

eHealth in Theorie und Praxis (183.635, VU, 4.0h, 5 ECTS)

Thomas Grechenig,
Wolfgang Schramm,
Barbara Tappeiner,
Geraldine Fitzpatrick

Inhalt – Integrierte Versorgung

- 1 Ausgangslage
- 2 Definition, Nutzen, Modelle
- 3 Beispielprojekte
- 4 IT in der Integrierten Versorgung

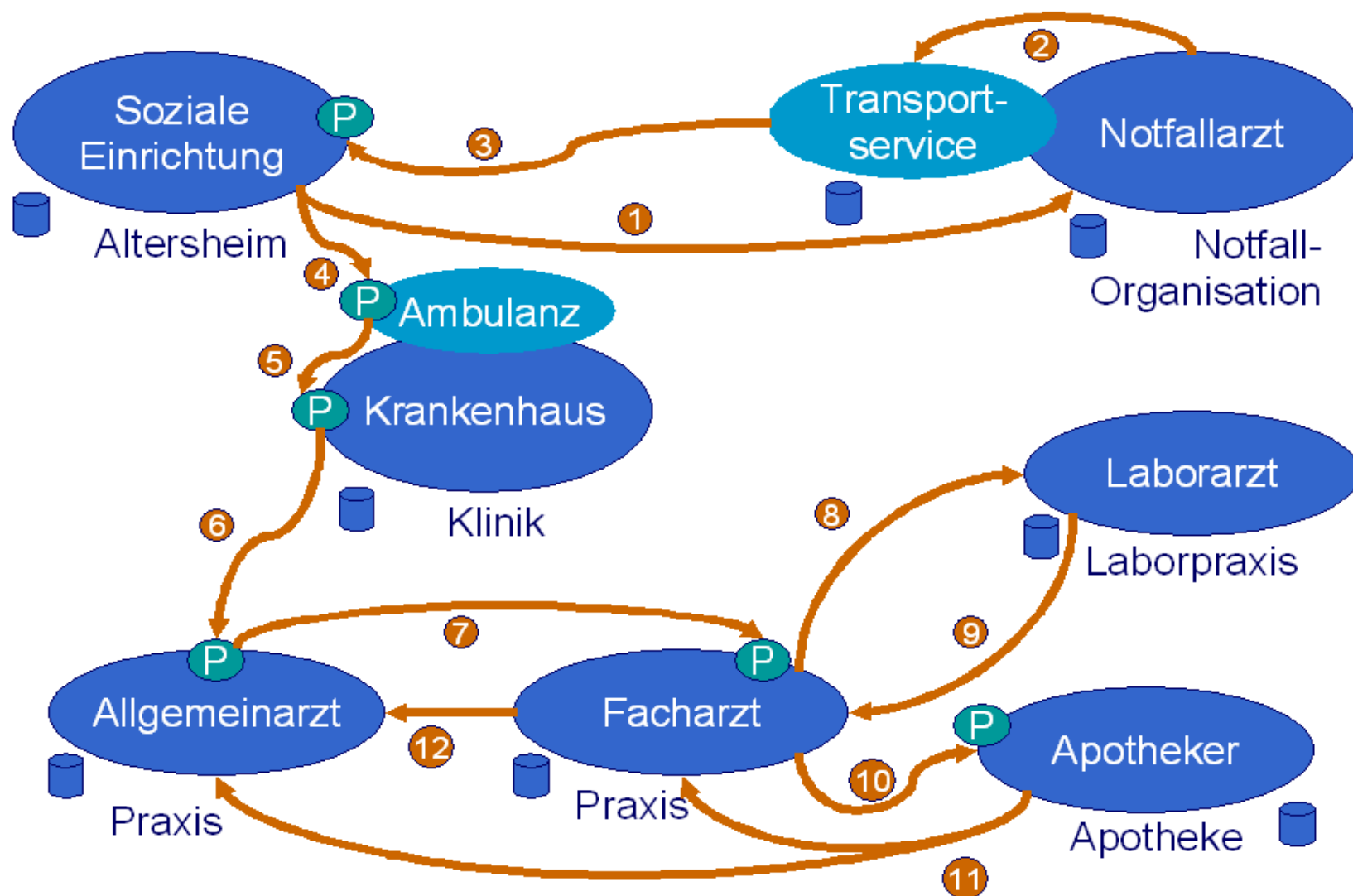
- **Das österreichische Gesundheitswesen ist eines der Besten der Welt**
- **Dennoch:**
- **Strukturelle Schwächen des Gesundheitswesens**
 - Sektorale Trennung bei Finanzierung
 - Versorgungsdefizite bei den Schnittstellen
 - Mangelnde Vernetzung der Subsysteme im Gesundheitswesen
 - Keine einheitliche Dokumentation von Leistungen und Diagnosen
 - Fehlende Outcome-Messungen und Wirksamkeitsnachweise

- **Qualitätsprobleme**
 - Fehlen von definierten Qualitätsstandards
 - Fehlende Transparenz für Versicherte bzw. Patienten
- **Zusätzliche Herausforderungen für das Gesundheitssystem**
 - Demographische Bevölkerungsentwicklung
 - Steigender Anteil der älteren Bevölkerung
 - Verschiebung von akuten hin zu chronischen Erkrankungen
 - Multimorbidität
- **Herkömmliche Versorgungsstrukturen werden den sich ändernden Rahmenbedingungen nicht mehr gerecht!**

Aber: Gute Gründe für Spezialisierung und Sektorisierung

- **Sachlich:** unterschiedliche Probleme mit unterschiedlichen Konzepten/Fachwissen/Methoden
- **Sozial:** unterschiedliche Perspektiven (Professionelle, Kunden) mit Kommunikationserfordernissen
- **Zeitlich:** nacheinander handelnd, zeitliche Verdichtung im KH
- **Räumlich:** nicht alle Betreuer am selben Ort, Verdichtung im KH
- **Rechtlich:** juristische Abgrenzungen

Patientenwege / Informationswege



- **Übergänge innerhalb des ambulanten Sektors**
 - hausärztliche Versorgung \leftrightarrow fachärztliche Versorgung
- **Übergänge zwischen den Sektoren**
 - ambulanter Sektor \rightarrow stationärer Sektor \rightarrow ambulanter Sektor
- **Übergänge innerhalb des stationären Sektors**
 - akutmedizinische Versorgung \rightarrow rehabilitative Versorgung
- **Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen**
 - Medizin / Pflege / Sozialarbeit / andere betreuende Berufsgruppen (Gemeindeschwestern etc.)

Folgen der Versorgungsbrüche für den Patienten

- **Diskontinuität der Behandlung, Betreuung, und Verantwortlichkeit**
- **Belastung mit unnötiger und teilweise riskanter Diagnostik**
- **Unterbrechungen der Therapie mit der damit einhergehenden Gefahr des Wirkungsverlustes**
- **Informationsdefizite**
- **nicht optimal aufeinander abgestimmte Behandlungen**
- **unzureichende oder fehlende Nachsorge**
- **Konsequenz:**
 - schlechtere Heilungschancen
 - höhere Sterblichkeitsraten (insb. bei chronischen Erkrankungen)
 - geringere Lebensqualität

Ökonomische Auswirkung der Versorgungsbrüche

- **Vermeidbarer Kommunikationsaufwand**
- **Unnötige parallele Vorhaltung medizinischer Kapazitäten**
- **Konsequenz:**
 - unnötige Kosten

Ursprung des IV Konzepts: Managed Care (USA)

- **Managed Care in der Theorie:**
 - Versorgungsprozess, der auf effiziente Allokation von Mitteln und Ressourcen zielt, so dass jeder Patient die richtig Art und Menge an präventiven und kurativen medizinischen Leistungen erhält und kurativen medizinischen Leistungen erhält.
 - Anwendung von Prinzipien des Management auf den Versorgungsprozess
 - Patientenbezogene Leistungserbringung
 - Integration von Leistung und Finanzierung

- **Managed Care in der Praxis:**
 - Geringe (bis keine) Einsparungen
 - Keine wesentliche Verbesserung der Qualität
 - Hohe administrative Kosten
 - Initial erheblich Minderung der Qualität
 - Leistungsanbieter unzufrieden
 - Patienten unzufrieden
- Reine Managed Care Modelle werden immer weniger

- **Keine einheitliche Definition vorhanden**
- **Vorschlag: Integrierte Versorgung ist eine**
 - patientenorientierte,
 - kontinuierliche,
 - sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre und
 - nach einem standardisierten Behandlungskonzept

ausgerichtete Versorgung (Eger, 2007)

IV zielt darauf:

- durch Kooperationen und Koordinierung
- über die Grenzen der verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens (Prävention, ambulanter Bereich, stationärer Bereich, Rehabilitation) hinweg
- zu einer Verbesserung der Versorgungsabläufe in Bezug auf den Patienten zu kommen.

- **Wesentliche Merkmale der IV:**
 - Integration: sektor- und fachübergreifende Versorgungsprozesse
 - Kooperation: bezüglich Inhalt und Ziele der Behandlung
 - Koordination der unterschiedlichen Aktivitäten und Disziplinen
 - Kommunikation über die erfolgte Diagnostik und Therapie
 - Informationstransfer: Vernetzung der Leistungsanbieter
- **Ziel: Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit**

Integration: Differenziert nach Bereichen

- Medizinisch
- Organisatorisch
- Infrastruktur
- Wirtschaftlich
- Rechtlich

Indikationsbezogene vs populationsbezogene IV



- **Indikationsbezogene IV:**

- häufigste Form
- konkrete Behandlungspfade möglich
- einfache Evaluierbarkeit
- gute Steuerbarkeit

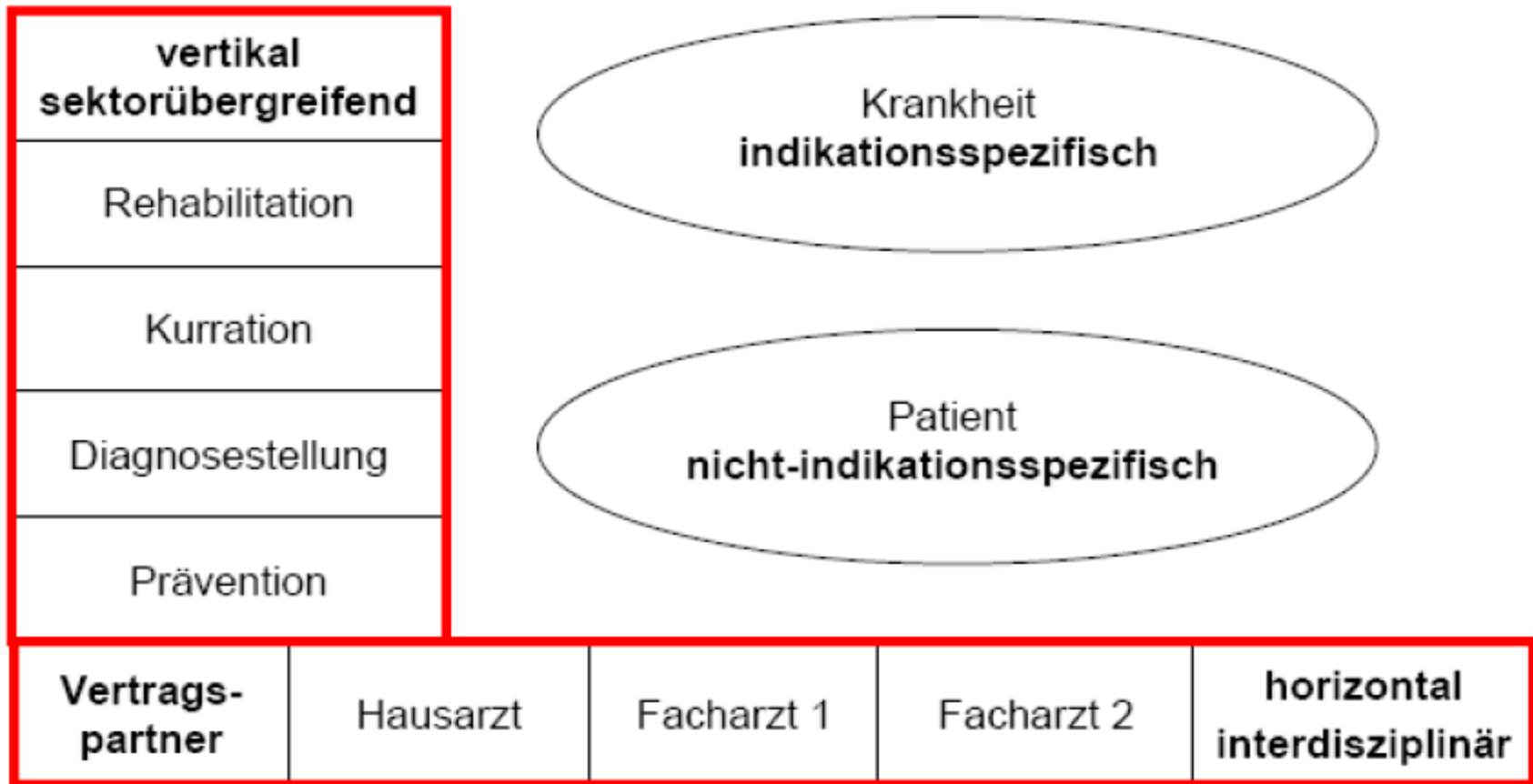
- **Populationsbezogene IV:**

- (noch) wenige Verträge
- Vernetzung möglichst vieler Leistungsanbieter einer Region
- Outcomedefinition und Evaluation schwierig

Systematik häufiger Integrationsformen

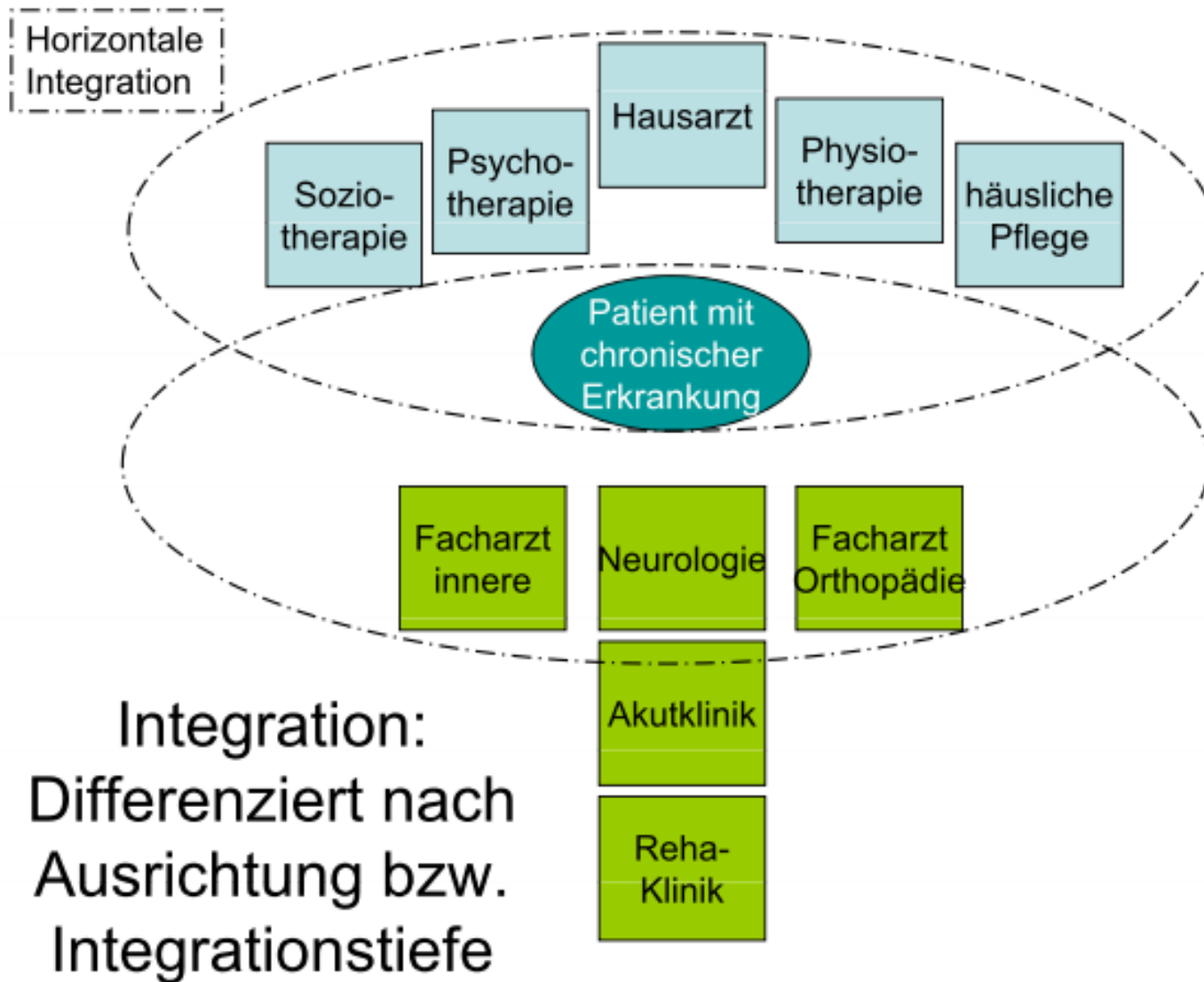
	sektorübergreifende populationsbezogene Integration	Indikationsspezifische Integration (sektorübergreifend)
Häufigkeit der Umsetzung in Praxis	Nur Ausnahmefälle (bisher) - „Gesundes Kinzigtal“ - Bundesknappschaft	die Regel (gemessen an Vertragszahl)
Planbarkeit der Behandlung	schwierig	Behandlungspfade gut zu planen
Einschätzbarkeit der Kosten	schwierig	gut
Planbarkeit der Vergütung	schwierig	planbar
Evaluation	komplex	leicht realisierbar

IV Modelle

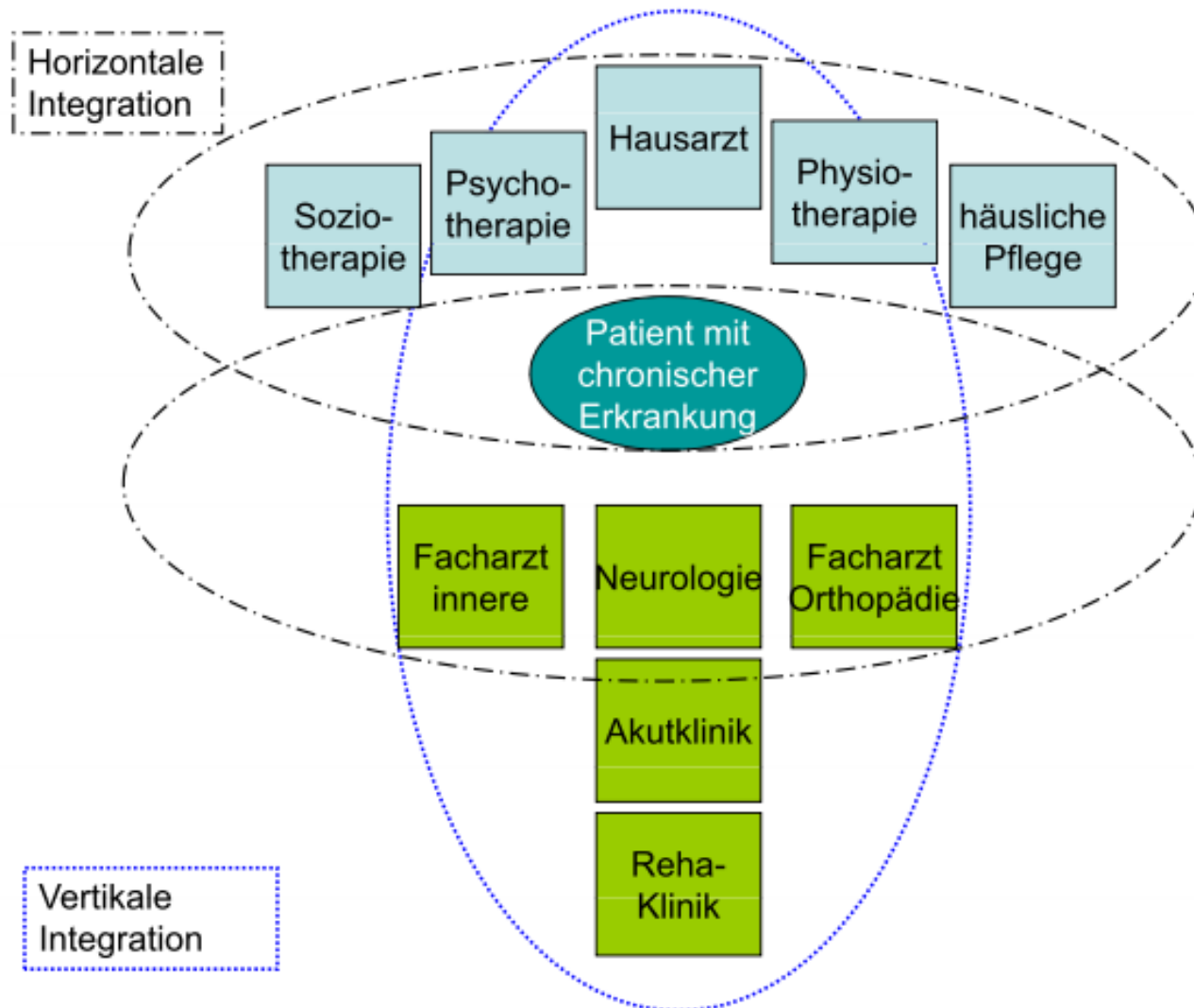


Quelle: Kollmeyer, 2004

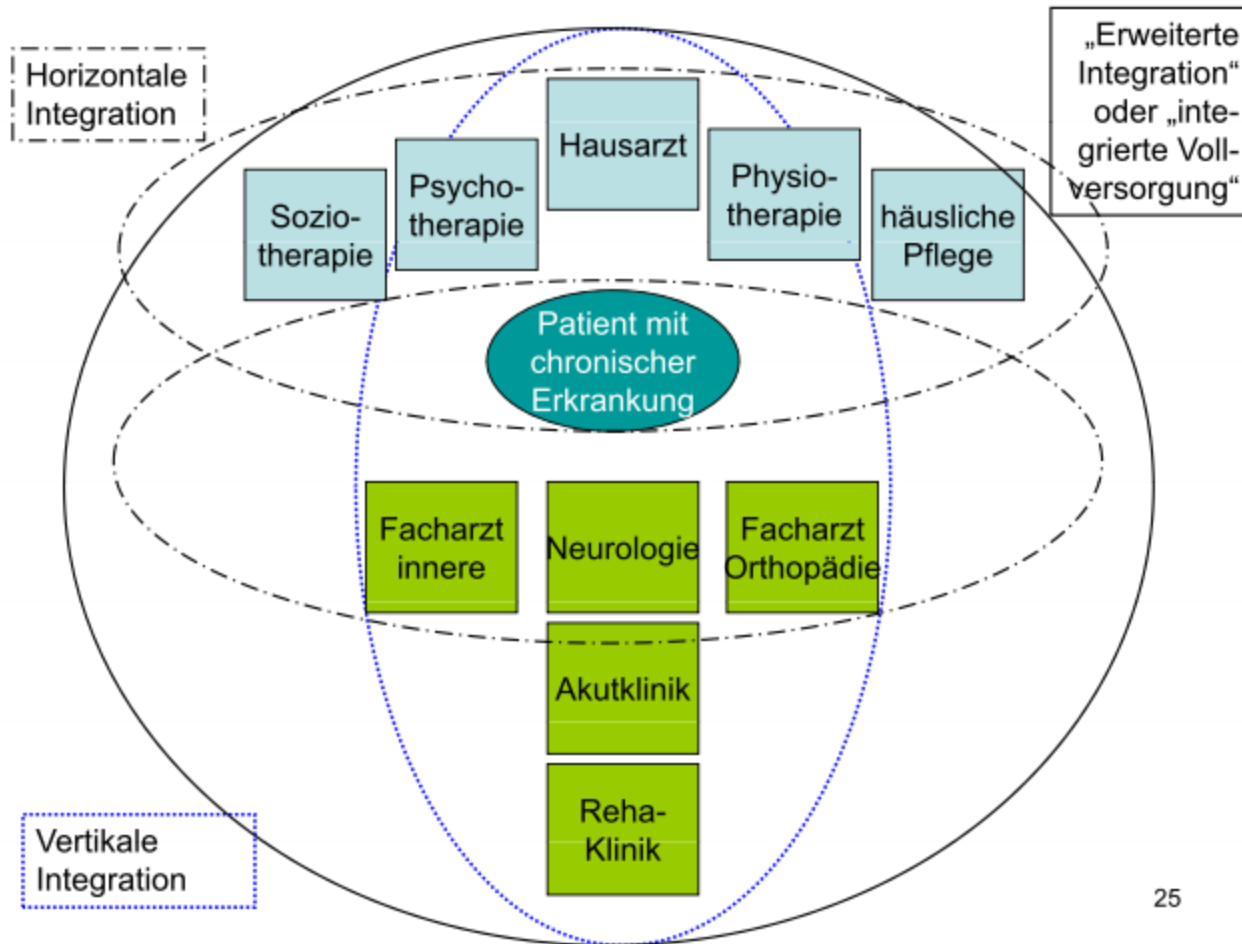
Horizontale Integration



Vertikale Integration

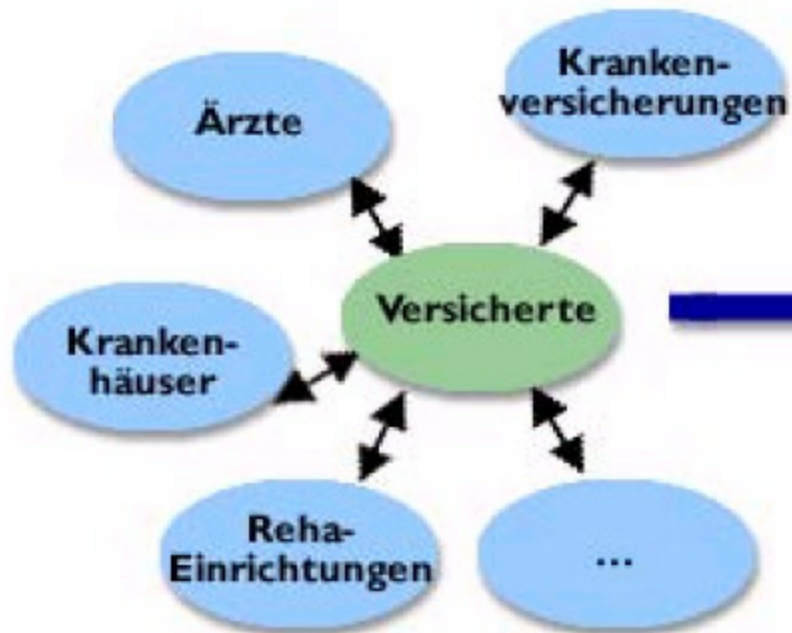


Erweiterte Integration / integrierte Vollversorgung

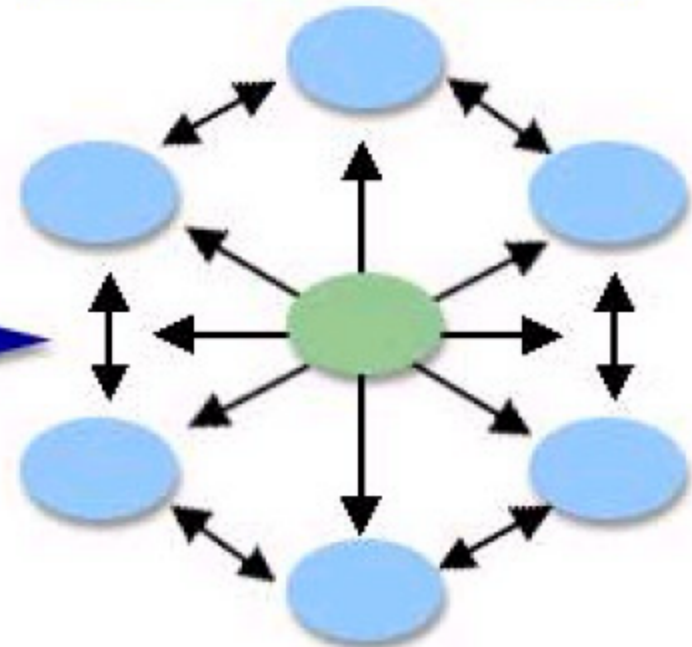


Integration und Vernetzung

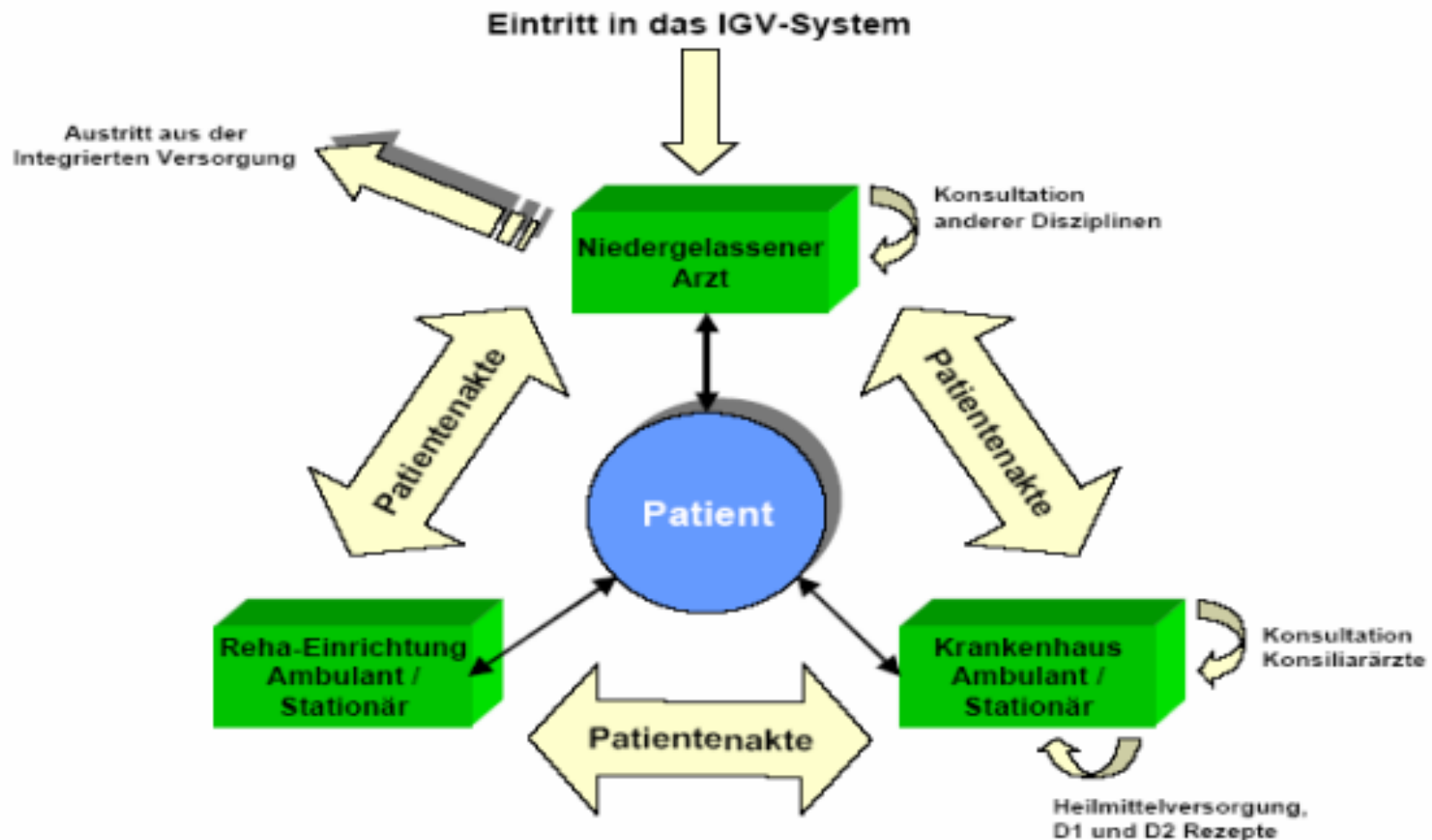
Regelversorgung



Integrierte Versorgung

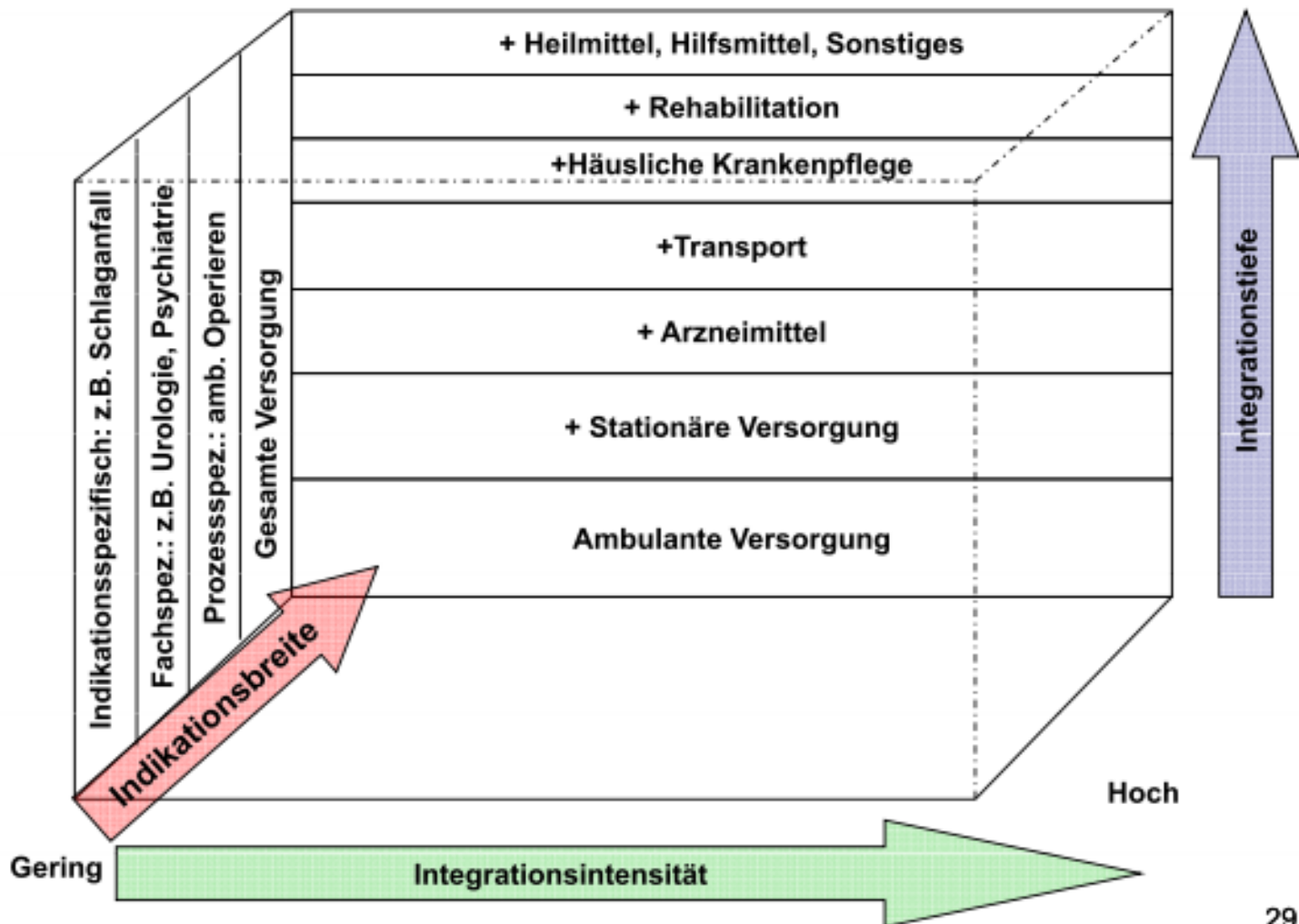


Kreislauf der Integrierten Versorgung



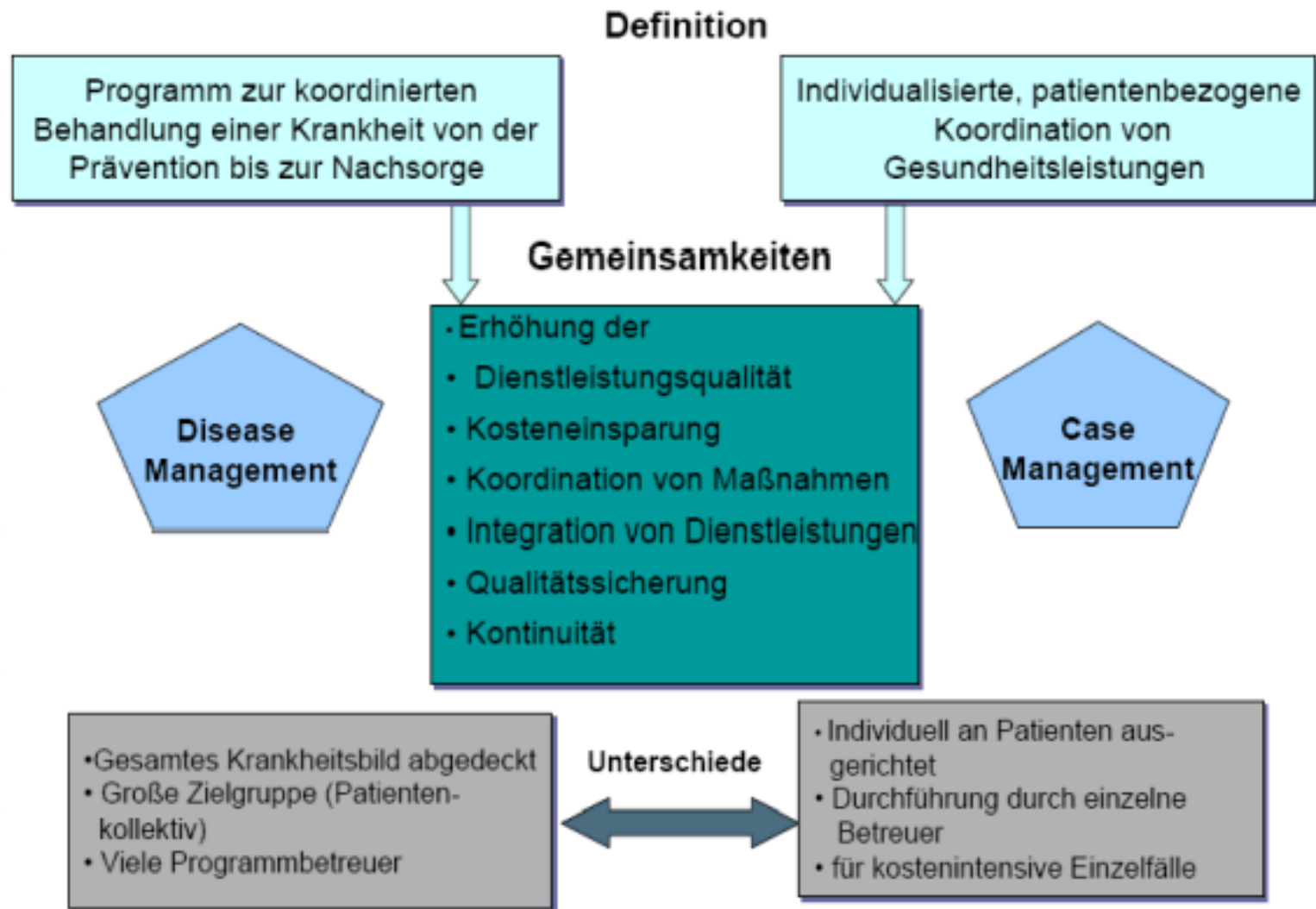
(Quelle: Riedel, R.; Schmidt, J.; Hefner, H. (Hrsg.): Leitfaden zur Integrierten Versorgung.
http://www.bkk-nrw.de/projekte/leitfaden_integrierte_versorgung/, 2004-06-08, Abruf am 2004-08-26.)

Dimensionen einer Integration im Gesundheitswesen



Schreyögg, J./Weinbrenner, S./Busse, R. (2006): Leistungsmanagement in Netzwerken der integrierten Versorgung, In: Busse, R./Schreyögg, J./Gericke, C.A.A. (Hrsg.) Management im Gesundheitswesen, Springer: Berlin.

Managementprinzipien in integrierten Versorgungsformen



- **Effizienter Ressourceneinsatz**
 - Schnittstellen zwischen den Einzelleistungen werden eindeutig definiert (“Behandlungspfad”)
 - Verminderung von Doppel- und Mehrfachuntersuchungen durch verbesserte Information und Kommunikation der Leistungserbringer
 - Leistung wird in kostengünstigstem Sektor erbracht

- **Verbesserung der Qualität**
 - *Prozessqualität* durch sektorenübergreifende und interdisziplinäre Kooperation der Leistungserbringer
 - *Medizinische Qualität* durch standardisierte Behandlungskonzepte, die sich an medizinischen Leitlinien orientieren
 - *Ergebnisqualität* durch laufende medizinische und ökonomische Evaluation

- **Erhöhter Patientennutzen**

- Verbessertes Krankheitswissen z.B. durch Patientenschulungen
- Verbesserte Information/Transparenz: Behandlung erfolgt nach standardisierten optimierten Verfahren
- Belastende und zeitraubende Doppel- und Mehrfachuntersuchungen werden nicht mehr durchgeführt
- Verbesserte Betreuungsqualität: Patient wird funktions- und leistungsebenenübergreifend über den gesamten Krankheitsverlauf begleitet

Nutzen der Integrierten Versorgung - Patienten

- **Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf höchstem Niveau durch leitlinienorientierte Behandlung**
- **Verkürzung der Behandlungszeit durch verringerte Wartezeiten und Vermeidung von teuren Doppeluntersuchungen**
- **Alle Behandlungsschritte sind aufeinander abgestimmt, wodurch ein reibungsloser Behandlungsablauf garantiert ist**
- **Aktiver Einbezug des Patienten in den Behandlungsprozess mit Stärkung der Patientenrechte und Eigenverantwortung (Patient-Empowerment)**
- **Kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten**

Nutzen der Integrierten Versorgung - Leistungserbringer

- Reduzierung der organisatorischen Belastungen durch koordinierte Abläufe
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Behandlungsprozesses
- Kürzere und effektivere Kommunikations- und Informationswege
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit durch verbesserte Versorgung
- Bessere Abstimmung von Zuständigkeiten

Nutzen der Integrierten Versorgung - Kostenträger

- **Transparenz des Leistungsgeschehens**
- **Kosteneffizienz durch optimierte Behandlungsprozesse**
- **Erhöhung der Kundenzufriedenheit**

- „Ausgehend vom Bedarf der Patienten sind Gesundheitsprozesse so zu gestalten, dass Vorsorge, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Pflege in der richtigen Reihenfolge, von der richtigen Stelle, in angemessener Zeit und mit gesicherter Qualität und maximalem Ergebnis erbracht werden.
- Die integrierte Versorgung wird als gesundheitspolitisches Ziel für die Kooperationspartner Bund, Länder, Sozialversicherung und alle Leistungserbringer verbindlich vereinbart. Die Gesamtplanung eines patientenorientierten Leistungsangebotes umfasst alle Versorgungsbereiche. Qualität und Wirtschaftlichkeit der einzelnen Sektoren orientieren sich an Effektivität und Effizienz des Gesamtsystems.“

- **Die grundsätzliche Basis der Integrierten Versorgung und deren Planung stellt die bis 2013 gültige Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens dar.**
 - das gesamte Gesundheitswesen und dessen Teilbereiche überregional und sektorenübergreifend ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln.
 - Geltungsbereich der Artikel 15a-Vereinbarung ist das gesamte österreichische Gesundheitswesen (intra- und extramuraler Bereich) sowie Nahtstellen zum Pflegebereich und folgt damit dem Gesundheitsbegriff der WHO.
- **Weitere verbindliche Grundlage für die Integrierte Versorgung ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG).**
- **Die Bundesländer verabschieden innerhalb des Rahmens des ÖSG regionale Strukturpläne (RSG) und haben damit die Chance ihre Planungen zur Integrierten Versorgung weiter zu verankern**
- **Hauptverband: „Masterplan Gesundheit“**

- **Netzwerkorganisation zur effizienten und qualitätsgesicherten Durchführung von dauerhaften und innovativen Themenstellungen**
- **Probetrieb durch Einrichten von 4 Pilot-Competence Center**
 - Heilbehelfe/Hilfsmittel VAEB
 - Transportwesen NÖGKK
 - eSV Hauptverband
 - Integrierte Versorgung WGKK

- **Betreiber des CC IV: WGKK**
- **Partnerträger: STGKK, NÖGKK**
- **Ziele:**
 - Aufbau von Wissen zu integrierter Versorgung an zentraler Stelle
 - Bilden einer Nahtstelle für Versicherte, Vertragspartner, Sozialversicherungsträger und Gebietskörperschaften
 - **Installierung einer Kommunikations- und Kooperationsplattform**
 - Entwicklung erfolgreicher Strategien
 - Effiziente Nutzung der Ressourcen

Beispiele Österreich – Mehrere Bundesländer (1)

- **Disease Management Programm “Therapie Aktiv -Diabetes im Griff”**
 - Zielgruppe: Patienten mit Diabetes Typ 2
 - vernetzte Leistungserbringer
 - Strukturierter Behandlungspfad (Behandlungsleitlinien)
 - Patientenempowerment (Zielvereinbarung, Patientenschulung)
 - Dokumentation
 - Evaluation

Beispiele Österreich – Mehrere Bundesländer (2)

- **Entlassungsmanagement**
 - Unterstützung von Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf bei der Organisation und Koordination der poststationären Betreuung
 - Entlastung der Patienten und deren Angehörigen sowie des Personals im intra- und extramuralen Bereich
 - Reduktion der Verweildauer
 - Vermeidung von Versorgungslücken und poststationären Komplikationen
 - Reduktion der Wiederaufnahmerate
- **Entlassungsmanagement - unterschiedliche Konzepte**
 - Versorgungskoordinatoren
 - Angestellte der Sozialversicherung
 - Schwerpunkt liegt in der optimierten Versorgung von SV-Leistungen (Heilmittel, Heilbehelfe, Hauskrankenpflege, Verbandstoffe etc.)
 - „klassischer“ Entlassungsmanager
 - Angestellter der Krankenanstalt
 - Schwerpunkt: Koordination sämtlicher Leistungen (Pflege, Sozialdienste, niedergelassener Bereich)

Beispiele Österreich – Mehrere Bundesländer (3)

- **Integrierte Versorgung von Schlaganfallpatienten**
 - Verbesserte Schlaganfallerkennung im Notfallmanagement (Prozessqualität)
 - Optimierte Behandlungsqualität (stroke units)
 - Rechtzeitige Rehabilitation (Prozessqualität)
 - Dokumentation
 - Evaluation
- **Mamma-Screening**
 - Zielgruppe: Frauen zwischen 50 und 69 Jahren
 - Bevölkerungsbezogenes Einladungssystem
 - Qualität entsprechend EU-Guidelines (Schulung, technische QS, Doppel- und Drittbefundung)
 - Dokumentation
 - Evaluation

Beispiele Österreich - Burgenland

- **Disease Management Programm – Diabetes „Modell Burgenland“**
- **Dickdarmkrebsvorsorge „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“**
- **Kinder- und Jugendneuropsychiatrisches Beratungszentrum Eisenstadt**
- **Mammographie-Screening**

- **Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ II**
- **Palliativ-Versorgungskonzept für das Bundesland Kärnten**
- **Versorgungskoordinatoren der SV**
- **Verbesserung der Versorgung mit Logopäden im Bundesland Kärnten**

Beispiele Österreich - Niederösterreich

- **Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ II – Therapie-Aktiv in der Modellregion Waldviertel**
- **Integrierte Hospiz- und Palliativversorgung in Niederösterreich**
- **Onkologische Versorgung – Modellregion Waldviertel**
- **Kardiologische Versorgung – Modellprojekt Waldviertel**
- **Zentrale interdisziplinäre Aufnahmestation – Landeskrankenhaus Waldviertel Horn – Modellregion Waldviertel**
- **Aufnahme- und Entlassungsmanagement – Modellregion Waldviertel**
- **Zahnbehandlung in Narkose für Kinder bis 10 Jahre und Personen mit besonderen Bedürfnissen**

- **Strukturierte Betreuung von Diabetes Mellitus Typ II Patienten**
- **Integrierte Versorgung Schlaganfall**
- **Überleitungspflege**
- **Mammographie-Screening**

Beispiele Österreich - Salzburg

- „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“
- Präoperative anästhesiologische Befundung
- Mammographie-Screening

Beispiele Österreich - Steiermark

- **Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff**
- **Integrierte Versorgung Schlaganfall**
- **Integrierte Versorgung koronare Herzkrankheiten und/oder Aortenstenose**
- **Palliativ- und Hospizversorgung**
- **Herz.leben**
- **Nephrologische Versorgung**
- **Nahtstellenmanagement in Graz**
- **Best-Practise-Modell Vernetztes teleunterstütztes Management chronischer Wunden**
- **Medizinische Hauskrankenpflege im Bezirk Hartberg**

- **Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ II**
- **Integrierter Behandlungspfad Schlaganfall**
- **Konzept Hospiz- und Palliativversorgung Tirol**
- **Heilmittel an der Schnittstelle**
- **Präoperative Diagnostik**
- **Mammographie-Screening**

- **Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2**
- **Mobiles Palliativteam**
- **Entlassungsmanagement**
- **Mobile Kinderkrankenpflege**
- **Mammographie-Screening**

- **Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“**
- **Integrierte Versorgung Schlaganfall – Phase1**
- **Kinderfachärztliche Notdienstordination im AKH**
- **Einführung der Versorgungsebene des „Arztes für Allgemeinmedizin“ in die Struktur eines Schwerpunktkrankenhauses**
- **Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung (PIK)**
 - Entlassungsmanagement
 - Selbsthilfegruppen greifbar im Spital
 - Lebensseiten.at
 - Standardisierter elektronischer Informationstransfer

Projekt PIK – Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung

- **Praxispartner:**

- PatientInnen, Angehörige, Selbsthilfegruppen und Wiener Patientenanwaltschaft
- Drei Krankenanstalten (Wilhelminenspital, Hanusch Krankenhaus, Krankenhaus Göttlicher Heiland) mit fünf Abteilungen
- Niedergelassene ÄrztInnen der Region und Wiener Ärztekammer
- MitarbeiterInnen von acht Pflege- und Sozialdiensten, vom Fonds Soziales Wien (FSW) 1 und vom Dachverband der Wiener Pflege- und Sozialdienste
- Niedergelassene Medizinisch-therapeutische Dienste und Apotheken sowie der Dachverband der gehobenen Medizinisch-technischen Dienste und die Wiener Apothekerkammer
- Sowie weitere Partner für einzelne Maßnahmen: MA 15, WienKom, Wiener Rettung und Rettungsdienste etc.

Projekt PIK – Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung - Verbesserungsmaßnahmen

- **Integriertes Zuweisungs- und Entlassungsmanagement für „Routine-PatientInnen“:**
 - Ein wienweit einheitliches Zuweisungsformular, das alle für die Krankenhaus-Aufnahme relevanten Informationen enthält
 - Integrierter PatientInnenbrief (als Verbesserungsmodell des Kurzarztbriefes)
 - Schriftliche und mündliche Entlassungsinformation für PatientInnen
 - Optimale Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln zu Hause
- **Integrierte Krankenbetreuung für PatientInnen zu Hause, für PatientInnen mit (poststationär) komplexem Betreuungsbedarf, d.h. zumeist hochbetagte, multimorbide und (zumindest teilweise) immobile PatientInnen:**
 - Case Management im Entlassungsprozess und zu Hause, um eine lückenlose Betreuung zu Hause sicherzustellen
 - Rechtzeitige Vorinformation der extramuralen BetreuerInnen in der Phase der Entlassung
 - Entwicklung einer intra- und extramural einheitlichen Pflege transferdokumentation
 - Entwicklung einer 'Gesundheitsmappe – integrierte Krankenbetreuung' in der Hand der PatientInnen zur Verbesserung des Informationstransfers zwischen extramuraler und intramuraler Betreuung
 - Gemeinsame Informationsveranstaltung zwischen niedergelassenen Medizinisch-technischen Diensten und Krankenhausabteilungen zur Optimierung der ambulanten Rehabilitation

Projekt PIK – Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung – Verbesserungsmaßnahmen (2)

- **Diagnosebezogene integrierte Krankenbetreuung, um für PatientInnen, die aufgrund schwerer Erkrankungen häufig zwischen stationärer und ambulanter Betreuung wechseln, eine Kontinuität der Versorgung im gesamten Betreuungsprozess zu sichern:**
 - PatientInnenorientierte Aufklärung
 - Abgestimmte Einzelschulungen für PatientInnen und deren Angehörige im Krankenhaus und zu Hause
 - Gemeinsames Betreuungsverständnis der intramuralen und extramuralen BetreuerInnen durch einen Transmuralen Pflege-Jour fixe
 - Niederschwellige Rücksprachemöglichkeiten zwischen HausärztInnen und Krankenhaus-ÄrztInnen
- **Umsetzung des Leitprinzips „Verstärkte PatientInneneinbeziehung in der Region“:**
 - Informationsstelle über Gesundheitsfragen und Betreuungsangebote (in Kooperation mit dem FSW)
 - Beschwerdemanagement im Spital
 - Selbsthilfeinformation im Spital

Ablaufschema Integration Bsp. Kardiologie

Integrierte Versorgung

Schlüsselprozess der Zuweisung zur ambulanten Rehabilitationseinrichtung der VG

Fachbereich: Kardiologie

Verantwortlich für den Gesamtprozess: Geschäftsführung HerzReha Bad Ischl



Zusammenfassung Integrierte Versorgung

- **Ehrgeizige Vorhaben**
- **Ziele:**
 - Erhöhung des Patientennutzens
 - sektorenübergreifende Kooperation/Schnittstellenmanagement
 - standardisierte Behandlungskonzepte
 - Vermeidung von Ineffizienzen
- **lange Konzeptionsdauer**
- **langer Entscheidungsfindungs-und Umsetzungsprozess**
 - personelle und finanzielle Ressourcen
 - Datenverfügbarkeit vs. Dateneinsicht
 - unterschiedliche Interessen
- **Datenschutz**
- **Ergebnisse der medizinischen und ökonomischen Evaluierung bleiben abzuwarten**

eHealth als Basis für die Integrierte Versorgung

- **IT Unterstützung in den Prozessen**
- **Medizinische Dokumentation**
 - Vollständigkeit, Korrektheit, Verfügbarkeit
 - Mobile Systeme als Enabler der GDA-übergreifenden Dokumentation
- **Optimierung von individuellen Patientenpfaden**
- **Ortsunabhängige Verfügbarkeit von elektronischen Daten zu jeder Zeit**
- **Technische Interoperabilität**
 - Schnittstellen
 - Standards
- **Semantische Interoperabilität**
 - Begriffe haben überall diesselbe Bedeutung
 - Medikation, Diagnosen, Kataloge

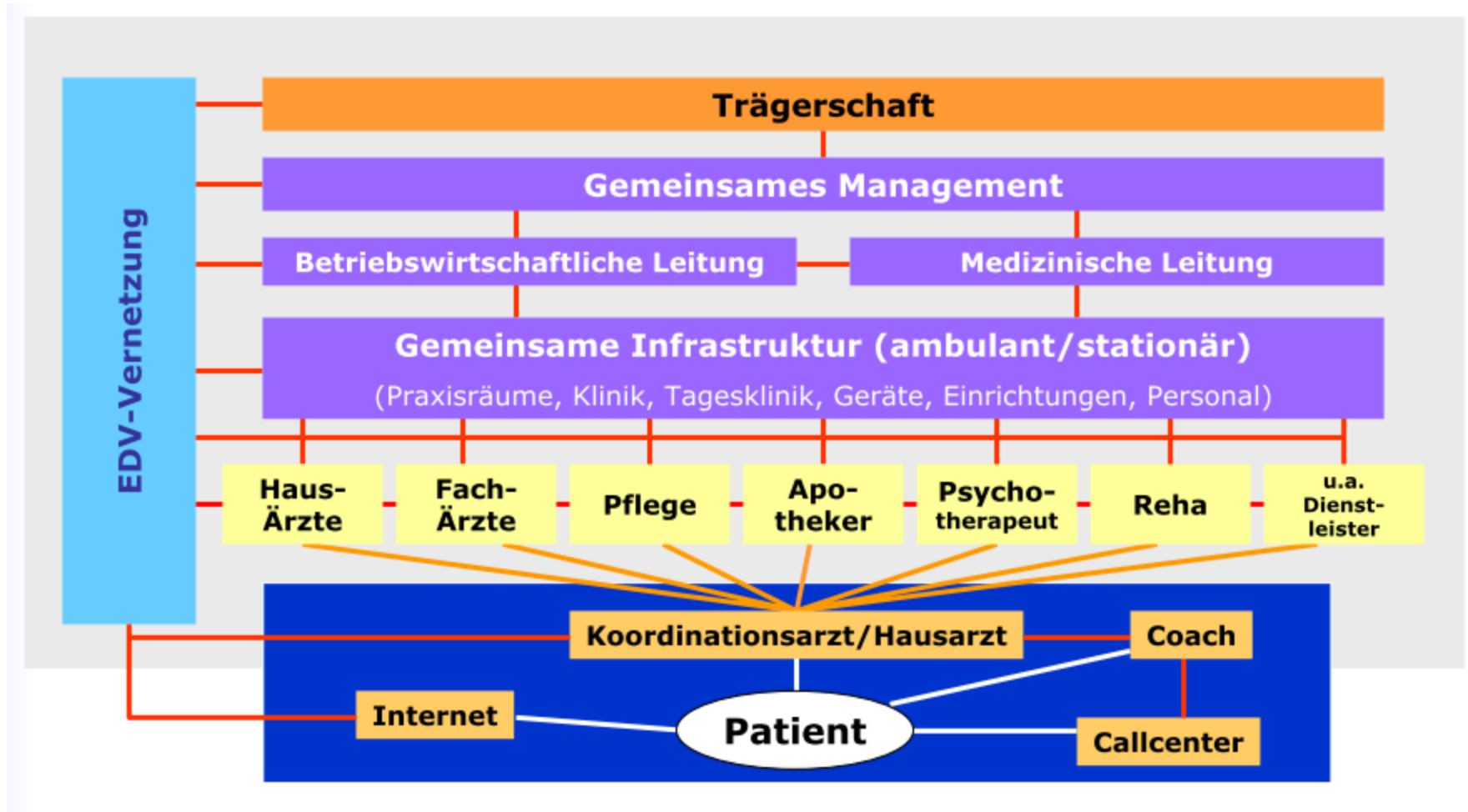
- **Abbildung der Prozesse auf IT-Systeme**
 - Viele Abläufe maximal papier-basiert dokumentiert
 - Optimierung der Prozesse
- **Integration von allen datenführenden Systemen am Patientenpfad**
 - Legacy-Systeme – große Monolithen vs/ & green field in bestimmten Bereichen - Technologietreiber ist wer?
 - Reduktion der verteilten Datenhaltung in Insellösungen
 - Vermeidung der Mehrfacherfassung von Informationen und Datenredundanz
 - Reduktion von Medienbrüchen bei Informationsflüssen
 - Vorgangsintegration
 - Zugang zu relevanten Information in einem dezentralen System

Voraussetzungen auf und über der technischen Ebene

Integrierte Versorgung ohne IT-Unterstützung führt zu Mehraufwand und Ineffizienz

- **Kooperationen**
 - Mit möglichst vielen Partnern und Berufsgruppen am Patientenpfad
 - Gutes Projektmanagement
 - Intensive Abstimmung
- **Politischer und organisatorischer Wille**
- **Sektorenübergreifende Finanzierung der Projekte zur integrierten Versorgung**
- **Schaffung von Plattformen**
 - Telematikplattformen
 - Infrastruktur und Sicherheitskonzept
- **ELGA als Basis-Infrastruktur für IV**

Beispiel für EDV-Integration

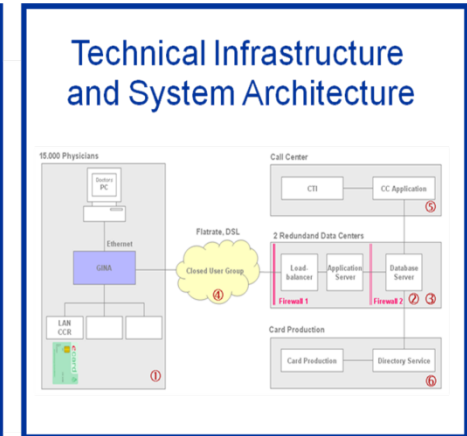


Erfolgsfaktoren integrierter Systeme

- Einheitliche und vernetzte IT-Infrastruktur
- Geographische Nähe der Einheiten
- Zentrale Steuerung und dezentrale Ausführung
- Starke und einheitliche Unternehmenskultur
- Adäquate Anreizsysteme und Kontrollsysteme

Integration von allen Partnern im Gesundheitswesen

Berücksichtigung aller Ebenen:



Politische Ebene

Organisatorische Ebene

Operative Ebene

Technische Ebene

Referenzen

Eger Karin: Integrierte Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen – Status Quo und Ausblick, 2011

Eger Karin, Sandholzer Klaudia: Integrierte Versorgung in Österreich – eine Bestandsaufnahme, 2007

Günert Bernhard: Evaluation von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in der Integrierten Versorgung – ein Überblick, 2009

Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie: Endbericht PIK – Modellprojekt Patientenorientierte Integrierte Krankenbetreuung, 2004

TU Berlin: Integrierte Versorgung – Notwendigkeit und Möglichkeiten, 2007

Well-done Themenservice: Integrierte Versorgung in der Pflege – ein Konzept mit Zukunft, 2010