

„Rundum versorgt – Multimorbidität im Alter“

Integrierte Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten – Analyse der Versorgungssituation und Ausarbeitung eines umsetzungstauglichen Versorgungsmodells für Österreich



Impressum

Herausgeber & Druck:

Competence Center Integrierte Versorgung
Wiener Gebietskrankenkasse
Wienerbergstraße 15-19
1100 Wien

Dezember 2016

Redaktion & Gestaltung:

Competence Center Integrierte Versorgung
Abteilung Versorgungsmanagement (WGKK)

Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Wiener Gebietskrankenkasse gestattet.

Satz- und Druckfehler vorbehalten

Offenlegung gemäß §25 Mediengesetz siehe www.wgkk.at

Autorenteam/Mitwirkende:

Mag. Christopher Gfrerer

Mag.^a Claudia Lohr

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

Mag.^a Romana Ruda

Christine Trischak, BA

Unser besonderer Dank gilt allen Personen und Institutionen, die wesentlich zur Entstehung dieses Berichtes beigetragen haben:

Akademie der Ärzte:

Mag. Günther Ochs

Albert Schweitzer Klinik, Geriatriische Gesundheitszentren der Stadt Graz:

Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Schippinger

Allgemeinmediziner:

Dr. Dieter Schmidt

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen:

Mag.^a Michaela Langer, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Sandra Lettner, Mag.^a Daniela Schneider

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz:

Dr.ⁱⁿ Christina Wehringer

Care-Ring GmbH:

DGKS Natalie Lottersberger

Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen:

Mag.^a Doris Stelzhammer, Mag.^a Sabine Wiesmühler

Ergotherapie Austria:

Marion Hackl, Karina Stagl, MSc, Brigitte Stern-Grilc, Helga Vitecek-Kandolf, MSc, Christina Wagner, BSc

Fonds Soziales Wien:

Monika Badilla, Petra Gottwald

Gesundheit Österreich GmbH:

Mag.^a Daniela Rojatz, Mag.^a Sabine Weißenhofer, MPH

Gesundheitsnetzwerk Tennengau:

Mag.^a Gabriela Pichler

Hanusch Krankenhaus:

Dr. Erwin Czerwenka, Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Klaushofer,

DGKS Gabrijela Matuzovic

Institut für Gesundheitsplanung:

Mag. Richard Birgmann, MPH

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern:

Mag. Christian Znova

Krankenhaus der Elisabethinen:

Dr. Walter Müller, MSc

Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser:

Mag.^a Gabriele Graumann, Susanne Bayer

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse:

Mag. Martin Robausch, MPH

Niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwaltschaft:

Martin Kräftner

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse:

Andreas Eckschlager, Mag.^a Annette Hummer

Oberösterreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin:

Dr. Erwin Rebhandl

Österreichische Ärztekammer:

Mag.^a Andrea Bramböck

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin:

Dr.ⁱⁿ Barbara Degn, Dr. Walter Heckenthaler

Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management

Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie:

Dr. Thomas Frühwald, Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller, Prim. Dr. Peter Mrak, Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Regina Roller-Wirnsberger

Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz:

Mag.^a Gudrun Braunegger-Kallinger, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Edith Flaschberger

Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen:

Dr. Georg Ruppe, MA

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband:

Dir. PhDr. Michael Mittermaier, MAS, Clemens Weissner, BSc

Österreichisches Rotes Kreuz:

Mag.^a Monika Wild, MAS, MSc

Patienten- und Pflegeombudsschaft Steiermark:

Renate Schreiner

Tiroler Patientenvertretung:

Mag.^a Vanessa Hutle

Physiotherapie Austria:

Mag.^a Nicole Muzar, Sabine Schimscha, Constance Schlegl, Gerti Wewerka

SMZ Sophienspital:

Prim.^a Dr.ⁱⁿ Katharina Pils

Universität Wien, Institut für Soziologie:

Anna Fassel, BSc.

Wiener Gebietskrankenkasse:

Prim. Prof. Mag. DDr. Reinhard Marek (†)

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft:

Margot Ham-Rubisch

Inhaltsverzeichnis

MANAGEMENT SUMMARY	11
1. EINLEITUNG	13
1.1. Problemstellung und Relevanz des Themas	13
1.2. Zielsetzung und Fragestellungen	15
1.3. Methodik und Vorgehensweise	16
2. PROJEKTGRUNDLAGEN	17
2.1. Begriffsdefinitionen	17
2.1.1. Integrierte Versorgung	17
2.1.2. Multimorbidität	18
2.1.3. Die geriatrische Patientin/der geriatrische Patient	19
2.2. Epidemiologie	19
2.2.1. Demographische Entwicklungen – Herausforderung Multimorbidität	19
2.2.2. Prävalenz	20
2.3. Relevante Aspekte in der Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten	22
2.3.1. Geriatrische Syndrome/Symptomkomplexe	22
2.3.2. Polypharmazie	23
2.3.3. Leitlinien	24
2.4. Mögliche Ansätze der integrierten Versorgung bei Multimorbidität (populationsbezogen)	26
2.4.1. Hausarztentlastende Modelle bzw. Kooperationsmodelle mit anderen Berufsgruppen	26
2.4.2. Telemedizin/Telemonitoring	28
2.4.3. Case Management	30
2.4.4. Hausarztzentrierte Versorgung – „Patient-Centered Medical Home“ (PCMH)	32
2.4.5. Das Chronic-Care-Modell	34
2.4.6. Versorgungsmodell Multimorbidität – Konzept im Rahmen der Joint Action CHRODIS	37
2.5. Beispiele implementierter Projekte und Versorgungsangebote in der Praxis	43
2.5.1. Im niedergelassenen Bereich	43
Projekt Leila – Leben mit Langzeiterkrankungen (Schweiz)	43
PraCMan – praxisorientiertes Case Management (Deutschland)	45
MultiCare (Deutschland)	46
Modellprojekt agnes ^{zwei} (Deutschland)	48

WestGem-Studie (Deutschland)	48
Hausarztprogramm Baden-Württemberg (Deutschland)	49
Gesundes Kinzigtal (Deutschland)	51
Ärztenetze (Schweiz)	52
2.5.2. Im Setting Pflegeheim/medizinische Geriatrie	53
GEKO – Albert Schweitzer Klinik Graz (Österreich)	54
TransPro (Österreich)	55
2.5.3. Im stationären Bereich	56
Spezialisierte geriatrische Versorgungseinrichtungen (Österreich)	56
PROJEKTEIL A (2015) – ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION MIT EMPFEHLUNGEN FÜR DIE SOLL-VERSORGUNG	59
3. QUANTITATIVE DATENANALYSE	59
3.1. Analyse der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung	59
3.1.1. Methodik	59
Operationalisierungen	60
3.1.2. Ergebnisse	62
3.2. Analyse der Abrechnungsdaten aus dem niedergelassenen Bereich	70
3.2.1. Methodik	70
Spezifikation der Fragestellungen	70
Stichprobenbeschreibung	71
Operationalisierungen	71
3.2.2. Ergebnisse	73
Häufigkeit der Krankheiten	73
Multimorbidität nach Geschlecht und Alter	73
Kosten und Frequenzen	74
Gesamtkosten nach Geschlecht und Alter	75
Anzahl Verordnungen nach Alter	76
Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse	77
4. QUALITATIVE BETRACHTUNG – MULTIMORBIDITÄT AUS PERSPEKTIVE VON EXPERTINNEN UND EXPERTEN	77
4.1. Methodik	77
4.2. Gut funktionierende Versorgungsbereiche	78
4.2.1. Medizinische Versorgung	79
4.2.2. Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich	79
4.2.3. Stationäre Versorgung	79
4.2.4. Spezialisierte geriatrische Versorgungseinrichtungen	80

4.2.5.	Versorgungskordinierung	80
4.2.6.	Öffentliche Wahrnehmung und Versorgungsinnovationen	80
4.3.	Problembehaftete Versorgungsbereiche	81
4.3.1.	Medikamentenverordnungen	81
4.3.2.	Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich	81
4.3.3.	Stationäre Versorgung	82
4.3.4.	Häusliche Versorgung/Informelle Betreuung	82
4.3.5.	Psychologische Versorgung	82
4.3.6.	Versorgungsnahtstellen/Kommunikation/Koordination	83
4.3.7.	Schulung/Ausbildung	83
4.3.8.	Finanzierung	83
4.3.9.	Sonstige genannte Problembereiche	83
4.4.	Priorisierte Optimierungsbereiche	84
4.5.	Zusammenfassende Betrachtung der Expertinnen-/ Expertenbefragung	87
5.	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE SOLL-VERSORGUNG	88
5.1.	Allgemeine Versorgung	88
5.2.	Empowerment der Patientinnen und Patienten	91
5.2.1.	Stärkung der Gesundheitskompetenz und Bereitstellung von patientinnen-/ patientengerechten, evidenzbasierten Informationen über Multimorbidität	92
5.2.2.	Transparente Aufbereitung von zur Verfügung stehenden Unterstützungsangeboten	93
5.2.3.	Strukturierte und dokumentierte Information der Patientinnen/Patienten über wichtige Aspekte der Medikation	94
5.2.4.	Schaffung und Vermittlung von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige	94
5.2.5.	Etablierung von telemedizinischen Ansätzen	95
5.3.	Schulung der Leistungserbringer/innen	95
5.3.1.	Erhebung und ggf. Ausbau des Angebotes von Schulungen über Multimorbidität	96
5.3.2.	Schulung von interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeit	96
5.4.	Nahtstellenmanagement	96
5.4.1.	Etablierung eines Versorgungskordinators	97
5.4.2.	Förderung interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeit und Vernetzung	97
5.4.3.	Flächendeckende Verfügbarkeit eines Aufnahme- und Entlassungsmanagements	98

5.5.	Kommunikation der Leistungserbringer/innen	98
5.5.1.	Etablierung von Kommunikationspfaden zwischen den Leistungserbringerinnen/-erbringern	99
5.5.2.	Schaffung von angemessenen Zeitressourcen für die bedarfsgerechte Kommunikation mit Patientinnen/Patienten	99
PROJEKTEIL B (2016) – ERARBEITUNG EINES PRAXISTAUGLICHEN UMSETZUNGSMODELLS FÜR ÖSTERREICH		99
6.	BESCHREIBUNG DES UMSETZUNGSMODELLS IM HINBLICK AUF EINE PILOTIERUNG	100
6.1.	Eingang ins Modell	100
6.1.1.	Definition der Zielgruppe	100
6.1.2.	Patientinnen-/Patientenidentifikation	101
6.1.3.	Aufnahme ins Modell	101
6.2.	Grundprinzipien der Versorgung	101
6.2.1.	Ganzheitlicher, patientinnen-/patientenzentrierter und sektorenübergreifender Zugang	101
6.2.2.	„Shared decision making“ – gemeinsame Entscheidungsfindung	101
6.2.3.	Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team	102
6.2.4.	Implementierung einer evidenzbasierten Behandlungspraxis	103
6.2.5.	Förderung des Selbstmanagements	104
6.3.	Versorgungsschema und Versorgungsteam	104
6.3.1.	Zentrales Versorgungsteam	104
6.3.2.	Erweitertes Versorgungsteam	106
6.3.3.	Regionales Netzwerk, nationale Ebene	107
6.4.	Assessment und Re-Assessment inkl. Versorgungsplan	108
6.4.1.	Eingangsassessment mit Erstellung eines Versorgungsplans	108
6.4.2.	Re-Assessment	109
6.5.	Laufende Fort- und Weiterbildung der Leistungserbringer/innen im Modell	110
6.6.	Kontinuierliche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten und Angehörigen (im Sinne des Empowerments)	111
6.7.	Qualitätsmanagement und Evaluierung	113
6.7.1.	Qualitätsmanagement	113
6.7.2.	Qualitätsindikatoren	116
6.7.3.	Qualitätsindikatoren für Pilotierung	118
6.7.4.	Evaluierung	122
6.7.5.	Evaluierung in einem Pilotprojekt	122

7. AUSBLICK UND MASSNAHMEN HINSICHTLICH PILOTIERUNG	123
8. VERZEICHNISSE	125
8.1. Literaturverzeichnis	125
8.2. Abbildungsverzeichnis	135
8.3. Tabellenverzeichnis	136
8.4. Abkürzungsverzeichnis	136
ANHANG 1: EXPERTINNEN- UND EXPERTENFRAGEBOGEN	138
ANHANG 2: MAPPING KOMPONENTEN JA-CHRODIS MIT EMPFEHLUNGEN ZUR SOLL- VERSORGUNG 2015	143

MANAGEMENT SUMMARY

Die österreichische Bevölkerung wird durch eine rückläufige Entwicklung der Geburtenrate bei gleichzeitiger Zunahme der Lebenserwartung geprägt. Das Zusammenspiel dieser Faktoren bewirkt einen Anstieg des durchschnittlichen Alters der Bevölkerung. Damit einher geht zum einen die generelle Zunahme von altersbedingten Erkrankungen und zum anderen nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, zeitgleich an mehreren, wiederkehrenden, chronischen Erkrankungen oder Symptomen zu leiden. In diesem Fall spricht man von Multimorbidität. Neben den Auswirkungen dieser Entwicklungen auf der Individualebene eröffnet sich auch auf der systemischen Ebene ein Spannungsfeld, da das Gesundheitswesen einen effizienten Umgang mit den vorhandenen Ressourcen sicherstellen muss.

Vor diesem Hintergrund widmet sich der vorliegende Bericht zunächst der Erhebung des Ist-Standes der aktuellen Versorgungssituation multimorbider Personen. Im Mittelpunkt standen dabei Datenanalysen auf der Grundlage der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 sowie Auswertungen von Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger. Weiters wurden die Sichtweisen von Expertinnen und Experten aus unterschiedlichsten Versorgungsbereichen erhoben. An Hand dieser methodischen Zugänge wurden zentrale Problembereiche identifiziert und mögliche Optimierungsansätze abgeleitet.

In den quantitativen Analysen zeigte sich, dass etwa die Hälfte der Österreicherinnen und Österreicher ab 65 Jahren zeitgleich von drei oder mehr Krankheiten betroffen ist. Mit zunehmendem Alter kommt es zu einem starken Anstieg dieses Anteils. Ebenso konnte dargestellt werden, dass das Auftreten von Multimorbidität sowohl durch soziodemografische als auch durch sozioökonomische Faktoren beeinflusst wird.

Bereits aus der Charakteristik der Multimorbidität geht hervor, dass die Versorgung Betroffener die Einbindung unterschiedlichster Berufsgruppen erforderlich macht, wodurch bestehende Probleme an den Nahtstellen durch mangelnde Vernetzung und Koordinierung besonders schwer wiegen. Die Optimierung der Versorgung erfordert daher eine berufsgruppen- sowie versorgungsbereichsübergreifende Zusammenarbeit und das Commitment aller involvierten Stakeholder. Im Rahmen der Arbeiten im Jahr 2015 wurden mögliche Handlungsfelder abgeleitet und in Form der folgenden fünf Bereiche zusammengefasst, die Potentiale für eine Verbesserung der Versorgung beinhalten und denen jeweils Empfehlungen zugeordnet wurden:

- Allgemeine Versorgung
- Empowerment der Patientinnen/Patienten
- Schulung der Leistungserbringer/innen
- Nahtstellenmanagement
- Kommunikation der Leistungserbringer/innen

Anknüpfend an die Arbeiten aus 2015 erarbeitete das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) im Jahr 2016 ein praxistaugliches Umsetzungsmodell, welches an den identifizierten Problemfeldern ansetzt, internationale Entwicklungen (Versorgungsmodell Multimorbidität, das im Rahmen der Joint Action CHRODIS erarbeitet wurde) berücksichtigt und die aus den Arbeiten im Jahr 2015 abgeleiteten Empfehlungen in Hinblick auf einen Modellvorschlag konkretisiert. Da die Verantwortlichkeiten bei der Versorgung multimorbider Personen auch über die Bereiche der Sozialversicherung hinausreichen, wurde die Einbindung verschiedener in die Versorgung involvierter Stakeholder sowie Expertin-

nen und Experten angestrebt. Daher wurden im Jahr 2016 vier interdisziplinäre Arbeitsgruppen gebildet, in denen jeweils Teilbereiche des in diesem Bericht skizzierten praxistauglichen Umsetzungsmodells für Österreich erarbeitet wurden.

1. EINLEITUNG

1.1. Problemstellung und Relevanz des Themas

Chronische Erkrankungen und Multimorbidität stellen im 21. Jahrhundert eine große Herausforderung im Management von Patientinnen und Patienten dar und werden langfristig betrachtet eine Neugestaltung der Gesundheitsversorgung bedingen.¹ Durch die gestiegene Lebenserwartung in Europa² und die daraus resultierende Zunahme der älteren Bevölkerung hat sich das Krankheitsspektrum verändert: Chronische Erkrankungen haben zunehmend an Bedeutung gewonnen und stehen daher bereits seit einigen Jahren im Fokus zahlreicher gesundheitspolitischer Bemühungen, wie zum Beispiel Erarbeitung von Leitlinien, Versorgungspfaden oder Disease-Management-Programmen.³ Aber nicht nur chronische Erkrankungen per se nehmen im höheren Lebensalter zu; mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko, gleichzeitig an mehreren chronischen Erkrankungen zu leiden⁴. Allerdings gibt es bis dato keine allgemein gültige Definition für Multimorbidität, wodurch auch die Angaben zur Prävalenz schwanken⁵. EU-weit wird die Häufigkeit von Multimorbidität mit 65 % bei den über 65-Jährigen angegeben. In der Altersgruppe der 85-Jährigen steigt die Häufigkeit sogar auf 85 %.⁶ In Österreich ist etwa die Hälfte der Bevölkerung ab 65 Jahren zeitgleich von drei oder mehreren chronischen Krankheiten betroffen (vgl. Kapitel 3.).

Mehrere Erkrankungen bzw. gleichzeitig bestehende Gesundheitsprobleme führen nicht nur zu einer hohen Beeinträchtigung der betroffenen Personen und stellen eine sozialmedizinische Herausforderung dar, sondern sind mit hohen Kosten für das Gesundheits- und Sozialwesen verbunden⁷. Das Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen bedeutet mehr als die Summe der einzelnen Erkrankungen. Die Krankheitsbelastung wird im Alter zudem durch altersphysiologische Funktionseinschränkungen wie zum Beispiel Muskelabbau und damit einhergehender Immobilität, Nachlassen der Seh- oder Hörfähigkeit, kognitive Defizite, Inkontinenz, Schlafstörungen, Sturzgefahr oder Schmerz verstärkt. Diese Vulnerabilität beziehungsweise Gebrechlichkeit stellt außerdem ein Risiko für das Auftreten weiterer chronischer Erkrankungen dar und führt häufig zum Verlust der selbstbestimmten Lebensführung, wodurch Betroffene hilfs- und pflegebedürftig werden und ihre Lebensqualität reduziert ist.⁸ Die negativen Auswirkungen für das Gesundheits- und Sozialsystem spiegeln sich zum Beispiel in häufigeren Arztkonsultationen, in vermehrten Krankenhausaufenthalten, in steigenden Medikamentenverordnungen (Polypharmazie), verbunden mit der Gefahr unerwünschter Arzneimittelwirkungen oder in der Entwicklung einer Pflegebedürftigkeit wider.⁹

Der Komplexitätsgrad der Bedürfnisse multimorbider Patientinnen und Patienten und damit ihre Versorgung erfordern nicht nur spezielle Ansätze in der Diagnostik und Thera-

¹ Rosemann (o.D.). Zugriff am 25. Juli 2016

² JA-CHRODIS (o.D.). Zugriff am 25. Juli 2016

³ Czypionka, Kraus, Reiss, Röhring & Karadakic (2016). S. 2

⁴ Moreau-Gruet (2013). S. 3.

⁵ SVR (2009). S. 4-5

⁶ JA-CHRODIS (o.D.). Zugriff am 25. Juli 2016

⁷ Scheidt-Nave, Richter, Fuchs & Kuhlmeier (2010). S. 441

⁸ Scheidt-Nave et al. (2010). S. 441; SVR (2009b). S. 299

⁹ Scheidt-Nave et al. (2010). S. 442; SVR (2009b). S. 299

pie, sondern eine ganzheitliche Herangehensweise.¹⁰ Dieser komplexe Anspruch erfordert eine bedarfsgerechte Einbindung einer Vielzahl von Gesundheitsdiensteanbietern, ein großes Ausmaß an Ressourcen¹¹ sowie die Berücksichtigung der individuellen Wünsche von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, was angesichts der in der Praxis bestehenden Fragmentierung des Gesundheitswesens eine große Herausforderung darstellt¹².

Weltweit existieren unterschiedliche umfassende Versorgungsansätze für ältere Personen mit chronischen Erkrankungen, wie zum Beispiel das in den USA entwickelte und häufig zitierte „Chronic Care Model“ von Wagner. Für ein anerkanntes, auf Multimorbidität spezifisch ausgerichtetes Versorgungsmodell, das einerseits für die Patientin/den Patienten eine hochwertige Versorgungsqualität gewährleistet und andererseits die volkswirtschaftlichen Folgen von Multimorbidität einzudämmen versteht, fehlte lange Zeit eine entsprechende Evidenz.¹³

Ein möglicher Versorgungsansatz ist in der integrierten Versorgung zu sehen, welche die in der Literatur häufig aufgegriffenen zentralen Versorgungselemente abdeckt.¹⁴ Die globale Strategie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt die Patientin/den Patienten in den Mittelpunkt des Geschehens. U.a. bindet die Strategie die Patientin/den Patienten aktiv ein und beinhaltet das Konzept des Patientinnen-/Patienten-Empowerments, um Gesundheitskompetenz zu entwickeln, das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten zu fördern und sie so zu Co-Produzentinnen/-Produzenten ihrer Gesundheit zu machen.¹⁵ In Österreich wurden 2011 zehn Rahmengesundheitsziele erarbeitet, die im Sommer 2012 von der Bundesgesundheitskommission und dem Ministerrat beschlossen wurden und dazu beitragen sollen, dass die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre der österreichischen Bevölkerung in den nächsten 20 Jahren um zwei Jahre steigen. Gesundheitskompetenz wurde als wesentliches Ziel in den Rahmengesundheitszielen verankert.¹⁶

Die Empfehlung, dass die Koordination der Leistungserbringung^{17/18} das handlungsleitende Prinzip darstellen soll und dass es professionelle Ansätze wie zum Beispiel Leitlinien (mit einheitlicher medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Behandlungsweise) und Versorgungspfade (prozessorientiert) braucht, findet sich nicht nur in oben genannter WHO-Strategie, sondern auch im Gutachten des deutschen Sachverständigenrates aus 2009 wieder¹⁹. Im Sinne eines langfristigen Versorgungskontinuums sind gerade in komplexen Versorgungssituationen, wie bei Multimorbidität, prozessbezogene Versorgungsstandards von Bedeutung, um die Patientin/den Patienten über die Sektorengrenzen, Schnittstellen und Berufsgruppen hinweg zu begleiten und die intra- und extramuralen Versorgungsverläufe zu strukturieren.²⁰ Demnach zielt die Gesundheitsversorgung Multi-

¹⁰ BMASK (2009). S. 25

¹¹ JA-CHRODIS (o.D.). Zugriff am 25. Juli 2016

¹² Thiem, Hinrichs, Müller, Holt-Noreiks, Nagl, Bucchi, Trampisch, Moschny, Platen, Penner, Junius-Walker, Hummers-Pradier, Theile, Schmiedl, Thürmann, Scholz, Greiner, Klaußen-Mielke, Pientka & Trampisch (2011). S. 101

¹³ SVR (2009). S. 5

¹⁴ Czypionka et al. (2016). S. 17

¹⁵ WHO (2015). S. 7

¹⁶ BMGF (2016). S. V und X

¹⁷ SVR (2009). S. 16

¹⁸ WHO (2015). S. 7

¹⁹ SVR (2009). S. 16

²⁰ Großschädl, Friedl, Stolz & Rásky (2014). S. 25

morbider auf ein Patientinnen-/Patientenmanagement ab, das die Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend begleitet. Dieses Management soll Kommunikation, Kooperation und Koordination erhöhen und zu einer besseren Versorgungsqualität führen.²¹ Das bedeutet ferner, Multimorbidität benötigt geplante, systematische und proaktive Routinen anstelle von reaktiven und improvisierten Versorgungsprozessen, wie sie in Akutsituation erforderlich sind. Abgesehen vom notwendigen Paradigmenwechsel in der Konzeption einer langfristigen Patientinnen-/Patientenbetreuung, wird sich die Rolle der (Haus-) Ärztinnen und (Haus-)Ärzte in Richtung einer Koordinatorin/eines Koordinators bzw. einer Managerin/eines Managers eines interdisziplinären Teams bewegen und neue Aufgaben werden für neue Berufsfelder sorgen, wie zum Beispiel jenes der „(Multiple) Chronic Care Nurse“.²²

Die bislang dünne Evidenzlage führte in den letzten Jahren auf europäischer Ebene seitens der Europäischen Union zu verstärkten Forschungsaktivitäten im Bereich Multimorbidität. Aus den Mitteln des EU Health Programmes 2008–2013 unterstützte die Europäische Kommission das Projekt ICARE4EU („Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe“), das in ungefähr 30 europäischen Ländern (EU-Mitgliedsstaaten, Island, Norwegen und der Schweiz) bestehende Ansätze der integrierten Versorgung für Patientinnen und Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen identifiziert, beschreibt und analysiert, um dadurch Wissen zu verbreiten und die Versorgung Multimorbider in Europa zu verbessern und zu monitieren (Projektlaufzeit 2013–2016).²³

Aufbauend auf den Arbeiten des Projektes ICARE4EU widmete sich das Projekt JA-CHRODIS, „The EU Joint Action on Chronic Diseases and promoting healthy ageing across the life-cycle“, mit dem Arbeitspaket 6 dem Thema Multimorbidität.^{24,25} Im Rahmen dieses Projektes erfolgte eine Umfrage zu bestehenden integrierten Versorgungsprogrammen für multimorbide Patientinnen und Patienten inklusive einer Analyse spezifischer Aspekte wie Behandlungspfade, Polypharmazie und Behandlungstreue. Insgesamt wurden 119 bestehende Programme analysiert. Weiters wurde im Projekt eine systematische Literaturrecherche zur Wirkung integrierter Versorgungsprogramme für Menschen mit Multimorbidität vorgenommen.²⁶

Mit dem im Rahmen dieses Projektes im ersten Halbjahr 2016 erschienen JA-CHRODIS-Bericht „Report on care pathways approaches for multimorbid chronic patients“ stehen nun erstmals umfassend systematisch identifizierte Komponenten²⁷ als Basis für ein Umsetzungskonzept zur integrierten Versorgung multimorbider Personen zur Verfügung, die gleichzeitig die oben erwähnten strategischen und theoretischen Überlegungen beinhalten.

1.2. Zielsetzung und Fragestellungen

Ziel des Projektes war es, vor dem Hintergrund der aktuellen Versorgungssituation und auf Basis einer theoretischen und praxisbezogenen Grundlage, unter Einbeziehung von

²¹ Beske (2016). S. 106-107

²² Rosemann (o.D.). Zugriff am 25. Juli 2016

²³ ICARE4EU (o.D.). Zugriff am 08. November 2016

²⁴ Rijken, Struckmann, Dyakova, Melchiorre, Rissanen & Van Ginneken (2013).

²⁵ van der Heide, Snoeijs, Quattrini, Boerma, Schellevis & Rijken (2015).

²⁶ NIVEL (2015). S. 11

²⁷ JA-CHRODIS (o.D.). Zugriff am 08. November 2016

Expertinnen und Experten ein praxistaugliches Versorgungskonzept zu entwickeln, das zum einen eine verbindliche und umfassende patientinnen-/patientenzentrierte, proaktive und multidisziplinäre (professionell wie informell) koordinierte Versorgung gewährleistet, und zum anderen den Bogen über alle beteiligten Sektoren (intra- und extramural sowie Soziales und Bildung) spannt. Zudem bedeutet praxistauglich, dass sich das Konzept sowohl für ländliche Regionen als auch für städtische Agglomerationsgebiete eignen soll und Raum für zukünftige Veränderungen in der Versorgungslandschaft offenhält (zum Beispiel von der Hausarztpraxis bis hin zum Primary Health Care Center anwendbar ist). Ein weiterer Anspruch an das Umsetzungsmodell ist die Kompatibilität mit bereits Bestehendem (z.B. mit der elektronischen Gesundheitsakte ELGA) und mit zukünftigen Entwicklungen (z.B. neue Technologien im Bereich Telemedizin oder Telemonitoring zur Förderung des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten). Das zu entwickelnde Betreuungsmodell soll sich zudem in die derzeit gegebenen Strukturen einfügen und gleichzeitig flexibel in Bezug auf eine mögliche Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung gestaltet sein.

1.3. Methodik und Vorgehensweise

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit werden die Hintergründe für die Notwendigkeit einer adäquaten Versorgung bei Multimorbidität beleuchtet. Eingangs werden Begriffe, wie zum Beispiel Multimorbidität, definiert, weiters werden allgemeine Themen wie die epidemiologische Bedarfslage und Spezifika des älteren multimorbiden Menschen thematisiert. In der Folge werden unterschiedliche integrierte Versorgungsansätze, die sich für die Betreuung und Behandlung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten eignen, vorgestellt und konkrete Beispiele aus dem deutschsprachigen Raum gegeben, welche einen Eindruck über die unterschiedliche Versorgungspraxis vermitteln und die Charakteristika der verschiedenen Versorgungsmodelle widerspiegeln sollen.

Projektteil A analysiert die aktuelle Versorgungssituation anhand zweier quantitativer Datenanalysen (einer Sekundäranalyse aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 und einer Auswertung aus den Abrechnungsdaten der Sozialversicherung aus dem niedergelassenen Bereich vom Jahr 2013, siehe Kapitel 3., mit denen eine Abschätzung der Prävalenz von Multimorbidität in Österreich vorgenommen wurde.

Zudem erfolgte eine schriftliche Befragung von in die Versorgung Multimorbider involvierten Expertinnen und Experten mittels Fragebogen. Die Ergebnisse der Fragebögen mit explorativem Zugang wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen (siehe Kapitel 4.).

Von den Ergebnissen der Expertinnen- und Expertenbefragung wurden in weiterer Folge Empfehlungen für die Soll-Versorgung abgeleitet (siehe Kapitel 5.). Diese wurden im zweiten Projektjahr (Projektteil B) mit den Modellkomponenten aus dem Bericht zum Arbeitspaket 6 der Joint Action CHRODIS zusammengeführt, in vier Arbeitsgruppen vertiefend diskutiert und in der Folge wurde darauf aufbauend ein praxistaugliches Versorgungsmodell für geriatrische multimorbide Patientinnen und Patienten in Österreich entwickelt und beschrieben (siehe Kapitel 6.). Die vorliegende Ausarbeitung beinhaltet außerdem einen Ausblick mit Empfehlungen für Maßnahmen im Hinblick auf die praktische Umsetzung im Rahmen eines Pilotprojektes.

2. PROJEKTGRUNDLAGEN

2.1. Begriffsdefinitionen

2.1.1. Integrierte Versorgung

Sowohl in der Literatur als auch in der Praxis finden sich unterschiedliche Definitionen und Konzepte von integrierter Versorgung. Dabei finden sich v.a. Unterschiede hinsichtlich des Umfangs der Integration, welcher durch die Integrationstiefe, Indikationsbreite sowie durch die Integrationsintensität bestimmt ist. Die Indikationsbreite legt dabei das Kollektiv/die Zielpopulation fest, die Integrationstiefe bestimmt, welche bzw. wie viele Sektoren die Versorgung miteinbezieht, und die Integrationsintensität beschreibt das Ausmaß der Budgetverantwortung, d.h. den wirtschaftlichen Aspekt.²⁸

Abbildung 1 stellt die genannten Dimensionen einer Integration im Gesundheitswesen grafisch dar.

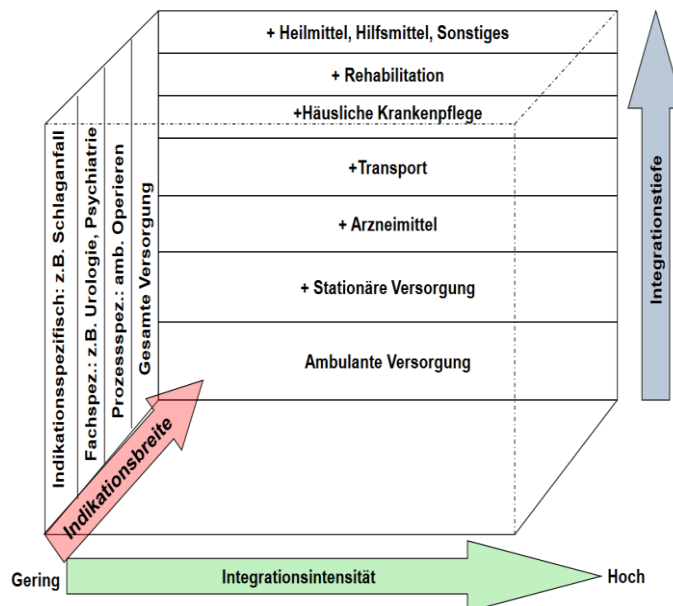


Abbildung 1: Dimensionen einer Integration im Gesundheitswesen

Auf Basis dieser Dimensionen hat das CCIV eine Definition der integrierten Versorgung erarbeitet: Das CCIV versteht unter integrierter Versorgung eine Versorgung, die

- patientinnen-/patientenorientiert,
- kontinuierlich,
- sektorenübergreifend und/oder interdisziplinär sowie
- nach standardisierten Behandlungskonzepten (Guidelines, Behandlungspfade ...) ausgerichtet

ist.

Essentiell dabei ist die Prozess- und Organisationsintegration. Das ist auch in der Definition der WHO ersichtlich, welche unter integrierter Versorgung „das Management und die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen“ versteht, „sodass Patientinnen und Patienten

²⁸ Becka & Schauppenlehner (o.D.). Zugriff am 25. Oktober 2016

ein Kontinuum an präventiven und kurativen Leistungen erhalten, das ihren Bedürfnissen über die Zeit und über verschiedene Ebenen des Gesundheitssystems hinweg entspricht“.²⁹

Prinzipiell lassen sich indikations- und populationsbezogene Modelle integrierter Versorgung unterscheiden. Modelle zur integrierten Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten sind per definitionem populationsbezogen.

2.1.2. Multimorbidität

Unter Multimorbidität wird im Allgemeinen die gleichzeitige „Anwesenheit mehrerer, wiederkehrender, chronischer oder akuter Erkrankungen und Symptome bei einer Person zur gleichen Zeit“ verstanden, wobei diese von einer Grunderkrankung unabhängig sind“.^{30/31} Diese vage Definition wirft jedoch Fragen auf und lässt die Schwierigkeit einer adäquaten Begriffsbestimmung rasch erkennen.

Andere Definitionen legen etwas klarer abgegrenzte Parameter zugrunde. Für die Operationalisierung des Begriffes Multimorbidität werden in vielen Studien vorgefertigte Listen chronischer Erkrankungen herangezogen und Multimorbidität über eine Mindestanzahl dieser Erkrankungen definiert. Diese Vorgehensweise stellt aus quantitativer Forschungsperspektive einen praktikablen Zugang dar. Jedoch werden dabei die Krankheitsschwere, die Komplexität der therapeutischen Maßnahmen sowie die Schmerzkomponente und weitere damit verbundene Einschränkungen nicht berücksichtigt.³²

In den diversen Begriffsdefinitionen variiert auch die Mindestanzahl an chronischen Erkrankungen, ab welcher von Multimorbidität gesprochen wird. Mehrheitlich wird bereits beim gleichzeitigen Auftreten von zwei Erkrankungen von Multimorbidität gesprochen, während jedoch bei manchen Definitionen im Rahmen von Studien dieser Wert deutlich höher angesetzt wird.³³

Im vorliegenden Projekt wird Multimorbidität in Anlehnung an die Definition der aktuellen NICE-Leitlinie³⁴ wie folgt definiert: Langfristiges Vorhandensein, d.h. zumindest für die Dauer von sechs Monaten, von zumindest zwei der folgenden Punkte bei einer Person:

- Bestimmte physische oder psychische Erkrankung (z.B. Diabetes, Schizophrenie)
- Symptomkomplex wie z.B. Gebrechlichkeit, chronischer Schmerz
- Sinnesverlust, z.B. Blindheit, Taubheit
- Alkohol- oder sonstiger Substanzmissbrauch

Ziel dieser Definition ist es, mehr auf die Funktionalität abzielen. Dies empfiehlt auch der Deutsche Sachverständigenrat, welcher in seinem Sonderbericht aus 2009 festhält, dass bei der Versorgung von älteren und alten Personen, die oftmals multimorbide sind,

²⁹ WHO (2008). S. 1

³⁰ SVR (2009). S. 251

³¹ Kuhlmei & Tesch-Römer (2013). S. 13

³² SVR (2009). S. 251

³³ Kuhlmei et al. (2013). S. 13

³⁴ NICE Guideline (2016). Zugriff am 09. November 2016

die Funktionsfähigkeit bzw. -einschränkung im Fokus stehen sollte und die Versorgung nicht in erster Linie krankheitszentriert ausgerichtet sein sollte.³⁵

2.1.3. Die geriatrische Patientin/der geriatrische Patient

Eine geriatrische Patientin/ein geriatrischer Patient ist prinzipiell durch ihr/sein biologisches Alter charakterisiert. Darüber hinaus kennzeichnet sie/ihn das Vorliegen mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität) mit oftmals veränderter, unspezifischer Symptomatik, verlängertem Krankheitsverlauf und häufig verzögerter Genesung. Zudem kann sie/er durch eine veränderte Reaktion auf Medikamente (veränderte Pharmakokinetik und -dynamik) sowie durch das Vorliegen von Demobilisierungs- und psychosozialen Symptomen gekennzeichnet sein.³⁶

Bei der geriatrischen Patientin/dem geriatrischen Patienten ist weiters das Risiko einer Pflegebedürftigkeit erhöht. Dieses wird wesentlich durch folgende vier Faktoren, welche auch als „Giganten der Geriatrie“ bzw. als die „4 I's der Geriatrie“ bezeichnet werden, bestimmt: Instabilität, Immobilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau.³⁷ Aggravierend kommen heute oft noch folgende Faktoren hinzu: soziale Isolation, iatrogene (d.h. ärztlich bzw. durch die Therapie verursachte) Probleme und Appetitlosigkeit bzw. -mangel.³⁸

2.2. Epidemiologie

Der rasante demographische Wandel der Altersstruktur, hin zu einer vermehrt hochaltrigen Bevölkerung, bedeutet – vor dem Hintergrund der längeren Lebensdauer – einen Anstieg des Risikos, gleichzeitig an mehreren chronischen Erkrankungen zu leiden. In Zukunft ist deshalb davon auszugehen, dass die Zahl der multimorbiden Frauen und Männer steigen wird.³⁹

Zahlreiche Studien verweisen schon jetzt auf eine hohe Prävalenz von Mehrfacherkrankungen. Allerdings sind diese Zahlen stark von der jeweiligen Population, der Definition von Multimorbidität und der Anzahl und Art der berücksichtigten Erkrankungen abhängig.⁴⁰ Im Folgenden sollen Anhaltspunkte für die Häufigkeit von Multimorbidität gegeben werden. Zudem werden Risikofaktoren, die das Entstehen von Multimorbidität potenzieren, erörtert.

2.2.1. Demographische Entwicklungen – Herausforderung Multimorbidität

Analog zu den Entwicklungen der meisten Industrienationen unterliegt auch die österreichische Bevölkerung der demographischen Veränderung. Charakteristisch sind dabei zum einen ein Rückgang der Geburtenrate und zum anderen eine Zunahme der Lebenserwartung. Diese beiden Aspekte tragen zur Alterung der Gesellschaft bei.⁴¹

³⁵ SVR (2009). S. 299

³⁶ Füsgen (2000). S. 63

³⁷ Pinter (2010).

³⁸ Sieber (o.D.). - Zugriff am 22. November 2016

³⁹ Nowossadeck (2012). S. 1-6

⁴⁰ Scheidt-Nave et al. (2010). S. 442

⁴¹ Höpflinger (1997). S. 179

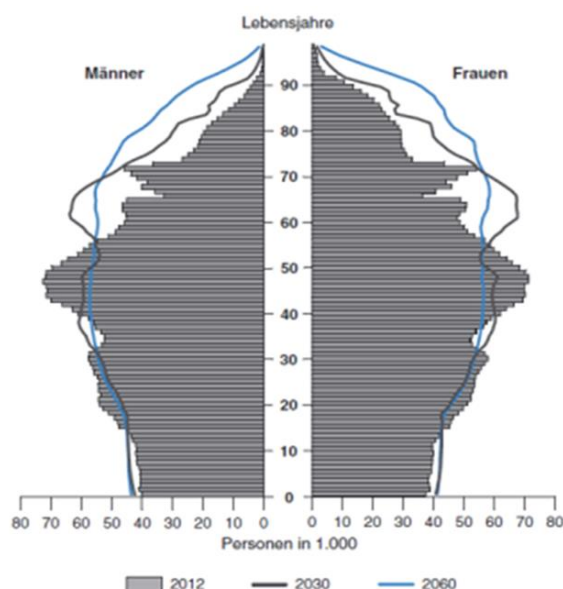


Abbildung 2: Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung⁴²

Prognosen der Statistik Austria zufolge ist die künftige Entwicklung der österreichischen Bevölkerung durch eine Veränderung der Altersstruktur – mit einer deutlichen Verschiebung hin zu höheren Altersschichten – gekennzeichnet (siehe Abbildung 2). Sind aktuell 22,2 % der Österreicherinnen und Österreicher 60 Jahre oder älter, so trifft dies im Jahr 2018 auf mehr als 25 % der Bevölkerung zu. Ab 2027 wird bereits etwa jede dritte Person in Österreich mindestens 60 Jahre alt sein.⁴³ Auch das Durchschnittsalter, das derzeit in Österreich bei 42,0 Jahren liegt,⁴⁴ wird gemäß Prognosen der Statistik Austria bis zum Jahr 2050 um fünf Jahre ansteigen.⁴⁵

Mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft geht auch ein Anstieg altersbedingter Krankheiten einher. Die Auswirkungen der demographischen Alterung stellen somit auch das Gesundheitswesen vor die Herausforderung, sich vermehrt mit altersassoziierten Erkrankungen – im Besonderen mit dem Thema der Multimorbidität – zu befassen.

2.2.2. Prävalenz

Je nach Studie variieren die Prävalenzangaben zu Multimorbidität. Eine erste Orientierung für die Verbreitung von Multimorbidität in Österreich bietet die Diagnose- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich. Anhand der Dokumentation von Nebendiagnosen kann abgeleitet werden, dass 65- bis 74-jährige Krankenhauspatientinnen/-patienten zwischen 4,0 und 4,2 Erkrankungen aufweisen. In der Gruppe der Hochaltrigen (75+) steigt die Krankheitslast auf durchschnittlich 5,2 beziehungsweise 5,3 Erkrankungen an.⁴⁶

Im Rahmen der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie wurde der Blick auf die gesundheitliche Lage hochaltriger Personen ab 80 Jahren gelegt. Bei der Befragung gaben 7,6 % der Personen an, an keiner chronischen Erkrankung zu leiden. Diesem geringen Anteil stehen jedoch 44,9 % der Befragten gegenüber, die von zwei bis drei

⁴² Statistik Austria (2013). S. 43

⁴³ Statistik Austria (2008). Zugriff am 24. Juli 2016

⁴⁴ Statistik Austria (2013). S. 23

⁴⁵ Statistik Austria (2014).

⁴⁶ Winkler, Pochobradsky & Wirl (2012). S. 67-68

chronischen Krankheiten betroffen sind. Für 6,3 % der Befragten trifft sogar zu, dass sie mehr als fünf Erkrankungen aufweisen.⁴⁷

Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie zeigen, dass bei knapp einem Drittel der über 69-Jährigen und bei etwa der Hälfte der über 84-Jährigen zumindest fünf behandlungsrelevante Erkrankungen vorliegen. Über alle Altersgruppen hinweg sind Frauen häufiger von Multimorbidität betroffen als Männer. Außerdem lässt die Berliner Altersstudie den Schluss zu, dass soziale Lage und Multimorbidität miteinander in Zusammenhang stehen.

Der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) bietet Wissenschaftlern die Datengrundlage, Veränderungen der wirtschaftlichen, gesundheitlichen und sozialen Lage älterer Menschen in Europa zu beobachten. Im Rahmen der 4. Befragungswelle (2011/2012) wurden 65.000 Menschen, die älter als 50 Jahre alt waren, aus 16 Ländern befragt. Von dieser Befragung konnten für die 16 teilnehmenden europäischen Länder Prävalenzzahlen zur Multimorbidität abgeleitet werden (siehe Abbildung 3). Für Österreich ergab die Befragung, dass rund ein Viertel der Personen ab 50 Jahren zeitgleich an mindestens zwei Erkrankungen leidet.⁴⁸

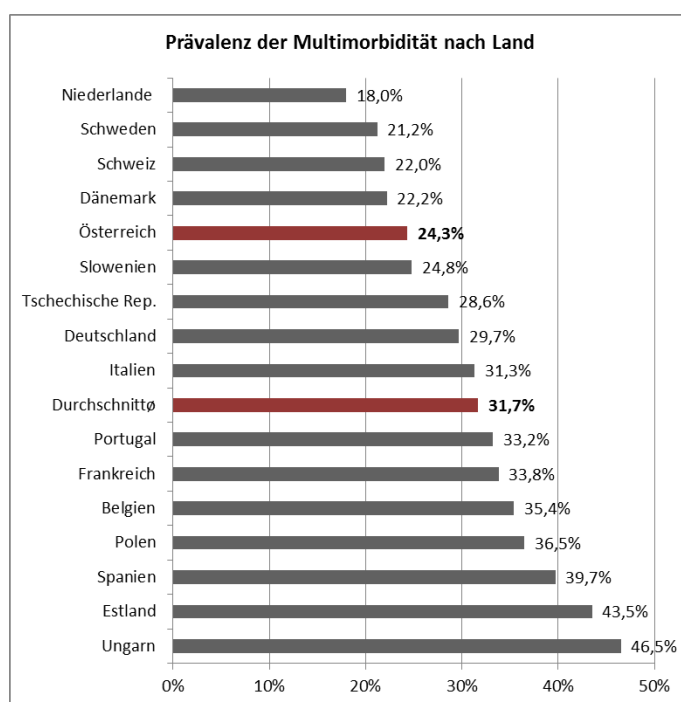


Abbildung 3: Prävalenz der Multimorbidität nach Land⁴⁹

Als Folge der demographischen Alterung, der Verschiebung der Altersstruktur und des mit zunehmendem Alter steigenden individuellen Krankheitsrisikos nehmen auch jene Risikofaktoren zu, die zu Multimorbidität führen.⁵⁰

Im ersten Projektjahr, d.h. 2015, wurde im Sinne einer intensiveren Betrachtung der Prävalenz die Versorgungssituation multimorbider Patientinnen und Patienten in Österreich analysiert.

⁴⁷ Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (2015). S. 42

⁴⁸ Moreau-Gruet (2013). S. 1-8

⁴⁹ Eigene Darstellung nach Moreau-Gruet (2013). S. 4

⁵⁰ Böhmer & Frühwald (2009). S. 301-303

Für die Analyse wurden die folgenden drei methodischen Ansätze herangezogen:

1. Sekundäranalyse der Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 (siehe Kapitel 3.1.)
2. Auswertung der Abrechnungsdaten aus dem niedergelassenen Bereich (siehe Kapitel 3.2.)
3. Expertinnen-/Expertenbefragung mit in die Versorgung involvierten Berufsgruppen (siehe Kapitel 4.)

2.3. Relevante Aspekte in der Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten

2.3.1. Geriatrische Syndrome/Symptomkomplexe

Geriatrische Patientinnen und Patienten sind oftmals multimorbide und durch das Auftreten spezifischer geriatrischer Syndrome/Symptomkomplexe gekennzeichnet. Typisch für geriatrische Syndrome ist, dass verschiedene ätiologische Faktoren mit diversen, teilweise interagierenden pathophysiologischen Mechanismen zum Auftreten eines spezifischen klinischen Erscheinungsbildes führen, das zusätzlich zu den Symptomen der Einzeldiagnosen bei der Betroffenen/dem Betroffenen besteht. D.h. einem bestimmten klinischen Erscheinungsbild können (mehrere) unterschiedliche ursächliche Faktoren zugrunde liegen und auch der Kombination dieser Faktoren, d.h. den unterschiedlichen, einander teilweise beeinflussenden pathophysiologischen Mechanismen kommt eine besondere Bedeutung zu.⁵¹

Geriatrische Syndrome sind dadurch gekennzeichnet, dass sie häufig vorkommen, multifaktoriell bedingt sind, oft mit Frailty assoziiert sind und eine hohe Komplikations- und Nebenwirkungsrate aufweisen, wodurch sie auch mit einer erhöhten Sterblichkeit einhergehen.

Die Behandlung bzw. Betreuung von Patientinnen und Patienten mit geriatrischen Syndromen erfordert jedenfalls immer einen multidisziplinären Ansatz.⁵²

Zentrale Bedeutung kommt dem Frailty-Syndrom zu, das mit Gebrechlichkeit einhergeht und ein bekanntes Phänomen des altersassoziierten Involutionsprozesses ist. Mit dem Alter steigt daher auch die Prävalenz der Frailty; sie liegt in der Gruppe der 65- bis 75-Jährigen zwischen 6 und 15 %.⁵³

Charakterisiert ist Frailty durch das Vorliegen von zumindest drei der folgenden Kriterien:

- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (> 5 kg in einem Jahr)
- Subjektives Gefühl der allgemeinen Erschöpfung
- Schwäche (Handkraftmessung)
- Langsame Gehweise/geringe Gehgeschwindigkeit
- Geringe körperliche Aktivität⁵⁴

⁵¹ Olde Rikkert, Rigaud, van Hoeyweghen & de Graaf (2003) S. 83-87

⁵² Inouye, Studenski, Tinetti & Kuchel (2007) S. 780-791

⁵³ Pils (2010) S. 9-10

⁵⁴ Fried LP et al. (2001). S. M146-M156

Auch Sarkopenie, d.h. eine niedrige Muskelmasse verbunden mit verminderter Muskelfunktion oder verminderter Muskelkraft, spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle und trägt oft zur Frailty bei.⁵⁵

2.3.2. Polypharmazie

Das Bestehen mehrerer Erkrankungen erhöht häufig auch die Anzahl der einer Person gleichzeitig verordneten Medikamente. Man spricht in diesem Fall von Poly- bzw. Multipharmazie. Dafür finden sich mehrere unterschiedliche Gründe. Wetterling nennt folgende drei zentrale Aspekte:⁵⁶

1. Alle zur selben Zeit bestehenden Erkrankungen werden als behandlungsbedürftig eingestuft. Folglich wird für jede Einzelindikation eine medikamentöse Therapie angestrebt.
2. Aufgrund einer unzureichenden Wirkung eines indizierten Medikamentes erfolgt eine Kombination mit einem oder mehreren weiteren Medikamenten mit ähnlicher Wirkung, um ein therapeutisch verbessertes Ergebnis zu erreichen.
3. Um Nebenwirkungen verabreichter Medikamente abzuschwächen, werden zusätzliche Präparate eingesetzt.

Durch die Kombination zahlreicher Medikamente kann, insbesondere bei älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten, ein größerer Schaden als Nutzen entstehen – v.a. durch dabei auftretende unerwünschte Arzneimittelwirkungen und -wechselwirkungen.⁵⁷ Besonders bei multimorbiden Personen empfiehlt sich daher immer das kritische Hinterfragen jeder neuen medikamentösen Verordnung.⁵⁸

Die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie führte eine Analyse der Medikamentenversorgung von Personen ab 80 Jahren durch. Die Ergebnisse bestätigen den hohen Anteil an ärztlich verordneten Arzneimitteln in den höheren Altersgruppen. 96,1 % der Befragten gaben an, dass sie zumindest ein verordnetes Medikament regelmäßig einnehmen. Die Studie definierte Polypharmazie als die gleichzeitige Verordnung von mehr als fünf Substanzen. Dies traf mit einem Anteil von 41,4 % auf beinahe die Hälfte der Personen ab 80 Jahren zu. Rund ein Drittel (29,1 %) der Personen hatte Verordnungen für sechs bis zehn, und mehr als jeder Zehnte (12,4 %) für mehr als zehn Medikamente. Neben diesen hohen Anteilen an gleichzeitig ärztlich verordneten Arzneimitteln gaben weiters 36,6 % der Personen an, zusätzlich auch regelmäßig rezeptfreie Medikamente anzuwenden.⁵⁹

Der deutsche Forschungsverbund PRISCUS hat — im Rahmen eines Teilprojektes zur Generierung wissenschaftlicher Grundlagen für neue Versorgungsmodelle — potentiell inadäquate Medikationen (PIM) und pharmakologische Interaktionen bei multimorbiden Personen untersucht.⁶⁰ In einem ersten Projektschritt wurde in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten eine Liste erarbeitet, welche für ältere Menschen potentiell in-

⁵⁵ Cruz-Jentoft et al. (2010). S. 412-423

⁵⁶ Wetterling, Tilman (o.D.). Zugriff am 16. Jänner 2015

⁵⁷ Böhmer & Frühwald (2009). S. 310

⁵⁸ Wetterling, Tilman (o.D.). Zugriff am 16. Jänner 2015

⁵⁹ Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (2015). S. 45

⁶⁰ Thiem et al. (2011). S. 102

adäquate Medikamente anführt. Diese sogenannte PRISCUS-Liste enthält in Summe 83 Medikamente, welche laut Expertinnen und Experten

- bei einem älteren Patientinnen-/Patientenklientel nicht angewendet werden sollten,
- bei bestimmten Krankheiten keine Anwendung finden sollten oder
- bei älteren Personen eine Dosierungsanpassung erfordern, um unerwünschte Nebenwirkungen zu verhindern.

In einer zweiten Projektphase wurden drei Kohortenstudien, die mittels Patientinnen- und Patienteninterviews u.a. die Anzahl der eingenommenen Medikamente sowie deren Einnahmemodalitäten erhoben, ausgewertet. Diese Daten wurden dann anhand der PIM-Liste⁶¹ hinsichtlich Arzneimittelinteraktionen und unerwünschter Nebenwirkungen evaluiert. Durchschnittlich hatten die Befragten in allen drei Studien täglich 6 ± 3 Medikamente, wobei rund zwei Drittel der Patientinnen und Patienten fünf oder mehr Medikamente einnahmen. Weiters zeigte sich, dass in allen drei Studien der Anteil der Personen mit Medikamenten aus der PIM-Liste bei rund 18 % lag. Bei zwei der drei Studien wurde eine Auswertung von Kontraindikationen durchgeführt. Hier zeigte sich, dass 22 bzw. 25 % aller Personen eine Dauermedikation mit zumindest einer Substanz hatten, die mindestens eine schwerwiegende Interaktion bzw. eine Kontraindikation aufwies.⁶²

2.3.3. Leitlinien

Leitlinien geben einen definierten Handlungs- und Entscheidungsspielraum vor. Von diesem kann bzw. muss allerdings in begründeten Fällen auch abgewichen werden: Lässt die individuelle Situation der Patientin/des Patienten keine leitlinienkonforme Behandlung zu, kann und muss die Ärztin/der Arzt von den Empfehlungen der Leitlinie begründet Abstand nehmen.⁶³

Leitlinien zu einzelnen chronischen Erkrankungen können bei Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen nicht einfach parallel angewandt werden. Dies würde zu Wechselwirkungen und Unter- bzw. Überdosierungen oder -therapien führen.⁶⁴ Im Falle von Multimorbidität müssen oftmals die zu erwartenden positiven Wirkungen gegenüber den damit möglicherweise verbundenen Risiken und Belastungen für die einzelne Person abgewogen werden.⁶⁵ D.h. die Empfehlungen aus existierenden krankheitsspezifischen Leitlinien müssen für die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten unter Berücksichtigung ihrer/seiner Prioritäten angepasst werden.^{66,67}

Für die Behandlung multimorbider älterer Patientinnen und Patienten gibt es bis dato keine spezifische Leitlinie. Im Register der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) finden sich insgesamt nur fünf Leitlinien, in denen Mehrfacherkrankungen erwähnt werden. Bei einer Untersuchung im Jahr 2005 wurden Leitlinien zu chronischen Erkrankungen hinsichtlich Behandlungsempfehlungen

⁶¹ Mann et al. (2012). S. 160-169

⁶² Thiem et al. (2011). S. 107-108

⁶³ Gerlach, Beyer, Muth, Saal & Gensichen (1998). S. 1014–1021

⁶⁴ SVR (2009). S. 251-263. Zugriff am 16. Dezember 2014

⁶⁵ Czypionka et al. (2016).

⁶⁶ Guthrie et al. (2012). 345:e6341

⁶⁷ Roland et al. (2013). 346:f2510

für multimorbide ältere Personen analysiert. Die Leitlinien enthielten nur selten entsprechende Empfehlungen für Hochaltrige. In keiner der Leitlinien wurden Empfehlungen zur Prioritätensetzung bei Mehrfacherkrankungen gegeben.⁶⁸

Für die Entwicklung von Leitlinien zu Multimorbidität mangelt es an Studien und evidenzbasierten Grundlagen.^{69,70,71} Grundlegend ist zu sagen, dass zu allererst eine einheitliche, sowohl national als auch international anerkannte Definition von Multimorbidität erforderlich wäre, um basierend auf dieser die epidemiologische Situation zu analysieren. Weiters setzt eine Leitlinie zur Multimorbidität Studien voraus, die eine breitgefächerte Evidenz für häufige Krankheitskonstellationen sowie Priorisierungen im Behandlungsablauf ableiten lassen. Ebenso spielen sektorenübergreifende Versorgungsverläufe und die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe eine wesentliche Rolle. Hier finden sich weitere Ansatzpunkte in der Fokussierung auf Betreuungsstruktur und Versorgungsprozess sowie in konkreten Vereinbarungen an den Schnittstellen. Letztendlich erfordert die Implementierung einer solchen Leitlinie die Einbindung in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie in die Qualitätssicherung.⁷² Zudem wäre es essentiell, in einer solchen Leitlinie darauf hinzuweisen, dass der Gesamtzustand der Patientin/des Patienten berücksichtigt werden muss und die Behandlung ressourcenorientiert erfolgen sollte. Das oberste Ziel einer Leitlinie für Multimorbidität muss die Verbesserung der Lebensqualität der Patientin/des Patienten sein. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat im Dezember 2014 das Leitlinienvorhaben „Multimorbidität“ angemeldet. Anstoß dafür war die Schlüsselpublikation von Boyd et al. aus 2005. In dieser Publikation veranschaulichte Boyd, wie eine 79-jährige multimorbide Patientin bei leitliniengerechter Behandlung ein so umfassendes Therapieprogramm zu befolgen hätte, dass sie täglich 24 Verhaltensregeln zu beachten hätte und zwölf verschiedene Medikamente einnehmen müsste.⁷³ Die geplante DEGAM-Leitlinie soll in einem zehnstufigen Verfahren entwickelt werden. Auf Basis einer systematischen Recherche zu klinischen Empfehlungen für Multimorbidität wird ein Meta-Algorithmus entwickelt, um abschließend Kernempfehlungen abzuleiten.⁷⁴ Die Fertigstellung der Leitlinie ist für Anfang 2017 geplant.

Auch der Projektverbund PRISCUS hat sich zum Ziel gesetzt, Behandlungsstandards für die Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität zu entwickeln. In einem mehrstufigen Verfahren wird zunächst auf einer systematischen Literaturübersicht und den Präferenzen bzw. Erwartungen von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen aufgebaut. Dann wird in einem weiteren Schritt, ausgehend von den zehn am häufigsten zu Multimorbidität beitragenden chronischen Erkrankungen, eine Übersicht erstellt. Dabei wird das Ziel verfolgt, festzustellen, inwieweit Empfehlungen zur Behandlung chronischer Erkrankungen auch bei gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Erkrankungen angewendet werden können. In weiterer Folge soll ein Katalog von Therapieempfehlungen erstellt werden, der dann mit Kosten- und Leistungsträgern, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen abgestimmt wird. Der erstellte Behandlungsstandard soll

⁶⁸ Boyd, Darer, Boulton, Fried, Boulton & Wu (2005). S. 716-724

⁶⁹ SVR (2009). S. 251-263. Zugriff am 16. Dezember 2014

⁷⁰ Großschädl, Freidl, Stolz & Räskey (2014). S. 61

⁷¹ Gerlach et al. (1998). S. 1014-1021

⁷² SVR (2009). S. 251-263. Zugriff am 16. Dezember 2014

⁷³ Boyd, Darer, Boulton, Fried, Boulton & Wu (2005). S. 716-724

⁷⁴ AWMF online (2014). Zugriff am 22. Jänner 2015

dann in einer Pilotstudie auf seine Anwendbarkeit hin getestet und gegebenenfalls adaptiert werden.⁷⁵

2.4. Mögliche Ansätze der integrierten Versorgung bei Multimorbidität (populationsbezogen)

Die sich verändernde Altersstruktur erfordert ein Umdenken der Kostenträger und Gesundheitsdienstleister aller Sektoren. Besonders die steigende Prävalenz der Multimorbidität macht eine schnittstellenübergreifende Koordination und Kommunikation unumgänglich.⁷⁶

Wesentlich ist, dass flächendeckend und gut erreichbar eine verlässliche, hohen Qualitätsmaßstäben entsprechende Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten sichergestellt ist, um ein Fortschreiten der Erkrankungen und die krankheitsbedingte Mortalität zu minimieren. Dazu werden in den folgenden Unterkapiteln verschiedene Ansätze unterschiedlichen Umfangs für die integrierte Versorgung multimorbider Personen dargestellt, wobei diese Ansätze einander teilweise überschneiden bzw. ergänzen.

2.4.1. Hausarztentlastende Modelle bzw. Kooperationsmodelle mit anderen Berufsgruppen

Das gemeinsame Ziel aller hausarztentlastenden Modelle ist eine auf die Bedürfnisse der multimorbiden Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung^{77,78}, die Alltagskompetenzen vermittelt, um den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen zu können und die Lebensqualität zu steigern.⁷⁹

Im Rahmen des hausarztentlastenden Modells wird die Hausärztin/der Hausarzt als zentrale Akteurin/zentraler Akteur durch eine erweiterte Form der Praxishilfe (medizinische/r Fachangestellte/r) in ihrer/seiner Tätigkeit unterstützt, die als „verlängerter Arm“ der Hausärztin/des Hausarztes agiert⁸⁰ und ähnlich einem hausarztbasiertem Case Management die Rolle einer Case Managerin/eines Case Managers übernimmt⁸¹. In den meisten Konzepten übernimmt die Assistenzkraft hauptsächlich diagnostische und therapeutische Aufgaben im Rahmen von Hausbesuchen (z.B. Beurteilung des Gesundheitszustands, Blutabnahme, Blutzuckermessungen, Injektionen, Verbandswechsel, Wund- und Dekubitusbehandlungen). Beim Hausbesuch werden die Daten zum Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten vor Ort elektronisch dokumentiert und per Datenfernübertragung direkt in die EDV der hausärztlichen Praxis eingespeist. Im Rahmen von Telemonitoring (siehe dazu Kapitel 2.4.2.) kann die Patientin/der Patient auch selbst ihre/seine Messwerte an die Praxis übermitteln.⁸² Der deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) empfiehlt, die Tätigkeiten der Assistenzkraft nicht allein auf die delegierten Hausbesuche zu beschränken, sondern diese auch in die

⁷⁵ PRISCUS (2015). Zugriff am 16. März 2015

⁷⁶ Dittmar, Wohlgemuth & Nagel (2009). S. 16-26

⁷⁷ Dreier, Rogalski, Homeyer, Oppermann & Hoffmann (2015). S. 408-409

⁷⁸ SVR (2009). S. 430-433. Zugriff am 16. Dezember 2014

⁷⁹ SVR (2009). S. 430. Zugriff am 16. Dezember 2014

⁸⁰ SVR (2009). S. 430-433. Zugriff am 16. Dezember 2014

⁸¹ Kalitzkus, Schluckebier & Wilm (2009). S. 404

⁸² SVR (2009). S. 430-433. Zugriff am 16. Dezember 2014

Gestaltung der Abläufe in der hausärztlichen Praxis einzubinden⁸³. Auch beratende und koordinierende Tätigkeiten (z.B. Beratung zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen wie Sturzprävention, Abhaltung von Chroniker-Sprechstunden) sollen von der Assistentkraft übernommen werden.

Ein bekanntes Beispiel für einen hausarztentlastenden Ansatz ist das deutsche Projekt „AGnES, die arztentlastende gemeindenahe eHealth gestützte systemische Intervention“, die primär für von Unterversorgung bedrohte Regionen entwickelt wurde. Je nach Primärqualifikation (Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Arzthelferin/Arzthelfer oder medizinische/r Fachangestellte/r) wurde ein spezifisches Curriculum für die Ausbildung der AGnES-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter entwickelt, das Schwerpunkte im geriatrischen Assessment oder der Palliativmedizin und zusätzlich vertiefende Module zur Arzneimittelkontrolle, Sturzprävention oder Telecare enthält.⁸⁴ Eine erste Evaluierung des Projektes AGnES ergab, dass knapp 80 % der Hausbesuche von einem gut geschulten Personal übernommen werden konnten.⁸⁵

Ähnliche Projekte wie AGnES stellen die ebenfalls in Deutschland initiierten Projekte MoPra (mobile Praxisassistentin) für chronisch kranke bzw. multimorbide und mobilitätseingeschränkte Personen, meist ab 65 Jahren, CMN (Community Medicine Nurse) oder VERAH® (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) dar, wobei ein Unterschied im Arbeitsverhältnis mit der hausärztlichen Praxis besteht. Beim Modell AGnES ist kein fixes Arbeitsverhältnis mit der hausärztlichen Praxis erforderlich, wohingegen die Konzepte MoPra und VERAH® ein fixes Arbeitsverhältnis vorsehen. Ein weiterer Unterschied besteht in der Form der Ausbildung (Primär- und Zusatzqualifikation/Fortbildung oder Training/Lehrgang) bzw. in der in der Ausbildung vorgesehenen Stundenanzahl (von 84 bis 820 Stunden).⁸⁶

In Minneapolis hat sich ein Versorgungsmodell etabliert, das sich in vier Betreuungsphasen gliedert:

1. Besuchsvorbereitung durch eine nichtärztliche Mitarbeiterin/einen nichtärztlichen Mitarbeiter (medical assistant), zur Klärung, ob alle anstehenden Aufgaben zur präventiven und kurativen Betreuung angedacht wurden
2. „medication reconciliation“: Bestandsaufnahme aller tatsächlich eingenommen und verordneten Medikamente im Rahmen eines Hausbesuches
3. Besuchsnachbereitung („post-visit-care“) durch nichtärztliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zwecks Abklärung eventuell offener Fragen bzw. Verständnisfragen aus der Visite
4. Geplante Telefonanrufe zwischen den Besuchen („between-visit-care“) durch nichtärztliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

Hausarztentlastende Modelle bieten eine Reihe von Vorteilen für chronisch kranke und multimorbide Personen. Durch die Einbindung erweiterter Praxisassistentinnen und -assistenten kann eine gute Langzeitversorgung im häuslichen Umfeld unterstützt werden, v.a. auch von mobilitätseingeschränkten Personen, die einen hohen Bedarf an zeitintensi-

⁸³ SVR (2009). S. 433. Zugriff am 16. Dezember 2014

⁸⁴ SVR (2009). S. 430-433. Zugriff am 16. Dezember 2014

⁸⁵ Dreier, Rogalski, Homeyer, Oppermann & Hoffmann (2015). S. 408-409

⁸⁶ Kalitzkus, Schluckebier & Wilm (2009). S. 404-405

ven Hausbesuchen aufweisen. Durch die zeitliche Entlastung der Ärztinnen und Ärzte bei den Hausbesuchen werden vermehrt Ressourcen für ärztliche Kernaufgaben — die medizinische Versorgung — in den Ordinationen frei und Personen mit komplexem Versorgungsbedarf erhalten Routineuntersuchungen im häuslichen Umfeld. Durch den Einsatz der erweiterten Praxishilfe erfolgt zudem eine Einschätzung des allgemeinen Gesundheitsstatus, sodass im Bedarfsfall rasch auf einen geänderten Versorgungsbedarf reagiert werden kann.

Die hausarztentlastenden Modelle dürfen nicht als Konkurrenz zu den ambulanten Pflegediensten gesehen werden, sondern als Bindeglied, z.B. bei steigendem Pflegebedarf.⁸⁷

2.4.2. Telemedizin/Telemonitoring

Der Begriff Telemedizin umschreibt die Bereitstellung oder Unterstützung von Leistungen des Gesundheitswesens mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wobei Patientin/Patient und Gesundheitsdiensteanbieter bzw. zwei Gesundheitsdiensteanbieter nicht am selben Ort anwesend sind.⁸⁸ D.h. es erfolgt eine einrichtungsübergreifende und ortsunabhängige Übertragung medizinischer Daten und Dienstleistungen.⁸⁹ 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.⁹⁰

Mittels Telemedizin ist es möglich, Daten, Texte, Tabellen, Befunde und Bilder für diagnostische und therapeutische Zwecke zu übermitteln, zu speichern und zu bearbeiten.^{91/92} Durch die Verschränkung der Sektoren ist es möglich, Versorgungsleistungen zu optimieren und diese zugleich kostengünstiger zu gestalten.⁹³ Kosten- und Entscheidungsträgern sowie Leistungserbringerinnen/-erbringern liefert die Telemedizin für chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten eine Möglichkeit für eine höhere medizinische Versorgungsqualität, die zugleich kostengünstiger ist.⁹⁴

Dem Grundgedanken „Move the information, not the patient“ folgend unterstützt Telemedizin den Informationsfluss zwischen Patientinnen/Patienten und Leistungserbringerinnen/-erbringern sowie zwischen den Leistungserbringerinnen/-erbringern.⁹⁵ Die Anwendung telemedizinischer Leistungen bietet besonders in der Versorgung chronisch Kranker und Multimorbider eine Reihe von Vorteilen. Speziell Telemonitoring und Teletherapie werden schon jetzt in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Herz-/Kreislaufkrankungen, Diabetes und Asthma eingesetzt, da dies die erforderliche regelmäßige Überprüfung der Vitalparameter vereinfacht.⁹⁶ Daten können sowohl zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient (Doc2Patient) als auch zwischen Ärz-

⁸⁷ SVR (2009). S. 430-433. Zugriff am 16. Dezember 2014

⁸⁸ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (o.D.). Zugriff am 9. Jänner 2017

⁸⁹ Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (2011). Zugriff am 05. Februar 2015

⁹⁰ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (o.D.). Zugriff am 9. Jänner 2017

⁹¹ Hartinger (2011). S. 1-8

⁹² Perlitz (2010). S. 1-10

⁹³ Hartinger (2011). S.1-8

⁹⁴ Korb (2010). S. 23-25

⁹⁵ Hartinger (2011). S. 1-8

⁹⁶ Korb (2010). S. 23-25

tinnen/Ärzten (Doc2Doc) übermittelt werden.⁹⁷ Ärztinnen und Ärzte können so speziell in Disziplinen, in denen Befunde in elektronischer Form erhoben werden (z.B. Röntgenuntersuchung, Computertomografie, Kernspintomografie, nuklearmedizinische Untersuchung, Ultraschall, Bilder von pathologischen Schnitten und Hauterkrankungen), auf schnellem Wege mehrere Fachmeinungen einholen und dadurch das Behandlungsangebot erweitern.⁹⁸

Die Versorgung mit modernen IKT kann „home-based“ (zu Hause bei der Patientin/beim Patienten), „hospital-based“ (im Krankenhaus) oder „office-based“ (in der haus- oder fachärztlichen Praxis) erfolgen.⁹⁹

Telemonitoring ist das derzeit am weitesten entwickelte Verfahren der Telemedizin und dient zur Überwachung bzw. Beobachtung des Gesundheitszustandes von Patientinnen/Patienten.¹⁰⁰ Das Monitoring ermöglicht der Ärztin/dem Arzt beim Auftreten von Unregelmäßigkeiten oder signifikanter Verschlechterung der gemessenen Werte umgehend zu reagieren. Die zeitlichen Abstände zwischen gesundheitlichen Beschwerden und dem Bedarf an medizinischer Hilfe können reduziert und eine Verringerung der Krankenhausaufenthalte und der Verweildauer erzielt werden.¹⁰¹ Gleichzeitig werden Patientinnen/Patienten im Rahmen eines regelmäßigen Coachings aktiv in die Behandlung miteinbezogen, wodurch sie lernen, mit ihrer Krankheit besser umgehen zu können. Das verbesserte Selbstmanagement befähigt sie, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen. Infolge des gesteigerten Empowerments wird eine höhere Therapietreue erwartet. Wird die Patientin/der Patient „home-based“ versorgt, misst sie/er ihre/seine Vitalparameter z.B. mit Hilfe einer elektronischen Waage, einem Blutdruckmessgerät selbst und sendet die Werte an die Expertin/den Experten¹⁰². Durch die Sicherstellung des Informationsflusses bietet Telemedizin eine wohnortnahe Versorgung mit der Chance einer ortsunabhängigen, medizinisch hohen Versorgungsqualität. Dies ermöglicht, besonders Patientinnen und Patienten in strukturschwachen Regionen optimal betreuen zu können. Patientendaten und medizinisches Wissen werden damit für berechnete Gesundheitsdiensteanbieter leichter verfügbar.^{103,104} Durch die elektronische Datenübermittlung können unnötige Doppelleistungen und Belastungen, wie sie bspw. durch Verlegungen und Krankentransporte v.a. bei Multimorbiden entstehen, sowie gegebenenfalls die erforderliche Behandlungsdauer verringert werden.^{105,106,107}

Ein Beispiel aus Amerika zeigt, dass Ärztinnen/Ärzte, die telemedizinische Anwendungen in ihrer Behandlungsleistung anbieten, etwa ein Viertel der Zeit, welche sie für Datenverwaltung aufwenden, einsparen konnten¹⁰⁸, was v.a. vor dem Hintergrund der zeitintensi-

⁹⁷ Dittmar, Wohlgemuth & Nagel (2009). S. 16-26

⁹⁸ Goss, Middeke, Mengden & Smetak (2009). S. 46 ff.

⁹⁹ Dittmar, Wohlgemuth & Nagel (2009). S. 16-26

¹⁰⁰ Dittmar, Wohlgemuth & Nagel (2009). S. 16-26

¹⁰¹ Hartinger (2011), S. 1-8

¹⁰² Dittmar, Wohlgemuth & Nagel (2009). S. 16-26

¹⁰³ Hartinger (2011). S. 1-8

¹⁰⁴ Eurolyser Diagnostica GmbH (2013). Zugriff am 24. März 2015

¹⁰⁵ Dittmar, Wohlgemuth & Nagel (2009). S. 16

¹⁰⁶ Korb (2010). S. 23-25

¹⁰⁷ Hartinger (2011). S. 1-8

¹⁰⁸ Perlitz (2010). S. 4

ven Beratung und Betreuung multimorbider Personen ein wesentlicher Vorteil ist. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) sieht in Kombination mit der e-card und ELGA eine Möglichkeit, die fragmentierte Gesundheitsversorgung in Österreich durch den Einsatz von Telemedizin sektorenübergreifend zu gestalten.¹⁰⁹ Die Möglichkeit, das Leistungsangebot in Zukunft besser zu organisieren und bspw. durch planbare Untersuchungsfrequenzen personelle Ressourcen gezielter einzusetzen, hilft, Kosten zu reduzieren.^{110,111} Einen innovativen Beitrag könnte die Telemedizin auch im Bereich der Kontrollmöglichkeit von Arzneimitteln leisten und eine rasche Anpassung der Medikamente an das sich ständig verändernde Krankheitsbild zulassen.¹¹²

Berufsrecht und Datenschutz sind nur zwei Bereiche, welche dem technischen Fortschritt und den veränderten Gegebenheiten des Versorgungsalltags angepasst werden müssen.¹¹³ Etwaige motorische bzw. funktionelle Einschränkungen der multimorbiden Patientinnen/Patienten, wie z.B. beim Sehen, Hören oder der Fingerfertigkeit, sind bei der Gestaltung der Bedienelemente zu berücksichtigen, um die selbstständige Nutzung der Geräte in häuslicher Umgebung zu gewährleisten.¹¹⁴ Eine erfolgreiche Etablierung von Telemedizin ist auch von der Akzeptanz seitens der Leistungsbringer abhängig, da die Anwendungen möglicherweise als Kontrolle der eigenen Tätigkeit gesehen werden können.

2.4.3. Case Management

Case Management ist primär ein Instrument zur integrierten Versorgung von Einzelpersonen oder Personengruppen, die einer komplexen Behandlung über einen längeren Zeitraum und über die sektoralen Grenzen der Versorgungseinrichtungen hinweg bedürfen,¹¹⁵ und setzt dort an, wo klassische Maßnahmen und Versorgungsmodelle aufgrund der komplexen Situation der/des Betroffenen nicht mehr greifen¹¹⁶. Case Management versteht sich als kooperativer Prozess, in dem eine Vielzahl an Versorgungsoptionen und Unterstützungsleistungen unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure aus dem Sozial- und Gesundheitswesen gebündelt und regelmäßig so koordiniert werden, dass Patientinnen und Patienten durch das Sozial- und Gesundheitssystem zielorientiert geleitet werden, und eine ihren Bedürfnissen entsprechende Behandlung und Unterstützung erhalten. Der Fokus liegt in der Begleitung eines individuellen Falls¹¹⁷, wobei auch die sozialen Beziehungen der Patientin/des Patienten zu ihrer/seiner Familie, Freundinnen/Freunden, informellen Hilfediensten etc. miteinbezogen werden.¹¹⁸

Die Grundidee des Case Managements besteht darin, Versorgungsprobleme zu lösen, und es wird als innovativer Lösungsansatz zur Beseitigung der Schnittstellenproblematik, der

¹⁰⁹ Bundesministerium für Gesundheit (2014). Zugriff am 13. März 2015

¹¹⁰ Dittmar, Wohlgemuth & Nagel (2009). S. 16-26

¹¹¹ Korb (2010). S. 23-25

¹¹² Dittmar, Wohlgemuth & Nagel (2009). S. 16

¹¹³ Perlit (2010), S. 1-12

¹¹⁴ Dittmar, Wohlgemuth & Nagel (2009). S. 22

¹¹⁵ Ewers & Schaeffer (2005a). S. 7-10

¹¹⁶ Arndt, Bender, Beissel, Biging, Deimel, Korbanek, Reiss & Urnauer (2014). Zugriff am 19. März 2015

¹¹⁷ Ewers et al. (2005a). S. 7-8

¹¹⁸ Arndt, Bender, Beissel, Biging, Deimel, Korbanek, Reiss & Urnauer (2014). Zugriff am 19. März 2015

Desintegration und Diskontinuität im Gesundheitswesen und der mangelnden Patientinnen-/Patienten- und Ergebnisorientierung gesehen.¹¹⁹

Wie Abbildung 4 dargestellt, orientiert sich die Vorgehensweise am Phasenmodell, das logisch aufeinander aufbauenden Arbeitsschritten folgt.¹²⁰

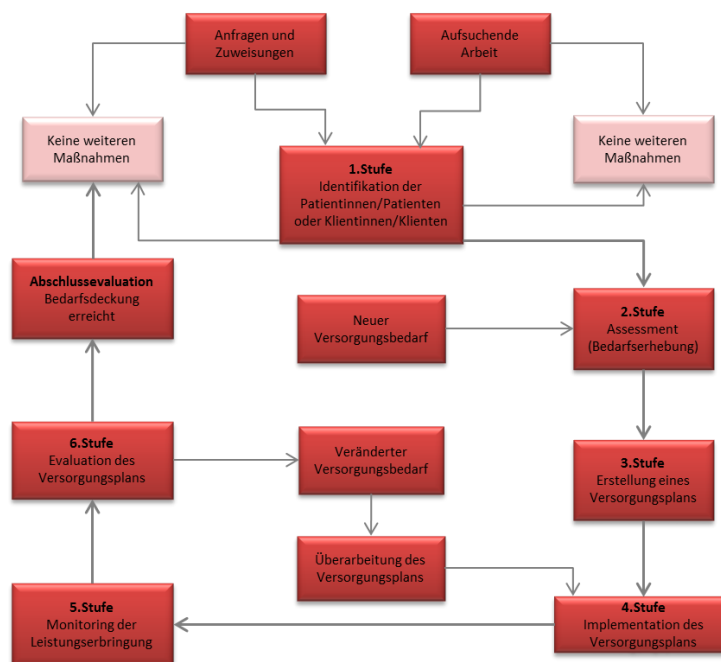


Abbildung 4: Case-Management-Regelkreis¹²¹

Am Beginn des CM-Regelkreises steht die Identifikation der Patientinnen und Patienten entsprechend bestimmter Kriterien, wie z.B. Probleme mit Schmerzmanagement, Komplexität der Diagnose. Anschließend wird in der Assessment-Phase der Gesamtzustand der Patientin/des Patienten erhoben, analysiert bzw. eingeschätzt und der Bedarf abgeklärt, um in weiterer Folge einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen. Dieser umfasst Ziele sowie präventive Aspekte. In den Zielfindungsprozess werden die Patientin/der Patient und Angehörige aktiv miteinbezogen. In einem weiteren Schritt koordiniert die Case Managerin/der Case Manager die festgelegten Maßnahmen und Dienstleistungen und kommuniziert mit den Leistungsanbietern und Kostenträgern.¹²² Der gesamte Behandlungsverlauf wird von der Case Managerin/vom Case Manager überwacht, um im Bedarfsfall den Behandlungsplan zu modifizieren.^{123,124} Das Case Management bzw. der Regelkreis wird entweder durch die Lösung des Problems oder durch Ende der Versorgungsnotwendigkeit, z.B. durch die Entlassung der betreuten Person beendet. Die abschließende Fallevaluierung ermittelt mögliche Mängel oder Verbesserungsoptionen für nachfolgende Betreuungsfälle.¹²⁵

¹¹⁹ Ewers et al. (2005a)

¹²⁰ Arndt, Bender, Beissel, Biging, Deimel, Korbanek, Reiss & Urnauer (2014). Zugriff am 19. März 2015

¹²¹ Ewers (2005b). S. 73

¹²² Ewers (2005b). S. 73-77

¹²³ Ewers & Schaeffer (2005b). S. 7-10

¹²⁴ Ewers (2005b). S. 56

¹²⁵ Ewers (2005b). S. 78

Durch die Konzentration auf die individuelle Problemlage der/des Betroffenen mit ihren/seinen komplexen Versorgungsbedürfnissen können bestehende Behandlungsprogramme ergänzt werden.¹²⁶ Das mit den involvierten Fachbereichen bzw. Dienstleistungsorganisationen abgestimmte Versorgungsangebot dient der Erreichung der mit den Leistungserbringerinnen/-erbringern vereinbarten klinischen, sozialen und ökonomischen Ziele. Case Management dient demnach einerseits der Qualitätssicherung und andererseits als Strategie zur Förderung der effektiven Versorgung einer Populationsgruppe.¹²⁷ Gerade in der Versorgung von chronisch Kranken und Multimorbiden ist die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten sowie deren sozialen Umfeldes ein wichtiger Aspekt, da so Partizipation und Empowerment gestärkt werden können.¹²⁸

Case Management lässt sich unabhängig vom Setting in bestehende Strukturen¹²⁹ in allen Abschnitten des Versorgungsprozesses und in alle Organisationen integrieren, wodurch Parallelstrukturen vermieden werden, ist zudem wirtschaftlich gesehen rentabel^{130,131} und erleichtert die sektorenübergreifende Versorgung.¹³²

2.4.4. Hausarztzentrierte Versorgung – „Patient-Centered Medical Home“ (PCMH)

Beim PCMH-Konzept handelt es sich um einen umfassenden Ansatz, der verschiedenste Best-Practice-Ansätze und -Modelle verbindet und auf die patientinnen-/patientenzentrierte Versorgung im gewohnten häuslichen Umfeld fokussiert ist. Von zentraler Bedeutung sind: die ärztinnen-/arztgesteuerte Versorgung (Ärztin/Arzt als Case Manager/in, Kapitel 2.4.3.), Elemente des Chronic-Care-Modells (Kapitel 2.4.5.), die digitale Patientinnen-/Patientenakte (Telemedizin, Kapitel 2.4.2.) und die Delegation ärztlicher Aufgaben an qualifizierte Pflegekräfte (AGnES bzw. hausarzentlastende Modelle, Kapitel 2.4.1.).¹³³ Der Kern des Modells bildet einen Gegensatz zu der sonst üblichen krankheits- oder beschwerdebezogenen bzw. episodensbasierenden Behandlung und ist in der Versorgung patientinnen-/patientenzentriert, persönlich, koordiniert und auf Langzeitbetreuung ausgerichtet.¹³⁴

Der Hausärztin/dem Hausarzt, der die Patientin/den Patienten über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg als Vertrauensärztin/-arzt begleitet, obliegt die zentrale Rolle der Versorgerin/des Versorgers, deren/dessen Aufgaben über die traditionellen Tätigkeiten hinausgehen. Zusätzlich zur Koordination medizinischer Behandlungspfade bestimmt und leitet sie/er als Fallmanager/in alle an den Erstkontakt anschließenden multiprofessionellen Behandlungs- und Therapieschritte (erforderlichenfalls über die vorhandenen Ressourcen der Hausarztpraxis hinaus) sektorenübergreifend ein und zieht soziale Dienste in den Versorgungsprozess mit ein.¹³⁵ Wesentliche Voraussetzung für ein funktionierendes

¹²⁶ Gerlach, Beyer, Saal, Peitz & Gensichen (2006).

¹²⁷ Köhl (2012). S. 47-52

¹²⁸ Greiling & Dudek (2009). S. 44-45

¹²⁹ Gerlach, Beyer, Saal, Peitz & Gensichen (2006). S. 345-352

¹³⁰ Greiling et al.(2009). S. 44-45

¹³¹ Köhl (2012). S. 47-52

¹³² Greiling & Dudek (2009). S. 44-45

¹³³ SVR (2009). S. 423. Zugriff am 16. Dezember 2014

¹³⁴ Steurer-Stey & Rosemann (2009). S. 6-9

¹³⁵ ebd.

PCMH ist die rasche Verfügbarkeit von Patientinnen-/Patientendaten durch eine geeignete IT-Infrastruktur.^{136,137}

Über alle Adaptierungen des Modells hinweg umfasst das PCMH immer die folgenden sieben Kernelemente:

- Jede Patientin/jeder Patient hat eine persönliche Ärztin/einen persönlichen Arzt: Ein enges Ärztinnen-/Arzt-Patientinnen-/Patienten-Verhältnis bildet die Basis der Versorgung.
- Ärztlich geleitete und koordinierte Praxis: Die persönliche Ärztin/der persönliche Arzt leitet ein multidisziplinäres Team, das die Patientin/den Patienten kontinuierlich versorgt.
- Umfassende Ausrichtung: Das multidisziplinäre Team versucht, den Bedürfnissen und Präferenzen der zu versorgenden Person langfristig gerecht zu werden.
- Koordinierte/integrierte Versorgung: Die Patientinnen- und Patientenversorgung ist über die gesamte Leistungsspanne des Gesundheitssystems (z.B. Spitäler, Spezialisten, Pflegeheime) und der entsprechenden Gemeinde sowie auf Patientinnen- und Patientenebene (z.B. Familie, öffentliche und private Dienstleister) abgestimmt.
- Qualität und Sicherheit: Unverzichtbar sind der Einsatz evidenzbasierter Medizin und klinischer Entscheidungshilfen, ein gutes Ärztinnen-/Arzt-Patientinnen-/Patienten-Verhältnis sowie Akkreditierungsprozesse und freiwillige Performance-Messungen.
- Niederschwelligkeit: Offene Termingestaltung, erweiterte Öffnungszeiten und neue Möglichkeiten, wie z.B. Gruppensprechstunden, verbessern den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Zusätzlich bieten Telefonsprechstunden eine neue Form der Kommunikation.
- Vergütungssystem: Eigene Vergütungssysteme, welche sowohl ärztliches als auch nichtärztliches Management, das auch außerhalb der persönlichen Visiten stattfindet, sowie Koordinationsaufgaben mitberücksichtigen.^{138,139}

Die insgesamt hohe Kontinuität der Versorgung bietet sowohl für Patientinnen und Patienten als auch auf Ebene der Ärztinnen und Ärzte eine Reihe von Vorteilen und Potentialen:

Eine kontinuierliche und umfassende Langzeitbetreuung stärkt das Ärztinnen-/Arzt-Patientinnen-/Patienten-Verhältnis und eignet sich v.a. für geriatrische Fälle sowie chronisch kranke und multimorbide Personen. Die regelmäßigen Kontakte tragen dazu bei, dass Ärztinnen und Ärzte die Versorgung gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten optimieren. Dadurch wächst die Patientin/der Patient in eine aktive Rolle ihrer/seiner eigenen Versorgung hinein. Dies stärkt das Empowerment und weiterführend das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten und beeinflusst darüber hinaus die Qualität

¹³⁶ SVR (2009). S. 423. Zugriff am 16. Dezember 2014

¹³⁷ Czypionka & Ulinski (2014). S. 23-24

¹³⁸ SVR (2009). S. 423. Zugriff am 16. Dezember 2014

¹³⁹ Steurer-Stey & Rosemann (2009). S. 7

der Versorgung maßgeblich.¹⁴⁰ Gleichzeitig zielt eine stärkere Integration und Koordination der ambulanten Versorgung auf die Verbesserung der Behandlungsqualität ab.¹⁴¹

Durch den Zusammenschluss einzelner Landarztpraxen zu einem PCMH kann in ländlichen Regionen die Versorgung gestärkt und qualitativ verbessert werden, da ein regelmäßiger Kontakt und Austausch mit Kolleginnen und Kollegen der oftmals kritisierten ländlichen Isolation gegensteuert.^{142,143} Die verbesserte Kommunikation und erweiterte Konsultationsmöglichkeiten – auch außerhalb der normalen Öffnungszeiten der hausärztlichen Praxis – stellen einen wesentlichen Vorteil für multimorbide Personen, deren Krankheitsverläufe nicht immer vorausplanbar sind, dar.¹⁴⁴

Die qualitativ hochwertigere Betreuung ermöglicht insgesamt verbesserte gesundheitliche Outcomes. Die hohe Patientinnen-/Patientensicherheit zeigt sich in der verminderten Zahl der Notfallkonsultationen, in geringeren Krankenhausaufnahmen sowie Wiederaufnahmen und der reduzierten Zahl an Laboruntersuchungen. Besteht eine enge Ärztinnen-/Arzt-Patientinnen-/Patienten-Bindung, werden eher präventive Maßnahmen genutzt. Mit der stärkeren Vernetzung und Integration medizinischer Dienstleistungen ist einerseits ein Kosteneinsparungspotential verbunden und andererseits treten kostspielige Komplikationen und Notfälle seltener auf. Auch wenn bislang ausschließlich Modellprojekte evaluiert wurden, kann ein positiver Zusammenhang zwischen PCMH-typischen Merkmalen und der Versorgungsqualität von chronisch Kranken bestätigt werden.¹⁴⁵ Studien belegen, dass PCMH-Versorgung zu einer höheren Lebensqualität der Patientinnen und Patienten sowie einer besseren Compliance – beides Zielsetzungen in der Versorgung multimorbider Personen – beiträgt.¹⁴⁶

Das traditionelle Verhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient wird durch IT-gestützte klinische Informations- und Kommunikationssysteme ergänzt, was die Versorgungsmöglichkeiten zunehmend erweitert. Somit strebt das PCMH eine Steigerung der Qualität bei gleichzeitig immer knapper werdenden Ressourcen an.¹⁴⁷

2.4.5. Das Chronic-Care-Modell

Das Chronic-Care-Modell (CCM) bietet eine konzeptuelle Orientierung für eine interdisziplinäre, multidimensionale Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten, das die gesundheitliche Entscheidungsfindung unterstützt¹⁴⁸ und Betroffene aktiv in die Behandlung einzubinden versucht.¹⁴⁹ Durch eine grundsätzliche Neuorientierung weg von der „Dominanz der Dringlichkeit“¹⁵⁰ hin zu einem proaktiven, teambasierten und geplanten Konzept mit dem Einsatz von Informationssystemen kön-

¹⁴⁰ Steurer-Stey & Rosemann (2009). S. 6-8

¹⁴¹ SVR (2009). S. 424. Zugriff am 16. Dezember 2014

¹⁴² Steurer-Stey & Rosemann (2009). S. 6-9

¹⁴³ Neumann, Gierling & Dietzel (2014). S. 42

¹⁴⁴ Steurer-Stey & Rosemann (2009). S. 6

¹⁴⁵ Neumann, Gierling & Dietzel (2014). S. 37-42

¹⁴⁶ SVR (2009). S. 424. Zugriff am 16. Dezember 2014

¹⁴⁷ Steurer-Stey & Rosemann (2009). S. 6-9

¹⁴⁸ SVR (2009). S. 428. Zugriff am 16. Dezember 2014

¹⁴⁹ Czipionka, Kraus, Reiss, Röhrling & Karadakic (2016). S. 17

¹⁵⁰ Bodenheimer, Wagner & Grumbach (2002). S. 1775

nen bestehende Versorgungslücken geschlossen werden.^{151,152} CCM gilt als das derzeit am häufigsten umgesetzte Konzept, das eine verbesserte Versorgung anstrebt.^{153,154} Das Modell findet bereits in Ländern wie Holland, Dänemark und den USA internationale Anwendung.¹⁵⁵ Die bisherigen Erfahrungen mit dem CCM in Amerika sind vielfältig und zeigen durchgehend eine Verbesserung der medizinischen Outcomes.¹⁵⁶ Da diese Studien in stark strukturierten Gesundheitssystemen (USA) durchgeführt wurden, ist jedoch eine Anwendung im österreichischen Gesundheitssystem mit Adaptionen verbunden.¹⁵⁷

Mit dem CCM ist es gelungen, den aktuellen wissenschaftlichen Stand betreffend optimierter Behandlungsqualität von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen ganzheitlich zusammenzufassen. Eine reduzierte Form der Versorgungswirklichkeit spiegelt die Abbildung Abbildung 5 wider.¹⁵⁸

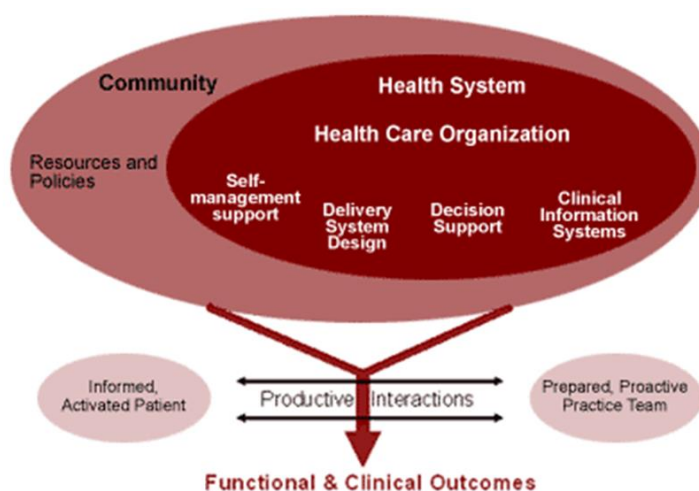


Abbildung 5: Chronic-Care-Modell¹⁵⁹

Auf der Systemebene ist für das Modell nicht nur das Gesundheitssystem maßgeblich, sondern auch die Gesellschaft. Haus- und fachärztliche Praxis beziehungsweise Krankenhaus oder medizinisches Versorgungszentrum sind in ein Gemeinwesen eingebettet, das lokale und kommunale Ressourcen wie zum Beispiel Gemeindedienste und Selbsthilfegruppen bietet, um Patientinnen bzw. Patienten und Leistungserbringer/innen im Versorgungsprozess zu unterstützen.^{160,161}

Ein wesentlicher Bestandteil zur Verbesserung der Versorgung liegt im Selbstmanagement und Selbstmonitoring der Patientinnen/Patienten. Im Sinne von Hilfe zur Selbsthilfe sollen Betroffene z.B. durch Schulungen aktiviert und in ihrer neuen Rolle bestärkt wer-

¹⁵¹ Burger (2013). S. 15-16

¹⁵² Steurer-Stey & Rosemann (2012). S. 3-5

¹⁵³ SVR (2009). S. 428. Zugriff am 16. Dezember 2014

¹⁵⁴ Gerlach, Beyer, Saal, Peitz & Gensichen (2006). S. 346-348

¹⁵⁵ Steurer-Stey & Rosemann (2012). S. 3 ff

¹⁵⁶ Strehle (2007). S. 5-6

¹⁵⁷ Steurer-Stey & Rosemann (2009). S. 19-21

¹⁵⁸ SVR (2009). S. 428. Zugriff am 16. Dezember 2014

¹⁵⁹ Arkansas Department of Health (o.D.). Zugriff am 05. Februar 2015

¹⁶⁰ Steurer-Stey & Rosemann (2012). S. 3-5

¹⁶¹ SVR (2009). S. 428. Zugriff am 16. Dezember 2014

den, Verantwortung für den bewussten Umgang mit den eigenen Gesundheitsressourcen und als zentrale Entscheidungsträgerin/zentraler Entscheidungsträger und Mitgestalter/in das Management ihres Krankheitsverlaufes zu übernehmen.¹⁶² Das CCM setzt beide Akteurinnen/Akteure – Gesundheitsdienstleister und Betroffene – auf eine ähnliche Ebene, sodass Bedürfnisse und Präferenzen der Patientinnen und Patienten in den gemeinsam getroffenen Zielvereinbarungen berücksichtigt werden. Zweifelsohne erfordert dies ein Umdenken in der Ärztinnen-/Arzt-Patientinnen-/Patient-Beziehung. Studien zufolge birgt Selbstmanagement ein gewisses Einsparungspotential.¹⁶³

Was die strukturierten Arbeitsabläufe anbelangt, ist darauf zu achten, dass eine optimale Versorgung chronisch Kranker und Multimorbider eine Umstellung der Leistungsbringung erfordert, wodurch die Behandlungsabläufe und die Aufgabenverteilung unter den einzelnen Gesundheitsberufen in der Praxis adaptiert werden müssen. Eine weitere Chance besteht in der Etablierung von „Chroniker-Sprechstunden“ und regelmäßigen Follow-ups (Nachbeobachtungen) durch Case Manager/innen.¹⁶⁴

In der gezielten Entscheidungsunterstützung geht es primär darum, herauszufiltern, wie die bestmögliche Versorgung nachhaltig umsetzbar ist. Multimorbidität verlangt ein komplexes medizinisches Management, wofür Gesundheitsdienstleister und im Speziellen Ärztinnen und Ärzte nicht explizit ausgebildet sind. Daher braucht es außerdem Unterstützungsmechanismen, damit Interventionsentscheidungen neben der Herausforderung der geriatrischen Syndrome auch der Gebrechlichkeit auch den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht werden¹⁶⁵ als auch eine proaktive Behandlungsphilosophie fördern.¹⁶⁶

Klinische EDV-gestützte Informationssysteme stellen Informationen und Daten rund um die einzelnen Behandlungsprozesse zur Verfügung.¹⁶⁷ Diese Systeme umfassen einfache Patientinnen-/Patientenregister, individuelle Patientinnen-/Patientenpässe bis hin zu komplexen Therapieplänen und Erinnerungs- und Wiederbestellungssysteme (Remindersysteme).¹⁶⁸

Das CCM ist eine mögliche Antwort auf die Frage, wie die bislang erfolgreiche Akutmedizin in langfristige Behandlungskonzepte für Multimorbide integriert werden kann.¹⁶⁹ Eine Versorgung nach den Elementen des Modells erfordert eine Umstrukturierung der bisherigen Abläufe, eine Anpassung von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sowie die Ausgestaltung eines Finanzierungssystems.¹⁷⁰

¹⁶² Burger (2013). S. 15-16

¹⁶³ Strehle (2007). S. 5-6

¹⁶⁴ SVR (2009). S. 428-430. Zugriff am 16. Dezember 2014

¹⁶⁵ Roller-Wirnsberger (2016)

¹⁶⁶ Strehle (2007). S. 1-10

¹⁶⁷ SVR (2009). S. 429-430. Zugriff am 16. Dezember 2014

¹⁶⁸ Gerlach, Beyer, Saal, Peitz & Gensichen (2006). S. 346-348

¹⁶⁹ Burger (2013). S. 15-16

¹⁷⁰ Strehle (2007). S. 1-10

2.4.6. Versorgungsmodell Multimorbidität – Konzept im Rahmen der Joint Action CHRODIS

Joint Actions sind Initiativen im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms, die spezifische, von der Europäischen Kommission und den EU-Mitgliedsstaaten als prioritär betrachtete, gesundheitspolitische Belange adressieren.¹⁷¹

Die Joint Action „Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle“ (JA-CHRODIS) im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms 2008–2013 befasste sich im Arbeitspaket 6 mit dem Thema Multimorbidität. Dazu ist im ersten Halbjahr 2016 ein Bericht erschienen, in welchem erstmals Komponenten identifiziert werden, die für ein Modell zur integrierten Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten wesentlich sind.¹⁷²

Basis für den JA-CHRODIS-Bericht bildete eine Zusammenschau über bisher in Europa bestehende integrierte Versorgungsmodelle für multimorbide Personen. Darauf aufbauend wurden in der Folge Komponenten bestimmt, die sich in einem oder mehreren der Programme fanden. Im Rahmen einer eingehenden Expertinnen-/Expertendiskussion wurden schließlich 16 Komponenten identifiziert, die für die Versorgung multimorbider Personen als essentiell betrachtet wurden, und die in der Folge als Empfehlungen für ein Versorgungsmodell genauer charakterisiert wurden.

Die ermittelten 16 Komponenten wurden wie folgt fünf Bereichen (I.–V.) zugeordnet:

Bereich I. Versorgungssystem – Design

- Regelmäßiges umfassendes Patientinnen-/Patienten-Assessment
- Multidisziplinäres, koordiniertes Team
- Bestimmung einer Fachfrau/eines Fachmannes als Koordinator/in für den individualisierten Versorgungsplan und Kontaktperson für die Patientin/den Patienten und ihre/seine Angehörigen (Case Manager/in)
- Individualisierte Versorgungspläne

Bereich II. Entscheidungsunterstützung

- Implementierung einer evidenzbasierten Praxis
- Training der Mitglieder des multidisziplinären Teams
- Entwicklung eines Konsultationssystems zur Hinzuziehung von Expertinnen und Experten

Bereich III. Unterstützung des Selbstmanagements

- Training der Leistungserbringer/innen, um Selbstmanagementunterstützung auf Basis der Patientinnen-/Patientenpräferenzen und -kompetenzen „maßzuschneidern“
- Bereitstellung von Möglichkeiten für Patientinnen/Patienten und Angehörige, um das Selbstmanagement zu verbessern
- Gemeinsame Entscheidungsfindung (Leistungserbringer/in und Patientinnen/ Patienten)

¹⁷¹ European Union (2015), S. 6-7

¹⁷² CHRODIS Multimorbidity Care Model – Bericht (2016). Zugriff am 22. September 2016

Bereich IV. Informationssysteme und Technologie

- Elektronische Patientinnen-/Patientendokumentation und computerisierte klinische Charts
- Austausch von Patientinnen-/Patienteninformation (mit Zustimmung der Patientin/des Patienten) zwischen Leistungserbringerinnen/-erbringern und Sektoren über kompatible klinische Informationssysteme
- Einheitliche Codierung der gesundheitlichen Probleme von Patientinnen/Patienten, soweit möglich
- von Patientinnen/Patienten verwendete Technologie, die es ihnen ermöglicht, Informationen an ihre Leistungserbringer/innen zu senden

Bereich V. Soziale und Gemeinschaftsressourcen

- Unterstützung bei Zugang zu sozialen und Gemeinschaftsressourcen
- Miteinbeziehung sozialer Netzwerke (informell), inklusive Freundeskreis, Patientinnen-/Patientenvereine, Familie, Nachbarn¹⁷³

Nachfolgend werden die 16 im Rahmen von JA-CHRODIS identifizierte Komponenten auf Basis des o.g. Berichtes in einer kurzen Zusammenfassung näher beschrieben.

Bereich I **Versorgungssystem – Design**

Komponente 1 *Regelmäßiges umfassendes Patientinnen-/Patienten-Assessment*

Das Patientinnen-/Patienten-Assessment sollte regelmäßig und multidisziplinär als Art Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der (auch sozialen) Ressourcen sowie der Wünsche der Patientin/des Patienten (und ggf. der Angehörigen) und unter Einbeziehung der Präferenzen, Wünsche und Meinungen von Patientin/Patienten und ggf. Angehörigen erfolgen.

Das Assessment sollte umfassen:

- Dokumentation von Diagnosen, Medikationsplan, Behandlungslast („treatment burden“), Wechselwirkungen
- Evaluation der Patientinnen-/Patientenpräferenz, persönlicher Ressourcen (Bewältigungsstrategien, Gesundheitskompetenz) und sozialer Ressourcen (soziales Netzwerk)
- Risikostratifizierung (um das Risiko für das Auftreten von Komplikationen und den Level des Versorgungsbedarfs zu identifizieren)

Das regelmäßige multidisziplinäre Assessment ist ein diagnostischer Prozess zur Erfassung der medizinischen, psychologischen und funktionellen Ressourcen und dient als Basis für den individuell für jede Patientin/jeden Patienten gemeinschaftlich zu erstellenden Versorgungsplan. Das Assessment sollte mit Hilfe standardisierter Assessment Tools und auf Basis eines Patientinnen-/Patienten- (und ggf. Angehörigen-)Gesprächs durchgeführt werden. Dabei sollten alle verfügbaren Dokumentationen über den Zustand der Patientin/des Patienten (z.B. Entlassungsbriefe) berücksichtigt werden.

¹⁷³ CHRODIS Multimorbidity Care Model – Bericht (2016). Zugriff am 22. September 2016

Gerade bei multimorbiden Patientinnen und Patienten sollte das Assessment regelmäßig wiederholt werden, da sich im Verlauf sowohl Symptome als auch Schweregrad der Erkrankungen ändern können.

Komponente 2 Multidisziplinäres, koordiniertes Team

Zur Vermeidung einer Fragmentierung sowie zur Sicherstellung einer Kontinuität in der Betreuung, einer erhöhten Versorgungseffizienz und einer Verbesserung des Versorgungszugangs sollte die Betreuung multidisziplinär und koordiniert erfolgen. Multidisziplinarität sollte sowohl hinsichtlich unterschiedlicher Berufsgruppen als auch hinsichtlich verschiedener Krankheitsspezialisierungen gewährleistet sein.

Dementsprechend sollte das Versorgungsteam bestehen aus:

- Ärztinnen/Ärzte (Geriatrinnen/Geriatern, Internistinnen/Internisten, Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner)
- Entsprechenden Fachärztinnen/-ärzten
- „healthcare professionals addressing pharmacological needs, social care, and psychological aspects“

Eine Ärztin/ein Arzt sollte dafür verantwortlich sein (d.h. namhaft gemacht werden), die Patientinnen-/Patientenversorgung zu überblicken und ggf. auch therapeutische Entscheidungen zu treffen („named senior clinician“). Die Hausärztin/der Hausarzt sollte eine zentrale Rolle haben und kann als koordinierende Klinikerin/koordinierender Kliniker fungieren.

Gegebenenfalls kann auch eine Case Managerin/ein Case Manager als primäre Ansprechperson für die Patientin/den Patienten eingesetzt werden, mit den Aufgaben Koordination und Management der Versorgung, Organisation von Unterstützungen („social support“).

Jedenfalls muss die Koordination zwischen den einzelnen Teammitgliedern maximiert werden.

Komponente 3 Bestimmung einer Ansprechperson als Koordinator/in für den individualisierten Versorgungsplan und Kontaktperson für die Patientin/den Patienten und ihre/seine Angehörigen (Case Manager/in)

Bei einem komplexen Versorgungsbedarf ist primär eine Ansprechperson bzw. eine Koordinatorin/ein Koordinator für die Patientin/den Patienten und ggf. Angehörige von wesentlicher Bedeutung. Diese primäre Ansprechperson bzw. Koordinator/in fungiert als „single entry point“ und hat eine aktive Koordinierungsfunktion zwischen Patientin/Patient und multidisziplinärem Team, um aktiv die Patientin/den Patienten mit den Leistungserbringerinnen/-erbringern, medizinischen Einrichtungen, diversen häuslichen, sozialen u.a. Angeboten in effektiver Art und Weise zu verknüpfen. Im Sinne der Komponente 3 kann die Funktion der Case Managerin/des Case Managers erforderlich sein.

In dieser Funktion sollte auch ein Monitoring der Versorgungskontinuität, der weiteren Betreuung (Follow-up) und der Dokumentation erfolgen.

Komponente 4 Individualisierte Versorgungspläne

Auf Basis des multidisziplinären Assessments sollte patientinnen-/patientenzentriert ein individualisierter, koordinierter und integrierter Versorgungsplan in schriftlicher Form erstellt werden, welcher die Patientinnen-/Patientenpräferenzen berücksichtigt und Zielsetzungen enthält. Der Plan soll mit der Patientin/dem Patienten (und ggf. ihren/seinen Angehörigen) abgestimmt werden – im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung – und dem gesamten multidisziplinären Team kommuniziert werden. Im Plan sollte der „named senior clinician“ vermerkt sein und ggf. der/die Case Manager/in genannt werden.

Ziel ist eine qualitativ hochwertige und nachhaltige Langzeitbetreuung der Patientin/des Patienten, basierend auf dem „comprehensive assessment“ des multidisziplinären Teams, mit einem patientinnen-/patientenzentrierten Blick, der die Präferenzen der Patientin/des Patienten sowie eine Priorisierung bezüglich „cross-disease“ berücksichtigt. Insgesamt ist dazu ein ganzheitlicher Zugang notwendig, der Symptome, funktionelle Fähigkeiten, Lebensqualität sowie die von der Patientin/dem Patienten gewünschten Outcomes im Fokus behält.

Bei jedem neuerlichen Assessment sollte eine kritische Überprüfung und ggf. eine Modifikation des Plans erfolgen. Änderungen des Plans sollten immer dem gesamten Versorgungsteam kommuniziert werden.

Bereich II Entscheidungsunterstützung

Komponente 5 Implementierung einer evidenzbasierten Praxis

Assessment, Behandlung und Versorgung sollten sich einerseits an der Evidenz und andererseits an der Patientinnen-/Patientenpräferenz orientieren. Bezüglich krankheitsspezifischer Leitlinien, die angewendet werden sollten, ist anzumerken, dass diese den Aspekt der Multimorbidität nicht berücksichtigen, weswegen die entsprechende Evidenz kritisch hinterfragt werden sollte und eine Diskussion im multidisziplinären Team entsprechend sinnvoll erscheint. Krankheitsspezifische evidenzbasierte Leitlinien sollten unter besonderer Berücksichtigung der Aspekte Multimorbidität sowie Krankheits- und Arzneimittelinteraktionen flexibel angewandt werden.

Komponente 6 Training der Mitglieder des multidisziplinären Teams

Das Training aller involvierten Berufsgruppen bzw. Leistungserbringer/innen soll zur Verbesserung von Wissen und Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten beitragen. Der Fokus liegt dabei auf:

- Umfassenden (comprehensive) Assessment-Konzepten
- Multimorbidität und Folgeerscheinungen
- Gesundheits-Outcomes
- Innovationstechnologien
- Implementierung individualisierter Behandlungs-/Versorgungspläne mit gemeinsamer Zielsetzung
- Effektiver Zusammenarbeit im Team
- Kritischer Bewertung von (evidenzbasiertem) Wissen
- Patientinnen-/Patientenzentrierung, Empowerment und Selbstmanagement

Komponente 7 Entwicklung eines Konsultationssystems zur Hinzuziehung von Expertinnen und Experten

Ziel ist die Bereitstellung einer Entscheidungshilfe in Situationen, wo zusätzliches Wissen bzw. Input von außerhalb des Kernteams erforderlich sind. Alle im Rahmen der Konsultation herangezogenen Expertinnen/Experten sollten entsprechend im Umgang mit Multimorbiden geschult sein und über spezifisches Wissen bezüglich Multimorbidität und der besonderen Aspekte in der Behandlung Multimorbider verfügen.

Beispiel für den Aufbau eines Konsultationssystems ist eine offizielle web-basierte Liste nationaler Expertinnen und Experten.

Bereich III Unterstützung des Selbstmanagements

Komponente 8 Training der Leistungserbringer/innen, um Selbstmanagementunterstützung auf Basis der Patientinnen-/Patientenpräferenzen und -kompetenzen „maßzuschneidern“

Leistungserbringer/innen sollten geschult werden (durch Kurse, Online-Schulung, Lehrmaterialien) hinsichtlich einer individuell maßgeschneiderten Unterstützung bzw. Förderung des Selbstmanagements, welche auf Patientinnen-/Patientenpräferenz und -kompetenz basiert. Eine solche Unterstützung bzw. Förderung des Selbstmanagements sollte auch die Förderung der Gesundheitskompetenz sowie eine maßgeschneiderte Gesundheitsförderung und Präventionsstrategien umfassen.

Im Fokus steht dabei die Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten (und ggf. den Angehörigen), d.h. Laiensprache, aktives Zuhören etc.

Ziel ist es, Patientinnen-/Patientenadhärenz und -Empowerment zu fördern.

Komponente 9 Bereitstellung von Möglichkeiten für Patientinnen/Patienten und Angehörige, um Selbstmanagement zu verbessern

Ziel ist es, durch Empowerment-Maßnahmen sowohl Selbstmanagement als auch Selbstvertrauen zu verbessern, einen gesunden Lebensstil zu fördern und Patientinnen/Patienten zu ermutigen, sich aktiv in die Entscheidungsfindung einzubringen. Weiters sollen eine verbesserte Kommunikation zwischen Patientin/Patient und Leistungserbringerinnen/-erbringern sowie eine bessere Patientinnen-/Patientenadhärenz erreicht werden.

Mögliche Angebote sind z.B. Online-Kurse, Gruppenkurse, Einzelberatung. Auch Patientinnen-/Patienten- und ggf. Angehörigenschulung, z.B. hinsichtlich des Selbstmonitorings diverser Outcomes oder bezüglich diverser Hilfestellungen im Umgang mit chronischen Beschwerden im täglichen Leben, kann zweckmäßig sein.

Alle Angebote müssen auf die Patientinnen-/Patientenbedürfnisse abzielen und die Patientinnen-/Patientenkompetenzen bzw. -fähigkeiten berücksichtigen. Die Angebote sollen der Wissensvermittlung dienen und informieren bezüglich Medikamenteneinnahme, Verwendung von Medizinprodukten, diverser Hilfsmittel (z.B. Blutdruck-, Blutzuckermessgerät) – maßgeschneidert für jede Patientin/jeden Patienten (unter Berücksichtigung des individuellen Wissensstandes, des Bildungslevels, der Gesundheitskompetenz und funktionseller Aspekte, z.B. Sehbehinderung, kognitive Defizite).

Komponente 10 Gemeinsame Entscheidungsfindung (Leistungserbringer/innen und Patientinnen/Patienten)

Sowohl Patientin/Patient als auch ggf. Angehörige/Familie sollten unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und bei Festlegung von künftigen Zielen sowie erstrebenswerten Outcomes in die Behandlung und Versorgung im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung eingebunden werden. Dabei ist auf Vertraulichkeit und Schweigepflicht zu achten.

Bereich IV *Informationssysteme und Technologie*

Komponente 11 Elektronische Patientinnen-/Patientendokumentation und computergestützte klinische Diagramme

Um den Informationsaustausch zur Patientin/zum Patienten (zwischen Betreuungsteam und Expertinnen/Experten o.Ä.) zu erleichtern, sollten Patientinnen-/Patientendaten durch eine computergestützte Dokumentation inkl. Darstellung diverser klinischer Parameter im Verlauf gut kommunizierbar bzw. transferierbar gemacht werden.

CAVE: Die Zustimmung der Patientin/des Patienten ist als Voraussetzung unabdingbar!

Ziel sind kompatible Dokumentationssysteme mit einer Standardisierung, was unter Verwendung einheitlicher/standardisierter Tools (im Sinne eines „comprehensive set of information“) die Dokumentation umfassen sollte.

Komponente 12 Austausch von Patientinnen-/Patienteninformation (mit Zustimmung der Patientin/des Patienten) zwischen Leistungserbringerinnen/-erbringern und Sektoren über kompatible klinische Informationssysteme

Der Informationsaustausch (bezüglich relevanter Patientinnen-/Patientendaten) zwischen Leistungserbringerinnen/-erbringern bzw. verschiedenen Sektoren sollte über kompatible klinische Dokumentationssysteme stattfinden.

Komponente 13 Einheitliche Codierung der gesundheitlichen Probleme von Patientinnen/Patienten, soweit möglich

Alle Leistungserbringer/innen sollten eine einheitliche Codierung zur Evaluierung und Dokumentation von Symptomen, Diagnosen, Medikationen, Outcomes (von Patientinnen/Patienten berichtet) und individualisierten Behandlungs- und Versorgungsplänen verwenden. Dies ist gerade bei Multimorbiden essentiell, da diese meist von vielen verschiedenen Leistungserbringerinnen/-erbringern betreut werden.

Komponente 14 von Patientinnen/Patienten verwendete Technologie, die es ihnen ermöglicht, Informationen an ihre Leistungserbringer/innen zu senden

Als Ergänzung zur Direktkonsultation sind Tools (z.B. Apps) zweckmäßig, mit denen auf Wunsch bzw. bei Zustimmung der Patientin/des Patienten eine Informationsweitergabe an die Leistungserbringer/innen erfolgen kann. Dies wäre speziell für Patientinnen und Patienten geeignet, die weiter entfernt wohnen oder über eine eingeschränkte Mobilität verfügen (d.h. zur Minimierung der Direktkonsultationen). Voraussetzung ist eine entsprechende Motivation der Patientin/des Patienten, außerdem muss die Patientin/der Patient in der Lage sein, die Tools anzuwenden.

Bereich V Soziale und Gemeinschaftsressourcen

Die Verfügbarkeit von sozialen und Gemeinschaftsressourcen variiert international, aber auch regional stark. Daher sind die nachfolgend angeführten Komponenten als allgemeine Empfehlungen und nicht als zu etablierender Standard zu verstehen.

Komponente 15 Unterstützung beim Zugang zu sozialen und Gemeinschaftsressourcen

Die entsprechenden Bedürfnisse bzw. der Bedarf der Patientin/des Patienten sollten im Rahmen des Assessments erhoben werden. Davon ausgehend sollte der Zugang der Patientin/des Patienten zu gemeinschaftlichen und sozialen Einrichtungen verbessert werden.

Komponente 16 Miteinbeziehung sozialer Netzwerke (informell), inklusive Freundeskreis, Patientinnen-/Patientenvereine, Familie, Nachbarn

Auch Familie, Freundeskreis, Nachbarn, Patientinnen-/Patientenvereine, Selbsthilfegruppen, u.Ä. sollen im Sinne informeller sozialer Netzwerke in die Behandlung und Versorgung miteinbezogen werden, um das Netzwerk an sozialer Unterstützung zu maximieren. Die Player des für die Patientin/den Patienten relevanten sozialen Netzwerkes sollten aus dem Assessment hervorgehen.

2.5. Beispiele implementierter Projekte und Versorgungsangebote in der Praxis

2.5.1. Im niedergelassenen Bereich

Projekt Leila – Leben mit Langzeiterkrankungen (Schweiz)

Leila richtet sich an Personen aller Altersgruppen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen und deren Bezugspersonen. Es wurde in jenen Stadtteilen Zürichs (Zürich Nord und Zürich Aussersihl) implementiert, welche durch eine relativ geringe Ärztedichte und einen hohen Anteil an Personen aus bildungsfernen Schichten sowie Migrantinnen und Migranten gekennzeichnet sind. Das Projekt soll die bereits bestehende Versorgung ergänzen^{174,175} und kombiniert ein verstärktes Patientinnen-/Patienten-Empowerment mit neuen Formen der Zusammenarbeit in den Hausarztpraxen. Leila basiert auf verschiedenen Best-Practice-Beispielen und orientiert sich an forschungsgestützten Empfehlungen für die Versorgung von chronisch kranken multimorbiden Personen. Die drei wichtigsten Merkmale des Projekts sind:¹⁷⁶

1. Unterstützung des Selbstmanagements von mehrfach erkrankten Personen
2. Ergänzung der hausärztlichen Versorgung, um Probleme zu lösen und Therapien zu optimieren
3. Befähigung von Betroffenen mit niedriger Gesundheitskompetenz

Im Rahmen des Projektes wurden mögliche Patientinnen und Patienten (mit mindestens zwei chronischen Erkrankungen und/oder Einnahme von mindestens vier Medikamenten) aus einer elektronischen Datenbank herausgefiltert und über ein Empfehlungsschreiben

¹⁷⁴ Stadt Zürich (2015). Zugriff am: 24. August 2015

¹⁷⁵ Müller Staub, Monego & Imhof (2012). S. 1

¹⁷⁶ Bonsack & Reichart (2013). S. 3

sowie telefonisch kontaktiert. Von den kontaktierten Personen kam es bei etwa einem Drittel zu einem Erstgespräch mit einer Advanced Practice Nurse (APN). Dieser Kontakt trägt dazu bei, dass die APN ein Gesamtbild der Patientin/des Patienten erhält und sich ein Vertrauensverhältnis entwickelt. Gemeinsam wird erarbeitet, in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht und welche Problemfelder und Potentiale bestehen. Darauf aufbauend wird das Veränderungspotential sowie bei Bedarf ein Handlungsplan erarbeitet.¹⁷⁷ Aus diesem Recruiting-Prozess entstand aus zwei Dritteln der Erstgespräche ein langfristiger Beratungskreislauf.¹⁷⁸ Mit Leila wurden in drei Jahren 187 Patientinnen und Patienten von APNs beraten und begleitet.

Der Beratungsablauf konnte mit den Erfahrungen verfeinert werden und gestaltet sich nunmehr wie folgt:

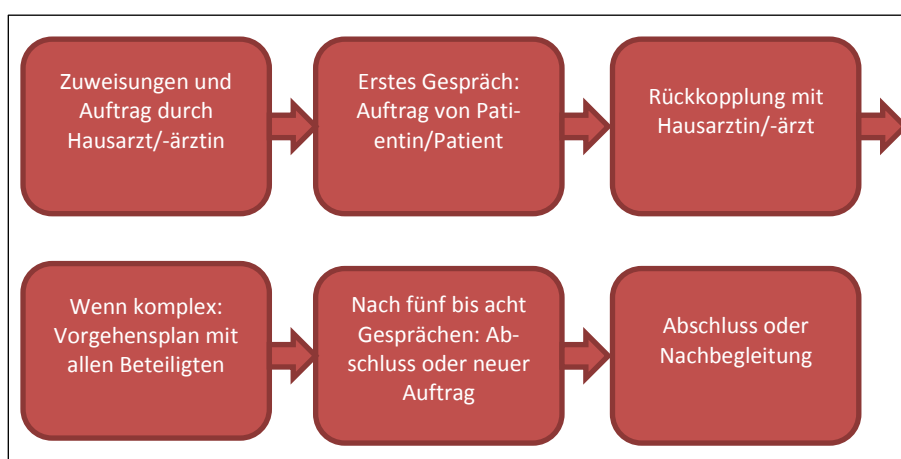


Abbildung 6: Leila-Beratungskreislauf¹⁷⁹

Die Finanzierung des Projektes erfolgte größtenteils aus öffentlichen Mitteln, ein Teil wurde durch Krankenversicherungen mitfinanziert.¹⁸⁰ Leila richtet sich konkret an Multimorbide, die Kombinationen von chronischen, rheumatologischen, Herz-, Kreislauf-, Lungen- und Stoffwechselerkrankungen aufweisen. Im zweiten Projektjahr wurde die Zielgruppe eingeschränkt auf Personen ab 59 Jahren, um so einen geriatrischen Schwerpunkt zu setzen. Die Angehörigen werden durch eine familienorientierte Beratung in die Versorgung miteinbezogen. Die Rolle der eingesetzten APNs war die der Pflegenden mit erweitertem Kompetenzbereich der klinischen Praxis (z.B. Beratung, Patientinnen-/Patientencoaching, Führung und Anwendung von Forschung). D.h. die APNs hatten die Aufgabe, erweiterte pflegerische Dienstleistungen zu entwickeln. Zu ihren Aufgabenbereichen zählten:¹⁸¹

- Abklärung des Gesundheitszustands
- Erhebung des Beratungsbedarfs, Motivierungs-, Beratungs-, Schulungs- und Befähigungsarbeit mit Patientinnen und Patienten, um deren Umgang mit multiplen chronischen Erkrankungen zu stärken
- Direkte Hilfe in der Alltagsgestaltung

¹⁷⁷ Müller Staub, Monego & Imhof (2012). S. 7-9

¹⁷⁸ Bonsack & Reichart (2013). S. 10-11

¹⁷⁹ Bonsack & Reichart (2013). S. 12

¹⁸⁰ Bonsack & Reichart (2013). S. 9

¹⁸¹ Müller Staub, Monego & Imhof (2012). S. 1

- Mithilfe bei Therapieoptimierung hinsichtlich Medikation und Koordination verschiedener Therapieangebote
- Förderung des Selbstmanagements im Sinne von Hilfe zur Selbsthilfe

Die Patientinnen und Patienten wurden von APNs kontaktiert und ihr Gesamtgesundheitszustand, ihre Selbstmanagementfähigkeiten und ihr Umfeld bezüglich Vorstellungen, Einstellungen und Hindernissen sowie Ressourcen gemeinsam erfasst. Diese Standortbestimmung kann in einer weiteren Begleitung sowie einem Beratungs- und Schulungsprozess übergehen. Einen wesentlichen Beitrag leistet die APN durch die direkte Unterstützung in der gesundheitsbezogenen Alltagsgestaltung und der Therapieoptimierung. Die ineinandergreifende Begleitung, Beratung und Schulung stärken die Betroffenen im Umgang mit chronischen Erkrankungen bzw. Multimorbidität. Die Unterstützung im Selbstmanagement der Betroffenen soll dazu beitragen, dass sie mit Symptomen, Therapien und den Auswirkungen der Erkrankung besser im Alltag zurechtkommen. In Leila zählt das Lösen von Problemen, ähnlich wie Zielsetzungen und Handlungspläne, zu den wichtigsten Kompetenzen einer chronisch erkrankten/multimorbiden Person und wird gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten regelmäßig geübt. Weitere wichtige Fähigkeiten betreffen die Symptombeschreibung und -beobachtung. Patientinnen und Patienten sind mit den Symptomen vertrauter und können so durch ihre aktive Rolle den/die Leistungserbringer/in in ihrer eigenen Versorgung unterstützen. Die Evaluation von Leila zeigte, dass Konzepte der integrierten Versorgung unter Einbezug von APNs äußerst sinnvoll sind. Aufgrund der positiven Studienergebnisse wird empfohlen, das Leila-Modell weiterzuentwickeln. Durch Leila wurde eine vermehrte Selbstkontrolle der Patientinnen und Patienten erreicht, sowie eine gesundheitsförderliche Umgestaltung des Alltags.¹⁸²

PraCMan – praxisorientiertes Case Management (Deutschland)

Das „praxisorientierte Case Management für chronisch kranke Patienten (PraCMan)“ ist eine speziell auf chronisch Kranke und Multimorbide ausgerichtete Fallmanagement-Technik. Das Konzept zielt auf eine verbesserte Versorgung durch engmaschige Betreuung ab und soll (vermeidbaren) Krankenhausaufenthalten vorbeugen.¹⁸³

Entwickelt wurde PraCMan in der hausärztlichen Praxis. Eine Versorgungsassistentin/ein Versorgungsassistent in der hausärztlichen Praxis übernimmt nach Anweisung der Ärztin/des Arztes die Aufgaben einer Case Managerin/eines Case Managers und führt beginnend beim Assessment, über die Hilfeplanung bis hin zum Monitoring verschiedene Tätigkeiten durch. Das Besondere an diesem Modell ist, dass alle Aktivitäten von einer bestimmten Software gestützt sind, d.h. alle Daten werden in das System eingespeist. Hausbesuche sind nicht zwingend vorgesehen und können durch „Monitoring-Termine“ ersetzt werden.

Die Daten, die in das PraCMan-System eingespeist werden, werden zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation des Modells herangezogen und ermöglichen so eine stetige Weiterentwicklung des Konzepts. Zusätzlich werden die Daten in pseudonymer Form in Qualitätszirkeln, die zweimal jährlich stattfinden, herangezogen.¹⁸⁴

¹⁸² Müller Staub, Monego & Imhof (2012). S. 3-4

¹⁸³ Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e.V. (2014). S. 1. Zugriff am 22. April 2015

¹⁸⁴ Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e.V. (2014). S. 1. Zugriff am 22. April 2015

Der bereits wissenschaftlich evaluierte Einschreibeprozess läuft über die Hausärztin bzw. den Hausarzt. Diese/r entscheidet anhand ihrer/seiner klinischen und psychosozialen Einschätzung der Person über die Teilnahme am Programm. Patientinnen und Patienten, die an mittelschwerer bis schwerer Demenz erkrankt sind oder bei denen bösartige Neubildungen unter laufender Chemo- oder Radiotherapie aufgetreten sind, werden von PraCMan ausgeschlossen. Ebenso werden Personen ab einem Vorliegen von Pflegestufe 3 nicht ins Programm aufgenommen.¹⁸⁵

Grundsätzlich können mit PraCMan Personen versorgt werden, die volljährig sind und an Diabetes mellitus Typ 2 und/oder COPD und/oder an Herzinsuffizienz leiden. Die vorangegangene zweijährige Evaluationsphase hat gezeigt, dass sich die Lebensqualität der Patientinnen/Patienten innerhalb von zwei Jahren signifikant verbessert hat, potentielle Klinikaufenthalte gingen deutlich zurück, insbesondere bei Patientinnen/Patienten mit COPD.¹⁸⁶

MultiCare (Deutschland)

Der MultiCare-Verbund beschäftigt sich u.a. mit dem Vorhaben, der Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung zu begegnen. In vier einzelnen Teilprojekten werden Multimorbiditätsmuster identifiziert, epidemiologische Zusammenhänge analysiert sowie der Schweregrad und die Folgen von Multimorbiditätsmustern im zeitlichen Verlauf untersucht. Ziel ist es, Ressourcen und Versorgungskosten zu bestimmen und Ansätze zur Verbesserung der Qualität zu erarbeiten.¹⁸⁷

Konkret setzt sich das MultiCare-Vorhaben aus vier Teilprojekten zusammen. Während sich Projekt 1 und 2 mit einer umfassenden Analyse der Multimorbidität in der primärärztlichen Versorgung befassen, wird mit Projekt 3 und 4 die Durchführung von spezifischen Interventionen zur Verbesserung der Qualität der hausärztlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten vorbereitet.

Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen steht das Projekt 4, in welchem untersucht wird, ob Verbesserungen in der Versorgung Multimorbider mit Hilfe des Chronic-Care-Modells (CCM) möglich sind.

Unter Zuhilfenahme des CCM wurden folgende vier Aspekte, die direkten Einfluss auf die Ärztinnen-/Arzt-Patientin-/Patienten-Beziehung haben, definiert:¹⁸⁸

- Gemeinsame Identifikation der Problemfelder von Patientin/Patient und Ärztin/Arzt
- Verhandlung, Planung und Zielsetzung
- Selbstmanagement der Patientin/des Patienten und mögliche Unterstützung von außen (Partner/in, Angehörige, Fachkräfte ...)
- Aktives und regelmäßiges Follow-up

Die MultiCare-Studie 4 lief im Zeitraum von Jänner 2008 bis Dezember 2010 in drei Schritten ab. Durch narrative Interviews mit neun Hausärztinnen/-ärzten und 19 Patientin-

¹⁸⁵ Freund, Peters-Klimm, Rochon, Mahler, Gensichen, Erler, Beyer, Baldauf, Gerlach & Szecsenyi (2011). S. 2-7

¹⁸⁶ Arzt&Wirtschaft (2014). Zugriff am 23. April 2015

¹⁸⁷ van den Bussche & Scherer (2011). S. 73-75

¹⁸⁸ van den Bussche & Scherer (2011). S. 95

nen/Patienten wurden Probleme und Versorgungsbedarfe erhoben. Befragt wurden Personen ab 65 Jahren, die an mindestens drei chronischen Erkrankungen leiden, wovon mindestens eine muskuloskeletaler Natur ist. Ebenso zählte eine Hausärztinnen-/Hausarztconsultation im letzten Quartal als Kriterium. Die Ergebnisse der Interviews bilden die Basis für ein Interventionskonzept, das anschließend in zwei Fokusgruppen verfeinert wurde. Im Anschluss an das Interventionskonzept wurden Unterlagen und Schulungen entwickelt, getestet und umgesetzt, bis es dann zur Pilotierung kam. In der Pilotphase wurden die Akzeptanz und praktische Umsetzbarkeit getestet sowie Hypothesen und Wirkungen umgesetzt.

Aus den qualitativen Interviews ließ sich ableiten, dass Multimorbide sich selbst nicht als schwerkrank sehen und im Durchschnitt sehr zufrieden mit der Betreuung durch ihre Hausärztin/ihren Hausarzt waren. Während die Ärzteseite sich im Gespräch stark auf medizinische Diagnosen und Risikofaktoren bezog, berichteten Patientinnen und Patienten vorwiegend über Einschränkungen im Alltag.

Anhand der Interviewergebnisse, dem CCM und dem Konzept der narrativen Medizin wurde eine proaktive und kontinuierliche Maßnahme, das „Perspektivengespräch (PG)“, abgeleitet.

Im Verlauf eines Jahres wurden gezielte versorgungsbezogene Gespräche zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient geführt. Während des gesamten Gesprächs lenkt die Patientin/der Patient die gemeinsame Reflexion, das bedeutet, die Ärztin/der Arzt übernimmt eine passive Zuhörerrolle, während die Patientin/der Patient aktiv erzählt.

Mit dem PG 1 wird der hausärztliche Behandlungsauftrag überprüft. Zudem findet im Rahmen dieses Gesprächs ein Medikamentencheck statt, der der Patientin/dem Patienten mehr Wissen über die Medikamente vermitteln und Informationslücken auf beiden Seiten schließen soll. Dieser Austausch kann dazu beitragen, die Dosis bzw. die Medikamentenzahl zu reduzieren.

Im zweiten Perspektivengespräch wird der bisherige Behandlungsverlauf re-evaluiert, um die bereits erreichten Ziele sichtbar zu machen und die nächsten festzulegen.

Für den dritten Gesprächstermin wurde kein Thema vorgegeben.

Die jeweiligen Schulungen zu den Perspektivengesprächen und dem Medikamentencheck wurden grundsätzlich positiv von den Hausärztinnen/-ärzten angenommen. Lediglich fünf von 21 konnten aus Zeitgründen nicht an der Studie teilnehmen. Insgesamt konnten 135 Patientinnen/Patienten miteinbezogen werden.

Während PG1 und PG2 sehr gut angenommen wurden, wurde der letzte Gesprächstermin meist weggelassen, da sowohl auf Ärztinnen-/Arzt- als auch auf Patientinnen-/Patientenseite kein weiterer Bedarf bestand.

Gut drei Viertel der Beteiligten erlebten die Perspektivengespräche positiv, wobei in der Gruppe der Ärztinnen/Ärzte zwischen PG 1 und PG 2 kein signifikanter Unterschied bestand, während in der Gruppe der Patientinnen/Patienten die positiven Erfahrungen zunahm (von 69 % auf 81 %). Der Anteil der Neuigkeiten innerhalb der Gespräche nahm ab (74 % auf 49 %).

Modellprojekt agnes^{zwei} (Deutschland)

Beim Projekt agnes^{zwei} handelt es sich um ein gemeinsames Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, der AOK Nordost und der Barmer GEK. Im Gegensatz zu den großteils im Bereich des Telemonitorings und auf delegierte Tätigkeiten einer Hausärztin/eines Hausarztes angesiedelten Aufgaben der Gemeindeschwester im Konzept AGnES übernimmt die Assistenz im Projekt agnes^{zwei} schwerpunktmäßig das Fallmanagement für besonders betreuungsintensive, chronisch kranke und ältere Patientinnen/Patienten. Dabei stimmt sie sich eng mit der/dem behandelnden Ärztin/Arzt ab und kann sowohl für Haus- und Fachärztinnen/-ärzte als auch arztübergreifend (z.B. im Rahmen von Ärztenetzen oder Versorgungszentren) tätig sein.

Die Assistenz soll als Unterstützung und vertraute Ansprechperson dienen, die sowohl über die medizinische Historie als auch die aktuellen Lebensumstände der Patientin/des Patienten gut informiert ist. Sie verrichtet v.a. koordinierende Tätigkeiten wie die Vermittlung von Terminen bei anderen Ärztinnen/Ärzten, Absprachen mit dem Pflegepersonal oder Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Hilfestellung beim Ausfüllen von Anträgen, koordiniert Termine mit Reha-Einrichtungen, überwacht Medikamentenpläne und bereitet Rezepte vor. Außerdem macht sie Hausbesuche und übernimmt dabei Behandlungen wie Blutdruckmessen, Verbändewechseln, Injektionen etc.

Die Teilnahme als Assistenz im Rahmen von agnes^{zwei} ist nach Erwerb eines Zertifikates für Krankenschwestern/-pfleger, Fachwirtinnen/Fachwirte für ambulante medizinische Versorgung, medizinische Fachangestellte mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung oder nichtärztliche Praxisassistentinnen/-assistenten möglich. Die entsprechende Qualifikation wird durch eine spezielle Fortbildung erreicht, die sich aus zwei Modulen zusammensetzt. Der erste Abschnitt beschäftigt sich intensiv mit den Tätigkeitsfeldern Präventionsmanagement, Arzneimittel oder Heil- und Hilfsmittel. Im zweiten Abschnitt wird das Fallmanagement in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC) geschult.¹⁸⁹

WestGem-Studie (Deutschland)

Die WestGem-Studie („Westphalian study on a medication therapy management and home care based intervention under gender specific aspects in elderly multimorbid patients“) beschäftigt sich primär mit der Arzneimittelversorgung von älteren, multimorbiden Personen. Um an der Studie teilnehmen zu können, müssen die Personen 65 oder älter sein und in den letzten drei Quartalen mindestens dreimal eine Ärztin/einen Arzt konsultiert haben. Zudem müssen mindestens drei chronische Erkrankungen aus zumindest zwei verschiedenen Organsystemen vorliegen. Mit dem Fokus der Arzneimitteltherapie gilt die Einnahme von mindestens fünf Langzeitmedikamenten als weiteres Einschlusskriterium.¹⁹⁰

Im Rahmen eines Case Managements sollen multimorbide, polypharmazeutisch behandelte ältere Personen versorgt werden. Ein wesentlicher Aspekt der Studie besteht darin, dass besonderer Wert auf die wohnortnahe Versorgung gelegt wird. Die medikamentöse Therapie und Behandlung wird von einem interdisziplinären Team bestehend aus niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten in Verbindung mit ortsansässigen Pflege- und Wohneinrichtungen der jeweiligen Region übernommen.

¹⁸⁹ Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (2014). Zugriff am 16. April 2015

¹⁹⁰ WestGem (o.D.) Zugriff am 09. Juni 2015



Abbildung 7: WestGem-Modell¹⁹¹

Mit der Studie wurden die Wirksamkeit und die Kosten für diese Versorgungsform in zwei Regionen getestet. Besonderen Wert legte man auf die nachhaltige Wirkung des Projekts. Ziel ist es demnach, die Versorgung dieser Personengruppe weitgehend zu optimieren und zu evaluieren, um herauszufiltern, inwieweit bestehende Strukturen enger zu vernetzen sind und in welchem Maß es sinnvoll ist, regionale Kompetenzen an einer Stelle zu bündeln.

Zusätzlich setzt sich die WestGem-Studie stark mit sozialen und geschlechterspezifischen Aspekten und deren Einfluss auf die Versorgung und die damit zusammenhängenden Kosten auseinander. Bspw. wird aufgezeigt, dass Nebenwirkungen durch die unterschiedliche Verstoffwechslung und die physischen Aspekte geschlechtsspezifisch sind.

Mit einem umfassenden Case Management soll eine verbesserte Arzneimittelversorgung von älteren multimorbiden Personen auch nach Abschluss des Projekts gewährleistet sein. Werden die Erwartungen, die im Vorfeld an die Studie gestellt wurden, also die signifikante Reduktion unangemessener Arzneimittel und die Reduktion von Therapieproblemen, und somit in Summe ein verbessertes Versorgungsmanagement erreicht, wird ein übertragbares Konzept für andere Regionen erarbeitet. Zu erwähnen ist, dass bereits projektbegleitend das Kosten-Nutzen-Verhältnis analysiert wird, um Empfehlungen zur Finanzierung durch Kassenverträge abzuleiten.¹⁹²

Hausarztprogramm Baden-Württemberg (Deutschland)

Das Hausarztprogramm wurde von der AOK Baden-Württemberg, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft, der MEDIVERBUND Dienstleistungs-GmbH und den teilnehmenden Hausärztinnen/Hausärzten vertraglich initiiert. Das zentrale Element des Programms ist, dass eine Hausärztin/ein Hausarzt als Lotsin/Lotse im regionalen Gesundheitswesen agiert. Die Versicherten sollen sie vor jeder Facharztkonsultation aufsuchen. Bei den Hausärztinnen/Hausärzten sollen alle wichtigen Befunde der Patientinnen/Patienten ge-

¹⁹¹ WestGem (o.D.) Zugriff am 09. Juni 2015

¹⁹² ebd.

sammelt werden, womit ein genauer Überblick über die Erkrankungs- und Behandlungsverläufe ermöglicht wird.

Folgende Ziele wurden für das Programm festgelegt:¹⁹³

- Konsequente und kontinuierliche Steuerung des Versorgungsgeschehens
- Verbesserte Koordination der Versorgung
- Qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung der Versicherten
- Fachlicher Austausch der Leistungserbringer/innen
- Mehr Zeit der Hausärztin/des Hausarztes für die Versicherten durch Reduktion des Verwaltungsaufwandes
- Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven

Organisatorisch besteht das Programm aus einer Einschreibeverpflichtung sowohl für teilnehmende Ärztinnen/Ärzte als auch für Patientinnen/Patienten. Für Versicherte ist die Einschreibung mit einer Mindestbindungsdauer von einem Jahr geregelt. Nach der Einschreibung wählen Patientinnen/Patienten eine Ärztin/einen Arzt aus dem Programm, welche/r die zentrale Lotsinnen-/Lotsenfunktion übernimmt, aus.

Mit der Programmteilnahme geht für die Patientinnen/Patienten die Verpflichtung einher, nur nach vorheriger Überweisung durch ihre Ärztin/ihren Arzt eine Fachärztin/einen Facharzt zu konsultieren (Ausnahme: FG Gynäkologie, FG Augenheilkunde und Notdienste). Für die Versicherten ergeben sich durch die Teilnahme folgende Vorteile:¹⁹⁴

- Recht auf Teilnahme an einer erweiterten Gesundheitsuntersuchung
- Führung eines Patientinnen-/Patientenpasses (auf Wunsch elektronisch)
- EDV-gestützte Risikoanalyse in Bezug auf Schlaganfall und Herzinfarkt
- werktägliche Sprechstunden und mindestens eine Abendsprechstunde für berufstätige Patientinnen/Patienten
- Unterstützung bei kurzfristiger Terminvereinbarung mit Fachärztinnen/Fachärzten
- Behandlung nach medizinischen Leitlinien
- Koordination des gesamten Behandlungsablaufs durch die Hausärztin/den Hausarzt
- Reduktion der Wartezeit bei Arztbesuchen auf maximal 30 Minuten (bei vorheriger Anmeldung)

Für die teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte sind Dokumentation, Abrechnung und Arzneimittelverordnungen in elektronischer Form verbindlich vorgeschrieben. Darüber hinaus haben sie an Qualitätszirkeln und Fortbildungen teilzunehmen und eine apparative Mindestausstattung nachzuweisen.

Die Evaluierung eines ähnlich aufgebauten Hausarztprogrammes in Deutschland zeigte, dass innerhalb einer Laufzeit von zwei Jahren durch Qualitätszirkel zu Pharmakotherapien rund 32 Millionen Euro an Medikamentenausgaben eingespart werden konnten. Weiters zeigten sich Verbesserungen im Bereich des Informationsaustausches zwischen den Hausärztinnen/-ärzten und den Fachärztinnen/-ärzten. Im Rahmen einer Patientinnen-/Patientenbefragung wurde herausgefunden, dass im Allgemeinen von einer Verbesse-

¹⁹³ Competence Center Integrierte Versorgung (2010). S. 48

¹⁹⁴ Competence Center Integrierte Versorgung (2010). S. 51

nung der Versorgung ausgegangen werden kann, zumal Hausärztinnen/Hausärzte besser über den Gesundheitszustand ihrer Patientinnen/Patienten informiert sind.¹⁹⁵

Gesundes Kinzigtal (Deutschland)

Das Modell Gesundes Kinzigtal ist ein klassisches Beispiel für die Implementierung eines populationsbezogenen integrierten Versorgungsmodells. Das Programm ist auf die Region Kinzigtal im Schwarzwald ausgerichtet und umfasst ein Einzugsgebiet von ca. 60.000 Personen, verteilt auf 17 Gemeinden. Die zentralen Ziele des Programms umfassen eine verbesserte Gesundheitsversorgung der Einwohner/innen, die Reduktion von chronischen Erkrankungen, die Förderung der Prävention, eine optimierte Finanzierung von Leistungen der Gesundheitsversorgung sowie die Gewährleistung der Vor-Ort-Versorgung.¹⁹⁶

Neben diesen Zielsetzungen wird insbesondere der Vernetzung aller Fachbereiche mit den medizinischen Einrichtungen im Kinzigtal sowie der koordinierten Versorgung der Versicherten durch den Austausch von Befunden und Informationen besondere Bedeutung beigemessen.

Des Weiteren werden durch dieses Modell folgende Vorteile geboten:^{197/198}

- Reduktion von Wartezeiten und Doppeluntersuchungen
- Vertrauensärztinnen/Vertrauensärzte fungieren als Lotsin/Lotse im Gesundheitssystem und erfüllen eine wichtige Beratungsfunktion in Bezug auf die Gesundheit der Patientinnen/Patienten
- Erstellung eines individuellen Versorgungsplans
- Festlegung von persönlichen Gesundheitszielen
- Starke Ausrichtung auf Gesundheitsförderung und Prävention
- Durchführung bzw. Abhaltung von Vorsorgeprogrammen, Seminaren, Veranstaltungen, Vorträgen udgl.
- Enge Zusammenarbeit mit Kindergärten, Schulen, Sportvereinen, Städten und Dörfern der Region Kinzigtal
- Wissenschaftliche Fundierung der Vorsorge- und Behandlungsmaßnahmen (Leitlinien)
- Verbesserung der Versorgungsqualität bei effizienter Mittelverwendung
- Transparente Versorgung durch Dokumentation über die Sektorengrenzen hinweg
- Case Management
- Patientinnen-/Patientenorientierung durch starke Einbindung in den Behandlungsprozess
- Enge Kooperation mit Vertragspartnerinnen/-partnern
- „Shared decision making“, wodurch Compliance-Steigerungen erwartet werden
- Reduktion von Doppeldiagnostik und Fehlbehandlungen durch Patientinnen-/Patientenakte mit aktuellen Befunden und Leistungsvereinbarungen

Eine besondere Bedeutung wird im Projekt gesundheitsfördernden und präventiven Aspekten beigemessen, wodurch eine Steigerung der Lebensqualität und geringere Kosten

¹⁹⁵ Competence Center Integrierte Versorgung (2010). S. 56

¹⁹⁶ Competence Center Integrierte Versorgung (2010). S. 55

¹⁹⁷ Competence Center Integrierte Versorgung (2010). S. 56

¹⁹⁸ Competence Center Integrierte Versorgung (2010). S. 66

für zukünftige medizinische Maßnahmen erwartet werden. Durch eine Zugriffsmöglichkeit auf Daten der Krankenkassen erfolgt zudem ein gezieltes Management der Versicherten, indem Hochkosten(risiko-)patientinnen/-patienten frühzeitig erkannt und optimal versorgt werden können.¹⁹⁹

Im Sinne des Qualitätsmanagements wurden konkrete Richtlinien mit den Vertragspartnerinnen/-partnern abgestimmt, um u.a. die standardisierte elektronische Dokumentation, Eckpunkte für Qualitätszirkel, Patientinnen-/ Patientenbefragungen, Qualitätsberichte etc. zu regeln.

Im Jahr 2015 wurden aktuelle Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen wissenschaftlichen Evaluierung der Zielsetzungen des Programmes publiziert. Dabei konnten hinsichtlich der Versorgungsqualität bei einem Großteil der untersuchten Aspekte positive Entwicklungen festgestellt werden. U.a. gaben 24 % der Versicherten an, seit der Teilnahme einen gesünderen Lebensstil zu haben. In der Vergleichsgruppe der Personen, welche zusätzlich Gesundheitsziele vereinbart haben, lag dieser Wert bei 45 %. Zudem wurde gezeigt, dass 92 % der teilnehmenden Patientinnen/Patienten das Programm „bestimmt“ bzw. „wahrscheinlich“ weiterempfehlen würden, wodurch eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm angenommen werden kann.²⁰⁰ Im Herbst 2016 wurden Studienergebnisse über Effekte der Intervention des Modells Gesundes Kinzigtal anhand ausgewählter Indikatoren vorgestellt, die die Über- und Unterversorgung sowie Outcomes dieses populationsbezogenen Ansatzes der integrierten Versorgung beschreiben. Basierend auf den Krankenkassendaten für den Zeitraum 2004-2011 weist die Längsschnittuntersuchung mit Kontrollgruppen-Design bezogen auf die 18 untersuchten Indikatoren eine tendenzielle Verbesserung der Versorgungsqualität im Kinzigtal hin. Bei 6 der 18 Indikatoren wurde eine signifikante Verbesserung festgestellt. Bei keinem der Indikatoren ließ sich eine signifikante Verschlechterung nachweisen. Da die Evaluation parallel zum Auf- und Ausbau des Modells Gesundes Kinzigtal erfolgte und daher nur ein Teil der Versicherten und auch nur ein gewisser Programmumfang berücksichtigt werden konnte, sollten weitere Untersuchungen angestellt werden, um den Entwicklungstrend tatsächlich abschätzen zu können.²⁰¹

Das Modell Gesundes Kinzigtal wird auch 2017 fortgesetzt und das Angebot – d.h. sowohl die Vortragsreihe zu Gesundheitsthemen für die Bevölkerung als auch das Fortbildungsangebot für Gesundheitsberufe – wurde deutlich erweitert.

Ärztenetze (Schweiz)

Unter einem Ärztenetz²⁰² versteht man ärztliche Betreuungsmodelle, in welchen Hausärztinnen/Hausärzte die Grundversorgung gewährleisten, als Gatekeeper fungieren und das Fallmanagement für die Koordinierung der Versorgung agieren. Die Ausgestaltung und die vertraglichen Verbindlichkeiten der Teilnehmer/innen sind regional sehr unterschiedlich ausgestaltet, weshalb der Dachverband der Schweizer Ärztenetzwerke folgende Definition, welche die Grundmerkmale darstellt, festgelegt hat:

¹⁹⁹ Competence Center Integrierte Versorgung (2010). S. 66

²⁰⁰ Hildebrandt, Pimperl, Schulte, Hermann, Riedel, Schubert, Köster, Siegel & Wetzel (2015). S. 383-392

²⁰¹ Schubert, Siegel, Köster & Ihle (2016). S. 27 und 36

²⁰² Die Betreuung in einem Ärztenetz richtet sich zwar nicht primär an multimorbide Personen, jedoch bieten sie innovative Herangehensweisen für die Erreichung einer abgestimmten und koordinierten Versorgung an, welche insbesondere im Zusammenhang mit Multimorbidität von Bedeutung sein können.

„Ärztetzwerke bzw. Versorgungsnetze sind Organisationen, die von Leistungserbringern gebildet werden und der Gesundheitsversorgung dienen. Durch verbindliches Zusammenwirken unter sich, mit netzfremden Leistungserbringern und mit den Kostenträgern erbringen sie auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsleistungen. Dieses Zusammenwirken beruht auf vereinbarten Behandlungsprozessen, unternehmerischen Organisationsstrukturen und einer gemeinsamen Betreuungskultur. Sie setzen sich bei hoher Versorgungsqualität einen haushälterischen Umgang mit den vorhandenen Mitteln zum Ziel. Ein weiteres Merkmal der Versorgungsnetze ist der Wille, die Gesundheitsleistungen aus einer Hand zu steuern.“²⁰³

Im Mittelpunkt der Ärztenetze steht die umfassende Versorgung der Patientinnen und Patienten. Wenn das Leistungsspektrum innerhalb des Netzwerks nicht ausreichend ist, werden die benötigten Leistungen von extern (z.B. durch Krankenhäuser) abgedeckt. Je nach vertraglicher und organisatorischer Ausgestaltung des Netzwerkes werden Patientinnen/Patienten in diese Entscheidungen eingebunden. Die Teilnehmer/innen geben in diesem Fall einen Teil der Wahlfreiheit ab. Dies wird jedoch durch eine geringere Versicherungsprämie kompensiert. Neben der medizinischen Komponente der Ärztenetze enthalten diese auch einen wirtschaftlichen Faktor in Form eines Netzwerkmanagements, welches die Interessen der teilnehmenden Leistungserbringer/innen mit den gemeinsamen Prozessen des Ärztenetzes in Einklang bringt.

Zur Unterstützung der Koordination und Kooperation innerhalb des Netzwerkes wird häufig auf elektronische Kommunikationswege abgestellt, wodurch eine Strukturierung der Informationsflüsse, der Kommunikation und der standardisierten Verfügbarkeit von Behandlungsdaten erreicht werden kann.

Neben der IKT-Unterstützung der Prozesse kommt dem Qualitätsmanagement eine große Bedeutung innerhalb der Ärztenetze zu. Zu den diesbezüglichen Zielen gehören die Vermeidung von Zufälligkeiten im Rahmen der Behandlung, der Abbau von Heterogenität der ärztlichen Versorgung sowie die Vermeidung von Unter- bzw. Fehlversorgung.²⁰⁴

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Versorgung durch intensive Qualitätsarbeit (z.B. Qualitätszirkel, gemeinsame Beratung bei komplexen Fällen, Case Management) in den Ärztenetzen verbessert werden kann. Jedoch sind in der Schweiz einige Netzwerke durch eine geringe Anzahl von ärztlichen Fachrichtungen gekennzeichnet, wodurch einer komplexen, umfassenden Versorgung nur zum Teil Rechnung getragen werden kann. Letztendlich betrachten jedoch die Leistungserbringer/innen die Koordination und Kooperation sowie die gegenseitige Kontrolle der Leistungserbringer/innen als positive Aspekte der Zusammenarbeit innerhalb der Ärztenetze.

2.5.2. Im Setting Pflegeheim/medizinische Geriatrie

Mit Multimorbidität sind meist ein höheres Lebensalter sowie der steigende Bedarf nach Langzeitpflege verbunden. Mit dem prognostizierten Rückgang der häuslichen Pflege steigen die Anforderungen und der Bedarf an die Lebenswelt Pflegeheim. Da eine Vielzahl der Bewohnerinnen und Bewohner als multimorbid gelten, ist auch die Betrachtung der Versorgung in diesem Setting von Bedeutung.

²⁰³ Competence Center Integrierte Versorgung (2010). S. 75

²⁰⁴ Competence Center Integrierte Versorgung (2010). S. 81

GEKO – Albert Schweitzer Klinik Graz (Österreich)

Mit dem Geriatriischen Konsiliardienst (GEKO) zur medizinischen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen, wurde 2011 ein Projekt an der Albert Schweitzer Klinik in Graz gestartet. Grundgedanke des Projekts war es, ortsnahe intensive medizinische Betreuungsmöglichkeiten zu bieten, selbst wenn die hausärztliche Betreuung nur beschränkt möglich ist.

Erkrankt eine Bewohnerin/ein Bewohner im Pflegeheim wird eine Fachärztin/ein Facharzt des Konsiliardienstes verständigt, sofern die zuständige Hausärztin/der zuständige Hausarzt dies für nötig befindet. Mit dieser unmittelbaren Maßnahme soll einer Aufnahme ins Krankenhaus vorgebeugt werden und die Patientin/der Patient eine adäquate Versorgung erhalten. Vor Ort werden so klinische Untersuchungen wie auch EKG und Ultraschall möglich. Medikamente können verabreicht werden und Beratungen zur Medikation abgehalten werden. Die GEKO-Ärztin/der GEKO-Arzt arbeitet aktiv mit der jeweiligen Hausärztin/dem jeweiligen Hausarzt zusammen. Ein weiterer Schwerpunkt des Betreuungskonzeptes der Albert Schweitzer Klinik liegt in der Palliativ Care, also der Betreuung am Lebensende.²⁰⁵

Die Zielgruppe der medizinischen Geriatrie sind multimorbide Personen, deren Gesundheitszustand eine kontinuierliche, sektorenübergreifende Versorgung fordert, die weder zu Hause noch in einer Akuteinrichtung möglich ist.

Im Fokus steht die Aufrechterhaltung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Die Festlegung der Versorgungsplanung und der Ziele ist individuell von der Patientin/dem Patienten abhängig und reicht von Remobilisation über Stabilisierung des Zustandes bis hin zur palliativen Geriatrie.

Schriftliche Anmeldungen zur medizinischen Geriatrie werden von einem multiprofessionellen Team gesichtet, welches über die Aufnahme entscheidet. Zuvor werden rechtliche wie auch finanzielle Rahmenbedingungen erhoben. Eine koordinierte Aufnahme erfolgt dann durch Kontaktaufnahme mit den Personen über das Aufnahmeteam. In einem weiteren Schritt erfolgt die Anamnese und Stuserhebung durch die/den Stationsärztin/-arzt.

Wie auch die ärztlichen Tätigkeiten, konzentriert sich auch der Bereich der Pflege ganz auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Patientin/des Patienten. Zur Qualitätssicherung werden Visiten durch die Pflegedienstleitung abgehalten, an denen auch die jeweilige Vertrauensperson, die aus dem Angehörigen- oder Bekanntenkreis stammt, teilnimmt.

Unterstützend stehen den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen Sozialarbeiter/innen zur Seite, die zu rechtlichen, finanziellen, sozialen und persönlichen Aspekten informieren und beraten. Je nach Bedarf werden Teambesprechungen aller am Versorgungsprozess beteiligter Berufsgruppen wöchentlich bzw. monatlich abgehalten, um in Anlehnung an das bio-psychosoziale Modell die Gesamtsituation der Patientin/des Patienten zu erfassen und Therapieziele zu planen und umzusetzen.

²⁰⁵ Geriatriische Gesundheitszentren der Stadt Graz (2015). Zugriff am 29. April 2015

TransPro (Österreich)

Mit dem Konzept TransPro sollen die negativen Effekte unnötiger Krankentransporte und Aufenthalte im Krankenhaus vermieden werden. Für das Konzept wurden gemäß dem in Abbildung 8 ersichtlichen Projektplan stufenweise Maßnahmen entwickelt.

Projektteam: K. Cernic, H. Janig, O. Kada, G. Pinter


Stufe 1 Ist-Analyse	Stufe 2 Maßnahmenentwicklung Evaluation	Stufe 3 Erweiterung der Maßnahmen	Stufe 4 Weiterentwicklung und Erprobung
<p>Sekundäranalyse:</p> <p>Sozialversicherungsträger, Rettungsdienst und Kliniken.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transportrate • Diagnosen • Patientencharakteristika • Hinweise auf vermeidbare Transporte <p>Qualitative Interviews mit HausärztInnen und Pflegedienstleitungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen aus der Praxis • Maßnahmenvorschläge 	<p>Interventionsstudie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmenentwicklung <p>Evaluation: (IVG: n=2; KG: n=2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transportrate (prospektiv) • vermeidbare Transporte (MM Design) • interdisziplinäre Kooperation (prä/post Messung) • Lebensqualität BewohnerInnen (prä/post Messung) 	<p>Ausrollen der Maßnahmen und Weiterentwicklung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausrollen der Maßnahmen auf neun Pflegeheime <p>Datenerhebung und Analyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herausforderungen • Transportraten • Transportcharakteristika • Kommunikation • Geriatrischer Konsiliardienst (GECO) 	<p>Ausrollen der Maßnahmen, Weiterentwicklung und Übernahme in den Regelbetrieb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausrollen der Maßnahmen auf 15 Pflegeheime <p>Datenerhebung und Analyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herausforderungen • Transportraten • Transportcharakteristika • Kommunikation • Geriatrischer Konsiliardienst (GECO) <p>Übernahme in den Regelbetrieb</p>
Kada et al., 2011 [9]	Kada et al., 2012/2013 [10,11]	Kada et al., 2014 [12,13]	

Abbildung 8: Stufenweise Maßnahmenentwicklung²⁰⁶

Zu Beginn wurde eine Ist-Analyse auf Basis retrospektiver Daten und qualitativer Interviews zur Anzahl der Transporte ins Krankenhaus, zu Diagnosen und Charakteristika der Bewohner/innen sowie in Hinblick auf Hinweise für vermeidbare Transporte durchgeführt.

In der zweiten Projektphase wurde das Projekt „Gut versorgt im Pflegeheim? – Interventionsstudie zur Reduktion von Krankentransporten aus Alten- und Pflegeheimen in Kärnten“ initiiert. Das Ziel, die Versorgung in den Heimen zu optimieren, stellt somit den Ausgangspunkt für das weiterführende Ziel der Reduktion der Krankentransporte dar.

Im nächsten Schritt wurde die Umsetzung der gesetzten Maßnahmen auf Basis eines 4-Säulen-Modulsystems ausgeweitet. Diese vier Säulen setzen sich aus den folgenden Bereichen und den untergeordneten Maßnahmen zusammen:

²⁰⁶ TransPro (2015)

Kommunikation/Kooperation	Advance Care Planning	Ärztliche Präsenz	Qualifizierung/Information
<ul style="list-style-type: none"> Kooperationsworkshops Hausärzte-Pflege Krankenhaus-Heim-Kooperationsgespräche 	Vorträge für Angehörige und Bewohner zu den Themen <ul style="list-style-type: none"> Schmerz Vorsorgevollmacht Demenz für Angehörige und Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> Geriatrischer Konsiliardienst (Geko) pro Heim Geriatrische Hotline Aufgabenbereich: <ul style="list-style-type: none"> Beratung der HausärztInnen und der Pflege Vernetzung zum Krankenhaus im Bedarfsfall medizinische Tätigkeit 	Bereich Pflege: <ul style="list-style-type: none"> Demenz, Vertiefung Demenz Kinästhetik Palliativ-Hospizpflege Wundmanagement Gerontopsychologische Krankheitsbilder Ethik bei Krankenhauseinweisungen Bereich Ärzte: <ul style="list-style-type: none"> Patientenfallkonferenzen Einweisungsleitlinien Bereich Hausärzteschaft/Pflege: <ul style="list-style-type: none"> Patientenfallkonferenzen Schmerz, Wunde, Polypragmasie Herzinsuffizienz und Polypharmazie

Abbildung 9: Definierte Maßnahmen²⁰⁷

Die Evaluation des Projektes zeigte, dass sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen/-ärzten, den Pflegeeinrichtungen und dem Krankenhaus deutlich verbessert haben und die entwickelten Maßnahmen zur Reduktion der Transporte Potential aufweisen.

Derzeit befindet sich das Projekt in der 4. Entwicklungsstufe und die erprobten Maßnahmen wurden mittlerweile auf 17 Pflegeheime ausgeweitet und wurden 2016 in diesen erprobt.

Im 2. Quartal 2017 sollen aktuelle Daten zur 4. Entwicklungsstufe vorliegen.²⁰⁸

2.5.3. Im stationären Bereich

Spezialisierte geriatrische Versorgungseinrichtungen (Österreich)

Als Reaktion auf die Anforderungen der demographischen Alterung wurden im Österreichischen Strukturplan Gesundheit aus 2012 spezialisierte Einrichtungen bzw. Spitalsabteilungen (Akutgeriatrie/Remobilisation, kurz AG/R) definiert, welche den medizinischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen einer älterwerdenden Gesellschaft Rechnung tragen sollen. Zentrale Elemente dieser stationären Einrichtungen sind geriatrisch ausgebildete Teams, welche einem multidimensionalen Behandlungs- und Betreuungskonzept folgen. Neben der bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung wird dabei ein besonderer Fokus auf die Erhaltung bzw. Wiedererlangung einer selbstständigen Lebensführung

²⁰⁷ TransPro (2015)

²⁰⁸ TransPro (2015)

und einer optimalen Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten in das häusliche Umfeld gelegt.²⁰⁹

Zu den definierten Zielsetzungen der AG/R zählen folgende Aspekte:²¹⁰

- Akutbehandlung der Erkrankung
- Erreichung bzw. Erhalt einer selbständigen Lebensführung
- Verhinderung von zusätzlichen Funktionsverlusten
- Steigerung der Lebensqualität
- Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten in das eigene Umfeld
- Erreichung der Rehabilitationsfähigkeit im Anschluss an die Versorgung in der AG/R (bei Indikation zur Rehabilitation)

Die Versorgung in AG/R richtet sich an physisch oder psychisch multimorbide und geriatrische Patientinnen und Patienten, welche aufgrund dessen eine akute stationäre Behandlung benötigen. Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme sind, dass die Erkrankungen die selbstständige Lebensführung durch funktionelle oder kognitive Einschränkungen gefährden und dass Bedarf an Maßnahmen gegeben ist, welche der Funktionsförderung, Funktionserhaltung oder der Reintegration der Patientinnen und Patienten dienen.²¹¹

Im Unterschied zu nicht spezialisierten Einrichtungen der Akutversorgung weisen AG/R die im Folgenden dargestellten verpflichtenden Merkmale auf:²¹²

1. Multidimensionale Interventionen:

Neben der Beachtung der physischen Erkrankungen erfolgt auch eine Berücksichtigung kognitiver, psychischer und sozialer Aspekte und deren Folgen. In diesem Zusammenhang kommt sowohl der Einbindung des familiären Umfeldes der Patientinnen und Patienten als auch den vorbereitenden Maßnahmen für die Entlassung besondere Bedeutung zu.

2. Interdisziplinäre Teamarbeit:

Das interdisziplinäre Team der AG/R besteht aus Ärztinnen und Ärzten, pflegerischem und therapeutischem Personal (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie ...), klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. In der Zusammenarbeit der eingebundenen Berufsgruppen ist eine gemeinsame Zielorientierung und abgestimmte Vorgehensweise ein wesentliches Kriterium.

3. Kompetenz- und Ressourcenorientierung:

Die Versorgung in den AG/R ist nicht durch eine Defizitorientierung gekennzeichnet, sondern setzt bei der Stärkung und dem Training der vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen der Patientinnen und Patienten an, welche im Rahmen ei-

²⁰⁹ Gesundheit Österreich GmbH (2013). S. 1

²¹⁰ Gesundheit Österreich GmbH (2013). S. 8

²¹¹ Gesundheit Österreich GmbH (2013). S. 12

²¹² Gesundheit Österreich GmbH (2013). S. 14 ff

nes standardisierten geriatrischen Assessments erhoben werden. Dadurch wird die Autonomie der einzelnen Personen gefördert.

4. Berücksichtigung der Lebensbedingungen und -situation:

Bei der Versorgung kommt den Wohnbedingungen, dem Vorhandensein von Angehörigen sowie der Möglichkeit, Hilfe im eigenen Umfeld zu organisieren besondere Berücksichtigung zu. Bei Bedarf und nach Möglichkeit werden daher die Angehörigen in die weitere Betreuung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung eingebunden.

5. Priorisierung bei Diagnostik und Therapie:

Vor dem Hintergrund der instabilen Erkrankungszustände geriatrischer Personen sowie den Gefahren möglicher Medikationsinteraktionen zielt die Versorgung in den AG/R auf eine Prioritätensetzung und eine Begrenzung der gesetzten Maßnahmen ab. Dadurch soll unter Berücksichtigung der individuellen Situation ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erreicht werden.

6. Kein Zeitdruck bezüglich der Verweildauer in Abhängigkeit von den gewählten Therapien:

Der verzögerten Genesung bei geriatrischen Personen und den unter Umständen später eintretenden Therapieeffekten wird dadurch Rechnung getragen, dass kein Druck in Bezug auf die Verweildauer in der Einrichtung besteht. Zeigen sich im Rahmen der Versorgung Potentiale zur Verbesserung des Zustandes, wird anschließend an die Entlassung aus den AG/R eine Therapiefortsetzung in einer geriatrischen Tagesklinik oder einer Rehabilitationseinrichtung angeregt.

7. Qualitätsmanagement:

Eine strukturierte und interdisziplinäre Dokumentation der Arbeitsprozesse, -ergebnisse sowie der Krankengeschichte der Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Qualitätsinstrument in den AG/R.

8. Kooperation:

Neben den Kooperationen der AG/R im Rahmen der Zuweisungs- und Entlassungsprozesse werden auch Fort- und Weiterbildungen sowie ein regelmäßig stattfindender Austausch zwischen den involvierten Akteurinnen und Akteuren vorgeschrieben.

Die in Österreich bestehenden AG/R-Einrichtungen werden von der Gesundheit Österreich erhoben. Mit Ende 2014 gab es österreichweit 45 nach den beschriebenen Vorgaben geführte Abteilungen, welche sich, wie in der folgenden Abbildung dargestellt, auf die Bundesländer verteilen:

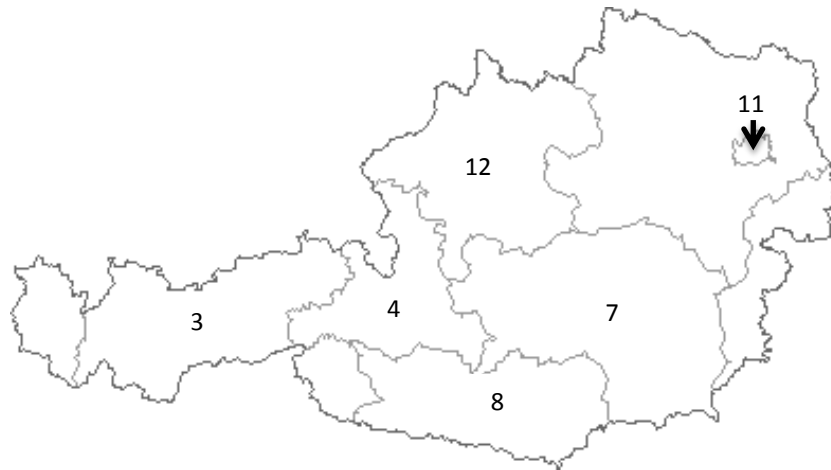


Abbildung 10: Österreichweite Verteilung der AG/R

PROJEKTTEIL A (2015) – ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION MIT EMPFEHLUNGEN FÜR DIE SOLL-VERSORGUNG

3. QUANTITATIVE DATENANALYSE

3.1. Analyse der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung

3.1.1. Methodik

Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 ist eine österreichweite Erhebung, die vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend sowie der Bundesgesundheitsagentur beauftragt wurde. Die Umsetzung erfolgte von März 2006 bis Februar 2007 durch die Statistik Austria.

Die Grundgesamtheit der Untersuchung stellten dabei alle zum Zeitpunkt der Erhebung im Zentralen Melderegister mit Hauptwohnsitz erfassten Personen ab 15 Jahren dar. Es wurden insgesamt 15.474 komplette Interviews realisiert.

Die gesundheitsbezogenen Kernthemen untergliederten sich in die Bereiche Gesundheitszustand, Gesundheitsdeterminanten sowie Gesundheitsvorsorge.

Die Erhebung wurde im Rahmen von persönlichen Face-to-face-Befragungen durchgeführt.

Die Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung können Hinweise auf die gesundheitliche Situation multimorbider Personen liefern. Im Rahmen der Auswertungen wurden quantitative Erkenntnisse über Aspekte, die mit Gesundheit assoziiert werden, gewonnen.

Da die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität mit zunehmendem Alter ansteigt, wurde eine Reduktion des Datensatzes auf Personen ab 65 Jahren vorgenommen. Für die Analyse diverser Zusammenhänge wurden drei Vergleichsgruppen (keine Krankheiten, 1 Krankheit, 2 oder mehr Krankheiten) gebildet. Folgende Fragen wurden an Hand dessen näher betrachtet:

1. Wie verteilt sich die Anzahl der gleichzeitig bestehenden Krankheiten?
2. Welche Krankheiten bzw. Krankheitskombinationen kommen am häufigsten vor?
3. Wie wird die Lebensqualität und Gesundheitszufriedenheit von multimorbiden Personen im Vergleich zu Personen mit keiner bzw. nur einer Erkrankung beurteilt?
4. Welche soziodemographischen und sozioökonomischen Zusammenhänge sind bei den Vergleichsgruppen feststellbar?

Operationalisierungen

Multimorbidität

In Anlehnung an die methodischen Vorgehensweisen anderer Studien wurde Multimorbidität für diese Auswertung als das „zeitgleiche Vorhandensein von drei oder mehr Erkrankungen“ definiert.

Im Datensatz der Österreichischen Gesundheitsbefragung ist das Vorhandensein chronischer Krankheiten zum einen betrachtet nach der Lebenszeitprävalenz und zum anderen nach dem Vorhandensein der Krankheiten „in den letzten 12 Monaten vor der Befragung“ enthalten. Um einem – zum Befragungsdatum – möglichst zeitnahen Anspruch gerecht zu werden, wurden für die Auswertungen aktuelle Erkrankungen herangezogen. Folgende Krankheiten wurden berücksichtigt:²¹³

- Asthma (allergisches Asthma, andere Form von Asthma)
- Allergien
- Diabetes
- Grauer Star
- Tinnitus
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Schlaganfall oder Gehirnblutung
- Chronische Bronchitis oder Emphysem
- Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus
- Wirbelsäulenbeschwerden
- Osteoporose
- Harninkontinenz
- Magen- oder Darmgeschwür
- Krebs
- Migräne oder häufige Kopfschmerzen
- Chronische Angstzustände oder Depressionen

Lebensqualität

Für die Darstellung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde in der Österreichischen Gesundheitsbefragung das Instrument WHOQOL-BREF1 herangezogen. Dabei handelt es sich um eine verkürzte Version eines von der WHO erstellten Fragebogens zur

²¹³ Statistik Austria (2006)

Messung der subjektiven und individuellen Lebensqualität unter Berücksichtigung psychischer, physischer und sozialer Aspekte.

Migrationshintergrund

Zur Darstellung von migrationspezifischen Unterschieden wurden die beiden Variablen „Geburtsland“ und „Staatsbürgerschaft“ herangezogen. In den Analysen wurden Menschen mit Migrationshintergrund als Personen definiert, die entweder eine nichtösterreichische Staatsbürgerschaft aufweisen oder deren Geburtsland nicht Österreich war.

Einkommen

Einkommensspezifische Auswertungen im Zusammenhang mit Multimorbidität wurden unter Berücksichtigung des zur Verfügung stehenden Haushaltsnettoeinkommens dargestellt. Zur Bildung der drei Ausprägungen „niedrig“, „mittel“ und „hoch“ wurde der Median des Äquivalenzeinkommens²¹⁴, der zum Zeitpunkt der Gesundheitsbefragung im Jahr 2007 bei EUR 18.242 im Jahr bzw. bei EUR 1.520 pro Monat lag, herangezogen.²¹⁵

Folgende Zuordnungen der befragten Personen zu den Einkommensgruppen wurden getroffen:

Tabelle 1: Definition der Einkommensgruppen

Wertebereich	Interpretation
weniger als 60 % des Medianeinkommens	niedriges Einkommen
zwischen 60 % und 180 % des Medianeinkommens	mittleres Einkommen
mehr als 180 % des Medianeinkommens	hohes Einkommen

Bildung

Die Variable „Bildung“ wurde an Hand der höchsten abgeschlossenen Schulbildung der Befragten mit den folgenden drei Ausprägungen konstruiert:

- Niedrige Bildung:
 - Pflichtschule
- Mittlere Bildung:
 - Lehre
 - Berufsbildende mittlere Schule
- Hohe Bildung:
 - Allgemeinbildende höhere Schule
 - Berufsbildende höhere Schule
 - Kollegs
 - Universität
 - (Fach-)Hochschule
 - andere hochschulverwandte Lehranstalt

²¹⁴ Das Äquivalenzeinkommen ist das verfügbare Haushaltsnettoeinkommen unter Berücksichtigung der Anzahl und des Alters der im Haushalt lebenden Personen.

²¹⁵ Statistik Austria (2008b). S. 27

3.1.2. Ergebnisse

Die Berechnung der Ergebnisse erfolgte mit den gewichteten Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. (Anm.: Zum Zeitpunkt des Projektstartes waren dies die aktuellsten Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung.) Die Gewichtung wurde von Statistik Austria berechnet, um allfällige Verzerrungen in den Stichprobendaten zu neutralisieren und die Ergebnisse auf die Bevölkerung in Österreich hochzurechnen. Die wichtigsten Ergebnisse der Auswertung sind nachfolgend dargestellt.

Krankheitsanzahl

Aus der folgenden Abbildung ist die Verteilung der Anzahl von gleichzeitig bestehenden Erkrankungen von Personen mit 65 und mehr Jahren ersichtlich. Nur 12,8 % (absolut: 179.606) der Personen dieser Altersgruppe weisen keine der berücksichtigten chronischen Erkrankungen im Jahr vor der Befragung auf. Ein deutlicher Gipfel zeigt sich beim Vorhandensein von zwei Erkrankungen. Dies trifft auf zwei von zehn Personen ab 65 Jahren zu. Im Vergleich dazu ist ab drei oder mehr gleichzeitig bestehenden Krankheiten ein Rückgang von betroffenen Personen zu erkennen.

Im Sinne der herangezogenen Definition von Multimorbidität gilt insgesamt beinahe die Hälfte der Personen ab 65 Jahren (relativ: 47,7 %; absolut: 667.814) als multimorbid, d.h. sie sind von mindestens drei Krankheiten betroffen.

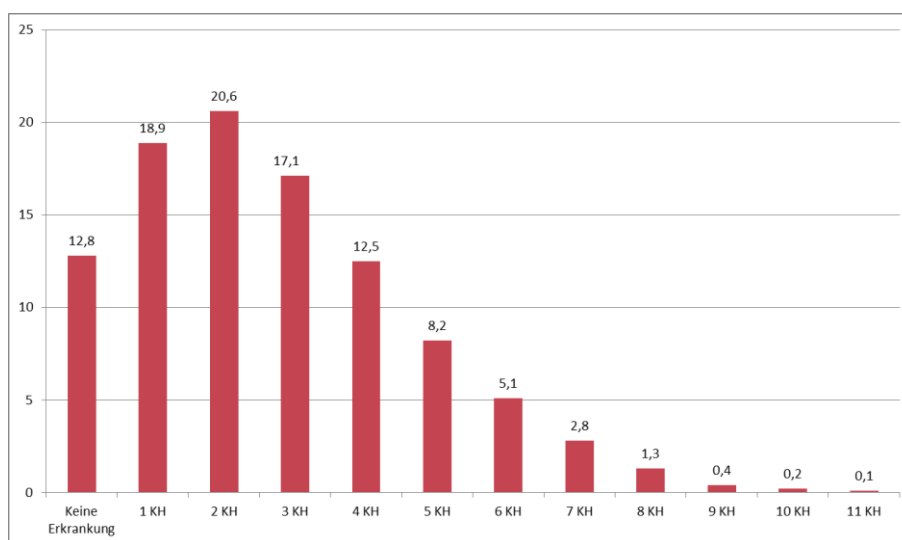


Abbildung 11: Verteilung der Krankheitsanzahl

Angaben in %, n = 1.399.177 (65+)

Häufigste Erkrankungen

Betrachtet man nun die Erkrankungsarten, welche am häufigsten auftreten, ergibt sich folgendes Ranking:

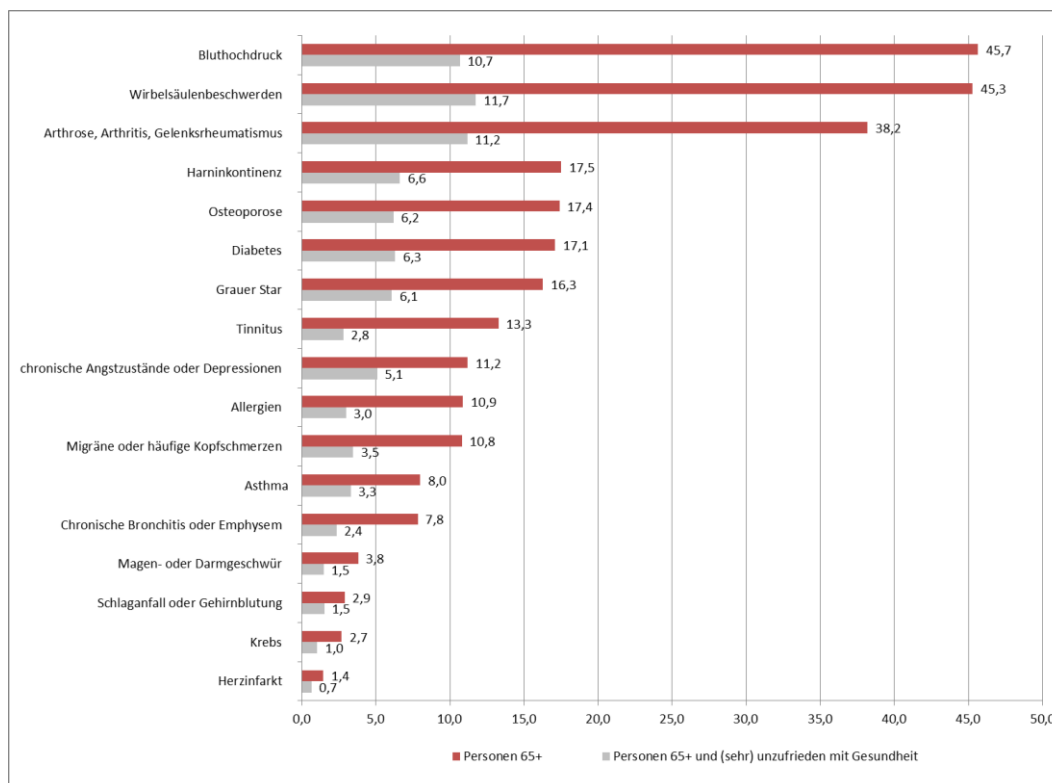


Abbildung 12: Prävalenz der häufigsten Erkrankungen

Angaben in %, n = 1.399.177

Lesebeispiel: 45,7 % aller Personen ab 65 Jahren sind von Bluthochdruck betroffen. 10,7 % der Personen ab 65 Jahren sind mit ihrer Gesundheit (sehr) unzufrieden und leiden an Bluthochdruck.

Zwei Erkrankungen heben sich in ihrer Prävalenz deutlich von den übrigen ab: Es zeigt sich, dass Bluthochdruck eine der bedeutendsten Erkrankungen bei Personen ab 65 Jahren darstellt. Rund 46 % der Personen litten im Jahr vor der Befragung an arterieller Hypertonie. Wirbelsäulenbeschwerden zeigen mit einem Anteil von 45 % eine ähnliche Prävalenz.

Ergänzend zur Prävalenz der Erkrankungen wurde die Verteilung der Unzufriedenheit mit der eigenen Gesundheit angegeben. Dabei ist zu beachten, dass die Unzufriedenheit nicht krankheitsspezifisch, sondern als „globale“ Variable erhoben wurde. Es ist demnach kein kausaler Rückschluss zwischen der Zufriedenheit und der jeweiligen Erkrankung möglich. Deutlich wird jedoch, dass jeweils rund jede zehnte Person, die an Bluthochdruck, Wirbelsäulenbeschwerden oder einer rheumatischen Erkrankungen leidet, auch mit ihrer Gesundheit (sehr) unzufrieden ist.

Lebensqualität

In der folgenden Tabelle sind die Mittelwerte der Lebensqualitätsmessung angegeben, die aus 24 Fragen aus unterschiedlichen Bereichen des WHOQOL-Fragebogens gebildet werden.²¹⁶ Es zeigt sich in allen gemessenen Bereichen (physischer, psychischer Bereich, Soziales, Umwelt) ein ähnliches Ergebnis: Die Lebensqualität der befragten Personen ist in hohem Maß von der Anzahl der Erkrankungen abhängig. In den vier analysierten Gruppen (keine Krankheit, 1 Krankheit, 2 Krankheiten, 3 oder mehr Krankheiten) wurden hochsignifikante Unterschiede der Mittelwerte in allen Domänen gemessen.

Tabelle 2: Lebensqualität bei Multimorbidität

Bereich	keine KH	1 KH	2 KH	3 oder mehr KH	gesamt
Physischer Bereich	79,5	72,0	67,6	52,5	62,7
Psychischer Bereich	76,2	73,7	71,7	62,2	68,1
Soziales	72,2	71,8	71,2	66,0	69,0
Umwelt	76,5	76,0	74,4	68,5	72,2
Globalwert	76,8	73,8	71,3	62,0	68,0

n = 1.399.177, KH = Krankheit

Gesundheitszufriedenheit

Die Beurteilung der Zufriedenheit mit der Gesundheit wurde im Rahmen der Befragung durch die folgende generische Frage erhoben: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?“

Tabelle 3: Gesundheitszufriedenheit bei Multimorbidität I

Gesundheitszufriedenheit	keine KH	1 KH	2 KH	3 oder mehr KH	gesamt
unzufrieden bzw. sehr unzufrieden	4,0	8,3	10,5	31,9	19,5
weder zufrieden noch unzufrieden	11,9	15,8	18,7	25,8	20,7
zufrieden bzw. sehr zufrieden	84,1	75,9	70,8	42,2	59,8

Angaben in %, n = 1.399.177

²¹⁶ Statistik Austria (2007). S. 17

Analog zu den Ergebnissen der Lebensqualitätsmessung zeigt sich auch im Bereich der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ein Einfluss der Anzahl der Erkrankungen. Personen mit drei oder mehr gleichzeitig bestehenden Krankheiten sind mit ihrer Gesundheit unzufriedener als die drei Vergleichsgruppen.

Ein zusammenfassender Vergleich der Mittelwerte der vier Gruppen lieferte folgendes Ergebnis:

Tabelle 4: Gesundheitszufriedenheit bei Multimorbidität II

Bereich	keine KH	1 KH	2 KH	3 oder mehr KH	gesamt
Gesundheitszufriedenheit	4,1	3,8	3,7	3,1	3,4

n = 1.399.177

1 = Sehr unzufrieden; 2 = Unzufrieden; 3 = Weder zufrieden noch unzufrieden; 4 = Zufrieden; 5 = Sehr zufrieden

Die dargestellten Ergebnisse weisen signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten der vier Gruppen auf.

Alter und Multimorbidität

Das Alter einer Person gilt als bedeutender Risikofaktor für die Entstehung von Multimorbidität. Die folgende Grafik zeigt die altersspezifische Verteilung der Krankheitsanzahl in der Gruppe der Personen ab 65 Jahren.

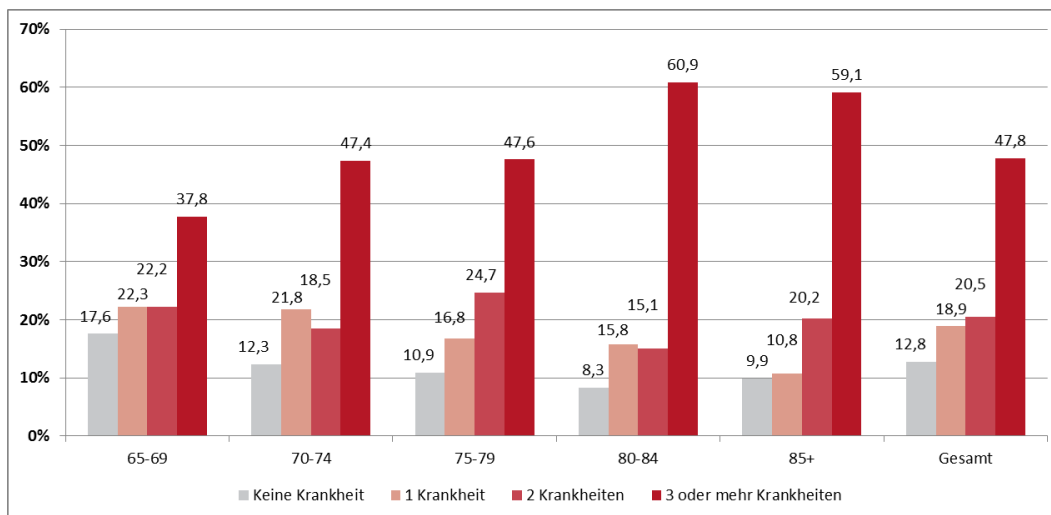


Abbildung 13: Altersverteilung

Angaben in %, n = 1.399.177

Multimorbide Personen sind in allen dargestellten Altersgruppen stark vertreten, wobei in höheren Altersgruppen ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist. Während in der Gruppe der 65- bis 69-Jährigen 37,8 % der Personen multimorbid sind, d.h. an drei oder mehr

Krankheiten leiden, trifft dies in der Gruppe der hochbetagten Personen bereits auf zwei Drittel der Personen zu.

Ein durchgeführter χ^2 -Test bestätigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Vorhandensein von Multimorbidität ($p < 0.001$). Das Assoziationsmaß Cramer's V^{217} gibt mit einem Ergebnis von 0,112 einen mittleren Zusammenhang zwischen den beiden Variablen an.

Multimorbidität nach Geschlecht

Die geschlechterspezifische Verteilung von Multimorbidität zeigt geringe Unterschiede. Demnach sind Männer häufiger von keinen Krankheiten betroffen und etwas seltener multimorbide. In der Gruppe der Frauen hingegen liegt der Anteil der multimorbiden Personen über dem Durchschnitt und trifft auf etwas mehr als die Hälfte der Frauen zu.

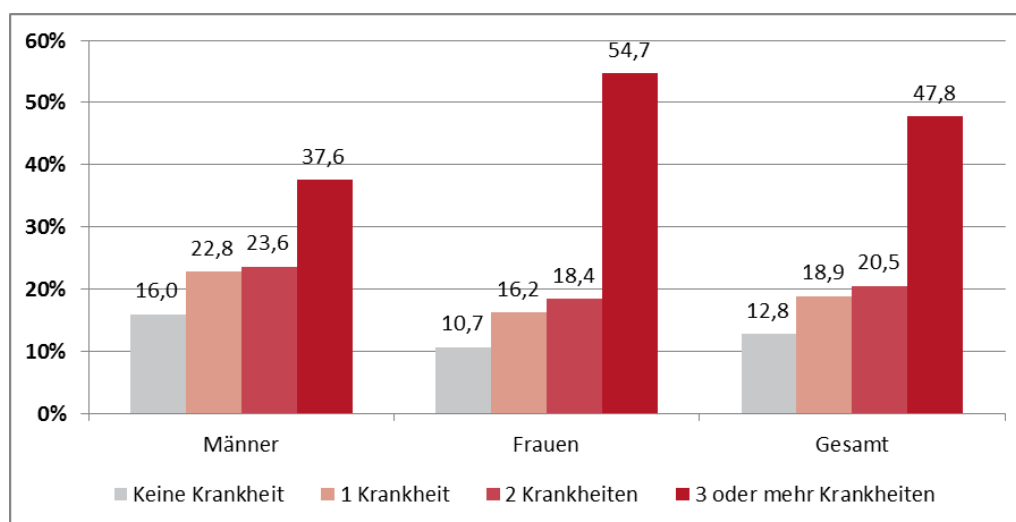


Abbildung 14: Multimorbidität nach Geschlecht

Angaben in %, n = 1.399.177

Der Zusammenhang beider Variablen ist mittel ausgeprägt (Cramer's $V = 0,170$). Ein χ^2 -Test bestätigt die Signifikanz der Ergebnisse ($p < 0.001$).

Multimorbidität und Migrationshintergrund

Entgegen den Ergebnissen unterschiedlicher Studien, welche sich mit dem Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten beschäftigen, zeigt sich in den Auswertungen der Österreichischen Gesundheitsbefragung kaum ein Unterschied zwischen Personen mit bzw. ohne Migrationshintergrund. Personen, welche nicht in Österreich geboren wurden bzw. die keine österreichischen Staatsbürger sind, sind etwas häufiger von Multimorbidität betroffen. Der statistisch gemessene Zusammenhang zwischen den beiden Vergleichsgruppen ist nur gering vorhanden (Cramer's $V = 0,034$).

²¹⁷ Cramer's V ist eine statistische Maßzahl zur Prüfung von Zusammenhängen zwischen zwei oder mehr Variablen. Es kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen, wobei der Wert 0 keinen Zusammenhang bedeutet und ab einem Ergebnis von 0,4 von einem starken Zusammenhang ausgegangen werden kann.

Ein durchgeführter χ^2 -Test zeigte einen signifikanten Unterschied ($p < 0.001$).

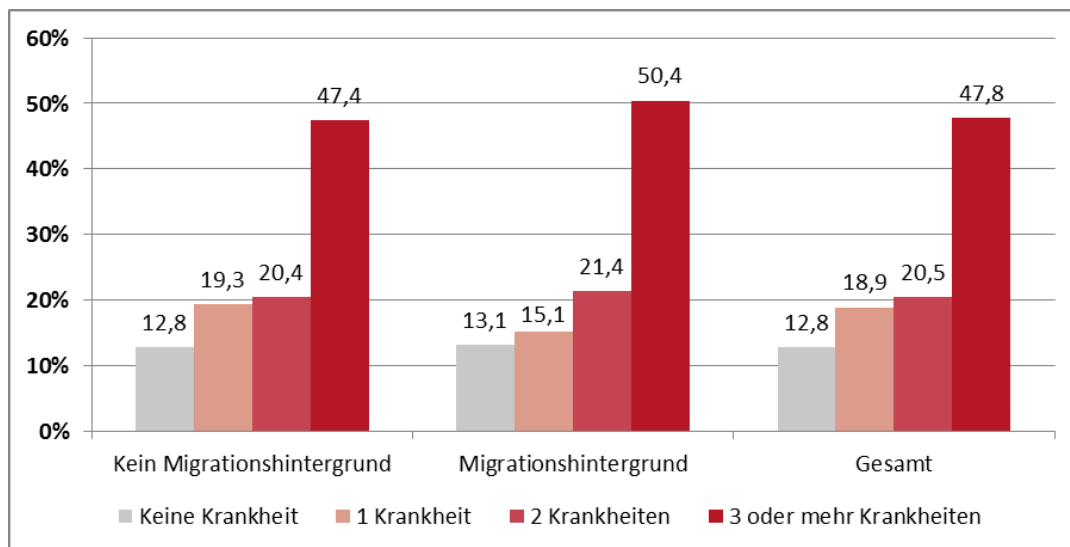


Abbildung 15: Multimorbidität nach Migrationshintergrund

Angaben in %, n = 1.399.177

Multimorbidität nach Einkommensgruppen

Die einkommensabhängige Verteilung zeigt deutlich, dass monetär schlechter gestellte Personengruppen überdurchschnittlich häufig von Multimorbidität betroffen sind. Die Hälfte der Personen, welche weniger als 60 % des Medianeinkommens zur Verfügung haben, weisen demnach drei oder mehr Erkrankungen auf. Im Gegensatz dazu trifft dies in der Gruppe mit höherem Einkommen nur auf 18,6 % der Personen zu. Interessant erscheint jedoch, dass Personen mit hohem Einkommen nicht zwangsläufig keine Krankheiten aufweisen. Ein Vergleich mit den anderen Einkommensgruppen macht deutlich, dass einkommensstärkere Personen am häufigsten von einer (29,9 %) bzw. zwei (39,4 %) Erkrankungen betroffen sind.

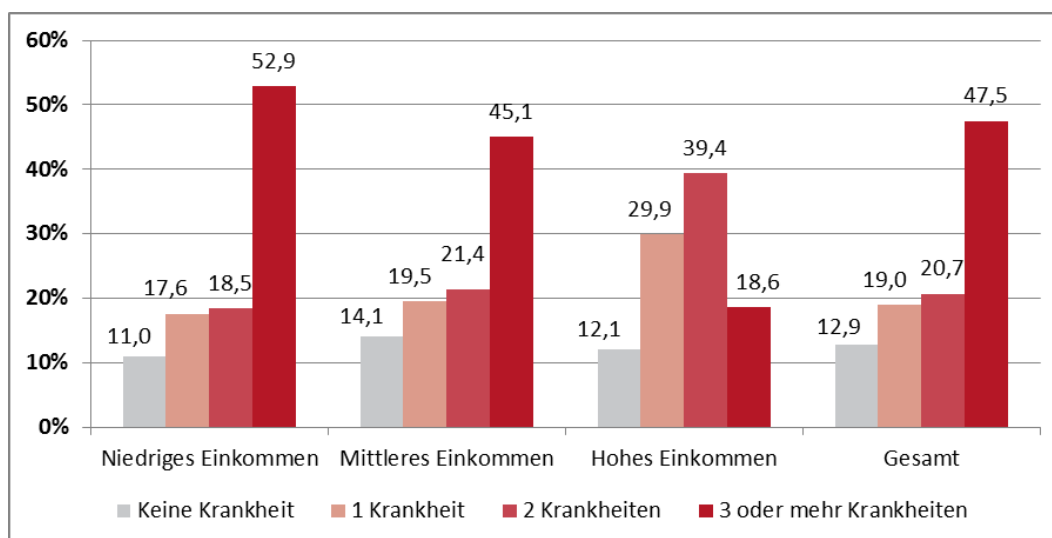


Abbildung 16: Multimorbidität nach Einkommensgruppen

Angaben in %, n = 1.370.336

Ein durchgeführter χ^2 -Test bestätigte die Signifikanz der Ergebnisse ($p < 0.001$). Die gemessenen Zusammenhänge sind jedoch nur leicht ausgeprägt (Cramer's V = 0,085).

Ausbildungsspezifische Unterschiede

Betrachtet man die Auswirkungen der Ausbildung auf die Verteilung der Krankheiten zeigt sich ein ähnlicher Einfluss wie bei den einkommensspezifischen Unterschieden. Bildungsfernere Gruppen weisen die höchsten Anteile multimorbider Personen auf.

Unter den höher gebildeten Personen befinden sich relativ betrachtet etwas mehr Personen, welche keine Krankheiten aufweisen.

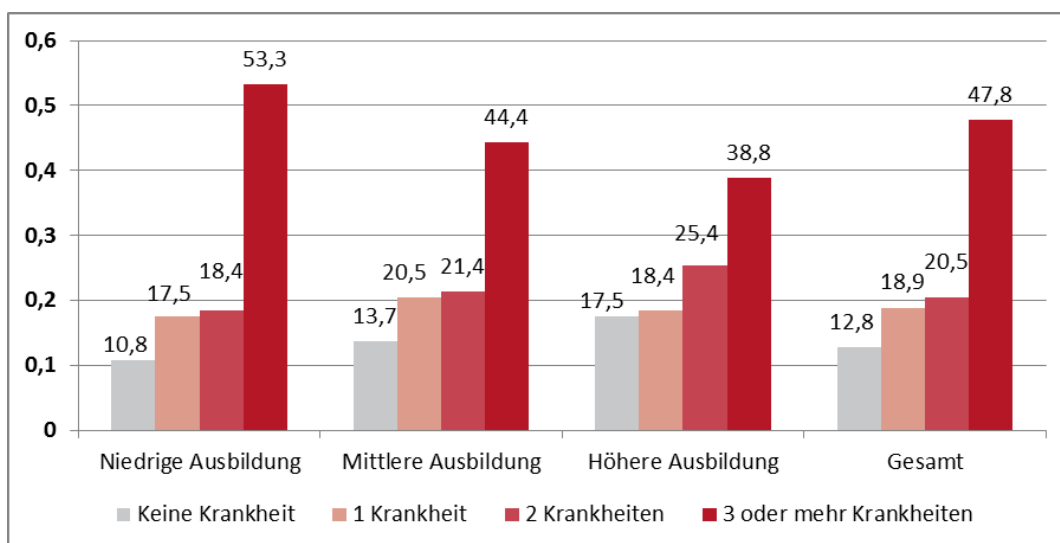


Abbildung 17: Multimorbidität nach Ausbildungsgrad

Angaben in %, n = 1.399.177

Die Signifikanz der Ergebnisse wurden im Rahmen eines χ^2 -Test festgestellt ($p < 0.001$). Der Zusammenhang zwischen den Gruppen ist gering (Cramer's V = 0,083).

Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse

Die Auswertungen bestätigen größtenteils bereits bekannte Ergebnisse. Es konnte gezeigt werden, dass Multimorbidität in der österreichischen Bevölkerung ab 65 Jahren ein relevantes Thema darstellt. Definiert man Multimorbidität als das Vorhandensein von drei oder mehr Erkrankungen, so weist Österreich 667.814 (47,7 %) multimorbide Personen in der Altersgruppe ab 65 Jahren auf. Die Ergebnisse zeigen, dass mit der Zunahme des Alters ein deutlicher Anstieg der Multimorbidität einhergeht.

Multimorbidität beeinflusst die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Mit zunehmender Krankheitsanzahl geht eine Abnahme der Lebensqualität und der Gesundheitszufriedenheit einher, wodurch die Bedeutung von möglichst frühzeitig ansetzenden Maßnahmen zur Stabilisierung und Erhöhung der Lebensqualität ersichtlich wird.

Einen weiteren Auswertungsschwerpunkt stellte die sozioökonomische Betrachtung von Multimorbidität dar. Dafür wurden die Variablen Einkommen und Ausbildung herangezogen. Das Vorhandensein finanzieller Mittel hat einen großen gesellschaftlichen Stellenwert. Neben der Erfüllung grundlegender Bedürfnisse hat das Einkommen auch einen wichtigen Einfluss auf die jeweiligen Lebenslagen. Obwohl in Österreich die Mehrheit der Gesundheitsleistungen nicht unmittelbar von den Patientinnen und Patienten selbst finanziert werden muss und das Angebot von sowie der Zugang zu medizinischen Leistungen weitestgehend vom Einkommen unabhängig ist, konnte dennoch in einkommensschwachen Personengruppen ein vermehrtes Auftreten von Multimorbidität festgestellt werden. Es ist daher anzunehmen, dass sich Multimorbidität auf Basis eines geringen Einkommens nicht primär darin begründet, dass betroffene Personen nicht die notwendigen finanziellen Mittel für eine adäquate Versorgung zur Verfügung haben, sondern dass diese eher aufgrund anderer Faktoren, wie z.B. mangelnder Gesundheitskompetenz, ungünstigem Inanspruchnahmeverhalten, gesundheitsabträglicher Verhaltensweisen oder ungünstiger Lebenssituationen, gesundheitlich benachteiligt sind.

In allen sozioökonomischen Auswertungen zeigte sich eine ähnliche Verteilung von Multimorbidität: Sozioökonomisch bessergestellte Personen sind seltener von Multimorbidität betroffen als Personen mit niedrigem Sozialstatus. Jedoch sind einkommensstärkere Personen vergleichsweise häufiger von einer oder zwei Krankheiten betroffen, d.h. das seltenere Vorhandensein von Multimorbidität spiegelt sich nicht in einem höheren Anteil an Personen ohne Krankheit wider. Unter den höher gebildeten Personen und jenen mit einer hohen Berufsposition befinden sich im Vergleich zu den niedrigeren Gruppen etwas mehr Personen, welche keine Krankheiten aufweisen.

Bildung ist ein Faktor, der sowohl das Einkommen als auch die Berufsposition beeinflussen kann. Sie stellt folglich auch eine wesentliche Grundlage für die gesundheitliche Lage sowie die diesbezügliche Zufriedenheit dar. In der Literatur wird ein hoher Bildungsgrad häufig mit einem guten Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Verbindung gebracht. Es kann davon ausgegangen werden, dass bildungsnähere Personen eine bessere Gesundheitskompetenz aufweisen bzw. eher Maßnahmen zur Krankheitsverhütung/-vorbeugung setzen.

Unterschiede im Vorhandensein von Multimorbidität bei Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund konnten in den Daten nur in einem geringen Ausmaß festgestellt werden. Zahlreiche Untersuchungen – u.a. die Erhebung „Migration und Gesundheit“ der Arbeiterkammer Wien sowie des Bundesministeriums für Gesundheit – belegen, dass Migrantinnen und Migranten ihren subjektiven Gesundheitszustand eher als schlecht beurteilen und bezüglich bestimmter chronischer Erkrankungen, Schmerzen, Inanspruchnahmeverhalten usw. benachteiligt sind. Jedoch zeigte die Untersuchung „Migration und Gesundheit“ analog zur Analyse der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung, dass sich beim Vorhandensein mindestens einer chronischen Krankheit nur geringe Unterschiede zwischen den Befragten ergaben.²¹⁸ Es ist anzunehmen, dass sich gesundheitliche Benachteiligung in der Gruppe der Migrantinnen und Migranten in den hier dargestellten Ergebnissen indirekt über sozioökonomische De-

²¹⁸ Arbeiterkammer Wien und Bundesministerium für Gesundheit (2015). S. 9f

terminanten ausdrückt, da Personen mit Migrationshintergrund häufiger niedrigere Bildungsabschlüsse, schlechtere Berufspositionen und geringere Einkommen aufweisen.²¹⁹

3.2. Analyse der Abrechnungsdaten aus dem niedergelassenen Bereich

3.2.1. Methodik

Aufbauend auf der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurde versucht, ähnliche Krankheitsbilder wie in der Gesundheitsbefragung in den Abrechnungsdaten der **Folgekosten(FOKO)**-Schnittstelle (EDV-Tool zur Ermittlung von Eigen- und Folgekosten ärztlicher Leistungen und Verordnungen) zu identifizieren, um dadurch die multimorbiden Anspruchsberechtigten zu quantifizieren.

Als Untersuchungszeitraum wurde das Jahr 2013 gewählt, da zum Zeitpunkt des Datenabzugs noch nicht alle Daten für das Jahr 2014 in FOKO enthalten waren. Bei der Auswahl bzw. der Identifizierung von Krankheiten in den Abrechnungsdaten muss auf einige Limitationen in den Abrechnungsdaten hingewiesen werden.

ICD-Diagnosen sind nur in den Daten zu den Krankenhausaufenthalten sowie zur Krankenschreibung enthalten. Letztere wurden allerdings für die Auswertung zur Multimorbidität nicht berücksichtigt, da ja Personen ab 65 Jahren im Fokus stehen, die größtenteils nicht mehr im Berufsleben stehen. Daher wurden zur Identifizierung von Krankheiten bzw. Personen, die diese Krankheitsbilder aufweisen, zusätzlich auch die Heilmittelabrechnungsdaten herangezogen. Es wurde versucht, basierend auf medizinischer Expertise, über ATC-Codes (ATC-Code = Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem), d.h. mittels verordneter Medikamente, Rückschlüsse auf Krankheitsbilder zu ziehen.

Als weitere Limitation ist anzuführen, dass sich keine Vergleichsgruppe der „Gesunden“ bzw. Personen ohne Krankheiten bilden lässt. Voraussetzung für das Vorhandensein einer Person in den Abrechnungsdaten ist, dass zumindest eine Leistung in einem definierten Zeitraum mit einem Krankenversicherungsträger abgerechnet wurde. Andererseits muss ein Nichtaufscheinen in den Abrechnungsdaten nicht zwingend bedeuten, dass eine Person gesund ist bzw. sich gesund fühlt.

Für die Auswertung wurden vom LEICON-Team (NÖGKK/OÖGKK) nach Vorgaben des CCIV Daten folgender Träger für das Jahr 2013 bereitgestellt:²²⁰

- alle 9 Gebietskrankenkassen
- BVA
- SVA
- SVB

Spezifikation der Fragestellungen

Für die Analyse wurden drei Vergleichsgruppen (1 Krankheit, 2 Krankheiten, drei oder mehr Krankheiten) gebildet. Folgende Fragen wurden an Hand dessen näher betrachtet:

²¹⁹ Arbeiterkammer Wien und Bundesministerium für Gesundheit (2015). S. 3

²²⁰ Abrechnungsdaten der VAEB konnten nicht berücksichtigt werden, da die Diagnosen nicht als ICD-10 klassifiziert vorliegen.

1. Wie verteilt sich die Anzahl der gleichzeitig bestehenden Krankheiten?
2. Welche Krankheiten kommen am häufigsten vor?
3. Wie verteilt sich die Krankheitslast (bzw. Anzahl bestehender Krankheiten) nach Geschlecht und Alter?

Stichprobenbeschreibung

In Anlehnung an die Österreichische Gesundheitsbefragung wurde auch hier von der Annahme ausgegangen, dass ältere Personen eher von Multimorbidität betroffen sind. Daher wurden die Daten auf Anspruchsberechtigte ab 65 Jahren eingeschränkt, die zumindest an einer der ausgewählten Krankheiten leiden. Basierend auf den definierten Krankheitsbildern konnten somit 1.298.696 Personen identifiziert werden. Das entspricht für das Jahr 2013 rund 87 % der Anspruchsberechtigten lt. der BIG-Datenbank – Business Intelligence Systems in der Krankenversicherung – des Hauptverbandes.

Operationalisierungen

Multimorbidität

In Anlehnung an die Vorgehensweise bei der Auswertung der Österreichischen Gesundheitsbefragung wurde Multimorbidität als das *zeitgleiche Vorhandensein von drei oder mehr Erkrankungen* definiert.

Im Zuge der Auswertung wurde unter Einbindung medizinischer Expertise versucht, Krankheiten mittels Entlassungsdiagnosen aus Krankenanstalten sowie mit ATC-Codes für Heilmittel zu identifizieren. Die Auswahl der Krankheiten erfolgte einerseits in Anlehnung an die Gesundheitsbefragung, andererseits mussten die Limitierungen der Abrechnungsdaten, die nur bedingt Rückschlüsse auf Krankheiten zulassen, beachtet werden. Zusätzlich wurde das für die älteren Altersgruppen relevante Krankheitsbild Alzheimer/Demenz aufgenommen.

Die folgende Tabelle zeigt die definierten Krankheiten im Vergleich zu jenen, die in der Gesundheitsbefragung abgefragt wurden:

Tabelle 5: Definierte Krankheitsbilder

abgefragte Krankheiten in der Gesundheitsbefragung	identifizierte Krankheiten in den FOKO Daten
Asthma (allergisches Asthma, andere Form von Asthma)	Erkrankungen der Atemwege/Lunge
Allergien	
Diabetes	Diabetes
Grauer Star	Affektionen der Linse / Augenerkrankungen
Tinnitus	Tinnitus
Bluthochdruck	Herz-/Kreislaufkrankungen
Herzinfarkt	Herz-/Kreislaufkrankungen
Schlaganfall oder Gehirnblutung	Herz-/Kreislaufkrankungen
Chronische Bronchitis oder Emphysem	Erkrankungen der Atemwege/Lunge
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	Muskel-/Wirbelsäulenerkrankungen
Wirbelsäulenbeschwerden	Muskel-/Wirbelsäulenerkrankungen
Osteoporose	Muskel-/Wirbelsäulenerkrankungen
Harninkontinenz	Harninkontinenz
Magen- oder Darmgeschwür	Magen-/Darmkrankheiten
Krebs	Neubildungen (Krebs)
Migräne oder häufige Kopfschmerzen	Migräne
Chronische Angstzustände oder Depressionen	Depression / Angststörung
	Alzheimer/Demenz

Welche ICD-10 bzw. ATC-Codes für die Identifizierung der Krankheitsbilder verwendet wurden, zeigt diese Tabelle:

Tabelle 6: Definierte Krankheitsbilder (ICD-10, ATC-Codes)

Bezeichnung der Krankheit	Verwendete ICD 10 Codes	Verwendete ATC Codes
Affektionen der Linse / Augenerkrankungen	H25-H28	S01B
Alzheimer/Demenz	F00, G30, F01, F02, F03, F05.1	N06D
Depression / Angststörung	F31, F32, F33, F34, F40-48	N05BA, N05BB, N05CD, N05CF, N06AA, N06AB, N06AG, N06AX, N06CA
Diabetes		A10
Herz-/Kreislaufkrankungen	I10-I15, I20-I25, I50, I60-69,	C01A C01D C02A C02C C03 C07 C08C C09 C10A
Harninkontinenz	N39.3, N39.4	
Migräne	G43, G44,	N02CC, N02CA
Erkrankungen der Atemwege/Lunge	J40-J46,	R03A, R03B, R03D
Magen-/Darmkrankheiten	K25-K29	A02BA, A02BB, A02BC, A02BX
		A12AA A12AX H02AA H02AB H05AA L01BA L01BB L01BC L04AA L04AB L04AC L04AD L04AX M01BA M01CA M01CC M03BC M03BX M05BA N01BA N01BB N01BX N02AA N02AB N02AC N02AE N02AF N02AX
Muskel-/Wirbelsäulenerkrankungen	M00-M25, M30-M36, M40-M43, M45-M49, M50-M54, M80-M85	
Neubildungen (Krebs)	C00 bis C97, D00 bis D09	
Tinnitus	H93.1	C04A

Ausgewählt wurden jene Personen, die bei der Hauptentlassungsdiagnose aus dem Spital im Jahr 2013 eine (oder mehrere) der angeführten Diagnosen hatten und/oder im Jahr 2013 zumindest eine Medikamentenverordnung aus den angeführten ATC-Codes hatten.

3.2.2. Ergebnisse

Häufigkeit der Krankheiten

Die folgende Grafik zeigt die Häufigkeit der Krankheiten, unter der Personen ab 65 Jahren, die ein oder mehrere der definierten Krankheitsbilder aufweisen, leiden. Am häufigsten treten Herz-/Kreislaufkrankungen (81,6 %), Magen-/Darmkrankheiten (49,8 %) und Muskel-/Wirbelsäulenerkrankungen (42,1 %) auf. In den Auswertungen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 stehen Bluthochdruck, der auch unter Herz-/Kreislaufkrankungen fällt, und Wirbelsäulenbeschwerden an erster Stelle. Hier scheint es Parallelen zu der vorliegenden Auswertung zu geben, allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass bei der Gesundheitsbefragung Zielpersonen mittels Fragebogen befragt wurden, während hier reine Abrechnungsdaten ohne subjektive Krankheitseinschätzungen zur Verfügung stehen.

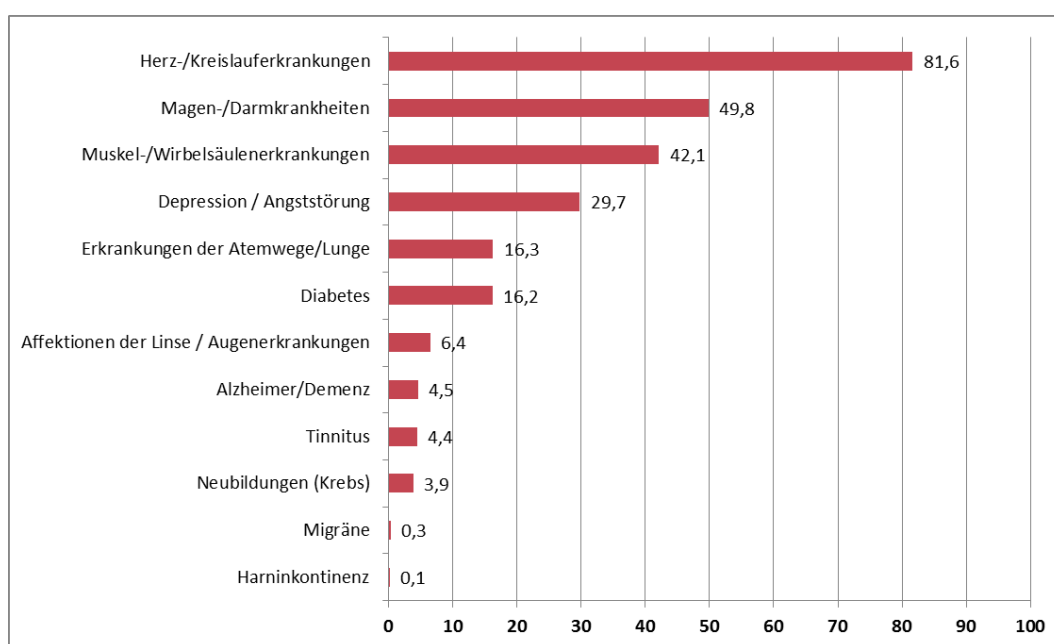


Abbildung 18: Häufigkeiten der Krankheiten

Angaben in %, n = 1.298.696 (65+ und mindestens eine Krankheit, lt. Definition)

Multimorbidität nach Geschlecht und Alter

Wie bereits ausgeführt, wird Multimorbidität im Rahmen dieser Arbeit als „zeitgleiches Vorhandensein von drei oder mehr Erkrankungen“ definiert.

In der hier definierten Zielpopulation trifft das auf 46 % der Personen zu, wobei die Gruppe mit drei oder mehr Krankheiten bei Frauen höher als bei Männern ist (51 % vs. 40 %). In der Gesundheitsbefragung gilt knapp die Hälfte der Befragten ab 65 als multimorbid (drei oder mehr Krankheiten: 48 %, Männer 38 %, Frauen 55 %), für einen direkten Vergleich fehlt in den Abrechnungsdaten aber eine „0-Krankheiten-Gruppe“, d.h. Personen, die gesund sind. Dies lässt sich aus den FOKO-Daten nicht bilden, da Personen nur dann aufscheinen, wenn sie eine Leistung der sozialen Krankenversicherung in Anspruch genommen haben.

Die Auswertung nach den Altersgruppen stützt die These einer steigenden Multimorbidität im Alter. Sie zeigt einen kontinuierlichen Anstieg von multimorbiden Personen von 37 % bei den 65- bis 69-Jährigen bis hin zu 56 % in der Altersgruppe 85 und älter.

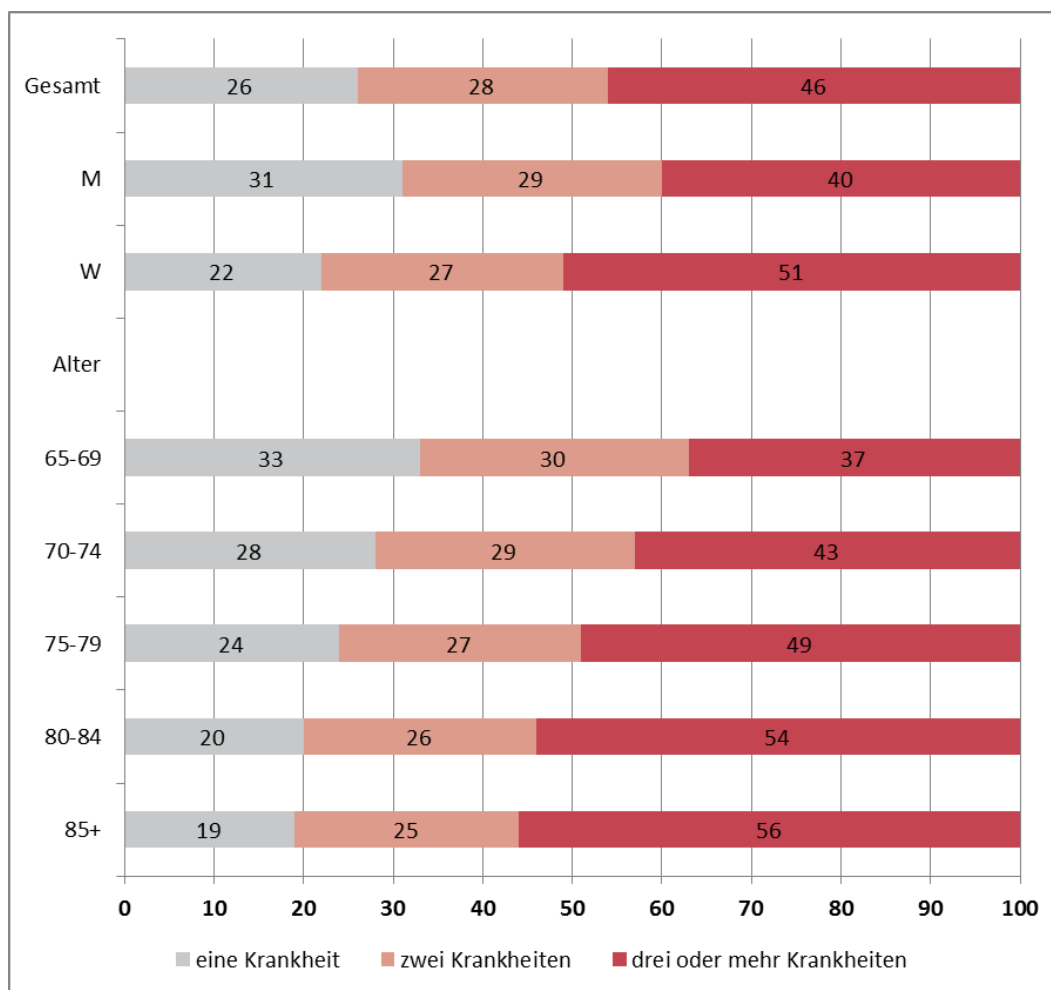


Abbildung 19: Multimorbidität nach Geschlecht und Alter

Angaben in %, n = 1.298.696 (65+ und mindestens eine Krankheit, lt. Definition)

Kosten und Frequenzen

Die folgende Tabelle zeigt die herangezogenen Abrechnungsdaten getrennt nach einer, zwei und drei oder mehr Krankheiten. Dass mit steigender Anzahl an Krankheiten (die in den Abrechnungsdaten identifiziert wurden), an denen eine Person leidet, auch die Verordnungszahl der Medikamente, Spitalsaufenthalte, Arztbesuchsfrequenz und die Kosten steigen, ist schlüssig, dennoch erscheint eine Quantifizierung dieser Aspekte nach Krankheitslast nicht uninteressant. Für die Berechnung der Werte wurde der sogenannte getrimmte Mittelwert herangezogen, d.h. ein Durchschnittswert, bei dem die obersten und untersten 5 % der Daten nicht berücksichtigt wurden. Dies hat den Vorteil, dass die Ergebnisse nicht durch Ausreißer verzerrt werden.

Wie die Ergebnisse zeigen, steigen die Werte bei mehr als zwei Krankheiten meist rapide an.

Tabelle 7: Kostenübersicht (getrimmter Mittelwert pro Person)

im Jahr 2013	eine Krankheit	zwei Krankheiten	drei oder mehr Krankheiten
Anzahl verordneter Medikamentenpackungen	17	32	67
Kosten Medikamente in €	227	457	1.013
Anzahl verbrachte Tage im KH	1	2	7
SV Kosten KH Aufenthalte in €	244	616	2.230
Anzahl Besuche Allgemeinmedizin	9	13	21
Anzahl Besuche Facharzt	5	6	8
Anzahl Besuche anderer VP	1	1	2
Kosten Allgemeinmedizin in €	158	228	367
Kosten Facharzt in €	274	348	435
Kosten anderer VP in €	45	69	110
Kosten niedergelassener Bereich in €	537	718	1.016
Gesamtkosten in €	1.160	1.990	4.598

n = 1.298.696 (65+ und mindestens eine Krankheit lt. Definition)

Gesamtkosten nach Geschlecht und Alter

Wie in der vorherigen Tabelle ausgewiesen, betragen die Gesamtkosten (Arztkosten, Spitalskosten und Medikamentenkosten) im Jahr 2013 bei einer Krankheit durchschnittlich 1.160 Euro pro Person, bei zwei Krankheiten 1.990 Euro pro Person und bei drei oder mehr Krankheiten 4.598 Euro pro Person.

Die folgende Abbildung stellt diese Kosten getrennt nach dem Geschlecht dar. Auch hier wurde wieder der getrimmte Mittelwert berechnet. Wie bereits angeführt, sind Frauen eher von Multimorbidität betroffen als Männer. Bei Männern sind allerdings die Kosten (insbesondere bei drei oder mehr Krankheiten) signifikant höher als bei Frauen. Wie eine Analyse der Daten zeigt, ist das in erster Linie auf eine größere Anzahl an Spitalstagen (und damit verbundenen Kosten) rückführbar, Gründe dafür lassen sich jedoch aus Abrechnungsdaten nicht ablesen.

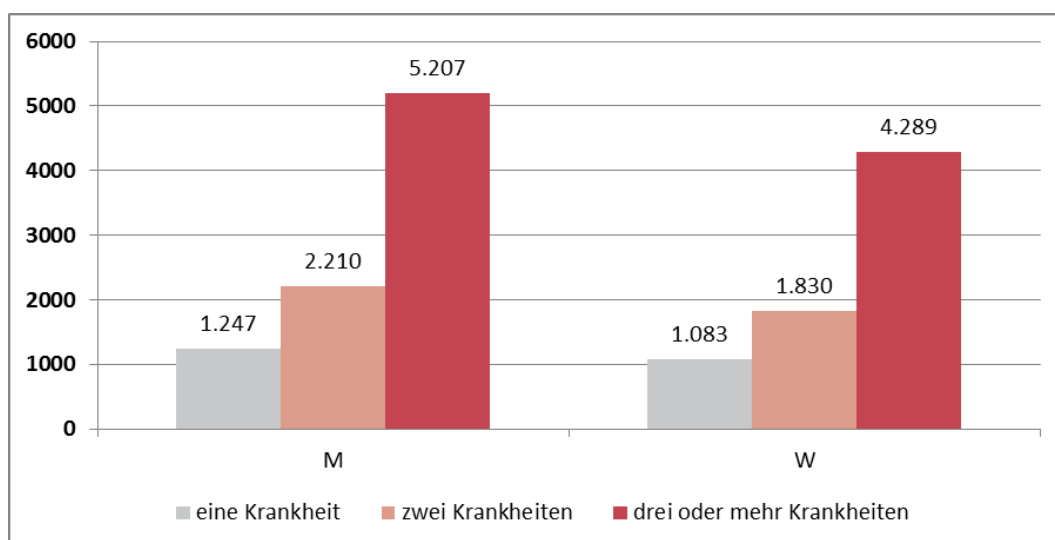


Abbildung 20: Gesamtkosten nach Geschlecht

Angaben in %, n = 1.298.696 (65+ und mindestens eine Krankheit, lt. Definition)

Dass mit höherem Alter auch die Kosten steigen, und zwar unabhängig davon, ob man multimorbid ist oder nicht, zeigt die folgende Grafik. Die durchschnittlichen Gesamtkosten

ten (getrimmtes Mittel) sind bei Personen mit drei oder mehr Krankheiten höher als für die anderen beiden Gruppen zusammen.

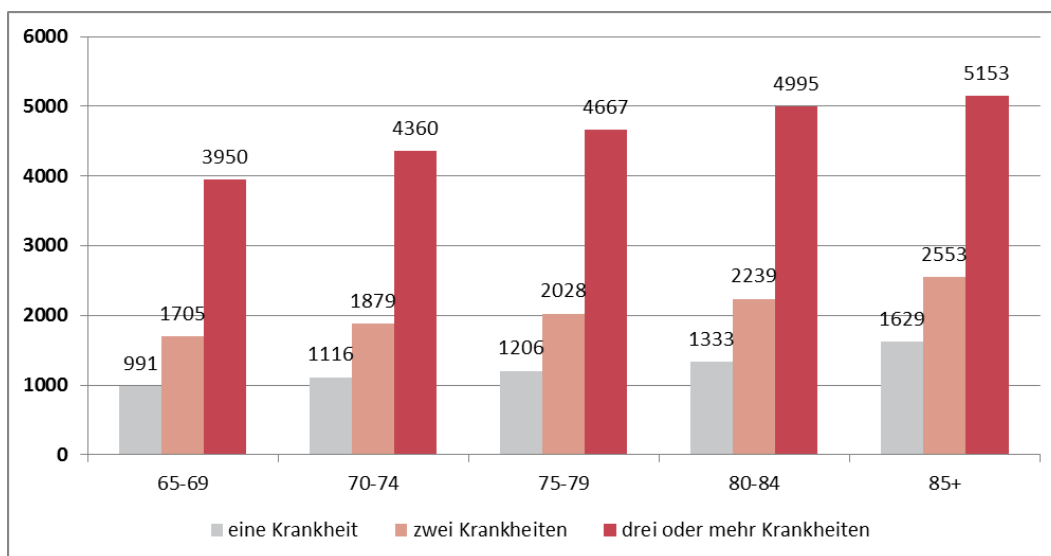


Abbildung 21: Gesamtkosten nach Altersgruppen

Angaben in %, n = 1.298.696 (65+ und mindestens eine Krankheit, lt. Definition)

Anzahl Verordnungen nach Alter

Die folgende Grafik weist die durchschnittliche Anzahl der verordneten Medikamentenpackungen (getrimmtes Mittel) für alle Altersgruppen (nicht nur 65 Jahre und älter) und getrennt nach Anzahl der Krankheiten aus. Unabhängig vom Alter ist bei multimorbiden Personen die Anzahl verordneter Medikamentenpackungen überdurchschnittlich hoch. Auch bei jüngeren Personen herrscht ein starker Konnex zwischen Krankheitslast und Medikamentenverordnungen.

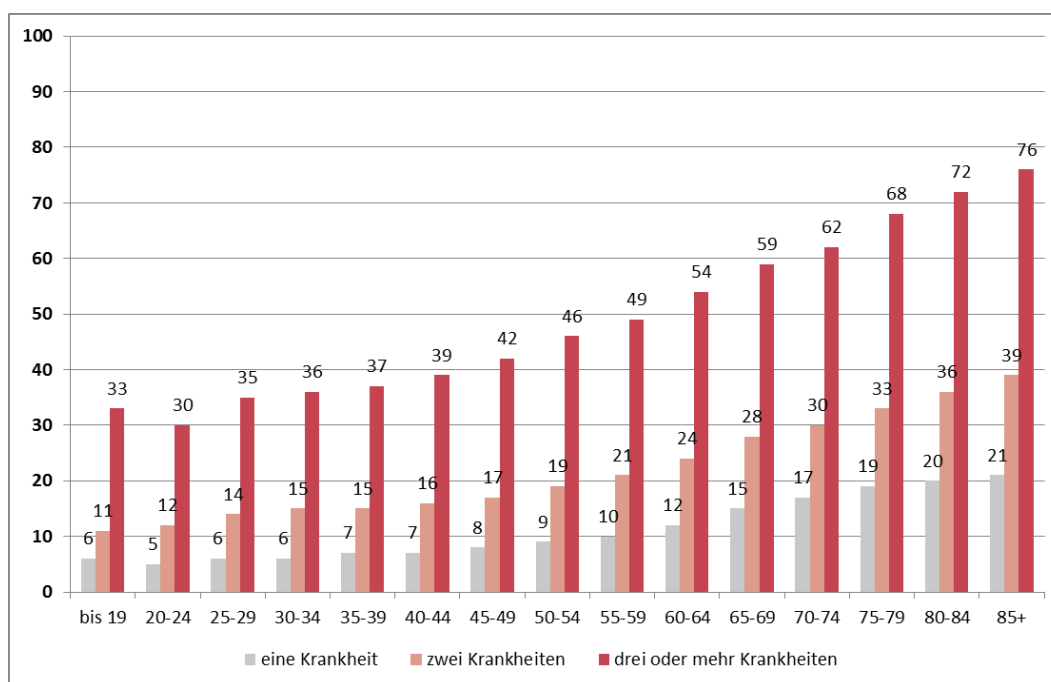


Abbildung 22: Verordnungen nach Alter

Angaben in %, n = 3.578.272 (mindestens eine Krankheit lt. Definition)

Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Datenauswertung zeigen ähnliche Muster wie die Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, wodurch die Plausibilität der FOKO-Auswertung gestützt wird. Multimorbidität (definiert als drei oder mehr Krankheiten) tritt eher bei Frauen als bei Männern auf und steigt mit zunehmendem Alter an. Ähnlichkeiten zeigen sich auch bei der Krankheitshäufigkeit. Herz-/Kreislaufbeschwerden (FOKO-Auswertung) bzw. Bluthochdruck (Gesundheitsbefragung) stehen an erster Stelle. Weiters treten auch Erkrankungen der Wirbelsäule/Muskeln (FOKO-Auswertung) bzw. Wirbelsäulenbeschwerden/Osteoporose/Arthritis (Gesundheitsbefragung) häufig auf.

Da die Abrechnungsdaten, die auch Kostenvariablen, Frequenzvariablen usw. enthalten, die Basis für die Krankheits- bzw. Personenauswahl bilden, besteht ein sehr enger Zusammenhang zwischen Anzahl der Krankheiten und Kosten bzw. Frequenzen, d.h. je mehr Krankheiten in den Abrechnungsdaten bei einer Person gefunden werden, desto höher sind auch die in diesen Daten ausgewiesenen Kosten. Dennoch zeigt sich klar, dass ab drei Krankheiten Arztbesuche, Medikamentenverordnungen, Spitalskosten usw. stark ansteigen.

4. QUALITATIVE BETRACHTUNG – MULTIMORBIDITÄT AUS PERSPEKTIVE VON EXPERTINNEN UND EXPERTEN

4.1. Methodik

Im Hinblick auf eine umfassende Betrachtung des Themas wurde, zusätzlich zu den quantitativen Datenanalysen, die zur Annäherung an die Prävalenz von Multimorbidität in Österreich dienten, eine österreichweite schriftliche Expertinnen- und Expertenbefragung mittels Fragebogen durchgeführt. Der Fragebogen bestand zunächst aus vier offenen Fragen, um einen unvoreingenommenen und explorativen Zugang zu gewährleisten. In der Folge wurden mögliche Optimierungsbereiche gelistet, die entsprechend den folgenden Kategorien zu bewerten waren: „sehr hoher Optimierungsbedarf“, „hoher Optimierungsbedarf“, „geringer Optimierungsbedarf“, „kein Optimierungsbedarf“ bzw. „kann nicht beurteilt werden“ (manche Bereiche sind aufgrund der Profession oder der Rolle in der Versorgung nicht von allen Expertinnen und Experten zu beantworten). Am Ende des Fragebogens wurde dann doch die Möglichkeit gegeben, weitere als wichtig erscheinende Aspekte ergänzend darzustellen (Fragebogen siehe Anhang).

Ziel der Expertinnen- und Expertenbefragung war es, Struktur, Prozesse, sowie positive und negative Versorgungsbereiche und Optimierungsansätze zu beleuchten und die Sichtweise unterschiedlichster Institutionen, die in den Versorgungsprozess involviert sind, zu ermitteln.

Der Fragebogen wurde an folgende 20 Institutionen, Fachgesellschaften bzw. Berufsverbände versandt:

- Ärztliche Direktionen der TGKK, der WGKK sowie des Hanusch-Krankenhauses
- Berufsverband der Arztassistentinnen und -assistenten
- Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen
- Bundesverband der Physiotherapeutinnen und -therapeuten Österreichs
- Care Ring GmbH

- Fonds Soziales Wien – Büro der Wiener SeniorInnenbeauftragten
- Institut für Gerontologie und demografische Entwicklung an der UMIT
- Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser
- Netzwerk Geriatrie
- Oberösterreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (OBGAM)
- Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)
- Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management
- Österreichische Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie
- Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
- Patientinnen- und Patientenvertretungen
- Projekt „Geriatrischer Konsiliardienst zur fachärztlichen Untersuchung von Pflegeheimbewohnern“
- Sektion Geriatrie am Landeskrankenhaus Hochzirl
- SMZ – Sophienspital
- Universität Wien – Institut für Soziologie, Forschungsbereich Gerontologie

Insgesamt wurden 14 ausgefüllte Fragebögen retourniert, welche mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse^{221,222} ausgewertet wurden. Auf Basis des erhaltenen Datenmaterials wurden anhand von Kategorien die Antworten systematisch strukturiert und reduziert. Die Ergebnisse der Befragung werden in den folgenden Kapiteln dargestellt. Zur Interpretation der Ergebnisse ist limitierend anzumerken, dass die Rückmeldungen die unterschiedlichen Erfahrungen der Expertinnen und Experten widerspiegeln, die zum Teil durch regionale Strukturen und Prozesse geprägt sind. Insgesamt handelt es sich um eine qualitative Auswertung mit einer geringen Stichprobengröße und die Interpretation der Ergebnisse sollte daher nicht primär auf die Häufigkeitsverteilung der Antworten fokussieren. Die Ergebnisse zu den priorisierten Optimierungsbereichen sollen daher lediglich – ergänzend zu den verbesserungswürdigen Versorgungsaspekten – herangezogen werden, um näherungsweise Rückschlüsse auf die Prioritätenverteilung bei der Optimierung wichtiger Bereiche zu ziehen.

4.2. Gut funktionierende Versorgungsbereiche

Die Rückmeldungen aus den Fragebögen erlaubten die in Abbildung 23 dargestellte grobe Kategorisierung der gut funktionierenden Versorgungsbereiche.

²²¹ Gläser & Laudel (2009). S. 200

²²² Lamnek (2010). S. 460

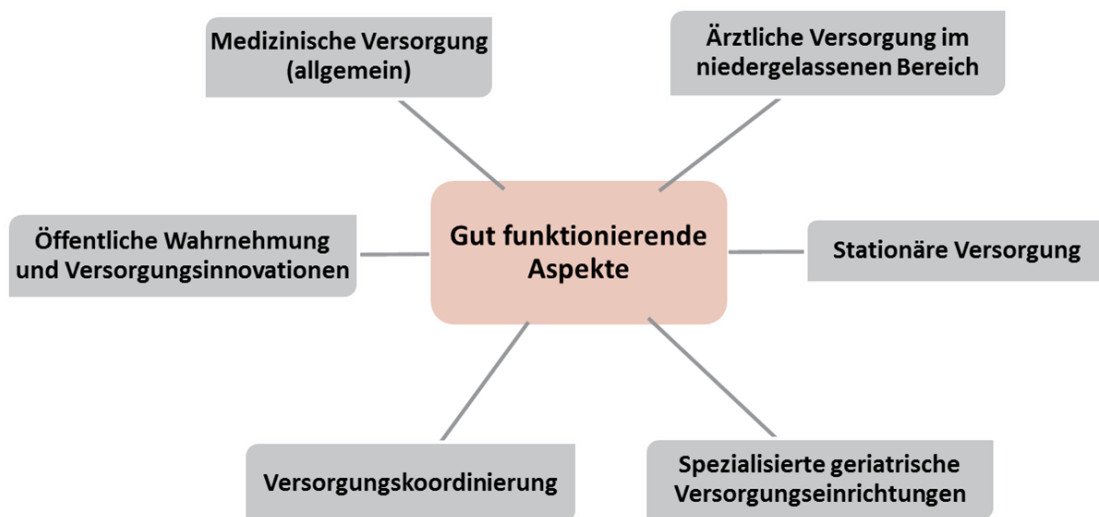


Abbildung 23: Gut funktionierende Versorgungsbereiche laut Expertinnen/Experten

4.2.1. Medizinische Versorgung

Im Allgemeinen wurde die medizinische Versorgung als gut funktionierender Bereich gesehen – sowohl die medizinische Behandlung einzelner Erkrankungen als auch die medizinisch-diagnostische Abklärung funktionieren gut.

4.2.2. Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich

Anknüpfend an den oben genannten Bereich beurteilen die Expertinnen und Experten die haus- und fachärztliche Versorgung und Betreuung im niedergelassenen Bereich als gut. Neben dem umfassenden und niederschweligen Angebot an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wurden auch die Abläufe als positiv bewertet. Allerdings wurde diesbezüglich darauf hingewiesen, dass die Organisation der Versorgung zum Teil vom individuellen Engagement der Ärztinnen und Ärzte abhängig ist. Die Qualität der Versorgung hängt dabei von der Fortbildungsbereitschaft (z.B. bezüglich geriatrischer Versorgungsspezifika), dem Vernetzungsgrad mit anderen Ärztinnen/Ärzten sowie der Kooperationsbereitschaft mit extramuralen Dienstleistern ab. Insgesamt gibt es in diesem Bereich also auch noch Optimierungspotential (siehe Kapitel 4.3.2.). Zudem bestehen bei der hausärztlichen Versorgung regionale Unterschiede: Laut Expertinnen und Experten ist der ländliche Bereich durch eine engere Bindung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten gekennzeichnet. Darüber hinaus sei im ländlichen Bereich eine höhere Abdeckung mit Hausbesuchen durch Allgemeinmediziner/innen gegeben, wodurch für die ländliche Bevölkerung trotz längerer Wegstrecken eine gewisse Grundversorgung sichergestellt ist.

4.2.3. Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung wird hier als die Summe von intramuralen Strukturen und Prozessen sowohl des Akut- als auch des Langzeitpflegebereichs betrachtet, da die Ergebnisse der Befragung nicht immer eine transparente Zuordnung der Rückmeldungen erlauben. Generell sind die Meinungen der Expertinnen und Experten zu diesem Bereich gespalten: Während es einerseits zahlreiche Hinweise auf Verbesserungsbedarf gibt (siehe Kapitel 4.3.3.), werden dem stationären Bereich, abhängig von regionalen Unterschieden und vorherrschenden strukturellen und prozessualen Rahmenbedingungen, auch einige positive Aspekte zugeordnet: Je nach Institution bieten Langzeitpflegeeinrichtungen ausreichende und ausdifferenzierte Wohn- und Pflegeplätze mit kurzfristigen Aufnahmemöglichkeiten an. Teilweise gibt es auch gut funktionierende Kooperationen mit Hausärztin-

nen und -ärzten. Innerhalb der stationären Einrichtungen arbeiten die Versorgungsteams im Rahmen von Angestelltenverhältnissen zusammen, was im Vergleich zur extramuralen Versorgung eine bessere Regelung von Koordination und Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen sowie eine strukturierte Anwendung von Qualitätssicherungsmaßnahmen ermöglicht. D.h. im stationären Setting wird eine gut funktionierende multiprofessionelle Versorgung angeboten. Es wurde auch positiv angemerkt, dass die klinische Psychologie in der stationären Versorgung bereits als wesentliche Säule einer ganzheitlichen und bedarfsgerechten Versorgung etabliert ist. Darüber hinaus hat auch eine personenzentrierte Arbeitsweise einen hohen Stellenwert. Der Übergang der Patientinnen und Patienten vom akutstationären Setting in den extramuralen Bereich funktioniert gut, wenn ein entsprechendes Entlassungsmanagement etabliert ist.

4.2.4. Spezialisierte geriatrische Versorgungseinrichtungen

Die generelle Versorgung in spezialisierten stationären Einrichtungen sowie die dort vorhandenen Prozesse zur Rückführung von Patientinnen und Patienten in das eigene Umfeld werden als besonders positiv gewertet. Spezialisierte Abteilungen bieten multimorbiden Personen umfassende und standardisierte Behandlungsprozesse, insbesondere im Bereich von Aufnahmen außerhalb des stationären Bereichs (Primäraufnahmen) als auch bei Aufnahmen aus anderen akutstationären Bereichen (Sekundäraufnahmen). Durch spezialisierte Einrichtungen kommt es zu einer Verringerung des institutionellen Langzeitbetreuungsbedarfs und es werden bessere funktionelle und klinische Outputs erreicht.

4.2.5. Versorgungskoordination

Die Koordinierung der Versorgung erscheint als ein sehr ambivalentes Thema: Während die Abstimmung der Versorgung in vieler Hinsicht negative Kritik erntet (siehe Kapitel 4.3.6.), wurden dennoch auch positive Aspekte gesehen. Dies v.a. dann, wenn eine Versorgungsregion ein umfassendes Angebot an Case Management aufweist. Dadurch werden zeitnah Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten in der häuslichen Umgebung, aber auch ein niederschwelliger Zugang zum Akutversorgungssystem und dessen Leistungsangeboten sichergestellt.

4.2.6. Öffentliche Wahrnehmung und Versorgungsinnovationen

Es wurde angeführt, dass in der Bevölkerung schon eine beginnende Sensibilisierung in Bezug auf demographische Alterung und deren Auswirkungen stattfindet. Darüber hinaus scheinen Altersdiskriminierung und Stigmatisierung im Akutversorgungssystem eine untergeordnete Rolle zu spielen. Weiters wurde positiv hervorgehoben, dass die Wichtigkeit von integrierten Versorgungsmodellen (IV), insbesondere im Bereich der Multimorbidität, öffentlich wahrgenommen wird und diesbezüglich auch vereinzelt IV-Initiativen in Planung bzw. Umsetzung sind. Ein wichtiges Merkmal dieser Projekte sei, dass sie die wesentlichen Aspekte einer durchgängigen Versorgung durch Elemente wie Interdisziplinarität, Vernetzung bzw. Disease Management berücksichtigen.

4.3. Problembehaftete Versorgungsbereiche

Die folgenden, nachstehend in Überkategorien zusammengefassten verbesserungswürdigen Bereiche wurden identifiziert (siehe Abbildung 24):



Abbildung 24 :Verbesserungswürdige Versorgungsbereiche laut Expertinnen/Experten

Darüber hinaus wurden einige verbesserungswürdige Aspekte genannt, welche keiner gemeinsamen Kategorie zuzuordnen sind. Diese werden im Anschluss an die Beschreibung der verbesserungswürdigen Versorgungsaspekte erläutert.

4.3.1. Medikamentenverordnungen

Medikamentenverordnungen stellen einen wesentlichen Problembereich dar. Es wurde berichtet, dass es in der Praxis häufig zu einer ungeordneten Verschreibung verschiedener Medikamente durch unterschiedliche verordnende Stellen ohne abgestimmtes Vorgehen kommt, zum Teil ohne Berücksichtigung bereits bestehender Medikamentenverordnungen. Ein verursachender Faktor wird dabei in einer mangelhaften Kommunikation zwischen den verordnenden Stellen gesehen. V.a. aus der Sicht von geriatrischen Patientinnen und Patienten können nicht abgestimmte Medikationen sowohl medizinische als auch organisatorische Probleme verursachen, insbesondere, wenn gewohnte Medikamente geändert oder neue Einnahmemodi zur Anwendung kommen. Es wäre daher eine verstärkte Kooperation zwischen den Versorgungsebenen notwendig, um eine bedarfsgerechte und auch ökonomische Heilmittelverwendung sicherzustellen.

4.3.2. Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich

Besonders vor dem Hintergrund der demographischen Alterung stellen geriatrische Personen zukünftig eine der wesentlichsten Patientinnen-/ Patientengruppen in den Ordinationen von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner dar. Vom systemischen Blickwinkel aus betrachtet, wird die derzeit „schwache Rolle“ der hausärztlichen Versorgung im Bereich der Multimorbidität, die diesen Entwicklungen aktuell noch nicht gerecht wird, bemängelt. Auch die zeitliche Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte ist ein wesentliches Problem: Eingeschränkte Ordinationsöffnungszeiten limitieren die Erreichbarkeit, v.a. Fachärztinnen und Fachärzte führen kaum Hausbesuche durch²²³ und insgesamt stehen die nie-

²²³ § 27 Krankenbesuch lt. Ärzte-Gesamtvertrag (2014): „Vertragsfachärzte sind zu Krankenbesuchen im Allgemeinen nicht verpflichtet, es sei denn, dass der Erkrankte schon bisher in ihrer Behandlung steht und wegen der gleichen Erkrankung nicht ausgehändig wird.“

dergelassenen Mediziner/innen vor der Herausforderung zeitlich begrenzter Ressourcen. Auch die Organisation der Versorgung wurde bemängelt; die hausärztliche Betreuung erfolgt meist nicht interdisziplinär. Hier mangelt es im extramuralen Bereich generell an Vernetzung. Als konkreter Ansatzpunkt wurde bspw. der geringe Einbindungsgrad von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in die Organisation von Gruppenpraxen genannt.

4.3.3. Stationäre Versorgung

Als allgemeine Kritikpunkte an der Versorgung im stationären Bereich wurden genannt, dass Akutkrankenhäuser aktuell weder personell noch organisatorisch auf die Anforderungen sowie auf die steigende Anzahl geriatrischer und multimorbider Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind. Aufgrund der bekannten problematischen Personalsituation, aber auch der Arbeitszeitregelungen im Krankenhausbereich droht ein Kapazitätenmangel mit Qualitätseinbußen sowohl in der medizinischen als auch in der pflegerischen Versorgung. Dazu kommen eingeschränkte Öffnungszeiten von Spitalsambulanzen, wodurch sich für Patientinnen und Patienten häufig, auch trotz erfolgter Terminvereinbarung, lange Wartezeiten ergeben. Die Organisation der Spitalsambulanzen ist generell nicht am Bedarf einer älteren, multimorbiden Patientinnen-/Patientengruppe ausgerichtet. Häufig ist auch die Abstimmung mit Transportdiensten schlecht bzw. gibt es kaum Möglichkeiten der Nahrungs- und Getränkeaufnahme während der Wartezeiten. Eine weitere Problematik ergibt sich durch die fehlende flächendeckende Spezialisierung auf multimorbide Personen – sowohl in der stationären Akutversorgung als auch im Langzeitpflegebereich. Im Akutsektor zeigt sich dies daran, dass der Fokus der Behandlung primär auf die aktuelle Erkrankung beschränkt und eine Ausrichtung auf die Förderung individueller Ressourcen nur gering feststellbar ist. In der Versorgung multimorbider Gruppen begünstigt diese Vorgehensweise aber eine generelle Verschlechterung des Allgemein- und Gesundheitszustandes. Ebenso findet man aktuell in Krankenhäusern nur ein geringes Angebot an Unterstützung durch Sozialarbeit bzw. an Patientinnen-/Patientenberatung. Zur Versorgung in Pflegeeinrichtungen wurde rückgemeldet, dass teilweise die fachärztliche Versorgung, aber auch die Mitberücksichtigung therapeutischer Bedarfe unterrepräsentiert ist.

4.3.4. Häusliche Versorgung/Informelle Betreuung

Die Versorgung im häuslichen Umfeld erfolgt in erster Linie durch pflegende Angehörige und durch die Unterstützung mobiler Dienstleister. Seitens der Expertinnen und Experten wurde angemerkt, dass das bestehende Angebot an mobilen Diensten oft intransparent ist. Die zur Verfügung stehenden Angebote sind für Nichtprofessionistinnen/Nichtprofessionisten kaum überschaubar. Darüber hinaus mangelt es auch an entsprechenden Angeboten zur Remobilisation, welche den Übergang nach stationären Aufhalten in die häusliche Pflege erleichtern könnten. Da pflegende Angehörige von geriatrischen Patientinnen und Patienten besonders auch im Bereich der Multimorbidität eine tragende Rolle spielen, wiegt auch das von den Expertinnen und Experten genannte Fehlen flächendeckender Entlastungsangebote für Betroffene besonders schwer.

4.3.5. Psychologische Versorgung

Das Angebot an psychologischer bzw. psychotherapeutischer Versorgung ist regional unterschiedlich ausgeprägt. Psychologisch-diagnostische bzw. psychotherapeutische Leistungen bedürfen im niedergelassenen Bereich einer Kostenbeteiligung durch Patientinnen und Patienten. Dieser Umstand führt oft dazu, dass in der stationären Versorgung

begonnene Therapien im häuslichen Umfeld nicht mehr weitergeführt werden, wodurch eine kontinuierliche Versorgung erschwert wird.

4.3.6. Versorgungsnahtstellen/Kommunikation/Koordination

Die Abläufe beim Wechsel zwischen niedergelassenem, ambulantem und stationärem Bereich weisen laut Expertinnen und Experten einige Schwierigkeiten auf. Probleme treten dabei nicht nur beim Wechsel zwischen intra- und extramuralem Bereich, sondern auch zwischen Akut- und Langzeitpflegebereich sowie zwischen niedergelassenen Gesundheitsdienstleistern auf – oftmals bedingt durch fehlendes Entlassungsmanagement (aufgrund diverser Akzeptanzprobleme in manchen Krankenhäusern bzw. durch zu geringe Personalressourcen). Eine weitere Problematik ergibt sich durch mangelnde Abstimmung, Kooperation und Koordination zwischen den Leistungserbringerinnen und -erbringern, wodurch es zu einer wesentlichen Einschränkung der integrierten Gestaltung der Versorgung kommt. Ebenso ergeben sich laut Expertinnen und Experten häufig Kommunikationsprobleme bei der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen. Die Problematik der mangelnden Abstimmung findet sich in allen Versorgungsbereichen (intra- wie extramural) und auch zwischen den diversen Leistungserbringerinnen und -erbringern und in den unterschiedlichsten Versorgungsinstitutionen. Die Rückmeldungen der Expertinnen und Experten lassen aber den Schluss zu, dass durch fehlende Regelungen der Kooperation im niedergelassenen Bereich die Problematik dort etwas häufiger anzutreffen ist.

4.3.7. Schulung/Ausbildung

Es wurde ein Mangel an spezifischen Fortbildungsmöglichkeiten zur Multimorbidität im Allgemeinen und zu weiterführenden Themen, wie z.B. Polypharmazie, Demenzerkrankungen und pflegerischen Maßnahmen, geortet. Dies erschwert die Anpassung der Versorgung an die Anforderungen multimorbider Patientinnen und Patienten. V.a. im hausärztlichen Bereich sei ein höherer Bedarf an geriatrischen Fachausbildungen gegeben.

4.3.8. Finanzierung

Kritikpunkte zur Finanzierung umfassen im Allgemeinen die fragmentierte Leistungsfinanzierung, aber auch, dass der primäre Fokus der Finanzierung auf medizinischen Behandlungen liegt. Dadurch sind für Leistungen wie psychologische Behandlungen, häusliche Pflege oder Remobilisationsmaßnahmen zum Teil Kostenbeteiligungen der betroffenen Personen nötig. Auch das Einzelleistungshonorierungssystem im extramuralen Bereich entspricht nicht den Anforderungen von Multimorbidität im Sinne einer kontinuierlichen, koordinierten Versorgung. Zudem wurde angemerkt, dass sich die von den Betroffenen subjektiv wahrgenommenen Bedarfe teils nicht in den Pflegegeld-Einstufungen widerspiegeln. Weiters wurde darauf hingewiesen, dass besonders im Fall der Multimorbidität eine möglichst einfache und unkomplizierte Bewilligung – vor dem Hintergrund einer ökonomischen Vergabe – von Heilbehelfen und Hilfsmitteln, v.a. auch im Bereich der Prophylaxe, notwendig ist.

4.3.9. Sonstige genannte Problembereiche

Die sonstigen Problembereiche betreffen v.a. allgemeine Aspekte: Es wurde angemerkt, dass die Versorgung generell im Schatten einer pathogenetischen Sichtweise steht und primär spitals- und fachärztinnen-/facharztorientiert erfolgt, wobei der Förderung und Aufrechterhaltung bzw. Wiedererlangung einer selbständigen Lebensführung eine geringere Bedeutung beigemessen wird. Außerdem sei eine Verlagerung von geringfügigen

medizinischen oder pflegerischen Leistungen (z.B. Setzen von Kathetern, Verabreichung von Infusionen) in die Spitalsambulanzen erkennbar, wodurch es z.B. zu einem Anstieg der Krankentransporte in stationäre Einrichtungen kommt. Es wurde auch rückgemeldet, dass das Angebot an integrierten Versorgungsmöglichkeiten – mit Ausnahme vereinzelter regionaler Projekte – derzeit sehr unterrepräsentiert ist.

4.4. Priorisierte Optimierungsbereiche

Abbildung 25 stellt das Antwortverhalten der Expertinnen und Experten bezüglich der zu optimierenden Versorgungsbereiche dar.

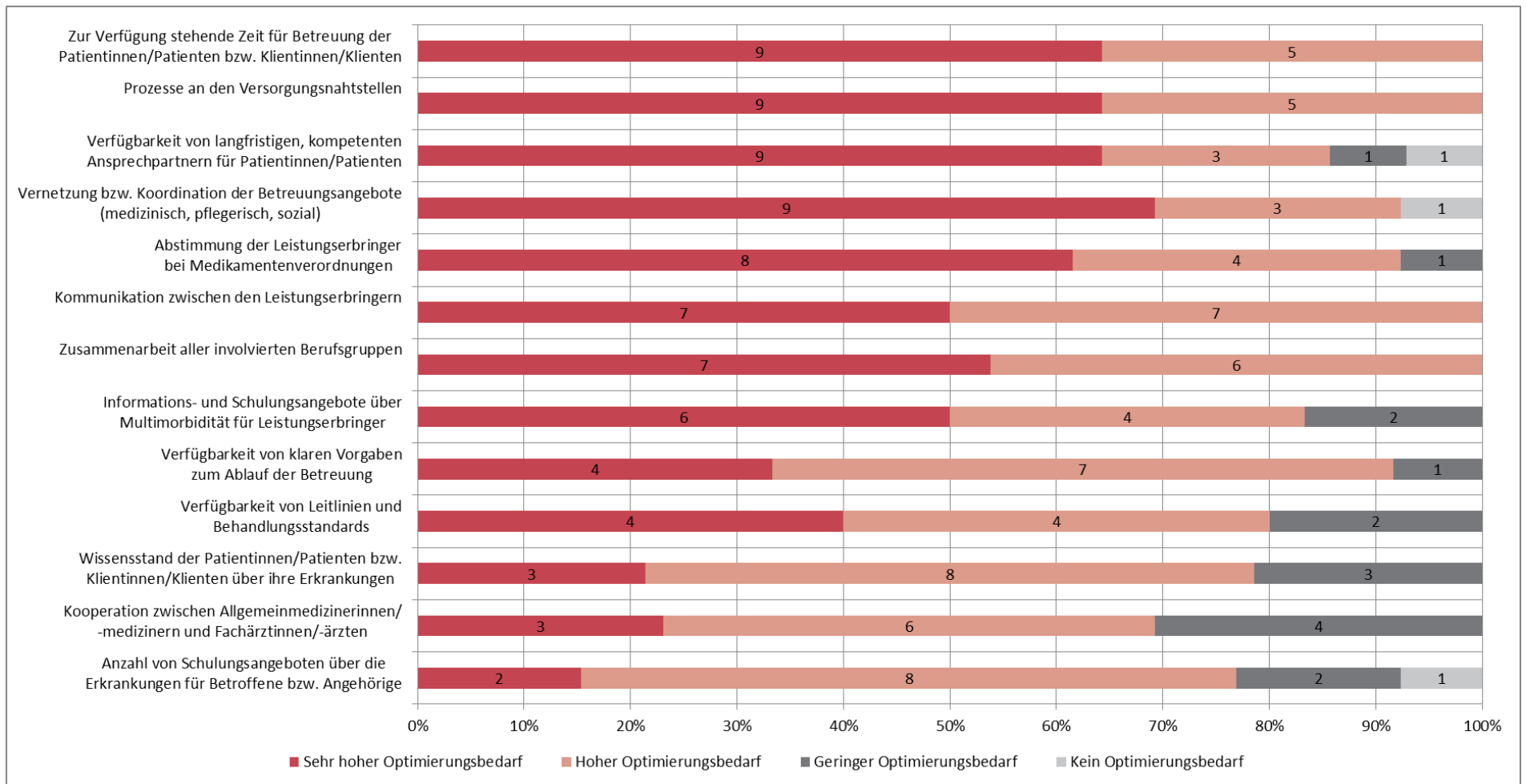


Abbildung 25: Optimierungsbedarfe laut Expertinnen/Experten

Die Abbildung veranschaulicht, dass aus Sicht der Expertinnen und Experten grundsätzlich in allen genannten Bereichen ein hoher bis sehr hoher Optimierungsbedarf gegeben ist.

Nimmt man eine Reihung der Versorgungsbereiche nach der Kategorie „sehr hoher Optimierungsbedarf“ vor, ergibt sich folgendes Ranking der acht wichtigsten Aspekte:

Tabelle 8: Bereiche mit sehr hohem Optimierungsbedarf

1	Prozesse an den Versorgungsnahtstellen (z.B. beim Wechsel von Patientinnen/Patienten zwischen stationärem und ambulantem Spitalsbereich sowie niedergelassenem Bereich)
2	Zur Verfügung stehende Zeit für Betreuung der Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten
3	Verfügbarkeit von langfristigen, kompetenten Ansprechpersonen für Patientinnen/Patienten
4	Vernetzung bzw. Koordination der Betreuungsangebote (medizinisch, pflegerisch, sozial)
5	Abstimmung der Leistungserbringer/innen bei Medikamentenverordnungen
6	Kommunikation zwischen den Leistungserbringerinnen/-erbringern
7	Zusammenarbeit aller involvierten Berufsgruppen
8	Informations- und Schulungsangebote über Multimorbidität für Leistungserbringer/innen

Folgenden Bereichen wurde ein „hoher Optimierungsbedarf“ attestiert:

Tabelle 9: Bereiche mit hohem Optimierungsbedarf

1	Wissensstand der Patientinnen/Patienten zu ihren Erkrankungen
2	Schulungsangebote zu den Erkrankungen für Betroffene bzw. Angehörige
3	Verfügbarkeit von klaren Vorgaben zum Betreuungsablauf (z.B. Patientinnen-/Patientenpfade)
4	Kooperation zwischen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Fachärztinnen/-ärzten
5	Verfügbarkeit von Leitlinien und Behandlungsstandards

Die priorisierten Optimierungsbereiche spiegeln die als negativ eingestufteten Versorgungsbereiche wider. Die in Kapitel 4.3.6. dargestellten Problematiken an den Versorgungsnahtstellen sowie die mangelnde Vernetzung und Versorgungskoordination stellen demzufolge zwei der wesentlichsten Einschränkungen der derzeitigen Versorgungslage dar. Damit eng verbunden ist auch die fehlende Verfügbarkeit einer langfristigen Ansprechperson im Sinne einer Versorgungskordinatorin/eines Versorgungskordinators. Auch zeigt sich, dass die Zeitressourcen, welche den Patientinnen und Patienten im Laufe der Versorgung gewidmet werden können, in Anbetracht der komplexen Anforderungen als zu gering erachtet werden.

4.5. Zusammenfassende Betrachtung der Expertinnen-/ Expertenbefragung

Durch die Rückmeldungen der Expertinnen und Experten konnten einige wesentliche Informationen zur Versorgungssituation direkt aus der Praxis abgeleitet werden. Neben den zahlreichen Problembereichen im Hinblick auf die spezifischen Anforderungen multimorbider Patientinnen und Patienten zeigten sich aber dennoch einige erfreuliche Ergebnisse: Allem voran kann die hohe Qualität der diagnostischen Abklärung und der medizinischen Versorgung festgehalten werden. Besonders hervorzuheben ist auch die Versorgung in spezialisierten geriatrischen Versorgungszentren (Akutgeriatrie/Remobilisation). Durch auf die Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmte Prozesse wird eine umfassende und strukturierte stationäre Versorgung, aber auch eine geordnete Rückführung der Patientinnen und Patienten in das häusliche Umfeld oder in eine Einrichtung der Langzeitpflege ermöglicht.

Während diese spezialisierten stationären Einrichtungen eine besondere Rolle in der Versorgung multimorbider Personen einnehmen, sehen Expertinnen und Experten die Schlüsselrolle in der Koordinierung der medizinischen Versorgung im niedergelassenen Bereich bei der Hausärztin/dem Hausarzt. Die Koordination der Versorgung von Multimorbiden im niedergelassenen Bereich wird als „Domäne“ der hausärztlichen Praxis gesehen. Als einschränkender Faktor wurde genannt, dass die Prozessqualität der extramuralen Versorgung zum Teil durch das Engagement sowie die regional etablierten Regeln der Zusammenarbeit der Leistungserbringer/innen beeinflusst wird. Eine hohe Kooperationsbereitschaft führt also folglich zu besser funktionierenden Abläufen. Obwohl auch bei der Versorgung im stationären Setting sowie in Einrichtungen der Langzeitpflege wesentliche Einschränkungen genannt wurden, wurde hervorgehoben, dass die koordinierte und abgestimmte Zusammenarbeit von angestelltem Personal in diesen Bereichen eher einer Steuerung durch interne Regelungen und Prozessvorgaben unterliegen kann.

Dass das System aktuell einige Schwächen aufweist, wurde in den vorangegangenen Kapiteln umfassend dargestellt. Dennoch gibt es in der Praxis nicht nur lokale Projektinitiativen, welche diese – zumindest regional – zu überwinden versuchen, sondern auch ambitionierte Angehörige der unterschiedlichsten Berufsgruppen tragen mit großem Engagement zu einer hohen Versorgungsqualität bei und gleichen Systemschwächen teilweise aus. Damit dies nicht nur durch einen hohen persönlichen Einsatz einzelner Personen oder Gruppen ermöglicht wird, sind aus Sicht der Expertinnen und Experten einige wesentliche Bereiche zu optimieren: Die bedeutendsten Ansatzpunkte finden sich an den Versorgungsnahtstellen, welche einen hohen Optimierungsbedarf aufweisen, um durchgängige Abläufe im Sinne einer integrierten Versorgung zu ermöglichen. Diesbezüglich wird von einigen Expertinnen und Experten die Berücksichtigung von Case Management als positiver Beitrag zu einer optimierten Koordinierung der Betreuungsangebote gewertet. Durch Case Management wird den Personen zudem eine zentrale Ansprechperson zur Verfügung gestellt. In medizinischen Belangen wird im niedergelassenen Bereich diese Rolle der Ansprechperson primär bei der Hausärztin/beim Hausarzt gesehen.

Basierend auf den Ergebnissen der Befragung verdient auch die Thematik der Polypharmazie bei einer Optimierung der Versorgung besondere Aufmerksamkeit. Hier gilt es insbesondere Maßnahmen zu setzen, die eine abgestimmte Verordnung von Arzneimitteln gewährleisten.

5. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE SOLL-VERSORGUNG

Ausgehend von der 2015 durchgeführten Analyse der Versorgungssituation wurden mögliche Handlungsfelder, die Potentiale für eine Verbesserung der Versorgung beinhalten, abgeleitet, welchen jeweils Empfehlungen zugeordnet wurden.

Die Handlungsfelder wurden in folgende fünf Bereiche subsummiert:

1. Allgemeine Versorgung
2. Empowerment der Patientinnen/Patienten
3. Schulung der Leistungserbringer/innen
4. Nahtstellenmanagement
5. Kommunikation der Leistungserbringer/innen

Die nachfolgenden Unterkapitel 5.1. bis 5.5. beschreiben die genannten Handlungsfelder mit den jeweiligen Empfehlungen genauer.

5.1. Allgemeine Versorgung

Als zentrales Element für Verbesserungen kann die „allgemeine Versorgung“ mit allen zugehörigen Versorgungsbereichen, -strukturen und -prozessen betrachtet werden. Abgeleitete Vorschläge zur Optimierung der Versorgung sind – unabhängig davon, in welchen Einflussbereich sie fallen – in der folgenden Abbildung ersichtlich:

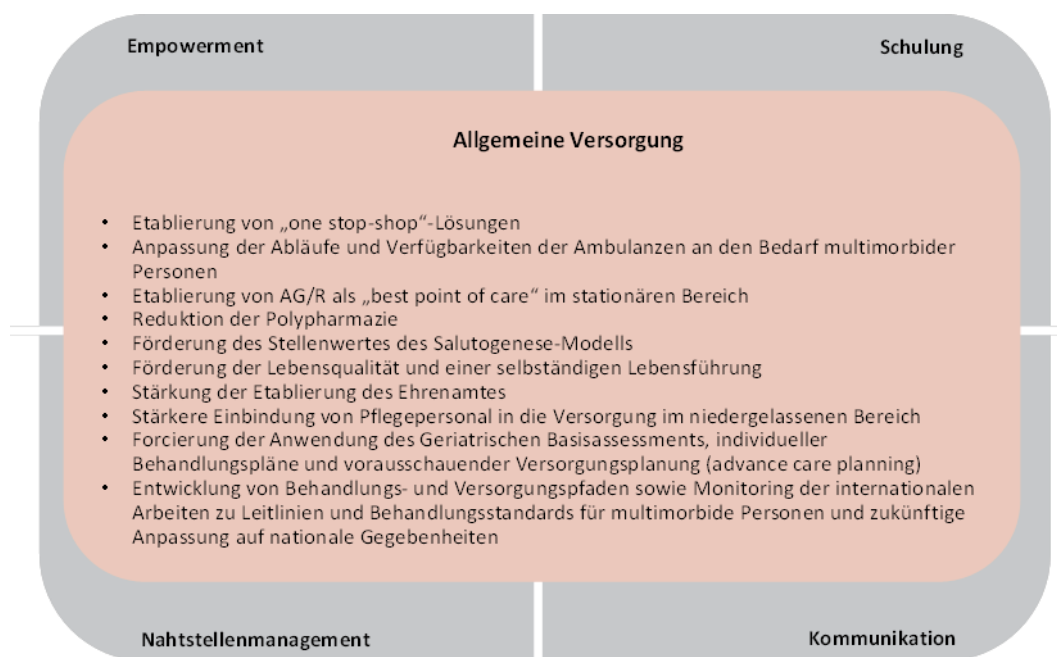


Abbildung 26: Allgemeine Verbesserungsvorschläge

Zu den einzelnen Punkten ist Folgendes anzumerken:

- Das Gesundheitssystem ist durch seine Komplexität und Fragmentierung für die/den Einzelnen oft intransparent. Die Etablierung sogenannter One-Stop-Shop-Lösungen stellt eine Möglichkeit dar, Versorgung, Betreuung, Information und Beratung unter einem Dach zu vereinen und Patientinnen und Patienten im Bedarfs-

fall an spezialisierte Einrichtungen zu verweisen. In diesem Zusammenhang können künftig Primary Health Care (PHC) Einrichtungen, die aufgrund der strukturellen Voraussetzungen umfassende Versorgungsleistungen durch ein multiprofessionelles Team anbieten können, eine Schlüsselrolle in der Versorgung spielen.

- Die ambulante Versorgung entspricht aktuell nicht den Anforderungen von Personen mit mehreren Erkrankungen. Um die Bedarfe multimorbider und zumeist geriatrischer Patientinnen und Patienten zu erfüllen, ist eine bessere Organisation in den Ambulanzen erforderlich. Eine Optimierung der Erreichbarkeit durch verlängerte Ambulanzzeiten wäre zwar hilfreich, die dadurch geschaffene Niederschwelligkeit könnte allerdings auch eine erhöhte Inanspruchnahme mit Indikationen, die auch im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnten, bewirken. Empfehlenswert wäre aber sicher eine Optimierung der bestehenden Prozesse in den Ambulanzen in Bezug auf Reduktion der Wartezeit (v.a. bei erfolgter Terminvereinbarung), Zusendung von Befunden zur Verkürzung der Wartezeit, Möglichkeit der Nahrungs- und Getränkeaufnahme und Koordinierung mit Transportdiensten.
- Derzeit gibt es in Österreich 45 stationäre Abteilungen für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R), die schwerpunktmäßig an den Bedürfnissen geriatrischer und multimorbider Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind, einem multidimensionalen Behandlungs- und Betreuungskonzept folgen und der Erhaltung bzw. Wiedererlangung einer selbstständigen Lebensführung besondere Bedeutung beimessen. Es wird empfohlen, die AG/R im stationären Bereich als „best point of care“ bekannt zu machen und zu etablieren und – nach regionaler Verfügbarkeit – die stationäre Versorgung vorrangig in diesen spezialisierten Versorgungseinrichtungen zu ermöglichen. Dies soll eine bedarfsgerechte Rückführung der Patientinnen und Patienten in das häusliche Umfeld nach stationären Aufenthalten fördern.
- Das Thema Polypharmazie wurde im Rahmen der Gesundheitsreform in den Bundes-Zielsteuerungsvertrag aufgenommen und ist auch innerhalb der Sozialversicherung als Teil der Sozialversicherungs-BSC in der Zielsetzung „PatientInnen-sicherheit erhöhen“ enthalten. Es wurde von allen Krankenversicherungsträgern ein Maßnahmenpaket erarbeitet, welches Vorschläge zur Reduktion von Polypharmazie enthält.²²⁴ Folgende zwei Maßnahmen wurden bereits sozialversicherungsweit umgesetzt:
 - Sensibilisierung der niedergelassenen Allgemeinmediziner/innen durch ein jährliches schriftliches Feedback über den Anteil ihrer Patientinnen und Patienten, deren abgerechnete Medikation mehr als zehn Wirkstoffe pro Quartal enthält („Polyquote“)
 - Bundeseinheitliche Informationskampagne der Sozialversicherung gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie und der Österreichischen Pharmakologischen Gesellschaft (inklusive Folder, Informationsblatt und Arbeitsbehelf für Ärztinnen und Ärzte mit österreichischer PIM-Liste²²⁵, persönlicher Medikamenten-Checkliste für Patientinnen und Patienten); diesbezüglich ist allerdings anzumerken, dass der Bekanntheitsgrad der diversen Informationsmaterialien noch relativ gering ist

²²⁴ Weilguni, Volker (2014).

²²⁵ PIM = Potentially Inappropriate Medication; Liste mit Substanzen, welche für ältere Patientinnen und Patienten ein unklares Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweisen

Ein weiterer zukünftig wesentlicher Schritt in der Verminderung von Polypharmazie ist die bundesweite Umsetzung der ELGA-Anwendung „e-Medikation“, welche einen Überblick über alle verordneten und rezeptfrei gekauften Medikamente gibt. Dadurch wird u.a. die umfassende Information der berechtigten Leistungserbringer/innen sichergestellt.²²⁶

- Die Förderung einer salutogenen Sichtweise ist notwendig, um Gesundheitsziele und die Förderung sowie den Erhalt von Ressourcen in den Mittelpunkt zu stellen.
- Maßnahmen, die die Lebensqualität Betroffener stabilisieren und fördern, sollten frühzeitig in die Versorgung eingebunden werden. Dabei sollte auch jenen Lebensbereichen Beachtung geschenkt werden, welche eine selbständige Lebensführung unterstützen.
- Die Etablierung des Ehrenamtes in Pflegeheimen sollte forciert werden. Diesbezüglich gibt es bereits einige Initiativen, welche von den Bundesländern getragen oder zum Teil von einzelnen Einrichtungen der Langzeitpflege geleitet werden. Das ehrenamtlichen Engagement birgt für beide Seiten Vorteile: Patientinnen und Patienten werden in der Strukturierung und Organisation ihres Alltages unterstützt und es werden durch gelebte Gemeinschaft, Freundschaft und Anteilnahme Isolation und Einsamkeit verhindert, was die Lebensqualität positiv beeinflussen kann. Zudem legen die Ergebnisse des Berichtes „Hochaltrigkeit in Österreich“ nahe, dass ehrenamtliche Tätigkeiten im Alter primär von Personen, welche sich am Übergang in die Pensionierung befinden, ausgeübt werden.²²⁷ Dies fördert die Integration und Partizipation dieser Personen in gesellschaftlich bedeutenden Bereichen und leistet einen Beitrag zur Förderung eines positiven Altersbildes. Eine Integration des Angebotes ehrenamtlicher Tätigkeiten im Sinne von Besuchsdiensten wäre auch im häuslichen Umfeld oder im akutstationären Bereich gut denkbar. Dazu wären auf Gemeindeebene, ländersseitig bzw. durch lokale Pflege- und Spitalseinrichtungen die erforderlichen Strukturen zu schaffen und darüber hinaus das Betätigungsfeld „Ehrenamt“ in der Zielgruppe bekannt zu machen.
- Es sollte eine vermehrte Einbindung von Kranken- und Pflegepersonal im niedergelassenen Bereich erfolgen. Dies unterstützt und entlastet Hausärztinnen und Hausärzte, fördert das Selbstmanagement und trägt dazu bei, (Re-)Hospitalisierungsraten zu senken. In Abhängigkeit von der Qualifikation können Aufgaben im Zuge von Hausbesuchen und beratende bzw. koordinierende Funktionen übernommen werden. Für eine pflegerische Praxishilfe bieten sich folgende Tätigkeiten an: Beurteilung des Gesundheitszustandes, Blutabnahme, Blutzuckermessungen, Kontrolle von Parametern wie Körpergewicht, Schwellung der Beine, Blutdruck und Puls, Wund- und Dekubitusbehandlungen sowie Verbandswechsel, Sturzprävention, Beratung zu verschiedenen Gesundheitsthemen, Schulung zur Selbstkontrolle, Abhaltung von „Chroniker-Sprechstunden“, Überwachung der Medikamenteneinnahme sowie Gestaltung der Abläufe in der hausärztlichen Praxis. Es ist jeweils im Einzelfall zu prüfen bzw. zu entscheiden, welche Aufgabenbereiche dem Pflegepersonal zugeschrieben werden können, welche Patientinnen-/Patientengruppe für eine bestimmte Maßnahme geeignet ist und welche Form der organisatorischen Eingliederung möglich wäre.

²²⁶ Bundesministerium für Gesundheit (2014a).

²²⁷ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009). S. 147

- Ein umfassendes geriatrisches Assessment sollte künftig auch im niedergelassenen Bereich etabliert werden, mit dem Ziel, neben einer ersten Statuserhebung beginnende Erkrankungen oder Verschlechterungen des Allgemeinzustandes strukturiert erkennen sowie diagnostische und therapeutische Maßnahmen gezielt festlegen zu können.^{228,229} Eine patientinnen- und patientenorientierte Versorgung Multimorbider erfordert die Anwendung individueller und interdisziplinär abgestimmter Pflege- und Behandlungskonzepte und persönlicher Gesundheitsziele in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf. An dieser Stelle sind auch gemeinsame Entscheidungen zur Priorisierung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu treffen. Eine vorausschauende Versorgungsplanung („advance care planning“) ist daher essentiell. Der „advance care plan“ ist dabei ein laufender, sektorenübergreifender Prozess der Beratung und Dokumentation und umfasst Therapieziele und Strategien für den Fall der Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Festlegungen im „advance care plan“ werden gemeinsam – und auf Wunsch der Patientinnen und Patienten auch unter Einbeziehung von Angehörigen – mit dem Betreuungsteam getroffen. Wesentlich dabei ist die regelmäßige Überprüfung und Adaptierung an den Krankheitsverlauf und an die Vorstellungen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus können im Rahmen der vorausschauenden Versorgungsplanung auch rechtliche Aspekte wie Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen berücksichtigt werden.²³⁰
- Die Entwicklung von Behandlungs- und Versorgungspfaden sowie das Monitoring der internationalen Arbeiten zu Leitlinien und Behandlungsstandards für multimorbide Personen inklusive zukünftiger Anpassung an nationale Gegebenheiten sind anzustreben.

5.2. Empowerment der Patientinnen und Patienten

In den folgenden Kapiteln werden jene identifizierten Verbesserungsvorschläge dargestellt, die darauf abzielen, Patientinnen und Patienten sowie pflegende Angehörige durch die Weitergabe von strukturierten Informationen bei der Stärkung ihrer Fähigkeiten zu unterstützen und die Fähigkeit zur Selbstbestimmung sowie das Selbstmanagement zu stärken.

²²⁸ Verein club.pflegenetz (2015)

²²⁹ Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

²³⁰ Nauck & Jaspers (2014)

Empowerment

- Stärkung der Gesundheitskompetenz und Bereitstellung von patientinnen-/patientengerechten, evidenzbasierten Informationen über Multimorbidität
- Transparente Aufbereitung von zur Verfügung stehenden Unterstützungsangeboten
- Strukturierte und dokumentierte Information der Patientinnen/Patienten über wichtige Aspekte der Medikation
- Schaffung und Vermittlung von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige
- Etablierung von telemedizinischen Ansätzen

Abbildung 27: Empowerment der Patientinnen/Patienten

5.2.1. Stärkung der Gesundheitskompetenz und Bereitstellung von patientinnen-/patientengerechten, evidenzbasierten Informationen über Multimorbidität

International wird Gesundheitskompetenz wie folgt definiert:

„Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.“²³¹

Zur Stärkung der Gesundheitskompetenz wurden national bereits Aktivitäten gesetzt. So wurde die Thematik als eines der zehn Rahmen-Gesundheitsziele, welche von der Bundesgesundheitskommission und vom Ministerrat im Jahr 2012 beschlossen wurden, festgelegt.

Ebenso wurde der Bedeutung einer gestärkten Gesundheitskompetenz der in Österreich lebenden Menschen auch dadurch Rechnung getragen, dass sie als strategisches Ziel im Bundes-Zielsteuerungsvertrag berücksichtigt wurde.²³²

In den Arbeitsgruppen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, welche strategisch seitens des Bundesministeriums für Gesundheit koordiniert wurden, sind folgende Maßnahmen, welche gezielt an chronisch bzw. psychisch kranke Menschen und Angehörige gerichtet sind, angeführt:²³³

- Ausbau von Sensibilisierungs- und Informationsmaßnahmen für Gesundheitsberufe und Meinungsbildner/innen in Bezug auf die Angebote von Selbsthilfegruppen und Patientinnen-/Patientenbeteiligung
- Gesundheitskompetenz als Thema in der Erwachsenenbildung stärker verankern (z.B. Elternbildung, Eltern-Kind-Arbeit, Seniorinnen-/ Seniorenbildung, lebenslanges Lernen)
- Gesundheitscoaching in Einrichtungen der Sozialversicherung
- Ausbau der Beratungs- und Schulungsangebote für pflegende Angehörige

²³¹ Sørensen et al. (2012). S. 3

²³² Bundesministerium für Gesundheit (2015). S. 1

²³³ Bundesministerium für Gesundheit (2014). S. 43 ff

Die Stärkung der allgemeinen Gesundheitskompetenz ermöglicht eine aktive und direkte Beteiligung der Bevölkerung an Entscheidungen, welche die eigene Gesundheit sowie die Versorgung betreffen. Das Ziel der Maßnahmen für multimorbide Personen sollte dabei die Befähigung der Betroffenen und ihrer Angehörigen sein, ihre Erkrankungen sowie deren mögliche Folgen und Einschränkungen zu verstehen. Durch diesen Wissensaufbau soll ermöglicht werden, dass Patientinnen und Patienten weitestgehend selbstbestimmt und bedürfnisgerecht Unterstützungsangebote nutzen. Entsprechend den Ergebnissen der Expertinnen- und Expertenbefragung werden diesbezüglich folgende weitere Empowerment-Maßnahmen empfohlen:

- Schaffung von patientinnen-/patientengerechten Schulungsangeboten und Schulungen für pflegende Angehörige
- Abhaltung von Veranstaltungen zu Multimorbidität bzw. zu häufigen Erkrankungen
- Bereitstellung von patientinnen-/patientengerechten und evidenzbasierten Informationen über Multimorbidität sowie über häufige Erkrankungen und Möglichkeiten des Managements dieser unter Einbindung von fächerübergreifenden Expertinnen und Experten
- Etablierung von Beratungszentren zur Information von Betroffenen und zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen (falls regionale Strukturen eine dauerhafte Beratungstätigkeit nicht zulassen, können ggf. in bestehenden Einrichtungen Schwerpunkte im Sinne von „Multimorbiditäts-Sprechstunden“ oder „geriatrischen Sprechstunden“ u.dgl. angedacht werden)
- Stärkung der Rolle von Selbsthilfegruppen zur Information von sowie zum Austausch zwischen Betroffenen und Angehörigen
- Sicherstellung der Verfügbarkeit von mehrsprachigen und kultursensiblen Informationsangeboten

5.2.2. Transparente Aufbereitung von zur Verfügung stehenden Unterstützungsangeboten

Die Ergebnisse der Expertinnen- und Expertenbefragung legen nahe, dass das national zur Verfügung stehende Angebot an Unterstützungsangeboten und Gesundheitsdiensteanbietern sowohl für Leistungserbringer/innen als auch für Patientinnen/Patienten und Angehörige kaum übersichtlich ist. Wenn multimorbiden Personen keine transparenten Informationen über bestehende Angebote in ihrem näheren Umfeld bekannt sind, wird eine aktive Teilnahme an gesundheits- und versorgungsbezogenen Entscheidungen deutlich erschwert. Diesbezüglich wird daher die vollständige und flächendeckende Erhebung und Aufbereitung von zur Verfügung stehenden Angeboten für multimorbide Personen sowie deren Angehörige pro Bundesland bzw. Versorgungsregion empfohlen. Zur Recherche der Angebote bietet sich eine Kooperation mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz an, welches auf der Website ein Servicetool zur Verfügung stellt, das bereits Informationen über zahlreiche Einrichtungen, Organisationen, Selbsthilfegruppen etc. im sozialen Bereich in elektronischer Form bereitstellt.²³⁴ Da es sich dabei um sich ändernde Informationen handelt, ist diesbezüglich je nach umsetzender Region eine verantwortliche Stelle zu nominieren, welche die Inhalte einer regelmäßigen Kontrolle und ggf. Überarbeitung unterzieht. Zur Verbreitung dieser Informationen bieten sich Auf-

²³⁴ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009)

bereitungsformen wie Broschüren, Sammelmappen, Websites von Trägerorganisationen etc. an.

5.2.3. Strukturierte und dokumentierte Information der Patientinnen/Patienten über wichtige Aspekte der Medikation

Eine strukturierte Aufklärung der Patientinnen und Patienten über wichtige Aspekte der verordneten Medikamente, wie bspw. Anwendungsgrund, Einnahmemodi, Einnahmedauer, Änderungen von Verordnungen, verordnende Stelle etc., stellt eine weitere Form der Einbindung in die Versorgung dar. Dadurch behalten Patientinnen und Patienten den Überblick über ihre Medikation.

Die bundesweite Umsetzung der ELGA-Anwendung „e-Medikation“ stellt in diesem Zusammenhang eine wesentliche nationale und einheitliche Lösung dar. Besonders vor dem Hintergrund der steigenden Multimorbidität und dem damit einhergehenden Anstieg von Polypharmazie ist einer raschen flächendeckenden Umsetzung positiv entgegenzusehen. Solange jedoch keine österreichweite elektronische Dokumentationsmöglichkeit verfügbar ist, empfiehlt sich der Umweg über eine Papierdokumentation (z.B. Medikamentenpass) sowie ggf. die Einbindung telemedizinischer Anwendungen. Damit eine durchgängige Informationsschiene sichergestellt werden kann, empfiehlt sich zudem die Dokumentation durch die verordnenden Ärztinnen und Ärzte bzw. bei rezeptfrei erworbenen Arzneimitteln durch die Patientinnen und Patienten selbst. So können diese im Bedarfsfall den Leistungserbringerinnen/-erbringern die gesamten aktuellen Verordnungen gesammelt und vollständig vorweisen. Dies erleichtert die Kontrolle der Medikamente und allfälliger negativer Interaktionen, wodurch ein weiterer Beitrag zur Arzneimittelsicherheit geleistet wird.

5.2.4. Schaffung und Vermittlung von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige

Der Betreuung durch das informelle Netzwerk, insbesondere durch pflegende Angehörige, kommt auch bei Multimorbidität eine bedeutende Rolle zu. Um das Potential, das von dieser wichtigen Personengruppe ausgeht, zu schützen und zu stärken, sind bedürfnisgerechte Maßnahmen der Unterstützung und Entlastung sowie Hilfestellungen von großer Bedeutung. Es wird daher empfohlen, je nach regionaler Verfügbarkeit, entsprechende Entlastungsangebote zu schaffen sowie Angehörigen den Zugang zu diesen Angeboten zu vermitteln, um trotz der Belastungen durch die informelle Pflege eine gute Lebensqualität und entsprechende Unterstützung sicherstellen zu können.²³⁵

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse hat mit dem Projekt „ANNA – Angehörige nehmen Auszeit“ diesbezüglich einen interessanten Zugang zur Entlastung pflegender Angehöriger durch die Sozialversicherung geschaffen. Wird für pflegende Angehörige ein Antrag auf eine Kur gestellt, nimmt das Netzwerk Hilfe der OÖGKK Kontakt auf, um allfälligen Unterstützungsbedarf zu erheben. Zwischen allen Beteiligten wird für die Zeitspanne des Kuraufenthaltes ein gemeinsamer Versorgungsplan erarbeitet, der Unterstützung und Beratung – von der Terminkoordinierung bis hin zur Organisation eines vorübergehenden Pflegeplatzes – vorsieht. Neben umfangreichen therapeutischen, ernährungsmedizinischen

²³⁵ Seither (2011). S. 9 f

schen und psychologischen Angeboten wird darüber hinaus die Möglichkeit zum Austausch von Erfahrungen mit anderen pflegenden Angehörigen geboten.²³⁶

5.2.5. Etablierung von telemedizinischen Ansätzen

Telemedizinische Anwendungen gewinnen in der Versorgung zunehmend an Bedeutung. Sie bieten einen innovativen Zugang an, die Versorgung chronisch kranker und multimorbider Personen zu unterstützen, die Betroffenen direkt in die Behandlung einzubeziehen und ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu fördern. Das Spektrum der möglichen Anwendungsfelder im Bereich der Multimorbidität ist vielseitig und kann von der klassischen Übermittlung und Überwachung von Vitalparametern oder bestimmter Maßzahlen (z.B. Blutdruck, Blutzucker, Puls, Gewicht) bis hin zur Nutzung als Informationstool über Unterstützungsangebote und Gesundheitsdienstleister in der näheren Umgebung oder zur Stärkung der Gesundheitskompetenz genutzt werden, indem bestimmte Gesundheits-/Krankheitsinformationen zielgruppengerecht via Applikation an die Nutzer/innen übermittelt werden. Weiters können telemedizinische Anwendungen als Reminder für anstehende Kontrollkonsultationen genutzt werden. Ergänzend sollte auch der Einsatz telemedizinischer Ansätze zur Unterstützung der Medikation, im Sinne einer Kontrolle der Einnahmemodi etc., geprüft werden. Es gibt derzeit bereits Applikationen für Smartphones und Tablets, welche das Ziel haben, die Medikamentenverwaltung sowie die Therapie-treue der Patientinnen und Patienten zu unterstützen. Die App „Meine Medizin“ stellt ein Beispiel dafür dar. Die Inhalte wurden gemeinsam mit der Wiener Ärztekammer und dem Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig) entwickelt. Das Programm bietet neben der Dokumentationsmöglichkeit der Medikamente auch Tools wie Erinnerungsfunktionen und Arztsuche an.²³⁷

Es wird empfohlen, dem Sektor Telemedizin zukünftig mehr Bedeutung beizumessen und konkrete sowie sinnvolle Einsatzbereiche für multimorbide Personen abzuwägen und zu etablieren. Damit geht u.a. auch die Prüfung der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit und der Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe einher.

5.3. Schulung der Leistungserbringer/innen

In den folgenden Kapiteln werden Empfehlungen für die Schulung von Leistungserbringerinnen/-erbringern, welche aus den Datenauswertungen abgeleitet wurden, dargestellt.

Schulung

- Erhebung und ggf. Ausbau des Angebotes von zielgruppenspezifischen Schulungen über Multimorbidität
- Schulung interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeit

Abbildung 28: Schulung der Leistungserbringer/innen

²³⁶ Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (2015)

²³⁷ MedMedia Verlag

5.3.1. Erhebung und ggf. Ausbau des Angebotes von Schulungen über Multimorbidität

Im Zuge der Ergebnisse der Expertinnen-/Expertenbefragung wurde rückgemeldet, dass im Schulungs- und Ausbildungsbereich ein Mangel an spezifischen Fortbildungen für Leistungserbringer/innen zur Multimorbidität allgemein sowie zu damit einhergehenden Aspekten und Themenbereichen (z.B. geriatrische Besonderheiten, Polypharmazie, Demenz, Sturzprävention, Inkontinenz) besteht. Als primäre Zielgruppe von diesbezüglichen Ausbildungsangeboten wurden Allgemeinmediziner/innen, da diese eine zentrale Rolle in der Versorgung multimorbider Personen einnehmen, genannt. Unter Berücksichtigung des bestehenden Angebotes sollten – unter Einbindung der Fachvertretungen involvierter Berufsgruppen – Curricula und zielgruppengerechte Schulungsangebote für die beteiligten Berufsgruppen auf- bzw. ausgebaut werden. Denkbar ist darüber hinaus die Schaffung modularer krankheitsspezifischer Schulungsangebote, welche die häufigsten Krankheitskombinationen berücksichtigen. Ein zu berücksichtigender Ansatzpunkt wäre auch die Eingliederung von Multimorbidität in die Ausbildungskonzepte junger Mediziner/innen, um diese möglichst frühzeitig für die besonderen Anforderungen zu sensibilisieren.

5.3.2. Schulung von interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeit

Die Versorgung multimorbider Personen erfordert zunehmend eine Zusammenarbeit, welche berufsgruppen- sowie sektorenübergreifend gestaltet sein muss. Für die involvierten Akteurinnen und Akteure entstehen dadurch Kooperationsanforderungen, welche bei der Versorgung einzelner Krankheitsbilder nicht im selben Ausmaß bestehen bzw. welche in der derzeitigen Regelversorgung nicht verbindlich umgesetzt werden. Fortbildungen zur interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit sollen nicht nur für die Wichtigkeit im Zusammenhang mit einer integrierten, durchgängigen und patientinnen-/patientenzentrierten Versorgung sensibilisieren, sondern auch einen praxisrelevanten Bezug anbieten, mit einem unmittelbaren Nutzen für die Umsetzung in den jeweiligen regionalen Gegebenheiten. Die Zielgruppe der Schulung sollte daher regional abgegrenzt (z.B. pro Bezirk, pro Versorgungszone) sowie berufsgruppen- und sektorenübergreifend definiert werden. Als mögliche Umsetzungsform der Schulung bieten sich bspw. Teamfortbildungen zwischen verschiedenen Organisationseinheiten an. Auch hier empfiehlt sich, interdisziplinäre und multiprofessionelle Kooperation in die diversen berufsgruppenspezifischen Lehrpläne zu integrieren.

5.4. Nahtstellenmanagement

Bereits das Management einer einzigen chronischen Erkrankung stellt sowohl das Versorgungssystem als auch die Betroffenen vor Herausforderungen. Im Falle der Versorgung einer multimorbiden Personengruppe erhöht sich dies sogar um ein Vielfaches. Da nahezu jede Krankheitskombination möglich ist, kommt die Einbindung vieler unterschiedlicher Gesundheitsdienstleister und Versorgungsebenen infrage. Multimorbidität ist demnach ein Thema, welches weder dem niedergelassenen, ambulanten oder stationären Bereich alleine zugeordnet werden kann, noch verlangt die Behandlung ausschließlich medizinische, pflegerische, psychotherapeutische/psychologische oder soziale Interventionen, sondern häufig eine umfassende professionsübergreifende Versorgung. Aufgrund dieser Tatsache lässt sich erkennen, dass Betroffene mit zahlreichen Nahtstellen in Berührung kommen. Daran anknüpfend wurden folgende Empfehlungen zur Optimierung des Nahtstellenmanagements abgeleitet:

Nahtstellenmanagement

- Etablierung eines Versorgungskordinators
- Förderung interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeit und Vernetzung
- Flächendeckende Verfügbarkeit eines Aufnahme- und Entlassungsmanagements

Abbildung 29: Nahtstellenmanagement

Österreichweit betrachtet gibt es in einigen Regionen bereits in unterschiedlichen Ausprägungen Bemühungen zur Optimierung des Nahtstellenmanagements, welche zukünftig wertvolle Erfahrungswerte für die weitere, detailliertere Befassung mit dieser Thematik liefern können. Exemplarisch sei diesbezüglich auf das oberösterreichische Projekt „Nahtstellenmanagement in Oberösterreich“ hingewiesen, in dessen Rahmen bereits erfolgreiche Schritte zur Etablierung eines flächendeckenden Aufnahme- und Entlassungsmanagements, zur Erarbeitung einer transparenten Prozessübersicht zu Heilbehelfen und Hilfsmitteln aller oberösterreichischen KV-Träger sowie zur Definition eines Prozesses zur Betreuung von an Demenz erkrankten Personen gesetzt wurden.²³⁸

5.4.1. Etablierung eines Versorgungskordinators

Ein unkoordinierter Wechsel zwischen den Versorgungsebenen, aber auch zwischen einzelnen Leistungserbringerinnen/-erbringern führt nicht selten zu einer fragmentierten Betreuung, welche durch Informationsverluste der beteiligten Akteurinnen und Akteure sowie Beeinträchtigungen der Versorgungsqualität gekennzeichnet ist. Die Ergebnisse der Expertinnen- und Expertenbefragung bestätigen das Bestehen dieser Problematik. In den Erfahrungsberichten zeigt sich, dass durch Beiziehung einer Versorgungskordinato- rin/eines Versorgungskordinators ein wesentlicher Beitrag zur Erreichung einer stringen- ten Versorgung geleistet werden kann. Aus den Rückmeldungen geht hervor, dass neben der Stärkung der hausärztlichen Rolle im Sinne einer Versorgungskordinatorin/eines Versorgungskordinators für medizinische Angelegenheiten ein weiterer Ansatzpunkt in der bedarfsgerechten Einbindung eines Case Managements – vorbehaltlich eines komple- xen Versorgungsbedarfs – abgeleitet werden kann, um die Problematik der Versorgungs- nahtstellen zu durchbrechen.

5.4.2. Förderung interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeit und Vernetzung

Zur Erreichung einer koordinierten und abgestimmten Versorgung ist es essentiell, den Leistungserbringerinnen/-erbringern Möglichkeiten zur Kooperation mit anderen Berufs- gruppen zu bieten. Um dies zu erreichen, bietet sich die Förderung von multiprofessionel- len Teambildungen in regionalen Settings (z.B. pro Bezirk, Versorgungsregion, Bundes- land) an. Dies kann bspw. Teil eines Pilotprojektes sein, in dessen Rahmen eine verant- wortliche Stelle nominiert wird, welche im Sinne eines Netzwerk- bzw. Care Manage- ments die berufsgruppenübergreifende Vernetzung der Gesundheitsdiensteanbieter ko- ordiniert und die organisatorische und inhaltliche Gestaltung von Austausch- und Vernet- zungstreffen, Qualitätszirkeln, interdisziplinären Fallkonferenzen etc. durchführt. Dies trägt zur Entwicklung von regional spezifischen Kooperationsmodellen bei, welche

²³⁸ Oberösterreichischer Gesundheitsfonds

schrittweise um bestehende Projektinitiativen und Modelle (z.B. DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“) erweitert werden können. Diese Vorgehensweise unterstützt die Leistungserbringer/innen dabei, die Angebote und Systempartner/innen in den jeweiligen Regionen untereinander bekannt zu machen, auf spezifische Problembereiche einzugehen und Regelungen zu deren Lösung zu treffen.

5.4.3. Flächendeckende Verfügbarkeit eines Aufnahme- und Entlassungsmanagements

Zur Beibehaltung einer qualitativen und patientinnen-/patientenorientierten Versorgung spielt die sektoren- und berufsgruppenübergreifende Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität eine entscheidende Rolle. In diesem Sinne kommt einem flächendeckend etablierten Entlassungsmanagement, welches insbesondere für multimorbide Personen standardisiert und strukturiert medizinische, pflegerische und soziale Dienstleistungen nach der Entlassung aus einer Krankenanstalt sicherstellt, besondere Bedeutung zu. Die Bundesgesundheitsagentur hat im Juni 2012 Qualitätsstandards für die organisatorische Regelung der Aufnahme- und Entlassungsprozesse beschlossen, welche seitens des Bundesministeriums für Gesundheit als Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) für die österreichweite Verwendung empfohlen werden.²³⁹ Die Leitlinie dient allen in die Patientinnen-/Patientenversorgung involvierten Leistungserbringerinnen/-erbringern aus dem medizinischen, therapeutischen, psychosozialen und sozialen Bereich als Entscheidungshilfe bei der Implementierung eines Aufnahme- und Entlassungsmanagements.²⁴⁰ Eine von der Bundes-Zielsteuerungskommission im Oktober 2015 beauftragte Analyse von regionalen Pilotprojekten zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement ergab, dass in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich, Vorarlberg und Wien entsprechende Projekte bereits implementiert und in den Regelbetrieb übergeführt wurden.²⁴¹ Um einer patientinnen-/patientenorientierten und transparenten Versorgung Rechnung tragen zu können, wird die österreichweit flächendeckende Implementierung von Maßnahmen zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement seitens der Entscheidungsträger in den stationären Einrichtungen gemäß der BQLL AUFEM empfohlen.

5.5. Kommunikation der Leistungserbringer/innen

Im Bereich der Kommunikation wurden die beiden im Folgenden dargestellten Vorschläge abgeleitet:

Kommunikation

- Etablierung von Kommunikationspfaden zwischen den Leistungserbringerinnen/-erbringern
- Schaffung von angemessenen Zeitressourcen für die bedarfsgerechte Kommunikation mit Patientinnen/Patienten

Abbildung 30: Kommunikation der Leistungserbringerinnen/-erbringer

²³⁹ Bundesministerium für Gesundheit (2015a).

²⁴⁰ Bundesministerium für Gesundheit (2012a). S. 2

²⁴¹ Bundesministerium für Gesundheit (2015b). S. 3

5.5.1. Etablierung von Kommunikationspfaden zwischen den Leistungserbringern/-erbringern

Aufgrund der zahlreichen Schnittstellen in der Versorgung multimorbider Personen sollte eine selektive Informationsweitergabe verhindert werden und eine umfassende Verfügbarkeit der benötigten Informationen sichergestellt werden. Nur dadurch wird den Leistungserbringerinnen/-erbringern eine ganzheitliche Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie der benötigten Therapien und Untersuchungen ermöglicht. Ein Faktor, der die sektoren- und bereichsübergreifende Kommunikation derzeit deutlich erschwert, ist das Fehlen einer umfassenden elektronischen Kommunikationsmöglichkeit. Die flächendeckende Implementierung von ELGA birgt in diesem Bereich zukünftig ein wesentliches Optimierungspotential für die ungerichtete Kommunikation zwischen allen involvierten Leistungserbringerinnen/-erbringern. Um die Regelung der Kommunikation zwischen den an der Versorgung beteiligten Systempartnerinnen/-partnern zu strukturieren und zu unterstützen, kann die Ausarbeitung eines Kommunikationspfades auf einer aggregierten Ebene unter Beteiligung der Fachvertretungen angedacht werden. Darin könnten indikationsspezifische Module inkludiert werden, welche die Spezifika der Kommunikation und der einzubindenden Partner/innen pro Krankheitsbild darstellen. Die vorherige Erstellung von Behandlungs- und Versorgungspfaden, welche die grundlegenden Abläufe im System darstellen, ist dafür jedoch Voraussetzung. Aufgrund der Schwierigkeit bei der Erarbeitung dieser Pfade für multimorbide Personen können in einem ersten Schritt regionale Kommunikationspfade auf Bezirks-, Versorgungsregions- oder Bundeslandebene gefördert werden. Diese können im Rahmen von Vernetzungstreffen (siehe Kapitel 5.4.2.) mit den Leistungserbringerinnen/-erbringern ausdefiniert und in der Praxis umgesetzt oder optimiert werden.

5.5.2. Schaffung von angemessenen Zeitressourcen für die bedarfsgerechte Kommunikation mit Patientinnen/Patienten

Dass die Beratung und Betreuung multimorbider Patientinnen und Patienten höhere Zeitressourcen in Anspruch nimmt als die Versorgung einzelner Erkrankungen, ist offenkundig. Die befragten Expertinnen und Experten sehen diesbezüglich sehr hohen Optimierungsbedarf. Für die Versorgung im niedergelassenen Bereich geben die beschriebenen Modelle und Versorgungsansätze Anregungen zur Verbesserung bzw. Neugestaltung der Organisationsabläufe in den Ordinationen, welche den Zeitrahmen für die Patientinnen-/Patientenbetreuung erweitern. Es wird empfohlen, innovative Ansätze aus Modellbeispielen, welche eine Optimierung der zur Verfügung stehenden Zeitressourcen erlauben, in der Praxis im Rahmen von Pilotprojekten zu erproben.

PROJEKTTEIL B (2016) – ERARBEITUNG EINES PRAXISTAUGLICHEN UMSETZUNGSMODELLS FÜR ÖSTERREICH

Anknüpfend an den Arbeiten aus 2015 führte das CCIV im Jahr 2016 weiterführende Tätigkeiten in Richtung eines Umsetzungskonzeptes durch, welches an den identifizierten Problemfeldern ansetzt und die Empfehlungen in Hinblick auf einen Modellvorschlag konkretisiert.

Eine Gegenüberstellung der Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Soll-Versorgung aus dem Ist-Stand-Bericht 2015 des CCIV (siehe Kapitel 5.) und der Kompo-

zenten aus dem JA-CHRODIS-Bericht ergab, dass sich die CCIV-Empfehlungen in den 16 Komponenten von JA-CHRODIS wiederfinden (siehe Kapitel 2.4.6.). Daher wurde die Entscheidung getroffen, die 16 Komponenten von JA-CHRODIS als Basis für das Umsetzungsmodell für die Versorgung Multimorbider heranzuziehen.

Insgesamt wurden vier interdisziplinäre Arbeitsgruppen mit SV-internen und SV-externen Expertinnen und Experten zu den folgenden Themen gebildet: „Vernetzung und Koordination“, „Schulung der Leistungserbringerinnen und -erbringer“, „Patientinnen-/ Patienten- und Angehörigen-Empowerment“ sowie „Qualitätsmanagement und Evaluierung“. Im April 2016 fand eine Kick-off-Veranstaltung mit Konstituierung der vier Arbeitsgruppen statt. In weiterer Folge fanden ein bis drei weitere Arbeitsgruppensitzungen sowie im Rahmen der Arbeitsgruppe „Schulung der Leistungserbringerinnen und -erbringer“ eine schriftliche Fragebogenerhebung statt, um Teilbereiche des zu erarbeitenden Umsetzungsmodells zu diskutieren bzw. zu spezifizieren.

Das in Kapitel 6. dargestellte Umsetzungsmodell für Österreich baut daher sowohl am Ist-Stand-Bericht 2015 (dessen Ergebnisse im Projektteil A dargestellt sind) als auch auf den im JA-CHRODIS-Bericht identifizierten 16 Komponenten (siehe Kapitel 2.4.6.) auf und wurde anhand des Inputs aus den vier Arbeitsgruppen, die im Rahmen des CCIV-Projektes Multimorbidität 2016 etabliert wurden, konkretisiert.

6. BESCHREIBUNG DES UMSETZUNGSMODELLS IM HINBLICK AUF EINE PILOTIERUNG

6.1. Eingang ins Modell

6.1.1. Definition der Zielgruppe

Zielgruppe für das hier geschilderte Modell ist die multimorbide Patientin/der multimorbide Patient ab 65 Jahren mit einem komplexen Versorgungsbedarf.

Ein komplexer Versorgungsbedarf besteht, wenn eine multimorbide Patientin/ein multimorbider Patient zumindest eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Vorhandensein sozioökonomischer Faktoren, welche auf die bestehenden chronischen Erkrankungen aggravierend/erschwerend wirken, wie z.B. finanzielle Bedürftigkeit (Armutsgrenze), familiäre Stressoren
- Vorhandensein mentaler/kognitiver Faktoren, welche auf die bestehenden chronischen Erkrankungen aggravierend/erschwerend wirken, wie z.B. Depression, die zu schlechter Adhärenz führt, Abhängigkeit, Ängste, die die Wahrnehmung des Gesundheitszustandes verzerren
- Vorhandensein von medikations-/polypharmazieassoziierten Problemen

Die Beurteilung und Feststellung des komplexen Versorgungsbedarfs, basierend auf den zuvor genannten Kriterien, obliegt dem/der Allgemeinmediziner/in im zentralen Versorgungsteam.

6.1.2. Patientinnen-/Patientenidentifikation

Die Identifikation von Patientinnen und Patienten, die sich für eine Versorgung im Modell eignen, kann durch den/die Allgemeinmediziner/in bzw. die Fachärztin/den Facharzt (hier jeweils ggf. auch auf Patientinnen-/ Patienteneigeninitiative), durch mobile Dienste oder durch stationäre Einrichtungen (z.B. im Rahmen des Entlassungsmanagements) erfolgen.

6.1.3. Aufnahme ins Modell

Wurde eine Patientin/ein Patient identifiziert, wird sie/er über das Modell, seine Strukturen und Kernelemente informiert. Diese Information kann durch jedes Mitglied des zentralen Versorgungsteams erfolgen.

In weiterer Folge erfolgt die formale Aufnahme der Patientin/des Patienten in das Modell. Die formale Aufnahme obliegt dem/der Allgemeinmediziner/in. Die formale Aufnahme sollte in einem Vieraugengespräch erfolgen, um auch Dinge wie z.B. Einbindung einer Bezugsperson klären zu können.

Die formale Aufnahme ins Modell wird durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung (von Patientin/Patient und Allgemeinmediziner/in) belegt.

6.2. Grundprinzipien der Versorgung

6.2.1. Ganzheitlicher, patientinnen-/patientenzentrierter und sektorenübergreifender Zugang

Die Stärkung patientinnen-/patientenzentrierter Gesundheitssysteme ist im europäischen Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ verankert.²⁴²

Patientinnen-/Patientenzentrierung ist eine Kernkompetenz für die Betreuung und Behandlung von Personen mit chronischer Erkrankung²⁴³ und somit auch wesentlich in der Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten. Eckpfeiler für einen patientinnen-/patientenzentrierten Zugang sind eine effektive, patientinnen-/patientenzentrierte Kommunikation, die Unterstützung zum und von Selbstmanagement, Hilfestellungen zu gesundheitsfördernden Maßnahmen und die Förderung von Eigeninitiative²⁴⁴. Patientinnen-/Patientenzentrierung bedeutet Berücksichtigung und individuelles Eingehen auf unterschiedliche Präferenzen, Bedarfe, Bedürfnisse und Werte der einzelnen Patientin/des einzelnen Patienten.²⁴⁵

Zudem ist es wesentlich, die Patientin/den Patienten auch sektorenübergreifend zu betreuen, wozu integrierte Versorgung einen wesentlichen Beitrag leistet.

6.2.2. „Shared decision making“ – gemeinsame Entscheidungsfindung

Das Prinzip des „Shared decision making“ wurde bereits 1982 formuliert²⁴⁶ und nimmt eine zentrale Stellung in der patientinnen-/patientenzentrierten Versorgung ein²⁴⁷.

²⁴² WHO (2013). Zugriff am 20. November 2016

²⁴³ WHO (2005). S. 20

²⁴⁴ WHO (2005). S. 21-24

²⁴⁵ Tang, Lorenzi, Harle, Zhou & Chen. (2016). S. 2-4

²⁴⁶ President's Commission. (1982)

Zur Umsetzung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung wurde ein Modell vorgeschlagen, das auf Gesprächen zu folgenden Aspekten beruht: Wahlmöglichkeit („choice“), Alternativen („option“) und Entscheidung („decision“). Am Ende des Beratungsprozesses („deliberation“) stehen die informierte Patientin/der informierte Patient und eine Entscheidung, die auf den Präferenzen der informierten Patientin/des informierten Patienten beruht.

Die nachfolgende Abbildung stellt die Elemente des Modells zur Umsetzung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung grafisch dar.

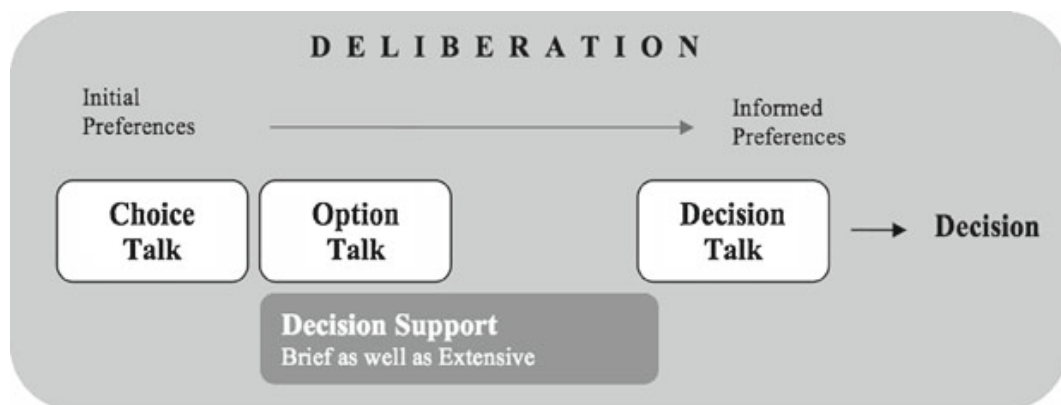


Abbildung 31: Modell zur gemeinsamen Entscheidungsfindung für die klinische Praxis²⁴⁸

Die Einbindung der Patientin/des Patienten und ihrer/seiner Angehörigen kann die Patientinnen-/Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Versorgung erhöhen, das Vertrauen der Patientin/des Patienten stärken, zu einer Verbesserung der Therapietreue führen²⁴⁹ und letztlich auch zu verbesserten Outcomes beitragen²⁵⁰. Darüber hinaus trägt die aktive Beteiligung und Teilhabe der Patientin/des Patienten zur Kontinuität der Versorgung bei.²⁵¹

Wesentlich für die partizipative Entscheidungsfindung ist jedenfalls, dass ein Informationsaustausch in beide Richtungen stattfindet, beide gleichberechtigte Partner/innen (Leistungserbringer/in und Patientin/Patient) sich bewusst sind, dass es Wahlmöglichkeiten bezüglich der medizinischen bzw. therapeutischen Entscheidung gibt und welche das sind, beide Partner/innen ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Entscheidungsprozess einbringen und beide Partner/innen für die letztlich getroffene Entscheidung Verantwortung übernehmen.²⁵²

6.2.3. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team

Basis für eine effektive, bestmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen ist eine gute Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen, d.h. der unterschiedlichen Professionen und Disziplinen. Wesentlich für eine gute Zu-

²⁴⁷ Barry & Edgman-Levitan (2012). S. 780-781

²⁴⁸ Elwyn, Frosch, Thomson, Joseph-Williams, Lloyd, Kinnersley, Cording, Tomson, Dodd, Rollnick, Edwards & Barry (2012). S. 1361-1367

²⁴⁹ Holman & Lorig. (2000). S. 526-527

²⁵⁰ Saultz JW & Lochner. (2005). S. 159-166

²⁵¹ Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry (2003). S. 1219-1221

²⁵² Der Patient als Partner. Zugriff am 15. Dezember 2016

sammenarbeit sind Kooperation und Kommunikation. Basiselemente dafür sind gegenseitiger Respekt, Vertrauen, Unterstützung und Anerkennung.²⁵³

Im Modell sollen gemeinsame Visiten im zentralen Versorgungsteam und Fallkonferenzen im erweiterten Versorgungsteam dazu beitragen, eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team zu etablieren.

6.2.4. Implementierung einer evidenzbasierten Behandlungspraxis

Evidenzbasierte Behandlungspraxis bedeutet, dass die einzelne Patientin/der einzelne Patient auf Basis der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung und unter Berücksichtigung der klinischen Expertise und Erfahrung sowie der Gesamtsituation der Patientin/des Patienten, unter besonderer Bedachtnahme auf ihre/seine individuellen Werte und Präferenzen, behandelt und betreut wird.²⁵⁴

Somit sind Leitlinien auch bei der Behandlung und Betreuung multimorbider Patientinnen und Patienten eine wertvolle Basis für eine qualitativ hochwertige und angemessene Behandlung. Allerdings sind die meisten Leitlinien krankheitsspezifisch und meist werden Altersgruppen nicht entsprechend berücksichtigt. D.h. es besteht sicher ein Bedarf, Leitlinien mit geriatrischer Relevanz zu erstellen, die u.a. dem Alter entsprechend adaptiert werden, Aspekte der Multimorbidität berücksichtigen und somit auch auf Syndrome abzielen, um typischen Behandlungsherausforderungen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten im Sinne von oft nicht eindeutig oder multikausal bedingten funktionellen Beeinträchtigungen gerecht zu werden.²⁵⁵ Dieser Bedarf sollte künftig sowohl in der Forschung als auch bei der Erarbeitung bzw. Aktualisierung von Leitlinien berücksichtigt werden.

Eine evidenzbasierte Behandlungspraxis sollte jedenfalls folgende Aspekte berücksichtigen²⁵⁶:

1. Interpretation der vorliegenden Evidenz: Limitationen von Leitlinien bzgl. Anwendung auf Multimorbide beachten, Fokus auf für die Patientin/den Patienten wichtige Outcomes, d.h. Anpassung der vorliegenden Evidenz an den jeweiligen Fall sowie an die Prioritäten der/des Betroffenen
2. Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenpräferenz: ist in der medizinischen Entscheidungsfindung unbedingt zu berücksichtigen; lässt sich erst eruieren, wenn die Patientin/der Patient auch über Vor- und Nachteile diverser Behandlungsoptionen informiert wurde
3. Prognose: Entscheidungen unter Berücksichtigung von Risiken, Belastungen, Vorteilen und der Gesamtprognose (Lebenserwartung, funktionelle Aspekte, Lebensqualität) – d.h. Abwägen der zu erwartenden positiven Wirkung und der damit verbundenen Risiken und Belastungen
4. Machbarkeit: Behandlungskomplexität und -umsetzbarkeit berücksichtigen

²⁵³ WHO (2005), S. 28

²⁵⁴ In Anlehnung an Sackett et al. (1996), S. 71-72

²⁵⁵ Kompetenz-Centrum Geriatrie

²⁵⁶ American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity (2012), S. E1-E25.

5. Optimierung der Therapie und des Versorgungsplanes: Therapiestrategien, die den maximalen Nutzen bringen, negative Effekte minimieren und die Lebensqualität erhalten bzw. verbessern

Die Grundzüge der evidenzbasierten Behandlungspraxis sollten den Akteurinnen und Akteuren im Rahmen der Schulung (s.u.) vermittelt werden.

6.2.5. Förderung des Selbstmanagements

Durch Unterstützung des Selbstmanagements (abgestimmt auf psychische und kognitive Voraussetzungen) sollen folgende drei Faktoren beeinflusst werden:

- 1 Fähigkeit (Wissen, Selbstvertrauen ...)
- 2 Verantwortung (Einstellung der Leistungserbringer/innen und der Patientin/des Patienten zur Verteilung der Verantwortung)
- 3 Motivation (Überzeugung/Erwartung der Patientin/des Patienten bzgl. Wirksamkeit des Selbstmanagements)

6.3. Versorgungsschema und Versorgungsteam

6.3.1. Zentrales Versorgungsteam

Das Modell ist patientinnen-/patientenzentriert, wobei im Mittelpunkt des Modells die Patientin/der Patient mit ggf. seiner Bezugsperson (z.B. Angehörige/r) steht. Die Versorgung der Patientin/des Patienten erfolgt primär durch ein zentrales Versorgungsteam. Dieses baut auf der Logik der Organisation der Primärversorgung auf und setzt sich daher – analog zum Kernteam²⁵⁷ der Primärversorgungseinrichtungen (PHC) bzw. der Primärversorgungsnetzwerke – aus einer Ärztin/einem Arzt für Allgemeinmedizin mit geriatrischer Zusatzkompetenz (Geriatriediplom der Österreichischen Ärztekammer) sowie einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) zusammen. Darüber hinaus kann optional eine Case Managerin/ein Case Manager notwendig sein, welche/r gegebenenfalls auch in Personalunion mit der DGKP agieren kann. Ist die DGKP gleichzeitig Case Manager/in benötigt sie für diese Funktion eine Case-Management-Ausbildung (Ausbildung zur zertifizierten Case Managerin/zum zertifizierten Case Manager).

ANMERKUNG: Im zentralen Versorgungsteam können die Funktionen und Aufgaben des/der Allgemeinmediziner/in mit geriatrischer Zusatzkompetenz auch von einer Ärztin/einem Arzt mit Additivfach Geriatrie (welches bis 2012 erworben werden konnte) ausgeübt werden.

Abbildung 32 stellt das zentrale Versorgungsteam grafisch dar.

²⁵⁷ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2014). Zugriff am 23. August 2016

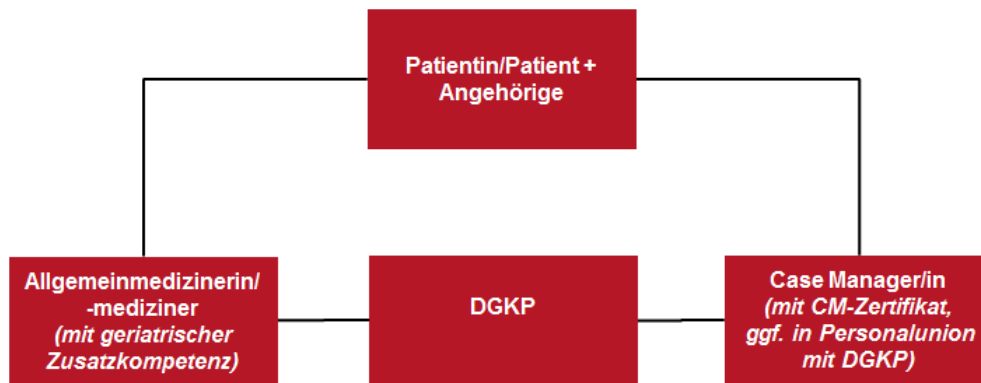


Abbildung 32: Zentrales Versorgungsteam

In Regionen, welche bereits über Primärversorgungseinrichtungen oder Primärversorgungsnetzwerke verfügen, kommt diesen eine tragende Aufgabe in der Versorgung multimorbider Personen zu. Hier kann die Rolle des zentralen Versorgungsteams vom PHC-Kernteam übernommen werden.

Nachfolgend werden die Rollen und Aufgaben dargestellt, welche den teilnehmenden Akteurinnen und Akteuren im zentralen Versorgungsteam – ergänzend zu ihren Aufgaben im Rahmen der Regelversorgung – zukommen.

Der/die Allgemeinmediziner/in hat bereits in der Regelversorgung eine wichtige Rolle inne. Sie/er steht auch bei der Versorgung Multimorbider als Erstkontakt und zentrale medizinische Ansprechperson im Mittelpunkt und ist zuständig für Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie. Die Allgemeinmedizinerin/der Allgemeinmediziner mit geriatrischer Zusatzkompetenz ist die Person, die jedenfalls auch namentlich (mit Kontaktdaten) im Versorgungsplan vermerkt ist und die oberste Verantwortung in der Modellversorgung hat.

Der/die Allgemeinmediziner/in nimmt die Patientin/den Patienten offiziell ins Modell auf. Ihr/ihm obliegt die Verantwortung bezüglich der Durchführung und Dokumentation des Assessments (inkl. der Einschätzung, ob ein komplexer Versorgungsbedarf vorliegt, und der Abklärung, ob Case Management notwendig/möglich/gewünscht ist) sowie die Verantwortung über die Inhalte des Versorgungsplans und deren Dokumentation. Auch die Verantwortung bzgl. regelmäßiger Re-Assessments mit entsprechender Dokumentation liegt bei dem/der Allgemeinmediziner/in. Die Durchführung der damit jeweils verbundenen Tätigkeiten kann an die Akteurinnen und Akteure des zentralen Versorgungsteams – entsprechend ihren Qualifikationen – delegiert werden.

Die Aufgaben der DGKP ergeben sich aus ihren Aufgaben und Kompetenzen im Rahmen der Regelversorgung.

Im Modell kommt der DGKP zusätzlich eine zentrale Rolle im Rahmen des Patientinnen-/Patienten- und Angehörigen-Empowerments zu.

Darüber hinaus kann die DGKP bei entsprechender Qualifikation ggf. die Funktion der Case Managerin/des Case Managers ausüben.

Ist in der Versorgung einer Patientin/eines Patienten die Funktion der Case Managerin/des Case Managers vorgesehen, so ist die Person, die das Case Management durchführt, namentlich im Versorgungsplan zu benennen (mit Kontaktdaten, analog dem/der Allgemeinmediziner/in). Die Person, die das Case Management durchführt, soll über eine Ausbildung als zertifizierte Case Managerin/zertifizierter Case Manager verfügen und ihre/seine Tätigkeit am Case-Management-Regelkreis orientieren (vgl. Kapitel 2.4.3.).

Dem Case Management obliegen im Modell folgende wesentliche Aufgaben/Funktionen:

- Einfache und schnelle Erreichbarkeit, ggf. Hausbesuche
- Beratung der Patientin/des Patienten und der Bezugsperson
- Koordination aller in Anspruch genommenen Leistungen
- Verweis an Unterstützungsangebote
- Administrative Unterstützung (z.B. Kontaktaufnahme mit Institutionen, Behörden, behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Unterstützung bei Terminvereinbarungen, Antragstellung von Pflegegeld)
- Angehörigenarbeit (Wissensvermittlung, Anleitung und Begleitung, Empowerment)
- Laufende Dokumentation und Evaluation bzw. Monitoring der Case-Management-Maßnahmen

6.3.2. Erweitertes Versorgungsteam

Um eine umfassende Betreuung zu ermöglichen, kann es darüber hinaus für die Versorgung der Patientin/des Patienten erforderlich und zweckmäßig sein, je nach regionalen Strukturen und Verfügbarkeiten, folgende Leistungserbringer/innen, Institutionen und andere Versorgungs- und Unterstützungsangebote im Sinne eines erweiterten Versorgungsteams hinzuzuziehen. Das erweiterte Versorgungsteam kann in Anlehnung an die entsprechende Differenzierung im Rahmen des PHC-Konzeptes²⁵⁸ aus Co-Akteurinnen und -Akteuren bzw. aus Partnerinnen und Partnern bestehen. Die nachfolgende Tabelle listet wesentliche Co-Akteurinnen/-Akteure und Partner/innen des erweiterten Versorgungsteams auf.

²⁵⁸ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2014). Zugriff am 23. August 2016

Co-Akteurinnen/-Akteure	Partnerinnen/Partner
Ambulatorien Diätologinnen/Diätologen Ergotherapeutinnen/-therapeuten Fachärztinnen/-ärzte Hilfsdienste Krankenanstalten, Institute Logopädinnen/Logopäden Mobile Pflegedienste Pflegeeinrichtungen, inkl. teilstationäre Zentren Physikalische Therapie Physiotherapeutinnen/-therapeuten Psychologinnen/Psychologen Psychotherapeutinnen/-therapeuten Sozialarbeiter/innen	Apotheken Beratungsstellen Ehrenamtliche Besuchsdienste Pflege- und Patientenanwaltschaften Rettungs- und Transportdienste Seelsorger Selbsthilfegruppen

Tabelle 10: Co-Akteurinnen/-Akteure und Partnerinnen/Partner

Die folgende Abbildung stellt die Struktur des Versorgungsmodells grafisch dar.

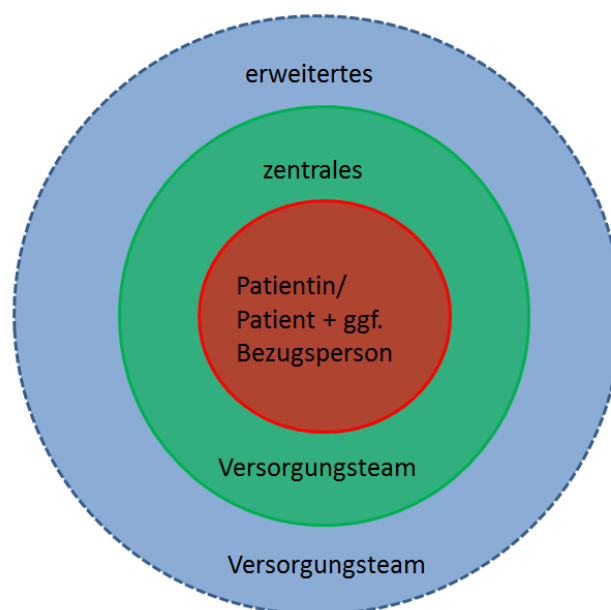


Abbildung 33: Struktur des Versorgungsmodells

6.3.3. Regionales Netzwerk, nationale Ebene

Übergeordnet sollte ab einer gewissen Dimension des Modells ein regionales Netzwerk mit einer koordinierenden Funktion (inkl. verantwortlicher Person) eingerichtet werden und in weiterer Folge ggf. eine ebenfalls koordinierend tätige nationale Ebene (inkl. verantwortlicher Person) vorhanden sein.

Im regionalen Netzwerk und auf nationaler Ebene sollten auch Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, v.a. im Sinne eines Empowerments von Institutionen und Organisationen, sowohl intra- als auch extramural, gesetzt werden (z.B. Informationsfolder „Bin ich mul-

timorbid? Wie erkenne ich Multimorbidität?“, Plakate, Informationsveranstaltung für Öffentlichkeit).

Zusätzlich sollen die regionalen Netzwerke mit übergeordneter nationaler Ebene dazu dienen, ein Verzeichnis nationaler Expertinnen und Experten zu spezifischen Fragestellungen zu erstellen, um im Bedarfsfall diese Expertinnen bzw. Experten zur Konsultation im erweiterten Versorgungsteam heranziehen zu können (Etablierung eines nationalen Konsultationssystems).

6.4. Assessment und Re-Assessment inkl. Versorgungsplan

6.4.1. Eingangsassessment mit Erstellung eines Versorgungsplans

Wurde die Patientin/der Patient ins Modell aufgenommen, erfolgt in einem ersten Schritt ein Eingangsassessment. Dieses soll dazu dienen, die Patientin/den Patienten in seiner Gesamtheit zu erfassen (ganzheitlicher Zugang). Es sollte neben Diagnosen (mit ICD-Codes) und dem Behandlungsplan (inkl. Medikamentenanamnese) auch weiterführende Charakteristika (z.B. funktionelle und kognitive Defizite, soziale und wirtschaftliche Situation) erfassen. Als Basis für das Eingangsassessment soll das geriatrische Basisassessment dienen. Darunter versteht man die strukturierte und standardisierte Erhebung und Dokumentation von Einschränkungen und Ressourcen älterer und multimorbider Personen, insbesondere jener mit häufigen Krankenhauseinweisungen bzw. einer Tendenz zur Polypharmazie. Die Beurteilung umfasst dabei fünf Dimensionen: die physische, psychische, soziale und die ökonomische sowie die Fähigkeit zur Selbsthilfe. Diese Beurteilung erfolgt bspw. auf Basis von Mobilitätstests, durch die Erhebung des kognitiven Status, ein Screening auf Depressionen oder die Feststellung der Fähigkeiten, alltägliche Tätigkeiten erfüllen zu können.

Die Verantwortung bezüglich der Durchführung des Eingangsassessments obliegt dem/der Allgemeinmediziner/in. Sie/er kann die Durchführung selbst (zur Gänze oder in Teilen) an die anderen Personen des zentralen Versorgungsteams (entsprechend ihrer Qualifikation) delegieren.

Basierend auf dem Eingangsassessment wird in der Folge vom zentralen Versorgungsteam gemeinschaftlich für die Patientin/den Patienten ein individueller Versorgungsplan erstellt.

Dabei steht die gemeinsame und gemeinschaftliche Entscheidungsfindung („Shared decision making“) basierend auf den individuellen Bedürfnissen und erstrebenswerten Outcomes aus Sicht der Patientin/des Patienten (und ggf. der Bezugsperson) im Zentrum. Im Versorgungsplan sollen gemeinsam vereinbarte Ziele formuliert werden. Diese Ziele sind nicht Behandlungsziele im medizinischen Sinn, sondern sollen auf eine Verbesserung der gesamten Versorgungssituation abzielen.

Daraus resultieren folgende Teile des Versorgungsplans:

- Ergebnis des Eingangsassessments (d.h. Diagnosen, Medikamentenanamnese, weitere Charakterisierung anhand der Ergebnisse des geriatrischen Basisassessments)
- Ermittlung der Leistungsreserven (Ressourcen) und Problembewältigungsmechanismen (Coping-Strategien)

- Gemeinsame Zielformulierung
- Bedarfsidentifikation
- Maßnahmenplan
- Freier Teil, in dem Aktuelles zur Patientin/zum Patienten vermerkt werden kann (im Sinne eines Tagebuches, z.B. Information über akute Schmerzen, Diarrhoe)

Idealerweise sollte der Versorgungsplan so wie jede Dokumentation im Modell elektronisch verfügbar sein, wobei von den Leistungserbringerinnen/-erbringern kompatible Dokumentationssysteme verwendet werden sollten, um Patientinnen-/Patientendaten dadurch gut kommunizierbar und transferierbar zu machen und somit einen einfachen Informationsaustausch sicherzustellen.

Der Versorgungsplan muss unter Bedachtnahme auf die aktuelle Situation bzgl. elektronischer Patientinnen-/Patientendokumentation jedenfalls (auch) in schriftlicher Form vorliegen und bei der Patientin/beim Patienten lokalisiert sein, sodass über den Versorgungsplan ein gewisser Informationsfluss zwischen den Leistungserbringerinnen/-erbringern gewährleistet ist.

6.4.2. Re-Assessment

Während der weiteren Versorgung im Modell sind regelmäßige Re-Assessments inklusive Evaluierung des Versorgungsplans mit ggf. Adaptierungen bzw. Aktualisierungen des Versorgungsplans vorgesehen.

Re-Assessments sollen sowohl in definierten zeitlichen Abständen als auch zusätzlich anlassbezogen (z.B. nach akutstationärem Aufenthalt oder auf Initiative der Akteurinnen und Akteure bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes) stattfinden.

Im zentralen Versorgungsteam sollen Re-Assessments zumindest vierteljährlich durchgeführt werden. Bei diesen Quartalsterminen soll jedenfalls ein Direktkontakt mit der Patientin/dem Patienten erfolgen, ggf. mittels Hausbesuch durch den/die Allgemeinmediziner/in bzw. der DGKP. Ebenso sollte vierteljährlich eine Art gemeinsame Visite im Sinne einer Besprechung im zentralen Versorgungsteam erfolgen, bei der gemeinschaftlich der Versorgungsplan evaluiert und ggf. – nach Rücksprache mit der Patientin/dem Patienten (und ggf. der Bezugsperson) – bei entsprechender Zustimmung adaptiert wird. In der Folge ist der geänderte Versorgungsplan der Patientin/dem Patienten zu übermitteln.

Wird eine Patientin/ein Patient zusätzlich von Akteurinnen/Akteuren des erweiterten Versorgungsteams betreut, so sollten diese, abhängig von der Betreuungsfrequenz im erweiterten Versorgungsteam, aber zumindest jährlich in den Prozess des Re-Assessments (idealerweise im Rahmen einer interdisziplinären, multiprofessionellen Fallkonferenz) involviert werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass Art und Umfang bzw. Inhalt des Re-Assessments mit den einzelnen Akteurinnen/Akteuren des erweiterten Versorgungsteams dokumentiert werden.

Wünschenswert im Sinne einer kontinuierlichen Betreuung der Patientin/des Patienten ist die Weiterentwicklung telemedizinischer Ansätze, wodurch ggf. ein Re-Assessment der Patientin/des Patienten (auch im Sinne einer Erfassung diverser medizinischer Parameter mit Rückkopplung an das zentrale Versorgungsteam) in kürzeren Zeitabständen erfolgen könnte und dadurch ein schnelleres Reagieren auf potentielle Änderungen des Gesundheitszustandes möglich wäre.

Abbildung 34 stellt die Modellstruktur sowie die Abläufe im Modell grafisch dar.

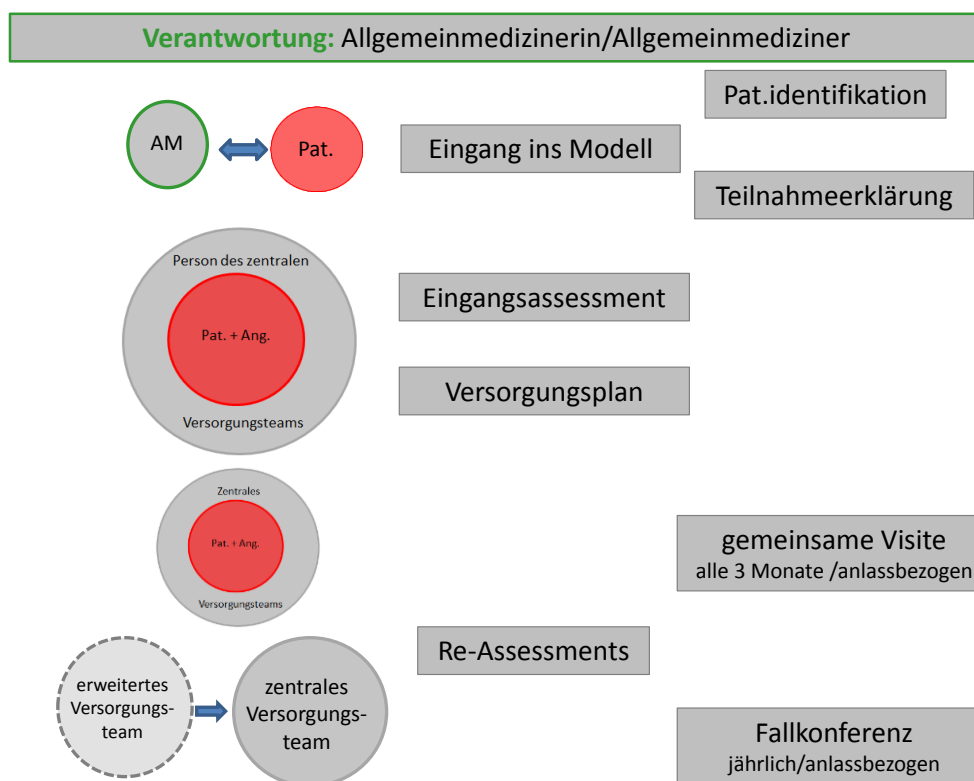


Abbildung 34: Modellstruktur und Abläufe im Modell

6.5. Laufende Fort- und Weiterbildung der Leistungserbringer/-innen im Modell

Leistungserbringer/innen im Modell sind einerseits Co-Akteurinnen/-Akteure und andererseits Partner/innen (siehe Zusammensetzung des erweiterten Versorgungsteams, Kapitel 6.3.2.).

ANMERKUNG: Alle Mitglieder des zentralen Versorgungsteams sind Co-Akteurinnen/-Akteure im Modell.

Partner/innen im Modell sollten Information über die Versorgung im Modell erhalten und eine Schilderung wesentlicher Aspekte der Versorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten erhalten. Diese Informationsweitergabe sollte in kompakter Art und Weise erfolgen, z.B. würden sich hierfür ein bis drei Impulsvorträge (zur Struktur des Modells, zu Abläufen im Modell und zu spezifischen Aspekten der Multimorbidität) eignen. Diese könnten auch webbasiert – als Webcast oder ggf. in erweiterter Form als Webinar – gestaltet sein.

Die berufsgruppenspezifischen Ausbildungen der Co-Akteurinnen/-Akteure vermitteln auch Kenntnisse zu Multimorbidität, insbesondere zu Charakteristika, Folgen und spezifischen Aspekten in der Behandlung von Multimorbiden (z.B. Polypharmazie – Arzneimittelwechselwirkungen, Interaktionen von chronischen Erkrankungen, veränderte, teilweise unspezifische Symptome). Allerdings sind Art und Umfang der jeweils vermittelten Ausbildungsinhalte in den einzelnen Berufsausbildungen heterogen, weswegen ein Mapping der Curricula hilfreich wäre, um den kleinsten gemeinsamen Nenner, d.h. die Inhalte, die allen Ausbildungen gemeinsam sind, zu ermitteln.

Im Modell tätige Co-Akteurinnen/-Akteure werden aber jedenfalls vor Aufnahme ihrer Tätigkeit eine Schulung benötigen.

Diese Schulung sollte folgende Inhalte umfassen:

- Struktur des Modells
- Prozesse/Aktivitäten im Modell
- Interdisziplinäre, multiprofessionelle Kommunikation, Informationsaustausch und -weitergabe mit Fallbeispielen
- Einheitliche Codierung/Benennung (von z.B. Diagnosen, Symptomen, Outcomes)
- Kritische Bewertung von (evidenzbasiertem) Wissen
- Kommunikation mit Patientin/Patient (personenzentriert, Dreieckskonstellation; besondere Aspekte in der Kommunikation mit kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten)
- Methoden des Patientinnen-/Patienten-Empowerments
- Maßgeschneiderte (basierend auf Patientinnen-/Patientenpräferenz und -kompetenz) Unterstützung bzw. Förderung des Selbstmanagements sowie der Gesundheitskompetenz im Allgemeinen

Die Schulung sollte in Form einer Präsenzveranstaltung konzipiert sein und sowohl eine Art Seminar mit Impulsvorträgen zur Informationsvermittlung als auch einen interaktiven Workshop-Teil umfassen. Im Workshop sollten jedenfalls gemeinsame Visiten und Fallkonferenzen beispielhaft durchgespielt werden.

6.6. Kontinuierliche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten und Angehörigen (im Sinne des Empowerments)

Als zentrale Themen- und Informationsbereiche für niederschwellige aufsuchende Empowerment-Maßnahmen, die für viele multimorbide Personen und deren Angehörige von Relevanz sind, wurden folgende Inhalte definiert:

- Systemwissen (Institutionen müssen dieses Wissen bzgl. Angebote auch adäquat vermitteln)
- Pflege/Unterstützungsleistungen
- Finanzielle Angelegenheiten
- Multimorbidität (Was ist Multimorbidität? Welche Herausforderungen sind damit verbunden?)
- Medikation (Lesen von Medikamenten-Beipackzetteln)

Die Gruppe **multimorbider Personen** ist heterogen – Ressourcen, Belastungen und Bedürfnisse sind aufgrund ihrer Herkunft, ihres ökonomischen Hintergrunds und sozialen Umfeldes sehr unterschiedlich ausgeprägt. Daher ist eine weitere **Zielgruppendifferenzierung** erforderlich, um konkrete Empowerment-Maßnahmen auf ihre spezifische Situation (Vulnerabilität und erschwerte Erreichbarkeit) abstimmen und geeignete Kommunikationskanäle identifizieren zu können:

- Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status; bildungsbenachteiligte/sozial benachteiligte Menschen
- Menschen aus anderen Kulturkreisen
- Sozial isolierte Personen
- Menschen mit Behinderung (physisch, psychisch, Sinne)

Neben den genannten Patientinnen-/Patientengruppen sind folgende Gruppen bei Empowerment-Aktivitäten gesondert zu beachten:

- Zu- und Angehörige/Bezugspersonen
- Institutionen, Organisationen, intra- und extramuraler Bereich

Zu den definierten Zielgruppen werden aktuell nachfolgende **Maßnahmen** als sinnvoll erachtet:

- Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status; bildungsbenachteiligte/sozial benachteiligte Menschen:
 - Einfach aufbereitete Informationsmaterialien/ Bildmaterial als Basis (Bsp. Broschüre des Wiener Programms für Frauengesundheit „Besuch bei der Frauenärztin“; Verweis auf eine Unterstützung durch die Einrichtung „Capito“ für leichte Sprache)
 - Persönliche Unterstützung eher zweitrangig
- Menschen aus anderen Kulturkreisen:
 - Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus dem eigenen Kulturkreis
 - Best-Practice-Beispiele: Projekt MIMIS und FEM Süd
- Sozial isolierte Personen:
 - Unterstützung durch Laien, die die Betroffenen aus der Isolation holen
 - Psychologinnen/Psychologen, wenn Laien an ihre Grenzen stoßen
 - Hausärztin/Hausarzt bzw. Ärztin/Arzt des Vertrauens stellt häufig eine der wenigen Kontaktpersonen für sozial Isolierte dar; diese/dieser könnte/sollte im Bedarfsfall an Laien bzw. Psychologinnen/Psychologen weiterverweisen
 - Da durch diese Maßnahme nicht alle Betroffenen dieser Unterzielgruppe erreichbar sind, eröffnen sich manchmal erst durch akute Problematiken und damit verbundenen Spitalsaufenthalten Kontaktmöglichkeiten für Empowerment.
- Menschen mit Behinderung (physisch, psychisch, Sinne):
 - Herausforderung: große Distanz zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient mit Behinderung
 - Daher Notwendigkeit der Ansprache durch Vertrauenspersonen/ pädagogisches Personal
 - Prinzipiell gute institutionelle Betreuung, Problembereich Krankenhaus (aufgrund der fremden Strukturen/Umgebung)
 - Bei Personen mit Behinderung ohne institutionelle Anbindung sind oftmals Nachbarn zentrale Kontaktpersonen, die bei Problemen Aufmerksamkeit schaffen.
- Pflegende Zu- und Angehörige/Bezugspersonen:
 - Angehörige benötigen besonders psychische Unterstützung in Form von Schulung, Supervision etc.

- eine Anlaufstelle für diverse Fragen (ähnlich Pflegetelefon)
- eine Selbsthilfegruppe – als Vorbild für den Bereich Multimorbidität könnten die Alzheimer-Selbsthilfegruppen dienen (ev. Anfrage WiG)
- Hilfssysteme, die den Angehörigen zeitliche Freiräume schaffen (vgl. Projekt ANNA)
- Institutionen, Organisationen, intra- und extramuraler Bereich:
 - Wissen und Sensibilisierung zum Thema sind intern in den Institutionen notwendig, ebenso die adäquate Vernetzung mit dem niedergelassenen Bereich.

Das **Patientinnen-/Patiententagebuch** repräsentiert ein Instrument zum Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringerinnen/-erbringern und der Patientin/dem Patienten. Patientinnen und Patienten tragen täglich zu vorgegebenen Monitoring-Inhalten ihre Werte (z.B. Blutzucker, Blutdruck, Medikamenteneinnahme, Bewegungsverhalten) ein und machen dadurch den Krankheitsverlauf und ihre Adhärenz transparent. Dies hilft der Patientin/dem Patienten, Veränderungen ihres/seines Gesundheitszustandes selbst besser zu erkennen und in der Folge schneller darauf reagieren zu können. Im Sinne der aktiven Einbindung der Patientin/des Patienten bietet ein Patientinnen-/Patiententagebuch die Möglichkeit, Verantwortung für ihre/seine Gesundheit zu übernehmen und unterstützt die Patientin/den Patienten als Partner/in, sich proaktiv am Entscheidungsprozess zu beteiligen. Patientinnen-/Patiententagebücher können in Papierform auf vorgegebenen Formularen oder in elektronischer Version in einem Gerät (Bsp. Medicus oder App) geführt werden.

6.7. Qualitätsmanagement und Evaluierung

Qualität im Gesundheitswesen kann definiert werden als „das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen“.²⁵⁹

Qualität beinhaltet unterschiedliche Dimensionen. Eine weit verbreitete Einteilung, auf die auch häufig im Gesundheitswesen zurückgegriffen wird, stammt von Donabedian (1986) und unterscheidet Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.²⁶⁰ Mit Strukturqualität sind die technische und personelle Ausstattung, Infrastruktur, Qualifikation des Personals und Ähnliches gemeint. Prozessqualität bezieht sich auf die Qualität der Abläufe (z.B. ob die Versorgung leitlinienkonform ist) und Ergebnisqualität betrifft das Resultat der Prozesse (z.B. Patientinnen- und Patientenzufriedenheit, funktioneller Status).

6.7.1. Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement ist zur kontinuierlichen, kriterienorientierten Kontrolle und Steuerung von qualitätssichernden Maßnahmen notwendig. Lt. Definition der österreichischen Qualitätsstrategie beinhaltet Qualitätsmanagement „*aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation, die darauf abzielen, die Qualität der hergestellten Produkte oder der angebotenen Dienstleistung zu verbessern*“.²⁶¹

²⁵⁹ Schmidt, R. (2010). S. 22

²⁶⁰ Cypionka, Riedel & Röhrling (2006)

²⁶¹ GÖG/BIQG (2014). S. 2

Qualitätssicherung ist ein Teil des Qualitätsmanagements und umfasst alle Maßnahmen, die der Schaffung und Erhaltung einer definierten Qualität eines Produkts (bzw. einer Dienstleistung) dienen.²⁶² Qualitätsmanagement hat auch einen potentiell organisationsverändernden Effekt: „Qualitätsmanagement [...] ermöglicht aufgrund seiner spezifischen Ausrichtung und Konzeption die direkte Arbeit an der Verbesserung der Leistungsqualität und gleichzeitig eine Veränderung der organisationalen Grundlagen von Gesundheitseinrichtungen in Richtung auf verbesserte Integration der Organisationseinheiten. Damit unterscheidet es sich von anderen Ansätzen der Qualitätssicherung, die einen solchen organisationsverändernden Beitrag nicht leisten.“²⁶³

Ziele des Qualitätsmanagements sind:²⁶⁴

- Qualitätssicherung/-verbesserung
- Systematische Patientinnen-/Patientenorientierung
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Leitung sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Gesundheitseinrichtung
- Ablaufdokumentation
- Risikomanagement
- Objektivierung, Messung von Versorgungsergebnissen
- Nahtstellenmanagement

Um die Qualität von Prozessen, Strukturen und Ergebnissen in einer Organisation zu überprüfen und gegebenenfalls zu verbessern, braucht es Qualitätsmanagementsysteme. International gibt es eine Vielzahl von derartigen Systemen. Auch in Österreich kommen in Einrichtungen des Gesundheitswesens (intramural wie ambulant) unterschiedliche Qualitätsmanagementsysteme zum Einsatz, die auf die Sicherung und Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen abzielen. GÖG/BIQG haben im Rahmen der Bundeszielsteuerung einen Katalog mit Mindestanforderungen entwickelt, der lt. Empfehlung der Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement und Evaluierung“ als Grundlage für das Qualitätsmanagement des österreichischen Umsetzungsmodells dienen kann. Zentrale Komponenten des Umsetzungsmodells für Österreich zur Versorgung von multimorbiden Personen, wie Patientenorientierung, Schulung der Modellbeteiligten spiegeln sich in den Mindestanforderungen wider.

Diese Mindestanforderungen werden in der folgenden Übersicht dargestellt:²⁶⁵

²⁶² GÖG/BIQG (2014). S. 2

²⁶³ Köck (2004). S. 292

²⁶⁴ GÖG/BIQG (2014). S. 3

²⁶⁵ GÖG/BIQG (2014). S. 14

Tabelle 11: Mindestanforderungen

STRUKTUR-QUALITÄTSKRITERIEN	<p>Führung/Verantwortlichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsziele/-strategie (folgt methodisch dem Plan-Do-Check-Act-Regelkreis) • Strukturelle Verankerung (Organigramm/ Funktionsbeschreibungen)
	<p>Informationswesen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit von Informationen über Leitlinien und Bundesqualitätsstandards (z.B. BQLL) • Regelung zur Informationsweitergabe
	<p>Dokumentenmanagement/Datenschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> • nachweisliche Aufklärung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter über Verschwiegenheitspflicht/Datenschutz • Regelung des Umgangs mit Dokumenten
PROZESSE	<p>Instrumente zur Qualitätssicherung von Prozessen (z.B. SOP, Checklisten, Prozessbeschreibungen, interne und externe Kommunikation, regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln)</p>
	<p>Definition der wesentlichen Prozesse der Patientinnen-/Patientenversorgung auf Basis des Leistungsspektrums (z.B. Therapien, Eingriffe, OPs)</p>
	<p>Notfallmanagement</p>
RISIKOMANAGEMENT/ SICHERHEIT FÜR PATIENTINNEN/PATIENTEN UND MITARBEITER/INNEN	<p>Regelung eines risikominimierenden Prozesses für riskante Tätigkeitsbereiche (z.B. Medikationssicherheit, Hygiene, Blut/Gewebe)</p>
	<p>Fehlermanagement (inkl. Krisenmanagement)</p>
PATIENTINNEN-/ PATIENTEN-ORIENTIERUNG	<p>Beschwerdemanagement, Patientinnen-/Patientenfeedback, Patientinnen-/Patientenzufriedenheit</p>
	<p>Aufklärung der Patientinnen/Patienten über ihre Rechte</p>
	<p>Information zu Erreichbarkeit/Zugang (z.B. Barrierefreiheit)</p>
MITARBEITER/INNEN-ORIENTIERUNG	<p>Qualifikation der Mitarbeiter/innen (z.B. Fort-/Weiterbildung, Personalentwicklungskonzept)</p>
	<p>Schulung zur korrekten Anwendung von Medizinprodukten</p>
	<p>Kenntnis über Mitarbeiterzufriedenheit</p>

Transparenz/ Ergebnisqualität	Berichterstattung zu den Mindestanforderungen (zuständig für die Berichtslegung ist die jeweilige Organisation bzw. der jeweilige Berufsverband für freiberuflich Tätige; Berichtsempfänger: BMGF, Land, SV)
	Kontinuierliche Weiterentwicklung, Verbesserung und flächendeckende Sicherung der Qualität (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess)

ANMERKUNG: Qualitätszirkel sollen monatlich stattfinden; am Qualitätszirkel sollen das zentrale Versorgungsteam, die regelmäßig in die Versorgung/Betreuung involvierten Co-Akteurinnen/-Akteure sowie die/der Verantwortliche für das Pilotprojekt bzw. in späterer Folge für das Modell teilnehmen.

6.7.2. Qualitätsindikatoren

Zur Qualitätssicherung und Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen sind konkrete Messungen des Ist-Zustandes und ein Vergleich mit dem angestrebten Soll-Zustand unumgänglich. Als Messgrößen, die die Qualität von Maßnahmen anzeigen können, dienen Qualitätsindikatoren. Damit Messgrößen als solche gelten können, müssen sie folgende Bedingungen erfüllen: ²⁶⁶

- Es muss ein kausaler Zusammenhang mit dem zu beurteilenden Prozess bestehen.
- Sie müssen von den Akteurinnen und Akteuren beeinflussbar sein.
- Sie müssen messbar sein.
- Es müssen Referenzbereiche oder Referenzwerte festgelegt sein, die für gute Qualität stehen und wesentlich für das betrachtete Qualitätsmerkmal sind.

Für das Umsetzungsmodell zur Versorgung von multimorbiden Personen wird als Basis das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QISA) gewählt. QISA ist das Produkt einer langjährigen Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband und dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA). Neben einem allgemeinen Indikatorenset für die Qualität von regionalen Versorgungsmodellen gibt es auch Module, die sich einzelnen Krankheitsbildern widmen (z.B. Herzinsuffizienz, Diabetes Typ 2).²⁶⁷ Zur Multimorbidität ist ein eigenes Indikatorenset in Ausarbeitung, zum Zeitpunkt der Berichtslegung liegt dieses aber noch nicht vor.

Die Vorteile von QISA sind, dass die Definition der Indikatoren auf einer evidenzbasierten Herleitung sowie Praxiserfahrungen basiert, ein Populationsbezug besteht (d.h. es richtet sich auf bestimmte Versichertengruppen und deren Versorgung im Ganzen) und dass durch die Breite des Indikatorensystems dieses auch bei neuen Versorgungsformen wie medizinischen Versorgungszentren, hausarztzentrierter oder integrierter Versorgung zur Anwendung kommen kann.²⁶⁸ Letzteres ist insbesondere für ein mögliches Pilotprojekt von Bedeutung, da die QISA-Indikatoren unabhängig vom konkreten Setting des Piloten angewendet werden können.

²⁶⁶ Czypionka et al. (2006)

²⁶⁷ Szecsenyi, Broge & Stock (2009a). S. 7

²⁶⁸ Szecsenyi, Broge & Stock (2009a). S. 5 ff

Des Weiteren dienen die Indikatoren nicht nur dem Qualitätsmanagement, sondern auch zur Qualitätsdarlegung, d.h. Beschreibung der Versorgungsqualität z.B. gegenüber einer Krankenkasse, und können auch für eine externe Bewertung der Qualität bzw. Evaluierung herangezogen werden.²⁶⁹

Das Set der allgemeinen Indikatoren für regionale Versorgungsmodelle beinhaltet 28 Indikatoren in vier Bereichen. Diese sind:²⁷⁰

- Regionale Bedeutung des Versorgungsmodells (im Versorgungsgeschehen):
 - Anteil eingeschriebener Versicherter in der Region
 - Versichertenfluktuation
 - Anteil eingeschriebener Hausärztinnen/Hausärzte in der Region
 - Ärztinnen-/Ärztefluktuation
 - Zahl der eingeschriebenen Versicherten je Hausärztin/Hausarzt
- Qualitätsmanagement im Versorgungsmodell:
 - Steuerung und Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit
 - Anteil der Ärztinnen/Ärzte mit Teilnahme an mind. vier Qualitätszirkeln/Jahr
 - Durchschnittliche Zahl der eingesetzten, im Netz konsentierten Leitlinien pro Ärztin/Arzt
 - Qualität und Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu krankheitsspezifischen Themen für die Versicherten
 - Anteil der Ärztinnen/Ärzte, die an der Ärztinnen-/Arztbefragung teilgenommen haben
 - Anteil der Ärztinnen/Ärzte, die an allen regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell teilgenommen haben
 - Anteil der Ärztinnen/Ärzte, die sich über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell gut informiert fühlen
 - Anteil der zufriedenen Versicherten im Netz
 - Anteil der Versicherten, die das Versorgungsmodell weiterempfehlen würden
 - Anteil der Ärztinnen/Ärzte, die mit den Ergebnissen des Versorgungsmodells im vergangenen Jahr zufrieden sind
- Qualitätsmanagement auf Praxisebene:
 - Anteil der Ärztinnen/Ärzte, die an einem praxisübergreifenden Fehlerberichtssystem teilnehmen
 - Anteil der Ärztinnen/Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Patientinnen-/Patientenbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben
 - Anteil der Ärztinnen/Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Mitarbeiterinnen-/Mitarbeiterbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben
- Steuerung und Koordinierung der Versorgung:
 - Verfügbarkeit und Nutzung morbiditätsbezogener Informationen zu den Versicherten
 - Anteil der Patientinnen/Patienten mit Einhaltung der vereinbarten Wartezeit

²⁶⁹ Szecsenyi, Broge & Stock (2009a). S. 30

²⁷⁰ Szecsenyi, Broge & Stock (2009b). S. 8 ff

- Beurteilung der Erreichbarkeit der Ärztinnen/Ärzte aus Sicht der eingeschriebenen Versicherten
- Anteil der Wochenstunden, an denen mindestens eine hausärztliche Praxis geöffnet ist
- Zahl der verschiedenen konsultierten Hausärztinnen/Hausärzte je eingeschriebenem Versicherten
- Zahl der verschiedenen konsultieren Fachärztinnen/Fachärzte je eingeschriebenem Versicherten
- Anteil der Fachärztinnen-/Facharztconsultationen mit Überweisung für eingeschriebene Versicherte
- Anteil der stationären Aufnahmen für Eingriffe aus dem AOP-Katalog an allen stationären Aufnahmen
- Zahl der stationären Aufenthalte je 1.000 eingeschriebene Versicherte
- Zahl der stationären Notfallaufnahmen je 1.000 eingeschriebene Versicherte

Dieses umfassende, sehr breit aufgestellte und alle relevanten Bereiche beleuchtende Qualitätsindikatorenset bildet eine sehr gute Anwendungsgrundlage für ein Umsetzungsmodell zur Versorgung von multimorbiden Personen. Allerdings ist es, auch wenn sich viele Indikatoren auf Routinedaten stützen (Stammdaten der Versicherten, Dokumentation der Ein- und Austritte usw.), ressourcenintensiv. Daher sollte für die Konkretisierung eines Pilotprojekts die Anzahl der Indikatoren verringert werden. Von den Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement und Evaluierung“ wurde ein Eingrenzungsversuch unternommen, dieser ist weiter unten im Kapitel 6.7.5. dargestellt. Ressourcenschonung und Praktikabilität in der Anwendung standen dabei im Vordergrund.

6.7.3. Qualitätsindikatoren für Pilotierung

Für ein Pilotprojekt wurden mögliche Qualitätsindikatoren auf Basis von QISA zusammen mit den Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement und Evaluierung“ definiert. Eine Konkretisierung kann erst erfolgen, wenn klar ist, wie und in welchem Rahmen die Pilotprojektumsetzung stattfindet.

Tabelle 12: Bereiche für mögliche Qualitätsindikatoren

Bereich	Fokus	Indikatoren	Anmerkung	Datenquelle
<i>Regionale Bedeutung des Versorgungsmodells</i>	Attraktivität für Patientinnen/Patienten	Anteil eingeschriebener Patientinnen/Patienten einer Region	vor Projektstart Potentialabschätzung notwendig, wie viele Betroffene es geben könnte	Einschreibezahlen/ Potentialabschätzung
		Eingeschriebenen-Fluktuation (Programmtreue)		Einschreibestatistik (die auch Austritte vermerken sollte)
	Attraktivität für Akteurinnen/Akteure	Anteil teilnehmende/r Akteurinnen/Akteure einer Region		Einschreibestatistik der Akteurinnen/Akteure und Daten der Vertragspartner/innen der KV-Träger
		Fluktuation bzw. Programmtreue der Akteurinnen/Akteure		Einschreibestatistik der Akteurinnen/Akteure (die auch Austritte vermerken sollte)
		Zahl der eingeschriebenen Patientinnen/Patienten je zentralem Versorgungsteam		Einschreibestatistik der Patientinnen/Patienten
<i>Qualitätsmanagement im Versorgungsmodell</i>	Qualitätszirkelarbeit	Steuerung und Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit	Qualitätszirkel 1 x/Monat, zentrales Versorgungsteam + Co-Akteurinnen/-Akteure + Pilotprojekt-Verantwortliche	aus Bewertungsbogen und Teilnahmestatistik der Qualitätszirkel
		Anteil der Akteurinnen/Akteure mit regelmäßiger Teilnahme an Qualitätszirkeln		
	Information der Eingeschriebenen	Qualität und Verfügbarkeit von Informationen zum Ver-	Infomaterialien zum Modell, zu Multimorbiditäts-	Evaluierung der Infomaterialien (z.B. mittels Bewertungs-

Bereich	Fokus	Indikatoren	Anmerkung	Datenquelle
		sorgungsmodell und zu krankheitsspezifischen Themen für die eingeschriebenen Patientinnen/Patienten	Aspekten	bogen)
	Kommunikation im Versorgungsmodell	Anteil der Akteurinnen/Akteure, die an der Befragung teilgenommen haben	zentrales Versorgungsteam + Co-Akteurinnen/-Akteure	Befragung der teilnehmenden Patientinnen/Patienten
		Anteil der Akteurinnen/Akteure, die an allen regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell teilgenommen haben		
		Anteil der Akteurinnen/Akteure, die sich über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell gut informiert fühlen		
	Zufriedenheit der Eingeschriebenen	Anteil der zufriedenen Eingeschriebenen im Netz		Befragung der teilnehmenden Patientinnen/Patienten
		Anteil der Eingeschriebenen, die das Versorgungsmodell weiterempfehlen würden		Befragung der teilnehmenden Patientinnen/Patienten
	Zufriedenheit der Akteurinnen/Akteure	Anteil der Akteurinnen/Akteure, die mit den Ergebnissen des Versorgungsmodells im vergangenen Jahr zufrieden sind	abhängig von Dauer des Pilotprojekts	Befragung der teilnehmenden Akteurinnen/Akteure

Bereich	Fokus	Indikatoren	Anmerkung	Datenquelle
<i>Steuerung und Koordinierung der Versorgung</i>	Bedarfsorientierte Ausrichtung der Versorgung	Verfügbarkeit und Nutzung morbiditätsbezogener Informationen zu den eingeschriebenen Patientinnen/Patienten		aus Assessment
		Beurteilung der Erreichbarkeit des zentralen Versorgungsteams aus Sicht der eingeschriebenen Patientinnen/Patienten		Befragung der teilnehmenden Patientinnen/Patienten
	Patientinnen-/Patientensteuerung	Zahl der verschiedenen konsultierten Akteurinnen/Akteure je eingeschriebenen Patientinnen/Patienten		Versorgungsplan/Routinedaten
		Anteil der Konsultationen von Akteurinnen/Akteuren mit Überweisung für eingeschriebene Patientinnen/Patienten		Versorgungsplan/Routinedaten

6.7.4. Evaluierung

Unter Evaluierung versteht man die „systematische Untersuchung des Nutzens oder Wertes eines Gegenstandes“²⁷¹. Sie zielt auf die nachvollziehbare Bewertung des Untersuchungsgegenstandes (z.B. eines Interventionsprogramms, einer Maßnahme, eines Projektes) ab, damit dessen Güte und/oder Nutzen möglichst genau bestimmt werden kann. Mit systematisch ist gemeint, dass die Evaluierung auf einen bestimmten, vorab definierten Evaluierungszweck (bzw. auf ein Evaluierungsziel) ausgerichtet ist und von der Durchführung her so angelegt ist, diesen Zweck/dieses Ziel zu erreichen.

Evaluierungen sollen vier grundlegende Standards aufweisen:²⁷²

- **Nützlichkeit:** Die Evaluierung ist auf den vorab abgeklärten Evaluierungszweck und den Informationsbedarf der Nutzerinnen und Nutzer der Evaluierung (z.B. Auftraggeber/innen) ausgerichtet.
- **Durchführbarkeit:** Die Evaluierungsmethoden sollen so gewählt werden, dass die Belastungen des Evaluierungsgegenstandes (bzw. der zu Evaluierenden) in einem angemessenen Verhältnis zum erwarteten Nutzen der Evaluierung stehen.
- **Fairness:** Es soll sichergestellt werden, dass Personen(-gruppen), die evaluiert werden, respektvoll und fair behandelt werden.
- **Genauigkeit:** Eine Evaluierung soll gültige Informationen und Ergebnisse in Bezug auf den Evaluierungsgegenstand und die vorab definierten Fragestellungen liefern.

Für die Ausformulierung eines Evaluierungskonzepts muss ein konkret definierter, abgegrenzter Evaluierungsgegenstand vorhanden sein. Der konkrete Gegenstand bestimmt die Evaluierungsmethoden (z.B. Auswahl der Erhebungsinstrumente, Stichprobenansatz, Designtyp).²⁷³

6.7.5. Evaluierung in einem Pilotprojekt

Wie bereits erwähnt, muss für die Konkretisierung einer Evaluierungsplanung zumindest ein grob umrissener Evaluierungsgegenstand vorliegen. Daher wurde in der Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement und Evaluierung“ als mögliche allgemeine Grundlage ein Pilotprojekt gewählt, das das Ziel hat, auf Basis des Umsetzungsmodells für Österreich die Versorgung von multimorbiden Personen zu verbessern. Dabei müssen aber für eine Evaluierung relevante Fragestellungen, wie dafür vorgesehenes Budget, Setting des zu evaluierenden Projektes (städtisch vs. ländlich, ein vs. mehrere Versorgungsteam(s) usw.) ausgeklammert bleiben, da diese noch nicht bekannt sind. Es wurde aber versucht, ganz allgemeine Empfehlungen für die Evaluierung eines Pilotprojekts zu erarbeiten.

²⁷¹ DeGEval (2002). S. 15

²⁷² DeGEval (2002). S. 10

²⁷³ Bortz & Döring (2005). S. 112

Mögliche Datenquellen sind:

- Routinemäßige Abrechnungsdaten (z.B. FOKO) der SV-Träger
- Quantitative und qualitative Befragungen von am Pilotprojekt Beteiligten (z.B. Auftraggeber/innen, Leistungserbringer/innen, Patientinnen/ Patienten, Angehörige)
- Dokumentenanalyse (z.B. des Versorgungsplans, der Assessmentunterlagen)
- Tests (z.B. Tinetti-Test zur Messung von Sturzrisiken)

Zentrale Evaluierungsfragen sollten sein, wie der Informations- bzw. Kommunikationsfluss der Akteurinnen und Akteure untereinander sowie mit den Patientinnen und Patienten war, was gut funktionierte, was nicht bzw. warum nicht. D.h. sogenannte „weiche“ Faktoren wie die Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure untereinander und die Beteiligung der Patientinnen und Patienten sollten bei der Evaluierung des Piloten im Vordergrund stehen. Eine qualitative Methode, wie z.B. Fokusgruppen bzw. Gruppendiskussion – wobei anhand eines Gesprächsleitfadens unter moderierter Leitung diskutiert wird –, wäre dazu gut geeignet. Die Zusammensetzung der Gruppen kann heterogen oder homogen sein, d.h. z.B. nur Akteurinnen und Akteure, nur Patientinnen und Patienten oder gemischte Gruppen. Für eine quantitative Befragung ist vermutlich die Zielgruppe zu klein. Bei quantitativen Instrumenten sollte das Augenmerk auf der Heranziehung bereits bewährter Befragungsinstrumente liegen (z.B. WHOQOL-BREF – Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität), da diese auch Vergleiche, z.B. mit der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria, ermöglichen. „Harte“ Endpunkte, wie z.B. Anzahl der Spitalsaufenthalte, Medikamentenverschreibungen, Ergebnisse aus dem Assessment oder medizinische Tests sollten deskriptiv beschrieben werden. Aufgrund der Zielgruppe der Multimorbiden ist es aber wahrscheinlich wenig zielführend, sich auf Endpunkte wie Spitalsaufenthalte festzulegen, da es durchaus (aufgrund des Verlaufs der Erkrankungen) auch zu einem erforderlichen Mehr an Aufenthalten kommen kann, d.h. ein möglicher Evaluierungsendpunkt „Verringerung der stationären Aufenthalte“ wäre nicht aussagekräftig in Bezug auf die Evaluierung des Modells.

7. AUSBLICK UND MASSNAHMEN HINSICHTLICH PILOTIERUNG

Das konzipierte Umsetzungsmodell sollte in einem nächsten Schritt in der Praxis implementiert werden. Idealerweise sollte diese Implementierung in Form zweier Pilotprojekte in unterschiedlichen Settings erfolgen, um dadurch auch die universale Umsetzbarkeit zu prüfen. Wünschenswert wäre ein Pilot in einem städtischen Gebiet und einer im ländlichen Bereich. Bezüglich der unterschiedlichen Rahmenbedingungen wäre z.B. einerseits die Anbindung an die Ordination einer niedergelassenen Allgemeinmedizinerin/eines niedergelassenen Allgemeinmediziners und andererseits die Anbindung an eine Gruppenpraxis oder an ein PHC wünschenswert.

Hand in Hand mit der Klärung des geeigneten Settings für die Pilotierung geht die Klärung der entsprechenden Finanzierung einher.

Speziell die Vergütung der Koordinationsleistungen der Hausärztin/des Hausarztes im Modell stellen eine Herausforderung dar. Die Allgemeinmediziner/innen bzw. ggf. die Case Managerin/der Case Manager verbringen im Modell mehr Zeit mit koordinierenden Tätigkeiten. Eine zusätzliche Vergütung ist v.a. für Leistungen, die über den Praxisbetrieb

hinausgehen (z.B. Koordinierung mit anderen Spezialistinnen/Spezialisten und Sektoren, Teilnahme an laufenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, kontinuierliche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz), anzudenken. Das Setzen von Anreizen für Leistungserbringer/innen (u.a. auch um die Vernetzung zu fördern) sind essentielle Bausteine, von denen u.a. auch der Erfolg des Modells abhängt.

Folgende Honorierungsmechanismen, d.h. Möglichkeiten der Zahlungsmethode sind denkbar:

1. Im Austausch gegen folgende Leistungen:
 - a. Arbeiten für eine bestimmte Zeit (Gehalt)
 - b. Versorgung einer bestimmten Population (Kopfpauschale)
 - c. Erbringung einer bestimmten Leistung(-squalität) bzw. Erhöhung der Leistungsqualität (z.B. „Pay-for-Performance“ oder „Fee-for-Service“)
2. Lineare oder nicht lineare Zahlungen:
 - a. Linear: gleicher Betrag für jede zusätzliche Einheit
 - b. Nicht-linear: Betrag hängt von dem Erreichen eines oder mehrerer Zielwerte ab bzw. ändert sich mit jeder zusätzlichen Leistung
3. Zeitpunkt der Bezahlung:
 - a. Vor der Leistungserbringung: prospektive Bezahlung eines fixen Budgets
 - b. Nach der Leistungserbringung: retrospektive Bezahlung entweder ohne oder mit Deckelung der Zahlungen²⁷⁴

Vor einer Pilotierung sind weiters, nach initialer Klärung des Settings und der Finanzierung, Spezifizierungen der folgenden Punkte bzw. eine Erstellung geeigneter Formblätter zu den folgenden Punkten notwendig:

- Eintrittserklärung
- Umfang des (Re-)Assessments
- Versorgungsplan
- Schulung der Leistungserbringer/innen, laufende Fort- und Weiterbildung im Modell
- Empowerment, kontinuierliche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz
- Evaluierung

Das CCIV wird sich im Jahr 2017 jedenfalls dem Thema Assessment noch genauer widmen und versuchen, das geriatrische Basisassessment auf einen für das Modell geeigneten Umfang zu reduzieren und in weiterer Folge entsprechende Formblätter, anhand derer das Assessment durchgeführt werden kann, erarbeiten.

Auch Eintrittserklärung und Versorgungsplan sind Punkte, denen sich allgemeine weiterführende Vorarbeiten vor einer Pilotierung widmen könnten. Die Spezifikation der übrigen Punkte ist hingegen erst im Zusammenhang mit der konkreten Planung einer Pilotierung zweckmäßig und sinnvoll.

²⁷⁴ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2014). Zugriff am 23. August 2016

8. VERZEICHNISSE

8.1. Literaturverzeichnis

- (ÖPIA), Ö. P. (2015). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung. 1. Erhebung 2013/2014, Wien und Steiermark*. Abgerufen am 24. 07 2016 von http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/?page_id=17
- (WHO), W. (2013). *Gesundheit 2020 – Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*. Abgerufen am 20. November 2016 von <http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/health-2020-1-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>
- Arbeiterkammer Wien, & Bundesministerium für Gesundheit. (2015). *Migration und Gesundheit*. Von http://media.arbeiterkammer.at/wien/PDF/studien/Bericht_Migration_und_Gesundheit.pdf abgerufen
- Arndt, J., Bender, T., Beissel, A., Biging, F., Deimel, D., Korbanek, J., et al. (2014). *Case Management im Gesundheitswesen*. Berlin: Forum Case Management im Gesundheitswesen.
- Arzt&Wirtschaft. (2014). Case-Management in der HzV. *Arzt&Wirtschaft online*, S. <http://www.arzt-wirtschaft.de/case-management-der-hzv/>.
- AWMF online. (2014). Abgerufen am 22. Jänner 2015 von Leitlinien. Angemeldetes Leitlinienvorhaben.: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/053-047.html>
- Barry MJ, E.-L. S. (2012;366(9)). Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, S. 780-781.
- Becka S., S. M. (kein Datum). *Integrierte Versorgung – Aufbruch zu neuen Wegen – verkürzte Fassung*. Abgerufen am 25. Oktober 2016 von <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564277>
- Beske, F. (2016). *Perspektiven des Gesundheitswesens - Geregelt Gesundheitsversorgung im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft*. Springer.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA* 288 No14, S. 1775-1779.
- Böhmer, F., & Frühwald, T. (2009). Gesundheitliche Aspekte im Alter. In S. u. Bundesministerium für Arbeit, *Hochaltrigkeit in Österreich* (S. 307-323). Wien.
- Bonsack, S., & Reichart, C. (2013). *Neue Rollen der Pflege in der erweiterten Hausarztmedizin*. Zürich.
- Bortz, J., & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Bortz, J.; Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Boyd, C., Darer, J., Boult, C., Fried, L., Boult, L., & Wu, A. W. (2005). Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases. Implications for pay for performance. *JAMA*, 293 (6), S. 716-724.
- Brandenburg, K. V. (2014). *Mit "agnes zwei" auf Erfolgskurs*. Abgerufen am 16. April 2015 von http://www.kvbb.de/presse/pressemitteilungen/newsdetail/article/mit-agnes-zwei-auf-erfolgskurs/1/?print=1&no_cache=1
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (Hrsg.). (2009). *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme*. Wien. Abgerufen am 25. Juli 2016 von https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2012a). *Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM)*. Von http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1333/CMS1350910195632/bqll_aufnahme_entlassungsmanagement_2012.pdf abgerufen
- Bundesministerium für Gesundheit. (2014b). Abgerufen am 09. Jänner 2017 von Telemedizin: http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/E_Health_Elga/Telemedizin
- Bundesministerium für Gesundheit. (2015a). *Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement - BQLL AUFEM*. Von http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsversicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie_zum_Aufnahme_und_Entlassungsmanagement_BQLL_AUFEM abgerufen
- Bundesministerium für Gesundheit. (2015b). *Analyse regionaler Pilotprojekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement*. Von http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1333/CMS1350910195632/analyse_regionaler_pilotprojekte_zum_aufnahme_und_entlassungsmanagement_2015.pdf abgerufen
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (Hrsg.). (2016). *Rahmen-Gesundheitsziele - Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich (Langfassung)*. Abgerufen am 15. November 2016 von http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2016/12/Rahmengesundheitsziele_Langfassung_20161206.pdf
- Burger, S. (2013). Alter und Multimorbidität: Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung und die Arbeitswelt- Eine Einführung. In S. Burger, *Alter und Multimorbidität* (S. 1-28). Heidelberg: medhochzwei Verlag .
- CHRODIS. (2016). *Multimorbidity Care Model - Bericht*. Abgerufen am 22. September 2016 von <http://chrodis.eu/our-work/06-multimorbidity/wp06-activities/multimorbiditycaremodel/>

- Cruz-Jentoft AJ, B. J., & People, E. W. (2010; 39(4)). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and ageing*, S. 412-423.
- Czypionka, T., & Ulinski, S. (2014). *Projektbericht. Primärversorgung*. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS).
- Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Röhring, G., & Karadacic, R. (2016). Multiple chronische Erkrankungen als Herausforderung der Zukunft – was kann integrierte Versorgung leisten? *Health System Watch, II*, S. 1-26.
- Czypionka, T., Riedel, M., & Röhring, G. (2006/4). Europa in Bewegung: Qualität im niedergelassenen Bereich. *Health System Watch III. Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit*, S. 1-16.
- Czypionka, T.; Riedel, M.; Röhring, G.l. (2006/4). Europa in Bewegung: Qualität im niedergelassenen Bereich. *Health System Watch HSW III. Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit*, S. 1-16.
- Der Patient als Partner*. (kein Datum). Abgerufen am 15. Dezember 2016 von <http://www.patient.als-partner.de>
- Deutsche Gesellschaft für Telemedizin*. (2011). Abgerufen am 05. Februar 2015 von Anwendungsbeispiele: <http://www.dgtelemed.de/de/telemedizin/anwendungsbeispiele.php?lang=de>
- Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden- Württemberg e.V. (2014). *FAQs PraCMan*. www: http://www.hausaerzteverband.de/cms/fileadmin/user_upload/2014_04_28_FAQs_PraCMan.pdf.
- Dittmar, R., Wohlgemuth, W. A., & Nagel, E. (2009). Potenziale und Barrieren der Telemedizin in der Regelversorgung. *G+G Wissenschaft, 9 (4)*, S. 16-26.
- Dreier, A., Rogalski, H., Homeyer, S., Oppermann, R. F., & Hoffmann, W. (2015). Neue Versorgungs- und Qualifizierungsansätze im demographischen Wandel: Die künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen. In J. Pundt, & K. Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 405-422). Bremen: Apollon University Press.
- Elwyn G, F. D.-W. (2012;27(10)). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, S. 1361-1367.
- Eurolyser Diagnostica GmbH*. (2013). Abgerufen am 24. März 2015 von Telemedizin: <http://www.eurolyser.com/de/telemedizin/>
- European Union. (2015). *Joint actions. EU support for key public health initiatives 2008-2013*.
- Evaluation, D. -G. (2002). *Standards für Evaluation*. Abgerufen am 18. 11 2016 von http://www.degeval.de/images/stories/Publikationen/DeGEval_-_Standards.pdf

- Ewers, M. (2005a). Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In M. Ewers, & D. Schaeffer, *Case Management Theorie und Praxis* (Bd. 2. ergänzte Ausgabe, S. 29-52). Bern: Verlag Hans Huber.
- Ewers, M. (2005b). Das anglo- amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In M. Ewers, & D. Schaeffer, *Case Management Theorie und Praxis* (Bd. 2. ergänzte Auflage, S. 53-90). Bern: Verlag Hans Huber.
- Ewers, M., & Schaeffer, D. (2005a). *Case Management in Theorie und Praxis* (Bd. 2. ergänzte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Ewers, M., & Schaeffer, D. (2005b). Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In M. Ewers, & D. Schaeffer, *Case Management Theorie und Praxis* (Bd. 2. aktualisierte Auflage, S. 7-27). Bern: Verlag Hans Huber.
- Frauen, B. f. (2014). *Schwerpunkte. E-Health/Elga.Telemedizin*. Von http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/E_Health_Elga/Telemedizin/ abgerufen
- Freund, T., Peters-Klimm, F., Rochon, J., Mahler, C., Gensichen, J., Erler, A., et al. (12 2011). Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, S. 1-9.
- Fried LP, T. C., & Group, C. H. (2001; 56). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences.*, S. M146-M156.
- Füsgen, I. (2000, 3. Auflage). *Der ältere Patient. Problemorientierte Diagnostik und Therapie*. Urban & Fischer Verlag.
- Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz*. (2015). Abgerufen am 29. April 2015 von <http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/1480>
- Gerlach, F. M., Beyer, M., Saal, K., Peitz, M., & Gensichen, J. (2006). Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker- Wider der Dominanz des Dringlichen Teil 2: Chronic Care Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, S. 346-348.
- Gerlach, F. M., Beyer, M., Szecsenyi, J., & Fischer, G. C. (April 1998). Leitlinien in Klinik und Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*, S. 1014-1021.
- Gerontologie, Ö. G. (kein Datum). *Basisassessment: An einem Strang ziehen*. Von <https://www.geriatrie-online.at/publikationen/basisassessment-an-einem-strang-ziehen/> abgerufen
- Gesellschaft für Evaluation (DeGEval). (2002). *Standards für Evaluation*. Abgerufen am 17. November 2016 von http://www.degeval.de/images/stories/Publikationen/DeGEval_-_Standards.pdf

- Gesundheit, B. f. (30. Juni 2014). „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Abgerufen am 23. August 2016 von http://www.sicher-versorgt.at/uploads/media/Primaerversorgung_BZK-Beschluss_01.pdf
- Gesundheit, B. f. (2014a). *e-Medikation*. Von <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/e-medikation-einleitung.html> abgerufen
- Gläser, J.; Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- GÖG/BIQG. (2014). *Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsystem im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages*. Wien.
- Goss, F., Middeke, M., Mengden, T., & Smetak, N. (kein Datum). *Praktische Telemedizin in Kardiologie und Hypertensiologie*.
- Greiling, M., & Dudek, M. (2009). *Schnittstellenmanagement in der Integrierten Versorgung- Eine Analyse der Informations und Dokumentationsabläufe* (Bd. 1. Ausgabe). Münster: W. Kohlhammer.
- Großschädl, F., Freidl, W., Stolz, E., & Ràsky, É. (2014). *Versorgungspfade - Fokus sektorenübergreifende Versorgungspfade*. Graz: Medizinische Universität Graz im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Guthrie B, P. K. (2012;345). Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *The British Medical Journal*, S. e6341.
- Haggerty JL, R. R. (2003;327). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, S. 1219-1221.
- Hartinger, B. (2011). Telemedizin " Move the information not the patient". *NÖ Patienten- und Pflegethemen*. Laut gedacht Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte, S. 1-8.
- Health, A. D. (kein Datum). *A Model for Quality Care*. Abgerufen am 05. Februar 2015 von <http://www.healthy.arkansas.gov/programsServices/chronicDisease/Initiatives/Pages/ChronicIllnessModel.aspx>
- Hildebrandt, H., Pimperl, A., Schulte, T., Hermann, C., Riede, I. H., Schubert, I., et al. (2015). Triple Aim — Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal — Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. In: Bundesgesundheitsblatt — Gesundheitsforschung — Gesundheitsschutz. S. 383-392.
- Holman H, L. K. (2000; 320). Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *British Medical Journal*, S. 526-527.
- Höpflinger, F. (1997). *Bevölkerungssoziologie. Eine Einführung in bevölkerungssoziologische Ansätze und demographische Prozesse*. München: Juventa Verlag.

- ICARE4EU. (kein Datum). Abgerufen am 08. November 2016 von <http://www.icare4eu.org/pdf/project-information.pdf>
- Inouye SK, S. S. (2007; 55(5)). Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, S. 780-791.
- Joint Action on Chronic Diseases (JA-CHRODIS) . (kein Datum). *Background Multimorbidity*. Abgerufen am 25. Juli 2016 von <http://www.chrodis.eu/our-work/06-multimorbidity/wp06-back ground/>
- Kalitzkus, V., Schluckebier, I., & Wilm, S. (2009). AGnES, EVA, VerAH und Co- Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen VErsorgung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, S. 403-405.
- Köck, C. (2004). Qualitätsmanagement: Definition und Abgrenzung. In K. Lauterbach, & M. Schrappe, *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence Based Medicine. Eine Systematische Einführung*. Stuttgart: Schattauer.
- Köck, C. (2004). Qualitätsmanagement: Definition und Abgrenzung. In S. Lauterbach, *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung*. Stuttgart: Schattauer.
- Köhl, K. (2012). *Integrierte Versorgung im deutschen Gesundheitswesen- von Managed Care zu einer neuen Wettbewerbsform in der GVK*. Saarbrücken: AV Akademikerverlag.
- Kompetenz-Centrum Geriatrie. (kein Datum). Von http://www.kcgeriatrie.de/leitlinien_1.htm abgerufen
- Konsiliardienst, G. (2011). *Neue Wege zur medizinischen Versorgung von BewohnerInnen in Pflegeheimen. Geriatischer Konsiliardienst (GEKO)*. <https://www.hospiz-stmk.at/Aktuelles/Neuigkeiten/Neue-Wege-zur-medizinischen-Versorgung-von-BewohnerInnen-in-Pflegeheimen-Geriatischer-Konsiliardienst-GEKO/Neue-Wege-zur-medizinischen-Versorgung-von-BewohnerInnen-in-Pflegeheimen-Geriatischer-Konsiliardi>.
- Korb, H. (2010). Telemonitoring bei chronischen Erkrankungen- Ein Muss in der Nationalen Versorgungsstrategie. In D. Schreier, & E. Ammenwerth, *Tagungsband der eHealth 2010- Health iNformatics meets eHealth* (S. 23-28). Wien: Österreichische Computer Gesellschaft.
- Kuhlmeiy, A., & Tesch-Römer, C. (2013). Autonomie trotz Multimorbidität im Alter. In A. Kuhlmeiy, & C. Tesch-Römer, *Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbständigkeit und Selbstbestimmung im Alter* (S. 1-9). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Beltz Verlag.

- Mann E, B. B.-W.-H. (2012_124(5-6)). Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. *Wiener Klinische Wochenschrift*, S. 160-169.
- MedMedia Verlag. (kein Datum). *Meine Medizin*. Von http://www.medmedia.at/-apps/meine_medizin/ abgerufen
- Moreau-Gruet, F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*. (*Obsan Bulletin 4/2013*). Neuchatel. Abgerufen am 25. Juli 2016 von http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2013-04_d.pdf
- Müller Staub, M., Monego, R., & Imhof, L. (2012). *Projekt Leila: ein konkreter Schritt Richtung best practice bei Multimorbidität*. Zürich.
- Multimorbidity, A. G. (2012; 60(10)). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, S. E1-E25.
- Nauck, F.; Jaspers, B. . (2014; 36 (13)). Advance Care Planning. Mehr Autonomie am Lebensende. *Der Allgemeinarzt*, S. 60-62.
- Netherlands institute for health services research (NIVEL). (2015). *Innovative health care approaches for patients with multi-morbidity in Europe. The availability of integrated care programmes including care pathways, and/or addressing poly-pharmacy and patient adherence, for patients with multiple chronic conditions...* Abgerufen am 25. Juli 2016 von <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-CHRODIS.pdf>
- Neumann, K., Gierling, P., & Dietzel, J. (2014). *Gute Praxis in der ambulanten Versorgung. Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele*. Berlin: IGES Institut.
- Nowossadeck, E. (2012). Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. In R. K. Institut, *GBE kompakt*. Berlin.
- Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. (2015). *ANNA - Angehörige nehmen Auszeit*. Von <https://www.oegkk.at/portal27/portal/oegkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.705009&action=2> abgerufen
- Oberösterreichischer Gesundheitsfonds. (kein Datum). *Nahtstellenmanagement in Oberösterreich*. Von <http://nsm.oegesundheitsfonds.at/> abgerufen
- Olde Rikkert MG, R. A. (2003; 61(3)). Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? *Netherlands The Journal of Medicine*, S. 83-87.
- Perlitz, U. (2010). Telemedizin verbessert Patientenversorgung. In *Deutsche Bank Research* (S. 1-10). Frankfurt am Main.

- Pils, K. (06 2010). Frailty: das Konzept, der therapeutische Ansatz. *Universum Innere Medizin. Sonderbeilage*, S. 9-10.
- Pinter, G. (06 2010). Multimorbidität - Instabilität, Immobilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau. *Universum Innere Medizin. Sonderbeilage.*, S. 7-8.
- President's Commission. (1982). *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health Care Decisions. The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship*. Abgerufen am 15. Dezember 2016 von https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559354/making_health_care_decisions.pdf
- PRISCUS. (2015). Abgerufen am 16. März 2015 von Teilprojekt 2: Entwicklung eines Behandlungsstandards für die Behandlung von älteren Menschen mit Multimorbidität.: <http://priscus.net/content.php?menuid=27&pos=3&sid=6b767430383535373835303031343236343930353839&kvt0855785001426490589=0c7a1758158b31745d0a4ae2fa5f601c>
- Roland M, P. C. (2013). Better management of patients with multimorbidity. *The British Medical Journal*, S. 346:f2510 .
- Roller-Wirnsberger. (2016). *Multimorbidität in einer alternden Bevölkerung*. Abgerufen am 20. 12 2016 von <http://www.cciv.at/portal27/ccivportal/content?contentid=10007.775704&portal:componentId=gtn7523cab9-d020-4cd5-9439-ace4cdfcea7&viewmode=content>
- Rosemann, T. (kein Datum). *Chronische Krankheiten und Multimorbidität – Innovative Ansätze: von der Theorie zur Umsetzung*. Abgerufen am 25. Juli 2016 von http://www.nationalegesundheit.ch/fileadmin/dateien/agenda/14._Arbeitstagung_dt/WS2_Rosemann_D.pdf
- Sachverständigenrat (SVR) (Hrsg.). (2009). *Kurzzusammenfassung Sondergutachten 2009 – Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Abgerufen am 25. Juli 2016 von http://www.dkgev.de/media/file/6288.Kurzzusammenfassung_Sondergutachten2009_Sachverstaendigenrat.pdf
- Sackett DL, R. W. (1996;312(7023)). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, S. 71-72.
- Saultz JW, L. J. (2015; 3). Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Annals of family medicine*, S. 159-166.
- Scheidt-Nave, C., Richter, S., Fuchs, J., & Kuhlmeier, A. (2010). Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel "Multimorbidität". *Bundesgesundheitsblatt*, 53, S. 441-450.
- Schmidt R. (2010). Evidenzbasierung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung: Einführung und allgemeine Grundlagen. In R. S. Frommelt, *Implementierung wissenschaftlicher Qualitätsniveaus*. Heidelberg: medhochzwei.

- Schubert, I., Siegel, A., Köster, I., & Ihle, P. (2016). Evaluation der populationsbezogenen 'Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal' (IVKG). Ergebnisse zur Versorgungsqualität auf Basis von Routinedaten. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 117, S. 27-37.
- Seither, C. (2011). *Lebensqualität von pflegenden Angehörigen älterer Menschen*. Hans Huber Verlag.
- Sieber, CC. (kein Datum). *ÖPIA - Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen*. Abgerufen am 22. November 2016 von http://www.oepia.at/sites/default/files/Sieber_Plenum_II_1.pdf
- Sørensen K, V. d.-E. (12:80 2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.
- Statistik Austria. (2006). *AT-HIS. Die Österreichische Gesundheitsbefragung. Handbuch*. Wien.
- Statistik Austria. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2008a). *Österreichs Bevölkerung wächst und altert, Prognose 2050: 9,5 Mio. Einwohner*. Abgerufen am 24. 07 2016 von http://www.statistik.at/web_de/presse/033887.html
- Statistik Austria. (2008b). *Sozio-demografische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Wien.
- Statistik Austria. (2013). *Demographisches Jahrbuch 2012*. Wien.
- Statistik Austria. (2014). *Demographie*. Wien.
- Steurer-Stey, C., & Rosemann, T. (2009). Willkommen im Medical Home! Das <<Patientenzentrierte medizinische Zuhause>>: Ein zukunftssträchtiges Konzept in der Grundversorgung. *Care Management*, S. 6-9.
- Steurer-Stey, C., & Rosemann, T. (2012). *Evidenz des Chronic Care Modells*.
- Strehle, O. (2007). *Das Chronic Care Modell*. Medsolution.
- Szecsényi, J., Broge, B., & Stock, J. (2009b). *Allgemeine Indikatoren. Messgrößen für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle*. Berlin: KomPart Verlagsgmbh.
- Szecsényi, J.; Broge, B.; Stock, J. (2009a). *QISA stellt sich vor. Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung*. Berlin: KomPart VerlagsgmbH.
- Tang C, L. N. (2016;23). Interactive systems for patient-centered care to enhance patient engagement. *Journal of the American Medical Informatics Association*, S. 2-4.

- Thiem, U., Hinrichs, T., Müller, C.A., Holt-Noreiks, S., Nagl, A., Bucchi, C., Trampisch, U., Moschny, A., Platen, P., Penner, E., Junius-Walker, U., Hummers-Pradier, E., Theile, G., Schmiedl, S., Thürmann, P.A., Scholz, S., Greiner, W., Klaaßen-Mielke, R. (2011). Voraussetzungen für ein neues Versorgungsmodell für ältere Menschen mit Multimorbidität - Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus 3-jähriger Forschung im PRISCUS-Verbund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44, S. 101-112.
- van den Bussche, H., & Scherer, M. (2011). Das Verbundvorhaben "Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung" (Multicare). *Zeitschrift für Gerontologie+ Geriatrie*, S. 73-100.
- Verein club.pflegenetz. (2015). *Das geriatrische Assessment*. Von http://www.pflegenetz.at/index.php?id=78&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=29 abgerufen
- Weilguni, V. (2014;8). Deprescribing – wenn's zu viele Medikamente auf einmal werden. In: *Ärzte Woche. Ärztewoche*.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2005). *Preparing a health care workforce for the 21st century - The challenge of chronic conditions*. Abgerufen am 20. November 2016 von http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report.pdf
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services*. Geneva. Abgerufen am 25. Juli 2016 von http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180984/1/WHO_HIS_SDS_2015_20_eng.pdf
- westgem.de. (kein Datum). *WestGem*. Abgerufen am 09. 06 2015 von <http://www.westgem.de/projekt.html>
- Wetterling, T. (kein Datum). *Multimorbidität. Begriffsbestimmung*. . Abgerufen am 16. 01 2015 von Wetterling, Tilman. Multimorbidität. Begriffsbestimmung. Zugriff am 16.1.2015 abrufbar unter: <http://www.multimorbidität.info/index.html>
- Winkler, P., Pochobradsky, E., & Wirl, C. (2012). *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Zürich, S. (kein Datum). *Leila - Leben mit Langzeiterkrankung: 2010-2012*. Abgerufen am 24. August 2015 von <https://www.stadt-zuerich.ch/gud/de/index/gesundheit/spitex/leila.html>

8.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen einer Integration im Gesundheitswesen	17
Abbildung 2: Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung	20
Abbildung 3: Prävalenz der Multimorbidität nach Land	21
Abbildung 4: Case-Management-Regelkreis	31
Abbildung 5: Chronic-Care-Modell	35
Abbildung 6: Leila-Beratungskreislauf	44
Abbildung 7: WestGem-Modell	49
Abbildung 8: Stufenweise Maßnahmenentwicklung	55
Abbildung 9: Definierte Maßnahmen	56
Abbildung 10: Österreichweite Verteilung der AG/R	59
Abbildung 11: Verteilung der Krankheitsanzahl	62
Abbildung 12: Prävalenz der häufigsten Erkrankungen	63
Abbildung 13: Altersverteilung	65
Abbildung 14: Multimorbidität nach Geschlecht	66
Abbildung 15: Multimorbidität nach Migrationshintergrund	67
Abbildung 16: Multimorbidität nach Einkommensgruppen	67
Abbildung 17: Multimorbidität nach Ausbildungsgrad	68
Abbildung 18: Häufigkeiten der Krankheiten	73
Abbildung 19: Multimorbidität nach Geschlecht und Alter	74
Abbildung 20: Gesamtkosten nach Geschlecht	75
Abbildung 21: Gesamtkosten nach Altersgruppen	76
Abbildung 22: Verordnungen nach Alter	76
Abbildung 23: Gut funktionierende Versorgungsbereiche laut Expertinnen/Experten	79
Abbildung 24 :Verbesserungswürdige Versorgungsbereiche laut Expertinnen/Experten	81
Abbildung 25: Optimierungsbedarfe laut Expertinnen/Experten	85
Abbildung 26: Allgemeine Verbesserungsvorschläge	88
Abbildung 27: Empowerment der Patientinnen/Patienten	92
Abbildung 28: Schulung der Leistungserbringer/innen	95
Abbildung 29: Nahtstellenmanagement	97
Abbildung 30: Kommunikation der Leistungserbringerinnen/-erbringer	98
Abbildung 31: Modell zur gemeinsamen Entscheidungsfindung für die klinische Praxis	102
Abbildung 32: Zentrales Versorgungsteam	105
Abbildung 33: Struktur des Versorgungsmodells	107
Abbildung 34: Modellstruktur und Abläufe im Modell	110

8.3. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definition der Einkommensgruppen	61
Tabelle 2: Lebensqualität bei Multimorbidität	64
Tabelle 3: Gesundheitszufriedenheit bei Multimorbidität I	64
Tabelle 4: Gesundheitszufriedenheit bei Multimorbidität II	65
Tabelle 5: Definierte Krankheitsbilder	72
Tabelle 6: Definierte Krankheitsbilder (ICD-10, ATC-Codes)	72
Tabelle 7: Kostenübersicht (getrimmter Mittelwert pro Person)	75
Tabelle 8: Bereiche mit sehr hohem Optimierungsbedarf	86
Tabelle 9: Bereiche mit hohem Optimierungsbedarf	86
Tabelle 10: Co-Akteurinnen/-Akteure und Partnerinnen/Partner	107
Tabelle 11: Mindestanforderungen	115
Tabelle 12: Bereiche für mögliche Qualitätsindikatoren	119

8.4. Abkürzungsverzeichnis

AAFP	Academy of Family Physicians
AAP	American Academy of Pediatrics
AG/R	Akutgeriatrie und Remobilisation
APN	Advanced Practice Nurse
ATC-Code	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BIG	Datawarehouse "Business Intelligence im Gesundheitswesen"
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BQLL AUFEM	Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement
BSC	Balanced Scorecard
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
CCM	Chronic-Care-Modell
CM	Case Management
CMN	Community Medicine Nurse
CMSA	Case Management Society of America
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Frauenmedizin
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Evidence-Based-Medicine
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EU	Europäische Union
FOKO	Folgekosten

GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
ICCC	Innovative Care for Chronic Conditions
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
IV	Integrierte Versorgung
JA-CHRODIS	Joint Action on Chronic Diseases
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MoPra	Mobile Praxisassistentin
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
OBGAM	Oberösterreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PCMH	Patient-Centered-Medical-Home-Model
PG	Perspektivengespräch
PHC	Primary Health Care
PIM	Potentiell inadäquate Medikation
QISA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVR	deutscher Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkung
UMIT	Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHO	Weltgesundheitsorganisation

ANHANG 1: EXPERTINNEN- UND EXPERTENFRAGEBOGEN

Expertinnen-/Expertenbefragung zur Versorgung multimorbider Personen in Österreich

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) ist eine Einrichtung der österreichischen Sozialversicherung, die sich unter anderem mit der Entwicklung und Ausgestaltung von integrierten Versorgungsformen befasst. Derzeit wird ein Konzept zur Versorgungslage von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen in Österreich erstellt. Dieses Konzept soll neben den Ergebnissen aus Literaturrecherchen auch eine Analyse der Versorgungsdaten aus dem niedergelassenen Bereich sowie die Erkenntnisse einer Expertinnen-/Expertenbefragung enthalten. Aus den Daten sollen Rückschlüsse auf positive sowie negative Prozesse und Strukturen der derzeitigen Versorgungslage multimorbider Personen gezogen werden und Ansatzpunkte zu deren Optimierung gewonnen werden.

Der vorliegende Fragebogen richtet sich an Expertinnen und Experten, die im Rahmen ihrer Tätigkeiten in verschiedenen Rollen und auf verschiedenen Ebenen an der Versorgung von multimorbiden Personen beteiligt sind. Sollten Sie Fragen aufgrund Ihrer Profession oder Rolle in der Versorgung nicht beantworten können, bitten wir Sie die betreffenden Fragen zu überspringen.

Wir ersuchen Sie, folgende Fragen zu beantworten und auf einem der folgenden Wege an uns retournieren:

Per E-Mail: claudia.lohr@wgkk.at
Per Fax: 01/60122-1996
Postalisch: Wiener Gebietskrankenkasse
Abteilung Versorgungsmanagement
z.H. Mag.^a Claudia Lohr
Wienerbergstraße 15-19
1100 Wien

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Unterstützung!

Name:

Profession/Fachgebiet:

Organisation/Institution:

Bundesland:

PLZ:

Ich möchte ein Exemplar des publizierten Berichtes erhalten.

Zustelladresse:

Hintergrund

Mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft geht künftig ein Anstieg altersbedingter Krankheiten einher. Die Auswirkungen der demographischen Alterung stellen nicht nur einzelne Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sondern auch das Gesundheitswesen generell vor die Herausforderung, sich vermehrt mit altersassoziierten Erkrankungen – im Besonderen dem Thema der Multimorbidität – zu befassen. Unter Multimorbidität wird im Allgemeinen die gleichzeitige „Anwesenheit mehrerer, wiederkehrender, chronischer oder akuter Erkrankungen und Symptome bei einer Person zur gleichen Zeit“ verstanden.

Fragebogen

Frage 1: Welche Aspekte funktionieren aus Ihrer Sicht in der derzeitigen Versorgung von multimorbiden Personen gut? Warum?

Frage 2: In welchen Bereichen bzw. warum bestehen Probleme in der derzeitigen Versorgung von multimorbiden Personen? Wo sehen Sie den dringendsten Handlungsbedarf, um die Versorgung zu optimieren?



Frage 3: Kennen Sie bestehende nationale bzw. internationale Initiativen/Modelle/ Projekte zum Themenbereich „Versorgung von multimorbiden Personen“? Welche sind das? Welche davon können als best-practice-Modelle angesehen werden?


Frage 4: Welche Institutionen, Vereinigungen, Fachgruppen, Stakeholder, Expertinnen/ Experten usw. spielen aus Ihrer Sicht in der Versorgung multimorbider Personen eine besonders wichtige Rolle und sind jedenfalls in die Erstellung eines Versorgungsmodells einzubinden?

Frage 5:

Wie beurteilen Sie den Optimierungsbedarf der im Folgenden aufgelisteten Aspekte im Hinblick auf die derzeitige Versorgung von multimorbiden Personen?

	Sehr hoher Optimierungsbedarf	Hoher Optimierungsbedarf	Geringer Optimierungsbedarf	Kein Optimierungsbedarf	Kann nicht beurteilt werden
Kommunikation zwischen den Leistungserbringern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zusammenarbeit aller involvierten Berufsgruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kooperation zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vernetzung bzw. Koordination der Betreuungsangebote (medizinisch, pflegerisch, sozial)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zur Verfügung stehende Zeit für Betreuung der Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anzahl von Schulungsangeboten über die Erkrankungen für Betroffene bzw. Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informations- und Schulungsangebote über Multimorbidität für Leistungserbringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verfügbarkeit von Leitlinien und Behandlungsstandards	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verfügbarkeit von klaren Vorgaben zum Ablauf der Betreuung (z.B.: Patientinnen-/Patientenpfade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verfügbarkeit von langfristigen, kompetenten Ansprechpartnern für Patientinnen/Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prozesse an den Versorgungsnahtstellen (z.B.: beim Wechsel von Patientinnen und Patienten zwischen stationärem und ambulantem Spitalsbereich sowie niedergelassenem Bereich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wissensstand der Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/ Klienten über ihre Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abstimmung der Leistungserbringer bei Medikamentenverordnungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie uns darüber hinaus noch etwas mitteilen möchten, finden Sie im folgenden Feld Platz dafür. Wir sind Ihnen für Ihre Erfahrungen und jeden Hinweis dankbar!



Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

ANHANG 2: MAPPING KOMPONENTEN JA-CHRODIS MIT EMPFEHLUNGEN ZUR SOLL-VERSORGUNG 2015

Wie die folgende Übersicht, die die Empfehlungen aus dem Multimorbiditätsbericht von 2015 den Komponenten von JA-CHRODIS gegenüberstellt, zeigt, finden sich alle Empfehlungen des Ist-Stand-Berichtes aus 2015 in den Komponenten von JA-CHRODIS wieder. Daher lässt sich JA-CHRODIS sehr gut in ein Umsetzungsmodell für Österreich integrieren.

Empfehlungen aus dem Multimorbiditätsbericht 2015		Komponenten aus dem JA-CHRODIS-Bericht	
Allgemeine Versorgung	Etablierung von One-Stop-Shop-Lösungen	2	<ul style="list-style-type: none"> • Multidisziplinäres, koordiniertes Team
	Anpassung der Abläufe und Verfügbarkeiten der Ambulanzen an den Bedarf multimorbider Personen	1,3	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßiges umfassendes Patientinnen-/Patienten-Assessment • Koordinator/in und primäre Ansprechperson (für Patientinnen/Patienten + Angehörige) – Rolle der Case Managerin/des Case Managers als „single entry point“
	Etablierung von AG/R als „best point of care“ im stationären Bereich	2	<ul style="list-style-type: none"> • Multidisziplinäres, koordiniertes Team
	Reduktion der Polypharmazie	4	<ul style="list-style-type: none"> • Individualisierte, koordinierte und integrierte Versorgungspläne, mit gemeinsamen Zielen (Wünsche und Entscheidungen)
	Förderung des Stellenwertes des Salutogenese-Modells	4,10	<ul style="list-style-type: none"> • Individualisierte, koordinierte und integrierte Versorgungspläne, mit gemeinsamen Zielen (Wünsche und Entscheidungen) • Gemeinsame Entscheidungsfindung (Leistungserbringer/innen und Patientin/Patient)
	Förderung der Lebensqualität und einer selbständigen Lebensführung	9,4	<ul style="list-style-type: none"> • Individualisierte, koordinierte und integrierte Versorgungspläne, mit gemeinsamen Zielen (Wünsche und Entscheidungen) • Bereitstellung von Optionen und Hilfestellungen für Patientinnen/Patienten und Angehörige, um Selbstmanagement zu verbessern

	Stärkung der Etablierung des Ehrenamtes	15,1,6	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei Zugang zu sozialen und Gemeinschaftsressourcen • Miteinbeziehung sozialer Netzwerke (informell), inklusive Freundeskreis, Patientinnen-/Patientenvereine, Selbsthilfegruppen, Familie, Nachbarn
	Stärkere Einbindung von Pflegepersonal in die Versorgung im niedergelassenen Bereich	2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Multidisziplinäres, koordiniertes Team • Koordinator/in und primäre Ansprechperson (für Patientinnen/Patienten + Angehörige) – Rolle der Case Managerin/des Case Managers als „single entry point“
	Forcierung der Anwendung des geriatrischen Basisassessments, individueller Behandlungspläne und vorausschauender Versorgungsplanung („advance care planning“)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßiges umfassendes Patientinnen-/Patienten-Assessment
	Entwicklung von Behandlungs- und Versorgungspfaden sowie Monitoring der internationalen Arbeiten zu Leitlinien und Behandlungsstandards für multimorbide Personen und zukünftige Anpassung auf nationale Gegebenheiten	4,5	<ul style="list-style-type: none"> • Individualisierte, koordinierte und integrierte Versorgungspläne, mit gemeinsamen Zielen (Wünsche und Entscheidungen) • Implementierung einer evidenzbasierten Praxis
Empowerment	Stärkung der Gesundheitskompetenz und Bereitstellung von patientinnen-/patientengerechten, evidenzbasierten Informationen über Multimorbidität	9,5,10	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von Optionen und Hilfestellungen für Patientinnen/Patienten und Angehörige, um Selbstmanagement zu verbessern • Gemeinsame Entscheidungsfindung (Leistungserbringer/in und Patientin/Patient) • Implementierung einer evidenzbasierten Praxis

	Transparente Aufbereitung von zur Verfügung stehenden Unterstützungsangeboten	7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Konsultationssystems, um ggf. spezifisch Expertinnen/Experten hinzuzuziehen • Schulung der Leistungserbringer/innen dahingehend, Unterstützung zum Selbstmanagement maßgeschneidert, abhängig von Patientinnen-/Patientenpräferenzen und –kompetenzen, anzubieten.
	Strukturierte und dokumentierte Information der Patientinnen/Patienten über wichtige Aspekte der Medikation	9,10,4	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von Optionen und Hilfestellungen für Patientinnen/Patienten und Angehörige, um Selbstmanagement zu verbessern • Gemeinsame Entscheidungsfindung (Leistungserbringer/in und Patientin/Patient) • Individualisierte, koordinierte und integrierte Versorgungspläne, mit gemeinsamen Zielen (Wünsche und Entscheidungen)
	Schaffung und Vermittlung von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige	15,1,6	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei Zugang zu sozialen und Gemeinschaftsressourcen • Miteinbeziehung sozialer Netzwerke (informell), inklusive Freundeskreis, Patientinnen-/Patientenvereine, Selbsthilfegruppen, Familie, Nachbarn
	Etablierung von telemedizinischen Ansätzen	14	<ul style="list-style-type: none"> • Telemedizinische Tools für Patientinnen/Patienten (z.B. App), mit denen Informationsweitergabe an Leistungserbringer/innen erfolgen kann
Schulung	Erhebung und ggf. Ausbau des Angebotes von zielgruppenspezifischen Schulungen über Multimorbidität	7	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Konsultationssystems, um ggf. spezifisch Expertinnen/Experten hinzuzuziehen

	Schulung interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeit	6	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung der Mitglieder des multiprofessionellen Teams
Nahtstellenmanagement	Etablierung eines Versorgungskordinators	3	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinator/in und primäre Ansprechperson (für Patientinnen/Patienten + Angehörige) – Rolle der Case Managerin/des Case Managers als „single entry point“
	Förderung interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeit und Vernetzung	2	<ul style="list-style-type: none"> • Multidisziplinäres, koordiniertes Team
	Flächendeckende Verfügbarkeit eines Aufnahme- und Entlassungsmanagements	1, 2, 3	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßiges umfassendes Patientinnen-/Patienten-Assessment • Multidisziplinäres, koordiniertes Team • Koordinator/in und primäre Ansprechperson (für Patientinnen/Patienten + Angehörige) – Rolle der Case Managerin/des Case Managers als „single entry point“

