

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?**

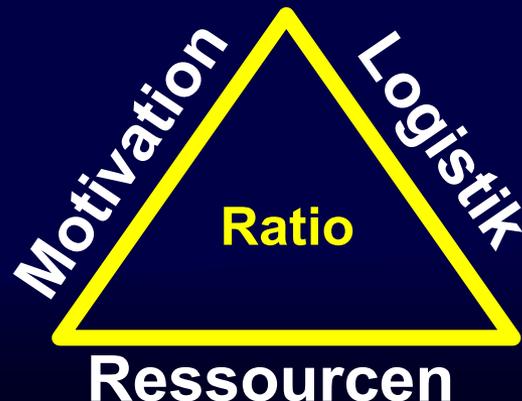
Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

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

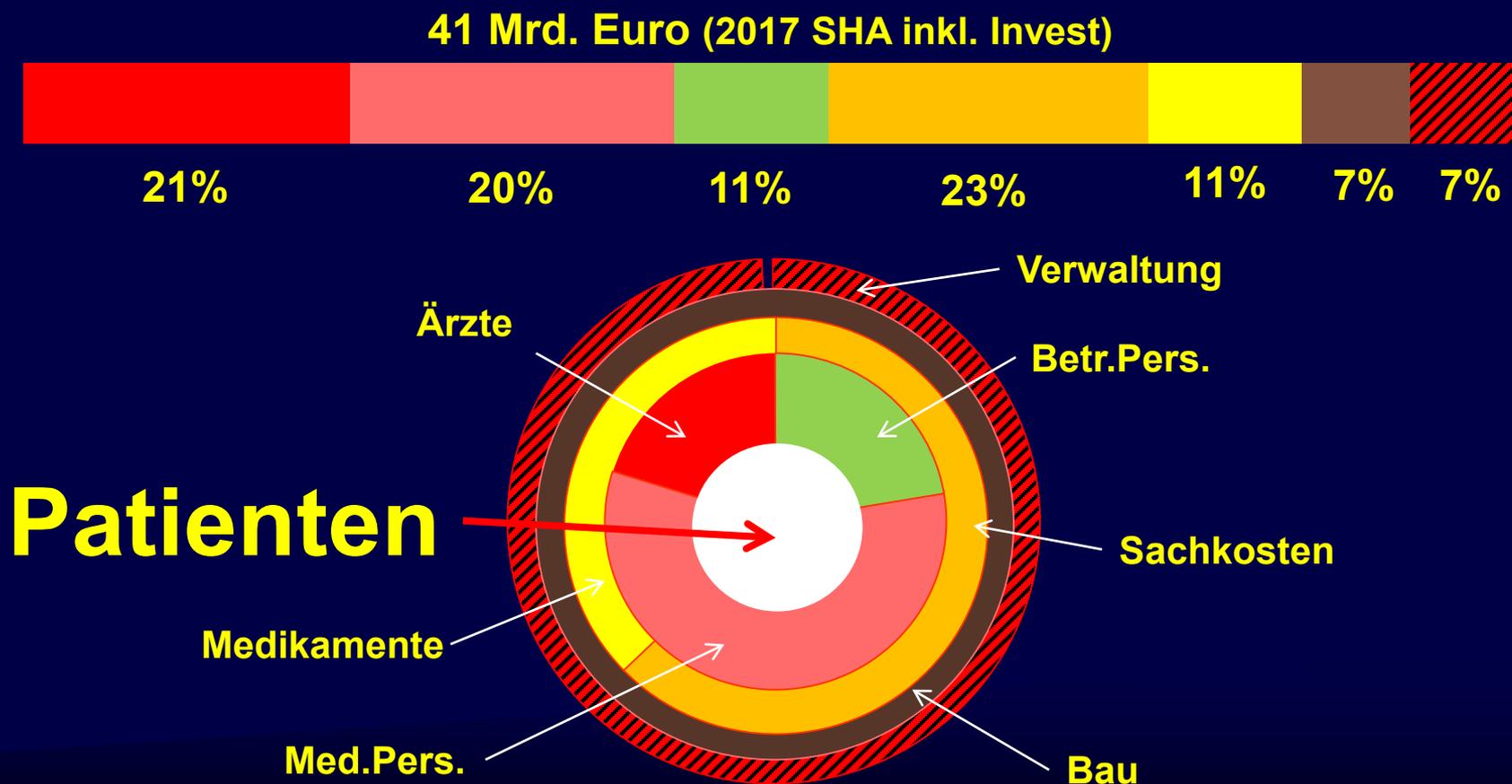
Entmystifizierung

Mythos: Geschäfte machen ist unmoralisch

Gewinnabsicht = oder \neq Zieleinkommen ?

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

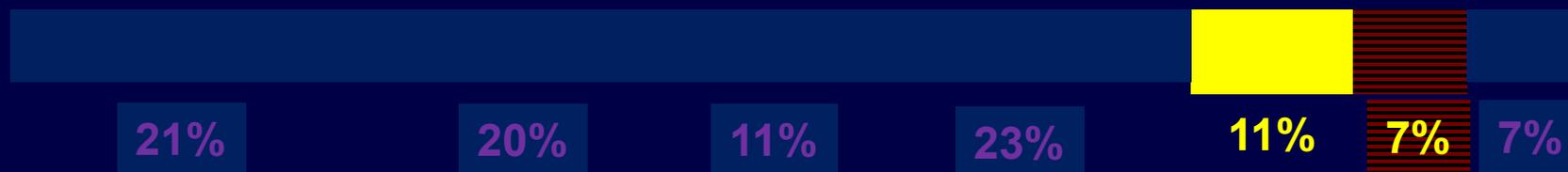
Die „gerechte Geldverteilung“ – wer wo wieviel verdient?



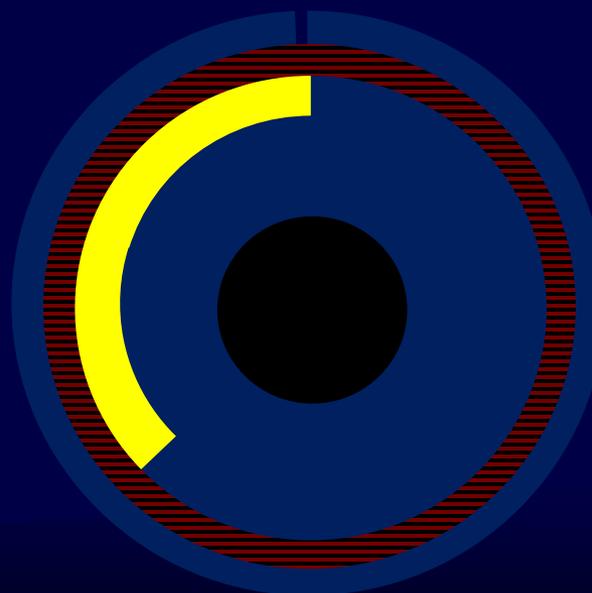
Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

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**

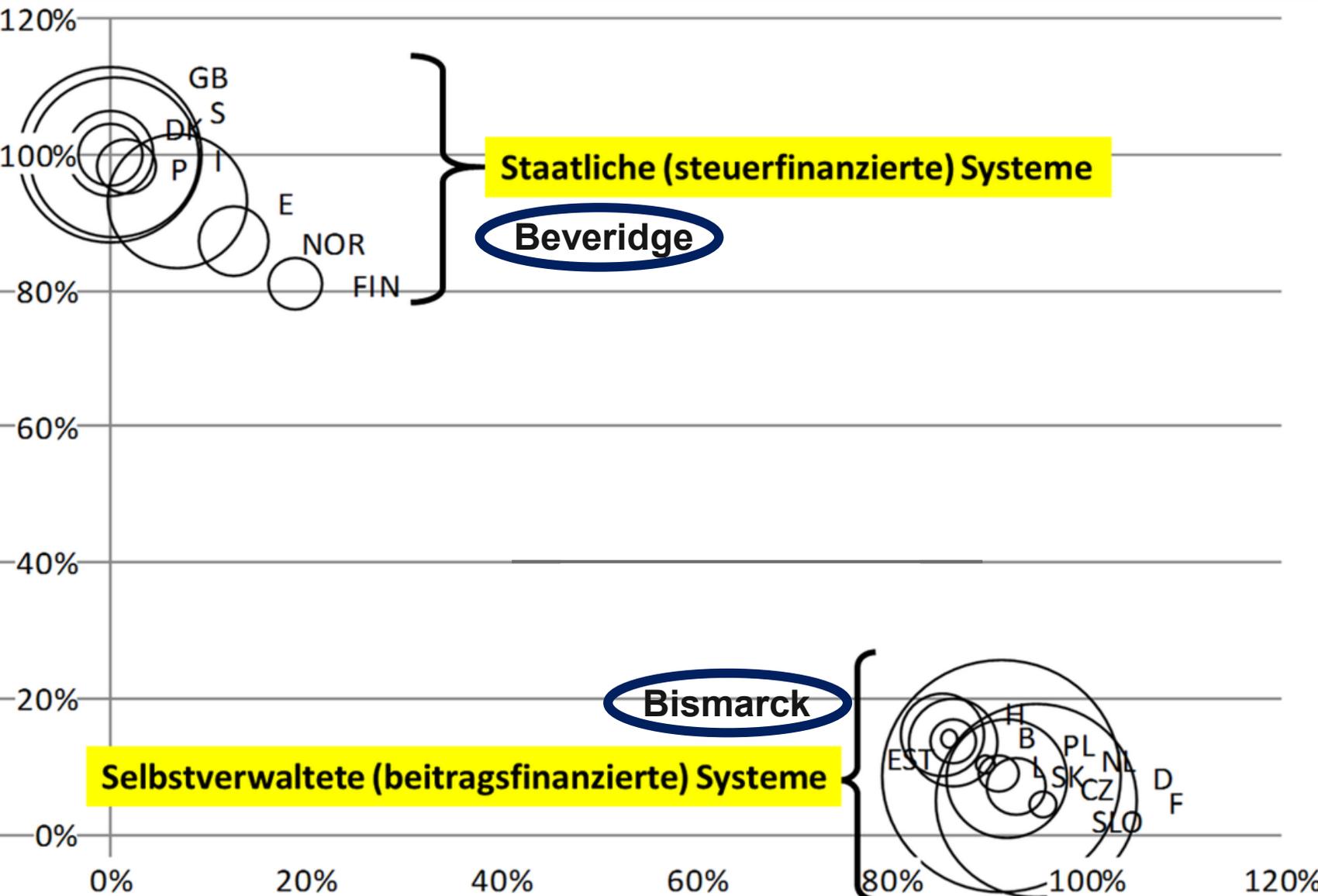


Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik



Das fragmentierte System

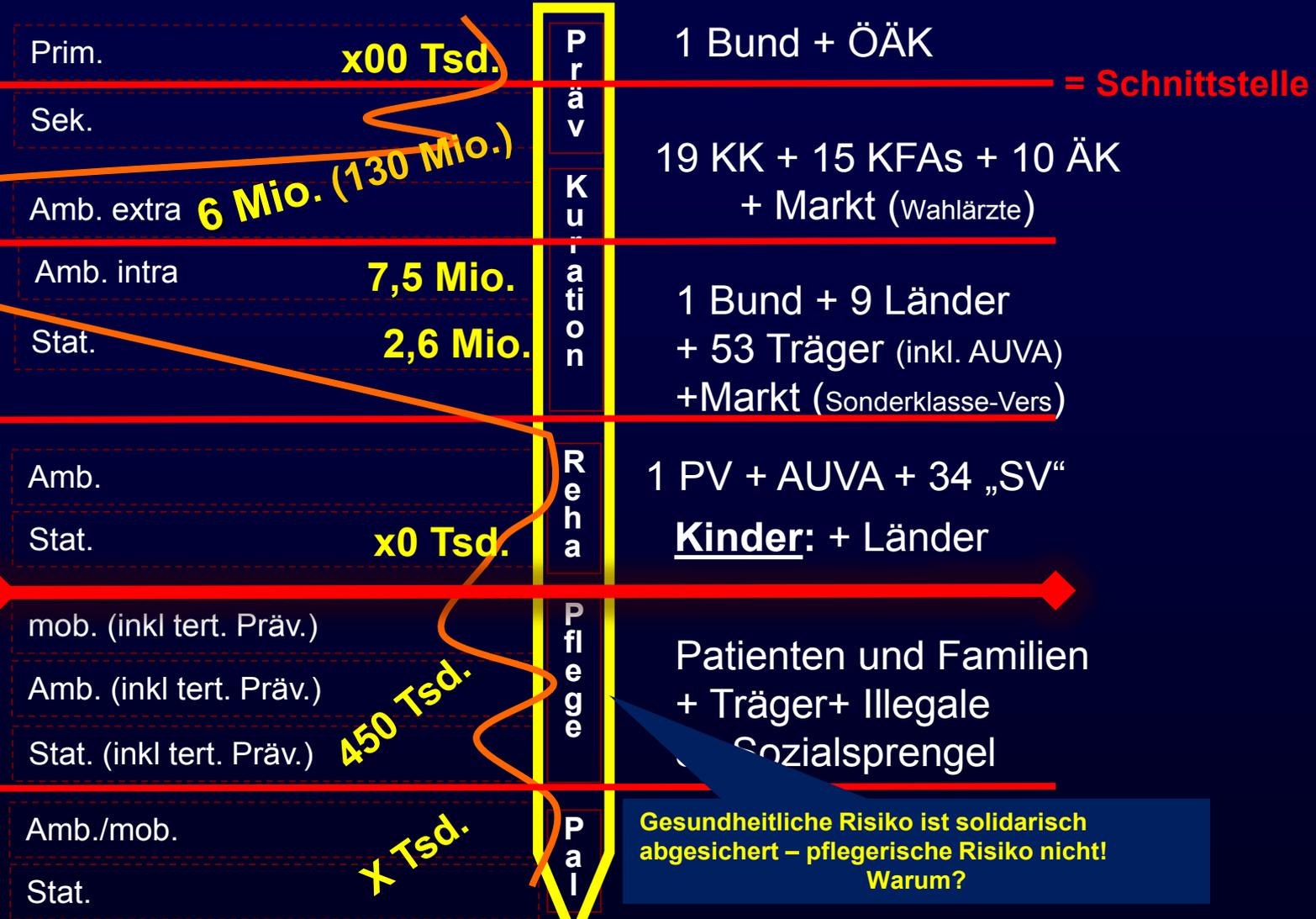
Steueranteil an dr öffentlichen Finanzierung



SV-Beitragsanteil an der öffentlichen Finanzierung

„Patienten“

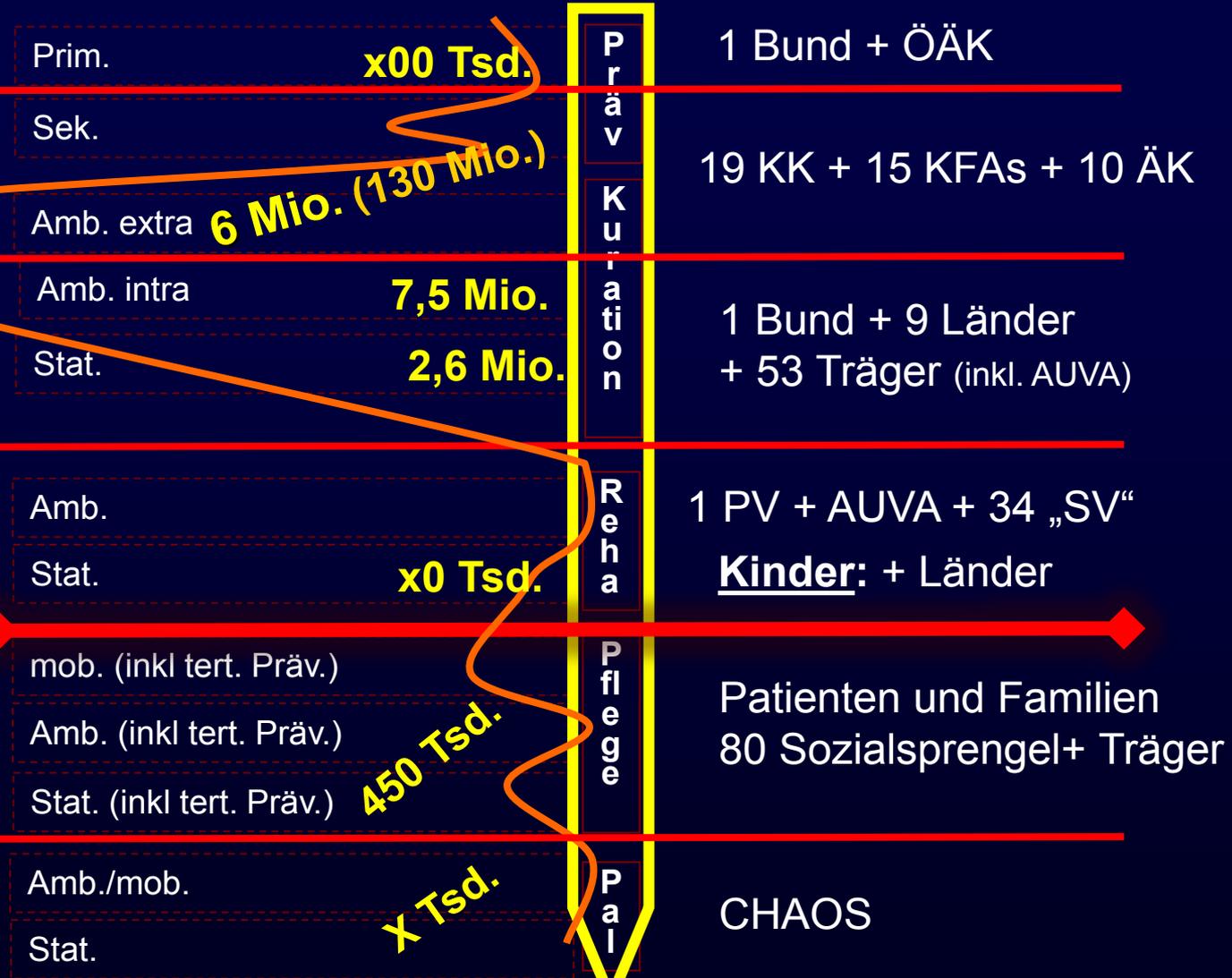
„Zuständigkeiten“ System?



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.)	450 Tsd.		
Stat. (inkl tert. Präv.)			
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

„Patienten“		Finanzierung	
Prim.	x00 Tsd.	Prävention	Bund via KK (sechstel Lösung)
Sek.			11 KK + <15 KFAs Honorarkataloge
Amb. extra	6 Mio. (130 Mio.)	Kuration	defacto pauschale Standort-Finanzierung
Amb. intra	7,5 Mio.		AUVA-Pauschal-Verrechnungsmodell
Stat.	2,6 Mio.		9 LKF-Modelle + Defizitdeckung /Standort
Amb.		Reha	3 intransparente Vertragssysteme
Stat.	x0 Tsd.		eigene / fremde Einrichtungen
mob. (inkl tert. Präv.)		Pflege	Patienten und Familien + Träger + Pflegegeld
Amb. (inkl tert. Präv.)			
Stat. (inkl tert. Präv.)	450 Tsd.		
Amb./mob.		Pall	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.	P	1 Bund + ÖÄK	Beveridge
Sek.		v		
Amb. extra	6 Mio. (130 Mio.)	K	9+2 KK + 15 KFAs	Überwiegend Bismarck
Amb. intra	7,5 Mio.	u		
Stat.	2,6 Mio.	a	1 Bund + 9 Länder + 53 Träger (inkl. AUVA)	Beveridge
Amb.		n		
Stat.	x0 Tsd.	R	1 PV + AUVA + 34 „SV“	Bismarck
		e	<u>Kinder</u> : + Länder	
mob. (inkl tert. Präv.)		P		
Amb. (inkl tert. Präv.)	450 Tsd.	f	Patienten und Familien	Überwiegend Out of Pocket
Stat. (inkl tert. Präv.)		l	80 Sozialsprengel	
Amb./mob.	Tsd.	P	CHAOS	Bismarck

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

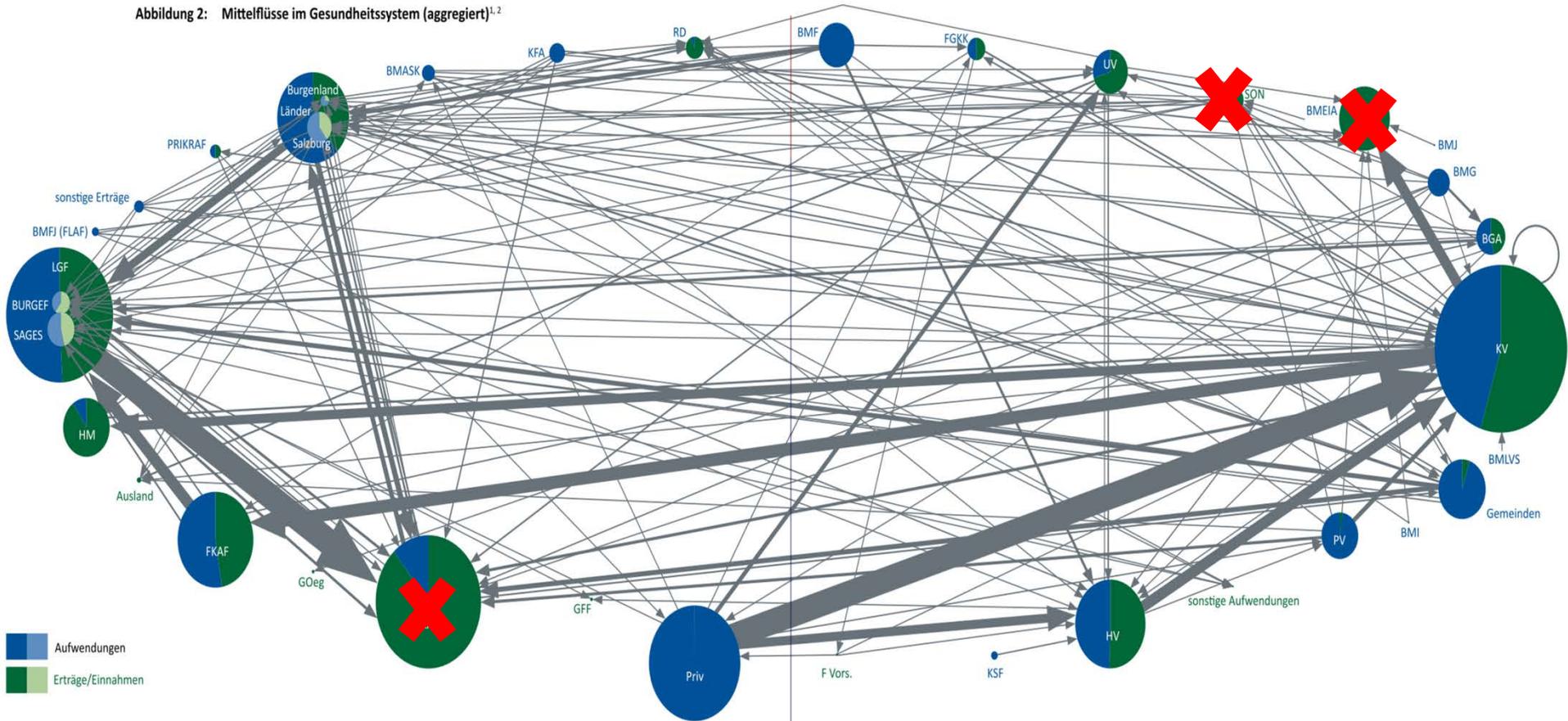
Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik



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.

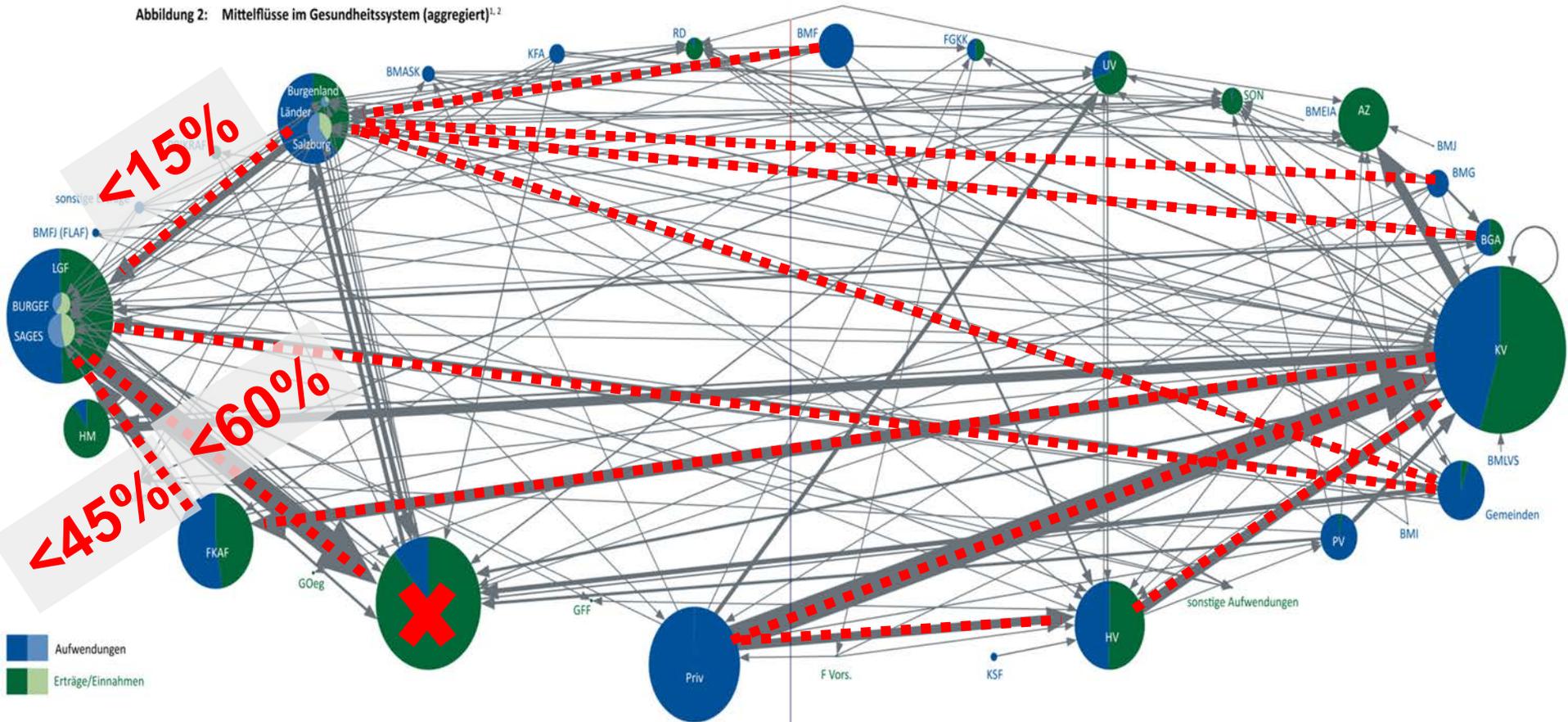
² Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen flossen, wodurch „Dreh scheiben“ der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) veranschaulicht die Höhe des Finanzierungsstroms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

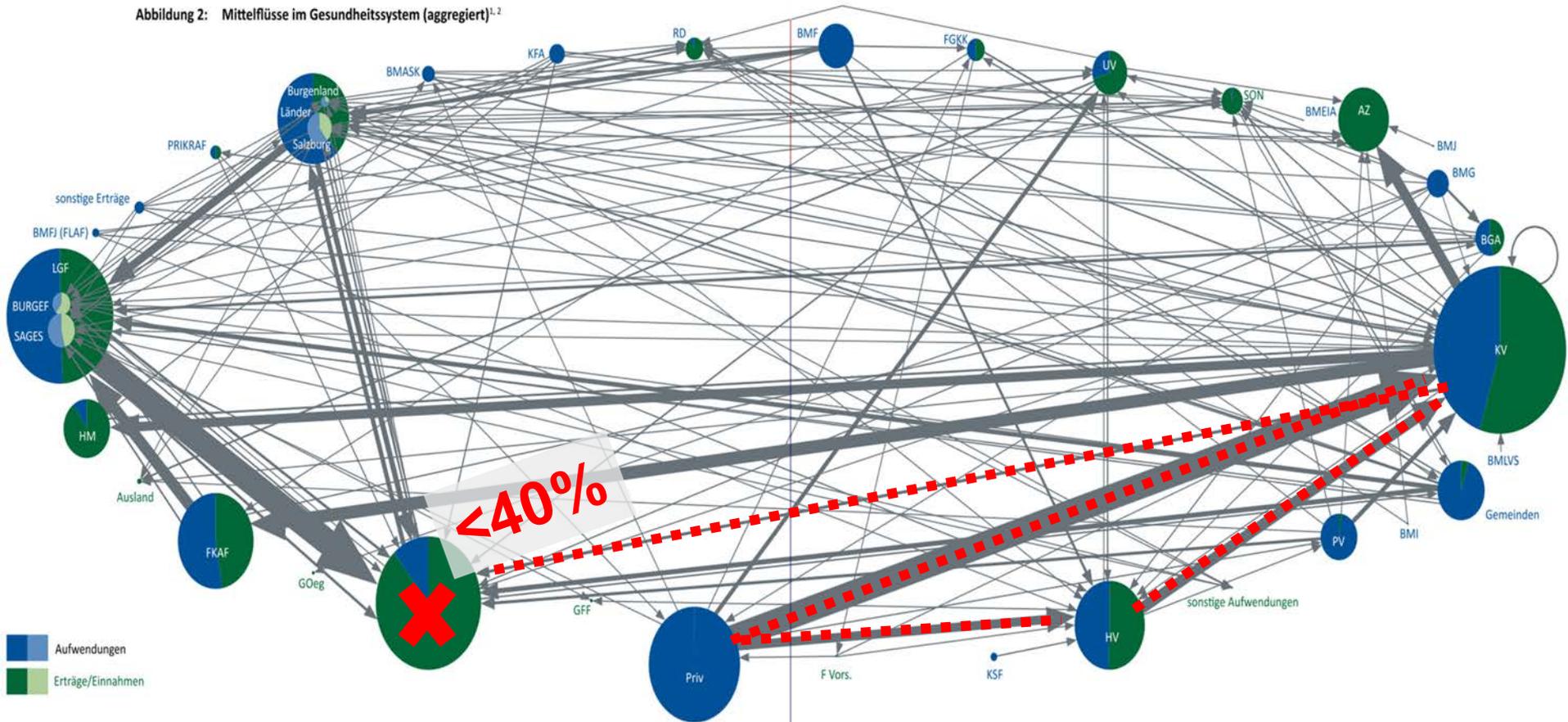
² Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen fließen, wodurch „Dreh scheiben“ der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) veranschaulicht die Höhe des Finanzierungsstroms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

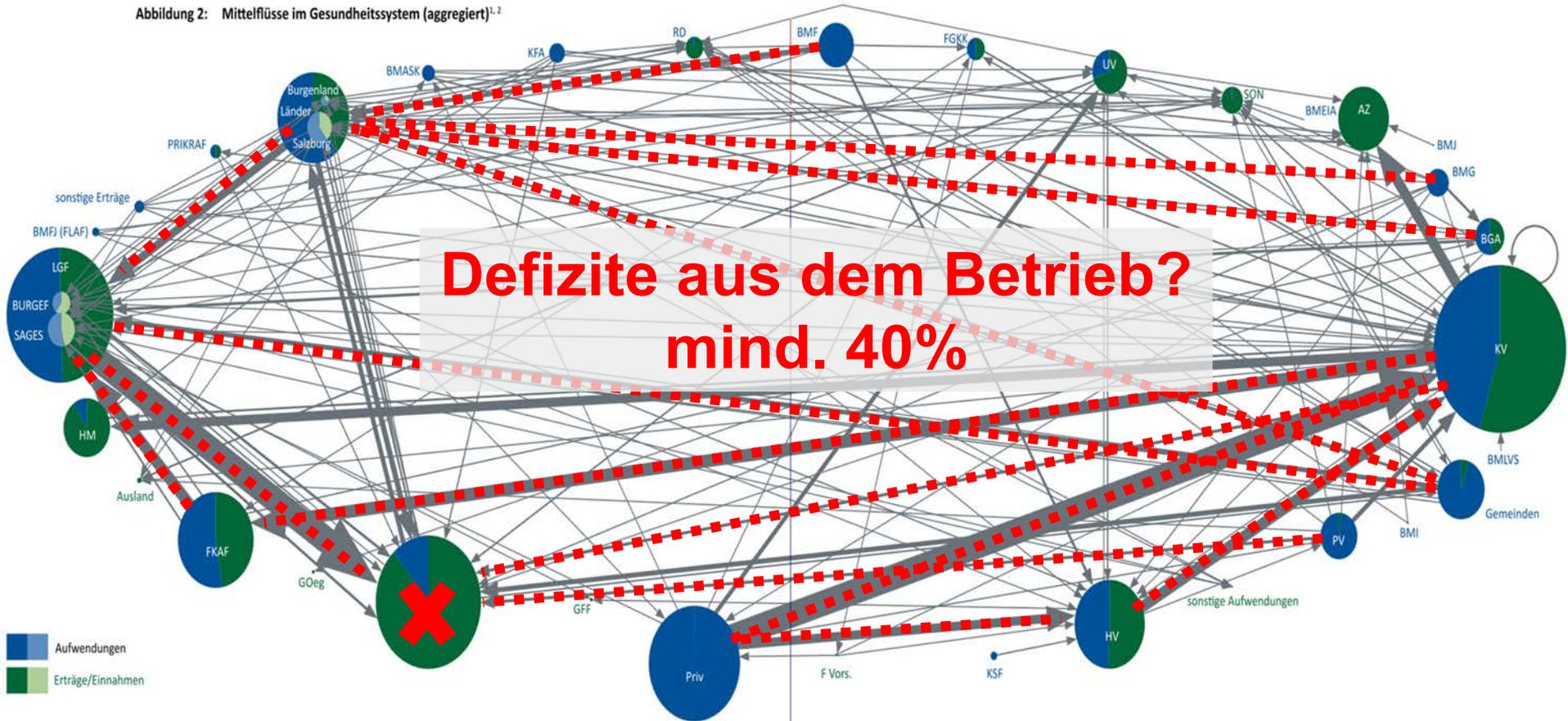
² Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen flossen, wodurch „Drehscheiben“ der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) veranschaulicht die Höhe des Finanzierungsstroms und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

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		

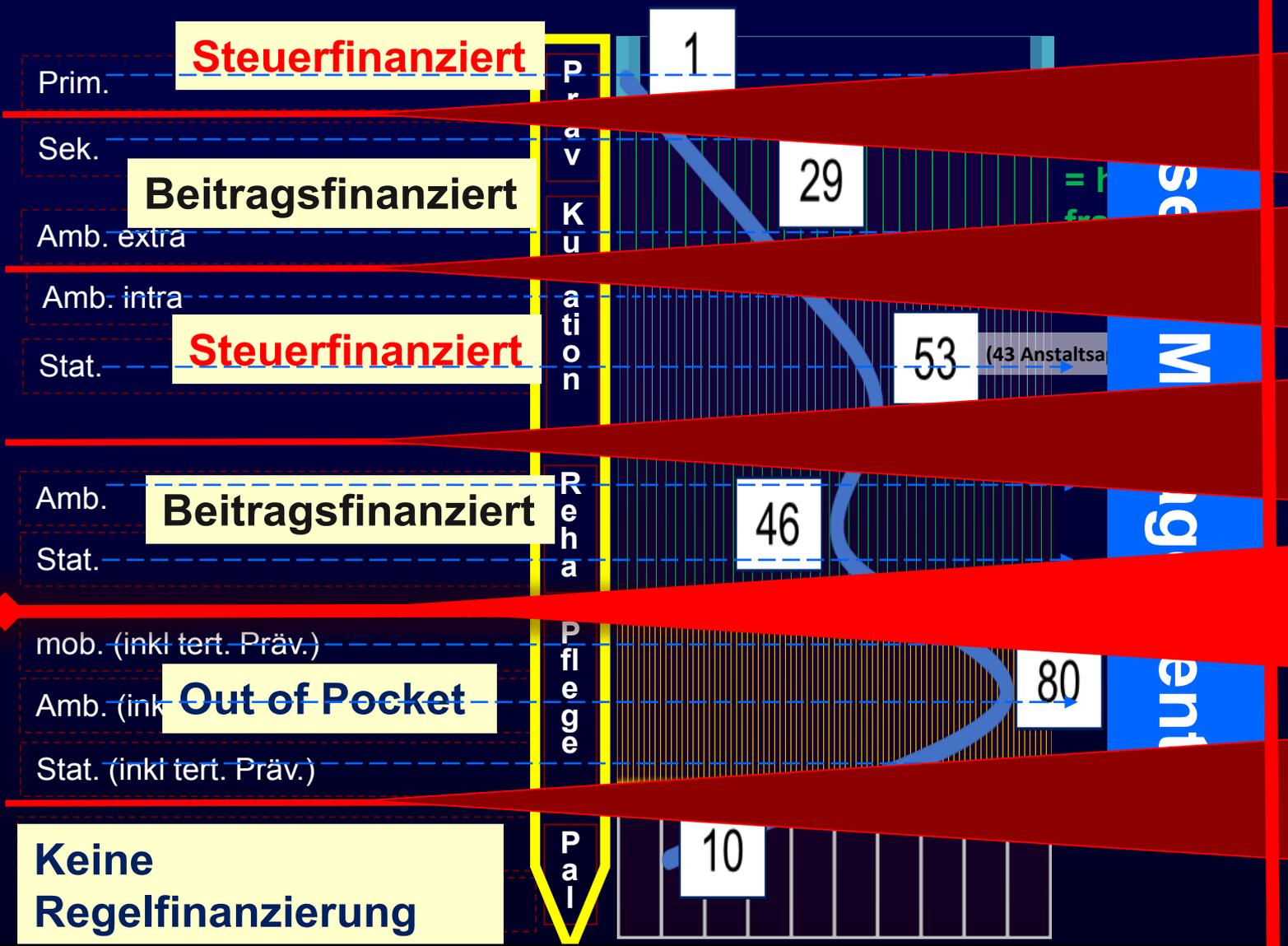
Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik



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

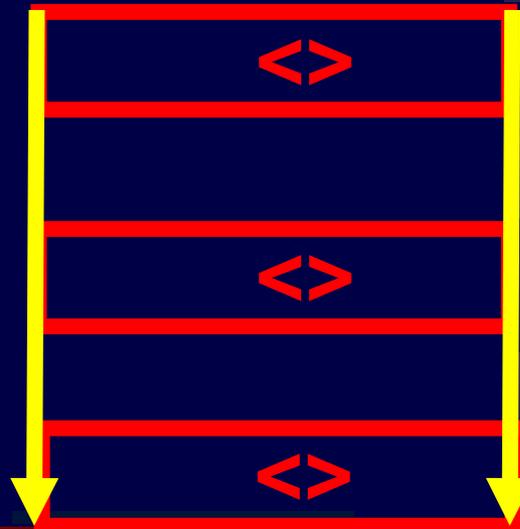
	Compliance-Prog.						Kassen					
	placebo		mit		ohne							
Spitaltage	50	€	-	25	€	-	40	€	-	€	-	Kosten pro Spitalstag
Spitalsambulanz-Besuche	25	€	-	10	€	-	20	€	-	€	-	Kosten pro Ambulanzbesuch
Facharzt-Besuche	25	€	1.750	10	€	700	20	€	1.400	€	70	Kosten pro FA-Ordination
Hausarzt-Besuche	20	€	700	30	€	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

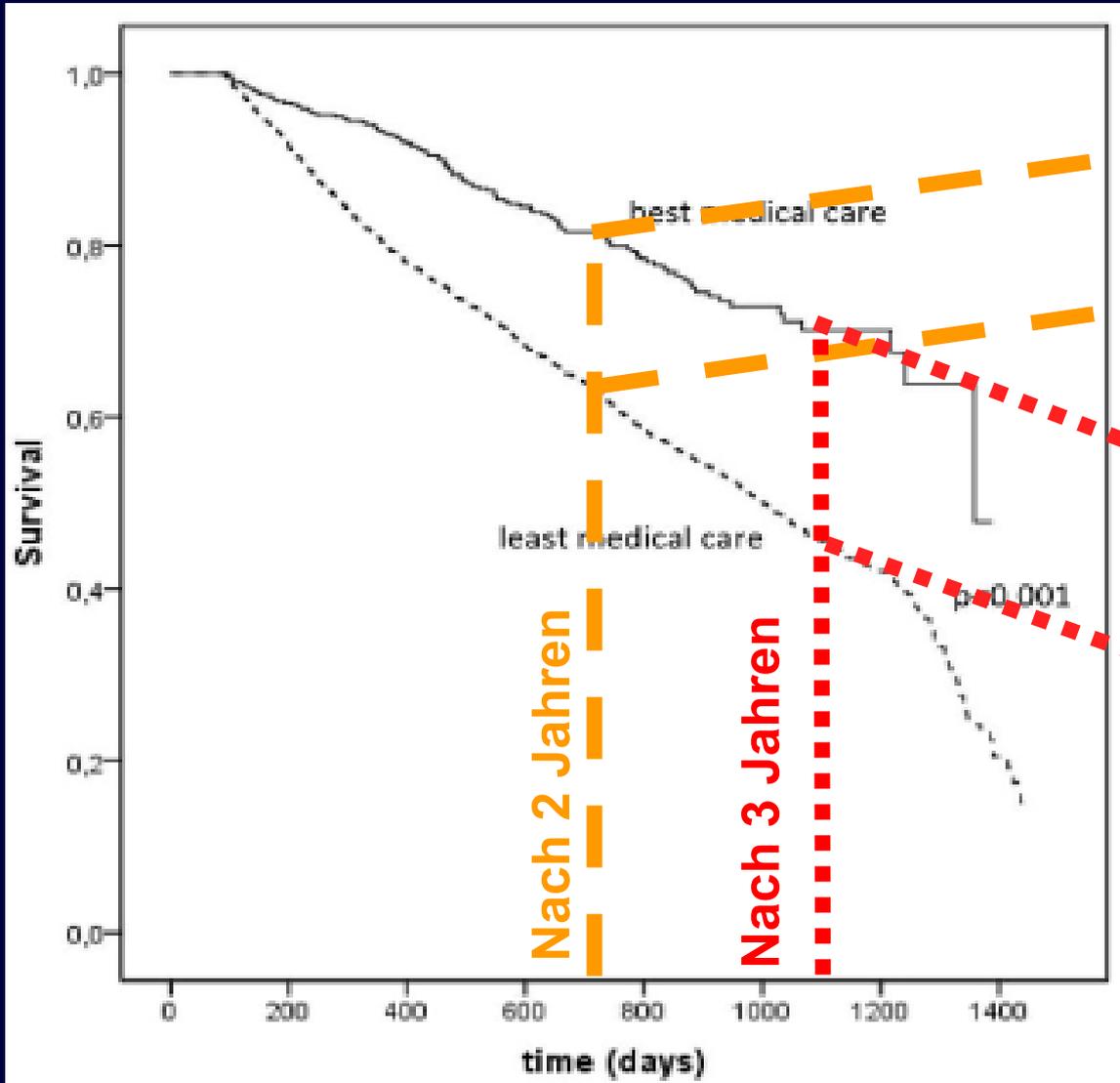


Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik



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

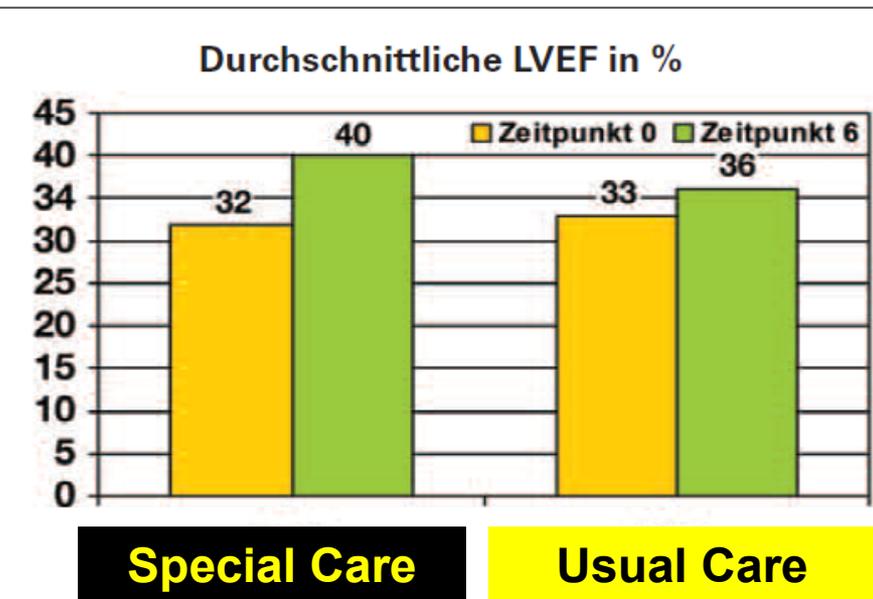
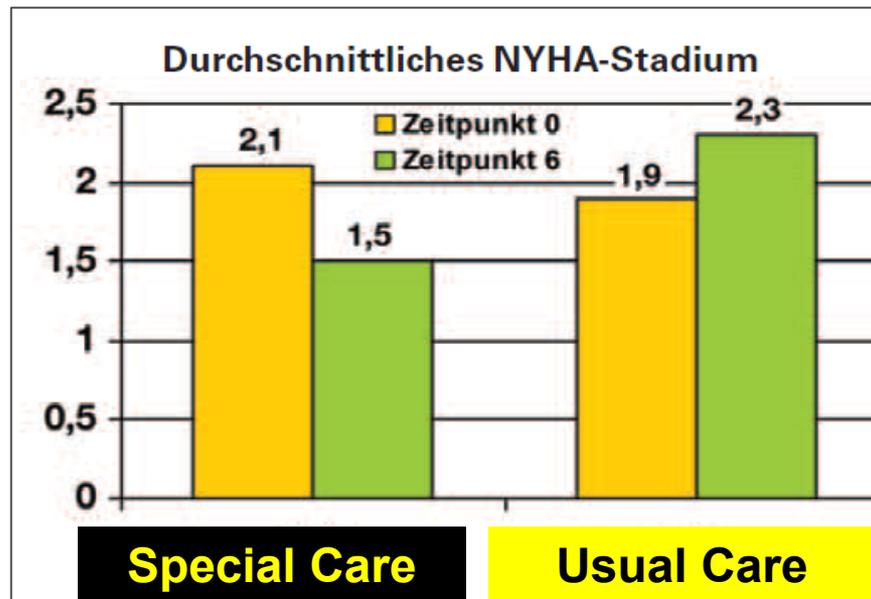
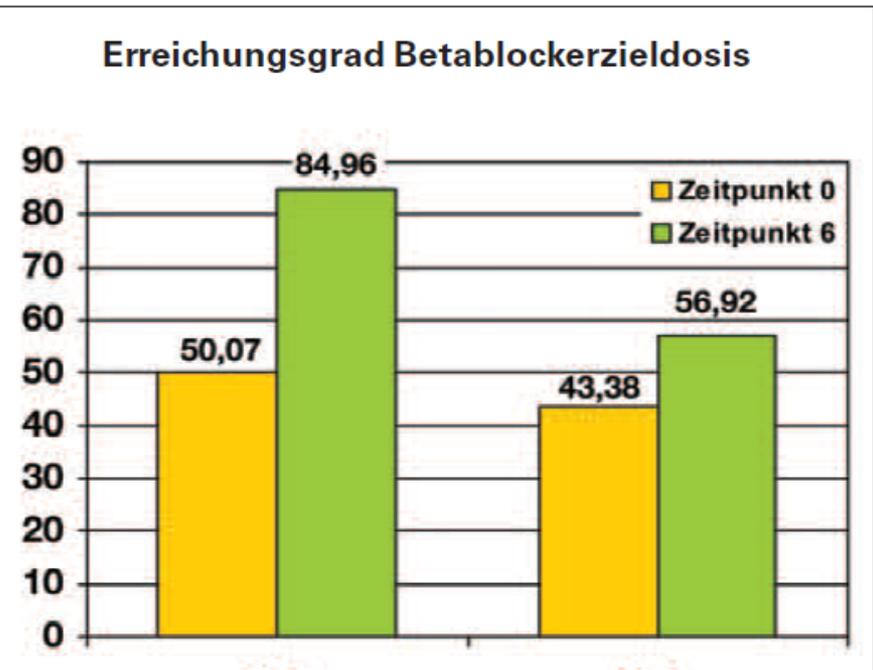
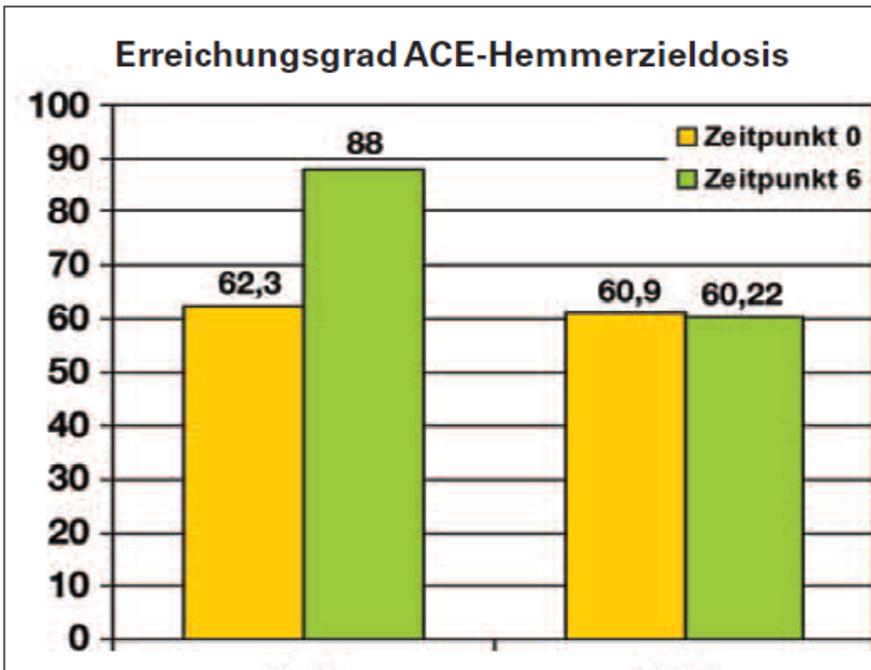


Abbildung 3: Entwicklung des durchschnittlichen NYHA-Stadiums sowie Verlauf der durchschnittlichen LVEF (in %) vor Beginn (Zeitpunkt 0) und nach Beendigung (Zeitpunkt 6) der Betreuungszeit in der Interventionsgruppe (s.c.) im Vergleich zur Kontrollgruppe (u.c.).

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

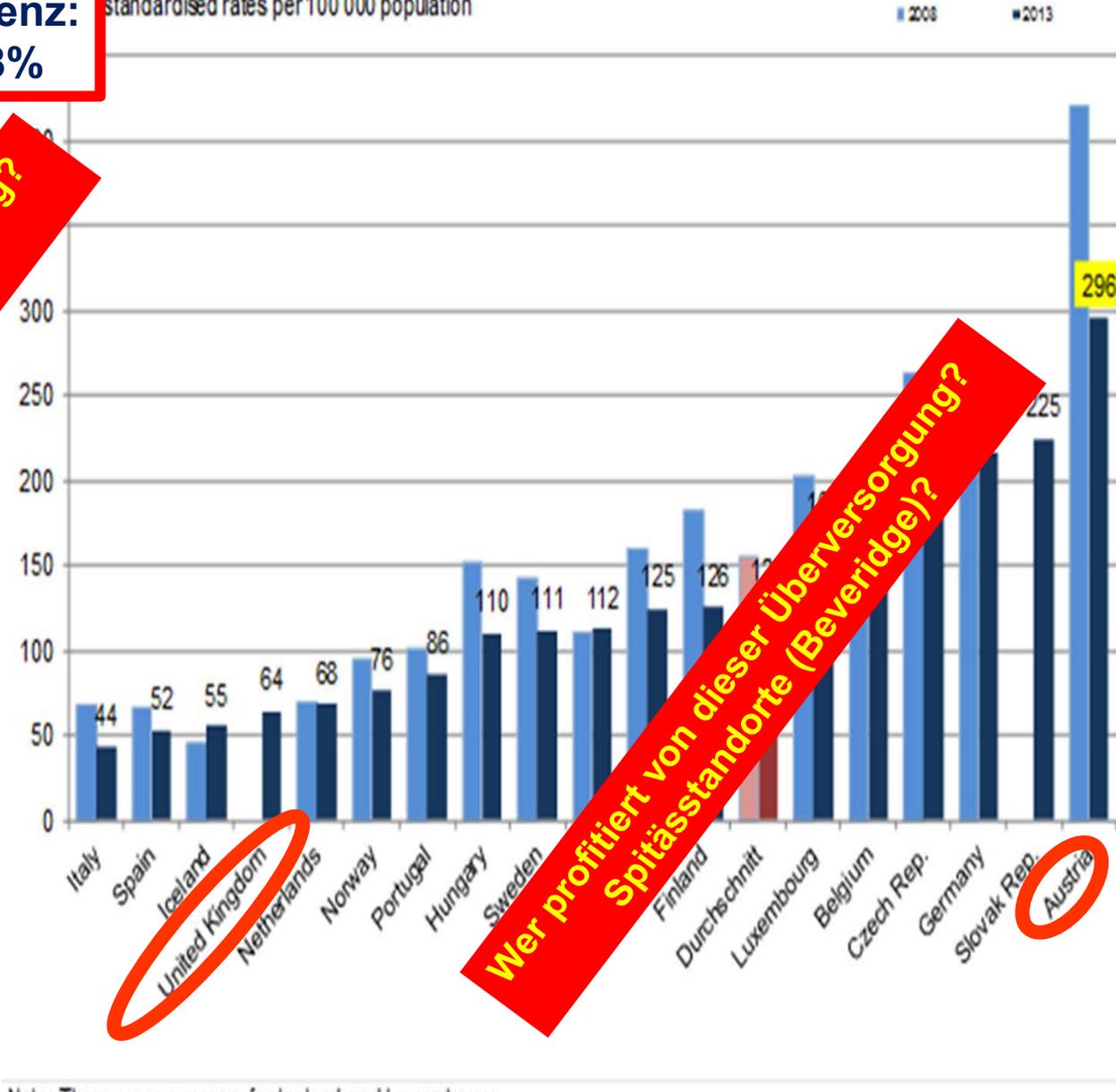
**Ausrollung eines DMP scheitert an den Streitereien
zwischen Ländern und Kassen
politische Ökonomie hat gesiegt**

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)?**

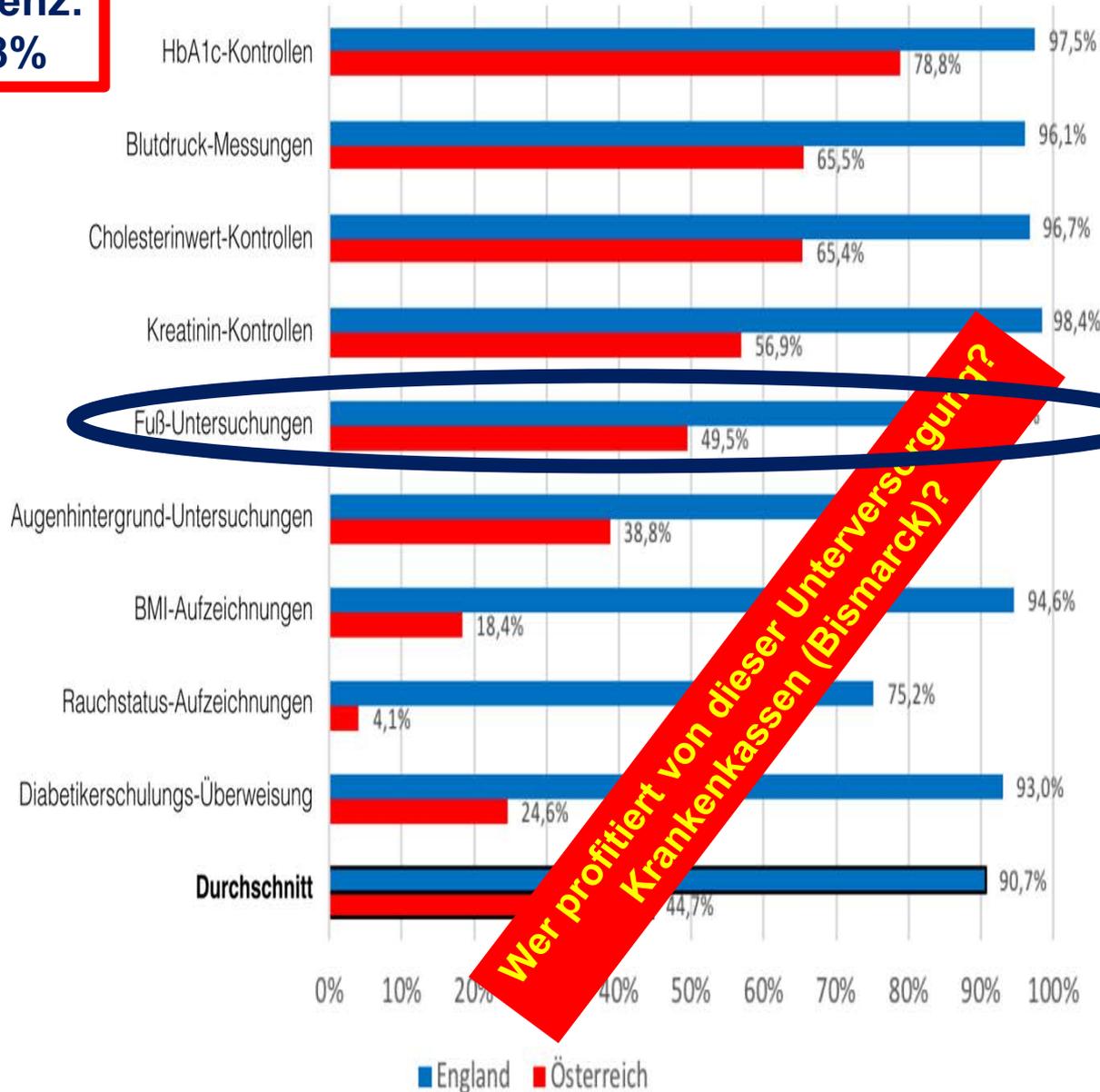
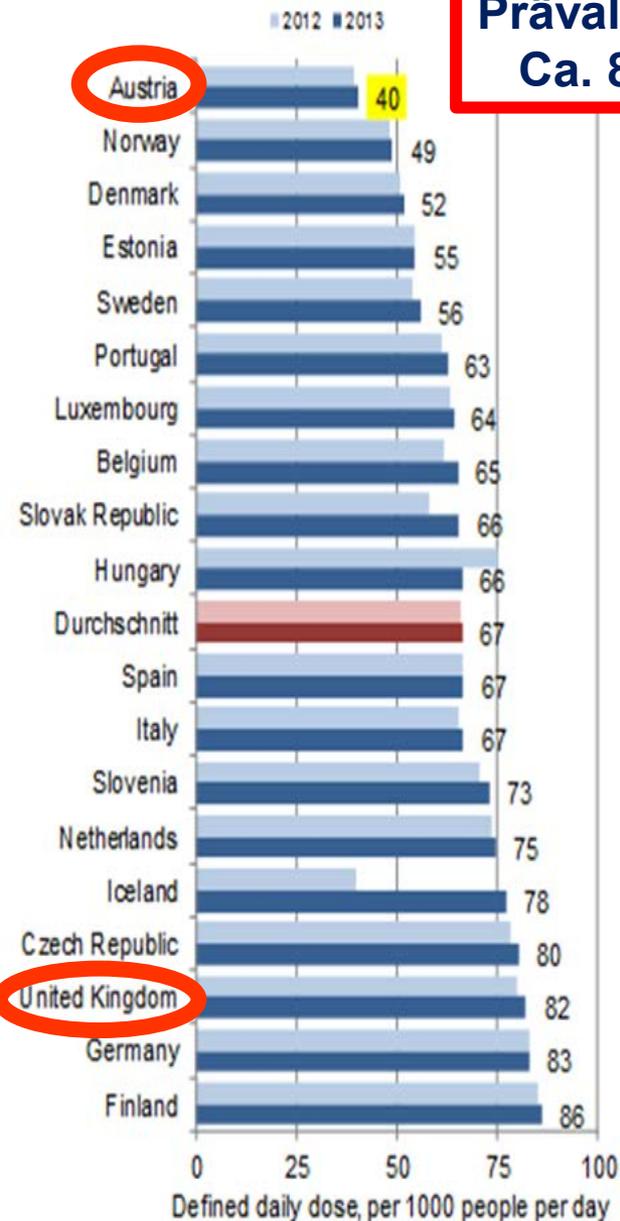
**Wer profitiert von dieser Überversorgung?
Spitässtandorte (Beveridge)?**

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%**

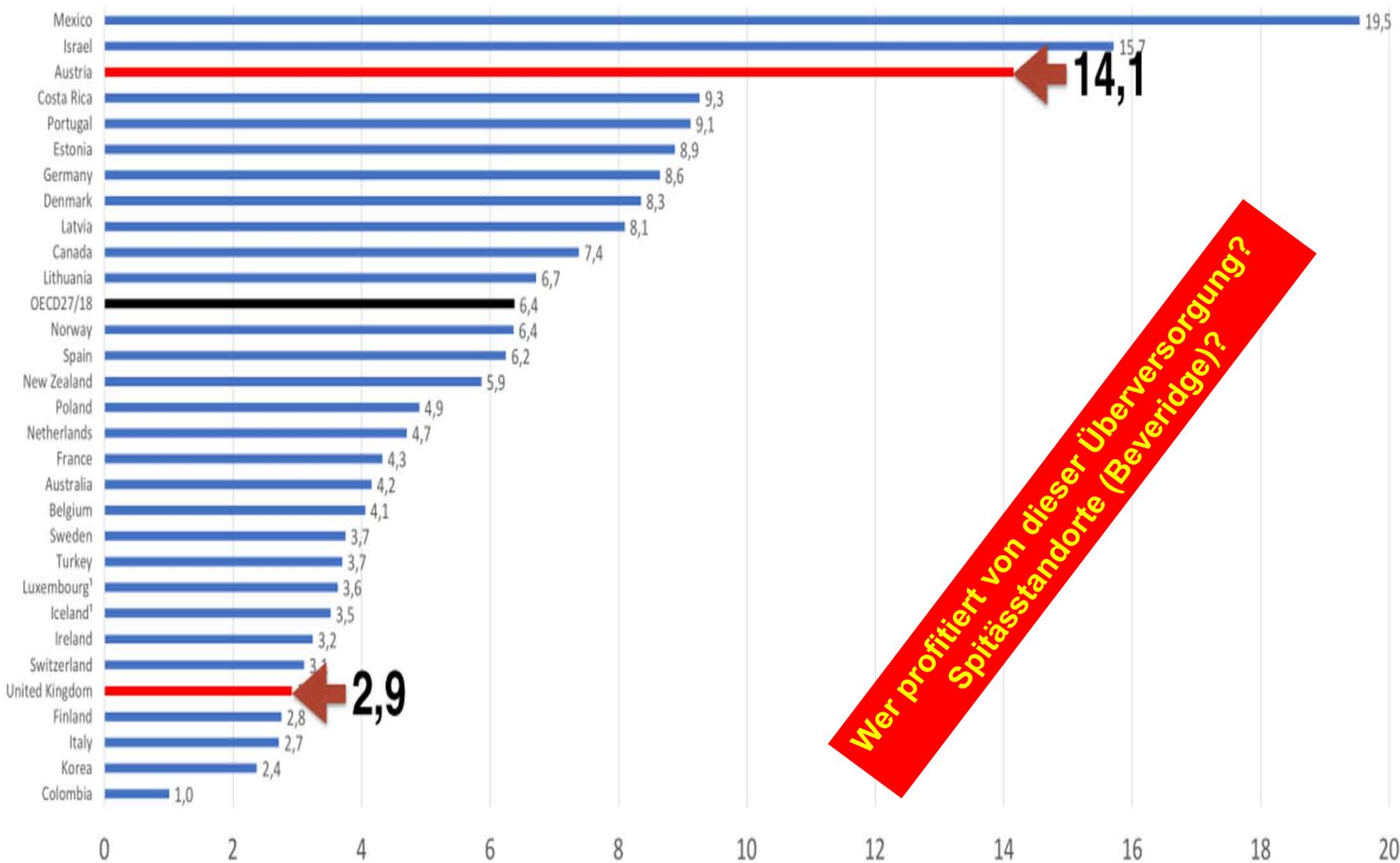


**Wer profitiert von dieser Unterversorgung?
Krankenkassen (Bismarck)?**

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