

Anfrage des LAbg. Johannes Gasser, MSc Bakk. BA, NEOS

Frau Landesrätin Martina Rüscher, MBA MSc
Landhaus
6900 Bregenz

Bregenz, am 13.11.2020

**Anfrage gem. § 54 der GO des Vorarlberger Landtages:
Integrierte Versorgungs- und Finanzierungskonzepte für Diabetes und andere häufige und langwierige Krankheitsbilder - welchen Beitrag leistet das Land Vorarlberg?**

Sehr geehrte Frau Landesrätin,

die Kompetenzzersplitterung stellt unsere Gesundheitspolitik immer wieder vor große Herausforderungen und machen die politische Steuerung zum Wohle der Patient_innen und der Steuerzahler_innen nicht immer einfach.

Erfreulicherweise wurden von Seiten der Landesregierung schon einige Maßnahmen gesetzt, um die Abstimmung, Koordination und Schwerpunktsetzung innerhalb des Spitalsbereiches und damit im eigenen Kompetenzbereich des Landes, voranzutreiben. Für eine optimale Zielerreichung der angekündigten Vorhaben wurde auch ein Abkommen mit dem städtischen Krankenhaus Dornbirn geschlossen. Alle diese Vorhaben helfen, die Spitalslandschaft in Vorarlberg auf die Zukunft vorzubereiten und damit einerseits Spezialisierungen zum Wohle der Patient_innen und andererseits die finanzielle Konsolidierung voranzutreiben.

Selbst wenn die Vorhaben und bereits gesetzten Schritte im Spitalsbereich zu begrüßen sind, braucht es zudem einen Fokus auf die vorgelagerten Versorgungsstrukturen im niedergelassenen Bereich. Denn vor allem diese können dabei helfen, Krankenhausaufenthalte und hohe Kosten im stationären Bereich zu reduzieren. Gerade hier steht die angesprochene Kompetenzzersplitterung gesamthaften, abgestimmten und bereichsübergreifenden Versorgungskonzepten zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich im Weg. Ein wesentlicher Baustein um hier sogenannte "integrierte Versorgungskonzepte" auf den Weg zu bringen, liegt in der Finanzierungsverantwortung.

Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit hätte eigentlich in der Periode 2013-2016 solche integrierten Versorgungsprogramme für die Bereiche Diabetes, Schlaganfall und Herzinsuffizienz österreichweit geschaffen werden sollen. Schlussendlich kam nur das Programm "Therapie aktiv" zur strukturierten Versorgung von Diabetes-Patient_innen (DMP) zur Umsetzung. Doch die Teilnehmer_innenzahl war nicht besonders hoch. So waren zum Zeitpunkt der Evaluierung nur 14% insgesamt in diesem strukturierten Programm. Im Vergleich dazu waren in Deutschland rund 50% in einem vergleichbaren strukturierten Programm.

Dass die Einschreibequote im internationalen Vergleich so niedrig ist, liegt sicher nicht an der Qualität der Programme selbst. Das Potenzial solcher integrierten Versorgungs- und Finanzierungskonzepte ist nämlich enorm. Nicht nur die finanziellen

Vorteile sind hier hervorzuheben, sondern auch die höhere Qualität der Behandlung, die sich in einem besseren Umgang mit der Krankheit und mehr gesunden Lebensjahren für die Patient_innen ausdrückt. Das unterstreicht, dass diese integrierten Versorgungs- und Finanzierungskonzepte in Zukunft im Zentrum einer effizienten und effektiven Gesundheitspolitik liegen sollten.

Die Evaluierung des DMP-Programmes hat zudem die finanziellen Vorteile aufgezeigt: Jährlich könnten Einsparungen von über 800€ für jeden DMP-Teilnehmer erzielt werden. Einsparungen, die insbesondere im Spitalsbereich erzielt werden konnten und damit eigentlich im Interesse des Landes liegen sollten. Das Problem ist nur, dass die Einsparungen fast ausschließlich in den Spitälern anfallen, die von den Ländern (Landesgesundheitsfonds) finanziert werden. Die Kassen, die „Therapie aktiv“ organisieren, können froh sein, wenn sie die ambulanten Mehrkosten durch geringe Heilmittelkosten und Transportkosten decken können. Die fehlende „Finanzierung aus einer Hand“ hemmt also die Kassen bei der verstärkten Einschreibung in das DMP. Die Schlusslicht-Position bei der strukturierten Versorgung ist somit hausgemacht, weil seit Jahrzehnten bei einer Reform zur "Finanzierung aus einer Hand" geblockt wird und die integrierte Versorgungsfinanzierung (IGV-Finanzierung) nicht vorgebracht wird.

Vor diesem Hintergrund stelle ich hiermit gemäß § 54 der Geschäftsordnung des Vorarlberger Landtages folgende

ANFRAGE

1. Wie viele Patient_innen mit Diabetes (Typ 2) gibt es in Vorarlberg?
 - a. Wie viele davon waren bzw. sind Teilnehmer_innen am Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“?
 - b. Wie viele davon befinden sich grundsätzlich in einem integrierten Versorgungsprogramm?
2. Ist bekannt wie hoch die Ausgaben für die Versorgung von Diabetes (Typ 2) Patient_innen im stationären, spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich sind und wie sich in diesen Bereichen die Ausgaben seit 2010 entwickelt haben? (sämtliche Ausgaben der Diabetes-Typ-2-Patient_innen, auch die nicht diabetesbezogenen Gesundheitsausgaben)
 - a. Wenn ja, wie hoch? (Darstellung nach Jahr und nach Versorgungsbereich, getrennt nach Diabetes-Patient_innen in Therapie aktiv und außerhalb von Therapie aktiv)
 - b. Wenn nein, wieso findet innerhalb der Landeszielsteuerung kein indikationsbezogener, sektorübergreifender Datenaustausch statt?
3. Wie ist der aktuelle Stand bezüglich einer Weiterentwicklung und Fortführung dieses Programms, insbesondere im Hinblick darauf mehr Teilnehmer_innen für das Programm zu gewinnen?
4. Aus welchen Gründen wurden andere integrierte Versorgungskonzepte bzw. -programme für Schlaganfälle oder Herzinsuffizienzen, wie es im Rahmen der "Zielsteuerung Gesundheit" ursprünglich vorgesehen war, nicht umgesetzt?

5. Gibt es Pläne andere integrierte Versorgungskonzepte bzw. -programme, z.B. für Schlaganfälle oder Herzinsuffizienzen, umzusetzen und hier auf Landesebene aktiv zu werden?
6. Gibt es für unterschiedliche andere Krankheitsbilder bereits integrierte Versorgungs- und Behandlungsprogramme?
 - a. Wenn ja, um welche handelt es sich hierbei?
 - b. Wenn ja, wie sehen die Verträge dazu - insbesondere im Sinne einer integrierten Finanzierung - aus?
7. Welche Restriktionen gibt es bundespolitisch bzw. rechtlich, um selbst aktiv zu werden? Wie sehen diese aus? Gibt es zur Überwindung dieser Gespräche der Gesundheitsreferenten der anderen Bundesländer bzw. mit dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, den Sozialversicherungsträgern und der Ärztekammer?
8. Worum geht es bei "Pilotprojekt für ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept inkl. gemeinsamer Finanzierung für ausgewählte kostenintensive Arzneimittel" der im Tätigkeitsbericht des Landesgesundheitsfonds 2018 angesprochen wird?
9. Welche Möglichkeiten sehen Sie für den Landesgesundheitsfonds in der Beteiligung bzw. Organisation von entsprechenden integrierten Versorgungs- und Finanzierungskonzepten?

Für die fristgerechte Beantwortung dieser Anfrage bedanken wir uns im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen,

LAbg. Johannes Gasser, MSc Bakk. BA

Herr Landtagsabgeordneter
Johannes Gasser, MSc Bakk. BA
NEOS Landtagsklub
Landhaus
6900 Bregenz

im Wege der Landtagsdirektion

Bregenz, 04. Dezember 2020

Betreff: Anfrage vom 13.11.2020, Zl. 29.01.119– „Integrierte Versorgungs- und Finanzierungskonzepte für Diabetes und andere häufige und langwierige Krankheitsbilder - welchen Beitrag leistet das Land Vorarlberg??“

Sehr geehrter Herr Landtagsabgeordneter Gasser,

Ihre gemäß § 54 der Geschäftsordnung des Vorarlberger Landtages an mich gerichtete Anfrage beantworte ich gerne wie folgt:

Allgemeine Vorbemerkung:

Das „Disease Management Programmes Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ für Diabetes Mellitus Typ 2 Patienten ist ein Projekt der Sozialversicherung. Dieses Projekt wird in Vorarlberg gemeinsam von der Österreichischen Gesundheitskasse Landesstelle Vorarlberg und dem Landesgesundheitsfonds Vorarlberg finanziert. Die Umsetzung findet durch die Österreichische Gesundheitskasse Landesstelle Vorarlberg und deren Vertragspartner, insbesondere den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, statt. Auf der Internetseite <https://www.therapie-aktiv.at> findet sich umfassendes Informationsmaterial sowie der umfassende „ABSCHLUSSBERICHT EVALUIERUNG“ der Medizinischen Universität Graz vom April 2019 .

1. Wie viele Patient_innen mit Diabetes (Typ 2) gibt es in Vorarlberg?

Eine exakte Zahl liegt aufgrund mangelnder Datenerfassung im extramuralen Bereich nicht vor. Auf Basis von Medikamentenverordnungsdaten wird laut dem Österreichischen Diabetesbericht 2017 für Vorarlberg eine Prävalenz für Diabetes mellitus von 12.941 Personen im Jahr 2015 ausgewiesen. Zu beachten ist, dass in dieser Zahl nicht medikamentös (diätisch) behandelte Patienten nicht enthalten sind.

a. Wie viele davon waren bzw. sind Teilnehmer_innen am Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“?

b. Wie viele davon befinden sich grundsätzlich in einem integrierten Versorgungsprogramm?

Auf der Webseite therapie-aktiv.at ist für Vorarlberg mit Stand per 1.11.2020 die Anzahl der „Aktuell teilnehmenden ÄrztInnen“ mit 94 und die Anzahl der Aktuell teilnehmenden PatientInnen mit 3.663 angeführt.

2. Ist bekannt wie hoch die Ausgaben für die Versorgung von Diabetes (Typ 2) Patient_innen im stationären, spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich sind und wie sich in diesen Bereichen die Ausgaben seit 2010 entwickelt haben? (sämtliche Ausgaben der Diabetes-Typ-2 Patient_innen, auch die nicht diabetesbezogenen Gesundheitsausgaben)

a. Wenn ja, wie hoch? (Darstellung nach Jahr und nach Versorgungsbereich, getrennt nach Diabetes-Patient_innen in Therapie aktiv und außerhalb von Therapie aktiv)

b. Wenn nein, wieso findet innerhalb der Landeszielsteuerung kein indikationsbezogener, sektorübergreifender Datenaustausch statt?

In Österreich werden keine eindeutigen Daten zu den Krankheitskosten von Diabetes mellitus Typ II erhoben. Mit verschiedenen Methoden werden allerdings Modellrechnungen durchgeführt. Diesbezüglich wird auf den „Österreichischen Diabetesbericht 2017“ sowie auf den „ABSCHLUSSBERICHT EVALUIERUNG“ von therapie-aktiv verwiesen.

3. Wie ist der aktuelle Stand bezüglich einer Weiterentwicklung und Fortführung dieses Programms, insbesondere im Hinblick darauf mehr Teilnehmer_innen für das Programm zu gewinnen?

Diese Frage fällt in den Zuständigkeitsbereich der österreichischen Krankenversicherungsträger. Von Seiten des Landes wird eine Weiterentwicklung und Fortführung des Programmes jedoch durchaus positiv gesehen.

4. Aus welchen Gründen wurden andere integrierte Versorgungskonzepte bzw. -programme für Schlaganfälle oder Herzinsuffizienzen, wie es im Rahmen der "Zielsteuerung Gesundheit" ursprünglich vorgesehen war, nicht umgesetzt?

Für das Krankheitsbild des Schlaganfalles wurde der „Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall“ erarbeitet und von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen. Der Themenkreis Herzinsuffizienz befindet sich aktuell auf verschiedenen Ebenen – insbesondere auch im Rahmen der Arbeitsgruppen der Zielsteuerung-Gesundheit – bundesweit in Arbeit.

5. Gibt es Pläne andere integrierte Versorgungskonzepte bzw. -programme, z.B. für Schlaganfälle oder Herzinsuffizienzen, umzusetzen und hier auf Landesebene aktiv zu werden?

Im nächsten Jahr ist vorgesehen festzustellen, ob es allfällige Abweichungen zum „Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall“ in Vorarlberg gibt, und bei Bedarf Anpassungen in der Versorgung vorzunehmen.

6. Gibt es für unterschiedliche andere Krankheitsbilder bereits integrierte Versorgungs- und Behandlungsprogramme?

a. Wenn ja, um welche handelt es sich hierbei?

b. Wenn ja, wie sehen die Verträge dazu - insbesondere im Sinne einer integrierten Finanzierung - aus?

Es sind uns aktuell keine weiteren bekannt.

7. Welche Restriktionen gibt es bundespolitisch bzw. rechtlich, um selbst aktiv zu werden? Wie sehen diese aus? Gibt es zur Überwindung dieser Gespräche der Gesundheitsreferenten der anderen Bundesländer bzw. mit dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, den Sozialversicherungsträgern und der Ärztekammer?

Integrierte Versorgungs- und Behandlungsprogramme werden grundsätzlich immer in Kooperation mit Systempartnern (weiter)entwickelt. Dies wird auch als Grundlage für eine erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung gesehen. Im Hinblick auf die große Bandbreite an Handlungsfeldern ist aber bei der Planung zur berücksichtigen, dass finanzielle und personelle Ressourcen nur beschränkt verfügbar sind. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang, dass integrierte Versorgungs- und Behandlungsprogramme sich in der Regel auf Patienten und Patientinnen mit chronischen Krankheiten beziehen; diese Patienten und Patientinnen befinden sich regelmäßig mit ihren chronischen Erkrankungen in Behandlung bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen, weshalb die Gesamtvertragspartner Krankenversicherung und Ärztekammer für die Weiterentwicklung dieser Programme prädestiniert sind.

8. Worum geht es bei "Pilotprojekt für ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept inkl. gemeinsamer Finanzierung für ausgewählte kostenintensive Arzneimittel" der im Tätigkeitsbericht des Landesgesundheitsfonds 2018 angesprochen wird?

Gerade bei hochpreisigen und spezialisierten Arzneimitteln werden immer wieder Diskussionen geführt, ob die Behandlung intramural oder extramural erfolgen kann bzw. soll. Wesentliche dabei zu berücksichtigende Gesichtspunkte sind die ausreichende Sicherstellung der Qualität der (Gesamt-)Behandlung sowie die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Mit dieser Vereinbarung im Sinne des Art. 14 Abs. 3 Z. 2 der Vereinbarung gemäß 15a B-VG zur Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I Nr. 97/2017) nehmen die Vertragspartner ihre Verantwortung zur Sicherstellung einer optimalen Versorgung der in Betracht kommenden Patienten gemeinsam wahr. Es erfolgt eine Kostenteilung zwischen dem intra- und extramuralen Bereich für bestimmte, sehr hochpreisige Arzneimittel. Dies unabhängig davon, ob diese im intra- oder extramuralen Setting verabreicht werden.

9. Welche Möglichkeiten sehen Sie für den Landesgesundheitsfonds in der Beteiligung bzw. Organisation von entsprechenden integrierten Versorgungs- und Finanzierungskonzepten?

Das Ziel von integrierten Versorgungs- und Finanzierungskonzepten ist es regelmäßig, die Schnittstellen zwischen der Versorgung im intra- und extramuralen Bereich zu überwinden und eine Patientenversorgung sicherzustellen, die gesamthaft gesteuert erfolgt und unabhängig davon, ob ein Teil der Leistungen im Spital und ein anderer Teil im extramuralen Bereich erbracht wird, optimal abgestimmt erfolgt. Die Etablierung solcher integrierter Versorgungskonzepte, die oftmals auch in ein gemeinsames Finanzierungskonzept münden, ist inhaltlich und strukturell eine große

Herausforderung. Beispiele für solche gelungenen integrierten Versorgungs- und Finanzierungskonzepte sind etwa das Zielsteuerungsprojekt Peritonealdialyse, die Mobile Kinderkrankenpflege, die zwischen der Sozialversicherung und dem Land gemeinsam geplante und finanzierte Dialyseversorgung im extramuralen Bereich sowie die Kinderrehabilitation, aber auch das von Ihnen erwähnte Disease Management Programm Therapie Aktiv – Diabetes im Griff.

Mit freundlichen Grüßen