



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Vienna Health Care Lectures:

Ambulant vor stationär, aber wie?

Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Gesundheitsversorgung

Einführung

T. Cypionka

Institut für Höhere Studien (IHS), Vienna

10th – 12th September 2015, Vienna



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Agenda

- **Zeiten und Formalia**
- **Motivation und Ablauf**
- **(ambulante) Sekundärversorgung in Österreich**
- **Internationale Vergleiche**
- **Anforderungen an die künftige Gesundheitsversorgung**



Zeiten und Formalia

Donnerstag: 12:30 – 17:00 Uhr

Freitag: 09:00 – 17:00 Uhr, Abendessen

Samstag: 09:00 – 15:30 Uhr

Wir beginnen pünktlich im Hörsaal EA.6.032!



Motivation und Ablauf

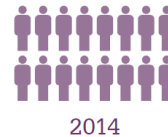
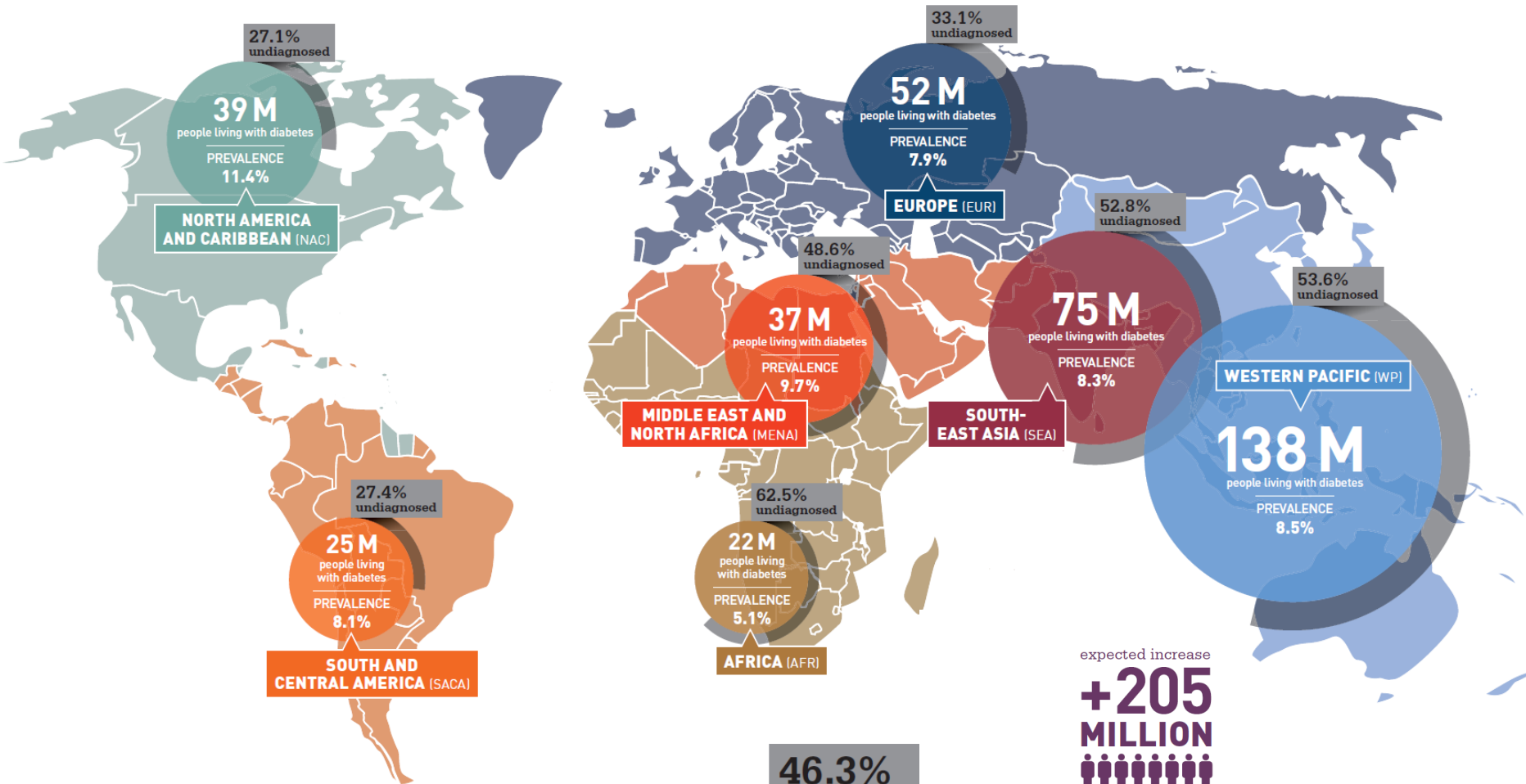


INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

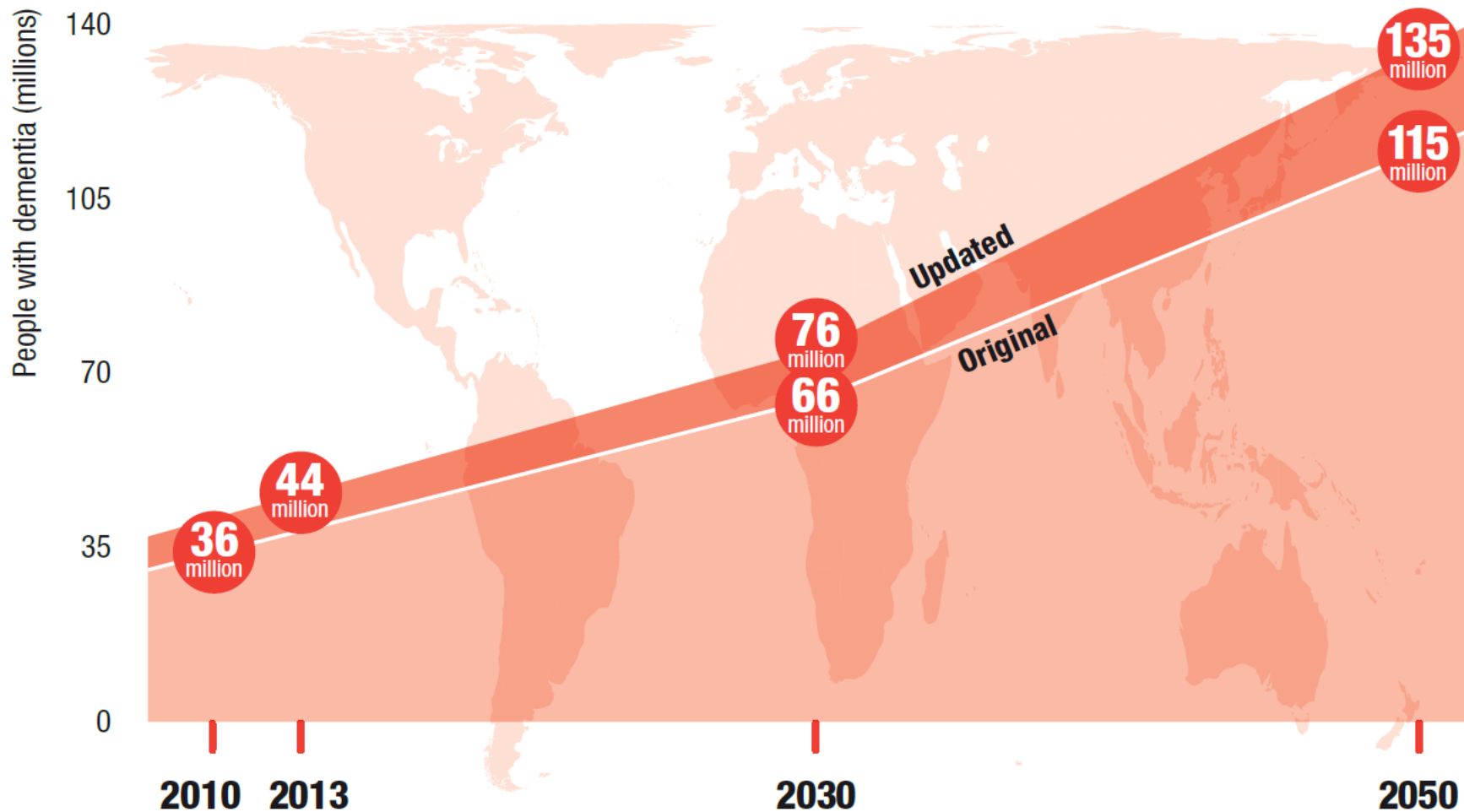
Krankheitslast auf der Welt

World			Low-income countries ^a		
Disease or injury	DALYs (millions)	Per cent of total DALYs	Disease or injury	DALYs (millions)	Per cent of total DALYs
1 Lower respiratory infections	94.5	6.2	1 Lower respiratory infections	76.9	9.3
2 Diarrhoeal diseases	72.8	4.8	2 Diarrhoeal diseases	59.2	7.2
3 Unipolar depressive disorders	65.5	4.3	3 HIV/AIDS	42.9	5.2
4 Ischaemic heart disease	62.6	4.1	4 Malaria	32.8	4.0
5 HIV/AIDS	58.5	3.8	5 Prematurity and low birth weight	32.1	3.9
6 Cerebrovascular disease	46.6	3.1	6 Neonatal infections and other ^b	31.4	3.8
7 Prematurity and low birth weight	44.3	2.9	7 Birth asphyxia and birth trauma	29.8	3.6
8 Birth asphyxia and birth trauma	41.7	2.7	8 Unipolar depressive disorders	26.5	3.2
9 Road traffic accidents	41.2	2.7	9 Ischaemic heart disease	26.0	3.1
10 Neonatal infections and other ^b	40.4	2.7	10 Tuberculosis	22.4	2.7
Middle-income countries			High-income countries		
1 Unipolar depressive disorders	29.0	5.1	1 Unipolar depressive disorders	10.0	8.2
2 Ischaemic heart disease	28.9	5.0	2 Ischaemic heart disease	7.7	6.3
3 Cerebrovascular disease	27.5	4.8	3 Cerebrovascular disease	4.8	3.9
4 Road traffic accidents	21.4	3.7	4 Alzheimer and other dementias	4.4	3.6
5 Lower respiratory infections	16.3	2.8	5 Alcohol use disorders	4.2	3.4
6 COPD	16.1	2.8	6 Hearing loss, adult onset	4.2	3.4
7 HIV/AIDS	15.0	2.6	7 COPD	3.7	3.0
8 Alcohol use disorders	14.9	2.6	8 Diabetes mellitus	3.6	3.0
9 Refractive errors	13.7	2.4	9 Trachea, bronchus, lung cancers	3.6	3.0
10 Diarrhoeal diseases	13.1	2.3	10 Road traffic accidents	3.1	2.6

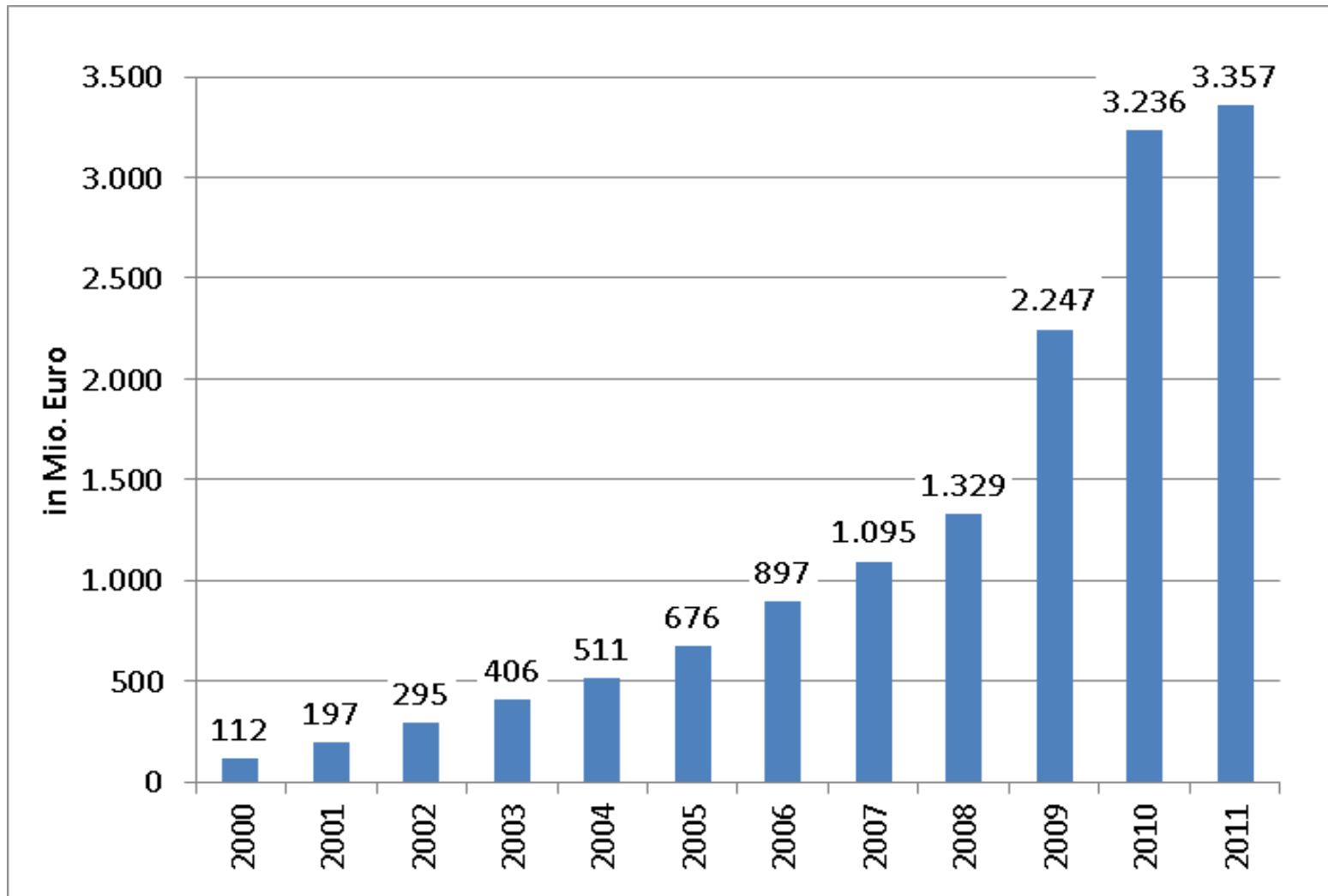
Krankheitslast auf der Welt



Krankheitslast auf der Welt



Motivation: Historie



Motivation: Historie

Gesundheitsreform 2005

Silian 2008

Frühling 2010:

Schelling kündigt „Masterplan Gesundheit“ an, fertiggestellt Nov. 2010

- Umfassender Ansatz
- Prozessorientiert
- „Einladung zum Dialog“

November 2010:

BMG präsentiert Spitalskonzept

Gemeinsamer Gesundheitsreformansatz seit 2011

Frühjahr 2011:

Reformpapier der Länder



Motivation: Vision der Gesundheitsreform

(1) Die Vertragsparteien setzen sich für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich ein.

(2) Sie arbeiten gemeinsam für eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle Menschen, die durch ein solidarisches Gesundheitssystem nachhaltig sichergestellt wird.

(3) Das solidarische Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts in Österreich wird den sozialen Grundprinzipien ebenso gerecht wie allen Anforderungen an eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und wirkungsorientierte Gesundheitsversorgung. Diesem Gesundheitssystem liegt ein zeitgemäßes Versorgungstufenkonzept und Rollenverständnis für die Akteure zugrunde.

(4) In einem modernen Gesundheitssystem hat die Erhaltung der Gesundheit einen hohen Stellenwert. Die **Gesundheitsförderung und Prävention wird daher forciert.**

(5) Die kurative Versorgung erfolgt am gemeinsam festgelegten „**Best Point of Service**“. Damit ist sichergestellt, dass die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der optimalen medizinischen und pflegerischen Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird. Die Primärversorgung („**Primary Health Care**“) ist flächendeckend umgesetzt.

(6) **Mehr Transparenz** sowie die gestärkte Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ermöglichen die aktive Beteiligung der Menschen an den ihren Gesundheitszustand betreffenden Entscheidungsprozessen.

Motivation

- **Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht entsprach der damalige Entwurf einem Gesamtumbau des Systems (aber ob das jedem bewusst war?)**
 - **Primärversorgung: Mittlerweile ist Konzept erarbeitet und erste Pilotprojekte gestartet**
 - **Gesetzliche Anpassungen sind in Vorbereitung**
- Wie aber weiter mit der Sekundärversorgung?**



Programmablauf

Donnerstag, 10. September 2015

12:30 Registrierung

13:15 Begrüßung

Josef Probst

13:30 Einführung in das Thema:
„Ambulant vor stationär, aber wie?“

Thomas Czypionka

15:00 *Kaffeepause*

15:30 Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern
und niedergelassenen Ärzten

Dominik Graf von Stillfried

17:00 Ende



Programmablauf

Freitag, 11. September 2015

09:00 Integrating care by bundled payments.
Lessons from the Netherlands **Jeroen N. Struijs**

10:30 *Kaffeepause*

10:45 Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung – Initiativen und Erfahrungen in der Bundesrepublik Deutschland **Christian Graf**

12:15 *Mittagessen (WU Mensa)*

13:30 Shortening measures of ALOS and potentially preventable hospitalisations: A Belgian example **Mickaël Daubie**

15:00 *Kaffeepause*



Programmablauf

Freitag, 11. September 2015

15:30 An international comparison of payment reforms pursuing the Triple Aim **Jeroen N. Struijs**

17:00 Ende

18:00 *Get-together*

18:30 *Abendessen (Restaurant Comida y Luz)*



Programmablauf

Samstag, 12. September 2015

-
- 09:00** Delivering high quality care – creating value for patients with smart use of resources **Robert Sinclair**
-
- 10:30** *Kaffeepause*
-
- 10:45** How is specialist care organized in Denmark? Who pays for it and what are the payment systems? How is quality assured in this delivery structures? **Karsten Vrangbæk**
-
- 12:15** *Mittagessen (Restaurant Comida y Luz)*
-



Programmablauf

Samstag, 12. September 2015

-
- | | | |
|--------------|---|-------------------------|
| 13:30 | What was the policy process behind the shift to increased use of outpatient specialist care in Denmark? | Karsten Vrangbæk |
| 15:00 | Abschlussbemerkungen | Thomas Czypionka |
| 15:30 | Ende, Ausklang | |
-



(ambulante) Sekundärversorgung in Österreich



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Kennzahlen der spitalsambulanten Versorgung in Fondsspitalern in Österreich, 2013

- 8,2 Mio. ambulante PatientInnen
- 17,2 Mio. Frequenzen ambulanter PatientInnen
- Ambulante Endkosten: 1,8 Mrd. € = 15% der gesamten Endkosten
- Kosten pro Patient/in: 225 €
- Kosten pro Frequenz: 181 €
- Frequenzen pro Patient/in: 2,1
- ~ 37.700 VZÄ = 32% des gesamten Personals in Fondsspitalern

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG), IHS HealthEcon 2015.



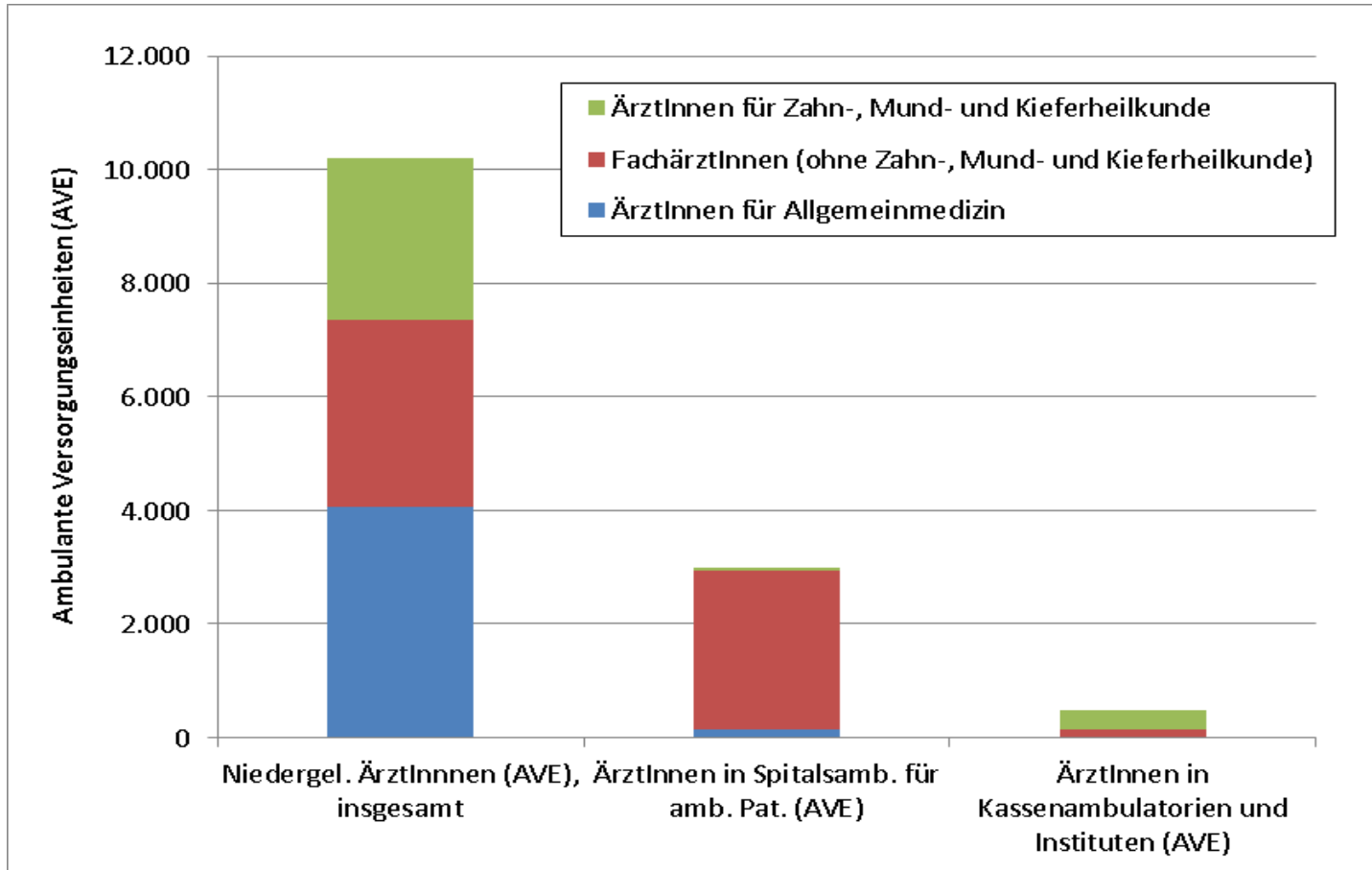
Kennzahlen der Versorgung im Bereich der §2-Kassen in Österreich, 2013

- 7.657 VertragsärztInnen (18% der berufsausübenden ÄrztInnen)
 - 54% Allgemeinmedizin
 - 43% Allgemeine FachärztInnen
 - 3% Sonstige Fachärzte
- 35,4 Mio. §2-Fälle
 - 47% Allgemeinmedizin
 - 33% Allgemeine FachärztInnen
 - 20% Sonstige Fachärzte
- Honorar pro §2-Fall: 53,5 €
 - Allgemeinmedizin: 48,8 €
 - Allgemeine FachärztInnen : 67,8 €
 - Sonstige Fachärzte: 40,8 €

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2015.



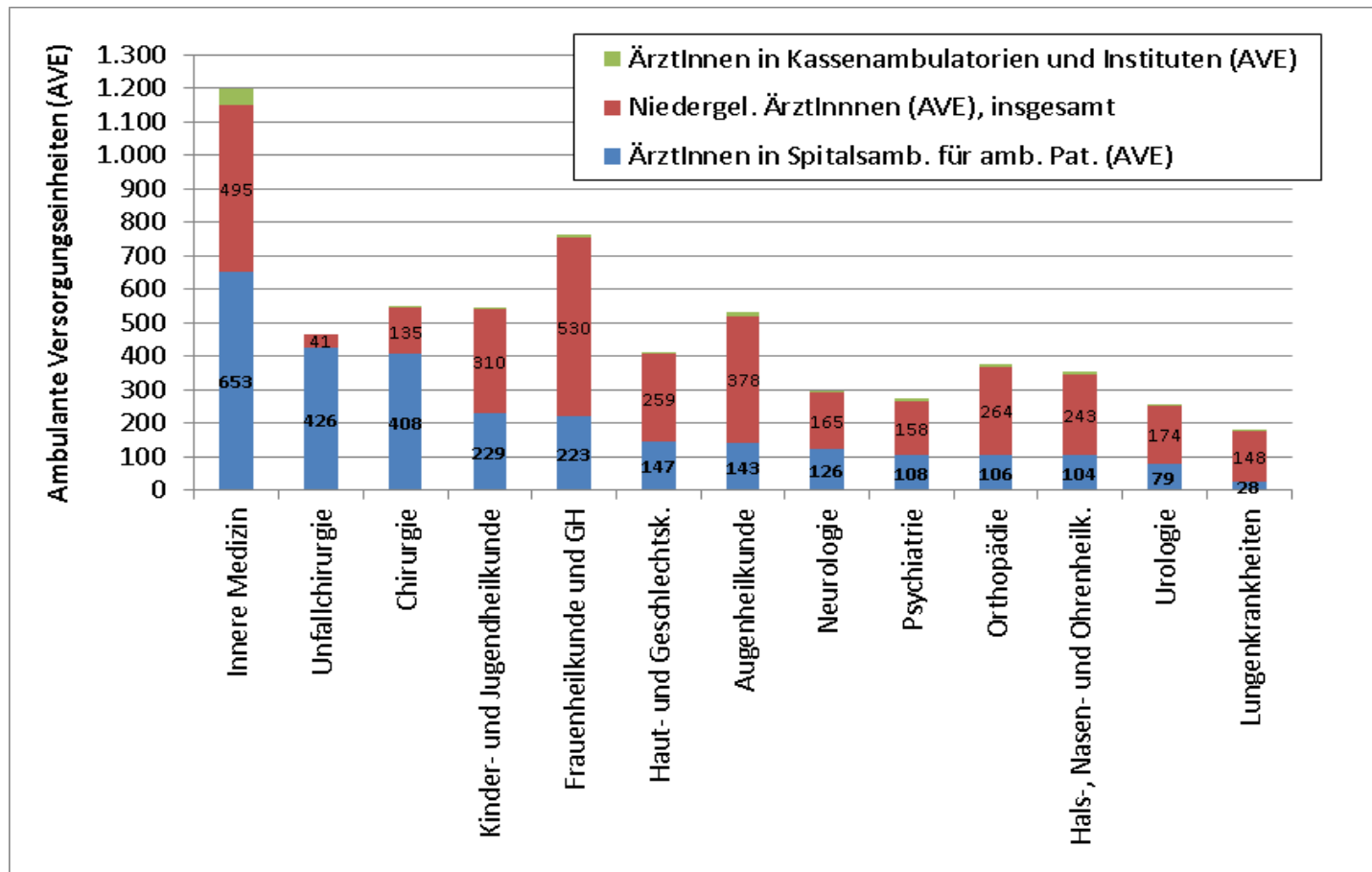
Versorgungswirksamkeit, 2010



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Regiomed), IHS HealthEcon 2015.

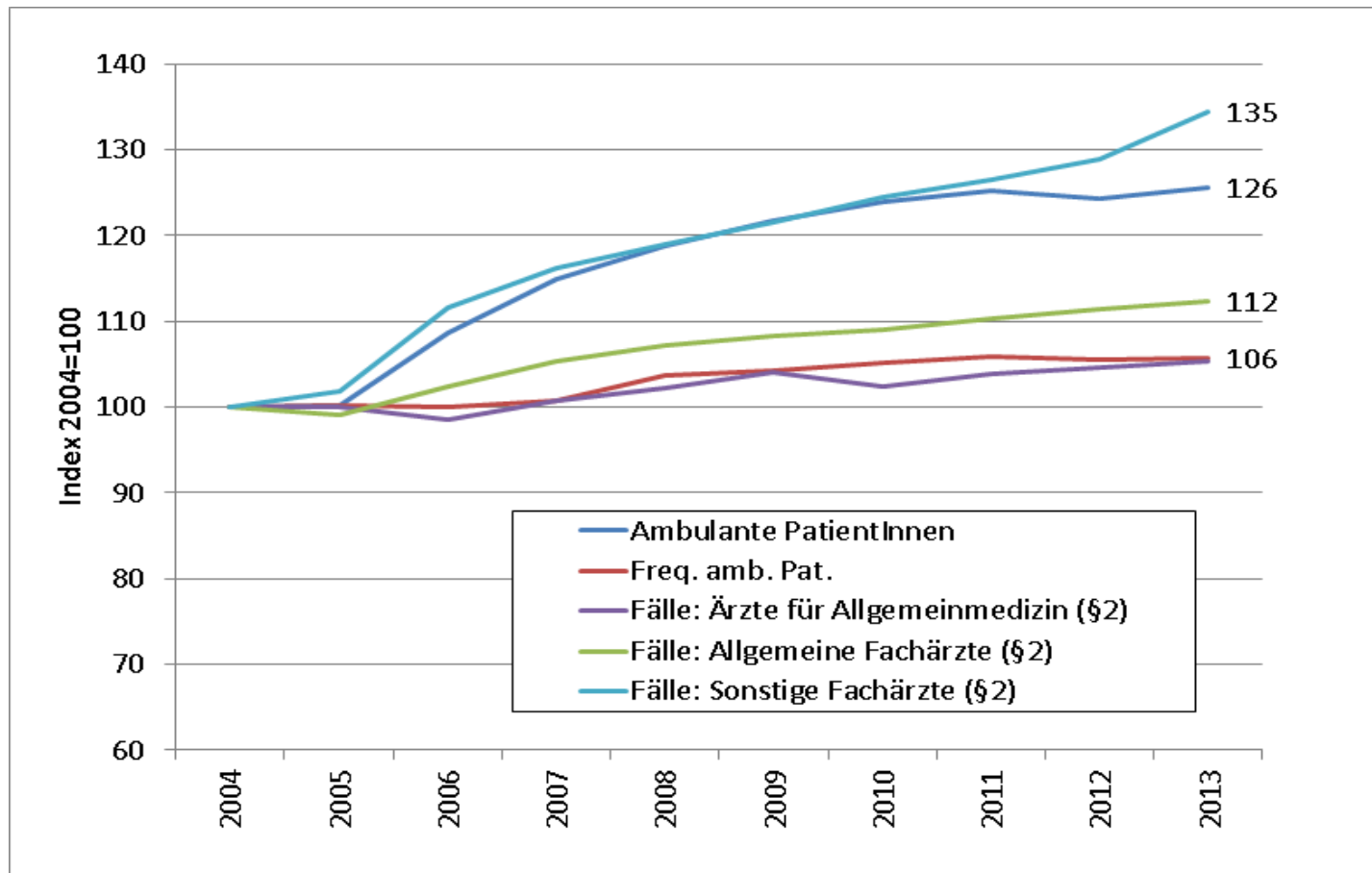


Versorgungswirksamkeit FÄ, 2010



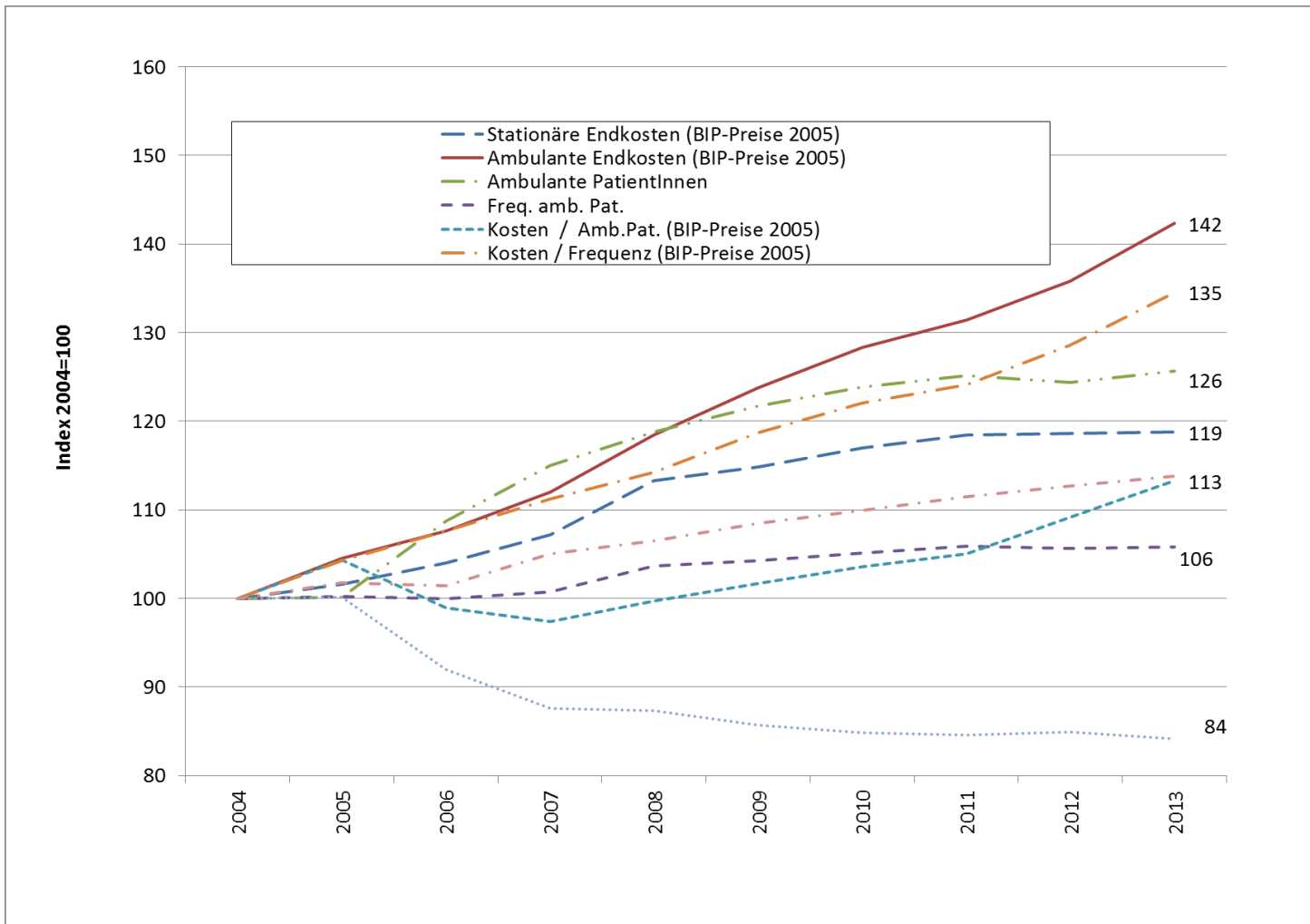
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Regiomed), IHS HealthEcon 2015.

Entwicklung der Inanspruchnahme im fach-ärztlichen §2-Bereich und in Spitalsambulanzen, 2004-2013

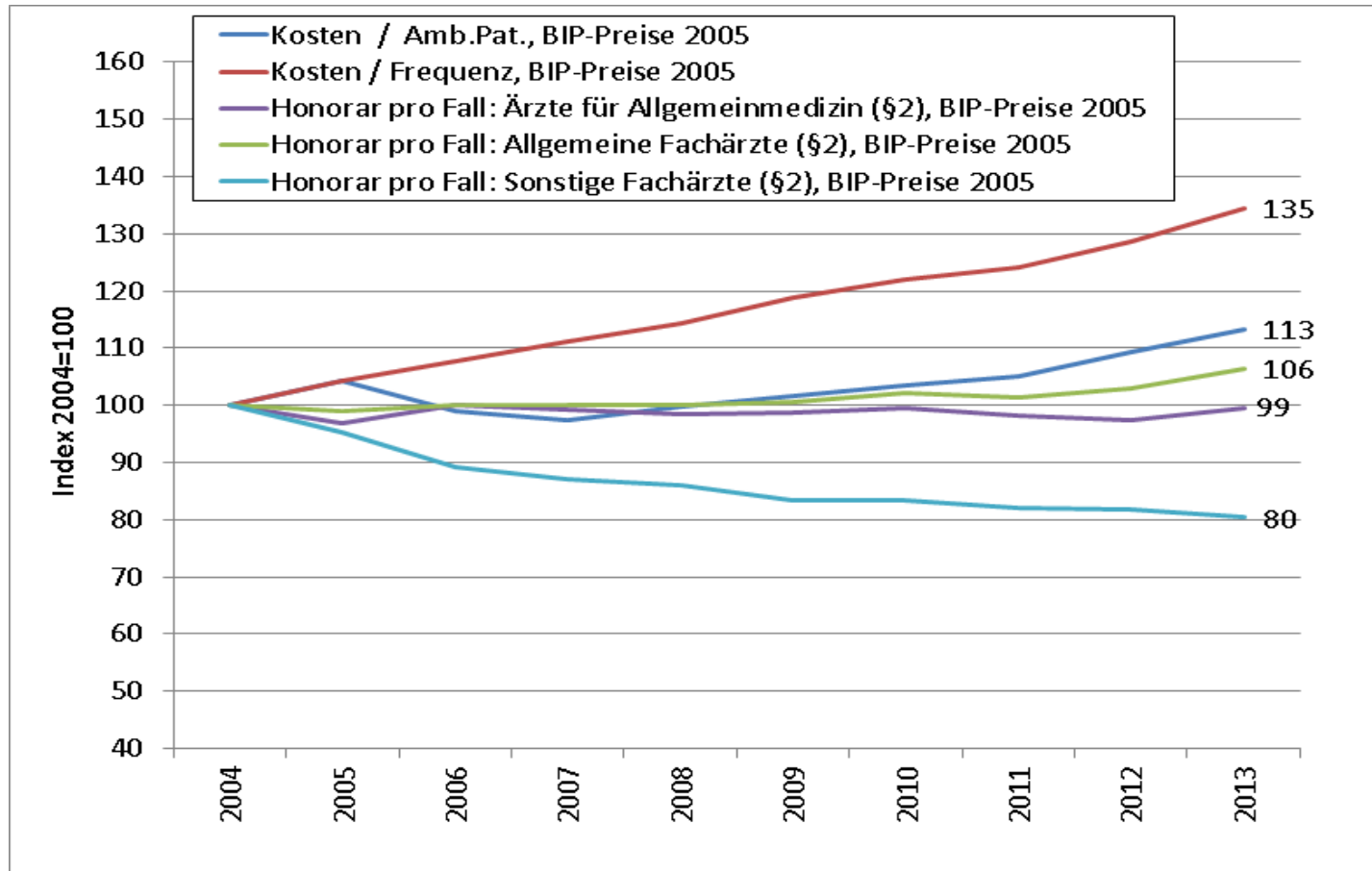


Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2015.

Entwicklung der spitalsambulanten Kennzahlen, 2004-2013, BIP-Preise 2005



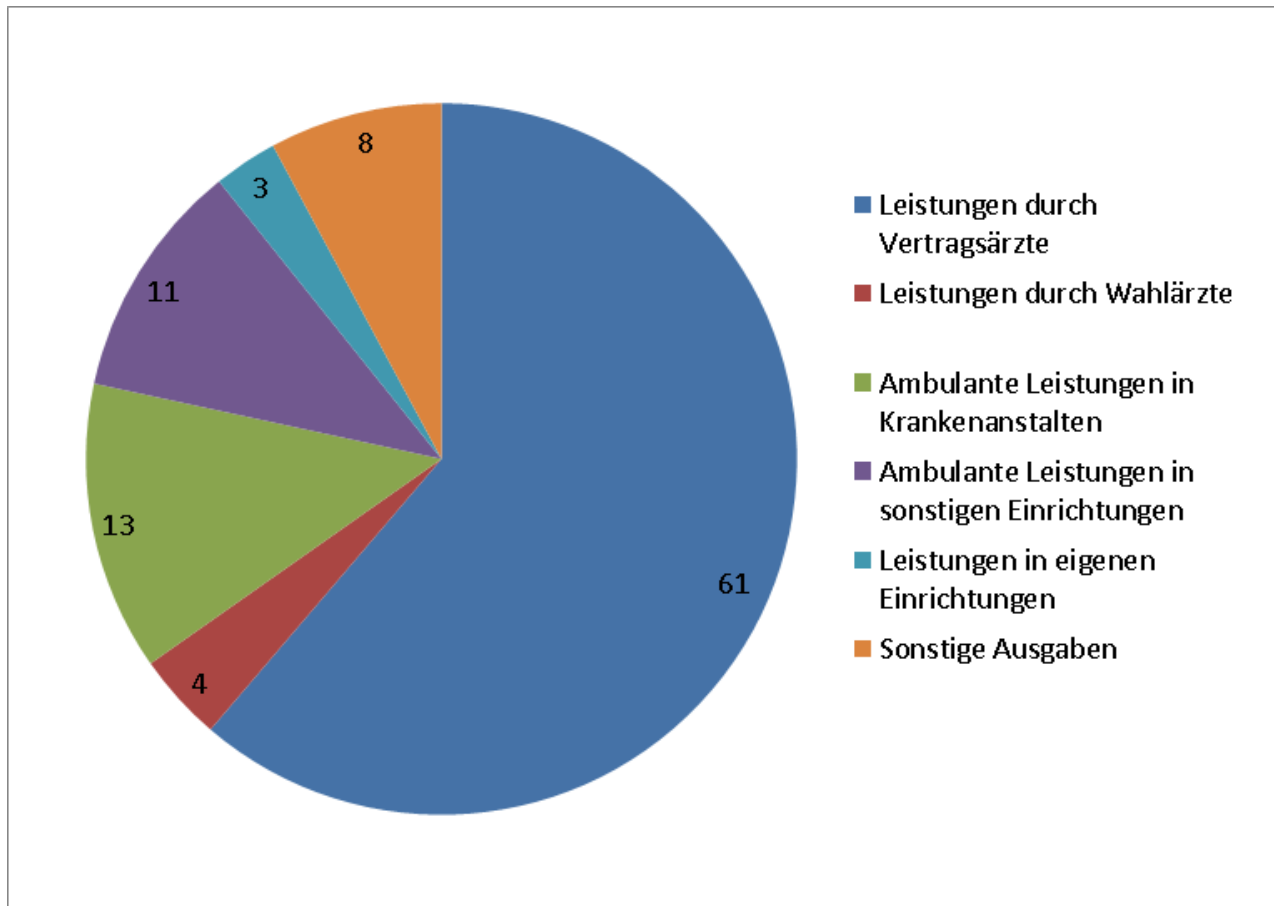
Entwicklung des Honorars im fachärztlichen §2-Bereich und der Kosten in Spitalsambulanzen, 2004-2013, BIP-Preise 2005



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2015.



Ausgaben der Krankenversicherung für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen: 2013 ~3,9 Mrd. €



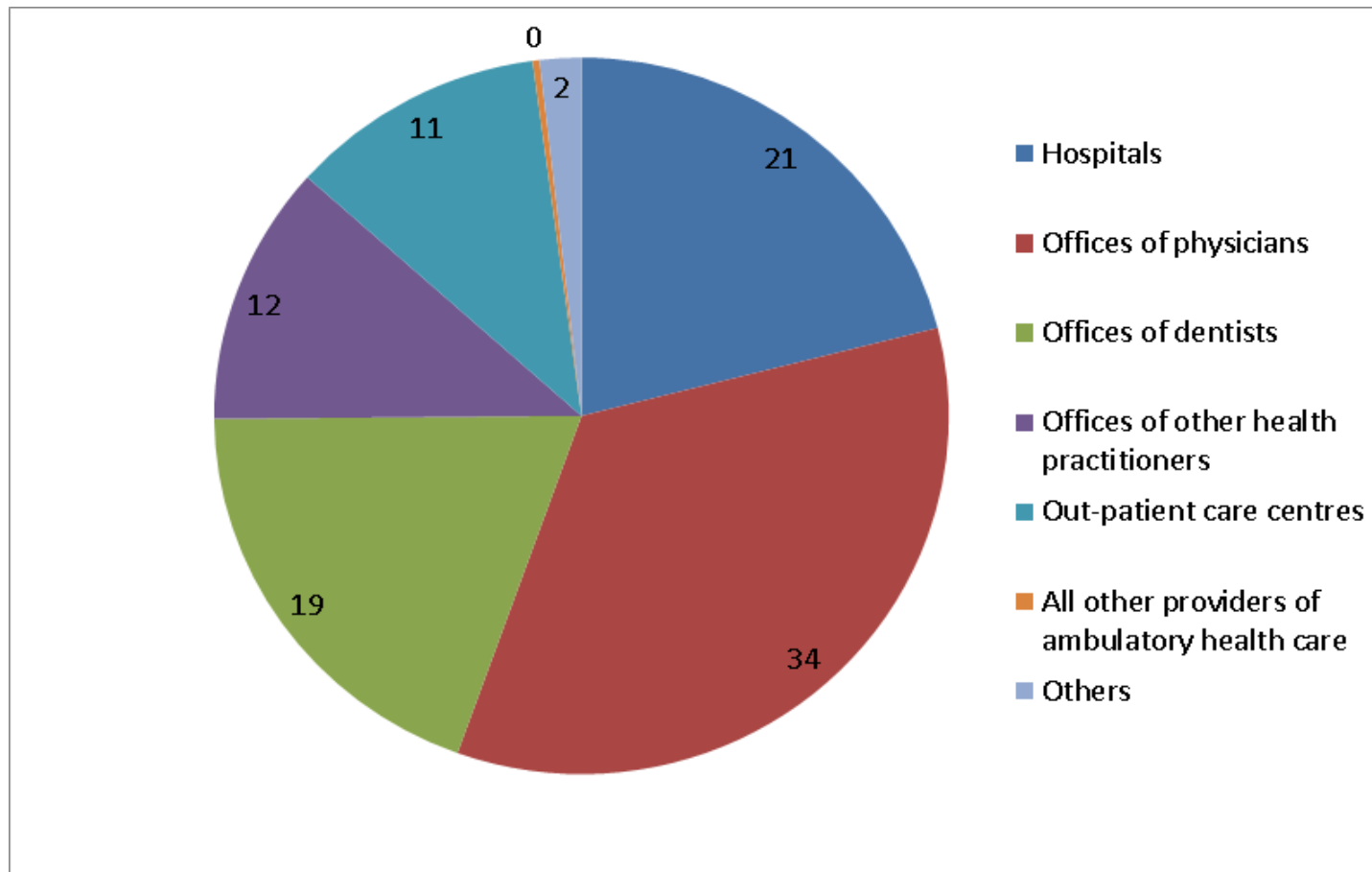
Sonstige Ausgaben: Insb. Leistungen durch Vertrags- und WahlpsychotherapeutInnen, -psychologInnen, -physiotherapeutInnen, -logopädInnen
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon 2015.

Classification according the OECD-System of Health Accounts (SHA)

- Outpatient curative and rehabilitative care (HC 1.3; 2.3)
 - Hospitals (HP 1) (*Spitalsambulanzen*)
 - Offices of physicians (HP 3.1) (*Niedergelassene ÄrztInnen*)
 - Offices of dentists (HP 3.2)
 - Offices of other health practitioners (HP 3.3)
 - Out-patient care centres (HP 3.4)
 - All other providers

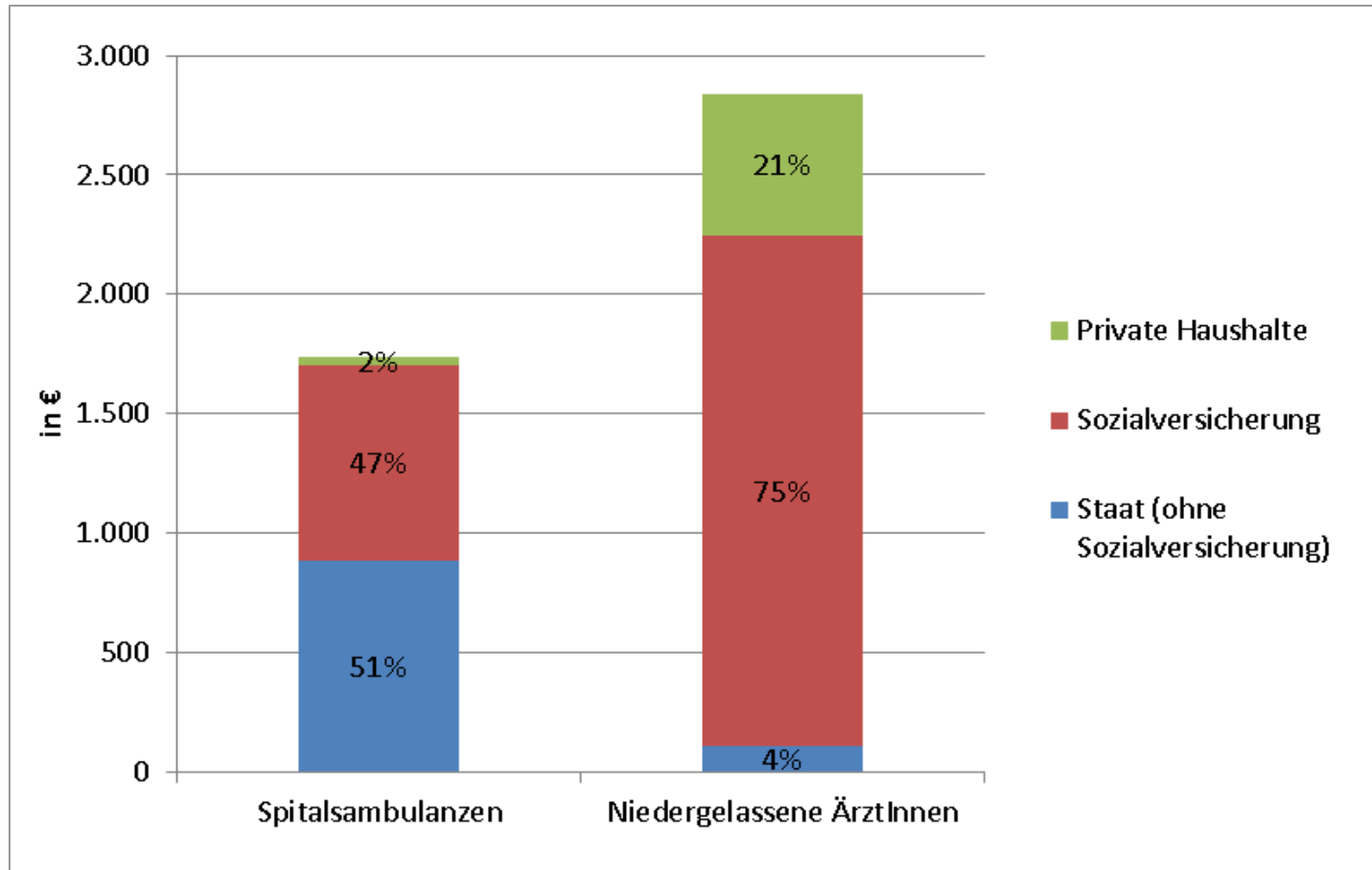
Source: Statistics Austria according to the OECD System of Health Accounts.

Ausgaben für ambulante Versorgung in Österreich, in %



Quelle: Statistik Austria nach dem OECD System of Health Accounts, IHS HealthEcon 2015.

Finanzierung der Ausgaben für Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs, 2013



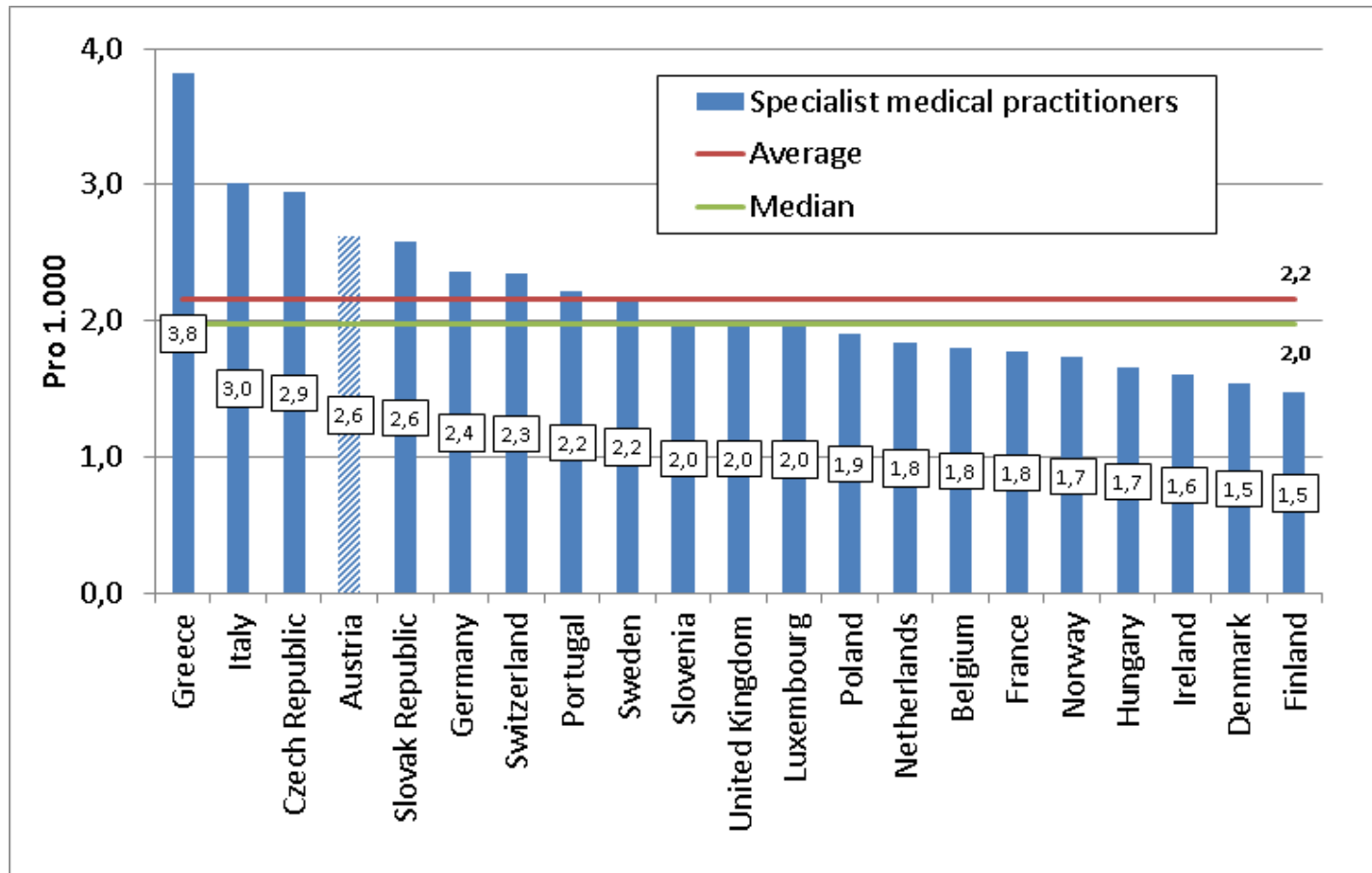
Quelle: Statistik Austria nach dem OECD System of Health Accounts, IHS HealthEcon 2015.

Internationale Vergleiche



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

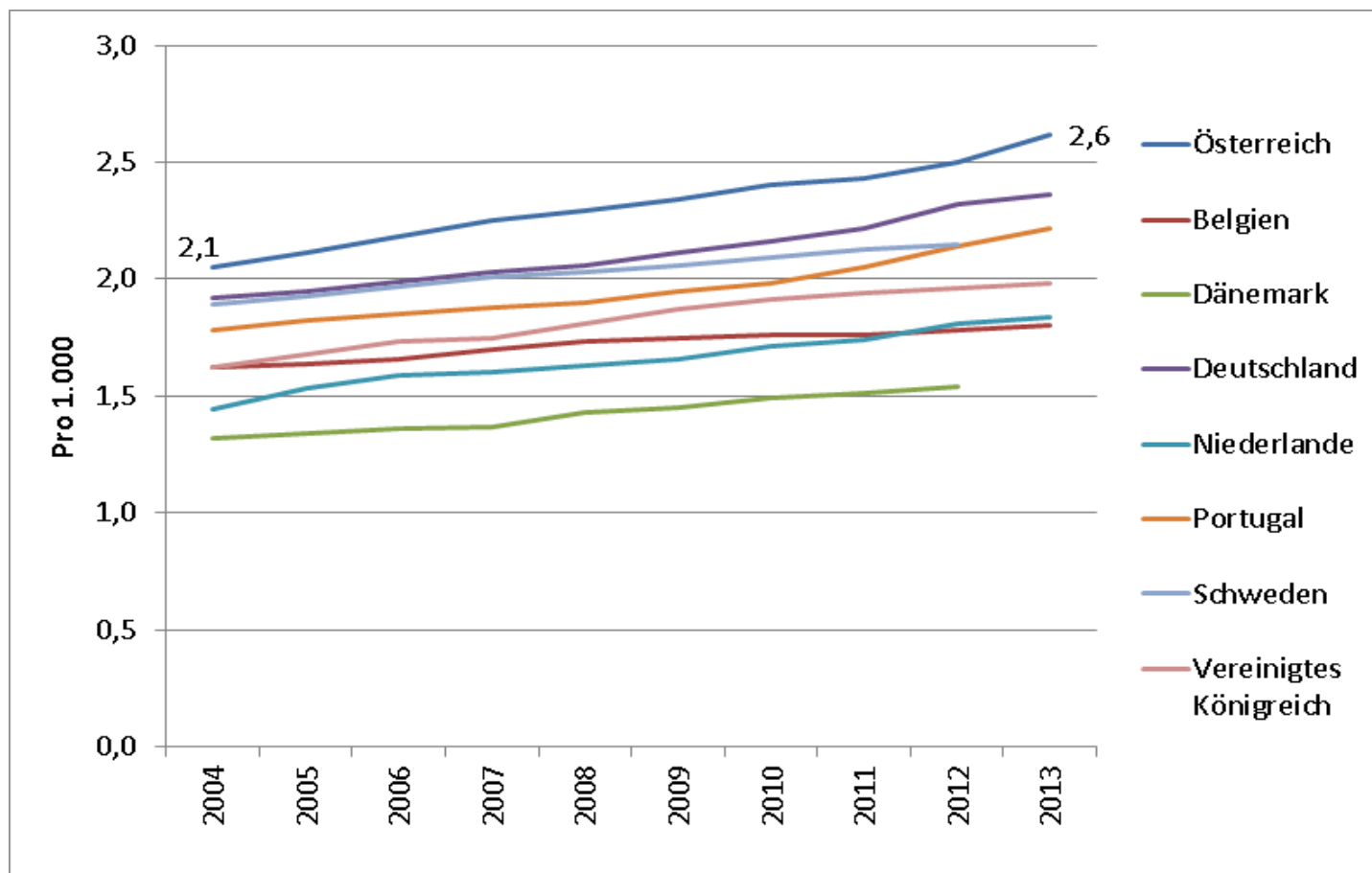
Facharztdichte im internationalen Vergleich, pro 1.000, 2013



Quelle: OECD Health Statistics 2015, IHS HealthEcon 2015.

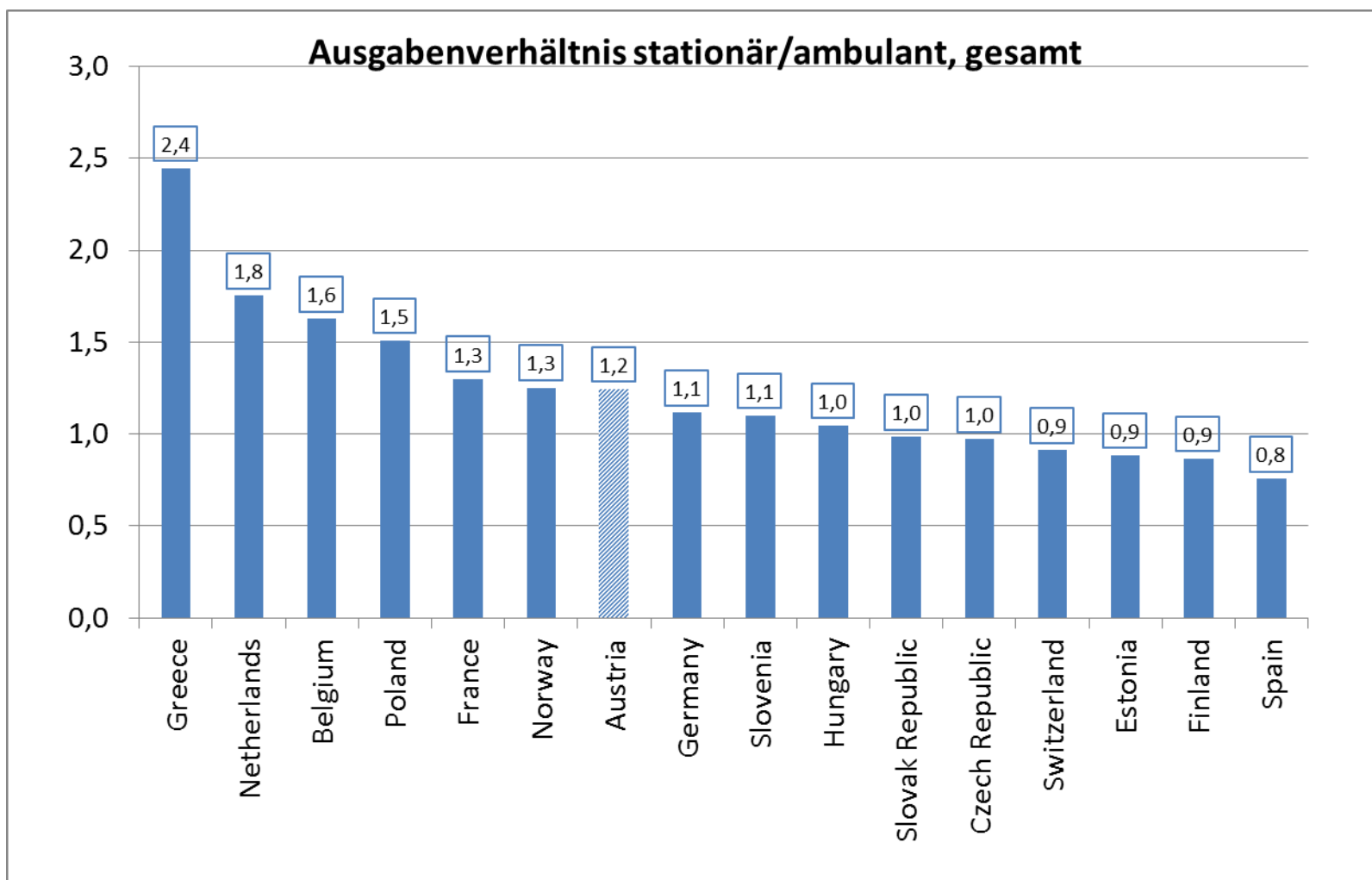


Entwicklung der Facharztdichte im internationalen Vergleich, pro 1.000, 2004-2013



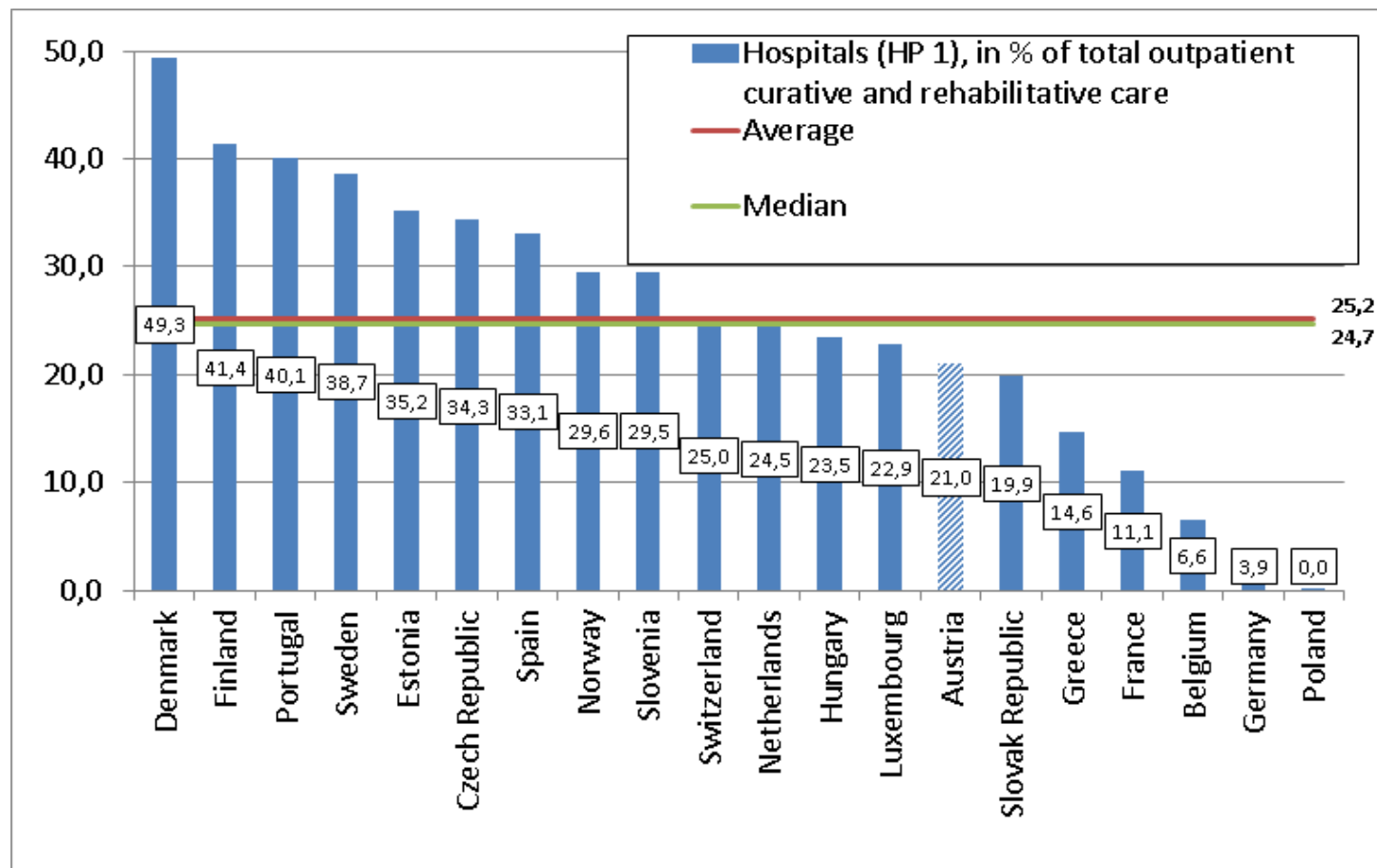
Quelle: OECD Health Statistics 2015, IHS HealthEcon 2015.

Ausgaben-Ratio: Stationär / Ambulant, 2013



Ausgaben für Spitalsambulanzen, 2013

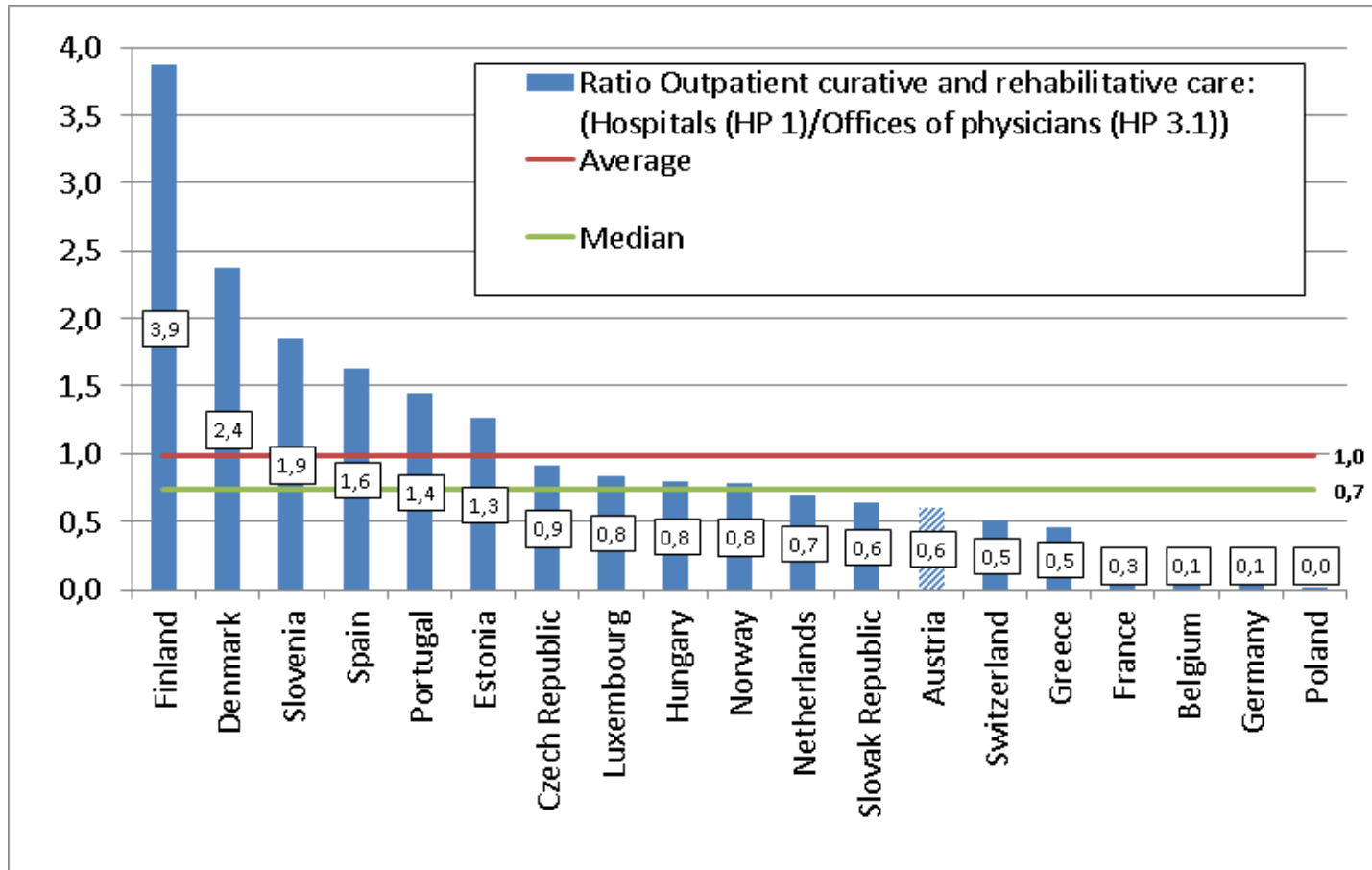
In % der gesamten ambulanten Ausgaben



Anmerkung: Portugal, Norway, Spain, Luxembourg: 2012; keine Daten für alle andern EU-OECD-Länder
Quelle: OECD Health Statistics 2015, IHS HealthEcon 2015.



Ratio: Ausgaben für Spitalsambulanzen / Ausgaben für niedergelassene ÄrztInnen, 2013



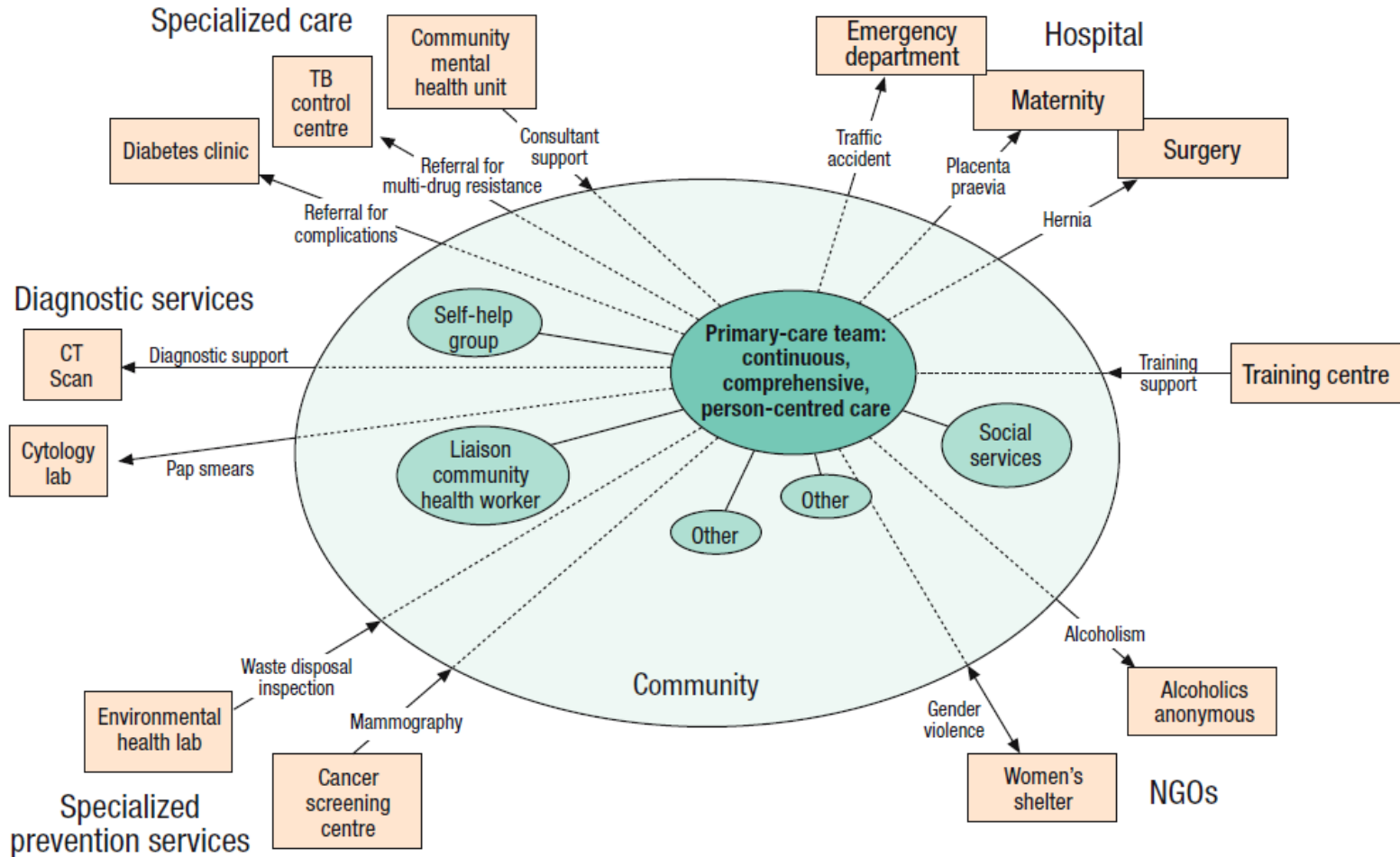
Anmerkung: Portugal, Norway, Spain, Luxembourg: 2012; keine Daten für alle andern EU-OECD-Länder
 Quelle: OECD Health Statistics 2015, IHS HealthEcon 2015.

Anforderungen an die künftige Gesundheitsversorgung



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Aufbau laut WHO



Conventional care vs. people-centred care

Conventional ambulatory medical care in clinics or outpatient departments	People-centred primary care
Focus on illness and cure	Focus on health needs
Relationship limited to the moment of consultation	Enduring personal relationship
Episodic curative care	Comprehensive, continuous and person-centred care
Responsibility limited to effective and safe advice to the patient at the moment of consultation	Responsibility for the health of all in the community along the life cycle; responsibility for tackling determinants of ill-health
Users are consumers of the care they purchase	People are partners in managing their own health and that of their community

Person-centredness: evidence of its contribution to quality of care and better outcomes

- Improved treatment intensity and quality of life – Ferrer (2005)
- Better understanding of the psychological aspects of a patient's problems – Gulbrandsen (1997)
- Improved satisfaction with communication – Jaturapatporn (2007)
- Improved patient confidence regarding sensitive problems – Kovess-Masféty (2007)
- Increased trust and treatment compliance – Fiscella (2004)
- Better integration of preventive and promotive care – Mead (1982)

Source: WHO (2008)



Comprehensiveness: evidence of its contribution to quality of care and better outcomes

- Better health outcomes – Forrest (1996), Chande (1996), Starfield (1998)
- Increased uptake of disease-focused preventive care (e.g. blood pressure screen, mammograms, pap smears) – Bindman (1996)
- Fewer patients admitted for preventable complications of chronic conditions – Shea (1992)

Source: WHO (2008)



Continuity of care: evidence of its contribution to quality of care and better outcomes

- Lower all-cause mortality – Shi (2003), Franks (1998), Villalbi (1999), PAHO (2005)
- Better access to care – Weinick (2000), Forrest (1998)
- Less re-hospitalization – Weinberger (1996)
- Fewer consultations with specialists – Woodward (2004)
- Less use of emergency services – Gill (2000)
- Better detection of adverse effects of medical interventions – Rothwell (2005), Kravitz (2004)

Source: WHO (2008)



Regular entry point: evidence of its contribution to quality of care and better outcomes

- Increased satisfaction with services – Weiss (1996), Rosenblatt (1998), Freeman (1997), Miller (2000)
- Better compliance and lower hospitalization rate – Weiss (1996), Rosenblatt (1998), Freeman (1997), Mainous (1998)
- Less use of specialists and emergency services – Starfield (1998), Parchman (1994), Hurley (1989), Martin (1989), Gadomski (1998)
- Fewer consultations with specialists – Hurley (1989), Martin (1989)
- More efficient use of resources – Forrest (1996), Forrest (1998), Hjortdahl (1991), Roos (1998)
- Better understanding of the psychological aspects of a patient's problem – Gulbrandsen (1997)
- Better uptake of preventive care by adolescents – Ryan (2001)
- Protection against over-treatment – Schoen (2007)

Extended Wagner's Chronic Care Model



Zukunft: Empfehlungen WHO

1. Implement the Chronic Care Model in its entirety.
2. Ensure a patient centered approach.
3. Create (or review existing) multisectoral policies for CNCD management including universal access to care, aligning payment systems to support best practice.
4. Create or improve existing clinical information system including monitoring, evaluation and quality improvement strategies as integral parts of the health system.
5. Introduce systematic patient self-management support.
6. Orient care toward preventive and population care, reinforced by health promotion strategies and community participation.
7. Change (or maintain) health system structures to better support CNCD management and control.
8. Create PHC-led networks of care supporting continuity of care.
9. Reorient health services creating a chronic care culture including evidence based proactive care and quality improvement strategies.
10. Reconfigure health workers into multidisciplinary teams ensuring continuous training in CNCD management.



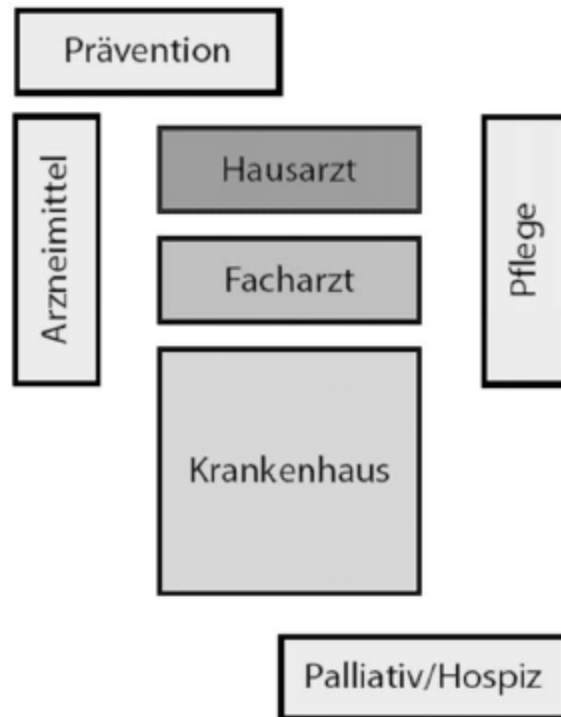
Zukunft

- **Das Chronic Care-Modell wurde vielfach evaluiert**
- **Eine Metaanalyse von Tsai et al. 2005 zeigt positive Auswirkungen auf Outcomes und Lebensqualität**
- **Mit der Dominanz chronischer Erkrankungen wird ein personen- und populationszentriertes Gesundheitswesen essentiell**
- **Dies erfordert eine Integration der versorgungsstufen entlang von dessen bedürfnissen**
- **Ein Umbau der Primärversorgung muss logischerweise einen Umbau der Sekundärversorgung mit sich bringen**
- **Dieser kann aber nicht getrennt passieren, sondern beide Stufen müssen ineinandergreifen**
- **Dies stellt im fragmentierten österreichischen System eine große Herausforderung dar**

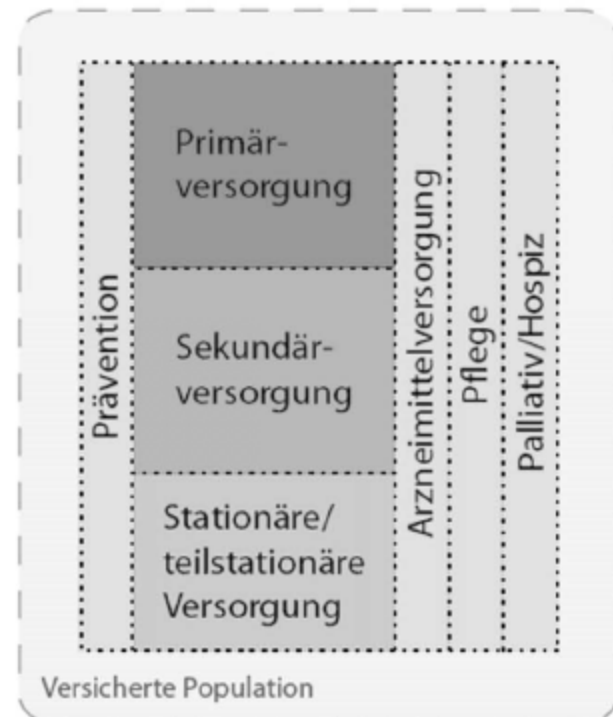


Zukunft

Traditionelles System
Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept
Populationsorientiert und sektorübergreifend



SELFIE



- Nach den singulären chronischen Erkrankungen werden Personen mit “multiple chronic conditions” eine weitere Komplexitätsstufe in der Versorgung darstellen
- SELFIE: Sustainable intEgrated care modeLs for multi-morbidityorbidity: delivery, Financing and performance
- EU-Projekt im Horizon 2020, das Modelle für Personen mit MCC sowie deren Finanzierung und Bezahlungssysteme erforscht



Literatur

- International diabetes foundation (2014): Diabetes Atlas Update 2014. www: <http://www.idf.org/diabetesatlas> [Zugriff 3.5.2015]
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. www: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>
- Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M. und Keeler, E. B. (2005): A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. Am J Manag Care 11: 478–488.
- WHO (2008): The World Health Report 2008: Primary health Care: Now more than ever. Genf.
- WHO (2013): Innovative Care for Chronic Conditions. Washington.



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

