



Zwischen ambulanter und stationärer Behandlung Internationale Erfahrung

Francesca Colombo, OECD



Ablauf

- Überblick
- Herausforderungen und Entwicklung
- Schlussfolgerungen für die Schweiz?

Überblick

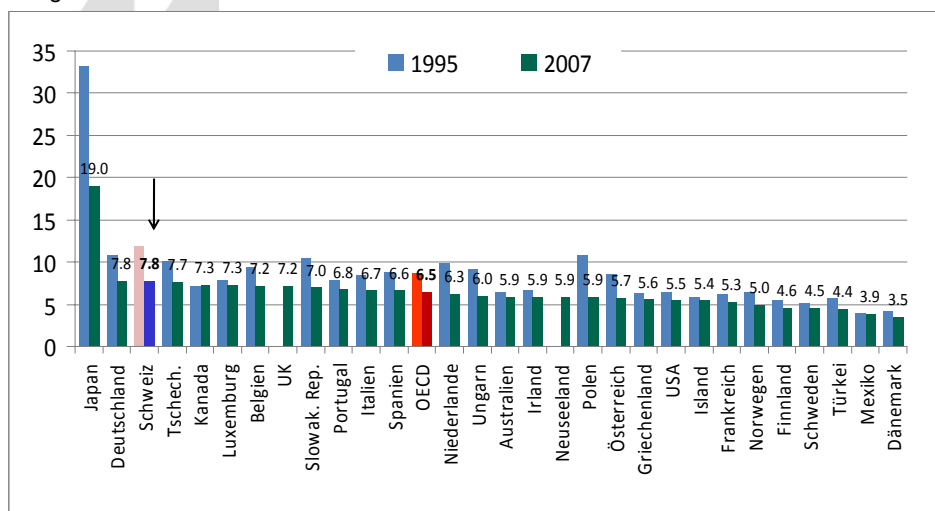


Hintergrund

- Entwicklung des Bedarfs:
 - Chronische Krankheiten
 - Alterung der Bevölkerung
- Fortschritte der Medizin
- Einige Statistiken...

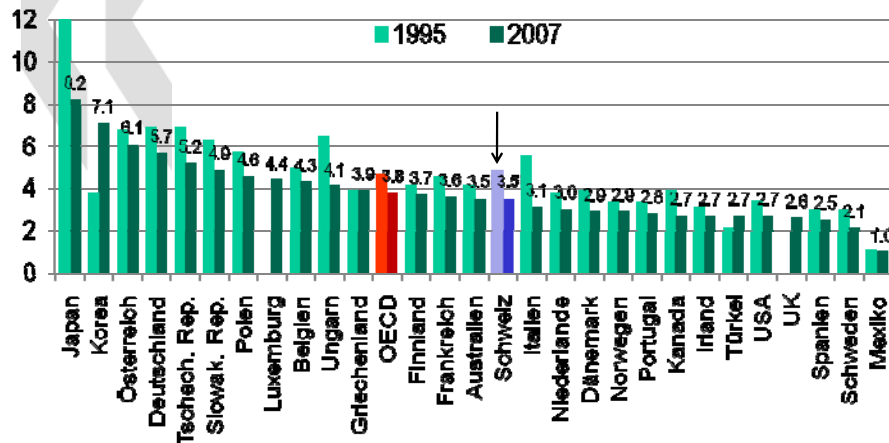
Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer für akutstationäre Behandlung, 1995-2007

Tage



Quelle: *Eco-Santé OCDE 2009.*

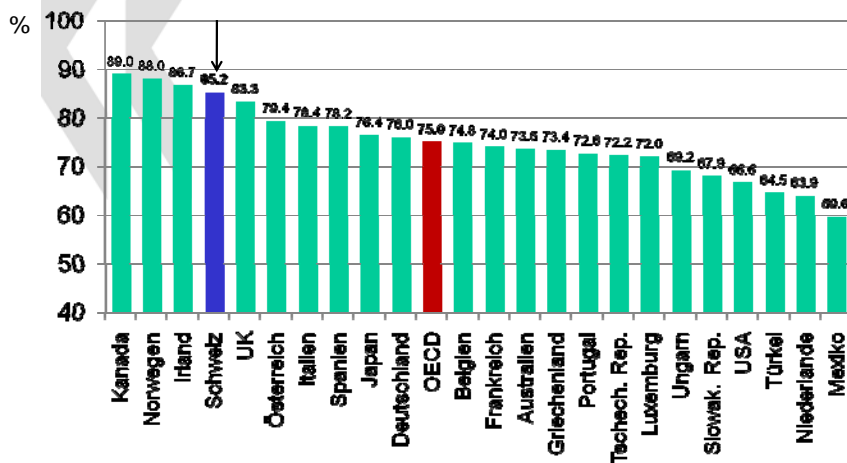
Reduktion der Bettenzahl für akutstationäre Behandlung der Spitäler pro 1000 Einwohner 1995-2007



Quelle: Eco-Santé OCDE 2009.

OECD 7 OCDE

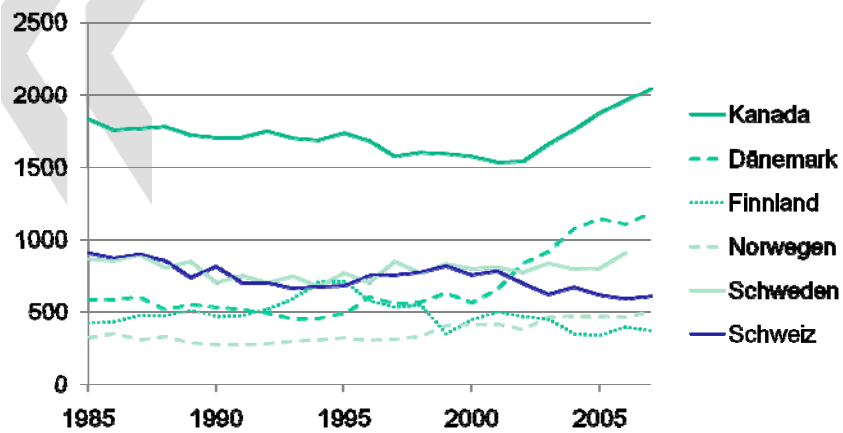
Belegung akutstationärer Betten der Spitäler, 2007



Quelle: Eco-Santé OCDE 2009.

OECD 8 OCDE

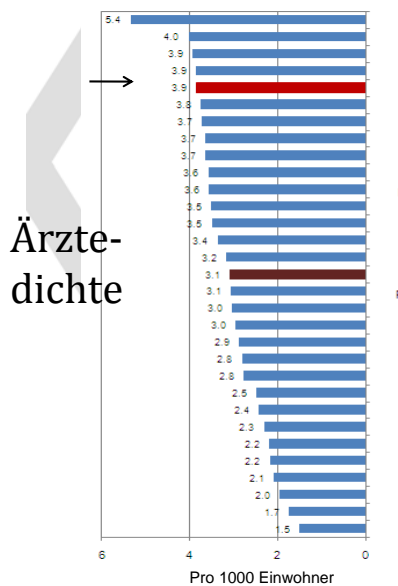
Anzahl der Arztdiplome verläuft in einer U-Kurve



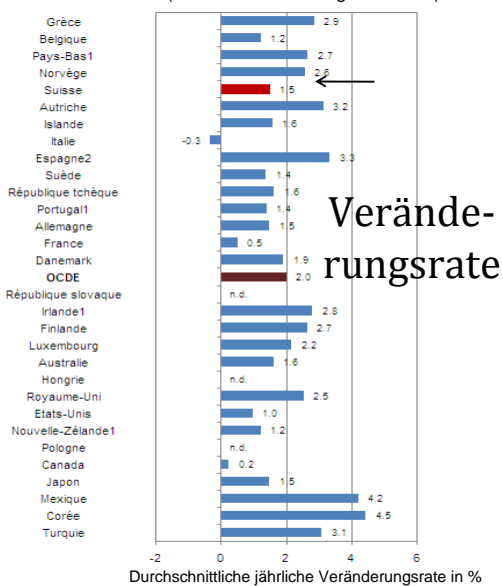
Quelle: Eco-Santé OCDE 2009.

OECD 9 OCDE

Aktive Ärzte pro 1000 Einwohner
2007 (oder nächstes verfügbares Jahr)



Veränderungsrate der aktiven Ärzte
1990–2007 (oder nächstes verfügbares Jahr)



Ärzte-
dichte

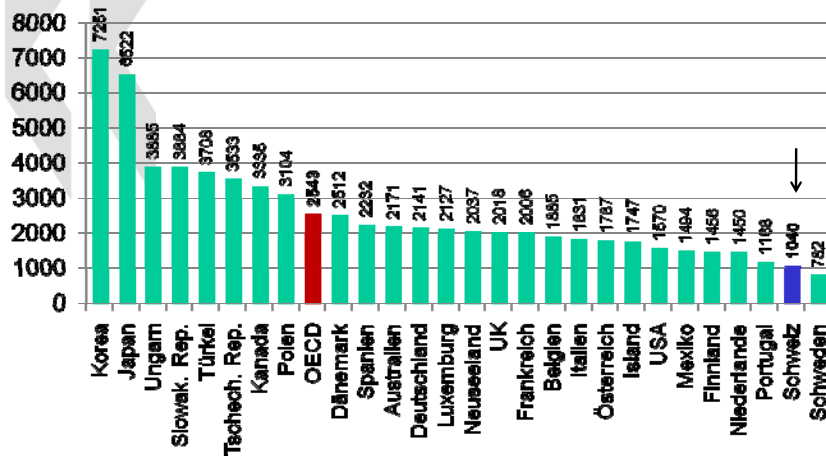
Verände-
rungsrate

1. Irland, Neuseeland, Niederlande und Portugal kommunizieren die Zahl aller behandlungsberechtigten Ärzte und nicht die Zahl der effektiv aktiven Ärzte. 2. Spanien schliesst die Zahnärzte und Stomatologen in die Zahl der Ärzte ein.

Quelle: Eco-Santé OCDE 2009.

OCDE

Anzahl Konsultationen pro Arzt/Ärztin liegt in der Schweiz sehr tief, 2007



Quelle: Eco-Santé OCDE 2009.

OECD 11 OCDE



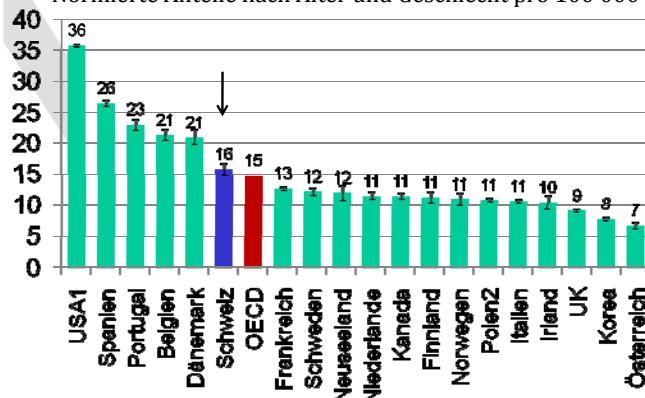
Herausforderungen

OECD 12 OCDE

Erste Herausforderung: Qualität

Spitaleinweisungen für diabetesbedingte Amputationen an den unteren Gliedmassen, 2007

Normierte Anteile nach Alter und Geschlecht pro 100 000 Einwohner



1. Tageskliniken sind nicht vollständig ausgeschlossen.

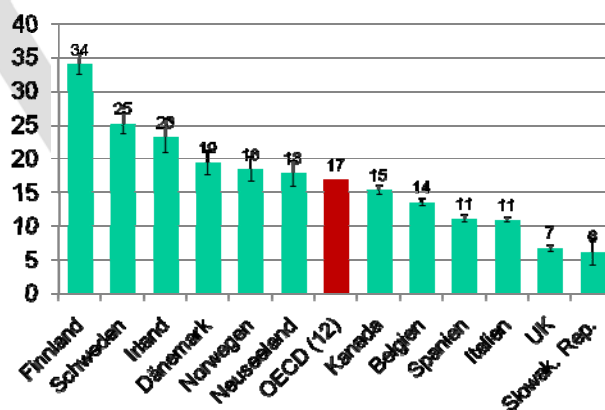
2. Schliesst Verlegungen aus anderen Spitalabteilungen ein, was den Anteil leicht erhöht.

Quelle: *Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE)*.

OECD 13 OCDE

Nicht geplante Wiedereintritte in das gleiche Spital wegen bipolaren Störungen, 2007

Normierte Anteile nach Alter und Geschlecht pro 100 Patienten



Quelle: *Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE)*.

OECD 14 OCDE

Zweite Herausforderung: Koordination der Behandlung

- Keine Fachleute, die die Patienten auf ihrem „Weg“ im Gesundheitswesen betreuen
- Referenzsystem ist zu verbessern
- Probleme beim Übertritt in die Langzeitbehandlung, Schnittstellen bei chronischen Erkrankungen
- Nicht genügend Anreize für die Koordination der Behandlung
- Konkurrenz begünstigt nicht immer die Koordination

Quelle: Hofmark et al., 2008

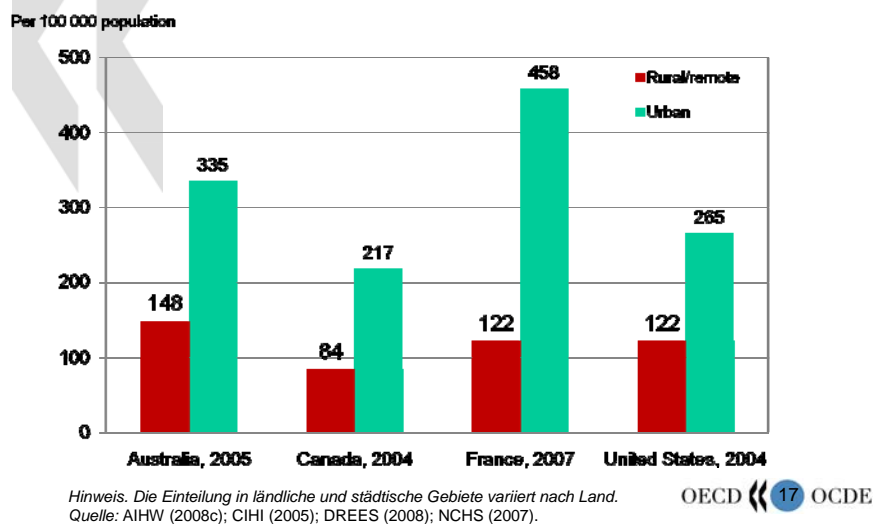
Koordination der Behandlung (2) Was Anlass zu Besorgnis gibt

- Kein Geld mehr im System
- → Koordination der Behandlung erhält weniger Aufmerksamkeit
- Wenig Informationsaustausch unter Leistungserbringern
- Praktiken der „Referenzärzte“ reichen nicht aus
- Zahlungen pro Fall fördern Koordination nicht
- Barrieren (administrativer Art oder regulierungsbedingt) unter Abteilungen und Fachleuten (Ärztenschaft, Pflegepersonal)

Quelle: Hofmark et al., 2008

Dritte Herausforderung: Ungleichheit

Ärztendichte in ländlichen und städtischen Gebieten, vier OECD-Länder, 2005 (oder nahe daran liegendes Jahr)



Beteiligung an Früherkennungsprogrammen für Brustkrebs, nach Regionen in einigen OECD-Ländern





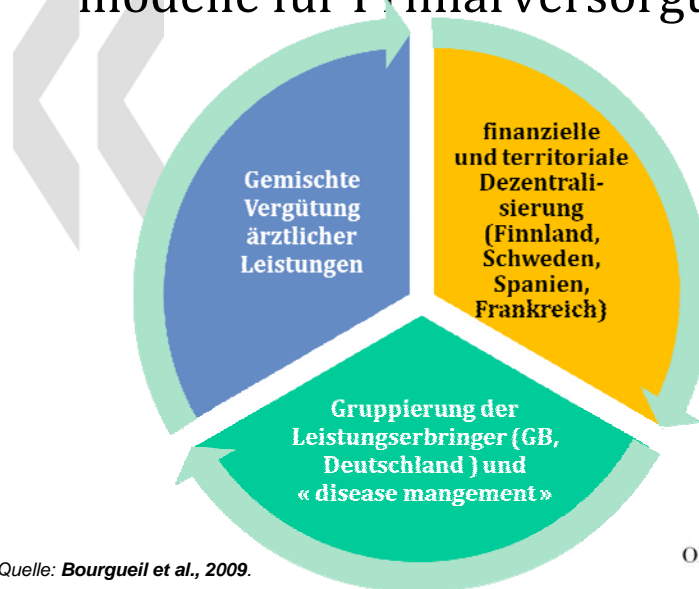
Entwicklung

1. Primärversorgung / ambulante Versorgung

- Koordinierte Organisation rund um die Primärversorgung (Spanien, Schweden, Finnland)
- Allgemeinpraktiker als Pfeiler des Systems (England, Holland, Australien, Neuseeland, Italien)
- Entscheidungsfreiheit der Akteure (Deutschland, Kanada, Frankreich)

Quelle: *Bourgueil et al., 2009.*

Konvergenz der Organisationsmodelle für Primärversorgung



Programme für Case und Disease Management

- Programme zur Koordination der Behandlung (USA, Deutschland, England)
- Oft auf eine Pathologie beschränkt
- Die Koordination funktioniert besser in Systemen mit integrierter Versorgung (z.B. Kaiser Permanente)
- Scheint die Qualität der Betreuung zu verbessern, aber nicht die Kosten zu senken.

Quelle: Hofmarket and Oxley, 2008

2. Spitäler

Tendenz zur
Spezialisierung

Druck zur
Kostenreduktion

Achtsamkeit auf
Qualität und
Sicherheit

Rolle der
Technologien

Macht/ Einfluss
der Patienten

Richtung der Veränderungen

- Änderung der Zahlungsmethoden
- Reduktion der Anzahl Betten,
Tageshospitalisation
- Technologie ermöglicht Hospitalisierung zu
Hause, das „virtuelle“ Spital
- Zentralisierung und Dezentralisierung
existieren nebeneinander



Schlüsse für die Schweiz?

- Flexibilität der Organisation begünstigen
- Welches ist die nützlichste Planungseinheit?
- Neue Modelle der Primärversorgung
- Anerkennung der Rolle des Allgemeinpraktikers und der Grundversorgung
- Welche Ausbildung für die Ärzte?
Welche Rolle für das Pflegepersonal?
- Zahlungssysteme
- Bessere Integration von Gesundheit und Langzeitbehandlung
- Organisation des Informationstransfers innerhalb des Systems

Danke!

- www.oecd.org/health
- www.oecd.org/els/health

