

Was ist Population Health Management? Eine Einführung und Positionierung des Konzepts in Literatur und Praxis.

DR. K. VIKTORIA STEIN

Department for Public Health and Primary Care, Health Campus The Hague, Leiden University Medical Centre und stellvertretende Institutsleiterin, Karl Landsteiner Institut für Gesundheitsförderungsforschung, Wien, Österreich

Alle paar Jahre kommen neue Konzepte und Trends auf, die versprechen, die Jahrzehnte alten Probleme in der Organisation des Gesundheits- und Sozialwesens zu lösen. Seit Kurzem steht Population Health Management (PHM) ganz oben auf der Agenda, ein Ansatz, der die Fortschritte in Big Data Analysen und prädiktiver Modellierung mit bereits etablierten Konzepten kombiniert, und diese als Ausgangspunkt für die Planung und Umsetzung von regionalen Gesundheits- und Sozialsystemen nimmt.

1. Hintergrund

Seit Jahren stehen Gesundheits- und Pflegesysteme auf der ganzen Welt unter Druck. Zu den bekannten Herausforderungen der alternden Gesellschaft, chronischer Krankheiten und schrumpfender Ressourcen kommen im Kontext der Globalisierung, des Klimawandels sowie sozialer und wirtschaftlicher Entwicklungen neue hinzu, die unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden gefährden.

Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass es eines systemischen Ansatzes bedarf, um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, soziale Determinanten der Gesundheit miteinzubeziehen und Gesundheitsförderung und Prävention als zentrale Gesundheitsdienstleistungen zu etablieren [1, 2, 3]. Integrierte Versorgung [4], Value-Based Health Care [5] und Managed Care [6] sind nur einige der bekanntesten Beispiele, die in vielen Pilotprojekten, Strategien und Programmen weltweit umgesetzt und ausprobiert

wurden. Alle diese Ansätze streben die Optimierung der Leistungserbringung für eine bestimmte Patientengruppe in einem begrenzten Netzwerk von Anbietern oder nur einer bestimmten Funktion des Systems an. Doch obwohl diese Versuche zu mehreren Gesundheitsreformen unter anderem in den USA (Affordable Care Act 2010) [7], NHS England [8,9], den Niederlanden [10], aber auch Deutschland [11] geführt haben, ist es bisher noch nicht gelungen, systemübergreifende Finanzierungs- und Steuerungssysteme funktionstüchtig aufzubauen, Prävention und Gesundheitsförderung als integralen Bestandteil von Gesundheitsdienstleistungen zu etablieren oder das Verständnis für soziale Determinanten der Gesundheit als Grundwissen für Gesundheits- und Sozialberufe einzuführen. Die derzeit dem System innewohnende Fragmentierung konnte bisher nicht aufgebrochen, gewachsene Interessenskonflikte und Machtverhältnisse kaum überwunden werden und daher konnten die meisten Initiativen und Reformen

eine nachhaltige Transformation hin zu einem lernenden System nicht vorantreiben [6-14].

2. Die Anfänge von Population Health Management

Population Health Management gewann Anfang der 2000er Jahre in den USA an Bedeutung, vorangetrieben unter anderem durch die Publikation des IHI Berichts zu Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen [15] und der Entwicklung des Triple und später des Quadruple Aims. In seinem wegweisenden Artikel zum Triple Aim von Gesundheitssystemen beschrieb Berwick (2008) [16] Population Health Management als Strategie zur Verwirklichung ebendessen. Das Triple Aim beschreibt dabei drei Dimensionen, die ein Gesundheitssystem miteinander vereinbaren muss: verbesserte Patientenerfahrung, bessere Gesundheit der Bevölkerung und geringere Kosten pro Kopf. Das Quadruple Aim (QA) [17] erkannte zusätzlich die Bedeutung des Gesundheitspersonals in der Umsetzung jeglicher Veränderungsprozesse an, und definierte die Zufriedenheit des Gesundheitspersonals als viertes Ziel. Einen echten Push erfuhr PHM durch den Affordable Care Act 2010, indem er Gesundheitsdienstleister dazu anregte, sich auf die Prävention und das Management chronischer Krankheiten zu konzentrieren. Accountable Care Organisations (ACOs) begannen PHM-Strategien einzuführen, um die Zahl der Krankenhauswiederaufnahmen zu senken und die Qualitätsoutcomes zu verbessern [18].

3. Definitionen von Population Health Management

Ähnlich wie für integrierte Versorgung, gibt es keine allgemein gültige Definition von PHM. Häufig zitierten Definitionen ist jedoch gemein, dass sie die Identifikation und Beschreibung einer bestimmten Bevölkerung und ihrer Determinanten für Gesundheit, die Verwendung von Datenanalyseinstrumenten zur besseren Planung und Evaluierung von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen, sowie die Entwicklung integrierter Versorgungs- und Finanzierungsmodelle als wesentliche Bestandteile erwähnen [1, 13, 19-21]. Da sich die Bevölkerung in den PHM Definitionen immer auf eine klar

Box 1. Definitionen von PHM

„Das technische Tätigkeitsfeld, das eine Vielzahl individueller, organisatorischer und kultureller Interventionen nutzt, um die Morbiditätsmuster (d. h. die Krankheits- und Verletzungslast) und das Nutzungsverhalten des Gesundheitswesens bestimmter Bevölkerungsgruppen zu verbessern“ (Hillman 2008, übersetzt durch die Autorin) [20].

„Population Health Management (PHM) verbessert die Gesundheit der Bevölkerung durch datengestützte Planung und die Bereitstellung einer proaktiven Versorgung, um die Gesundheitsergebnisse zu optimieren. Es geht im Wesentlichen um den Wechsel von einem weitgehend reaktiven System (das reagiert, wenn jemand krank wird) zu einem viel proaktiveren System (das sich auf Interventionen zur Vorbeugung von Krankheiten, zur Verringerung des Risikos von Krankenhausaufenthalten und zur Beseitigung von Ungleichheiten in ganz England bei der Bereitstellung von Gesundheitsversorgung konzentriert).“ (NHS England 2023, übersetzt durch die Autorin) [22]

„Population Health Management wird hier definiert als ein menschenzentrierter, datengesteuerter und proaktiver Ansatz zur Verwaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens einer definierten Population unter Berücksichtigung der Unterschiede innerhalb dieser Population und ihrer sozialen Determinanten der Gesundheit. Das Population Health Management umfasst eine datengestützte Bewertung des Gesundheitszustands einer bestimmten Bevölkerung, gefolgt von der Vorhersage der Gesundheitsergebnisse und der Antizipation der Ressourcen, die erforderlich sind, um diese Probleme proaktiv anzugehen.“ (WHO Europa 2023, übersetzt durch die Autorin) [13]

geographisch beschriebene Bevölkerung bezieht, kam die Einbindung und aktive Beteiligung dieser sowie der lokalen Leistungserbringer und -erbringerinnen als integraler Bestandteil des Konzeptes hinzu. NHS England sieht PHM als zentralen Ansatz um seine integrierten Versorgungssysteme (integrated care systems) umzusetzen, indem es mit einem datengetriebenen Ansatz und proaktiven Gesundheitsdienstleistungen bessere Gesundheitsergebnisse liefert [22]. Die WHO Europa definiert Population Health Management als einen wichtigen Ansatz, um Primärversorgungssysteme zu stärken [13].

4. Population Health Management als Motor für Veränderung

Man kann PHM also im einfachsten Sinne als Strategie verstehen, um Systemänderungen zur Erreichung des Quadruple Aims zu strukturieren und zu steuern [1, 23]. Es gibt jedoch in Literatur und Praxis eine anhaltende Debatte darüber, wie breit PHM verstanden werden soll [24]. Es gibt Konsens darüber, dass der Kern von PHM die datengesteuerte Planung und Steuerung des Gesundheits- und Sozialsystems aus Sicht einer bestimmten Bevölkerung ist. Die Hauptmaßnahmen sind die Segmentierung der Bevölkerung und die Risikostratifizierung unter Verwendung von (oft routinemäßig gesammelten) Gesundheitsdaten der Bevölke-

rung, die aus mehreren gesundheitsbezogenen Sektoren extrahiert werden. Bei diesem Ansatz wird eine ausgewählte Population in Segmente unterteilt. Dann kann jedes Segment risikostratifiziert werden, um Gruppen von Personen mit einem ähnlichen Risiko für ein vordefiniertes (nachteiliges) Gesundheitsergebnis zu identifizieren. Mit diesen Informationen kann eine Intervention konzipiert werden, um die Versorgung und Unterstützung zu verbessern, die den Bedürfnissen der Personen in jeder Risikoschicht entspricht. [25-27] Mit anderen Worten, die enge Auslegung von PHM kann als datengesteuerter Prozess angesehen werden, um die wirkungsvollsten Interventionen für die Gesundheit einer bestimmten Bevölkerung auszuwählen. Basierend auf Erfahrungen in der praktischen Umsetzung von PHM wird jedoch immer häufiger argumentiert, dass ein breiterer Anwendungsbereich erforderlich ist, um diese Wirkung tatsächlich zu erzielen [13, 23, 28].

5. Die Umsetzung von Population Health Management

Obwohl es keine einheitliche Definition für PHM gibt, so gibt es doch einen breiten Konsens in der Literatur, was die wichtigsten Elemente von PHM sind [13, 23, 29, 30]. Basierend auf einer explorativen, vergleichenden Fallanalyse haben Steenkammer et al. (2020) [28]

fünf Programmtheorien aufgestellt, die vorhanden sein müssen, um PHM erfolgreich umsetzen zu können: (1) muss man Vertrauen in eine gemeinsame Vision und ein gemeinsames Verständnis von PHM schaffen, um das Buy-in aller Partner zu gewährleisten; (2) muss man gemeinsame Verantwortung für die Erreichung der Ziele der Initiative schaffen; (3) muss man gemeinsame finanzielle Interessen schaffen, die die wahrgenommenen finanziellen Risiken übersteigen, und finanzielle Nachhaltigkeit gewährleisten; (4) muss man ein lernendes System schaffen, um die Glaubwürdigkeit der Initiative zu sichern und (5) muss man die Bevölkerung und die Leistungserbringer und -erbringerinnen für die erforderlichen Änderungen und neuen Arbeitsweisen sensibilisieren. Diese Programmtheorien reflektieren klar die Empfehlungen und Lehren aus der Transformations- und Implementierungsliteratur, in der neben einer klaren Vorstellung und Planung großer Wert auf die relationalen Elemente gelegt wird [14, 30-33].

Die WHO Europa hat zur Umsetzung einen PHM-Zyklus entwickelt, der aus fünf Schritten besteht, die im Sinne eines lernenden Systems kontinuierlich durchlaufen werden sollen [13]. Diese sind:

1. Definition und Identifikation der Bevölkerung
2. Gesundheitsassessment und Bevölkerungssegmentierung
3. Risikostratifizierung und Definition der beeinflussbaren Elemente
4. Entwicklung maßgeschneiderter Dienstleistungen
5. Evaluierung und kontinuierliche Verbesserung

Um eine nachhaltige Systemänderung herbeizuführen, wird die Wichtigkeit betont, nicht nur eine Intervention zu planen, sondern sie auch umzusetzen und ihre Wirkung zu bewerten. Der Zyklus unterstreicht außerdem, dass das Befolgen dieser Schritte keine einmalige Übung ist, sondern wiederholt angewendet werden sollte, um das System und die Leistungen kontinuierlich zu verbessern und an eventuelle neue Gegebenheiten und Technologien anzupassen.

Ein weiteres Umsetzungsmodell, welches in den Niederlanden entwickelt wurde, definiert „Sechs Elemente von PHM“ [34, 35]. Diese sechs Elemente fassen die aktuelle wissenschaftliche Literatur und

Fallbeispiele zusammen und wurden als Teil des „PLOTmodels“ entwickelt [34, 36] (nähere Informationen siehe weiter unten):

- Die „verantwortliche regionale Organisation“ (accountable regional organisation) ist für das Erreichen des Quadruple Aims verantwortlich. Oft handelt es sich dabei um eine Gruppe von Interessenvertretern, die in Form einer juristischen Person zusammenkommen und finanzielle Vereinbarungen mit Kostenträgern im Gesundheits- und Sozialwesen treffen können. Diese setzt
- das „sektorenübergreifende Geschäftsmodell“ (cross domain business model) um, welches die Gesundheits- und Sozialdienstleistungen in der Region erbringt. Die Kosten und Einnahmen aus den verschiedenen Finanzierungsströmen werden dabei aufeinander abgestimmt und die Konsequenzen für alle regionalen Beteiligten transparent gemacht.
- Unterstützt wird das ganze durch eine „integrierte Dateninfrastruktur“ (integrated data infrastructure), in der Routinedaten des Gesundheits- und Sozialwesens so verknüpft werden, dass ein umfassender regionaler Überblick über Gesundheit, Kosten, Outcomes und Erfahrungen zur Verfügung steht. Dabei ist wichtig zu erwähnen, dass dies sowohl quantitative als auch qualitative Daten umfasst.
- Nachhaltige Systemänderungen lassen sich nur mit aktiver und umfassender Einbindung der Bevölkerung und der Gesundheits- und Sozialberufe erreichen. Eine „gemeinsame Gestaltung mit Bevölkerung und Gesundheits- und Sozialdienstleister und -leisterinnen“ (co-designing communities and workforce) gewährleistet eine direkte Beteiligung und eine wesentliche Rolle der letztlichen Umsetzerinnen im endgültigen Entscheidungsfindungsprozess.
- Unter „Population Health Data Analytics“ versteht man die Nutzung datengestützter Erkenntnisse, um PHM-Interventionen voranzutreiben und die Ergebnisse des Quadruple Aims kontinuierlich zu überwachen.
- Im Sinne eines lernenden Systems, welches sich die umfassenden qualitativen und quantitativen Daten zunutze macht, werden „emergente Im-

plementierungsstrategien“ (emerging implementation strategies) genutzt, um einen kontinuierlichen Test- und Lernprozess in der Region zu gestalten.

Die Sechs Elemente von PHM stellen eine Kombination aus bereits bekannten Ansätzen der Accountable Care Organizations und der Implementierung von integrierten Versorgungsmodellen dar und verbinden diese wirksam mit neuen Erkenntnissen aus den Implementierungswissenschaften und der rasanten Entwicklung von Datenanalysemethoden. Gemeinsam mit dem WHO PHM-Zyklus zeigen sie auf, wie wichtig es ist, sich von den starren Projektmanagement- und Implementierungskonzepten der letzten Jahrzehnte zu verabschieden und sich auf agile, emergente und lernende Organisationen und Prozesse einzulassen. Das bedeutet auch, dass man zu Beginn des Prozesses nicht definieren kann, wie das Modell oder Netzwerk am Ende aussieht, da anerkannt wird, dass Lösungen nur gemeinsam und im lokalen Kontext erarbeitet werden können.

6. Population Health Management und integrierte Versorgung

Wie bereits aus einigen Definitionen hervorging, wird das Verhältnis von PHM und integrierter Versorgung unterschiedlich interpretiert. Diese synergetische Beziehung zwischen den zwei Konzepten kann auch in der Praxis beobachtet werden, doch auch hier herrscht noch keine Einigkeit: während das NHS England PHM als Instrument sieht, um seine integrierten Versorgungssysteme umzusetzen [22], definiert Ontario integrierte Versorgung als Teil seiner PHM Strategie [23]. In einem Leitartikel haben van Ede et al. (2023) [37] den Stand der wissenschaftlichen Diskussion folgendermaßen zusammengefasst:

- In der integrierten Versorgung steht die Koordinierung der Gesundheitsversorgung über verschiedene Anbieter und Einrichtungen hinweg im Mittelpunkt, um eine nahtlose, effiziente und patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten, während Population Health Management (PHM) sich auf die Verbesserung der Gesundheitsergebnisse einer bestimmten Bevölkerung durch Berücksichtigung einer

breiten Palette von Faktoren, darunter soziale Determinanten der Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention, und die Behandlung chronischer Krankheiten konzentriert.

- Es wird stipuliert, dass sich integrierte Versorgung in erster Linie auf Prozessoptimierung fokussiert (z. B. die Integration von Gesundheitsdienstleistungen), während PHM eine breitere Perspektive einnimmt und öffentliche Gesundheitsinitiativen und gemeindebasierte Interventionen einbindet. Dabei legt integrierte Versorgung den Schwerpunkt auf die Leistungserbringung und Behandlungspfade, während PHM sich stark auf Datenanalysen verlässt, um Gesundheitstrends zu erkennen und gezielte Interventionen umzusetzen.
- Der Artikel geht davon aus, dass sich IV und PHM ergänzen; eine effektive Integration von Dienstleistungen (IV) kann die Ergebnisse von Strategien auf Bevölkerungsebene (PHM) verbessern. Die Kombination beider Ansätze kann zu einem ganzheitlicheren und effizienteren Gesundheitssystem führen.

Wenn man die praktische Umsetzung in England und Ontario vergleicht, scheinen die Unterschiede eher in der Verwendung der Fachwörter zu liegen, als in der eigentlichen Umsetzung. Beide Systeme weisen eine starke Steuerung durch Rahmenvorgaben, Assessments, vertiefende Informationsunterlagen sowie eine Vernetzung der Umsetzerinnen auf. Starke lokale Netzwerke und eine proaktive Einbindung der Bevölkerung sind weitere Gemeinsamkeiten, ebenso wie Flexibilität im Aufbau und der Organisation der lokalen Strukturen. Weiters arbeiten die verschiedenen Ebenen des Systems zusammen, um Datenverarbeitung und gemeinsame Datenanalysen zu verbessern. Nach derzeitiger Evidenzlage und Praxis scheint es wichtiger zu sein, dass sich Entscheidungsträger und Umsetzerinnen auf ein gemeinsames Konzept verständigen, welches von allen gleich interpretiert wird. Die bisher vorliegende Evidenz zur Umsetzung von PHM zeigt umgekehrt die gleichen Probleme auf, die schon die Einführung integrierter Versorgungsmodelle mit sich brachte: mangelndes Vertrauen zwischen den beteiligten Parteien und Berufsgruppen, mangelnde Verwendung der vorhan-

denen Daten, mangelndes Verständnis von Change Management und Implementierungsprozessen sowie mangelndes Leadership verhindern eine erfolgreiche Umsetzung. [30, 35-38]

7. Internationale Umsetzungsbeispiele

7.1 Niederlande

Über die Jahre haben die Niederlande viele verschiedene Strategien zur besseren Organisation und Finanzierung ihres Gesundheits- und Sozialsystems ausprobiert, und auch extensiv dazu publiziert. Dabei spielten integrierte Versorgung und Population Health Management auf allen Ebenen des Systems eine wichtige Rolle [10, 12, 37]. Doch anders als in England, Schottland oder einigen spanischen Regionen kam es nie zur Entwicklung regionaler Versorgungssysteme. Dies sollte sich mit drei neuen nationalen Policies ab 2022 ändern: der integrierten Versorgungsvereinbarung (IZA), der Vereinbarung für ein gesundes und aktives Leben (GALA) und dem Programm für Wohnen, Pflege und Unterstützung alter Menschen (WOZO). Diese Vereinbarungen wurden vom Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport entwickelt und bezogen alle relevanten Interessengruppen aus verschiedenen Politikbereichen mit ein. Grundsätzlich sind diese Abkommen vielversprechend, da mit ihnen Gesundheit und nicht Krankheit in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems gestellt werden soll. Allerdings gingen auch diese Politikinstrumente nicht weit genug, um bestehende Silos zu überwinden, sondern vertärkten sie noch, da sie drei Gesetze (das Krankenversicherungsgesetz (ZVW), das Pflegegesetz (WLZ) und das Sozialhilfegesetz (WMV)) fortschreiben und primär auf Einzelleistungen setzen.

Trotzdem stellen diese Maßnahmen einen bedeutenden Wandel hin zu einem stärker gesundheitsorientierten System dar. Die Vereinbarungen verlangen von Leistungserbringern und Leistungsträgern, dass sie Einblicke in die dringendsten Herausforderungen in den verschiedenen Gesundheitsregionen gewinnen und gemeinsam langfristige Pläne entwickeln, die darlegen, wie diese Herausforderungen gemeinsam gelöst werden können. Diese Pläne müssen dann beim Ministerium eingereicht werden und bei

positiver Bewertung werden zusätzliche Mittel zur Umsetzung zur Verfügung gestellt. Dieser Ansatz fördert eine regionale Ausrichtung und zwingt die Interessensgruppen, sich in gemeinsamen Governance-Strukturen zu organisieren, um die Pläne umzusetzen und die Ausrichtung an den gemeinsamen Zielen sicherzustellen. Auf Systemebene werden die regionalen Bemühungen dahingehend unterstützt, dass die sechs Elemente von PHM und der WHO PHM-Zyklus als Umsetzungsleitlinien propagiert werden. Basierend auf diesen wurde ein PHM-Reifegradindex entwickelt [38, 40, 41], welcher als Evaluierungstool zum Einsatz kommt und eine Vergleichbarkeit zwischen den Regionen herstellen soll.

Die Umsetzung dieser Vereinbarungen hat jedoch in vielen Regionen zu Herausforderungen bei den Governancestrukturen geführt, insbesondere bei der Definition, wie die gemeinsame Rechenschaftspflicht strukturiert sein sollte. Viele Organisationen und damit auch Regionen sind noch nicht bereit für dieses Maß an Zusammenarbeit, bei dem ihre individuellen Geschäftsmodelle mit einem breiteren regionalen Rahmen in Einklang gebracht werden müssen [36]. Es bleibt abzuwarten, ob Population Health Management dazu beitragen kann, regionale Gesundheits- und Sozialsysteme in den Niederlanden zu etablieren.

7.2 Ontario Health Teams (OHTs), Kanada

Auch in Ontario geht die Implementierung von PHM von einer politischen Entscheidung und einer neuen Reform aus. Anders als Deutschland und die Niederlande hat Kanada ein NHS-System, dessen Verantwortlichkeiten zwischen den Provinzen und der nationalen Ebene aufgeteilt sind. Management, Organisation und Leistungserbringung liegen bei den Provinzen. Das provinzielle Gesundheitsministerium legt die Richtlinien und Prioritäten für das Gesundheitssystem fest und ist für die Gesetzgebung, Standardisierung und Rollenverteilung, sowie die Genehmigung neuer Investitionen verantwortlich. Ontario Health entwickelt die klinischen Guidelines, ist für hochspezialisierte und Tertiärversorgung zuständig, definiert die Performanceindikatoren, an denen die Ontario Health Teams (OHTs) gemessen werden

und stellt jene Unterstützungsfunktionen zur Verfügung, die für das gesamte System relevant sind (z.B. digitale Lösungen, Daten). 2019 wurde eine große Gesundheitsreform durchgeführt (Connecting Care Act in Ontario 2019), in der Ontario in 6 Gesundheitsregionen und 58 Ontario Health Teams aufgeteilt wurde. Jedes Team ist für eine geographisch klar definierte Bevölkerung zuständig, und muss in dieser alle Gesundheits- und Sozialdienstleistungen erbringen. Den Teams wird dabei freie Hand gelassen, wie sie sich organisieren und welche lokalen Partner dabei sind [42]. Allerdings muss jedes Team einen Plan bei Ontario Health einreichen, in dem klar beschrieben ist, wer wie zusammenarbeitet. Dabei wird auch eine Selbsteinschätzung des Reifegrades der Entwicklung der OHTs abgegeben. Basierend auf diesem Dokument werden die OHTs evaluiert und in einem rigorosen Assessmentverfahren bis zur Zertifizierung als OHT begleitet [43].

Nachdem es anfänglich wenig Steering und keine Definition für PHM vonseiten der Gesetzgebung gab, wurde dies 2021 in einem Bericht des Health System Performance Network nachgeholt [23]. Darin wird auf dem Population Health Conceptual Framework der US-amerikanischen Population Health Alliance aufgebaut. Dieser identifiziert 6 Schritte, um PHM umzusetzen:

1. Identifizierung der Bevölkerung
2. Assessment auf Basis des Triple (oder Quadruple) Aims
3. Risikostratifizierung / Bevölkerungssegmentierung
4. Bürger-zentrierte Interventionen
5. Evaluierung des Impacts
6. Kontinuierliche Qualitätsverbesserung

Zusätzlich fasste der HSPN Bericht Lehren aus internationalen Fallbeispielen zusammen. So braucht die Umsetzung von PHM klare Unterstützung auf Makro- (z. B. unterstützende Gesetzgebung und Regulierung, integrierte Strategien und aufeinander abgestimmte Finanzierungsströme), Meso- (inklusive dem Teilen von Daten und einer organisationalen Bereitschaft für eine Änderung (readiness for change)) und Mikroebene (Bereitschaft der Gesundheits- und Sozialdienstleisterinnen und -dienstleister zur Änderung sowie informierte und gut vorbereitete Patientinnen und Patienten). Integrierte Versorgungsmodelle unter Berücksich-

tigung der sozialen Determinanten der Gesundheit wurden ebenfalls als essenzielle Elemente für die Umsetzung von PHM identifiziert.

Gemäß den Prinzipien von 'Top-Down, Bottom-Up' sind die lokalen Governancestrukturen der OHTs ihnen selbst überlassen. Die Eastern Ontario Health Partners zum Beispiel haben ein 'Netzwerk von Netzwerken' aufgebaut, in dem über 100 lokale Gesundheits- und Sozialdienstleister, NGOs, Patientenorganisationen, Sportklubs, etc. zusammen gekommen sind und von einem Leadership Team geleitet werden. Dieses Team setzt sich aus Vertretern und Vertreterinnen einiger Netzwerkpartner zusammen, die gemeinsam das gesamte Kontinuum der Versorgung repräsentieren und vom Netzwerk nominiert werden. Seit 2024 gehört dem Leadership-Team außerdem ein administrativer, ein klinischer und ein Community Co-Lead an. Der Community Advisory Council wählt ebenfalls zwei Vertreter und Vertreterinnen in das Leadership Team, und stärkt so die Stimme der ca. 300.000 Bewohnerinnen und Bewohner, die die geographische Region von Eastern Toronto ausmachen [44]. Was auf den ersten Blick als ein nicht managebares Konstrukt aussieht, hat sich in der Praxis als erfolgreiches und starkes Modell etabliert, dass selbst während der Pandemie gute Outcomes erzielen konnte [45], und 2024 die Auszeichnung der 'Best Practice Spotlight Organization' der Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) für die Einführung mehrerer Best Practice Richtlinien zur Verbesserung von Gesundheitsergebnissen auf individueller, organisatorischer und Gesundheitssystemebene erhalten hat. Es wurde außerdem vom Gesundheitsministerium von Ontario als eines von 12 OHTs ausgewählt, die als Accelerator ab 2025 zusätzliche Unterstützung und Finanzmittel erhalten werden, um ihre Transformationsphase zu beschleunigen ('accelerator program') und Lehren und Erfahrungen mit anderen OHTs zu teilen, und so das Konzept sowie das lernende System weiter zu entwickeln [46].

Das Health System Performance Network, ein Zusammenschluss von Wissenschaft, Politik und Praxis und vom Gesundheitsministerium finanziert, wurde von diesem mit der umfassenden, begleitenden Analyse und Evaluierung beauftragt. Bei den quantitativen Indikatoren gibt es aufgrund der Neuheit der

OHTs noch keine mehrjährigen Analysereihen. Die bereits vorhandenen Zahlen sind frei zugänglich: <https://hspn.ca/evaluation/oht/reports/>. Einen ersten Bericht gibt es zu den Erfahrungen der OHTs in der ersten Phase der Umsetzung. Basierend auf einer Befragung von OHTs und Systempartnern wurden 4 Themen identifiziert, in denen es Probleme und fehlende Unterstützung oder Klarheit gibt: 1) die Formulierung eines klaren Ziels und einer Richtung, in die es gehen soll, sowie die dafür nötigen Hebel zur Transformation; 2) der Konflikt zwischen lokalen Bedürfnissen und Gegebenheiten und der Notwendigkeit zur Standardisierung; 3) die Verteilung der Rollen und Verantwortlichkeiten in der Finanzierung; und 4) die Rollen und Beziehungen innerhalb des Systems [47].

8. Die Zukunft von PHM

Wie aus dieser Betrachtung ersichtlich wurde, stehen viele PHM-Projekte in der Praxis vor den gleichen Herausforderungen und Hindernissen wie andere Reform- und Transformationskonzepte vor ihnen: Berufsgruppen und Organisationen, die einander nicht vertrauen, Finanzierungsmechanismen, die Fragmentierung und Volumen begünstigen, dysfunktionale Informations- und Kommunikationstechnologien, unklare Rollen- und Aufgabenverteilung und ein Mangel an Change Management und Transformationskompetenz erschweren es vielen Initiativen über die ersten Diskussionen und Meetings hinaus tatsächlich etwas umzusetzen. Auch die Erfolgsfaktoren sind bereits aus der Change Managementliteratur hinlänglich bekannt: dort, wo viel Zeit in die Vertrauensbildung zwischen den verschiedenen Partnern investiert wird; wo eine starke Kooperation mit der lokalen Bevölkerung eingegangen wird, und diese aktiv in die Entscheidungsfindung eingebunden wird; wo die einzelnen Organisationen und Personen bereit sind, eigene Macht, Ressourcen und Einfluss aufzugeben, um an einem gemeinsamen Entwurf für die Zukunft zu arbeiten, dort findet ein echter Transformationsprozess statt, der auch nachhaltig sein kann. Die Beispiele aus der Praxis zeigen auch, dass ein Zusammendenken von PHM und integrierter Versorgung ein starkes Modell hervorbringen kann, welches durch die strategische und operative

Nutzung vorhandener Daten dazu befähigt, ein flexibles und lernendes System aufzubauen. Dieses kann auf die Bedürfnisse einzelner Patienten- und Bevölkerungsgruppen viel gezielter eingehen, durch Risikostratifizierung die Planung von Ressourcen und Dienstleistungen effizienter gestalten und Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme als Basisdienstleistung etablieren. Der Fokus auf einem datengetriebenen lernenden System, welches lokal entwickelt und umgesetzt wird, ist sicher das stärkste Argument für PHM.

Die Diskussion zeigt aber auch, dass wir schon längst über das Wissen und die Werkzeuge verfügen, um unsere Systeme an die mannigfaltigen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts anzupassen. Im Endeffekt geht es bei jedem Konzept darum, dass man vom Reden ins Tun kommen muss, und das gemeinsam mit einem breiten Zusammenschluss an Partnern aus allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialsystems. Erfolg und Misserfolg liegen also schlussendlich immer bei den handelnden Akteuren, egal welchem Konzept sie sich verschrieben haben.

Literaturverzeichnis

1. Alderwick H, Ham C, Buck D. **Population health systems**: going beyond integrated care. Kings Fund 2015.
2. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21:78–93.
3. **World Health Organization**. 21st century health challenges: can the essential public health functions make a difference?: discussion paper. World Health Organization 2021. <https://iris.who.int/handle/10665/351510>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Amelung VE, Stein KV, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E (editors). *Handbook Integrated Care*, 2nd edition. Springer Nature, Berlin/Heidelberg, 2021. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5>.
5. Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med*. 2020 May;95(5):682–685. doi: 10.1097/ACM.0000000000003122. PMID: 31833857; PMCID: PMC7185050.
6. Amelung VE, Deimel D, Reuter W, van Roij TNM, Weatherly JN. **Managed Care in Europa**. Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009.
7. Sandhu, S., Sharma, A., Cholera, R. and Bettger, J.P. 'Integrated Health and Social Care in the United States: A Decade of Policy Progress', *International Journal of Integrated Care* 2021;21(S2):9. Available at: <https://doi.org/10.5334/ijic.5687>.
8. Lewis RQ, Checkland K, Durand MA, Ling T, Mays N, Roland M, et al.. Integrated Care in England – what can we Learn from a Decade of National Pilot Programmes?. *International Journal of Integrated Care*. 2021;21(S2):5. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5631>.
9. Miller R, Glasby J, Dickinson H. Integrated Health and Social Care in England: Ten Years On. *International Journal of Integrated Care*. 2021;21(S2):6. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5666>.
10. Nies H, Stekelburg D, Minkman M, Huijsman R. A Decade of Lessons Learned from Integration Strategies in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*. 2021;21(S2):15. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5703>
11. Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Marresso A, Busse R. Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2020; 22(6): pp.i–273.
12. de Vries EF, Drewes HW, Struijs JN, Heijink R, Baan CA. Barriers to payment reform: experiences from nine Dutch population health management sites. *Health Policy*. 2019;123:1100–7.
13. **WHO Europa**. Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.
14. Stein KV, Miller R, Aldasoro E, Goodwin N. Always Look on the Bright Side – Lessons Learned from Another Decade of Integrating Care. *International Journal of Integrated Care*. 2022;22(4):15. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.7513>.
15. **Institute of Medicine**. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC, 2001: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>.
16. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(3):759–69.
17. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573–6.
18. Schmid A, Des Jardins T, Lehmann A. Innovative Payment and Care Delivery Models: Accountable Care Organisations in the USA. in Amelung VE, Stein KV, Suter E, Goodwin N, Balicer R, Beese A-S. (editors). *Handbook of Integrated Care*, 3rd edition. Springer Nature, Berlin/Heidelberg, 2025. In Print.
19. Kindig D, Stoddard G. What Is Population Health? *American Journal of Public Health*. 2003;93(3):380–3.
20. Hillman CH, Erickson KI, Kramer AF. Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Nature reviews. Neuroscience* 2008;9(1):58–65. <https://doi.org/10.1038/nrn2298>.
21. Steenkamer BM, Drewes HW, Heijink R, Baan CA, Struijs JN. Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature. *Population Health Management*. 2017;20(1):74–85.
22. **NHS England**. What is Population Health Management. Version 1.2. First Published 17 February 2023. Available at: <https://www.england.nhs.uk/long-read/population-health-management/#what-is-population-health-management>, last accessed 27 February 2025.
23. Cronin S, Tessier L, James KA, Wodchis WP. Approaches to Population Health Management: Informing Ontario's Health System Transformation. Toronto, ON: Health System Performance Network. 2021. Available at: https://hspn.ca/wp-content/uploads/2021/03/HSPN_Population_Health_Management_Feb2021.pdf. Last access 4 March 2025.
24. Swarthout M, Bishop MA. Population health management: Review of concepts and definitions. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2017;74(18):1405–11.
25. Chong JL, Lim KK, Matchar DB. Population segmentation based on healthcare needs: a systematic review. *Systematic Reviews*. 2019;8(1):202.
26. Girwar S-AM, Jabroer R, Fiocco M, Sutth SP, Numans ME, Bruijnzeels MA. A systematic review of risk stratification tools internationally used in primary care settings. *Health Science Reports*. 2021;4(3):e329.
27. Monderde D, Vela E, Cléries M, Garcia-Eroles L, Roca J, Pérez-Sust P. Multimorbidity as a predictor of health service utilization in primary care: a registry-based study of the Catalan population. *BMC Fam Pract*. 2020;21:39.
28. Steenkamer B, de Weger E, Drewes H, Putters K, Van Oers H, Baan C. Implementing population health management: an international comparative study. *Journal of Health Organization and Management*. 2020;34(3):273–94.
29. Silberberg M, Martinez-Bianchi V, Lyn M. What is population health? *Prim Care*. 2019;46:475–84.

30. **van Ede AFTM.** How to implement Population Health Management – bridging science and practice. Dissertation presented at Leiden University Medical Centre, The Netherlands, 2025. ISBN: 978-94-6506-774-2.
31. **Goodwin N.** Change Management. In: in Amelung VE, Stein KV, Suter E, Goodwin N, Balicer R, Beese A-S. (editors). Handbook of Integrated Care, 3rd edition. Springer Nature, Berlin/Heidelberg, 2025. In Print.
32. **Kotter J.** Leading change. Harvard Business Review Press. 1996.
33. **Miller R, Stein KV.** The Odyssey of Integration: Is Management its Achilles' Heel? International Journal of Integrated Care, 2020; 20(1): 7, 1–14. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5440>
34. **Bruijnzeels MA.** Population Health Management for Healthy Regions (PHM4HR). NWA-ORC 2020/21 Grant proposal; 2021.
35. **van Ede AFTM, Minderhout, RN, Stein KV, Bruijnzeels MA.** How to successfully implement population health management: a scoping review. BMC Health Serv Res 2023;23:910. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09915-5>
36. **van Ede AFTM, Voragen L, Bruijnzels MA.** Netherlands: The PLOT Model. in Amelung VE, Stein KV, Suter E, Goodwin N, Balicer R, Beese A-S. (editors). Handbook of Integrated Care, 3rd edition. Springer Nature, Berlin/Heidelberg, 2025. In Print.
37. **Struijs JN, Drewes HW, Stein KV.** Beyond integrated care: challenges on the way towards population health management. International Journal of Integrated Care. 2015;15(4):null. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2424>.
38. **van Ede AFTM, Goodwin N, Bruijnzeels MA, Stein KV.** Assessing the Strengths and Weaknesses for Implementing a Place-Based Model of Care for Older People on the Central Coast, Australia: Results of a Pilot Project Using the Population Health Management Maturity Index (PHM-MI) Tool. International Journal of Integrated Care. 2024;24(3):18. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.8575>.
39. **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.** De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Programma's. <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/>, last accessed 27 Februar 2025.
40. **van Ede AFTM, Stein KV, Bruijnzeels MA.** Assembling a population health management maturity index using a Delphi method. BMC Health Serv Res 2024;24:110. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10572-5>
41. **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.** De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Focus op gezondheid met de populatiegerichte gezondheidscyclus. 11 Juni 2024. <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/actueel/nieuws/Focus-op-gezondheid-met-de-populatiegerichte-gezondheidscyclus/>. Last accessed 27 Februar 2025.
42. **Ministry of Health.** Ontario Health Teams. <https://www.ontariohealth.ca/system-planning/ontario-health-teams>. Last accessed 27 Februar 2025.
43. **Ministry of Health.** Ontario Health Teams: Guidance for Health Care Providers and Organizations. <https://www.ontario.ca/files/2024-01/moh-oht-hcp-guidance-doc-en-2024-01-22.pdf>. Last accessed 27 Februar 2025.
44. **Eastern Toronto Health Partners.** Our Partners. <https://ethp.ca/about-us/our-partners/>. Last accessed 27 Februar 2025.
45. **Wojtak A, Altenberg J, Annett C, Babcock A, Chung K, Downey S, Fam M, Fraser I, Mason K, Pham TT, Powis J, Rahim A, Rosenberg J, Yu C.** Mobilizing a Whole Community: Policy and Strategy Implications of an Integrated Local System Response to a Global Health Crisis. Healthc Q. 2020 Oct;23(3):15-23. doi: 10.12927/hcq.2020.26338. PMID: 33243361.
46. **Ministry of Health.** Connected Care Update – November 28, 2023. <https://www.ontario.ca/document/connected-care-updates/connected-care-update-november-28-2023>. Last accessed 27 Februar 2025.
47. **Embuldeniya GE, Wankah Nji P, Wodchis WP.** Ontario Health Teams Central Evaluation. Closing the gap between program implementation and system design: Exploring how implementers and system stakeholders approach the development of Ontario Health Teams. February 2024. Health System Performance Network, Toronto, ON, 2024. https://hspn.ca/wp-content/uploads/2024/03/System_policy-report_7Feb2024.pdf. Last accessed 27 Februar 2025.