


© pixeltrap - Fotolia.com

Strategien für die Gesundheitsversorgung

Lösungsansätze des Competence Centers Integrierte Versorgung

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) wurde im Juni 2006 als eines von vier Pilot-Competence-Centern im Rahmen des Projektes „Sozialversicherungsnetzwerk“ der österreichischen Sozialversicherung gegründet und mit 1. Januar 2008 in den Regelbetrieb übergeführt. Das Spannungsfeld aus Effizienz- und Qualitätsanforderungen bei gleichzeitiger Übernahme neuer, zusätzlicher Aufgaben mit begrenzten Ressourcen verlangte nach neuen Ansätzen und neuen Organisationsstrukturen, welche mit dem Sozialversicherungsnetzwerk erarbeitet bzw. erreicht werden sollen.

Durch Beteiligung an dem trägerübergreifenden Netzwerk erhalten die einzelnen teilnehmenden Träger Mitgestaltungsmöglichkeiten in einem größeren Gesamtsystem und sichern durch gemeinsames, abgestimmtes Handeln die Weiterentwicklung der Sozialversicherung in Österreich.

Nicht nur angesichts stetig wachsender Fortschritte in der Medizin und neuer Möglichkeiten des Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnik im Gesundheitswesen setzt sich die österreichische Sozialversicherung nun ganz be-

wusst mit den Themenfeldern „Überwindung bestehender Schnittstellen“ und „strukturierte Behandlungsabläufe“ auseinander. Mit dem Netzwerk wurde ein in der österreichischen Sozialversicherung neuer Systemansatz begründet, um den neuen Entwicklungen und Herausforderungen im Gesundheitswesen begegnen zu können.

Ziel und Nutzen des Netzwerks ist die Bündelung von Aufgaben und Kompetenzen zur Effizienzsteigerung und systematischen Innovationsförderung in autonomen Organisationen.

Weitere Ziele, die mit dem SV-Netzwerk verfolgt werden, sind

- die Beibehaltung der Dezentralisierung,
- die Beibehaltung der Träger-Autonomie,
- Flexibilisierung,
- wechselseitige Spezialisierung und
- effiziente Durchführung neuer Aufgaben.

Die Wiener Gebietskrankenkasse wurde aufgrund ihrer Kompetenzen und Projekte zur integrierten Versorgung mit dem Betrieb des CCIV betraut. Gemeinsam mit den drei Partnerträgern – Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Niederösterrei-



Mag. Karin Eger ist Leiterin des Competence Centers Integrierte Versorgung der österr. Sozialversicherung und der Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention der Wiener Gebietskrankenkasse.

chische Gebietskrankenkasse und Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft – stellte man sich den vielfältigen Anforderungen.

Die Leistungserstellung orientierte sich an der Umsetzung der zwischen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und CCIV vereinbarten Ziele sowie den geplanten Vorhaben laut Arbeitsprogramm, welches in 2-Jahres-Abständen festgelegt wird.

Zu den zentralen inhaltlichen Herausforderungen im Rahmen der Leistungserstellung zählen folgende Gegebenheiten:

- Gemäß Artikel 15 a Bundesverfassungsgesetz (B-VG) soll auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sichergestellt werden.
- Die bestehende sektorale Trennung bei Finanzierung und Verwaltung im Gesundheitswesen behindert effiziente Behandlungsabläufe und führt dazu, dass Kosten nicht eingespart, sondern verschoben werden.
- Die Versorgungsdefizite bei den Nahtstellen führen nicht nur zu einer Beeinträchtigung der Qualität der medizinischen Versorgung, sondern tragen wesentlich zu einer Verteuerung des Gesundheitswesens, u. a. durch Doppelgleisigkeiten, bei.
- Die demographische Bevölkerungsentwicklung bedingt eine Veränderung in der Häufigkeit und der Art der Erkrankungen.
- Unterschiedliche und nicht aufeinander abgestimmte Anreiz- und Honorierungssysteme, eine mangelnde Planung des Angebotes und fehlende Prozesssteuerung (in der Prozesskette Prävention – Früherkennung – kurative Behandlung – Rehabilitation – Pflege – Palliativmedizin – Hospiz) über die einzelnen Subsysteme hinweg führen zu mangelnder Vernetzung der Subsysteme im Gesundheitswesen, schlecht organisierten Nahtstellen und nicht abgestimmtem Verhalten der einzelnen Akteure.
- Die fehlende einheitliche Dokumentation von Leistungen und Diagnosen macht Aussagen über die Effektivität und Effizienz von medizinischen Leistungen unmöglich.
- Fehlende Outcome-Messungen und Wirksamkeitsnachweise für Behandlungsmethoden, Therapien und Settings führen zu Fehlversorgung bei insgesamt hohen Kosten mit negativen Auswirkungen auf Gesundheitszustand, Risikschutz und Patientenzufriedenheit.

- Es fehlen definierte Qualitätsstandards für die Erbringung von Leistungen in allen Segmenten des Gesundheitswesens.

Das CCIV versucht diesen Herausforderungen durch das Leistungsangebot wissenschaftlich fundiert zu begegnen und sie positiv zu beeinflussen. Im Folgenden werden wesentliche Aufgabenbereiche der letzten Jahre genauer beschrieben.

a) Symposium Integrierte Versorgung

Im Rahmen der Leistungsgruppe „Wissen managen“ wird jährlich ein Symposium zur Integrierten Versorgung unter Teilnahme internationaler und nationaler Expertinnen und Experten aus allen Versorgungsbereichen durchgeführt, wobei die Möglichkeit zur Diskussion und zum Austausch sowie die Präsentation von Ergebnissen aus Wissenschaft und Praxis zu verschiedensten Themen der integrierten Versorgung (z. B. Qualität, Evaluation etc.) im Mittelpunkt stehen.

b) Disease-Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“

Disease-Management

Disease-Management (Krankheitsmanagement) ist ein Konzept der integrierten Versorgung, das auf die Versorgung eines Patientenkollektivs mit einem bestimmten Krankheitsbild unter Beachtung medizinischer und ökonomischer Gesichtspunkte abzielt. Dabei stellt das Disease-Management einen systematischen, langfristigen und sektorenübergreifenden Ansatz dar, der eine evidenzbasierte Versorgung von Patienten/Patientinnen mit chronischen Erkrankungen über sämtliche Krankheitsstadien hinweg anstrebt.¹ Hauptaugenmerk wird auf die Risikoerkennung, Planung, Behandlung und Wirkungskontrolle gelegt. Aus ökonomischer Perspektive zielt Disease-Management nicht auf Kosteneinsparungen im Einzelfall, sondern auf krankheitsspezifische Einsparungen ab.²

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus Typ 2 ist eine chronische Stoffwechselerkrankung mit steigender Prävalenz und stellt deshalb eine zunehmende Herausforderung in Österreich und anderen Industrienationen dar. Bei der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007“ gaben 6 % der Bevölkerung an, an Dia-



Mag. Sabine Höfler ist Mitarbeiterin im Competence Center Integrierte Versorgung der österr. Sozialversicherung sowie in der Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention der Wiener Gebietskrankenkasse.

1 Stock, Redaelli & Lauterbach (2004), S. 222.

2 Mühlbacher (2002), S. 138.

Tabelle 1: Überblick (Stand 21.11.2011)

Bundesland	Aktuell teilnehmende Ärztinnen/Ärzte	Aktuell teilnehmende Patientinnen/Patienten
Niederösterreich	137	5.016
Oberösterreich	274	7.405
Salzburg	98	1.658
Steiermark	178	5.567
Vorarlberg	61	793
Wien	156	6.946
Summe	904	27.385

betes mellitus erkrankt zu sein.³ Auswertungen aus LEICON ergeben eine Prävalenz von rund 300.000 Diabetikern bzw. Diabetikerinnen in Österreich.⁴ Diabetesbedingte mikrovaskuläre (z. B. Retinopathie, Nephropathie) und makrovaskuläre (z. B. koronare Herzerkrankungen, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Apoplexie) Spät-komplikationen stellen dabei ein wachsendes Problem dar.⁵

„Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“

Nach langjähriger gemeinsamer Planung von österreichischer Sozialversicherung, Bundesministerium für Gesundheit, Österreichischer Ärztekammer, Österreichischer Diabetes Gesellschaft (ÖDG) sowie Österreichischer Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) wurde das Konzept eines österreichischen Disease-Management-Programms (DMP) von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger entwickelt. Im Jahr 2007 wurde das DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“, ein Betreuungsprogramm speziell für Typ-2-Diabetiker/-innen, gestartet. Das Ziel liegt in einer österreichweiten Umsetzung des Programms. Finanziert werden die Projekte derzeit aus Mitteln der Sozialversicherung und der Länder, wobei die Finanzierungsschlüssel in den einzelnen Bundesländern variieren. „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ strebt die strukturierte Versorgung von Typ-2-Diabetikerinnen und Diabetikern über den gesamten Krankheitsverlauf an und soll einerseits den Erkrankten ein längeres Leben in guter Gesundheit ermöglichen, andererseits aber auch die Ressourcenallokation im Gesundheitswesen optimieren. Dabei liegt neben einer optimalen Blutzuckereinstellung das Hauptaugenmerk auf einer Vermeidung bzw. Hinauszögerung von mikro- und makrovaskulären Folgekomplikationen, womit eine höhere Lebenserwartung assoziiert ist. Ein wesentliches Ziel von



Mag. Martina Rossa ist Mitarbeiterin im Competence Center Integrierte Versorgung der österr. Sozialversicherung sowie in der Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention der Wiener Gebietskrankenkasse.

„Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ ist es auch, Diabetikerinnen und Diabetikern durch Empowerment-Maßnahmen in ihrer Selbstverantwortung zu stärken, d. h., sie müssen auch zu einer aktiven Mitarbeit bereit sein.

Umsetzungsstand

Bisher wird „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ in den Bundesländern Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Wien umgesetzt. Sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für Patientinnen und Patienten ist die Teilnahme am Programm freiwillig. Die nebenstehende Tabelle 1 zeigt einen Überblick der teilnehmenden Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte.

Programmablauf

Ärztinnen/Ärzte der Fachgruppen Allgemeinmedizin und Innere Medizin sind nach einem vierstündigen Einstiegsseminar, in dem die medizinische Leitlinie, Behandlungspfade, die Ziele des Programms und die administrativen Aufgaben vermittelt werden, zur Betreuung von Diabetikerinnen/Diabetikern im Rahmen des DMP berechtigt. Entschließen sich Diabetiker/-innen zur aktiven Mitarbeit an „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“, unterzeichnen sie bei ihrer DMP-Ärztin/ihrem DMP-Arzt eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Die Patientin/Der Patient erhält ein Begrüßungspaket mit einem Handbuch und verschiedenen Broschüren über das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 2.

Die Erstuntersuchung erfolgt durch die DMP-Ärztin/den DMP-Arzt anhand eines Dokumentationsbogen (einer A4-seitigen Checkliste), auf dem auch die Themen der abgeschlossenen Zielvereinbarung vermerkt werden. In weiterer Folge sollte die Patientin/der Patient regelmäßig bei den DMP-Ärztinnen/Ärzten vorstellig werden, welche definierte Kontrolluntersuchungen durchführen bzw. veranlassen. In jährlichen Abständen wird der Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten neuerlich detailliert erhoben und auf dem Dokumentationsbogen vermerkt. Zur Abgeltung des Mehraufwandes wurden neue Honorarpositionen für die Einschreibung sowie die strukturierte laufende Betreuung geschaffen.

Evaluierungsergebnisse

Die medizinischen Daten der am DMP teilnehmenden Diabetiker/-innen stehen in pseudonymisierter Form in einer Datenbank für Auswertungen

3 Statistik Austria (2009), S. 20.
 4 NÖGKK, OÖGKK & VAEB (2009), S. 6.
 5 Clodi, Fasching, Hoppichler, Kautzky-Willer, Lechleitner, Ludvik, Prager, Roden, Schernthaner, Toplak, Wascher & Weitgasser (2009), S. 13.

zur Verfügung, die auch Verlaufsbeobachtungen zulassen. Derzeit liegen Evaluierungsberichte aus der Steiermark, Tirol und Wien vor. Da die Projektlaufzeit für die Einschätzung der Reduzierung von Folge- und Begleiterkrankungen zu kurz ist, wurden für die Evaluierung Surrogatparameter, deren Veränderungen kurzfristig gemessen werden können, herangezogen. So konnten bei den ausgewerteten Parametern HbA1c, systolischer Blutdruck, LDL-Cholesterin und Body-Mass-Index (BMI) erste Verbesserungen beim Vergleich der Erst- und Folgedokumentation nachgewiesen werden. Die von den Diabetikerinnen und Diabetikern empfundene Lebensqualität konnte ebenfalls verbessert werden.

Die Kontrollhäufigkeit von in den Behandlungspfaden definierten Untersuchungen, wie z. B. HbA1c-Kontrollen und Untersuchungen des Augenhintergrundes, konnten durch die Einführung des DMP wesentlich gesteigert werden, womit eine zeitnahe Therapieanpassung ermöglicht wird und im Sinne eines proaktiven Krankheitsmanagements agiert werden kann.

Das Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ wird von den Patientinnen/Patienten sehr gut bewertet. So empfinden 98 % der Befragten in der Steiermark und 93 % der Befragten in Wien das DMP als wichtig und hilfreich und ein Großteil (98 % in der Steiermark und 89 % in Wien) würde es auch weiterempfehlen.



© Dmitry Melnikov - Fotolia.com

Bundesqualitätsleitlinie

Für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Bundesqualitätsleitlinie unter Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der österreichischen Sozialversicherung entwickelt. Darin wird eine Empfehlung für das Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ mit seinen Komponenten ausgesprochen. Bundesqualitätsleitlinien gemäß dem Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen sollen insbesondere die organisatorischen Rahmenbedingungen in der Versorgung der Patienten über alle Versorgungsebe-

98 % der Befragten in der Steiermark und 93 % der Befragten in Wien empfinden das DMP als wichtig und hilfreich.



© iStockphoto.com/ugurbatiskan

Das Prozesshandbuch beinhaltet alle Teilprozesse von der Entwicklung bis zur Umsetzung eines Disease-Management-Programms und dient dem CCIV somit als Leitfaden bei der Entwicklung von Modellen der integrierten Versorgung.

nen hinweg darstellen und Lösungen für die Probleme an den Nahtstellen anbieten. Sie tragen somit zur Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen bei. Der Anwendungsbereich der gegenständlichen Bundesqualitätsleitlinie beschränkt sich auf den niedergelassenen Bereich.⁶ Eine Arbeitsgruppe entwickelt derzeit die Erweiterung für die Versorgungsebene 2, der sowohl niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für innere Medizin mit Additivfach Endokrinologie bzw. einer qualitätsgesicherten Diabetesfortbildung als auch Diabete-sambulanzen angehören.

c) Prozesshandbuch

Das Competence Center Integrierte Versorgung erarbeitete ein Prozesshandbuch für die Entwicklung von Disease-Management-Programmen. Das Handbuch wurde in Zusammenarbeit mit dem Fachhochschulstudiengang „Prozessmanagement Gesundheit“ der Fachhochschule Oberösterreich entwickelt.

Das Prozesshandbuch beinhaltet alle Teilprozesse von der Entwicklung bis zur Umsetzung eines Disease-Management-Programms. Der gesamte

Entwicklungsprozess eines Disease-Management-Programms wird in mehreren Phasen dargestellt. In Phase 0 (Vorbereitung) erfolgen die Festlegung eines Krankheitsbildes sowie die Auswahl eines dafür geeigneten IV-Modells. Den Abschluss dieser Phase bildet die Beauftragung zur Entwicklung eines Disease-Management-Programms. Phase 1 (Analyse) beschreibt Prozesse im Rahmen der Analyse der Ist-Situation in der Versorgung eines festgelegten Krankheitsbildes sowie die Festlegung der Zielsetzung des Disease-Management-Programms. Phase 2 (Konzeption) schildert Prozesse und Aktivitäten während der Entwicklung der einzelnen Komponenten. Phase 3 (Implementierung) zeigt die Implementierung auf organisatorischer Ebene sowie die Schaffung struktureller Voraussetzungen. In dieser Phase erfolgt auch die Durchführung eines Pilotprojekts (lokale Einschränkung, Einschränkung auf einzelne Akteure). In Phase 4 befindet sich das Programm im Echtzeitbetrieb. Dieses Handbuch dient dem CCIV als Leitfaden bei der Entwicklung von Modellen integrierter Versorgung und kann auch anderen Playern zur Verfügung gestellt werden.

d) Priorisierung von Krankheitsbildern für Disease-Management-Programme und andere integrierte Versorgungsformen

Ziel dieses Vorhabens war es, in enger Zusammenarbeit mit Expertinnen/Experten aus allen relevanten Bereichen einen Katalog zu erstellen, aus dem hervorgeht, welche Krankheitsbilder künftig für Aktivitäten im Bereich der integrierten Versor-



6 Bundesministerium für Gesundheit, Zugriff am 27. April 2011



gung in Österreich besonders geeignet erscheinen. Dieser Katalog soll Entscheidungsträger bei der Auswahl von Themenstellungen und Projekten unterstützen. Um dieses Projekt auf eine wissenschaftlich fundierte Basis zu stellen, wurde das Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien (MUW) als Projektpartner gewonnen.

Die systematische und wissenschaftliche Vorgehensweise während des Recherche- und Priorisierungsprozesses ist der eigens entwickelten „Entscheidungspyramide der integrierten Versorgung“ zu entnehmen (Abbildung 1).

In einem ersten Schritt erfolgte die Vorauswahl von Krankheitsbildern. Durch die Einbeziehung der Schwerpunkte internationaler Organisationen, wissenschaftlicher Medien, nationaler Erfahrungen und sozialversicherungsrelevanter Zahlen konnte die Vorauswahl der Krankheitsbilder auf eine breite Basis gestellt werden, um zu garantieren, dass sowohl gesundheitspolitisch als auch wissenschaftlich, gesellschaftlich und ökonomisch relevante Indikationen gewählt wurden. Insgesamt wurden 14 Krankheitsbilder identifiziert, die die Basis für die weiteren Arbeiten darstellten.

Die integrierte Versorgung als Teil des Gesundheitswesens bewegt sich im Spannungsfeld verschiedener gesellschaftlicher, politischer, medizinischer und ökonomischer Interessen, die alle bei



© nyul - Fotolia.com

der Konzeption neuer Ansätze und Modelle beachtet werden müssen. Aus diesem Grund wurden für die anschließende Literaturrecherche folgende Kriteriencluster (Abbildung 2) identifiziert.

Anhand der skizzierten Cluster und Kriterien wurden sämtliche vorausgewählte Krankheitsbilder recherchiert.

Im Anschluss an die umfassende Literaturrecherche und eine vergleichende Darstellung der Krankheitsbilder wurden die Ergebnisse im Rahmen eines Workshops mit dem wissenschaftlichen Beirat diskutiert. Es herrschte Einigkeit unter nationalen und internationalen Experteninnen und Experten, dass die bisherige Vorgehensweise im Rah-

Sämtliche vorausgewählte Krankheitsbilder wurden anhand der skizzierten Cluster und Kriterien recherchiert.

Abbildung 2: Kriteriencluster



Tabelle 2: Zusammenfassung der vorgenommenen Einstufung

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

Vier Primärziele sind ausschlaggebend für eine Priorisierung der einzelnen Krankheitsbilder: Häufigkeit/Betroffenheit, Soll-Ist-Versorgung, Langfristiges Potential und Komplexität/Machbarkeit.

men des Projektes einen Meilenstein für die integrierte Versorgung darstellt, da es eine derart systematisierte und strukturierte Identifizierung von Prioritäten bisher weder in Österreich noch in anderen europäischen Staaten gegeben hat. Auch die zur Recherche herangezogenen Kriterien wurden als umfassend und valide bewertet. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass eine fehlende nationale Gesundheitsstrategie (WHO 21-Gesundheitsziele) von Seiten der Politik als Hürde auf dem weiteren Weg der strategischen Ausrichtung des Projektes gesehen wird. Weiters wurde der hohe Stellenwert des Qualitätsaspektes mehrmals betont und als ein prioritäres Ziel der integrierten Versorgung identifiziert. Die Experteninnen Und Experten einigten sich in der Diskussion sehr rasch darauf, dass eine Priorisierung der Krankheitsbilder in einem ersten Schritt eine Bewertung der Zielsetzungen und Kriterien selbst notwendig macht. Es bedurfte

demnach einer Zielhierarchie, welche jene Parameter hervorhebt, denen besondere Bedeutung beigemessen wird. Diese spiegelt nicht nur die Sichtweise des jeweiligen Akteurs wieder, für den die Bewertung durchgeführt wird – in diesem Fall die Kranken- und Sozialversicherung –, sondern ermöglicht auch eine Gewichtung der einzelnen Kriterien. Anhand des umfangreichen Kriterienkataloges, der für die Literaturrecherche verwendet worden war, formulierte man schlussendlich vier „Primärziele“, die ausschlaggebend für eine Priorisierung der einzelnen Krankheitsbilder sein sollten:

● **Häufigkeit/Betroffenheit:**

Dieses Ziel bezeichnet die Public-Health-Komponente der Krankheit, das heißt: Wie viele Personen sind betroffen, was wird für die Zukunft erwartet und welche Bedeutung hat die Krankheit für die Gesundheit der Bevölkerung.

● **Soll-Ist-Versorgung:**

Der Unterschied zwischen der derzeitigen Versorgungslage und einer Optimalversorgung wird ebenfalls als wichtiger Indikator für die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Implementierung integrierter Versorgungsmodelle erachtet und deswegen als primäres Ziel definiert.

● **Langfristiges Potenzial:**

Dieser Aspekt umfasst zwei Komponenten: Einerseits betrifft er die Folgewirkungen der Krankheit, insbesondere Chronizität und Komorbiditäten, andererseits wird hier auch auf erwartete medizinische und soziale Entwicklungen verwiesen, die diese Krankheit für die Zukunft zu einem prioritären Thema machen. Er ist daher in engem Zusammenhang mit der Häufigkeit zu sehen.



© Robert Kneschke - Fotolia.com



● **Komplexität/Machbarkeit:**

Der vierte Aspekt ist die Komplexität des Managements der Krankheit. Hier spielt die Schnittstellenproblematik ebenso eine Rolle wie die Anzahl der Akteure und die Bereitschaft zur Veränderung. Dies wird auch durch die Berücksichtigung der Machbarkeit beurteilt, anhand derer bewertet wird, wie wahrscheinlich ein Erfolg eines Modells in diesem Bereich nach derzeitigen Informationsstand und derzeitiger Wissenslage ist.

Basierend auf den Diskussionsergebnissen zeigt Tabelle 2 eine Zusammenfassung der vorgenommenen Einstufung anhand der vier ausgewählten Kriterien.

Das langfristige Potenzial, welches für alle ausgewählten Krankheitsbilder mit Ausnahme des Kataraktes gegeben ist, bestätigt die getroffene Wahl und unterstreicht nochmals die Notwendigkeit, sich mit diesen Themen auseinanderzusetzen.

Basierend auf dieser Gegenüberstellung kann zur weiteren Strukturierung der folgende Stufenplan abgeleitet werden, der in der Gesamtbetrachtung vom wissenschaftlichen Beirat des Projektes empfohlen wurde. Die stärkste Empfehlung bzw. Priorität wird dabei in Bezug auf integrierte Versorgungsmodelle den Krankheitsbildern in Stufe 1 beigemessen:

Ebene 1	Demenz, Osteoporose, Herzinfarkt, Bluthochdruck
Ebene 2	Brustkrebs, Darmkrebs
Ebene 3	Depression

Der Prozess und die Ergebnisse des Priorisierungsprozesses wurden im International Journal of Integrated Care veröffentlicht.⁷

Integrierte Versorgung Demenz

Im Rahmen der Entwicklung eines integrierten Versorgungsprogramms für Demenz wurde in einem ersten Schritt eine umfassende Ist-Stand-Analyse zur derzeitigen Versorgungssituation, der „Erste Österreichische Demenzbericht“, erstellt. Dieser enthält neben der Darstellung der derzeitigen Versorgungssituation, eine Kostenanalyse und eine Übersicht über international erfolgreich umgesetzte Demenzversorgungsprojekte. Der Bericht zeigt, dass aufgrund der demographischen Entwicklung

in Österreich der Anteil der Personen über 65 Jahre stark ansteigen wird. Durch diesen Anstieg wird auch die Anzahl von an Demenz erkrankten Personen zunehmen, da Alter der bedeutendste Risikofaktor für eine Demenzerkrankung ist. Derzeit leben in Österreich rund 100.000 Personen mit Demenz. Diese Zahl wird sich bis 2050 nahezu verdreifachen. Ausgehend von der österreichischen Gesamtbevölkerung wird dann etwa jede 12. Person über 60 Jahre an Demenz erkrankt sein. Diese Entwicklung wirkt sich auf die Struktur der Gesellschaft und die zukünftige Versorgung von an Demenz erkrankten Personen aus. In Zukunft werden immer weniger Erwerbstätige eine immer größere Zahl von demenzerkrankten Personen finanzieren müssen. So stehen heute einer Person, die von Demenz betroffen ist, etwa 42 Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüber. In den nächsten 40 Jahren wird sich diese Zahl auf 15 Personen reduzieren. Zusätzlich werden auch die Kosten für die Versorgung von rund 1,7 Mrd. Euro im Jahr 2007 bis 2050 auf ca. 4,6 Mrd. Euro (Preisbasis 2008) ansteigen. Auf die Versorgungsqualität bezogen konnten Probleme in den Bereichen Nahtstellenmanagement, Koordination und Unterstützung, Kommunikation, Lehre und auch im Bereich Struktur identifiziert werden.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen wurde in einem partizipativen Prozess unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern aller mit der Versorgung von demenzerkrankten Personen befassten Stakeholder ein integriertes Versorgungsmodell entwickelt. Den Schwerpunkt des Versorgungsmodells bildet ein freiwilliges Netzwerk von Leistungserbringern der Gesundheits- und Sozialversorgung, die primär im niedergelassenen Bereich in unterschiedlichen Bereichen tätig sind. Die Versorgung im Netzwerk

In einem ersten Schritt wurde eine umfassende Ist-Stand-Analyse zur derzeitigen Versorgungssituation erstellt und aufbauend auf diesen Ergebnissen wurde in einem partizipativen Prozess ein integriertes Versorgungsmodell entwickelt.



© damoto - Fotolia.com

⁷ Eger, Gleichweit, Rieder & Stein (2009).

Das Modell „netzwerk aktiv – besser leben mit demenz“ stellt einen Ansatz für eine integrierte und optimierte Versorgung demenzkranker Menschen und deren Angehörigen in ihrem Wohnumfeld dar.



© Alexander Hahns - Fotolia.com

basiert auf einem Case-Management-Ansatz in dem den Patienten bei Bedarf ein persönlicher Koordinator für den Sozial- und Pflegebereich zur Verfügung gestellt wird. Im medizinischen Bereich übernimmt die patientenführende Ärztin, der patientenführende Arzt die Fallführung. Ziel des Programms „netzwerk aktiv – besser leben mit demenz“ ist es, durch Koordination und bedarfsgerechte evidenzbasierte Versorgung Patientinnen und Patienten möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld zu Hause versorgen zu können und auch die pflegenden Angehörigen zu entlasten, um eine frühzeitige dauerhafte Unterbringung in Pflegeheimen zu vermeiden. Neben den bereits erwähnten Aspekten sind eine medizinische Leitlinie sowie ein Informations- und Datenmanagement Grundlagen der Netzwerkversorgung. Darüber hinaus wird gezielt Empowerment eingesetzt, um pflegende Angehörige zu entlasten. Schulungsmaßnahmen für teilnehmende Akteure ermöglichen eine Zusammenarbeit im Netzwerk und sichern die Qualität der Versorgung. In „netzwerk aktiv – besser leben mit demenz“ werden aber auch bestehende Initiativen und Angebote integriert und regionale Besonderheiten entsprechend berücksichtigt, um ein auf die jeweilige Region abgestimmtes Angebot für die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige schaffen zu können. Das Besondere an diesem Programm ist, dass es über die Grenzen der österreichischen Sozialversicherung hinaus alle Versorgungsbereiche im niedergelassenen Bereich mitbetrachtet und einbindet und auch Schnittstellen zum intramuralen Bereich definiert.

Das Projekt „Integrierte Demenzversorgung in

Oberbayern (IDOB)“, ein Programm mit vergleichbarem Aufbau und Inhalt, konnte nach zweijähriger Pilotphase zeigen, dass neben einer Verbesserung der Versorgungsqualität auch positive Kosteneffekte auftreten. Demnach hatten IDOB-Patientinnen und Patienten weniger stationäre Aufenthalte im psychiatrischen Akutversorgungs-krankenhaus als die Kontrollgruppe. Darüber hinaus verkürzten sich auch die Aufenthaltsdauern im Krankenhaus durch die im ambulanten Bereich bestehende Netzwerkversorgung.⁸ Studien lassen darauf schließen, dass insbesondere Maßnahmen im Bereich Empowerment und Unterstützung sowie Case-Management auch zu einer Verzögerung der dauerhaften Unterbringung in Pflegeheimen von etwa zwölf Monaten führen. Dadurch ergibt sich ein weiteres deutliches Einsparungspotenzial im stationären Bereich.⁹

Das Modell „netzwerk aktiv – besser leben mit demenz“ stellt, basierend auf Erfahrungen aus Deutschland sowie Meinungen von Experteninnen und Experten, einen Ansatz für eine integrierte und optimierte Versorgung demenzkranker Menschen und deren Angehörigen in ihrem Wohnumfeld dar. Eine Umsetzung in Pilotregionen unter Beteiligung möglichst vieler Leistungserbringer in der Demenzversorgung kann die Effekte auf individueller und systemischer Ebene zeigen.

e) Populationsbezogene integrierte Versorgung

Um eine ganzheitliche Bearbeitung der integrierten Versorgung zu gewährleisten und eine einheitliche Herangehensweise innerhalb der Sozialversi-

⁸ Schäfer-Walkman, & Deterding (2010). S. 113.

⁹ Eloniemi-Sulkava, U. et al. (2004). S. 31–40, Wettstein, A. (2004). S. 634, Mittelman, M. et al. (1996). S. 1725–1731, Brodaty, H. et al. (1989). S. 1375–1379.



cherung sicherzustellen, wurde vom CCIV auch die populationsbezogene integrierte Versorgung (PIV) behandelt. Dies erfolgte in definierten Prozessschritten, um eine wissenschaftlich fundierte Vorgehensweise zu garantieren. Als Basis des gesamten Prozesses wurde eine Definition der PIV entwickelt, welche auf der CCIV-Definition von integrierter Versorgung aufbaut. Das CCIV spricht von populationsbezogener integrierter Versorgung, wenn die Aufbau- bzw. Ablauforganisation der Versorgungsform

- umfassend (nicht indikationsspezifisch),
- qualitätsorientiert,
- kooperativ/vernetzend,
- effektiv und effizient sowie
- zeitgerecht

ist. Darüber hinaus können/sollen in populationsbezogene integrierte Versorgungsformen indikationsbezogene integrierte Versorgungsformen (z. B. Disease-Management-Programme) eingebettet sein. Im Rahmen einer Kooperation mit der Wirtschaftsuniversität Wien wurde des Weiteren in Form einer Diplomarbeit eine Grundlagenrecherche durchgeführt, die als Ausgangspunkt einer Handlungsempfehlung für Österreich herangezogen wurde. Im Zuge der Grundlagenrecherche wurden sieben europäische Best-Practice-PIV-Formen identifiziert und genauer dargestellt. Um die recherchierten PIV-Formen einer Bewertung unterziehen zu können, wurden im Rahmen des Prozesses Bewertungskriterien entwickelt. Als Basis dieser Bewertungskriterien dienten vom Bundesverband Managed Care e.V. (BMC) entwickelte Kriterien.

Die Bewertungskriterien können für die Entscheidung über eine mögliche Einführung einer Versorgungsform als theoretische Grundlage herangezogen werden. Die Bewertungskriterien wurden von nationalen und internationalen Expertinnen/Experten qualitätsgesichert und auf ihre Plausibilität hin überprüft. Die Kriterien wurden in folgende fünf Gruppen unterteilt und einer Bewertung unterzogen:

- Sicht des Gesundheitssystems
- Sicht der medizinischen Versorgungsqualität
- Sicht der Patientinnen/Patienten
- Sicht der Vertragspartnerinnen/Vertragspartner – Krankenkasse
- Sicht der Vertragspartnerinnen/Vertragspartner – Ärztinnen/Ärzte

Zur weiteren laufenden Qualitätssicherung des Prozesses (Definition, Bewertungskriterien, PIV-Formen etc.) und zum Erfahrungsaustausch wurde ein Workshop mit SV-externen und -internen nationalen und internationalen (Schweiz, Deutschland) Expertinnen und Experten durchgeführt. Als

abschließender Teilprozessschritt wurden vom CCIV Handlungsempfehlungen im Bereich der populationsbezogenen integrierten Versorgung für Österreich erarbeitet, welche für die weitere Ausrichtung der nächsten Jahre herangezogen werden können und Teil des abschließenden Berichtes sind. Die Handlungsempfehlungen drehen sich um die hausärztliche Versorgung, welche als wichtige Basis für populationsbezogene integrierte Versorgungsformen dient. Aus diesem Grund beschäftigte sich das CCIV mit möglichen Ansätzen und Elementen zu einer zukünftigen Neuorientierung der allgemeinmedizinischen Versorgung in Österreich. Im Rahmen dieser Arbeiten wurde auf Basis internationaler Erfahrungen und einschlägiger Literatur in einem trägerübergreifenden Projektteam ein Strategiekonzept erarbeitet, welches auch notwendige Change-Management-Maßnahmen umfasst. Die Aktualität dieser Thematik wird auch durch das veröffentlichte Konzept der Österreichischen Ärztekammer im Sommer 2010, die Berücksichtigung im aktuellen Regierungsprogramm, diverse Presseberichte wie auch durch die Thematisierung auf unterschiedlichen Veranstaltungen bestätigt.

Fazit

Aufgrund der demographischen und epidemiologischen Entwicklung wird es immer schwieriger, die zukünftige Finanzierung des Gesundheitssystems sicherzustellen, ohne dabei auf die vorgeschriebene hohe Versorgungsqualität verzichten zu müssen. Versorgungsdefizite des Systems bei Nahtstellen verstärken die negativen Effekte auf Qualität und Kosteneffizienz.

Mit der Gründung des Competence Centers Integrierte Versorgung hat die Sozialversicherung des-

Das CCIV spricht von populationsbezogener integrierter Versorgung, wenn die Aufbau- bzw. Ablauforganisation der Versorgungsform

- umfassend (nicht indikationsspezifisch),
- qualitätsorientiert,
- kooperativ/vernetzend,
- effektiv und effizient sowie
- zeitgerecht ist.



© iiro - Fotolia.com

Es ist die Aufgabe des CCIV, Know-how zu bündeln, Konzepte zu entwickeln und Maßnahmen aufzuzeigen, bei denen durch eine Integration verschiedener Versorgungsebenen die Effizienz und die Qualität der Behandlung verbessert werden kann.

halb erste Schritte gesetzt, um neue Wege einzuschlagen, durch die die Überwindung bestehender Schnittstellen und die Integration strukturierter Behandlungsabläufe ermöglicht werden. Es ist die Aufgabe des CCIV, Know-how zu bündeln, Konzepte zu entwickeln und Maßnahmen aufzuzeigen, bei denen durch eine Integration verschiedener Versorgungsebenen die Effizienz und die Qualität der Behandlung verbessert werden kann.

Das vom CCIV betreute Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ ist das erste dieser Art in Österreich. Kurzfristige Evaluierungsergebnisse zeigen bereits erste Erfolge des DMP und lassen die Möglichkeiten derartiger Reformprojekte erkennen. Auf Grundlage eines gemeinsamen Priorisierungsprozesses und umfangreichen Ist-Stand-Berichtes wurde außerdem das Demenzversorgungsprojekt „netzwerk aktiv – besser leben mit demenz“ entwickelt. Studien sowie Evaluierungen vergleichbarer Projekte in Deutschland legen die positiven Effekte des Demenz-Netzwerks nahe. Die bisher entwickelten Reformprojekte veranschaulichen, dass durch integrierte Versorgung gleichzeitig sowohl qualitative Verbesserungen der Behandlung als auch Kos-

tenreduktionen auf verschiedenen Ebenen erzielt werden können, wenn organisatorisch getrennte Versorgungsebenen verbunden und integriert werden. Es besteht also in diesem Fall kein Trade-off zwischen Qualität und Kosten.

Aufgrund der derzeitigen Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich und der großen Bedeutung einer hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung werden in Zukunft neue Versorgungsformen notwendig sein. Wissenschaftlich fundierte und im Konsens umgesetzte integrierte Versorgung birgt das Potenzial, einen unverzichtbaren Beitrag für eine Verbesserung der Behandlungsqualität und für die zukünftige Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitssystems zu leisten.

Integrierte Versorgung ist für das CCIV eine

- patientinnen-/patientenorientierte,
- kontinuierliche,
- sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre und
- nach einem standardisierten Behandlungskonzept ausgerichtete Versorgung.

LITERATUR

Amelung, V. E. (2009): Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. In: Amelung, V. E., Deimel, D., Reuter, W., van Rooij, N. & Weatherly, J. N. (Hrsg.): Managed Care in Europa (S. 3–30). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Brodsky, H., Gresham, M. (1989): Effect of a training programme to reduce stress in carers of patients with dementia. *Br Med J* (299), 1375–1379.

Bundesministerium für Gesundheit. Zugriff am 27. April 2011 unter http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaets-sicherung/Bundesqualitaetsleitlinie_gemaess_Bundesgesetz_zur_Qualitaet_von_Gesundheitsleistungen_Disease_Management_Programm_fuer_Diabetes_mellitus_Typ_2

Clodi, M., Fasching, P., Hoppichler, F., Kautzky-Willer, A., Lechleitner, M., Ludvik, B., Prager, R., Roden, M., Scherthauer, G., Toplak, H., Wascher, T. C., Weitgasser, R. (2009): Antidiabetische Therapie bei Typ-2 Diabetes. In: Diabetes mellitus – Leitlinien für die Praxis. Beilage zu Wien. *Klin. Wochenschr.* 121, S. 21–22 und 13–17.

Eger, K., Gleichweit, S., Rieder, A., Stein, K. V. (2009): Prioritising integrated care initiatives on a national level. *Experiences from Austria. International Journal of Integrated Care*. Vol. 9, ISSN 1568–4156. <http://www.ijic.org>

Eloniemi-Sulkava, U., Notkola, I. L., Hentinen, M., Kivelä, S. L., Sivenius, J., Sulkava, R. (2004): Unterstützende Intervention bei dementen Patienten und ihren pflegenden Angehörigen in der Gemeinde. Eine randomisierte Untersuchung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17 (1), S. 31–40.

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse & Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau. (2009): LEICON Management Summary Diabetes mellitus Typ 2, S. 6.

Mittelman, M., Ferris, S., Shulman, E. et al. (1996): A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *JAMA* (276), S. 1725–1731.

Mühlbacher, A. (2002): Integrierte Versorgung: Management und Organisation. Eine wissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

Schäfer-Walkmann, S., Deterding D.-T. (2010): Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern, ein Leuchtturmprojekt Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht. IfaS – Institut für angewandte Sozialwissenschaften an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart, Fakultät Sozialwesen.

Statistik Austria (2009): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Zugriff am 26. April 2011 unter http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457

Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2004): Innovationsprojekt „Modell Disease Management“ – Abschlussbericht. Graz.

Steiermärkische Gebietskrankenkasse. (o. D.): Therapie Aktiv – Leitfaden für Versicherungsträger. Autor: Hofer, G. Graz.

Stock, S., Redaelli, M., Lauterbach, K. W. (2004): Disease Management. In Lauterbach, K. W. & Schrappe M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 221–230). Stuttgart, New York: Schattauer.

Stock, S., Redaelli, M. & Lauterbach, K. W. (2005): Disease Management als Grundlage integrierter Versorgungsstrukturen. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Wettstein, A. (2004): Nicht-pharmakologische Therapie der Demenz. *Schweiz. Med. Forum* (4), S. 632–635.