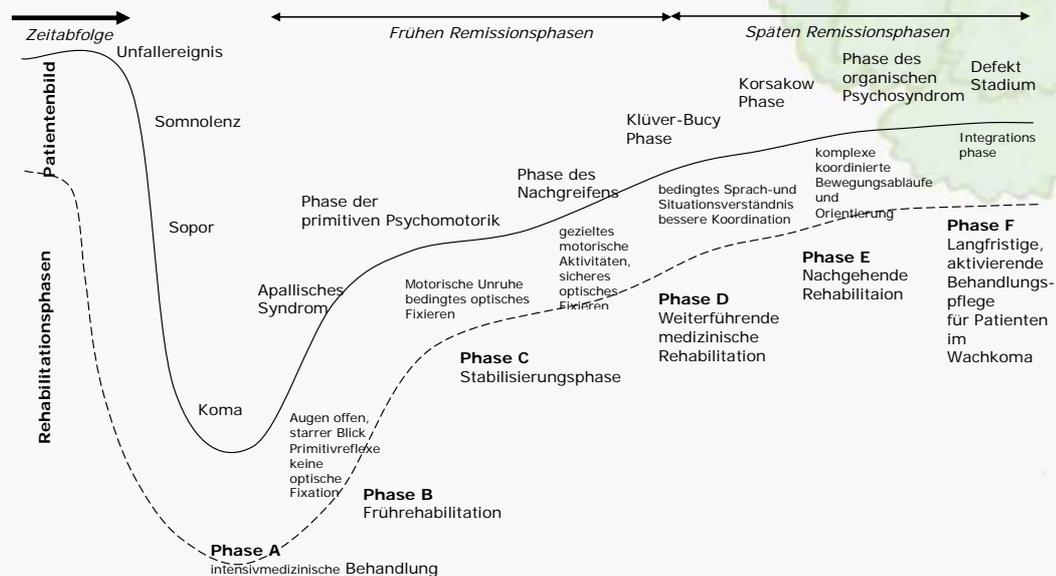


Wachkoma: Rechtliche & Ökonomische Folgen

„Es ist ein Zeichen für eine Gesellschaft, wie sie mit ihren schwächsten Mitgliedern umgeht.“

Albert Einstein

Remissionsphasen in Zusammenhang mit Rehabilitationsphasen

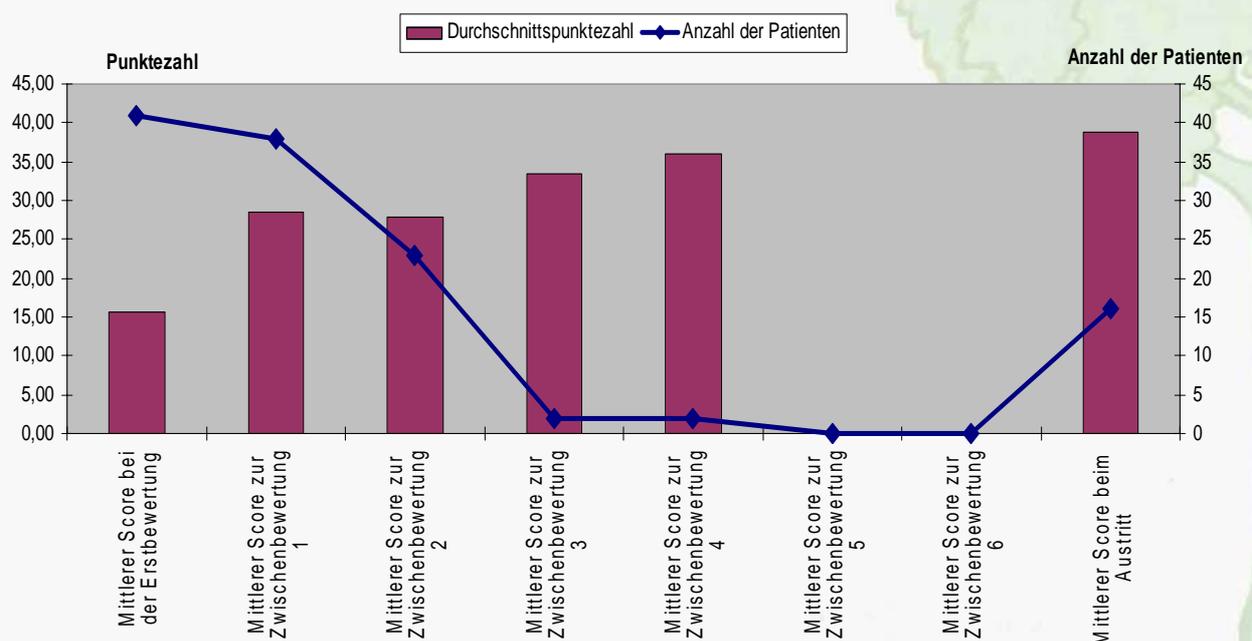


Wachkomastation im Geriatrischen Krankenhaus der GGZ

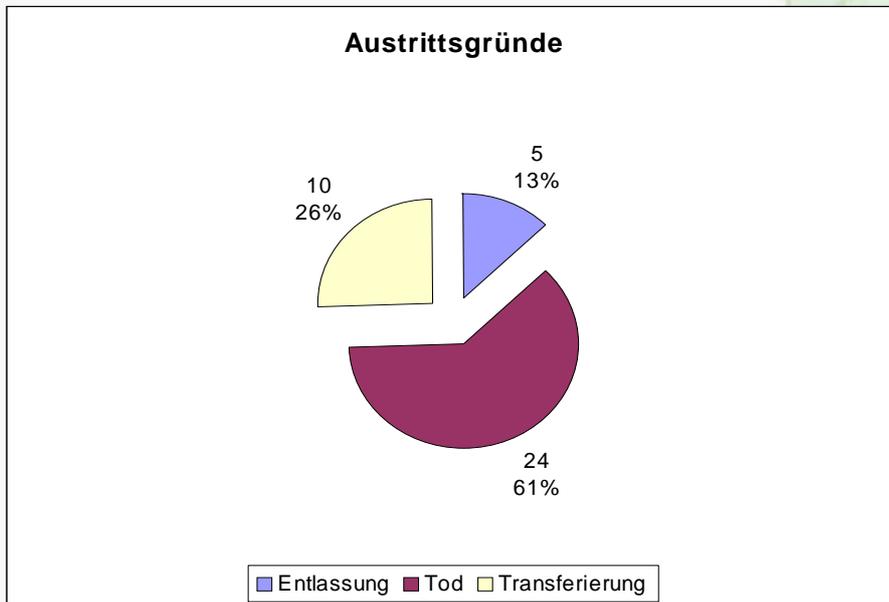
- 25 Betten
- durchschnittliche Verweildauer: 222 Tage
Spannweite: 2 Tage bis 3,75 Jahre
- Bewertung der Krankheitsentwicklung der Patienten mittels interdisziplinärer Remissionsverläufe (Punktemaximum von 67)

Statistik Remissionsverläufe Wachkomastation, GKH1

Durchschnittspunktezahl & Anzahl der Patienten



Austrittsgründe auf der Wachkomastation



GESUNDHEITSREFORM 2005

Triade der Finanzierung

intramural

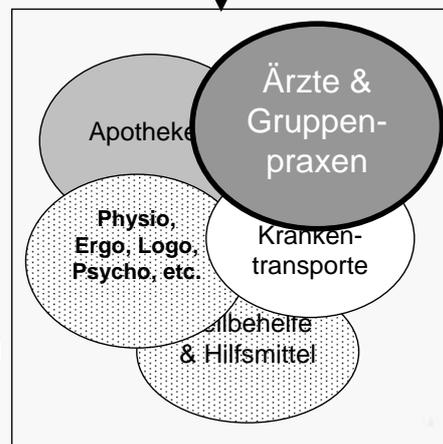
LANDESFONDS

Bund
Land
Gemeinden
Sozialversicherung

Öffentliche
Kranken-
anstalten

extramural

SOZIALVER-
SICHERUNG



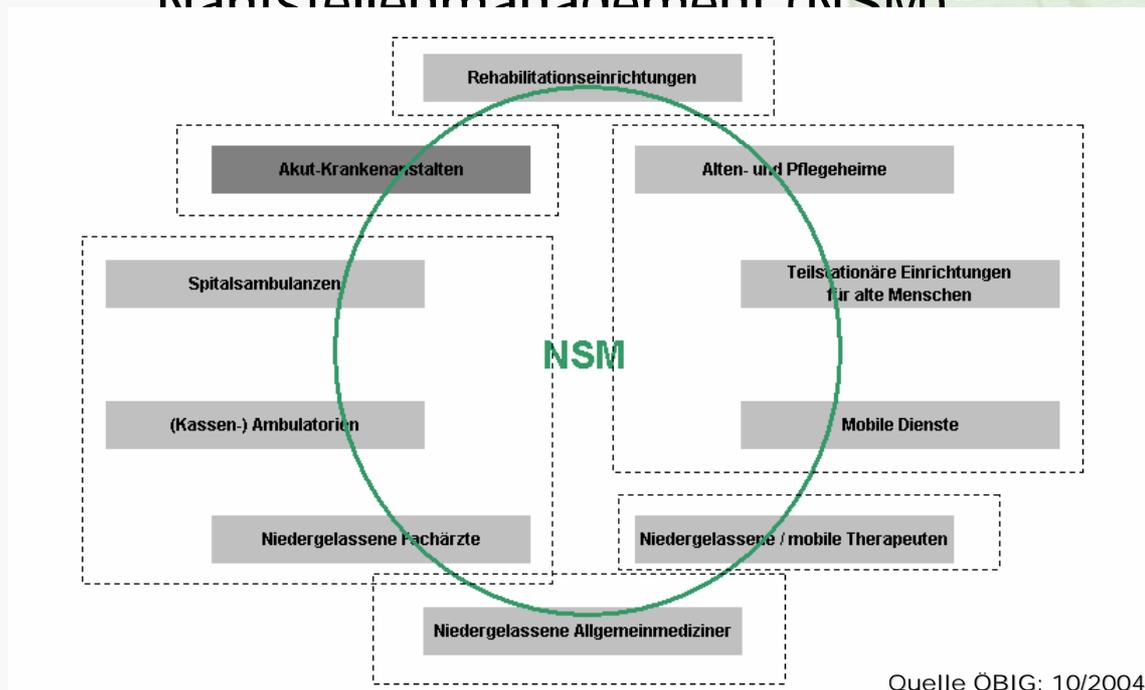
Pflege

Pflegegeld & Sozialhilfe

Bund
Land
Gemeinden
Pensionsvers.

Pfl. Anst. f.
chr. Kranke,
Pflegeheime,
Mobile
Hauskranken-
pflege

Elemente des Versorgungssystems & Nahtstellenmanagement (NSM)“



Prämissen gesundheitspolitisch relevanter Ziele

- Bedarfsgerechtigkeit (Art, Umfang, regionale Verteilung, etc.)
- Chancengleichheit (Zugang und sozioökonomischer Ausgleich)
- Gesundheitsgewinn (Outcome, Ergebnisqualität, EBM, etc.)
- Patientenzufriedenheit (Patient als Co-Produzent; Mitwirkung, Lebenszufriedenheit, etc.)
- Effektivität und Effizienz (die knappen Ressourcen richtig einsetzen, QALYs, Kostendämpfung etc.)
- Finanzierungsgerechtigkeit und Solidarität (lt. WHO und zum Ausgleich demografischer, epidemiologischer und sozialer Lasten)

Gesundheitsreform 2005

Analyse & Planung der nicht akutstationären Bereiche

Ambulanter Bereich

- „Kommunizierende Gefäße“ (Spitalsambulanzen, niedergelassen Ärzte, Ambulatorien)
- Gemeinsame Analyse & regionale Rahmenplanung
- Ziele: Ausgeglichenes Versorgungsniveau & QS im ambulanten Bereich

Rehabilitationsbereich

- ❖ Ausreichende Rehabilitationskapazitäten für alle Indikationen (v.a. Neurorehabilitation)
- ❖ Einführung/Forcierung der ambulanten Rehabilitation (inkl. gesetzliche Grundlage)
- ❖ Rehabilitationskonzepte

Pflege- und Sozialbereich

- ✓ Maßvoller Ausbau der Alten- und Pflegeheime
- ✓ Vorrang für mobile Dienste, Tagespflege, Kurzzeitpflege und „Betreutes Wohnen“
- ✓ Behindertenbereich & psychosoziale Versorgung
- ✓ Koordination & Kooperation der mobilen Dienste (Institutionalisierung)
- ✓ Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder (BEP) & Kompilation (ÖBIG)

Quelle ÖBIG: 10/2004

Pflichtleistung der Sozialversicherung

- Sachgütergewährung: wie Heilmittel und Heilbehelfe
- Dienstleistungsgewährung wie „ärztliche Hilfe“ und „Anstaltspflege“
- Gemäß § 117 ASVG hat der Versicherte Anspruch auf **Krankenbehandlung** (§§133 bis 137 ASVG)
- Erforderlichenfalls medizinische **Hauskrankenpflege** (§151 ASVG) oder **Anstaltspflege** (§§144 bis 150 ASVG)

Krankenbehandlung

- Die Krankenbehandlung ist notwendig, wenn dadurch der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand (§120 ASVG) günstig beeinflusst werden kann. Das ist auch zu bejahen, wenn sie das Leiden nur erträglicher gestalten und der Verlängerung des Lebens dienen kann (OLG Wien SSV 1963/53 Polyarthritits).
- Kann die Krankenbehandlung nicht einmal diesen Erfolg erzielen, liegt keine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung vor (**Asylierung**), daher bestehen keine Ansprüche gegen den Krankenversicherungsträger.
- Die Behandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

ASVG Bestimmungen

Gebrechen

- Unter Gebrechen (§154 ASVG) versteht man den gänzlichen oder teilweisen Ausfall normaler Körperfunktionen, aber auch bleibende Verunstaltungen oder Verstümmelungen.
- Ferner zählen dazu Altersfolgen, die sich durch Krankenbehandlung nicht beeinflussen lassen.
- Nur Pflegebedürftige sind daher nicht krank im Sinn der Krankenversicherung, für solche Personen kommen Leistungen nach dem Bundespflegegeldgesetz in Betracht.

Anstaltspflege

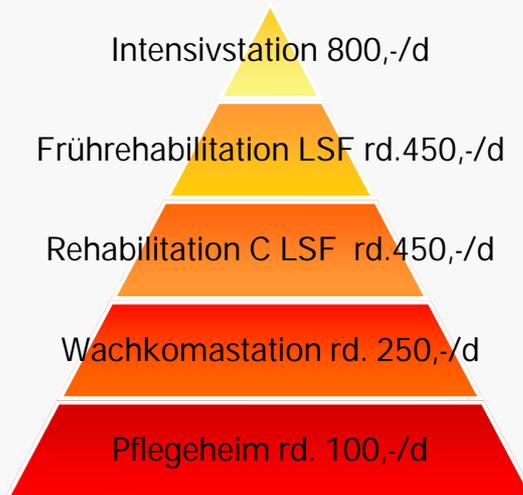
- Anstaltspflege muss durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt sein; ist sie das nicht („Asylierung“), so besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme durch den Sozialversicherungsträger.
- Entscheidend ist, ob – gesehen vom Zeitpunkt der Einweisung in die Krankenanstalt – nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft mit einer gewissen Sicherheit erwartet werden kann, dass der regelwidrige Zustand im Sinn einer Besserung beeinflusst werden kann.
- Auf den tatsächlich erzielten Behandlungserfolg kommt es nicht an.

ASVG Bestimmungen

Conclusio der Höchstgerichte

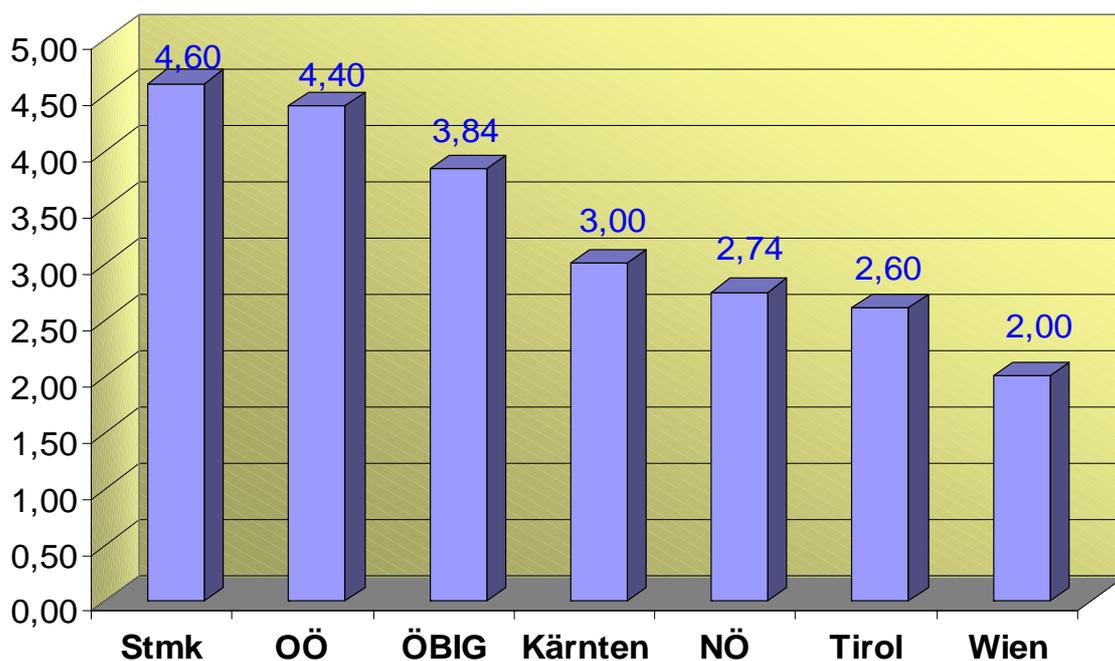
- Ein Behandlungs- und Anstaltspflegefall liegt dann vor, wenn prognostisch festgestellt werden könne, dass beim versicherten Patienten vorliegende Leiden einer Behandlung zugänglich sind, wenn auch nur eine geringfügige Besserung des Grundleidens erhofft wird, oder wenn die Behandlung eine Verschlechterung des Zustandes hintanzuhalten geeignet ist, mag auch das auch das Grundleiden als solches nicht mehr behebbar sein.
- Der VfGH betont auch, dass das ASVG keine Unterscheidung zwischen „chronisch Kranken“ und „akut Kranken“ trifft.
- Ein Asylierungs- oder Pflegefall liegt dann vor, wenn ein Krankenhausaufenthalt nur die fehlende häusliche Pflege und Obsorge allein ersetzt und nicht mehr einer Erfolg versprechenden Behandlung der Krankheit dient.

Kostenstruktur der derzeitigen Betreuung

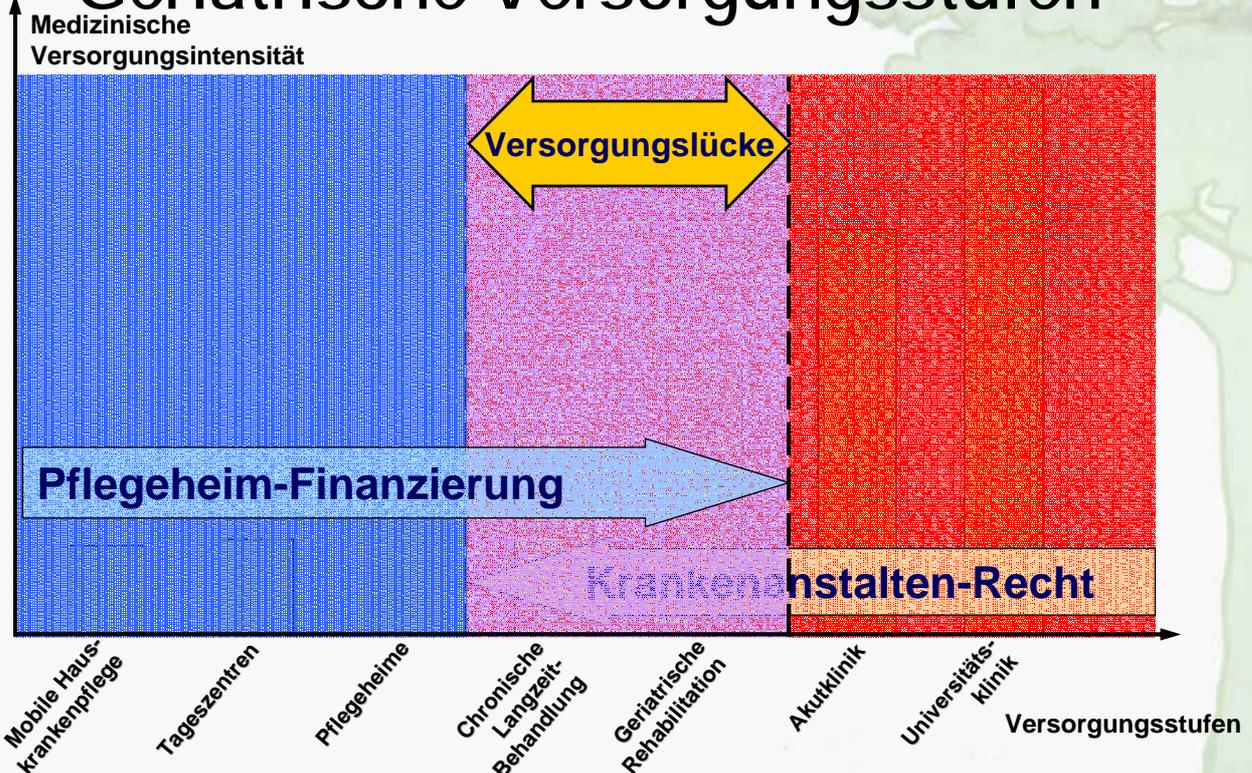


- Intensivstation und Frührehabilitation über die Akut-KH-Finanzierung finanziert
- Wachkomastation – dzt. eine in Stmk.
- Pflegeheim-Kosten privat zu bezahlen (Zuschuss über die Sozialhilfe möglich)

Anzahl der zu betreuenden Bewohner / pro Pflegeperson in den Bundesländern



Geriatrische Versorgungsstufen



Folgen der „Gesetzeslücke“

- Die Patienten in Kranken- und Pflegeanstalten für chronisch Kranke - gemäß § 144 Abs. 4 ASVG - (Demenz, Hospiz, Wachkoma...) werden systematisch benachteiligt!
- Die betroffenen Patienten zahlen die „Sozialversicherung“ de facto doppelt!
- Die Patienten werden dadurch finanziell ausgehöhlt und schließlich zu „Fällen der Sozialhilfe“
- Auf Grund der „Substitutionspflicht der Sozialhilfe“ verweigern (vereinzelte) Sozialhilfeträger die Kostenübernahme!
- Der betroffene Patient und seine Angehörigen stehen neben dem physischen und psychischen Leiden auch vor dem finanziellen Ruin!
- Der Gerichtsweg ist äußerst beschwerlich und kaum durchschaubar!
- Zuständigkeit: Bund – Land – Sozialversicherung und der Patient fällt durch!
- Wie kommt der Patient zu seinem Recht?

Gesundheitsreform 2005

- „Zurzeit fehlt das Problembewusstsein und die Lösungskompetenz im österreichischen Gesundheits- und Sozialwesen, die Patienten und deren Angehörige werden daher wohl noch eine Zeit weiter – und ungerechtfertigtermaßen - Leiden müssen!“