

Integrierte Versorgung im österreichischen Gesundheitssystem

2. Deklaration des Weitmoser Kreises



WEITMOSER KREIS GES.B.R.

Oktober 2013

Verfasst von:

Mitgliedern des Weitmoser Kreises; Mag. Roland Schaffler; Gudrun Steininger und österreichischen GesundheitsexpertInnen



Integrierte Versorgung im österreichischen Gesundheitssystem

1. Zusammenfassung

Eine der wichtigsten Herausforderungen für das österreichische Gesundheitssystem ist es, integrierte Versorgungssysteme nach dem Prinzip der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung (Plan-Do-Check-Act) zielorientiert auf- und auszubauen. Integrierte Versorgungsmodelle bringen eine bessere Prozessorientierung und erhöhen dadurch die Qualität der Versorgung. Sie steigern die Lebensqualität der Betroffenen (Verlängerung der gesunden Lebensjahre) und haben hohes Potenzial zur Kostendämpfung¹.

Anlässlich der Weitmoser Gesundheitsgespräche am 6. und 7. Juni in Bad Hofgastein hat der Weitmoser Kreis mit Fachleuten und Verantwortungsträgern aus dem österreichischen Gesundheitswesen die Hindernisse für Projekte der Integrierten Versorgung analysiert. Als Ergebnis präsentiert er elf Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und die Umsetzung der aktuellen Gesundheitsreform.

Noch weist das österreichische Gesundheitssystem viele Sperren auf, vor denen Patienten stehen, die im Behandlungsprozess nicht weiterkommen; an denen aber auch viele Gesundheitsdienstleister verzweifeln. Um diese Sperren niederzureißen und eine Integrierte Versorgung zu ermöglichen, werden drei Werkzeuge benötigt:

- :: **MENSCHEN** :: regionale Netzwerke der Beteiligten – Gesundheitsdienstleister, Vertreter der Krankenkassen, Sozial- und Gesundheitsressortverantwortliche der Länder, Kollegiale Führungen.
- :: **STRUKTUREN** :: ein rechtlicher Rahmen, der das Überschreiten von Sektorengrenzen ermöglicht.
- :: **FINANZEN** :: zielorientierte Anreizsysteme und Abbau bestehender Fehlanreize.

Einige Best-Practice-Beispiele zu den Empfehlungen wurden in diese Deklaration bereits eingearbeitet. In Zusammenarbeit mit dem INTEGRI – Österreichischer Preis für Integrierte Versorgung, der im Mai 2014 zum zweiten Mal vergeben werden wird, lädt der Weitmoser Kreis alle Health Professionals und Entscheidungsträger in Österreich ein, ihre Aktivitäten, Projekte und Initiativen als weitere Best-Practice-Beispiele bis 10. März 2014 unter www.integri.at einzureichen. Sie werden gemeinsam mit den vorliegenden Empfehlungen und Beispielen die praktische Umsetzung der Integrierten Versorgung unterstützen!

Der Weitmoser Kreis www.weitmoser-kreis.at ist als politisch unabhängige Vereinigung der ärztlichen Führungskräfte im österreichischen Gesundheitswesen an einer nachhaltigen und qualitätsvollen Entwicklung unseres Gesundheitswesens für alle Österreicherinnen und Österreicher interessiert.

Rückfragehinweis:

Dr. Heinz Brock, MBA, MPH
Sprecher des Weitmoser Kreises
Medizinischer Direktor des AKh Linz

AKh Linz
4020 Linz, Krankenhausstraße 9
T: +43 (0)732 7806-1330
birgit.etzelsdorfer@akh.linz.at

¹ Amelung, Volker Eric: Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren: von der Idee zur Umsetzung, Med.-Wiss. Verlag-Ges., 2008.



2. Empfehlungen im Detail

In den folgenden Ausführungen wird auf die drei Werkzeuge im Detail eingegangen und daraus werden konkrete Empfehlungen abgeleitet. Ihre Adressaten werden genannt. Zur Veranschaulichung werden bereits erfolgreich implementierte Best-Practice-Modelle angeführt.

Informationen zu den AutorInnen dieser Deklaration und Detailinformationen zu den jeweiligen Best-Practice-Modellen und ihren Akteuren finden Sie im zweiten Teil dieser Deklaration. Die angeführten Beispiele stellen nach Ansicht der AutorInnen dieser Deklaration gute und zum Teil sehr erfolgreiche Projekte zur Umsetzung integrierter Versorgungsformen dar.

Handlungsfeld :: MENSCHEN ::

Empfehlung 1

Um zu erreichen, dass eine kontinuierliche Versorgung (z.B. bei Aufnahme- und Entlassungsmanagement) über die Sektoren hinweg gewährleistet wird, sind z.B. über die Landesgesundheitsfonds oder im Rahmen der zukünftigen Landes-Zielsteuerungsverträge regionale Netzwerkstrukturen einzurichten, aus denen ein Caremanagement („Kümmerer“) für die Regelversorgung hervorgeht.

Diese Empfehlung richtet sich an die Landesgesundheitsfonds.

Best-Practice-Beispiele:

- ✓ Case- und Caremanagement Tennengau
- ✓ Nahtstellenmanagement Oberösterreich

Empfehlung 2

Zur Verbesserung z.B. des Entlassungsmanagements werden auf Initiative der Landesgesundheitsfonds oder im Rahmen der zukünftigen Landes-Zielsteuerungsverträge z. B. regional regelmäßige „Entlassungsstammtische“ der beteiligten Organisationen und Berufsgruppen (z.B. Spitalsärzte, Seniorenheime, Pflege, Hauskrankenpflege, Therapeuten, ...) eingerichtet.

Diese Empfehlung richtet sich an die Landesgesundheitsfonds bzw. an die Partner der zukünftigen Landes-Zielsteuerungsverträge (Länder und Sozialversicherungsträger).

Best-Practice-Beispiele:

- ✓ Integriertes Nahtstellenmanagement WE.G.E. 42
 - ✓ Nahtstellenmanagement Oberösterreich
 - ✓ Verein „KOMPASS“ Deutschlandsberg

Handlungsfeld :: STRUKTUREN ::

Um zu erreichen, dass organisationsübergreifende und Versorgungsgrenzen überschreitende Projekte entstehen können, müssen innovationsfördernde Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dafür werden folgende Maßnahmen empfohlen:

Empfehlung 1

Es müssen rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die in Bezug auf KAKuG, Krankenanstaltengesetze der Länder, Pflegeheimgesetze und sanitätsbehördliche Vorgaben flexibleres Handeln ermöglichen.

Diese Empfehlung richtet sich an die Bundes- und Landesgesetzgeber.

Best-Practice-Beispiel:

- ✓ Langzeitbeatmung und Entwöhnung

Empfehlung 2

Erprobte lokale und regionale Initiativen müssen genützt und als Best-Practice-Beispiele vernetzt werden.

Diese Empfehlung richtet sich an die Bundes- und Landesgesetzgeber und an die Partner der zukünftigen Landes-Zielsteuerungsverträge.

Best-Practice-Beispiel:

- ✓ Styriamed.net – Ihr regionaler Ärzteverbund

Empfehlung 3

Für die Finanzierung von Maßnahmen bzw. Modellen der Integrierten Versorgung müssen von den Finanzierungsverantwortlichen aus den bestehenden Gesundheits- und Sozialbudgets Finanzmittel reserviert werden (dürfen). Wobei einfache Verfahren für die Vergabe notwendig sind.

Diese Empfehlung richtet sich an den Bundes- und Landesgesetzgeber, an das Gesundheitsministerium, Sozialministerium und die Landesgesundheitsfonds. Eine entsprechende Regelung wurde in Deutschland bei Einführung der Integrierten Versorgung zur „Anschubfinanzierung“ vorgesehen.

Best-Practice-Beispiele:

- ✓ Ambulante geriatrische Remobilisation
- ✓ Integrierte Hospiz- und Palliativversorgung in Niederösterreich

Empfehlung 4

Intramurale Ressourcen müssen für extramurale Leistungen mitgenützt werden können (Best Point of Service); dafür müssen auch Mittel aus dem extramuralen Bereich verwendet werden: Geld folgt Leistung.

Diese Empfehlung richtet sich an die Krankenhausträger und die Sozialversicherung.

Best-Practice-Beispiele:

- ✓ Integratives Wundmanagement
- ✓ Einkauf ambulanter physiotherapeutischer Leistungen beim AKh Linz durch OÖGKK
- ✓ Integrierte Versorgung durch „ambulante Reha“

Empfehlung 5

Eine nachgehende, im Sinne einer aufsuchenden, medizinische und therapeutische Versorgung muss auch zu Hause sichergestellt und finanziert werden.

Diese Empfehlung richtet sich an die Krankenhausträger und die Sozialversicherung.

Best-Practice-Beispiele:

- ✓ Ambulante geriatrische Remobilisation
- ✓ Mobile Dialyse Vorarlberg
- ✓ Netzwerk aktiv – Besser leben mit Demenz

Empfehlung 6

Primary-Health-Care-Modelle mit Orientierung in Richtung multiprofessioneller, interdisziplinärer Versorgungsformen müssen konzipiert und aufgebaut werden (z. B. in Hinsicht auf Finanzierung, Image der Allgemeinmediziner, Netzwerke wie Gruppenpraxen, Satellitenärzte ...).

Diese Empfehlung richtet sich an die Sozialversicherung und die Österreichische Ärztekammer.

Best-Practice-Beispiele:

- ✓ Aufbau eines „Primary Health Care Research & Information Service“ nach australischem Modell
- ✓ Gesundheitsdialog Diabetes mellitus

Handlungsfeld :: FINANZEN ::

Empfehlung 1

Um zu erreichen, dass sektorenübergreifende integrierte Versorgungsmodelle flächendeckend zum Einsatz kommen,

- sind die gesundheitspolitischen und gesamtwirtschaftlichen Vorteile von sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen mit konkreten Beispielen aufzuzeigen,
- ist das Finanzierungssystem dahingehend zu ändern, dass bei sektorenübergreifenden Leistungsverchiebungen ein finanzieller Ausgleich zu erfolgen hat und
- ist dieser Grundsatz in den Landeszielsteuerungsverträgen zu verankern und konsequent umzusetzen.

Als in der Praxis bereits erprobte Beispiele kommen in Betracht: Verlagerung der stationären langzeitbeatmungspflichtigen Patienten in die häusliche geriatrische Versorgung durch Ärzte und Therapeuten, Entlastung der Intensivstationen durch Verlegung in den Bereich von Langzeitbeatmungsstationen, Casemanagement mit Berücksichtigung von Gesundheits- und Sozialfragen, Disease Management Programme usw.

Diese Empfehlung richtet sich an die Gesundheitsfondsverantwortlichen und Sozialressortverantwortlichen der Länder, Verantwortliche der Sozialversicherungsträger, des Bundesministeriums und an die Landeshauptleute zur Berücksichtigung im Rahmen der laufenden Gesundheitsreform.

Best-Practice-Beispiele:

- ✓ Integratives Wundmanagement
- ✓ Integrierte Versorgung Schlaganfall in Oberösterreich
- ✓ Disease Management Programm (DMP) „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“
- ✓ Psychiatrisches Ambulanzzentrum Region Steyr-Kirchdorf

Empfehlung 2

Um zu verhindern, dass insbesondere durch die demografische Entwicklung die Kosten für die Versorgung multimorbider betreuungsbedürftiger Patienten in den Krankenhäusern exponentiell steigen, ist die geriatrische Versorgung soweit möglich aus dem kostenintensiven stationären Bereich in qualitativ adäquate ambulante Strukturen (z.B. mobile Versorgung zu Hause, Ausbau der ärztlichen und therapeutischen Versorgung in Pflegeheimen) zu verlegen.

Diese Empfehlung richtet sich an die Gesundheitsfondsverantwortlichen und Sozialressortverantwortlichen der Länder, Verantwortliche der Sozialversicherungsträger, an die Kollegialen Führungen der Krankenhäuser und an die Österreichische Ärztekammer.

Best-Practice-Beispiele:

- ✓ Ambulante geriatrische Remobilisation
- ✓ Netzwerk aktiv – Besser leben mit Demenz

Empfehlung 3

Um unnötige Leistungen zu verhindern, sind u.a.

- die Datentransparenz zu verbessern (z.B. ELGA; Patientenempowerment) und
- die (finanziellen) Anreizsysteme zielorientiert zu verändern. (z.B. Pay für Performance/P4P, Beseitigung der reinen Einzelleistungsvergütung, Reform der Sonderklassenfinanzierung)

Diese Empfehlung richtet sich an die Gesundheitsfondverantwortlichen der Länder, an die Verantwortlichen der Krankenkassen, an die Ärztekammer und die Kollegialen Führungen für die Verteilung der Honorare in den Spitälern.

Best-Practice-Beispiele:

- ✓ Qualitätskliniken.de
- ✓ Weisse Liste Bertelsmann-Stiftung



3. Die Autorinnen und Autoren dieser Empfehlung

Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen: HR Dr. Gerald **Bachinger**, Leiter der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, Sprecher der ARGE PatientenanwältInnen; Dir. Werner **Bogendorfer**, Bereichsleiter Gesundheit und Service, Prävention und eigene Einrichtungen, Public Health, ärztlicher Dienst, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau; Dr. Walter **Bostl**, Ärztlicher Leiter Langzeitbeatmung im Caritas-Seniorenwohnhaus Karl Borromäus, OÖ; Dr. Susanne **Herbek**, Geschäftsführerin ELGA GmbH; Dir. Mag. Franz **Kiesl**, Ressortdirektor Vertragspartner und Gesundheitsförderung, OÖGKK; Dir. Ing. Otilie **Koller**, Technische Direktorin des KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel; OA. Dr. Walter **Müller**, Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt; Dr. Johannes **Schöch**, Medizinischer Referent des Tiroler Gesundheitsfonds; Dir. Mag. Karl **Schwaiger**, Pflegedirektor des KH Hallein, Vorsitzender der Austrian Nurse Directors Association (ANDA) im ÖGKV; DI (FH) Philipp **Wittmann**, Leiter Gesundheitscluster OÖ; CR Elisabeth **Tschachler**, Chefredakteurin Das österreichische Gesundheitswesen-ÖKZ; Mag. Roland **Schaffler**, Geschäftsführer Schaffler Verlag; Prok. Erwin **Jobst**, Head of Sales, systema Human Information Systems GmbH; Mag. (FH) Thomas **Kleindessner**, Leiter CCHC, systema Human Information Systems GmbH; Mag. Helmut **Leimer**, systema Human Information Systems GmbH; Reinhard **Pölzl**, Sales Manager, systema Human Information Systems GmbH. **Für den Weitmoser Kreis:** Dir. Dr. Heinz **Brock**, Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor des AKh Linz; Dir. Dr. Brigitte **Ettl**, Ärztliche Direktorin des KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Karl Landsteiner Institut für Klinisches Risikomanagement; Dr. Franz **Harnoncourt**, Geschäftsführer der Malteser Deutschland gGmbH für den Bereich Medizin und Pflege; Dir. Dr. Barbara **Hörnlein**, Ärztliche Direktorin des Wilhelminenspitals; Prim. Dr. Manfred **Mittermair**, Leiter der unfallchirurgischen Abteilung und Ärztlicher Direktor Stv. des Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhauses Schwarzach; Dir. Dr. Hartwig **Pogatschnigg**, Ärztlicher Leiter des Klinikum Klagenfurt.



4. Erläuterungen zu den angeführten Best-Practice-Beispielen

Die angeführten Beispiele stellen nach Ansicht der Autoren dieser Deklaration gute und zum Teil sehr erfolgreiche Projekte zur Umsetzung integrierter Versorgungsformen dar. Da einzelne Projekte mehrere Handlungsfelder adressieren können, sind mehrfache Nennungen bei den entsprechenden Empfehlungen erfolgt. Die Informationen zu den Projekten sind den jeweiligen Quellenhinweisen bzw. den Einreichunterlagen zum INTEGRI 2012 (www.integri.at) entnommen.

Case und Care Management Tennengau

Installation von 2 Seniorenberaterinnen (DGKS) in 6 Tennengauer Gemeinden mit ausgearbeitetem Konzept und Dokumentation (Übernahme in den Regelbetrieb am Ende der Projektdauer).
Installation einer Entlassungsmanagerin (DGKS) im Krankenhaus Hallein (Übernahme in den Regelbetrieb am Ende der Projektdauer). Einsatz einer Geschäftsführerin im gesundheitsnetzwerk.at (Teilzeit) als koordinierende Plattform für die Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens im Bezirk Tennengau (ca. 30 Mitglieder in der Genossenschaft). Vorgehen an den ausgearbeiteten Prozessstandards zur Verwirklichung der Versorgungsbedarfsdeckung orientiert an PatientInnenwünschen entsprechend der Methode des Case und Caremanagement.

Nahtstellenmanagement Oberösterreich

Als erster Schritt wurde eine IST-Analyse der Situation in Oberösterreich in Form von Workshops mit Vertretern aus dem Gesundheits- und Sozialbereich erstellt (Stärken-Schwächenanalyse). Anhand dieser Ergebnisse kam es zur Entwicklung, Vereinbarung und Pilotierung von verbindlichen Leitlinien und Instrumenten. Diese wurden in zwei Pilotregionen (VR 42 und 43) erprobt, als umsetzbar definiert und letztlich im ganzen Bundesland implementiert (2011). Dazu bedurfte es des Aufbaus von so genannten "Bezirkskoordinationsteams" (BKT) in jedem Bezirk, um die Leitlinien und Instrumente im Bezirk einzusetzen und bezirksrelevante Themen zu bearbeiten. Im Jahr 2012 konzentriert man sich nun auf die Stabilisierung der aufgebauten Koordinationsstrukturen.

Integriertes Nahtstellenmanagement WE.G.E 42

Kommunikationsstrukturen:

Sitzungen: ARGE-Sitzungen vierteljährlich, jährliche Vollversammlung, vierteljährlich Bezirkskoordinationsteams in jedem Bezirk.

Drucksorten: Magazin halbjährlich.

Kommunikationsmedien:

LebensWEGE Magazin + WEGEweiser. Wegweiser Gesundheitssystem Folder in 9 Sprachen WE.G.E.

42 Folder, Folder Sozial- und Infostelle; www.lebenswege-online.at mit Versorgungsmap und Veranstaltungskalender. Facebook lebenswege, Youtube Channel lebenswege. Präsentation WE.G.E. 42Bürgerportal). gesundheitsWEGE – Plakate und Insertionen; regionale Redaktionstouren – Einzelgespräche mit den entsprechenden Journalisten.

Projektstrukturen:

Projektmanagement für die ARGE-Projekte. Projektberatung für Partnerunternehmungen; e-Portale www.wege42.at (Dachseite, Ärztebefundportal, Pflegeportal, ...).

Verein „KOMPASS“

Der Verein „KOMPASS“ ist eine Begegnungsplattform aller relevanten Gesundheits- und Sozialdiensteanbieter im Bezirk Deutschlandsberg: Kollegiale Führung des Spitals, Vertreter der mobilen Pflegedienste, Vertreter der niedergelassenen Ärzteschaft, psychosozialer Hilfsorganisationen, Vertreter des Sozialhilfeverbandes, von Pflegeheimen, Hospizverein etc.

Seine Aufgabe: Informationsvermittlung und -austausch, Networking. Repräsentanten der verschiedenen Institutionen lernen einander persönlich kennen – diese Kontakte erleichtern die integrative Patientenversorgung im Rahmen der gegebenen Strukturen.

Treffen : zumindest zweimal jährlich.

Weiters bietet der Verein „KOMPASS“ eine Internetportal für Patienten, Angehörige und Professionals aus medizinischen und Sozialberufen an mit vielfältigen Informationen zur medizinischen und sozialen Versorgung, Erklärung von Begriffen, Antragsformulare für diverse Hilfsmittel, Heilbehelfe, Rehabilitation, Kuren, Information zum Pflegegeld uvm.

www.gesundheit-kompass.at

Langzeitbeatmung und Entwöhnung

Ein Wohnbereich wurde errichtet mit

- * entsprechender medizinischer Einrichtung
- * entsprechender Gerätschaft für die Physiotherapie
- * hochqualifiziertem medizinischen Personal mit zahlreichen Zusatzausbildungen (Kinästhetik, Palliative, Intensivmedizin- und Anästhesiesonderausbildung, Neurorehabilitation, Akupressur, Aromatherapie, Atemtherapie, etc.)
- * hochqualifizierten Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logotherapeuten und Psychologen
- * laufender Fortbildung
- * kontinuierlichem Verbesserungsprozess im laufenden Betrieb
- * enger Zusammenarbeit mit den mobilen Heimbeatmungsdiensten
- * Kooperation mit dem Krankenhaus der Elisabethinen (Möglichkeit der Inanspruchnahme aller medizinischen Leistungen des Krankenhauses)

Styriamed.net – Ihr regionaler Ärzteverbund

Patientenbefragungen, Fokusgruppen zu bestimmten Themen (Nahtstellenmanagement, Erreichbarkeiten, etc.). Einführung der Überweisungstriage samt geplanter Evaluierung. Einbeziehung aller Ärzte in der Region (Kassen-, Wahl-, Spitalsärzte), um Prozesse durch intensive Kommunikation und Koordination zu verbessern. Geplant ist Vernetzung mit anderen Systempartnern (Pflege, Physiotherapie, etc.), Durchführung von Gesundheitstagen, Newsletter, Artikel in regionalen Medien zur Stärkung des Patientenempowerments. Das Ziel die Idee des Netzwerks auf andere Regionen auszudehnen wurde erreicht. Mit einer Vorsorgekampagne wurde versucht die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen zu stärken. Gesundheitsfördernde Maßnahmen sollen durch Vorschläge der Ärzteverbände in der Region getroffen werden. Eine Zwischenevaluation nach einem Jahr hat bereits positive Erkenntnisse geliefert, Aufnahmekriterien und verbindliche Strukturen für die Teilnahme, Methode der hausarztzentrierten Versorgung werden angewandt.

Ambulante geriatrische Remobilisation

Mit einem komplexen geriatrischen Team, bestehend aus einem Facharzt für Geriatrie, Physio- und Ergotherapie, Psychologie, Sozialhilfe und geriatrischer Diplomkrankenpflege multimorbide geriatrische Patienten zu Hause in deren Wohnung, wo diese dann den Alltag meistern müssen, nach schweren Krankheiten oder Operationen zu remobilisieren und zu reintegrieren. Dies ist eine logische Weiterentwicklung der geriatrischen Strukturen und bereits in vielen Ländern Europas ein fixer Bestandteil der Versorgung.

Integrierte Hospiz- und Palliativversorgung in Niederösterreich

Die Implementierung spez. Strukturen erfolgt nach einem 3-stufigen Aufbauplan, ausgehend von den bereits vorhandenen Versorgungsstrukturen. Alle Projektpartner, Institutionen und Personen, die an der Organisation, dem Strukturaufbau und/oder der Versorgung der Zielgruppe beteiligt sind, wurden aktiv in den Entwicklungsprozess einbezogen. Aufgrund der Komplexität des Projektes wird der Auf- und Ausbau der integrierten Hospiz- und Palliativversorgungsstruktur, insbesondere die Koordinations- und Organisationsarbeit, durch „Palliative Care Beauftragte“ unterstützt. Vernetzungsstrukturen wurden auf unterschiedlichen Ebenen etabliert. Auf- und Ausbauziele sowie deren Umsetzung (Probleme, Abweichungen, Soll-Ist-Analysen) werden laufend gemeinsam erörtert und Entwicklungen auf Projektziele abgestimmt. Parallel dazu wird in den Pflegeheimen mittels Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozessen Hospizkultur und Palliative Care implementiert. Kinder und Jugendliche werden im Präventionsprojekt "Hospiz macht Schule" sensibilisiert.

Integratives Wundmanagement

In Kooperation zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse, dem Krankenhaus Göttlicher Heiland und der Ärztekammer für Wien wurde von Juni 2009 bis Mai 2011 ein integratives Versorgungskonzept für Personen mit chronischen Wundheilungsstörungen umgesetzt. Im Mittelpunkt stand die Wundambulanz des Krankenhauses Göttlicher Heiland, die eine zeitnahe und strukturierte Abklärung der Grunderkrankung sowie eine multiprofessionelle Versorgung sicherstellte. Darauf aufbauend

wurde ein individueller und auf die spezifische Situation abgestimmter Therapieplan erarbeitet. Nach der Entlassung erfolgte die weitere Versorgung im niedergelassenen Bereich. Dafür standen Projektärztinnen/-ärzte, die eine spezielle Schulung im Rahmen des Diplomfortbildungsprogramms der Ärztekammer absolviert haben, zur Verfügung. Zur Zielerreichung wurde weiters eine mit dem Krankenhaus Göttlicher Heiland abgestimmte Verbandstoffliste als Grundlage für medizinisch indizierte und ökonomische Verordnungen geschaffen.

Einkauf ambulanter physiotherapeutischer Leistungen beim AKh Linz durch die OÖGKK

Im Jahr 2012 schlossen die OÖGKK und das AKh Linz einen Leistungsvertrag für ambulante physiotherapeutische Behandlungen. Damit sollten die Wartezeiten für PatientInnen der niedergelassenen Physiotherapeuten verkürzt und intramurale Kapazitäten für ambulante PatientInnen zusätzlich zur Verfügung gestellt werden. Mengenplanung und Tarife wurden so gestaltet, dass für die OÖGKK die Leistungen kostengünstiger als im niedergelassenen Bereich erbracht wurden und für das Krankenhaus die entstehenden Kosten refundiert wurden.

Integrierte Versorgung durch „ambulante Reha“

Grundsätzlich können im Rehabilitationsprozess vier Phasen unterschieden werden, wobei im OSS die Phase 2 (im Anschluss an eine Operation oder stationären Aufenthalt, als Ersatz zur stationären Rehabilitation) und die Phase 3 im Anschluss nach einer Phase 2 oder nach stationärer Rehabilitation durchgeführt werden. Phase 2 (Dauer 6 Wochen), Phase 3 (Dauer 3 Monate). Die Methodik wurde durch die PVA vordefiniert: Medizinisches Leistungsprofil (Leistungsprofil PVA 2010, ÖBIG 2009)

- a) Strukturqualität (Personal, technische und räumliche Ausstattung, Leistungsangebot vgl. Rehabilitationsplan Leistungsprofil)
- b) Prozessqualität (ärztliche Diagnostik, Therapie (Einzel, Gruppen, Beratungsgruppen))
- c) Ergebnisqualität (Entlassungsbericht, Ergebnisanalyse, Patientenfragebogen)
- d) Therapeutisches Leistungsprofil (kriterienorientierte Rehabilitation)

Mobile Dialyse Vorarlberg

Schulung von Pflegepersonal, Kooperation mit Pflegeheimen und Hausärzten, Kooperation mit Industrie (Unterstützung für Fahrzeug); Einreichung und Genehmigung eines Reformpoolprojektes beim Vorarlberger Landesgesundheitsfonds, weitere Genehmigung und Finanzierung für 2012 und 2013 liegen vor.

Netzwerk aktiv – Besser leben mit Demenz

Mit Vertretern aller relevanten Stakeholder wurde ein Konzept für eine integrierte Netzwerkversorgung mit Case-Management-Ansatz entwickelt. In diesem Netzwerk sollen spezialisierte Akteure verschiedenster Disziplinen und Versorgungsebenen nach Absolvierung einer Netzwerkschulung zusammenwirken und eine kontinuierliche Demenzversorgung mit definierten Nahtstellenprozessen sicherstellen. Es wurde eine evidenzbasierte, mit Fachgesellschaften

abgestimmte medizinische Leitlinie, welche auf die rechtzeitige Diagnose und die Behandlung fokussiert, entwickelt. Im Mittelpunkt steht ein auf der Leitlinie und dem Projektkonzept basierender Versorgungspfad für die Patienten im Netzwerk. Zentral sind weiters Empowerment-Instrumente und Maßnahmen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen sowie Tools für Datenmanagement und Netzwerkadministration. Qualitätsmanagement und eine begleitende Evaluierung werden zur kontinuierlichen Verbesserung der Netzwerkversorgung eingesetzt.

Aufbau eines „Primary Health Care Research & Information Service“

Die australische Regierung baut seit 1995 in Kooperation mit der Flinders University eine Forschungs- und Informationsplattform auf, durch welche Forschungs- und Evaluierungsergebnisse auf dem Gebiet der „Primary Health Care“ aktualisiert der Öffentlichkeit präsentiert werden. Ziel dieses „Research and Information Service“ ist es, den Sektor Primary Health Care weiter zu entwickeln und entsprechende Versorgungsstrukturen auszubauen (<http://www.phcris.org.au>).

Gesundheitsdialog Diabetes mellitus

1. Kooperationen Wiener Ärztekammer, technische Partner und Wissenschaftler fixiert
2. Projektstruktur festgelegt: Kernteam, Teilprojekte (TP) Medizin, Recht, Technik und Evaluierung
3. Entwicklung eines Masterplans für Proof of Concept (PoC-Testbetrieb)
 - 3.1 Entwicklung der rechtlichen Grundlagen im TP Recht
 - 3.2 Entwicklung/Umsetzung medizinisches Konzept im TP Medizin
 - 3.3 Entwicklung/Umsetzung Konzept Patienten- und Ärztegewinnung im Kernteam
 - 3.4 Entwicklung/Umsetzung Evaluierungskonzept im TP Evaluierung und Akzeptanzmanagement
 - 3.5 Entwicklung/Umsetzung technisches Konzept im TP Technik
4. Umsetzung als PoC (Proof of Concept – Machbarkeitsstudie)
5. Evaluierung der Ergebnisse und Daten aus dem PoC
6. Erstellung eines Masterplans für den Roll-out
7. Erstellung einer Kosten-Nutzen-Rechnung für Roll-out
8. Spezifikation der Applikations- und Infrastrukturarchitektur für das Roll-out
9. Erarbeitung Implementierungsplan für das Roll-out

Integrierte Versorgung Schlaganfall in Oberösterreich

IVSOÖ verfolgt bei der Erarbeitung und Kontrolle der Maßnahmen einen Kommunikationskreislauf, der darauf basiert, ein auf Wissen, Transparenz und Lernen basiertes Qualitätsmanagementsystem zu etablieren und auszubauen. Der modulhafte Aufbau der IVS-Kommunikation zielt darauf ab, landesweit abgestimmte Maßnahmen zu erreichen, die die Betreuung von Schlaganfallpatienten qualitativ verbessert und damit die Gesundungschancen für alle PatientInnen in Oberösterreich aneinander angleicht und insgesamt zu heben. Die im Rahmen der Prozessbetrachtung zusammengeführten Daten dienen nicht ausschließlich der Prozessbetrachtung in den behandelnden Einrichtungen, sondern ermöglichen auch Analysen im Bereich der Nahtstellen. Als Benefit für die Prozesspartner dienen die Daten überdies der Versorgungsforschung bzw. für weiterführende wissenschaftliche Auswertungen.

Disease Management Programm (DMP) „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“

Die Maßnahmen zur Zielerreichung werden anhand der Komponenten des DMP (Disease-Management-Programm) erläutert.

- Behandlungspfade: enthalten medizinische Leitlinien, generelle und individuelle Therapieziele, Nahtstellenmanagement
- Fortbildung: Art und definiertes Ausmaß für teilnehmende ÄrztInnen, DiabetesberaterInnen und DiätologInnen
- PatientInnenempowerment: Schulungen, Zielvereinbarungen, Informationsmaterial
- Organisationsmanagement: Definition der Prozesse und Aufbau einer Infrastruktur
- Datenmanagement und Informationssysteme: elektronische Unterstützung aller DMP-Prozesse
- Erstellung von Honorierungsmodellen
- Qualitätsmanagement: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien, z.B. Arzneimittelverfügbarkeit, apparative Ausstattung, ärztliche Dokumentation, Patientenschulungen, Zufriedenheitserhebungen von DiabetikerInnen und Leistungserbringern, Feedbackberichte
- Ökonomische Evaluation: Messung des medizinischen Outcome und Steuerung der DMP
- Außerdem kommen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zur Anwendung.

Psychiatrisches Ambulanzzentrum Region Steyr-Kirchdorf

Implementierung des Psychiatrischen Ambulanzentrums in den Räumlichkeiten der Psychiatrischen Abteilung LKH Steyr im Jahr 2007 als Kooperationsprojekt zwischen GESPAG und pro mente OÖ durch Bereitstellung von jeweils 2 PE (Vollzeit), zusammengesetzt aus folgenden Berufsgruppen: Fachärzte, Assistenzärzte, Psychotherapie, Klin. Psychologie, Diplom. Pflegepersonal, Sozialarbeit, Psychosoziale Beratung. Gemeinsames EDV-System zur Terminplanung und Dokumentation. Gemeinsame Teambesprechung 1x wöchentlich 90min. Festlegung eines Ablaufprozederes bzgl. Krisenintervention durch Vernetzung mit PND inkl. Versorgung von 3 Krisenbetten Koordination der pro mente MitarbeiterInnen mit Einrichtungen der pro mente in der Region inkl. Möglichkeit der direkten Zuweisung zu pro mente-MitarbeiterInnen. Etablierung eines aufsuchenden Angebots von pro mente-MitarbeiterInnen. Know-How-Transfer an ZuweiserInnen und niedergelassene Einrichtungen. Aufnahme- und Entlassungsplanung für stationäre PatientInnen.

Qualitätskliniken.de

Um das öffentliche Gesundheitswesen und die öffentliche Gesundheitspflege durch umfassende Information der Allgemeinheit über Krankenhäuser (u. a. Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit) zu fördern, haben sich die Asklepios Kliniken GmbH,

die Rhön-Klinikum AG, die Sana Kliniken AG, der Zweckverband freigemeinnütziger Krankenhäuser Münsterland und Ostwestfalen und der Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalen e.V. in der „4QD - Qualitätskliniken.de Gesellschaft mit beschränkter Haftung“ zusammengeschlossen, um das Internetportal „Qualitätskliniken.de“ für die Allgemeinheit zu entwickeln und zu betreiben. Es ist das Ziel, den bisher umfassendsten Ansatz für die Darstellung von Qualität in Krankenhäusern zu entwickeln und einen weitreichenden Standard für Transparenz zu etablieren, von dem Patienten und weitere Teilnehmer an der Behandlung des Patienten profitieren. Zur Qualitätsdarstellung wurden Qualitätskennzahlen mit großer Verbreitung und Akzeptanz ausgewählt. Wo solche nicht vorhanden waren, wurden wissenschaftlich fundiert Qualitätskennzahlen entwickelt. Derzeit werden ca. 340 Indikatoren zur medizinischen Ergebnisqualität, 21 Indikatoren zur Patientensicherheit und je ca. 10 zur Patienten- und Einweiserzufriedenheit abgebildet. Weiterhin werden Informationen über Qualitätszertifikate, Patientenzahlen, Versorgungs- und Serviceangebote und der technischen Ausstattung abgebildet. www.qualitaetskliniken.de

Weisse Liste Bertelsmann-Stiftung

Die Weisse Liste hilft bei der Suche nach einem passenden Arzt, Krankenhaus und bei der Auswahl der geeigneten Pflegeleistung – unabhängig und leicht verständlich. Das Portal ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Die Weisse Liste ist kosten- und werbefrei. www.weisse-liste.de