

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**

Generalsekretariat

Fachstelle Masterplan Integrierte Versorgung Aargau

3. Dezember 2015

**MIVAG: Zusammenfassung der 4. Sitzung des Koordinationsausschusses
vom Mittwoch, 18. November 2015, 13.30 bis 16.30 Uhr**

Anwesend:

Daniel Bieri	Vorsitz Geschäftsleitung Privat-Klinik im Park/Vaka-Sparte Reha
Wolfgang Czerwenka	Medizinischer Leiter/VR Argomed
Maja Fabich	Präsidentin Aargauischer Drogistenverband
Urs Hepp	Chefarzt PDAG/Vaka-Sparte Psychiatrie
Urs Humbel	Präsident Aargauischer Apothekerverband
Beat Huwiler	Geschäftsführer Vaka
Hans Jürg Neuenschwander	Geschäftsführer ags
Esther Warnett	OdA GSAG
René Haiss (statt Barbara Reutlinger)	KSA
Raymond Tellenbach	Gemeindeamman Bremgarten, Vorstand GAV AG
Beat Waldmeier	Geschäftsführer Pro Senectute Aargau
Luca Emmanuele	Leiter Integrierte Versorgung CSS
Hans-Ulrich Iselin	Präsident Aargauischer Ärzteverband
Nora Rupp (statt Lorenz Moser)	physioswiss Aargau
Doris Fischer-Taeschler	Vizepräsidentin Geliko, Geschäftsführerin SDG
Edith Saner	Grossrätin, Vertreterin Regionalplanungsverbände Kt. Aargau
Thomas Wernli	Direktor pflegimuri/Vaka-Sparte Pflegeinstitutionen

Entschuldigt:

Roland Koller	Bereichsleiter Behandlungssteuerung Concordia
Max Moor	Geschäftsleitung Spitex Verband Aargau
Adrian Schmitter	CEO KSB
Anneliese Seiler	CEO Gesundheitszentrum Fricktal/Vaka-Sparte Akutspitäler
John Steggerda	Geschäftsleiter Pro Infirmis Aargau-Solothurn

1. Zusammenfassung der Sitzung vom 27. Mai 2015

keine Bemerkungen

2. Aktivitäten Vernetztes Gesundheitswesen Aargau

Urs Zanoni erläutert einleitend die Verbindung von Integrierter Versorgung und eHealth:

- Der Koordinationsausschuss hat an der Sitzung vom 27. Mai die Haltung unterstützt, dass Integrierte Versorgung und eHealth Hand in Hand entwickelt werden müssen. Deshalb war auch der Vernetzungsanlass am 24. September dieser Verbindung gewidmet.
- Wichtig: eHealth geht weit über das elektronische Patientendossier (ePD) hinaus; das ePD ist primär Sache der Vereine eHealth Aargau und Stammgemeinschaft eHealth Aargau. Der Koordinationsausschuss soll aber die Entwicklungen beim ePD kennen – zumal für stationäre Einrichtungen die Mitgliedschaft in einer (Stamm-)Gemeinschaft verpflichtend ist.
- Folglich ist es möglich, dass der Koordinationsausschuss über einzelne Anwendungsfälle für das ePD spricht, zum Beispiel das Impfdossier, die ePatientenverfügung oder den eMedikationsplan (und allfällige Konsequenzen daraus für die physische Zusammenarbeit zwischen Leitungserbringern). Der Koordinationsausschuss wird aber nicht über technische Aspekte des ePD sprechen wie Master Patient Index (MPI), Health Professional Index (HPI) oder Health Organization Index (HOI), ebenso wenig über Metadaten oder Austauschformate.

Die laufenden Aktivitäten im Vernetzten Gesundheitswesen Aargau sind ab Seite 5 zusammengestellt (Folien 3 bis 13).

3. Innovationen in der Integrierten Versorgung – Betreuungsmodelle, Verträge, Vergütungen

Prof. Dr. oec. Bernhard Güntert ist 2014 Leiter Innovation bei «Curafutura, die innovativen Krankenversicherer» (CSS, Helsana, KPT, Sanitas; ca. 45 Prozent Marktanteil schweizweit und im Aargau).

Der gebürtige Aargauer (aufgewachsen in Küttigen) war von 1985 bis 1992 Mitarbeiter und Leiter des Interdisziplinären Forschungszentrums für Gesundheit (IFZ) in St.Gallen. 1992 bis 1995 war er hauptamtlicher Dozent und operativer Leiter der Forschungsgruppe für Management im Gesundheitswesen sowie Vertreter des Lehrstuhls für Verwaltungswissenschaften an der Universität St.Gallen.

Im Jahr 1995 wechselte er als Professor für Management im Gesundheitswesen an die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, die er von 1998 bis 2000 als Dekan leitete. 2004 bis 2013 war Bernhard Güntert ordentlicher Professor und Vorstand des Instituts für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen (IMÖG) an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) in Hall/Tirol.

Die Präsentation von Bernhard Güntert ist ab Seite 10 nachzulesen, daran angefügt ein kurzer Text zum Thema.

4. Handlungsschwerpunkte 2016

Die geplanten Handlungsschwerpunkte 2016 sind ab Seite 8 zusammengestellt (Folien 17 bis 20). Bemerkungen dazu:

Folie 17 zeigt die Projektskizzen, die zwischen April und August 2014 in sieben Arbeitsgruppen entwickelt und an der Ergebniskonferenz vom 14. September 2014 priorisiert wurden: Das Angebotsportal ist in Überarbeitung (Relaunch April 2016); die Patientenkoordination ist in Arbeit (Austrittsgespräch im Spital mit ambulanten Leistungserbringern, Beratung des Projektes PABS Baden Regio); zum Behandlungspfad Akut-Reha startete am 1. November ein Projekt; Urs Zanoni ist Mitglied einer Arbeitsgruppe für den [elektronischen Medikationsplan](#). Das Thema "Delegation und Kooperation" (Rang 5) ist eng an den Medikationsplan (und das eRezept) gekoppelt; die psychiatrische Notfallversorgung im Kanton Aargau (Rang 6) ist geklärt; das Arbeitscoaching von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Rang 7) wird von Urs Hepp und Urs Zanoni aufgenommen.

Folie 18 zeigt die Priorisierung der Empfehlungen, die während April und Oktober 2014 zusammengekommen sind und der Koordinationsausschuss priorisiert hat. Auch hier sind die Themen mit den meisten Nennungen umgesetzt oder in Arbeit.

Folie 19:

- NFP 74, Gesundheitsversorgung: Projektskizzen sind bis am 18. Januar 2016 einzureichen (maximal 6 Seiten). Interessenten melden sich bitte bei Urs Zaroni. In jedem Fall sind ein oder mehrere Forschungspartner nötig.
- Start eines regionalen, populationsorientierten Versorgungsmodells: Urs Zaroni bearbeitet das Thema weiter. Geplant ist ein Anlass für Leistungserbringer, Versicherer und Regionalplanungsverbände, an dem bestehende Beispiele gezeigt werden und Interessenten die eigenen Vorstellungen einer solchen Versorgung darlegen können.
- Multiplikation von Best-Practice-Ansätzen: Der Koordinationsausschuss präferiert eine Veranstaltung ("Messe"), an der die Ansätze/Projekte präsentiert und diskutiert werden. Urs Zaroni erarbeitet einen Vorschlag für eine solche Veranstaltung.
- Vergütung des Austrittsgesprächs im Spital mit der Spitex: Die Diskussion liefert folgende Erkenntnisse:
 - Solche Austrittsgespräche lassen Effizienzgewinne erwarten; folglich sollten die Gespräche in die Managed-Care-Verträge von Ärzte-/Versorgungsnetzen aufgenommen werden.
 - Versicherer könnten interessiert sein, solche Austrittsgespräche zu vergüten, wenn sie bei Bedarf ihr Case Management einbringen können.
 - Damit Zeit und Kosten für die Hin- und Rückfahrt entfallen, könnten die Gespräche per Skype erfolgen.
 - Im Sinne der Integrierten Versorgung sollten neben der Spitex alle ambulanten Leistungserbringer anwesend sein, die anschliessend beteiligt sind (z.B. Hausarzt, Apotheker, Physiotherapie).

Urs Zaroni wird das Thema weiter bearbeiten.

- Befähigung von Versicherten und Patienten (Stärkung der Gesundheits-/Patientenkompetenz): Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2015 nennt explizit Befähigungsziele. Andererseits ist die Stärkung der Patientenperspektive eine wichtige Voraussetzung, um die Versorgungspartner besser zu vernetzen. Folglich sind Massnahmen zur Befähigung der Versicherten und Patienten angezeigt, namentlich mit Blick auf das elektronische Patientendossier. Das DGS plant verschiedene Aktivitäten dazu.

Folie 20:

- Ärztliche Betreuung in Pflegeheimen: Urs Zaroni steht gerne beratend zur Verfügung.
- Beratung von Organisationen und Einzelpersonen: Urs Zaroni steht jederzeit unterstützend zur Verfügung.
- Standard-Schnittstellen für alle (ambulanten) Leistungserbringer, um das ePD anwenden zu können (in Abstimmung mit eCOM/eHAG/SteHAG): Bei Fragen bitte an Urs Zaroni wenden; er vermittelt dann die jeweilige Fachperson.
- Studienreise: Es wird als wünschenswert erachtet, bei ausgewählten Projekten oder Versorgungsmodellen vor Ort einen Augenschein zu nehmen. Falls die Anreise mehrere Stunden benötigt (z.B. Unterengadin, Genf), ist zu prüfen, ob Vertreter des Projektes/Versorgungsmodells in den Aargau eingeladen werden sollen.
- Abschlussarbeiten (z.B. Bachelor, Master): Urs Zaroni ist an Arbeiten interessiert, die einen Beitrag zur besseren Vernetzung der Versorgungspartner leisten, zum Beispiel in Form eines Projekts. Das können Arbeiten sein, die bereits geschrieben (und genehmigt) sind; andererseits Arbeiten, die geschrieben werden müssen.

5. Varia

Nächste Sitzungen des Koordinationsausschusses:

- **Mittwoch, 6. April 2016, 13.30 bis 16.30 Uhr**
- **Mittwoch, 24. August 2016, 13.30 bis 16.30**
- **Mittwoch, 23. November 2015, 13.30 bis 16.30 Uhr**

Am **1. Februar 2016** findet die dritte Nationale Konferenz zur bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020 statt. Erste Informationen dazu finden Sie [hier](#).

Das Programm eHealth Aargau 2015 hat den Excellence Publique 2015 der Schweizerischen Gesellschaft für Verwaltungswissenschaften in der Kategorie "Kooperationen und Fusionen" gewonnen.

Zusammenfassung: Urs Zaroni, Leiter MIVAG / Programm eHealth Aargau



 KANTON AARGAU

 Menschen machen Zukunft

 DEPARTEMENT

 GESUNDHEIT UND SOZIALES



**Besser vernetzt –
mehr Gesundheit für alle**

MIVAG-Koordinationsausschuss, 18. November 2015

DEPARTEMENT GESUNDHEIT UND SOZIALES

Besser vernetzt –
mehr Gesundheit für alle

Programm

13.35	Aktivitäten Vernetztes Gesundheitswesen Aargau
14.00	Fokus: Innovationen in der Integrierten Versorgung – Betreuungsmodelle, Verträge, Vergütungen
15.00	Pause
15.30	Handlungsschwerpunkte 2016
16.20	Varia
16.30	Ende der Sitzung

DEPARTEMENT GESUNDHEIT UND SOZIALES

 MIVAG-Koordinationsausschuss, 18. November 2015 2

Besser vernetzt –
mehr Gesundheit für alle

2. Aktivitäten Vernetztes Gesundheitswesen Aargau

Vernetzungsanlass am 24. September 2015

- 130 Teilnehmer
- Ergebnisse: Erfolgsfaktoren für die Vernetzung, Online-Umfrage zu eHealth/ePD, Chancen/Risiken ePD (siehe MIVAG-Website)

Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2025, Strategie 1
 «Alle Partner im Aargauer Gesundheitswesen (Leistungserbringer, Kostenträger, Versicherte/Patienten) sind mit-einander vernetzt und die Behandlungs- und Betreuungs-prozesse integriert. Zur Gestaltung und Unterstützung dieser Prozesse werden gezielt elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt.» → Folie 4

SAEZ-Artikel «Keine Integrierte Versorgung ohne eHealth – und umgekehrt» (siehe MIVAG-Website)

Website www.ag.ch/dgs (> Über uns > Dossiers & Projekte)

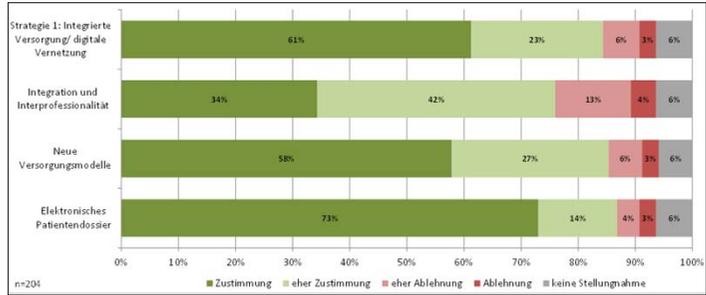
- Laufende Dokumentation der Aktivitäten/Ergebnisse
- Projektlandkarten: Aufbau und Aktualisierung im ersten Quartal 2016

DEPARTEMENT GESUNDHEIT UND SOZIALES

 MIVAG-Koordinationsausschuss, 18. November 2015 3

Besser vernetzt –
mehr Gesundheit für alle

GGpl 2025, Strategie 1: Ergebnis der Anhörung



Kategorie	Zustimmung	eher Zustimmung	eher Ablehnung	Ablehnung	keine Stellungnahme
Strategie 1: Integrierte Versorgung/ digitale Vernetzung	61%	23%	6%	3%	6%
Integration und Interprofessionalität	34%	42%	13%	4%	6%
Neue Versorgungsmodelle	58%	27%	6%	3%	6%
Elektronisches Patientendossier	73%	14%	4%	3%	6%

n=201

DEPARTEMENT GESUNDHEIT UND SOZIALES

 MIVAG-Koordinationsausschuss, 18. November 2015 4

Angebotsportal/-verzeichnis

- Optimierung des bestehenden Verzeichnisses auf www.aq.ch/alter durch den automatischen Datenabgleich mit infosenioren.ch (ca. 1500 Angebote aus dem Aargau und schweizweit; ab April 2016)
- Leistungsvereinbarung mit Pro Senectute Aargau für die künftige Bewirtschaftung des Portals
- Möglicher Ausbauschnitt: ergänzt mit Angeboten ausserhalb des Alters, zum Beispiel für (Klein-)Kinder und ihre Eltern oder für Migrantinnen und Migranten

Patientenpfad Akut-Reha (inkl. Vereinfachung KoGu-Prozess)

- In der Verantwortung der entsprechenden Vaka-Spartenvorständen
- Pilotprojekt vom 01.11.2015 - 30.06.2017
- Vertragspartner: Kantonsspital Baden, aarReha, RehaClinic, Klinik Barmelweid; CSS
- Kostengutsprache: Erfüllt ein Patient die Einschlusskriterien, wird die KoGu stillschweigend erteilt.

Patientenkoordination/Austrittsgespräch im Spital mit Spitex

- verrechenbare Leistung am (Eintritts- und) Austrittstag
- Und vor dem Austrittstag? → SwissDRG + Versicherer: in der DRG enthalten; Spitäler: *nicht* in der DRG enthalten
- **Zu prüfen:** Projekt mit Einschlusskriterien, Spitätern, Spitex-Organisationen, Gemeinden, Versicherern, 500 Patienten, 2 Jahre

Projekt Optima (KSA und Partner)

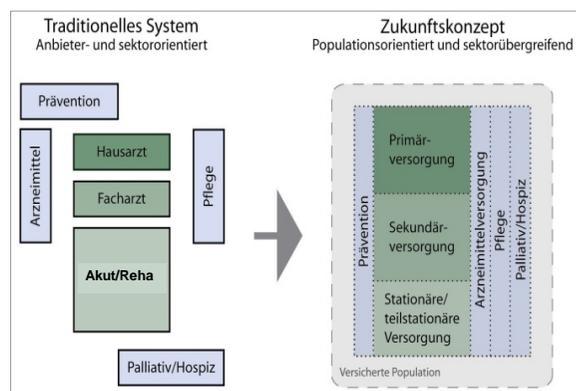
- Laufende Weiterentwicklung
- Gewünscht: Versorgungsforschung, Verbreitung von Arbeitsinstrumenten

Aufbau eines regionalen, populationsorientierten Versorgungsmodells

- Konzept/Projektbeschreibung → **Folien 7/8**
- Juristische Expertise (Vereinbarkeit mit den rechtlichen Grundlagen auf nationaler und kantonaler Ebene)

Beratung (Organisationen, Einzelpersonen)

z.B. aufsuchende Beratung Demenz, Patientenkoordination (PABS), Medikationsplan (Dissertation), Koordination Palliative Care (Master-Arbeit)

Sektorale und populationsorientierte Versorgung im Vergleich**Vision einer regionalen, populationsorientierten Versorgung**

- eine Trägerschaft mit den wichtigsten Leistungserbringern, die sich auf gemeinsame Ziele und verbindliche Kooperationen verpflichten
- eine Versorgung, die auch Gesunde und Risikogruppen einbezieht (mehr Selbstsorge dank mehr Eigenverantwortung)
- eine Versorgung, die auch das Soziale (inkl. Gemeinden) einbezieht
- Verträge mit Versicherern, die es der Trägerschaft ermöglichen, qualitäts- oder Performance-orientierte Zuschüsse zu verdienen sowie an Einsparungen zu partizipieren

Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten

Im Fokus: Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, muskuloskeletale Erkrankungen; Konsultation bis Ende September 2015; Entscheid Bundesrat erste Hälfte 2016; weitere Informationen: www.bag.admin.ch/ncd

Förderprogramm Interprofessionalität des Bundes

Mehrere Mio. Fr.; Konzept bis Ende 2015; Information, sobald Projekte eingegeben werden können

Nationales Forschungsprogramm 74 «Gesundheitsversorgung»

- 20 Mio. Fr. über 5 Jahre; Eingaben über www.nfp74.ch
- Ziel: mindestens eine Eingabe aus dem Aargau

GELIKO-Studie «Gesundheitsligen in der Schweiz: Aufgaben, Rolle und Perspektiven»

- Systematischer Einbezug der Gesundheitsligen (Information, Prävention, psychosoziale Beratung, Schulung von Patienten und Angehörigen in Krankheitsbewältigung und Alltagsgestaltung)
- Weitere Informationen zum 1. GELIKO-Symposium und zur Studie: www.geliko.ch/de/veranstaltungen/symposium-vom-13-11-2015

Verein eHealth Aargau

- Zweck: allen Leistungserbringern und Bewohnern im Aargau die Anwendung des elektronischen Patientendossiers (ePD) ermöglichen
- offen für alle; mittlerweile über 200 Mitglieder; 2. Vereinsversammlung am 26. November 2015
- Weitere Informationen: www.ehealth-aargau.ch

Verein Stammgemeinschaft eHealth Aargau

- Gründung am 26. November 2015; nur für Leistungserbringer
- Zweck: Aufbau und Betrieb einer Stammgemeinschaft im Aargau gemäss Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (gestützt auf einen Leistungsauftrag des Kantons und finanziert mit dem Beitrag, den der Grosse Rat am 23. Juni 2015 genehmigte)
- Aufbau einer gemeinsamen Geschäftsstelle mit dem Verein eHealth Aargau im Verlauf 2016
- **In Klärung:** Status von Leistungserbringer-Organisationen (namentlich ambulante: Spitex-Organisationen, Gesundheitsligen, Aargauischer Ärzteverband, Aargauischer Apothekerverband)

eHealth-Handlungsschwerpunkte des Kantons 2016ff

- Digitale Vernetzung der Akteure: Rahmenbedingungen (Datenschutz, Investitionssicherheit, Förderung der elektronischen Dokumentation), Abstimmung mit eHealth Suisse, Verwendung von kantonseigenen Datenbanken (Tutoris, Geres), Beratung
- Befähigung Versicherten/Patienten für die Nutzung des ePD
- Kommunikation zum ePD

Kommunikationsplattform eCOM von KSA und KSB

- Start der elektronischen Zuweisungen am 26. August 2015
- Schulung von Pilotpraxen durch Argomed
- Schulungspaket fit4eCOM für Praxen
- Pilotprojektverordnung für automatisiertes Abrufverfahren in Arbeit
- Ausbau- und anschlussfähig für weitere Leistungserbringer

Standardisierte Formulare/Berichte (mehrere Partner)

- Version 2.0 des Berichts aufgeschaltet: www.ag.ch/dgs > Über uns > Dossiers & Projekte > MIVAG17 > Standardisierte Medizinische Bericht neu: 1. Überweisungs-Standard mit Barmelweid, aarReha Schinznach, RehaClinic Bad Zurzach; 2. Zuweiserbrief in eCOM implementiert; 3. einheitlicher «Austrittsbericht Pflege» von KSA und KSB

Pflegeheime

In Prüfung: Konzept zur Integration aller Pflegeheime des Kantons Aargau in die Stammgemeinschaft eHealth Aargau

eRezept

- Abstimmungsbedarf (zu wenig Lieferanten oder zu wenig Abholer?)
- Pilotprojektverordnung für automatisiertes Abrufverfahren in Aussicht genommen
- Möglicher Ausbauschritt: eMediplan

eImpfdossier

- 1400 Dossiers erfasst (von der Lungenliga Aargau und Viavac / www.meineimpfungen.ch)
- Nachfolgelösung in Arbeit (Konzept bis Ende Q1/2016)

Secure Mail

- Gesicherter und geschützter Mail-Verkehr von/mit Verwaltung, Justiz, Kantonspolizei, Gemeinden, medizinischen Leistungserbringern
- Proof of Concept im Dezember 2015/Januar 2016
- Start Rollout: April 2016

Einverständnis-/Einwilligungserklärung von Patienten zur Datenverwendung

- Erfassung bei den Akutspitälern und Reha-Kliniken abgeschlossen
- Grundlage für die Pilotprojektverordnung zum automatisierten Abrufverfahren bei eCOM
- Abstimmung mit den (geplanten) Vorgaben von eHealth Suisse

Befähigung der Versicherten/Patienten für das ePD

- Konzept für eine Tagung im August 2016
- Ziel: Erfassen der benötigten Kompetenzen (Versicherte/Patienten/Angehörige), erste Umsetzungsideen

Projekt-Landkarte «eHealth Aargau»

- Erfassungsformular auf www.ehealth-aargau.ch

BAG und www.e-health-suisse.ch (Koordinationsorgan Bund-Kantone)

- Ausführungsrecht zum Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (tritt erste Hälfte 2017 in Kraft)
- eHealth-/ePD-Bildung für Fachleute → nationale Lösungen: Leitfaden für Bildungsverantwortliche; Kompetenzenkatalog; Bildungsmodule

**Innovationen in der Integrierten Versorgung –
Betreuungsmodelle, Verträge, Vergütungen**

Prof. Dr. oec. Bernhard Güntert, Leiter Innovationen, Curafutura

4. Handlungsschwerpunkte 2016**Priorisierung der Projektskizzen** (Ergebniskonferenz, 14.9.14)

Arbeitsgruppe	Titel	Punkte	Rang
1: Kurzzeit-ambulant	Angebotsportal	44	1
	Merk-Blatt	22	7
2: Akut-Reha	Behandlungspfad Akut-Reha	30	3
	Arbeitscoaching für Jugendliche	24	6
3: Psychiatrie	Psychiatrische Notfallversorgung	22	7
	Sozialberatung PDAG – Pro Infirmis	14	11
	Zusammenarbeit Hausärzte – Psychiater	18	10
4: Chronisch	Care Points	6	12
	Patientenkoordinator/in	44	1
6: Medikamente	Delegation und Kooperation	25	5
	Standardisierter Medikationsplan	29	4
7: Bildung	Kooperationskompetenz	19	9

**Besser vernetzt –
mehr Gesundheit für alle**

Priorisierung der Empfehlungen (Koordinationsausschuss)

Empfehlung	Nennungen
2 Übersicht an Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten im Aarau für chronisch kranke Menschen → <i>in Umsetzung (ab April 2016)</i>	13
19 Vergütung der Spitex für Austrittsgespräche in stationären Einrichtungen → <i>in Arbeit</i>	12
15 Digitale Identität für medizinische, soziale und juristische Fachpersonen (Secure Mail) → <i>in Umsetzung (ab April 2016)</i>	11
11 Volltextdatenbank mit empfehlenswerten Websites zu Gesundheit/Krankheit → <i>Konzept vorhanden; Teil des Portals, das auch Zugang zum ePD schafft</i>	10
10 Leistungen von Fachorganisationen wie Pro Senectute oder SRK bekannt(er) machen (<i>siehe Empfehlung 2</i>)	10
4 Best-Practice-Ansätze der vernetzten Versorgung von chronisch Kranken sammeln	9
13 Interprofessionelle Aus- und Weiterbildungsmodulare 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

DEPARTEMENT GESUNDHEIT UND SOZIALES MIVAG-Koordinationsausschuss, 18. November 2015 17

**Besser vernetzt –
mehr Gesundheit für alle**

Mögliche Handlungsschwerpunkte 2016

Projekte:

- Mindestens eine Eingabe aus dem Aargau für das NFP 74 (**Anreiz schaffen?**)
- Mindestens eine Eingabe aus dem Aargau für das Förderprogramm Interprofessionalität (**Anreiz schaffen?**)
- Start eines regionalen, populationsorientierten Versorgungsmodells
- Multiplikation von Best-Practice-Ansätzen (z.B. Vereinbarung PDAG-Spitex; Projekt Optima von KSA & Partner; Triage-Instrumente aarReha/Ärztetznetzwerk Geriatrie Aargau)

Vergütung
Austrittsgespräch im Spital mit der Spitex → **Projekt mit Einschlusskriterien, Spitälern, Spitex-Organisationen, Gemeinden, Versicherern, 500 Patienten, 2 Jahre?**

Bildung und Befähigung
Tagung für Fachpersonen und Versicherte/Patienten → Ziel: Kompetenzen für die Anwendung des ePD und mögliche Massnahmen für die Vermittlung dieser Kompetenzen

DEPARTEMENT GESUNDHEIT UND SOZIALES MIVAG-Koordinationsausschuss, 18. November 2015 18

**Besser vernetzt –
mehr Gesundheit für alle**

Rahmenbedingungen

- Ärztliche Betreuung in Pflegeheimen → **erster Schritt?**
- Vernetzung von (Sozial-)Versicherungsträgern → **erster Schritt?**
- Beratung von Organisationen und Einzelpersonen (**Anreiz schaffen für Abschlussarbeiten?**)
- Unterstützung der Geschäftsstelle eHAG/SteHAG und Abstimmung mit eHealth Suisse
- Standard-Schnittstellen für alle (ambulanten) Leistungserbringer, um das ePD anwenden zu können (in Abstimmung mit eCOM/eHAG/SteHAG)

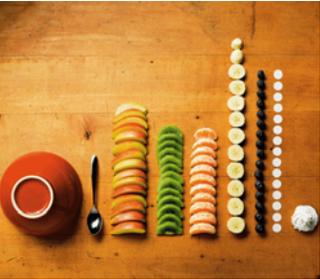
Kommunikation

- Vernetzungsanlass 2016 → **Thema?**
- **Studienreise?** (z.B. Unterengadin, Sarganserland, Cité Générations)
- Artikel/Beiträge in Publikums- und Fachmedien
- Laufende Dokumentation der Aktivitäten/Ergebnisse auf ag.ch/dgs
- Aktualisierung der Projektlandkarte
- Kommunikationskonzept für das elektronische Patientendossier
- Wie lassen sich Abschlussarbeiten (für Bachelor, Master etc.) besser nutzen für Projekte der Integrierten Versorgung?

DEPARTEMENT GESUNDHEIT UND SOZIALES MIVAG-Koordinationsausschuss, 18. November 2015 19

**Besser vernetzt –
mehr Gesundheit für alle**

Besser vernetzt – mehr Gesundheit für alle




Quelle: Urs Wehrli, Die Kunst aufzuräumen

www.ag.ch/dgs (> Über uns > Dossiers & Projekte)
www.ehealth-aargau.ch

DEPARTEMENT GESUNDHEIT UND SOZIALES MIVAG-Koordinationsausschuss, 18. November 2015 20

Bernhard Güntert, Leiter Innovation, curafutura

- 1) Herausforderungen an das Gesundheitssystem
 - 2) Generelle Lösungsansätze
 - 3) Lösungsansätze der Krankenversicherer
 - 4) Erwartungen der Krankenversicherer an die Leistungserbringer
 - 5) Fazit
18. November 2015

2. Generelle Lösungsansätze

- Mehr „gesunde Lebensjahre“ (Gesundheitsförderung, Prävention, Health Literacy, Gesundheitskompetenz, patient empowerment)
- Patientengerechte, wirksame, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung.
 - von der Patientenepisode zur Patientenkarriere
 - Vernetzung der Leistungserbringer, der Informationssysteme
 - vernetzungsgerechte Entschädigungssysteme
- Qualitätswettbewerb
 - Qualitätstransparenz
 - Gesundheitskompetenz
- Langfristige Ressourcensicherung
 - Ausbildungssystem,
 - Arbeitsbedingungen, Arbeitsplatzzattraktivität
 - **Workability**

1. Herausforderungen an das Gesundheitssystem

- Demografischer Wandel und Veränderung der Gesellschaftsstrukturen (-> Alterung, Vereinzelung, Verknappung von personellen Ressourcen)
- Veränderte Krankheitsbilder (z.B. NCD)
- Medizinisch-technologische Entwicklungen (positive und negative)
- Finanzierungsproblematik (Umlageverfahren, wirtschaftliche Lage)
- Gesundheit als Marktobjekt (Dienstleistungen, Komfort)
- Verlust der langfristigen Perspektive als Folge der Ökonomisierung

3. Lösungsansätze der Krankenversicherer

Krankenversicherer sind nicht Leistungsanbieter, sondern schützen Versicherte vor den finanziellen Risiken von Krankheit.

Die Ansätze der Krankenkassen ergeben sich denn auch daraus:

- ① **Grunddeckung und „massgeschneiderte“ Versicherungsprodukte** mit Wahlmöglichkeiten (im Versorgungsbereich, Gesundheitsförderung, Information, (ökonomische) Selbstverantwortung)
- ② **Verträge mit Leistungsanbietern** (z.B. managed care, integrierte Versorgung, DMPs usw., Qualität)
- ③ **Tarifierung mit Blick auf Qualität und Ergebnisse** (z.B. Qualitätsanreize, P4P, accountable care,)

QUALITÄTSWETTBEWERB: UNTERSCHIEDLICHE KUNDEN – UNTERSCHIEDLICHE ERWARTUNGEN – UNTERSCHIEDLICHE Q-ASPEKTE

- Unterschiedliche Erwartungen
- Medizin
- Krankenkassen
- Patienten
- Staat / Gesellschaft

Qualität der Kernleistung

(medizinisch, pflegerisch, therapeutisch)

Servicequalität

Beziehungsqualität

Ergebnisqualität

- Wertschöpfung im Gesundheitswesen ist nicht Erbringung von Leistungen, sondern Veränderungen von Gesundheitszuständen
- Ergebnisse können teilweise direkt (Kernleistung, Serviceleistung, weniger einfach bei Beziehungsleistung) oder aber indirekt gemessen werden (z.B. über Zufriedenheit)
- Steigende Anzahl an brauchbaren Ergebnisindikatoren und verbesserten Messmethoden
- Zunehmend verfügbare Daten für Outcome-Benchmarking, zumindest im stationären Bereich (ANQ, BAG)
- Noch wenig oder keine Transparenz im ambulanten Bereich

Strukturqualität

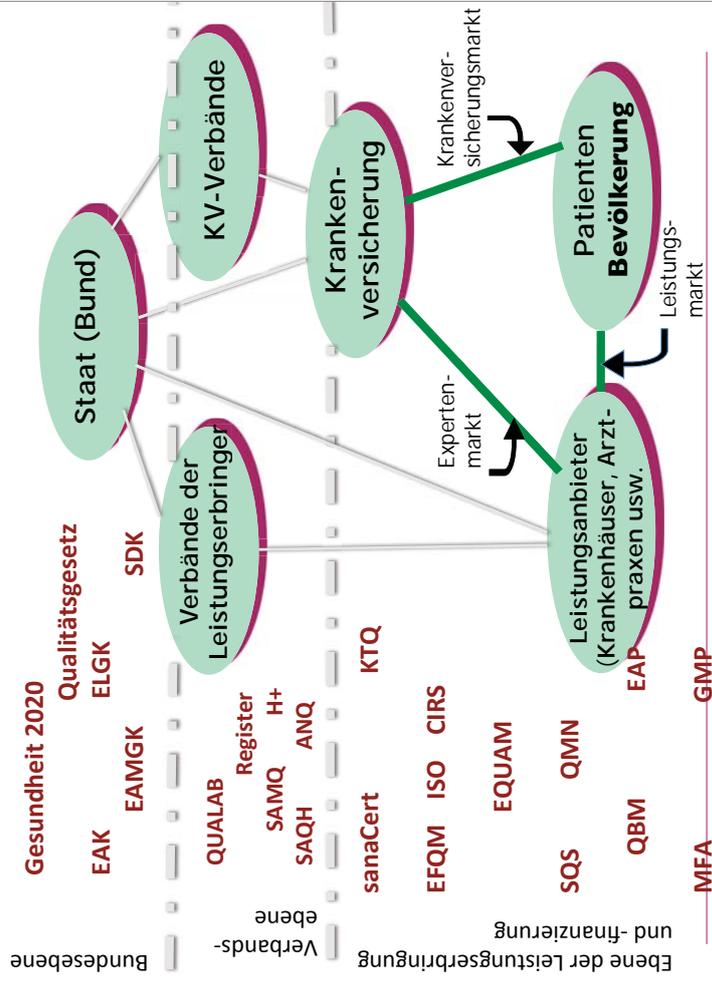
- Ressourcen (Ärzte, Pflegende, Praxen, Versorgungszentren, Therapeuten, Infrastruktur, Betten, Grossgeräte)
- Ausbildung, Kompetenzen, Kompetenz-Mix
- Organisation, Aufgabenverteilung, Zuständigkeiten

Indikatoren: Dichte- und Struktur-Kennzahlen für Angebote in Bezug auf die allgemeine Bevölkerung oder die konkrete Nachfrage.

Prozessqualität

- Neue Leistungsdefinitionen (DRG) und die finanzielle Abgeltung eines Leistungsbündels musste zu Prozessdefinitionen führen.
- von „eminenzbasierter“ Prozessdefinition zu EBM/EBN (in house – Standards, clinical pathways, professional standards und guidelines)
- Konsequenz: Eingriffe in Organisations- und Machtstrukturen

Indikatoren: Zugang, Zeitdauern, erbrachte Leistungspakete, Dokumentation, Patienteninformation, Verhaltensmuster usw.)



3. Lösungsansätze der Krankenversicherer (II)

- ④ **Monistische Finanzierung** (erleichtert 2) und 3) und erlaubt sowohl die Perspektive der Patientenkarrriere, wie auch der Qualität und des Erfolges verstärkt mit einzubeziehen).
- ⑤ **Versorgungsforschung** (mit Fokus auf effektive und effiziente Versorgungsstrukturen und Ressourcennutzungen, Evaluationen und HTA sind auch für Krankenversicherer notwendig).
- ⑥ **Innovationsmanagement** (in enger Kooperation mit Leistungserbringern, Versicherten, Patienten und Stakeholdern zur Suche nach Effektivitäts- und Effizienzgewinn und Mehrwert für Patienten (open innovation), Modellversuche).

Die 3 Finanzierungsebenen

Mittelherkunft / „Collecting“: auf dieser Ebene soll alleine definiert werden, wie hoch der minimale, steuerfinanzierte Anteil an der von der OKP zu finanzierenden Leistungen ausfällt

Prämien 75%*

Steuern 25%*

* Als Beispiel wird hier eine minimale kantonale Beteiligung an allen OKP-Leistungskosten von 25% festgelegt. Der Finanzierungsteller ist grundsätzlich unter sozialpolitischen Gesichtspunkten festzulegen

Mittelverteilung / „Pooling“ / Risikoausgleich: Die „korrekte“ Mittelverteilung erfolgt bei den Prämien über den Risikoausgleich unter den Versicherern. **Die Kantongelder werden den Versicherern analog zugewiesen.**

Risikoausgleich

RA-analoge Zuteilung*

Die Zuweisung der Kantongelder erfolgt prozentual zu den Durchschnittskosten (pro versicherte Person erhält der Versicherer 25% der Durchschnittskosten der entsprechenden Risikogruppe zugewiesen). Voraussetzung ist eine weitere Verfeinerung des RA zur besseren Abbildung des stationären Risikos.

Mittelallokation / „Purchasing“ / Leistungseinkauf: der Versicherer finanziert 100% der Leistungen

Ambulant

Stationär

4. Erwartungen der Krankenversicherer an die Leistungserbringer

- Akzeptanz der unterschiedlichen Perspektiven von Leistungserbringer und Krankenversicherer
- Kooperation im Bereiche Qualitätstransparenz und Qualitätswettbewerb
- Einbringen von Vorstellungen zur Steigerung von Effektivität und Effizienz
- Gemeinsame Ausarbeitung von sinnvollen Finanzierungs-mechanismen (purchasing) für neue Versorgungsmodelle
- Bereitschaft zu Evaluation von Modellversuchen

5. Fazit

Die Bewältigung der demografischen Herausforderungen (Alterung, Rekrutierungsprobleme) und der Morbiditätsentwicklung erfordert hohe Qualität im Gesundheitsversorgungssystem.

- **Schwerpunktverschiebungen in der Qualitätsdiskussion:**
 - von Struktur- über Prozess- zu Ergebnisqualität
 - von der Perspektive der Health Professionals über jene der Patienten zu einer gesellschaftlichen Perspektive
- **Outcome- und Health Gain-Messungen** werden laufend verbessert und operationalisiert (big data)
- **Transparenz und Gesundheitskompetenz** ermöglicht erst Qualitätswettbewerb.
- **Good Governance** schafft Akzeptanz und Transparenz und ist Voraussetzung für die Qualitätsentwicklung.

5. Fazit (II)

- curafutura unterstützt die Einführung einer **monistischen Finanzierung** auf Leistungsebene unter Beibehaltung der **Mischfinanzierung** Prämien / Steuern
- **Verfeinerung des Risikoausgleichs** betr. Abbildung des stat. Risikos ist zwingend.
- **Lockerung des Vertragszwangs** ist anzustreben, aber keine *conditio sine qua non*.
- Die **Rolle der Kantone** als „Versorgungsgewährleister“ wird nicht infrage gestellt, ist jedoch auf ein adäquates Mass zurückzustufen. Faktisch heisst das aber auch, dass die **Rolle der Versicherer** mitdiskutiert wird.

Krankenversicherer: Grösse als Innovationstreiber

Prof. Dr. oec. HSG Bernhard Güntert, Leiter Innovationen, curafutura

Die Gesundheitssysteme aller Länder stehen vor grossen Herausforderungen: Alterung, Vereinzelung, Zunahme chronischer Krankheitsbilder, Verknappung der Ressourcen – ein guter Nährboden für Innovationen.

Krankenversicherer sollten nicht direkt Gesundheitsleistungen anbieten, sondern gemeinsam mit den Leistungsanbietern und anderen Akteuren Innovationen suchen und fördern. Die Instrumente dazu sind im Wesentlichen:

- **Massgeschneiderte Versicherungsprodukte:** Die Bedürfnisse der Versicherten sind unterschiedlich. Neben der Grunddeckung ist es daher notwendig, diesen individuellen Bedürfnissen gerechte Versicherungsangebote anzubieten. Diese dürfen nicht nur Versorgungsleistungen, sondern auch Gesundheitsförderung und Entscheidungskompetenz umfassen. Grössere Krankenversicherer haben den Vorteil, dass sie parallel verschiedene Modelle anbieten können.
- **Verträge mit Leistungsanbietern:** Mit unterschiedlichen Versicherungsprodukten eng verbunden sind vertragliche Absprachen mit Leistungserbringern. Krankenversicherer sind Leistungseinkäufer für ihre Versicherten. Die Managed-Care-Modelle zeigen, dass diese Ansätze in der Schweiz eine Tradition haben. Allerdings gilt es diese weiter zu entwickeln, die Patientenkarriere sektorenübergreifend in den Vordergrund zu stellen und die Leistungsqualität zu fördern (integrated und/oder accountable care). Grosse Krankenversicherer haben aufgrund der Volumina die Möglichkeit, in verschiedenen Regionen und parallel Modelle zu gestalten, diese zu evaluieren und kontinuierlich zu verbessern. Damit sind sie für die Leistungsanbieter attraktive Vertragspartner.
- **Leistungsstarifizierung und finanzielle Anreize** sind weitere wirksame Instrumente der Krankenversicherung. Eine Abkehr von Einzelleistungstarifen zu mehr Ergebnisorientierung, die angemessene Berücksichtigung von Qualität und die Abkehr von Fehlanreizen sind erfolgversprechende Stichworte dazu. Grösseren Krankenversicherern kommt bei Tarifverhandlungen ein grösseres Gewicht zu. Auch können sie mit ihren Daten besser Folgeabschätzungen machen.
- **Monistische Finanzierung** wäre notwendig, damit die Wirkung der Tarifsysteme zum Tragen kommt, in der stationären Versorgung wie auch in der Heimversorgung, inkl. spezielle Angebote der palliativen Versorgung. Monismus heisst allerdings nicht, dass die gesamten Gesundheitskosten von den Krankenversicherern getragen werden müssten, sondern dass man die Mittel der verschiedenen Quellen (collecting) zusammenlegt (pooling) und die Leistungen nach einheitlichem Konzept vergütet (purchasing). Eine entsprechende Systemänderung kann von grösseren Krankenversicherern besser angestossen werden.
- **Versorgungsforschung** ermöglicht die Suche nach effektiven Behandlungs- und Betreuungsstrukturen. Sie ist für Krankenversicherer heute eine Notwendigkeit. Die Rahmenbedingungen müssen sie nicht nur zulassen, sondern fördern. Grössere Versicherer verfügen über viele Daten zum Versorgungssystem und können somit eine Versorgungsforschung aktiv unterstützen.
- **Aktives Innovationsmanagement** der Krankenversicherer bedeutet, dass sie den verschiedensten Leistungserbringern zuhören, offen sind für Vorschläge (open innovation), diese prüfen und – wenn sinnvoll – die Umsetzung mit ihren Instrumenten unterstützen.

Curafutura hat die Notwendigkeit von Innovationen erkannt und versucht aktiv Innovationsprozesse mit Hilfe professioneller Strukturen, einer Innovationskultur im Verband und vielfältigen Kontakten zu Leistungsanbietern, Forschungs- und Bildungseinrichtungen und anderen Akteuren im Interesse der Versicherten zu unterstützen.