

Integrierte Versorgung in der Praxis

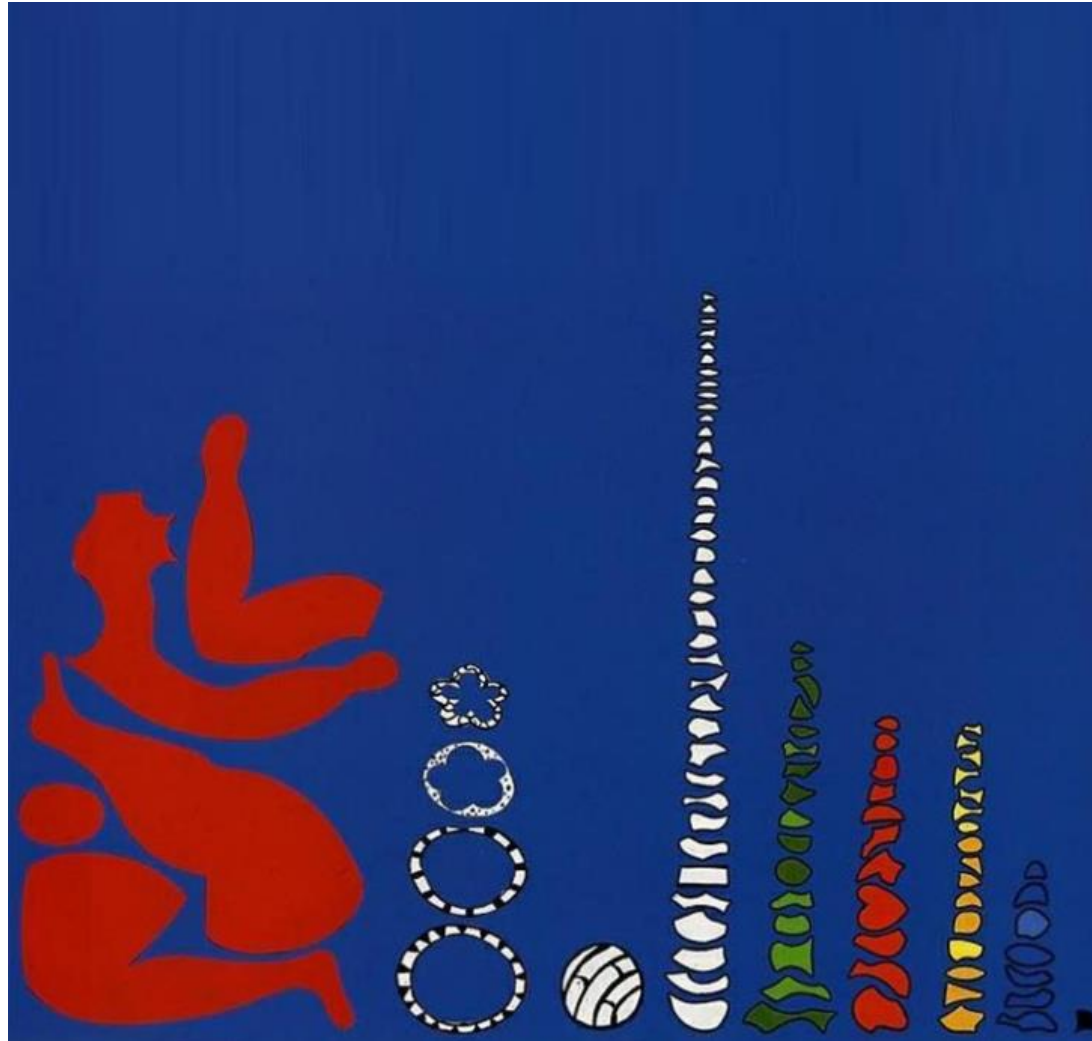
Urs Zanoni, MPH

Geschäftsführer fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung

Projektleiter Masterplan Integrierte Versorgung Kanton Aargau (bis 31.12.2017)

Inputworkshop Strategie Dakomed SVKH, 31. Januar 2018

Ausgangslage



Quelle: Urs Wehrli, Kunst aufräumen

Die Folgen der Fragmentierung

«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

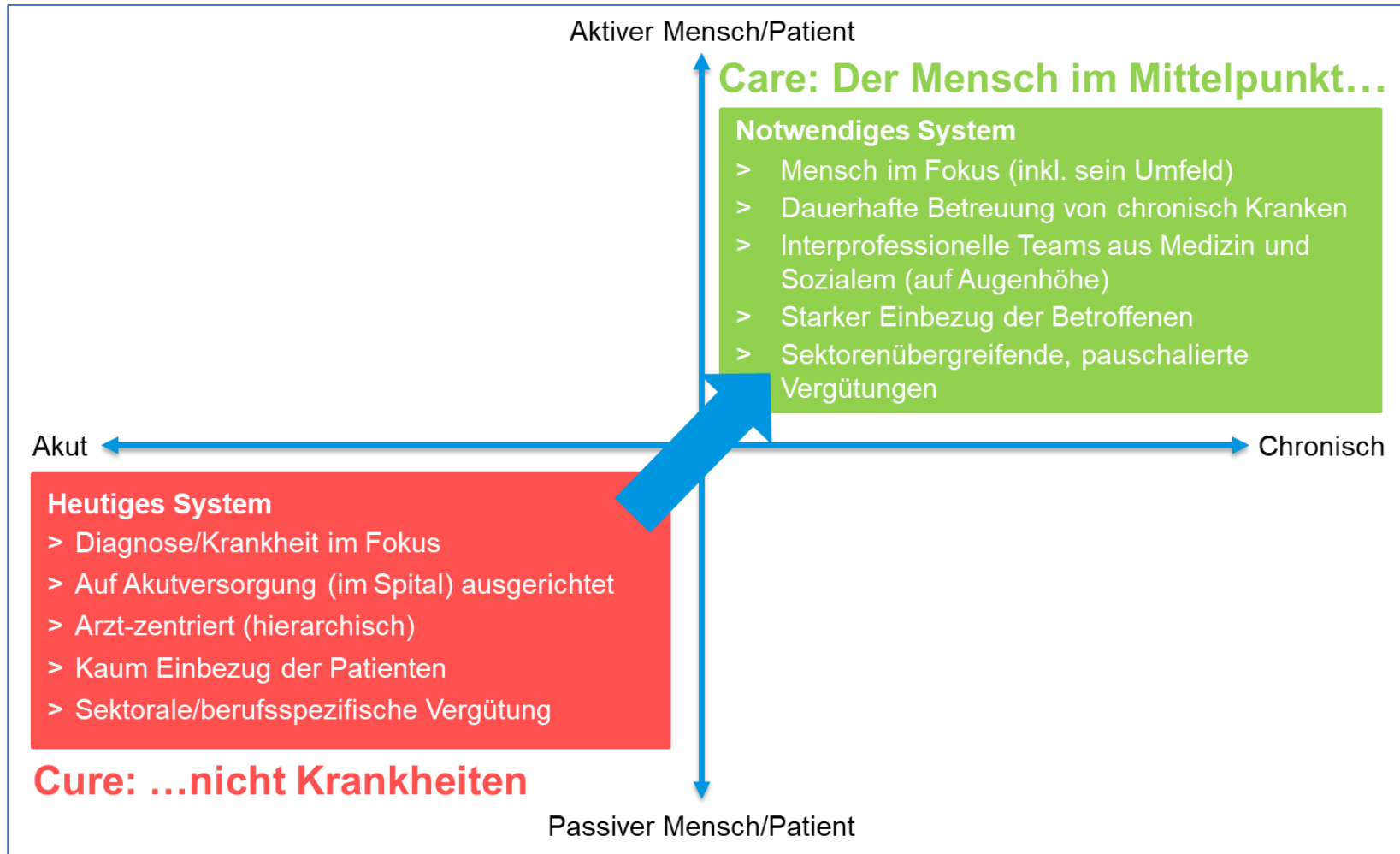
Hindernisse für die bessere Integration

- > Unterschiedliche Finanzierung ambulant/stationär
- > Sektorale/berufsspezifische Vergütung
- > Versorgungssystem = arztzentriert/hierarchisch
- > Mangelhafte Digitalisierung (Informationsverluste/-lücken)
- > Mangelhafte Qualitätskriterien (einzelne Leistungen statt ganze Behandlungspfade)

Die Zukunft ist multimorbid und chronisch

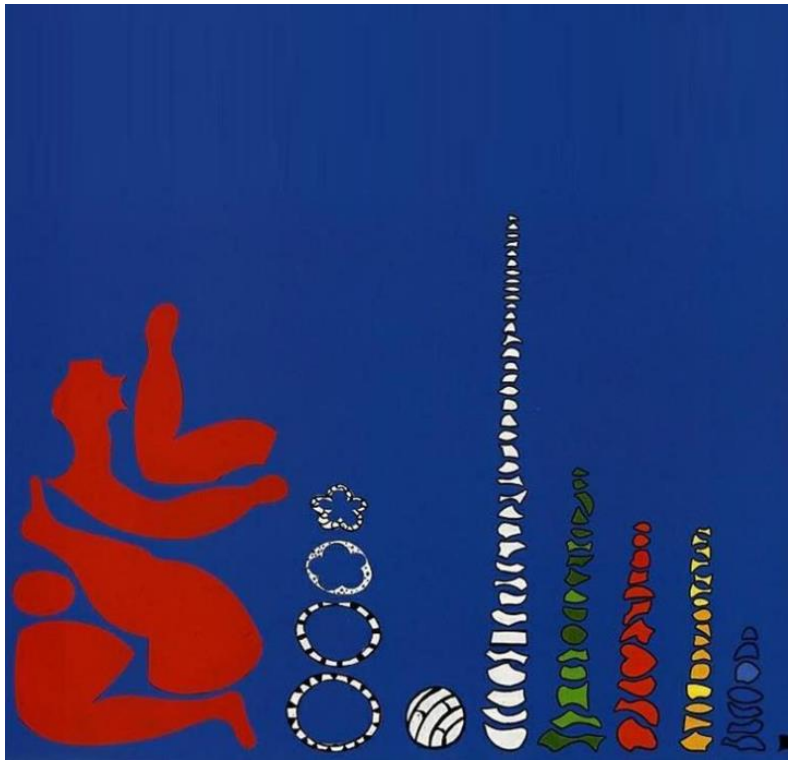
- > ca. 60% aller Todesfälle
 - > ca. 85% aller vorzeitig verlorenen Lebensjahre
 - > ca. 80% der OKP-Kosten
 - > Notfallstation Innere Medizin am USZ: ca. 70% wegen chronischer Erkrankung oder deren Verschlechterung
 - > Klinik für Innere Medizin am USZ: 6.6 Diagnosen pro Patient
 - > Polypharmazie: jede 10. Spitaleinweisung ist die Folge von medikamentösen Wechselwirkungen
- steigende Zahl an komplexen Versorgungssituationen (medizinisch-pflegerisch, sozial, juristisch, finanziell)

Das Versorgungssystem der Zukunft



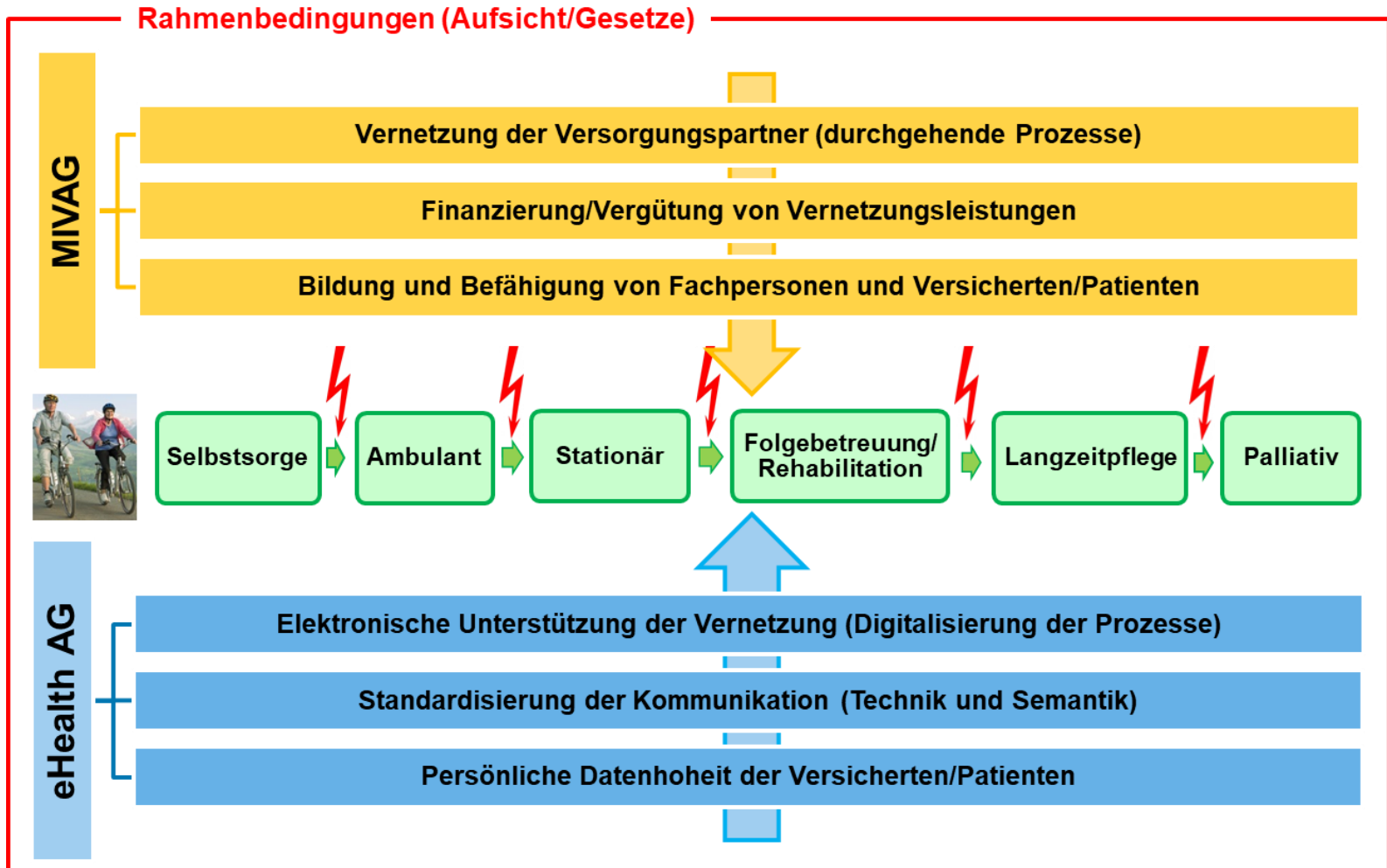
Zwei Projekte – eine Vision: Vernetztes Gesundheitswesen Aargau

- > reale Vernetzung → **Masterplan Integrierte Versorgung Aargau**
- > digitale Vernetzung → **Programm eHealth Aargau**



Quelle: Urs Wehri, Kunst aufräumen

Mission: Keine Integrierte Versorgung ohne eHealth – ohne eHealth keine Integrierte Versorgung



Massnahmen und Projekte (Auswahl)

- > Integrierter Behandlungspfad Akut-Reha, inkl. stillschweigende Kostengutsprache (Kantonsspital Baden, aarReha, RehaClinic, Klinik Barmelweid; CSS)
- > Übergang von Spital/Reha-Klinik zur Spitex (Spitex Verband Aargau/Vaka)
- > Standardisierung des Übergangs von den Psychiatrischen Diensten Aargau PDAG zur Spitex (Spitex Verband Aargau/PDAG)
- > Projekt Optima/In-Hospitool (KSA und Partner; interprofessionelle Zusammenarbeit im Spital und systematisches Aus-/Übertrittsmanagement)
- > Standardisierung des Berichtswesens (Einheitliche Formulare und Prozesse für den Spitaleintritt und Spitalaustritt; verschiedene Partner)
- > Angebotsportal für Unterstützungs- und Entlastungsleistungen im Aargau. Mögliche Ausbauschritte: Angebote für Menschen mit psychischen Problemen, Kinder und ihre Eltern, Migrantinnen und Migranten
- > Integrierte Versorgung in kantonalen Strategien verankert (u.a. Entwicklungsleitbild 2017-2026; Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2025; in Arbeit: Totalrevision Spitalgesetz)

Alles zum MIVAG und zu eHealth Aargau: www.ag.ch/dgs > Über uns > Dossiers & Projekte

Integrations-Modelle der Zukunft

- > Gesundheitsregionen → bevölkerungsorientiert (Gesunde, Risikogruppen, Kranke; jedes Alter; jede Lebenssituation)
- > Patient-centred Medical Home → komplexe Behandlung und Betreuung (v.a. hochaltrige, chronisch kranke, multimorbide Menschen)
- > Informations-, Beratungs- und Triage-Stellen «Gesundheit-Krankheit-Pflege-Soziales» → keine (weniger) Irrläufe
- > Elektronisches Patientendossier EPD → Transparenz, Effizienz, Patientensicherheit, Befähigung

1. Gesundheitsregionen*

= regionales, bevölkerungsorientiertes Versorgungsmodell
(kein Planungsinstrument!)

Hintergrund

- > Regionale Nähe schafft Vertrauen zwischen den Leistungserbringern («Man kennt sich»)
- > Region schafft Identität («Ich möchte hier behandelt und betreut werden»)
- > Oft knappe medizinisch-pflegerische Kapazitäten in ländlichen Regionen (besonders Hausärzte)
- > Langzeitbetreuung bringt (kleinere) Gemeinden an ihre finanziellen Grenzen

* Andere Begriffe: Gesundheitsraum, Versorgungsregion, Réseau de Soins, Réseau de Santé, Espace Santé

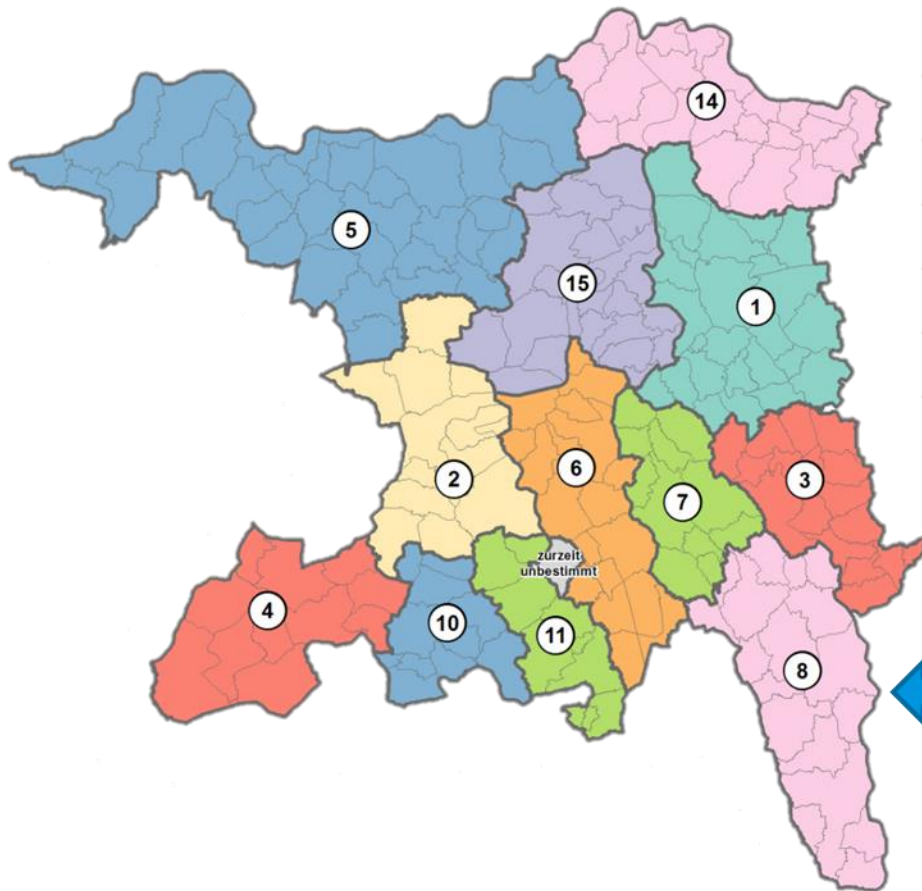
Gesundheitsregionen: die Vision (1)

- > **Bevölkerungsorientiert:** Gesunde, Risikogruppen, Kranke jeden Alters
- > **Wohnortnah:** Betreuung möglichst lange zu Hause; Patienten möglichst lange in der Region; Arbeitsplätze in der Region
- > **Konsequente Vernetzung:** sektorenübergreifend, systematisch, verbindlich, elektronisch unterstützt (eHealth)
- > **Bedarfsgerechte Angebote:** zum Beispiel für chronisch kranke Menschen; fremdsprachige Menschen; Erwerbstätige in belasteten Situationen
- > **Medizinisches und Soziales Hand in Hand:** Einbezug der Gemeinden sowie Fachorganisationen für Alter, Behinderung, Integration, Sucht

Gesundheitsregionen: die Vision (2)

- > **Stärkung der Prävention:** hoher Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention (inkl. Früherkennung von Krankheiten)
- > **Stärkung der Patienten(-perspektive):** Befähigung der Betroffenen/Angehörigen zu (mehr) Eigenverantwortung; Blickwechsel der Fachpersonen
- > **Effizient und kosteneffektiv:** Überkapazitäten verringern, Doppelspurigkeiten eliminieren, Finanzierungslücken schliessen
- > **Klare Struktur:** übersichtliche Organisation; gemeinsame Ziele und Leitsätze für die Zusammenarbeit

Beispiel «Gesundes Freiamt» (www.gesundes-freiamt.ch)



- 19 Gemeinden
- 32'000 Einwohner/-innen
- 1 Spital
- 5 Pflegeheime
- 2 Spitex-Organisationen
- ca. 20 niedergelassene Ärzte/-innen



Im Interesse aller.

Gesundes Freiamt auf einen Blick

Bevölkerung im Freiamt



Gesunde (Primärprävention)

Risikogruppen (Sekundärprävention)

Patienten (Tertiärprävention)

Selbstsorge

Ambulant

Stationär (Akut,
Psychiatrie)

Ambulant,
Reha, Wieder-
eingliederung

Langzeitpflege
ambulant &
stationär

Palliative
Begleitung

Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung, Betreuung, Begleitung

Beteiligte

- Regionalplanungsverband/Gemeinden/Kanton
- Medizinische, pflegerische, soziale, juristische Leistungserbringer und Fachorganisationen
- Vertretung von Versicherten/Patienten/Angehörigen
- Arbeitgeber
- Krankenversicherer

Patientenorientiert, Koordiniert, Interprofessionell, Bedarfsgerecht, Wohnortnah

elektronischer Datenaustausch (eHealth/ePD)

Bisherige Meilensteine im Gesunden Freiamt

- > Start: Informationsanlass am 30. März 2016
- > Trägerschaft geklärt (Integration in Regionalplanungsverband) und Ausbau Fachgruppe Alter zur Fachgruppe Alter und Gesundheit
- > Verabschiedung Konzept «Gesundes Freiamt»
- > Projekt daHeim (5 Pflegeheime stimmen ihre Angebote ab; Umsetzung ab 1. März 2018)
- > Drehscheibe Freiamt (Informations-, Beratungs- und Triagestelle; Phase 1: aufs Alter ausgerichtet; Start: 1. März 2018)
- > Leitlinien für «Betreutes Wohnen»
- > Gründung von KISS-Genossenschaften (Freiwilligenarbeit)
- > Durchführung einer Zukunftswerkstatt (als Grundlage für den Massnahmenplan 2018-2020)

Massnahmenplan 2018-20 im Gesunden Freiamt

Handlungsfeld 1: Drehscheibe Gesundes Freiamt

Ziel: Die Drehscheibe Gesundes Freiamt bzw. ihre Dienstleistungen sind bei allen Zielgruppen bekannt und werden entsprechend genutzt. Die Finanzierung ist gesichert.

Handlungsfeld 2: Bevölkerung

Ziel: Die Bevölkerung im Oberen Freiamt nutzt Angebote des Gesunden Freiamts und/oder engagiert sich dafür (z.B. Freiwilligenarbeit).

Handlungsfeld 3: Wohnen im Alter

Ziel: Im Oberen Freiamt entsteht/besteht eine Wohnform für Menschen über 60 mit Modellcharakter.

Handlungsfeld 4: Medizinische Grundversorgung

Ziel: Die medizinische Grundversorgung im Oberen Freiamt (inkl. Notfälle) ist gewährleistet.

Gesundes Freiamt 2025 (Auszug)

Salome (76) und Herbert Habsburger (73) nehmen **seit 2019 über ihren Krankenversicherer am Versorgungsmodell Gesundes Freiamt teil**. Insgesamt bestehen Verträge mit 12 Krankenversicherern, die 90 Prozent der Menschen den Zugang zu diesem Modell ermöglichen.

Salome und Herbert Habsburger sind auch **Mitglied der Genossenschaft Gesundes Freiamt**. Sie haben einmalig je 500 Franken bezahlt und profitieren im Gegenzug von Vergünstigungen bei über hundert Veranstaltungen, hauptsächlich Kurse und Vorträge, die in diesem Jahr stattfinden.

(Fortsetzung auf gedrucktem Blatt)

Regionale, bevölkerungsorientierte Versorgungsmodelle: Initiativen in der Schweiz (Auswahl)

- > 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)
- > xunds grauholz (www.xunds-grauholz.ch)
- > Healthy Emmental (www.healthyemmental.ch)
- > www.reseaux-sante-vaud.ch

Das Vorbild: www.gesundes-kinzigtal.de

2. Patient-centred Medical Home

- > Persönliche/r Ärztin/Arzt oder Pflegeexpertin (Advanced Practice Nurse) als Anlaufstelle → lotst und koordiniert das ganze Team
- > Umfassende Langzeitbetreuung (präventiv, ambulant, akut, chronisch, palliativ; somatisch und psychisch)
- > Integration der Versorgung (Spezialisten, Spital, Reha, Therapien, Spitex, Pflegeheim, Psychiatrie; horizontal und vertikal)
- > Befähigung der Betroffenen, um die eigenen Ressourcen zu nutzen
- > Einbezug des sozialen Umfelds (Familie, Nachbarn/Freiwillige) und von sozialen Dienstleistern
- > Einsatz von elektronischen Hilfsmitteln und mobilen Diensten, um die Behandlung und Betreuung zu Hause zu unterstützen
- > Sektorenübergreifende, pauschalierte, performance-orientierte Vergütungsmodelle

Beispiele in der Schweiz: www.cite-generations.ch (Onex GE), www.mshl.ch (Maison de la Santé du Haut-lac, Vouvry VS); **mögliche Perspektive für Regionalspitäler (< 80-100 Betten)**

3. Informations-, Beratungs- und Triage-Stellen

- > Anlaufstelle für Bevölkerung, Betroffene, Angehörige, Freiwillige sowie Fachpersonen
- > Themen: Pflege (z.B. welche Anbieter? Welche Leistungen?), Soziales (z.B. Verschuldung, Vereinsamung, Sucht), Juristisches (z.B. Urteilsunfähigkeit), Finanzielles (z.B. Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung), Pflege von Angehörigen (z.B. Entlastung, Freiwillige) etc.
- > Leistungen: Information, Beratung, Triage, Begleitung, fallweise auch Case Management
- > Kann gekoppelt sein an eine Gesundheitsregion oder regional ausgerichtete Anbieter in den Bereichen Pflege/Soziales/Alter/Wohnen (z.B. Spitex, Pflegeeinrichtung, Pro Senectute, regionales Versorgungszentrum/Medical Home, Anbieter von betreutem Wohnen)
- > Beispiele: Drehscheibe Gesundes Freiamt, Drehscheibe Pflege Höfe, Krienser Infostelle Gesundheit, Pflegerische Anlauf- und Beratungsstelle Baden Regio

4. Elektronisches Patientendossier EPD

- > Am 15. April 2017 trat das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier in Kraft. Auf dieser Grundlage kann jede Person in der Schweiz ein elektronisches Patientendossier (EPD) eröffnen.
- > Mit dem EPD kann sie sich einen Überblick verschaffen, welche Informationen zur eigenen Person an den verschiedenen Behandlungs-orten elektronisch erfasst sind (Arztpraxis, Spital, Apotheke, Spitex, Therapie etc.).
- > Die Person bestimmt dann, welche Fachleute welche Informationen datenschutzkonform sehen und nutzen können. Damit wird die Behandlung und Betreuung der Patienten qualitativ besser und sicherer.
- > Der Patient, die Patientin wiederum weiss besser Bescheid und kann sich selber einbringen.
- > Pflicht für stationäre Leistungserbringer, freiwillig für ambulante Leistungserbringer sowie Versicherte/Patienten
- > Erste Dossiers ab Anfang 2020
- > Mehr Informationen: www.patientendossier.ch bzw. www.e-health-suisse.ch

Mehr Praxis: Nationale Erhebung Integrierte Versorgung 2017 (Obsan, IUMSP Lausanne, fmc)

- > Insgesamt wurden 162 solcher «Initiativen» (Organisationen, Netzwerke, Modelle, Programme usw.) identifiziert.
- > Die Initiativen fokussieren im Durchschnitt auf drei Zielgruppen: Am meisten wurden multimorbide/komplexe/fragile ältere Menschen als Zielgruppe genannt (59%), gefolgt von Personen mit spezifischen Krankheiten (51%) und der Bevölkerung im Allgemeinen (47%). Die Initiativen im Bereich «Centres de santé» und «Transition & Coordination» zielen am häufigsten auf multimorbide/komplexe/fragile Patientinnen und Patienten ab.
- > Die grosse Mehrheit der Initiativen verfolgt das Ziel, die Koordination und Integration der Leistungen zu verbessern (97%) und unerwünschte Ereignisse sowie Kosten zu reduzieren (86%).
- > Die Erhebung macht aber auch sichtbar, dass es eine grosse Vielfalt solcher Modelle gibt. Sie sind unterschiedlich organisiert, insbesondere bezüglich der beteiligten Berufsgruppen, der Versorgungsebenen und der Ziele.

<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/soins-integres-en-suisse>

 HERUNTERLADEN

 ANNEXE 6.5 : INITIATIVES INCLUSES 

Schlüssel für die Zukunft der Integrierten/ Koordinierten Versorgung

- > Integrierte Finanzierung (Einheitliche Finanzierung ambulant-stationär EFAS)
- > Integrierte Vergütung (Komplexpauschalen/Bundled Payment)
- > Qualitätsbemessung über ganze Behandlungspfade (Performance)
- > Integration Akutsomatik und Psychiatrie
- > Elektronisches Patientendossier

Zu guter Letzt: Dakomed und SVKH

- > Machen Sie sich wahrnehmbar → Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung, dem Primary & Hospital Care, dem pharmaJournal etc.
- > Zeigen Sie, was Sie können → in ärztlichen Qualitätszirkeln, Veranstaltungen von anderen Berufsverbänden etc.
- > Prüfen Sie, ob Sie sich «Ihrer» (Stamm-)Gemeinschaft anschliessen können und damit Teil des EPD werden
- > Suchen Sie Partner (z.B. in der Stammgemeinschaft, in der Region) → Vernetzung als Vitamin B
- > Pflegen Sie Ihre Patienten/-innen → es sind Ihre wichtigsten Verbündeten

Fragen?





Nationales Symposium Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung: Bund / Kantone / Gemeinden
als Spielmacher oder Schiedsrichter?

Mehr dazu



13. Juni 2018, Kursaal Bern; alles Weitere: www.fmc.ch