defizite sieht Rytz vor allem in der Involvierung der Patientinnen und Patienten: «Wir müssen sie in Zukunft noch viel früher ansprechen – nämlich zu einem Zeitpunkt, zu dem sie noch gar nicht an uns denken. «Prävention» ist das Stichwort.»

Die Komplexität der IT-Landschaft bleibt für die Psychiatrie Baselland über COVID-19 hinaus eine zentrale Herausforderung. CEO Barbara Schunk detailliert, dass aus der Not heraus bei den Mitarbeitenden die Offenheit gegenüber Neuem geweckt werden konnte. Für Schunk ist klar: «Wir müssen aber noch einen Schritt weiter gehen und die Digitalisierung auch bei der Patientenbehandlung, unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien, zielgerichtet einsetzen. Unsere Mitarbeitenden sind heute offener für Veränderungen in diese Richtung – was bleibt, ist die Herausforderung, Investitionen finanziell tragen zu können.»

Beat Schläfli sieht die grössten Herausforderungen für aarReha in der Schnittstelle unter den Leistungserbringern. Seit Längerem wird versucht, die Schnittstellenthematik zu klären. Bis heute konnten keine branchenweiten Standards z.B. für die Übermittlung von Patientendaten definiert und umgesetzt werden. COVID-19 hat diese Thematik weder gebremst noch beschleunigt.

Auch die Insel Gruppe hat während COVID-19 positive Erfahrungen in Bezug auf die Begeisterungsfähigkeit der Mitarbeitenden für Veränderungen gemacht. Uwe E. Jochem präzisiert: «Unsere Mitarbeitenden konnten erleben, was Digitalisierung in ihrem konkreten Alltag bedeutet. Die Lust, Neues zu wagen, ist grösser als zuvor.» Für Jochem steht fest: «In der Krise wurde die zentrale Bedeutung der Universitätsspitäler deutlich. Wir übernahmen eine Leadership-Rolle für die ganze Region Bern und gewährleisteten mit unserem Wissen und raschem Handeln die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.»

●● Fazit 3:

Durch COVID-19 wurde ein Digitalisierungsschub ausgelöst. Viele Leistungserbringer konnten die Chance nutzen und ihren «digitalen Durchblick» stärken. Dennoch haben sich gewisse Hindernisse, wie der Mangel an finanziellen Ressourcen, akzentuiert. In diesem Zusammenhang scheint es sinnvoll und notwendig, an folgende Erkenntnis anzuknüpfen: Mehr als zwei Drittel der Befragten ziehen in Betracht, mit einem Wettbewerber gemeinsame digitale Entwicklungsinitiativen zu lancieren, um die damit verbundenen Kosten zu teilen (Kooperationsvorhaben).



«Weniger Bürokratie und mehr digitale Lösungen»



Prof. Dr. Alfred Angerer, ein Vertreter der wissenschaftlichen Forschungsspitze im Bereich Digital Health und Leiter der Fachstelle Management im Gesundheitswesen an der ZHAW, spricht in unserem Interview über seine Beobachtungen, wie Spitäler, Psychiatrien und Rehakliniken mit der Coronakrise umgegangen sind.

Unsere Digitalisierungs-Umfrage hat gezeigt, dass sich lediglich knapp 50% der befragten Leistungserbringer gut bis sehr gut auf die digitale Transformation vorbereitet fühlen. Wie beurteilen Sie die Situation nach der Coronakrise?

Ich würde drei Phasen unterscheiden: In den ersten Wochen nach dem Ausbruch der Pandemie lautete die Lösung «Machen». Digitale Lösungen wurden in dieser Phase 1 ohne grosse Bürokratie und mit wenig Widerstand umgesetzt. Home-Working war angesagt, Videokonferenzen wurden zum Standard.

Und jetzt sind wir in Phase 2?

Ja, genau. Nun kommt das «Reflektieren», verbunden mit der Frage: Welche Zusammenarbeitsformen wollen wir in Zukunft tatsächlich beibehalten? Dabei stelle ich eine grosse Varianz fest: Für die einen ist das Home-Office nur im Notfall eine valide Lösung. Für die anderen wird es in Zukunft eine echte Option darstellen.

Und Phase 3?

In dieser Phase geht es um das «Institutionalisieren». Was in der unmittelbaren Krise «hemdsärmelig» gelöst wurde – zum Beispiel ärztliche Konsilien, die online und mit unsicheren Software-Programmen stattfanden, und Dateien, die unter den Leistungserbringern unverschlüsselt via E-Mail übermittelt wurden, kann nun in Form einer dauerhaften, sicheren Lösung implementiert werden.

Ich denke: Vieles wurde während COVID-19 ausprobiert. Dadurch wurde dem häufig vorgebrachten Argument «Es geht nicht!» die Stirn geboten. Im Bereich der medizinischen Leistungserbringung wurde so manche Statue zu Fall gebracht. Und das Schöne dabei: Sowohl die Mitarbeitenden in den Kliniken wie auch die Patientinnen und Patienten haben Geschmack gefunden an den neuen Lösungen und jetzt Lust auf mehr.

Knapp 80% der befragten Leistungserbringer geben an, über eine Digitalisierungsstrategie zu verfügen. Gehen Sie davon aus, dass die Unternehmen ihre Digitalisierungsstrategie aufgrund von COVID-19 überdenken werden? Falls ja, in welche Richtung? Welche konkreten Digitalisierungsinitiativen könnten neu priorisiert werden?

Ich glaube nicht, dass eine inhaltliche Kehrtwende bei den jeweiligen Digitalisierungsstrategien stattfinden wird. Vielleicht ist jetzt aber für deren Umsetzung ein aggressiverer Zeitplan vorgesehen. Sicherlich werden intern Projekte neu priorisiert. Dabei geht es jedoch nicht um «Revolutionäres», sondern um «Basics», die man schon vor Jahren hätte implementieren sollen. Beispielsweise die Integration zeitgemässer Workflow-Tools, die Nutzung von Automatisierungsmöglichkeiten oder die Gestaltung von Prozessen gemäss Lean-Management. Wirklich Revolutionäres, wie vermehrte Initiativen im Bereich künstliche Intelligenz oder die Implementierung des 3D-Drucks, erwarte ich nicht – denn vergessen wir nicht: Für solche zukunftsorientierten Investitionen ist Geld nach wie vor knapp.

Wer die digitale Transformation vorantreiben möchte, sieht sich mit Hindernissen konfrontiert. Konnten Sie beobachten, dass solche Hürden während der COVID-Krise erfolgreich überwunden und Veränderungen realisiert werden konnten, die zuvor undenkbar waren?

Ja, auf jeden Fall. Denn in der Regel gibt es drei Hürden, die Innovationen so gut wie immer behindern. Als Hauptgrund wird stets das Geld genannt. Doch die Beobachtungen der letzten Monaten haben gezeigt: Als zum Beispiel Laptops für alle Mitarbeitenden sehr kurzfristig aufgrund der Home-Working-Massnahmen gebraucht wurden, war das Geld dafür sofort verfügbar.

Zweitens verspüren die Spitäler im Normalbetrieb keinen Veränderungsdruck. Warum sollte etwas verändert werden, wenn die Prozesse doch laufen? Bei jeder Veränderung gilt: Die Menschen brauchen dafür einen Grund – eine Antwort auf das «Warum».

In der Krise ist die Geldfrage in den Hintergrund getreten und die «Warum»-Frage hat sich nicht mehr gestellt, denn es war hoher Druck da. Und siehe da: Auf einmal waren Dinge möglich, die vorher undenkbar waren.

Denken wir an das Schlagwort «New Work»: Das Arbeiten von Zuhause aus wurde auch bei den Ärztinnen und Ärzten «salonfähig» – sie begannen, sich online mit ihren Kolleginnen und Kollegen abzusprechen, und auf einmal konnte man auf zahlreiche Meetings verzichten und sich vermehrt der Patientenarbeit widmen. Das war ein enormer Gewinn. Denn laut eigenen Messungen verbringen junge Ärztinnen und Ärzte bis zu 50 Prozent ihrer Arbeitszeit in Meetings.

Weitere Beobachtungen konnten wir im Therapiebereich machen. So wurde mit dem Dogma aufgeräumt, dass der Patient den Therapeuten in jedem Fall sehen müsse. Dies ist nicht mehr der Fall, wie Beispiele aus der Physiotherapie belegen, wo bereits begonnen wurde, mit Telekonsultationen zu arbeiten. Oder denken wir an die USA, wo zahnärztliche Untersuchungen mit einem Tool via Smartphone abgewickelt werden. Und schliesslich konnten wir auch feststellen, dass die Akzeptanz der Online-Terminbuchungen sowohl bei den Ärztinnen und Ärzten als auch bei den Patientinnen und Patienten zugenommen hat.

Sie scheinen begeistert zu sein von den jüngsten Entwicklungen?

Nicht nur, denn wenn wir den Datenschutz betrachten, wurden Grenzen nicht immer nur zum Guten gesprengt, so ungefähr nach dem Motto «Lieber etwas wagen und sich danach entschuldigen». Im Notfall sind allfällige Graubereiche im Datenschutz vertretbar. Danach gilt es jedoch, eine rechtliche Basis zu schaffen und solide, datenschutzkonforme Lösungen zu entwickeln.

Sie haben drei Hürden genannt, die Innovationen verhindern. Welches ist die dritte Hürde?

Der dritte Grund, weshalb Innovationen es häufig schwer haben, ist die fehlende Verantwortung. Wenn sie fehlt und der CEO keine klare Botschaft von oben sendet, verbunden mit dem Signal und dem Willen zur Veränderung, dann passiert nichts. Es braucht also von Seiten der Geschäftsleitung klare Ansagen und Aufträge. Dann wird das Ganze innerhalb der Organisation auch gelebt.

Und schliesslich geht es auch um die Politik, die sich hoffentlich vermehrt diesem Thema annehmen wird. Man denke hier zum Beispiel an die fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten im Telemedizinbereich. Wenn solche Entwicklungen gefördert werden sollen, gilt es hier von Seiten der Spitäler, Druck aufzubauen. Und die Politik steht hier in der Verantwortung, die entsprechenden tarifarischen Rahmenbedingungen zu schaffen.



Über Prof. Dr. Alfred Angerer

Prof. Dr. Alfred Angerer leitet die Fachstelle Management im Gesundheitswesen des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie an der ZHAW. In seinen Vorträgen, Büchern, Publikationen und Podcasts (gesundheitswesen.org) beschäftigt er sich mit Digital Health und Prozessoptimierung im Gesundheitswesen nach Lean Management. Die von Angerer geleitete Fachstelle gilt als wissenschaftlich führend in der Forschung rund um die Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Das Kantonsspital Baden auf dem Weg zum Zentrumsspital der Zukunft

Innovative Kooperationen machen es möglich

Vom Helikopter-Landeplatz des Kantonsspital Baden (KSB) blickt Daniel Heller, Verwaltungsratspräsident, auf den monumentalen Spitalbau. Zu seiner Zeit modernsten Anforderungen entsprechend, ist die Nutzungsdauer des wuchtigen Siebzigerjahre-Baus bald abgelaufen. Die Zukunft, der geplante Spitalneubau «Agnes», sieht anders aus: lichtdurchflutet mit Innenhöfen, harmonisch eingebettet in die Landschaft, offen gegenüber den Besucherinnen und Besuchern und ein Testumfeld für Neues. Auch wurden in unmittelbarer Nähe des zukünftigen Herzstücks des KSB Campus in den letzten Jahren bereits weitere Gebäude ergänzt: der «Kubus» für ambulante Dienstleistungen sowie das «Partnerhaus» – mit dem Ziel einer direkten räumlichen Vernetzung mit weiteren Dienstleistern im Gesundheitswesen.

Die skizzierten baulichen Veränderungen am Standort des KSB sind Ausdruck eines neuen Rollenverständnisses der Zentrumsspitäler. Die Vision, welche Verwaltungsratspräsident Heller gemeinsam mit CEO Adrian Schmitter in den letzten Jahren aktiv vorangetrieben hat, klingt simpel: vom Spital zum Gesundheitscampus. «Das Gesundheitswesen verändert sich rasant. Institutionen, die sich nicht bewegen, werden die Anforderungen der Patientinnen und Patienten punkto Qualität, Wirkung und Kundenorientierung und damit ihren Versorgungsauftrag langfristig nicht mehr erfüllen können», gibt Daniel Heller zu bedenken.

Kooperation als integraler Bestandteil der Erfolgsstrategie

Bereits früh hat das 2004 verselbständigte KSB den Wert von Partnerschaften über den Perimeter des Spitals hinaus erkannt und sich dabei unterschiedlicher Kooperations-

formen bedient. Nebst der Etablierung eigener Tätigkeiten an externen Standorten in Brugg, Dietikon oder Muri im Sinne der Integration sind insbesondere die Initiierung eines formalen Netzwerks unter den Institutionen im KSB-Einzugsgebiet ab 2007 und die Förderung von Zusammenarbeits-Modellen als Pionierleistungen zu werten.

Das Gesundheits-Netz Aargau Ost (GNAO) umfasst heute 17 vor- und nachgelagerte Leistungserbringer mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zu fördern und den Patientinnen und Patienten qualitativ hochstehende Behandlungen durchgängig anzubieten. Dabei werden auch Möglichkeiten für betriebliche Synergien – insbesondere in den Bereichen Wissens- und Erfahrungsaustausch, Aus- und Weiterbildung oder Beschaffung – genutzt. Trotz seiner hohen Relevanz als Zentrumsspital innerhalb des GNAO ist das KSB nicht alleiniger Fokuspunkt des Netzwerks; vielmehr erlaubt der gegebene Rahmen den Austausch und die Vernetzung aller Partner zur Verbesserung der Betreuung der Patientinnen

«Das Gesundheitswesen verändert sich rasant. Ohne Veränderung können Institutionen ihren Versorgungsauftrag langfristig nicht mehr erfüllen.»

Daniel Heller, Verwaltungsratspräsident KSB

«Dank GNOA tauschen wir uns schon seit Jahren mit den Leistungserbringern der Region aus und erkennen gemeinsam die Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung unserer Wohnbevölkerung.»

Beat Schläfli, Direktor aarReha

und Patienten in der Region. Als Beispiel hierfür sei die seit 2020 stattfindende enge Zusammenarbeit zwischen aarReha Schinznach und Spitex Brugg genannt. Sie ermöglicht es, den Bedarf an Physiotherapieleistungen zu erkennen und die Betreuung mobilitätseingeschränkter Menschen in den eigenen vier Wänden zeitnah sicherzustellen. «Dank GNOA tauschen wir uns schon seit Jahren mit anderen Leistungserbringern der Region aus und erkennen gemeinsam die Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung unserer Wohnbevölkerung.» sagt Beat Schläfli, Direktor aarReha.

Die regelmässig publizierten Patientenmagazine des GNOA sowie die kürzlich entwickelte gemeinsame App der Leistungserbringer sind Ausdruck davon, wie das GNOA laufend seine Kommunikation auf die veränderten Patientenbedürfnisse ausrichtet. Der Gewinn des deutschen KlinikAwards in der Kategorie Innovative Patientenversorgung ist Ausdruck der hohen Relevanz, welche das GNOA auch nach mehrjährigem Bestehen nach wie vor besitzt.

Ein Beitrag zu den Innovationen der Zukunft

Die neuste Errungenschaft auf dem Weg zum Spital der Zukunft bildet der Health Innovation Hub des KSB. Man hat sich zum Ziel gesetzt, über Kooperationen Innovationen für sich zu erschliessen, welche das Versorgungsangebot, die Patientenzentrierung sowie die spitalinterne Infrastruktur und die Behandlungsmethoden verbessern helfen. Im Rahmen des neu initiierten Hub-Konzepts werden Start-ups unterstützt, innovative Forschungsvorhaben begleitet und eine zentrale Kompetenzstelle rund um das Thema Innovation betrieben.





Um entsprechende Initiativen direkt zu fördern, stellt das KSB neben den gängigen Leistungen eines Start-up-Inkubators den Zugang zu weiteren wertvollen Ressourcen wie Spital-Know-how, medizinischen Daten oder seinem Netzwerk zur Verfügung. «Aktuell setzen wir am Hub knapp ein Dutzend Pilot- und Forschungsprojekte mit unseren Innovationspartnern um. Das Feedback in Bezug auf die Zusammenarbeit ist von allen Seiten sehr positiv», sagt Max Grimm, Leiter des Hub, begeistert.

Mit dem Health Innovation Hub verfolgt das KSB ein Konzept, welches man für Leistungserbringer bis anhin nur aus dem Ausland kannte und das für die Schweiz als Leuchtturmprojekt bezeichnet werden kann. Die physische Nähe und Anbindung an das KSB bietet ein fruchtbares Ökosystem, um innovative Ideen aus dem Versuchsstadium heraus frühzeitig in der realen Welt eines Akutspitals zu testen. Während das Spital auf diese Weise auf neue Entwicklungen aufmerksam wird, besteht für das betreffende Projekt das Potenzial, seine Entwicklungszeit wesentlich zu verkürzen. Das stösst auch bei den Hochschulen auf grosses Interesse: «Seit einigen Wochen liegt die schriftliche Zusage vor, dass die ETH grössere Flächen am KSB für Forschungsprojekte zumieten wird», bestätigt VRP Daniel Heller.

«Aktuell setzen wir am Hub knapp ein Dutzend Pilot- und Forschungsprojekte mit unseren Innovationspartnern um. Das Feedback in Bezug auf die Zusammenarbeit ist von allen Seiten sehr positiv.»

Max Grimm, Leiter Health Innovation Hub



Quelle: Kantonsspital Baden

Mit Blick nach vorne

Das KSB hebt sich in seiner Dynamik von zahlreichen Zentrumsspitalern ab. Die verfolgte Strategie beeindruckt durch eine konsequente Ausrichtung auf wesentliche Trends im Gesundheitswesen: integrierte Versorgung, Ambulantisierung, digitale und medizinische Innovationen sowie Wandel der Patientenbedürfnisse. Der hohe Stellenwert des KSB in der Region und gute finanzielle Betriebsergebnisse (seit 2012 werden 10 Prozent EBITDA-Marge konstant übertroffen) zeigen den Erfolg des eingeschlagenen Wegs.

Als Inspirationsquelle für weitere Zentrumsspitäler schweizweit verfolgt das KSB stetig sein Ziel, ein Gesundheitscampus der Zukunft zu werden. Doch es bleiben wesentliche Herausforderungen bestehen, die es zu beachten gilt. Nachfolgende Kernfragen helfen, diese zu identifizieren:

- In welche Richtung sind bestehende Kooperationen weiterzuentwickeln?
- Welcher Integrationsgrad ist für zukünftige Kooperationen anzustreben?
- Welchen Stellenwert hat dabei die Digitalisierung/digitale Transformation?
- Ist die bestehende Organisationsstruktur auf einen Gesundheitscampus ausgerichtet? Welche Anpassungen sind nötig?
- Braucht es für die zukünftige Weiterentwicklung einen Kulturwandel?
- Besitzt das Spital die kritische Grösse, um seine Schwerpunktgebiete auch in Zukunft weiterzuverfolgen?

Integrierte Versorgungsregionen: zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden

Als flächenmässig grösster Kanton der Schweiz hat Graubünden nicht nur im Transportwesen der Alpen Geschichte geschrieben, sondern ist auch Wegbereiter für innovative Gesundheitsversorgungskonzepte.

Über die vergangenen Jahrzehnte haben sich insbesondere im Unterengadin und im Prättigau integrierte Versorgungsstrukturen gebildet, um die medizinische Grundversorgung weiterzuentwickeln und langfristig zu sichern – mit Strahlkraft weit über die Kantonsgrenzen hinaus.

Vernetzte Gesundheit «made in Grisons»

Inspiziert durch die Erfolgsbeispiele im eigenen Kanton, nutzte das zuständige Departement die Teilrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen dazu, diese Dynamik auf andere Regionen im Kanton auszuweiten. Zur Versachlichung der Diskussion entschieden sich die Verantwortlichen, in einem pionierhaften Schritt ein unabhängiges Gutachten erstellen zu lassen – mit dem Ziel, Regionen mit und ohne integrierte Gesundheitsversorgung ganzheitlich zu untersuchen. Ebenso sollten relevante Elemente des Transformationsprozesses skizziert werden, die für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der regionalen Gesundheitszentren zu beachten sind.

Die nun vorliegende Untersuchung zeigt in einem bis dato schweizweit einmaligen Vergleich die wesentlichen Vorteile der integrierten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung, die Gemeinden sowie den Kanton auf. Zudem weist sie auf eine hohe Akzeptanz der integrierten Versorgung bei Mitarbeitenden und Führungskräften innerhalb und ausserhalb der integrierten Regionen hin.

Integration lohnt sich

Durch eine strukturelle Verbindung unter den Leistungserbringern kommt es in den integrierten Versorgungsregionen zu einer intensiveren Zusammenarbeit. Die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung ist dabei insbesondere auf das professionelle Schnittstellenmanagement (z. B. durch die Beratungsstellen bzw. durch ein zentrales Zuweiser-, Entlassungs- und Versorgungsmanagement) zurückzuführen. Zusätzlich fördern durchgängige (IT-)Infrastrukturen und Prozesse die Umsetzung von innovativen Versorgungsformen.

Integrierte Versorgungsregionen schaffen es, die Behandlungsprozesse integraler auf die Patientinnen und Patienten auszurichten. Davon zeugen sowohl die hohe Patientenzufriedenheit als auch weitere Vorteile wie die Wahlmöglichkeiten im Bereich von Therapie und Diagnostik sowie die Transparenz über die angebotenen Gesundheitsdienstleistungen gegenüber den Betroffenen.



Quelle: graubuenden.ch

Auch im Bereich des Personalmanagements zeigen sich positive Auswirkungen der integrierten Gesundheitsversorgung: Das Personalmanagement kann flexibler, bedarfsorientierter und sektorübergreifend organisiert werden, mit entsprechenden Auswirkungen auf die Attraktivität von Fach- und Leitungsfunktionen und den Erfolg von Rekrutierungsprozessen. Ebenfalls einfacher ist die kompetente Besetzung von strategischen Organen, da sich in integrierten Systemen die Anzahl Positionen verringert.

Der Aufbau einer integrierten Gesundheitsversorgung führt anfänglich zu einem zusätzlichen Umsetzungsaufwand. Durch die betriebliche Integration sind die Leistungserbringer jedoch besser aufgestellt, um den Kostendruck künftig bewältigen zu können. So zeigte sich in untersuchten Funktionen, dass sich durch eine betriebliche Integration Kostenvorteile zwischen 20 und 30% bei den unterstützenden Aktivitäten erzielen lassen.

In bis anhin nicht integrierten Versorgungsregionen kann nach der Umstellung aufgrund eines bedarfsgerechten Leistungsausbaus ein anfänglich überdurchschnittlicher Anstieg der Gesundheitsausgaben eintreten, was allerdings zu einer verbesserten Versorgungsqualität sowie vorteilhaften volkswirtschaftlichen Effekten führt. Eine integrierte Versorgung beeinflusst überdies die Lebensqualität und Standortattraktivität der Gemeinden positiv und trägt insbesondere zu einer holistischeren Betrachtung der Versorgungsthematik in den betreffenden Gebieten bei.

Integration erfolgt nicht über Nacht

Abgeleitet aus umfangreichen Forschungsarbeiten von Prof. Dr. Matthias Mitterlechner von der Universität St. Gallen lassen sich nützliche Lehren für einen erfolgreichen Transformationsprozess hin zu integrierten Gesundheitszentren ziehen. Zentral gilt es dabei zu verstehen, dass Kooperationsbestrebungen zwischen bis anhin unabhängig agierenden und isolierten regionalen Leistungserbringern sorgfältig angegangen werden müssen, um langfristig stabile Strukturen zu schaffen. Ein zielführender Transformationsprozess beinhaltet daher zwei Seiten: eine breit abgestützte Analyse der strategischen Ausgangslage der beteiligten Institutionen und – nachgelagert – einen Prozess zur Ausarbeitung von Kooperationen.

Eine wirksame Kommunikation ...

Im Rahmen der Ausgestaltung der Transformation ist den Akteuren von Beginn weg eine Vorstellung zu vermitteln, welche Fragen im Prozessverlauf in welcher Reihenfolge bearbeitet werden. Um unrealistischen Erwartungen entgegenzuwirken, empfiehlt es sich zudem, in kleinen Schritten vorzugehen und in Anbetracht der vielschichtigen Ausgangslagen vor Ort Raum für kreative Lösungen zuzulassen. Eine transparente und nachvollziehbare Aufbereitung der Entscheidungsgrundlagen fördert deren Akzeptanz seitens der Stakeholder. Ebenso ist darauf zu achten, dass im Transformationsprozess die Autonomie der Kooperationspartner respektiert wird.

Die integrierte Versorgung in Graubünden führte

- zu höherer Qualität in der Behandlung der Patientinnen und Patienten,
- aufgrund der besseren Qualität zu einem höheren medizinischen Eigenversorgungsgrad der Bevölkerung, einer höheren Standortattraktivität und damit zu weniger Abwanderung aus den Bergregionen,
- aufgrund der höheren medizinischen Eigenversorgung zu mehr Arbeitsplätzen und damit zu mehr Wertschöpfung in den Regionen und
- im Supportbereich zu tieferen Betriebskosten von 20-30 Prozent.

... und eine proaktive Gestaltung der Umwelt ...

Des Weiteren ist für einen Transformationsprozess hin zu einer integrierten Versorgungsregion auf begünstigende Umweltbedingungen zu achten. Von besonderer Bedeutung ist hierbei, gute Gründe unter den Akteuren für eine Anpassung der Versorgungsstrukturen zu identifizieren. Ein solcher breit abgestützter «Case for Action» ist im Rahmen der Gestaltung der Transformation sukzessive zu erarbeiten.

Dafür ist ein förderliches regionalpolitisches Umfeld zu schaffen; Veränderungen sind durch möglichst gezielte (kantonale) Massnahmen zu unterstützen. Ebenso empfiehlt es sich, ein kollegial belastbares Team zusammenzustellen, welches für die Führung des anspruchsvollen Veränderungsprozesses qualifiziert ist, situationsunabhängig entscheidungsfähig bleibt und nach aussen mit einer Stimme spricht. Ferner sind Mitglieder ansässiger Expertenorganisationen früh und regelmässig in den Prozess mit einzu-beziehen, um die entsprechende Unterstützung zu sichern.

... verbessern die Aussicht auf Erfolg

Der Kanton Graubünden hat einen zukunftsweisenden Weg eingeschlagen. Die auf der Folgeseite skizzierten Erkenntnisse können dazu beitragen, die Strukturen der medizinischen Grundversorgung im Kanton Graubünden und allenfalls in anderen Regionen der Schweiz bewusst weiterzuentwickeln. Dies vor dem Hintergrund der Eigenheiten von Regionen mit unterschiedlichen betrieblichen und versorgungscharakteristischen Voraussetzungen. Zahlreiche ländliche Regionen der Schweiz sind im Rahmen der Weiterentwicklung ihrer Gesundheitsversorgung mit grossen Herausforderungen konfrontiert. Die von KPMG in Zusammenarbeit mit der Universität St. Gallen erarbeitete Studie «Vernetzte Gesundheit»* zeigt klar: Eine engere Kooperation zwischen den Leistungserbringern – bis hin zur vollständigen betrieblichen Integration – ist ein vielversprechender Lösungsansatz. Ihre Patientinnen und Patienten, Ihr Personal und Ihre Finanzen werden es Ihnen danken!



* Download Studie «Vernetzte Gesundheit»

Handlungsempfehlungen

für Kantone, Gemeinden und Leistungserbringer

1

Integrierte Versorgung durch geeignete Rahmenbedingungen erleichtern

Integrierte Versorgungsregionen sind unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten durch eine möglichst flexible Ausgestaltung der (gesetzlichen und regulatorischen) Unterstützungs- und Anreizmechanismen zu fördern bzw. weiterzuentwickeln.

2

Bestrebungen zur Integration von Leistungserbringern prozessorientiert unterstützen

Ansätze dazu wären die Finanzierung und gezielte Begleitung einzelner Phasen der Transformation, z. B. die Erarbeitung eines «Case for Action» oder ein an Bedingungen geknüpfter Pauschalbeitrag. Auch könnte die öffentliche Hand eine wesentliche Rolle bei der Initiierung und Begleitung übergeordneter Integrationsbestrebungen (z. B. im IT-Bereich) spielen.

3

Kontinuierliche, entwicklungsorientierte Evaluation der Integrationsleistungen

Um zielgerichtete Entscheide treffen zu können, sollten die Wirkungen von integrierten Versorgungsmodellen im Sinne eines kontinuierlichen Lernprozesses systematisch und mit angemessener methodischer Sorgfalt evaluiert werden (z. B. die Wirkungen auf das «Triple Aim»).

4

Förderung der Weiterentwicklung von Evaluationsverfahren

Die Akteure sollen sich für die Forschung der Wirkungsmessung, d. h. die Gestaltung und entwicklungsorientierte Evaluation innovativer Versorgungsmodelle, einsetzen. Differenzierte Datengrundlagen und Kooperationen mit Forschungsinstitutionen können die Akzeptanz integrierter Versorgungsmodelle bei anderen Akteuren im Gesundheitswesen stärken und die Nachahmung fördern.

Aufbau einer durchgängigen IT-Infrastruktur für eine integrierte Versorgung

Durchgängige IT-Systeme (ERP-/KIS-Datenmanagementsysteme) spielen über die betrieblichen Kostenvorteile hinaus eine Schlüsselrolle für das Entwicklungspotenzial integrierter Versorgungssysteme und -leistungen. Leistungserbringer müssen durch eine gemeinsame Herangehensweise bei der Beschaffung neuer IT-Systeme das innovationsfördernde Potenzial solcher Projekte unbedingt nutzen.

6

Governance-Instrumente zum nachhaltigen Fortbestand der Versorgungsregionen einführen

Integrierte Systeme sind oft stark personengetrieben und daher durch die Einführung von spezifischen Governance-Instrumenten zu sichern. Mögliche Ansatzpunkte sind Regelungen im Bereich Stellvertretungen, Nachfolgeplanung und die Qualifizierung von strategischen Gremien.

5

Die Bedeutung von Kollaborationen in einem pandemiegeprägten Ökosystem

Die COVID-19-Pandemie hat im gesamten Life-Science-Spektrum Stärken und Schwächen zutage treten lassen. Nun beschleunigen die Lehren aus der Pandemie einen Transformationsprozess, der bereits vorher im Gange war.

Vor allem in den Anfängen des Lockdowns gerieten die Life-Science-Lieferketten unter enormen Druck, weil die Verbraucherinnen und Verbraucher Hamsterkäufe tätigten und die Regierungen auf die Wahrung nationaler Interessen bedacht waren. Neben dem unmittelbaren Mangel an persönlicher Schutzausrüstung und Engpässen bei bestimmten Arzneimitteln hat COVID-19 aber auch Produktpipelines gestört: Die Bereitschaft zur Teilnahme an Studien liess stark nach, viele klinische Prüfungen wurden aufgrund der neuen Abstandsregeln abgebrochen und die Ressourcen wurden anderweitig eingesetzt.

Schon vor der Pandemie war das Life-Science-Ökosystem im Umbruch. Die vier Megatrends demografischer Wandel, steigender regulatorischer Druck, steigende Gesundheitskosten und negative Erträge aus Forschung & Entwicklung bestimmten den Markt. In der Folge wurden neue Allianzen geschmiedet, weil Branchenfremde und etablierte Konzerne gleichermaßen das Potenzial von Kooperationen erkannten. Jetzt haben die Life-Science-Akteure die einmalige Chance, ihre Geschäftsmodelle und -ansätze zu überdenken. Wir beleuchten anhand dreier Kernfragen den Einfluss von Megatrends auf die nachfolgenden fünf wichtigsten Entwicklungsfelder im Life-Science-Ökosystem. Dies vor dem Hintergrund der Schaffung eines Ökosystems, das die Gesundheit und das Wohlergehen von Patientinnen und Patienten sowie Verbraucherinnen und Verbrauchern gewährleistet und den Life-Science-Akteuren eine nachhaltige Zukunft sichert.

Der Wert der Gesundheit

Was ist Wohlergehen wert?



Der Wert der Gesundheit

Überall auf der Welt nehmen die staatlichen und privaten Ausgaben für die medizinische Versorgung stetig zu. Im Schnitt lagen sie 2018 pro Kopf bei USD 3 994 p. a.¹. Höhere Kosten im Gesundheitswesen sind in Industrieländern auf den demografischen Wandel und in Schwellenländern auf den Aufbau besserer Systeme zurückzuführen. Aber auch veränderte Einstellungen spielen eine Rolle. Denn durch ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein und höhere Erwartungen an den Versorgungsstandard werden medizinische Dienstleistungen häufiger in Anspruch genommen. In der Schweiz ist z. B. der Anteil der Personen, die 5 bis 9 Mal pro Jahr einen Arzt aufsuchen, von 10,7% im Jahr 2002 auf 17,4% im Jahr 2017 gestiegen².



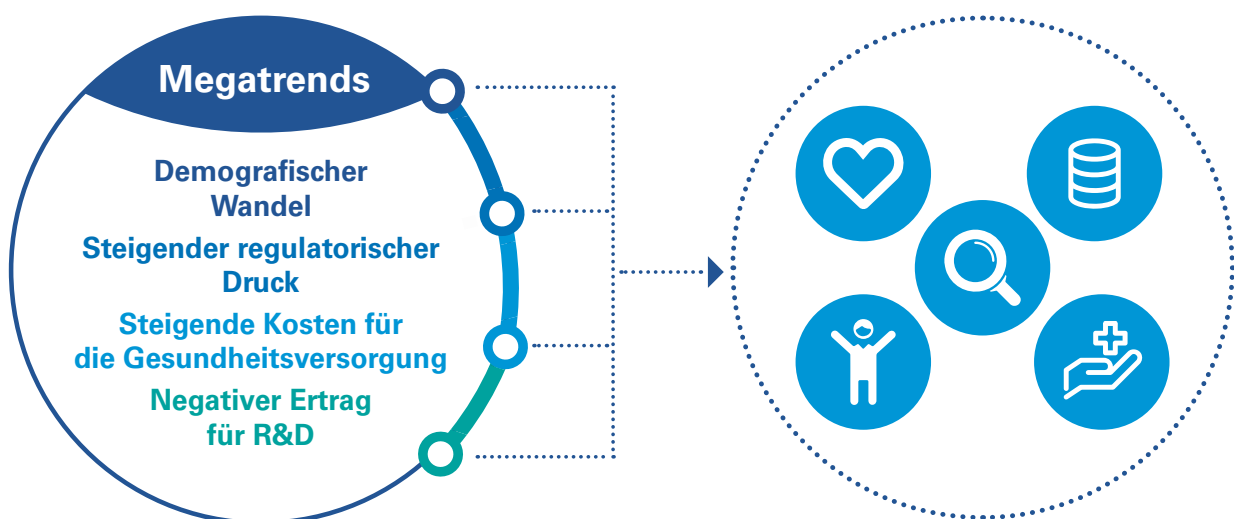
Neu befähigte Patienten

Auch das Wachstum des Selbstmedikationsmarktes (OTC) spricht dafür, dass Menschen mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Prognosen zufolge wird der OTC-Umsatz (2020 weltweit auf 114 Mrd. USD geschätzt) in den nächsten fünf Jahren um 4,6% p. a. (CAGR)³ zulegen. Die Verbraucherinnen und Verbraucher von heute beschaffen sich die Informationen oft im Internet oder in sozialen Netzwerken. Im Wettbewerb mit erfolgreichen (häufig sogar erfolgreicheren) Private Labels müssen Pharmaunter-

nehmen durch eine gezielte Kommunikation diese wertvollen Kundinnen und Kunden effektiver ansprechen. Dank neuer Analyseformen können sie Informationen aus öffentlichen Diskussionen in sozialen Netzwerken oder Internetforen sammeln und ihre Marketingstrategien darauf abstimmen. Auch verschreibungspflichtige Arzneimittel sind stärker von Daten abhängig, etwa wenn hochgradig personalisierte, technologieintensive und teurere Produkte auf den Markt kommen, wie zum Beispiel innovative Krebstherapien.

In einer Zeit der zunehmenden Eigenverantwortung für die Gesundheit beziehen führende medizinische Institutionen die Patientinnen und Patienten bereits in den Versorgungsprozess ein. Wie unsere Fallstudie (siehe S. 35) zeigt, kann ein partizipativer Ansatz die Behandlungserfolge verbessern.

Die Gesundheitskosten werden weiter steigen – doch wird es auch die Bereitschaft, hierfür Geld auszugeben? Je nachdem wie sich die Wirtschaft weltweit nach COVID-19 erholt, könnten die Kosten für private und öffentliche Akteure zu einem Kernproblem werden, vor allem weil wir uns möglicherweise den natürlichen Grenzen öffentlicher Mittel nähern. Der WHO-Bericht zur flächendeckenden Gesundheitsversorgung aus dem Jahr 2019⁴ zeigt weltweit eine stetige Verstärkung der Initiativen zwischen 2000 und 2017; doch seit 2010 verlangsamen sich diese Fortschritte. Um den Kurs fortzusetzen, insbesondere angesichts immer neuer Bedürfnisse, sind hohe staatliche Investitionen in umfassendere und gezieltere Kapazitäten im Gesundheitssystem erforderlich. Disruptive neue Marktteilnehmer könnten bei diesen Herausforderungen eine wesentliche Rolle spielen – insbesondere, wenn etablierte Unternehmen im Zusammenschluss mit innovativen Neulingen in Kooperationen neue Mehrwertlösungen liefern.



Disruptive Veränderungen annehmen

Wie können Life-Science-Unternehmen mit neuen Marktakteuren zusammenarbeiten, ohne diese zu konkurrenzieren?



Kampf um Daten

Aus Fortschritten in Technologie und Datennutzung entstehen für den Bereich Life Sciences viele Vorteile. Neue Marktakteure verändern die Gesundheitsdienstleistungen von Grund auf: Direkt-Tests in Supermärkten, Gesundheitsapps, Telemedizin, Online-Apotheken, cloud-kompatible Wearables – all das hat in kürzester Zeit eine Vielzahl neuer Geschäftsmodelle hervorgebracht.



Neue und unerwartete Wettbewerber

Mit dem Schritt in das Zeitalter der personalisierten Medizin müssen sich Pharmaunternehmen die Zusammenarbeit als Teil einer partizipativen Versorgung zu eigen machen. Typisches Beispiel: Nicht-invasive Wearables für eine kontinuierliche, schmerzlose Messung des Blutzuckerspiegels, die ihre Trägerinnen und Träger auf die Medikamenteneinnahme hinweisen und ihnen die genaue Dosierung anzeigen. Auch eine direkte Datenübermittlung an die Ärztin bzw. den Arzt zur langfristigen Überwachung ist möglich. Ein weiteres Beispiel ist die Zusammenarbeit zwischen dem Universitätsspital Zürich und Roche: Eine innovative molekulare Tumorphilbestimmung erfordert eine minimale Gewebeprobe und liefert maximale Erkenntnisse. Diese Beispiele verdeutlichen, warum die Zusammenarbeit aller Branchenakteure für bestmögliche Ergebnisse so wichtig ist.

¹ OECD-Durchschnitt

² Bundesamt für Statistik, 2016 (jüngste verfügbare Daten)

³ <https://www.statista.com/>

⁴ https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1



Angesichts der Euphorie über die Möglichkeiten der Digitalisierung müssen die Patientinnen und Patienten bei der Datenstrategie der Unternehmen im Mittelpunkt stehen. Interessant wird sein, wie sich die Einstellung der Öffentlichkeit zum Datenschutz in der Zeit nach der Pandemie entwickeln wird. Üblicherweise unterliegen Gesundheitsdaten dem höchstmöglichen Schutz. Doch die öffentliche Akzeptanz von Apps zur Verfolgung von Kontakten während COVID-19 lässt auf eine grössere Bereitschaft zur Weitergabe von Daten schliessen, wenn die Vorteile einer solchen Weitergabe gegenüber den Datenschutzbedenken überwiegen.

P wie Performance

Wie werden Prognose, Prävention, Präzision und Personalisierung das Life-Science-Ökosystem verwandeln?



Die vier P's des Wohlbefindens: Prognose, Prävention, Präzision und Personalisierung

Die digitale Transformation verändert nicht nur wie Life-Science-Unternehmen operieren, sondern auch, was sie erreichen wollen. Ein besserer Datenzugang und eine bessere Datennutzung fördern neue Erkenntnisse und geben in Forschung & Entwicklung einen neuen Takt vor. Während der Pandemie war die Universität Basel an der «Virtuellen Apotheke» beteiligt – ein globales Projekt zur Sichtung von fast einer Milliarde Wirkstoffe als potenzielle Kandidaten für die COVID-19-Behandlung.

Durch die Analyse grosser Kohorten können wir zukünftige Muster mit beispielloser Genauigkeit und Schnelligkeit vorhersagen. Auf individueller Ebene sind immer genauere und persönlichere genomische Daten ein vielversprechender Weg für die Vorhersage, Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten. Durch Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren im Life-Science-Ökosystem und im Gesundheitswesen können diese Erkenntnisse zur Verbesserung der Lebensqualität genutzt werden.

Mit den richtigen Daten können Ärzteschaft und Pharmaunternehmen durch gezielte Angebote die bestmöglichen Erfolge für ihre Patientinnen und Patienten erreichen. Und Erfolge zählen immer mehr. Aufgrund des intensiven Kostendrucks setzen Kostenträger mehr und mehr auf erfolgsbasierte Vergütungsmodelle (Pay for Performance). Wenn Unternehmen bereit sind, Daten mit anderen zu teilen oder auf andere Weise mit Partnerunternehmen zusammenzuarbeiten, werden die Produkt-Pipelines sehr viel schneller werden. Schweizer Universitäten und Life-Science-Unternehmen beteiligen sich auch an der Impfstoffentwicklung, z. B. in einem Gemeinschaftsprojekt der Universität Bern und der Schweizer Biotechnologiefirma Saiba. Initiativen wie diese zeigen, dass kollaborative Ansätze mehr bewirken können als lediglich das kombinierte Potenzial von zwei spezialisierten Organisationen.

Die allgemeine Belastung der Ressourcen im Gesundheitswesen könnte sich durch ein System, in dem Prognostizierbarkeit, Prävention, Präzision und Personalisierung im Mittelpunkt stehen, massiv reduzieren lassen. Investitionen werden zwar weiterhin notwendig sein, doch die Ausgaben verlagern sich hin zu prädiktiver Analytik, personalisierten Therapien und präventiven Ansätzen. Verstärkt durch den Trend zugunsten einer grösseren gesundheitlichen Eigenverantwortung könnte das Gesundheitswesen von morgen schon bald nicht mehr wiederzuerkennen sein.

In Apotheken, Arztpraxen und Krankenhäusern wird es keinen unablässigen Strom von spontan erscheinenden Patientinnen und Patienten mehr geben, wenn eine proaktive Vorhersage, Steuerung und Behandlung erfolgen. Bei einer direkten Bereitstellung von Gesundheitsdaten aus Wearables über die Cloud könnten sich viele Patientinnen und Patienten möglicherweise einen persönlichen Arztbesuch ersparen. Während COVID-19, als nicht unentbehrliche medizinische Eingriffe verschoben wurden, hat die Telemedizin stark an Fahrt aufgenommen. Wenn sich dieser Trend fortsetzt, wird die Notwendigkeit für Patientinnen und Patienten, persönlich ein Krankenhaus oder eine sonstige Einrichtung aufzusuchen,

sogar weiter abnehmen. Eine stärker partizipatorisch angelegte Versorgung könnte ausserdem den Trend in Richtung Heimbehandlung beschleunigen, da neue kosteneffiziente Rahmenbedingungen für medizinische Dienstleistungen auch für die betreffenden Anbieter attraktiv sind.

Die «neue Normalität» als nächste Phase für die Life-Science-Branche

COVID-19 hat vielen Menschen den Wert der Gesundheit vor Augen geführt. Neben der medizinischen Grundversorgung sollten Pharmaunternehmen und Gesundheitsdienstleister in Lösungen investieren, die Mehrwerte für die Patientinnen/Patienten und die Verbraucherinnen/Verbraucher schaffen. Die gezogenen Lehren aus der ersten Jahreshälfte 2020 lassen keine Zweifel aufkommen: Die Belastbarkeit des Systems kann nur durch Innovation, Kommunikation und Kooperation gewährleistet werden. Dies gilt nicht nur für die Zeit der Pandemie, sondern auch für die Zukunft des Life-Science-Ökosystems und des gesamten Gesundheitswesens.

Treat-to-Target

Behandlungsansatz mit Modellcharakter

Rheumatoide Arthritis (RA) ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung, die durch eine Kombination aus genetischen und umweltbedingten Faktoren verursacht wird und gravierende Konsequenzen in Bezug auf Behinderungen, Begleiterkrankungen und Sterblichkeit nach sich zieht. Eine effektive Diagnose, Behandlung und Betreuung sind entscheidend, um die gesundheitlichen und finanziellen Folgen sowie die Auswirkungen auf den Lebensstil zu begrenzen.

Sanofi Genzyme hat KPMG mit der Erarbeitung von Leitlinien für die Behandlung von RA und damit verbundenen Begleiterkrankungen in Europa beauftragt. KPMG hat einen Treat-to-Target-Ansatz als Leitstrategie für das gesamte Management von RA ermittelt. Diese ganzheitliche, patientenorientierte Methodik beruht auf einer Zusammenarbeit zwischen Rheumatologinnen/Rheumatologen und anderen Medizinerinnen, Pflegekräften, Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten.



1.

Gemeinsame
Entscheidung



2.

Maximierung der
Lebensqualität



3.

Reduzierung der
Entzündung



4.

Optimierung des
Behandlungserfolgs

Vom Ärztenetzwerk zum populationsorientierten Allrounder

Dr. Christoph Löschmann, Geschäftsführer Gesundes Kinzigtal, spricht im Interview über die Notwendigkeit und die Erfolgsfaktoren von integrierten Versorgungsmodellen. Gesundes Kinzigtal, ein regionales Gesundheitsverbesserungsunternehmen im Schwarzwald, blickt auf erfolgreiche 15 Jahre zurück. Die Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten konnte nachweislich gesteigert werden. Während der Ausbreitung von COVID-19 übernahm das Zentrum eine wichtige Koordinationsfunktion.

Wieso braucht es kooperative Versorgungsmodelle wie das Gesunde Kinzigtal?

Der Gesetzgeber hat vor über 30 Jahren mit dem Paragraphen 140a über die Besondere Versorgung im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) die integrierte Versorgung als Möglichkeit zur Schaffung eines sektorübergreifenden, interdisziplinären und somit fachübergreifenden Versorgungsmodells definiert. Wir müssen uns heute die Frage stellen, warum diese Versorgungsmodelle in den vergangenen Jahren nicht schon viel mehr Raum erhalten haben. Diese Frage beschäftigt mich schon seit Längerem.

Gesundes Kinzigtal erbringt seit 2005 jährlich Nachweise, dass unser Versorgungsmodell sehr effizient ist. Das bedeutet, dass es die Behandlungsqualität steigert. Den eingeschriebenen Patientinnen und Patienten geht es nachweislich besser, sowohl akut als auch langfristig. Das lässt sich anhand der Anzahl ihrer Krankenhausbesuche, ihrer durchschnittlichen Lebenserwartung und ihres individuellen Medikamentenverbrauchs aufzeigen. In Summe: Es werden Kosten gespart bei gleichzeitiger Steigerung der Behandlungsqualität und Verbesserung des Behandlungsergebnisses. Würden Marktgesetze im Gesundheitswesen herrschen, müsste eigentlich ein Ansturm auf diese integrierten Versorgungsmodelle stattfinden. Dies geschieht jedoch nicht. Warum ist das so? Selektivverträge führen bei den Krankenkassen zu zusätzlicher administrativer Arbeit. Das integrierte

Versorgungsmodell lässt sich zudem auch nicht über alle Krankenkassen gleichermaßen «stülpen». Denn überall in sämtlichen Gesetzeswerken – nehmen wir mal das SGB IX Rehabilitation – steht, dass Versorgung sektorübergreifend stattfinden soll. Genau diesem Ansatz hat sich Gesundes Kinzigtal verschrieben. In diesem Jahr werden wir 15 Jahre alt, und wir haben in all den Jahren, mit der Ausnahme von 2015, immer schwarze Zahlen geschrieben.

«Würden Marktgesetze im Gesundheitswesen herrschen, müsste eigentlich ein Ansturm auf diese Integrierten Versorgungsmodelle stattfinden.»

Der Ansturm auf das Konzept von Gesundes Kinzigital bleibt noch aus. Ist die komplexe Funktionsweise ein möglicher Grund? Können Sie erläutern, wie das Konzept genau funktioniert?

Ich weiss nicht, ob das der entscheidende Grund für den «mangelnden Ansturm» ist. Denn für wen ist das Konzept komplex? Ich habe eingangs angedeutet, dass solche Modelle für die Krankenkassen natürlich eine Art Sonderformat sind. Aber es kann funktionieren. Wir haben zwei Vertragspartner: zum einen die AOK Baden-Württemberg und zum anderen die SVLFG. Die AOK hat auch die hausarztzentrierte Versorgung sowie die fachärztlichen Versorgungsverträge auf den Weg gebracht. Damit zeigt sie, dass sie sich aktiv in die Gestaltung der Versorgung ihrer Versicherten einbringen will.

Die AOK hat im mittleren Kinzigital insgesamt circa 32 000 Versicherte, von denen knapp über 9 000 in unsere integrierte Versorgung (IV) eingeschrieben sind. Wir konnten zeigen, dass die IV-Teilnehmenden mittlerweile eine fast zwei Jahre höhere Lebenserwartung haben als die Mitglieder einer Vergleichsgruppe von Versicherten. Das hat auch einen Effekt auf monetärer Ebene: Wir sparen für den Kostenträger Geld ein.

Und für die Leistungsempfänger, also die Patientinnen und Patienten, bieten wir eindeutig einen Mehrwert: Wir bieten viele kostengünstige oder kostenlose Präventivleistungen an, die von Kochkursen für Diabetikerinnen/Diabetiker und Übergewichtige bis hin zu Angeboten für ältere Osteoporose-Patientinnen/Patienten reichen. Diese Angebote können auch nicht-ingeschriebene Interessierte in Anspruch nehmen.

Dann haben wir die Versorgungsprogramme für eingeschriebene Mitglieder. Diese können im Rahmen dieser Programme zusätzliche Zeit mit ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt verbringen. Wird eine Patientin oder ein Patient in das Osteoporose-Programm eingeschrieben, erhält sie/er einen umfangreichen Gesundheits-Check-up. Sobald die Ergebnisse und die Diagnose feststehen, folgen genauere Untersuchungen. Anschliessend werden mit der Ärztin bzw. dem Arzt die Ziele für das nächste Jahr oder die nächsten zwei Jahre vereinbart. Das ist ein wichtiger Unterschied zur Behandlung eines normalen Kassenpatienten. Wir schaffen damit etwas, das es im normalen Praxisbetrieb so nicht gibt. Der Ablauf ist verbindlicher, er ist zielorientiert. Die Patientin bzw. der Patient wird stärker in die Verantwortung genommen. Es ist bei diesem Modell nicht nur die Ärzteschaft, die für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten zuständig ist bzw. diesen hilft, sie zu erhalten oder wiederzuerlangen – es sind vor allen Dingen die Patientinnen und Patienten selbst, die Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen.

«Wir konnten zeigen, dass die Teilnehmer an der IV mittlerweile eine fast zwei Jahre höhere Lebenserwartung haben als eine Vergleichsgruppe von Versicherten.»



Sie sprachen von Einsparungen für die Kostenträger. Wie wird das Konzept finanziert?

Grundsätzliche Einnahmequelle für uns sind die «Shared Savings Contracts» mit den Vertragspartnern. Ermittelt wird die Differenz zwischen den tatsächlichen Ist-Kosten im Versorgungsgebiet und den über dem Populationsparameter vorhergesagten Norm-Kosten. So sparen unsere Vertragspartner jährlich mehrere Millionen Euro ein, die dann zwischen der jeweiligen Krankenkasse und uns aufgeteilt werden. Über unseren Anteil können wir dann alle Aufwände finanzieren. Die Vertragspartner prüfen das jedes Jahr.

Haben Sie mit diesem Finanzierungsmodell Planungssicherheit oder besteht die Möglichkeit, dass die Kasse die Zahlung einstellt, wenn die Kostendifferenz nicht gegeben ist?

Der Vertrag mit der AOK ist nach einer Laufzeit von zehn Jahren entfristet worden. Beide Seiten prüfen allerdings kontinuierlich, ob der Vertrag noch zeitgemäss ist und gemessen an den gesetzlichen Rahmenbedingungen weiter funktionieren kann. Wir diskutieren jetzt beispielsweise die Frage, ob sich die Einstellung einer Regionalkomponente in den Morbi-RSA auf unsere Finanzierung auswirkt. Aber der Grundsatz, unser «Triple Aim», wird bestehen bleiben. «Triple Aim» heisst, wir wollen a) kostengünstiger sein, b) gleichzeitig die Versorgung verbessern und c) bewirken, dass es den Patientinnen und Patienten besser geht und sie zufriedener sind.

Sie haben viele Punkte angesprochen, die auch auf die Schweiz zutreffen, gerade auch die Versorgung auf dem Land. Wie schätzen Sie die Übertragbarkeit von Gesundes Kinzigtal auf andere Länder, wie zum Beispiel die Schweiz, ein?

Grundsätzlich positiv. Wir stehen mit Schweizer Kolleginnen und Kollegen in Kontakt, die ähnliche Konzepte umsetzen. Inhaltlich gibt es viele Überschneidungen. Ich habe neulich die Aktivitäten zum Stichwort «integrierte Versorgung» mit einem Schweizer Kollegen abgeglichen und wir haben eine 70-80-prozentige Überlappung bei den Themen festgestellt. Das integrierte Versorgungsmodell überzeugt auch in der Schweiz.

Das Krankenversicherungswesen ist in der Schweiz anders organisiert als in Deutschland. Aber wenn man das Ziel hat, die Ressourcen der medizinischen Versorgung möglichst effizient zu nutzen, dann ist die integrierte Versorgung ein länderübergreifendes Modell, das systemunabhängig betrachtet und umgesetzt werden kann. Es braucht sicher Anpassungen an die gesetzlichen Rahmenbedingungen im jeweiligen Land, aber vom Grundsatz her finde ich das Modell universell.

Lassen Sie uns einen Blick auf die Stakeholder in Deutschland werfen. Das Modell ist in Hamburg analog umgesetzt worden. Welche Stakeholder sollte man bei einer neuen Etablierung des Modells als Erste abholen? Was braucht es anfangs, um das Konzept überhaupt aufzugleisen?

Am Anfang braucht es immer ein Ärztenetz. Sie müssen diejenigen überzeugen, die das Konzept später umsetzen. Ohne die aktive Beteiligung der Ärzteschaft funktioniert es nicht. Dann benötigt man den Kostenträger, der das Ganze als interessant für sich erachtet. Es ist sicherlich hilfreich, wenn die kommunalen Behörden, die Landratsämter sowie die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister hinter einem stehen. Das sind alles wichtige Stakeholder, die das Projekt vorantreiben können, da es vor Ort in den Gemeinden positive Fürsprecherinnen und Fürsprecher braucht.

Wir haben vorhin die aktuelle Situation angesprochen. Die Gesundheitssysteme aller Länder wurden durch die Ausbreitung des Coronavirus vor noch nie dagewesene Herausforderungen gestellt, so auch Deutschland. Wie ist Gesundes Kinzigtal mit der Krisensituation umgegangen? Wie flexibel waren Sie? Gibt es Punkte, die Gesundes Kinzigtal auszeichnen im Vergleich zu anderen Modellen?

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat uns alle auf dem falschen Fuss erwischt. Das war auch hier im Kinzigtal nicht anders. Die notfallbeauftragten Ärztinnen und Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigung und das Gesundheitsamt haben uns schon früh angefragt, ob wir sie unterstützen könnten. Wir haben innerhalb weniger Tage einen kompletten Praxisbetrieb ohne grössere Gerätschaften, doch mit allem, was man für eine Abstrichstelle und Fieberambulanz braucht, eingerichtet. Wir haben unsere Ärzteschaft zügig angespro-

chen und ins Boot geholt. Da wir digital gut aufgestellt sind, liess sich alles online regeln, sodass wir rasch in der Umsetzung waren. Die Ärztinnen und Ärzte konnten sich um das Medizinische kümmern und Gesundes Kinzigtal hat sich der Terminkoordination zwischen den Patientinnen/Patienten und der Ärzteschaft angenommen. Unsere Aufgabe war es zu diesem Zeitpunkt, die Patientinnen/Patienten und die abstrichnehmenden Ärztinnen/Ärzte sowie die Labore zusammenzubringen. Aufgrund unserer regionalen Vernetzung und der jahrelangen Zusammenarbeit im Ärztenetz und darüber hinaus konnten wir diese Aufgabe gut erledigen. Das zeigt, welche Vorteile eine regional vernetzte Gesundheitsversorgung auch in extremen Situationen bietet. Insbesondere die grosse freiwillige Bereitschaft der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zur Unterstützung der Abstrichstelle und der Fieberambulanz haben uns alle sehr berührt.

«Ohne aktive Beteiligung der Ärzteschaft funktioniert es nicht.»

Aber ich sehe bei solchen Situationen definitiv noch Potenzial. Natürlich haben wir alles, was wir auf die Beine gestellt haben, und die kritischen Punkte, die wir überwinden mussten, dokumentiert. Das Erlernte kann man bei der nächsten Pandemie aus der Schublade ziehen. Wir werden unseren Pandemieplan um unsere gesammelten Erfahrungen erweitern, um für eine zweite Welle oder vergleichbare Situationen gerüstet zu sein.

Eine weitere Aufgabe unsererseits bestand in der Beschaffung und Bereitstellung von Desinfektionsmittel und Schutzkleidung für unsere Praxen. Es gab Lieferengpässe und phasenweise war der Markt leergekauft. Wir haben ein Zwischenlager aufgebaut und konnten so die Praxen versorgen. Die Ärztinnen und Ärzte konnten diese organisatorische Aufgabe somit an die Geschäftsstelle abtreten und sich voll und ganz auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten konzentrieren.

Zu Beginn der Pandemie ging es auch um die Erreichbarkeit der Patientinnen und Patienten in häuslicher Quarantäne. Personen mit Symptomen durften die Praxen nicht aufsuchen, um die Ansteckungsgefahr von Nicht-Infizierten zu minimieren. Daraufhin haben wir die digitale Sprechstunde eingeführt und circa 10-15 Arztpraxen mit der entsprechenden Technik ausgestattet. Mit einem Systempartner haben

wir dann auch die benötigte Hardware bereitgestellt. Unsere Einschätzung ist, dass sich die Einstellung gegenüber digitalen Lösungen im Praxisbetrieb ändern wird. In ländlichen Regionen wie der unsrigen haben telemedizinische Anwendungen sicher eine Zukunft. Wenn es künftig nicht mehr in allen Fällen gelingen wird, freierwerdende Arztsitze wieder zu besetzen und gleichzeitig kleinere Krankenhäuser in der Fläche schliessen werden, wird den telemedizinischen Angeboten bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung eine wichtige Rolle zukommen. Auch daran arbeiten wir.



Über Christoph Löschmann

Dr. Löschmann, Geschäftsführer Gesundes Kinzigtal, ist seit über 20 Jahren in unterschiedlichen Führungspositionen im Gesundheitswesen tätig. Vor seinem Einstieg bei Gesundes Kinzigtal war er Geschäftsführer einer psychosomatischen Privatklinik in Oberschwaben. Besondere Erfahrung hat er in den Bereichen universitäre Lehre, Forschung und Entwicklung, Führung von Klinikbetrieben, HRM, Marketing, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, IT und Qualitätsmanagement sowie Qualitätssicherung. Er ist promovierter Diplom-Psychologe.

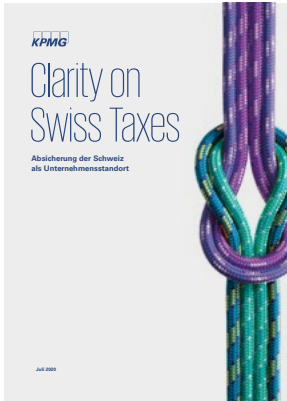
Über Gesundes Kinzigtal

Gesundes Kinzigtal ist ein regionales Gesundheitsverbesserungsunternehmen im Schwarzwald (Deutschland). Es wurde 2005 von einem Ärztenetz aus der Region und einer gesundheitswissenschaftlich inspirierten Managementgesellschaft in Hamburg gegründet, die indirekt aus dem Universitätskrankenhaus Eppendorf entstanden ist. Das Ziel dieser Gemeinschaftsgründung ist die Optimierung der Gesundheitsversorgung im Kinzigtal.

«Clarity on» Publikationen

Die «Clarity on»-Serie von KPMG Schweiz bietet ein breites Spektrum an Studien, Analysen und Fachartikeln. Sämtliche Publikationen sind in gedruckter Form sowie online erhältlich. Weiterführende Informationen erhalten Sie unter kpmgpublications@kpmg.com

Aktuelle Ausgaben



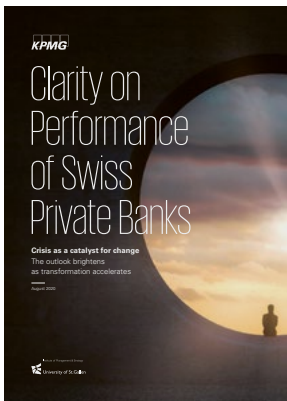
Clarity on **Swiss Taxes**



Clarity on **Sustainable Finance**



Clarity on **Mergers & Acquisitions**



Clarity on **Performance of Swiss Private Banks**



Clarity on **Business Reporting**



Clarity on **KPMG Switzerland**

🔗 [Clarity on
kpmg.ch/clarity-on](https://kpmg.ch/clarity-on)

KPMG Voice

Erfahren Sie in unserem Blog die aktuellen Trends und Herausforderungen der Schweizer Wirtschaft.

🔗 kpmg.ch/voice

Für weitere Informationen
bezüglich **Clarity on Healthcare**
wenden Sie sich bitte an:

Michael Herzog

Sektorleiter
Government & Healthcare
Telefon +41 58 249 40 68
michaelherzog@kpmg.com

Marc-André Giger

Director
Government & Healthcare
Telefon +41 58 249 21 11
marcandregiger@kpmg.com

Martin Rohrbach

Partner
Sektorleiter Life Sciences
Telefon +41 58 249 71 28
martinrohrbach@kpmg.com

Walter Gratzer

Director
Government & Healthcare
Telefon +41 58 249 62 89
wgratzer@kpmg.com

Gabriela Kern

Senior Manager
Government & Healthcare
Telefon +41 58 249 34 89
gkern@kpmg.com

Herausgeber

KPMG AG
Räffelstrasse 28
Postfach
CH-8036 Zürich

Bestellungen/Anschriftenänderung

Franziska Hofmann
Tel. +41 58 249 34 61
franziskahofmann@kpmg.com

Autoren

Marc-André Giger, KPMG AG
Walter Gratzer, KPMG AG
Johanna Hilgen, KPMG AG
Gabriela Kern, KPMG AG
Beatrice Loch, KPMG AG
Maurin Manhart, KPMG AG
Martin Rohrbach, KPMG AG
Florian Schmid, KPMG AG

Konzept & Design

Irene Hug, KPMG AG
konkret_ Werbeagentur, Baldegg

Print

PrintCenter AG, Hergiswil

Lektorat

Syntax Übersetzungen AG

Bilder

gettyimages.com
David Biedert Photography AG

www.kpmg.ch/healthcare



Artikel dürfen nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und unter Angabe der Quelle «Clarity on Healthcare von KPMG» erneut veröffentlicht werden.

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. Bei Prüfkunden bestimmen regulatorische Vorgaben zur Unabhängigkeit des Prüfers den Umfang einer Zusammenarbeit. Sollten Sie mehr darüber erfahren wollen, wie KPMG AG personenbezogene Daten bearbeitet, lesen Sie bitte unsere Datenschutzerklärung, welche Sie auf unserer Homepage www.kpmg.ch finden.

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



Clarity on Healthcare
kpmg.ch/healthcare