

Health Policy International

Strategien im Gesundheitswesen

**„Das beste Gesundheitssystem
der Welt?“**

Herbstmeeting der ÖGKH Pharmazie 2019

Ernest G. Pichlbauer
Weihburggasse 26
A – 1010 Wien
www.hpi-sag.com

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

**Was kauft die Krankenkasse,
wenn sie eine Tablette kauft?**

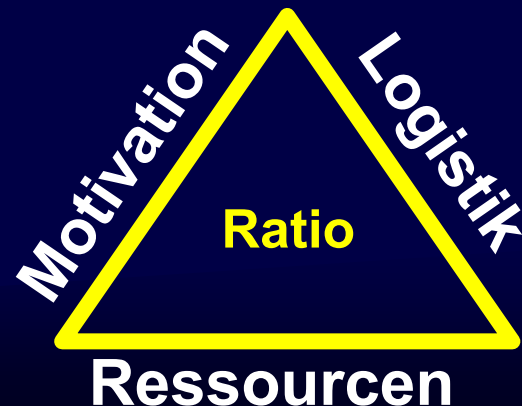
Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Theoretische Überlegungen

Was ist Ökonomie?

Ökonomie ist das „haushalten“ mit besessenen Mitteln (Ressourcen), die dazu eingesetzt werden (Logistik), ein vorher definiertes Ziel (Motivation) zu erreichen

Haushalten = sorgsamer und vernünftiger Umgang



Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Theoretische Überlegungen

Was ist Ökonomie?

Ökonomie ist das „haushalten“ mit besessenen Mitteln (Ressourcen), die dazu eingesetzt werden (Logistik), ein vorher definiertes Ziel (Motivation) zu erreichen

Ziel? **Wer darf es festlegen? Wie kommt er zu dem Ziel?**

Ressourcen? **Wer darf festlegen, was Ressourcen sind?**
Wer darf festlegen, wie Nicht-Monetäre Ressourcen (Know-How, Zeit, Einfluss, Macht, Lebensqualität ...) gegeneinander zu bewerten sind?

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Abgrenzungen: Ökonomie

Was ist Ökonomie?

Gesund

Indirekte Kosten

Produktivitätsausfall

Risikobewertung

Nebenwirkungen, Behandlungs- und Versorgungsfehler

pro Pa

QALY

Direkte Kos Quality Adjusted Life Years gained

Indirekte Kosten

der leistungserbringenden Einheit

Risikobewertung der Behandlung

Nutzen gemessen in QALY

Pro Spital / Bett / Ordination

Bestenfalls pro Fall (Durchschnittspatient)

≠ neue politische Ökonomie

Stimmen/Einfluss-Verlust/Gewinn
pro real durchgeführter Maßnahme

m

esen

brauch)

ll etc.

kte Kosten

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Theoretische Überlegungen

Input / Output / Outcome

Input = Kosten

Output = unbewertetes Ergebnis des Ressourcenverbrauchs

Outcome = bewertete Darstellung, wie nahe Output dem Ziel kommt,
das mit Input erreicht werden sollte – Höhe des Benefits

Ohne definierte Ziele ist Outcome-Messung unmöglich

Wenn Output das Ziel ist, dann ist Outcome = Output

**Outcome hängt von dem ab, der das Recht hat,
Ziele zu definieren**

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

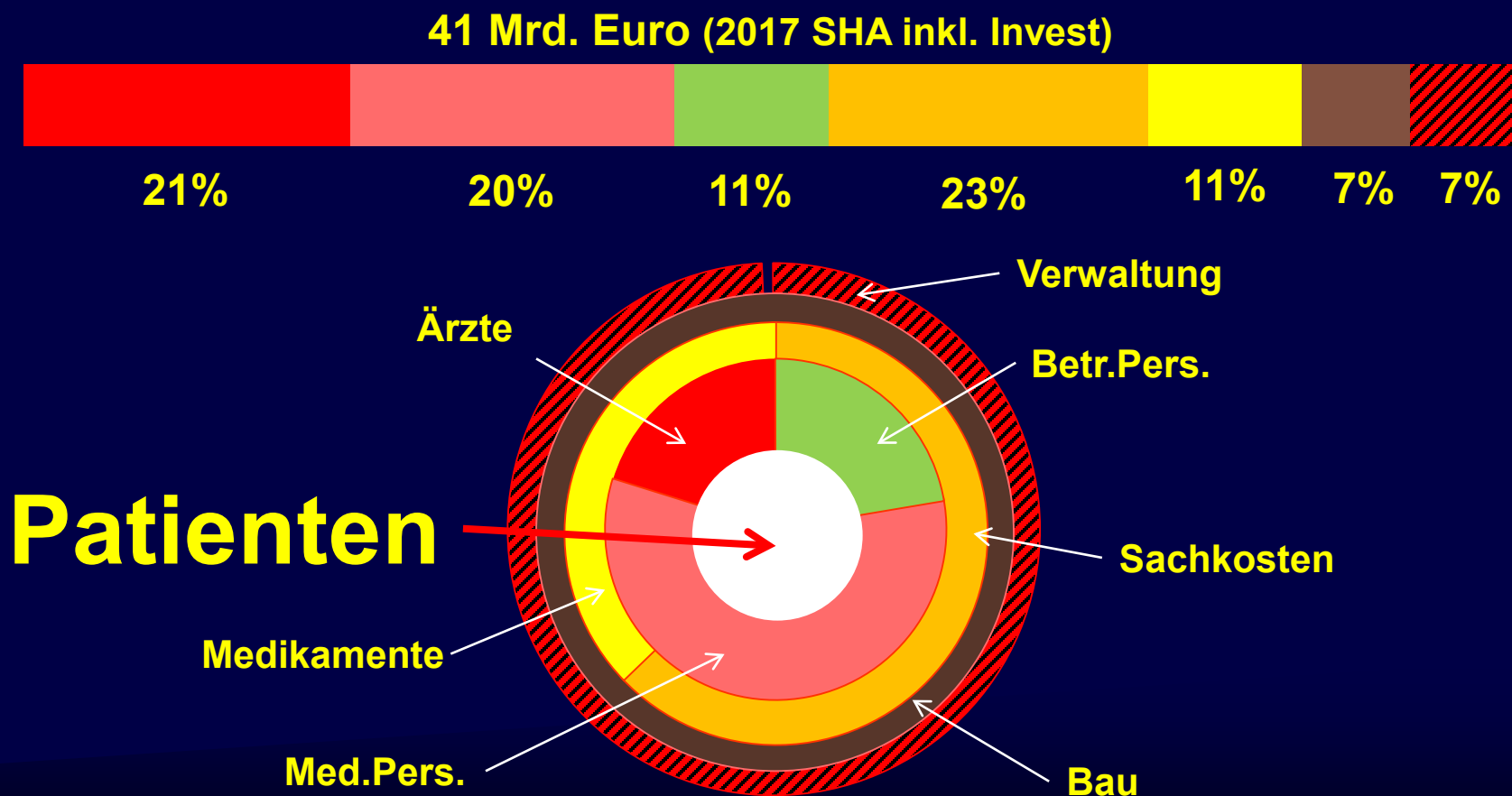
Entmystifizierung

Mythos: Geschäfte machen ist unmoralisch

Gewinnabsicht = oder \neq Zieleinkommen ?

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

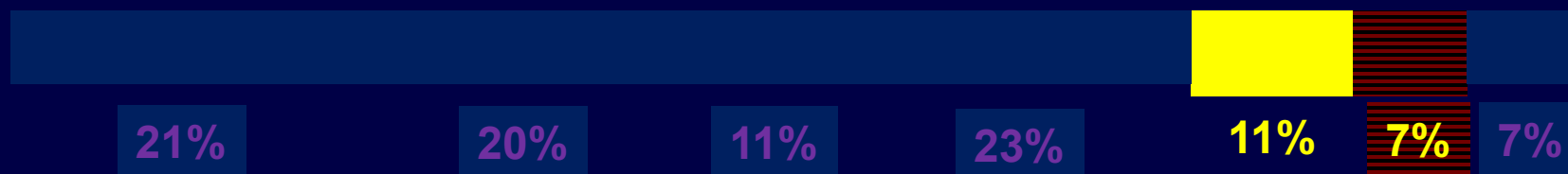
Die „gerechte Geldverteilung“ – wer wo wieviel verdient?



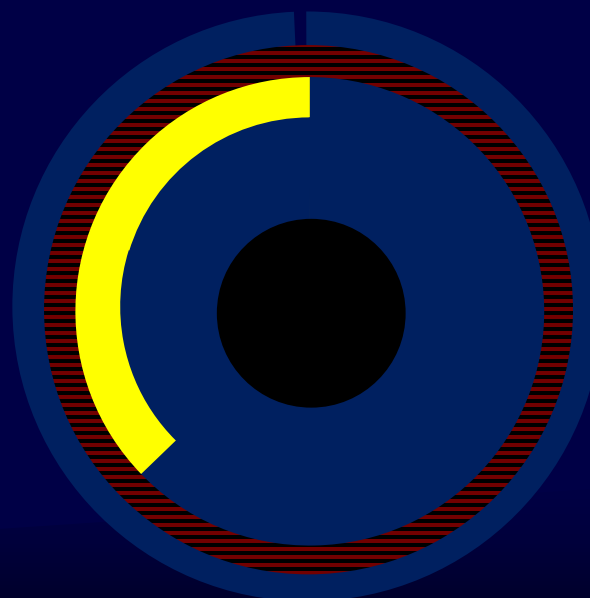
Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Die „gerechte Geldverteilung“ – wer ist profitgierig?

41 Mrd. Euro (2017 SHA inkl. Invest)



Medikamente



Bau

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Entmystifizierung

Mythos: öffentlich bezahlt ist gut, privat bezahlt schlecht

Unmoralisches und moralisches Einkommen ist schwer zu unterscheiden

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Das KH Nord



**Mindestens 500 Mio.€
ÜBER Marktpreis**

**Trotzdem ist überwältigende Mehrheit aller Spitalsmitarbeiter froh,
dass es zu keiner „Privatisierung“ der Spitäler kommt,
weil das nur „profitgierigen“ Kapitalisten hilft**

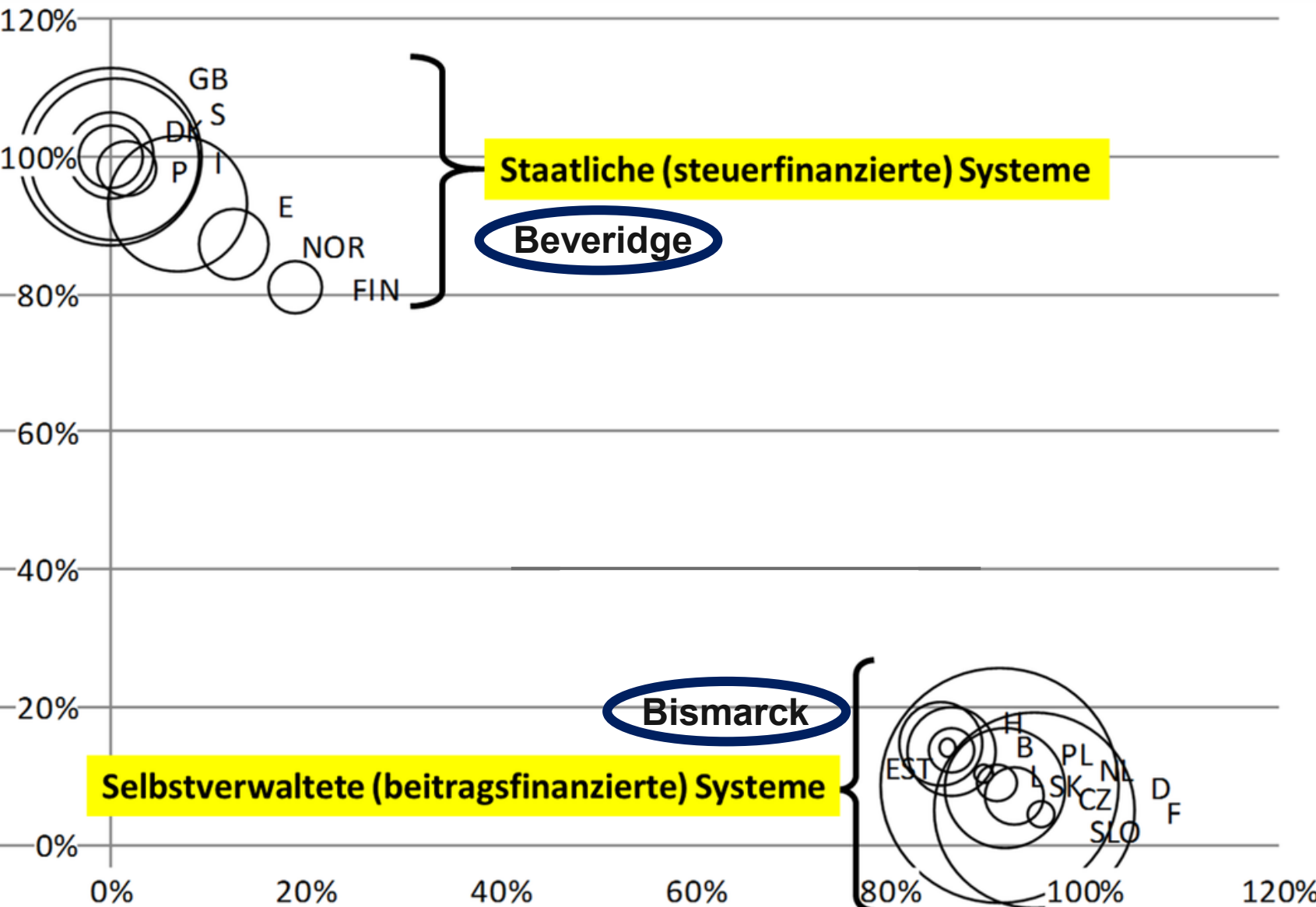


Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik



Das fragmentierte System

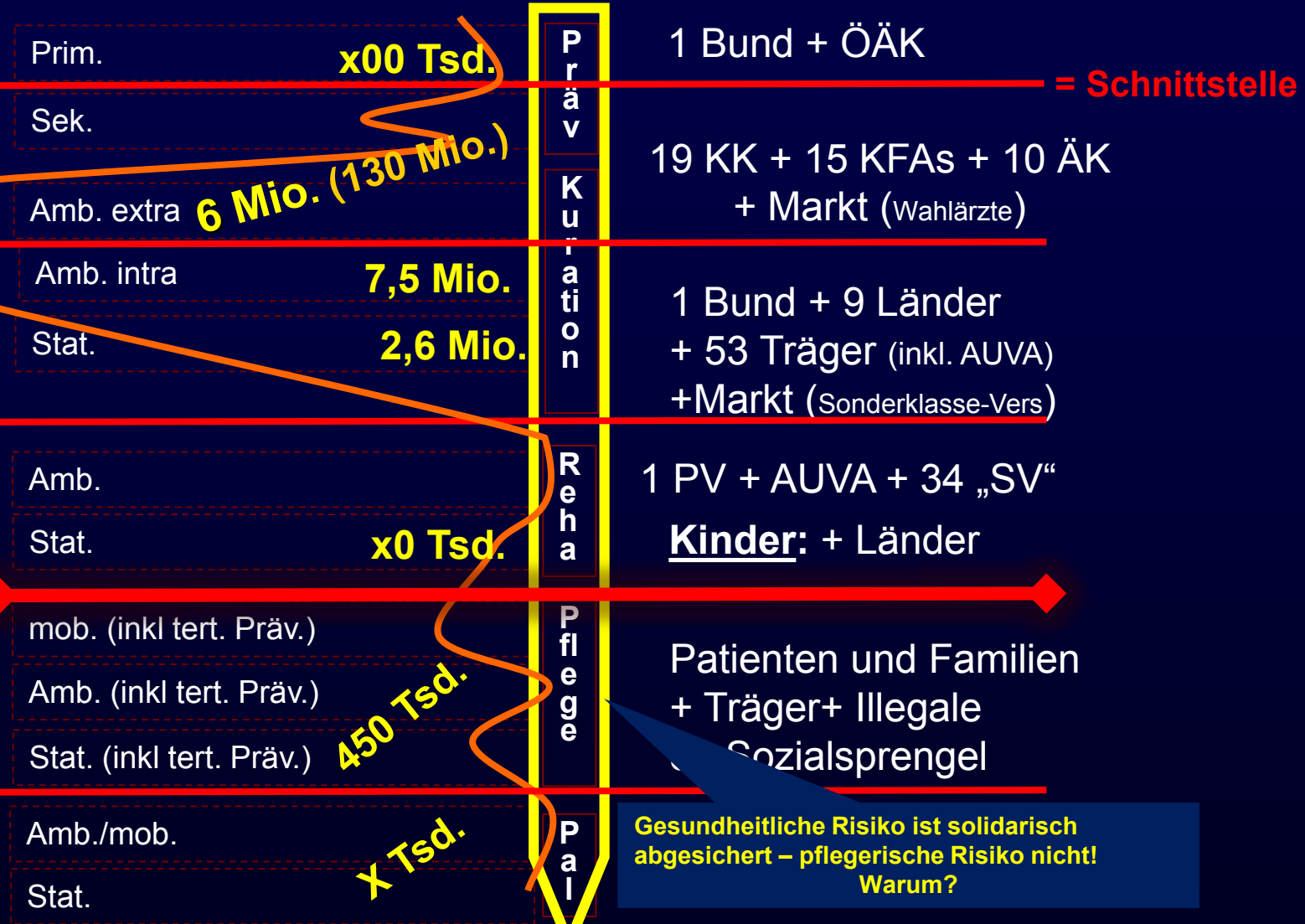
Steueranteil an dr öffentlichen Finanzierung



SV-Beitragsanteil an der öffentlichen Finanzierung

„Patienten“

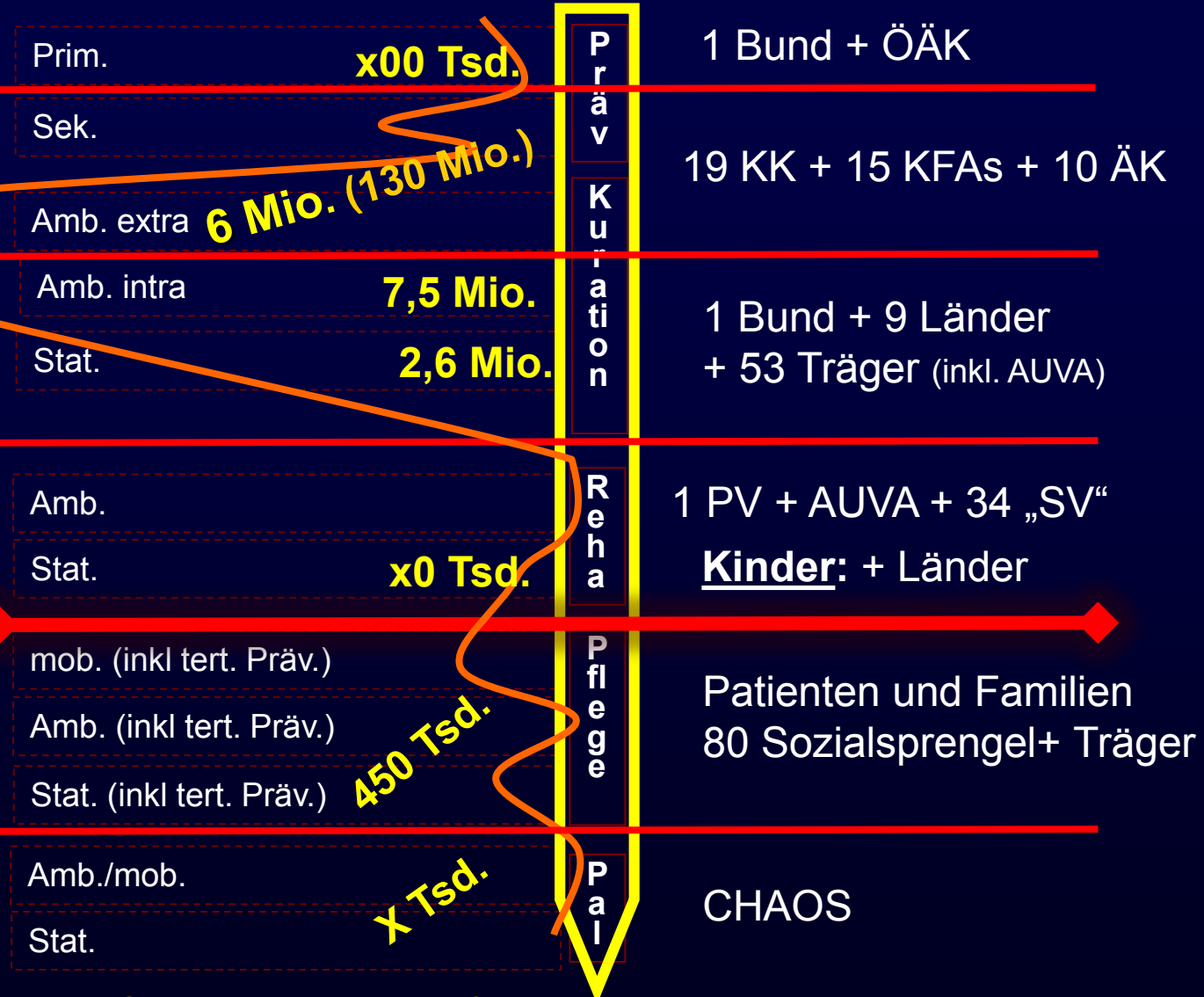
„Zuständigkeiten“ System?



In einem integrierten System sind die Maßnahmen (alle, nicht nur ärztliche) der Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliativbehandlung so aufeinander abgestimmt, dass Patienten zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten.

„Patienten“

NUR Öffentlich!



In einem integrierten System sind die Maßnahmen (alle, nicht nur ärztliche) der Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliativbehandlung so aufeinander abgestimmt, dass Patienten zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten.

„Patienten“

Finanzierung

| | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------------------|---|
| Prim. | x00 Tsd. | P r ä v | Bund via KK (sechstel Lösung) |
| Sek. | | | 14 KK + <15 KFAs Honorarkataloge |
| Amb. extra | 6 Mio. (130 Mio.) | K u r a t i o n | defacto pauschale Standort-Finanzierung |
| Amb. intra | 7,5 Mio. | | AUVA-Pauschal-Verrechnungsmodell |
| Stat. | 2,6 Mio. | | 9 LKF-Modelle + Defizitdeckung /Standort |
| Amb. | | R e h a | 3 intransparente Vertragssysteme |
| Stat. | x0 Tsd. | | eigene / fremde Einrichtungen |
| mob. (inkl tert. Präv.) | | P f l e g e | Patienten und Familien + Träger + Pflegegeld |
| Amb. (inkl tert. Präv.) | | | |
| Stat. (inkl tert. Präv.) | 450 Tsd. | | |
| Amb./mob. | Tsd. | P | CHAOS |

Ist es realistisch, dass alle so aufeinander abgestimmt sind, dass keine Fehlversorgung stattfindet, oder wenigstens keine Diskriminierung (Pflichtsysteme!)?

Und wenn ja, müssten doch alle sehr ähnliche Regulierungen haben - warum gibt es dann aber so viele Körperschaften mit unterschiedlichen Finanzierungsinstrumenten?

„Patienten“

Finanzierung

| | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------------------|---|
| Prim. | x00 Tsd. | P r ä v | Bund via KK (sechstel Lösung) |
| Sek. | | | 11 KK + <15 KFAs Honorarkataloge |
| Amb. extra | 6 Mio. (130 Mio.) | K u r a t i o n | defacto pauschale Standort-Finanzierung |
| Amb. intra | 7,5 Mio. | | AUVA-Pauschal-Verrechnungsmodell |
| Stat. | 2,6 Mio. | | 9 LKF-Modelle + Defizitdeckung /Standort |
| Amb. | | R e h a | 3 intransparente Vertragssysteme |
| Stat. | x0 Tsd. | | eigene / fremde Einrichtungen |
| mob. (inkl tert. Präv.) | | P f l e g e | Patienten und Familien + Träger + Pflegegeld |
| Amb. (inkl tert. Präv.) | | | |
| Stat. (inkl tert. Präv.) | 450 Tsd. | | |
| Amb./mob. | | P a l | CHAOS |
| Stat. | X Tsd. | | |

In einem integrierten System sind die Maßnahmen (alle, nicht nur ärztliche) der Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliativbehandlung so aufeinander abgestimmt, dass Patienten zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten.

Finanzierung



Prävention

Bund via KK (sechstel Lösung)

11 KK + <15 KFAs Honorarkataloge
statt 14!

Kurration

defacto pauschale Standort-Finanzierung
AUVA-Pauschal-Verrechnungsmodell
9 LKF-Modelle + Defizitdeckung /Standort

Reha

3 intransparente Vertragssysteme
eigene / fremde Einrichtungen

Pflege

Patienten und Familien
+ Träger + Pflegegeld

Pal

CHAOS

Ist es jetzt realistischer, dass alle so aufeinander abgestimmt sind, dass keine Fehlversorgung stattfindet, oder wenigstens keine Diskriminierung (Pflichtsysteme!)?

„Patienten“

NUR Öffentlich!

| | | | | |
|--------------------------|-------------------|----------|--------------------------|---------------------------|
| Prim. | x00 Tsd. | Primärv | 1 Bund + ÖÄK | Beveridge |
| Sek. | | Sekundär | 9+2 KK + 15 KFAs | Überwiegend Bismarck |
| Amb. extra | 6 Mio. (130 Mio.) | Ambulanz | | |
| Amb. intra | 7,5 Mio. | Station | 1 Bund + 9 Länder | Beveridge |
| Stat. | 2,6 Mio. | Station | + 53 Träger (inkl. AUVA) | |
| Amb. Stat. | x0 Tsd. | Reha | 1 PV + AUVA + 34 „SV“ | Bismarck |
| mob. (inkl tert. Präv.) | | Pflege | <u>Kinder:</u> + Länder | |
| Amb. (inkl tert. Präv.) | 450 Tsd. | Pflege | Patienten und Familien | Überwiegend Out of Pocket |
| Stat. (inkl tert. Präv.) | | Pflege | 80 Sozialsprengel | |
| Amb./mob. | Tsd. | Pa | CHAOS | Bismarck |

Es gibt kein österreichisches Gesundheitssystem, sondern neben(gegen)einander unabhängiger (politischer) Subsystem – ohne gemeinsame Strategie

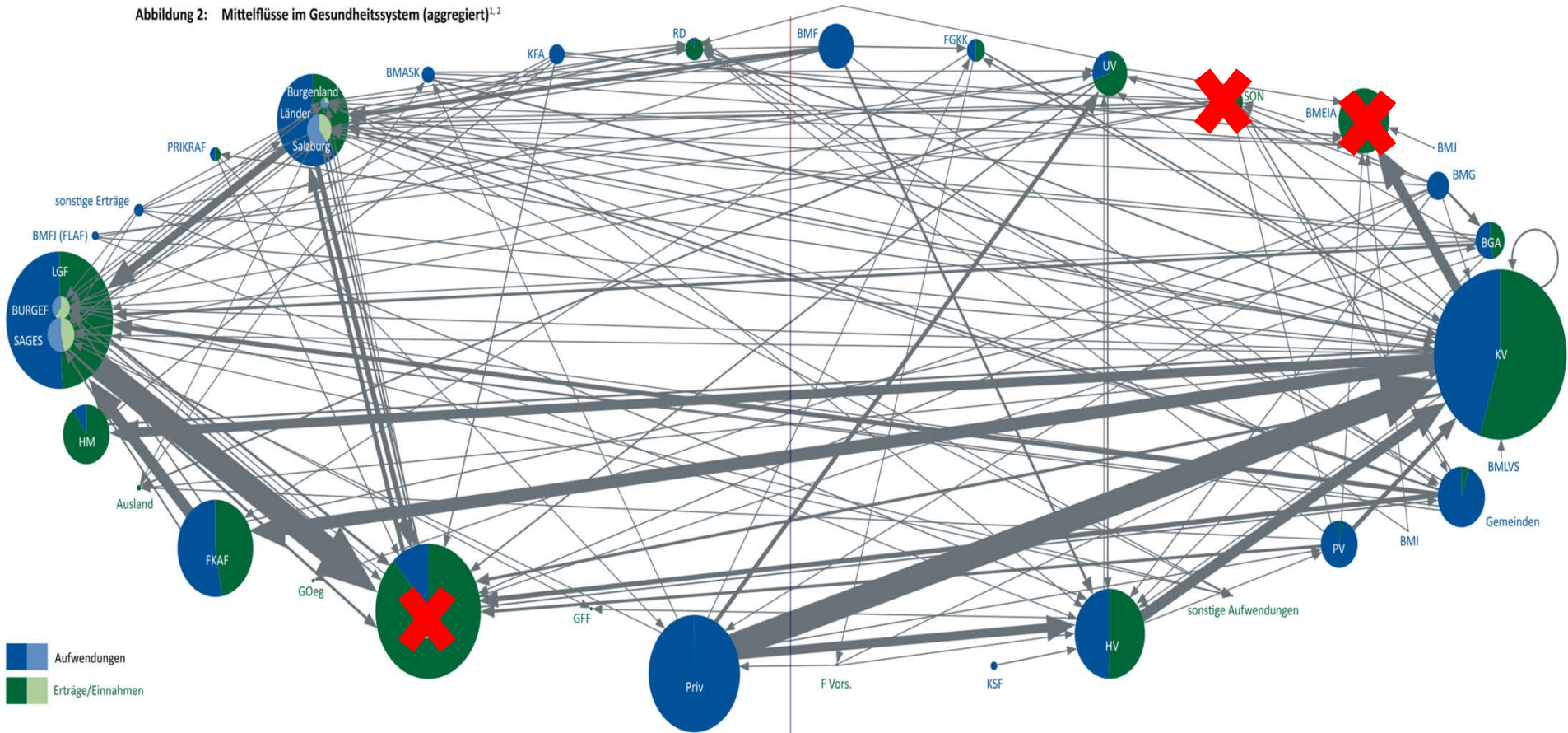
Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik



Die unstrukturierte Finanzierung

Suchbild: wo werden Patienten behandelt?

Abbildung 2: Mittelflüsse im Gesundheitssystem (aggregiert)^{1,2}



¹ In der Grafik wurden aus Vereinfachungsgründen keine „inneren Ströme“ des Bundes berücksichtigt, bspw. wurden Mittel des FLAF, die über das BMGF an den Hauptverband flossen, nur in der Verbindung BMG–HV dargestellt.

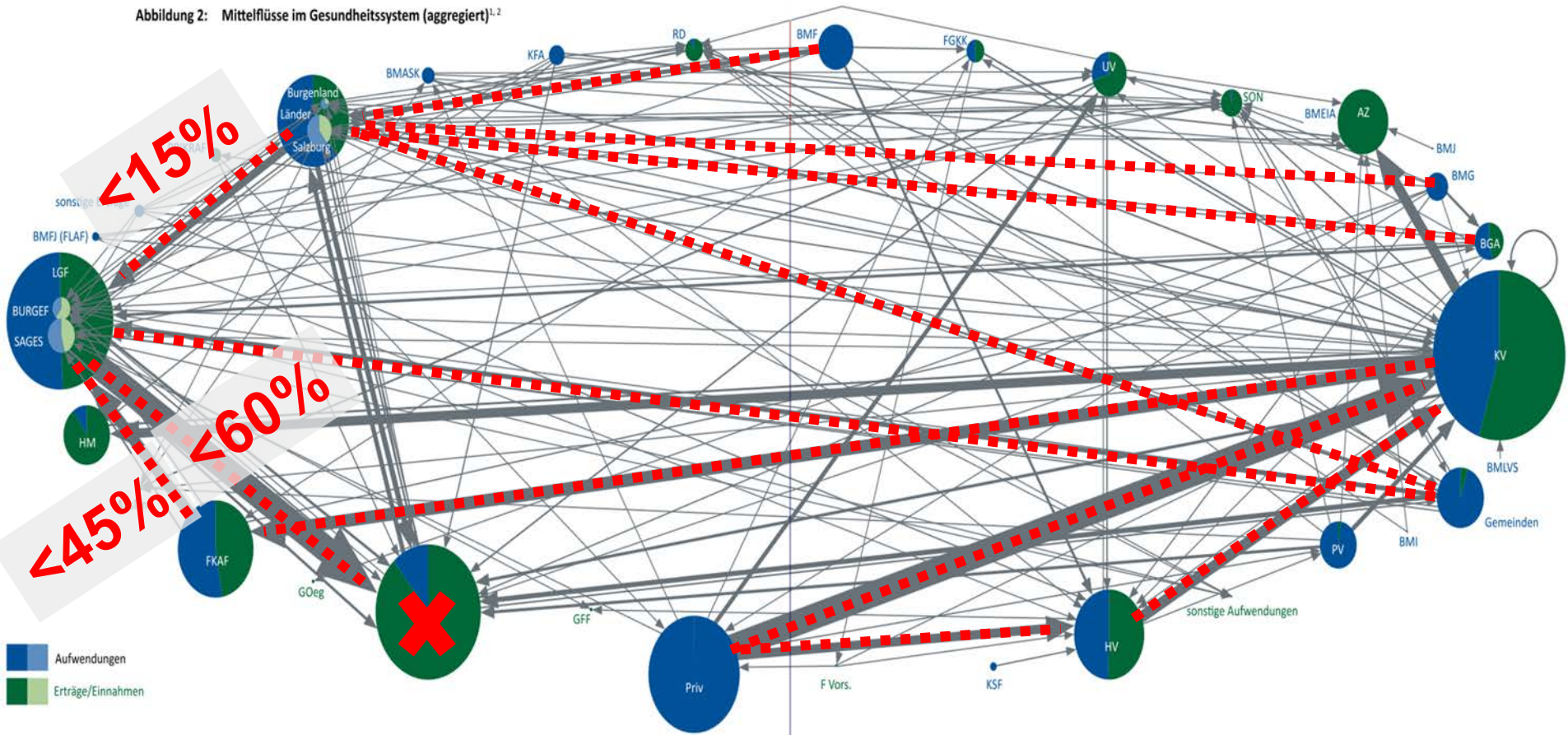
² Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen flossen, wodurch „Dreh scheiben“ der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) veranschaulicht die Höhe des Finanzierungsstroms und zeigt die wichtigsten finanziellen Beziehungen.

| | |
|------|--|
| KA | Kur- und Krankenanstalten |
| AZ | Ärztinnen und Ärzte (niedergelassene) |
| HM | Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel |
| RD | Rettungsdienste |
| SON | Sonstige Gesundheitsdienstleistungen |
| FKAF | Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung |

| | | | |
|---------|--|--------|-----------------------------------|
| FGKK | Ausgleichsfonds der GKK | LGf | Landesgesundheitsfonds |
| F Vors. | Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung | BURGEF | Burgenländischer Gesundheitsfonds |
| BGA | Bundesgesundheitsagentur | SAGES | Salzburger Gesundheitsfonds |
| GÖG | Gesundheit Österreich GmbH | GFF | Gesundheitsförderungsfonds |
| Priv | KV–Beiträge der Versicherten sowie Leistungen an Private und Vereine | KV | Krankenversicherungsträger |
| KFA | Krankenfürsorgeanstalten | | |

Woher kommen die Gelder für die stationären Patienten

Abbildung 2: Mittelflüsse im Gesundheitssystem (aggregiert)^{1,2}



¹ In der Grafik wurden aus Vereinfachungsgründen keine „inneren Ströme“ des Bundes berücksichtigt, bspw. wurden Mittel des FLAF, die über das BMGF an den Hauptverband fließen, nur in der Verbindung BMG–HV dargestellt.

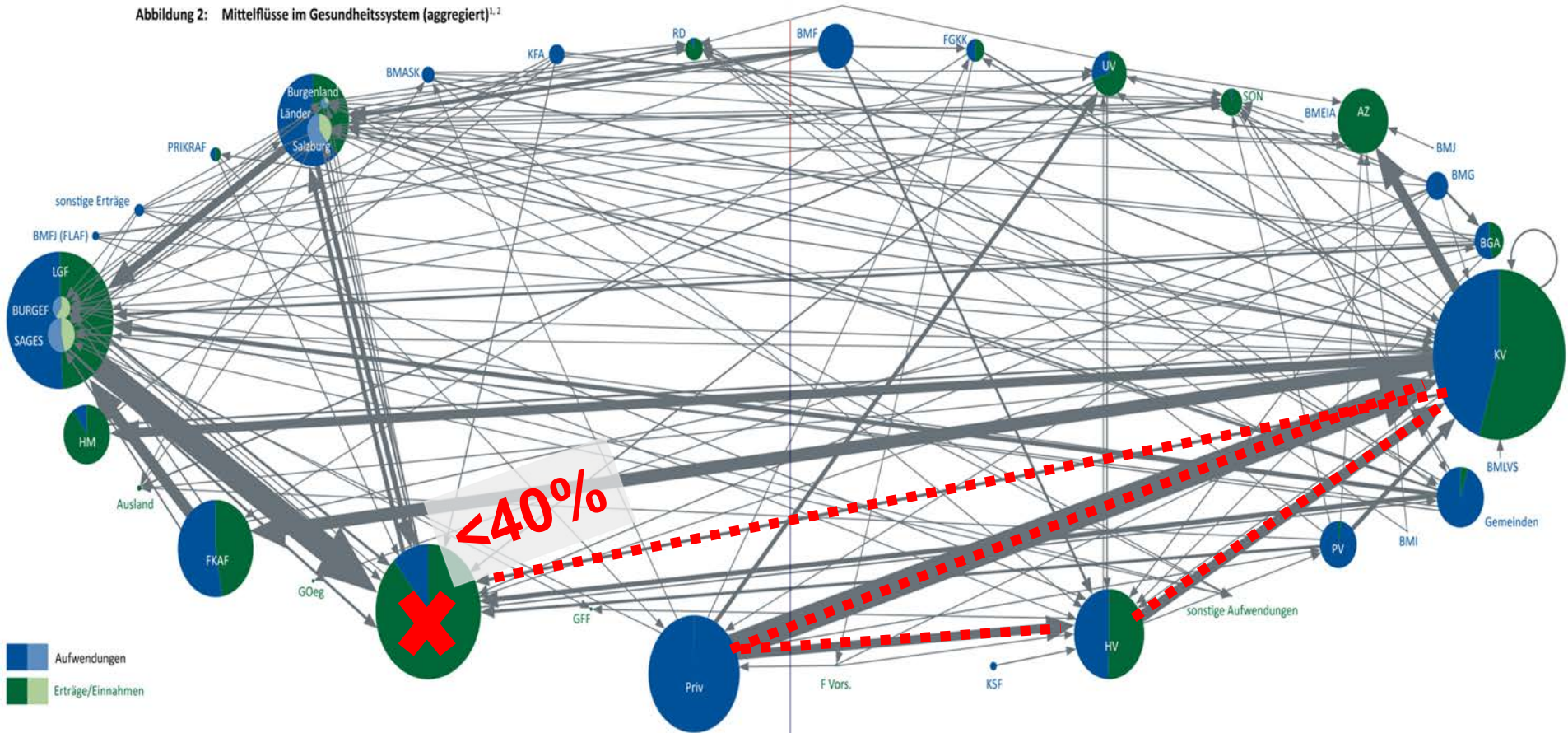
² Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen fließen, wodurch „Dreh scheiben“ der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) veranschaulicht die Höhe des Finanzierungsstroms und zeigt die wichtigsten finanziellen Beziehungen.

- KA Kur- und Krankenanstalten
- AZ Ärztinnen und Ärzte (niedergelassene)
- HM Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel
- RD Rettungsdienste
- SON Sonstige Gesundheitsdienstleistungen
- FKAf Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

- FGKK Ausgleichsfonds der GKK
- F Vors. Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung
- BGA Bundesgesundheitsagentur
- GÖG Gesundheit Österreich GmbH
- Priv KV-Beiträge der Versicherten sowie Leistungen an Private und Vereine
- KFA Krankenfürsorgeanstalten
- LGf Landesgesundheitsfonds
- BURGEF Burgenländischer Gesundheitsfonds
- SAGES Salzburger Gesundheitsfonds
- GFF Gesundheitsförderungsfonds
- KV Krankenversicherungsträger

Woher kommen die Gelder für die Spitalsambulanzen

Abbildung 2: Mittelflüsse im Gesundheitssystem (aggregiert)^{1,2}



¹ In der Grafik wurden aus Vereinfachungsgründen keine „inneren Ströme“ des Bundes berücksichtigt, bspw. wurden Mittel des FLAF, die über das BMGF an den Hauptverband flossen, nur in der Verbindung BMG–HV dargestellt.

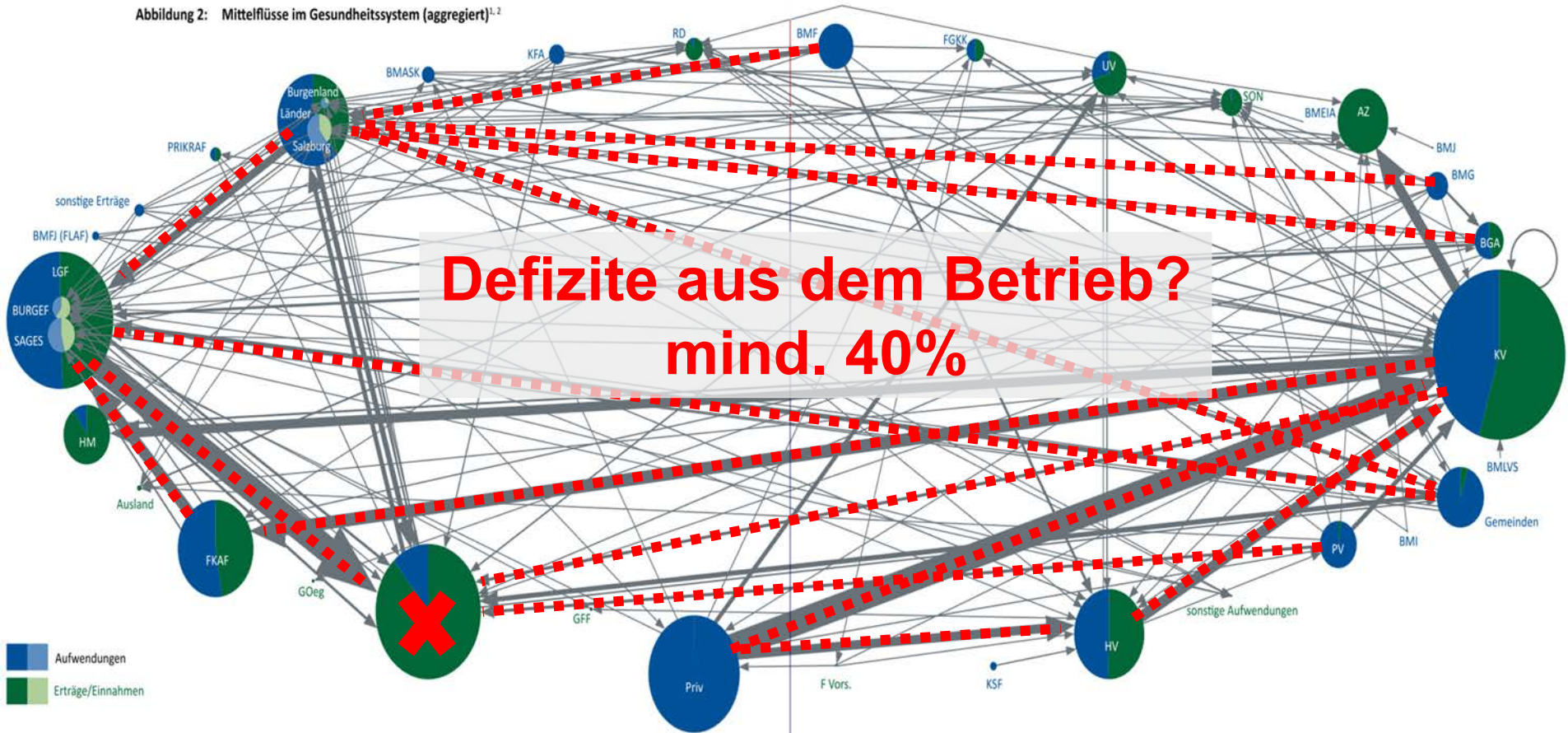
² Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen flossen, wodurch „Dreh scheiben“ der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) veranschaulicht die Höhe des Finanzierungsstroms und zeigt die wichtigsten finanziellen Beziehungen.

- KA Kur- und Krankenanstalten
- AZ Ärztinnen und Ärzte (niedergelassene)
- HM Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel
- RD Rettungsdienste
- SON Sonstige Gesundheitsdienstleistungen
- FKAF Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

- FGKK Ausgleichsfonds der GKK
- F Vors. Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung
- BGA Bundesgesundheitsagentur
- GÖG Gesundheit Österreich GmbH
- Priv KV–Beiträge der Versicherten sowie Leistungen an Private und Vereine
- KFA Krankenfürsorgeanstalten
- LGf Landesgesundheitsfonds
- BURGEF Burgenländischer Gesundheitsfonds
- SAGES Salzburger Gesundheitsfonds
- GFF Gesundheitsförderungsfonds
- KV Krankenversicherungsträger

Woher kommen die Gelder für die Defizite der Spitäler

Abbildung 2: Mittelflüsse im Gesundheitssystem (aggregiert)^{1,2}



¹ In der Grafik wurden aus Vereinfachungsgründen keine „inneren Ströme“ des Bundes berücksichtigt, bspw. wurden Mittel des FLAF, die über das BMGF an den Hauptverband flossen, nur in der Verbindung BMG–HV dargestellt.

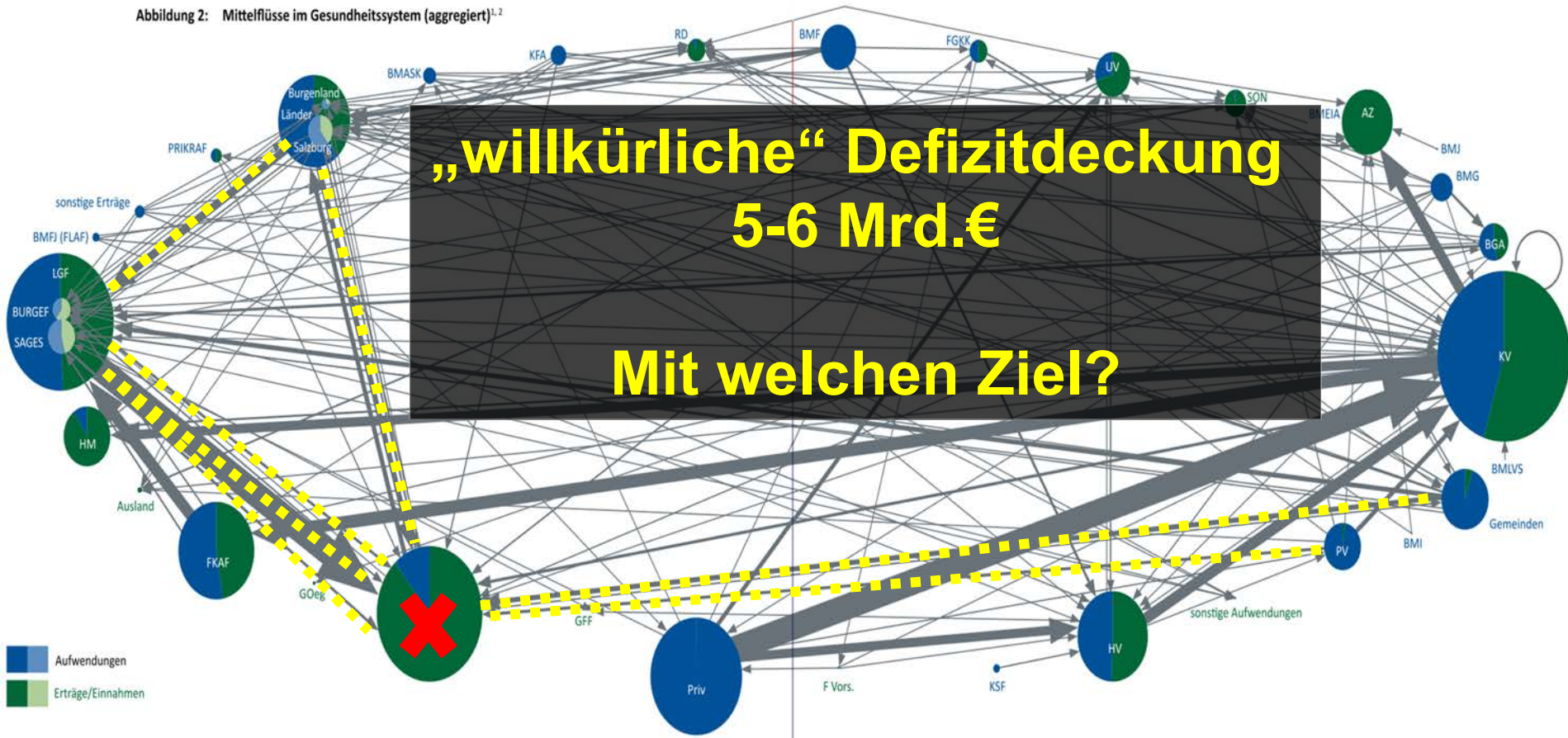
² Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen flossen, wodurch „Dreh scheiben“ der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) veranschaulicht die Höhe des Finanzierungsstroms und zeigt die wichtigsten finanziellen Beziehungen.

| | |
|------|--|
| KA | Kur- und Krankenanstalten |
| AZ | Ärztinnen und Ärzte (niedergelassene) |
| HM | Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel |
| RD | Rettungsdienste |
| SON | Sonstige Gesundheitsdienstleistungen |
| FKAF | Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung |

| | | | |
|--------|--|--------|-----------------------------------|
| FGKK | Ausgleichsfonds der GKK | LGf | Landesgesundheitsfonds |
| F Vors | Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung | BURGEF | Burgenländischer Gesundheitsfonds |
| BGA | Bundesgesundheitsagentur | SAGES | Salzburger Gesundheitsfonds |
| GÖG | Gesundheit Österreich GmbH | GFF | Gesundheitsförderungsfonds |
| Priv | KV-Beiträge der Versicherten sowie Leistungen an Private und Vereine | KV | Krankenversicherungsträger |
| KFA | Krankenfürsorgeanstalten | | |

Woher kommen die Gelder für die Defizite der Spitäler

Abbildung 2: Mittelflüsse im Gesundheitssystem (aggregiert)^{1,2}



¹ In der Grafik wurden aus Vereinfachungsgründen keine „inneren Ströme“ des Bundes berücksichtigt, bspw. wurden Mittel des FLAF, die über das BMGF an den Hauptverband flossen, nur in der Verbindung BMG–HV dargestellt.

² Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen flossen, wodurch „Drehscheiben“ der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) veranschaulicht die Höhe des Finanzierungsstroms und zeigt die wichtigsten finanziellen Beziehungen.

| | |
|------|--|
| KA | Kur- und Krankenanstalten |
| AZ | Ärztinnen und Ärzte (niedergelassene) |
| HM | Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel |
| RD | Rettungsdienste |
| SON | Sonstige Gesundheitsdienstleistungen |
| FKAF | Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung |

| | | | |
|--------|--|--------|-----------------------------------|
| FGKK | Ausgleichsfonds der GKK | LGf | Landesgesundheitsfonds |
| F Vors | Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung | BURGEF | Burgenländischer Gesundheitsfonds |
| BGA | Bundesgesundheitsagentur | SAGES | Salzburger Gesundheitsfonds |
| GÖG | Gesundheit Österreich GmbH | GFF | Gesundheitsförderungsfonds |
| Priv | KV-Beiträge der Versicherten sowie Leistungen an Private und Vereine | KV | Krankenversicherungsträger |
| KFA | Krankenfürsorgeanstalten | | |

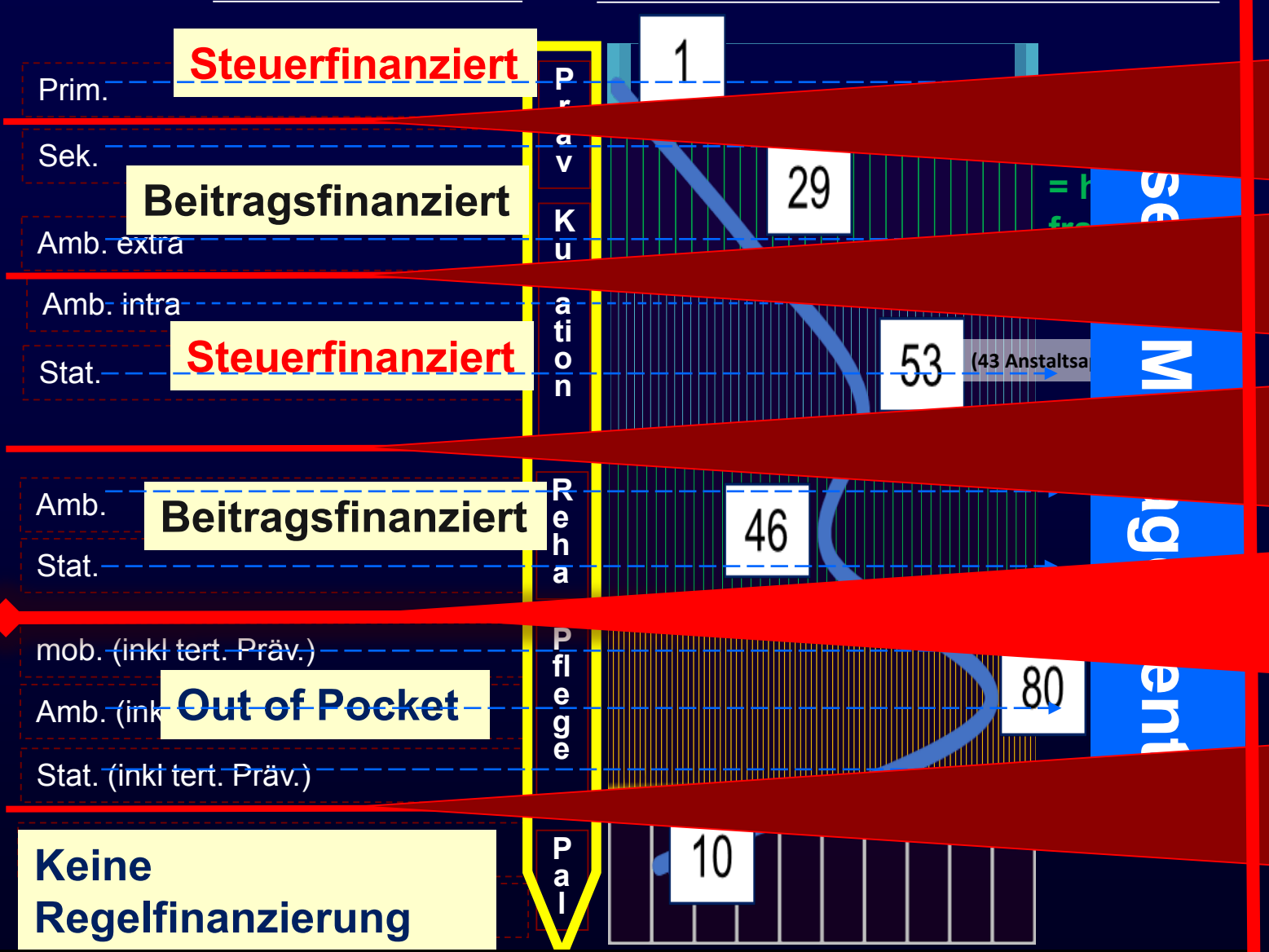
Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik



Die fehlende Patientenorientierung

„Patienten“

„Zuständigkeiten“ System?



**Gesundheitsökonomie konnte / kann hier nicht greifen –
 betriebswirtschaftliche und politische Ökonomie schon**

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Aussagen



**Die Praxis fehlender
Gesundheitsökonomie**

Eine Milchmädchenrechnung

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Hypothetische Krankheit **X** und seine Therapie **Y**

Medikamentenstudie; RCT, 5 Jahre

| | |
|------------------------|---------------------------------------|
| Kontrollgruppe: | Placebo |
| Interventionsgruppe 1: | Medikament Y OHNE Compliance-Programm |
| Interventionsgruppe 2: | Medikament Y MIT Compliance-Programm |

Compliance-Programm

Jeden dritten Tag telefonischer Kontakt mit DKGP (im Schnitt 3 Min)

Gesundheitsökonomische (versorgungswissenschaftliche) Endpunkte

Spitalstage

Facharzt-Besuche

Spitalsambulanz

Kassen-Facharzt

Hausarzt-Besuche

Indirekte Kosten (Produktivitätsausfall)

QALY

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Eine plakative Milchmädchenrechnung

Ergebnisse: Versorgungswissenschaftliche Endpunkte

| | placebo | mit | ohne Compliance-Programm |
|-----------------------|---------|------|--------------------------|
| Spitalstage | 50 | 25 | 40 |
| Spitalsambulanz | 25 | 10 | 20 |
| Kassen-Facharzt | 25 | 10 | 20 |
| Hausarzt | 20 | 30 | 20 |
| Produktivitätsausfall | 1 | 0 | 0,5 |
| QALY | 0 | 0,75 | 0,3 |

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Eine plakative Milchmädchenrechnung

| placebo | Compliance-Prog. | | Steuer/Beitragzahler |
|---------|------------------|------|----------------------|
| | mit | ohne | |

Es ist praktische alles gleich teuer!

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Eine plakative Milchmädchenrechnung

| | Compliance-Prog. | | | | | | Länder | |
|--------------------------------|------------------|----------|------|----------|------|----------|--------|----------------------------|
| | placebo | | mit | | ohne | | | |
| <i>Spitaltage</i> | 50 | € 25.000 | 25 | € 12.500 | 40 | € 20.000 | € 500 | Kosten pro Spitalstag |
| <i>Spitalsambulanz-Besuche</i> | 25 | € 2.250 | 10 | € 900 | 20 | € 1.800 | € 90 | Kosten pro Ambulanzbesuch |
| <i>Facharzt-Besuche</i> | 25 | € - | 10 | € - | 20 | € - | € - | - Kosten pro FA-Ordination |
| <i>Hausarzt-Besuche</i> | 20 | € - | 30 | € - | 20 | € - | € - | - Kosten pro AM-Ordination |
| <i>DGKP Tel.-Min.</i> | 0 | € - | 1800 | € - | 0 | € - | € - | - Kosten pro DGKP-Minute |
| <i>Medikamente Tagesdosen</i> | 0 | € - | 1800 | € - | 900 | € - | € - | - Kosten pro Tagesdosis |

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Eine plakative Milchmädchenrechnung

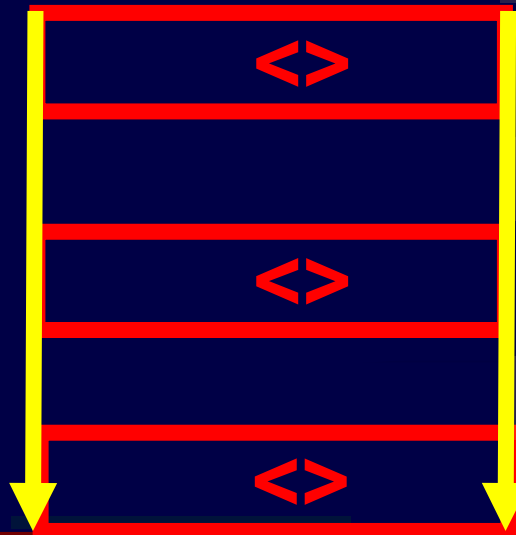
| | Compliance-Prog. | | | | | | Kassen | | | | | |
|-------------------------|------------------|---|-------|------|------|-------|--------|---|-------|---|-----|---------------------------|
| | placebo | | mit | | ohne | | | | | | | |
| Spitaltage | 50 | € | - | 25 | € | - | 40 | € | - | € | - | Kosten pro Spitalstag |
| Spitalsambulanz-Besuche | 25 | € | - | 10 | € | - | 20 | € | - | € | - | Kosten pro Ambulanzbesuch |
| Facharzt-Besuche | 25 | € | 1.750 | 10 | € | 700 | 20 | € | 1.400 | € | 70 | Kosten pro FA-Ordination |
| Hausarzt-Besuche | 20 | € | 700 | 30 | € | 1.050 | 20 | € | 700 | € | 35 | Kosten pro AM-Ordination |
| DGKP Tel.-Min. | 0 | € | - | 1800 | € | 1.800 | 0 | € | - | € | 1 | Kosten pro DGKP-Minute |
| Medikamente Tagesdosen | 0 | € | - | 1800 | € | 9.000 | 900 | € | 4.500 | € | 5,0 | Kosten pro Tagesdosis |

Länder und Kassen haben diametrale Interessen!

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Eine plakative Milchmädchenrechnung

| | placebo | | Compliance-Prog. | | | | Steuer/Beitragzahler | |
|--------------------------------|---------|----------|------------------|----------|------|----------|----------------------|---------------------------|
| | | | mit | | ohne | | | |
| <i>Spitaltage</i> | 50 | € 25.000 | 25 | € 12.500 | 40 | € 20.000 | € 500 | Kosten pro Spitalstag |
| <i>Spitalsambulanz-Besuche</i> | 25 | € 2.250 | 10 | € 900 | 20 | € 1.800 | € 90 | Kosten pro Ambulanzbesuch |
| <i>Facharzt-Besuche</i> | 25 | € 1.750 | 10 | € 700 | 20 | € 1.400 | € 70 | Kosten pro FA-Ordination |
| <i>Hausarzt-Besuche</i> | 20 | € 700 | 30 | € 1.050 | 20 | € 700 | € 35 | Kosten pro AM-Ordination |
| <i>DGKP Tel.-Min.</i> | 0 | € - | 1800 | € 1.800 | 0 | € - | € 1 | Kosten pro DGKP-Minute |
| <i>Medikamente Tagesdosen</i> | 0 | € - | 1800 | € 9.000 | 900 | € 4.500 | € 5.0 | Kosten pro Tagesdosis |

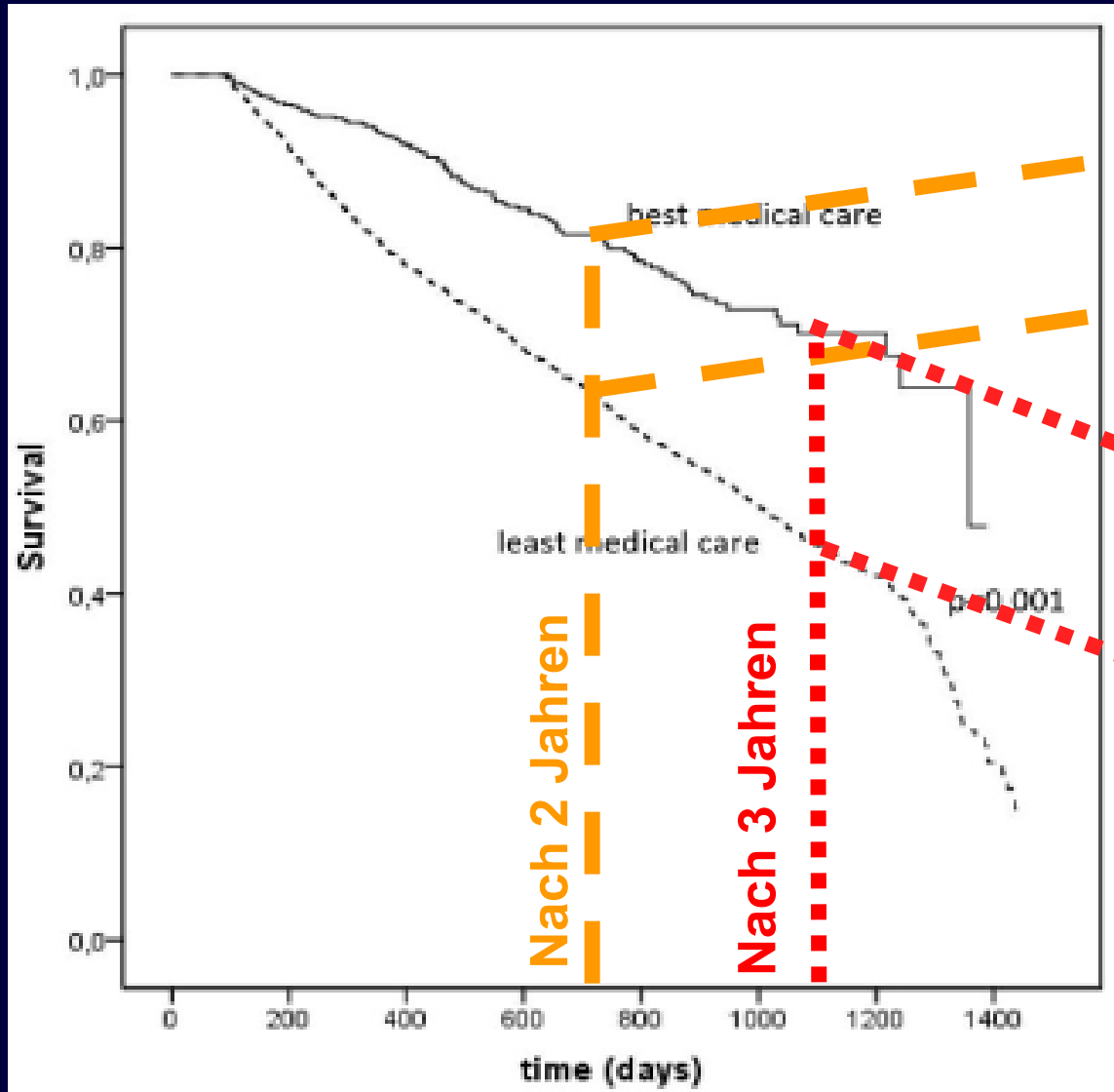


Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik



Oder doch keine
Milchmädchenrechnung ?

Von 100 Herzschwäche-Patienten sind tot



➔ MIT Adherence
~ 20

➔ OHNE Adherence
~ 35

➔ MIT Adherence
~ 30

➔ OHNE Adherence
~ 55

**Es gibt etwa
200.000 Patienten**

The influence of drug adherence and medical care on survival. Best medical care = adherence to a combination of ACEI/ARB + β -blocker + Ald.-Ant. (medication group 3) and mean medical service items per quarter of a year > 2.25; n=580 Least medical care = non-adherence to ACEI/ARB, BB, or AA (medication group 0) and mean medical service items per quarter of a year < 2.25; n=3922; Comparison between groups: $p < 0.001$;

Quelle: Hauptverband: Unterlage zum Hintergrundgespräch „Herzinsuffizienz“ am 18. März 2013 nach M.Wolzt: „Influence of quality of primary care on outcome for heart failure“

Von 100 Herzschwäche-Patienten sind tot

Best Medical Care: 580

Least Medical Care: 3.922

87% der bekannten Patienten sind schlecht versorgt, sie verlieren etwa 300.000 Lebensjahre pro Jahr

The influence of drug adherence and medical care on survival. ^Best medical care = adherence to a combination of ACEI/ARB + β -blocker + Ald.-Ant. (medication group 3) and mean medical service items per quarter of a year > 2.25; n=580 Least medical care = non-adherence to ACEI/ARB, BB, or AA (medication group 0) and mean medical service items per quarter of a year < 2.25; n=3922;

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Gesundheitsökonomie - unbekannt oder ignoriert

„Reformpool-Projekt“ am LKH Krems

- 200 HI-Patienten in 2 Gruppen bei Spitalsentlassung randomisiert („special care“ versus „usual care“); November 2006-Juli 2008

Special-care-Gruppe

- Ausführliche Patientenschulung
- 2-wöchentlich Telefonanruf durch HI-Schwester
- 4-wöchentlich Ko in der HI-Ambulanz inkl. Med.-optimierung
- 3 und 6 Mo nach Entl: Ko HI-Amb. mit EKG, Labor, Echo, ev C/P

Usual-care-Gruppe

- Entlassung mit Arztbrief mit den üblichen Empfehlungen zur Auftitrierung der HI-Therapie

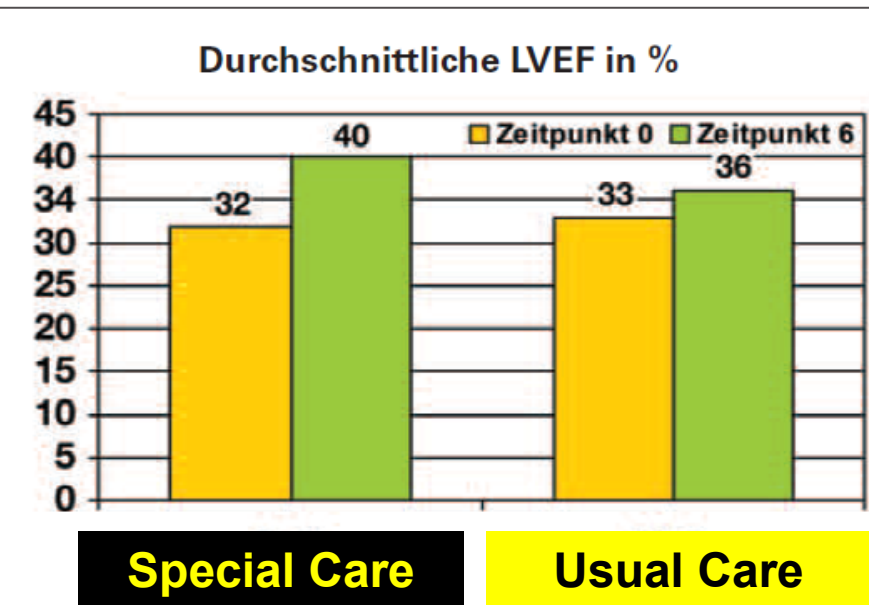
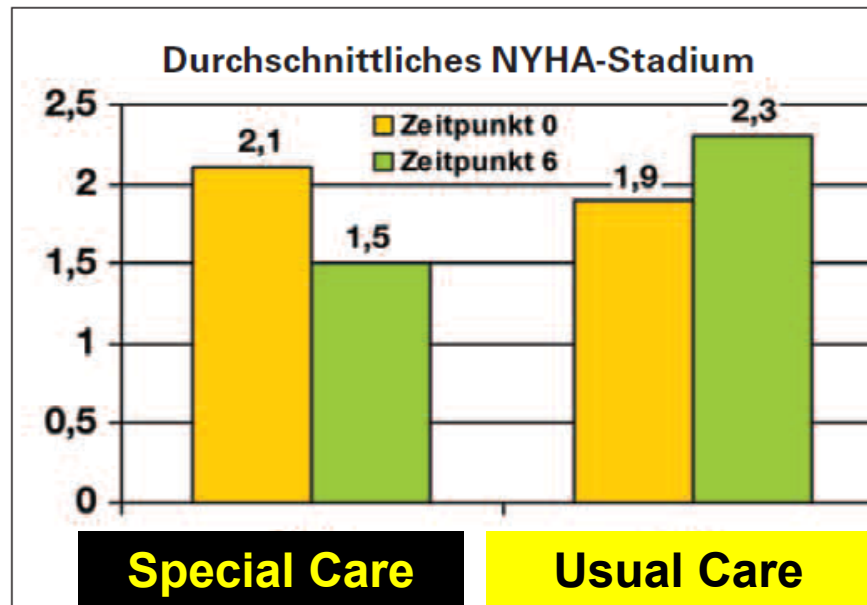
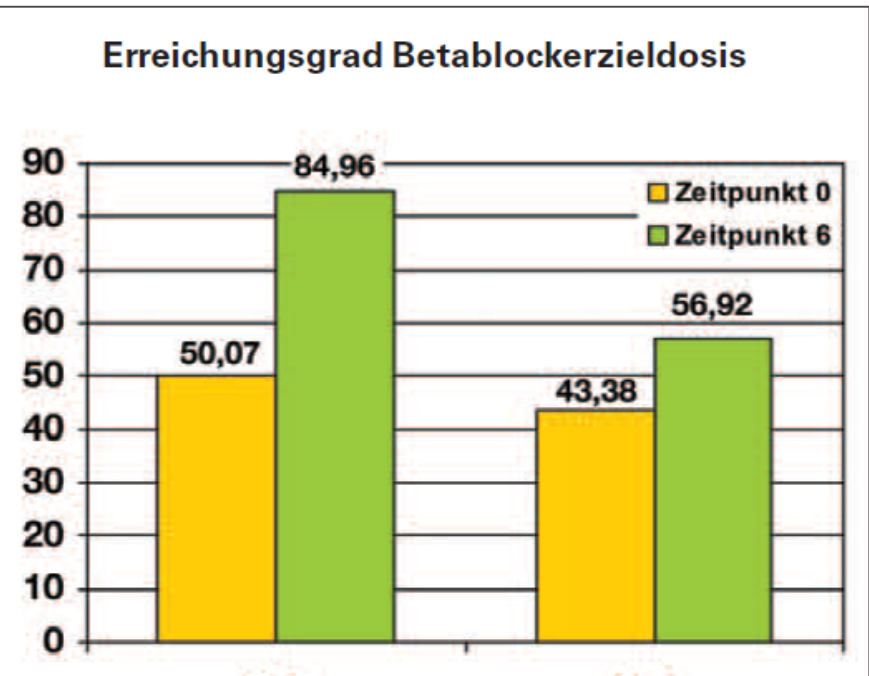
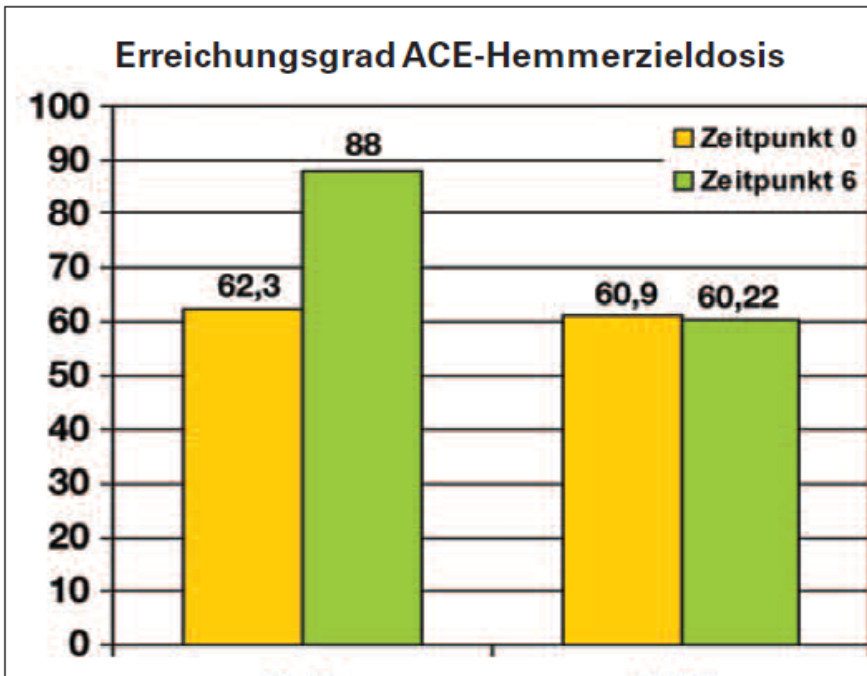


Abbildung 3: Entwicklung des durchschnittlichen NYHA-Stadiums sowie Verlauf der durchschnittlichen LVEF (in %) vor Beginn (Zeitpunkt 0) und nach Beendigung (Zeitpunkt 6) der Betreuungszeit in der Interventionsgruppe (s.c.) im Vergleich zur Kontrollgruppe (u.c.).

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Gesundheitsökonomie - unbekannt oder ignoriert

„Reformpool-Projekt“ am LKH Krems

Bei Qualitätsverbesserung Kostenersparnis 193.574€

- Reduzierte Wiederaufnahmerate in der „special-care“-Gruppe (0,5:1,45)
- Bei Wiederaufnahme um 2 Tage kürzere Aufenthaltsdauer
- Nicht miteingerechnet: Ersparnisse durch nach intensiver Betreuung nicht mehr notwendige Device-Implantation

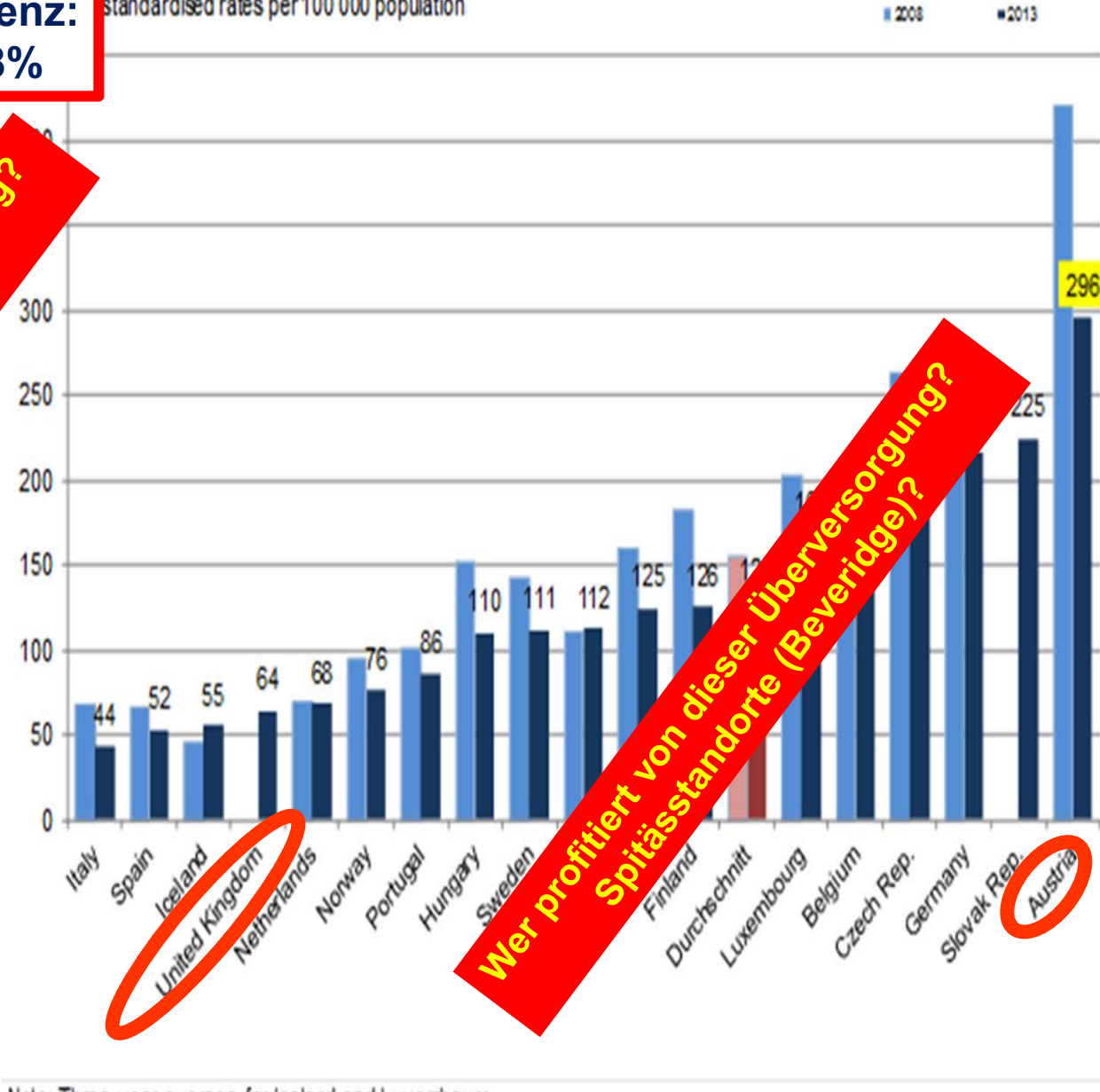
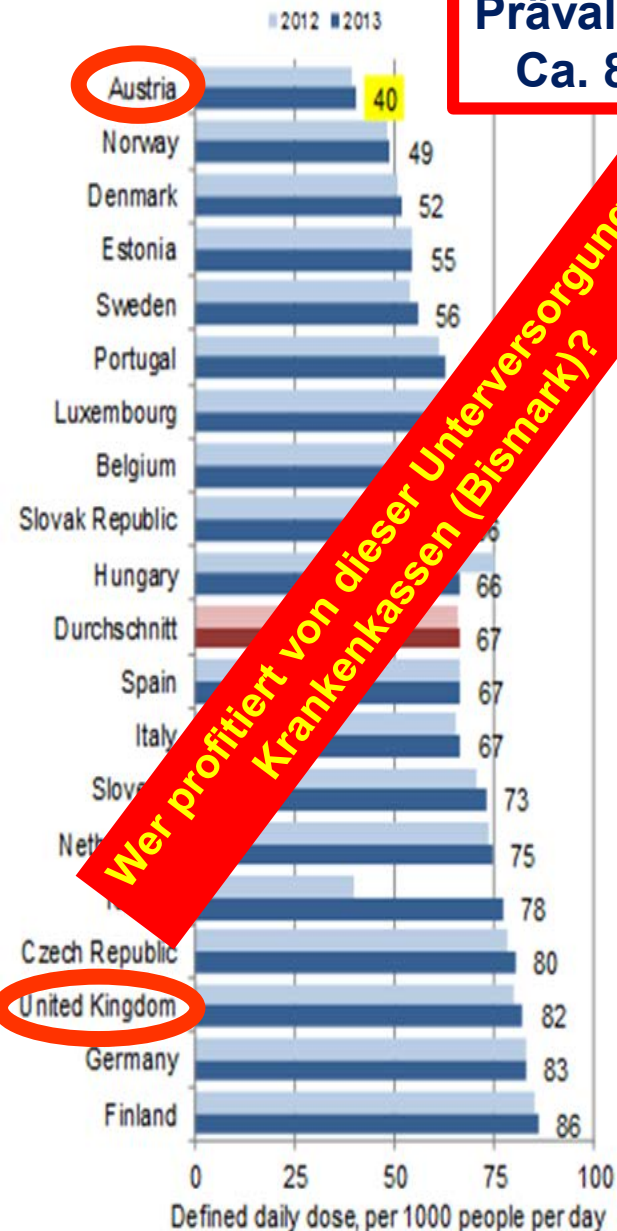
**Ausrollung eines DMP scheitert an den Streitereien
zwischen Ländern und Kassen
politische Ökonomie hat gesiegt**

Antidiabetics consumption, 2012 and 2013 (or nearest year)

Diabetes hospital admission in adults, 2008 and 2013 (or nearest years)

**Prävalenz:
Ca. 8%**

standardised rates per 100 000 population



**Wer profitiert von dieser Unterversorgung?
Krankenkassen (Bismark)?**

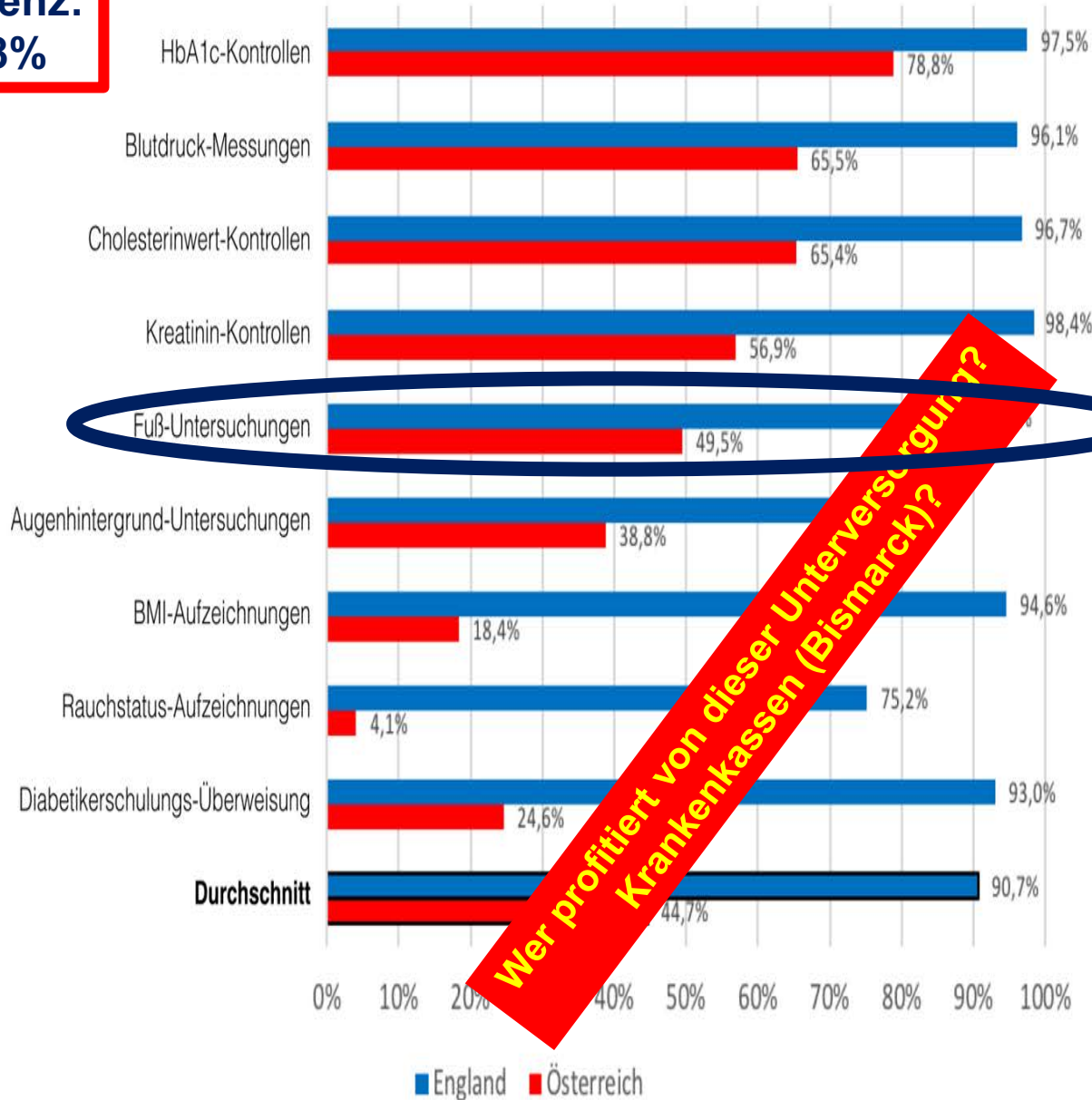
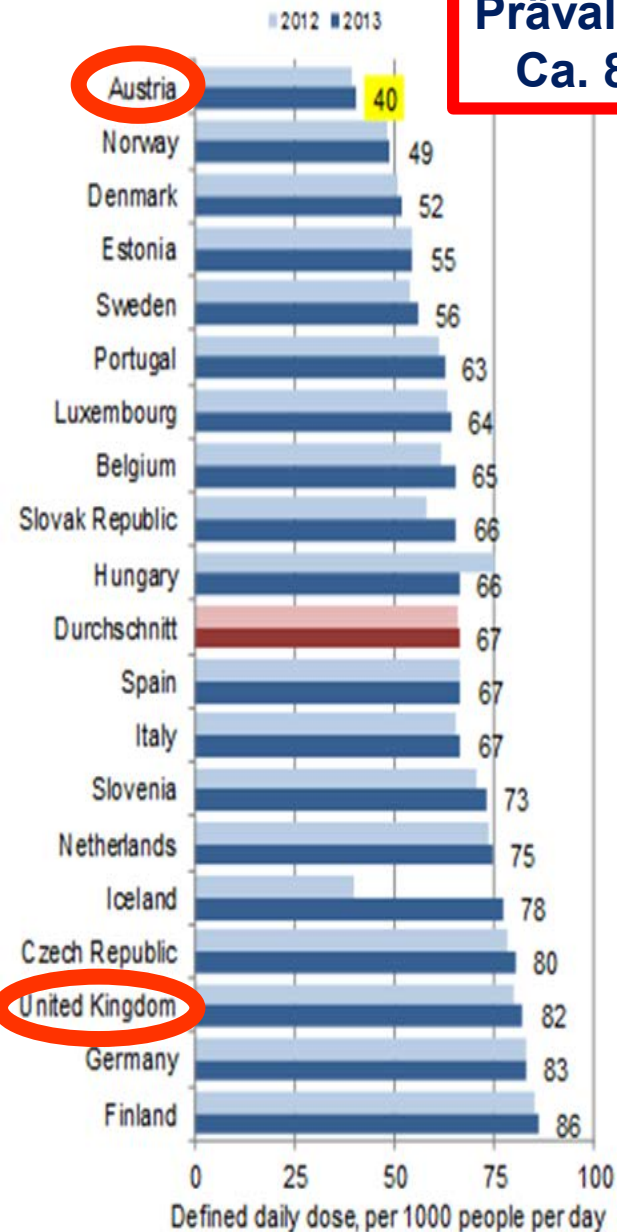
**Wer profitiert von dieser Überversorgung?
Spitässtandorte (Beveridge)?**

Note: Three-year average for Iceland and Luxembourg.

Antidiabetics consumption, 2012 and 2013 (or nearest year)

Anteil der in Behandlung stehenden Diabetiker, die folgende Leistungen erhalten haben

**Prävalenz:
Ca. 8%**

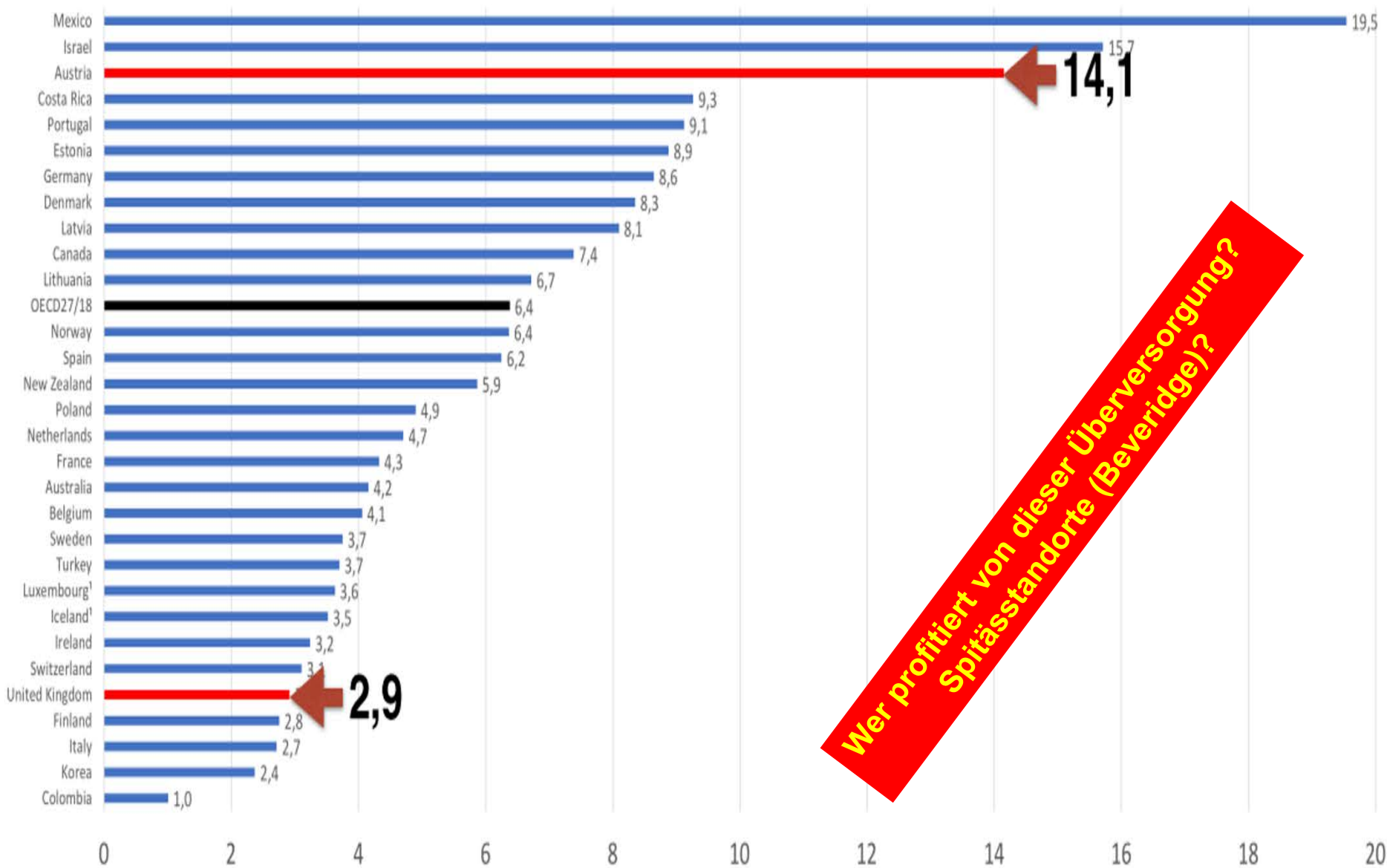


**Wer profitiert von dieser Unterversorgung?
Krankenkassen (Bismarck)?**

Q: persönliche Korr. Dr. Florian Stigler, MPH, DrPH-cand.

Major-Amputationen der unteren Extremität bei PatientInnen mit Diabetes mellitus

(2015 oder aktuellste Daten; Altersstandardisiert pro 100.000 Einwohnern ab 15 Jahren; 3-Jahres-Durchschnitt)



Wer profitiert von dieser Überversorgung?
Spitzstandorte (Beveridge)?

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Ein umfassende und integrierte Orthesen-Versorgung entlang des Krankheitsverlaufs kann Gesundheit und Lebensqualität erhöhen/erhalten und Behandlungskosten sparen

1 € für Orthesen verhindert 4 € Behandlungskosten
(NHS 2009)

NHS: 2€ pro Einwohner
Krankenkassen: 9,7€ pro Einwohner

mind. 5 mal mehr
öffentl. Geld

Wer profitiert sicher nicht?

ie und Gesundheitspolitik

**Was kauft die Krankenkasse,
wenn sie eine Tablette kauft?**

Sie kauft die Tablette, möglichst günstig!

Input = Geld, Output = Tablette

Outcome = nicht ihre Angelegenheit

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik



Danke für Ihre Aufmerksamkeit