KANTON AARGAU

DEPARTEMENT

GESUNDHEIT UND SOZIALES

Abteilung Gesundheit

22. Mai 2018

Projekt Masterplan Integrierte Versorgung Aargau (MIVAG 2014–2017); Zusammenfassung

---

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage 2

2. Rechtliche Grundlagen 3

3. Integrierte Versorgung und eHealth Aargau 3
3.1 Zwei Projekte – eine Vision 3
3.2 Schnittstellen MIVAG zu anderen Projekten und Leistungen 5

4. Programm eHealth Aargau (ab Ende 2014) 5

5. Projekt Masterplan Integrierte Versorgung (MIVAG) 10
5.1 Projektziele des MIVAG 10
5.2 Projektorganisation des MIVAG 10
5.3 Statuserhebung 11
5.4 Projektskizzen und Empfehlungen 11
5.5 Umsetzung – Massnahmen und Projekte 12
5.5.1 Massnahmen und Projekte in direkter Verantwortung des Kantons 13
5.5.2 Massnahmen und Projekte in Verantwortung der Versorgungspartner 15
5.6 Zielerreichung MIVAG (Vergleich Soll / Ist) 17
5.6.1 Ergebnisse 17
5.7 Finanzen 19
5.7.1 Soll-Ist-Vergleich Kostenvoranschlagpositionen 19
5.7.2 Kreditausweis 19
5.8 Kosten-Nutzen-Beurteilung 19

6. Empfehlungen 20
6.1 Empfehlungen zur Integrierten Versorgung 20
6.2 Empfehlungen zu eHealth/elektronisches Patientendossier (EPD) 22

1. Ausgangslage

Medizin, Pflege und Therapien haben sich in den letzten Jahrzehnten immer stärker differenziert und die Kontaktstellen zwischen den Fachpersonen sowie Institutionen vervielfacht. Mit der Folge, dass die einzelnen Behandlungsschritte oft schlecht aufeinander abgestimmt sind: Die nächste Fachperson weiss häufig nicht oder nur lückenhaft, was die letzte oder vorletzte gemacht hat. Solche Informationsverluste führen zu Überdiagnostik, Mehrfachbehandlungen, Komplikationen, Notfall- und Wiedereinweisungen in das Spital – mit negativen Wirkungen auf die Behandlungsresultate, Patientensicherheit und Kostenentwicklung, wie folgende Aussagen belegen:

- «Mehrere Studien haben gezeigt, dass die Überversorgung bedeutende Nebenwirkungen bei den Patienten zur Folge hat und 30 % der Gesundheitskosten ausmacht, ohne aber einen Mehrwert zu bringen. Denn diese Untersuchungen und Behandlungen verbessern die Prognose der Patienten nicht.» Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, Chefarzt/Leiter der Poliklinik, Inselspital/Universitätsspital Bern; Prof. Dr. med. Jean-Michel Gaspoz, Chefarzt Allgemeine Innere Medizin, Universitätskliniken Genf
- «20 bis 30 % der diagnostischen Tests, Untersuchungen oder verordneten Medikamente werden nicht evidenzbasiert eingesetzt, sind unnötig oder potentiell gefährlich.» Prof. Dr. med. Thomas Rosemann, Direktor des Instituts für Hausarztmedizin, Universität Zürich
- «Ärzte tun aus ökonomischen Gründen Dinge, die es gar nicht brauchen würde. Irgendwann können wir uns dies nicht mehr leisten. (…) Gegen Ende meiner Laufbahn in der Klinik wurde mir immer mehr klar, dass wir viele Dinge machen, die nicht richtig sind.» Prof. Dr. med. Daniel Scheidegger, Präsident Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Vor diesem Hintergrund beschloss der Regierungsrat den Masterplan Integrierte Versorgung 2014–2017 (MIVAG) und genehmigte eine Projektstelle. Die Integrierte Versorgung, also das geplante und verbindliche Zusammenspiel von Versorgungspartnern (Leistungserbringer, Patientinnen/Patienten, Kostenträger), reduziert die Risiken der zunehmenden Spezialisierung, Fragmentierung und Komplexität: Mehr Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen allen Beteiligten verbessern die Behandlungsqualität und Patientensicherheit; die Betreuung wird effizienter und das Kosten-Nutzen-Verhältnis erhöht.

Der MIVAG ging von folgenden Leitgedanken aus:

- **Gemeinsam:** Die Inhalte werden zusammen mit den Versorgungspartnern entwickelt und umgesetzt (Partizipation). Dabei wirkt der Masterplan als Orientierungsrahmen, nicht als Planungsinstrument.
- **Ganzer Behandlungs- und Betreuungsprozess:** Die Aktivitäten umfassen den gesamten Behandlungs- und Betreuungsprozess, das heisst von der Selbstsorge der Krankenversicherten beziehungsweise Patientinnen und Patienten bis zum Lebensende (palliative Begleitung).
- **Extern wie intern:** Die Aktivitäten vernetzen möglichst viele Versorgungspartner ausserhalb des Departements Gesundheit und Soziales wie auch innerhalb (zum Beispiel Sektion Gesundheitsförderung und Prävention, Fachstelle Alter).
- **Einbezug von Projekten/Initiativen des Kantons und des Bundes,** zum Beispiel Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2010/2025, kantonales Geriatrie-Konzept, Strategie Gesundheit 2020 des Bundesrats, nationale Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie), sichere Medikation an Schnittstellen.
- **Auf bestehendem Aufbauen (buttom up statt top down):** Die Aktivitäten unterstützen beziehungsweise verstärken in erster Linie bestehende Projekte (MIVAG als Treibriemen), in zweiter Linie stossen sie Neues an (MIVAG als Entwicklungswerkstatt).
- **Starker Fokus auf die Bürger/Krankenversicherten/Patientinnen und Patienten:** Bei der Entwicklung und Umsetzung von Projekten wird jeweils die Frage gestellt, was die betroffenen Menschen beitragen können. Es geht also auch darum, deren Handlungskompetenz zu erweitern und damit die Eigenverantwortung zu stärken.

- **Transparenz:** Alle Aktivitäten werden dokumentiert und sind für alle Beteiligten leicht einsehbar. Auf diese Weise kann der MIVAG als Ideenbörde wirken, anderseits der Befürchtung entgegentreten, der Kanton wolle etwas verordnen.

Das heutige System ist zu stark…	…und vernachlässigt…
… auf die kurative Medizin ausgerichtet	… die psychosozialen Bedürfnisse der Menschen sowie die Gesundheitsförderung und Prävention.
… auf die Akutversorgung (in Spitälern) ausgerichtet	… die dauerhafte Betreuung von chronisch kranken Menschen und die Koordination zwischen den Leistungserbringern.
… auf die Ärzteschaft ausgerichtet	… die Einsatzmöglichkeiten von speziell qualifizierten Fachpersonen (z.B. Pflegeexpertin, Apotheker mit Fachtitel, Medizinische Praxiskoordinatorin).
… auf Diagnosen und Indikationen ausgerichtet	… den Menschen als Ganzes und sein soziales Umfeld (Angehörige, Nachbarschaft).
… auf die Sicht der Fachpersonen ausgerichtet	… die Sicht der Betroffenen (Versicherte, Patienten, Angehörige, Vertrauenspersonen).
… fragmentiert und hierarchisch organisiert	… bzw. erschwert die Zusammenarbeit der Fachpersonen und ihrer Einrichtungen.
… auf sektorale Vergütungen beschränkt (z.B. DRG, Tarmed)	… sektorenübergreifende Vergütungen (Komplex-/ Komplettpauschalen, Globalbudgets).
… auf die Quantität ausgerichtet (z.B. Einzelleistungen, Fallzahlen)	… die Qualität, namentlich das Ergebnis über den ganzen Behandlungspfad oder eine ganze Population.

Abbildung 1: Keine Integrierte Versorgung ohne eHealth – ohne eHealth keine Integrierte Versorgung

2. Rechtliche Grundlagen

Die **Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2010** nennt die Integrierte Versorgung als strategische Stossrichtung (Seite 50): „Der Zusammenschluss von Leistungserbringern zum Zweck einer koordinierten medizinischen Versorgung gewinnt unter dem Kostendruck zunehmend an Bedeutung. Integrierte Versorgungskonzepte werden in Zukunft sowohl unter dem Titel Patientennutzen als auch unter jenem des Kostennutzens umgesetzt. Auf politischer Ebene werden Anreize für entsprechende Managed-Care-Versicherungsmodelle gesetzt."

Das **aargauische Gesundheitsgesetz** (GesG) nennt in § 40 Massnahmen, die sich auf die Integrierte Versorgung anwenden lassen:

- Absatz 1: «Der Kanton trifft geeignete Massnahmen zur Sicherstellung einer angemessenen ärztlichen Grundversorgung im ambulanten Bereich.»
- Absatz 2, lit c: «Er kann zu diesem Zweck finanzielle Mittel einsetzen für weitere Anreizmassnahmen, die der Förderung der ärztlichen Grundversorgung dienen.»

Das **aargauische Spitalgesetz** (SpiG) verlangt in § 8 ebenfalls mehr Koordination, Kooperation und Integration der Versorgung: Der Regierungsrat sorgt durch geeignete Massnahmen für die Koordination unter den Spitälern und die verstärkte Nutzung von Synergien, namentlich mittels interkantonaler Zusammenarbeit, integrierter Versorgungssysteme, Erteilung der Leistungsaufträge und eHealth.

3. Integrierte Versorgung und eHealth Aargau

3.1 Zwei Projekte – eine Vision

Die bessere Vernetzung der Behandlung und Betreuung – Unterstützung der Prozesse mit elektronischen Mitteln wie Mail, Internet, Videokonferenz, Apps – ist eng mit eHealth verbunden. Die enge

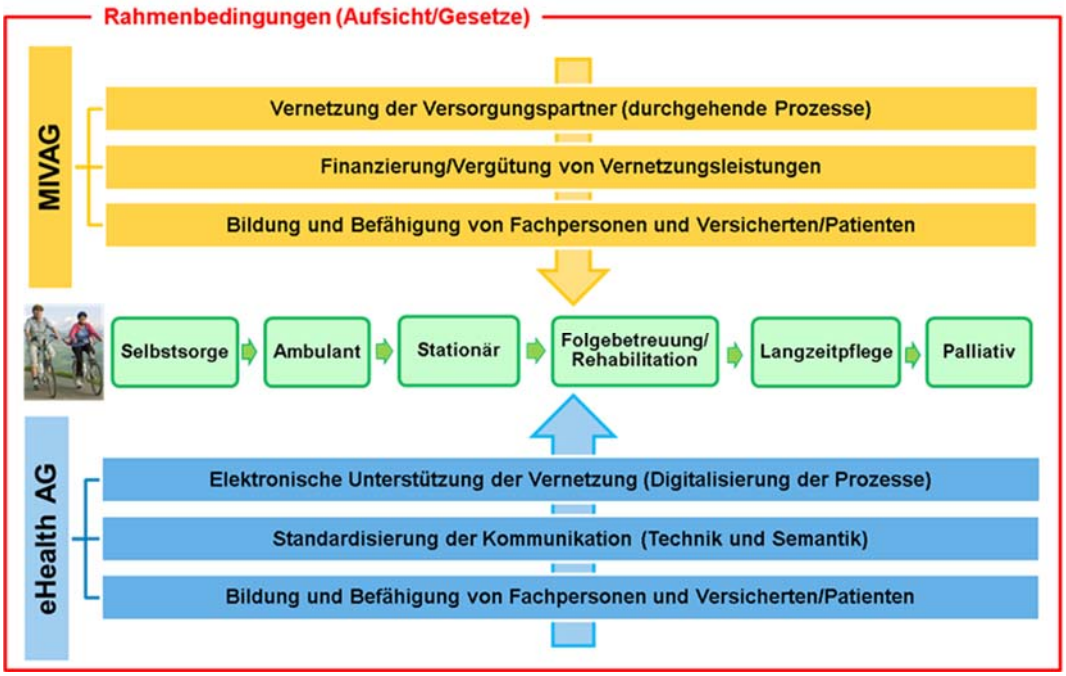
Verbindung zwischen besserer Integration der Versorgung und deren Digitalisierung führte schliesslich zur Vision «Vernetztes Gesundheitswesen Aargau».

Die Vision steht unter dem Leitmotiv «Besser vernetzt – mehr Gesundheit für alle» und hat folgende Ziele:

- **Höhere Behandlungsqualität und Patientensicherheit:** Je besser die einzelnen Behandlungsschritte aufeinander abgestimmt und je einfacher die behandlungsrelevanten Informationen/Daten verfügbar sind, desto weniger Fehlversorgung wie Überdiagnostik, Mehrfachbehandlungen oder Komplikationen ergeben sich.
- **Mehr Effizienz bei der Betreuung:** Wenn alle Beteiligten alle nötigen Informationen/Daten unter sich austauschen können und die Behandlung koordinieren, erfolgt diese effizienter.
- **Optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis:** Wenn dank besserer Kommunikation, Koordination und Kooperation die Behandlungsqualität, Patientensicherheit und Effizienz steigen, hat dies einen positiven Effekt auf die Kosten.
- **Mehr Gesundheits-/Handlungskompetenz für die Krankenversicherten/Patientinnen und Patienten (inklusive Angehörige):** Wenn die Betroffenen das Versorgungssystem besser kennen und in der Lage sind, bei Behandlungsentscheiden mitzureden, handeln sie eigenverantwortlich(er), indem sie zum Beispiel die gewählte Therapie einhalten und kostensensibler werden.
- **Bereicherung der Arbeit:** Optimal koordinierte Behandlungsprozesse und zuverlässige Datenflüsse verhindern Leerläufe, ermöglichen neue Rollenteilungen und erhöhen die Arbeitszufriedenheit. Dadurch steigen die Berufsverweildauer und das Potenzial für die Rekrutierung von Fachpersonen.
- **Kultur des Gemeinsamen:** Integration und Digitalisierung demokratisieren die Versorgung – alle haben Zugang zu allen nötigen Informationen/Daten, verstehen sich als Mitglied eines Behandlungsteams und begegnen sich auf Augenhöhe.

Da Integrierte Versorgung und eHealth sich gegenseitig bedingen und verstärken, ergab sich aus der Vision folgende Mission: keine Integrierte Versorgung ohne eHealth – ohne eHealth keine Integrierte Versorgung (Abbildung 2). Diese Symbiose war ein Novum in der Schweiz und stiess auf grosses Interesse: Im März 2016 lud das Bundesamt für Gesundheit alle Kantone ein, das Vorgehen und die Erfahrungen im Aargau zu diskutieren; 15 Kantone nutzten diese Gelegenheit.

Abbildung 2: Keine Integrierte Versorgung ohne eHealth – ohne eHealth keine Integrierte Versorgung



3.2 Schnittstellen MIVAG zu anderen Projekten und Leistungen

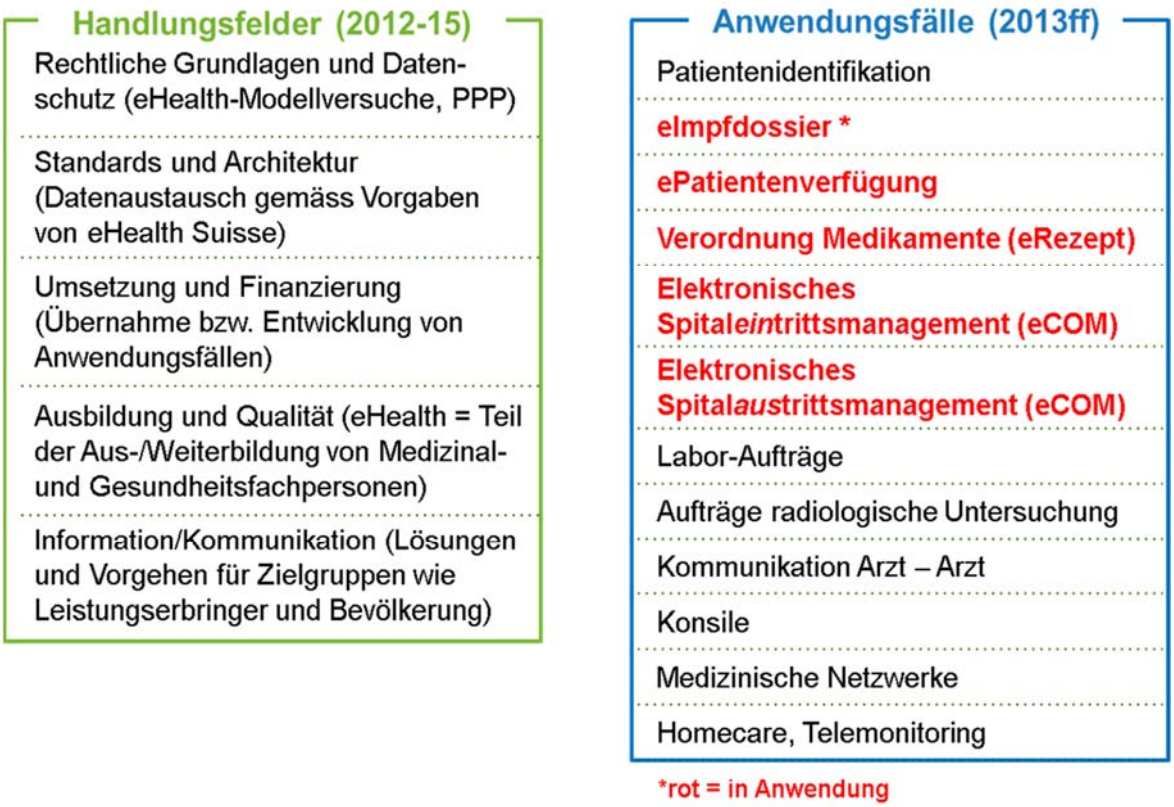
Fachstelle Alter (Gesundheitsregionen, Langzeitpflege), Schwerpunktprogramme Gesundheitsförderung und Prävention (Gesundheitsregionen, Umsetzung NCD-Strategie), Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2021 (Gesundheitsregionen, Umsetzung NCD-Strategie).

4. Programm eHealth Aargau (ab Ende 2014)

Der Regierungsrat beschloss am 22. Juni 2011 auf Grundlage der Strategie 23 in der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2010, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit sich die elektronische Unterstützung der Behandlungs- und Betreuungsprozesse nachhaltig etablieren kann. Das Programm eHealth Aargau wurde auf vier Jahre befristet (2012 bis 2015) und mit einem Verpflichtungskredit finanziert. Das Programm umfasste fünf Handlungsfelder:

- Rechtliche Grundlagen und Datenschutz: Der Kanton Aargau ergänzt – ausgehend von der künftigen Bundesgesetzgebung zum elektronischen Patientendossier (EPDG) – die kantonale Gesetzgebung und schafft damit grösstmögliche Rechts- und Investitionssicherheit.
- Standards und Architektur: Der Kanton erklärt die Empfehlungen des Bundes zu Standards und die Architektur als verbindlich, um die Interoperabilität zwischen den IT-Systemen der Akteure im Gesundheitswesen zu gewährleisten.
- Umsetzung und Finanzierung: Der Kanton beteiligt sich inhaltlich und finanziell an der Umsetzung von ersten Anwendungsfällen für das künftige elektronische Patientendossier (EPD). Er initiiert eine Organisation, welche die Arbeiten ab 2016 fortführt.
- Ausbildung und Qualität: Bis zum Ablauf des Programms bestehen Konzepte, wie der standardisierte und strukturierte Austausch von Patienten- und Behandlungsdaten in die betriebliche und ausserbetriebliche (Weiter-)Bildung integriert wird.
- Information und Kommunikation: Die Leistungserbringer und Bevölkerung sind für Anwendungen rund um das EPD sensibilisiert und motiviert.

Abbildung 3: Handlungsfelder und Anwendungsfälle im Programm eHealth Aargau



Ein zentraler Erfolgsfaktor des Programms war dessen Organisation: Die wichtigsten Leistungserbringer – Kantonsspitäler Aarau und Baden, Regionalspitäler, Reha-Kliniken, Psychiatrie, Pflegeheime, Ärzteverband, Apothekerverband, Spitex-Verband – waren im Leitungsgremium vertreten. Dieses wiederum hatte – im Sinne einer Public Private Partnership – eine Co-Leitung aus je einem Vertreter des Departements Gesundheit und Soziales und des Kantonsspitals Baden. Zudem standen (und stehen) immer die Prozesse und die Kommunikation im Vordergrund und nie die Technik. Schliesslich bewährte es sich, eHealth und Integrierte Versorgung in der Vision «Vernetztes Gesundheitswesen Aargau» zu verbinden: Keine Integrierte Versorgung ohne eHealth – ohne eHealth keine Integrierte Versorgung.

Gesetzesanpassungen

Der Grosse Rat hat am 4. November 2014 die folgenden Gesetzesanpassungen einstimmig genehmigt und auf den 1. Juli 2015 in Kraft gesetzt:

- Die Revision des Gesetzes über die Information der Öffentlichkeit, den Datenschutz und das Archivwesen (IDAG, §§ 18a und 18b) ermöglicht dem Regierungsrat, Pilotprojekte für automatisierte Abrufverfahren zu starten. Mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) am 15. April 2017 wurde dieser Passus allerdings überholt.
- Das revidierte Gesundheitsgesetz (GesG, § 40a) überträgt dem Kanton die Aufgabe, die Transformation der Gesundheitslandschaft Aargau hin zu einer eHealth-Gemeinschaft auf Grundlage des EPDG zu koordinieren, zu fördern und zu steuern.

Kantonsbeitrag an den Aufbau und Betrieb der Stammgemeinschaft eHealth Aargau

Am 23. Juni 2015 genehmigte der Grosse Rat mit dem Beschluss Nr. 2015-0916 den entsprechenden Beitrag. Der Beitrag ist die Voraussetzung, um die Finanzhilfe des Bundes beanspruchen zu können.

Gründung der Trägerschaft und der Stammgemeinschaft eHealth Aargau

Am 25. September 2014 wurde der Verein «eHealth Aargau – Gesundheit digital vernetzt» (eHAG) als breit abgestützte Trägerschaft gegründet, am 26. November 2015 folgte der Verein Stammgemeinschaft eHealth Aargau (STeHAG). Hauptzweck der beiden Vereine ist es, allen Leistungserbringern und Bewohnern im Kanton Aargau die Anwendung des elektronischen Patientendossiers zu ermöglichen. Die beiden Vereine unterscheiden sich primär in der Mitgliederstruktur: Der Verein eHAG ist für sämtliche Partner der Gesundheitsversorgung offen (Leistungserbringer, Versicherer, Anbieter von Produkten und Dienstleistungen, Kanton etc.). Der Verein STeHAG ist nur für Gesundheitsfachpersonen und ihre Einrichtungen zugänglich, die sich einer eHealth-Stammgemeinschaft gemäss EPDG anschliessen müssen (stationäre) oder wollen (ambulante). Ausserdem gewährleistet die Stammgemeinschaft den Versicherten und Patientinnen/Patienten den Zugang zum elektronischen Patientendossier über ein zertifiziertes Portal. Seit August 2016 betreiben die beiden Vereine eine gemeinsame Geschäftsstelle.

Der Kanton ist im Vorstand des Vereins STeHAG vertreten, allerdings ohne Stimmrecht, da der Kanton gemäss EPDG nicht Mitglied der Stammgemeinschaft sein kann. Mit dem Sitz im Vorstand sind die gegenseitige Information und die Mitwirkung des Kantons gewährleistet.

Leistungsvereinbarungen mit dem Verein Stammgemeinschaft eHealth Aargau

Ebenfalls seit August 2016 besteht zwischen dem Kanton und dem Verein Stammgemeinschaft eHealth Aargau eine Leistungsvereinbarung für den Aufbau der technischen Infrastruktur für das elektronische Patientendossier sowie den Anschluss von Leistungserbringern an die Stammgemeinschaft beziehungsweise die Infrastruktur. Der Rahmenvertrag läuft vom 1. August 2016 bis 31. Dezember 2018. Die finanziellen Mittel stammen aus dem Verpflichtungskredit von Fr. 2'429'203.–, den der Grosse Rat am 23. Juni 2015 mit 99:1 Stimmen genehmigte.

Im November 2017 wurde eine zweite Leistungsvereinbarung (1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2020) für den Betrieb der technischen Infrastruktur beziehungsweise das elektronische Patientendossier abgeschlossen. Auch diese Mittel stammen aus dem besagten Verpflichtungskredit.

Finanzhilfe des Bundes

Der Beitrag des Kantons berechtigt die Stammgemeinschaft dazu, die Finanzhilfe des Bundes in Anspruch zu nehmen. Die Stammgemeinschaft reichte das entsprechende Gesuch im Oktober 2017 beim BAG ein. Sie beantragt insgesamt zwei Millionen Franken. Der Kanton lieferte zahlreiche Grundlagen dafür.

Vernetzungsanlass am 24. September 2015

Veranstaltung mit 130 Teilnehmer aus dem aargauischen Gesundheitswesen, an dem die Verbindung von eHealth und Integrierter Versorgung breit dargestellt und diskutiert wurde.

Bestimmung der künftigen Handlungsschwerpunkte des Kantons (Beispiele)

- Information, Motivation und Befähigung der Menschen im Aargau (und/oder ihrer Vertrauenspersonen) zur eigenverantwortlichen Anwendung des EPD und zum selbstbestimmten Umgang mit besonders schützenswerten Daten
- Bildungsmassnahmen für Fachpersonen zu eHealth und zum EPD fördern
- Rahmenbedingungen schaffen, damit möglichst viele ambulante Leistungserbringer sich dem Verein STeHAG anschliessen
- den Einsatz von eHealth-Instrumenten fördern (zum Beispiel über Leistungsaufträge oder Betriebsbewilligungen)
- die Erhebung und Auswertung von ausgewählten Daten zur Qualitäts- und Versorgungsforschung fördern
- den Aufbau einer Infrastruktur für ortsungebundene Leistungen wie Home Care, Telemonitoring oder häusliche Assistenzsysteme (Active Assisted Living) fördern

- Abstimmung mit der Fachstelle eGovernment des Kantons Aargau, um Synergien zu nutzen (zum Beispiel Identity und Access Management, Standards für Personendaten, Secure Mail, Berechtigungssysteme, Schutz von sensiblen Daten)

Alle eHealth-Aktivitäten des Kantons erfolgen in engerer Absprache mit der Stammgemeinschaft eHealth Aargau.

Kantonale Secure-Mail-Infrastruktur

Gesicherter und geschützter Mail-Verkehr zwischen Verwaltung-Justiz-Kantonspolizei-Gemeinden einerseits und medizinischen und sozialen Leistungserbringern andererseits.

Alltagsnahe Anwendungsfälle (eImpfdossier, ePatientenverfügung, eRezept)

Mit dem elektronischen Impfbüchlein (in Zusammenarbeit mit der Lungenliga Aargau) und dem elektronischen Vorsorgeausweis (in Zusammenarbeit mit der Pro Senectute) sollten den Leistungserbringer und der Bevölkerung die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen aufgezeigt und gleichzeitig Vorbehalte («der gläserne Patient») abgebaut werden. Bisher wurden im Aargau 1400 Impfausweise digitalisiert und validiert. Absicht ist es, diese alltagsnahe Anwendung weiter auszubauen. Der Schlussbericht mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen wurde im Oktober 2016 der Stammgemeinschaft eHealth Aargau übergeben.

Kommunikationsplattform der Kantonsspitäler Aarau und Baden (eCOM)

Erste Anwendungen sind die elektronische Zuweisung und der elektronische Austrittsbericht. Mögliche Ausbaustufen sind die Anbindung von weiteren Leistungserbringern (zum Beispiel Spitex, Pflegeheime) sowie die Integration von anderen Spitälern/Kliniken.

Pflegeheime

Ein Konzept für den organisatorischen und technischen Anschluss der Pflegeheime an die Stammgemeinschaft eHealth Aargau wurde Ende November 2016 der Stammgemeinschaft übergeben.

Elektronische Überweisung Spital-Spitex

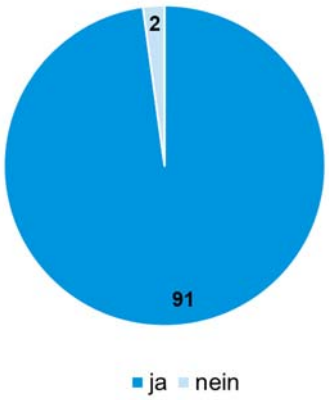
Ein Pilotprojekt des Kantonsspitals Baden mit der Spitex Region Brugg soll die Grundlage für eine kantonsweite Lösung liefern.

Online-Umfrage zum elektronischen Patientendossier

Im Vorfeld der Fachtagung «Integrierte Versorgung und eHealth» wurde mit einem Online-Fragebogen die Haltung zu elektronischen Hilfsmitteln bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten erfragt, namentlich zum elektronischen Patientendossier. Abbildung 4 zeigt die grundsätzlich positive Einschätzung von solchen Hilfsmitteln.

Abbildung 4: Einschätzung zu elektronischen Hilfsmitteln in der Gesundheitsversorgung

Elektronische Hilfsmittel verbessern die Vernetzung der Partner in der Behandlung, Betreuung und Begleitung von Patientinnen/Patienten. Teilen Sie diese Ansicht? (n = 93)



Motivation und Befähigung der Bevölkerung für die Anwendung von eHealth-Instrumenten wie dem EPD

Am 28. September 2016 fand eine Fachtagung mit 115 Teilnehmenden zur Gesundheitskompetenz im Umgang mit digitalen Medien statt. Zusammen mit weiteren Massnahmen entstand ein erster Bericht zum Thema. Auftragnehmer war das Kompetenzzentrum Patientenbildung von Careum Forschung.

Bildungsmassnahmen für Fachleute zu eHealth und EPD

Ein Konzept für solche Weiterbildungen im Aargau – abgestimmt auf das Teilprojekt „Bildung und Forschung“ von eHealth Suisse – wurde im September 2016 der Stammgemeinschaft übergeben.

Webseite

Mit Gründung des Vereins eHealth Aargau als breit abgestützter Trägerschaft wurde die Webseite www.ehealth-aargau.ch gestartet. Die Webseite wurde 2016 an die Stammgemeinschaft eHealth Aargau übertragen, die sie weiterentwickelt. Dort sind auch alle Aktivitäten der Stammgemeinschaft eHealth Aargau dokumentiert.

Kommunikation

Das Programm eHealth Aargau ist auf der Website des Departements Gesundheit und Soziales umfassend dokumentiert (ag.ch/dgs > Über uns > Dossiers & Projekte > MIVAG 17). Dort finden sich zum Beispiel:

- Informationen zum elektronischen Patientendossier und zur Stammgemeinschaft eHealt Aargau
- Die Situationsanalyse 2010 zu eHealth
- Die Ziele und das Ordnungsmodell zum Programm eHealth Aargau
- Berichte und Konzeption zur Umsetzung des Programms eHealth Aargau

Mitarbeit an wichtigen Strategien

Synergien liessen sich auch nutzen dank der Mitarbeit an mehreren zukunftsweisenden Planungsdokumenten:

- Strategie 2025 der Stammgemeinschaft eHealth Aargau
- Strategie eHealth Schweiz 2.0 (2018 bis 2022)

Ausserdem wurde eHealth in kantonalen Strategien oder Konzepten verankert, zum Beispiel im Entwicklungsleitbild 2017–2026 und im Anhörungsbericht zur Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2025.

Evaluation

Eingabe der Dossiers «Bereitschaft» und «Umsetzung» bei eHealth Schweiz (Koordinationsorgan von Bund und Kantonen), um die Interoperabilität der verwendeten Systeme zu gewährleisten. Die Evaluation wurde erfolgreich abgeschlossen und der Kanton erhielt von eHealth Suisse das entsprechende Label.

Auszeichnung

Das Programm eHealth Aargau 2012–2015 wurde mit dem Innovationspreis Excellence Publique 2015 der Schweizerischen Gesellschaft für Verwaltungswissenschaften ausgezeichnet.

5. Projekt Masterplan Integrierte Versorgung (MIVAG)

5.1 Projektziele des MIVAG

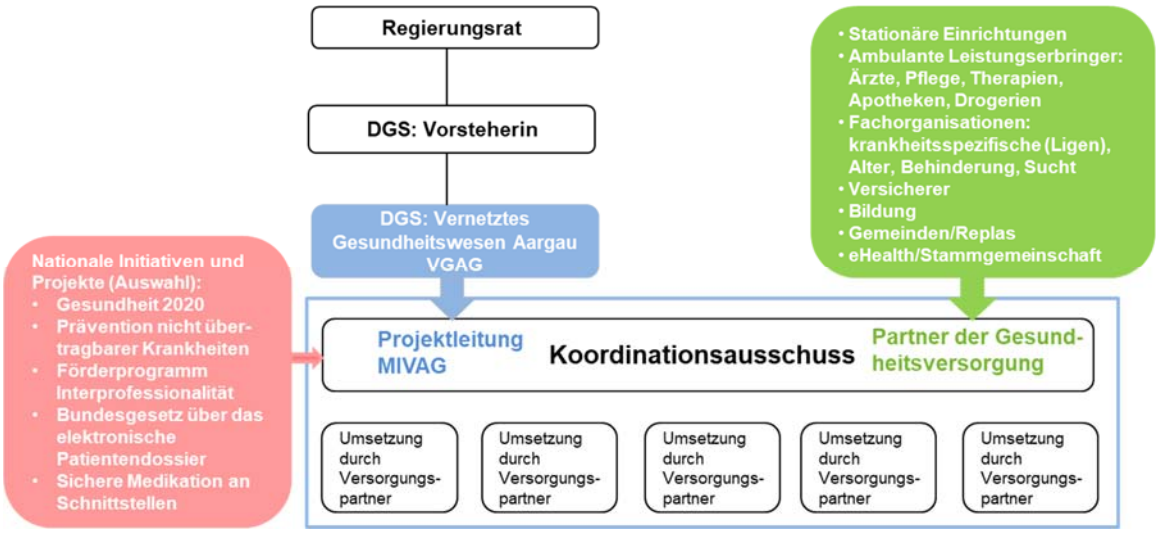
Der MiVAG sollte folgendes bewirken:

- Die Haltungen und Absichten der Versorgungspartner bezüglich Integrierter Versorgung sind bekannt.
- Die Bereitschaft für eine Gesamtschau auf das Versorgungssystem und die Patientenbedürfnisse nimmt zu.
- Die Anwendung von Konzepten und Instrumenten der Integrierten Versorgung weitet sich aus.
- Die Versorgungspartner nehmen sich stärker wahr und wissen mehr über die Kompetenzen der anderen. Dadurch ergeben sich neue Arbeitsteilungen, welche die Effektivität und Effizienz der Versorgung erhöhen.
- Der Kanton manifestiert seinen Führungs-, Planungs- und Steuerungsauftrag in der aargauischen Gesundheitsversorgung und vernetzt eigene Projekte mit dem Masterplan.
- Es ist bekannt, welche Rahmenbedingungen für die bessere Integration der Versorgung im Aargau verändert/angepasst werden müssen.
- Es werden (Pilot-)Projekte initiiert, ausgehend von den Versorgungspartnern.
- Es werden regelmässig Erfahrungen, Erkenntnisse und Ergebnisse zwischen allen Beteiligten ausgetauscht.

5.2 Projektorganisation des MIVAG

Leitungsgremium des MIVAG war der Koordinationsausschuss, der bewusst breit abgestützt war und möglichst viele Versorgungspartner umfasst (22 bis 25 Personen; Abbildung 5). Der Kanton sieht sich primär als Impulsgeber, Motivator und Dienstleister.

Abbildung 5: Breit abgestützte Trägerschaft des MIVAG

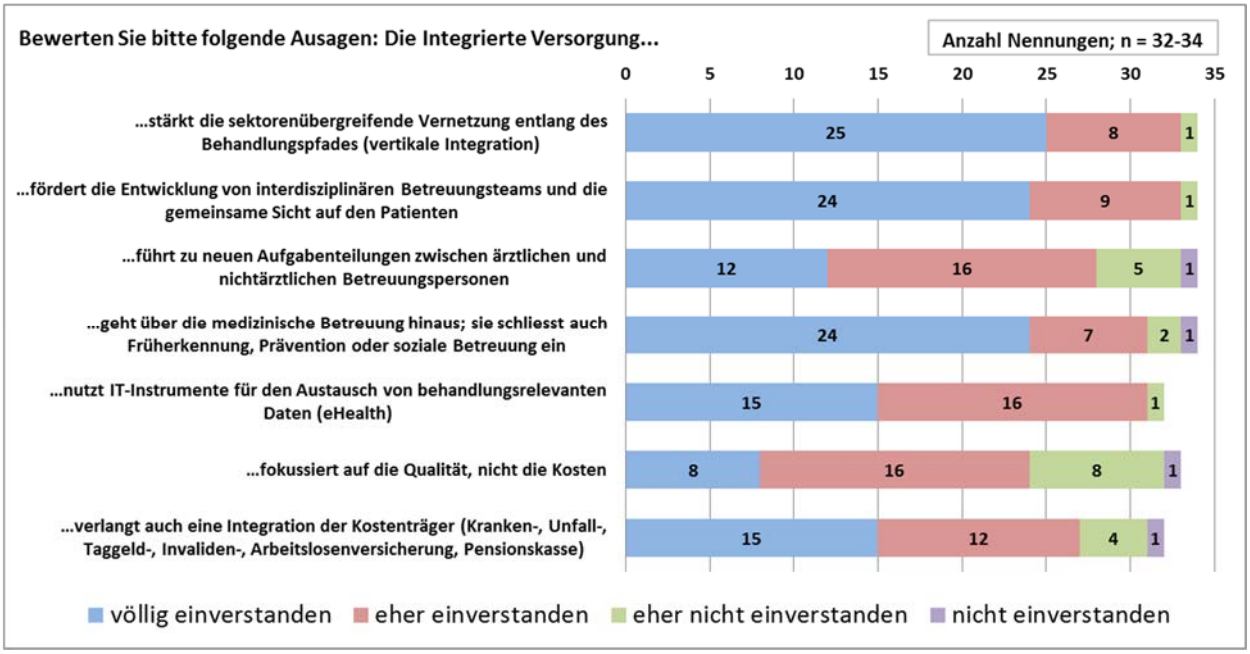


Der Koordinationsausschuss traf sich zu neun Sitzungen, in denen er die laufenden Aktivitäten reflektierte. Ausserdem plante er jeweils die inhaltlichen Schwerpunkte des Folgejahres. Schliesslich war zu jeder Sitzung ein externer Referent eingeladen mit anschliessender Diskussion (zum Beispiel Vergütung von Koordinationsleistungen gemäss Art. 7 der Krankenleistungsverordnung (KLV); Innovationen im Versorgungssystem; Handlungsbedarf bei der Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Menschen; elektronisches Patientendossier; Suchthilfe im Aargau; Projekt Optima – Best Practice der integrierten, interprofessionellen Versorgung).

5.3 Statuserhebung

Als Grundlage für den MIVAG wurde vor Beginn eine Statuserhebung bei wichtigen Versorgungspartnern vorgenommen. Alle Erhebungen – schriftlicher Fragebogen, semistrukturierte Gespräche, Round Table im Departement Gesundheit und Soziales – konnten wie geplant zwischen dem 14. Oktober und 12. Dezember 2013 durchgeführt werden. Sie lieferten wichtige Hinweise für die weiteren Arbeiten, einerseits zu den Erwartungen und zum Vorgehen, anderseits zum Handlungsbedarf. Abbildung 6 zeigt ein zentrales Ergebnis der Statuserhebung.

Abbildung 6: Verständnis der Integrierten Versorgung



Nachfolgend sind einige wichtige Ergebnisse der Statuserhebung zusammengefasst:

- 71 % der Antwortenden sind «völlig einverstanden», dass die vernetzte Versorgung die Entwicklung von interdisziplinären Betreuungsteams fördert; weitere 26 % sind «eher einverstanden».
- 71 % sind «völlig» oder «eher einverstanden», dass die Vernetzung vor allem die Qualität der Betreuung erhöhen muss.
- 79 % sind «völlig» oder «eher einverstanden», dass sich auch die verschiedenen Versicherungsträger (Krankheit, Unfall, IV, Taggeld etc.) besser untereinander abstimmen sollten, damit Patientinnen und Patienten nicht mehrfach abgeklärt und hin und her geschoben werden.
- 41 % sagen «ja» und 28 % «eher ja» zu einem Ausbau ihrer Aktivitäten in diesem Bereich.
- Zwei Drittel der Antwortenden (38 % «ja», 29 % «eher ja») sind grundsätzlich daran interessiert, an der Entwicklung und Umsetzung des MIVAG mitzuwirken. Allerdings sind nur 9 % «eher» bereit, eigene finanzielle Mittel dafür einzusetzen (und niemand «ganz» bereit).
- 68 % finden, dass der Kanton die Rahmenbedingungen für eine starke Grundversorgung verbessern soll (weitere 25 % sagen «eher ja» dazu).
- 53 % sind der Ansicht, dass neue Partner (namentlich die Gemeinden) gewonnen werden sollten (weitere 19 % sagen «eher ja» dazu).

5.4 Projektskizzen und Empfehlungen

Nach der Auftakt-Veranstaltung am 3. März 2014 mit 135 Teilnehmern entwickelten sechs Arbeitsgruppen 12 Projektskizzen (Abbildung 7). In den sechs Arbeitsgruppen wirkten 83 Personen mit. Über ein Online-Formular wurden ausserdem 29 Empfehlungen gesammelt und vom Koordinationsausschuss priorisiert (Abbildung 8).

Die Projektskizzen und Empfehlungen wurden an der Ergebniskonferenz vom 15. September 2014 diskutiert, modifiziert und priorisiert. Die Ergebnisse dienten dem Koordinationsausschuss und dem

Projektleiter als Grundlage zur Bestimmung der strategischen Handlungsfelder und deren Umsetzung in der Praxis.

Abbildung 7: Die Projektskizzen aus den Arbeitsgruppen

		Koordinations-ausschuss			Ergebnis-konferenz
Arbeitsgruppe	**Projektskizzen**	**Prio 1**	**Prio 2**	**total**	**Punkte**
1: Kurzzeit-ambulant	Angebotsportal	14	3	17	44
	Merk-Blatt	2	3	5	22
2: Akut-Reha	Behandlungspfad Akut-Reha	8	1	9	30
3: Psychiatrie	Arbeitscoaching für Jugendliche	6	3	9	24
	Psychiatrische Notfallversorgung	5	4	9	22
	Sozialberatung PDAG – Pro Infirmis	1	5	6	14
	Zusammenarbeit Hausärzte – Psychiater	3	4	7	18
4: Chronisch	Care Points	1	0	1	6
	Patientenkoordinator/in	10	3	13	44
6: Medikamente	Delegation und Kooperation	1	5	6	25
	Standardisierter Medikationsplan	3	6	9	29
7: Bildung	Kooperationskompetenz	0	3	3	19

Abbildung 8: Die am höchsten bewerteten Empfehlungen

Empfehlung		Nennungen
2	Übersicht an Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für chronisch kranke Menschen	13
19	Vergütung der Spitex für Austrittsgespräche in stationären Einrichtungen	12
15	Digitale Identität für medizinische, soziale und juristische Fachpersonen	11
11	Volltextdatenbank mit empfehlenswerten Websites zu Gesundheit/Krankheit	10
10	Leistungen von Fachorganisationen wie Pro Senectute oder SRK bekannt(er) machen	10
4	Best-Practice-Ansätze der vernetzten Versorgung von chronisch Kranken sammeln	9
13	Interprofessionelle Aus- und Weiterbildungsmodule zur Erhöhung der Kooperationskompetenz	9
6	Notfallblatt Psychiatrie/psychosozial für ambulante Fachpersonen	7
14	Leitfaden für die interprofessionelle Zusammenarbeit + Plattformen für den Erfahrungsaustausch	7
9	Kurse für pflegende Angehörige und Nachbarschaftshilfe	6
18	Informationen zum Projekt rauschEND für Personen mit einer Intoxikation	6
29	Leitfaden für Compliance-fördernde Gespräche mit Patienten	6
22	Gesetzliche Grundlagen schaffen für ambulante Angebote wie Tageskliniken	6

5.5 Umsetzung – Massnahmen und Projekte

Ausgehend von der Ergebniskonferenz und weiteren Erkenntnissen aus der Analyse startete im Oktober 2014 die Umsetzung.

5.5.1 Massnahmen und Projekte in direkter Verantwortung des Kantons

Vernetzungsanlässe/Fachtagungen

Jahr	Anlass	Teilnehmende
2014	• Auftakt zum Masterplan Integrierte Versorgung Aargau • Ergebniskonferenz: Projektskizzen und Empfehlungen	135 90
2015	Fachtagung Integrierte Versorgung und eHealth	120
2016	• Fachtagung «Regionale, bevölkerungsorientierte Versorgungsmodelle (Gesundheitsregionen)» • Fachtagung «Umgang mit digitalen Medien»	125 115
2017	Fachtagung «Kantonale Umsetzung der nationalen Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie)»	130

Angebotsportal für Unterstützungs- und Entlastungsleistungen im Aargau

Das bestehende Verzeichnis auf www.ag.ch/alter wurde mit den Daten von www.infosenior.ch (Pro Senectute) abgeglichen und im Oktober 2016 neu lanciert. Ende 2017 wurde das Angebot aufgrund einer anderen Aufgabenpriorisierung eingestellt.

Projektlandkarte

Über ein Online-Formular wurde eine Projekt-Landkarte erstellt, die laufende Aktivitäten dokumentierte und gleichzeitig als Ideenbörse wirkte.

Beratung

Die Projektleitung sah eine zentrale Aufgabe in der Beratung von Personen und Institutionen, die sich mit der besseren Integration von Versorgungs- und Informationsleistungen beschäftigen. So lieferte das Departement Gesundheit und Soziales Grundlagen für die Finanzierung der aufsuchenden Demenz-Beratung im Aargau sowie die Organisation der Pflegerischen Anlauf- und Beratungsstelle PABS Baden Regio. Hinzu kam die Unterstützung bei der Organisation von regionalen Anlässen, an denen Vernetzungsthemen präsentiert und diskutiert werden, ausserdem die Leitung von Workshops zur Integration der Versorgung sowie Beratung einer Gemeinde beim Aufbau eines lokalen Versorgungsnetzes. Schliesslich wurden auch zwei Abschlussarbeiten begleitet, eine Dissertation zu Medikationsplänen und eine Master-Arbeit zur Koordination in Palliative Care.

Verwaltungsinterne Vernetzung

- Sektion Gesundheitsförderung und Prävention: Gemeinsamer Auftritt am Vernetzungsanlass vom 2. März 2017 (Nationale Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten – Prävention in der Gesundheitsversorgung); Präsentation «Gesundheitsregionen» am Netzwerktreffen Gesundheitsförderung und Prävention 2016
- Fachstelle Alter: Mitarbeit an Merkblättern für Gemeinden zu Alterspolitik und altersgerechter Gesundheitsversorgung
- Regionalplanungsverbände: Patronat der Fachtagung «Gesundheitsregionen» am 17. August 2016

Ausserdem wurde die Integrierte Versorgung in kantonalen Strategien oder Konzepten verankert, zum Beispiel im Entwicklungsleitbild 2017–2026 und im Anhörungsbericht zur Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2025 (GGpl 2025).

Kantonale Umsetzung der nationalen Strategie zur Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie)

Der Bundesrat verabschiedete im November 2016 die NCD-Strategie; die Umsetzung erfolgt in den Kantonen. Mit dem Vernetzungsanlass am 2. März 2017 starteten die Aktivitäten im Aargau. Im Vorfeld des Anlasses wurden mit einer Online-Umfrage verschiedene Einschätzungen zur Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Menschen und zum konkreten Handlungsbedarf erhoben. Abbildung 9 zeigt die Meinung zu möglichen Massnahmen, mit denen die Versorgung von chronisch kranken Menschen verbessert werden kann.

Abbildung 9: Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Menschen

Bewerten Sie bitte die folgenden Massnahmen, mit denen die Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Menschen verbessert werden können. n = 213

	Wichtig (1)	Eher wichtig (2)	Eher unwichtig (3)	Unwichtig (4)	Weiss nicht (5)
Programme für einzelne Patientengruppen	Ø 1.43				1.9%
Regionale Netze für Chronic Care	Ø 1.73				5.2%
Interprofessionelle Weiterbildungen	Ø 1.69				2.8%
Interprofessionelle Qualitätszirkel		Ø 1.90			4.7%
Sekundär-/Tertiärprävention in Spitälern		Ø 2.29			8.0%
Elektronische Hilfsmittel für Fachleute		Ø 1.80			3.3%

Schliesslich wurde ein Konzept erarbeitet für ein Folgeprojekt zum MIVAG, das auf chronisch kranke Menschen gerichtet ist («Arbeitsgemeinschaft chronisch krank Aargau 2018–2020»).

Vernetzung mit nationalen Initiativen und Projekten:

Um möglichst viele Synergien zu erkennen und zu nutzen, fanden regelmässig Gespräche mit den Verantwortlichen von nationalen Initiativen statt (zum Beispiel Förderprogramm «Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2021», Projekt «Koordinierte Versorgung» des Bundes). Hinzu kam eine Präsentation an der Nationalen Konferenz Gesundheit 2020 am 31. Januar 2017 sowie die Teilnahme als Experte am Policy Dialogue des Bundesamtes für Gesundheit zu «Förderung von interprofessionellen und patientenzentrierten Versorgungsmodellen» (November 2017).

Vielversprechende Vernetzungen lieferte ausserdem das Thema Gesundheitsregionen (Seite 12):

- Im Mai 2017 trafen sich Initianten von solchen regionalen, bevölkerungsorientierten Versorgungsmodellen erstmals im Forum Gesundheitsregionen. Mit am Tisch war das Bundesamt für Gesundheit, das einen Kurzbericht verfasste und solche Modelle als zukunftsweisend einschätzt.
- Im April 2017 tauschten sich Expertinnen und Experten, eingeladen vom Institut für Ergotherapie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, über genossenschaftlich organisierte Versorgungsnetzwerke aus (CareCoopCH). Das Modell knüpft an der EU-Initiative iCareCoop an (http://project.icarecoops.eu).

Mitarbeit an nationalen Initiativen und Projekten

Synergien liessen sich auch nutzen dank der Mitarbeit an mehreren nationalen Initiativen und Projekten:

- Entwicklung von Grundlagen für die NCD-Strategie
- Nationale Erhebung Integrierte Versorgung (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan], Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne, fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung)
- Schriftenreihe «Denkstoff» des fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025, Patientenbilder 2024)
- Forschungsmandat «Künftige Rollen von Bund/Kantonen/Gemeinden in der Integrierten Versorgung» des fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung

Kommunikation

Der MIVAG ist auf der Webseite des Departements Gesundheit und Soziales umfassend dokumentiert (ag.ch/dgs > Über uns > Dossiers & Projekte > MIVAG 17). Dort finden sich zum Beispiel alle 12 Projektskizzen und 29 Empfehlungen der 6 Arbeitsgruppen und sowie

- eine Zusammenstellung weiterer Arbeitsergebnisse,
- die Projekt-Landkarte,
- die Präsentationen der Vernetzungsanlässe und Fachtagungen,
- Fachartikel (unter anderem in der Schweizerischen Ärztezeitung),
- die Zusammenfassungen der Sitzungen des Koordinationsausschusses (die den jeweiligen Stand der Umsetzung wiedergeben),
- weitergehende Informationen zur Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Menschen, zur Stärkung der Patientenperspektive und zu Gesundheitsregionen.

Auszeichnung

Der MIVAG wurde von der allianz q Qualität vor Kosten im Gesundheitswesen mit dem Innovationspreis 2017 ausgezeichnet. Träger der allianz q sind unter anderem FMH, H+ und die Schweizerische Diabetesgesellschaft.

5.5.2 Massnahmen und Projekte in Verantwortung der Versorgungspartner

Die MIVAG-Leitung betonte immer wieder, dass konkrete Projekte von den Versorgungspartnern ausgehen sollten (bottom up) und nicht vom Kanton (top down). In der Folge entwickelten sich zahlreiche Aktivitäten im Kanton, wobei nicht der Anspruch besteht, dass alle ursächlich auf den MIVAG zurückgehen.

Hier eine Auswahl von Projekten und Massnahmen zur besseren Vernetzung der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten.

Integrierter Behandlungspfad Akut-Reha

Ein Pilotprojekt von mehreren Versorgungspartnern, das auch die Kostengutsprache umfasst (Kantonsspital Baden [KSB], aarReha Schinznach, RehaClinic, Klinik Barmelweid, CSS Versicherung). In Prüfung sind die Ausdehnung auf weitere Spitäler und der Einbezug von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Übergang von Spital/Reha-Klinik zur Spitex (Vaka/Spitex Verband Aargau)

Blankoformular des KSB für mehrere Spitex-Organisationen der Region (kein Umweg mehr über die Hausärztin/den Hausarzt und damit keine Verzögerungen). Es ist vorgesehen, die vereinfachte Spitex-Verordnung auf alle Spitäler und Reha-Kliniken im Kanton auszuweiten.

Standardisierung des Übergangs von der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG) zur Spitex

Vereinbarung der PDAG mit dem Spitex Verband Aargau für die Zusammenarbeit und Kommunikation. Die Vereinbarung könnte anderen Versorgungspartnern als Vorlage für die bessere Integration dienen.

Standardisierung des Berichtswesens

Einheitliche Formulare und Prozesse für den Spitaleintritt/-austritt. Einbezogen sind Spitäler, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Spitex-Organisationen und Pflegeheime. Die Formulare und Prozesse können als Grundlage dienen für die geplante Einführung beziehungsweise Ausbreitung der elektronischen Zuweisung ins Spital sowie der elektronischen Überweisung an Institutionen und Organisationen, welche die Patientinnen und Patienten nach Spitalaustritt behandeln und betreuen.

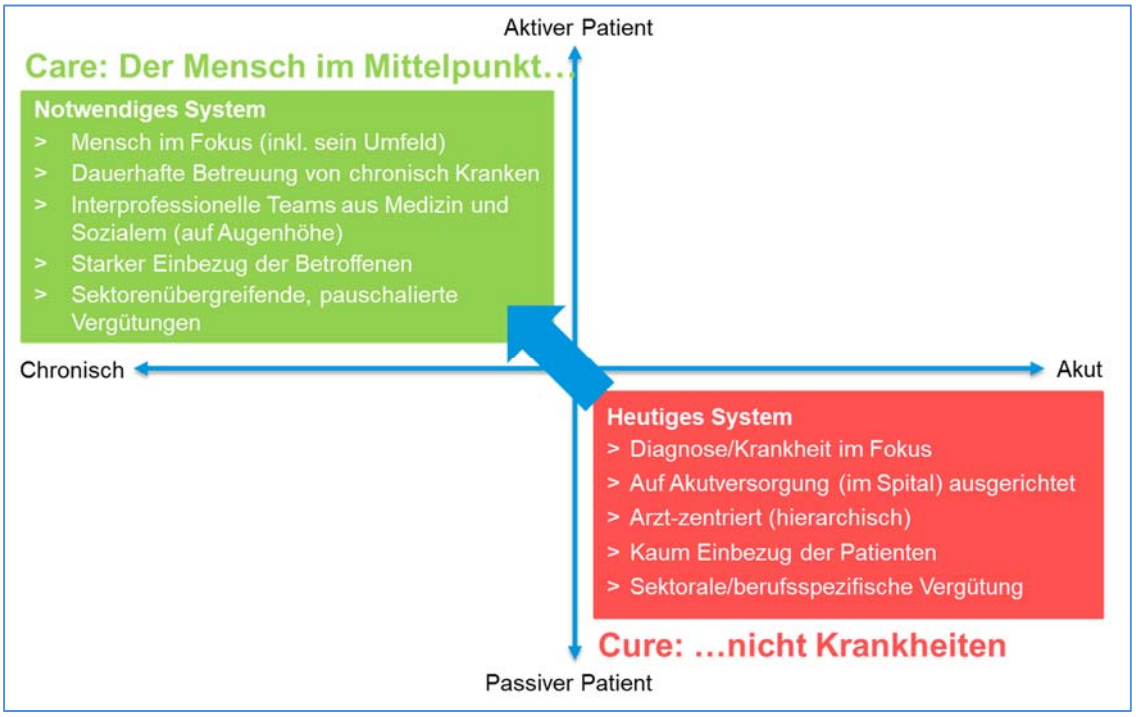
Vergütung von Koordinationsleistungen in komplexen und instabilen Pflegesituationen (KLV Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 3)

Es ist anerkannt, dass die Spitex in bestimmten Fällen beim Austrittsgespräch im Spital dabei sein sollte. Knackpunkt ist die Frage, wer dieses Gespräch bezahlt (falls es vor dem Austrittstag stattfindet). Es konnte bisher keine Lösung gefunden werden.

Regionale, bevölkerungsorientierte Versorgungsmodelle (Gesundheitsregionen)

Solche Versorgungsmodelle sind für die Herausforderungen der Zukunft – viele hochaltrige, multimorbide, chronisch kranke Menschen mit komplexen Bedürfnissen – weit besser geeignet als das ärzte-, krankheits- und akut-orientierte System von heute. Der Aargau ist der Kanton der Regionen und verfügt mit den Regionalplanungsverbänden über Räume, die sich für dieses wegweisende Modell besonders eignen. An einer Fachtagung im August 2016 beschäftigten sich 125 Personen damit. Eine erste Gesundheitsregion (www.gesundes-freiamt.ch) ist seit März 2016 im Aufbau; andere Regionen im Kanton zeigen ebenfalls Interesse.

Abbildung 10: Das Versorgungssystem der Zukunft



Gesundheitsregionen entstehen an zahlreichen Orten in der Schweiz, zum Beispiel Gesundheits-Netzwerk Werdenberg-Sarganserland (www.pizolcare.ch), Koordinationszentrum für Gesundheit und Soziales im Bezirk Affoltern am Albis (www.carenetplus.ch), Gesundes Laufental (www.gesundes-

laufental.ch), Healthy Emmental (www.healthyemmental.ch), xunds grauholz (www.xunds-grauholz.ch), www.reseaux-sante-vaud.ch. Vorbild für viele dieser Initiativen ist das Gesunde Kinzigtal im Nordschwarzwald (www.gesundes-kinzigtal.de).

Mittlerweile bringen sich auch der Schweizerische Gemeindeverband und der Schweizerische Städteverband ein: Im Oktober 2017 forderten sie – zusammen mit Spitex Schweiz, Curaviva.ch (Pflegeheime), pharmaSuisse (Apotheken) und Hausärzte Schweiz – von Bundesrat Alain Berset, «dass die Politik die notwendigen Rahmenbedingungen und Anreize für neue Modelle der Gesundheitsversorgung schafft».

Im November 2017 führte das Bundesamt für Gesundheit einen Austausch zwischen schweizerischen und ausländischen Experten zur Förderung von interprofessionellen und patientenzentrierten Versorgungsmodellen durch (Policy Dialogue). Im Bericht dazu werden Gesundheitsregionen als eines von zwei zukunftsweisenden Konzepten beschrieben (das andere ist das Patient-centred Medical Home).

Verstärkte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Apothekerinnen/Apothekern

Es ist unbestritten, dass diese beiden Berufsgruppen eine zentrale Achse der Grundversorgung darstellen – gerade im Aargau ohne ärztliche Medikamentenabgabe. Deshalb ist die Zusammenarbeit systematisch zu stärken. Ein Beispiel dafür ist der gemeinsame Auftritt der beiden Berufsverbände bei der nationalen Kampagne zur Darmkrebs-Früherkennung im Frühjahr 2016. Ebenfalls in Diskussion ist ein Meldesystem Apotheke-Hausarzt für den Polymedikationscheck.

Arbeitsintegration von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischen Problemen

Das Thema gewinnt an Bedeutung, weil die Politik künftig unter 30-Jährigen keine IV-Rente mehr zahlen will. Mit einem Runden Tisch aller möglichen Beteiligten ist ein erster Schritt erfolgt.

Projekt Optima/In-HospiTOOL (KSA und Partner)

Optima startete 2009 mit Unterstützung des Kantons und ist heute ein wichtiges «Entwicklungslabor» für Prozesse und Instrumente zur Verbesserung der Integrierten Versorgung (spitalintern wie sektorenübergreifend). Die Weiterentwicklung des Projekts (In-HospiTOOL) wird vom Schweizerischen Nationalfonds im Rahmen des Forschungsprogramms 74 (Smarter Medicine) massgeblich finanziell unterstützt.

5.6 Zielerreichung MIVAG (Vergleich Soll / Ist)

5.6.1 Ergebnisse

Nr.	Projektziele	Beurteilung Zielerreichung			Kommentar
		erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	
1	Status Quo der Integrierten Versorgung im Aargau erheben	X			
2	Die Bereitschaft für eine Gesamtschau aufs Versorgungssystem und die Patientenbedürfnisse nimmt zu.		X		Die Einschätzung basiert auf strukturierten Gesprächen sowie Rückmeldungen aus dem Koordinationsausschusses.
3	Die Anwendung von Konzepten und Instrumenten der Integrierten Versorgung weitet sich aus.		X		do.
4	Die Partner der Gesundheitsversorgung nehmen sich gegenseitig stärker wahr und erfah-		X		do.

	ren mehr über ihre Kompetenzen.				
5	Vernetzung von Strategien, Initiativen und Projekten des Kantons mit dem MIVAG	X			
6	Rahmenbedingungen für die bessere Integration der Versorgung im Aargau nennen		X		
7	(Pilot-)Projekte initiieren (ausgehend von den Versorgungspartnern)	X			
8	Austausch von Erfahrungen, Erkenntnissen und Ergebnissen zwischen allen Beteiligten.	X			do.

Dem günstigen Gesamteindruck stehen einige Punkte entgegen, die nicht erreicht wurden:

- Vergütung des Austrittgesprächs Spital/Spitex: Für Patientinnen und Patienten in komplexen Situationen ist es von Vorteil, wenn vor dem Spitalaustritt ein Koordinationsgespräch mit den nachbetreuenden Stellen stattfindet, namentlich der Spitex. Die Frage dabei: Wer zahlt die Spitex für die Teilnahme am Gespräch? Das Problem: Es können nicht am gleichen Tag stationäre Leistungen (DRG) und ambulante Leistungen (Spitex-Tarif) verrechnet werden (ausser am Austrittstag). Nach Einschätzung von SwissDRG ist ein solches Gespräch in der Fallpauschale enthalten. Folglich kann die Spitex dem Spital Rechnung stellen. Die Spitäler widersprachen allerdings dieser Einschätzung, weshalb keine tragfähige Lösung gefunden wurde.
- Fehlende Aktualisierung der Projektlandkarte MIVAG
- Kein Aufbau einer Projektlandkarte eHealth Aargau
- Strukturierte, verbindliche Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Apothekerinnen/Apothekern: Die Achse niedergelassene Ärzteschaft-Apotheken hat grosses Potenzial zur Weiterentwicklung der Grundversorgung, namentlich für chronisch kranke Menschen. Die wichtigsten Handlungsfelder und Massnahmen für die Zusammenarbeit konnten aufgrund der beschränkt vorhandenen Ressourcen nicht ermittelt werden.
- Nachfolgeprojekt für den MIVAG (Konzept für eine «Arbeitsgemeinschaft chronisch krank Aargau» liegt vor): Das vorgeschlagene Folgeprojekt konnte mangels gesicherter Finanzierung nicht realisiert werden.

5.7 Finanzen

5.7.1 Soll-Ist-Vergleich Kostenvoranschlagpositionen

Aufwendungen	Kosten-voran-schlag (KV)	KV revidiert	effektiv	Abweichung		Begründung
				Fr.	%	
Vorbereitungsaufwand*				0.00		
Personalaufwand**	720'000.00		687'448.00	-32'552.00	-4.52%	
Externe Dienstleistungen	80'000.00		41'525.98	-38'474.02	-48.09%	
Übriger Sachaufwand	0.00		33'662.80	33'662.80		
Betriebsaufwand				0.00		
Investitionen***				0.00		
				0.00		
…				0.00		
Total (Kreditsicht)	800'000.00	0.00	762'636.78	-37'363.22	-4.67%	
Erträge						
Bund				0.00		
Gemeinden				0.00		
Dritte			2'000.00	2'000.00		Innovationspreis Allianz
…				0.00		
…				0.00		
Total	0.00	0.00	2'000.00	2'000.00		
Nettoaufwand (Budgetsicht)	800'000.00	0.00	760'636.78	-39'363.22	-4.92%	

5.7.2 Kreditausweis

Verpflichtungskredit	Datum	Instanz	Bruttoaufwand	
Verpflichtungskredit	01.05.2013	RR	800'000.00	
Zusatzkredit 1			0.00	
Zusatzkredit 2			0.00	
…			0.00	
Indexteuerung per			0.00	
Massgeblicher Kredit inkl. Teuerung			800'000.00	
Abrechnungssumme			760'636.78	
Abweichung			39'363.22	
Kreditabweichung			**Fr.**	**%**
			39'363.22	4.92%

5.8 Kosten-Nutzen-Beurteilung

Das mit den vorhandenen Mitteln ermittelte Kosten-Nutzen-Verhältnis erweist sich als günstig. Insbesondere gelang es, mehrere zentrale Aspekte für die künftige Gesundheitsversorgung im Aargau zu erhellen und in die (politischen) Diskussionen einzubringen:

- Die wichtigste Patientengruppe sind alte, multimorbide, chronisch kranke Menschen. Um diese Menschen koordiniert und bedürfnisgerecht zu behandeln, zu betreuen und zu begleiten, muss das Versorgungssystem neu gedacht und gestaltet werden: Infrastruktur, Prozessen, Aufgabenteilungen (Skill/Grade Mix) sowie Vergütungen.
- Alte, multimorbide, chronisch kranke Menschen haben neben medizinisch-pflegerischen Bedürfnissen oft auch soziale (zum Beispiel Alltagsgestaltung), juristische (zum Beispiel Erwachsenenschutz) sowie finanzielle (zum Beispiel Ergänzungsleistungen). Die Behandlung, Betreuung und Begleitung dieser Menschen verbindet das Gesundheitswesen zunehmend mit dem Sozialwesen,

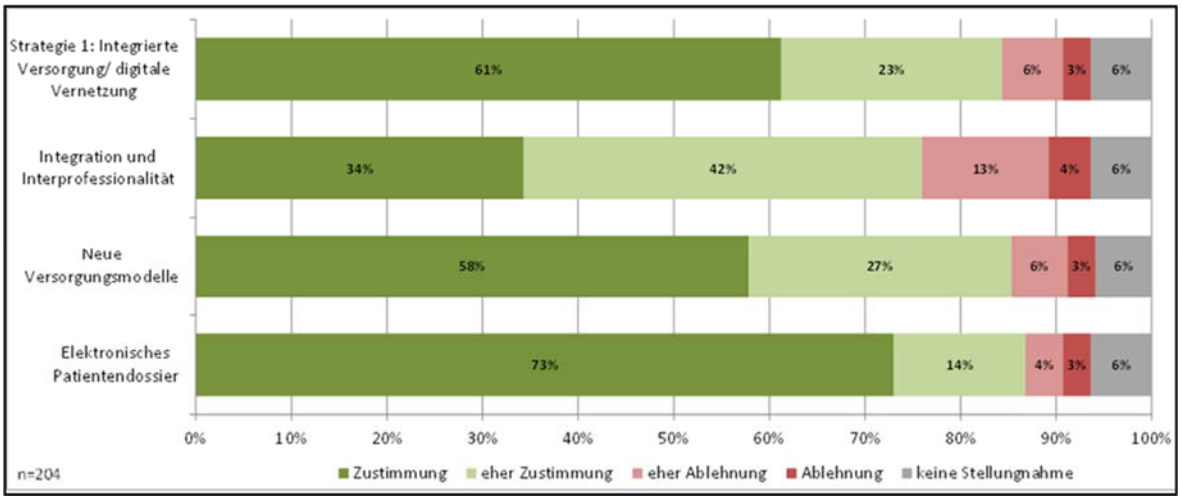
das heisst, es braucht eine Gesamtsicht. Die Neugestaltung der Ergänzungsleistungen im Kanton Aargau bietet eine ausgezeichnete Gelegenheit für diese Gesamtsicht.

- Die Gemeinden als Verantwortliche für die Langzeitpflege und Anbieter von sozialen Diensten, namentlich für alte Menschen, werden zu zentralen Partnern im Versorgungssystem. Ausserdem sind sie (mit-)verantwortlich für altersgerechte Wohnformen und Quartiergestaltung.
- Regionale, bevölkerungsorientierte Versorgungsmodelle (Gesundheitsregionen) eignen sich in hohem Masse, die Herausforderungen der Zukunft zu meistern (siehe Seite 12) und dringend notwendige Reformen der Finanzierung/Vergütung zu beschleunigen (Mehrjahresverträge statt Einjahresverträge; sektorenübergreifende Pauschalen statt Einzelleistungsvergütungen; Qualitätsbasierte Vergütungen über ganze Behandlungspfade und ganze Populationen).
- Die Verbindung des MIVAG mit eHealth Aargau zur Vision Vernetztes Gesundheitswesen Aargau ist sinnvoll und zukunftsweisend (keine Integrierte Versorgung ohne eHealth – ohne eHealth keine Integrierte Versorgung). Als eHealth Suisse und das Bundesamt für Gesundheit zu einem Erfahrungsaustausch mit einer Delegation aus dem Aargau einluden (März 2016), nahmen 15 Kantone daran teil.

6. Empfehlungen

Die bessere Integration der Versorgung ist eine zwingende Voraussetzung, um die Qualität, Patientensicherheit, Effizienz und letztlich das Kosten-Nutzen-Verhältnis des Systems zu verbessern. Dies ist im Grundsatz anerkannt. Dies zeigt auch die Anhörung zur Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2025 (GGpl 2025), in der die Integrierte Versorgung überwiegend positiv beurteilt wurde (Abbildung 11).

Abbildung 11: Einschätzung der Integrierten Versorgung in der GGpl 2025



Daraus ergibt sich eine Reihe von Empfehlungen für das künftige Versorgungsystem im Aargau.

6.1 Empfehlungen zur Integrierten Versorgung

Regulierung

- Die Integrierte Versorgung wird im kantonalen Spitalgesetz verankert, am besten über die anstehende Totalrevision. Zum Beispiel könnte bei bestimmten Leistungsaufträgen ein Konzept für die Nachbehandlung und -betreuung über die nächsten 6, 12 oder 18 Monate verlangt werden.
- Das Departement Gesundheit und Soziales sieht im revidierten Spitalgesetz vor, dass Leistungsaufträge an (regionale) Leistungserbringer-Gruppen vergeben werden können. Hintergrund: Komplexe Patientinnen/Patienten benötigen eine eng vernetzte und koordinierte Behandlung, Be-

treuung und Begleitung. Zu diesem Zweck schaffen die Leistungserbringer einer Region eine gemeinsame Trägerschaft oder Betriebsgesellschaft (zum Beispiel Genossenschaft, AG, Verein) und entwickeln die benötigten Versorgungskonzepte. Diese Trägerschaft/Betriebsgesellschaft führt Leistungsaufträge aus und schliesst mit Krankenversicherern spezielle Behandlungsverträge ab.

- Der Kanton setzt sich für die einheitliche Finanzierung ambulant/stationär (EFAS) zu „kantonsverträglichen“ Rahmenbedingungen ein. Denn die Integrierte Versorgung verlangt integrierte Finanzierung (und integrierte Vergütung). Dies kann über die GDK erfolgen oder über die aargauischen Parlamentarier im National- und Ständerat. Im Idealfall bietet sich der Aargau als Modellkanton an für einen drei- bis fünfjährigen Versuch (wobei der Bund den überwiegenden Teil der finanziellen Projektrisiken übernimmt).
- Das Departement Gesundheit und Soziales setzt sich – im Rahmen seiner Zuständigkeiten – dafür ein, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen verankert wird.
- Das Departement Gesundheit und Soziales sorgt dafür, dass die Arbeitsinstrumente und Erkenntnisse aus der In-HospiTOOL-Studie an allen Spitälern im Aargau genutzt werden (KSA, KSB, Muri und Zofingen sind ohnehin dabei).

Innovation und Struktur

- Der Kanton richtet einen Innovationsfonds «Vernetztes Gesundheitswesen Aargau» ein. Der Fonds ist mit (mindestens) 1 Million Franken ausgestattet – je zur Hälfte aus dem Hugo und Elsa Isler-Fonds und dem kantonalen Swisslos-Fonds – und unterstützt 5 bis 10 Projekte der Integrierten Versorgung mit mindestens 100'000 Franken. Mögliche Themen der Projekte: koordinierte Behandlung und Betreuung von hochaltrigen, chronisch kranken, multimorbiden Menschen; hospital@home; Prävention in der ambulanten und stationären Grundversorgung.
- Das Sounding Board Vernetztes Gesundheitswesen Aargau wird wiederbelebt: 25 bis 30 Personen als Vertreter von Leistungserbringern, Patientinnen/Patienten, Versicherern, SVA, Gemeinden/Regional-planungsverbände, Politik/Parteien, Fachorganisationen, Bildung, eHealth, Departement Gesundheit und Soziales. Diese treffen sich viermal im Jahr je 3 Stunden, um aktuelle gesundheitspolitische Themen mit eingeladenen Experten zu diskutieren.
- Das Departement Gesundheit und Soziales initiiert eine Arbeitsgemeinschaft/Trägerschaft, welche die Umsetzung der nationalen Strategie für die Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie) im Aargau vorantreibt und koordiniert.
- Das Departement Gesundheit und Soziales schafft einen Beirat aus Menschen mit chronischen Krankheiten/Beschwerden oder dauerhaften Beeinträchtigungen. Dieser Beirat berät das Departement Gesundheit und Soziales zu Themen wie Ergänzungsleistungen, Modelle der Grundversorgung mit Pflegeexpertinnen für die Triage und Koordination, Befähigung der Menschen zur Anwendung von elektronischen Hilfsmitteln, Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz/Eigenverantwortung.
- Das Departement Gesundheit und Soziales bestimmt eine Person, welche die nationalen und internationalen Entwicklungen in der Integrierten Versorgung verfolgt und regelmässig Empfehlungen erarbeitet für die kantonale Gesundheitsversorgung.
- Das Departement Gesundheit und Soziales achtet darauf, dass in Leistungsvereinbarungen Regeln zur Vernetzung und Koordination mit anderen Institutionen und Organisationen enthalten sind.

Beratung und Kommunikation

- Das Departement Gesundheit und Soziales gewährleistet die Beratung der Fachgruppe Alter und Gesundheit im «Gesunden Freiamt», ebenso die Beratung von weiteren Regionalplanungsverbänden, die Gesundheitsregionen entwickeln möchten.

- Das Departement Gesundheit und Soziales finanziert einen Vernetzungsanlass im Aargau zum Thema «Multimorbidität» (Herbst 2018; 120 bis 150 Teilnehmende).
- Das Departement Gesundheit und Soziales erarbeitet Empfehlungen für Gemeinden, wie sie in Leistungsaufträgen für Spitex-Organisationen die Vernetzung und Koordination fördern können.

6.2 Empfehlungen zu eHealth/elektronisches Patientendossier (EPD)

Regulierung

- Der Kanton unterstützt die Verbreitung des EPD. Zum Beispiel könnte verlangt werden, dass jeder Patientin/jedem Patienten beim Spitaleintritt empfohlen wird, ein EPD zu eröffnen. Oder dass den Eltern eines Neugeborenen empfohlen wird, für das Kind ein EPD zu eröffnen.
- Der Kanton verlangt via Leistungsaufträge, dass für jede Patientin/jeden Patienten beim Spitalaustritt ein elektronischer Medikationsplan erstellt wird (was umso einfacher ist, wenn die Person bereits ein EPD hat).
- Das Departement Gesundheit und Soziales setzt sich – im Rahmen seiner Zuständigkeiten – dafür ein, dass möglichst viele ambulante Leistungserbringer elektronisch dokumentieren und sich der Stammgemeinschaft eHealth Aargau anschliessen (damit das EPD seine volle Wirkung entfalten kann, müssen auch möglichst viele ambulante Leistungserbringer mitmachen, denn Patientinnen und Patienten sind 80–90 % (oder noch mehr) ihrer Krankheitszeit in ambulanter Behandlung).

Innovation

- Das Departement Gesundheit und Soziales entwickelt eine «Impfstrategie Aarau» mit dem Ziel, dass möglichst viele Menschen im Aargau ein elektronisches Impfdossier – als einfachste Anwendung des EPD – haben. Dazu gehört auch, dass für alle Impfungen in der Volksschule ein eImpfdossier eröffnet wird (falls die Eltern zustimmen).
- Der Kanton finanziert – aus dem kantonalen Swisslos-Fonds – die Ausbildung von Freiwilligen, die alten Menschen helfen, ein EPD zu führen (bei alten, chronisch kranken, multimorbiden Menschen ist der Nutzen des EPD am grössten). Als Ausbildner kommen zum Beispiel die Pro Senectute Aargau oder das SRK Aargau in Frage.
- Der Aargau profiliert sich als Modellkanton für den Einsatz von elektronischen Assistenzsystemen zu Hause wie Telemonitoring, Telekonsultation oder Active Assisted Living.

Beratung und Kommunikation

- Das Departement Gesundheit und Soziales setzt sich bei den Krankenversicherern dafür ein, dass die elektronische Dokumentation in den Managed-Care-Verträgen von Ärztenetzen verankert wird (verbunden mit einem Performance-Ansatz: je mehr Ärzte elektronisch dokumentieren, desto mehr Vergütung erhält das Netz).

Beilage

- Beurteilung des Departements Gesundheit und Soziales zu den Empfehlungen