

Kostenanalyse des Hirnschlagpatienten im ersten Jahr

Ausgangslage

Studie Stroke:

172 in einer klinischen Studie detailliert erfasste und ausgewertete Patienten mit zerebrovasculärem Insult

Etablierte Zusammenarbeit KSB – argomed seit Jahren

Argomed Aerzte AG

- Betreut 280 Aerzte und 70'000 Versicherte
- Mit grosser Datensammelstelle im Managed Care
- Mit Verträgen mit den meisten Krankenkassen

Wie sind die Kosten im ersten Jahr nach dem Hirnschlag?

Datenmaterial:

- Behandlungs- und Outcome-Daten der Studie Stroke
- Kostendaten, geliefert von den Krankenversicherern

Einschränkung:

Bewusst wurden nur die bei den Krankenkassen abgerechneten Kosten verwertet.

Die privat erbrachten Leistungen, insbesondere die Pflegeheimkosten, sind deutlich höher zu veranschlagen und müssten addiert werden.

Resultate I

- Ziel der Behandlung soll eine optimale Rehabilitation und eine maximale Selbständigkeit sein.
- Ein Hirnschlag ist eine teure Erkrankung und oft für den Betroffenen folgeschwer.(31'115 +-23'752 Fr)
- In der Studie Stroke konnte gezeigt werden, dass bei guter Selektion der Patienten die stationäre Rehabilitation sinnvoll und effizient ist. So verbesserte sich der Barthel-Index bei den stationär Rehabilitierten um 42 Punkte, gegenüber 23 Punkte der übrigen Patienten

Resultate II

Bei der differenzierten Betrachtung der Kosten fallen folgende Daten auf:

•Stationäre REHA:	36% der Gesamtkosten
•Pflegeheimkosten im ersten Jahr	22%
•Akutspital (allgemeine Abt.)	21%
•Medikamente	7%
•Hausarzt	5%
•Spitex und Physiotherapie	4%

Resultate III

Akutspital und stationäre REHA machen im ersten Jahr 57 % der Gesamtkosten aus.

Sie sind aber in der Regel als einmalige Ausgaben zu verstehen, während die Pflegekosten wiederkehrend sind. Die Gesamtpflegekosten können, da nur ein Teil davon von der Krankenkasse übernommen wird, Mal 4 multipliziert werden.

Resultate IV

80% der stationär Rehabilitierten leben anschliessend selbständig und weitgehend unabhängig. Ihre Folgekosten machen damit einen Bruchteil der dauernd Pflegebedürftigen aus.

Ein hoher Einsatz an pflegerischen, rehabilitativen und damit auch finanziellen Mitteln lohnt sich nicht nur aus menschlichen, sondern vor allem auch aus finanziellen Gründen.

Folgerungen I

Eine Gesamtbetrachtung der Kosten einer Krankheit ist viel sinnvoller als die zur Zeit übliche Betrachtung isolierter Kosten.

Schon auf der Basis der bestehenden Daten ist eine sinnvolle Betrachtung der Kosten im Gesundheitswesen möglich.

Folgerungen II

Es braucht dazu die Bereitschaft einer **Zusammenarbeit**

- Zwischen den Leistungserbringern
- Zwischen Leistungserbringern und Versicherungen

Es braucht dazu den **Mut**

- Auf kurzfristige Partikularinteressen zu verzichten
- Alte Pfade und Feindbilder zu verlassen
- Einseitige Betrachtungen zum eigenen Nutzen aufzugeben.

Es braucht den **Willen**,

- Einseitige Schuldzuweisungen aufzugeben
- Argumente auf der Basis von Teilstatistiken entsprechend zu werten

Folgerungen III

Die Zusammenarbeit zwischen den stationären Institutionen mit Praktizierenden Aerzten

sowie

zwischen den Praktizierenden Aerzten mit den Krankenversicherern, wie sie in den Managed-Care-Modellen vertraglich geregelt ist,

Bietet eine optimale Basis für eine sachliche Diskussion im Gesundheitswesen.