

Integrierte Gesundheitsversorgungsmodelle aus Sicht der Sozialversicherung

Mag. oec. Beate Hartinger-Klein

„Jedem Bürger unseres Landes wird unabhängig von Herkunft, Alter und Einkommen im Falle seiner Erkrankung die bestmögliche, dem letzten Stand wissenschaftlich entsprechende medizinische Versorgung garantiert!“

Wer entscheidet über die Gesundheit?

- Das Individuum
- Arzt
- Pharmaindustrie
- Sozialversicherung
- Privatversicherung
- Politik

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen:

Gleicher Zugang für alle zu Neuem???

Was ist notwendig?

- ▶ Therapien
- ▶ Kostenfrage
- ▶ Ressourcenallokation

„Das Notwendige wäre hier zugleich das Bestmögliche“ (bei WHO-Def.)

Kann sich dies eine Gesellschaft leisten???

§ 133 (2) ASVG: „Die Krankenbehandlung muß **ausreichend** und **zweckmäßig** sein, sie darf jedoch das **Maß des Notwendigen nicht überschreiten**. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

Die Leistungen der Krankenbehandlung werden, soweit nichts anders bestimmt wird, als Sachleistungen erbracht.“

OH-OH! DER IHNEN
HEUER ZUSTEHENDE
BETRAG IST ERREICHT...

BEEHREN SIE
UNS NÄCHSTES
JAHR WIEDER!

100'000.-



Gesundheit als besonderes Gut

■ Auf individueller Ebene

- Keine Kosten zu teuer
- Alter und Status belanglos
- Zugang zu jeder medizinischen Leistung selbstverständlich

■ Auf volkswirtschaftlicher Ebene

- Kostenentwicklung nach derzeitigem Wissens-, Erfahrungs- und Entwicklungsstand nicht bewältigbar!

Definition „Integrierte Versorgung“

= **sektoren- und/oder berufsfeldübergreifende Versorgung**

Treiber für die integrierte Versorgung sind der **demografische Wandel** und das damit einhergehende veränderte Krankheitspanorama mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität.

Ziel ist es mittels verschiedener Instrumente eine **bessere Verzahnung** der Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Dadurch sollen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotentiale mobilisiert werden. Ein optimiertes Management entlang des **Behandlungsprozesses** soll den Patienten in den Mittelpunkt stellen und eine richtige Diagnose, zur richtigen Zeit am richtigen Ort gewährleisten

Definition IV seitens SV

- Patientenorientierte
- Kontinuierliche
- Sektorenübergreifende/interdisziplinäre
- Nach standardisierten Behandlungskonzepten
(Guidelines, Behandlungspfade...)
ausgerichtete Versorgung



Indikationsbezogene Modelle

- Ziel: Patienten mit bestimmten Erkrankungen
Fortschritt der Erkrankung minimieren oder vermeiden
DMP (Disease Management Programme)
- Versorgung durch strukturierte
Behandlungsabläufe für chronische
Erkrankungen über mehrere Schnittstellen und
längerem Zeitraum
- Evidenzbasierte Leitlinien

Populationsbezogene Modelle

- Versorgung nach regionalen Kriterien mit bestimmten Risikomerkmale (Bsp: Brustkrebs)
- Aufbau-und Ablauforganisation müssen
 1. Umfassend
 2. Qualitätsorientiert
 3. Effektiv und effizient sowie
 4. zeitgerecht

Nutzen von IV

- Patient:
 - Warte- und Behandlungszeit
 - Seltenerer Arztkontakte
 - Keine Doppeluntersuchungen
 - Transparenz und Information
 - Strukturierte, objektive bewertete Versorgung
 - Qualitätskontrolle/sicherung

■ Kassen, Bund und Länder:

- Effizienteres Nahtstellenmanagement
- Bessere Behandlungsqualität
- Kürzere Krankenzustandsdauer
- Effektiverer Einsatz von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- Realisierung von Einsparungspotentialen

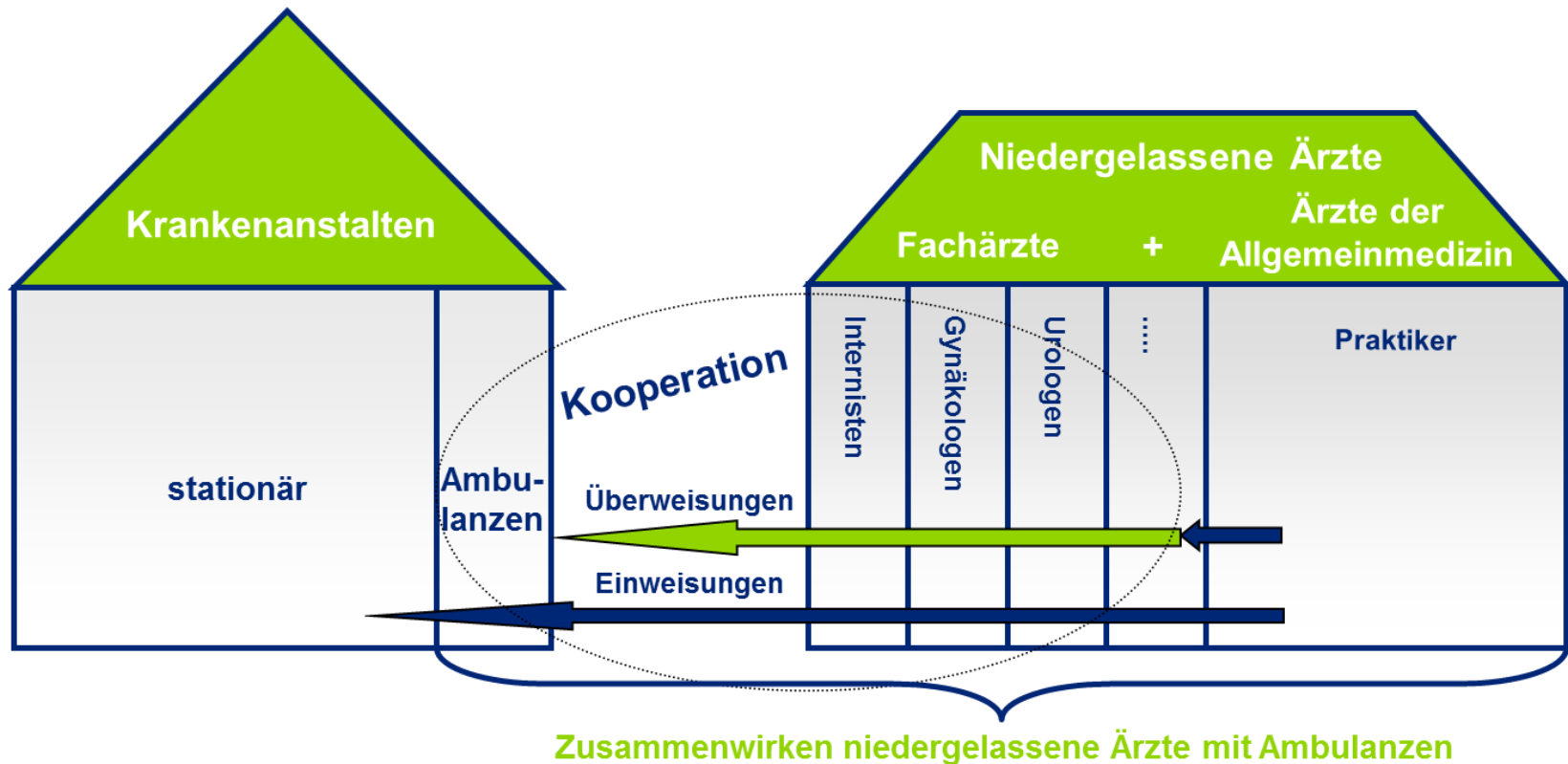
Herausforderung

- Akzeptanz
- Willen der Kooperation aller Beteiligten
- Gemeinsame Ziele
- Einbeziehung der Patienten
- Finanzierung (langfristige Projekte)

Gesetzliche Regelung:

15a B-VG Artikel 9,31 und 35

Zusammenwirken der Anbieter von Gesundheitsleistungen



Regierungsprogramm, Ärztekammer, Masterplan Gesundheit SV

- Modellregionen IV zur gemeinsamen Strategie, Planung und Steuerung
- Leitlinien und DMP
- Versorgungsform niedergelassener Bereich und anderen Gesundheitsberufen (Gruppenpraxen)
- Ganzheitliche Versorgung, die sich nach Bedürfnissen der Patienten orientiert

Trennung der Gesundheitskompetenzen in der österr. Bundesverfassung

Durch Fragmentierung der med. Versorgung zwischen
Krankenanstalten und niedergel. Bereich

- Informationsverlust an Schnittstellen
- Über-, Unter- und Fehlversorgung

Spitalsbereich: Kompetenzen nochmals geteilt!

 **Drehtürpatient**

Competence Center Integrierte Versorgung der SV

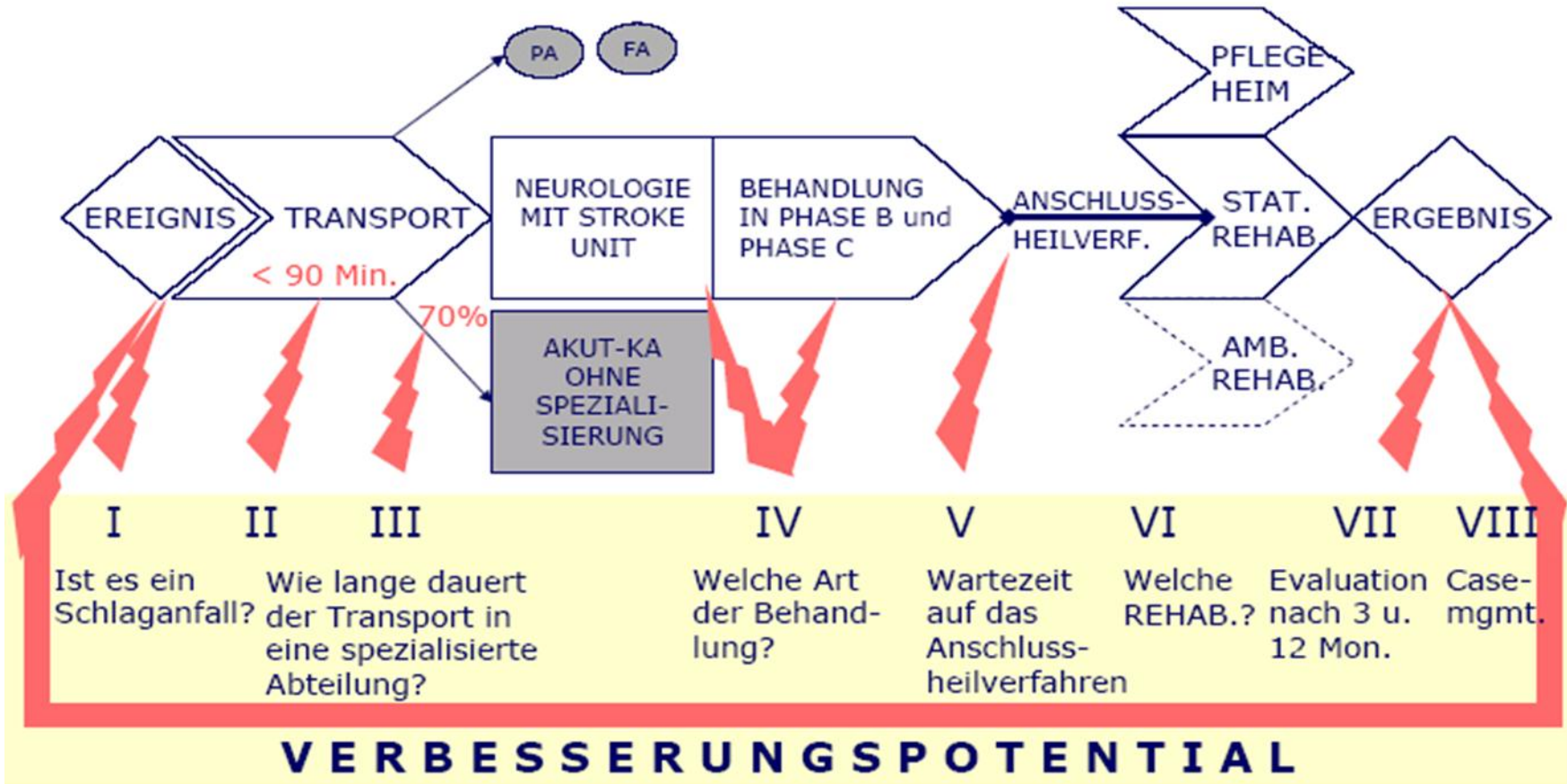
Ziele

- Aufbau und Bündelung von Wissen zur IV (Wissensdatenbank)
- Entwicklung von Modellen
- Nahtstelle für Versicherte, Vertragspartner und SVträger

Leistungen

- DM Diabetes mellitus Typ 2
- DM Post Myokardinfarkt

Prozess der Schlaganfallbehandlung



Entlassungsmanagement

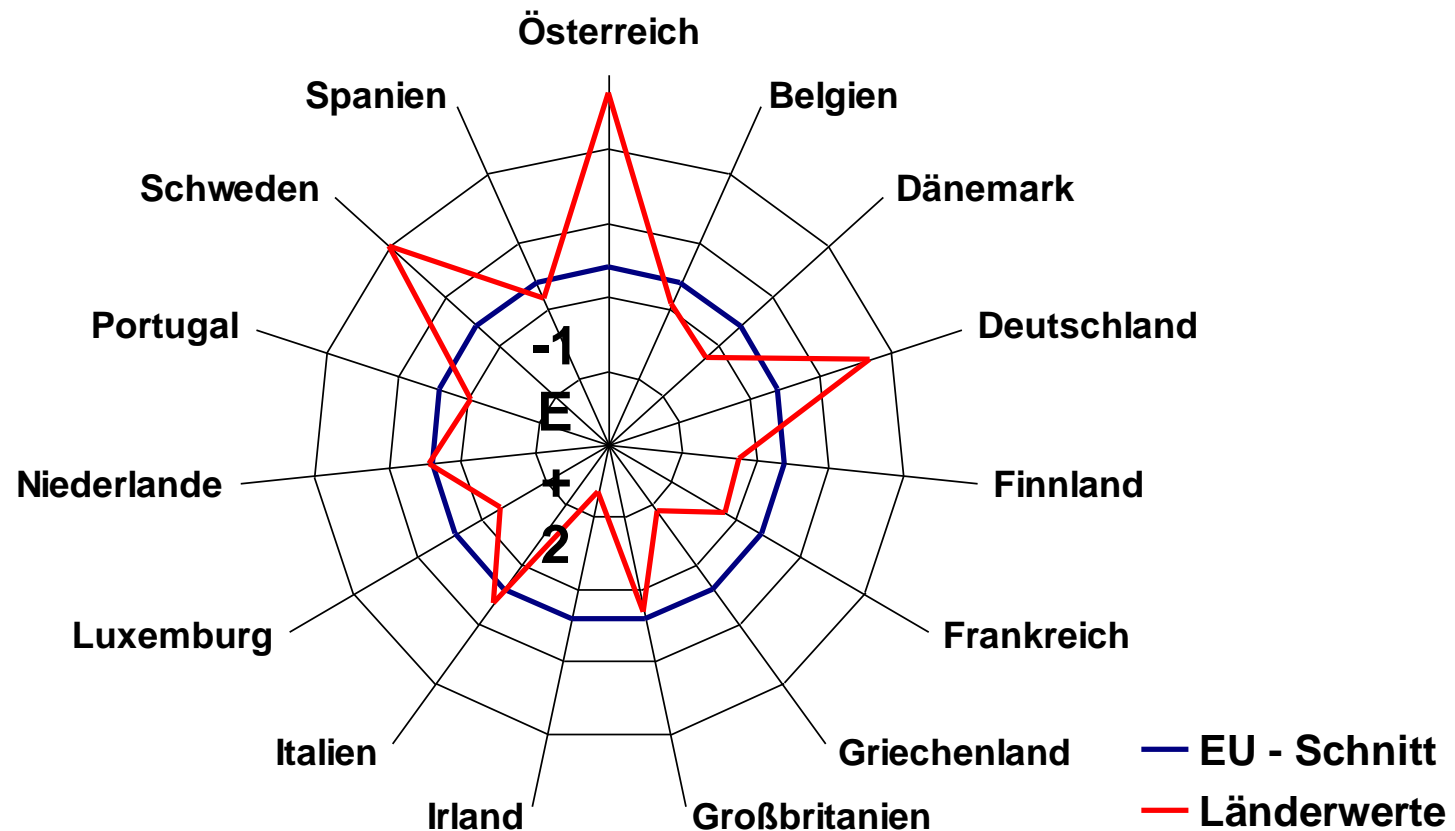
- Unterstützung von Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf bei der Organisation und Koordination der poststationären Betreuung
- Entlastung der Patienten
- Reduktion der Verweildauer
- Vermeidung von Versorgungslücken und poststationären Komplikationen
- Reduktion der Wiederaufnahmerate

Casemanager

- Informations- und Datendrehscheibe
- Hilfe bei der Entlassung (Entlassungcheck)
 - bedarfs- und zeitgerechte Versorgung
 - Information und Aufklärung (Patient und Angehörige) und niedergelassenen Arzt
- Angefordert durch Arzt, DGKP, Betroffenen
- SV-Mitarbeiter vor Ort im KH bzw. Bezirksstellen
- Unterstützung bei bürokratischen Angelegenheiten (Rehaanträge, Arzneimittel, Anschlussheilverfahren ...)

Ist das Qualität?

MRT pro 1 Million Einwohner



Die Fallzahlen der Operationsgruppen weisen zu hohe Bandbreiten auf

OP - Gruppe	Durchgeführte OP's im Jahr 2003	Bandbreite der Fallzahlen pro Jahr
<input type="checkbox"/> Wirbelsäule Rückenmark	17.499	1 – 2.147 OP's 32 KH unter 10 OP's
<input type="checkbox"/> Totalendoprothese des Kniegelenks	10.182	3 – 468 OP's 10 KH unter 20 OP's
<input type="checkbox"/> Bandscheiben- operationen	5.884	1 – 1.217 OP's 9 KH unter 10 OP's
<input type="checkbox"/> Tonsillektomie, Adenotomie	29.641	1 – 1.382 OP's 7 KH unter 10 OP's
<input type="checkbox"/> Curettage, Konisation Cerclage	44.635	4 – 2.142 OP's 7 KH unter 30 OP's

Kernfrage

Was bringt 1 Euro mehr Investition an Lebensqualität für den Versicherten!?

Der Patient ist kein Konsument

- Patienten sind oft in einer Ausnahmesituation und existentiellen Krise
- Können sich häufig nicht selbst auf die Suche nach Gesundheitsleistungen machen
- Sind auf Gesundheitsleistungen und ärztliche Hilfe angewiesen und in gewisser Weise abhängig
- Souveräne Kunden können hingegen Produkte vor der Inanspruchnahme prüfen und miteinander vergleichen

HAMBONE by Mike Flanagan

Fazit

- Ziele
 - Erhöhung des Patientennutzens
 - Sektorenübergreifende Kooperation/Schnittstellenmanagement
 - Standardisierte Behandlungspfade
 - Vermeidung von Ineffizienzen

- Lange Konzeptionsdauer
- Lange Entscheidungsfindung und Umsetzung
 - Personelle und finanzielle Ressourcen
 - Datenverfügbarkeit/einsicht
 - Unterschiedliche Interessen
- Datenschutz
- Medizinische und ökonomische Evaluierung
- Gefahr: Zweiklassenmedizin (Zugangsbarrieren für sozial benachteiligte Schichten)