

DENKSTOFF

N°1

TRENDSZENARIEN INTEGRIERTE VERSORGUNG SCHWEIZ

EINE PUBLIKATION DES

FORUM
MANAGED
CARE

fmc

Das Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
Le forum suisse des soins intégrés
Il forum svizzero delle cure integrate

INHALT

3	Editorial
6	Die Trendszenarien auf einen Blick
8	Hintergrund
13	Trendszenario Land
17	Trendszenario Urbane Region
21	Trendszenario Gross-Stadt
24	Handlungsoptionen und Anreize
26	Anwendungsbeispiele
44	Das Leistungsportfolio des fmc
46	Die Goldpartner und Partner des fmc

IMPRESSUM

Herausgeber:

fmc – Schweizer Forum
für Integrierte Versorgung
Zugerstrasse 193
6314 Neuägeri
www.fmc.ch

Weitere Exemplare des fmc-Denkstoff N°1 sind
beim Herausgeber erhältlich (info@fmc.ch).
Die PDF-Version steht für den Download auf der
Website www.fmc.ch kostenlos zur Verfügung.

Gestaltung, Satz und ganzseitige Fotos:

Rudi-Renoir Appoldt, Luzern,
www.rrenoir.com

Druck:

Heller Druck AG, Cham
ISBN: 978-3-033-04668-9
© fmc, September 2014

**Wir danken den Expertinnen und
Experten unserer Goldpartner und
Partner für die Mitarbeit bei der
Entwicklung der Trendszenarien
Integrierte Versorgung Schweiz.**



HAUSAUFGABEN FÜR ALLE AKTEURE

Die Versorgung von kranken und verunfallten Menschen soll gegenüber heute integrierter erbracht werden. Das ist eigentlich eine gesundheitspolitische Selbstverständlichkeit und löst kaum mehr Widersprüche aus. Die Vorteile der Integration sind zu überzeugend: Nicht nur kann die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten durch eine bessere Koordination und Integration erhöht werden, sondern es können auch Ineffizienzen abgebaut und damit Kosten gespart werden.

Der Bundesrat hat die Verbesserung der Integrierten Versorgung in seiner im Januar 2013 verabschiedeten, umfassenden Strategie Gesundheit2020 ebenfalls an prominenter Stelle aufgenommen. An der ersten Nationalen Konferenz zu dieser Strategie, an der sich in Bern rund 350 Akteure des Gesundheitssystems getroffen haben, wurde die Förderung zeitgemässer und integrierter Versorgungsmodelle von den Teilnehmenden als wichtigstes von zwölf Zielen der Strategie Gesundheit2020 bezeichnet.

Wo liegt somit das Problem, wenn sich (fast) alle Akteure über die Zielrichtung einig sind? Ganz offensichtlich scheint es unterschiedliche Vorstellungen darüber zu geben, wie wir von der heutigen Situation zu einer mit verstärkter Integration kommen. Dies mag da und dort mit Besitzstanddenken oder einem Unwillen gegenüber der mit der Integration verbundenen Veränderungen zu tun haben. Es gibt aber auch andere Hindernisse: Integration ist ein schillernder Begriff, der im Akutbereich etwas anderes bedeutet als in der Palliativversorgung und der auf dem Lande anders umgesetzt werden muss als in der Agglomeration. Hier gilt es mehr Klarheit zu schaffen.

Weiter sind sehr viele Akteure am Integrationsprozess beteiligt: Der Bund schafft Rahmenbedingungen, die Kantone sind für die Versorgung verantwortlich und planen, die vielen verschiedenen Leistungserbringer entwickeln neue Versorgungsmodelle, die Versicherer versuchen Produkte zu entwickeln, die von einer integrierteren Leistungserbringung ausgehen, und die Patienten wählen schliesslich aus dem grossen Angebot aus. Es gibt heute keine Stelle mit einer zentralen Verantwortung für den Integrationsprozess, sondern ein komplexes Zusammenspiel von vielen Akteuren. Es kommt dazu: Integration braucht es nicht überall im gleichen Ausmass. Im Vordergrund stehen für den Bund die Versorgungsprozesse bei leistungsintensiven Patientinnen und Patienten.

Die Publikation, die Sie in den Händen halten, liefert vor diesem anspruchsvollen Hintergrund einen wertvollen Diskussionsbeitrag. Sie differenziert und versucht, allzu starke Vereinfachungen zu umgehen. Und sie stellt berechnete Forderungen: Alle Akteure haben Hausaufgaben zu leisten, wenn wir das ehrgeizige Ziel des Bundesrates bis 2020 erreichen wollen.

**Stefan Spycher, Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit,
Direktionsbereich Gesundheitspolitik**

TRENDSZENARIEN INTEGRIERTE VERSORGUNG SCHWEIZ

Mögliche Entwicklungen und Handlungsspielräume bis

20

DIE TRENDSZENARIEN AUF EINEN BLICK

Die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und die Integrierte Versorgung im Speziellen werden sich künftig differenzierter und je nach Umfeld unterschiedlich entwickeln. Deshalb stellen wir drei Trendszenarien zur Diskussion:

	Trendszenario Land	Trendszenario Urbane Region	Trendszenario Gross-Stadt
Regionale Merkmale	Ländliche bzw. bergige Region mit niedriger und saisonal schwankender Bevölkerungsdichte Beispiele: Unterengadin, Simmental - Saanenland	Eher städtisch geprägte, wirtschaftlich wichtige Region (Agglomeration, Einzugsgebiet >150'000 Versicherte) Beispiele: Aarau - Baden, Grossraum Luzern	Grossstädtische Agglomeration mit Einzugsgebiet von >300'000 Versicherten Beispiele: Basel, Bern, Genf - Lausanne, Zürich
Merkmale der Versorgung	Sicherstellen der Versorgung durch eine Organisation der Integrierten Versorgung, der fast alle Leistungsanbieter angehören Kein oder kaum Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern Verträge zwischen einer Orga- nisation der Integrierten Versor- gung und mehreren Versicherern	Optimieren der Versorgung durch einige Organisationen der Integrierten Versorgung Wenig Konkurrenz zwischen Leistungsanbietern Verträge zwischen einer bis mehreren Organisationen der Integrierten Versorgung und mehreren Versicherern	Optimieren der Versorgung durch viele Organisationen der Integrierten Versorgung mit unterschiedlichen, sich konkur- renzierenden Angeboten Wettbewerb kann primäres Steuerungsinstrument sein Verträge zwischen mehreren Organisationen der Integrierten Versorgung und mehreren Versicherern

HANDLUNGSOPTIONEN

Die Entwicklung der Integrierten Versorgung wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten massgeblich durch Initiativen der Akteure selber, insbesondere der Leistungserbringer und Versicherer angetrieben. Für die weitere Entwicklung formulieren wir mögliche Handlungsoptionen und Anreize, welche vor allem die vertikale, sektorenübergreifende Integration befördern und sich vielerorts umsetzen lassen.

Für Leistungserbringer

- Hausarztnetze bauen sektorenübergreifende (vertikale) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern auf.
- Allgemein- oder spezialisierte Ärzte realisieren zusammen mit anderen Leistungserbringern Gesundheitszentren mit attraktiven Arbeitsplätzen für Fachpersonen.
- Spitäler bzw. ambulant tätige Leistungserbringer engagieren sich für vernetzte Strukturen und Prozesse.
- Leistungserbringer entwickeln – allenfalls mit telemedizinischen Anbietern – Betreuungsprogramme für chronisch Kranke (Diabetes, COPD und Herzinsuffizienz).
- Leistungserbringerorganisationen profilieren sich v.a. in urbanen und städtischen Regionen durch Differenzierung ihrer Angebote.
- In ländlichen Regionen stellen regionale Spitalzentren als Anreiz für neue Leistungserbringer Praxis-Infrastruktur zur Verfügung.
- Versorgungsnetze entwickeln – abgestimmt auf die eHealth-Strategie von Bund und Kantonen – erste Anwendungen für künftige elektronische Patientendossiers.

Für Versicherer

- Krankenversicherer schliessen mit Leistungserbringer-Organisationen Verträge ab, welche die sektorenübergreifende (vertikale) Vernetzung fördern und in denen neue Zusammenarbeits- und Vergütungsmodelle sowie Qualitätskriterien vereinbart werden.
- Krankenversicherer können v.a. in ländlichen Regionen und bei Bedarf den Aufbau regionaler Versorgungsnetze mit Anschubfinanzierungen unterstützen und die Standortattraktivität in sehr abgelegenen/alpinen Regionen mit differenzierten Taxpunktwerten fördern.
- Krankenversicherer entwickeln – zusammen mit Leistungserbringern – neue Vergütungsmodelle und wenden sie in Pilotprojekten an.
- Krankenversicherer entwickeln oder unterstützen Programme zur Stärkung der Gesundheits- und Patientenkompetenz.

Für die öffentliche Hand

- Kantone und Gemeinden fördern bei Bedarf den Aufbau von Integrierten Organisationen mit vergünstigten Darlehen und Projektfinanzierungen. Sie knüpfen Unterstützungsbeiträge an Bedingungen, welche z.B. Zusammenarbeit, Weiterbildung, oder Forschung in der Region begünstigen.
- In ländlichen Regionen stellen Kantone und Gemeinden bei Bedarf Räumlichkeiten zur Verfügung oder (vor-)finanzieren die IT-Infrastruktur.
- Kantone fördern den Erfahrungsaustausch und den Wissensaustausch zwischen Organisationen der Integrierten Versorgung.

HINTERGRUND

Die Integrierte Versorgung in der Schweiz wächst seit Jahren eindrücklich. Gleichzeitig ist auf vielen Ebenen eine neue Dynamik zu beobachten: Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik», die gemeinsame Plattform von Bund und Kantonen, will die koordinierte Versorgung stärken und bereits 2015 erste Lösungsansätze diskutieren. Mehr als zwei Drittel der Hausärzte sind einem Ärztenetz angeschlossen. Spitäler interessieren und engagieren sich stärker für integrierte Versorgungsformen. Eine wachsende Zahl multiprofessioneller Behandlungsprogramme optimiert auf Basis des Chronic-Care-Modells die Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten. Das Rationale hinter dieser Dynamik ist die Tatsache, dass mehr Integration und Koordination die Resultate und Qualität der Patientenbehandlung verbessert.

Vor diesem Hintergrund beschloss das fmc, Trendszenarien zur Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung in der Schweiz zu erarbeiten.

Der fmc-Denkstoff «Trendszenarien Integrierte Versorgung Schweiz» ist das Ergebnis eines mehrstufigen Prozesses: Ausgehend von den relevanten Treibern der Entwicklung der Integrierten Versorgung und der relevanten Evidenz aus der Literatur hat eine Expertengruppe des fmc unter Einbezug des Strategischen Beirats die vorliegenden Trendszenarien erarbeitet.

Anwendungsbeispiele

Ergänzt wird das Dokument mit 16 Anwendungsbeispielen aus der Schweiz, deren gemeinsamer Nenner die vertikale Integration ist (ab Seite 26). Sie unterstreichen die Vielfalt der Lösungsansätze und die Innovationskraft der Partner in der Integrierten Versorgung

DIE ZIELE DER TRENDSZENARIEN

Die Szenarien beschreiben Trends oder mögliche Entwicklungen der Integrierten Versorgung in der Schweiz in den nächsten fünf bis zehn Jahren. Sie enthalten bewusst keine Wertungen, stehen nicht in Konkurrenz zueinander und sind ebenso wenig Wunschsznarien des fmc. Sie orientieren sich an aktuellen Innovationen und Initiativen. Mit den nachfolgend beschriebenen Trendszenarien wollen wir

- die Entwicklung der Integrierten Versorgung in der Schweiz unterstützen und ein breites Verständnis fördern (im Sinne einer «gemeinsamen Sprache»);
- Diskussionen über erwünschte und unerwünschte Entwicklungen in Gang setzen;
- den zentralen Akteuren – Leistungserbringer, Krankenversicherer & andere Kostenträger, Patienten, Politik & Öffentliche Hand – Orientierung geben und Handlungsspielräume aufzeigen (auch bisher nicht genutzte).

Wir gehen davon aus, dass sich die Integrierte Versorgung differenziert und je nach Umfeld (Zentrum/Peripherie, Altersstruktur, Versorgungs- und Leistungsangebot etc.) unterschiedlich entwickeln wird. Deshalb formulieren wir drei Trendszenarien: Land, Urbane Region und Gross-Stadt.

Wir verstehen diese Szenarien nicht als scharf voneinander abgegrenzt. Es sind Kombinationen und weitere Varianten als die hier gewählten möglich, beispielsweise urbane Regionen und grosse Städte in grenznahen Räumen, wo ein grösseres Angebot von Spezialisten aus dem EU-Raum zu erwarten ist oder wo sich in Zukunft auch grenzüberschreitende Versorgungsorganisationen konstituieren könnten.

Die Szenarien fokussieren die Versorgung, d.h. die Integration der Behandlung und Betreuung, unabhängig davon, ob die beanspruchten Leistungen durch Unfall, akute oder chronische Krankheit, Gesunderhaltung oder Pflegebedürftigkeit bedingt sind.

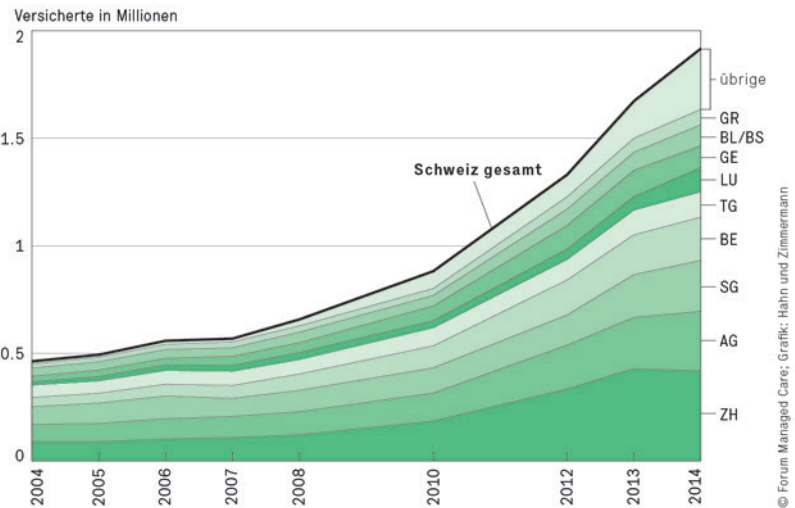
In der nachfolgenden Darstellung der Szenarien konzentrieren wir uns auf differenzierende Aspekte und verzichten zugunsten einer guten Lesbarkeit darauf, alle Einschätzungen in jedem Szenario zu wiederholen. Aspekte der Finanzierung, Steuerung und Regulierung sind erwähnt, wo sie für die Integration relevant sind.

Die Szenarien werden regelmässig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

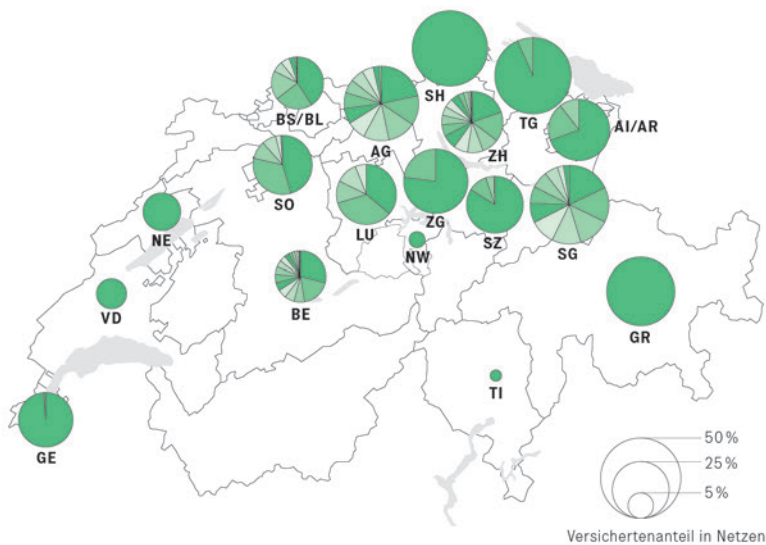
AKTUELLE ZAHLEN ZUR INTEGRIERTEN VERSORGUNG IN DER SCHWEIZ

Versicherte in Ärztenetzen pro Kanton und ganze Schweiz 2004-2014

Rund 2 Millionen (oder 24 Prozent) Versicherte waren zum Jahresbeginn 2014 einem der 75 Ärzte- und Praxisnetze angeschlossen. Das sind 44 Prozent mehr als 2012 und dreimal so viele wie 2008. Bemerkenswert ist, dass die Westschweiz aufholt: Waren Netzwerk-Versicherte früher einzig im Kanton Genf substantiell verbreitet, wächst deren Anteil seit 2012 in der Romandie rascher als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (58 Prozent zwischen 2012 und 2014 gegenüber 44 Prozent).



Regionale Verteilung und Versichertenanteile der Ärztenetze 2014

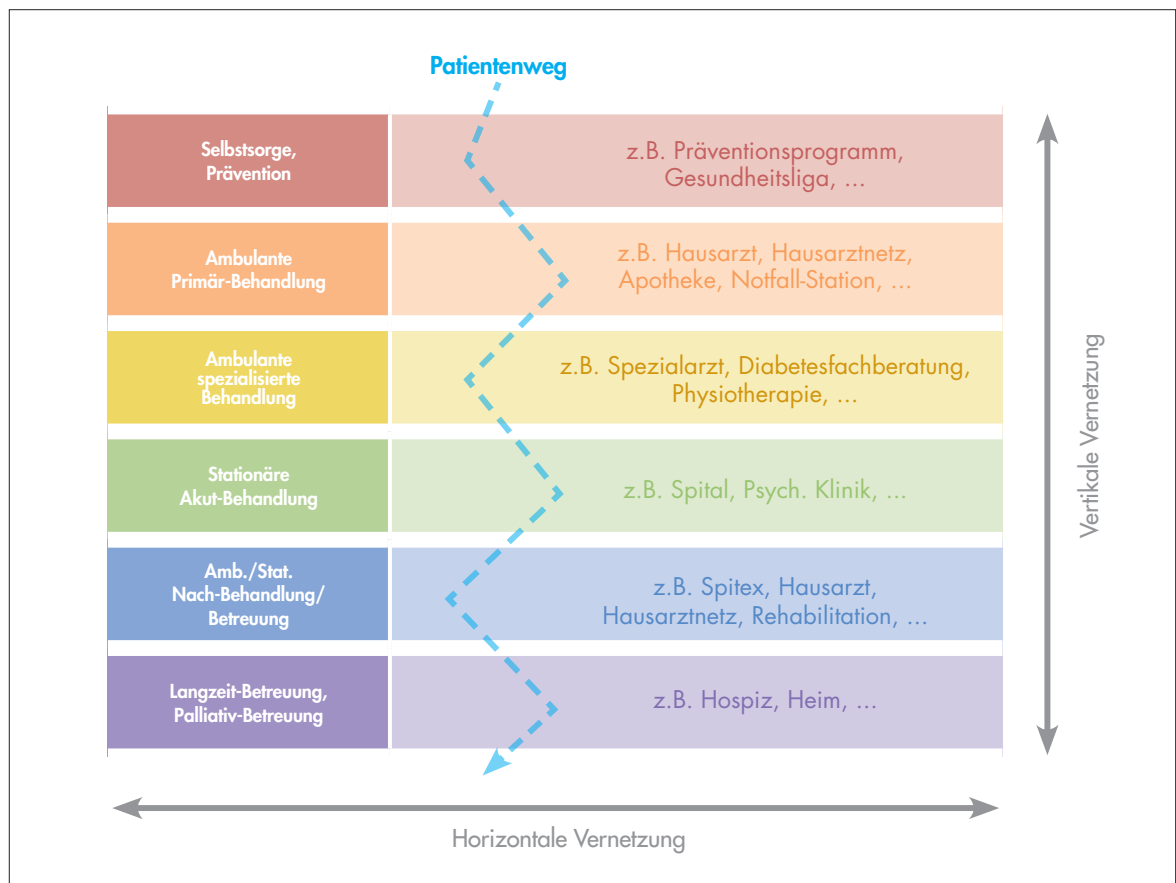


Die Ärztenetze differenzieren sich zunehmend; nur noch jedes fünfte ist ein reines Hausarztnetz. Das Spektrum reicht heute von Netzen mit einer kantonsweiten, fast vollständigen Abdeckung der hausärztlichen Versorgung wie im Kanton Graubünden bis zu sich konkurrierenden Netzen mit unterschiedlichen Leistungsspektren, Betreuungsprogrammen für chronisch Kranke oder vertraglichen Kooperationen wie in den urbanen Zentren Zürich oder Bern.

DAVON GEHEN WIR AUS

- Die horizontale Integration, das heisst die Vernetzung innerhalb eines Bereichs oder Sektors (z.B. innerhalb der ambulanten Grundversorgung), wird konsequent fortgeführt. Sie wird schrittweise ergänzt durch eine vertikale Integration, das heisst die bereichs- oder sektorenübergreifende Vernetzung entlang der Betreuungsprozesse (z.B. Grundversorger-Akutspital-Rehabilitation-Langzeitpflege; Abb. 1).
- Wir berücksichtigen (sprach-)regionale Unterschiede (z.B. zwischen Deutsch- und Westschweiz), laufende oder geplante kantonale, überregionale und nationale Initiativen sowie Strukturen und Instrumente, die sich in den letzten 20 Jahren etabliert haben. Dazu gehören Ärzte-/Versorgungsnetze, Qualitätssicherungs- und Controlling-Systeme, Behandlungspfade, Disease-Management-Programme.
- Wir berücksichtigen alle Stakeholder: Leistungserbringer, Krankenversicherer und andere Kostenträger, Patienten, Politik und Öffentliche Hand.

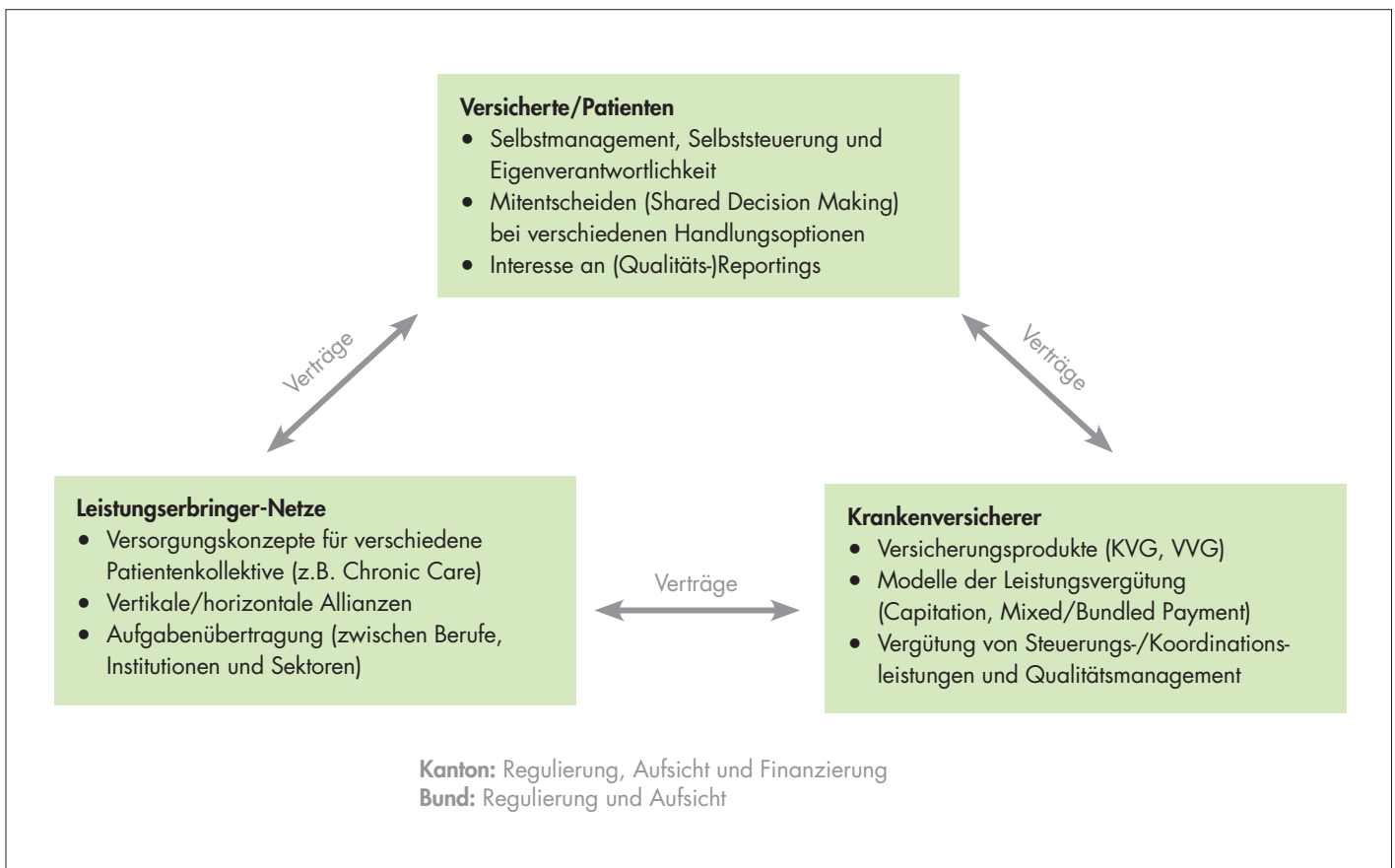
Abb. 1: Horizontale und vertikale Integration



- Zentraler Treiber der Integrierten Versorgung ist das Zusammenspiel von Versicherten/Patienten, Leistungserbringern und Krankenversicherern. Die gegenseitigen Beziehungen sind vertraglich geregelt (Abb. 2).
- Um dieses Zusammenspiel zu fördern, werden mehr und mehr elektronische Hilfsmittel zur Erfassung, Weitergabe und Auswertung von patienten-, qualitäts- und prozessorientierten Daten eingesetzt. Dafür ist es nötig, dass die Industrie den

Leistungserbringern und Patienten IT-Lösungen anbietet, die offen sind, auf anerkannten Standards basieren und einen integrierten Datenaustausch ermöglichen. Auf diese Weise werden regionale Versorgungsgrenzen überbrückt und bewährte Anwendungen lassen sich national nutzen. Die Entwicklung solcher Lösungen orientiert sich an den Arbeiten zur Umsetzung der «Strategie eHealth Schweiz» von Bund und Kantonen; damit ist auch die Investitionssicherheit gewahrt.

Abb. 2: Zusammenspiel der Akteure in der Integrierten Versorgung



A scenic landscape photograph featuring a church spire in the mid-ground, a mountain peak in the background, and a field of red flowers in the foreground. The text 'TRENDSZENARIO LAND' is overlaid in white.

TRENDSZENARIO LAND

RAHMEN

Ländliche bzw. bergige Region mit niedriger, aber auch unterschiedlicher Bevölkerungsdichte (um 50 Einwohner pro km²). Bedingt durch den Tourismus starke saisonale Schwankungen der Anzahl versorgter Personen. Gemeinden mit 1'000 bis 7'000 Versicherten. Grosse regionale Unterschiede, vom Tourismus-Ort der gehobenen Preisklasse bis zum traditionellen Bergbauerndorf. Der Mangel an Hausärzten, spezialärztlichen Angeboten und anderen Fachkräften ist hier im Vergleich zu städtischen Gebieten besonders spürbar: 1 Allgemeinpraktiker pro 3000 Einwohner gegenüber 1 pro 1500 in den grossen Städten. Ein langjähriges Bezirksspital wird – u.a. wegen zu kleiner Fallzahlen – geschlossen bzw. in ein Gesundheitszentrum umgewandelt.

Beispiele sind das Unterengadin oder die Region Simmental-Saanenland.



**Gemeinden mit
1'000 bis 7'000
Versicherten**



**Bezirksspital in
Gesundheitszentrum
umgewandelt**



**1 Allgemeinpraktiker
pro 3000 Einwohner**



GESUNDHEITS- UND PATIENTENVERSORGUNG

Wichtigstes Element ist das Regionale Gesundheitsnetz, das von einer Gruppe engagierter Haus- und Spezialärzte initiiert und zusammen mit dem regionalen Spitalzentrum aufgebaut wurde. Das Regionale Gesundheitsnetz umfasst als wesentliche Elemente beispielsweise:

- Zwei Gesundheitszentren: Gruppenpraxen mit 2 bis 4 Grundversorgern, 2 bis 4 spezialisierten Ärzten, chirurgisch/spezial-medizinischen Ambulatorien, Radiologie, Beratungsdiensten (z.B. Diabetesberatung), Physiotherapie, Apotheken. Das eine Gesundheitszentrum stellt bestimmte Leistungen für die gesamte Region zur Verfügung (z.B. ambulante Psychiatrie oder kleines stationäres, v.a. orthopädisches und chirurgisches Angebot).
- Ein allgemeinmedizinisches Ärztezentrum auf dem Areal eines Pflegezentrums in der Region.
- Einzel- und Gruppenpraxen mit allgemein- und spezialärztlicher Ausrichtung.
- «Flying doctors»: mobile Grundversorger-Equipen aus Ärzten und Nurse Practitioners, die Patienten trotz Fachpersonalmangel zuhause aufsuchen.
- Spitex, Alterspflege mit betreutem Wohnen und angeschlossenen Pflegezentren.
- Weit entwickelte Betreuungsprogramme für chronisch Kranke (insbesondere mit Diabetes, COPD und Herzinsuffizienz) unter Einbezug von nichtärztlichen Leistungserbringern wie Apotheker und spezialisierte MPAs oder Pflegefachpersonen.
- Fortschrittliche telemedizinische Angebote, z.B. eine (hausärztliche) Online-Praxis oder Online-Sprechstunden für spezialärztliche Bedürfnisse wie Tele-Dermatologie.
- Für die im Einzugsgebiet nicht angebotenen Leistungen bestehen Kooperationen mit dem regionalen Spitalzentrum und weiteren Einrichtungen. Die Notfallversorgung und der Rettungsdienst werden in Zusammenarbeit mit dem regionalen Spitalzentrum gewährleistet.

Das Gesundheitsnetz übernimmt die Koordination der Versorgung in der gesamten Region und stimmt sämtliche Angebote aufeinander ab. Ein Forschungsprojekt untersucht anhand der Beanspruchung von ambulanten und stationären Leistungen, wie gut die flächendeckende Versorgung funktioniert. Diese Versorgungsforschung unterstützt die Zustimmung der Bevölkerung zum Regionalen Gesundheitsnetz.

Das Netz bzw. die darin zusammengeschlossenen Leistungsanbieter fühlen sich verantwortlich für eine qualitativ hochwertige Versorgung der gesamten Bevölkerung in der Region, ebenso für die Touristinnen und Touristen. Das bedeutet auch, dass die Potentiale integrierter Versorgungsmodelle, namentlich attraktivere Arbeitsplätze für (Haus-)Ärzte und ein besserer Zugang zur Betreuung für Patienten, weitestmöglich ausgeschöpft werden.

FINANZIERUNG

Das Gesundheitsnetz finanziert seinen Aufbau primär durch Eigenmittel der Organisation.

Abhängig von regionalwirtschaftlichen Rahmenbedingungen wird der Aufbau durch Förderbeiträge von Gemeinden, Kanton und Krankenversicherern oder weiterer Partner unterstützt. Dabei findet eine enge Absprache statt, damit die finanziellen Mittel bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Die laufende Tätigkeit des Gesundheitsnetzes finanziert sich weitgehend aus den Leistungsvergütungen. Der Zweckverband der involvierten Gemeinden und der Kanton beteiligen sich wenn notwendig an gemeinschaftlichen Leistungen, z.B. für Notfall- oder Pikettorganisation.

Weitere Beiträge, zum Beispiel des Kantons, unterstützen Programme wie Praxisassistenzen, ein Transferprogramm Stadt/Land (um die hausärztliche Kapazität sicherzustellen) oder Beiträge fürs Qualitätsmanagement (z.B. interdisziplinäre Qualitätszirkel, Sammeln und Auswerten von Daten zur Patientenversorgung).

STEUERUNG

Die Kooperation der im Netz engagierten Leistungserbringer/-organisationen ist in einer Vereinbarung zwischen Netz und Leistungserbringer verbindlich geregelt. Wesentliche Punkte darin sind:

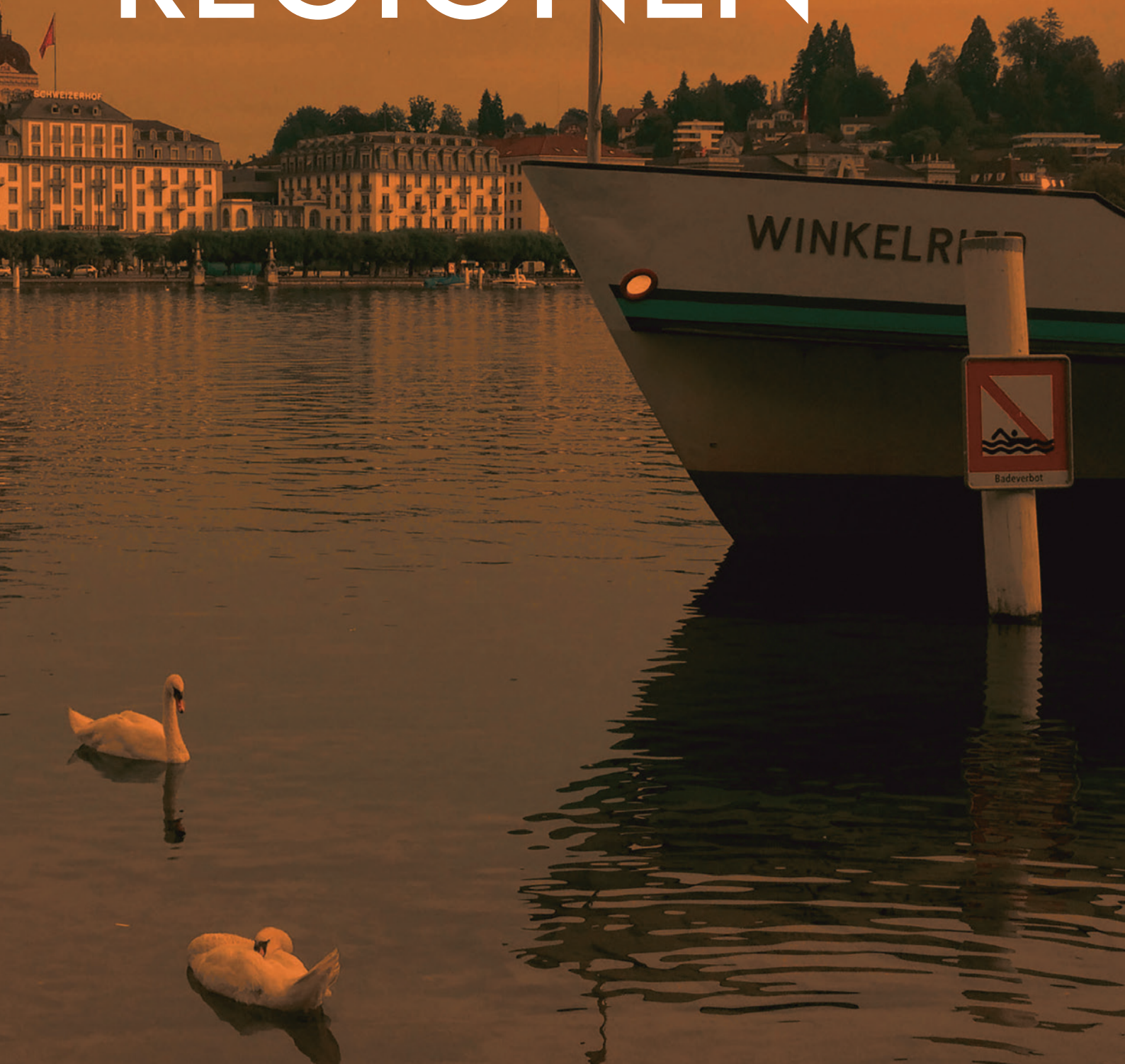
- Spezifische Weiterbildungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit;
- Qualitätsmanagement (z.B. interdisziplinäre Qualitätszirkel, gemeinsam entwickelte Qualitätsindikatoren, Datenerfassung und Datenauswertung);
- Teilnahme an gemeinsamen Projekten (z.B. gemeinsamer Einkauf, gemeinsame Betreuungsprogramme, Forschungsprojekte).

Das regionale Gesundheitsnetz ist eigenständig organisiert und wird von einer Geschäftsleitung geführt. Wichtigste Träger sind die Gemeinden der Region bzw. deren Zweckverband sowie Private (z.B. Leistungserbringer/-organisationen).

Das Gesundheitsnetz organisiert jährlich eine «Regionale Konferenz Integrierte Versorgung», an der sich alle Interessierten über Projekte und Steuerungsinstrumente informieren können. Der Kanton kann Rahmen und Anreize setzen, um

- die Mobilität von Leistungserbringern zu fördern, zu planen und zu steuern (z.B. durch das Bereitstellen von Infrastruktur);
- die Multifunktionalität und Aufgabenteilung zu fördern, zu planen und zu evaluieren;
- Behandlungsprogramme für bestimmte Patientengruppen (z.B. Diabetiker) einzuführen und zu evaluieren.

TRENDSZENARIO URBANE REGIONEN



RAHMEN

Eher städtisch geprägte Region (Agglomeration, Einzugsgebiet > 150'000 Versicherte, Bevölkerungsdichte um 500 Einwohner pro km²). Wichtige Wirtschaftsregion mit Unternehmen in unterschiedlichen Branchen, Tourismus, Fachhochschule und Kantonsspital (mit mehreren Standorten). Zwischen öffentlichen und privaten Spitälern besteht ein zunehmender Wettbewerb um Patienten und Leistungsangebote (Spitallisten). Vor einigen Jahren wurde die ambulante Notfallversorgung zentral und mit einer von Haus- und Spitalärzten gemeinsam geführten Notfallpraxis im Kantonsspital neu konzipiert. Damit werden die Hausärzte entlastet und nicht spitalbedürftige Patienten rechtzeitig triagiert.

Beispiele sind die Region Aarau/Baden oder der Grossraum Luzern.



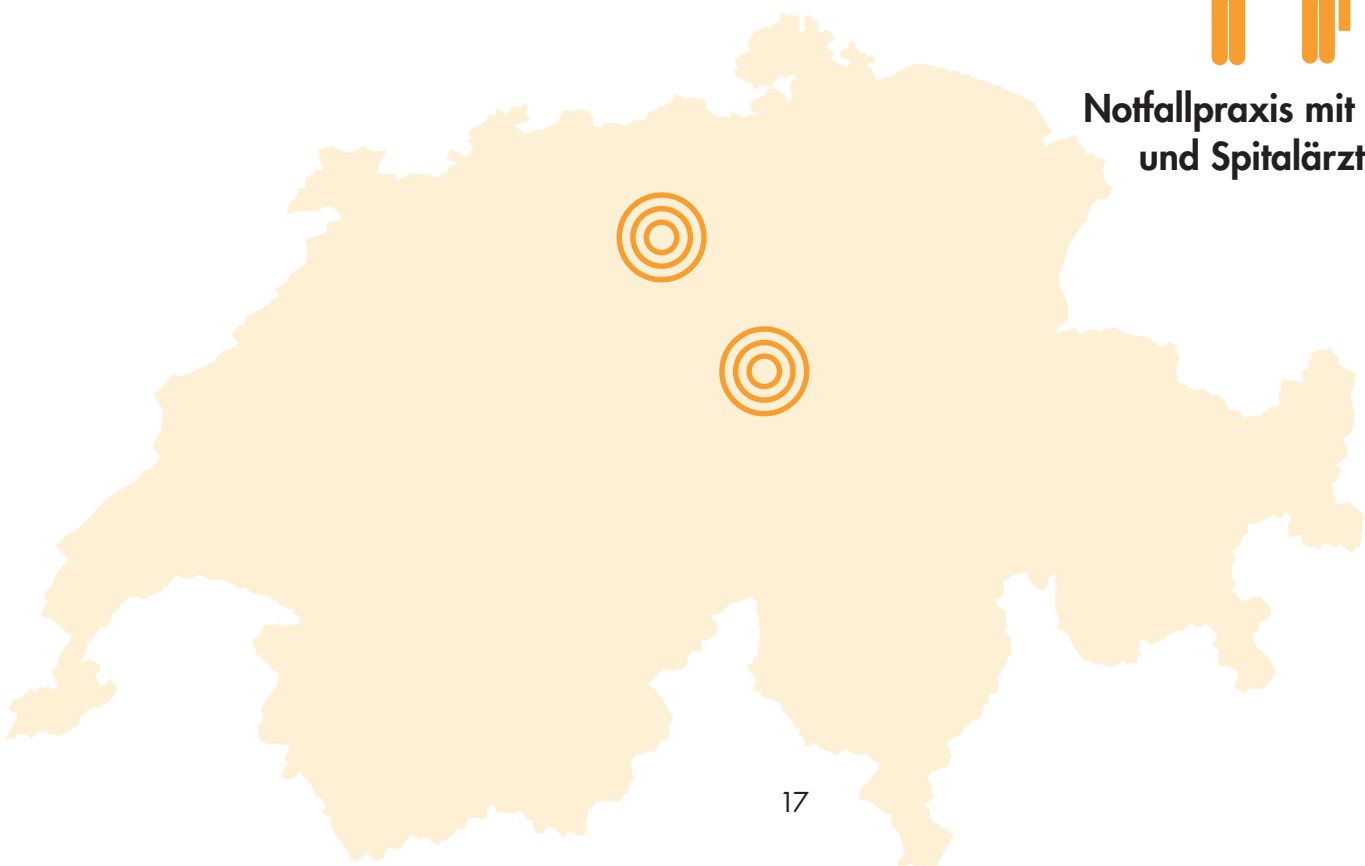
**> 150'000
Versicherte**



**Wettbewerb zwischen
öffentlichen und
privaten Spitälern**



**Notfallpraxis mit Haus-
und Spitalärzten**



GESUNDHEITS- UND PATIENTENVERSORGUNG

Die guten Erfahrungen mit der spitalbasierten Notfallpraxis und anderen Projekten des Spitals und der beiden Ärztenetze in der Umgebung, sind die Grundlage für den weit reichenden Kooperationsverbund in dieser Region. Kern dieses Verbundes ist ein Nebeneinander von unterschiedlichen Leistungserbringer-Konglomeraten (und nicht eine eigenständige, übergeordnete Struktur), die sich durch meist bilaterale Kooperationsvereinbarungen abstimmen:

- Zwei Ärztenetze mit allgemeininternistischen und spezialisierten Einzel- und Gruppenpraxen sowie drei grössere Ärztezentren decken ein breites medizinisches Leistungsspektrum ab und schliessen Apotheken sowie Röntgen- und Labor-Einrichtungen ein. Viele der spezialisierten Ärzte sind als Belegärzte an einem der Spitalstandorte tätig. Eines der beiden Netze profiliert sich in der Prävention und Gesundheitsförderung und wirbt mit intelligenten Vorsorgeprogrammen um Versicherte.
- Ein Psychiatrienetz vereint die ambulanten und stationären Einrichtungen der Region und ist verantwortlich für die Betreuung von Menschen mit psychischen und psychiatrischen Störungen. Das Netz betreibt u.a. ein Kriseninterventionszentrum und ein psychiatrisches Case Management und pflegt verbindliche Kooperationen insbesondere mit den Ärztenetzen, Pflegeeinrichtungen und Sozialdiensten.
- Das kantonale Spital umfasst drei teilautonome Standorte mit unterschiedlichen Schwerpunkten und gemeinsamen, standortübergreifenden Bereichen, die departmental organisiert sind. Ausserdem baute das Spital ein Ärztezentrum und zwei Gemeinschaftspraxen auf und betreibt diese in Zusammenarbeit mit Partnern; Ärzte und Personal sind angestellt. Die Mitarbeitenden können flexibel im Spital oder im Ärztezentrum eingesetzt werden.
- Die überdurchschnittliche Vielfalt an Chronic-Care-Betreuungsmodellen wird durch die enge Zusammenarbeit von Grundversorgern, Spezialisten sowie spitalbasierten ambulanten und stationären Leistungsbereichen ermöglicht. Die Besonderheit dieser Modelle ist die bessere Abstimmung der einzelnen (medizinischen) Massnahmen sowie der Bedürfnisse von Patienten und ihrer Angehörigen. Die gemeinsame, mehrheitlich elektronische Patientendokumentation erleichtert diese Betreuungskonzepte erheblich. Die Chronic-Care-Modelle werden in Forschungsprojekten zusammen mit wissenschaftlichen Instituten evaluiert.
- Andere Leistungserbringer (Apotheken, Reha, Spitex, Pflegeeinrichtungen) sind mehrheitlich über bilaterale Kooperationsverträge eingebunden.
- Wer den Patienten steuert, ist differenziert vereinbart: In vielen Fällen ist es der

Grundversorger; bei komplexen chronischen Situationen sind es spezialisierte Leistungserbringer; für vornehmlich pflegerisch Betreute stehen Patienten-Coaches im Einsatz, die einem Spital oder Netz angeschlossen sind. Ein steigender Anteil der Betreuung folgt Behandlungsprotokollen und Guidelines.

- Die Notfallversorgung und der Rettungsdienst werden gemeinsam von den ambulanten und stationären Leistungserbringern des Kooperationsverbundes gewährleistet.

Das engagierte Mitwirken der Leistungserbringer treibt die intensiven Kooperationen massgeblich an; sinnvolle Rahmensetzungen und Leistungsanreize von Politik und Finanzierenden unterstützen sie dabei. Auf diese Weise werden attraktive Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Arbeitsplätze für MPAs, Pflegenden und Ärzte geschaffen. Darin liegt mittel- bis langfristig ein beträchtlicher Mehrnutzen.

FINANZIERUNG

Verschiedene Kooperationspartner bilden eine Organisation, die mit den Krankenversicherern eine geeignete Form der Leistungsvergütung vereinbart (z.B. Budgetmitverantwortung, Mixed/Bundled Payment, Pay-for-Performance-Modell, Mitfinanzierung von spezifischen Chronic-Care-Betreuungsmodellen).

Denn eine Vergütung, welche Behandlungsprozesse über mehrere Versorgungsstufen umfasst, insbesondere Spital und ambulante Leistungserbringer, unterstützt eine kohärente Betreuung und reduziert die Risiken DRG-bedingter Verkürzungen der Hospitalisationsdauer.

Kantonale Beiträge können bei Bedarf die Finanzierung von Praxisassistenzen (ärztliche Weiterbildung in Praxen) und besondere Qualitätsinitiativen und -Massnahmen (z.B. Sammeln und Auswerten von Daten zur Patientenversorgung) unterstützen.

STEUERUNG

Die Kooperation der in den Organisationen engagierten Leistungserbringer ist in einer Vereinbarung zwischen Organisation und Leistungserbringer verbindlich geregelt. Wesentliche Punkte darin sind:

- Spezifische Weiterbildungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit;
- Qualitätsmanagement (z.B. interdisziplinäre Qualitätszirkel, gemeinsam entwickelte Qualitätsindikatoren, Datenerfassung und Datenauswertung);
- Teilnahme an gemeinsamen Projekten (z.B. gemeinsamer Einkauf, gemeinsame Betreuungsprogramme, Forschungsprojekte);
- Aufteilung der Leistungsabgeltungen auf die einzelnen Leistungserbringer.

Die Organisationen sind eigenständig und werden von einer Geschäftsleitung geführt.

A photograph of a rooftop terrace at dusk. In the foreground, several people are seated at tables, some looking towards the camera. The terrace is decorated with strings of warm white lights. In the background, a tall, modern glass skyscraper stands prominently against the twilight sky. Below the skyscraper, there are older, multi-story buildings. A flagpole with a flag is visible on one of the buildings. The overall atmosphere is relaxed and social.

TRENDSZENARIO GROSS- STADT

RAHMEN

Grosstädtische Agglomeration mit Einzugsgebiet von >300'000 Versicherten (Bevölkerungsdichte über 1000 Einwohner pro km²), einem Universitätsspital, vielen hochspezialisierten Einrichtungen wie Tumor- oder Transplantationszentren sowie weiteren Spitälern. Hohe Ärztedichte im ambulanten Sektor mit rund 5 Ärzten pro 1000 Einwohner (davon 0.7 Allgemeinpraktiker), Tendenz steigend. Es entwickeln sich zahlreiche und unterschiedliche Organisationen und Modelle der Integrierten Versorgung, z.B. Ärztenetze mit Allgemeinmedizinerinnen und/oder Spezialisten, Ärzte-/Therapiezentren, Chronic-Care-Modelle, Modelle für Demenzkranke und ihre Angehörige, für spezielle Kundensegmente (Frequent Flyers mit Versorgungsnetz im Ausland, Expats, für Lifestyle-Medizin mit Check-ups, Antiaging, ästhetischen Eingriffen).

Beispiele sind Städte und Agglomerationen wie Basel, Bern, Genf-Lausanne oder Zürich.



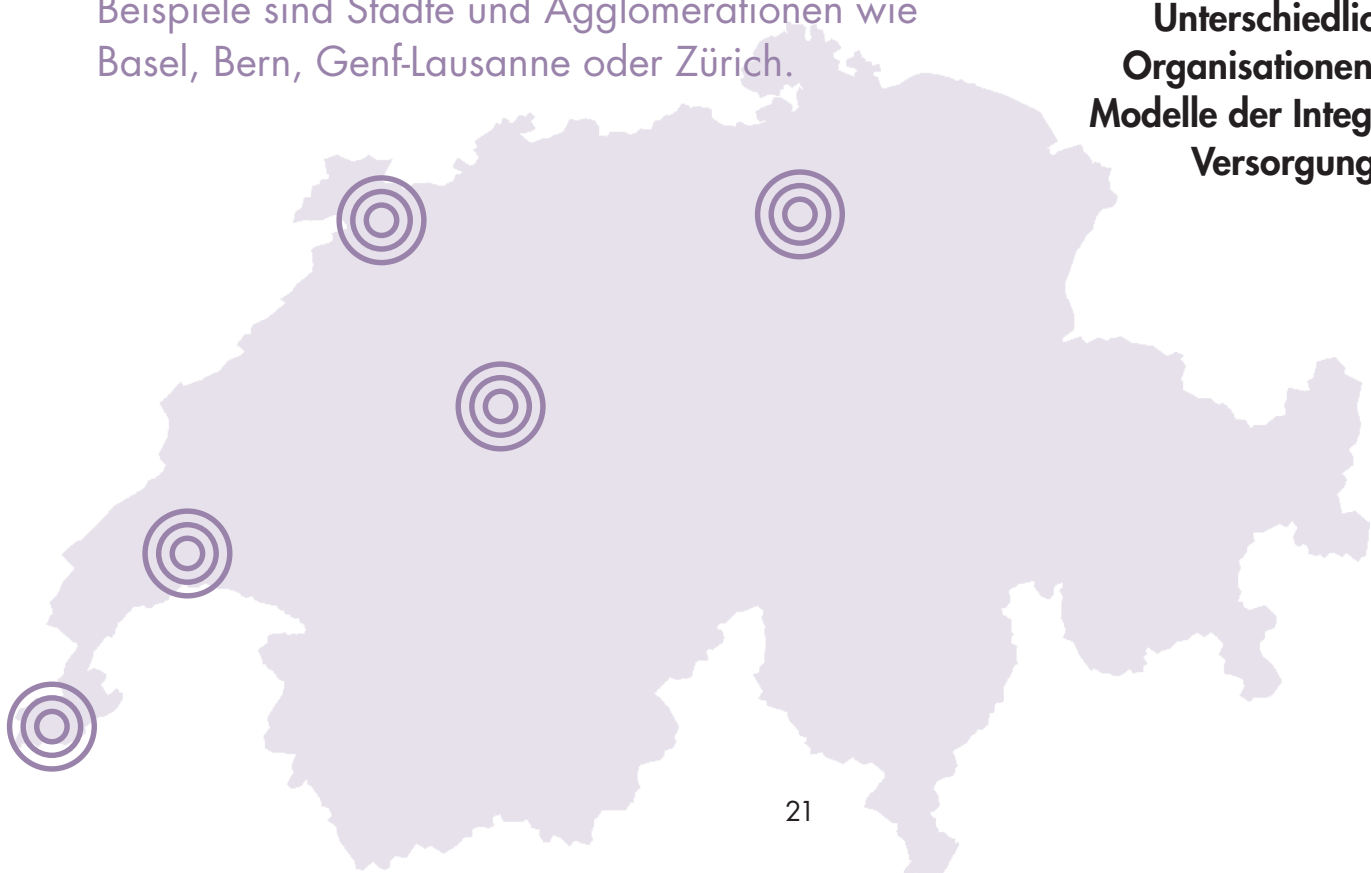
**> 300'000
Versicherte**



**Universitätsspital,
sowie weitere Spitäler**



**Unterschiedliche
Organisationen und
Modelle der Integrierten
Versorgung**



GESUNDHEITS- UND PATIENTENVERSORGUNG

Die Gesundheits- und Patientenversorgung zeichnet sich – als Folge der hohen Leistungserbringer-Dichte – durch ein vielfältiges Nebeneinander von integrierten ambulanten und stationären Organisationen aus:

- Mehrere und unterschiedlich positionierte Ärztenetze (reine Hausarztnetze, Netze mit ärztlichen Grundversorgern und Spezialisten, Netze mit ärztlichen/nicht-ärztlichen Mitgliedern) bieten ihre Leistungen alleine an oder in Kooperation mit anderen Organisationen wie Spitälern, Spitex, Pflegeheimen, Apotheken, Reha- und Physio-Einrichtungen. Innerhalb dieser Netze bzw. Kooperationen hat sich eine ausgeprägt interdisziplinäre Arbeitsteilung entwickelt, namentlich zwischen Hausärzten, Spezialisten, Apotheken sowie spezialisierten MPAs und Pflegefachpersonen.
- Im grossen Gesundheitszentrum, das von einem Spital und zwei Ärztenetzen realisiert wurde, finden sich eine Notfallpraxis mit 365x24-Stunden-Zugang, mehrere Kompetenzzentren für bestimmte Patientengruppen (z.B. ein psychiatrisches Walk-in-Ambulatorium, ein Geriatrie-Zentrum, ein Chronic-Care-Zentrum) sowie Spitex-Dienste mit einer kleinen Bettenstation für Kurzbetreuungen von älteren Patienten.
- Ausserdem ist das Gesundheitszentrum eine attraktive Aus- und Weiterbildungsstätte für Mediziner, Pflegende und MPAs.
- Patientengruppen mit komplexen Betreuungsbedürfnissen werden in eigenen Netzstrukturen betreut: beispielsweise in einem Onkologie-Netz, in dem Patientenpfade, klinische Entscheidungsfindung, Konferenzen und Boards bis hin zu den Terminvereinbarungen vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. Das Onkologie-Netz zeichnet sich durch innovative Betreuungsformen und eine ausgesprochen starke Patientenorientierung aus, beispielsweise indem die Patienten Community in die Entwicklung von Patientenpfaden oder in ärztliche Weiterbildungen involviert wird.
- Das Universitätsspital betreibt ein grosses Patienten-Hotel, in dem Patienten – sobald sie nach einer Operation oder Geburt keine intensive Pflege mehr benötigen – untergebracht werden und wo bei Bedarf die zuständigen Ärzte beigezogen werden können. Ebenfalls in unmittelbarer

Nähe führt das Universitätsspital ein intermediäres Pflegeheim, das geriatrische und palliative Patienten zwischen der Akut-Hospitalisation und dem Aufenthalt in einer Langzeitinstitution oder zu Hause betreut.

Zwischen den verschiedenen Organisationen besteht ein innovationsförderlicher Wettbewerb. Andererseits besteht die Gefahr der Behinderung von Kooperationen, beispielsweise wenn grosse Spitäler kleinere Kooperationspartner vergrämen, indem sie darauf bestehen, (zu) viel selber zu tun. Konfliktpotential birgt ausserdem die Konkurrenzsituation zwischen dem integrierten Versorgungsbereich und Privatspitälern (bzw. den dort tätigen Belegärzten), namentlich bei zusatzversicherten Patienten.

FINANZIERUNG

Verschiedene Kooperationspartner bilden eine Organisation, die mit den Krankenversicherern eine geeignete Form der Leistungsvergütung vereinbart (z.B. Capitation-basierte Budgetmitverantwortung, Mixed/Bundled Payment, Pay-for-Performance-Modelle). Ist diese von Spital und ambulanten Leistungserbringern getragen, werden dadurch eine kohärente Betreuung unterstützt und die Risiken DRG-bedingter Verkürzungen der Hospitalisationsdauer reduziert.

STEUERUNG

Die Zusammenarbeit zwischen Institutionen und Leistungserbringern in einer Organisation ist in Kooperationsvereinbarungen geregelt. Der Anbieter-Wettbewerb ist ein zusätzliches Steuerungselement. Voraussetzung dafür ist eine grössere Transparenz für die Patienten (z. B. Public Reportings, Zertifizierung), so dass sich diese über die Qualität der Anbieter bzw. der Leistungen informieren können. Wenn notwendig, sind dafür die gesetzlichen Rahmenbedingungen anzupassen.

HANDLUNGSOPTIONEN UND ANREIZE

Die Entwicklung der Integrierten Versorgung wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten massgeblich durch Initiativen der Akteure selber, insbesondere der Leistungserbringer und Versicherer angetrieben. Damit ist auch in Zukunft zu rechnen. Deshalb formulieren wir mögliche Handlungsoptionen und Anreize, welche vor allem die vertikale, sektorenübergreifende Integration befördern und sich in allen Trendszenarien umsetzen lassen.

Für Leistungserbringer

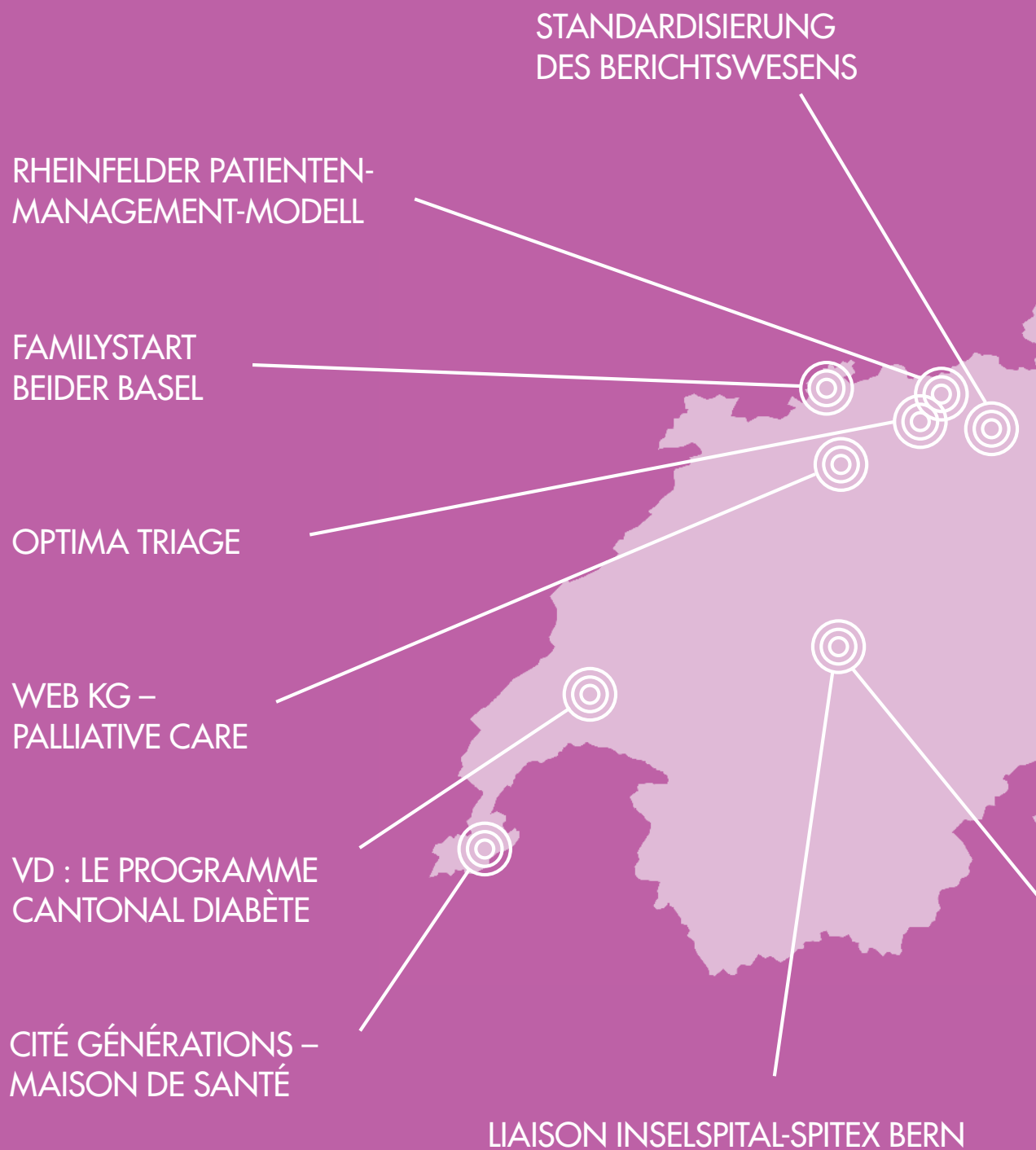
- Hausärzte/Hausarztnetze bauen sektorenübergreifende (vertikale) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern auf. Allgemein- oder spezialisierte Ärzte realisieren zusammen mit anderen Leistungserbringern Gesundheitszentren (z.B. in einem ehemaligen Klein-Spital).
- Leistungserbringer entwickeln – allenfalls mit telemedizinischen Anbietern – Betreuungsprogramme für chronisch Kranke (insbesondere mit Diabetes, COPD und Herzinsuffizienz).
- In urbanen und städtischen Regionen profilieren sich Leistungserbringerorganisationen durch die Differenzierung ihre Angebote, z.B. nach Patientenbedürfnissen (Chroniker, Frequent Flyers etc.), nach Patientengruppen bzw. Krankheitsbildern (Stroke, Tumor, Demenz, Sucht, Burnout etc.) oder nach Service-Level (Soforttermine, 7-24-Stunden-Kontakt, Ausland-Assistance etc.). Spitäler und Leistungserbringer-Organisationen entwickeln spezielle Angebote für hochqualifizierte ausländische Fachkräfte in der Schweiz (Expats).
- Ein Versorgungsnetz organisiert sich als Genossenschaft, an der sich Versicherte/Patienten mittels Genossenschaftsscheinen beteiligen.
- Spitäler bzw. ambulant tätige Leistungserbringer realisieren gemeinsam Ärztezentren und Gemeinschaftspraxen und engagieren sich für vernetzte Strukturen und Prozesse. Patienten-Coaches in Spitälern unterstützen ein patientenorientiertes Austrittsmanagement und eine wirkungsvolle Nachbetreuung.
- In ländlichen Regionen stellen regionale Spitalzentren als Anreiz für neue Leistungserbringer Praxis-Infrastruktur für Ärzte zur Verfügung.
- Unternehmen aus anderen Branchen (z.B. Detailhandel, Hotellerie, Ernährung, Telekommunikation) beteiligen sich am Aufbau von Versorgungsnetzen und entwickeln spezifische Angebote für die Versicherten/Patienten (z.B. Prävention, Ernährung, Datenaustausch, Partizipation/Communities).
- Versorgungsnetze entwickeln – abgestimmt auf die eHealth-Strategie von Bund und Kantonen – erste Anwendungen für künftige elektronische Patientendossiers (z.B. elektronische Überweisungs- und Austrittsberichte, elektronisches Impfdossier, elektronische Patientenverfügung, elektronischer Diabetes-Pass, elektronischer Mutter-Kind-Pass für Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren und Kleinkindern).

Für Krankenversicherer

- Krankenversicherer schliessen mit Organisationen Verträge ab, in denen auf die Bedürfnisse der Versicherten/Patienten ausgerichtete Zusammenarbeits- und Vergütungsmodelle sowie Qualitätskriterien vereinbart werden. Beispiele sind qualitätsorientierte Pay-for-Performance-Elemente oder Zusatzabgeltungen für spezifische Chronic-Care-Betreuungsprogramme.
- In ländlichen Regionen können Krankenversicherer den Aufbau regionaler Versorgungsnetze bei Bedarf mit einer Anschubfinanzierung unterstützen. In sehr abgelegenen/alpinen Regionen können allenfalls differenzierte Taxpunktwerte zur Förderung der Standortattraktivität beitragen. Im Gegenzug profitieren die Versicherer von der höheren Effizienz und Effektivität regionaler Versorgungsnetze.
- Krankenversicherer entwickeln – zusammen mit Leistungserbringern – neue Vergütungsmodelle (oder lassen diese entwickeln) und wenden sie in Pilotprojekten an (z.B. Mixed/Bundled Payment, Pay for Performance).
- Krankenversicherer und Leistungserbringer unterstützen den Aufbau einer Dienstleistungsorganisation für Versicherte/Patienten, welche die Gesundheits- und Patientenkompetenz fördert (z.B. Befähigung zum Selbstmanagement; Bewertung von Produkten, Leistungen und Leistungserbringern; sorgsamer Umgang mit Gesundheits- und Krankheitsinformationen).

Für die Öffentliche Hand

- Kantone und Gemeinden unterstützen bei Bedarf den Aufbau regionaler Versorgungsnetze mit vergünstigten Darlehen und Projektfinanzierungen. Denn solche Netze gewährleisten in ländlichen Regionen die Versorgungssicherheit (Erhalt/Schaffung von Arbeitsplätzen, weniger/keine Abwanderung, Stärkung von Tourismusregionen) und in urbanen bzw. städtischen Regionen können sie Überkapazitäten insbesondere bei Spezialisten reduzieren.
- Kantonale Beiträge sind an Bedingungen geknüpft, z.B. dass sich Leistungserbringer-Organisationen in der Region/im Hinterland engagieren (durch Zusammenarbeit, Weiterbildung, Forschung).
- Kantone fördern den Erfahrungsaustausch und den Wissenstransfer zwischen Organisationen der Integrierten Versorgung.
- In ländlichen Regionen stellen Kantone und Gemeinden als Anreiz für neue Leistungserbringer Räumlichkeiten zur Verfügung oder (vor-)finanzieren die IT-Infrastruktur.
- Kantone ergänzen ihre Leistungsaufträge an Spitäler mit Bestimmungen, welche die sektorenübergreifende Integration unterstützen.
- Bund und Kantone sorgen für Investitionssicherheit, indem sie z.B. einheitliche Standards für den elektronischen Datenaustausch vorgeben (abgestimmt auf die «Strategie eHealth Schweiz» von Bund und Kantonen).



ANWENDUN

HAUS DER GESUNDHEIT

AKUT UND REHA
UNTER EINEM DACH

IPW: INTEGRATION IN
DER PSYCHIATRIE

PONTE VECCHIO –
VOM SPITAL ZUM HAUSARZT

GESUNDHEITZENTRUM
UNTERENGADIN

INTEGRATION DER
SPITEX BEI PIZOLCARE

DOKUMENTENMANAGEMENT
IN PRAXEN

NETCARE-APOTHEKEN

GSBEISPIELE



GESUNDHEITSZENTRUM UNTERENGADIN

Seit 2007 arbeiten im Unterengadin wichtige Anbieter in den Bereichen Gesundheitsversorgung, ambulante und stationäre Pflege sowie Wellness unter einem Dach zusammen.

Das Gesundheitszentrum Unterengadin umfasst das Regionalspital, die Spitex-Dienste, eine Beratungsstelle, das Bogn Engiadina mit seinen angegliederten Betrieben, die Pflegegruppen in Scuol und Samnau sowie das Pflegeheim Chüra Lischana. Die Gesundheitsversorgung konnte so weiterentwickelt, koordiniert und noch bedürfnisgerechter gestaltet werden. Damit wird auch ein wichtiger Beitrag für eine hohe Versorgungs- und Lebensqualität der Bevölkerung geleistet.

Dieser Zusammenschluss stellt einen einzigartigen Schritt in der gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Entwicklung der Region dar, welchem auch national Pioniercharakter zukommt. Die Strukturen der einzelnen Betriebe wurden so angepasst, dass sie im Verbund optimal funktionieren und Synergien im Betrieb und bei Investitionen genutzt werden können. Die umfassenden und qualitativ hoch stehenden Angebote und Dienstleistungen wurden aufeinander abgestimmt und koordiniert. Zusätzlich wurden auch zahlreiche neue Projekte realisiert, die für die Versorgung der Bevölkerung von grosser Bedeutung sind. Dank der heutigen Positionierung ist die Gesamtorganisation in der Lage, die künftigen Herausforderungen erfolgreich zu meistern.

Integrative Medizin als Behandlungsphilosophie

Im Regionalspital wurden eine komplementärmedizinische Abteilung und eine Palliative-Care-Station in Betrieb genommen. Als schweizerische Neuheit wird die Schulmedizin mit einem komplementär- und palliativmedizinischen Angebot ergänzt. Eine umfassende Betreuungs- und Behandlungsphilosophie, die den Menschen in seiner Gesamtheit erfasst und wahrnimmt und daher als «integrative Medizin» bezeichnet wird. Ausserdem wurden eine Schmerztherapie sowie zusätzliche Konsiliar-Dienste eingeführt. Eindrücklich stellen sich die Zuwachsraten der vergangenen fünf Jahre bei der Nutzung der Spitalangebote dar: Die Zahl der stationären Patienten hat um 20 Prozent und jene der ambulanten Patienten um 46 Prozent zugenommen.

Bei der Pflegeversorgung wurden die ambulanten Dienstleistungen ausgebaut, mit dem Ziel, Bedürftige möglichst lange zu Hause betreuen zu können. Um diese Absichten zu stärken, wurde zusätzlich die Betreuung, Unterstützung und Koordination der pflegenden Angehörigen sowie die Freiwilligenarbeit ausgebaut. Von grosser Bedeutung für die regionale Versorgung waren auch die Inbetriebnahme der regionalen Pflege-Beratungsstelle sowie der zwei Pflegegruppen in Scuol und in Samnau. In Zernez wird in naher Zukunft eine weitere Pflegegruppe realisiert. Im Pflegeheim Chüra Lischana wurden Investitionen zur Steigerung der Wohn- und Betreuungsqualität getätigt.

Mit der Realisierung des Bogn Engiadina in Scuol wurde ein Meilenstein für die touristische und wirtschaftliche Entwicklung der ganzen Region gesetzt. Das Bad mit seinem umfangreichen Bäder- und

Von **Philipp Gunzinger**, Direktor Gesundheitszentrum Unterengadin

www.cseb.ch

Kontakt: Philipp Gunzinger
philipp.gunzinger@cseb.ch



Gesundheitszentrum Unterengadin: ein Meilenstein in der gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Entwicklung der Region

Therapieangebot ist 20-jährig. War es 1993 einzigartig, gibt es heute im Alpenraum zahlreiche attraktive Angebote. Dank umfangreicher Erneuerungs- und Erweiterungsinvestitionen im Umfang von 6.6 Millionen Franken wurden die Angebote so weiterentwickelt, dass sie auch in Zukunft den Anforderungen des Marktes und den Bedürfnissen der Gäste entsprechen.

Gesundheit und Tourismus als Verbund stärken

Die Sorge, dass mit dem Zusammenschluss all dieser Betriebe Arbeitsplätze gefährdet würden, ist der Freude über die Schaffung von zusätzlichen 50 Vollzeitstellen gewichen – davon acht neue Ausbildungsplätze für junge Menschen. Diese Entwicklung konnte erfreulicherweise bei gleichbleibenden Betriebsbeiträgen seitens der Trägerschaft realisiert werden.

Vor zwei Jahren hat das Gesundheitszentrum das langfristig ausgerichtete Projekt «Nationalparkregion – Gesundheitsregion» lanciert. Die Erfolgspotentiale der Nationalparkregion liegen in der intakten Natur- und Kulturlandschaft, einer naturnahen Landwirtschaft, im werte- und sinnorientierten Tourismus, in einer innovativen Gesundheitsversorgung sowie in einer gut ausgebauten Infrastruktur. Um diese Chancen noch besser nutzen zu können, werden die bereits vorhandenen Leistungen der Region in den Bereichen Gesundheit und Tourismus auf innovative Weise so verbunden und weiterentwickelt, dass zusätzliche Gästesegmente erschlossen werden können. So kann auch die Gesundheitsversorgung der einheimischen Bevölkerung wirtschaftlicher erbracht und damit langfristig für die Region sichergestellt werden. Das Gesundheitszentrum Unterengadin hat sich als innovatives Versorgungsmodell einer eher peripheren Region etabliert – mit einer weit überregionalen Ausstrahlung.



DOKUMENTEN- MANAGEMENT IN PRAXEN

Institutionsübergreifende Zusammenarbeit fördern und Prozessintegration ermöglichen: Das sind die Ziele des Projekts Larnags. Die Akzeptanz bei Ärztenetzen und Praxen ist hoch.

Von **Peer Hostettler**, Business Developer, und **Marc Condrau**, Projektleiter, BlueCare

www.bluecare.ch, www.zgn.ch, www.grisomed.ch

Kontakt: Peer Hostettler
peer.hostettler@bluecare.ch

Das Projekt, an dem BlueCare in Kooperation mit dem Zürcher Gesundheitsnetz (zgn) und der MC-Organisation Grisomed seit Mitte 2013 arbeitet, setzt an einem neuralgischen Punkt der Arbeitsorganisation in Arztpraxen an: bei der Triage von Informationen über die praxisexternen Behandlungen der Patienten. Heute gibt eine mittelgrosse Gruppenpraxis täglich rund 50 Aufträge für weiterführende Untersuchungen in Spitälern, Labors und bei anderen Leistungserbringern in Auftrag.

Andererseits gehen täglich rund 70 bis 100 Rückmeldungen von diesen Stellen in der Praxis ein. Diese kommen teilweise via E-Mail, zu 70 Prozent aber nach wie vor per Fax oder Brief in den Praxen an. Die Medizinischen Praxisassistentinnen verbringen daher einen Grossteil ihrer Arbeitszeit damit, die eingehenden Informationen jeweils dem Kontext des richtigen Patienten und Arztes zuzuweisen.

Überblick und Ordnung schaffen

Genau hier setzt Larnags an. Das Ziel des Projekts ist, eine praxisnahe und effiziente Möglichkeit zur Übermittlung von ausgehenden und der Triagierung von eingehenden Patienteninformationen zu schaffen. Durch die Bündelung der verschiedenen Informationskanäle wird eine Optimierung der Zuweisungsprozesse ermöglicht. Angenehmer Nebeneffekt: Das Fax als primäre Lösung für das Versenden und Empfangen der relevanten Patienteninformationen wird abgelöst.

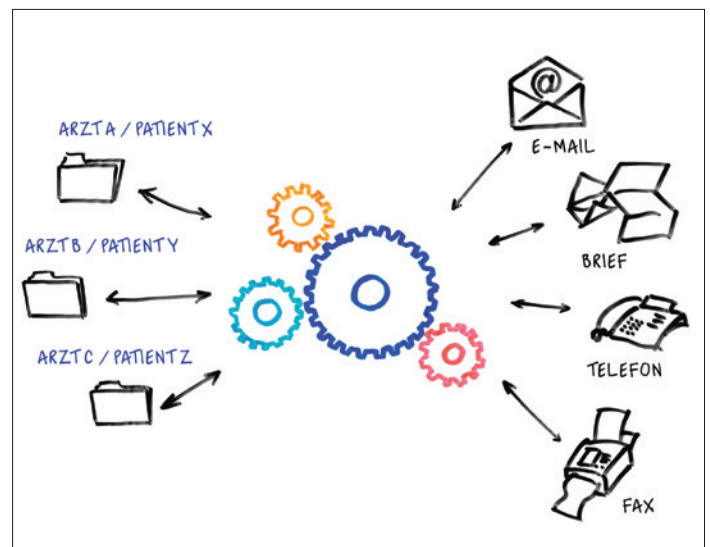
Das Projekt ermöglicht eine wesentlich höhere Transparenz und Kontrolle der vielfältigen externen Aufträge. Vor allem aber erhalten Larnags-Nutzer einen Überblick, wo welcher Patient von wem behandelt wird. Selbstverständlich kann das Patientendossier nach Bedarf von den Behandelnden geteilt werden. Zielsetzung ist weiter, die heutigen Vorteile von Brief, Fax und Telefon aufzugreifen, darüber hinaus aber den Kommunikationsprozess als Ganzes zu optimieren (siehe Grafik).

Dies bedingt auch eine optimale Adaption auf die bestehenden Arbeitsprozesse und IT-Infrastruktur in den Praxen, damit diese rasch, einfach und konkret die Vorteile von Larnags nutzen können. MPAs sowie Ärztinnen und Ärzte sollen künftig ihre Ressourcen nicht mehr an schlecht organisierte administrative Prozesse verschwenden, sondern in die Qualität und den Nutzen der Behandlungen ihrer Patienten investieren können. Um dieser aufwändigen Administration entgegenzuwirken, hat das Projektteam einen Ansatz gefunden, um die Systemgrenzen der Informatiklösungen, die IT-Silos innerhalb der Praxen, zu durchbrechen.

Im Dialog mit Ärztenetzen entstanden

Das ausserordentlich positive Echo auf die Prototypen der künftigen Lösungen zeigt, dass sich Informationsflüsse rund um die Zuweisungsprozesse in der Integrierten Versorgung bereits heute mit einfachen Mitteln optimieren lassen. Dass die Bedürfnisse und das Wissen der Ärztenetze und Praxen im Dialog eingebunden wurden, war einer der grossen Erfolgsfaktoren des Projekts. Die intuitive und auf Anhieb verständliche Umsetzung der Projektideen von BlueCare zeigt deren technisch-organisatorische Kompetenz zur Lancierung solcher Innovationen.

Als Pionier der Managed-Care-Bewegung erkennen wir in dem Projekt eine folgerichtige Weiterentwicklung unserer MC-Lösungen, welche die bessere Verzahnung der Behandlungsprozesse der Integrierten Versorgung in den Arztpraxen rasch und wirksam vereinfachen können. Gleichzeitig werden diese Prozesse transparenter und nachvollziehbarer gemacht sowie bedeutende Zeit- und Kosteneinsparungen in den Praxen ermöglicht. Die Realisierung des neuen IT-Systems ist initiiert und soll 2015 unter einem neuen Namen am Markt eingeführt werden.



Das Projekt optimiert Zuweisungsprozesse, automatisiert die Triage und senkt Zeitaufwand, Ärger und Kosten.



INTEGRATION DER SPITEX BEI PIZOLCARE

Jährlich überarbeitete Betreuungsgrundlagen für die wichtigsten chronischen Krankheiten bilden die Grundlage für eine gute ambulante Pflege in der PizolCare-Region.

Von **Dr. med. Urs Keller**, Facharzt Allgemeinmedizin FMH, VR-Präsident und Geschäftsführer PizolCare AG

www.pizolcare.ch

Kontakt: Urs Keller
urs.keller@hin.ch

Patienten, die über die ganze Behandlungskette betreut werden, sind in der Regel sehr kostenintensiv. Ausserdem ist deren Behandlung meist komplex und dadurch fehleranfällig. Häufig handelt es sich um chronisch kranke Menschen, die vor allem – im weitesten Sinne – palliative und damit spitalexterne Pflege benötigen.

Solche Spitex- und auch Heimbehandlungen sind im Rahmen der Integrierten Versorgung zu optimieren, denn sie sind durch einen einzelnen Grundversorger schwierig zu steuern. Der koordinative Aufwand ist relativ gross, die Spitex-Fachpersonen arbeiten zunehmend eigenverantwortlich und trotzdem muss diese Arbeit vom (MC-)Arzt bestätigt werden. Für ein Netz wie PizoCare mit Capitation (= Budget-Mitverantwortung) ist es von grosser Bedeutung, dass die Kosten pro Patient bei Heim-Betreuung an 1. Stelle und bei Spitex-Betreuung an 4. Stelle des Budgets stehen.

PizolCare investiert in Pflege-Knowhow

Spitex- und Heimbehandlungen sind Bestandteile der Integrierten Versorgung. Die Netzwerkarbeit bei PizolCare umfasst für alle involvierten Leistungserbringer Verbindlichkeiten entlang dem Patienten- und Behandlungspfad («am gleichen Strick ziehen»). Diese sind gekennzeichnet durch

- eine verpflichtend geregelte Zusammenarbeit mit dem Ziel, die Bedürfnisse der betreuten Patienten kosten- und ressourcenoptimiert zu erfüllen;
- gegenseitig sichtbar gemachte ökonomische und qualitative Ergebnisse;
- eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Zusammenarbeit;
- die Wahrung der strukturellen Autonomie der einzelnen Leistungserbringer, sei es als Gruppe, Verein oder sonstige Organisation.

Für die fünf bedeutendsten chronischen Krankheiten – Herzinsuffizienz, COPD/Asthma, Diabetes, Mental Health, Palliative Care (inkl. Schmerztherapie)/End of Life – werden analog zu den ärztlichen PizolCare-Patientenpfaden pflegerische Behandlungspfade erarbeitet. Zur Integration der spitalexternen Dienste finanziert PizolCare seit 2005 zwei Spitex-Pflegefachpersonen HF als regionale Koordinatorinnen. Diese nehmen folgende Aufgaben wahr:

- Spitex-QZ-Leitung in den beiden Regionen von PizoCare;
- Spitex-Spital-Koordination (spitex-spitin);
- «Klagemauer» bezüglich Zusammenarbeit mit den MC-Ärzten;
- regionales Reporting mit Analyse der Schnittstellen Spitex-Patient-Arzt-Spital-Praxis-Spitex;
- Mitorganisation von gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen;
- Qualitätsentwicklung.

Eigenständigkeit der Partner bleibt gewahrt

Grundlagen zur optimierten und integrierten Zusammenarbeit sind der zeitgerechte Informationsaustausch, formal standardisierte Vereinbarungen sowie gemeinsam definierte Zielvorgaben und regelmässige Weiterentwicklung. Wichtig auch: Die Eigenständigkeit der einzelnen Organisationen zu erhalten, bedeutet, verschiedene Strukturen zu akzeptieren und bei politischen Widerwärtigkeiten mit pragmatischen Lösungen voranzukommen.

Jährlich finden in jeder Region vier von den Spitex-Koordinatorinnen moderierte und protokollierte Spitex-Qualitätszirkel statt, in denen die Zusammenarbeit und Betreuungspfade diskutiert und Verbesserungsvorschläge eingebracht werden. Finanziert werden diese durch PizolCare aus dem Geld, das mit den Budgetverträgen erwirtschaftet wird, gleich wie die jährlich stattfindenden ganztägigen Spitex-Heime-MPA-Fortbildungen.

Im Hinblick darauf werden gemeinsame Behandlungspfade zur Betreuung von chronisch kranken Menschen erarbeitet und deren Inhalte an diesen Fortbildungstagen sowohl aus ärztlicher wie aus pflegerischer Sicht zur Diskussion gestellt. Als Resultat daraus entsteht wieder ein neues oder überarbeitetes Kapitel im PizolCare-Spitex-Palliative-Care-Ordner. Die darin gesammelten Betreuungsgrundlagen, Behandlungspfade und Pflegerichtlinien stehen allen Fachpersonen sowohl als gedruckte wie als elektronische Vorlagen zur Verfügung. Ausserdem bestehen diverse Formulare für die Zusammenarbeit, teils sogar für Spitäler, zum Beispiel für die Symptomerfassung, für Medikamenten-Verordnungen (mit einer Spalte für Limitationen) oder für die Bestellung von medizinischem Material.

Alle profitieren von Synergien

Vereinbarungsgemäss wird der zeitgerechte Informationsaustausch durch E-Mail über die datenschutzkonforme HIN-Plattform oder den standardisierten Fax gewährleistet. Zudem stehen auf der PizolCare-Website eigene Spitex-Seiten mit Links und Downloads zur Verfügung. Die Zusammenarbeit mit den für die Spitex und Heime wichtigen Medizinischen Praxisassistentinnen wird jährlich und regional am «Runden Tisch» diskutiert.

Auf diese Weise werden günstige Voraussetzungen geschaffen, damit alle Fachpersonen, die an der Behandlung und Betreuung eines Patienten beteiligt sind, von Synergien profitieren.



PONTE VECCHIO – VOM SPITAL ZUM HAUSARZT

Im Kanton St. Gallen gelang 2013 der Brückenschlag zwischen der Gemeinschaft der Spitalverbunde und Hausärzten – eine eHealth-Lösung mit überregionaler Ausstrahlung.

Von **Peer Hostettler**, Business Developer, BlueCare; **Hansjörg Looser**, Leiter E-Health, Gesundheitsdepartement St. Gallen; **Thomas Marko**, Geschäftsleiter, BINT GmbH

www.sg.ch > Gesundheit > eHealth > eHealth Umsetzungsprojekte > Ponte Vecchio

Kontakt: Peer Hostettler
peer.hostettler@bluecare.ch

Gemäss der Strategie «eHealth Suisse» sollen Ärzte, Pflegende, Apotheker und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen datenschutzkonform auf elektronische Patientendaten zugreifen können. Dies mit dem Ziel, die Qualität der Behandlungsprozesse zu verbessern, die Patientensicherheit zu erhöhen und die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern.

Das wegweisende eHealth-Projekt Ponte Vecchio erreicht dies mit einer Kommunikationsbrücke, dank der Hausärzte direkten Einblick in Spitalinformationen ihrer Managed-Care-versicherten Patienten der Spitalverbunde St. Gallen erhalten. Der Brückenschlag gelang zwischen der IT-Infrastruktur des stationären Sektors im Kanton St. Gallen auf der einen Seite und der eHealth-Plattform HIN, dem Share Care Health Professional Index (HPI) und dem MC-Administrationssystem BlueEvidence auf der anderen.

Innovation auf stabiler Grundlage

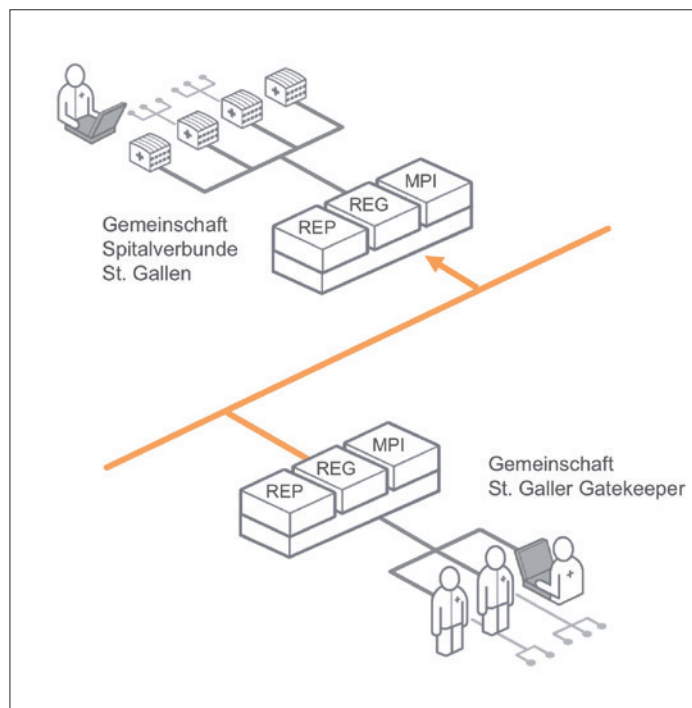
Das St. Galler Gesundheitsdepartement begann bereits 2006 mit der Vernetzung von insgesamt zehn Spitälern. Die Einführung eines einheitlichen Patientenmanagementsystems schuf die Grundlage für eine durchgängige medizinische Basisdokumentation. Die verlässliche Patientenidentifikation mittels eines Master Patient Index (MPI) ermöglichte den elektronischen Austausch von Patientendaten unter den Spitalverbunden. Diese stabil organisierte Gemeinschaft «Gesundheitsring St. Gallen» erlaubte 2013 den Schritt zum Datenaustausch mit vor- und nachgelagerten Behandelnden.

Den datenschutzkonformen Kommunikationskanal für den Brückenschlag bietet die Health Info Net AG (HIN). Die sicheren Verbindungen und die garantierte Identifikation der teilnehmenden Hausärzte bilden die Basis für den Austausch mit den Spitälern. Die digitale Datenbrücke baute die BINT GmbH mit einer weltweit im Einsatz stehenden Standardsoftware für das Gesundheitswesen (InterSystems HealthShare).

Nach dem Brückenschlag ist der Share Care Health Professional Index (HPI) von HIN neu mit BlueEvidence von BlueCare verknüpft, was den automatischen Abgleich des Patientenstamms der Managed-Care-Versicherten erlaubt. Der ShareCare HPI ermöglicht nun als intelligentes Verzeichnis der Leistungserbringer in der Region den Hausärzten, auf Spitalinformationen zuzugreifen.

Zertifiziert von eHealth Suisse

Von diesem direkten und schnellen Informationsaustausch profitiert die gesamte Behandlungskette. Hausärzte können den Behandlungsverlauf ihrer Patienten besser steuern, da sie rascher informiert sind. Spitäler profitieren von geringerem administrativem Aufwand durch



Dank Ponte Vecchio können Hausärzte einfach und sicher auf Spitalberichte ihrer Managed-Care-versicherten Patienten zugreifen.

Nachfragen von Leistungserbringern und vom Zuweisermanagement als klarem Wettbewerbsvorteil. Es handelt sich dabei um das erste gemäss den Empfehlungen von eHealth Suisse und mit einer IHE-konformen Datenschnittstelle umgesetzte Projekt mit Inter-Community-Datenaustausch.

Aktuell befindet sich das Projekt in der ersten Phase, in der Arztpraxen die von den Spitälern bereitgestellten Patientendaten lesen können. Im Mai 2014 waren schon über 50 Hausärzte berechtigt, auf Dokumente in neun Spitälern zuzugreifen. Im Frühjahr 2014 erfolgte die offizielle Evaluation des Projekts durch eHealth Suisse. In der Evaluation schnitt Ponte Vecchio ausserordentlich gut ab und wurde mit dem bestmöglichen Zertifikat «überregional» ausgezeichnet.



IPW: INTEGRATION IN DER PSYCHIATRIE

Als Modellprojekt gestartet, hat sich die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland ipw als Schnittstellen und Fachdisziplinen übergreifende Organisation etabliert.

Die Zürcher Regierung setzte 1998 das neue Psychiatriekonzept fest und gab als prioritären Umsetzungsschritt ein kantonales Reformprojekt der Wirkungsorientierten Verwaltungsführung (wif!) unter der Bezeichnung «Integrierte Psychiatrie Winterthur» in Auftrag. Nebst strukturellen Massnahmen (Teilschliessung Klinik Rheinau und Umnutzung Krankenhaus Wülflingen) war die Entwicklung und Erprobung eines integrierten Versorgungsmodells die Kernaufgabe. Ziel war eine effektivere und effizientere gemeindenähe und patientenorientierte Versorgung, übertragbar auf andere Psychiatrieregionen.

Probleme der Koordination und Zusammenarbeit waren seit längerem bekannt. Die Gleich- und Nachschaltung von mehreren Therapie- und Betreuungsformen auf den komplexer gewordenen Behandlungswegen war oft unzureichend. Auch waren immer mehr rechtlich und wirtschaftlich selbständige Player im Spiel, auch von sozialer und Betroffenenseite. Zudem komplizierten sich die vielen systemimmanenten Schnittstellen, Übergänge und Brüche durch heterogene gesetzliche Finanzierung der Interventionen und Settings.

Integration als Unternehmenskultur

Im Zentrum des Projektes standen Forderungen nach klarer und systematischer Kommunikation, Kooperation und Prozessverschaltung unter den Beteiligten. Angestrebt wurde deshalb ein Netzwerk-Approach für eine gemeinsame Leistungsgestaltung. Im wif!-Projekt wurden deshalb mit rund 50 Vertretern aller regionalen Versorgungspartner in einem flexiblen Top-down-/Bottom-up Prozess und rollender Umsetzung spezifische Strukturen und Prozesse zur Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsnetzwerke entwickelt. Integrierte Versorgung wurde als Schnittstellen und Fachdisziplinen übergreifende Organisation und Kultur definiert, in welcher der Behandlungsprozess im Vordergrund steht. Zahlreiche innovative netzwerkunterstützende Elemente zur Optimierung der bedarfs- und bedürfnisgerechten Behandlungsabläufe aller Art wurden erprobt (siehe Abbildung).

Eine heterarchische Systemsteuerung wurde als wichtig erachtet und einer zweckmässig konstituierten Regionalen Psychiatriekommission aus Entscheidungsträgern der Versorgungspartner und mit professioneller Geschäftsstelle übertragen. Zuvor nicht organisierte Partner und Anspruchsgruppen bildeten dazu Rechtskörperschaften (z.B. Vereinigung der psychologischen PsychotherapeutInnen), um Einsitz und Einfluss zu nehmen. Alle regionalen Angebote des Kantons wurden 2001 einer Dachorganisation Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw) unterstellt und um ein Kriseninterventionszentrum als Nabe der ambulant-stationären Drehscheibe ergänzt. Die ipw verpflichtete sich zu subsidiären Leistungen in einer ausbalancierten und integrierten Versorgung des Gesamtnetzwerkes. Die fortlaufende Entwicklung der Netzwerkversorgung wurde zum programmatischen

Von **Dr. med. Andreas Andrae** Ärztlicher Direktor, und **Dr. Hanspeter Conrad**, Spitaldirektor, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland ipw

www.ipw.zh.ch; www.rpknord.ch

Kontakt: Andreas Andrae
andreas.andrae@ipw.zh.ch



Selbstverständnis der ipw, die auch ihre eigenen Behandlungsangebote und Fachdisziplinen als Netzwerkkultur organisierte. Die neuen Vernetzungselemente und Spielregeln in der Regionsversorgung liessen sich so in zumeist konstruktiver Partnerschaft auf Fall- und Systemebene austesten und etablieren. Dem Unterstützungsangebot der ipw zur Netzwerkbewirtschaftung entsprechen die Partner mit Bereitschaft, Willen und Einsatz in mannigfachen Netzwerkgefässen der Kommunikation, Koordination und Kooperation. Die Anreize für die ipw und ihre Netzwerkpartner sind deshalb prozess- und qualitätsorientiert und von einem Spirit der laufenden Versorgungs- und Behandlungsoptimierung getragen.

Weitere Kooperationspartner erwünscht

Zwischen 2002 und 2013 regelmässig erhobene Versorgungskennzahlen und Umfragen weisen auf günstige Effekte hin. Die Zürcher Regierung entschied sich 2008 für eine Regionserweiterung auf das Zürcher Unterland mit Knowhow Transfer (Fusion ipw und Psychiatriezentrum Hard 2010). Die Netzwerkprodukte der ipw sind finanziell noch nicht nachhaltig gesichert. Spezialverträge mit Versicherern finanzieren erst einen Teil der Spezialleistungen, z.B. Case Management.

Mit der Einführung des neuen Spitalplanungs- und Spitalfinanzierungsgesetzes (2012) hat die Gesundheitsdirektion zwar eine Übergangsfinanzierung von Netzwerkdienstleistungen der ipw sichergestellt. Eine rein wettbewerblich ausgestaltete Gesundheitsversorgung auf der Grundlage ungeeigneter Finanzierungsanreize könnte den Qualitätsgewinn der regionalen integrierten Psychiatrieversorgung aber mittelfristig untergraben. Politisch effektvolle Kooperationen mit interessierten Partnerkliniken resp. Versorgungsregionen anderer Kantone sowie Modellanpassungen und innovative Finanzierungsformen resp. -anreize bleiben deshalb zuoberst auf der Agenda.



AKUT UND REHA UNTER EINEM DACH

Das Spital Zollikerberg und RehaClinic Zollikerberg haben vor drei Jahren eine zukunftsweisende und in der Region Zürich neuartige Kooperation begonnen.

Von **Dr. Orsola Vettori**, Direktorin Spital Zollikerberg, und **Guido Bucher**, Geschäftsführer RehaClinic Zürich AG

www.spitalzollikerberg.ch, www.rehaclinic.ch

Kontakt: Orsola Vettori
orsola.vettori@spitalzollikerberg.ch

Integrierte Versorgung kann im Gesundheitswesen das sein, was im Detailhandel One-Stop-Shopping genannt wird. Das Spital Zollikerberg und RehaClinic haben 2012 direkt an der Stadtgrenze von Zürich einen wichtigen Meilenstein auf dem Weg zu einer nahtlosen Behandlung kranker und verunfallter Menschen realisiert.

Die Initiative kam von RehaClinic. Die Unternehmensgruppe mit Stammsitz in Bad Zurzach wollte sich aus medizinischen und ökonomischen Überlegungen im Kanton Zürich etablieren. Angestrebt wurde, Patienten aus diesem Grossraum wohnortsnah und vernetzt zu behandeln. Das Anliegen stiess beim Spital Zollikerberg auf offene Ohren, da Unfallchirurgie und Orthopädie ein Schwerpunkt der Tätigkeit ist. Gemeinsam wurden die Zusammenarbeitsprozesse definiert und die räumliche Umsetzung an die Hand genommen.

Reha ohne Reise- und Vorbereitungsstress

Ort des innovativen Geschehens ist der 2012 neu erbaute Westflügel des Spitals Zollikerberg. Im Erdgeschoss und im zweiten Obergeschoss des neuen Bettenflügels hat sich RehaClinic eingemietet und die Zusammenarbeit zwischen Spital und Rehabilitationsklinik hat konkrete Gestalt angenommen. Die Patienten des Spitals – mit rheumatologischer und/oder orthopädischer Fragestellung – können nach der Akutbehandlung im Gebäude bleiben und werden dort von RehaClinic Zollikerberg rehabilitiert.

Der Patient kann die Rehabilitationsbehandlung zum medizinisch optimalen Zeitpunkt beginnen – ohne die sonstigen Doppelspurigkeiten zusätzlicher Untersuchungen und ohne Reise- und Vorbereitungsstress. Er hat dabei gleichzeitig die Sicherheit, dass nicht nur die spezialisierten Ärzte von RehaClinic Zollikerberg, sondern auch die Ärztinnen und Ärzte des Akutspitals im Fall von Problemen vor Ort sind. RehaClinic Zollikerberg steht auch Patientinnen und Patienten mit Rehabilitationsbedarf offen, die von anderen Akutspitalern oder Fachärzten aus der Umgebung zugewiesen werden. Die Zusammenarbeit hat sich in den vergangenen

fast drei Jahren sehr bewährt, funktioniert partnerschaftlich und zur beidseitigen Zufriedenheit. Das Spital Zollikerberg erbringt eine ganze Reihe von Support-Dienstleistungen. Ein Assistenzarzt der Medizinischen Klinik leistet in Rotation Dienst bei RehaClinic Zollikerberg. Die Therapieteams bieten gemeinsame Kurse an. Zurzeit läuft ein Projekt mit dem Ziel, die Grenzen zwischen den beiden Partnern durchlässiger zu gestalten. Patienten sollen sowohl in der Akutspital- als auch in der Rehabilitationsphase durch den gleichen Therapeuten oder die gleiche Therapeutin betreut werden.

Stillschweigende Kostengutsprache

Ausserdem hat eine Arbeitsgruppe bestehend aus CSS Versicherung, einem Hausarzt, einem Orthopäden, sowie RehaClinic und dem Spital Zollikerberg ein Projekt «Integrierte Versorgung» realisiert. Der Patient soll bereits bei der Vorbesprechung eines orthopädischen Eingriffes wissen, ob und wie lange ein Aufenthalt bei RehaClinic zugesichert werden kann. Grundlage hierfür bildet ein Zusammenarbeitsvertrag, der bei gegebener Indikation eine stillschweigende Kostengutsprache vorsieht.

Die Attraktivität des Standorts Zollikerberg hat sich durch das Projekt insgesamt erhöht – sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Mitarbeitende der beiden Partnerorganisationen.



Patienten sollen in der Akut- und Rehapphase vom gleichen Therapeuten oder der gleichen Therapeutin betreut werden.



HAUS DER GESUNDHEIT

Nicht über integrierte Gesundheitsversorgung philosophieren, sondern sie umsetzen, ist den Partnern im «Haus der Gesundheit» in Zürich-Wipkingen das oberste Anliegen.

Nach der Kündigung eines Mieters im Geschäftshaus Rotbuchstrasse 46 in Zürich-Wipkingen, machte sich die Geschäftsleitung der mediX Gruppenpraxis 2012 auf die Suche nach einem geeigneten Nachfolger und sprach darum verschiedenste potentielle Partner aus dem Gesundheitswesen an. Geleitet vom Willen, die integrierte Gesundheitsversorgung – horizontal wie vertikal – weiter zu fördern, wurde mit den interessierten Akteuren im Herbst 2012 ein Workshop durchgeführt.

Mit zwei Partnern zeichnete sich eine Zusammenarbeit ab, die sich bald konkretisierte: zum einen das Physiotherapie- und medizinische Trainingszentrum Carefit MTT, zum anderen die Spitex Zürich Limmat. Seit Ende 2013 belegen die beiden neuen Partner je eine Etage im «Haus der Gesundheit». Die grösste Spitex-Organisation der Schweiz hat die Gelegenheit genutzt und hier die bisher auf mehrere Standorte verteilten Fachstellen¹ zum «Kompetenz-Zentrum Spitex Zürich» zusammengezogen. Darüber hinaus rundet die Fachstelle für präventive Beratung im Alter² das Angebot des Kompetenz-Zentrums ab.

Cafeteria für den integrierten Austausch

Alle Partner waren sich von Anfang an einig, dass nicht nur gemeinsame Projekte die Zusammenarbeit fördern, sondern auch der unkomplizierte informelle Austausch aller im Haus arbeitenden Menschen Raum für gemeinschaftliche Ideen und integrative Impulse gibt. Mit einer von allen Mietern, zu denen auch Avenir Suisse zählt, getragenen Cafeteria wurde damit der ideale Treffpunkt realisiert.

SPICA heisst das erste gemeinsame Projekt von Carefit MTT und Spitex Zürich Limmat in Zusammenarbeit mit der Fachstelle für präventive Beratung im Alter. Es zielt auf eine möglichst lange Erhaltung



«Haus der Gesundheit» in Zürich-Wipkingen – wo die vertikal integrierte Gesundheitsversorgung verwirklicht wird.

Von **Christina Brunnschweiler**, CEO Spitex Zürich Limmat AG;
Thomas Jeiziner, Leitung Marketing und Kommunikation Spitex Zürich Limmat AG

www.medix-gruppenpraxis.ch; www.spitex-zuerich.ch;
www.carefitmtt.ch

Kontakt: Christina Brunnschweiler
christina.brunnschweiler@spitex-zuerich.ch

der Selbstständigkeit und der damit verbundenen Lebensqualität von Seniorinnen und Senioren ab. Dies wird unter anderem durch ein individuelles, betreutes und langfristiges Aufbautraining angestrebt. Dank der Finanzierung durch eine Stiftung kann das auf drei Jahre angesetzte Projekt für die Teilnehmenden kostenlos angeboten und auch wissenschaftlich begleitet werden.

Nebst der Ärzteschaft haben Spitex Zürich Limmat sowie die Fachstelle für präventive Beratung im Alter bewegungsfreudige Menschen an SPICA vermittelt. Zwischen Herbst 2013 bis Frühjahr 2014 entstanden rund 120 Kontakte mit am Programm interessierten Seniorinnen und Senioren. 50 Frauen und 30 Männern konnten für die erste Staffel des Programms gewonnen werden. Aktuell (Juli 2014) trainieren davon 66 Personen (im Schnitt 75jährig) regelmässig zweimal wöchentlich unter Betreuung von Sporttherapeuten in den Räumlichkeiten von Carefit MTT.

Nicht reden, sondern tun!

Bis September 2014 wird das Projekt SPICA evaluiert und die daraus resultierenden Anpassungen für die 2. Staffel vorgenommen. Ziel ist, bis Ende Jahr insgesamt hundert neue Teilnehmende für SPICA zu begeistern. Denn nicht nur die Zahlen belegen ein reges Interesse an dem Bewegungsprogramm, sondern vor allem die positiven Rückmeldungen der Teilnehmenden. Mehr zum aktuellen Stand des Projekts SPICA lesen Sie hier: www.spitex-zuerich.ch/spica.

Nebst dem Projekt SPICA findet bereits eine Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft der mediX Gruppenpraxis und der Spitex-Fachstelle für Palliative Care statt. Ebenso zeichnet sich Unterstützung durch die Fachstelle für Wundberatung und -prävention ab. Weitere Kooperations-Projekte sind angedacht.

Nicht über die integrierte Gesundheitsversorgung philosophieren, sondern sie umsetzen, ist den Partnern im «Haus der Gesundheit» ein wichtiges Anliegen. Dass dies auf grosses Interesse stösst, belegte das Eröffnungsereignis vom März 2014. Unter dem Motto «Von Schnittstellen zu Nahtstellen» mobilisierte der Anlass mehr als hundert Personen aus der Zürcher Gesundheitsszene, die an Kurzpräsentationen und regen Diskussionen teilnahmen.

1 Fachstelle Palliative Care; Fachstelle psychosoziale Pflege und Betreuung der Spitex Zürich Limmat; Fachstelle Wundberatung und -prävention sowie das Stoma- und Kontinenz-Zentrum Zürich.

2 Die Fachstelle für präventive Beratung im Alter wurde 2008 als Projekt der Spitex Zürich Limmat aufgebaut. Nach erfolgreichem Projektabschluss wurde sie organisatorisch zu „Spitex & Alter“, einer Abteilung der Städtischen Gesundheitsdienste (dem Erteiler des Spitex-Leistungsauftrages) überführt. Im Sinne der Synergien und Förderung der Zusammenarbeit ist sie nach wie vor mit den Fachstellen der Spitex Zürich unter einem Dach.



STANDARDISIERUNG DES BERICHTSWESENS

Diverse Pilotpartner im Kanton Aargau vernetzen erfolgreich ihre Prozesse. Das Ziel: mehr Versorgungssicherheit und Effizienz durch schneller verfügbare Patienten-Informationen.

Von **Anton Schmid**, Spitalleitungsmitglied Kantonsspital Baden, und **Felix Schaub**, Projektleiter Kantonsspital Baden

www.ag.ch/dgs > Über uns > Dossiers & Projekte > MIVAG

Kontakt: Anton Schmid
anton.schmid@ksb.ch

Mit der effizienten Übermittlung von Patientendaten (Berichtswesen) beschäftigen sich seit Jahren eine Vielzahl von Behörden, Institutionen und Arbeitsgruppen. Behandelt werden technische Möglichkeiten, Inhalte von Dokumenten und die Übermittlungsprozesse. Im Kanton Aargau wurden bisher nur Absprachen zwischen einzelnen Leistungserbringern getroffen. Von einer kantonalen Harmonisierung des Berichtswesens sind wir noch weit entfernt – oft zum Nachteil der einzelnen Leistungserbringer. Wiederholte Forderungen der beteiligten Versorgungspartner und der direkte Nutzen durch die Standardisierung motivierten die Beteiligten, gemeinsam eine Lösung zu entwickeln.

Inhalt, Struktur und Prozess aus einem Guss

Unser Kernziel dabei: wo möglich ein Standard über Inhalt, Struktur und Prozess. Der erwartete Nutzen dieser Standardisierung für Patienten und Versorgungspartner:

- verbesserte Versorgungssicherheit durch sofortige Verfügbarkeit der Patienten-Informationen;
- Effizienzsteigerung in den Institutionen;
- systematisches Überprüfen und Optimieren der Prozesse.

Zwischen Mai und November 2013 erarbeitete das Kantonsspital Baden (KSB) mit einer Vielzahl von Versorgungspartnern (siehe Box) Standards zum Berichtswesen der Zu- und Überweisung von Patienten. Im Zentrum standen die Schnittstellen zwischen dem KSB und den niedergelassenen Ärzten, der Spitex, der Langzeitpflege und der Rehabilitation. Dabei gingen die Arbeiten über die reine Spezifizierung von Berichtsformularen hinaus – worin die eigentliche Innovation des Projektes liegt: Die Versorgungspartner definierten gemeinsam die zu den Berichtsformularen gehörenden Prozesse.

So wurde vereinbart, wer was wann und wie zu liefern hat. Diese Prozessdefinitionen beschreiben nicht den heutigen Zustand, sondern orientieren sich an der künftigen elektronischen Kommunikation zwischen den Partnern. Grundlage für die Umsetzung dieser Prozesse ist die Einführung des neuen Klinik-Informationssystems und der elektronischen Kommunikationsplattform im Kantonsspital Baden. Diese beiden Projekte sind bereits fortgeschritten. Die Standardisierung des Berichtswesens ist für das Kantonsspital Baden daher kein isoliertes Projekt, sondern Teil eines Gesamtprogramms. Dabei sollte auf keinen Fall der Fehler begangen werden, nur die technische Infrastruktur zu bauen. Denn ohne Inhalt, also die standardisierten Prozesse und Berichte, ist die modernste Technik nutzlos.

Mut zur Lücke!

Die bisherigen Ergebnisse des Projektes sind einerseits die spezifizierten Formulare für

- Zuweiserbrief
- Notfallzuweisung Langzeitpflege und Spitex
- Kurzaustrittsbericht und provisorischer Austrittsbericht
- Definitiver Austrittsbericht
- Überweisungsrapport Pflege
- Einweisungszeugnis Rehabilitation.

Andererseits wurden die Prozesse für die Zu- und Überweisungen der beteiligten Versorgungspartner beschrieben. Detaillierte Ergebnisse erfahren Sie im Abschlussbericht «Integrierte Versorgung in der Praxis, 1. Teilprojekt, Standardisierung des Berichtswesens» (siehe Link oben).

Die Liste der Berichte, Prozesse und vor allem der möglichen Partner ist noch unvollständig. Wichtig sind dem Projektteam kleine und umsetzbare Schritte, die allen nützen. Deshalb ist es notwendig, dass die Projektaufgaben in einem überschaubaren Ausmass festgelegt sind. Wir werden in nachfolgenden Schritten weitere Partner, Prozesse und Formulare einbeziehen (auch über das Gesundheits-Netz Aargau Ost hinaus). Dieses Vorgehen enthält einen zentralen Erfolgsfaktor: Mut zur Lücke!

Vertrauen durch Transparenz

Ein grosser Erfolg des Projektes ist die KSB-interne Einigung auf die gleichen Standards: Innere Mediziner, Chirurgen oder Notfallärzte haben als Spezialisten unterschiedliche Bedürfnisse. Trotzdem konnten sich die Departemente auf einen gemeinsamen Nenner einigen. Zur Zeit

werben die verschiedenen Projektpartner in Fach- und Berufsverbänden, in Gremien, Netzwerken, Projekten und Veranstaltungen für die Übernahme der definierten Formulare. Je verbreiteter die Formulare sind, desto mehr profitieren alle Beteiligten! Hier entsteht die Chance, die Administration zu vereinfachen. Die Bemühungen zahlen sich bereits heute aus: Weitere Leistungserbringer übernehmen mit der Einführung der elektronischen Kommunikationsplattform den Zuweiserbrief als Standard. Mit der Einführung der Kommunikationsplattform werden bis Mitte 2015 die Vereinbarungen umgesetzt und einem gemeinsamen Controlling unterzogen. Wir sind überzeugt, dass die hohe Transparenz das gegenseitige Vertrauen stärkt – und damit die Integrierte Versorgung. Denn Vertrauen ist ein zentraler Erfolgsfaktor für die bessere Vernetzung.

Folgende Versorgungspartner sind in das Pilotprojekt involviert:

- Aargauischer Ärzteverband
- Argomed
- Klinik Barmelweid
- Kantonsspital Baden
- Regionales Pflegezentrum Baden
- Spitex Baden Regio
- Spitex Obersiggenthal
- Spitex Region Brugg
- Spitex Verband Aargau
- Spitex Wettingen



RHEINFELDER PATIENTEN-MANAGEMENT-MODELL

Als persönliches Bindeglied zwischen dem Patienten und den verschiedenen Berufsgruppen in der Rehabilitationsklinik optimiert der Patientenmanager die Qualität der Versorgung.

Das Rheinfelder Patientenmanagement-Modell wurde im Auftrag der Klinikleitung in einer Projektgruppe entwickelt. Es sollte eine Möglichkeit gefunden werden, die Ärzte in ihren Aufgaben durch erfahrene Therapeuten zu unterstützen und zu entlasten. Ausserdem galt es, den interdisziplinären Behandlungsteamrapport, der ineffizient und zeitraubend war, neu zu organisieren. Dazu wurden historisch gewachsene Abteilungen und Prozesse (z. B. die Therapieeinteilung, der Informationsaustausch auf dem Behandlungsteamrapport, die Kommunikation) geprüft und hinterfragt und neue Abläufe, Verantwortlichkeiten und Gefässe geschaffen.

Als persönliches Bindeglied zwischen dem Patienten und den verschiedenen Berufsgruppen in der Medizin und Administration sind unsere Patientenmanager im Netzwerk Rehabilitationsklinik tätig. Als feste Ansprechpartner begleiten sie den Patienten durch den gesamten Aufenthalt, koordinieren Abläufe, gewährleisten den interdisziplinären Informationsaustausch und sorgen für eine bestmögliche ambulante Weiterversorgung nach dem Austritt. Durch den festen Ansprechpartner und die damit einhergehende persönliche und direkte Kommunikation verbessern sich der Informationsaustausch und die Patientenzufriedenheit.

Schnittstelle mit Verantwortung

Seit September 2011 sind elf Patientenmanager auf den ärztlichen Abteilungen tätig. Bei Eintritt nimmt der Patientenmanager persönlich Kontakt mit dem Patienten auf, führt ein Evaluationsgespräch und erhebt erste Daten zur Sozialanamnese und zum Gesundheitszustand. In Zusammenarbeit mit dem Arzt erstellt er eine individuelle Therapieverordnung. Während des Aufenthaltes ist der Patientenmanager für ein optimales Therapieprogramm verantwortlich. Auf den Kaderarztvisiten gewährleistet er den Informationsaustausch zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen.

Die Patientenmanager werden in einem internen Bewerbungsverfahren nach strengen fachlichen und sozialen Kriterien, den Erfahrungen in der Rehabilitation sowie dem organisatorischen Talent aus den therapeutischen und pflegerischen Berufen ausgewählt. Das Patientenmanagement ist klar darauf ausgerichtet, die therapeutisch-medizinisch-pflegerischen Aufgaben optimal zu erfüllen. Die ins Patientenmanagement integrierte Therapiedisposition hat als Informationsdrehscheibe eine Schlüsselrolle.

Der bisherige Behandlungsteamrapport findet nicht mehr statt. Stattdessen wird vom interdisziplinären Team (Ärzte, Pflege, Therapeuten, Sozialdienst) gemeinsam ein elektronisch geführtes Dokument genutzt (Interdisziplinäres Verlaufsprotokoll = IVP). Der Patientenmanager ist für dieses Protokoll verantwortlich. Der

Von **Mara Völlmin**, dipl. Logopädin, Leiterin Patientenmanagement, und **Mareile Endhardt**, Ergotherapeutin, Stv. Leiterin Patientenmanagement, Reha Rheinfelden.

www.reha-rheinfelden.ch,
www.saez.ch > Ausgabe 25/2012, Seite 941

Kontakt: Mara Völlmin
m.voellmin@reha-rhf.ch

Vorteil des IVPs liegt in der klaren, schriftlichen Fixierung aller wichtigen Informationen, Ziele, Beschlüsse und Aufträge und der entsprechenden Verbindlichkeit. Der Patientenmanager verantwortet im Anschluss an die Visite die Koordination der therapeutischen, medizinischen und pflegerischen Massnahmen.

Vorteile für alle Beteiligten

Zudem führt der Patientenmanager regelmässig Therapievisiten durch, um Fragen, Unsicherheiten und Wünschen des Patienten nachzugehen, den Genesungsverlauf zu erfassen und das Therapieprogramm zu kontrollieren und zeitnah anzupassen. Durch das Patientenmanagement werden die Kommunikation und der Kontakt persönlicher, der Mensch hinter der Rolle sichtbarer und authentischer – das alles hat positive Auswirkungen auf den Rehabilitationserfolg. Das Modell hat sich in der Reha Rheinfelden gut etabliert und wird sich dynamisch in die Zukunft entwickeln. Die Rückmeldungen sind durchweg positiv.

Für alle Beteiligten ergeben sich Vorteile: Für den Patienten sind z.B. flexible und schnelle Anpassungen des Therapieplans möglich und er hat von Anfang an einen klaren Ansprechpartner. Der Patientenmanager entlastet den Arzt, indem er z.B. auf der Visite das Protokoll führt, für die Erstellung des Therapieplanes und allfällige Modifikationen verantwortlich ist und die Austrittsplanung unterstützt. Die Therapeuten und die Pflege bekommen wichtige Informationen zeitnah und direkt über das IVP. Die Disponenten erhalten die Therapieanordnungen frühzeitig und haben für die Planung eine Fachperson als Ansprechpartner.

Auch Konfliktmanagement ist gefragt

Da die Patientenmanager aus unterschiedlichen Berufen kommen, ist eine gute und kontinuierliche Schulung ebenso wichtig wie der fachliche Austausch. Die Aufgaben müssen in einem zeitlich engen Korsett erledigt werden; dies kann für den Patientenmanager anstrengend sein. Daher sind klare Strukturen und deren strikte Einhaltung wichtig. Die Kommunikation stellt eine grosse Herausforderung dar und muss kontinuierlich durchleuchtet und optimiert werden. Die Tätigkeit in den Zwischenzonen von unterschiedlichen Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsbereichen erzeugt zwangsläufig Reibungen. Daher sind Fähigkeiten im Konfliktmanagement von grossem Wert. Umgekehrt ist die direkte Kommunikation mit allen Beteiligten eine zentrale Motivation für die Arbeit als Patientenmanager: Dass es jemanden gibt, der sich persönlich und zeitnah um ein Anliegen kümmert, wird als sehr befriedigend empfunden und zurückgemeldet.



OPTIMA TRIAGE

Das vom Kantonsspital Aarau und Partnern initiierte Projekt OPTIMA setzt auf Interprofessionalität und verbessert den Patiententransfer – über die Sektorengrenzen hinaus.

Von **Antoinette Conca**, Leiterin Fachabteilung Pflegeentwicklung; **Barbara Reutlinger**, Leiterin Pflege und MTTD; **Prof. Dr. Beat Müller**, Chefarzt Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Aarau, für das OPTIMA TRIAGE Team

www.ksa.ch/1443/2418/3966.asp (Medizinische Uniklinik)
> Forschung > OPTIMA

Kontakt: Antoinette Conca
antoinette.conca@ksa.ch

Im Oktober 2009 initiierte die Medizinische Universitätsklinik des Kantonsspitals Aarau (KSA) zusammen mit der Klinik Barmelweid und der aarReha Schinznach das Projekt OPTIMA. Ziele des Projekts waren die Optimierung der Aufnahme- und Behandlungsprozesse, der Abbau von Doppelspurigkeiten, der Aufbau von Wissen und die Sicherung einer kontinuierlichen, patientenzentrierten und kosteneffizienten Behandlung und Betreuung.

Der Fokus des Projekts lag auf dem Patientenmanagement und integrierte sowohl das multiprofessionelle klinische Team, wie auch die prä- und poststationären Institutionen. Ein Kernelement von OPTIMA war, die Berufsgruppen im Spital systematisch in Diskussion und Austausch zu bringen. Dies war wichtig, weil die Herausforderungen des Gesundheitswesens künftig vermehrt nur noch interdisziplinär und -professionell gemeistert werden können.

Intersektorielle Grenzen überwinden

Der ärztlich-pflegerische Postacute Care Discharge Score (PACD) wurde als Screening-Instrument auf Notfall und Bettenstation implementiert, um bei Eintritt biopsychosoziale Risikopatienten frühzeitig zu erkennen und so eine unverzügliche, strukturierte, interdisziplinäre, patientenzentrierte Situationsanalyse und Massnahmenplanung zu sichern. Die intensivierte Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und den nachsorgenden Institutionen Barmelweid und aarReha Schinznach half, intersektorielle Grenzen zu überwinden und gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung zu schaffen.

Um die Aufnahme- und Behandlungsprozesse zu optimieren, wurde auch die Nurse Led Care (NLC-KSA©) eingeführt: Medizinisch stabile Patienten wurden, vom Arzt delegiert, primär von der Pflege geführt weiterbetreut. Das Unterstützen des Selbstmanagements der Patienten ist zentral, weil immer mehr ältere und chronisch kranke Menschen betreut werden.

Mit einem gezielten Austrittsmanagement wurde gleichzeitig das Problem des Bettenmangels zielstrebig angegangen. Dazu wurde in einer ersten Phase bei Patienten mit Infekten der unteren Luftwege im interdisziplinären Notfallzentrum (INZ) eine neuartige Patienten-Triagierung umgesetzt. Die Patienten wurden je nach Risikogruppe in «medizinisch akut», «hochakut» oder «primär pflegerischen stationären Bedarf» eingeteilt. Nach einem Algorithmus wurde der Patientenprozess mit den verfügbaren Informationen durch Austritts- und Verlegungsentscheidungen gesteuert.

Neue Prozesse dank multiprofessionellem Team

Das Projekt OPTIMA zeichnet sich insbesondere durch das systematische Vorgehen aus, wurde vom KSA, dem Kanton Aargau und dem

Schweizerischen Nationalfonds unterstützt, wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. In der Interventionsphase wurde auf den konkreten Erfahrungen und Erkenntnissen der Beobachtungsphase aufgebaut. Gemeinsam entwickelte ein multiprofessionelles Team neue Prozesse (risikogesteuerte Triage im INZ mit ärztlicher Ersteinschätzung der medizinischen Stabilität, Biomarkern und dem biopsychosozialen Risiko laut PACD) sowie eine neue Infrastruktur (das «Visitentool» als Kommunikationsplattform im Klinikinformationssystem zur frühen interprofessionellen Besprechung der Austrittsplanung).

Patienten mit Atemwegsinfekten (n=180) zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Risiko für einen Nachakutpflegebedarf und ihrem Verlegungsort (Conca et al., 2012). Bei 308 stationären Patienten mit Harnwegsinfekten, Stürzen, Synkopen oder Herzinsuffizienz erreichte der PACD (Tag 1) ≥ 8 eine Sensitivität von 90% und eine Spezifität von 62% für einen Nachakutpflegebedarf (Conca et al., submitted).

Indem die verschiedenen Berufsgruppen ihr Wissen und ihre spezifischen Stärken einbrachten, entstand ein Gewinn sowohl für die Gesundheitsversorgung als Ganzes als auch für die betreuenden Bezugspersonen und die Patienten. Interprofessionelle Zusammenarbeit zeigte sich dadurch, dass die Pflege als gleichberechtigter Partner ins Projektteam integriert und somit aktiv an Forschung und Umsetzung beteiligt war.

Nachhaltige Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Durch eine systematische Austrittsplanung und durch die optimierten Patientenprozesse wurde die mittlere Aufenthaltsdauer sehr patientenverträglich und nachhaltig verkürzt.

Die bessere Koordination der Prozesse verbunden mit wissenschaftlich fundierten Qualitätskontrollmassnahmen erlaubte es, unsere Effizienz zu verbessern. Dies gelang auch, weil das Projekt eine integrierende Zusammenarbeit über die Spitalgrenzen hinaus erforderte und förderte.

Als Anschlussprojekt wird in TRIAGE die initiale Triagierung, das Biomarkerpotential, die biopsychosoziale Risikoeinschätzung PACD und die Austrittsplanung über das «Visitentool» ausgewertet werden. Ebenso sollen weitere Erkenntnisse zu den Schnittstellen vor und nach dem Spitalaufenthalt – zum Beispiel Verzögerungen im Austrittsprozess – sichtbar gemacht werden.



WEB KG – PALLIATIVE CARE

Komplexe Situationen, wie wir sie bei Palliative-Care-Patienten erleben, verlangen ein interprofessionelles Betreuungsteam. Eine webKG leistet wertvolle Unterstützung.

Von **Dr. med. Christoph Cina**, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, Messen

Suchbegriffe: «Christoph Cina», «Palliative Care»

Kontakt: Dr. med. Christoph Cina
christoph.cina@hin.ch

Die Zahl der Menschen mit unheilbaren, fortschreitenden Krankheiten wird in Zukunft rasch zunehmen. Heute sterben in der Schweiz jährlich rund 60'000 Menschen. Das Bundesamt für Statistik rechnet damit, dass diese Zahl bis 2050 auf jährlich 90'000 Menschen steigt. Gemäss internationalen Studien möchten drei Viertel der Menschen zu Hause sterben. Nur etwa 10 Prozent jener, die jährlich in der Schweiz ableben, erleiden einen plötzlichen und unerwarteten Tod.

In der letzten Lebensphase sind belastende Symptome wie Atemnot, Angst vor dem Ersticken, Schmerzen, Übelkeit oder Inappetenz eine Herausforderung, die nur mit gemeinsamen Kräften in einem interprofessionellen Team erfolgreich angegangen werden können. Drei Faktoren sind im Bestreben, dem betroffenen Patienten eine optimale Lebensqualität zu gewähren, unabdingbar:

1. die Kenntnis der Wünsche, Sorgen und Anliegen des Patienten und seiner Umgebung;
2. ein funktionierendes, breit abgestütztes interprofessionelles Team;
3. eine allen Beteiligten zugängliche Dokumentations- und Kommunikationsplattform.

Ein gemeinsamer Plan und ein Team

Komplexe Situationen, wie wir sie bei Palliative-Care-Patienten erleben, können kaum von einer einzelnen Person bewältigt werden. Es braucht ein situationsgerechtes, interprofessionelles Team, das unter Einbezug des Umfeldes auf die Wünsche, Sorgen und Anliegen des Patienten eingeht. Der runde Tisch mit einem Behandlungsplan stellt dabei einen geeigneten Start für eine erfolgreiche Zusammenarbeit dar.

Der Behandlungsplan eignet sich als Arbeitsinstrument und Hilfsmittel für die Konsensfindung mit dem Patienten und zwischen den beteiligten Professionen. So kann er am runden Tisch helfen, an wichtige Themen zu erinnern und Gesprächsergebnisse festzuhalten. Der einmal ausgefüllte Plan wird zur Nahtstelle sowohl zwischen den Professionen wie auch zwischen ambulanter und stationärer Betreuung, indem er aufzeigt, welche Betreuung mit dem Patienten abgemacht und durchgeführt wurde bzw. welche Betreuung für bestimmte Situationen geplant ist.

Der Behandlungsplan begleitet den Patienten durch die Institutionen und das Betreuungssetting. Eine aktuelle Version liegt in gedruckter Form beim Patienten. Der urteilsfähige Patient hat die Datenhoheit, indem er bestimmt, wer Einsicht in den Behandlungsplan nehmen darf. Er kann seine Entscheidungen jederzeit widerrufen oder ändern.

Dokumentations- und Kommunikationsplattform

Das Lebensende ist eine Zeit grosser Empfindsamkeit und Instabilität. Die Situation kann sich von einem Moment zum andern verändern,

und es kann leicht zu Krisen und Notfällen kommen, die sowohl den Patienten, seine Familie wie die Fachleute betreffen. Deshalb ist es nötig, auf verschiedenen Ebenen vorausblickende Massnahmen zu ergreifen und optimal vernetzt zu sein.

Die eHealth-Strategie von Bund und Kantonen hat zum Ziel, dass die Menschen den Gesundheitsfachleuten ihrer Wahl – unabhängig von Ort und Zeit – relevante Informationen über ihre Person zugänglich machen und Leistungen beziehen können. Die Informations- und Kommunikationstechnologien sollen so eingesetzt werden, dass die Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen sichergestellt ist und die Prozesse qualitativ besser, sicherer und effizienter sind.

Eine Internet-basierte, passwortgeschützte, interprofessionell nutzbare Dokumentations- und Informationsplattform wie SMIS (Swiss Medical Internet Services) der Ärztekasse kann den genannten Bedürfnissen gerecht werden. Diese Plattform wurde in Zusammenarbeit mit Software-Spezialisten, Hausärzten und Pflegenden entwickelt. Der am runden Tisch ausgearbeitete und elektronisch erfasste Behandlungsplan wird als Grundlage ins «Cockpit» von SMIS hochgeladen und ist damit allen Beteiligten zugänglich. Die elektronische Krankengeschichte enthält die Dokumentation des behandelnden Arztes, der Pflegenden und je nach Bedarf der Angehörigen, Seelsorge etc.

«Sie haben eine Nachricht auf Ihrer SMIS»

Das Team einigt sich auf einen gemeinsamen Medikamentenplan, der jederzeit als elektronische Datei ausgedruckt werden kann. Auf dieser Plattform sind Informationssysteme wie das Kompendium hinterlegt, ebenso ein Interaktionscheck. Mit diesem Tool kann die Verordnung von Medikamenten vereinfacht und sicherer gemacht werden.

Komplexe Palliative-Care-Situationen sind in der hausärztlichen Praxis nicht sehr häufig; andererseits kann die ärztliche Kompetenz als Folge von neuen Arbeitsmodellen wie Teilzeit leiden. Zur Verbesserung der Behandlungskompetenz können im System verschiedene Behandlungsrichtlinien, zum Beispiel die Bigorio-Konsensus-Papiere, aufgerufen werden, ebenso Direktzugriffe auf wichtige Websites.

Eine gute Dokumentations- und Informationsplattform ist wenig hilfreich, wenn das System keine unkomplizierte und sichere Kommunikation ermöglicht. Wie kann dieses Ziel ohne zusätzlichen Aufwand erreicht werden? Die Plattform erlaubt die Kommunikation per SMS oder Mail, indem der Benachrichtigte die Meldung «Sie haben eine Nachricht auf Ihrer SMIS» erhält. Der Benachrichtigte kann nun die Plattform anwählen und wird vom System direkt an den Ort geführt, an dem die Nachricht verfasst wurde. Damit wird sichergestellt, dass sensible Daten des Patienten vor Ort bleiben und nicht per Mail oder SMS versendet werden.



FAMILYSTART BEIDER BASEL

Familien und ihr Neugeborenes erhalten vom Hebammen-Netzwerk FamilyStart beider Basel – in Kooperation mit Geburtskliniken – eine nahtlose Weiterbetreuung zu Hause.

Durch die Verkürzung des Spitalaufenthaltes verlagert sich die Gesundheitsversorgung von Wöchnerin und Neugeborenem in den spitalexternen Bereich. Seit Einführung der Fallpauschalen (Swiss DRG) werden Mutter und Kind meist drei Tage postpartum nach Hause entlassen und befinden sich in einer Phase, in denen sich die maternalen und neonatalen Anpassungs- und Heilungsprozesse noch nicht stabilisiert haben. Spitalextern fehlt ein koordiniertes Versorgungsangebot. Das Ziel von FamilyStart ist, Familien mit Neugeborenen nach der Spitalentlassung zu Hause eine sichere, koordinierte und bedürfnisgerechte Versorgung zu garantieren.

Aufgrund von Bedarfsanalysen bei Eltern von Säuglingen (Fokusgruppen-Interviews) und Fachpersonen (World Café, Experteninterviews) entwickelten wir in Kooperation mit frei praktizierenden Hebammen und der Frauenklinik des Universitätsspital Basel ein integriertes Konzept für die postpartale Versorgung. Alle involvierten Gesundheitsberufe waren bei der Entwicklung einbezogen (runder Tisch, Vernehmlassung des Konzeptes). Die Implementation des neuen Versorgungskonzeptes und der Einfluss auf die Gesundheitskosten wurden evaluiert.

Über 1000 Anfragen im ersten Jahr

Der Projektaufbau erfolgte in vier Phasen und beinhaltete die Teilkpakete 1. Partizipation der Klientinnen; 2. Hebammenkoordination; 3. Interprofessionelle Vernetzung; 4. Politische Fürspracharbeit; 5. Finanzierung; 6. Begleitforschung.

Befragte Eltern und Fachpersonen identifizierten eine mangelnde Koordination unter den verschiedenen involvierten Gesundheitsberufen und Fachpersonen sowie Versorgungslücken als Schwächen der aktuellen Betreuung von jungen Familien mit Neugeborenen. Das neue Konzept definiert Übergabeprozesse, fördert die interprofessionelle Koordination und garantiert allen Familien Zugang zur postpartalen Versorgung. Realisiert wurde das Konzept in Leistungsverträgen zwischen den Geburtskliniken in Basel Stadt und dem neu gegründeten FamilyStart-Hebammen-Netzwerk. Das Netzwerk garantiert den Klientinnen der Vertragskliniken häusliche Nachbetreuung und die Nutzung einer Helpline. Vorstand und fachlicher Expertenrat des Netzwerks sind interdisziplinär zusammengesetzt.

Im ersten Betriebsjahr (1.11.2012 bis 31.10.2013) nahm FamilyStart insgesamt 1105 Anfragen entgegen (im Schnitt 92 Anfragen pro Monat). Die Mehrheit der Anfragen betraf die Vermittlung einer Hebamme (87%), weniger häufig waren Anfragen für telefonische Beratung (13%). Um die Versorgung fremdsprachiger Klientinnen und ihrer Familien zu verbessern, steht den FamilyStart-Hebammen für Hausbesuche ein telefonischer Dolmetscherdienst zur Verfügung.

Von **Elisabeth Kurth**, RM, PhD, Geschäftsführerin FamilyStart beider Basel; **Marc Sidler**, MD, Kinderarzt, Vorstandsmitglied FamilyStart beider Basel; **Esther Sackmann Rageth**, Fachbereichsleitung Pflege Spezialkliniken, Universitätsspital Basel

www.gesundheit.zhaw.ch/familystart

Kontakt: Elisabeth Kurth
elisabeth.kurth@familystart.ch



FamilyStart ermöglicht Familien und ihrem Neugeborenen eine nahtlose Weiterbetreuung zu Hause

Gemäss Evaluation des ersten Betriebsjahres wurde die Versorgungsgarantie eingehalten, auch bei vulnerablen Familien. Die beiden Partnerkliniken, Universitätsspital und Bethesda Spital Basel, zeigten sich in den Befragungen sehr zufrieden mit den Dienstleistungen. Erwähnt wurden positive Aspekte der Zusammenarbeit wie die geregelte Nachsorge und die Einführung eines standardisierten Ablaufes für die Hebammenvermittlung. Die Zufriedenheit der Nutzerinnen ist hoch.

Partnerschaften von Praxis und Akademie

Die grösste Hürde war, den Projektaufbau und die erste Betriebsphase zu finanzieren. Zum Erfolg trugen die gemeinsame Vision und das grosse Engagement des Projektteams freipraktizierender Hebammen sowie der Verantwortlichen in der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel bei.

Unverzichtbar war die Unterstützung aus den Akademie-Praxis-Partnerschaften mit dem Institut für Hebammen der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, dem Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut in Basel und der Berner Fachhochschule. Sie stellten dem Projekt Know-how, personelle Ressourcen und Infrastruktur zur Verfügung. Zurzeit ist ein zweites FamilyStart-Angebot in der Region Zürich im Aufbau. Die innovative Vernetzung zwischen spitalinterner und -externer Betreuung schliesst eine Versorgungslücke und garantiert Familien bedürfnisgerechte Betreuung am Lebensanfang. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachpersonen hat sich wesentlich verbessert.



NETCARE-APOTHEKEN

Muss ich zum Doktor oder nicht? Für Laien ist das oft schwer einzuschätzen. In netCare-Apotheken erhalten sie rasch Hilfe – wenn nötig auch vom Arzt.

1744 Apotheken mit fast 3500 Offizinapothekern gibt es in der Schweiz. Ihre Infrastruktur und ihre Kompetenzen als universitäre Medizinalpersonen gilt es zu nutzen, um das drohende Leck in der Grundversorgung zu schliessen. Schon bisher gehörte die Erstabklärung zu den wichtigsten Aufgaben der Apotheker. In Zusammenarbeit mit anderen Akteuren könnten sie diese Aufgabe noch stärker und besser wahrnehmen.

Auf diese Weise können sie nicht nur Patienten helfen, die keinen Hausarzt haben oder deren Hausarzt gerade in den Ferien ist, sondern gleichzeitig überbeanspruchte Hausärzte und Notfallstationen entlasten. Aus diesem Grund haben der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, das Schweizer Zentrum für Telemedizin MEDGATE, die Krankenversicherung Helsana und die Swisscom netCare entwickelt, ein Projekt, das zeigt, wie Patienten vom Schulterchluss zwischen Ärzten und Apothekern profitieren.

Algorithmen zu 24 Krankheitsbildern

Ohne Voranmeldung erhalten sie eine spezielle medizinische Beratung sowie Hilfe bei Krankheiten und kleinen Verletzungen. Der Apotheker übernimmt die Triage-Funktion, also die Erstabklärung anhand eines wissenschaftlich fundierten Ablaufs, den Ärzte und Apotheker gemeinsam entwickelt haben und ständig anpassen. Anhand dieser sogenannten Algorithmen entscheidet der Apotheker, ob er den Fall selber abschliessen kann, einen Medgate-Arzt per Videoschaltung beizieht oder den Patienten an eine andere Fachperson überweist.

Die Patientensicherheit steht im Vordergrund. Denn einerseits sind Apotheker durch Studium und Weiterbildungen für die Abklärung gesundheitlicher Probleme qualifiziert, andererseits bieten die netCare-Algorithmen eine absolut verlässliche Grundlage. So erhalten Patienten bei alltäglichen Gesundheitsproblemen sofortige und kompetente Hilfe, auch zu Randzeiten.

Das Projekt ist sehr gut angelaufen, wenn man bedenkt, dass es hier um eine vollkommen neuartige und noch weitgehend unbekannte Dienstleistung geht. In der Startphase von April 2012 bis Ende 2013 wurden etwa 4000 netCare-Beratungen in den 200 teilnehmenden Apotheken durchgeführt. Gut 70 Prozent der Fälle konnten abschliessend in der Apotheke behandelt werden, in 20 Prozent der Fälle wurde ein Telemediziner hinzugezogen, 10 Prozent der Patienten wurden an eine andere Fachperson überwiesen. Insgesamt stehen Algorithmen zu 24 Krankheiten zur Verfügung. Am häufigsten behandelten netCare-Apotheker Blasen- oder Bindehautentzündungen.

netCare lebt in erster Linie von der Bereitschaft zur Zusammenarbeit aller Beteiligten. Gleichzeitig fordert das Projekt einen grossen finanziellen und zeitlichen Aufwand von den Apothekern. Nur spezi-

Von **Martine Ruggli**, Leiterin Abteilung Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse

www.netcare-apotheke.ch (www.netcare-pharmacie.ch, www.netcare-farmacia.ch)

Kontakt: Martine Ruggli
netCare@pharmaSuisse.org

ell fortgebildete Pharmazeuten können netCare anbieten, ausserdem braucht es einen separaten Raum und eine aufwendige Technik für die Videokonsultationen – alles in allem liegt der Kostenaufwand im vierstelligen Bereich.

Gesucht: Neue Kooperationen mit Hausärzten

Mit dieser Investition ist es aber nicht getan. Um die Dienstleistung bekannt zu machen, braucht es einen langen Atem und viel Überzeugungsarbeit. Es braucht Mut, um das neue Angebot zu implementieren, doch wenn dieser Schritt geschafft ist, wird netCare zu einer echten Bereicherung, wie Apothekerin Sabine Kunz aus Aesch BL bestätigt: «Es ist schön zu sehen, wie dankbar die Kunden sind. netCare bereichert aber auch meine Arbeit als Apothekerin. Es ist eine Gelegenheit, sich Zeit für die Patienten zu nehmen, sie noch intensiver zu betreuen – und das abseits der Theke in einer diskreten Umgebung. Gleichzeitig ergibt sich ein Erfahrungsaustausch zwischen Ärzten und Apothekern, der für beide Seiten sehr wertvoll ist.»

Nach der zweijährigen Startphase wurde die Pilotphase bis Ende 2014 verlängert. Diese Zeit wurde intensiv genutzt, um netCare weiterzuentwickeln. Das Ziel ist es, das Netz der netCare-Apotheken flächendeckend auszuweiten und die neue Dienstleistung bekannter zu machen. Ab 2015 können sich alle Apotheken am Projekt beteiligen. Ausserdem werden die Investitionskosten so weit wie möglich gesenkt und zusätzliche Optionen für die Zusammenarbeit mit lokalen Hausärzten gesucht.



Gut 70 Prozent der Fälle lassen sich in der Apotheke abschliessen, bei jedem Fünften wird ein Telemediziner beigezogen.



LIAISON INSELSPITAL-SPITEX BERN

Die lückenlose Versorgung von hospitalisierten Patientinnen und Patienten beim Übertritt in eine SpiteX wird durch die Kooperation von zwei Institutionen optimiert.

Die ungenügende Kommunikation zwischen Inselspital und SpiteX Bern beim Pflegeauftrag nach dem Übertritt spitin-spiteX (und umgekehrt) sowie das Fehlen von Medikamenten, Materialien und Hilfsmitteln zu Hause, führte zu Versorgungslücken bei den Patienten. Mit dem Ziel, den Übertrittsprozess zu optimieren und somit eine nahtlose Versorgung der Patienten und eine nachhaltig hohe Pflegequalität zu gewährleisten, entwickelten SpiteX Bern und Inselspital gemeinsam und partnerschaftlich das Projekt Liaison.

Am Anfang stand eine fundierte Analyse

Um die Schwachstellen im Übertrittsprozess zu erfassen, wurden leitfadengestützte Interviews mit SpiteX-Mitarbeitenden und Personen der Stoma-, Diabetes- und Sozialberatung am Inselspital durchgeführt. Ergänzend fanden Fokusgruppen-Interviews mit SpiteX-Betriebsleitungen, mit Pflegeexpertinnen des Inselspitals und separat mit Pflegenden der Basis statt. Alle Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Die vorhandene Evidenz wurde zusammengestellt und mit den Resultaten der IST-Situation in einer SOFT-Analyse dargestellt. Mit dem Ziel der nahtlosen Versorgung, ergaben sich fünf Handlungsfelder (siehe Grafik).

Im nächsten Schritt wurden folgende Interventionen geplant und in einer Pilotklinik getestet: Innerhalb von 24 Stunden nach Spitaleintritt erfolgt ein Screening aller Patienten. Dazu wurden literaturbasierte Kriterien angepasst. Erfragt wird die Wohnform (alleinlebend), die Unterstützungsbedürftigkeit (Patient erhält bereits Pflege durch Angehörige oder SpiteX), die zusätzliche Belastung (Patient hat selbst eine Rolle als pflegender Angehöriger) und die kognitive Beeinträchtigung durch psychiatrische Nebendiagnosen oder Demenz. Ist ein Kriterium erfüllt, wirken sich allfällige Versorgungslücken einschneidend aus. In diesem Fall wird der Austrittsprozess im Spital durch Koordinatorinnen eingeleitet. Wenn Patienten Komplikationen während des Spitalaufenthaltes erleben (Infekte, thrombotische Ereignisse etc.) oder wenn sie beim Austritt eine regelmässige Wundversorgung brauchen, wird ihr Übertrittsprozess ebenfalls von Koordinatorinnen begleitet.

Erstkontakt zur SpiteX erfolgt online

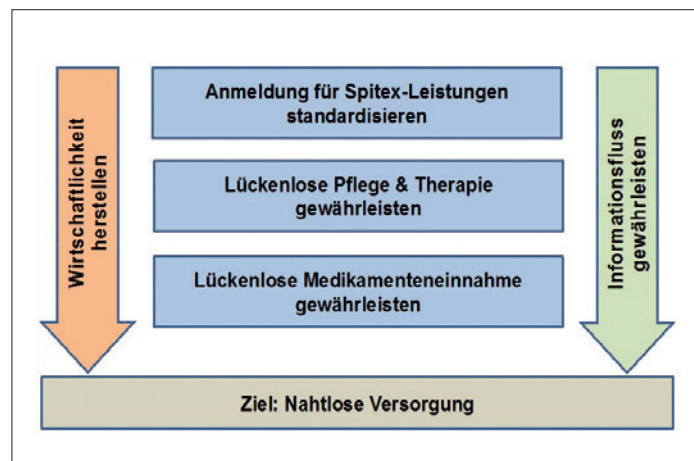
Der erste Kontakt zur SpiteX in der integrierten Versorgung bildet die Online-Patienten-Anmeldung (OPAN®). Die Koordinatorin kann die Liaison-Person bei der SpiteX Bern bereits für eine Bedarfsabklärung im Spital beiziehen. So erfolgt die pflegerische Informationsweitergabe im direkten Nurse-to-Nurse-Kontakt. Die Koordinatorin ist eine Pflegefachfrau mit Zusatzausbildung. Ihr wird Inselspitalintern die Verantwortung für das Gelingen des Übertrittsprozesses übertragen.

Die Liaison-Person ist eine spezialisierte Pflegefachperson und bei SpiteX Bern angestellt. Sie erleichtert die Neuaufnahme von komple-

Von **Monique Sailer Schramm**, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Direktion Pflege/MTT, Inselspital, Universitätsspital Bern; **Marlise Egloff**, Pflegeexpertin, SpiteX Bern; **Luzia Herrmann**, Bereichsleiterin Fachentwicklung, Direktion Pflege/MTT, Inselspital, Universitätsspital Bern.

www.spitex-bern.ch > Dienstleistungen > Partner > Liaison

Kontakt: Monique Sailer Schramm
monique.sailerschramm@insel.ch



Fünf Handlungsfelder als Grundlage für eine nahtlose Versorgung beim Übertritt vom Spital zur SpiteX.

xen Patienten, indem sie für die nötigen Rahmenbedingungen sorgt. Auf Organisationsebene ist die Liaison-Person Bindeglied zwischen den Projektpartnern, kanalisiert Rückmeldungen und kann Verbesserungsprozesse auf beiden Seiten einleiten.

Zusätzlich wurden die Übertrittsberichte an die Bedürfnisse der spitalexternen und der spitalinternen Pflege angepasst und die Abgabe von Medikamenten und Materialien geregelt.

Unterschiedliche Kulturen vereinen

Ob die Screening-Kriterien die Patienten mit Risiko für Konsequenzen bei Versorgungslücken korrekt herausfiltern und ob die Begleitung des Übertrittsprozesses durch Koordinatorinnen und Liaison-Person eine nahtlose Versorgung unterstützt, werden die Resultate der Evaluation in der Pilotklinik im Herbst 2014 zeigen.

Eine Herausforderung in diesem Projekt sind die beiden sehr unterschiedlichen Projektpartner. Auf einer Seite steht das Inselspital mit hochspezialisierten Leistungen, auf der anderen Seite die SpiteX Bern, welche Leistungen in der Grundversorgung anbietet. Zum Gelingen tragen die partnerschaftliche Projektorganisation und die gute Kommunikation bei.

Im Herbst entscheiden Auftraggeber und Steuergruppe anhand der Resultate der Evaluation, ob das Projekt Liaison auf weitere Kliniken des Inselspitals und andere Partner in der ambulanten Versorgung ausgeweitet werden soll. Die neuen Funktionen «Koordinatorin» und «Liaison-Person» könnten sich zu künftigen Rollen einer akademisch ausgebildeten Pflegefachperson mit erweiterter und vertiefter Pflegepraxis entwickeln.



VD : LE PROGRAMME CANTONAL DIABÈTE

Le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud a lancé en 2010 un programme cantonal visant à réduire l'impact du diabète sur la population.

Dresse Isabelle Hagon-Traub, Directrice du PcD
Programme cantonal Diabète, Léonie Chinet,
Adjointe de direction PcD

<http://pcd.diabete-vaud.ch>

Contact : Isabelle Hagon-Traub
isabelle.hagon-traub@diabete-vaud.ch

L'épidémie mondiale de diabète continue à progresser et concerne plus de 25'000 personnes dans le canton de Vaud dont un tiers qui l'ignore. Pour faire face à ce défi épidémiologique, le canton de Vaud a développé le PcD Programme cantonal Diabète visant à diminuer l'impact du diabète sur la population en agissant sur la progression de l'incidence et l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes. Le PcD est basé sur les besoins des patients, les attentes des soignants, des évaluations quantitatives et qualitatives.

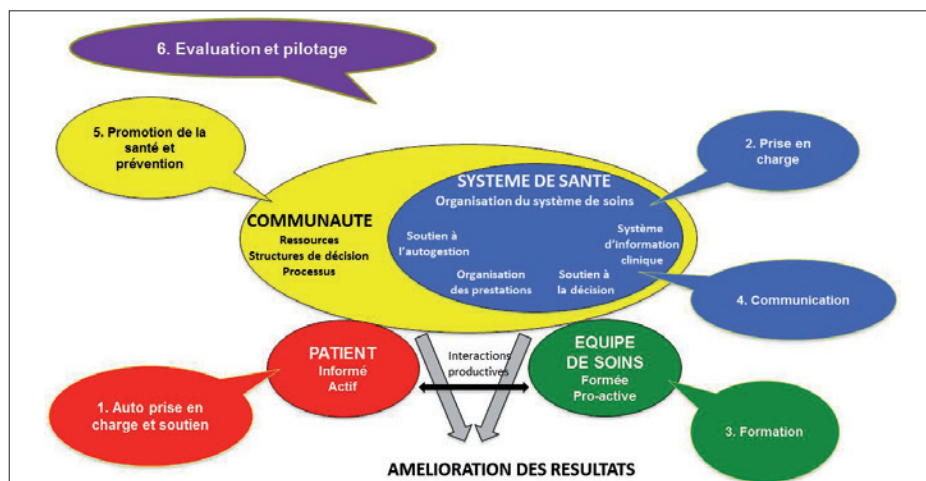
Une évaluation des besoins des patients lors de focus groupes a permis d'élaborer et de prioriser les projets ainsi que de définir les résultats attendus au terme de leur réalisation. Les patients désirent principalement bénéficier d'un suivi plus global, mieux coordonné et adapté à leurs besoins médicaux et psycho-sociaux ; ils souhaitent également être mieux informés sur les offres de cours et autres prestations, ainsi que disposer d'un lieu d'information et de prise en charge proche et pluridisciplinaire.

Cette dernière est également plébiscitée par les soignants qui souhaiteraient des moyens pour soutenir les réunions et la coordination nécessaires à une telle prise en charge. Pour favoriser le travail commun, les soignants demandent des outils comme des recommandations de pratique clinique et un dossier patient électronique.

Le diabète entraîne des coûts importants

Le diabète est une maladie dont les complications entraînent des coûts humains importants. Les coûts directs et indirects de la maladie sont estimés à plus de 0.5 milliard de francs par an pour le seul canton de Vaud (coûts directs 250 millions et coûts indirects 290 millions). Ces coûts sont surtout consécutifs aux complications du diabète (à titre d'exemple, on dénombre 129 amputations dues au diabète en 2008 et 101 patients diabétiques dialysés en 2009). L'application des critères qualité de la Société suisse d'endocrinologie et diabétologie (SSED) aux résultats d'une étude sur une cohorte de patients vaudois¹ relève des points positifs concernant le suivi métabolique glycémique et lipidique. Toutefois, le contrôle tensionnel est insuffisant de même que le dépistage systématique des complications et les conseils diététiques et d'activité physique.

Le Programme cantonal Diabète PcD se déploie suivant le modèle des maladies chroniques de Wagner. Il s'articule autour de 5 axes



Modèle des maladies chroniques (Wagner et al.) : Le PcD combine une approche stratégique et l'innovation émergente par les soignants sur le terrain.

stratégiques. L'organisation du PcD est complétée par des mesures de pilotage du programme, notamment l'évaluation et la mutualisation des expériences.

Favoriser l'autonomisation des patients

Pour amener les changements du système de santé visant à faire face au défi des maladies chroniques, le PcD combine une approche stratégique et l'innovation émergente par les soignants sur le terrain. Il s'agit de fédérer les partenaires autour d'objectifs communs plaçant les intérêts du patient au centre de la réflexion (cadre stratégique) et de fournir les outils et incitatifs utiles à la mise en œuvre de filières régionales permettant de répondre à la demande exprimée par les patients de bénéficier d'une prise en charge multi- interdisciplinaire de proximité.

Le rattachement du PcD à l'Association Vaudoise du Diabète facilite les collaborations, il lui donne la légitimité de développer des partenariats avec les patients diabétiques afin de répondre à leurs besoins et permettre leur autonomisation. Le partenariat entre soignants vise à promouvoir l'interprofessionalisme et la coordination des prestations qui sont un prérequis au travail en filière au sein de réseaux lorsque la collaboration implique prestataires indépendants et institutions. Enfin c'est ce même esprit de partenariat entre les autorités sanitaires et le PcD qui confère au Programme la légitimité cantonale et institutionnelle pour développer un projet ambitieux de santé publique.

¹ Peytremann-Bridevaux I, Zuercher E, Burnand B. Cohorte CoDiab-VD Rapport du premier suivi annuel (2012). Programme cantonal Diabète. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013.



CITÉ GÉNÉRATIONS – MAISON DE SANTÉ

Le système de santé suisse offre des opportunités suffisantes pour expérimenter des projets innovants de coopération et de collaboration interprofessionnelle.

La nécessité d'offrir des soins intégrés pour les personnes âgées est une évidence qui date de nombreuses années¹. La question centrale, aujourd'hui, est celle de la structuration et de l'organisation de l'offre ambulatoire². Une des priorités est d'améliorer la coopération et la collaboration entre les différents partenaires dans le contexte très fragmenté du système de santé helvétique³. Le concept de maison de santé à Cité générations offre divers outils pour créer les conditions favorables à une meilleure intégration clinique :

1. une pratique médicale interprofessionnelle (médecins, infirmiers, pharmaciens et divers paramédicaux) ainsi qu'inter-institutionnelle (médecine de ville, services de soins à domicile)
2. un dossier médical commun et partagé ainsi qu'une carte santé pour la transmission de l'information aux divers structures médicales cantonales (www.MonDossierMedical.ch)
3. une collaboration entre les équipes de soins (médecins, infirmières à domicile, pharmaciens) autour de patients complexes (www.prism-ge.ch)
4. la création de nouvelles modalités de prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques (service de soins infirmiers autonome, l'hospitalisation de courte durée au sein de la maison de santé)
5. une disponibilité et un service d'urgence 24h/24, 7j/7
6. de nombreux pôles de compétences spécialisées (www.gmo.ch, www.cressymed.ch)
7. des actions de prévention auprès de la population ainsi que le soutien aux proches aidants
8. un mécanisme de capitation pour une partie des patients consultant la maison de santé (www.reseau-delta.ch)

Une maison de santé pluridisciplinaire

Tous ces éléments ont permis de développer quelques projets de collaboration interdisciplinaire comme la création de binômes entre médecin/infirmière pour le suivi de patients souffrant de maladies chroniques et complexes⁴.

Il reste une grande difficulté à insuffler une réelle dynamique d'intégration en raison du manque de volonté politique et professionnelle. L'exemple d'intégration réussie au sein de la maison de santé est celle qui s'est organisée dans le cadre de la prise en charge de patients chroniques du Réseau Delta. Plusieurs patients ont pu être pris en charge par le service de soins infirmiers ainsi que le pharmacien. Ces patients ont pu également être hospitalisés dans l'unité d'accueil temporaire médicalisée. Les frais pour les soins de base ont été assumés via la capitation. Ces patients âgés au nombre de 180 ont pu éviter une hospitalisation au sein de l'hôpital universitaire. Ces exemples d'intégration ont pu être développés uniquement dans le cadre d'une capitation.

Dr Philippe Schaller, médecin coordinateur et responsable du projet Cité générations

www.cite-generations.ch

Contact : Philippe Schaller
schaller@gmo.ch



Cité générations offre divers outils pour créer les conditions favorables à une meilleure intégration clinique.

Un nouveau modèle de soins

L'originalité et l'innovation que peut apporter ce modèle de maison de santé résident dans sa capacité à pouvoir intégrer des services médicaux au sein d'un même bâtiment et de coordonner, à l'échelle d'un territoire, un réseau sanitaire de proximité. Il manque, malheureusement, pour une grande partie des patients venant consulter au sein de cette maison de santé une dynamique de capitation populationnelle globale (porte d'entrée du système de santé).

Pour les patients du Réseau de Soins Delta, sous capitation, nous avons pu réaliser une bonne intégration des soins en combinant les divers outils mentionnés dans cet article. Les résultats en terme de qualité des soins et des résultats économiques devraient être encore évalués.

1 Leutz WM, Greenlick M, et al. 1991. Adding long term care to Medicare : The Social HMO expérience. Journal of Aging and Social Policy 3 :69-87.

2 Huard P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques -2. Stratégie. Pratiques et Organisation des Soins. 2010 ; 41(3) :247-255.

3 Rapport du Groupe de travail « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours ». Berne, avril 2012. www.gdk-cds.ch.

4 Perone N, Schussellé Filletaz S, Schaller P, Balavoine JF, Waldvogel F. Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité, article soumis Santé Publique

DAS FMC LEISTUNGSPORTFOLIO

Interne Aktivitäten – exklusiv für fmc-Mitglieder

Arbeits- und Regionalgruppen

Expertenpapiere oder Entwicklungsthemen zur Integrierten Versorgung werden in Diskussionen mit unseren Mitgliedern erarbeitet und publiziert. Die Entwicklungsarbeit erfolgt flexibel in Sitzungen, Telefonkonferenzen, Web-basiert oder per e-Mail. Die Resultate werden als Fachartikel, in persönlichen Gesprächen, über Medienarbeit und in Veranstaltungen an die relevanten Zielgruppen herangetragen. Ausgewählte Arbeiten werden in der Schriftenreihe «fmc-Denkstoff» aufbereitet.

Denk-Werkstatt

In der fmc-Denk-Werkstatt werden Themen der vertikalen Integration, die für die fmc-Goldpartner von Interesse sind, in moderierten Workshops bearbeitet. Im Austausch zwischen den Goldpartnern und mit weiteren Akteuren und Experten sollen Denkanstösse gegeben und allenfalls Projekte initiiert werden. Die Ergebnisse aus einer Denk-Werkstatt können nach Absprache auch anderen Nutzern zugänglich gemacht werden. Die Themen können von den Goldpartnern wie auch vom fmc-Vorstand eingebracht werden.

Hintergrundgespräche

In Hintergrundgesprächen werden innovative Versorgungskonzepte, wissenschaftliche Erkenntnisse oder politische Vorstösse und Entwicklungen von Experten präsentiert und gemeinsam diskutiert. Die Hintergrundgespräche bieten die Möglichkeit des vertieften Austauschs in einer persönlichen Atmosphäre und schaffen die Grundlage für fruchtbare Dialoge. Bei der Agenda orientieren wir uns an der Aktualität und nehmen Themenwünsche unserer Mitglieder auf. Hintergrundgespräche finden viermal jährlich statt im Rahmen der Sitzungen des Strategischen Beirats.

Studienreise

Internationale Systemvergleiche und die Analyse von Best-Practice-Ansätzen im Gesundheitswesen sind von grosser Bedeutung, um neue Ideen für Versorgungskonzepte zu gewinnen. Deshalb unternimmt das fmc gemeinsam mit dem Deutschen Bundesverband Managed Care (BMC) jedes Jahr mindestens eine Studienreise in ein aus gesundheitspolitischer Sicht besonders interessantes Land. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt, eingeladen sind Mitarbeitende unserer Goldpartner und Partner.

«fmc Club» – Innovationen erleben

Um den Aufbau und die Funktion von innovativen Versorgungskonzepten oder Gesundheitsleistungen zu verstehen, ist es wichtig, diese hautnah zu erleben und mit den Initianten vor Ort zu sprechen. Das fmc gibt seinen Goldpartnern im «fmc Club» einmal pro Jahr die Möglichkeit, direkte Einblicke in die praktische Umsetzung ausserordentlicher Versorgungsleistungen zu gewinnen.

«fmc exklusiv»

«fmc exklusiv» ist ein Service für die Mitglieder des Strategischen Beirats. Diese erhalten zeitnah Informationen aus Politik, Behörden und Wirtschaft weitergeleitet, welche für die Integrierte Versorgung relevant sind oder sein könnten.

Masterpräsentation Integrierte Versorgung

Neu steht den Goldpartnern eine jährlich aktualisierte Powerpoint-Präsentation zur Integrierten Versorgung in der Schweiz zur Verfügung. Die Präsentation beschreibt Begrifflichkeiten und Instrumente der Integrierten Versorgung, deren Verbreitung und Entwicklung in der Schweiz, die wichtigsten Akteure und deren Rollen sowie die Herausforderungen, denen sich die sektorenübergreifende Integrierte Versorgung stellen muss.

EBEN.. FMC DENKSTOFF PRACHE FMC KOOPERATIONEN ARBEITS- UND REGIONALGRUPPEN ATTJAHRESSYMPOSIUM

Externe Aktivitäten

fmc Jahressymposium

Seit über 15 Jahren bringt das fmc an seinem Jahressymposium wichtige Akteure und Entscheidungsträger des Schweizer Gesundheitswesens zusammen. National und international renommierte Referenten beleuchteten in Keynote-Referaten, Projektpräsentationen und Workshops die Erfolgsfaktoren und Herausforderungen bei der (besseren) Verständigung zwischen den Professionen, zwischen den einzelnen Betreuungs-Sektoren und im Umgang mit neuen Rahmenbedingungen oder technischen Entwicklungen. Mit rund 300 Teilnehmenden hat sich das fmc Jahressymposium als einzigartige Plattform für den interprofessionellen Dialog etabliert.

fmc Förderpreis

Das fmc verleiht jeweils am Jahressymposium den Förderpreis für herausragende Leistungen zur Entwicklung und Umsetzung von Integrierter Versorgung im Schweizer Gesundheitswesen. Der Strategische Beirat des fmc entscheidet über die Vergabe des Förderpreises. Die Preissumme beträgt 10 000 Franken.

fmc Denkstoff

Ausgewählte Arbeiten und Resultate aus den fmc Arbeits- und Regionalgruppen werden in der Schriftenreihe «fmc-Denkstoff» aufbereitet und einer breiten Leserschaft zum Download und als Druckversion zur Verfügung gestellt.

eMagazin «fmc Impulse Integrierte Versorgung»

Unser Online-Fachmagazin «fmc Impulse» liefert alle zwei Monate kompetente und fundierte Informationen zur Integrierten Versorgung. Das Abonnement ist kostenlos. Die Informationen und Artikel des Magazins orientieren sich an den Bedürfnissen der Leserinnen und Leser, namentlich der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, Kostenträger, Politik und der Öffentlichen Hand. In Fachartikeln, Interviews oder kontradiktorischen Briefwechseln zeigen wir auf, was in Sachen Integrierter Versorgung in der Schweiz läuft, wo die Herausforderungen liegen und welche Lösungen und Modelle sich bewähren. Mittels Kommentarfunktion auf www.fmc.ch können bei ausgewählten Artikeln die Leserinnen und Leser mit dem Autor oder der Autorin in Dialog treten.

www.fmc.ch

Die neue fmc-Website www.fmc.ch überzeugt durch Aktualität, Dialog und Services. Mittels Kommentarfunktion können sich die Nutzerinnen und Nutzer zu Meinungen und Fachartikeln äussern und so mit den Autoren in Dialog treten. Die neue Infothek enthält eine Vielzahl von Begriffserklärungen und Hintergrundinformationen. Die Nutzerinnen und Nutzer finden ausserdem eine Liste von besonders lesenswerten nationalen und internationalen Studien zur Integrierten Versorgung sowie eine laufend aktualisierte Artikelsammlung. Mittels Kategorisierung können die Nutzerinnen und Nutzer gezielt nach Publikationen aus ihrem Berufsumfeld suchen. Die Services werden kontinuierlich weiterentwickelt – der regelmässige Besuch wird sich lohnen!

fmc Kooperationen

Das fmc strebt themenspezifische Partnerschaften mit Fachzeitschriften, Berufsverbänden und Institutionen an. Dabei werden die jeweiligen Bedürfnisse detailliert ermittelt und die gegenseitigen Leistungen festgehalten.

Erhebungen und Expertenwissen

Das fmc erhebt und publiziert regelmässig quantitative und qualitative Daten zur Verbreitung und Ausgestaltung der Integrierten Versorgung in der Schweiz. Zu gesundheitspolitischen Themen und ausgewählten Fragestellungen der Integrierten Versorgung verfassen fmc-Experten gruppen fundierte Stellungnahmen.

DIE FMC TRÄGERSCHAFT

Goldpartner



Partner



eastcare AG

H+ Die Spitäler der Schweiz

hawadoc AG

Medgate AG

MediService AG

MSD

PonteNet

Sandoz Pharmaceuticals AG

Spirig HealthCare AG

Streuli Pharma AG



Das fmc –
Schweizer Forum
für Integrierte Versorgung
gibt zu denken und schaut voraus.
Besuchen Sie uns
auf fmc.ch