

Univ.- Lektorin Mag. Karin Eger

Integrierte Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen

STATUS QUO UND AUSBLICK



Ausgangssituation

Das österreichische Gesundheitssystem zählt zu einem der Besten der Welt. Dennoch gibt es strukturelle Schwächen, die sich negativ auf die Effizienz, die Effektivität und die Qualität auswirken.

Zu diesen strukturellen Schwächen zählen im Wesentlichen:¹

- *Sektorale Trennung bei Finanzierung und Verwaltung*

Die Zuständigkeit der die Gesundheitsversorgung finanzierenden Institutionen (Sozialversicherung, Länder, Gemeinden etc.) ist unterschiedlich geregelt. Als besonders hinderlich erweist sich die getrennte Finanzierung und Steuerung von Krankenanstalten, niedergelassenem Bereich und Pflege. Die medizinische Versorgung erfolgt nicht nach dem Bedarf, sondern nach den Zuständigkeiten der Akteure im Gesundheitswesen. Das Ergebnis sind ineffiziente Behandlungsabläufe bei insgesamt überhöhten Kosten des gesamten Gesundheitswesens.

- *Versorgungsdefizite bei den Nahtstellen*

Versorgungsdefizite bei den Nahtstellen (niedergelassener Arzt/Krankenhaus/Pflege) führen nicht nur zu einer Beeinträchtigung der Qualität der medizinischen Versorgung, sondern verursachen auch zusätzliche Kosten.

- *Mangelnde Vernetzung der einzelnen Dienstleister im Gesundheitswesen*

Die Behandlungsprozesse werden an den Nahtstellen unterbrochen, die Informationsweitergabe ist mangelhaft oder fehlt fallweise sogar vollständig. Ein

Autorin: Mag. Karin Eger

erfolgreicher Heilungsprozess erfordert eine über die Bereichsgrenzen der Dienstleister hinausgehende kontinuierliche und ganzheitliche Ablauforganisation. Andernfalls sind negative Konsequenzen im Hinblick auf Behandlungserfolg und Patientenzufriedenheit die Folge.

- *Mangelnde einheitliche Dokumentation von Leistungen und Diagnosen*

Um einerseits Aussagen über die Effektivität und Effizienz von medizinischen Leistungen treffen zu können und andererseits die Vergleichbarkeit sicherstellen zu können, ist eine durchgängige und einheitliche Leistungs- und Diagnosedokumentation notwendig.

- *Fehlen definierter Qualitätsstandards*

Es fehlen mehrheitlich definierte Qualitätsstandards für die Erbringung von Leistungen in allen Segmenten des Gesundheitswesens, teilweise was die Voraussetzungen für die Erbringung der Leistungen anbelangt, aber auch was die Erbringung der Leistungen selbst betrifft. Die Qualitätsstandards und die Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsmessung sollen für die Patienten verständlich und nachvollziehbar sein um deren Entscheidungskompetenz zu erhöhen.

Neben diesen strukturellen Schwächen ist das österreichische Gesundheitssystem mit gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen konfrontiert, die erhebliche Anpassungen in den Versorgungsstrukturen notwendig machen.

Zu diesen Entwicklungen zählen:

- *Steigende Lebenserwartung*

Frühe Diagnostik und verbesserte Therapien führen zu einem progressiven Anstieg der Lebenserwartung der Bevölkerung. Hatte ein 1990 geborener Mann eine Lebenserwartung bei der Geburt von 72,24 Jahren, so betrug diese im Jahr 2009 bereits 77,42 Jahre. Dies bedeutet eine Zunahme der Lebenserwartung von fast fünf Jahren in den letzten zwei Jahrzehnten. Ähnlich verhält sich die Entwicklung der Lebenserwartung bei Frauen: diese stieg von 78,89 Jahren im Jahr 1990 auf 82,86 Jahre im Jahr 2009, also um insgesamt vier Jahre im gleichen Zeitraum.²

Autorin: Mag. Karin Eger

- *Zunehmend höherer Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung*

Trendberechnungen zeigen auf, dass sich der Anteil der über 60-jährigen Personen an der Gesamtbevölkerung von derzeit 23,1 Prozent auf 34,1 Prozent im Jahr 2050 erhöhen wird. Sind heute rund 1,94 Millionen 60 Jahre und älter, werden es 2050 bereits 3,23 Millionen Menschen sein.³ Diese Entwicklung der Altersverteilung der Bevölkerung geht einher mit einer Zunahme von alters- und verhaltensbedingten Krankheiten, wie Diabetes, Übergewicht, Hypertonie, Demenz und viele mehr. Der demographisch bedingte höhere Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen wird das Gesundheitssystem weiter belasten.

- *Verschiebung von akuten hin zu chronischen Erkrankungen*

Diese Bevölkerungsentwicklung bedingt eine Veränderung in der Häufigkeit und der Art der Erkrankungen. Es ist eine Verschiebung von akuten hin zu chronischen Erkrankungen bereits zu erkennen. Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 gaben bereits rund 44% der 45- bis 60-Jährigen an, eine chronische Krankheit zu haben, bei den über 75-Jährigen sind es etwa zwei Drittel der Bevölkerung. Frauen sind davon stärker betroffen als Männer.⁴

- *Zunahme der Multimorbidität*

Bei den älteren Menschen ist vermehrt mit einer Multimorbidität (Vielfacherkrankung) zu rechnen.

Integrierte Versorgung als Lösungsansatz

Bis heute ist das österreichische Gesundheitssystem primär auf die Versorgung von akuten Krankheiten ausgerichtet. Zu einer der wichtigsten Aufgaben in Zukunft zählt jedoch die adäquate Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten in höheren Altersklassen. Die sektorenübergreifende Koordination der Versorgung steht dabei im Mittelpunkt. Die Integrierte Versorgung soll eine koordinierte und vernetzte Behandlung des Patienten sicherstellen, während der alle Leistungserbringer Hand in Hand zusammenarbeiten. So sollen Schwierigkeiten an den Nahtstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie Rehabilitation und Pflege überwunden werden. Bestehende Modelle im Ausland geben Hinweise, dass integrierte Versorgungsmodelle Qualität und Effizienz des Systems steigern.

Autorin: Mag. Karin Eger

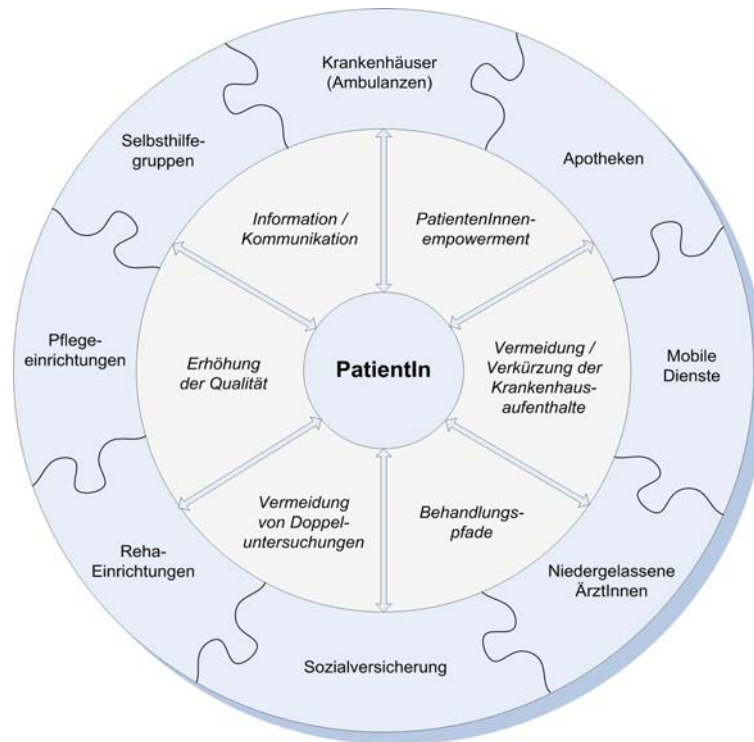


Abb.: Nahtstellen im Gesundheitswesen; eigene Darstellung

Im Rahmen der Integrierten Versorgung wird zwischen indikations- oder populationsbezogenen Ansätzen unterschieden. Indikationsbezogene Modelle sind auf die Versorgung von Patienten mit einer bestimmten Erkrankung abgestimmt.

Bei Disease Management Programmen, der bekanntesten Form indikationsbezogener Versorgungsformen, handelt es sich um strukturierte Behandlungsabläufe für in der Regel chronische Erkrankungen, bei denen die Versorgung über mehrere Nahtstellen hinweg und über einen längeren Zeithorizont hin erfolgt.⁵ Durch den Einsatz von Behandlungsleitlinien sollen die Beeinträchtigungen, welche durch eine bestimmte Erkrankung verursacht werden, reduziert, der Fortschritt der Erkrankung verzögert bzw. vermieden, und der Allgemeinzustand der Patienten verbessert werden.⁶

Der Ansatz der populationsbezogenen Modelle beinhaltet die Versorgung von Patientengruppen, die nach bestimmten Merkmalen oder nach regionalen Kriterien dieser Gruppe zugerechnet werden. Hierzu zählen beispielsweise das Case Management oder aber Hausarztmodelle oder Praxisnetze.

Autorin: Mag. Karin Eger

Case Management ist ein Modell der Sozial- und Gesundheitsdienstleistung, das bei Patienten mit einem längeren Versorgungsbedarf die notwendigen Behandlungswege geplant und koordiniert sicherstellt.⁷ Eine Sonderform des Case Managements stellt das Entlassungsmanagement in Krankenanstalten dar, das die rechtzeitige Planung und Organisation der Entlassung von Patienten mit erhöhtem, komplexem Betreuungsbedarf aus dem Krankenhaus sicherstellt.

Integrierte Versorgung in Österreich

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2005 im Rahmen der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens Vorkehrungen getroffen, um die Integrierte Versorgung in Österreich zu ermöglichen. Seither werden in Österreich verschiedene Maßnahmen zu einer strukturierten und fachgebiets- und sektorenübergreifenden Versorgung gesetzt. Diese Initiativen werden mehrheitlich gemeinsam von Sozialversicherung und Länder finanziert („Reformpoolprojekte“).

In der Folge sollen einzelne Projekte näher dargestellt werden, um einen besseren Einblick in die Intention und Vielfältigkeit der integrierten Versorgung zu erhalten. Auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit findet sich eine Auflistung aller in Österreich umgesetzten bzw. in Umsetzung befindlichen Reformpoolprojekte.⁸

Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“⁹

Für die optimale Betreuung der Patienten mit Diabetes Typ 2 spielen neben der Motivation des Patienten eine integrierte Versorgung über den gesamten Lebenszyklus der Krankheit eine wesentliche Rolle. Ein Konzept dazu stellen Disease Management Programme dar. Dabei handelt es sich um ein integratives Konzept, unter dem alle Elemente zur optimalen Behandlung unter Beachtung medizinischer und ökonomischer Gesichtspunkte subsumiert werden.

Autorin: Mag. Karin Eger

Die österreichische Sozialversicherung hat ein Konzept für ein Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2 („Therapie aktiv – Diabetes im Griff“) in Österreich erarbeitet, welches bereits in mehreren Bundesländern zum Einsatz kommt.

Wesentliche Elemente von „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ sind:

- Patientenempowerment: Im Rahmen von Patientenschulungen soll der Patient über seine Krankheit sowie über Einflussfaktoren und deren Auswirkungen informiert werden.
- Ärztefortbildung: Vermittlung von diagnostischen und therapeutischen Grundlagen.
- Behandlungspfade und Medizinische Leitlinien: diese sollen eine qualitativ hochwertige Therapie nach dem letzten Stand des Wissens sicherstellen.
- Qualitätsmanagement: umfasst bestimmte räumliche und strukturelle Voraussetzungen für eine optimale Betreuungsqualität
- Dokumentationsbogen: dient zur Dokumentation der Ergebnisse

Projekt PIK - PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung

Ziel dieses Projekts ist es, Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen allen professionellen Betreuern, den Patienten und deren Angehörigen umzusetzen und damit eine optimale Patientenorientierung und Integration der Krankenbetreuung zu erreichen.

Zu diesen Maßnahmen zählen unter anderem:

- das Entlassungsmanagement: in den Krankenanstalten angesiedelte Entlassungsmanager sollen jene Patienten unterstützen, die nach einem Spitalsaufenthalt einen komplexen Nachbetreuungsbedarf (Hauskrankenpflege, Essen auf Räder, etc.) haben, aber nicht in der Lage sind, diesen auch selbst zu organisieren. Durch die rechtzeitige und bedarfsorientierte Organisation sollen frühzeitige Wiederaufnahmen vermieden werden.
- der standardisierter elektronischer Infotransfer: durch einen standardisierten und elektronischen Datentransfer soll sichergestellt werden, dass Informationen beispielsweise über benötigte pflegerische und therapeutische Maßnahmen bei den entsprechenden Leistungserbringern rasch zur Verfügung stehen.
- das Teilprojekt Selbsthilfegruppen greifbar im Spital: hat die Zusammenarbeit zwischen Krankenanstalten und Selbsthilfegruppen im Sinne einer stärkeren Integration der beiden

Autorin: Mag. Karin Eger

Bereiche sowie die Verbesserung der Information der Patienten und Angehörigen über das Angebot und die Erreichbarkeit von Selbsthilfegruppen während des Spitalsaufenthalts zum Ziel.

Integrierte Versorgung Schlaganfall

Im Mittelpunkt der Projekte zur Integrierten Versorgung bei Schlaganfall steht die Zusammenarbeit aller an der Schlaganfallversorgung Beteiligten im Fall des Schlaganfalles zu verbessern, zu beschleunigen und auch transparenter zu machen. Vorrangige Ziele der Projekte sind die Reduktion der Pflegebedürftigkeit bzw. die Reduktion der Behinderung nach einem Schlaganfall. Rezidivschlaganfälle sollen verhindert und Folgeerkrankungen reduziert werden.

Zu den konkreten Projektzielen zählen unter anderem:

- Die Schlaganfallerkennung im Notfallmanagement wird erhöht.
- Mehr Schlaganfallpatienten werden in kürzerer Zeit direkt an „Stroke Units“ gebracht, damit ist eine optimale Behandlung und Frührehabilitation bereits im Krankenhaus gesichert.
- Rehabilitationsanträge werden im Akutkrankenhaus rechtzeitig gestellt, sodass das Anschlussheilverfahren ohne Wartezeit begonnen werden kann.



Die österreichische Sozialversicherung beschäftigt sich permanent mit der strukturierten Versorgung ihrer Versicherten. So wurde beispielsweise 2006 das *Competence Center Integrierte Versorgung* eingerichtet, um an einer zentralen Stelle strukturierte Betreuungsprogramme zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen. Neben dem Disease Management Programm für Typ 2-Diabetiker stehen weiters ein Disease Management Programm „Therapie aktiv – Risikofaktor Herzinfarkt“ für Patienten nach einem Herzinfarkt sowie ein Netzwerkprogramm für eine strukturierte Versorgung von Demenzkranken und deren Angehörigen¹⁰ zur Umsetzung bereit.

Autorin: Mag. Karin Eger

Nutzen der Integrierten Versorgung

Erklärtes Ziel jedes integrierten Versorgungsansatzes ist es, eine win-win-win-Situation für Versicherte, Leistungserbringer und Kostenträger herzustellen. Dies ist die Voraussetzung für die notwendige Akzeptanz.

Nutzen für die Patienten:

- Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf höchstem Niveau durch leitlinienorientierte Behandlung
- Verkürzung der Behandlungszeit durch verringerte Wartezeiten und Vermeidung von teuren Doppeluntersuchungen
- alle Behandlungsschritte sind aufeinander abgestimmt, wodurch ein reibungsloser Behandlungsablauf garantiert ist
- aktiver Einbezug des Patienten in den Behandlungsprozess mit Stärkung der Patientenrechte und Eigenverantwortung (Patientenempowerment)
- kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten

Nutzen für die Leistungserbringer:

- Reduzierung organisatorischer Belastungen durch koordinierte Abläufe
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Behandlungsprozesses
- Kürzere und effektivere Kommunikations- und Informationswege
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit durch verbesserte Versorgung
- Bessere Abstimmung von Zuständigkeiten

Nutzen für die Kostenträger:

- Transparenz des Leistungsgeschehens
- Kosteneffizienz durch optimierte Behandlungsprozesse
- Erhöhung der Kundenzufriedenheit

Autorin: Mag. Karin Eger

Fazit

Ziel der Integrierten Versorgung ist es die Effizienz und Qualität des Gesundheitswesens zu verbessern. Es gibt mehrere Projekte in Österreich, die die Voraussetzungen haben, diese Ziele zumindest teilweise zu erreichen. Die Umsetzung dieser Konzepte ist nicht immer einfach. Die verschiedenen Akteure verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen und Interessen. Die Aufgabe besteht darin, diese Projekte zu initiieren, um die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung qualitativ hochwertig sicherzustellen und dabei die Interessen aller Beteiligten zu berücksichtigen.

Trotz aller Widerstände muss es ein wesentliches Ziel der Gesundheitspolitik sein, die Implementierung der Integrierten Versorgung konsequent und kompromisslos voran zu treiben um die anstehenden Veränderungen in der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen friktionsfrei und zielgerichtet zu bewältigen.

¹ Hofmarcher, M. M. & Rack, H. M. (2006). Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich. WHO Regionalbüro für Europa. Kopenhagen: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

² Statistik Austria. (2010). Demographische Indikatoren 1961 – 2209 für Österreich. Wien.(19 ff)

³ Statistik Austria. (2010). Demographisches Jahrbuch 2010. Wien. (43)

⁴ Statistik Austria. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien. (15, 62 ff)

⁵ Amelung, V. E. et al. (2006). Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

⁶ Lauterbach, K. W. et al. (2006). Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Bern: Huber.

⁷ Wendt, W. R. (1997). Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. (3. ergänzte Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus. (14)

⁸ Bundesministerium für Gesundheit. Zugriff am 30. Jänner 2011 unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/7/2/CH1072/CMS1219052161632/liste_reformpoolprojekte_stand_11._jaenner_2011_korrigiert.pdf

⁹ Nähere Informationen zum Programm können auf der Homepage unter www.therapie-aktiv.at nachgelesen werden

¹⁰ Nähere Informationen können auf der Homepage der Wiener Gebietskrankenkasse unter http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=69203&p_tabid=3 abgerufen werden

Über die Autorin:

Univ.-Lektorin Mag. Karin Eger

Ausbildung

Studium der Betriebswirtschaftslehre, Wirtschaftsuniversität Wien

Beruflicher Werdegang

seit 10/2009 Lektorin am Institut für KMU-Management,
Wirtschaftsuniversität Wien

seit 02/2007 Leiterin der Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention,
Wiener Gebietskrankenkasse

seit 07/2006 Leiterin des Competence Centers für Integrierte Versorgung der österreichischen
Sozialversicherung

seit 04/2000 Wiener Gebietskrankenkasse, Abteilung Behandlungsökonomie

1996 – 2000 Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Abteilung Leistungspolitik

Aufgabenschwerpunkte

Integrierte Gesundheitsversorgung

Gesundheitsplanung

Versorgungsforschung

Gesundheitsökonomie

Gesundheitsförderung und Prävention

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autorin: Mag. Karin Eger