

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**

Generalsekretariat

Fachstelle Masterplan Integrierte Versorgung Aargau

5. März 2014

MIVAG 17: SCHLUSSBERICHT ZUR STATUSERHEBUNG

Zusammenfassung der Ergebnisse

Alle Erhebungen – schriftlicher Fragebogen, semistrukturierte Gespräche, Round Table im DGS – 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, andererseits zum Handlungsbedarf.

Fragebogen zur schriftlichen Beantwortung

- Es besteht eine hohe Zustimmung zur Grundidee der Integrierten Versorgung (= bessere Vernetzung aller Partner in der Gesundheitsversorgung): 74 Prozent sind «völlig einverstanden», weitere 24 Prozent «eher einverstanden».
- 71 Prozent sind «völlig» oder «eher einverstanden», dass die Vernetzung vor allem die Qualität der Betreuung erhöhen muss. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass dies das Kostenwachstum bremsen kann, auch wenn manchmal zuerst investiert werden muss («Qualität kostet»).
- 71 Prozent sind «völlig einverstanden», dass die Vernetzung auch Prävention, Früherkennung von Krankheiten und soziale Betreuung einschliessen muss.
- 79 Prozent sind «völlig» oder «eher einverstanden», dass sich auch die verschiedenen Versicherungsträger (Krankheit, Unfall, IV, Taggeld etc.) besser untereinander abstimmen sollten, damit Patienten nicht mehrfach abgeklärt und hin- und hergeschoben werden.
- Wenn es um die bessere Vernetzung geht, stehen vor allem die Behandelnden in der Pflicht. Aktivitäten der Krankenversicherer, die direkt in die Betreuung eingreifen (z.B. Fallmanagement oder spezielle Programme für Patientengruppen wie Diabetiker) stossen auf Vorbehalte. Die Krankenkassen werden in erster Linie als Anbieter von Versicherungsmodellen und Finanzierer gesehen.
- Beträchtliches Potenzial für eine bessere Betreuung sehen die Antwortenden bei den Versicherten und Patienten: 47 Prozent sind «völlig einverstanden», dass diese ihre Handlungskompetenz gezielt erhöhen (z.B. durch Informationsbeschaffung oder Patientenschulungen); weitere 50 Prozent sind damit «eher einverstanden». Allerdings wird in den Kommentaren immer wieder darauf verwiesen, dass es Personengruppen gibt (z.B. ältere oder schlecht gebildete Menschen), die nicht in der Lage sind, ihre Handlungskompetenz selbständig zu erhöhen. Zudem dürften solche Massnahmen nicht zu einer «Abklärungs-Hysterie» mit hohen Folgekosten führen.

- Ebenfalls viel Zuspruch (56 Prozent «völlig einverstanden», 41 Prozent «eher einverstanden») erhielt die Aussage, dass die Versicherten und Patienten mehr Eigenverantwortung wahrnehmen sollten, indem sie zum Beispiel eine Zweitmeinung einholen, bevor sie sich zu einer Operation entschliessen oder eine Langzeittherapie beginnen.
- Rund zwei Drittel der Antwortenden beschäftigen sich damit, künftig mehr und besser vernetzt zu sein: 41 Prozent sagen «ja» und 28 Prozent «eher ja» zu einem Ausbau ihrer Aktivitäten in diesem Bereich.
- Ebenfalls zwei Drittel der Antwortenden (38 Prozent ja, 29 Prozent eher ja) sind grundsätzlich daran interessiert, an der Entwicklung und Umsetzung des Masterplans Integrierte Versorgung Aargau mitzuwirken. Allerdings sind nur 9 Prozent «eher» bereit, eigene finanzielle Mittel dafür einzusetzen (und niemand ganz bereit).
- Bei den Erwartungen an die vernetzte Betreuung fallen folgende Ergebnisse auf: 68 Prozent finden, dass der Kanton die Rahmenbedingungen für eine starke Grundversorgung verbessern soll (weitere 25 Prozent sagen «eher ja» dazu). 53 Prozent sind der Ansicht, dass neue Partner (namentlich die Gemeinden) gewonnen werden sollten (weitere 19 Prozent sagen «eher ja» dazu). Und 85 Prozent haben die Erwartung, dass Leistungen wie Prävention, psychologische und soziale Unterstützung aufgewertet werden (weitere 13 Prozent sagen «eher ja»).
- Die Schlüsselbegriffe bei den Erwartungen an das MIVAG-Projekt lauten: keine kurzfristigen Kosteneinsparungen anstreben; kein Projekt ohne Nutzen; Freiwilligkeit; nicht zu viel aufs Mal umsetzen (und mit wenigen Partnern); keine Machtkämpfe unter den Berufsgruppen; bottom up statt top down; Wettbewerb statt staatliche Regulierung.
- Viel Zustimmung findet auch die Meinung, dass die bessere Vernetzung zwischen den einzelnen Berufsgruppen Bestandteil der jeweiligen Grundausbildung sein sollte.
- Hohe Zustimmung findet schliesslich die Absicht des Kantons, das MIVAG-Projekt Hand in Hand mit dem Programm eHealth Aargau 2015 zu entwickeln.

Gespräche mit zentralen Partnern

- Die Schlüsselbegriffe bei den Erwartungen decken sich weitgehend mit den Ergebnissen der schriftlichen Umfrage. Zusätzlich wurden genannt (adressiert an den Kanton): gute Rahmenbedingungen schaffen; Mittel für Anschubfinanzierungen zur Verfügung stellen; nicht ins Operative eingreifen; Leistungsaufträge überprüfen und den neusten Gegebenheiten (Integration!) anpassen; Leistungsaufträge weiter fassen (nicht auf eine Leistung/Diagnose fokussiert; gilt vor allem für Institutionen mit chronisch Kranken/Multimorbiden); Versorgungsbedürfnisse erfassen und – falls nötig – Versorgungsplanung anpassen; mögliche Kosteneinsparungen dürfen nicht zu Tarifsenkungen führen; Gemeinden von Beginn weg einbeziehen und ihre Rolle klären.
- Beim Handlungsbedarf wurden neben den Übergängen ambulant-stationär-ambulant folgende Stichworte genannt: Versorgungslücke zwischen Akut und Reha («zu gesund für Akut, zu krank für Reha»); Wundversorgung zu Hause; Betreuung von Dual Diagnosis Patienten; Akutgeriatrie; Palliative Care; komplexe (medikamentöse) Therapien (z.B. HIV).
- Grosser Handlungsbedarf wird ausserdem im administrativen Bereich gesehen. Stichworte dazu: Kostengutsprache (Wartezeit); uneinheitliche Formulare; Ungewissheit über die Verwendung/den Nutzen der gelieferten Informationen; Datenverkehr/eHealth.

Round Table im DGS

- Die Erwartungen an den MIVAG nehmen die Erwartungen/Befürchtungen der Partner in der Gesundheits- und Krankheitsversorgung auf: Vorschriften vermeiden; gute Absprache innerhalb des Departements; laufende Projekte einbeziehen; den Menschen ins Zentrum stellen (nicht seine Krankheit); Informationslawinen vermeiden; verständliches Vokabular verwenden; mit Beispielen/ Bildern arbeiten.
- Beträchtlicher Handlungsbedarf wird im Bereich Alter gesehen. Stichworte dazu: pflegende Angehörige, Informationspool für Ärzte (ambulante Dienste und zentrale Angebotserfassung), Anlauf- und Beratungsstellen, altersgerechte Gesundheitsversorgung, Geriatrie-Konzept.

Schliesslich einige Einzelnennungen, die beim weiteren Vorgehen zu bedenken sind:

- Kanton soll Rahmenbedingungen schaffen, nicht operative Vorgaben machen
- Es ist zu verhindern, dass die Entwicklungen nur auf die grossen Institutionen und ihre Bedürfnisse abgestimmt sind.
- Freiwilligkeit und Freiheitlichkeit; bottom up und nicht top down
- Nicht zu viel auf einmal umsetzen (dafür so lokal/regional wie möglich)
- Nicht primär neue Angebote kreieren, sondern bestehende Angebote transparent machen
- Machtkämpfe unter den Berufsgruppen verhindern → Partner, nicht Parteien!

Inhaltverzeichnis

Zusammenfassung der Ergebnisse	1
1. Auftrag.....	5
2. Erhebung.....	5
2.1 Fragebogen.....	5
2.2 Gespräche.....	6
2.3 Round Table DGS.....	6
3. Die Ergebnisse aus den Fragebogen	7
3.1 Verständnis der Integrierten Versorgung	7
3.2 Laufende und geplante Aktivitäten in der Integrierten Versorgung.....	11
3.3 Erwartungen an den MIVAG 17	13
3.4 Art und Umfang der Mitwirkung.....	15
4. Die Ergebnisse aus den Gesprächen	16
4.1 Erwartungen an den MIVAG bzw. den Kanton (Zusammenfassung).....	16
4.2 Handlungsbedarf (Zusammenfassung).....	17
5. Ergebnisse aus dem Round Table im DGS (Zusammenfassung).....	18
Angang: Projekte (die mit dem schriftlichen Fragebogen gemeldet wurden)	19

1. Auftrag

Am 1. Mai 2013 stimmte der Regierungsrat dem Antrag des DGS für die Entwicklung und Umsetzung eines Masterplans Integrierte Versorgung Aargau 2014-2017 (MIVAG 17) zu. Als Grundlage dafür sollte bei den Partnern der Gesundheits- und Krankheitsversorgung die Einstellung zur vernetzten Versorgung, die laufenden Aktivitäten in diesem Bereich sowie die Haltung zum MIVAG-Projekt erhoben werden.

Die Erhebung erfolgte zwischen dem 14. Oktober und 12. Dezember 2013 durch Urs Zanoni, der seit dem 1. Januar 2014 als Projektleiter des MIVAG 17 im DGS arbeitet.

2. Erhebung

2.1 Fragebogen

43 Institutionen und Organisationen erhielten einen Fragebogen zugeschickt, den 34 ausfüllten und zurückschickten (Rücklaufquote = 79%). Der Fragebogen gliederte sich in vier Teile:

- Verständnis der Integrierten Versorgung (inkl. Rolle/Beitrag von eHealth)
- Bisherige und laufende Aktivitäten in der Integrierten Versorgung
- Erwartungen an den MIVAG 17
- Art und Umfang der Mitwirkung (inhaltlich/personell/finanziell)

Die Adressaten wurden gebeten, die Fragen ad personam zu beantworten (oder intern an die geeignetste Person weiterzuleiten) und nicht erst die «Durchschnittsmeinung» ihrer Organisation/Institution einzuholen. Im Gegenzug wurde ihnen absolute Vertraulichkeit zugesichert; entsprechend sind die Bemerkungen zu den Antworten anonymisiert.

Antworten gingen von folgenden Institutionen und Organisationen ein:

Leistungserbringer (ambulant und stationär)

- Aargauischer Drogistenverband
- aarReha
- ArgoDoc
- ErgotherapeutInnen Sektion Aargau
- Klinik Schützen
- Kreisspital Muri
- Physio(swiss) Aargau
- Reha Rheinfelden
- Rehaklinik Bellikon
- Sanacare
- SBK Aargau-Solothurn
- Schweiz. Zahnärzte-Gesellschaft Aargau
- Spitex Region Brugg
- Spitex Verband Aargau
- Verband Aargauer Psychologen/-innen
- Verein Aargauer Logopädinnen und Logopäden

Fachorganisationen/Fachstellen/Sozialdienste

- Aargauer Diabetes-Gesellschaft
- Aargauer Hospiz-Verein zur Begleitung Schwerkranker
- Aargauische Stiftung Suchthilfe ags
- Aidshilfe Aargau

- Blaues Kreuz Aargau/Luzern
- Krebsliga Aargau
- Lungenliga Aargau
- Pro Infirmis Aargau-Solothurn
- Pro Senectute Aargau
- Rheumaliga Aargau
- Verein Entlastungsdienste im Kanton Aargau
- Zeka Zentren Körperbehinderte Aargau

Patienten-/Angehörigenorganisationen

- Alzheimervereinigung Aargau
- Anker, Verein für psychisch Kranke Aargau
- ELPOS Aargau Solothurn
- VASK Aargau

Bildung

- Höhere Fachschule Gesundheit & Soziales
- OdA Gesundheit und Soziales Aargau

2.2 Gespräche

Mit 12 ausgewählten Partnern wurden semistrukturierte Gespräche geführt; dabei waren insgesamt 37 Personen anwesend. Die Gespräche dauerten eine Stunde und wurden schriftlich zusammengefasst. Die Zusammenfassung wird nur anonymisiert verwendet.

Die Gespräche gliederten sich in drei Teile:

- Erwartungen an den MIVAG 17
- Rolle der eigenen Institutionen/Organisationen in der vernetzten Versorgung
- Handlungsbedarf in der vernetzten Versorgung

Die Gespräche wurden mit folgenden Institutionen/Organisationen geführt:

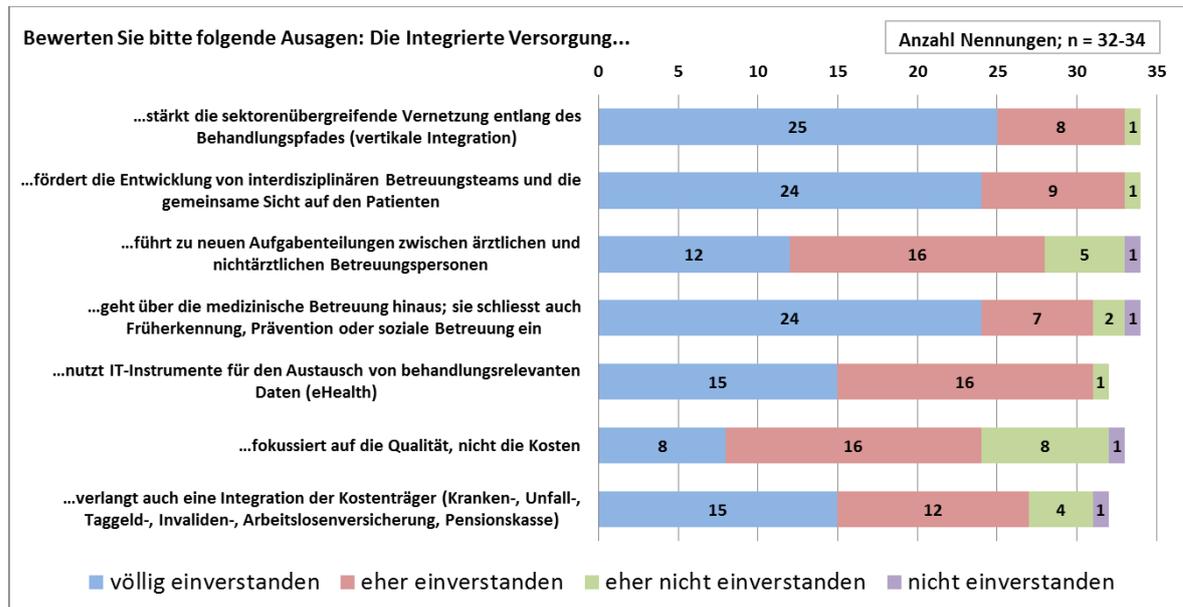
- Aargauischer Ärzteverband
- Aargauischer Apothekerverband
- Argomed
- Hirslanden Klinik Aarau
- Kantonsspital Aarau
- Kantonsspital Baden
- Klinik Barmelweid
- Psychiatrische Dienste Aargau
- Regionalspitäler (Asana-Gruppe, Gesundheitszentrum Fricktal, Kreisspital für das Freiamt Muri)
- RehaClinic Bad Zurzach
- Spitex Region Brugg
- VAKA Aargauische Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen

2.3 Round Table DGS

Im Departement für Gesundheit und Soziales fand ein 90-minütiges Round-Table-Gespräch mit Susanne Hochuli und 12 weiteren Personen statt. Die Diskussion wurde aufgrund einer Kurzpräsentation strukturiert.

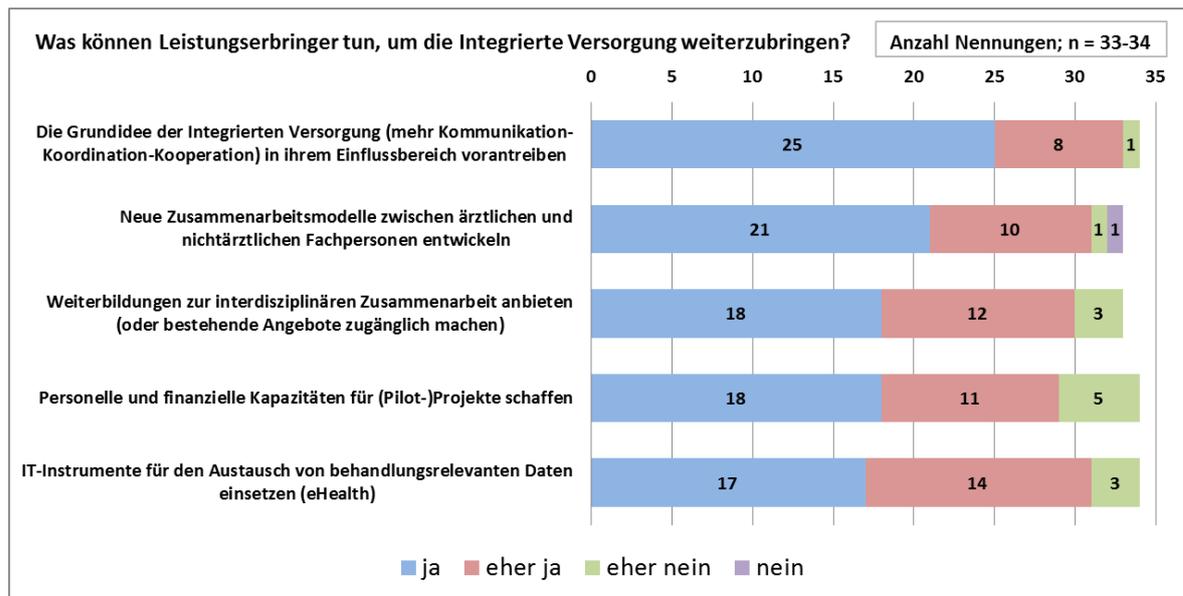
3. Die Ergebnisse aus den Fragebogen

3.1 Verständnis der Integrierten Versorgung



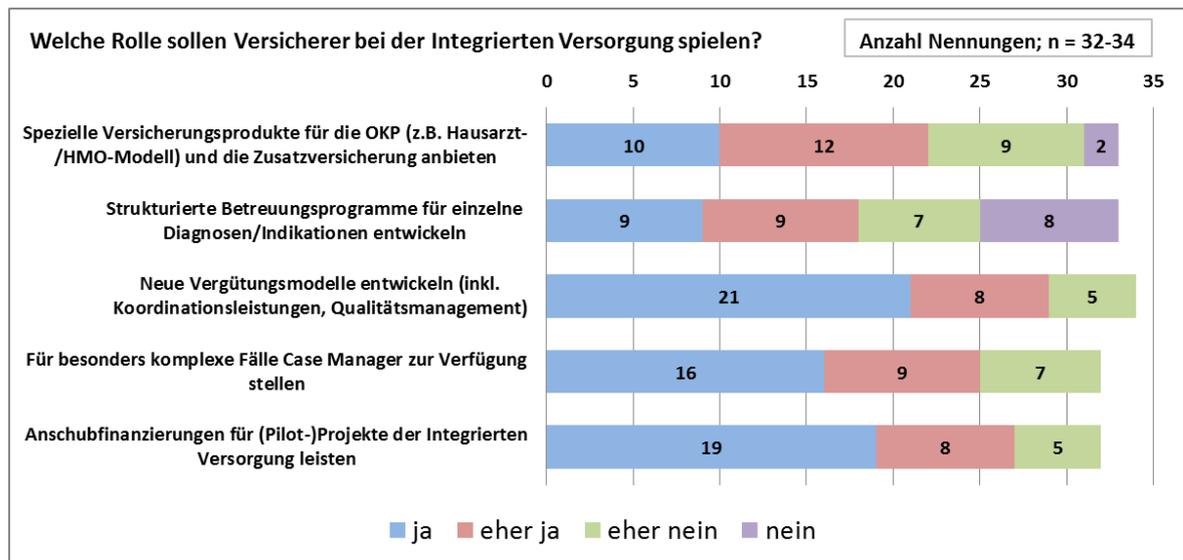
Bemerkungen der Antwortenden (Zusammenfassung):

- Qualität und Kosten können nicht voneinander getrennt werden, da Wechselwirkungen bestehen. Dass Qualität einen wichtigen Bestandteil der Versorgung darstellt, ob diese integriert oder differenziert erfolgt, erachten wir als unbestritten. Qualität kostet auch.
- Der Einbezug der Kostenträger ist notwendig, um die Diskussion bezüglich Leistungsübernahmen zu vereinfachen.
- «...führt zu neuen Aufgabenteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Betreuungspersonen»: Dies setzt eine Aufwertung der «medizinischen Hilfsberufe» voraus plus Akzeptanz der fachlichen Kompetenz dieser Berufe. Direktzugang für die Patienten.
- Alle aufgeführten Möglichkeiten können nur erfolgreich sein, wenn für den Patienten und dessen soziales Umfeld die Grundsätze des Empowerment eingesetzt werden.
- Früherkennung und Prävention orientieren sich nicht an Behandlungspfaden, sondern an Risikogruppen, Schlüsselpersonen und an strukturellen Rahmenbedingungen.
- Bei der Nutzung der IT-Instrumente sind die Vorgaben des Datenschutzes sowie ethische und soziale Kriterien zu berücksichtigen. Wenn behandlungsrelevante Daten über Organisationsgrenzen hinaus genutzt werden, gilt es nebst dem Datenschutz auch den dafür erforderlichen Kodex, den alle Organisationen mittragen müssen, zu definieren und durchzusetzen.
- Grundsätzliches zur Nutzung von betriebsübergreifenden IT-Instrumenten: Sicherstellung Datenschutz / Schutz vor Datenmissbrauch / Schutz vor falschen Daten etc. erscheint uns aus heutiger Sicht als beinahe unlösbare Aufgabe ...
- Arbeitgeber einbeziehen (namentlich bei Unfällen)



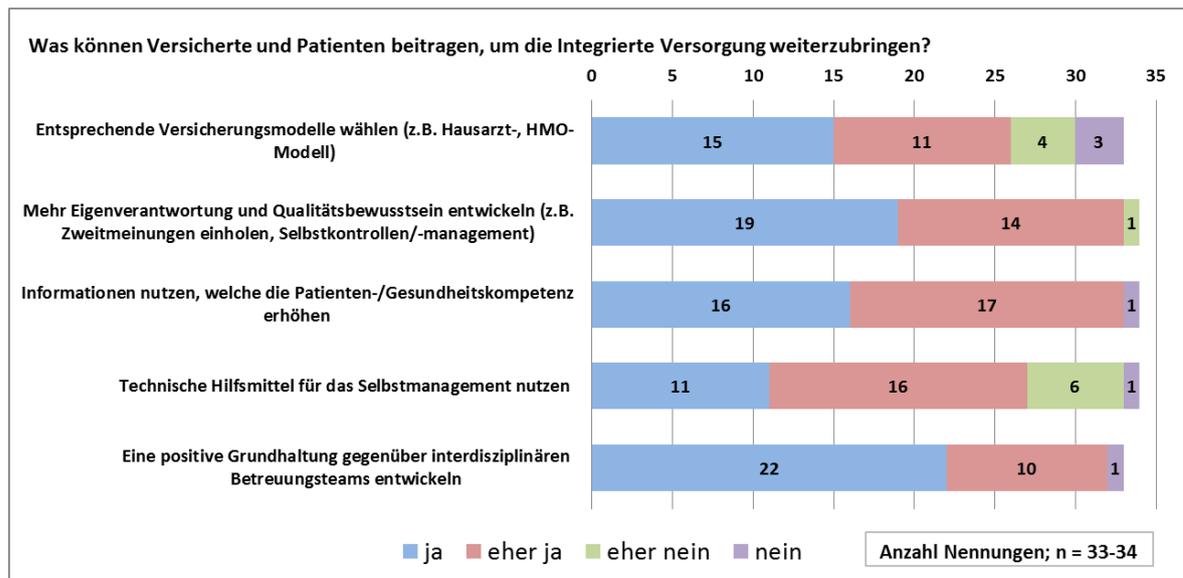
Bemerkungen der Antwortenden (Zusammenfassung):

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit bereits in den verschiedenen Grundausbildungen der Gesundheitsberufe verankern.
- Weiterbildungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit sollten sinnvollerweise durch mehrere gleiche Akteure (der Integrierten Versorgung) gemeinsam angeboten werden, so dass alle Betroffenen über das gleiche Wissen verfügen und die Angebote möglichst effizient und kostengünstig durchgeführt werden können.
- Im ganzen Prozess darf die Bedeutung des persönlichen Gespräches, auch bei den Betroffenen zu Hause, nicht unterschätzt werden.
- Heute wird im Gesundheitswesen um den Patienten gekämpft. «Wem gehört der Patient?» und «Wer fällt die relevanten Entscheidungen?» sind heute zentrale Fragen. Leider wird die Wertschätzung zwischen den Fachgebieten nicht immer gelebt.
- Der Patient hat heute die Möglichkeit, die Leistungserbringer «auszutricksen». Wenn der Patient mit seinem Laienwissen findet, es müsse ein CT gemacht werden, der Hausarzt dieses aber verneint, wird der Patient einen Spezialisten finden, der das CT macht und so dem Hausarzt «in den Rücken fällt».
- Die Information von einem Leistungserbringer zum anderen ist heute viel zu träge und zu lückenhaft.
- Pilotprojekte und IT-Instrumente sind teuer. Vor Inangriffnahme solcher Projekte oder Implementierung neuer IT-Instrumente gilt es, die Ziele klar zu definieren, die Rahmenbedingungen abzuklären (allenfalls in einem Vorprojekt) und die für die Projektarbeit erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen sorgfältig zu planen.
- Die finanziellen Kapazitäten für Pilotprojekte im grösseren Rahmen müssen von Bund, Kanton und Verbänden geleistet werden.



Bemerkungen der Antwortenden (Zusammenfassung):

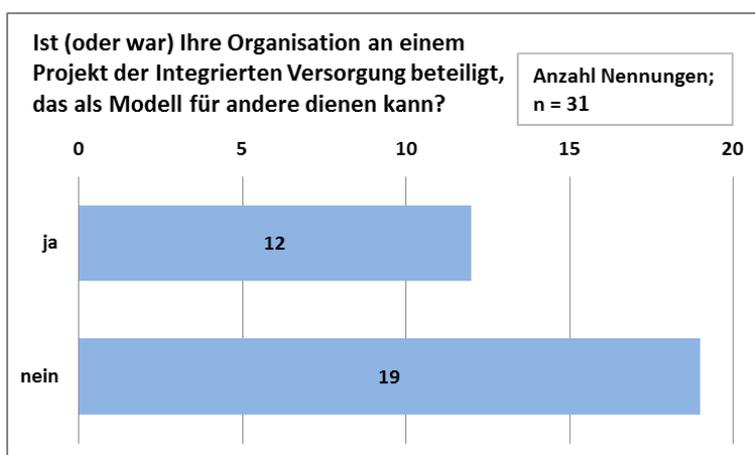
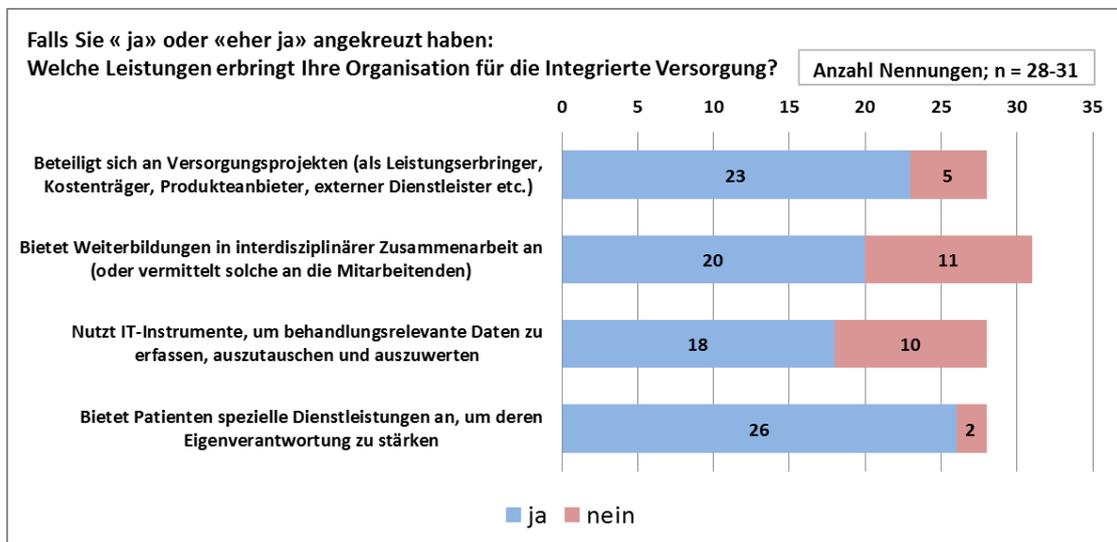
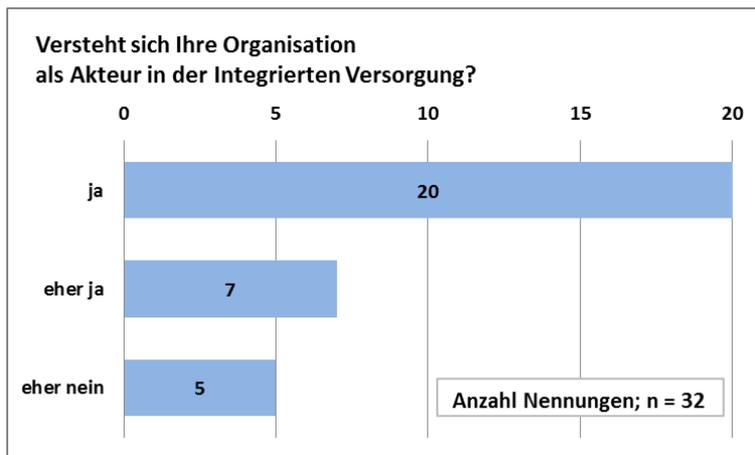
- Case Manager: Ja, aber besser nicht von den Versicherungen, weil diese in der real existierenden Praxis auf kurzfristige Kostenersparnisse fokussieren statt auf langfristige Stabilisierung bzw. Prävention, was zu einer nachhaltigen Effizienz führen würde.
- Auch die Versicherer müssen eine Kultur des Gemeinsamen entwickeln, d.h. Lösungen suchen zugunsten der Betroffenen.
- Strukturierte Betreuungsprogramme für einzelne Diagnosen müssen zwingend unter Einbezug der entsprechenden Leistungserbringer entwickelt werden. Nur diese haben das fachliche Knowhow, welche Angebote bei bestimmten Diagnosen wirksam sind. Die Betreuungsprogramme sollen auf der Evidenz aller Berufsgruppen sowie der Bedürfnisse der Klienten basieren.
- Case Manager nicht nur bei besonders komplexen Fällen anbieten, Gegenpool zu Case Manager der Kostenträger bilden.
- Hier ist es wichtig, dass auf Menschen, die weniger Möglichkeiten im Leben haben, Rücksicht genommen wird.
- Was ist der Anreiz für die Versicherer, neue Betreuungsprogramme oder Vergütungsmodelle zu entwickeln? Wir denken da an die bevorstehende Zunahme von alten, chronisch kranken Menschen und das Thema Demenz.
- Es sind ethische, soziale und politische Fragen zu klären, bevor entschieden wird, wie breit und wie tief Versicherer bei der Leistungserbringung involviert sind.



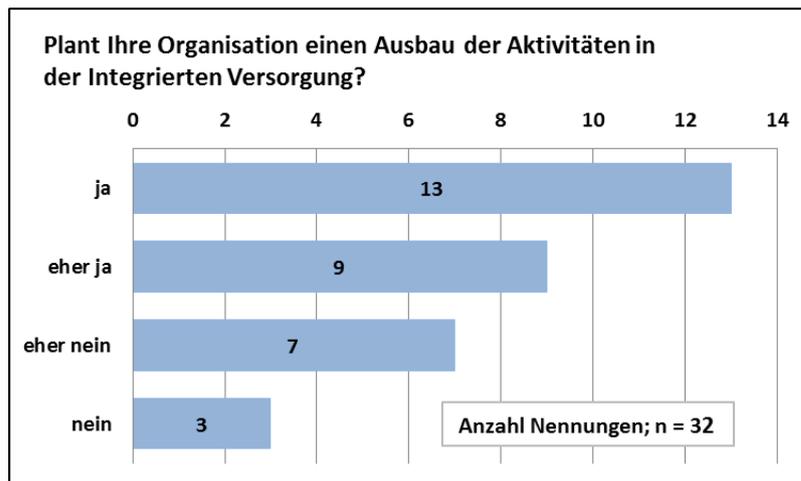
Bemerkungen der Antwortenden (Zusammenfassung):

- Vulnerable Personen können unter Umständen keine Selbstverantwortung mehr übernehmen (z.B. bei Demenz) → Gefahr der Diskriminierung und Überforderung.
- Auch hier gilt es wieder die Aufmerksamkeit auf Menschen zu richten, die nicht in der Lage sind, sei es aus kognitiven oder sozialen Gründen, Entscheidungen zu äussern. Hier ist es wichtig, eine gute Beratung und Begleitung einzurichten.
- Lebenskompetenz und Eigenverantwortung fordern und fördern sind wichtige Elemente in unserem Gesundheitssystem. Die Aussagen sind zu geschlossen auf das medizinische System ausgerichtet und berücksichtigen Früherkennung, Früherfassung und Prävention leider nur am Rande. Aus diesem Grunde müssten die oben stehenden Fragen überarbeitet und unter Berücksichtigung aller im Versorgungssystem Beteiligten neu gestellt werden. Zudem werden Menschen zu wenig berücksichtigt, die nicht oder kaum mehr über solche Ressourcen/Kompetenzen verfügen (z.B. Schwerstabhängige, Jugendliche, Demente).
- Paradigmenwechsel hin zur Salutogenese (Empowerment, Lernparadigma)
- Zwar können Versicherte und Patienten ihren Teil dazu beitragen, in der Praxis zeigt sich allerdings, dass die Mehrheit damit häufig noch überfordert ist, auch wenn sich ihre Rolle bereits merklich verändert hat.
- Nicht alles zum Nulltarif erwarten. Grenzen akzeptieren (Wunschdenken). Bereitschaft im präventiven Bereich, Leistungen auch selber zu bezahlen (z.B. Fitnessabonnement).
- Selbstmanagement ja, aber nicht dass es zur Hysterie führt (Cholesterin, ständige Blutdruckmessungen etc.) und wieder unnötige Abklärungen zur Folge hat.

3.2 Laufende und geplante Aktivitäten in der Integrierten Versorgung



Genauere Angaben zu solchen Projekten sind im Anhang zu finden.

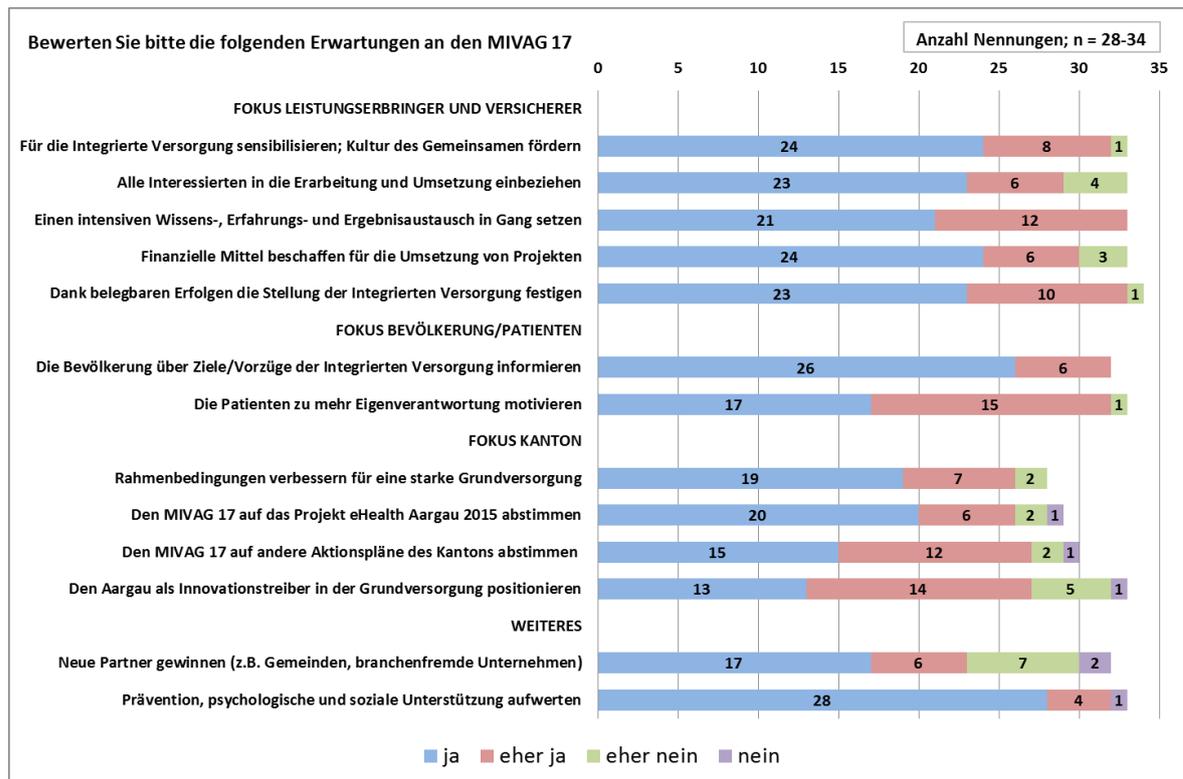


Falls Sie «ja» oder «eher ja» angekreuzt haben: Was sind die wichtigsten Voraussetzungen für den Ausbau?

Nennungen der Antwortenden (Zusammenfassung):

- Die Rahmenbedingungen (u.a. Anreize, Zusammenarbeitsmöglichkeiten, Interesse der Patienten) müssen gegeben sein.
- Sicherstellen der benötigten Qualifikationen und Weiterbildung für die Übernahme von neuen Rollen und Aufgaben.
- Verträge/Leistungsverträge zur Zusammenarbeit.
- Bestehende Strukturen benützen, Rad nicht neu erfinden.
- Bereitschaft aller Beteiligten, Zusammenarbeit zu definieren, Schnittstellen zu klären sowie den Datenaustausch zu gewährleisten.
- Weitere Stärkung der schulischen Integrationsangebote und Entwicklung der beruflichen Integration von Menschen mit Körperbehinderungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen.
- Gutes Verhältnis zwischen überschaubaren Initialkosten und Return on Investment.
- Wir würden uns gerne in Netzwerken anbieten, benötigen aber kostendeckende Tarife oder entsprechende finanzielle Ressourcen.
- Abbau von Hürden dank Hilfestellungen durch Versicherer, Gemeinden, Kanton und Bund.
- Sicherstellung der Finanzierung, z.B. im Bereich Tageskliniken.
- Finanzielle Beteiligung der Hauptnutznießer der Integrierten Versorgung (Versicherer, Kanton).

3.3 Erwartungen an den MIVAG 17



Bemerkungen der Antwortenden (Zusammenfassung):

- Das Modell der Integrierten Versorgung muss so gestaltet werden, dass finanzielle Anreize bestehen, wenn ein Akteur sich dabei engagiert.
- Thema Eigenverantwortung kann nicht bei jedem Klient gleich behandelt werden, z.B. bei schwer psychisch kranken Mensch/Suchtpatienten/Dementen ist die Förderung der Eigenverantwortung auf einem geringeren Level möglich. Eigenverantwortung kann eine Überforderung sein.
- Erwartung an den Kanton ist, dass dieser Rahmenbedingungen schafft und nicht operative Vorgaben macht.
- Den Kanton als Innovationstreiber in der Grundversicherung positionieren, tönt für mich nach Einheitskasse.

Was ist unbedingt zu beachten bei der Entwicklung und Umsetzung des MIVAG 17?

Nennungen der Antwortenden (Zusammenfassung):

- Nachhaltigkeit des Systems (Prävention, Empowerment, Salutogenese) → keine kurzfristigen Einsparungen, welche langfristig mehr Kosten erzeugen.
- Gesundheit als ganzheitliches Konzept wahrnehmen, zu dem auch Seele, soziale Situation etc. gehört.
- Erfolg hat nur, was einen Nutzen schafft (finanziell, qualitativ) und dem etwas bringt, der auch in Vorleistungen gehen muss.
- Klarheit in den Abläufen, Vereinfachung statt Verkomplizierung. Klare Zuständigkeiten.
- Aktive Mitarbeit der verschiedenen Berufsgruppen aus verschiedenen Bereichen bei der Entwicklung von neuen Versorgungsangeboten sicherstellen (nicht nur medizin- und ärztelastige Projektgruppen).
- Das Sicherstellen des Themas Wiedereingliederung und entsprechende Definition von Aufgaben und Rollen in der Integrierten Versorgung.
- Finanzierbarkeit der Angebote klären und sicherstellen (Kostenträger definieren).

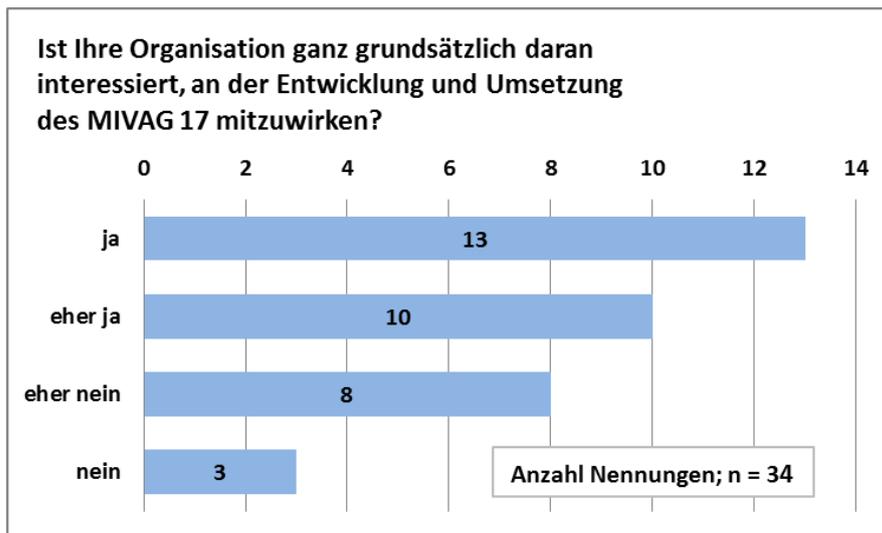
- Freiwilligkeit
- Gleichbehandlung der verschiedenen Leistungserbringer, aber auch der Versicherer und anderer Beteiligter.
- Die Förderung der Bildung bei allen beteiligten Berufsleuten.
- Fokussierung auf Probleme in der Anerkennung und Finanzierung der integrierten Angebote, z.B. Tageskliniken, Home Treatment, psychosoziale Angebote (wie Finanzplanung und Schuldensanierung). Wichtig: Ein wesentlicher Teil der Umsetzungsprobleme in der integrierten Versorgung gründet in der fehlenden finanziellen Basis, nicht beim fehlenden Willen der Leistungserbringer oder der fehlenden Motivation der Patientinnen und Patienten.
- Vermehrter Einbezug von Arbeitgebern und Taggeldversicherungen zur Förderung betriebsnaher Frühinterventionen.
- Förderung von Reintegrationsmassnahmen in Betrieben. Gezielte finanzielle Unterstützung oder Bevorzugung von Betrieben, die Prävention, Früherfassung und Reintegration fördern (analog der Regelung zur Unterstützung von Aus- und Weiterbildung).
- Angehörige als wesentliche integrationsfördernde Gruppe berücksichtigen und unterstützen.
- Komplexität nimmt zu → die verschiedenen Akteure müssen das Umfeld der andern Akteure einbeziehen, nicht mehr nur in ihren eigenen Berufsfeldern denken.
- Keine Dominanz der Ärzte- und Apothekerschaft.
- Flexibilität aller Parteien ohne standespolitische Reibereien.
- Nicht zu viel auf einmal umsetzen wollen → in kleinen erträglichen Schritten vorgehen.
- Je weniger Partner, desto schneller und zielgerichteter können Projekte initiiert werden (was nicht ausschliesst, dass Projekte in einer zweiten Phase multipliziert werden).
- Umsetzbare Projekte, keine Schubladenprojekte.
- Stärkerer Einbezug von Familien und sozialen Netzwerken bzw. ein systemischer Ansatz (z.B.: Welche Auswirkungen kann eine Erkrankung der Eltern auf die Kinder haben?).
- Rahmenbedingungen schaffen und nicht operative Vorgaben machen bzw. in die Planung der ambulanten Versorgung eingreifen.
- bottom up und nicht top down, Wettbewerb und nicht staatliche Planung.

Was ist unbedingt zu verhindern bei der Entwicklung und Umsetzung des MIVAG 17?

Nennungen der Antwortenden (Zusammenfassung):

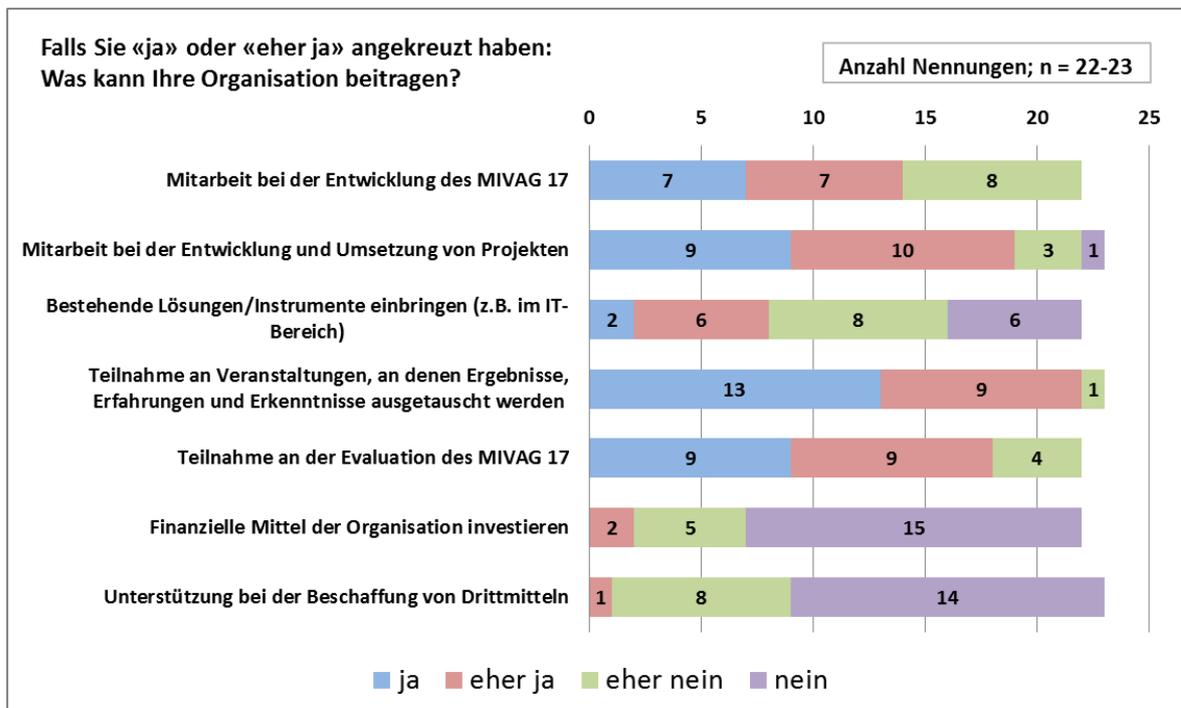
- Keine Papiertiger; keine theoretischen Konzepte, ausschliesslich Projekte.
- Dass die Kosteneffizienz über die sozialen, ethischen und salutogenen Werte gestellt wird.
- Kosteneinsparungen zulasten der Behandlungsqualität, noch mehr Spardruck!
- Machtkämpfe unter den Berufsgruppen; Festhalten an alten Strukturen.
- Dass die Entwicklungen nur auf die grossen Institutionen und ihre Bedürfnisse abgestimmt sind.
- Administrativer Mehraufwand, der keine wirklichen Vorteile bringt.
- Patientinnen/Patienten und Betroffenen nicht zu viel Eigenverantwortung übertragen, damit Überforderung verhindert werden kann.
- Primär bestehende Angebote transparent machen statt neue Angebote kreieren.
- Multipartite Projekte, bei denen sich die Teilnehmer gegenseitig hemmen, weil zu viele Interessen berücksichtigt werden müssen.
- Dass die eine Hand nicht weiss, was die andere macht.

3.4 Art und Umfang der Mitwirkung



Begründen Sie bitte, wenn Sie «eher nein» oder «nein» angekreuzt haben:

- Integrierte Versorgung erfolgt unserer Meinung nach bottom up und nicht top down. Für uns hat die Integrierte Versorgung einen grossen Stellenwert in unserer täglichen Arbeit. Unsere Erfahrung mit den Komplexpfaden sowie mit unseren Partnervereinbarungen zeigt, dass Integrierte Versorgung über bilaterale Vereinbarungen besser und schneller funktioniert als über hoheitliche oder multipartite Konstrukte. Aus diesem Grund streben wir bei der Integrierten Versorgung weiterhin die direkte Zusammenarbeit mit unseren wichtigsten Partnern an und versuchen so, unseren Beitrag an eine Optimierung der Gesundheitsversorgung zu leisten.
- Die personellen Kapazitäten sind begrenzt.



4. Die Ergebnisse aus den Gesprächen

4.1 Erwartungen an den MIVAG bzw. den Kanton (Zusammenfassung)

Kanton (+ Gemeinden)

- (Ein)fördern und fördern (mit guten Rahmenbedingungen und Geld, z.B. für Anschubfinanzierungen); Anreize schaffen für Deregulierung (wider die Formularflut!)
- Nicht ins Operative eingreifen; kein Dirigismus (erst verstehen, dann entscheiden)
- Rahmenbedingungen verbessern (z.B. für den Datenverkehr, juristische Formen/Auflagen für die Leistungserbringung)
- Grosszügige(re) KVG-Auslegung (siehe BS/BL)
- Bottom-up-Ansatz immer wieder betonen, andererseits einen gewissen Druck aufbauen
- Versorgungsbedürfnisse erfassen und – falls nötig – Versorgungsplanung anpassen
- Achtung: Gesundheitspolitik ist (leider) Spitalpolitik
- Zu wenig Betten für chronisch Kranke im Aargau
- Leistungsaufträge überprüfen und den neusten Gegebenheiten anpassen (Integration!)
- Leistungsaufträge weiter fassen (nicht auf eine Leistung/Diagnose fokussiert); gilt vor allem für Institutionen mit chronisch Kranken/Multimorbiden
- Finanzierer (Versicherer, Gemeinden) früh einbeziehen
- Gemeinden von Beginn weg einbinden und ihre Rolle klären (seit der neuen Spitalfinanzierung haben sie grösseres Interesse, dass die Patienten im Spital bleiben → kommt sie billiger als die Langzeitpflege, die sie mitzahlen)
- Mögliche Kosteneinsparungen dürfen nicht zu Tarifsenkungen führen → Art. 59c KVV streichen
- Unterstützung bei Verhandlungen mit Software-Firmen (Kanton am Verhandlungstisch schafft mehr Gewicht)
- Mehr überkantonale Perspektive

Projekte

- Diskussion über erwünschte und unerwünschte Wirkungen der Integrierten Versorgung führen
- Ganze Versorgungskette betrachten → Übergänge besser organisieren (Guidelines, Behandlungspfade, Versorgungsmodelle/-konzepte)
- Aufzeigen, was es schon gibt (visualisieren!) – und was man weiter entwickeln kann
- Steine ins Wasser werfen und Wellen auslösen → dann Multiplikation (Transparenz als Grundlage für Multiplikation)
- Ein Vorzeigeprojekt zur Multiplikation nutzen (wobei die Bereitschaft zur Multiplikation personen- und kapazitätsabhängig ist)
- Den Rahmen/das Spielfeld abstecken: Welche Elemente gehören zur Integrierten Versorgung? Welches sind die grössten Ineffizienzen? (ev. über Versicherer herausfinden)
- System der kleinen Schritte → immer den Nutzen im Fokus haben → Best Practice
- Umsetzung so lokal wie möglich

Leistungserbringer

- Keine Konflikte zwischen professionellen und gemeinnützigen Leistungserbringern
- Klare Ziele/Meilensteine formulieren + Priorisierung der Partner/Projekte
- Bremser ausbremsen
- Den Fokus auf die Leistungserbringer richten, nicht die Versicherer (sind vor allem auf Selektion aus)
- Gegenseitiges Vertrauen fördern (Gesundheitswesen = People Business)
- Rolle der Hausärzte überprüfen
- Partner, nicht Parteien

4.2 Handlungsbedarf (Zusammenfassung)

Versorgung

- Versorgungslücke zwischen Akut und Reha: zu gesund für akut, zu krank für Reha (z.B. zu viele Schmerzen, nicht verheilte Wunden) → Problem: getrennte Systeme, getrennte Finanzierung/Anreize
- Spitaleintritt (Übertrittsmanagement): Triage/Notfallorganisation/Beratung muss in ärztlicher Hand bleiben (nicht durch Kanton), zusammen mit Call Center/Versicherer
- Flächendeckendes Notarztsystem mit Call Center (Medgate/Medi24)
- Spitaleintritt/-austritt (namentlich Zusammenarbeit mit Hausärzten)
- Spitalaustritt: Zusammenarbeit Spital-Hausarzt-Spitex; Überbrückungspflege
- Betreuung von Dual Diagnosis Patienten (einerseits Somatik, andererseits Psychiatrie; in diese Kategorie gehören auch viele chronisch Kranke)
- Zentrale Anlaufstelle für Kinder/Jugendliche & Erwachsene, die psychiatrisch behandelt werden müssen
- Palliative Care (unter Einbezug der Gemeinden; ambulant vor stationär; flying nurses)
- Akutgeriatrie (unter Einbezug der Gemeinden)
- Wundversorgung zu Hause (bleiben heute zu lange im Spital, weil Anschluss fehlt; zudem sind viele Betroffene immobil, sollten also zu Hause betreut werden)
- Komplexe Therapien, z.B. HIV
- Medikamenten-Management

Leistungserbringer:

- Kompetenzabgrenzungen/klarere Zuständigkeiten: wer macht was?
- Ausbildung: die richtigen Leute mit den richtigen Fähigkeiten

Vergütung:

- Geriatrie-Pfad/Stroke-Pfad: neue Vergütungsmodelle (Komplexpauschalen)
- Bessere Vergütungsmodelle: wer zahlt Investitionen für Innovationen?
- DRG-Abrechnung für Palliative Care ist ungünstig; Tagespauschale war angedacht, wurde aber nie umgesetzt

Administration:

- Kostengutsprache: reines Sicherungsinstrument, das nichts über die Indikationsqualität aussagt → braucht es überhaupt eine KoGu? (häufig zu lange Wartezeiten)
- Kostengutsprache = echtes Problem: 18% der Patienten brauchen eine Nachsorge, die eine KoGu verlangt; aber Desinteresse der Versicherer, da sie nicht zahlen müssen, wenn der Patient zu lange im Spital liegt → neue Anreize, von denen Spital und Versicherer (inkl. Vertrauensarzt) etwas haben, wenn die KoGu umgehend kommt
- Weniger Administration/Vorgaben/Auflagen: Ist wirklich alles nötig? (beim Kanton wie bei den Versicherern) Was wird mit den Daten/Formularen gemacht? Zusatzproblem bei den Versicherern: zu viele Ansprechpersonen
- eHealth/Datenverkehr: einheitliche Standards, Vorgabe von Minimaldatensätzen für Spitäler (Was muss das Spital wissen/liefern?), standardisierte Überweisungsformulare, standardisierte Austrittsberichte, standardisiertes Arbeitsunfähigkeitszeugnis
- Administrative Zentralisierung der Spitex (z.B. einheitliches Überweisungsformular)

5. Ergebnisse aus dem Round Table im DGS (Zusammenfassung)

Grösste Hindernisse zur (weiteren) Ausbreitung der integrierten Versorgung:

- Krankheitsorientierung
- Die Angst, dass einem Teil der Menschen etwas von oben herab «aufgepfropft» wird
- Die Angst der Ärzteschaft vor Befehlen und Vorschriften durch den Staat
- Das Finanzierungssystem ist nicht durchgehend und die Motivation ist je nach Zahler verschieden
- Die Delegation von Leistungen wird nicht wahrgenommen, da Vergütungspositionen fehlen

Erwartungen an den MIVAG17:

- Informationen gezielt absetzen; Informationslawinen vermeiden; Vokabular verwenden, das die Leute verstehen und mit Beispielen arbeiten
- Den Menschen ins Zentrum stellen, nicht seine Krankheit
- Vorschriften vermeiden
- Ärzteschaft muss dahinter stehen können
- Gute Absprachen innerhalb des Departements; laufende Projekte einbeziehen
- Die Ziele müssen klar definiert sein
- Mitarbeit aller Beteiligten und Inputs zu den Fragen: Was kann getan werden im Hinblick auf die Politik? Welche Verordnungen gibt es? Wo bestehen niederschwellige Möglichkeiten?

Handlungsbedarf:

- Problembereich Infekte: zu rascher/häufiger Antibiotika-Einsatz
- Thema Alter: pflegende Angehörige, Informationspool für Ärzte (ambulante Dienste und zentrale Angebotserfassung), Anlauf- und Beratungsstellen, altersgerechte Gesundheitsversorgung, Geriatrie-Konzept
- Einbezug der Gemeinden in die Projekte; Bemühungen von Gemeinden (z.B. Gesundheitshaus) wertschätzen und fördern
- Zusammenarbeit mit den Spitälern zur Befähigung und Unterstützung chronisch Kranker
- Flächendeckendes Medikamenten-Management diskutieren

Angang: Projekte (die mit dem schriftlichen Fragebogen gemeldet wurden)

Wer	Was	Stichworte	Unterlagen
Alzheimer-Vereinigung	Zugehende Beratung für Familien mit Demenz	Umfassende Beratung und Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen; Koordination der Hilfe, Betreuung und Pflege; Hilfe zur Selbsthilfe	2 Zwischenberichte zum Pilot-Projekt auf http://alz.ch/ag
Spital Muri	Elektronischer Datenaustausch mit Zuweisern	Zuweisungen werden direkt aus der elektronischen Praxissoftware des Hausarztes oder Praxisspezialisten an unser System gesandt. Ebenso werden Berichte von uns (z.B. Austritt) direkt ins System des Hausarztes gespielt; Plattform von H-Net	
	Ärztliche Zusammenarbeit zwischen PflegiMuri und Spital Muri nach klar definierten Standards	Klares Eintritts- und Austritts-Prozedere der Patienten; klarer Informationsfluss von Patientendaten zwischen Pflegi und Spital	Konzepte der Ärzteschaft
Spitex Region Brugg	Standardisierung von Berichten	Projekt des KSB mit Hausärzten, Kliniken und Spitex-Organisationen der Region	Einheitliche Vorlagen für Übergaberapporte
	Ausbildungsverbund Gesundheitszentrum Brugg	Süessbach, Med. Zentrum, Hospiz Aargau und die Spitex Region Brugg AG haben ab Sommer 2014 einen Ausbildungsverbund für FaGe und dipl. Pflegefachpersonen	Operativer Start Sommer 2014, Aktuell liegt der Kooperationsvertrag vor.
	Integrierte Versorgung psychiatrischer Patienten	Modellprojekte Integrierte Versorgung mit PDAG, niedergelassenen Psychiatern und Spitex: stationäre, teilstationäre, ambulante, mobile Betreuung	Projekt in Planung
Hospiz Aargau	Das Hospiz ist per se ein Modell Integrierter Versorgung	Interdisziplinarität, Freiwilligenarbeit, Kommunikation, Unterstützung bei Entscheidungsprozessen, Einbezug des Umfeldes, Seelsorge auf Wunsch	Ausgedehnte Literatur über Palliative Care
Klinik Schützen	Kooperationsvertrag mit Argomed	Regelt die Kommunikation zwischen Klinik und Hausärzten vor und nach einer Hospitalisation	Vertrag
	Forum für Angehörige	Wöchentliches Forum für Angehörige von stationären Patienten, um die Angehörigen sowie den Transfer von Therapie-Fortschritten im stationären Bereich in den ambulanten Bereich zu unterstützen	Flyer

	Psychotherapeutische Tagesklinik	Aufbau in den letzten 8 Jahren, ermöglicht intensive tagesklinische psychotherapeutische Behandlung ohne Hospitalisierung	Flyer
Reha Rheinfelden	Rheinfelder Patientenmanagement Modell	Patientenmanager begleiten die Patienten durch den ganzen Rehaprozess	Ausgezeichnet mit dem Swiss Quality Award
	Rehavisiten durch die Reha Rheinfelden im KSA und GZF	Schnittstellenmanagement für Verlegungen, Beurteilung von Rehafähigkeit und Rehapotential	
	Parkinsonzentrum Rheinfelden-Basel	Kooperation mit dem USB für die Versorgung von Parkinson-Patienten	
aarReha	Komplexpfade	Prozessuale und tarifliche Verknüpfung von Akut und Reha	Verträge
	Ärzt Netzwerk Geriatrie Aargau	Abstimmung von (Triage-) Instrumenten im Bereich Geriatrie zwischen Akut, Reha und Langzeitpflege	div. Dokumente
	Partnervereinbarungen	Regelung von Prozessen zwischen Akut und Reha	Verträge
Spitex-Verband	Übertrittsmanagement KSA und KSB		
Barmelweid	eHealth-Projekt eGo Akut-Reha	Überweisungsprozess Akutspital-Rehaklinik	Projektschlussbericht Phase 1
Suchthilfe	Differenzierung ambulante Suchtberatung	Projektziel: Rasche Umsetzung der Variante «Differenzierung» mit verbindlicher Zusammenarbeit von ambulanter Suchtberatung und psychiatrischen Diensten. Die prozessorientierte Fallsteuerung soll ab 2014 integraler Bestandteil der Rahmenverträge werden.	Schlussbericht der Konzeptgruppe