Dr. med. Andrea Vincenzo Braga, MBA 14/11/2018

Integrierte Versorgung heisst (auch) Telemedizin

Beispiel Schweiz

bragamed
where medicine meets business

eedoctors

Dr. med. Andrea Vincenzo Braga, MBA
Chirurg FMH SGC, Allgemeinmediziner,
Sportarzt, Schmerztherpeut, Akupunkteur

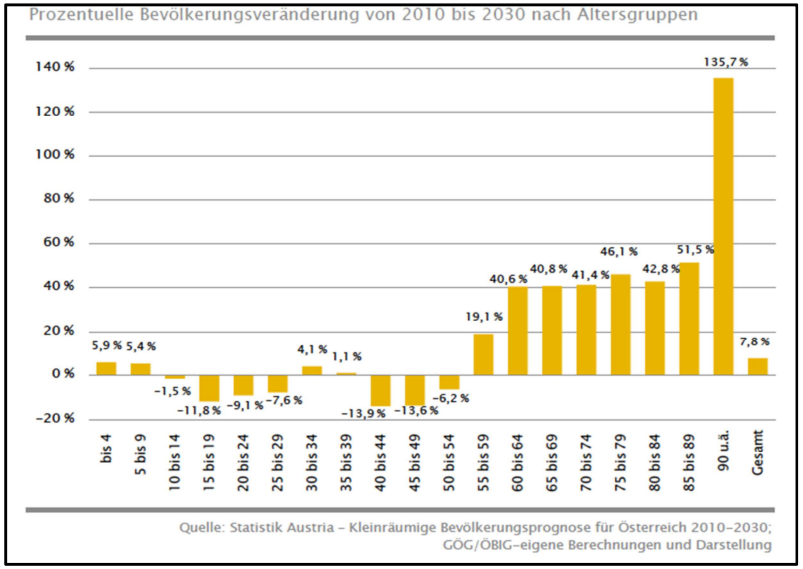
- Inhaber bragamed GmbH, Baar/CH
- Mitbegründer CMO eedoctors
- Inhaber bragapraxis, Giesshübl/AT

- Vorsitzender ASSTeH
- Vizepräsident SGTMeH
- Dozent Uni Zürich, MedUniWien & FH St. Pölten

- Group Chief Medical Officer Allianz Global Assistance, Paris
- CMO & GL Mitglied Medi24 und Mondial Assistance, Schweiz

bragamed
where medicine meets business

Herausforderungen der Gesundheitssysteme



Da die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in den einzelnen Fachrichtungen sehr stark von der Altersstruktur der Bevölkerung abhängig ist, ergeben sich aufgrund der skizzierten demografischen Entwicklung je nach Fachrichtung gänzlich unterschiedli-che Konsequenzen für den künftigen Ärztebedarf. So werden jene Fachrichtungen, die überdurchschnittlich stark von älterer Bevölkerung in Anspruch genommen werden (zum Beispiel Urologie, Innere Medizin und Augenheilkunde), mit einem deutlich steigenden Bedarf zu rechnen haben, während bei Fachrichtungen wie Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendheilkunde mit vergleichsweise geringen quantitativen Veränderungen zu rechnen ist.

Sonntagskurier, 25.9.2016

NZZ Online

Dienstag, 19. Oktober 2010, 14:18:57 Uhr, NZZ Online

Nachrichten › Schweiz

2. Juli 2008, Neue Zürcher Zeitung

Konsequenzen eines absehbaren Ärztemangels

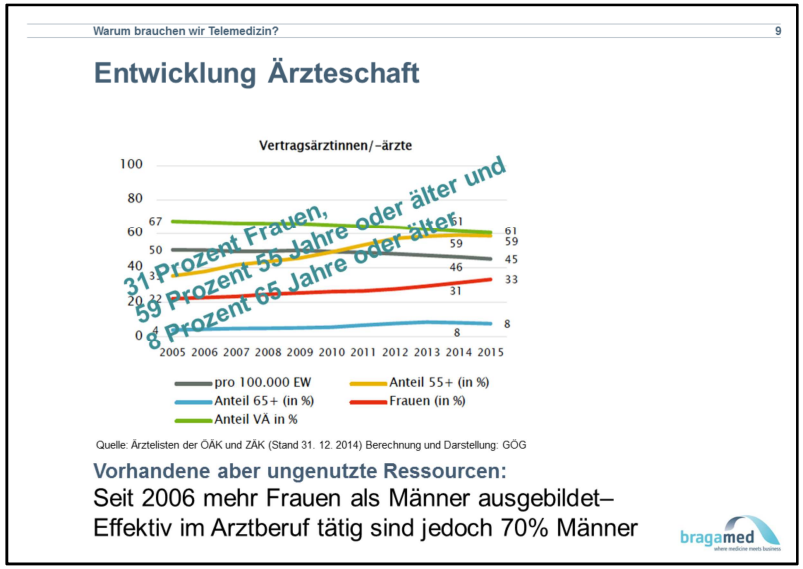
Versorgungslücke von 40 Prozent bei Hausarztmedizin prognostiziert

Warten auf die Audienz beim Arzt: Anmelderaum der «Permanence» im Hauptbahnhof Zürich. (Bild: NZZ / Karin Hofer)

Ältere Menschen gehen häufiger zum Arzt. Gleichzeitig sinkt aber die Zahl der Ärzte in freier Praxis. Der Ärztemangel könnte bis 2030 die ambulante medizinische Versorgung in der Schweiz gefährden, prognostiziert eine Studie des Gesundheitsobservatoriums (Obsan).

cs. Mit rigorosen Beschränkungen bei der Zulassung zum Medizinstudium, dem Druck ausländischer Ärzte auf den Schweizer Markt und einer steigenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen sowie stetig wachsenden Gesundheitsausgaben läuft in der Gesundheitspolitik derzeit einiges schief. Nun macht eine vom schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) beim Institut für Präventivmedizin in Lausanne in Auftrag gegebene Studie ab 2030 gar noch eine erhebliche Versorgungslücke aus. Bis zu 30 Prozent der dannzumal gewünschten Konsultationen im Bereich der ambulanten Medizin sollen bei gleichbleibenden äusseren Bedingungen nicht mehr gedeckt sein. Den grössten Engpass prognostizieren die Autoren bei der Hausarztmedizin. Das ist aufsehenerregend. Doch der Zeitraum der Prognose auf über 20 Jahre hinaus birgt erhebliche Unsicherheiten, wenn man allein bedenkt, wie rasant der Fortschritt in der Medizin in den vergangenen 10 Jahren war.

IST ES NOCH NORMALER ÄRZTEMANGEL
ODER SCHON ÄRZTESTREIK ?
Nach
Aufn
eint
!!

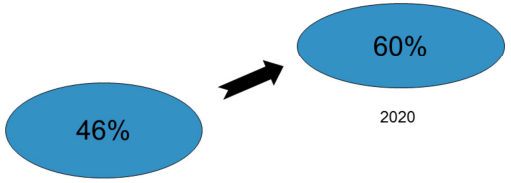


Großteil der Ärzte kommt ins Pensionsalter

"2015 praktizierten laut laut Statistik Austria 44.000 Ärzte, davon 14.275 Allgemeinmediziner. Doch diese Situation wird sich stark verändern, denn ein Großteil der Ärzte kommt ins Pensionsalter. Bis 2020 werden knapp ein Drittel, bis 2030 drei Viertel der Allgemeinmediziner 65 oder älter sein“, so Rabmer-Koller.

Die Zukunft ist chronisch

WHO: Zunahme der chronischen Krankheiten



Neue Konzepte sind notwendig!

bragamed

10

Herausforderung der Gesundheitssysteme

Demografischer Strukturwandel

- Immer mehr ältere Menschen
- Steigende Zahl chronisch Kranker
- Zunahme der Nachfrage an medizinischen Leistungen
- Abnahme der Gesundheitskompetenz

Ungebremstes Kostenwachstum

Hochfragmentiertes und komplexes Versorgungsangebot

- 7 Untersuchungen/Jahr bei 4 verschiedenen Leistungserbringern
- Hohe Weiterweisungsrate bei Grundversorgern

Akzentuierte Versorgungsproblematik in der Grundversorgung

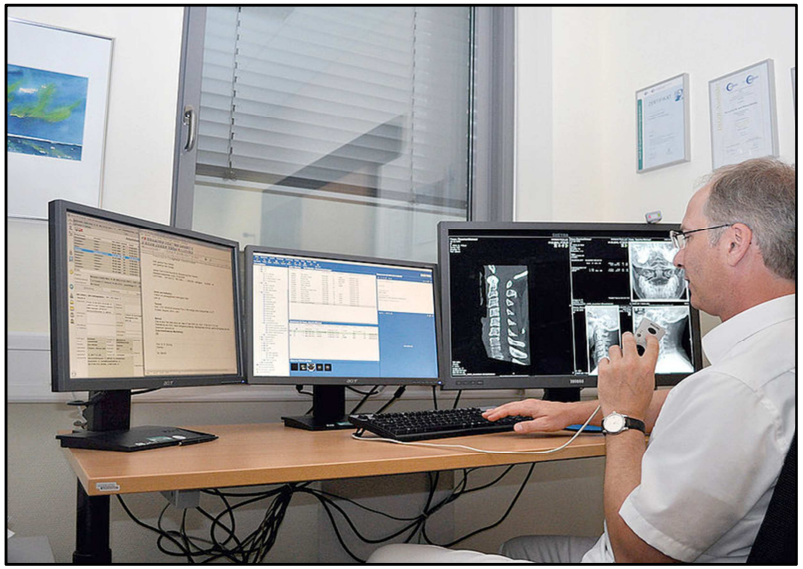
- Überalterung der Hausärzte
- Hausärztemangel, v.a. am Land
- Zunehmende Feminisierung
- Ausbildungsengpässe und Migration von High Potentials

Implementierung der eHealth-Architektur

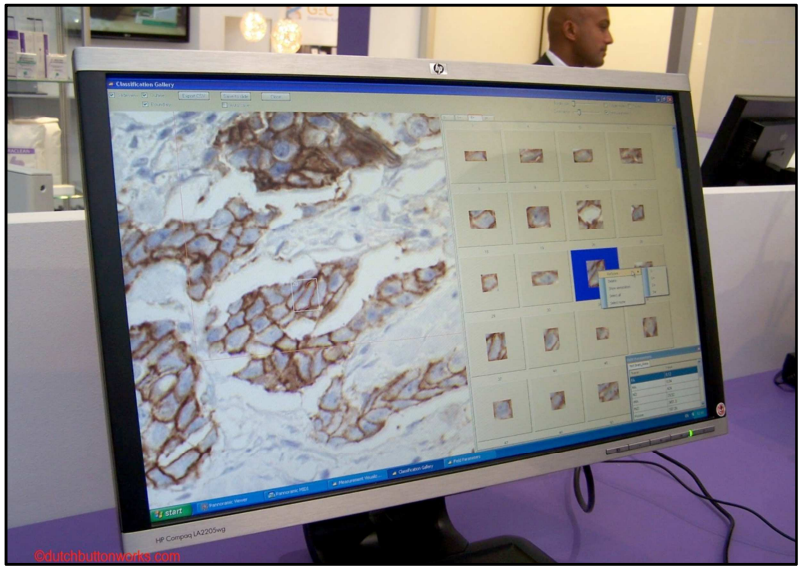
bragamed
where medicine meets business

Was ist Telemedizin?

Telemedizinische Konsultation



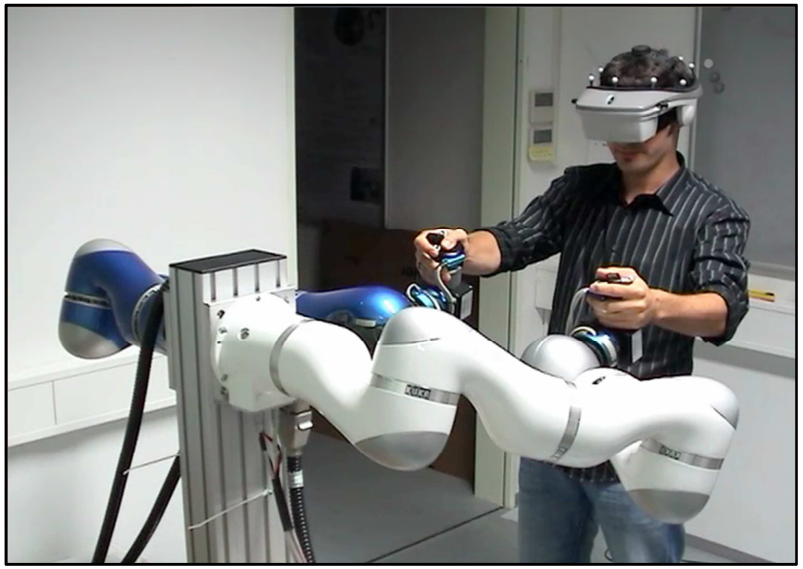
Telemedizinische Diagnostik

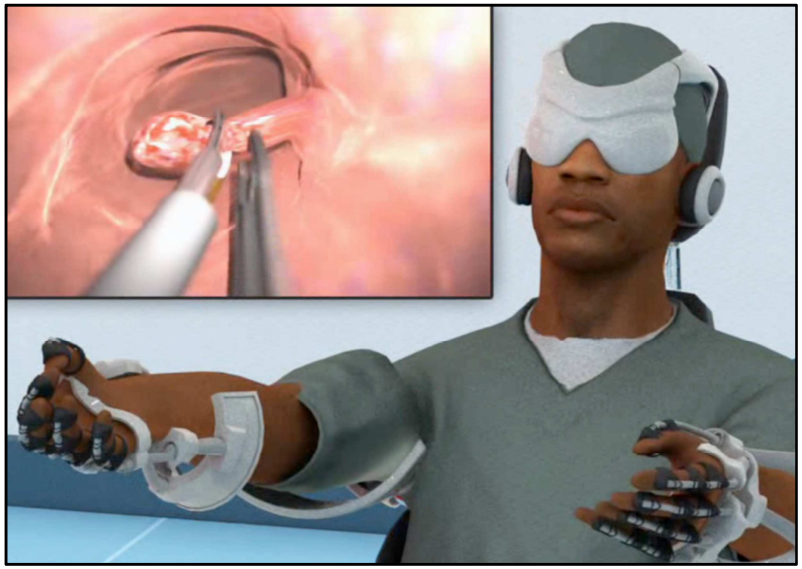

Classification Gallery
start
HP Compaq LA2205wg
©dutchbuttonworks.com

Tele-Therapie

Tele-Nursing

/www.ihirenursing.com





Definition Telemedizin

Telekonsil	Telekonsultation
Med Pro-Med Pro	Patient - MedPro

bragamed

Definition Telemedizin - AT

Unter "Telemedizin" versteht man die Bereitstellung oder Unterstützung von Leistungen des Gesundheitswesens mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wobei Patientin bzw. Patient und Gesundheitsdiensteanbieter (GDA, d.s. insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser und Pflegepersonal) oder zwei GDA nicht am selben Ort anwesend sind.

Voraussetzung dafür ist eine sichere Übertragung medizinischer Daten für die Prävention, Diagnose, Behandlung und Weiterbetreuung von Patientinnen und Patienten in Form von Text, Ton und/oder Bild.

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/E-Health_Elga/Telemedizin/

bragamed

22

Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung – Begriffliche Verortung

Erarbeitet von der AG-Telemedizin und beschlossen vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.03.2015

Definition Telemedizin - AT

Telemedizin umfasst eine große Vielfalt an Anwendungen wie z.B.

- das "Telemonitoring" als die medizinische Überwachung des Gesundheitszustandes von Patientinnen und Patienten aus der Entfernung,
- die "Teletherapie", bei der ein GDA aktiv aus der Entfernung in die Behandlung von Patientinnen und Patienten eingreift,
- das "Telekonzil", in dessen Rahmen vom behandelnden GDA die Zweitmeinung eines entfernten GDA, etwa zur Fernbefundung in der Radiologie, eingeholt wird oder
- die "Telekonferenz", bei der ein entfernter GDA einer laufenden medizinischen Behandlung durch einen anderen GDA beigezogen wird.

bragamed where medicine meets business

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/E-Health_Elga/Telemedizin/

23

Nicht einmal hier die richtigen Definitionen!!!

Definition Telemedizin - WHO

Die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologie zum Austausch gültiger Informationen für Diagnose, Therapie und Prävention von Krankheiten und Verletzungen, für Forschung und Bewertung sowie für die kontinuierliche Ausbildung von Gesundheitsdienstleistern im Interesse der Förderung der Gesundheit von Individuen und ihrem Gemeinwesen, wenn dabei die räumliche Entfernung einen kritischen Faktor darstellt“.

bragamed where medicine meets business

Was ist Integrierte Versorgung?

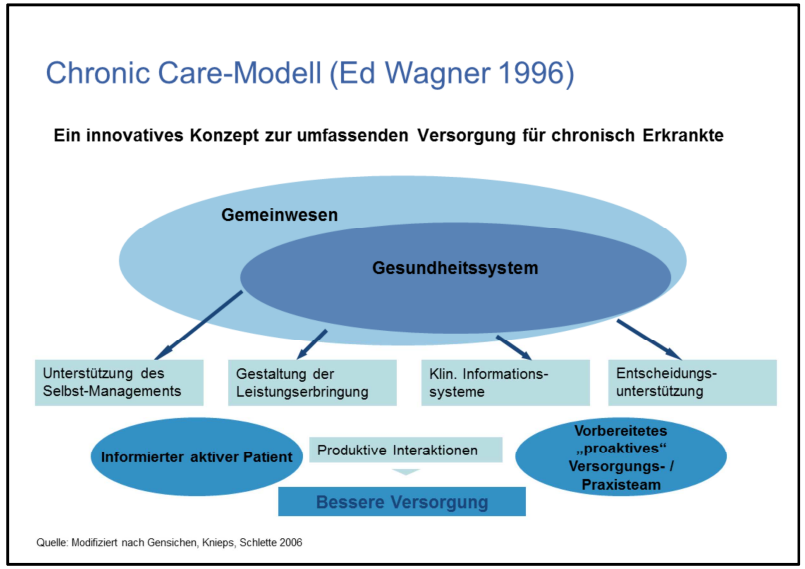
Definition Integrierte Versorgung

- Ist die Idee einer neuen „sektorenübergreifenden“ Versorgungsform im Gesundheitswesen.
- Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken.
- Horizontale und vor allem die vertikale Integration mit Betonung auf den nahtlosen Übergang und Verantwortung für die vor- und nachgelagerte Versorgung

bragamed

26

Integrierte Versorgung bildet heute die Grundlage für viele neue Denkansätze im Gesundheitswesen. Der Begriff wird seit den 90er Jahren in wissenschaftlichen Arbeiten, in der Politik und in Strategien von Leistungserbringern verwendet. Die Bedeutung und Definition variiert je nach Kontext.
Basierend auf konzeptuellen Überlegungen zu integrierter Versorgung aus den USA sowie Grossbritannien
Bei diesem pragmatischen Ansatz werden sowohl die horizontale als auch die vertikale Integration betrachtet.
Die horizontale Integration vernetzt gleiche Bereiche und Sektoren (z.B. stationäre Akutversorgung), während die vertikale Integration das Ziel einer bereichs- oder sektorenübergreifenden Vernetzung entlang des Behandlungspfades verfolgt. Das heisst, jeder involvierte Leistungserbringer ist für seine erbrachten Leistungen aber auch für einen nahtlosen Übergang (Vor- und nachgelagerte Versorgung) verantwortlich.
Durch effektivere Kommunikation und Kollaboration zwischen den Versorgern werden heutige Grenzen aufgehoben und bessere Ergebnisse (outcome) mit einem höheren Nutzen (value) erzielt – auf qualitativer sowie auf finanzieller Ebene



Das Chronic Care Modell beschreibt Elemente für eine umfassende Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten. Vorausgesetzt wird die Bereitschaft zu einer Neuorientierung in der Gesundheitsversorgung: vom ausschliesslich unmittelbaren Reagieren auf aktue Behandlungsanlässe hin zum vorausschauenden Handeln, also der Beachtung langfristiger Patientenentwicklungen und -bedürfnisse. Ärzte, Praxisteams und ihre Patienten erreichen bessere Behandlungsergebnisse, wenn sie eine partnerschaftliche „produktive" Beziehung pflegen. Einige Elemente sind hier förderlich: Selbst-Management der Patienten stärkt ihre Rolle im Behandlungsgeschehen, evidenzbasierte Leitlinien unterstützen klinische Entscheidungen, strukturierte Arbeitsabläufe erleichtern die tägliche Patientenversorgung und klinische Informationssysteme, wie krankheitspezifische Register, stellen Erkenntnisse für besondere Patientengruppen zu Verfügung. Nicht zuletzt kann das umliegende Gemeinwesen mit seinen Ressourcen, die Praxis und die Patienten im Umgang mit den chronischen Krankheiten unterstützen.

Bullet points:
• Chronic Care Modell: Verbesserung der Behandlungsergebnisse für Menschen mit chronischen Krankhieten durch ein vorausschauend handelndes Praxisteam und ihre aktivierten Patienten.
• Selbst-Management, klinische Informationssysteme, gezielte Entscheidungsunterstützung und Umgestaltung der Leistungserbringung können die Versorgung für diese Patienten in der Hausarztpraxis unterstützen.

• Die Unterstützung des Selbst-Managements ist die Hilfe zur Selbstsorge des Patienten (und ggf. seiner Angehörigen). Hier wird eine Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz im Sinne eines sogenannten Empowerments beabsichtigt. Es umfasst Hilfen für das Selbstbeobachten von klinischen Ergebnissen und für den sicheren Umgang mit ihnen 4.3
• Die klinische Entscheidungen werden z.B. mit evidenzbasierten Leitlinien für Ärzte und Patienten unterstützt 5. Eine bessere Kooperation mit Fachspezialisten oder anderen Leistungserbringern und Versorgungsstufen kann mit sogenannten Versorgunspfaden erreicht werden. Sie beschreiben definierte Schnittstellen je nach Komplexität des gesundheitlichen Problems und des Versorgungsbedarfs des einzelnen Patienten 6.
• Bei der Gestaltung der alltäglichen Praxisabläufe in der Patientenversorgung, also der Leistungserbringung, ist die verantwortliche Aufgabenteilung innerhalb des Praxisteams entscheidend. Medizinische Fachangestellte können u.a. spezielle Sprechstunden mit Patientenschulungen oder regelmäßige Follow-ups im Case Management anbieten 7.
• Klinische Informationssysteme, wie krankheitspezifische Patientenregister, können dem Praxisteam zeitgerechte Erinnerungen melden, aktuelle Patienteninformationen erstellen oder Langzeitverläufe und –planungen einzelner Patienten abbilden sowie Ergebnisse der Qualitätsentwicklung im Praxisteam darstellen, die dann als Grundlage

für die Reflektion über die eigene Arbeit genutzt werden können 8,9.

Zukunftsorientierung – Integrierte Versorgung

Ziele:

- Gleiche oder niedrigere Kosten bei gleicher oder steigender Qualität
- Bessere Behandlungsergebnisse (from volume to value)
- Hohe Patientenzufriedenheit und -sicherheit
- Vermeidung von Fehlanreizen und Ineffizienzen im Versorgungsprozess
- Transparenz im System
- Ungehinderter Fluss relevanter Informationen / Daten im gesamten Prozess
- Optimale Unterstützung des medizinischen Personals durch Echtzeit-Daten
- Weg von der Bedarfsplanung, hin zum Patientenprofil

bragamed
where medicine meets business

Zitate:

« Wir müssen die demographische Entwicklung absorbieren, ohne dass die Kosten dabei ausser Kontrolle geraten..»

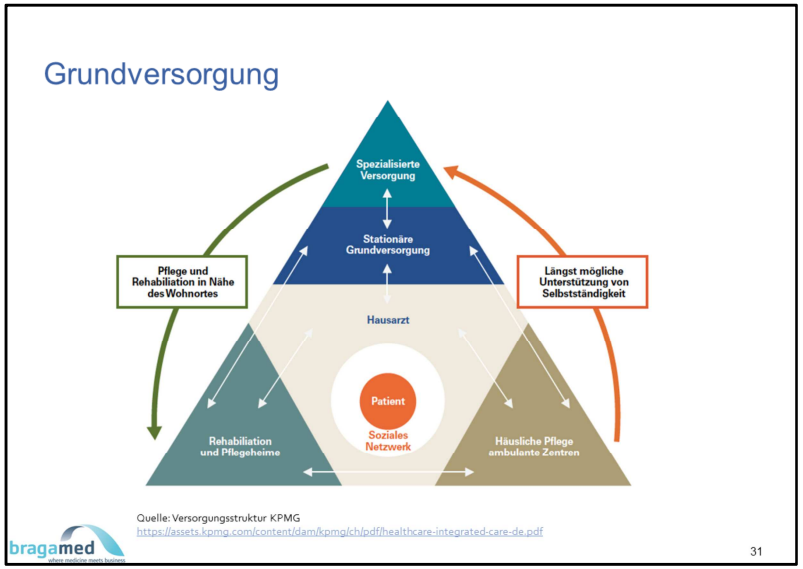
Dr. med. Werner Kübler, Direktor, Universitätsspital Basel

« Für mich steht die sektorenübergreifende Patientenversorgung im Vordergrund. Durch enge Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungen wird der Patientenprozess gemeinsam gesteuert optimiert. Dabei werden die Kosten niedrig und die Qualität hoch gehalten.»

Stefan Lichtensteiger, Vorsitzender der GL Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland

bragamed
where medicine meets business

Modelle der integrierten Versorgung



Aufbrechen der bestehen der klassichen Grenzen der verschiedenen Versorgunsinstitutionenen, damit braucht es auch völlig neue Finanzierungssysteme

In den letzten Jahren sind in der Schweiz neue Zusammenarbeitsformen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern entstanden (Akutsomatik und Rehabilitation unter einem Dach, Spitäler welche Ärztenetze betreiben, Integration von Spitex / Palliativ Care in Akut-Versorger usw.).
Eine umfassende integrierte Versorgung geht jedoch über diese Kollaboration hinaus. Um patientenzentrierte Behandlungspfade zu definieren bedarf es grundlegender institutioneller Veränderungen.

Weg von der traditionellen Versorgungsplanung / Bedarfsplanung hin zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise mit dem Patienten im Mittelpunkt

Basis – Alternative Versicherungsmodelle (AVM)

- Varianten (Alternativen) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- Einschränkung der freien Arztwahl
- Gatekeeper
- Modelle
  1. HMO-Modelle
  2. Hausarzt-Modelle
  3. Telmed-Modelle
  4. Andere Modelle
- Deutliche Reduktion der Krankenkassen-Prämien
- Über 50% der Versicherten in der CH

bragamed

32

Erfreuen sich alternative Versicherungsmodelle immer grösserer Beliebtheit: Noch 2006 wählte nur rund jeder siebte Versicherte eine solche Versicherungsform, 2011 waren es erstmals **über die Hälfte aller Versicherten**. 2015 ist ihr Anteil gegenüber dem Vorjahr erneut gewachsen. Die Mehrheit der Versicherten mit einem alternativen Versicherungsmodell ebenfalls eine höhere Franchise wählt.
Insbesondere Hausarztmodelle und Telemed-Modelle sind beliebt. Beim Hausarztmodell verpflichtet sich der Versicherte, bei gesundheitlichen Problemen immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen. Telemed-Modelle sehen vor jedem Arztbesuch eine telefonische medizinische Beratung vor. Bei einer HMO (Health Maintenance Organization) suchen die Versicherten zuerst ihren Arzt in der HMO-Praxis auf. Die HMO-Praxen stellen eine umfassende medizinische Versorgung für ihre Patientinnen und Patienten bereit und erhalten dafür von der Krankenversicherung eine pauschale Vergütung. Das Bonussystem sieht in jedem Jahr, in dem der Versicherte keine Leistungen vergüten lässt, eine Prämiensenkung vor.

Charakteristiken der Ärztenetze

- Ärztebasiert: Werden von Leistungserbringern gebildet und dienen der Gesundheitsversorgung
- Verbindlichkeit: Vertraglich geregelte Zusammenarbeit unter sich, mit netzfremden Leistungserbringern und Kostenträgern
- Einheitliche Philosophie: Handeln auf der Basis von vereinbarten Behandlungsprozessen, unternehmerischen Organisationsstrukturen und einer gemeinsamen Betreuungskultur
- Care Management: Steuern die Gesundheitsleistungen so weit wie möglich aus einer Hand
- Bedürfnisorientiert: Richten sich konsequent auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten aus
- Qualitätsorientiert: Setzen sich für eine hohe Versorgungsqualität ein
- Kostenbewusst: Gehen mit den vorhandenen Mitteln haushälterisch um

bragamed where medicine meets business

medswiss.net
Schweizer Dachverband der Ärztenetze
Association suisse des réseaux de médecins
Associazione svizzera delle reti di medici

medix

33

In der Schweiz gibt es rund 90 Ärztenetze und HMOs. Knapp die Hälfte aller Grundversorgerinnen und Grundversorgerengagieren sich in Ärztenetzen.
Zwei von drei solcher Netze haben mit den Krankenversicherern eine Budgetmitverantwortung vereinbart.
Das zentrale Steuerungsinstrument der heutigen Modelle ist das Gatekeeping. Durch die Koordination der Überweisungen an spezialisierte bzw. stationäre Betreuende sollen die Gatekeeper Doppelspurigkeiten und unnötige Behandlungen vermeiden. Das funktioniert bei Bagatellerkrankungen und
gewissen Krankheiten einwandfrei.
Integrierte Versorgung und Steuerung machen aber vor allem dort Sinn, wo viele und unterschiedlichste Behandlungen und / oder Betreuungen aufeinander abgestimmt und koordiniert werden sollten: bei komplexen, chronischen Krankheiten und bei Langzeitbetreuten, denn hier verspricht eine integrierte Versorgung die Optimierung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung der Versorgungssicherheitund die
Steigerung der Kosteneffektivität. Gerade diese Patientinnen und Patienten sollten Anreize haben, dass sie von einer integrierten Versorgung angezogen werden. Deshalb wären hier neben Prämienrabatten auch Reduktionen der Kostenbeteiligung als Anreiz sinnvoll.

Health Maintenence Organisation (HMO)

- Im Krankheitsfall immer zuerst zum Gatekeeper-Arzt im HMO-Center
- Monatliche Pauschale für HMO-Arzt pro eingeschriebenen Patienten
- Aus dieser werden **alle** Leistungen bezahlt, welche die HMO-Versicherten intern bei diesem oder extern bei Spezialärzten oder bei Spitalaufenthalten in Anspruch nehmen.
- Es werden nur richtige Leistungen erbracht und unnötige Überweisungen an Fachärzte vermieden.
- Bei Notfällen zum nächsten Notfallarzt, danach Koordination mit HMO-Arzt
- Die meisten von ihnen gehören Krankenversicherern, und die Ärzte sind angestellt. Die restlichen sind im Besitze der Ärzte.
- In der Schweiz gibt es rund 90 Ärztenetze und HMOs.
- Knapp die Hälfte aller Grundversorgerinnen und Grundversorger engagieren sich in Ärztenetzen
- Zwei von drei solcher Netze haben mit Krankenversicherern Budgetmitverantwortug

sanacare medix gruppenpraxis

http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/FMC-Orientierungspapier_MC_14_4_09.pdf

bragamed

34

HMO-Versicherte verpflichten sich, im Krankheitsfall immer zuerst einen ganz bestimmten Arzt aufzusuchen, der im HMO-Center praktiziert. Dieser Arzt wird als Gatekeeper bezeichnet. Ausgenommen von dieser Pflicht sind Notfälle, die jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung sowie Kontrolluntersuchungen beim Augenarzt.
Der HMO-Arzt erhält für die medizinische Versorgung der bei ihm eingeschriebenen Versicherten eine monatliche Pauschale ausbezahlt. Aus dieser werden alle Leistungen bezahlt, welche die HMO-Versicherten intern bei diesem oder extern bei Spezialärzten oder bei Spitalaufenthalten in Anspruch nehmen.
Das Gatekeeper-Prinzip ermöglicht es dem HMO-Arzt, die Behandlung seiner Patienten zu koordinieren. Die pauschale Entschädigung der ärztlichen Leistungen erlaubt es dem HMO-Arzt, sich auf das Erbringen der für seine Patienten richtigen Leistungen zu beschränken. Ein Anreiz zur Ausweitung der Menge der ärztlichen Leistungen entfällt. Die Prämien der HMO-Versicherungen sind entsprechend, bei gleichem Leistungsumfang, bis zu 25 Prozent tiefer als die Prämien der Standard-Grundversicherung.
Notfälle bei HMO-Versicherten:
Bei Notfällen wendet sich der HMO-Versicherte immer zuerst an seinen HMO-Arzt. Ist dieser nicht zu erreichen oder

befindet sich der Versicherte nicht an seinem Wohn- oder Arbeitsort, so wendet er sich umgehend an den nächst erreichbaren Notfallarzt. Nach der notfallmässigen Behandlung nimmt der Versicherte mit seinem HMO-Arzt Kontakt auf und bespricht mit ihm das weitere Vorgehen.

Medizinische Call-Center – Telmed-Modelle

- Versicherungen engagieren unabhängige oder eigene medizinische Call-Center (MCC)
- Erstkontakt bei Gesundheitsproblemen beim MCC
- Registrierung per Telefon VOR dem Arztbesuch
- Triage und Verhaltensempfehlung möglich
- Ausnahme Notfälle, jährliche Gynkologische- und Augenarzt Untersuchung
- Prämienrabatt von 15-20%
- Bei Zuwiderhandlung: Rückstufung in die klassischen Versicherungsmodellen

MEDI24 medgate_

bragamed

35

Bei jedem neu auftretenden Gesundheitsproblem wenden sich die Versicherten vor dem ersten Arztbesuch immer an eine telefonische Beratungsstelle. Dort erteilen medizinische Fachpersonen Auskünfte, geben Verhaltensempfehlungen ab oder leiten die Patienten an einen Arzt, ein Spital oder einen Therapeuten weiter. Von der Pflicht der telefonischen Kontaktaufnahme vor einem Arztbesuch ausgenommen, sind Notfälle, die jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, Kontrolluntersuchungen beim Augenarzt (teilweise nur für Kinder) und andere pro Krankenkasse unterschiedliche Leistungen. Durch die telefonische Beratung vor dem Aufsuchen des Arztes werden Kosten eingespart. Die Versicherten im Telmed-Modell erhalten einen Prämienrabatt von rund 15 bis 20 Prozent im Vergleich zur Standard-Grundversicherung.
Beanspruchen versicherte Personen ausserhalb einer Notfallsituation direkt ambulante oder stationäre Behandlungen ohne vorherige Anweisung durch ihren HMO- oder Hausarzt, tragen sie bei einigen Kassen sämtliche damit verbundenen Kosten selbst.
Wählen die versicherten Personen ein Originalpräparat statt ein auf der Liste aufgeführtes Generikum, werden die Kosten nicht immer voll vergütet.

Innovation - Videokonsultation

- Erstkontakt bei Gesundheitsproblemen per Video-Konsultation (oder Chat)
- Virtualisieren des Hausarztes
- Gutschein-Code
- < 1/3 der konventionellen Konsultationskosten
- Über 90% abschliessend per Video-Konsultation
- Prämienrabatt von 15-20%

ee doctors

sympany

ottonova

bragamed

36

Warum macht Telemedizin Sinn?

Telemedizin Facts Schweiz

- 70% der Bürger beurteilen ihre gesundheitlichen Beschwerden bezüglich Dringlichkeit falsch.
- Rund 80% aller Notfallkonsultationen sind unnötig.
- 81% der Anrufenden mit der Absicht, direkt eine Notfallstation aufzusuchen, haben nach der telefonischen Beratung ihr Verhalten in Richtung einer kostengünstigeren Versorgungsstufe geändert.
- 90% der Anrufer befolgen die Empfehlungen der Telemedizinischen Beratung.
- 92% der "Walk-in patients" sind auf der Notfallstation am falschen Ort und wären aufgrund der telemedizinischen Konsultation auf das ambulante Versorgungsdispositiv verwiesen worden.
- In 99.7% der Triagen (n=324) gibt es keinen Hinweis darauf, dass ein potentiell abwendbarer gefährlicher Verlauf am Telefon verpasst worden wäre.

bragamed

38

- 70% der Bürger beurteilen ihre gesundheitlichen Beschwerden bezüglich Dringlichkeit falsch.

  Munro J, Nicholl J, O'Cathain A, Knowles E. (1998), Evaluation of NHS, Direct first wave sites: First interimreport to the Department of Health. Sheffield: Medical Care Research Unit

- Rund 80% aller Notfallkonsultationen sind unnötig.

  Flaig C., Zehnder K., Zürcher H., Eichenberger P., Frei C., Gegeckas A. et al. (2002) Selbsteinweisungen ins Spital. In: Primary Care, 2002;2, pp. 280-283.

- 81% der Anrufenden mit der Absicht, direkt eine Notfallstation aufzusuchen, haben nach der telefonischen Beratung ihr

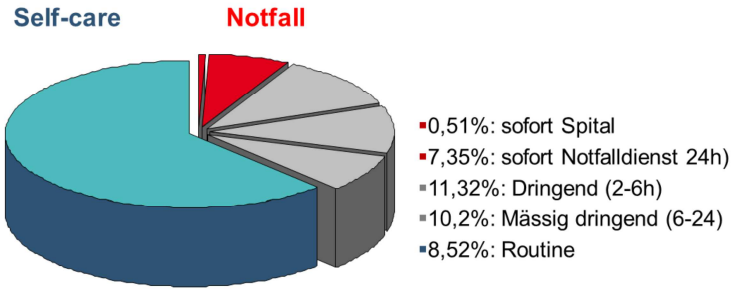
Verhalten in Richtung einer kostengünstigeren Versorgungsstufe geändert.
Feedbackauswertung Medi24

- 90% der Anrufer befolgen die Empfehlungen der Telemedizinischen Beratung.
  Feedbackauswertung Medi24
- 92% der "Walk-in patients" sind auf der Notfallstation am falschen Ort und wären aufgrund der telemedizinischen Konsultation auf das ambulante Versorgungsdispositiv verwiesen worden.

- In 99.7% der Triagen (n=324) gibt es keinen Hinweis darauf, dass ein potentiell abwendbarer gefährlicher Verlauf (AGV) am Telefon verpasst worden wäre.
  Meer A., Gwerder T., Duembgen L., Zumbrunnen N., Zimmermann H. (2012) Is computer-assisted telephone triage safe? A prospective surveillance study in walk-in patients with non-life-

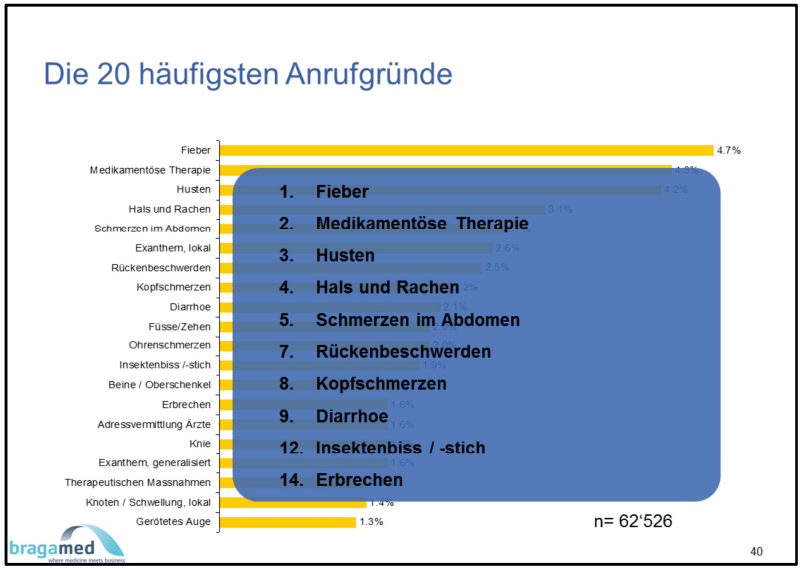
threatening medical conditions. In: Emerg Med J., Vol. 29, No. 2, pp. 124-128.

Outcomes 400‘000 calls in einem Jahr (2010)



62,1% Selbstbehandlung
abschließende telemedizinische Behandlung

bragamed



- Die Anruf/Begegnungsgründe sind häufig wegen akut verspürten Symptomen - reichen von sehr banal und unspezifisch bis zum akuten Ereignis.
- Sind klassische **Grundversorger-"Indikationen".** Wie, wo und wann soll sich der Patient am Besten behandeln lassen?
- **Deckt sich mit Zahlen aus den verschiedenen RFE-Projekten**, wie FIRE. andere Erhebungen, z.B. der Zentralschweizerischen Ärztegesellschaften, werden diese Daten wohl noch erhärten
- **Behandlung häufig = Selbstbehandlung**, Anleitung zur Selbstbehandlung oder beim Grundversorger.
- Wichtig: **richtige medizinische "Triage"**, sei es beim Grundversorger oder **initial** durch ein Telemedizinisches Zentrum.
- **Nota bene: können 2/3 der** Anfragen durch Selbstbehandlung erledigt werden. Und liefert so einen wertvollen Beitrag zur richtigen Ressourcen Einteilung und zur wirklichen integrierten Versorgung.

-> Mehr RFE-Codierung für eine optimale Planung -> Telemedizinische Konsultation als Gatekeeping stärken

Bedürfnisse der Patienten

- Mobiler Zugang zu medizinischer Versorgung (z.B. via Smartphone)
- Kompetente und umfassende Betreuung rund um die Uhr
- Keine Zeit für Arztbesuche während „Bürozeiten“
- Rasche Beurteilung/Diagnosen und effiziente Lösungsansätze
- Verstärktes Bedürfnis nach «home treatment»
- Hilfe beim Zurechtfinden im komplexen Gesundheitssystem
- Fehlender Hausarzt in der Nähe

bragamed where medicine meets business

take home

bragamed

42

Integrierte Versorgung

- Herausforderungen der demographischen Veränderungen (Pat & Arzt) meistern
- Fehlender Hausarzt in der Nähe
- Medizinisch qualitativ hochstehendes Gatekeeping essenziell
- Patienten auf dem ganzen Weg ihrer (chronischen) Erkrankung begleiten
- Weg von der „Bedarfsplanung“ hin zum Patientenprofil
- Hilfe beim Zurechtfinden im komplexen Gesundheitssystem
- Auflösen der klassischen Grenzen der einzelnen Leistungserbringern
- Änderung der Finanzierungsmodelle
- Verhaltensänderung der Patienten incentivieren

bragamed where medicine meets business

Telemedinische Konsultation

- ...ist schnell und sicher
- ...ist zeit- und ortsunabhängig
- ...ist 24/7/365 verfügbar
- ...ist nur eine Armlänge entfernt
- ...schont Ressourcen
- ...funktioniert am effektivsten bei voller Integration ins Gesundheitssystem
- ...erhöht den medizinischen Service
- ... ist kosteneffizient
- ...trägt dem Lebensstyl des modernen Menschen Rechnung

bragamed where medicine meets business

Inzwischen 4 Bände erschienen
I: Impulse für die Versorgung
II: Impulse für das Management
III: Impulse für die Pflegepraxis
IV: Impulse für die Pflegeorganisation

Grazie
Merci
Danke

Quellen:

Bilder:
- Medi 24
- Medgate
- Google
- H. Derkx, medicinfo

Literatur:
- AV Braga
- IsftH
- SGTMeH
- H. Derkx, medicinfo
- A. Meer
- Siehe Literaturliste

bragamed where medicine meets business

Kontakt

Dr. med. Andrea Vincenzo Braga, MBA

bragamed GmbH
Mob-AT : + 43 664 966 93 99
Mob-CH: + 41 79 321 80 88
andrea.braga@bragamed.net

Blegistrasse 11b
6349 Baar, Switzerland
www.bragamed.net

bragamed
where medicine meets business