

Regionaler Strukturplan (RSG) Wien

Teilprojekt Nahtstellen

Wissenschaftliche Grundlage

Wien, Oktober 2009

Inhalt

| | | |
|----|--|----|
| 1) | Sicherstellung der kontinuierlichen Betreuung von geriatrischen Patienten/-innen mit intensiver Inanspruchnahme von intra- und extramuralen Leistungen | 3 |
| | Problemanalyse | 3 |
| | Lösungsansatz..... | 4 |
| | Nutzenerwartung und Risikoabschätzung | 5 |
| 2) | Standardisierung der prästationären Diagnostik..... | 6 |
| | Problemanalyse | 6 |
| | Lösungsansatz..... | 6 |
| | Nutzenerwartung und Risikoabschätzung | 9 |
| 3) | Integrierte Versorgung | 10 |
| | Problemanalyse | 10 |
| | Lösungsansatz..... | 11 |
| | Umsetzungskonzept..... | 14 |
| | Nutzenerwartung und Risikoabschätzung | 15 |
| | Handlungsempfehlung | 22 |
| 4) | Für Wien relevante Nahtstellenprojekte (Übersicht) | 22 |
| | Patienten/-innenorientierte integrierte Krankenbetreuung PIK..... | 22 |
| | Professionelles Entlassungsmanagement in Wiener Spitälern | 23 |
| | Disease Management Programm Therapie aktiv: Diabetes Mellitus Typ 2 | 24 |
| | Die E-Health Strategie des Landes Wien | 25 |
| | Entwicklung von Kriterien zur Bewertung des Nahtstellenmanagements..... | 26 |
| | Österreichweite Initiative zur einheitlichen Leistungsdokumentation ambulanter Leistungen | 27 |

1) Sicherstellung der kontinuierlichen Betreuung von geriatrischen Patienten/-innen mit intensiver Inanspruchnahme von intra- und extramuralen Leistungen

Problemanalyse

In der derzeitigen Versorgungssituation kann für diese Patienten/-innengruppe in den seltensten Fällen auch an den Nahtstellen der Versorgung ein durchgängiger, homogener Behandlungs- und Betreuungsablauf gewährleistet werden. Vielfach fehlt in Entscheidungssituationen die kontinuierliche Sichtweise auf die Krankengeschichte des/der Patienten/-in. Dies führt an den Nahtstellen der Behandlungs- und Betreuungskette an unterschiedlichen Punkten zu Problemen:

- Im extramuralen Bereich werden in Akutfällen außerhalb der typischen Ordinationszeiten häufig Ärzte/innen zu Hilfe gerufen, die den/die Patienten/-in nicht kennen und daher ohne Vergleichsmöglichkeit mit dem sonstigen Zustand des/der Patienten/-in eine Entscheidung über das weitere Vorgehen treffen müssen (z.B. Zuweisung ins Spital).
- Im Falle einer Spitalszuweisung ist nicht sichergestellt, dass der/die Patient/-in in ein Krankenhaus kommt, wo er/sie mit seiner/ihrer Krankengeschichte bekannt ist, sodass auch dort ohne umfassenden Wissenshintergrund Entscheidungen über den weiteren Behandlungsablauf getroffen werden (müssen).
- Im Falle einer Spitalszuweisung wird die Akutbehandlung meist im Krankenhaus von Fachabteilungen übernommen, die den häufig relevanten spezifischen geriatrischen Hintergrund der Patienten/-innen in Abwägung zum akutmedizinischen Zugang weniger in den Behandlungsablauf einfließen lassen.
- Die Maßnahmen im Rahmen des spezifischen Entlassungsmanagements, die aus Sicht des KH, mit und für die PatientInnen getroffen werden, werden mit den einzelnen extramuralen Dienstleistern abgestimmt. Der Fonds soziales Wien steht in diesem Zusammenhang als kontinuierlicher Ansprechpartner im extramuralen Bereich und übernimmt für seinen Wirkungsbereich auch Koordinationsfunktionen. Die Vernetzung mit dem niedergelassenen ärztlichen Bereich sowie physiotherapeutischen Angeboten ist davon nur teilweise betroffen.

- Die kontinuierliche Abstimmung der Leistungen im extramuralen Bereich und Koordination der dahinter stehenden Leistungserbringer (unabhängig von einer allfälligen Übernahme des/der Patienten/-in aus dem Spital heraus) ist als Funktion ebenfalls nicht genügend entwickelt und führt zu potenziellen Lücken in Bezug auf die Kontinuität der extramuralen Behandlung/Betreuung.

Lösungsansatz

Folgende Ansätze zur Steigerung der Kontinuität der Behandlung/Betreuung für diese Patienten/-innengruppe werden zur (zunächst pilotartigen) Umsetzung empfohlen:

1. Etablierung von Präferenzkrankenhäusern für diese Patienten/-innengruppe im Falle der akuten Versorgungsnotwendigkeit. Dies beinhaltet
 - Die spezifische Zuweisung zu einem der Präferenzkrankenhäuser auch im Akutfall, d.h. dass die Rettung innerhalb der Kontingenzierungsregeln den entsprechenden Transport des/der Patient/-in in das präferierte Spital sicherstellt. Als Präferenzkrankenhäuser sollten primär Krankenhäuser mit geriatrischer Kompetenz herangezogen werden.
 - Die Sicherstellung, dass bei der Erstversorgung/Aufnahme eines/einer Patienten/-in dieser Patienten/-innengruppe in einem Akutkrankenhaus eine Abteilung mit geriatrischer Kompetenz in die erste Einschätzung und die Entscheidung über den weiteren Behandlungsablauf von Beginn weg eingebunden ist. Damit wird gewährleistet, dass nicht nur die akuten medizinischen Probleme sondern auch die sozialen Umstände und andere relevante Fragestellungen zueinander in Beziehung gestellt werden und im Behandlungs- und Betreuungskonzept Berücksichtigung finden. Demnach sollte das ärztliche Management ab einem bestimmten Zeitpunkt entscheidend von der Akutgeriatrie (konsiliarisch) mitbestimmt oder übernommen werden.
2. (Weitere) Stärkung von Koordinationsfunktionen sowie spezifischen Dienstleistungen im extramuralen Bereich für diese Patienten/-innengruppe:
 - Fortführung des Ausbaus von Entlassungsmanagement im Krankenhaus (im Zusammenspiel mit der zuvor angeführten akutgeriatrischen ärztlichen Rolle).
 - Stärkung der bestehenden Strukturen im Bereich der Koordinationsfunktionen im niedergelassenen Bereich im Sinne eines/r Case-Managers/-in, der/die eine

koordinierende Funktion zwischen den einzelnen extramuralen Dienstleistern im Interesse des/r Patienten/-in übernimmt.

- Allenfalls Forcierung der Unterstützung von ehrenamtlicher Betreuung zuhause sowie Erweiterung und Ausdifferenzierung des Dienstleistungsangebotes der mobilen Dienste für diese Patienten/-innengruppe.
- Optimierung in Bezug auf die rechtzeitige, einfache und qualitätsgesicherte Bereitstellung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln.

Nutzenerwartung und Risikoabschätzung

Der erwartete Nutzen lässt sich wie folgt gliedern:

- Bessere Kenntnis der Gesamtsituation einzelner Patienten/-innen bei Entscheidungen bezüglich der weiteren Behandlung und Betreuung insbesondere an den Übergängen der Versorgung (Nahtstellen).
- Damit verbunden Verbesserung der Kontinuität in der Behandlung dieser Patienten/-innengruppe über die Nahtstellen bzw. die unterschiedlichen Versorgungsstufen hinweg.
- Daraus folgend sollte die Effektivität der Betreuung und Behandlung für diese Patienten/-innengruppe verbessert werden können und damit in Zusammenhang stehend auch die Effizienz der Behandlung im Krankenhaus insofern optimiert werden können, als potenziell die Aufnahmehäufigkeit sowie die Verweildauern reduziert werden können.
- Als Risiko ist wie bei allen neu definierten Maßnahmen darauf zu verweisen, dass diese ohne klare Vorgabe von Qualitätsanforderungen sowie transparente, verbindliche Standards zu einer Leistungsausweitung, nicht aber zu einer gesteigerten Effektivität und Effizienz führen könnten. Bei der Entwicklung von Umsetzungskonzepten muss daher gerade auf diese Faktoren besonders geachtet werden.

2) Standardisierung der prästationären Diagnostik

Problemanalyse

Die prästationäre Diagnostik erfolgt derzeit größtenteils nicht standardisiert. Sofern Standards definiert wurden, beziehen sich diese nur auf einzelne Abteilungen. Es gibt damit keine klaren und verbindlichen Regelungen in diesem Bereich. Dies führt potenziell zu folgenden Problemstellungen:

- Doppelbefundung von bereits prästationär erhobenen Befunden im Krankenhaus, da die entsprechenden Informationen bei der Krankenhausaufnahme nicht vorliegen oder vom Krankenhaus aus unterschiedlichen Gründen nicht anerkannt werden
- Erhebung von Befunden, die nicht unbedingt erforderlich wären
- Nicht-Verfügbarkeit bereits erhobener Befunde
- Verzögerungen des stationären Aufenthaltes durch Nachholen von Befunden, die etwa zur OP-Freigabe notwendig sind (Auswirkung auf die prästationäre Verweildauer)
- Abgesetzte Planoperationen wegen nicht vorhandener OP-Freigabe
- Aufwand (Ambulanz- bzw. Arztbesuche und damit verbundene Wege) für die Patienten/-innen in der präoperativen Phase
- Verzögerte oder nicht-optimale medizinische Vorbereitung der Patienten/-innen vor dem Eingriff (z.B. Management des Blutdrucks oder der Lungenfunktion, Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten)
- Verunsicherung der Patienten/-innen durch widersprüchliche Informationen im Vorfeld des Eingriffes

Lösungsansatz

Fachbereichsabhängig ist davon auszugehen, dass zwischen 50% und 90% der Eingriffe geplant erfolgen. Die Standardisierung der prästationären Diagnostik betrifft alle geplanten operativen Eingriffe. Durch diese Standardisierung soll die Effektivität und die Effizienz der prästationären Diagnostik erhöht und die Versorgungsqualität bzw. -sicherheit für die Patienten/-innen nachhaltig verbessert werden.

Folgende Elemente werden zur pilotartigen Umsetzung empfohlen:

1. Standardisierung der prästationären Diagnostik

Ziel ist die Schaffung eines wienweiten verbindlichen Standards in der prästationären Diagnostik. Diese Standardisierung hat in Abstimmung mit den medizinischen Experten/-innen der einzelnen Krankenanstalten zu erfolgen. Es ist aber für die Umsetzung entscheidend, dass schlussendlich ein einheitlicher träger- und krankenanstalten-übergreifender Standard vereinbart werden kann, da ansonsten die Komplexität in der Umsetzung, insbesondere aber auch Verständnisschwierigkeiten auf Seiten der Patienten/-innen und der Leistungserbringer der prästationären Diagnostik die Erfolgswahrscheinlichkeit reduzieren würden.

Ein Fokus in der Entwicklung des Standards sollte auf der Angemessenheit des Diagnostikaufwandes liegen. Für Patienten/-innen ohne spezifische Risikofaktoren wäre es zweckmäßig, die Diagnostik auf das absolute Minimum zu beschränken¹. Zugleich sollte bei Patienten/-innen mit spezifischen Risikofaktoren (z.B. Gerinnung und kardiales Risiko) für die effektive diagnostische Abklärung vorgesorgt sein.

Im Rahmen der Standardisierung könnte auch die neue Leitlinie zur präoperativen Patienten/-innenevaluierung der österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin integriert werden.

2. Anästhesieambulanzen an den Krankenanstalten

Ein Schlüssel zur Standardisierung der prästationären Diagnostik ist die Etablierung von präoperativen Anästhesieambulanzen in den chirurgisch tätigen Krankenhäusern.

Im Rahmen der Anästhesieambulanzen erfolgt das perioperative Management. Kernpunkt dabei ist die Abschätzung des perioperativen Risikos durch geeignete und vorausschauende Maßnahmen sowie die Minimierung dieses Risikos durch die Auswahl des optimalen Anästhesieverfahrens. Die elementaren Bestandteile der Risikoerfassung sind

¹ So wird etwa im Rahmen des Projektes PROP an den Salzburger Landeskliniken bei gesunden Patienten/-innen, die sich einem nicht belastenden Eingriff (Operationen mit einer Maximaldauer von zwei Stunden, bei der keine Körperhöhlen geöffnet werden und der Blutverlust geringer als ein halber Liter ist) unterziehen, auf Laborbefunde gänzlich verzichtet.
(Quelle: Gespräch mit OA Dr.G. Fritsch Projektleiter SALK)

die Anamnese und die klinische Untersuchung. Darauf basierend erfolgt (in Abhängigkeit von der Art des Eingriffes) die Risikostratifizierung und damit die Zuordnung der Patienten/-innen zu entsprechenden Diagnostikschemas. Zum Teil führen die Anästhesieambulanzen auch die erforderlichen diagnostischen Leistungen eigenständig durch, in jedem Fall übernehmen sie aber die Rolle der anfordernden Stelle.

IT-Unterstützung

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die Schaffung eines IT-unterstützten Anforderungs- und Befundungsprozesses.

Folgende Funktionen sind dabei durch die IT zu unterstützen:

- Befundanforderung (lt. vorgegebener Standards)
- standardisierte Dokumentation der Untersuchung
- Befundübermittlung und weitere Verarbeitung auf Basis von Schnittstellen zum KIS-System der Krankenanstalten

Im Rahmen des PROP-Reformpoolprojektes in Salzburg wurde ein entsprechendes webbasiertes Programm an der Salzburger Fachhochschule Urstein entwickelt.

3. Leistungszuordnung und Leistungsverrechnung

Die präoperativen diagnostischen Leistungen könnten grundsätzlich sowohl intra- als auch extramural (unter Voraussetzung der o.a. Bedingungen) durchgeführt werden.

Mit dem Hintergrund der dualen Finanzierung und der Diskussion um Leistungsauslagerungen – und Leistungseinlagerungen empfiehlt es sich in geeigneten Pilotierungen Organisationsmodelle – und daraus abgeleitet Finanzierungsmodalitäten – zu entwickeln.

Nutzenerwartung und Risikoabschätzung

Die Nutzenerwartungen beziehen sich auf folgende Punkte:

- Konzentration der prästationären diagnostischen Leistungen auf das notwendige Maß durch Vermeidung von Doppelbefunden und Vermeiden von über die Standards hinausgehenden Leistungen
 - Reduktion durch die konsequente Vermeidung von Doppelbefunden
 - Reduktion durch die (standardgemäße) Minimierung des diagnostischen Aufwandes bei Patienten/-innen mit geringem Risiko

Durch diese Maßnahmen sollen die Kosten gesenkt und zugleich die Belastung der Patienten/-innen durch diagnostische Leistungen reduziert werden.²
- Vermeidung von verlängerten präoperativen Aufenthalten, die auf unzureichende prästationäre Abklärung zurückzuführen sind
- Schaffen der Voraussetzung für die Etablierung von Tageschirurgie und Operationen am Aufnahmetag

Risiken bestehen hinsichtlich der Frage, ob es gelingt geeignete Organisations- und Finanzierungsmodelle zu finden, ob allgemein verbindliche Standards in der prästationären Diagnostik geschaffen werden können und ob die informationstechnologische Prozessunterstützung etabliert werden kann. Insgesamt erscheinen aber diese Risiken handhabbar und ihnen stehen klare qualitative und ökonomische Nutzenerwartungen gegenüber.

² In Vorbereitung auf das Projekt PROP wurden an der SALK 200 Patienten/-innen analysiert, die an den Salzburger Landeskliniken operiert worden waren. Die Überprüfung der dazu erhobenen präoperativen Befunde zeigte enorme Einsparungspotenziale bei Laboruntersuchungen von 72%, EKG von 47% und bei Thoraxröntgen von 84%.

3) Integrierte Versorgung

Problemanalyse

Es gibt umfassende Hinweise in der internationalen Literatur, dass die Versorgung von Patienten/-innen mit chronischen Krankheiten großen Variationen unterworfen ist und dass die Qualität der Versorgung chronischer Krankheiten nicht durchgängig gegeben ist³.

Dies lässt sich in der Literatur an folgenden Beispielen zeigen:^{4 5}

- Bei weniger als 25% der Patienten/-innen mit Bluthochdruck wurde kontinuierlich der Blutdruck kontrolliert
- 20% der Patienten/-innen mit Typ 1 Diabetes hatten seltener als 1 Mal im Jahr Arztkontakt
- Bei 40% der Diabetes Typ 1 Patienten/-innen wurde der Glycohäoglobin-Wert nicht regelmäßig getestet
- 41% der Diabetes Typ 1 Patienten/-innen hatten keine Augenkontrolle

Insgesamt erscheinen viele Allgemeinmediziner/-innen primär auf das akute Krankheitsgeschehen fokussiert und haben nicht ausreichend organisierte Behandlungs- und Betreuungssysteme für weniger akute, chronische Krankheiten⁶. Integrierte Versorgung /Disease Management Programme zielen darauf ab, die Qualität der Versorgung in diesem Bereich zu verbessern, indem spezifisch geschultes Personal (Teams) zur Verfügung gestellt

³ Wagner, E.: Managed care and chronic illness: health services research needs, in: Health Serv Res, 1997; Vol.32, 702:714

⁴ Stockwell, D.; Madhavan, S.; Cohen, H.; Gibson, G.; Aldermann, M.: the determinants of hypertension awareness, treatment, and control in an insured population, in: Journal of Public Health, 1994; Vol.84, 1768:1774

⁵ Anderson, D.: Managed care meets the diabetes-management challenge. Bus Health 1996; Vol.14, Suppl. A, 19-21

⁶ Wagner, E.; Austin, B.; von Korff, M.: Organizing care for patients with chronic illness, in: Milbank Q, 1996, Vol.74; 511:544

wird und standardisierte, organisierte Systeme zur Versorgung chronischer Krankheiten etabliert werden⁷.

Die Qualitätsverluste im Bereich chronischer Erkrankungen und erhöhte Versorgungskosten durch mangelnde Integration der einzelnen Leistungen über die Versorgungsstufen treten gemäß des Befundes der wissenschaftlichen Analyse v.a. in folgenden Bereichen auf:

- mangelnder Informationstransfer zwischen den Versorgungsstufen
- fehlende versorgungsstufenübergreifende Behandlungsstandards
- Versorgung auf unangemessener Versorgungsstufe
- Kosten durch vermeidbare Akuterkrankungsepisoden (insb. Krankenhausaufnahmen) und Langzeitschäden

Lösungsansatz

Ziel der integrierten Versorgung ist die Steuerung der Behandlung und Betreuung von Patienten/-innen mit spezifischen, chronischen Gesundheitsstörungen über professionelle, organisatorische und sektorenspezifische Grenzen hinweg. Die integrierte Versorgung fokussiert nicht auf einzelne Krankheitsepisoden bzw. spezifische Interventionen, sondern umfasst ganze Lebensphasen und beinhaltet umfassende Maßnahmen der Betreuung und Behandlung inklusive Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Potenziell kann durch solche Programme sowohl die Versorgungsqualität verbessert als auch die Kostensituation stabilisiert werden.

In der internationalen Literatur gibt es derzeit noch keine einheitliche Definition von integrierter Versorgung. Sie kann jedoch grundsätzlich mittels zweier Ansätze verfolgt werden: indikations- oder populationsbezogen.

Indikationsbezogene Modelle⁸ sind auf die Versorgung von Patienten/-innen mit einer bestimmten Erkrankung abgestimmt. Neben Prozessverbesserungen der Behandlung stellen Disease Management Programme die bekannteste Form der indikationsbezogenen Modelle

⁷ Todd, W.; Nash, D.: eds. Disease management: a systems approach to improving patient outcomes, in : American Hospital Association, Chicago, 1997

⁸ Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Competence Center Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung: Integrierte Versorgung: Verständnis und Aspekte der integrierten Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen

dar. Disease Management ist eine medizinische Versorgungsform, bei der durch den Einsatz von Behandlungsleitlinien die Beeinträchtigungen, welche durch eine bestimmte Erkrankung verursacht werden, reduziert, der Fortschritt der Erkrankung verzögert bzw. vermieden, und der Allgemeinzustand der Patienten/-innen verbessert werden soll. Zu diesem Zweck werden Patienten/-innen geschult, Zielvereinbarungen zwischen Ärzten/-innen und Patienten/-innen gesetzt, und Behandlungspfade definiert. Behandlungspfade als zentrale Bestandteile von DMPs sind berufsgruppen- und institutionsübergreifende Übereinkommen über die anzustrebende Gesamtbehandlung von Patienten/-innen mit einer bestimmten Erkrankung. Sie werden unter Berücksichtigung existierender medizinischer Leitlinien entwickelt und enthalten Sollstandards der Qualität der medizinischen bzw. auch pflegerischen Behandlung. Weitere unverzichtbare Komponenten eines DMPs sind das Qualitätsmanagement und die Evaluation.

Der Ansatz der populationsbezogenen Modelle⁹ beinhaltet die Versorgung von bestimmten Patienten/-innengruppen, die nach bestimmten Merkmalen – z. B. Case Management für ältere, multimorbide Menschen - oder nach regionalen Kriterien – z.B. Hausarztmodelle oder Praxisnetze - dieser Gruppe zugerechnet werden. Nach Definition des Competence Centers Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung (CC IV) spricht man von populationsbezogener integrierter Versorgung (PIV), wenn die Aufbau- bzw. Ablauforganisation der Versorgungsform umfassend (nicht indikationsspezifisch), qualitätsorientiert, kooperativ/vernetzend, effektiv und effizient sowie zeitgerecht ist. Die zu versorgende Population soll primär nach regionalen Kriterien (z.B. Bevölkerung eines gesamten Bezirks) definiert werden. Darüber hinaus kann eine Spezifizierung über Risikomerkmale erfolgen. In populationsbezogenen integrierten Versorgungsformen wird auch finanzielle Verantwortung in unterschiedlichem Ausmaß auf die Versorgungsform übertragen.

Ein in enger Zusammenarbeit mit namhaften Experten/-innen erstellter Empfehlungskatalog des Competence Center für Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung (CCIV) listet spezifisch für Österreich Krankheitsbilder auf, die sich für integrierte Ver-

⁹ Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Competence Center Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung: Integrierte Versorgung: Verständnis und Aspekte der integrierten Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen

sorgungsmodelle eignen¹⁰. Das langfristige Potenzial, welches für die dargestellten Krankheitsbilder mit Ausnahme des Kataraktes gegeben ist, unterstreicht nochmals die Notwendigkeit, sich mit diesen Themen auseinander zu setzen.

| | Häufigkeit/ Betroffenheit | Δ Soll – Ist – Versorgung | Langfristiges Potential | Komplexität/ Machbarkeit |
|---|------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Adipositas | ↑ | ↔ | ↑ | ↓ |
| Alkoholmissbrauch/ Alkoholabhängigkeit | ↑ | ↓ | ↑ | ↓ |
| Arthrose | ↑ | ↓ | ↑ | ↓ |
| Bandscheibenvorfall | ↓ | ↔ | ↑ | ↓ |
| Brustkrebs | ↔ | ↔ | ↑ | ↑ |
| Demenz | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ |
| Depression | ↔ | ↑ | ↑ | ↔ |
| Dickdarmkrebs | ↔ | ↔ | ↑ | ↑ |
| Herzinsuffizienz | ↑ | ↔ | ↑ | ↑ |
| Hypertonie | ↑ | ↑ | ↑ | ↓ |
| Katarakt | ↑ | ↓ | ↓ | ↔ |
| Lungenkrebs | ↓ | ↔ | ↑ | ↔ |
| Osteoporose | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ |
| Prostatakrebs | ↔ | ↔ | ↑ | ↔ |

↑ = hoch/stark; ↔ = mittelmäßig; ↓ = niedrig/gering

Für ein Disease Management Programm in Österreich scheinen vor allem folgende Krankheitsbilder empfehlens- bzw. überlegenswert zu sein¹¹:

- Diabetes Mellitus Typ 2
- Post-Myokardinfarkt
- Chronische Herzinsuffizienz
- Chronischer Rückenschmerz
- COPD
- Depression
- Asthma

¹⁰ Competence Center Integrierte Versorgung: Identifizierung und Priorisierung von Krankheitsbildern zur integrierten Versorgung in Österreich. Wien. 2008

¹¹ Competence Center Integrierte Versorgung: Recherchen zur Disease Management Programm-Eignung von Krankheitsbildern. Teil 1 bis 3. Wien. 2008

Umsetzungskonzept

Disease Management Programme als indikationsbezogene Integrierte Versorgung bestehen in der Regel aus einer Kombination von zentralisierten und dezentralen Ansätzen.

Vor allem im Bereich von Patienten/-innen mit chronischen Erkrankungen sind die dezentralen Elemente stark vertreten, da die Behandlung in der Regel von dem/der Praktischen Arzt/Ärztin getragen wird, der/die sich an die Leitlinien der Behandlungsvorgaben aus dem Disease Management Programm hält. Zentralisierte Elemente dieser Programme richten sich in der Regel direkt an den/die Patienten/-in. Es handelt sich dabei beispielsweise um Schulungsmaßnahmen, (medizinische) Call Center, schriftliche und elektronische Informationsangebote, Remindersysteme und e-health Anwendungen.

Bei Patienten/-innen, welche hochspezialisierte, spezifische Interventionen benötigen, kommt die Abwicklung dieser (z.B. Herzinterventionen mit nachfolgenden spezifischen Rehabilitations-Angeboten und Schulungen zur Lebensstiländerung), zusätzlich zu jenen Maßnahmen, die für Patienten/-innen mit chronischen Erkrankungen beschrieben wurden, hinzu. Die Organisation bzw. Abwicklung dieser hochspezialisierten Angebote erfolgt in der Regel sinnvoller Weise zentralisiert in entsprechenden Kompetenzzentren.

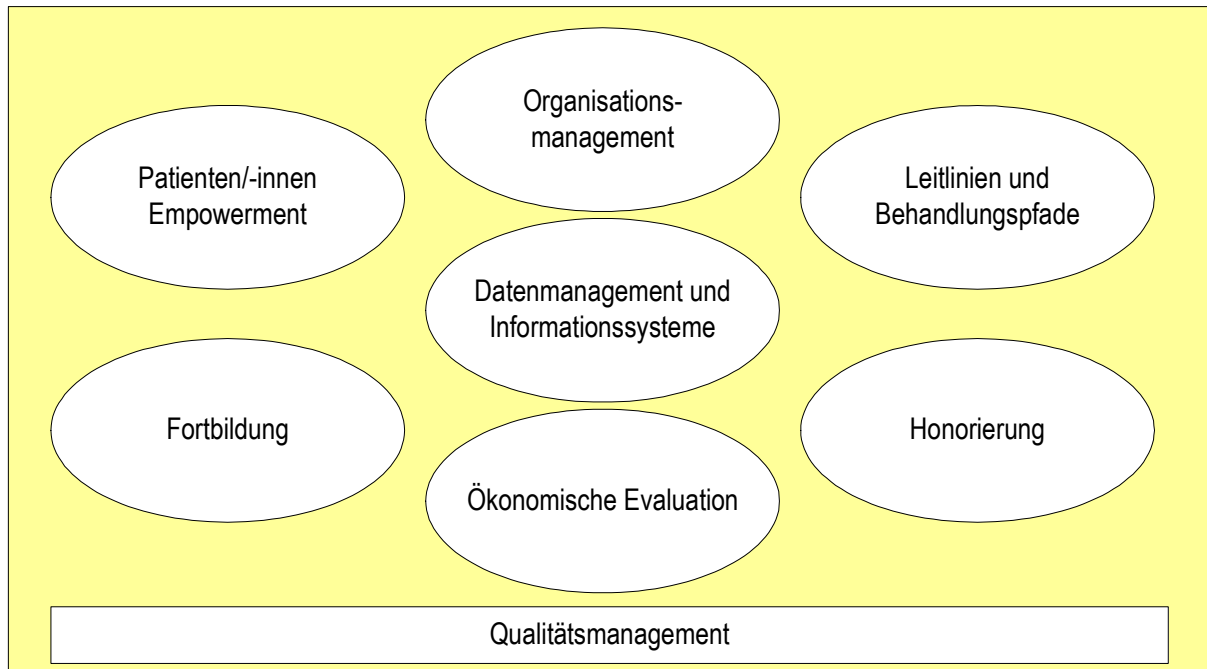
Beim Aufbau und Betrieb der Maßnahmen stellt sich weiters die Problemstellung von Economies of scale, nach der die Kosteneffizienz der Angebote nur bei einer (hohen) Mindestzahl an Patienten/-innen zu erwarten ist.

Inhaltlich bestehen Disease Management Programme aus einer Kombination folgender Elemente:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anbieterseitige Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ○ Behandlungsleitlinien ○ Schulung ○ Erinnerungen ○ Feedback ○ Finanzielle Anreize ○ Aufbau spezifischer Strukturen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten/-innenseitige Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ○ Schulung ○ Erinnerungen ○ Finanzielle Anreize |
|---|--|

Ausgehend von den USA verbreiten sich Disease Management Programme immer häufiger in Europa. Auch wenn die Inhalte der Programme im Wesentlichen sehr ähnlich sind, findet man zahlreiche unterschiedliche Gliederungen der einzelnen Komponenten der Programme.

Aufbauend auf Komponenten der Disease Management Association of America wurden für österreichische Verhältnisse folgende 8 Komponenten für Disease Management Programme festgelegt (vgl. Abbildung 1)



K:\Projekte\Laufende Projekte\IRSG Wien\Nahstalten\DMP_Teile_VSD

Abbildung 1: Aufbau eines Disease Management Programms¹²

Nutzererwartung und Risikoabschätzung

Disease Management Programme werden mit dem Ziel der verbesserten Betreuung von Patienten/-innen mit chronischen Krankheitsbildern eingesetzt. Klinische Studien haben die Effektivität von Disease Management Programmen in spezifischen Situationen gezeigt, es besteht aber noch Unsicherheit hinsichtlich des Gesamtnutzens von Disease Management Programmen und in Bezug darauf, welche Interventionen den größten Nutzen erzielen.

¹² Competence Center Integrierte Versorgung: Entwicklung eines Disease Management Programms Post Myokardinfarkt. Abschlussbericht. 2009

Eine umfangreiche Meta-Analyse¹³ zur vorliegenden Literatur kommt zu folgendem (Zwischen-)Befund:

- Disease Management Programme mit den Elementen Schulung, Feedback oder Erinnerungen für die Anbieter von Gesundheitsleistungen erzielten signifikante Verbesserungen in der Anwendung von Behandlungsleitlinien.
- Disease Management Programme, die sich direkt auf die Anbieter von Gesundheitsleistungen beziehen, oder die Schulungen, Erinnerungen oder finanzielle Anreize für Patienten/-innen aufweisen, zeigen eine verbesserte Kontrolle der Krankheitsentwicklung.

Gesamthaft lässt sich aus der vorliegenden Evidenz ableiten, dass Disease Management Programme Verbesserungen im Versorgungssystem bewirken können. Die Qualitätssteigerungen in der Versorgung ergeben sich durch eine verbesserte Compliance der Anbieter und der Patienten/-innen in Bezug auf die Einhaltung von Leitlinien zur Behandlung der chronischen Erkrankung.

Die Kostendämpfungseffekte von Disease Management Programmen ergeben sich kurz- und mittelfristig durch eine Reduktion der Symptome und damit verbunden eine Reduktion der Inanspruchnahme von Leistungen (insbesondere im Bereich stationärer Aufnahmen). Langfristig werden von Disease Management Programmen Reduktionen im „*Burden of Disease*“ erwartet, die sowohl Qualitätsverbesserungen als auch Kosteneinsparungen entsprechen.

Der Mangel an Evidenz in Bezug auf den Vergleich der relativen Effektivität und Effizienz unterschiedlicher Interventionsstrategien im Rahmen von Disease Management Programmen führt allerdings dazu, dass für die Etablierung von Disease Management Programmen derzeit kein state-of-the-art existiert und sich die einzelnen Disease Management Programme sehr stark voneinander unterscheiden.

Neben den medizinischen und ökonomischen Argumenten haben vor allem die gesetzlichen Rahmenbedingungen in den USA¹⁴ und derzeit auch in Deutschland¹⁵ die Entwicklung von

¹³ Weingarten, S.; Henning, J.; Badamgarav, E. ;Knight, K.; Hassellbad, V.; Gano, A.; Ofman, J.: Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports, in: BMJ, Vol.325, 2002

Disease Management Programmen stark dynamisiert. Diese Entwicklungen stehen aufgrund gesundheitspolitischer Realitäten aber nur bedingt in Beziehung mit den medizinischen und ökonomischen Nutzenerwartungen solcher Maßnahmen.

In der ökonomischen und vor allem betriebswirtschaftlichen Analyse aus Sicht der Versicherungsträger von Disease Management Programmen zeigen sich bedeutende Economies of scale. Eine Nutzenabschätzung von McKinsey¹⁶ zu Disease Management Programmen in Deutschland brachte folgende Ergebnisse:

- Insgesamt wird erwartet, dass sich jeweils (pro Indikationsgruppe) etwa 1% der Versicherten/der Population einem Disease Management Programm anschließen.
- Jedes Disease Management Programm braucht in etwa 25.000 bis 50.000 Betreute, um einen betriebswirtschaftlichen Break Even zu erreichen.
- Die komplette eigenständige Entwicklung und Betreuung von Disease Management Programmen erscheint daher nur für Versorgungsbereiche sinnvoll, die deutlich mehr als 2 Mio. Einwohner aufweisen.

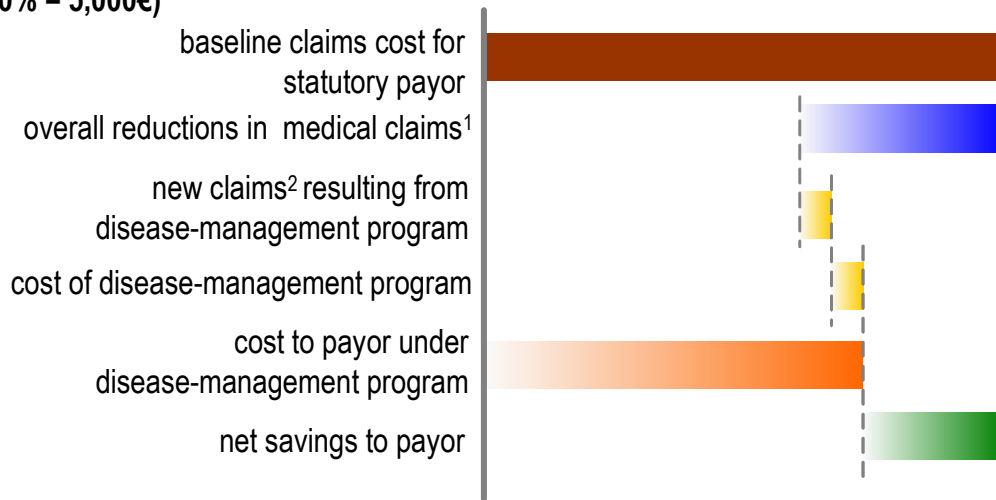
Ein ökonomisches Modell, das die Effekte von Disease Management Programmen anhand von Asthma bewertet, ist in Abbildung 2 dargestellt. Dieses Modell erwartet Gesamteinsparungen in der Höhe von 10% bis 30% der Betreuungskosten. Diese basieren auf einer Reduktion von Akutversorgungsleistungen (vor allem Krankenhausleistungen). Den Einsparungen stehen die Kosten der Etablierung eines Disease Management Programms und die Kosten für zusätzliche Leistungen (vor allem im Bereich Medikation und Patienten/-innenunterstützung) gegenüber.

¹⁴ Disease Management Programme teilweise Voraussetzung zur Akkreditierung eines „Health Plan“

¹⁵ Disease Management Programme als Möglichkeit der Versicherungsträger die Zahlungen (Transferleitungen) des Risikostrukturausgleiches zu optimieren.

¹⁶ Adomeit, A.; Baur, A.; Salfeld, R.: A new model for disease management, in: The McKinsey Quarterly, Vol.4, 2001,92:101

**Percent of annual baseline cost per patient, for asthma, in Germany
(100% = 5,000€)**



¹ such as hospital and emergency care
² such as medication and patient education

K:\Projekte\Laufende Projekte\RSG Wien\Nahtstellen\DMP Mck.VSD

Abbildung 2: Ökonomische Bewertung von Disease Management Programmen¹⁷

¹⁷ Adomeit, A.; Baur, A.; Salfeld, R.: A new model for disease management, in: The McKinsey Quarterly, Vol.4, 2001,92:101

In der folgenden Darstellung werden die Vor- und Nachteile (Chancen und Risiken) der Einführung von Disease Management Programmen zusammengefasst.

| Gesundheitssystem und Versicherungsträger | |
|---|---|
| Vorteile | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Besseres Outcome ▪ Einführung von best practice Modellen ▪ Ergebnismessung ▪ Kosteneffektivität ▪ Konsistenz der Behandlungsstrategien ▪ Verbesserte Allokation von Ressourcen ▪ Optimierungen im Gesamtsystem ▪ Verbesserte Kooperationen zwischen den einzelnen Leistungserbringern ▪ Durchgängige schnittstellenübergreifende Behandlungsprozesse ▪ Stressreduktion für die Betroffenen (Patienten/-innen und Leistungserbringer) |
| Nachteile | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kosten können auch steigen ▪ Die Implementierung ist jedenfalls zeit- und kostenintensiv ▪ Die Implementierung führt zu Konflikten ▪ Eingeführte Disease Management Programme erweisen sich als schwer veränderbar (insbesondere wenig kosteneffektive Programmteile lassen sich nicht leicht abbauen) ▪ Disease Management wird teilweise auch als (vergängliche) Modeerscheinung betrachtet. ▪ Disease Management Programme könnten zusätzliche Rigidität in das System einbringen und Innovation erschweren |

| Ärzte/Ärztinnen | |
|-----------------|--|
| Vorteile | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserte Möglichkeit, kooperativ und effizient (auch über Schnittstellengrenzen hinweg) zu arbeiten ▪ Stabile und klar definierte Beziehungen zu den anderen Leistungserbringern ▪ Verbessertes Zugang zu Information (patienten/-innenbezogene Information und Wissensinformation in Bezug auf die Behandlung chronischer Krankheiten) ▪ Erhöhte Professionalität |
| Nachteile | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gefährdung der freien Entscheidung des/der Arztes/Ärztin ▪ Die Behandlung und die medizinischen Entscheidungen geraten unter genauere externe Kontrolle ▪ Potenziell Statusreduktion des/der behandelnden Arztes/Ärztin ▪ Potenzielle Konflikte zwischen den Bedürfnissen der Patienten/-innen und den Behandlungsvorgaben des Disease Management Programms ▪ Veränderungen in der Beziehung Arzt/Ärztin / Patient/-in (eventuell Vertrauenserosion) |

| Patienten/-innen | |
|------------------|---|
| Vorteile | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Besseres Outcome ▪ Besser informierte Patienten/-innen ▪ Kontinuität und Konsistenz der Behandlung ▪ Höhere Patienten/-innenbeteiligung ▪ Zwang der Versicherungsträger, sich stärker an den Patienten/-innenbedürfnissen zu orientieren ▪ Mitbestimmungsmöglichkeit von Patienten/-innen bei der Entwicklung von Behandlungsguidelines |
| Nachteile | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potenzielle Restriktion der Behandlungsoptionen (gilt für Interventionen, für die es keine positive Evidenz gibt) ▪ Manche Behandlungen (für die es positive Evidenz gibt) können dem/der Patienten/-in unnötig und überflüssig erscheinen. ▪ Von den Patienten/-innen wird eine stärkere Beteiligung im Behandlungsprozess im Sinne der Übernahme von Eigenverantwortung verlangt. |

Tabelle 1: Gruppenspezifische Vor- und Nachteile von Disease Management Programmen

Insgesamt lassen sich folgende inhaltliche Schlüsselfaktoren für erfolgreich implementierte Disease Management Programme auflisten:

- Patienten/-innenzentrierung
- Outcome-Orientierung
- Objektivitäts- und Evidenzbasierung, um die Glaubwürdigkeit und die Akzeptanz der Programme zu sichern
- Flexibilität und Pragmatismus des Behandlungs- und Betreuungskonzeptes, um die vorhandenen Variationen und Unsicherheiten, die sich in der Behandlung von Patienten/-innen ergeben, abbilden zu können
- Dynamik zur kontinuierlichen inhaltlichen Weiterentwicklung und Optimierung der Programme
- Ausrichtung der Programminhalte auf reale Versorgungsgegebenheiten und nicht auf idealtypische Sollvorstellungen
- Entwicklung des Konzeptes unter dem Paradigma der Minimierung von Schwierigkeiten und der Maximierung des Nutzens

In Bezug auf die Organisation lassen sich folgende Erfolgsvoraussetzungen zusammenfassen:

- Aufbau der notwendigen Personalressourcen zur Entwicklung und zum Betrieb von Disease Management Programmen
- Aufbau einer effizienten IT-Unterstützung
- Ausgewogenes Verhältnis zwischen extern zugekauften Leistungen und internem Kompetenzaufbau
- Pragmatische Orientierung der Organisation am Machbaren
- Glaubwürdige Kommunikation des Ziels der Qualitätsverbesserung durch Evidenzbasierung zur Schaffung der Akzeptanz bei den Ärzten/-innen und Versicherten
- Finanzierbarkeit von Entwicklung und Betrieb der Disease Management Programme durch (auch kurzfristig generierbare) Einsparungsgewinne

Handlungsempfehlung

Insgesamt ist die Einführung von Modellen der Integrierten Versorgung bzw. Disease Management Programmen im speziellen hochkomplex, und birgt meist auch Rückwirkungen auf die Regelversorgung in sich. Die Literatur lässt Qualitätsverbesserungen in der Versorgung sehr wahrscheinlich erwarten, in Bezug auf den kurz- bis mittelfristigen ökonomischen Nutzen dieser Programme ist die Evidenzlage (insbesondere auch auf Grund methodischer Schwierigkeiten) widersprüchlich. Die letztendliche Auswahl eines entsprechend geeigneten Krankheitsbildes für ein Modell soll gemeinsam auf Basis der bisherigen Erfahrungen erfolgen.

4) Für Wien relevante Nahtstellenprojekte (Übersicht)

Patienten/-innenorientierte integrierte Krankenbetreuung PIK

- Modellprojekt im Auftrag der Stadt Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK)
- Projektregion Wien-West: Bezirke 14 - 17
- Wissenschaftliche Begleitung/Projektmanagement: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie

Ziel dieses Modells war eine optimale Patienten/-innenorientierung und Integration der Krankenbetreuung. Um dies zu erreichen wurde an der Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen allen professionellen Betreuern/-innen, den Patienten/-innen und deren Angehörigen gearbeitet.

In interdisziplinären und organisationsübergreifend arbeitenden Projektgruppen wurden von den Partnerinstitutionen Verbesserungsmaßnahmen zu vier Bereichen geplant, umgesetzt und evaluiert:

- Integriertes Zuweisungs- und Entlassungsmanagement für „Routine-Patienten/-innen“
- Integrierte Krankenbetreuung für Patienten/-innen zu Hause
- Diagnosebezogene integrierte Krankenbetreuung
- Umsetzung des Leitprinzips „Verstärkte Patienten/-inneneinbeziehung in der Region“

Ergebnis war die Bewertung dieser Arbeit in Projektgremien sowie die Formulierung von 20 Empfehlungen für den wienweiten Transfer der PIK-Maßnahmen und sieben Empfehlungen

für die Weiterentwicklung struktureller Rahmenbedingungen im Wiener und österreichischen Gesundheitswesen.

Quelle:

Transferbericht: Projekt pik Patienten/-innenorientierte integrierte Krankenbetreuung (in Wien 14.-17. Bezirk):

herausgegeben vom der Wiener Gebietskrankenkasse, Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung sowie Finanzmanagement, Wiener Krankenanstaltenverbund, Dezember 2004, Wien

Professionelles Entlassungsmanagement in Wiener Spitälern

- Umgesetztes Teilprojekt von PIK – im Auftrag der Stadt Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK)

Ziel des Projekts war die systematische Implementierung von Entlassungsmanagern/-innen in den Wiener Spitälern.

Aufgabe der eigens dafür ausgebildeten Entlassungsmanager/innen ist die optimale Vorbereitung von Patienten/-innen vor der Entlassung auf die Rückkehr nach Hause. Dabei geht es um das Schließen von Versorgungslücken an der Nahtstelle zwischen Krankenhaus und extramuralem Bereich und die damit verbundene Steigerung von Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung. Im Vordergrund stehen dabei die Bedürfnisse der Patienten/-innen.

Der erwartete Nutzen stellt sich im Detail wie folgt dar:

- Umfassende Information der Patienten/-in über bestehende Betreuungs- und Pflegemöglichkeiten und Organisation geeigneter mobiler Angebote
- Raschere poststationäre Gesundung der Patienten/-innen durch vermehrte Mitentscheidung, reduzierte Unsicherheit und besseres Krankheitsmanagement
- Vermeidung von unnötigen Hospitalisierungseffekten
- Geringere Kosten für die Patienten/-innen durch weniger Spitalskostenbeiträge für stationäre Betreuung
- Erhöhte Patienten/-innenzufriedenheit durch Einbeziehung von Patienten/-innen und Angehörigen in die poststationäre Betreuungsplanung

- Vermeidung von Doppeluntersuchungen durch besseres Schnittstellenmanagement
- Kostenreduktionen im intramuralen Bereich und dadurch langfristig zusätzliche finanzielle Mittel im extramuralen Bereich
- Bessere Planbarkeit der ambulanten Hilfsleistungen
- Einsparung von Spitalstagen in öffentlichen Spitälern durch verkürzte Aufenthaltsdauern und reduzierte Wiederaufnahmeraten

Quelle:

URL: <http://www.wien.gv.at/vtx/rk?DATUM=20070808&SEITE=020070808008> [16.03.2009]

Disease Management Programm Therapie aktiv: Diabetes Mellitus Typ 2

Im Rahmen eines Innovationsprojektes des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde in Abstimmung mit der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), der Österreichischen Diabetesgesellschaft (ÖDG) sowie der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) das Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 mit dem Namen: „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ entwickelt.

Das Ziel von „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ ist eine Verhinderung bzw. Verzögerung bei der Entstehung von Folge- bzw. Begleiterkrankungen (z. B. Nierenversagen, Erblindung oder Fußamputationen). Die Lebensqualität und Lebenserwartung der Patienten/-innen soll erhöht werden. Dies soll durch eine einheitliche strukturierte Versorgung von Typ-2-Diabetikern/-innen unter der Beachtung medizinischer und ökonomischer Gesichtspunkte erfolgen. Die Grundlage bilden Bundesqualitätsleitlinien.

Die Einschreibung in das Programm erfolgt sowohl auf ärztlicher als auch auf Patienten/-innenseite freiwillig; die Teilnahme kann jederzeit beendet werden. Voraussetzung für die Teilnahme von Allgemeinmediziner/-innen und Fachärzten/-innen für Innere Medizin eine entsprechende Fort- und Weiterbildung sowie die Dokumentation im Rahmen des Programms. Die Patienten/-innen erklären sich mit der Unterschrift der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bereit, aktiv im Programm mitzuarbeiten.

Ein elementares Ziel des DMP ist die Stärkung der Selbstverantwortung der Patienten/-innen. Dies wird durch eine intensive Schulung nach dem Düsseldorfer Schulungsmodell realisiert. Die Diabetiker/-innen sollen motiviert werden, die Auswirkungen ihrer Krankheit besser in den Alltag integrieren zu können. DMP-spezifische Publikationen zeigen

durchgängig eine Verbesserung der diabetesrelevanten, medizinischen Parameter. Eine kontinuierliche Betreuung der Patienten/-innen über mehrere Jahre im DMP zeigt einen zusätzlich verstärkenden und dauerhaften Effekt.

Die Umsetzung des Programms erfolgt gemeinsam durch die Wiener Krankenversicherungsträger seit 2007 als Reformpoolprojekt.

Quelle:

Reformpoolantrag Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ für Diabetes Mellitus Typ 2 in Wien

Die E-Health Strategie des Landes Wien

- Integrierte Gesundheitsversorgung auf Basis der Interoperabilität der Informationssysteme (Vorgabe der EU)

Ziel der E-Health Strategie ist die Konzeption für den Aufbau einer bevölkerungs- bzw. patienten/-innenzentrierten digitalen Dokumentation, Kommunikation, Speicherung und Verarbeitung von gesundheitsbezogenen und administrativen Daten, Informationen und Wissen:

- zur Unterstützung einer patienten/innenzentrierten Leistungserbringung
- zur Unterstützung aller Akteure im Gesundheitswesen durch verbesserte Information und Kommunikation
- zur Modernisierung des Gesundheitswesens
- für die Organisationsentwicklung und das verbesserte Management von Gesundheitseinrichtungen
- zur Unterstützung institutionsübergreifender Behandlungsprozesse

Auf Basis der neuesten technischen und inhaltlichen Standards und unter Berücksichtigung der internationalen, insbesondere der europäischen Entwicklung soll die IKT Informationen für Patienten/-innen, Gesundheitsdiensteanbieter/-innen, Kostenträger und politische Entscheidungsträger/-innen zur Verfügung stellen und damit für eine optimale Versorgung der Patienten/-innen genutzt werden.

Wesentliche Elemente von E-Health:

- ELGA – elektronischer lebensbegleitender Gesundheitsakt
- Online Zugang zu qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationsnetzwerken für Patienten/-innen, Dienstleister/-innen und Kostenträger
- Telemedizinische Dienste
- Entscheidungsunterstützende Systeme
- Analysewerkzeuge für anonymisierte Daten zur Planung, Steuerung und Transparenz des Leistungsgeschehens sowie zur medizinisch-epidemiologischen Forschung
- Technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit

Quelle:

Bericht: Die E-Health Strategie des Landes Wien:

Magistrat der Stadt Wien, Wiener Gebietskrankenkasse, Medizinische Universität Wien, Wien, Oktober 2007

Entwicklung von Kriterien zur Bewertung des Nahtstellenmanagements

- Rahmenvorgaben im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Ziel des Projektes ist die Erarbeitung von Rahmenvorgaben z.B. in Form einer Bundesqualitätsrichtlinie zur Regelung des Nahtstellenmanagements zwischen den leistungs anbietenden Einrichtungen im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich des Aufnahme- und Entlassungsmanagements im Interesse der Patienten/-innen.

In den Rahmenvorgaben sollen alle Strukturen, Prozesse und gewünschten Ergebnisse an den relevanten Nahtstellen (im Hinblick auf das Aufnahme- und Entlassungsmanagement) enthalten sein und somit die Kontinuität der Versorgung qualitativ sicherstellen.

Für die Rahmenvorgaben wurden verschiedene Anforderungen und Elemente in den gesetzlichen Grundlagen definiert. Diese umfassen:

- Erforderliche Strukturen bzw. Ressourcen
(qualifiziertes Personal, Zeitressourcen, Sicherstellung finanzieller Ressourcen)
- Definition standardisierter, nachvollziehbarer Prozesse
- Definition von Ergebnisparametern und Referenzwerten

- Sicherstellung einer einheitlichen Dokumentation auf allen Ebenen als Grundlage für ein funktionierendes Informationsmanagement
- Regelmäßige Messung und Evaluation
(Patienten/-innenzufriedenheit, Mitarbeiter/-innenzufriedenheit, Prozessqualität, Zielerreichung)

Quelle:

Zwischenbericht: Rahmenvorgaben zum Nahtstellenmanagement Aufnahme- und Entlassungsmanagement

(Arbeitsgrundlage für die Leitliniengruppe), Dez. 2008, Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien, Dezember 2008

Österreichweite Initiative zur einheitlichen Leistungsdokumentation ambulanter Leistungen

Der Ende 2007 bereitgestellte Startkatalog ambulanter Leistungen (KAL) wurde durch folgende Schritte ergänzt:

- Einarbeitung der ergänzend zur Verfügung gestellten spitalsambulanten Leistungskataloge mit Teilnahme aller Bundesländer (UAG Länder 2007: Niederösterreich, Oberösterreich, Tirol, Wien; weiters: AUVA).
- Berücksichtigung der im Rahmen der UAG HVB bereitgestellten Daten der Institute mit SV-Verträgen (selbständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierenden Berufsgruppen mit Kassenverträgen).
- Zusätzlich wurden ergänzende Kriterien für die Katalogweiterentwicklung definiert, z.B. operationalisierbare Definitionen von medizinisch relevanten und finanziell bedeutsamen Leistungen.

Die Bundesgesundheitskommission (BGK) ist über den aktuellen Stand der Arbeiten unterrichtet und hat den vorgeschlagenen weiteren Vorgehensweisen zugestimmt.

Arbeitspakete für 2009:

- Wartung und Weiterentwicklung KAL (AP1)
- Vorbereitung Pilotprojekte (AP2)
- Aufbau einer gemeinsamen Datenbank (AP3)
- Entwicklung von Bewertungsrelationen (AP4)

Bis Ende 2009 ist die Vorbereitung und Unterstützung der Einführung des ambulanten Leistungskatalogs (Schulungen, Handbücher, Entwicklung von EDV-Tools) vorzunehmen, um einen operativen Start der Pilotprojekte Anfang 2010 zu gewährleisten.

Bezüglich des Aufbaus einer gemeinsamen Datenbank muss das Thema Datenschutz noch geklärt werden. Definition und Abstimmung des Datensatzes sowie eines Pflichtenheftes sind durchzuführen. Ab 2010 soll eine laufende Betreuung der Datenbank sichergestellt werden, um die ersten Datenmeldungen in die Datenbank integrieren und analysieren zu können.

Quelle:

*Zwischenbericht an die UAG Länder zum Stand der Arbeiten: Dokumentation im ambulanten Bereich – Entwicklung Leistungskatalog
Projektassistenz der Unterarbeitsgruppe 1 – Bundesländer, Gesundheit Österreich GmbH,
Geschäftsbereich ÖBIG, Juni 2009*