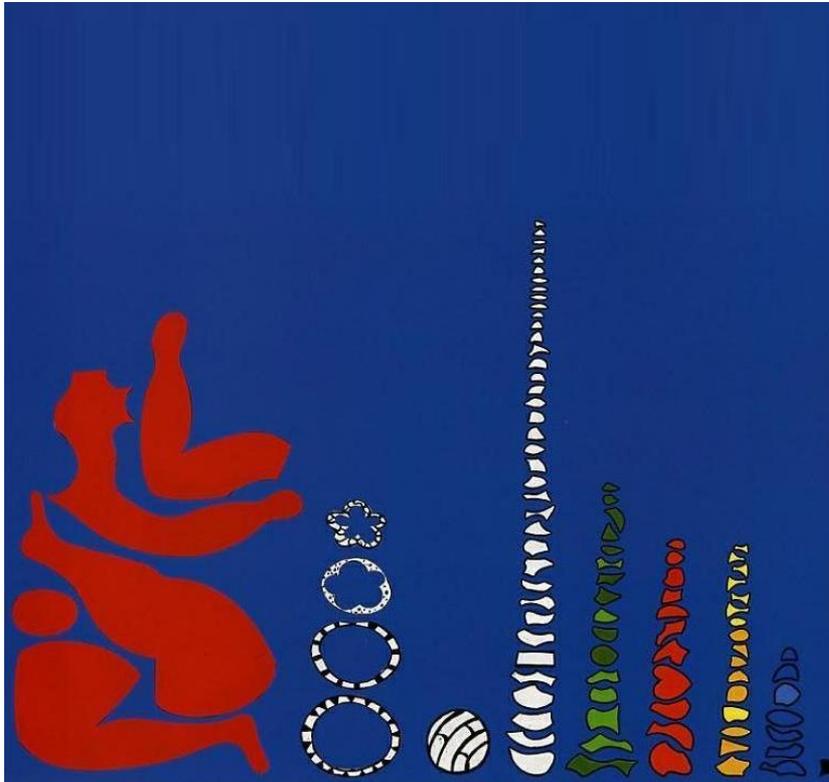




Masterplan Integrierte Versorgung Aargau 2014-17 (MIVAG)
Besser vernetzt – mehr Gesundheit für alle

10. Juni 2014

Die Ausgangslage



Quelle: Urs Wehrli, Kunst aufräumen

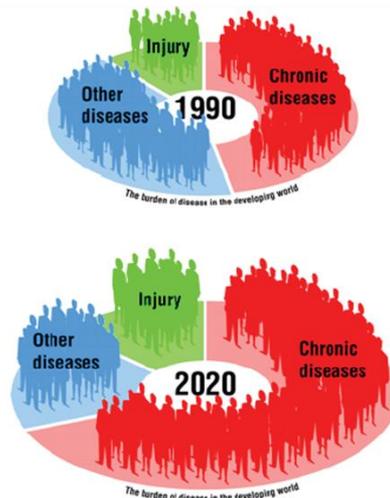
Die Gesundheits- und Krankheitsversorgung ist

- in hohem Masse spezialisiert,
- stark fragmentiert und
- äusserst kleinteilig organisiert.

Die meisten Partner haben primär das Mikrosystem im Auge und verlieren deshalb oft das Gesamtbild aus dem Blick.

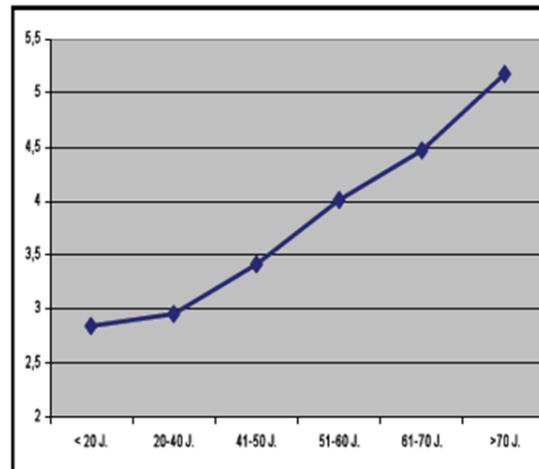
Die Ausgangslage

- Verzehnfachung der Fachleute, die an der Behandlung eines Spitalpatienten beteiligt sind, in den letzten 35 Jahren
- Starke Zunahme der Patienten mit komplexen (und kostenintensiven) Betreuungsbedürfnissen



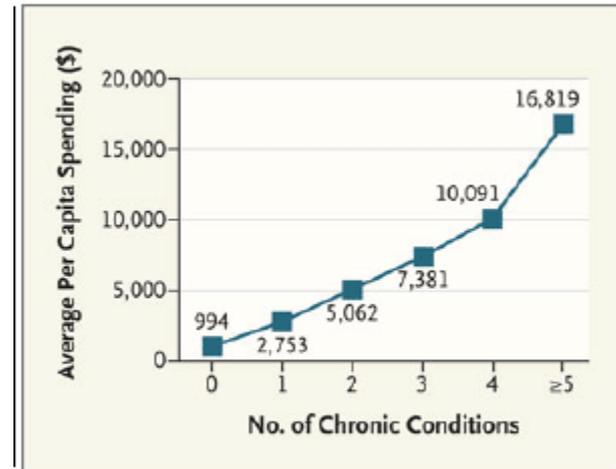
Wagner et al.,
BMJ 2002;325:913-914

ICD 10 Diagnosen pro Patient



Laux et al. BMC Health Serv Res.(2008);8:14.

Kosten pro Erkrankung



Bodenheimer et al. NEJM (2009) 361 (16): 1521

Die Ausgangslage

- Zunehmende Über- und Fehlversorgung: 20-30% der diagnostischen Tests, Untersuchungen oder verordneten Medikamente werden nicht evidenzbasiert eingesetzt, sind unnötig oder potentiell gefährlich (Prof. Thomas Rosemann, Direktor des Instituts für Hausarztmedizin, Universität Zürich)
- Schwankende Behandlungsqualität und Patientensicherheit: grosse, weitgehend ungeklärte Variation in der Versorgung; Kluft zwischen klinischer Evidenz und täglicher Behandlung (Evidence-Performance-Gap)

→ Es braucht Gegensteuer → mehr Integration der Versorgung

Zudem: Fallpauschalen (DRG) fördern das Interesse an durchgehenden Betreuungsprozessen (vertikale Integration ambulant-stationär-ambulant)

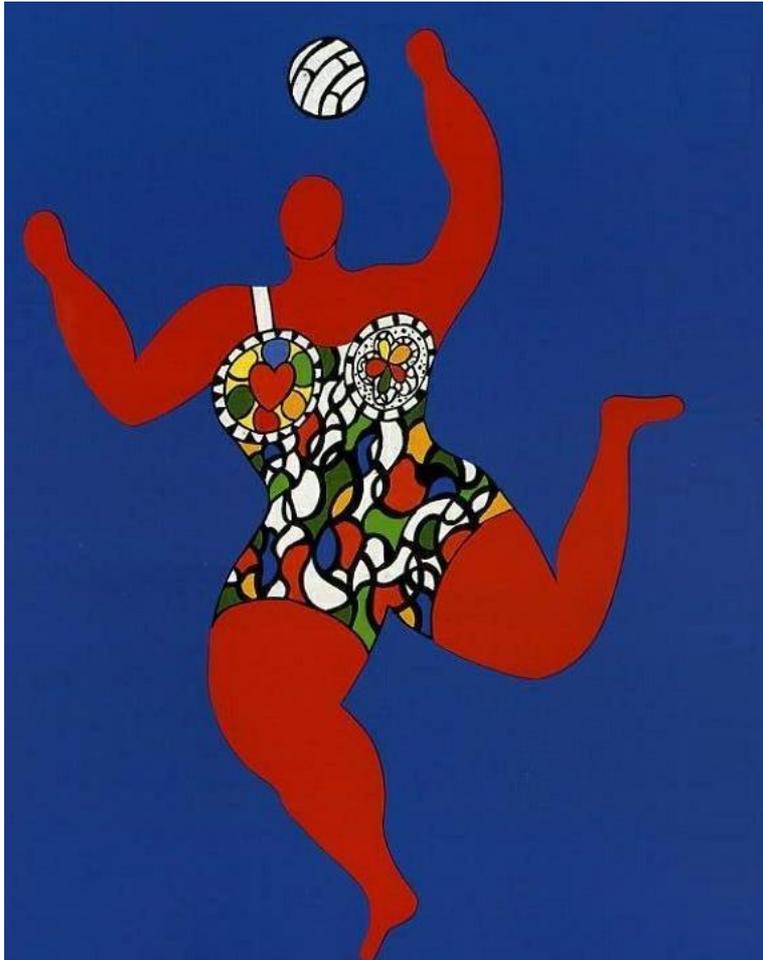
Was ist Integrierte Versorgung? (bzw. Integration der Versorgung)

Integrierte Versorgung meint das **bewusst gestaltete Zusammenspiel** aller ambulanten und stationären Leistungserbringer, die an der Betreuung eines Patienten beteiligt sind, sowie weiterer Partner (namentlich Kostenträger). Sie fördert eine **gemeinsame, gleichberechtigte Sicht auf den Patienten** («Kultur des Gemeinsamen») und versucht die Nachteile der Spezialisierung und Fragmentierung zu minimieren. **Patienten (und Angehörige) werden als Partner betrachtet**, welche die Betreuung wesentlich unterstützen können (Selbstmanagement/Eigenverantwortung).

In Kürze: Mehr Integration heisst mehr Kommunikation, mehr Koordination, mehr Kooperation; so weit wie möglich elektronisch unterstützt → eHealth

Strategie	Zentrales Instrument
Mehr Kommunikation	Gespräche, Datenaustausch (eHealth)
Mehr Koordination	eine Person/Institution, die steuert
Mehr Kooperation	interdisziplinäre Betreuungsteams

Unsere Vision



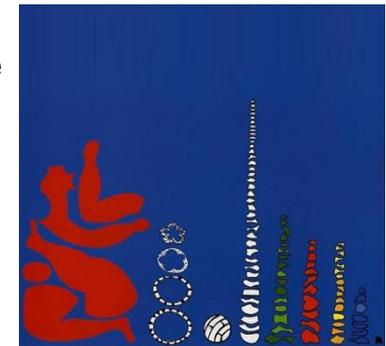
Quelle: Urs Wehri, Kunst aufräumen

Vernetztes Gesundheitswesen Aargau

- physisch (MIVAG)
- virtuell (eHealth Aargau)

Leitmotiv:
**Besser vernetzt – mehr
Gesundheit für alle**

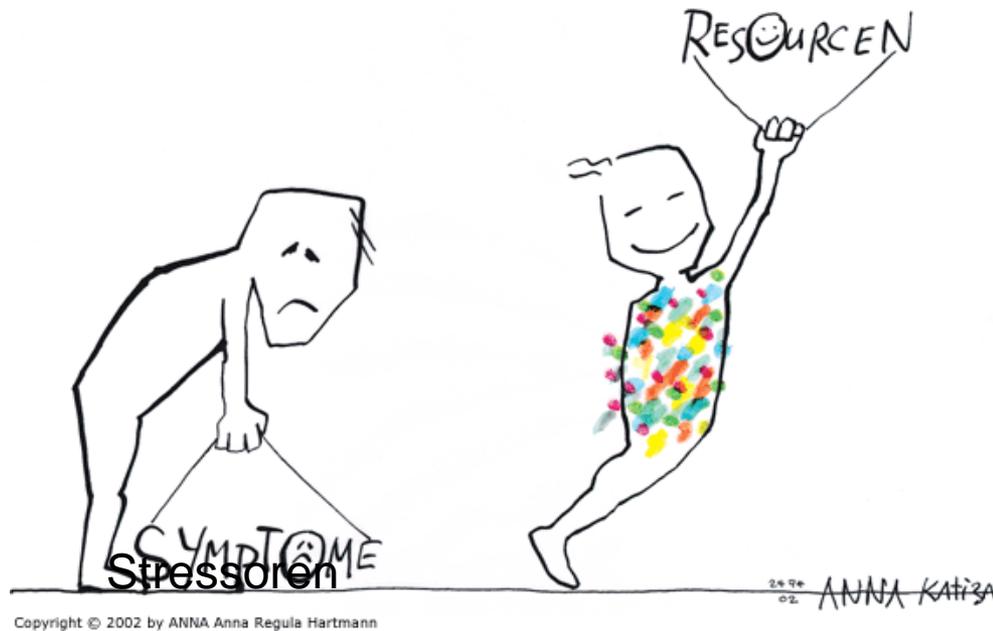
Zur Erinnerung:
Die Ausgangslage



Die Mission: Vier Handlungsebenen

Vernetzung	Menschen/Patienten (inkl. Angehörige)
	➤ physisch Leistungserbringer, Fachorganisationen
	➤ virtuell (eHealth) Kostenträger (Sozialvers., Kanton, Gemeinden)
Vergütung & Anreize	Vernetzung (Koordination, Qualität, Daten)
	Behandlungspfade (ambulant-stationär-ambulant)
	Globalbudget (Capitation)
Bildung & Befähigung	Menschen/Patienten (inkl. Angehörige)
	Fachpersonen (medizinisch, sozial)
	Politik und Behörden
Rahmenbedingungen	gesetzlich
	administrativ
	privat/persönlich

Die Salutogenese als grundlegendes Gesundheits-/Krankheitskonzept



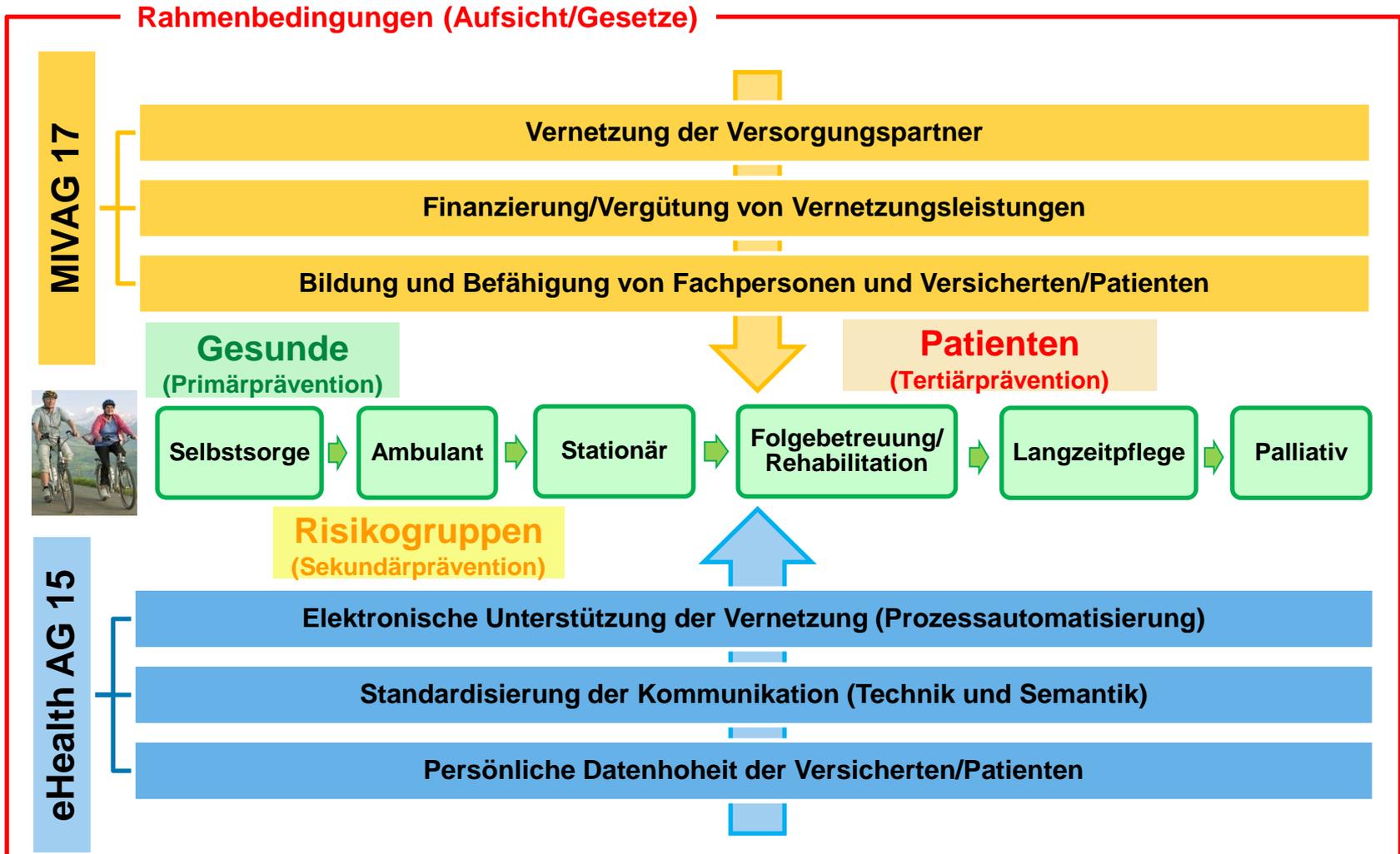
krank

gesund

Der Mensch ist nicht gesund *oder* krank, sondern bewegt sich stets zwischen den Polen gesund *und* krank. Stressoren wie Krankheit, Unfall oder Arbeitslosigkeit stehen Ressourcen wie Bildung oder ein gutes soziales Umfeld entgegen.

Vernetztes Gesundheitswesen Aargau

Prozesse gestalten, Informationen austauschen



Vernetztes Gesundheitswesen Aargau

Das Zusammenspiel zu Integrierter Versorgung und eHealth

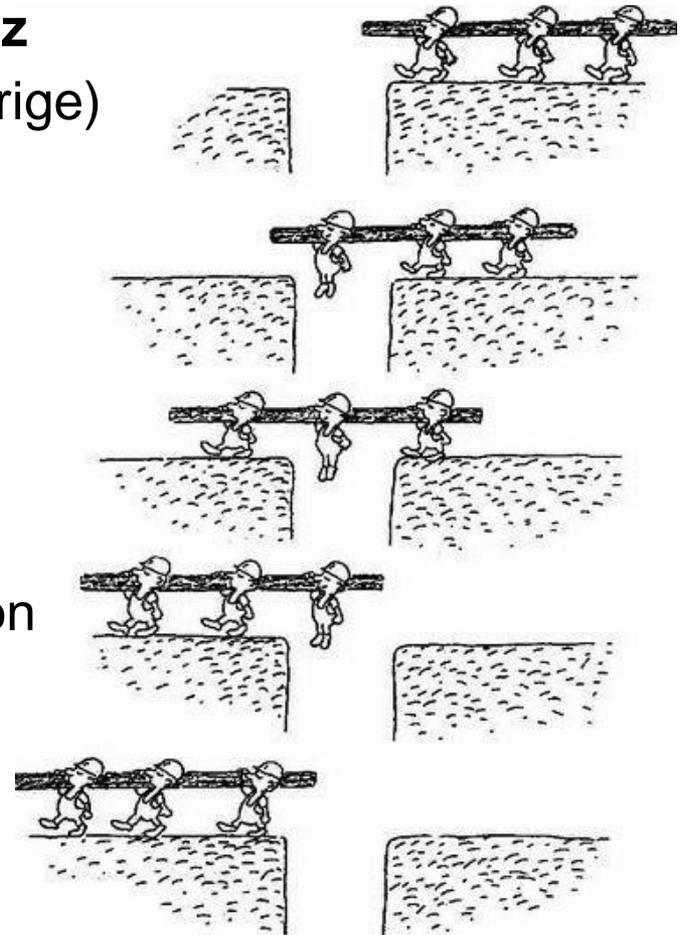
- *Mehr* physische Vernetzung zwischen den Leistungserbringern ist vor allem dann sinnvoll, wenn auch *mehr* behandlungsrelevante Daten, Bilder und Berichte *elektronisch* zur Verfügung stehen.
→ **keine Integrierte Versorgung ohne eHealth**
- Jede *elektronische* Vernetzung verlangt auch eine Überprüfung – und allfällige Anpassung – der *physischen* Behandlungs- und Betreuungsprozesse.
→ **ohne eHealth keine Integrierte Versorgung**

MIVAG/eHealth Aargau vernetzen alle Versorgungsbereiche

- **Selbstsorge** (z.B. Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, telemedizinische Beratung, Selbstmedikation)
- **Ambulant** (z.B. Hausarzt, Spezialist, Apotheke & Drogerie, Therapeuten, Fachberatung)
- **Stationär** (Akut, Psychiatrie)
- **Rehabilitation stationär & ambulant** (inkl. berufliche Wiedereingliederung); **ambulante Folgebetreuung** (z.B. Hausarzt, Spezialist, Spitex, Apotheke)
- **Langzeitpflege ambulant & stationär** (z.B. Spitex, Heim, Apotheke)
- **Palliative Betreuung** (z.B. Heim, Spital, Spitex, Hospiz)

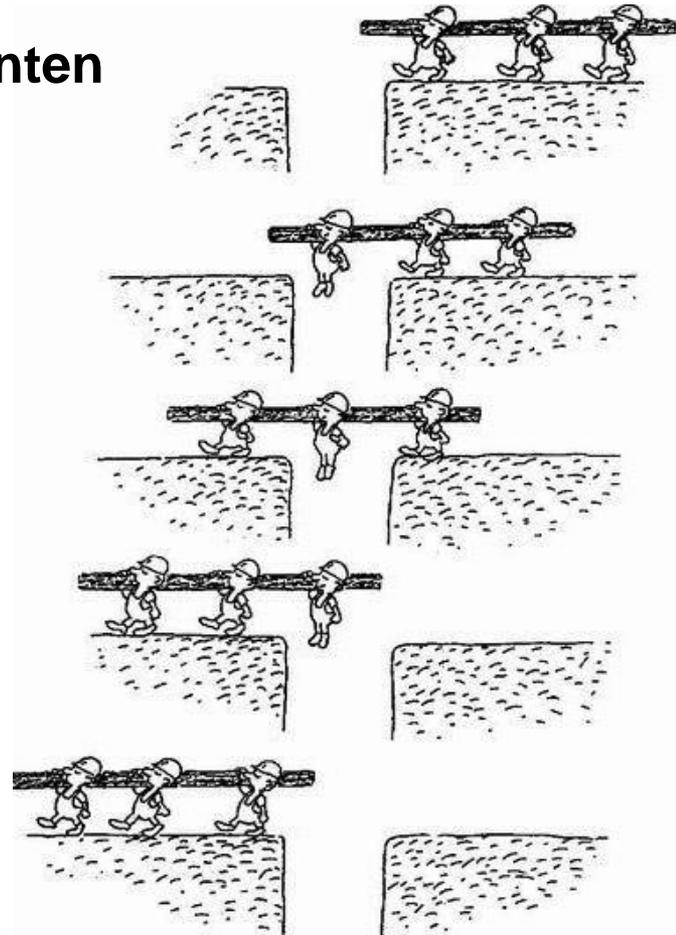
Gewünschte Wirkungen von MIVAG/eHealth Aargau

- **Förderung der Handlungskompetenz** der Menschen/Patienten (inkl. Angehörige)
→ mehr Eigenverantwortung
- **Mehr gegenseitige Information** über Kompetenzen und Ressourcen der einzelnen Berufsgruppen → neue (interdisziplinäre) Arbeitsteilungen
- **Strukturierter Austausch** zwischen allen Beteiligten → rasche Multiplikation von Bewährtem
- **Mehr Gesamtschau** → Aufwertung von Gesundheitsförderung, Prävention, sozialer Unterstützung



Gewünschte Wirkungen von MIVAG/eHealth Aargau

- **Stärkere Nutzung von IT-Instrumenten**
→ mehr Qualität, Effizienz und Patientensicherheit
- **Positive Wirkung auf die Kosten/Finanzierbarkeit** → mehr Nutzen für alle
- **Bereicherung der Arbeit** → mehr Freude am Beruf dank weniger Leerläufen
- Eine ausgeprägte **Kultur des Gemeinsamen** → zusammen erreichen wir mehr



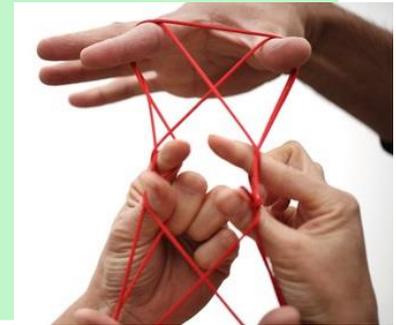
Was der MIVAG (nicht) ist

Was der MIVAG 17 sein will

- Handlungsrahmen und Orientierungshilfe
- Austauschplattform für Ideen, Erfahrungen und Erkenntnisse
- Projekt-Landkarte

Wie der MIVAG 17 sein will

- partizipativ (bottom up)
- motivierend
- klärend



Was der MIVAG 17 *nicht* sein wird

- Lesebuch
- Regelwerk
- Planungsinstrument



Wie der MIVAG 17 *nicht* sein wird

- obligatorisch (top down)
- statisch
- einschränkend/ausgrenzend

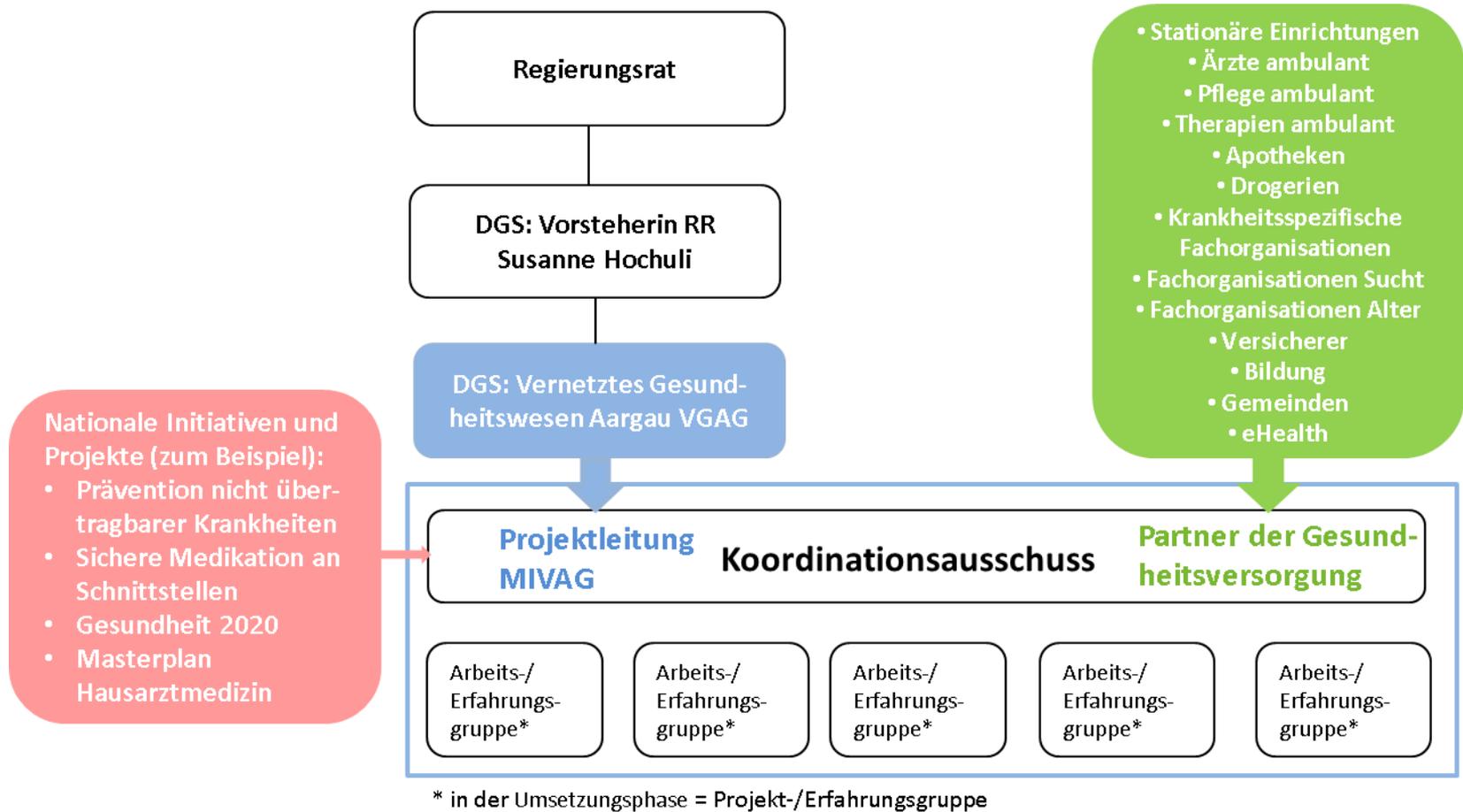
Die Philosophie des MIVAG

- **Gemeinsam:** Entwickeln und umsetzen (bottom up statt top down); wirkt nach aussen (alle Partner der Gesundheitsversorgung) und nach innen (Departement Gesundheit und Soziales/Verwaltung)
- **Einbezug von Projekten/Initiativen des Kantons**, z.B. Programm eHealth Aargau 2015, Fachstelle Alter, Betriebliches Gesundheitsmanagement
- **Auf Bestehendem aufbauen:** Laufendes unterstützen (Treibriemen), Neues anstossen (Entwicklungswerkstatt)
- **Transparenz:** zwischen allen Partnern; gegenüber Politik und Öffentlichkeit
- **Starker Fokus auf die Bürger/Versicherten/Patienten:** Förderung der Gesundheits-/Patienten-/Systemkompetenz

Einige (unverbindliche) Projektideen

- **Versorgung (mit Einbezug von eHealth-Instrumenten)**, z.B. Medikamentenmanagement bei über 65-Jährigen vor/während/nach Spitalaufenthalt; Patientenfade (z.B. Diabetes, COPD); Home Care für multimorbide Patienten
- **Vergütung**, z.B. neue Vergütungsmodelle (sektorenübergreifende Pauschalen); Vernetzungsleistungen (inkl. Datenerfassung/-lieferung); Anreizsysteme (Zertifizierungen)
- **Aus- und Weiterbildung**, z.B. interprofessionelle Module zur Förderung der Kooperationskompetenz; Schulungen für Betroffene in Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung
- **Arbeitsinstrumente (namentlich für eHealth-Anwendungen)**, z.B. einheitliche Überweisungsformulare; Checklisten/Merkblätter für Patienten; Datenbank mit assoziierten Angeboten im Kanton (Ernährung, Bewegung, Alltagsgestaltung, soziale Unterstützung, etc.)
- **Kommunikation**: z.B. Projekt-Landkarte; Austauschplattform für Beteiligte/Interessierte (Website, Veranstaltungen); Studienreisen; Publikationen für die Öffentlichkeit

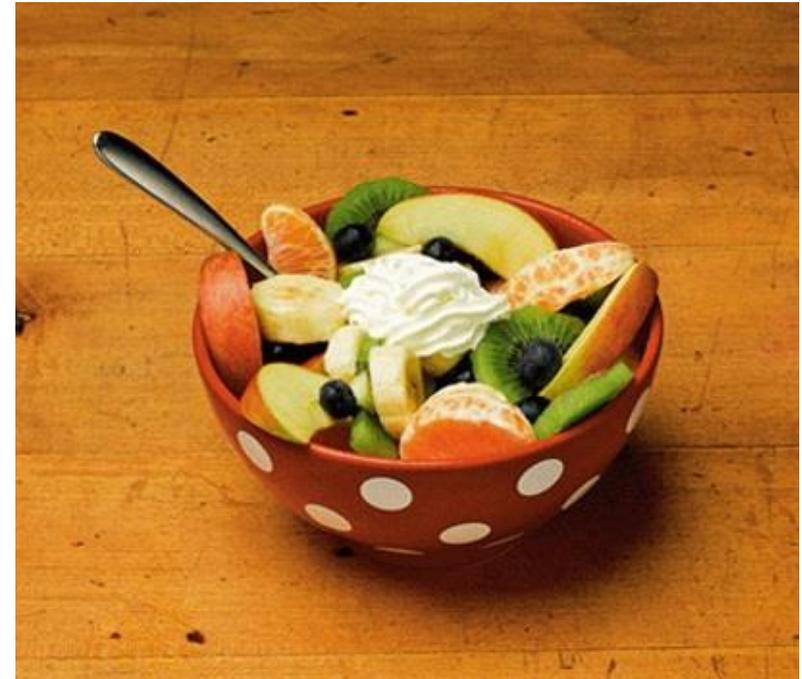
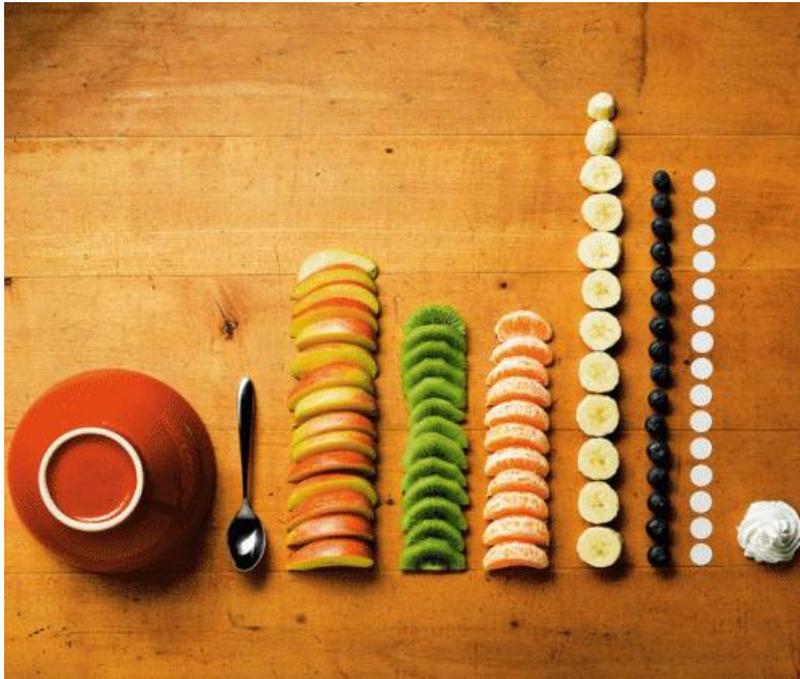
Projektorganisation MIVAG



Finanzierung MIVAG

- **Projektstelle + Kommunikation:** durch den Kanton
- **Einzelne Projekte/Massnahmen:**
Leistungsvergütung (primär OKP), Beiträge von Leistungserbringern und Versicherern, Beiträge von Produkteanbietern (z.B. Medizinaltechnik, Pharma, ICT, Telekommunikation), Public Private Partnerships

Besser vernetzt – mehr Gesundheit für alle



Quelle: Urs Wehrli, Die Kunst aufzuräumen

Kontakt: Urs Zanoni, MPH, Leiter MIVAG, urs.zanoni@ag.ch