

Vortrag

Datum RR-Sitzung: 19. Oktober 2016
Direktion: Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Geschäftsnummer: 2014.GEF.10712
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

Bericht zum „Modellversuch Integrierte Versorgung in der Geriatrie“

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	1
2	Rechtsgrundlagen	2
3	Beschreibung des Geschäfts/Vorhabens	3
3.1	Ausgangslage	3
3.2	Grundzüge der Vorlage	3
3.3	Beurteilung der Studie durch die GEF	5
3.4	Termine, Vorgehensplan, Organisation, Zuständigkeiten	6
4	Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik und anderen wichtigen Planungen	6
5	Auswirkungen auf Finanzen, Organisation, Personal, IT und Raum	6
6	Auswirkungen auf die Gemeinden	6
7	Auswirkungen auf Wirtschaft, Umwelt und Gesellschaft	6
8	Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens / der Konsultation	7
9	Antrag	7

1 Zusammenfassung

Dieser Modellversuch ist Teil der vom Regierungsrat und vom Grossen Rat verabschiedeten kantonalen Managed Care Strategie. Im dreijährigen Versuch ergänzten zwei integrativ wirkende Massnahmen, interprofessionelle Teams und persönliche Bezugspersonen (Coach), die geriatrische Versorgung in einem Regionalen Spitalzentrum (Spital Thun, STS AG). Die

übliche Versorgung in der geriatrischen Universitätsklinik (Spital Ziegler, Spital Netz Bern AG) diene als Referenz.

Für die Evaluation wurden Behandlungsdaten von 266 Patienten und Patientinnen der beiden Spitäler sowie Daten aus Befragungen einbezogen und mit einem mehrjährigen Medienmonitoring sowie internationaler Literatur ergänzt. Befragt wurden Stichproben der Patienten und Patientinnen und ihrer Angehörigen sowie ausgewählte Experten und Expertinnen der regionalen Leistungserbringer und andere Fachpersonen aus dem schweizerischen Gesundheitswesen.

Der Modellversuch zeigt das Potential zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung auf, das mit interprofessionellen Teams und Patienten-Coaching in einem Regionalen Spitalzentrum bzw. in einer Versorgungsregion erzielt werden kann. Die Verbesserungen des Gesundheitszustands werden nicht nur im Spital sondern auch in den sechs Monaten nach der Entlassung erzielt.

Darüber hinaus zeigt der Modellversuch hemmende und fördernde Bedingungen für die Integrierte geriatrische Versorgung auf, die bei der Ausgestaltung neuer Versorgungsmodelle berücksichtigt werden sollten. Hemmend wirken sich die Fragmentierung des Versorgungssystems, ungenügende oder unvollständige Information der Betroffenen, ungenau oder zu spät an mitbeteiligte Leistungserbringer weitergegebene Informationen sowie unzweckmässige oder ungenügende finanzielle Anreize aus. Fördernd wirken sich eine ausgeprägte „konkurrenzfreie“ Zusammenbeitskultur, ein standardisiertes Schnittstellenmanagement, eine auf Kriterien abgestützte Patientensteuerung und Flexibilität bei allen Beteiligten aus. eHealth kann die Versorgungsintegration fördern, z.B. durch Patienteninformations- und Kommunikationssysteme, aber auch hemmen, z. B. durch ausbleibenden persönlichen Austausch der Fachleute. Zudem werden strukturell-institutionelle Voraussetzungen für die Integrierte geriatrische Versorgung identifiziert, u. a. Guidelines, standardisierte Prozessabläufe und Weiterbildungen. Bei Experten umstritten sind staatliche Massnahmen zur Steuerung bzw. Lenkung der Behandlungspfade.

Die gewonnenen Erkenntnisse sind wichtig und wertvoll für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung sowohl hinsichtlich einer integrierten geriatrischen Versorgung als auch der Versorgungsintegration im Allgemeinen.

2 Rechtsgrundlagen

Der Modellversuch stützte sich auf folgende nationale und kantonale gesetzliche Grundlagen ab:

Gesetze Ebene Bund:

- Krankenversicherungsgesetz vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10).

Gesetze Ebene Kanton:

- Gesetz vom 26. März 2002 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLG; BSG 620.0),
- Spitalversorgungsgesetz vom 5. Juni 2005 (SpVG; BSG 812.11).

3 Beschreibung des Geschäfts/Vorhabens

3.1 Ausgangslage

Der Modellversuch „Integrierte Versorgung in der Geriatrie“, der am 24.1.2011 vom Grossen Rat bewilligt wurde, weist die beiden folgenden Fragestellungen auf:

- Kann Managed Care bzw. eine Vernetzung ambulanter und stationärer Leistungserbringer sowie ein gemeinsames Behandlungs-Management die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Versorgung von (hoch)betagten Personen, die in hohem Masse medizinische und pflegerische Leistungen beanspruchen, unter den gegenwärtigen gesetzlichen und strukturellen Bedingungen verbessern?
- Welche Bedingungen hemmen oder fördern die integrierte Versorgung in der Geriatrie und welche strukturell-institutionelle Voraussetzungen werden benötigt?

Dieser Modellversuch, der vom Spitalamt der GEF konzipiert worden ist, wurde zwischen April 2011 und Dezember 2014 in zwei Spitälern, dem Spital Thun der STS AG und dem Spital Ziegler der Spital Netz Bern AG, durchgeführt. Mit der wissenschaftlichen Begleitung beauftragte die GEF das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.

3.2 Grundzüge der Vorlage

Mit diesem Modellversuch wurden Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der integrierten Versorgung in der Geriatrie unter Alltagsbedingungen in der routinemässigen Anwendung regionaler stationärer und ambulanter Leistungserbringer untersucht. Es wurden bestehende, für den Modellversuch angepasste Behandlungsprozesse, jedoch kein völlig neues Versorgungskonzept unter standardisierten Idealbedingungen geprüft.

Das geprüfte Konzept, bei dem ein interprofessionelles Team und Coachpersonen mit Fallführungsfunktion die interdisziplinäre Zusammenarbeit während des Spitalaufenthalts und die Weiterbehandlung auf dem geplanten Patientenpfad während sechs Monaten sicherstellten, entspricht nicht umfassend der Definition der GEF von integrierter Versorgung in der Geriatrie. Denn es gab weder eine vertraglich geregelte, sektorübergreifende Kooperation noch eine „integrierte“ Finanzierung. Dafür waren im Zeitpunkt der Planung des Versuchs die Rahmenbedingungen nicht gegeben.

Der Untersuchungsgegenstand des Modellversuchs bezieht sich auf die folgenden Kollektive:

- in den beiden Spitälern Thun der STS AG und Ziegler der Spital Netz Bern AG zwischen Oktober 2011 und Mai 2013 behandelte und bis spätestens Oktober 2013 beobachtete bzw. nachuntersuchte geriatrische PatientInnen,
- mittels Stichprobe ausgewählte Angehörige der PatientInnen,
- das mit der Behandlung und Betreuung der PatientInnen befasste ärztliche, medizino-therapeutische und Pflegepersonal der beteiligten Spitäler, der Nachsorgeinstitutionen und der ambulanten Leistungserbringer (v.a. HausärztInnen, Spitex),
- regionale und überregionale ExpertInnen aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens, der öffentlichen Verwaltung und der Wissenschaft,
- Medienberichte und internationale Literatur zur integrierten Versorgung.

Die gesundheitliche Situation der behandelten Betagten konnte verbessert werden mit Vorteilen für die integrierte Versorgung. So zeigte sich bei drei von fünf gemessenen Indikatoren (Rehospitalisation, Depressionsrisiko, Aktivitäten des täglichen Lebens) ein günstigerer Verlauf bei der integrierten, spitalgestützten, geriatrischen Versorgung (Spital Thun) als bei der Standardbehandlung in der geriatrischen Universitätsklinik (Spital Ziegler). Bei zwei Indikatoren (Ernährungszustand bzw. Mangelernährungsrisiko, Wohnsituation) wurden während des Spitalaufenthalts keine Vorteile für die PatientInnen des Spital Thun erzielt. Aber sechs Monate nach Spitalentlassung wurde dasselbe Niveau wie bei der Standardversorgung erreicht. In der Nachspitalphase gewannen die PatientInnen aus Thun an Selbständigkeit und Lebensqualität. Die Verbesserung des Gesundheitszustands und der Wohnsituation dieser PatientInnen in den sechs Monaten nach dem Austritt aus dem Spital ist bemerkenswert. Im Spital Thun konnte also die Qualität der Spitalbehandlung Betagter mehrheitlich, aber nicht in allen Dimensionen verbessert werden.

Wichtige Bedingungen, welche die integrierte Versorgung fördern, sind Coachpersonen und organisierte Versorgungsformen im ambulanten Sektor. Die Coachs des Spital Thun sorgen für das Prozessmanagement innerhalb des Spitals, für das Austrittsmanagement und für die Kontinuität der Betreuung nach der Spitalentlassung zu Hause. Sie werden von den Angehörigen als gute Ansprechperson und von den ExpertInnen als nützliches Element anerkannt. Da ein gemeinsames Verständnis der integrierten Versorgung fehlt, bleibt offen, was unter organisierter Versorgung zu verstehen ist und welche Rolle Coachs zukommen soll. Dazu äussern die Befragten verschiedene Vorstellungen.

Aus der Sicht der Betroffenen stellen wohnortnahe Angebote eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheitsversorgung dar, bei konventioneller oder integrierter Versorgung. Die Zentralisierung der Versorgung wird daher als Hindernis empfunden.

Bedeutende hemmende Bedingungen betreffen die Rolle der Angehörigen, die Zusammenarbeit an den Nahtstellen und eHealth. Angehörige werden heute durch die Betreuung von Familienmitgliedern selbst eingeschränkt und können an Entscheidungsprozessen unzureichend mitwirken. Die Art und Weise der Übergabe an nachfolgende Leistungserbringer und der diesbezügliche mangelhafte Informationsfluss hemmen gegenwärtig die Zusammenarbeit der Leistungserbringer, v.a. an der Nahtstelle stationär zu ambulant. Die Weiterentwicklung von eHealth hat nicht nur dem Datenschutz und der Sicherheit sondern auch der persönlichen Information und Meinungsbildung zwischen Fachpersonen Rechnung zu tragen, um den Befürchtungen der Betroffenen nach Ersatz des persönlichen Austauschs durch eHealth zu entgegenen.

Als zentrale, die integrierte Versorgung hemmende Voraussetzung nennen die ExpertInnen die heutigen Vergütungssysteme. Diese sind für die integrierte Versorgung nicht geeignet. Ein Umbau der Vergütungssysteme, auch ohne gleichzeitige Neuordnung der Finanzierung, erfordert jedoch Gesetzesänderungen auf Bundesebene. Ein solcher Vorgang, der aufwändig und zeitraubend ist, wäre aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit bedeutungsvoll. Denn die ExpertInnen erwarten von der integrierten Versorgung einen höheren Nutzen als von der konventionellen Versorgung.

Eine ausführliche Beschreibung einschliesslich der Schlussfolgerungen und Empfehlungen ist im beiliegenden Bericht des Modellversuchs „Integrierte Versorgung in der Geriatrie“ zu finden.

3.3 Beurteilung der Studie durch die GEF

Zu den Stärken des Modellversuchs gehört das Studiendesign. Über drei Jahre hinweg wurden nicht nur die Behandlungen von PatientInnen sondern auch sämtliche Prozesse der Versorgung aus dem Blickwinkel von allen Beteiligten und von ExpertInnen untersucht. Damit konnte sowohl eine Innenperspektive als auch eine Aussenperspektive des Versorgungssystems gewonnen werden. Dies ist einmalig und kann dazu beitragen, Strategien und Handlungsfelder für die Gesundheitsversorgung der Betagten im Kanton Bern zu definieren.

Zu den Schwachpunkten zählen Ereignisse, welche die Studie massgeblich beeinflussten. Es waren dies die Einführung der neuen Spitalfinanzierung (SwissDRG) per 1.1.2012, das Fehlen eines Facharztes mit Schwerpunkt Geriatrie (FMH) im Spital Thun der STS AG wegen Wegzugs vor Studienbeginn, Fehler bei der Erfassung von Leistungs- und Kostendaten in einem der beiden Spitäler und die etwas kleine Zahl in die Studie aufgenommener PatientInnen. Die Studie wurde aber mit Anpassungen im Untersuchungsplan zu Ende geführt. Allerdings konnte die Wirtschaftlichkeit des Modells quantitativ nicht analysiert werden.

Der Modellversuch ist Teil der vom Regierungsrat und vom Grossen Rat verabschiedeten kantonalen Managed Care Strategie, die auf einer modellhaften Entwicklung neuer Versorgungselemente zur besseren Vernetzung der Versorgung beruhen soll. Die gewonnenen Erkenntnisse sind wichtig und wertvoll für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung älterer Menschen hin zu einer integrierten geriatrischen Versorgung, und zwar:

1. Der Modellversuch zeigt das Potential zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung auf, das mit interprofessionellen Teams und Patienten-Coaching in einem Regionalen Spitalzentrum bzw. in einer Versorgungsregion erzielt werden kann.
2. Die Studie weist auf Wirkungen bei integriert versorgten geriatrischen PatientInnen hin, insbesondere in den sechs Monaten nach der Entlassung aus dem Spital. Die Wirkungsmechanismen bleiben jedoch ungeklärt.
3. Der Modellversuch enthüllt hemmende und fördernde Bedingungen für die Integrierte geriatrische Versorgung, die bei der Ausgestaltung neuer Versorgungsmodelle berücksichtigt werden sollten.

Hemmend wirken sich aus:

- auf allen Systemstufen zu findende Fragmentierung der Versorgung
- ungenügende oder unvollständige Information der Betroffenen
- ungenau oder zu spät an mitbeteiligte Leistungserbringer weiter gegebene Informationen
- unzweckmässige oder ungenügende finanzielle Anreize.

Fördernd wirken sich aus:

- eine ausgeprägte „konkurrenzfreie“ Zusammenarbeitskultur
- ein standardisiertes Schnittstellenmanagement
- eine kriterienbasierte PatientInnensteuerung
- Flexibilität bei allen Beteiligten.

4. Der Modellversuch identifiziert strukturell-institutionelle Voraussetzungen für die Integrierte geriatrische Versorgung, u. a. Guidelines, standardisierte Prozessabläufe und Weiterbildungen. Bei Experten umstritten sind staatliche Massnahmen zur Steuerung bzw. Lenkung der PatientInnen entlang der Versorgungskette.

3.4 Termine, Vorgehensplan, Organisation, Zuständigkeiten

Die GEF wird die allgemeinen Grundätze und Empfehlungen, die sektorübergreifend anwendbar sind, in die kantonale Managed Care Strategie einfügen. Die Erkenntnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen, die sich auf die Spitalversorgung, das Rettungswesen und die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen beziehen, werden in geeigneter Weise im Rahmen der Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz 2016 bei der Erarbeitung von Versorgungskonzepten und von versorgungsplanerischen Massnahmen herangezogen.

4 Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik und anderen wichtigen Planungen

Der Modellversuch berücksichtigte folgende kantonale Strategien, Richtlinien und -pläne und stand im Einklang mit deren Zielsetzungen:

- Versorgungsplanung 2011-2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz,
- Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern 2011,
- Managed Care Strategie des Kantons Bern.

5 Auswirkungen auf Finanzen, Organisation, Personal, IT und Raum

Die Durchführung des Modellversuchs verursachte zusätzlichen Aufwand beim Kanton und den am Modellversuch beteiligten Spitälern.

Der Kanton entschädigte den Zusatzaufwand der Spitäler mit insgesamt CHF 221'100 und die Kosten der Evaluation mit CHF 673'379. Für die Planung, Durchführung und Publikation des Versuchs setzte er während sechs Jahren etwa 25 Stellenprozente und finanzielle Mittel von CHF 894'497 ein.

Der vom Grossen Rat am 24.1.2011 bewilligte Verpflichtungskredit von CHF 1'474'400 ist unterschritten worden.

6 Auswirkungen auf die Gemeinden

Die Durchführung des Modellversuchs hatte keine Auswirkungen auf die Gemeinden.

7 Auswirkungen auf Wirtschaft, Umwelt und Gesellschaft

Die Durchführung des Modellversuchs wirkte sich nur in sehr bescheidenem Ausmass auf die Wirtschaft, Umwelt und Gesellschaft aus.

Positiv zu werten sind die zweckmässige Nutzung der medizinischen (v. a. ambulante Therapien im Spital) und der Pflegeleistungen durch die Spitex in der Region Oberland West. Auf gesellschaftlicher Ebene beschäftigten sich Angehörige der in den Versuch aufgenommenen Patientinnen und Patienten vermehrt mit der Problematik der Betreuung und Pflege multimorbider hochbetagter Menschen. Für die Evaluation des Modellversuchs konnten an der Universität Bern zusätzliche Stellen geschaffen werden.

Ebenfalls sehr bescheiden waren die negativen Auswirkungen auf die Umwelt durch den individuellen Personenverkehr in der Pilotregion im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen.

Bei einer künftigen Umsetzung von solchen oder ähnlichen Programmen er integrierten Versorgung in der Geriatrie sind die Auswirkungen auf die Wirtschaft, Umwelt und Gesellschaft neu zu evaluieren.

8 Ergebnis der Konsultation

Die betroffenen Spitäler wurden zwecks Stellungnahme zum Bericht konsultiert. Die Stellungnahmen werden bei der Erarbeitung von Versorgungskonzepten und von versorgungsplanerischen Massnahmen berücksichtigt. Es wurde kein Vernehmlassungsverfahren durchgeführt.

9 Antrag

Gestützt auf die obigen Ausführungen beantragen wir Ihnen, dem beiliegenden Beschlussentwurf zuzustimmen.

Beilage

- Regierungsratsbeschluss