

Integrierte Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten

Christine Trischak

20. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz, 20. – 21. Juni 2018

Agenda

- Hintergrund
- Eckpunkte des Versorgungsmodell
- Ausblick

Hintergrund

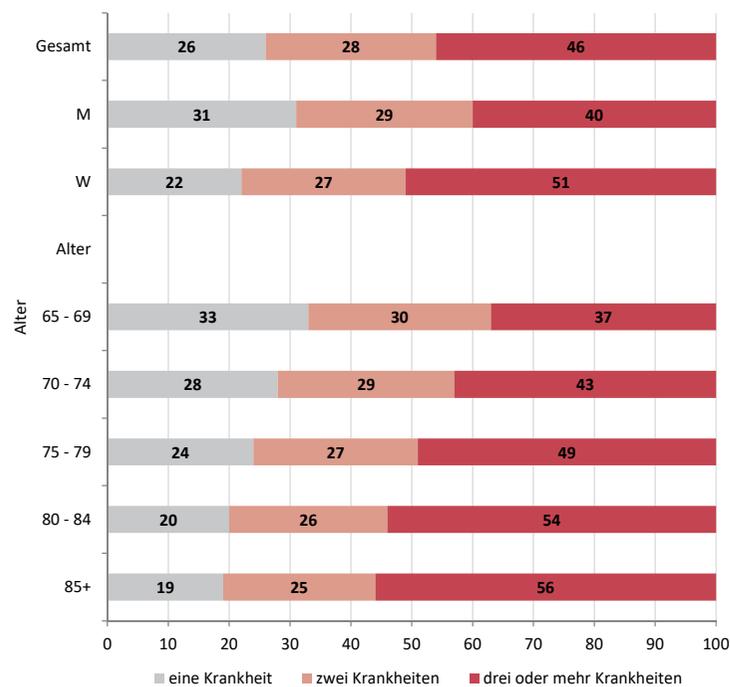
- **Demografische Verschiebungen**

- 2050 zusätzlich 1 Millionen ab 65-Jährige (ges. 2,6 Mio.), davon 650.000 ab 80 J. (ges. 1,1 Mio)

- **Multimorbidität (2013)**

- 46 % der ab 65-Jährigen, 55 % der ab 80-Jährigen → Gefahr des Autonomieverlustes

Abschätzung Prävalenz (SV-Abrechnungsdaten)



Hintergrund

Verankerung in der Primärversorgung

- **ÖSG 2017:** Versorgung multimorbider PatientInnen & alter Menschen
Kernkompetenz der Primärversorgung
- **DEGAM-Leitlinie Multimorbidität 2017:** Umfassendes Krankheitsmanagement
beim Hausarzt

➔ Versorgungsmodell

für geriatrische, multimorbide PatientInnen
mit komplexem Versorgungsbedarf
(CCIV 2016)

- Expertise interdisziplinärer Arbeitsgruppen
- JA-CHRODIS - WP6 „Multimorbidity Care Model“

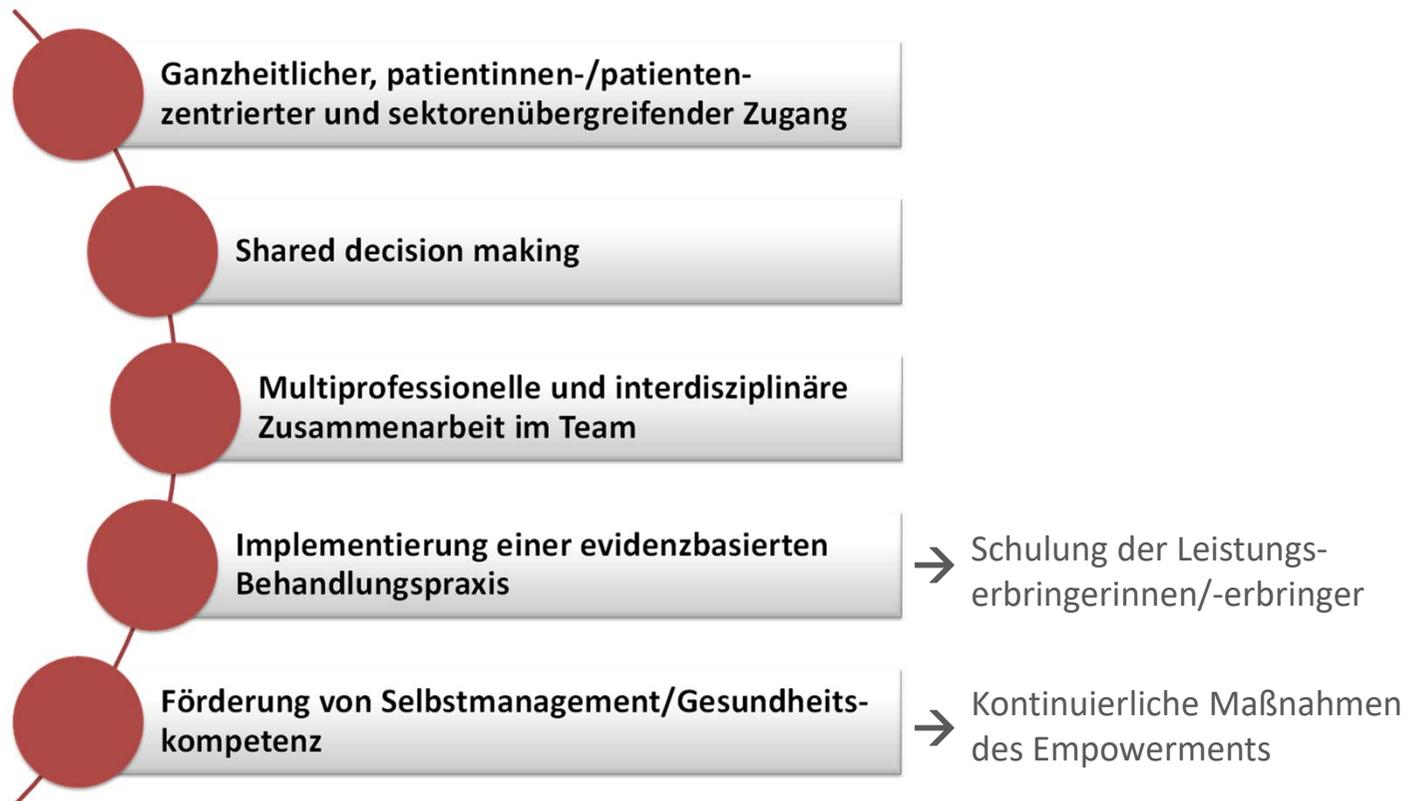


Zielgruppe Versorgungsmodell

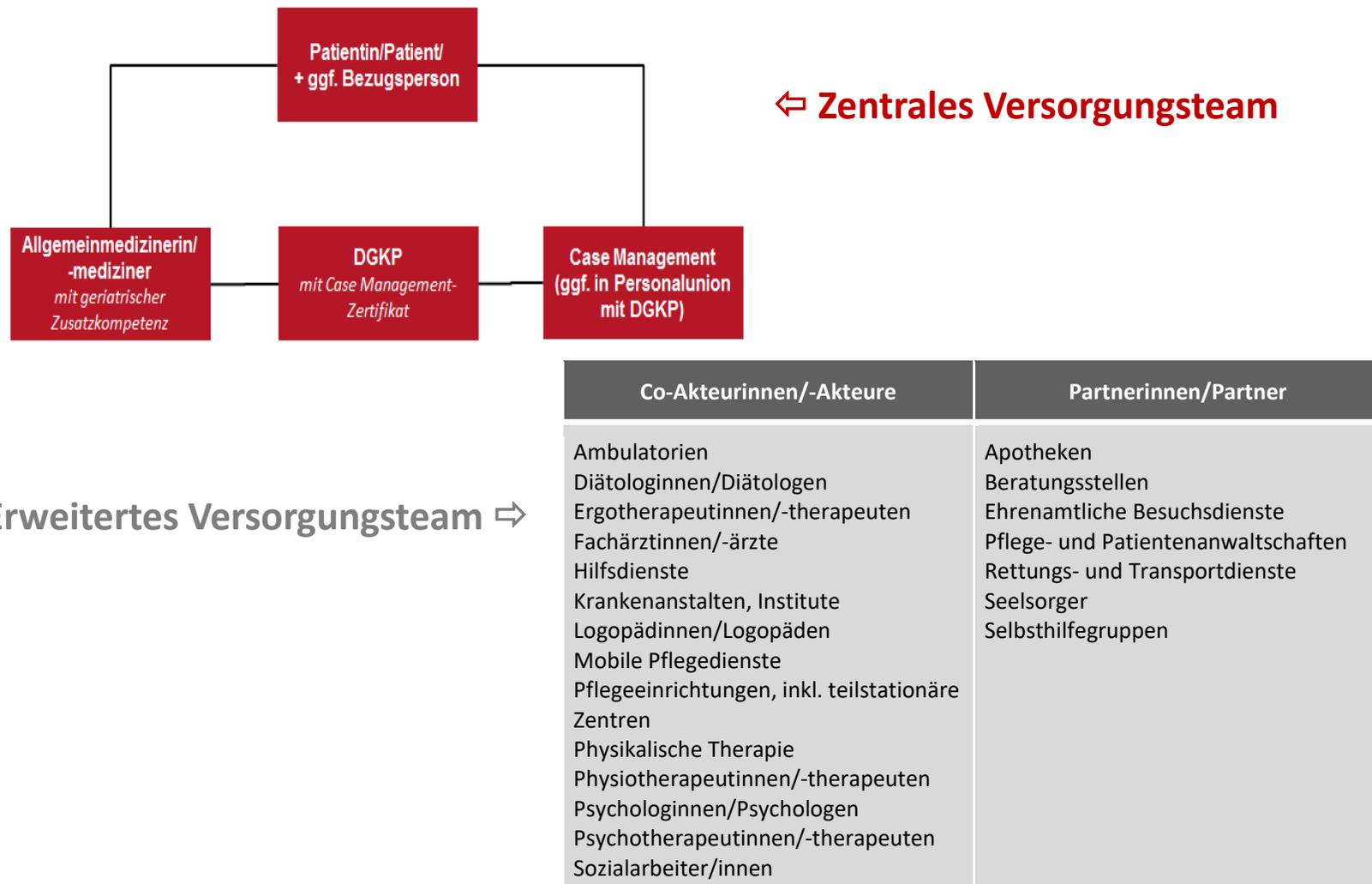


- **≥ 65 Jahre**
- **Langfristiges Vorhandensein (mind. 6 Monate) von zumindest zwei der Folgenden:**
 - Bestimmte physische oder psychische Erkrankung(en)
 - Symptomkomplex wie z.B. Gebrechlichkeit, chronischer Schmerz
 - Sinnesverlust, z.B. Blindheit, Taubheit
 - Alkohol- oder sonstiger Substanzmissbrauch.
- **Komplexer Versorgungsbedarf – bei Vorhandensein von zumindest einem der Folgenden:**
 - Erschwerende sozioökonomische Faktoren
 - Erschwerende mentale/kognitive Faktoren
 - Medikations-/Polypharmazie-assoziierte Problemen.

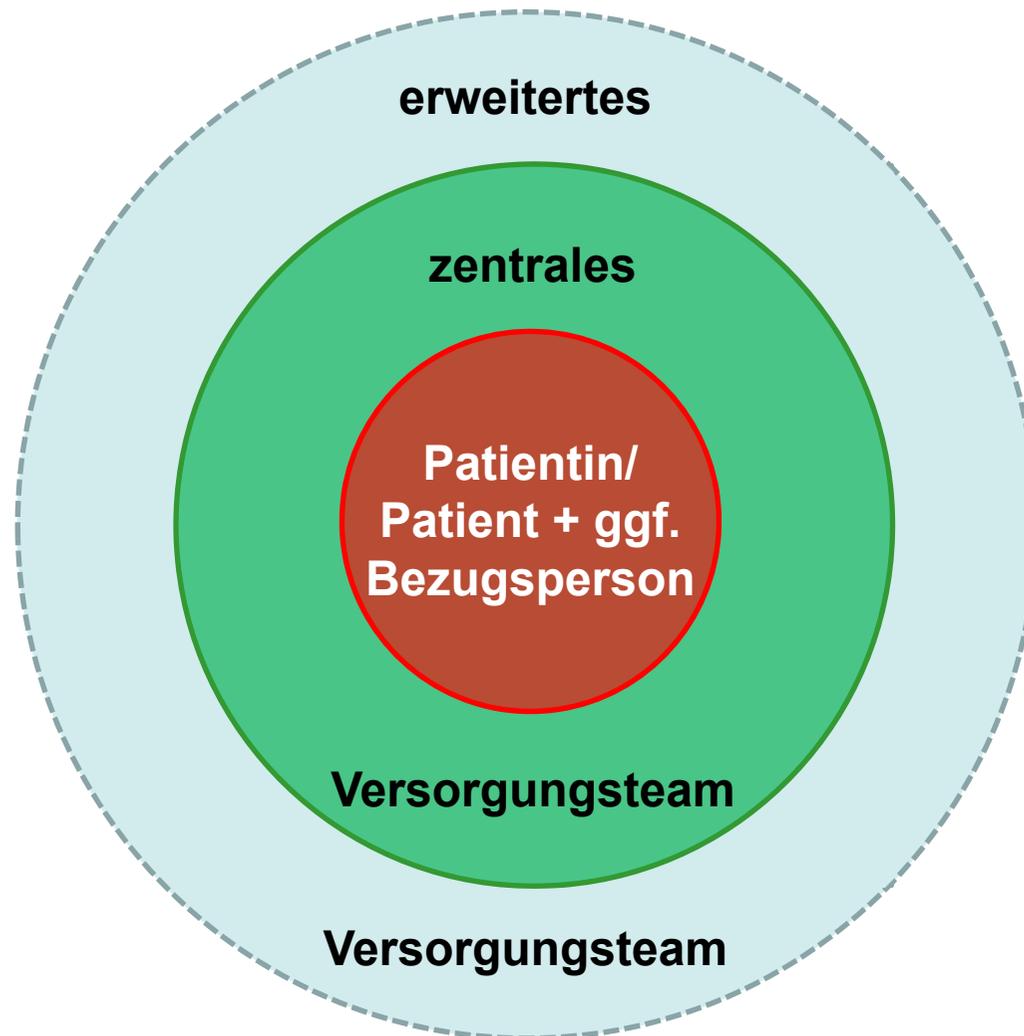
Grundprinzipien der Versorgung im Modell



Versorgungsteams

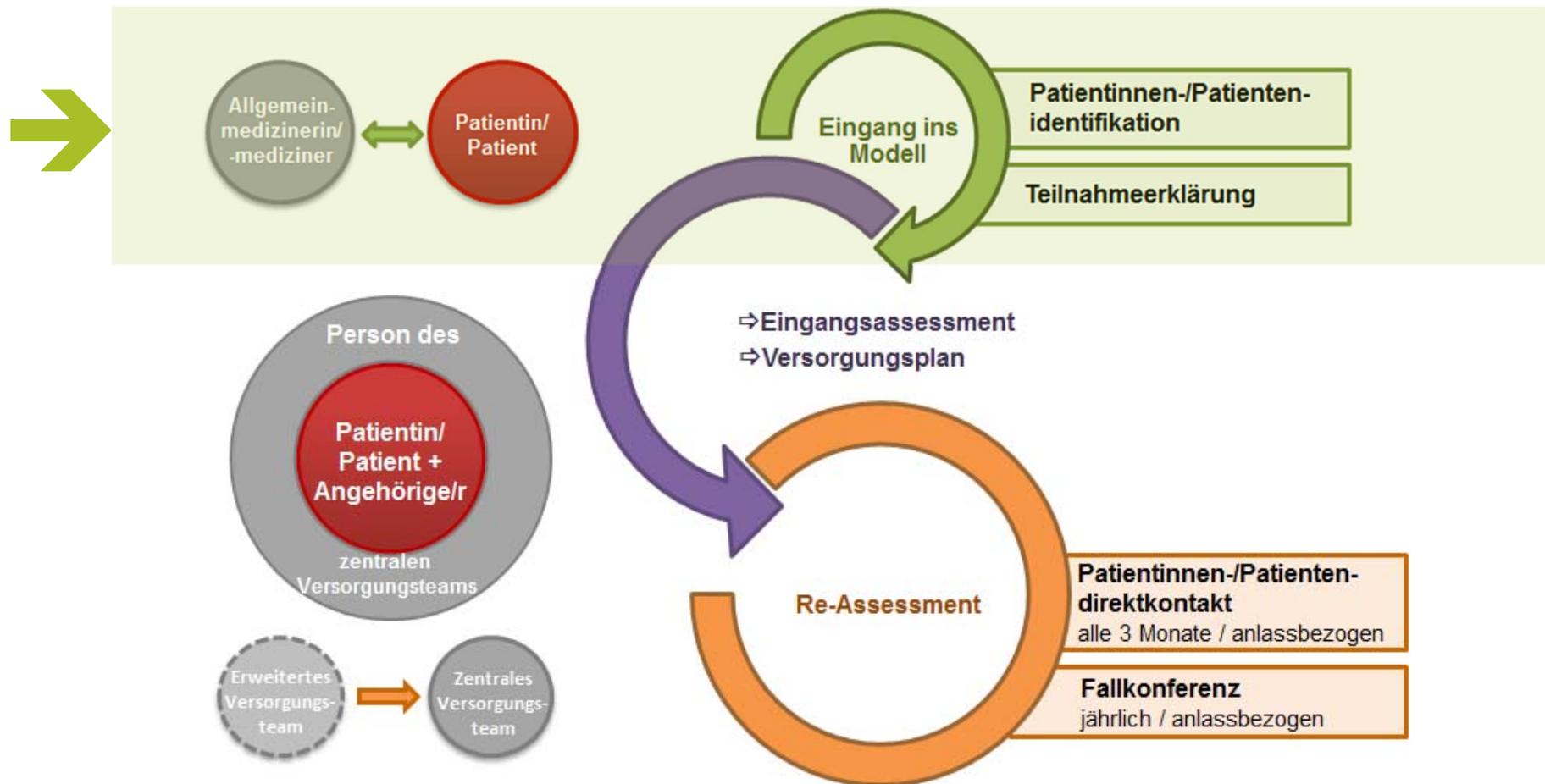


Versorgungseinheit



Versorgung – Struktur und Ablauf

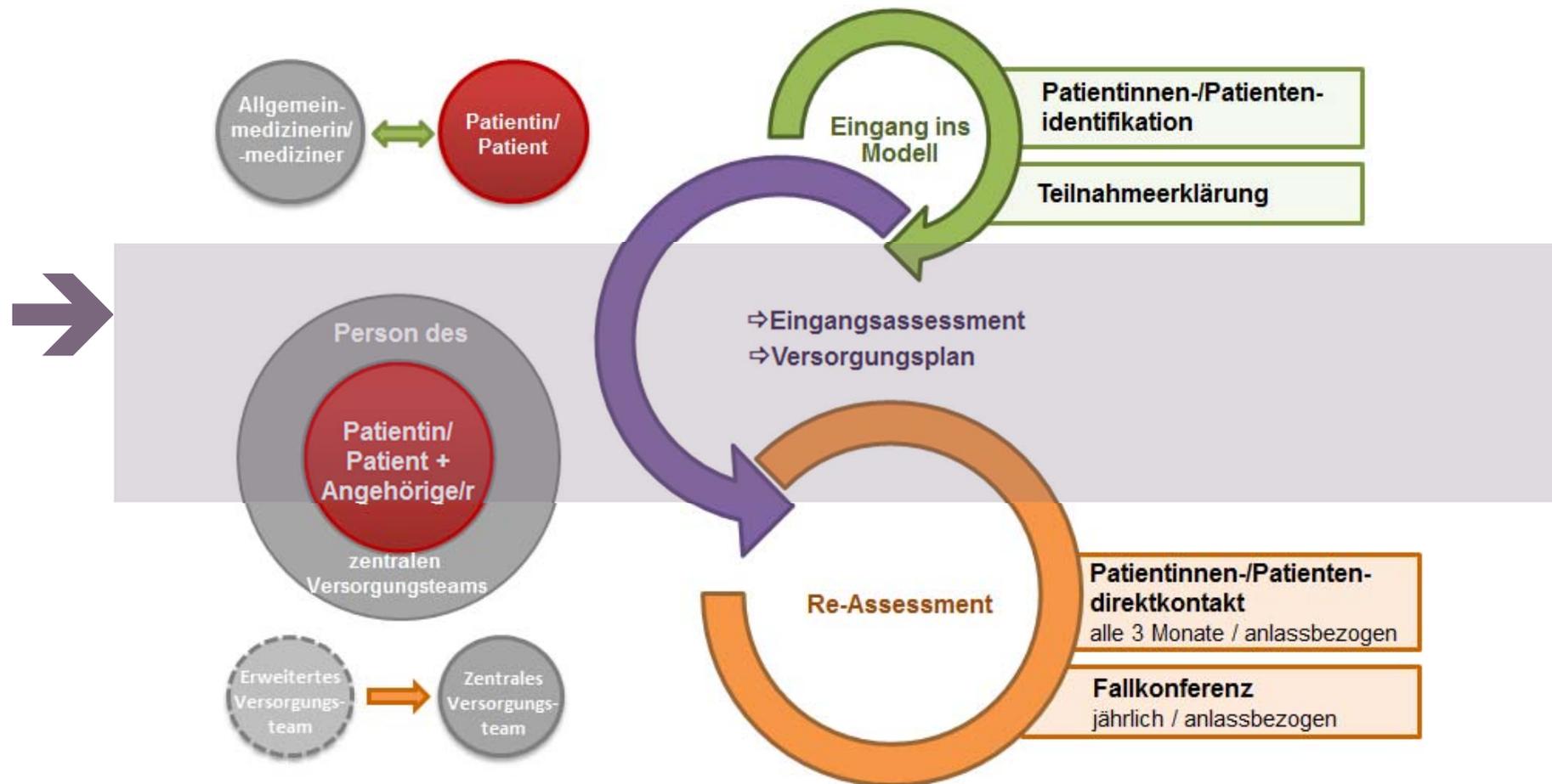
Eingang ins Modell



Verantwortung: Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner

Versorgung – Struktur und Ablauf

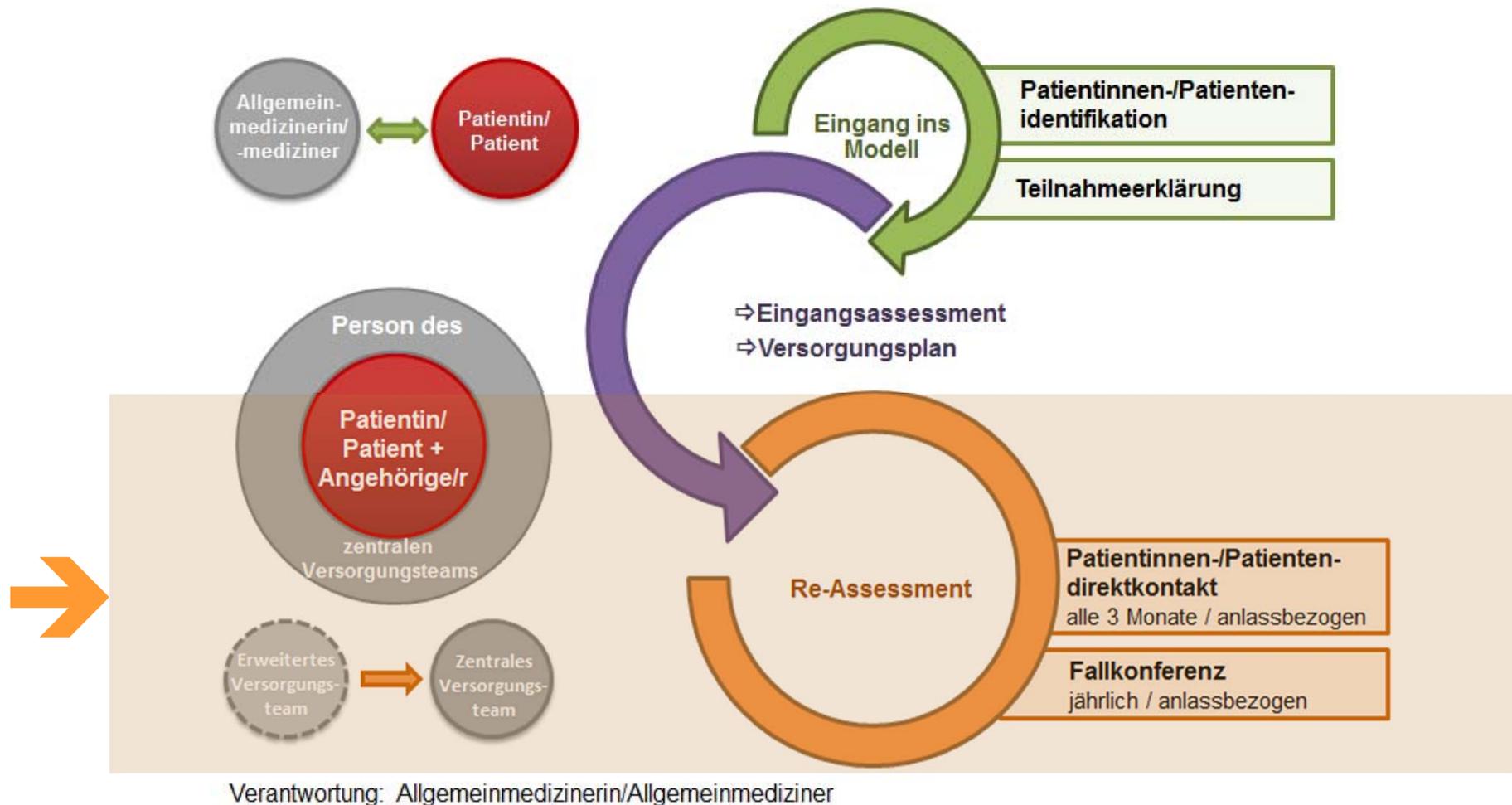
Eingangsassessament und Versorgungsplan



Verantwortung: Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner

Versorgung – Struktur und Ablauf

Re-Assessment



Begleitmaßnahmen

- Fort-/Weiterbildung LeistungserbringerInnen
- Schulung der PatientInnen und Angehörigen
- Qualitätsmanagement und Evaluierung



Ausblick

- Ziel: **Pilotierung**
- **Notwendige Vertiefung zu folgenden Themenbereichen:**
 - Teilnahmeerklärung
 - Eingangsassessment
 - Versorgungsplan
 - Re-Assessment
 - *Schulung der Leistungserbringerinnen/-erbringer*
 - *Schulung der Patientinnen/Patienten und Angehörigen/Empowerment*
 - *Qualitätsmanagement und Evaluierung*

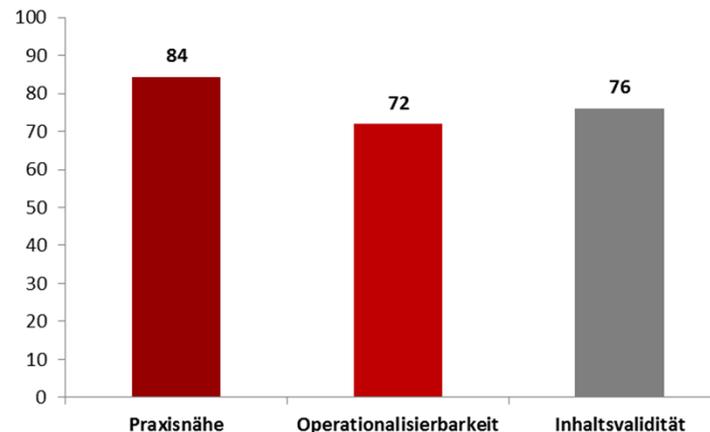
Geriatrisches Eingangsassessment

ÖSG 2017 – Primärversorgung multimorbider PatientInnen & alter Menschen

→ multidimensionales geriatrisches Basis-Assessment zum individuellen Versorgungsbedarf

Zweistufiger Prozess

- **Bewertung** Entwurf
Assessment-Instrumentarium
hinsichtlich Eignung für den
Praxiseinsatz



Fazit: Mehr als 70 %
befinden das
Assessment-
instrumentarium
für inhaltsvalide,
operationalisierbar
und praxisnahe.

- **Anwendung des Assessment-Instrumentariums in der hausärztlichen Praxis mit Analyse des Praxiseinsatzes**
 - 15 AllgemeinmedizinerInnen österreichweit
 - Jeweils 10 PatientInnen (mit Dokumentation)

Das Projektteam bedankt sich!



Mag. Dr. Gerald Gredinger, MA



Priv.Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sylvia Reitter-Pfoertner



Christine Trischak, BA

Competence Center Integrierte Versorgung
c/o Wiener Gebietskrankenkasse
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien, Internet www.cciv.at
Tel.: +43 1 601 22-4344 oder 3872, Fax: +43 1 601 22-1996
E-Mail: christine.trischak@wgkk.at, sylvia.reitter-pfoertner@wgkk.at