

Jahresabschluss von Eesti Haigekassa des Geschäftsjahres 2016



Eesti
Haigekassa

Firma	Eesti Haigekassa
Registernummer	74000091
Adresse	Lastekodu 48, 10144 Tallinn
Telefon	+372 62 08 430
Fax	+372 62 08 449
E-Mail	info@haigekassa.ee
www	www.haigekassa.ee
Anfang des Geschäftsjahres	1. Januar 2016
Ende des Geschäftsjahres	31. Dezember 2016
Hauptgegenstand	staatliche Krankenversicherung
Vorstand	Tanel Ross (Vorsitzender) Maivi Parv Pille Banhard
Wirtschaftsprüfer	KPMG Baltics OÜ

Inhalt

Ansprache des Vorstandes von Haigekassa	4
Lagebericht	11
Strategische Ziele und ihr Erfüllen	16
Leistungsstarke Grundversorgung bildet die Grundlage des effektiven Gesundheitswesens	18
Kontinuierliches Vervollständigen der Planungsmethodik von Krankenversicherungsvergütungen ist wichtig	22
Neue Möglichkeiten im Leistungspaket gewährleisten moderne Therapie Gemeinsam einen Beitrag	25
zur besten Therapiequalität leistend	29
Im Vordergrund stehen die Zufriedenheit der Klientel und der Schutz von Interessen der Versicherten	32
Einführung der Datenbank von Wechselwirkungen ist erfolgreich gewesen	34



Der aus drei Mitgliedern bestehende Vorstand führt alltäglich Eesti Haigekassa: Vorstandsvorsitzender Tanel Ross und Vorstandsmitglieder Maivi Parv und Pille Banhard.

Ansprache des Vorstandes von Haigekassa

In diesem Jahr wird das moderne estnische Krankenversicherungssystem 25 Jahre alt. Eesti Haigekassa gewährt seit einem Vierteljahrhundert die Krankenversicherung, sie gewährleistet der Bevölkerung die Verfügbarkeit von notwendigen und hochwertigen Gesundheitsleistungen, von Medikamenten, medizinischen Geräten und Vergütungen.

Der Gesundheitssektor hat sich schnell entwickelt, dabei ist das Krankenversicherungssystem in der kontinuierlichen Entwicklung und im Wandel gewesen. Diese 25 Jahre sind für die Krankenkasse eine Zeit voll von Arbeit und Innovationen gewesen, in der man eine starke Basis für die weitere Entwicklung des Krankenversicherungssystems aufgebaut hat. Das Wissen, dass das Geleistete wichtig ist, spornt uns an, uns weiter zu entwickeln. Wir legen immer mehr Wert auf die Modernität und Evidenz des Versicherungspaketes, auf die rechtzeitige Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen sowie auf die Qualität der medizinischen Versorgung und auf die langfristige Finanzierbarkeit der Krankenversicherung.

Die im Wandel stehende Gesellschaft und die sich ändernden Bedürfnisse stellen dem modernen Gesundheitswesen mehrere Herausforderungen aber eröffnen gleichzeitig auch Möglichkeiten für die Zukunft. Wir sind davon überzeugt, dass Estland sowohl heute als auch in der Zukunft ein Gesundheitswesen braucht, in dem viel Aufmerksamkeit auf die Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung gelegt wird, Erkrankungen frühzeitig erkannt werden sowie im ganzen System die Patienten rechtzeitig, hochwertig und patientenorientiert behandelt werden. Voraussetzungen dafür sind starke medizinische Grundversorgung, fokussierte spezialarztliche Versorgung sowie Erbringung von Pflegediensten im angemessenen Umfang der alternden

und immer mehr unter chronischen Krankheiten leidenden Bevölkerung. Beim Erreichen dieser Ziele halten wir für wichtig, dass die Krankenkasse die einheitliche und auf klaren Grundsätzen basierte Einkaufsstrategie der Gesundheitsversorgung weiterentwickelt sowie die Entwicklung von IT-Lösungen des Gesundheitswesens unterstützt, die den Informationsaustausch und den Benutzerkomfort von E-Gesundheit verbessern würden. Gleichzeitig ist von großer Bedeutung, dass man sich beim Verbessern der Bevölkerungsgesundheit zum Ziel eine konsequente Zusammenarbeit im Medizinsektor sowie das Integrieren des Medizin- und Sozialsystems setzt.

Das Jahr 2016 war für die Krankenkasse voll von Herausforderungen, aber effizient. Weiterhin ist unsere Priorität das Fördern des ganzheitlichen Patientenbehandelns, das Finanzieren von evidenzbasierten und kosteneffektiven Medikamenten, medizinischen Geräten und Gesundheitsleistungen sowie ihre konsequente Modernisierung.

Entwicklungen des Leistungspaketes der Krankenversicherung bilden unsere Priorität

Eine Grundlage für das effiziente Medizinangebot bildet eine starke medizinische Grundversorgung

Zur Förderung des ganzheitlichen Patientenbehandelns und zur Vergrößerung der Rolle der medizinischen Grundversorgung haben wir in letzten Jahren im Hausarztwesen wesentliche Erneuerungen umgesetzt. Wir haben das Leistungspaket und die Diagnostikmöglichkeiten des Hausarztwesens erweitert und konsequent haben wir auch einen Beitrag zur Verfügbarkeit der medizinischen Grundversorgung geleistet, um den Hausärzten das Anstellen der zweiten Versorgungsassistentin zu ermöglichen sowie Sprechzeiten außerhalb der Arbeitszeit anzubieten.

Durch die Einführung eines neuen Katalogs von Gesundheitsleistungen ab dem Jahre 2017 haben wir die Möglichkeit im Bereich der Qualität ein neues Niveau zu erreichen, weil im Leistungskatalog die ersten Möglichkeiten des Paketes von Gesundheitszentren in der Grundversorgung festgehalten wurden. In Gesundheitszentren vereinigen sich neben Hausärzten und Versorgungsassistentinnen auch Physiotherapie, Geburtshilfe und Leistungen der Hauskrankenpflege. Durch die Gründung neuer Gesundheitszentren verbessert sich für die Bevölkerung die Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung sowie erweitert sich das Angebot der durch die Hausärzte zu erbringenden Gesundheitsleistungen.

Neue Möglichkeiten im Facharztsektor

Wir haben das Leistungspaket der spezialärztlichen Versorgung modernisiert und den Leistungskatalog um 24 neue Leistungen ergänzt. Im Katalog von Gesundheitsleistungen haben wir wesentliche Ergänzungen gemacht, um beispielsweise mit der modernen Behandlung von schweren Krankheiten Schritt zu halten. In den Katalog von durch die Krankenkasse zu vergüteten medizinischen Leistungen wurde unter anderem eine zusätzliche Möglichkeit der Strahlentherapie in der Krebs- und Schlaganfallbehandlung aufgenommen. Auch haben wir die postkrankheitlichen und posttraumatischen Rehabilitationsmöglichkeiten sowie die Leistungen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern erweitert. In den Medikamentenkatalog wurden Medikamente für Brustkrebs, Melanom bzw. bösartigen Tumor der Pigmentzellen und Pompe'sche Krankheit aufgenommen. Auch kamen neue Medikamente für die Behandlung des schweren Asthmas, der Herzinsuffizienz und Leukämie hinzu.

Informierter und beteiligter Versicherter

Wir stehen dafür, dass unsere Versicherten über alle Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung informiert wären und sie für ihre Gesundheit angemessen einsetzen würden.

Die Vorbeugung von Erkrankungen und ihre frühzeitige Erkennung trägt zur Erhöhung von gesunden Le-

bensjahren sowie zur Reduzierung der Erkrankungen und vorzeitigen Mortalität bei.

Als eine neue Präventionsaktivität wurde im Jahre 2016 in Estland erstmals das Screening zur Früherkennung vom Darmkrebs durchgeführt, das an die 60–69-jährige Versicherten gerichtet ist.

2016 haben wir eine nichtgeldliche Kompensation der zahnärztlichen Behandlung von Erwachsenen vorbereitet, welche die Gewährung von erforderlichen zahnärztlichen Leistungen fördert, die Personen zum ersten Zahnarzttermin ermutigt sowie sie motiviert sich um Mundhygiene zu kümmern. Die neue Kompensation der zahnärztlichen Behandlung wird ab dem 1. Juli 2017 eingeführt.

Zur Erhöhung der Informiertheit der Bevölkerung haben wir im Jahre 2016 mehrere wesentliche Informationskampagnen durchgeführt. Dabei haben wir in der Zusammenarbeit mit Eesti Hambaarstide Liit (Verband der Zahnärzte Estland) und Bildungseinrichtungen großen Wert auf die Erhöhung der Informiertheit von Kindern im Bereich der Mundhygiene gelegt. In der Zusammenarbeit mit dem Register des Krebscreenings haben wir viel Aufmerksamkeit der frühzeitigen Erkennung und Prävention des Brust- und Gebärmutterkrebs gewidmet.

Netzwerk von strategischen Partnern gewährleistet den Versicherten eine erforderliche Hilfe

Effizientes Hausarztsystem

Für die Sicherung der Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen ist das Ausbauen eines ganzheitlichen Systems von Gesundheitszentren der Grundversorgung erforderlich. Wenn wir uns im Jahre 2016 mit der Ausarbeitung des Finanzierungsmodells für die Gesundheitszentren der Grundversorgung auseinandergesetzt hatten, dann wird die Hauptfrage der nächsten Periode das ausführliche Planen des Finanzierungsmodells sein.

Bei der schrittweisen Erhöhung der Rolle der Grundversorgung ist wichtig, die Therapiequalität des Hausarztwesens im Auge zu halten. Wir haben beschlossen, ein Qualitätsmanagementsystem von Hausärzten auszuarbeiten, damit wir das Ergebnis der hochwertigen medizinischen Behandlung mehr als bis jetzt berücksichtigen könnten. 2016 wurde zum ersten Mal den Erbringern von Gesundheitsleistungen eine leistungsabhängige Vergütung für die Qualität gezahlt.

Wir halten eine größere Verantwortung der Grundversorgung sowohl beim Fallmanagement von Patienten chronischer Krankheiten als auch nach einer aktiven Behandlung für wichtig. Einen sehr wichtigen Input in die Entwicklung von Modellen der integrierten Behandlung gibt das im Jahre 2015 eingeleitete zweijährige Projekt mit der Weltbank – im Rahmen dieses Projektes wurde 2016 ein Pilotprojekt zum Koordinieren der Behandlung von Risikopatienten ausgearbeitet.

Entwicklung der Preisgestaltung im Facharztsektor

Der Preis von Gesundheitsleistungen muss das Erbringen einer hochwertigen Leistung und die angemessene Nutzung von Mitteln der Krankenversicherung gewährleisten, damit wir einer größeren Anzahl von behandlungsbedürftigen Versicherten die Gesundheitsleistungen erbringen könnten. Jedes Jahr aktualisieren wir Inhalt, Bezeichnungen und Preise von Leistungen, damit sie möglichst gut den Grundsätzen der Erbringung von modernen Leistungen entsprechen. Wir haben kontinuierlich die Methodik der Preisgestaltung entwickelt und uns bemüht, damit das Preismodell dynamischer und transparenter ist sowie die Verwaltungsbelastung sinken würde. Wir haben die Grunddaten der Preisberechnung verändert, damit das Ergebnis der Preisgestaltung besser auf das ganze System umgewandelt werden könnte. Auch haben wir das optimale Niveau von Gemeinkosten ermittelt, um den Möglichkeiten der Krankenversicherung entsprechend und durch die Umschichtung von Ressourcen im System in der Finanzierung dasselbe Niveau zu erreichen. Um die Kostenkomponenten auf dem optimalen Niveau zu halten, werden wir Gemeinkosten jedes Jahr an den BIP-Deflator anpassen.

Kontinuierliche Verbesserung von Planungsmethodiken

Wir haben in letzten Jahren ausführlich die Methodik der Bewertung der Nachfrage an Gesundheitsleistungen beschrieben und eingeführt, indem wir zum Ziel gesetzt haben, von dem Wohnsitz des Versicherten und von der Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen durch ihn innerhalb des Landkreises auszugehen. Diese Methodik hat Akzeptanz bei der Bewertung der Nachfrage von Gesundheitsleistungen auch außerhalb der Krankenkasse gefunden. Diverse Parteien des Gesundheitssystems haben anerkannt, dass diese Methodik die tatsächliche Situation widerspiegelt und zuverlässig ist.

Im Jahre 2016 hat der Vorstand der Krankenkasse einheitliche Grundsätze für das Planen von Verträgen im Facharztsektor, im Pflegedienst, in der Stomatologie und in der Prävention genehmigt. Beim Planen von Verträgen berücksichtigen wir die geschätzte und zu finanzierende Nachfrage der Republik und der Landkreise, das Erfüllen von Verträgen des ersten Halbjahres, die Anzahl von Behandlungsfällen des Vertrages vom zweiten Halbjahr sowie den durchschnittlichen Preis von Behandlungsfällen, aufgrund derer die tatsächliche Praktik berechnet werden kann.

Gleichzeitig haben wir im Jahre 2016 das Projekt „Analyse des strategischen Einkaufes von Eesti Haigekassa“ eingeleitet, das mit dem Ziel unter Anwendung von Stärken der bestehenden Einkaufsstrategie die Einkaufsstrategie so zu entwickeln, dass wir uns unter Bedingungen von begrenzten Ressourcen zu einem effizienteren und für die Versicherten hochwertigeren Leistungsangebot bewegen würden. Das Projekt umfasst die Analyse von Grundsätzen zum Abschluss von Finanzierungsverträgen der Behandlung mit Wahlpartnern, auch den Weiterentwicklungsbedarf der Einkaufsstrategie in der primären Gesundheitsversorgung und im Facharztsektor, indem stärker die Qualitätskomponente und der integrierte Ansatz der Therapie einbezogen werden.

Im Rahmen der Zusammenarbeit der Weltbank und von Eesti Haigekassa unterbreitet die Weltbank uns Empfehlungen, wie das Finanzierungsmodell der Grundversorgung zu entwickeln sowie die größere Integration der Grundversorgung und des Facharztsektors zu fördern sind. Auch führt die Weltbank für uns eine Analyse von Wartezeiten durch, die für uns eine Hilfe beim Bewerten ist, ob und wie die Wartezeiten die Kontinuität der Therapie an unterschiedlichen Ebenen beeinflussen sowie beim Ausarbeiten eines Modelles für die Wartezeiten.

Bei der Gewährleistung der Verfügbarkeit von hochwertigen Leistungen muss auch in der Zukunft weiterhin die Effizienz des Auftrages der spezialärztlichen Behandlung erhöht werden und es sind Möglichkeiten zur Differenzierung von Wartezeiten vom Therapiebedarf ausgehend zu schaffen. In der Perspektive von ein paar Jahren sind für uns besonders die weiteren Entwicklungen im Zusammenhang mit dem Entwicklungsplan des Krankenhausnetzes wichtig, denn davon wird auch die Wahl unserer strategischen Partner abhängen.

Förderung des Gesundheitssystems und Zusammenarbeit

Solidarische und nachhaltige Krankenversicherung ist die Stärke Estlands

Das auf der solidarischen Krankenversicherung basierte Gesundheitssystem ist allgemein für die Gesellschaft als Ganzes eine von kosteneffizientesten Möglichkeiten zum Erbringen von Gesundheitsleistungen und zur Organisation der Therapie. Das System einer Krankenkasse hat sich unter estnischen Verhältnissen in jeder Hinsicht gerechtfertigt, indem es das transparente und effiziente Handeln sowie niedrige Betriebskosten gewährleistet. Die finanzielle Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems ist in der estnischen Gesundheitspolitik ein Hauptanliegen. Wenn wir für estnische Versicherte die Verfügbarkeit der Gesundheitsleistungen und die Qualität verbessern sowie kosteneffiziente und evidenzbasierte Gesundheitsleistungen auch langfristig gewährleisten wollen, muss der Staat dem Gesundheitssystem Schritt für Schritt mehr Mittel bereitstellen.

Wir haben an der Arbeit des Ausschusses der Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens teilgenommen, das Ziel des

Ausschusses war, der Regierung der Republik Vorschläge über die Prognose von Finanzierungsquellen und die Nachhaltigkeit der Finanzierung des Gesundheitssystems, über die Erweiterung der Einnahmehasis der Krankenversicherung, über den Umfang des Versicherungsschutzes und des Eigenbeitrages von Personen sowie über die Verbesserung der Wirksamkeit und Erhöhung der Effektivität des Gesundheitssystems zu unterbreiten. 2016 hat der Ausschuss der Versammlung des Regierungskabinetts auch das entsprechende Memorandum vorgelegt. Die Besprechungen über das Dokument werden fortgesetzt und kontinuierlich wird auch nach neuen Lösungen für das Verbessern des Gesundheitswesens gesucht.

Qualität als das wichtigste Kriterium beim Bewerten der Leistung

Zur Gewährleistung der gleichmäßig guten Qualität von Gesundheitsleistungen ist die Ausarbeitung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems im estnischen Gesundheitswesen wichtig, von dessen Anwendung die Patienten, Erbringer von Gesundheitsleistungen sowie die Gesellschaft als Ganzes profitieren werden.

Unter der Leitung des Beirates von Indikatoren der Therapiequalität haben wir das Ausarbeiten von staatlichen Indikatoren der Therapiequalität sowie ihre Anwendung im Gesundheitssystem fortgesetzt. 2016 wurde der erste Bericht von klinischen Indikatoren veröffentlicht.

Bei der Entwicklung der Therapiequalität ist sehr wichtig, das konsequente Einführen von Behandlungsstandards und das Ausarbeiten von Richtlinien fortzusetzen. Vom Audit der Experten der Weltgesundheitsorganisation über das Verfahren des Aufstellens von estnischen Behandlungsrichtlinien ausgehend wurde im Jahre 2016 das Handbuch zur Aufstellung von Behandlungsrichtlinien aktualisiert. Gleichzeitig haben wir im letzten Jahr acht neue Behandlungs- und Patientenrichtlinien ausgegeben, die in der neuen Web-Umgebung von Behandlungsrichtlinien zusammengefasst sind.

IT-Entwicklungen schaffen Voraussetzungen für das effizientere Gesundheitswesen

Bei der einheitlichen Krankenversicherung legen wir großen Wert auf das Entwickeln von IT-Lösungen, welche die diversen Leistungen zu einem Ganzen verbinden, den Informationsaustausch verbessern sowie den Benutzerkomfort erhöhen. Eine moderne und reibungslos funktionierende Infrastruktur unterschützt bei der Gewährleistung des effizienteren Funktionierens des Gesundheitswesens, erhöht die Therapiequalität sowie gewährleistet der Bevölkerung die bessere Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen.

2016 wurde die neue Datenbank des Registers von Wechselwirkungen in Betrieb genommen, mit der die Ärzte einfacher die Wechselwirkungen der durch die Patienten zu nehmenden Medikamente bewerten können. Das Ziel des Bewertens von Wechselwirkungen der Medikamente ist die Verbesserung der Therapiequalität und Erhöhung der Pharmakovigilanz.

In der Kooperation mit diversen Partnern des Gesundheitssystems nahmen wir das Projekt des klinischen Entscheidungsunterstützungssystems auf, dessen Ziel es ist, als öffentliche E-Leistung ein auf diversen Ebenen der medizinischen Versorgung einzusetzendes klinisches Entscheidungsunterstützungssystem zu entwickeln. Mit diesem System haben Ärzte und Mediziner die Möglichkeit, von der Therapie- und Zustandsangaben des Patienten ausgehend evidenzbasierte Diagnostik- und Therapieempfehlungen zu bekommen.

Wir haben die Arbeit an der Entwicklung des E-Krankenscheins fortgesetzt und Vorbereitungen für das Ausarbeiten eines Systems fürs Partnermanagement getroffen.

Im IT-Bereich planen wir in nächsten Jahren bedeutende Entwicklungen für die Förderung sowohl der Patientensicherheit und Therapiequalität als auch der effizienten Gesundheitsorganisation. Wir haben vor, als öffentliche Leistung das E-Medikamentenblatt auszuarbeiten, die umfangreiche Einführung der E-Beratung zu fördern, einen Beitrag sowohl zur vollständigen Einführung der E-Überweisungen an den Facharzt als auch zum Starten der nationalen E-Registrierung zu leisten.

Internationale Zusammenarbeit zur Förderung der Krankenversicherung

Die solidarische medizinische Versorgung ist einer der größten Werte der estnischen Krankenversicherung, die für unsere Stärke gehalten wird und in der Welt als Beispiel angeführt wird. Wir halten die internationale Zusammenarbeit weiterhin für wichtig, um die Erfahrungen auf dem Gebiet der Krankenversicherungsorganisation auszutauschen und das Krankenversicherungssystem zu stärken.

Im letzten Jahr hat die Krankenkasse 20 Delegationen aus dem Ausland empfangen, die ein großes Interesse an der Organisation unseres Krankenversicherungssystems gezeigt haben und aus estnischen Erfahrungen lernen wollten. Ebenso hat 2016 das dritte Kooperationsprojekt der estnischen und moldawischen Krankenkasse begonnen, dessen Ziel die Förderung der Entwicklung der moldawischen Krankenversicherung ist.

Zum Entwickeln der Krankenversicherung und zur internationalen Zusammenarbeit halten wir die Stärkung der Beziehungen zwischen Krankenversicherungsorganisationen von baltischen Staaten für wichtig. Davon ausgehend möchten wir Möglichkeiten für den Erfahrungs- und Praktiken austausch sowie bei Bedarf Bildungsreisen und Treffen von drei Ländern organisieren. Für das Erreichen dieser Ziele haben wir im Jahre 2016 das Kooperationsrahmenabkommen zwischen Krankenversicherungsorganisationen dreier Staaten abgeschlossen und haben uns am baltischen Politikdialog beteiligt.

Wir sind weiterhin Mitglied der internationalen Dachorganisation für Krankenversicherungen und Versicherungsvereine (AIM - Association Internationale de la Mutualité), welche die Inputs diverser Staaten zusammenfasst und dadurch ihren Beitrag zur Entwicklung des europäischen Gesundheitswesens, unter anderem in Strategien wie Europe 2020 leistet. Im Entwicklungsplan von Eesti Haigekassa gehen wir von AIM-Positionen aus und wir sind auf der internationalen Ebene an Diskussionen über solche wichtige Themen wie Bewertung von Technologien der Gesundheitsversorgung, Medikamente, europäische Zusammenheit im Gesundheitswesen, Prävention und Förderung, chronische Krankheiten usw. beteiligt.

Entwicklung der Organisation

Die Organisation muss sich ständig weiterentwickeln, um die gute Wirksamkeit der solidarischen Krankenversicherung zu gewährleisten. Im August des vergangenen Jahres hat der Rat von Eesti Haigekassa die Planungsgrundsätze von Ausgaben und Deckungsquellen der Ausgaben für vier Jahre sowie die Vorbereitungsanforderungen des Etatprojektes für das Jahr 2017 genehmigt, durch welche die stabile Entwicklung der Finanzierung des Gesundheitswesens gewährleistet und ein transparenter Überblick über die Finanzierung des Gesundheitssystems und die Prognosen der Vergütungen gegeben werden.

Im Herbst 2016 hat der Rat den Entwicklungsplan von Eesti Haigekassa genehmigt, in dem wir als Ausgangspunkt für die weitere Arbeit die wichtigsten strategischen Ziele von Tätigkeiten in der Periode 2017–2020 festgelegt haben.

Wir legen großen Wert auf die Wahrung und Entwicklung von Zuständigkeiten unserer Mitarbeiter. Dafür haben wir das Zuständigkeitsmodell und das System für die Zuständigkeitsbewertung ausgearbeitet, die letztes Jahr in Mitarbeitergesprächen in der ganzen Organisation angewandt wurden. Wir haben auch die Bewertung von Positionen der Krankenkasse durchgeführt, durch die wir sowohl das innere Gleichgewicht als auch die Vergleichbarkeit von ähnlichen Arbeiten auf dem Gehaltsmarkt gewährleisten können.

Die Nachhaltigkeit und reibungslose Funktionierung von Grundprozessen der Organisation werden durch einen aktuellen Geschäftskontinuitätsplan gewährleistet. Heute arbeiten wir Geschäftskontinuitätspläne des Gesundheitswesens für diverse Krisensituationen aus.

Für das bessere Bedienen der Klientel und für die Schaffung von besseren Arbeitsbedingungen für unsere Mitarbeiter sind die Zentralabteilungen der Krankenkasse Ende August in die Straße Lastekodu umgezogen. Früher hatte da die Abteilung Harju der Krankenkasse ihren Sitz. Die neue juristische Adresse der Krankenkasse lautet Lastekodu 48, Tallinn.



Lagebericht



Krankenversicherungssystem

Den Mittelpunkt des estnischen Gesundheitssystems bildet das solidarische Krankenversicherungssystem. Die Krankenkasse zahlt für alle Gesundheitsleistungen der Krankenversicherten Estlands, finanziert Medikamente und medizinische Geräte und zahlt diverse geldliche Vergütungen. Zur Erbringung von Gesundheitsleistungen werden mit Hausärzten und Gesundheitseinrichtungen Verträge abgeschlossen. Beim Einkauf von Leistungen und Abschluss von Verträgen werden Bedürfnisse von Versicherten und das zweckmäßige Benutzen von Krankenversicherungsmitteln berücksichtigt. Die Krankenkasse beteiligt sich nicht an der Führung von Gesundheitseinrichtungen, dadurch wird die Unparteilichkeit der Finanzierung gewährleistet.

Das Krankenversicherungssystem wird aus Sozialabgaben finanziert. In Estland gilt das solidarische Krankenversicherungssystem: alle Krankenversicherten bekommen die gleiche medizinische Versorgung unabhängig von ihrem Geldbeitrag, persönlichen Gesundheitsrisiko oder Alter.

Das estnische Krankenversicherungssystem befolgt international anerkannte Grundsätze:

- Der möglichst große Anteil der Bevölkerung muss durch die Krankenversicherung abgedeckt werden;
- Der Umfang der Krankenversicherung muss möglichst groß sein, d. h. die solidarische Krankenversicherung bietet ein möglichst umfangreiches und komplettes, modernes Paket von Gesundheitsleistungen;
- Die Krankenversicherung muss möglichst umfassend sein, d. h. die Eigenbeteiligung der Person an Therapiekosten muss optimal sein und darf zu keinem Armutrisiko führen.

Das die Solidarität und Gleichheit gewährleistende Krankenversicherungssystem gilt ab dem Jahre 2002, als das neue Krankenversicherungsgesetz in Kraft getreten ist.

Rolle der Krankenkasse

Das Hauptziel der Krankenkasse ist, den Versicherten einen rechtzeitigen Zugang zu diversen Krankenversicherungsgewährleistungen zu gewährleisten, unter anderem zur medizinischen Versorgung, zu Medikamenten und medizinischen Geräten, aber auch zu vorläufigen Arbeitsunfähigkeitsgeldern, Stomatologie- und anderen geldlichen Vergütungen. Gleichzeitig verfolgt man das Ziel der Gesundheitsförderung und der Qualitätsentwicklung von Gesundheitsleistungen.

Bei der Erbringung von den Bedürfnissen der Versicherten entsprechenden Leistungen und bei der Gewährung der gleichen Verfügbarkeit der Therapie in jedem Landkreis ist die Krankenkasse in einer Rolle des Einkäufers, indem sie für den Versicherten die Zahlungspflicht übernimmt. Statt eines passiven Zahlers ist es die Aufgabe der Krankenkasse ein strategischer Einkäufer zu sein.

Beim strategischen Einkaufen gehen wir vom Krankenversicherungsgesetz aus und im Falle von Gesundheitsleistungen kann hier über folgende Möglichkeiten gesprochen werden:

- a) Auswahl von Gesundheitsleistungen, sogenanntes Leistungspaket;
- b) Gestaltung der Preise von Gesundheitsleistungen;
- c) Vertragsbestimmungen der Finanzierung der Therapie und Bestimmungen von Rechtsvorschriften;
- d) Auswahl von Vertragspartnern und Verhandeln von Vertragsumfängen;
- e) Überprüfung der Begründetheit der Finanzierung.

Die Mission der Krankenkasse ist, die Krankenversicherung so zu organisieren, dass die Gleichbehandlung von Versicherten sowie die rechtzeitige Verfügbarkeit von den Bedürfnissen entsprechenden kosteneffektiven Gesundheitsleistungen, medizinischen Geräten, Medikamenten und geldlichen Vergütungen gewährleistet ist.

Die Vision der Krankenkasse ist zu gewährleisten, dass die Personen sich im Falle der Entstehung und Lösung von Gesundheitsproblemen sicher fühlen.

Grundwerte der Krankenkasse

FORTSCHRITTLICHKEIT

Wir sind an die kontinuierliche und nachhaltige Entwicklung gerichtet, deren Voraussetzung kompetente, loyale und engagierte Mitarbeiter sind.

RÜCKSICHT

Wir sind offen und freundlich. Wir treffen Entscheidungen andere berücksichtigend und transparent.

ZUSAMMENARBEIT

Wir schaffen eine vertrauensvolle Atmosphäre innerhalb der Organisation sowie in Beziehungen mit Partnern und Klientel.

Organisation und Führung

Das höchste Organ der Krankenkasse ist der Rat, der aus 15 Mitgliedern besteht. Fünf von den Mitgliedern vertreten die Interessen von Arbeitgebern, fünf von Versicherten und fünf vom Staat. Der Vorsitzende des Rates ist der Gesundheits- und Arbeitsminister. Die Krankenkasse wird durch den Vorstand geführt, der aus drei Mitgliedern besteht. Mit dem Stand vom 31. Dezember 2016 zählte die Krankenkasse 208 Mitarbeiter.

Die Aufgaben der Krankenkasse beim Erreichen von Therapiezielen sind Ermittlung des Bedarfes an der medizinischen Versorgung, Aktualisierung des Krankenversicherungspaketes, Ausarbeitung des Etats sowie Abschließen von Verträgen mit Medizineinrichtungen, um die Verfügbarkeit der erforderlichen Leistungen für die Versicherten zu gewährleisten. Für die bestmögliche Benutzung von Ressourcen im Interesse von Versicherten arbeitet die Krankenkasse mit allen Partnern des Gesundheitswesens zusammen.

Die Krankenkasse überprüft aufgrund des Krankenversicherungsgesetzes die Zweckmäßigkeit des Benutzens von Krankenversicherungsmitteln, unter anderem die Qualität und Begründetheit von eingekauften Leistungen. Jeden Tag finden elektronische Kontrollen statt, um die Richtigkeit der aufgeführten Daten und gestellten Rechnungen sicherzustellen. Gleichzeitig überprüfen wir unter Einsetzen von Vertrauensärzten die Therapierechnungen und -dokumente, jährlich ca. 8.400 Behandlungsfälle. Wir fördern das Aufstellen von Behandlungsrichtlinien und bestellen klinische Audits. Wir haben für die Hausärzte ein System der Qualitätsvergütung eingeführt, dessen Ziel ist, die Sicherstellung der einheitlichen Qualität der Vorbeugung von Krankheiten und die Überwachung von chronischen Krankheiten durch Hausärzte und Versorgungsassistentin im ganzen Land.

Die Krankenkasse finanziert die Gesundheitsförderung und die Vorbeugung von Krankheiten aufgrund des Krankenversicherungsgesetzes durch zweckgebundene Projekte, indem sie sowohl den durch die Regierung genehmigten Entwicklungsplan der Gesundheit der Bevölkerung als auch den Entwicklungsplan der Krankenkasse berücksichtigt. Nach der Analyse der durch die Krankheitsbelastung verlorenen Lebensjahre bedingen Herz- und Kreislauferkrankungen, bösartige Tumoren, Verletzungen und Vergiftungen den größten Gesundheitsverlust. All diese Probleme beeinflussen auch die Ausgaben der Krankenkasse, die mit den Gesundheitsleistungen, Medikamenten und mit der Arbeitsunfähigkeit verbunden sind. Durch die Gesundheitsförderung und Prävention kann ein Teil von diesen Krankheiten vorgebeugt oder der durch sie verursachte Schaden reduziert werden.

Jeder Mitarbeiter der Krankenkasse muss die Situationen wahrnehmen und auch vermeiden, in denen seine Entscheidungen und private Interessen das Erfüllen von seinen Dienstaufgaben und sein ethisches Verhalten beeinflussen können. In Eesti Haigekassa gibt es einen durch den Beschluss des Vorstandes genehmigten „Ethikkodex“, dessen Ziel ist, den Mitarbeitern der Organisation Anleitungen für das ethische Verhalten zu geben. In Eesti Haigekassa wird das Thema des Interessenkonfliktes durch das Anfang 2017 aktualisierte Verfahren „Anforderungen von Eesti Haigekassa über den Interessenkonflikt“ geregelt. Nach diesem Verfahren haben die Mitarbeiter der Krankenkasse jedes Jahr ihre Erklärung zu überprüfen und bei Bedarf zu aktualisieren.

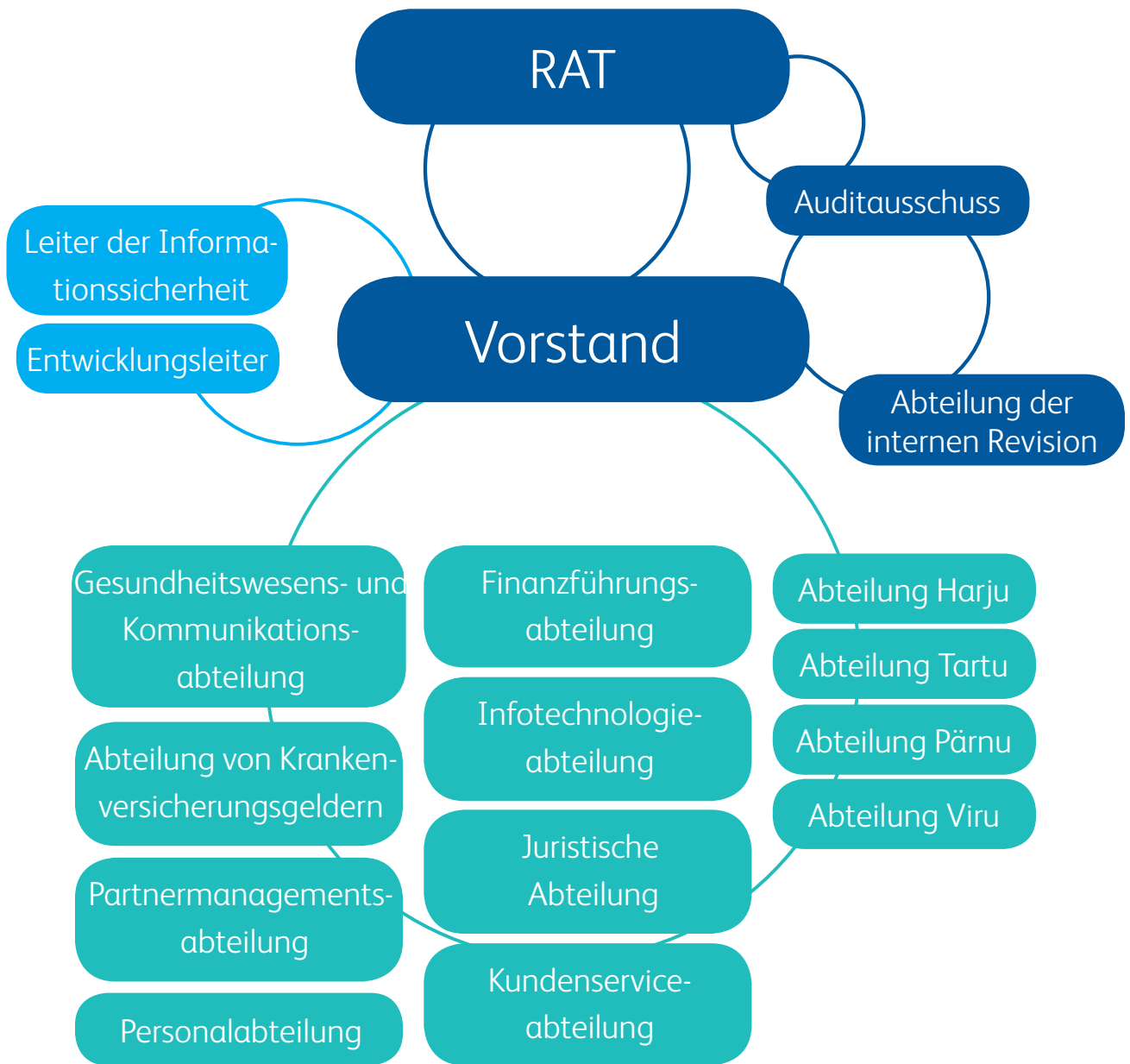


Abbildung 1. Struktur von Eesti Haigekassa

Tabelle 1. Die wichtigsten Indikatoren in der Periode 2011–2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Änderung im Vergleich zu 2015
Versichertenzahl am Jahresende	1.245.469	1.237.104	1.231.203	1.232.819	1.237.336	1.237.277	0%
Einnahmen (tausend Euro)	735.112	783.131	836.892	900.209	964.353	1.028.962	7%
Ausgaben der Krankenversicherung (tausend Euro)	718.418	773.575	830.419	908.213	973.609	1.049.270	8%
Betriebskosten der Krankenkasse (tausend Euro)	7.080	7.331	7.937	8.502	9.284	9.288	0%
BIP-Anteil von Ausgaben der Krankenversicherung (%)*	4,5	4,5	4,5	4,7	4,9	5,1	4%
BIP-Anteil von Gesamtkosten des Medizinsektors (%)**	5,8	5,8	6,0	6,2	6,5	-	-
Indikatoren von Gesundheitsleistungen							
Anzahl von Versicherten, die von der spezialärztlichen Versorgung Gebrauch gemacht haben	807.875	795.581	796.698	800.326	799.305	798.582	0%
Durchschnitt der stationären Krankenhaustage	6,0	6,1	6,0	5,9	5,9	5,9	0%
Anteil der Notfallversorgung an Therapieausgaben des Facharztsektors (%)							
in der ambulanten Behandlung	18	17	17	17	17	17	0%
in der Tagesbehandlung	7	8	8	9	10	10	0%
in der stationären Behandlung	64	66	64	63	63	63	0%
Durchschnittspreis eines fachärztlichen Behandlungsfalles (Euro)							
in der ambulanten Behandlung	45	52	57	63	68	73	8%
in der Tagesbehandlung	371	435	456	481	503	549	9%
in der stationären Behandlung	1.008	1.124	1.178	1.289	1.376	1.455	6%
Strukturelle Preiserhöhung der fachärztlichen Versorgung (%)	2,4	3,1	1,8	0,3	-0,3	0,2	1%
Überweisungen estnischer Versicherter ins Ausland zur Behandlung und aus EU-Rechtsakten hervorgehende Vergütungen (tausend Euro)	7.011	5.965	6.648	8.764	8.519	9.105	7%
Indikatoren der Medikamentenvergütungen							
Anzahl von Präferenzrezepten	6.945.735	7.438.670	7.625.135	7.883.659	8.046.298	8.146.879	1%
Anzahl von Versicherten, die von Präferenzmedikamenten Gebrauch gemacht haben	841.533	841.387	848.636	850.206	851.627	847.628	0%
Durchschnittspreis des Präferenzrezeptes für die Krankenkasse (Euro)	13,2	13,3	13,6	13,9	14,0	16,1	15%
Durchschnittspreis des Präferenzrezeptes für den Patienten (Euro)	7,0	6,6	6,4	6,5	6,7	6,7	0%
Indikatoren von Arbeitsunfähigkeitsgeldern							
Anzahl von durch die Krankenkasse vergüteten Arbeitsunfähigkeitstagen	4.937.836	4.954.761	5.228.586	5.362.002	5.670.910	5.905.352	4%
Preis des Arbeitsunfähigkeitsgeldes pro Tag (Euro)	16,4	17,0	18,0	19,4	20,6	22,1	7%

* Indikatoren der Periode 2011–2015 wurden aufgrund des durch das Statistikamt korrigierten BIP verändert.

** Die Angaben des Jahres 2016 werden durch Tervise Arengu Instituut (Institut für die Gesundheitsentwicklung) Ende 2017 veröffentlicht.

Strategische Ziele und ihr Erfüllen

VERSICHERTER		50%		
	15%	Zufriedenheit des Versicherten mit dem Gesundheitswesen	%	In der Gesamtbefragung von Versicherten ermittelte Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen
	15%	Zufriedenheit mit der Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung	%	Ein Teil der Gesamtbefragung
	10%	Zufriedenheit mit der Qualität der medizinischen Versorgung	%	Ein Teil der Gesamtbefragung
	5%	Deckung von Kindern mit der Prävention und Therapie von Zahnkrankheiten	%	Prozentsatz von Geburtsjahren der Kinder, die sich an vorbeugenden Terminen und/oder an der Zahnbehandlung beteiligt haben
	5%	Abdeckung mit Krebspräventions-screenings	%	Eine Grundlage fürs Ermitteln der Abdeckung bildet aufgrund der Angaben der Datenbank der Krankenversicherung der Anteil von Frauen, welche die Leistung erhalten haben, unter allen Frauen der Altersgruppe, der in letzten drei Jahren Screening gemacht wurde; Gebärmutterkrebs/Brustkrebs
PARTNER		25%		
	10%	Einbeziehen von Versicherten in Tätigkeiten, die ermöglichen, das Überwachen des Gesundheitszustands von chronischen Kranken zu verbessern	%	Abdeckung aller Hypertoniekranken mit einer Risikostufe im Qualitätsmanagementsystem von Hausärzten aufgrund des für das letzte Kalenderjahr berechneten Ergebnisses
	10%	Strukturelle Preiserhöhung eines Behandlungsfalles (alle Behandlungstypen zusammen)	%	Prozent der strukturellen Erhöhung des Durchschnittspreises von fachärztlichen Behandlungsfällen im Vergleich zur vorherigen Periode
	5%	Aufstellung von Behandlungs- und Patientenrichtlinien	Anzahl	Auf der Webseite www.ravijuhend.ee sind vier neue Behandlungs- und/oder Patientenrichtlinien veröffentlicht worden
GESUNDHEITSSYSTEM		10%		
	5%	Anwenden des Registers von Wechselwirkungen	%	Beim digitalen Verschreiben von Medikamenten wird das Register von Wechselwirkungen durch alle Haus- und Fachärzte angewandt
	5%	Befähigung für die Erbringung der E-Beratungsleistung	Anzahl	Die Anzahl von Erbringern der Gesundheitsleistungen in Estland wird bewertet (d. h. die Befähigung für die Erbringung der Leistung ist sowohl in regionalen Krankenhäusern als auch in Zentralkrankenhäusern gewährleistet)
ORGANISATION		15%		
	5%	Qualitätsmanagement	ja/nein	Nach der Meinung des Revisors entspricht das Qualitätsmanagementsystem der Krankenkasse den Anforderungen der ISO 9001:2008
	5%	Niveau des Kundenservices	Index	Das indexierte Niveau des Kundenservices wird nach dem <i>mystery shopping</i> Verfahren im Rahmen der ETI-Untersuchung bewertet
	5%	Zuverlässigkeit von Informationssystemen		Das Entsprechen den ISKE-Kriterien bezüglich der Verfügbarkeit von kritischen Leistungen (Kontrolle des Versicherungsschutzes, Rezeptzentrum)
SUMME		100%		

40,4%		
67/51	11,4	Im Vergleich zum Vorjahr ist die allgemeine Zufriedenheit der Versicherten etwas gesunken. Der Grund kann auch in der Tatsache liegen, dass während der Durchführung der Befragung das Thema der Überschreitung des Etats der Krankenkasse aktuell war, die durch den Einkauf von fachärztlichen Leistungen über den geplanten Umfang sowie durch das Verschreiben von Präferenzmedikamenten und Krankenscheine über den geplanten Umfang bedingt wurde.
55/38	10,4	Die Verfügbarkeit ist im Vergleich zu Vorjahren etwa auf demselben Niveau geblieben. Auch ist bekannt, dass die Probleme von Wartelisten vor allem dann ersichtlich werden, wenn man einen Termin beim konkreten Arzt bevorzugt.
78/68	8,7	Die Zufriedenheit mit der Qualität ist im Vergleich zu Vorjahren relativ auf demselben Niveau geblieben: folglich haben sich die Einstellungen der Bevölkerung bezüglich der Qualität der medizinischen Versorgung nicht geändert.
70/71,6	5,0	Die Abdeckung von Kindern mit der Prävention und Therapie von Zahnkrankheiten in Zielgruppen hat das gestellte Ziel erreicht, aber unter allen 3–19-jährigen Kindern muss die Abdeckung zunehmen. Es gibt diverse Gründe, warum man mit den Kindern nicht zum Zahnarzt geht, aber überwiegend liegt es an der Unkenntnis und/oder Annahme, dass die zahnärztliche Leistung für das Kind nicht erforderlich ist.
72/70	4,9	Beim Brustkrebs ist die Abdeckung unzureichend. Der Grund kann in der Tatsache liegen, dass die Frauen, die am Jahresende die Ladung bekommen haben, bis zum Zeitpunkt der Aufstellung des Jahresberichtes zum Screening noch nicht gekommen waren.
73/73,5		Das Abdeckungsziel ist beim Gebärmutterkrebs erfüllt, aber sicherlich muss man auch in der Zukunft großen Wert auf die Erhöhung der Bewusstheit von Versicherten legen.
25,0%		
68/73	10,0	73% von Versicherten in Listen der Hausärzte, die chronisch krank sind, wurden durch die Tätigkeiten überwacht, die gleichzeitig auch zum System der Qualitätsvergütung von Hausärzten gehören.
<2/0,2	10,0	Im Jahre 2016 lag die strukturelle Erhöhung der fachärztlichen Versorgung unter der maximal zugelassenen Grenze, die ein Zeichen der guten Zusammenarbeit zwischen der Krankenkasse und den Partnern ist.
4/8	5,0	Im Jahre 2016 wurden eine neue Behandlungsrichtlinie und sieben Patientenrichtlinien aufgestellt und auf ravijuhend.ee veröffentlicht. Alle Interessenten haben Zugriff zu Richtlinien.
10,0%		
100/100	5,0	Die Ärzte haben die Datenbank des Bewertens von Wechselwirkungen im II. Halbjahr von 2016 in Betrieb genommen. Die Datenbank ist für Ärzte eine Hilfe beim Bewerten von Wechselwirkungen der dem Patienten verschriebenen Medikamente und ermöglicht ihnen dadurch bessere Behandlungsentscheidungen zu treffen.
7/7	5,0	Die E-Beratungsleistung wird mit dem Stand des Jahresendes durch sieben medizinische Einrichtungen erbracht (Tartu Ülikooli Kliinikum, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla, Pärnu Haigla und Tallinna Lastehaigla).
15,0%		
ja	5,0	Anfang 2017 hat der Revisor die Tätigkeit der Krankenkasse im Jahre 2016 positiv bewertet und folglich entspricht das Qualitätsmanagementsystem der Krankenkasse den Anforderungen der ISO 9001:2008.
3,7/3,8	5,0	Nach Ergebnissen der ETI-Untersuchung ist das Niveau des Kundenservices von Eesti Haigekassa 3,8. Das ist ein sehr gutes Ergebnis, wenn man berücksichtigt, dass der maximale mögliche Wert 4,0 ist. Für das Erreichen eines noch höheren Niveaus konzentrieren wir uns in nächsten Jahren auf E-Mail-Service und auf die Kommunikation vor Ort.
K3/K3	5,0	Das Funktionieren von kritischen Leistungen (Rezeptzentrum und Kontrolle des Versicherungsschutzes) wurde im Laufe des Jahres auf dem maximalen möglichen Niveau gewährleistet.
90,4%		



Die Dienststelle für das Entwickeln des Pakets der Grundversorgung setzt sich mit dem Entwickeln des Hausarzt-systems und der Hausarztleistungen auseinander.

Leistungsstarke Grundversorgung bildet die Grundlage des effektiven Gesundheitswesens

Die Person hat in der Regel den ersten Kontakt mit dem Gesundheitssystem durch ihren Hausarzt und ihre Versorgungsassistentin. Der Hausarzt ist als Vertrauensperson der Familie eine Fachkraft mit hoher Qualifikation und umfangreichen Wissen, der die meisten Krankheiten diagnostiziert und therapiert. Auf der Ebene der Grundversorgung wird eine möglichst große Anzahl von Gesundheitsangelegenheiten gelöst, weil der Hausarzt die Klientel seiner Liste am besten kennt. Der Hausarzt ist für die Personen erreichbar und hat seinen Sitz in der Nähe, der Zugang zur medizinischen Versorgung ist kostenlos und Wartezeiten sind kurz. Der Hausarzt mit seinem Team erbringt die medizinische Grundversorgung und haftet für die Erbringung von Leistungen.

Entwickeln des Hausarzt-systems und der Hausarztleistungen

Aus der Untersuchung „Bewertungen der estnischen Bevölkerung zur Gesundheit und medizinischen Versorgung 2015“ geht hervor, dass die Bevölkerung bei der Organisation des Hausarzt-systems Schnelligkeit, Nähe und kostenlosen Zugang der medizinischen Versorgung für große Werte hält. Die Bevölkerung schätzt das auf der Versichertenliste beruhende System hoch, weil sie dank dieses Systems Vertrauen zu ihrem Hausarzt und ihrer Versor-

gungsassistentin hat und auch der Hausarzt und die Versorgungsassistentin vertrauen ihre Klientel. Auch schätzt man die Möglichkeit hoch, selbst den Hausarzt zu wählen.

Vor dem Gesundheitswesen stehen mehrere Herausforderungen: Alterung der Bevölkerung, Personen mit mehreren chronischen Krankheiten, unzureichende Anzahl von Leistungen und Mediziner, Preiserhöhung von medizinischen Technologien usw. Dabei nimmt die Rolle der medizinischen Grundversorgung bzw. Hausärzte immer zu. Die Bevölkerung altert, die Häufigkeit von chronischen Krankheiten bzw. Kranken, die ständiger Überwachung fordern, nimmt zu und folglich ist immer wichtiger, dass der Hausarzt ein Team mit der angemessenen Größe hätte, das ihn beraten kann und mit dem er Lösungen auf die Gesundheitsprobleme von Patienten finden kann, um dadurch der Klientel die erforderliche und hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Dabei sind die Prävention von Krankheiten sowie die Beteiligung von gesunden Personen an Gesundheitsuntersuchungen und Screenings von großer Bedeutung und sie bilden einen zunehmenden Teil von Gesundheitsleistungen, bei der die Rolle des Teams der medizinischen Grundversorgung immer entscheidender wird.

Unter Rücksicht auf das Obengenannte legen wir großen Wert auf das Fördern der Entwicklung des Systems, in dessen Mittelpunkt die leistungsstarke Grundversorgung steht, sowie auf die Erweiterung des Leistungspaketes, um die Verantwortung und Möglichkeiten der Grundversorgung zu erhöhen sowie dadurch allen Versicherten eine schnelle, wohnsitznahe Beratung und medizinische Versorgung ohne Geldbarrieren zu gewährleisten.

Als eine wichtige Entwicklung werden sich die Hausärzte ab dem Jahre 2018 in neue Gesundheitszentren vereinigen. Wir haben im vergangenen Jahr einen großen Beitrag zur Ausarbeitung des Finanzierungsmodells von Gesundheitszentren der Grundversorgung geleistet. Wir unterstützen das Weiterentwickeln des bestehenden Modells in der Art und Weise, welche die Tätigkeitsbereiche von Zentren und die Möglichkeit berücksichtigen würde, die Leistungsliste zu erweitern sowie dafür erforderliche Mittel und Mitarbeiter zu gewährleisten. Durch die Eröffnung neuer Gesundheitszentren wird für die Bevölkerung die Verfügbarkeit und Qualität der medizinischen Versorgung verbessert sowie das Angebot von Gesundheitsleistungen der Grundversorgung erweitert. In Gesundheitszentren vereinigen sich neben den Hausärzten und Versorgungsassistentinnen auch Physiotherapie, Geburtshilfe und Leistungen der Hauskrankenpflege. Das System von Gesundheitszentren unterstützt die Sicherstellung der Nachhaltigkeit und Entwicklung des Hausarztssystems, ermöglicht die Zusammenarbeit, den Erfahrungsaustausch sowie die Arbeit flexibler zu organisieren. Das Basisgeld eines Gesundheitszentrums umfasst neben Mitteln einer Einzelpraxis zusätzliche Möglichkeiten für größere Räume, Führungskosten, Arbeitsorganisation der Rezeption und IT-Entwicklung, dank derer die Klientel schneller und hochwertiger bedient werden kann. Das Beitreten einem Gesundheitszentrum ist für alle Hausärzte freiwillig.

Benutzen von Fonds durch Hausärzte hat zugenommen

Der Umfang der hausärztlichen Versorgung betrug im Jahre 2016 103 Millionen Euro, der Zuwachs im Vergleich zu 2015 überschritt 12%. Der Grund des Zuwachses liegt in der umfassenderen Benutzung des Therapie- und Untersuchungsfonds.

Durch den Zuwachs der Preisobergrenze der Pro-Kopf-Finanzierung ist das Finanzieren des Untersuchungsfonds im Vergleich zum Vorjahr um 14% gestiegen. Das Erfüllen des Untersuchungsfonds ist unter Hausärzten weiterhin unterschiedlich, durchschnittlich liegt es in Estland bei 88,5%.

Auch wurden die zusätzlichen Möglichkeiten von Hausärzten durch das Benutzen des Therapiefonds erhöht, in dem es jetzt neben der Logopädie und Psychologie auch die Leistungen der Physiotherapie gibt. Die Höhe des Therapiefonds betrug 2016 3% von der Pro-Kopf-Finanzierung des Hausarztes.

Einen detaillierteren Überblick über das Benutzen von Fonds der Hausärzte bekommen Sie aus dem Bericht des Erfüllens des Etats, aus dem Kapitel über die allgemeine medizinische Versorgung (S. 46-47).

E-Beratung unterstützt Hausärzte

Wir begannen im Jahre 2013 die Leistung der E-Beratung zu finanzieren, um die effizientere Zusammenarbeit der Haus- und Fachärzte zu fördern. E-Beratung verbessert die Therapiequalität sowohl in der Diagnostik als auch in der Behandlung, spart die Zeit und Mittel von Patienten und Medizinern ein sowie verkürzt die Wartelisten. Wir haben im Laufe der Jahre das Angebot von Bereichen der E-Beratung erweitert und heute funktioniert die Leistung in 16 Fachgebieten. 2016 haben wir in der Zusammenarbeit mit Eesti Perearstide Selts (Verband von Hausärzten Estland) und entsprechenden Facharztverbänden die Voraussetzungen der E-Beratung in Bereichen von Nephrologie, inneren Medizin und Psychiatrie ausgearbeitet.

Im Jahre 2016 betrug der gesamte Auftragsumfang von Leistungen der E-Beratung 77.000 Euro. Im Vorjahr wurde die E-Beratung durch 603 Hausärzte aus 260 Hausarztzentren benutzt, im Landkreis Harju wurde die Leistung am meisten benutzt. Die Ärzte haben die Leistung der E-Beratung insgesamt 5.597 Mal erbracht, das ist 123% mehr als 2015. Die höchsten Beratungszahlen sind in Bereichen von Neurologie, Endokrinologie, Otorinolaryngologie (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde) und Urologie.

Ab dem Jahre 2016 erbringen neben den durch die Krankenkasse ausgewählten Partnern sieben Krankenhäuser des Entwicklungsplans des Krankenhausnetzes die Leistungen der E-Beratung: SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA Tallinna Lastehaigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, AS Ida-Tallinna Keskhaigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, SA Ida-Viru Keskhaigla, SA Pärnu Haigla.

Qualitätsmanagementsystem von Hausärzten ist erfolgreich

Bei der schrittweisen Erhöhung der Rolle der Grundversorgung ist wichtig, die Therapiequalität des Hausarztwesens im Auge zu halten. Ein Mittel dafür ist das Qualitätsmanagementsystem von Hausärzten, das ermöglicht, die Hausärzte nach der Produktivität ihrer Arbeit zu vergüten. Das Hauptziel des Qualitätsmanagementsystems ist das Motivieren von Hausärzten, sich aktiv mit der Prävention von Krankheiten, mit der Bekämpfung von Infektionskrankheiten auseinanderzusetzen sowie effizienter die Patienten mit chronischen Krankheiten zu überwachen.

Das Entwickeln des Qualitätsmanagementsystems von Hausärzten ist für die Krankenkasse äußerst wichtig. Die Anzahl der Mitglieder des Qualitätsmanagementsystems von Hausärzten hat sich ab dem Jahre 2007 kontinuierlich erhöht und erreichte 2016 die 100% Beteiligung von Hausärzten. 2016 wurde zum ersten Mal den Erbringern von Gesundheitsleistungen eine leistungsabhängige Vergütung für die Qualität gezahlt. Wir haben den Audit in der Zusammenarbeit mit Eesti Perearstide Selts (Verband von Hausärzten Estland) und Terviseamet (Gesundheitsamt) durchgeführt. Einen detaillierteren Überblick über Ergebnisse der Qualitätsbewertung bekommen Sie aus dem Kapitel über den Bericht des Erfüllens des Etats (siehe S. 48).

Als Ergebnis des Entwickelns des Qualitätsmanagementsystems von Hausärzten muss der Hausarzt die Möglichkeit haben, den Gesundheitszustand von Patienten seiner Liste genauer zu messen, evidenzbasiert Krankheiten vorzubeugen, frühzeitig zu erkennen und zu therapieren sowie für die gute Arbeit eine Qualitätsvergütung zu erhalten. Wir haben das Entwickeln des Qualitätsmanagementsystems von Hausärzten zu unserem Ziel gesetzt, damit wir in der Zukunft das hochwertige Ergebnis mehr berücksichtigen können

Darmkrebscreening wurde gestartet

Das Screening der Früherkennung des Darmkrebses wurde in Etappen im zweiten Halbjahr 2016 gestartet. Vor dem Starten des Screenings wurden eine ausführliche Analyse und interdisziplinäre Entwicklung durchgeführt. Das Screening des Darmkrebses beruht wie andere Screenings auf Registern. Erstmals wird das Screening größtenteils auf der Ebene der Grundversorgung koordiniert, nur in Bedarfsfällen wird der Versicherte zum Facharzt für Folgeuntersuchungen überwiesen.

2016 bildeten im Jahre 1956 geborene Männer und Frauen die Zielgruppe des Screenings des Darmkrebses. In der Zielgruppe gab es 17.000 Personen und der ein Stuhltest auf nicht sichtbares Blut wurde den 2.610 Personen gemacht, von denen 68 weiter zur Screening-Koloskopie überwiesen wurden. Im Zusammenhang mit dem schrittweisen Beenden von Screeningentwicklungen haben die Beteiligten beschlossen, den Screeningzeitraum der Zielgruppe des letzten Jahres bis Ende 2017 zu verlängern. Gleichzeitig werden 2017 zum Screening auch die in Jahren 1955 und 1957 geborenen Männer und Frauen erwartet. Anschließend wird im Jahre 2017 das Anwenden des neuen Screenings vorläufig analysiert sowie bei Bedarf werden eventuelle Entwicklungs- und Folgehandlungen geplant.

Neue Zahnarztkompensation für Erwachsene

Ende 2016 hat Riigikogu (Parlament) das Änderungsgesetz des Krankenversicherungsgesetzes verabschiedet, nach dem ab dem II. Halbjahr 2017 der Versicherungsschutz von Erwachsenen durch eine neue Zahnarztkompensation ergänzt wird. Damit es möglich wäre, die Zahnarztkompensation zu zahlen, mussten zuerst der Katalog und die Preise von Stomatologieleistungen aktualisiert werden.

Ab der zweiten Hälfte 2017 vergüten wir nach dem Katalog von Gesundheitsleistungen neben den Zielgruppen, die schon eine Kompensation in der Geldform erhalten haben, allen erwachsenen Versicherten die Zahnarztbehandlung. Dabei müssen die Personen der Krankenkasse nachträglich keinen Antrag und keine Unterlagen einreichen, weil das ganze Abrechnen zwischen vertraglichen Partnern und der Krankenkasse elektronisch erfolgt.

Die Zahnarztkompensation für Erwachsene hilft beim Gewährleisten der Verfügbarkeit erforderlicher zahnmedizinischer Leistungen, ermutigt die Bevölkerung den Zahnarzt aufzusuchen sowie motiviert sie mehr sich um ihre Mundhygiene zu kümmern. Auch kann durch die Kompensation die Therapie- und Leistungsqualität besser überwacht werden. Im Falle der Inanspruchnahme von kompensierbaren Leistungen hat der Patient seinen Anteil zu tragen, das Ziel dabei ist, durch die geteilte Verantwortung die Personen noch mehr zu motivieren, sich um ihre Mundhygiene zu kümmern.



Das Planen und optimale Teilen von Krankenversicherungsmitteln ist ein jährliches Verfahren, das durch die Finanzführungsabteilung in der Zusammenarbeit mit der Partnermanagementsabteilung koordiniert wird.

Kontinuierliches Vervollständigen der Planungsmethodik von Krankenversicherungsvergütungen ist wichtig

Das Planen des Etats der Krankenkasse und darunter das Planen von Gesundheitsleistungen ist ein jährliches Verfahren, das auf einer konkreten Methodik basiert. Ab dem Jahre 2002 wird der Etat der Krankenkasse systematisch geplant und in letzten Jahren hat man die Prognosemethoden sehr viel ergänzt und präzisiert. Eine Grundlage für den Etat von Gesundheitsleistungen sowie für das Planen von Verträgen bildet die methodisch bewertete Nachfrage bzw. die begründete Nachfrage von Versicherten nach den Gesundheitsleistungen.

Bewerten der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

Wir beginnen das Planen mit dem Aufstellen einer langfristigen Prognose von Krankenversicherungsvergütungen (30+ Jahre), welche die langfristige Nachhaltigkeit der Krankenversicherung in der Situation beschreibt, in der unsere heutige Gesundheitspolitik auch in folgenden Jahren fortgesetzt wird. Dieser schließen sich kürzere und

konkretere Prognosen von vier kommenden Jahren an, deren Ziel die Gewährleistung der Stabilität und Entwicklung der Finanzierung des Gesundheitswesens ist und gleichzeitig sollen sie allen Beteiligten ermöglichen, die Finanzierungsgrundsätze des Krankenversicherungssystems und die Vergütungsarten zu verstehen.

Beim Planen von kommenden vier Jahren berücksichtigen wir die Änderung der Altersstruktur der Bevölkerung, die bisherige Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie die Entwicklung der Therapiequalität. Als Grundlage benutzen wir beim Aufstellen der Prognose die wichtigsten Bereiche des durch die Krankenkasse jährlich zu aktualisierenden Entwicklungsplanes für weitere vier Jahre, Entwicklungsprognosen der Krankenversicherungsvergütungen (unter anderem der Gesundheitsleistungen) sowie makroökonomische Indikatoren Estlands, die auf den durch das Finanzministerium aufzustellenden Wirtschaftsprognosen beruhen.

Beim Aufstellen des Jahresetats muss man als erstes wissen, wie groß ist der Bedarf von Versicherten nach Gesundheitsleistungen. Diese Bedarfsermittlung nennen wir Bewertung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Das führen wir in allen Landkreisen in allen Fachbereichen und Behandlungstypen vom Wohnsitz des Versicherten ausgehend durch. Bei der Nachfrageermittlung berücksichtigen wir zuerst den gesamten Therapiebedarf in Estland und danach bewerten wir, wie groß ist die zu erwartende Nachfrage der Bewohner des Landkreises nach fachärztlichen Gesundheitsleistungen im folgenden Jahr. Wir bewerten nur die Nachfrage nach den durch die Krankenkasse zu finanzierenden Gesundheitsleistungen bzw. nach den Leistungen, die durch den Katalog von Gesundheitsleistungen abgedeckt werden. Beim Analysieren der Wartelisten können wir die durch die Erbringer von Gesundheitsleistungen der Krankenkasse vorgelegten Angaben über die Wartelisten zu Grunde nehmen.

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist immer größer als unsere finanziellen Mittel. Das bedeutet, dass die aufgrund der Bewertung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ermittelte bewertete Nachfrage mit Etat-Möglichkeiten der Krankenkasse in Einklang gebracht werden muss. Dadurch wird die bewertete Nachfrage zur finanzierten Nachfrage. Alle mit der Nachfrage und Finanzierung verbundenen Unterlagen werden auf der Homepage der Krankenkasse veröffentlicht¹. Die finanzierte Nachfrage bzw. unsere Etat-Möglichkeiten bei der Finanzierung von Leistungen ist ein sehr wichtiger Input beim Planen von Vertragsangeboten an die Medizineinrichtungen. Wurde der Bedarf nach Gesundheitsleistungen ermittelt und mit dem Etat in Einklang gebracht, kann die Krankenkasse Verträge mit den Erbringern von Gesundheitsleistungen aufstellen. Dafür werden die Therapiebedürfnisse von Versicherten nach Fachgebieten berechnet, beispielsweise wie groß ist der Bedarf der Leistungen vom Orthopäden oder Hautarzt. Die Grundlage für das strategische Planen und für den Einkauf bildet die Zuständigkeit von Leistungserbringern bzw. ihre Fähigkeit die erforderliche Leistung hochwertig zu erbringen.

Einkaufsstrategie der fachärztlichen Versorgung

Wir analysieren im Landkreis den Umfang der Nachfrage im konkreten fachärztlichen Bereich und auch, ob sie ausreichend groß ist, um den Ärzten und anderen Leistungserbringern im Landkreis eine angemessene Belastung zu sichern. Dadurch haben wir eine Grundlage für das Erwägen, ob der Abschluss mit einem im Landkreis die Leistung erbringenden Vertragspartner zum Einkauf von Leistungen des konkreten Fachbereiches begründet ist. Zum Erbringen von Gesundheitsleistungen anderer Spezialbereiche schließen wir Verträge mit Zentral- und Regionalkrankenhäusern und bei Bedarf auch mit anderen Leistungserbringern ab: so gewährleisten wir das Leistungsangebot des entsprechenden Bereiches in der ganzen Republik. Abschließend legen wir Stellen fest, in denen das Einkufen von Leistungen unterschiedlicher Bereiche optimal und nachhaltig ist sowie ein hochwertiges Ergebnis gewährleistet ist, wobei wir den gesundheitspolitischen Rahmen berücksichtigen.

Um eine Einkaufsstrategie von Leistungen zu planen, die effizient ist und von Bedürfnissen der Versicherten ausgeht, haben wir Grundsätze der geographischen Verfügbarkeit ausgearbeitet, welche die Grundsätze des Einkaufens von fachärztlichen Versorgung nach fachärztlichen Bereichen und Krankenhausarten festlegen. Das ermöglicht in allen Landkreisen neben der Verfügbarkeit von Leistungen der Grundversorgung auch die gleichmäßige

¹ <http://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamise-lepingud/tervishoiuteenuste-noudluse-hindamisest-ja-ravi>

² <http://www.haigekassa.ee/et/eriarstiabi-ostustrateegia>

Verfügbarkeit von hochwertigen spezialärztlichen Leistungen für alle Krankenversicherten Estlands unabhängig von ihrem Wohnsitz zu gewährleisten, indem gleichzeitig Zeit von Ärzten, Technologie und Etatmittel der Krankenkasse optimal eingesetzt werden. In die Grundsätze der geographischen Verfügbarkeit der spezialärztlichen Versorgung, von denen ausgehend wir die Finanzierungsverträge der Therapie für die Jahre 2015, 2016 und 2017 geplant haben, kann auf der Homepage der Krankenkasse eingesehen werden².

Bei der Verbesserung der Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen werden wir auch in der Zukunft viel Aufmerksamkeit auf das Entwickeln der hausärztlichen Versorgung legen und auf das Erreichen des optimalen Benutzens von Leistungen der fachärztlichen Versorgung lenken. In nächsten Jahren ist ein äußerst wichtiges Ziel, in der ganzen Republik eine einheitlichere und gleichmäßigere Verfügbarkeit von Leistungen der fachärztlichen Versorgung als bis jetzt zu erreichen. Bei der Gewährleistung der Verfügbarkeit von hochwertigen Leistungen muss auch in der Zukunft die Effizienz des Auftrages der fachärztlichen Versorgung erhöht werden. Wichtig ist Möglichkeiten zur Differenzierung von Wartezeiten nach dem Therapiebedarf zu schaffen, die rechtzeitige Verfügbarkeit der Therapie im richtigen Ort zu gewährleisten und die auf den Kompetenzzentren beruhende Zusammenarbeit zu fördern. Wir setzen das Entwickeln der Methodik zum Planen der Nachfrage fort, dabei halten wir für wichtig, dass der durchschnittliche Preis vom Behandlungsfall angeglichen wird. In der Perspektive von ein paar kommenden Jahren sind für uns die Auswahl unserer strategischen Partner und die weiteren Entwicklungen im Zusammenhang mit dem Entwicklungsplan des Krankenhausnetzes sehr wichtig.



Eine wichtige Priorität der Dienststelle fürs Entwickeln des Paketes der fachärztlichen Versorgung ist die kontinuierliche Aktualisierung des Paketes der fachärztlichen Versorgung.

Neue Möglichkeiten im Leistungspaket gewährleisten moderne Therapie

Unsere Priorität ist mit Entwicklungen der modernen Medizin Schritt zu halten sowie den Versicherten moderne, evidenzbasierte und kosteneffektive Gesundheitsleistungen zu erbringen. Die Krankenkasse kann nur für diese Gesundheitsleistungen und unter diesen Voraussetzungen sowie diese maximale Preise zahlen, die durch die Verordnung der Regierung der Republik „Katalog der Gesundheitsleistungen von Eesti Haigekassa“ (nachstehend Katalog von Gesundheitsleistungen) festgelegt worden sind, folglich ist das kontinuierliche Ergänzen und Aktualisieren des Katalogs äußerst wichtig.

Der Katalog von Gesundheitsleistungen wird jedes Jahr nach dem Bedarf und den Möglichkeiten der Krankenversicherung aktualisiert, damit der Bevölkerung die beste mögliche Therapie gewährt würde, in Rücksicht auf die Evidenz (unter anderem der medizinischen Wirksamkeit) und Kosteneffizienz der Behandlung. Der Katalog von Gesundheitsleistungen wird immer in der Zusammenarbeit von Ärzten und der Krankenkasse aktualisiert. Vorschläge zum Verändern des Katalogs können sowohl Fachverbände, Vereinigungen der Erbringer von Gesundheitsleistungen als auch die Krankenkasse unterbreiten.

Im Vorjahr wurden zum Aktualisieren des Katalogs von Gesundheitsleistungen für das Jahr 2017 127 Anträge verfahren, von denen 61 Anträgen teilweise oder vollständig stattgegeben wurde, unter anderem wurden 19 ganz neue Leistungen und 5 Medikamente für Krankenhäuser in den Katalog aufgenommen. Die Entscheidungen zur Aufnahme von Leistungen in den Katalog werden immer nach einheitlichen Kriterien getroffen: bewertet wird, ob

³ <http://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/tervishoiuteenuste-loetelu/loetelu-muutmise-2013-2017>

der durch die Leistung zu ziehende Nutzen bewiesen ist (medizinische Evidenz) und ob der mit der Leistung einhergehende Mehraufwand mit dem aus der Leistung zu ziehenden Nutzen im Einklang ist (Kosteneffektivität). Auch ist wichtig, die gesundheitspolitischen Trends zu befolgen sowie die Meinungen der Klientel zu berücksichtigen, die wir durch Vertretungsorganisationen von Patienten einholen. Alle Informationen, die beim Entscheiden berücksichtigt wurden, werden auf der Homepage der Krankenkasse veröffentlicht³, um die Transparenz der Auswahl und des Systems zu gewährleisten.

Neue Leistungen in der fachärztlichen Versorgung

Im Katalog von Gesundheitsleistungen, der im Jahre 2017 in Kraft getreten ist, wurden Ergänzungen für das Diagnostizieren und moderne Behandeln schwerer Krankheiten vorgenommen. 2017 wird in den Katalog das Entfernen des Thrombus aus der Gehirnschlagader aufgenommen, das ein zusätzliches Verfahren in der Schlaganfallbehandlung ist, wenn die Standardbehandlung ineffektiv gewesen ist oder für die Patienten kontraindiziert ist. Die neue Leistung sichert den Patienten ein besseres Therapieergebnis und eine bessere Lebensqualität. Auch wurden die Indikationen für die patientenschonende intensitätsmodulierte Strahlentherapie erweitert.

Ebenso wurden die Möglichkeiten der Rehabilitation nach Krankheiten und Traumen ergänzt. Wenn vorher in den Katalog von Gesundheitsleistungen die Physiotherapie zu Hause aufgenommen wurde, die den Personen gedacht ist, für die das Erreichen der Medizineinrichtung erschwert ist, dann jetzt kann zu Hause auch die Ergotherapie angeboten werden.

In den Katalog wurden neue den Kindern gerichtete Leistungen aufgenommen, beispielsweise psychische Gesundheitsdienste für Kinder, um die Verfügbarkeit von psychischen Gesundheitsdiensten für Kinder zu erhöhen und sie den Hilfebedürftigen näher zu bringen. Auch wird die Verfügbarkeit der Orthodontie für Kinder verbessert, nämlich wurde die Liste von Indikationen erweitert, in welchen Fällen die Krankenkasse für die Therapie aufkommt.

Gleichzeitig wurde im neuen Katalog an die Verfügbarkeit der Therapie von seltenen Krankheiten gedacht, für die es in Estland keine evidenzbasierte Therapie gibt und deshalb die Person nach Ausland zu Behandlung überwiesen wird. Die Krankenkasse wird im Falle der im Ausland erfolgenden planmäßigen Behandlung den Transport vergüten, wenn es um eine Notfallversorgung geht und wegen des Gesundheitszustandes des Patienten das Benutzen anderer Transportmittel nicht in Frage kommt.

In den Katalog von Gesundheitsleistungen wurde auch das parenterale Ernähren zu Hause aufgenommen, bei dem die Nährstoffe durch Infusion direkt in die Blutbahn des Patienten appliziert werden. Früher hat die Krankenkasse für das parenterale Ernähren nur im Falle der stationären Behandlung gezahlt. Wenn der Patient sich zu Hause aufhalten wollte, musste er für das parenterale Ernähren selbst aufkommen.

Festlegung von optimalen Preisen

Neben der Einführung neuer Leistungen in den Katalog von Gesundheitsleistungen ist die Krankenkasse verpflichtet, optimale Preise für alle Leistungen des Katalogs zu gewährleisten. Der Preis muss das Erbringen einer hochwertigen Leistung und das angemessene Benutzen von Krankenversicherungsmitteln sicherstellen, damit mit demselben Geld einer größeren Anzahl von hilfebedürftigen Versicherten die Gesundheitsleistungen erbracht werden könnten. Jedes Jahr erwägen wir die Bezeichnungen und Preise der bestehenden Leistungen, damit sie das moderne Erbringen von Leistungen widerspiegeln. In der Regel werden die Preise von bestehenden Leistungen als Fachbereichsblöcke überarbeitet, beispielsweise ab 2017 haben sich die Leistungslisten der Stomatologie, Orthodontie sowie Gesichts- und Kieferchirurgie aktualisiert. Aus anderen Bereichen wurde in der Gynäkologie die Liste von Behandlungen, Operationen und Zubehörartikeln sowie die Liste von Sprechstunden

der Ärzte und Krankenschwestern und von Krankenhaustagen aktualisiert.

Die Preisgestaltung von Leistungen beruht auf der Methode der Kostenzuordnung nach Tätigkeiten (ABC Methode). Nach dieser Methode sind die für das Erbringen der entsprechenden Gesundheitsleistungen erforderlichen Tätigkeiten und die für ihre Vornahme erforderlichen Mittel zu beschreiben (z. B. Zeit des Arztes und der Krankenschwester, Geräte). Beim Beschreiben von Leistungen wird von der tatsächlichen Praktik der Medizineinrichtung ausgegangen. Damit die Preise im System optimal und besser vergleichbar wären, wurde 2016 auch das Berechnungsverfahren von Preisen aufgrund der durch einen ausländischen Experten im Jahre 2015 durchgeführten Analyse aktualisiert. Davon ausgehend wurde die Anzahl der Einrichtungen verändert, die für das Berechnen von Preisen die Ausgangsangaben einreichen, indem vom Grundsatz ausgegangen wird, dass die Angaben durch Einrichtungen einzureichen sind, welche diese Leistungen im größten Umfang erbringen und gleichzeitig muss die Anzahl von Einrichtungen gut administrierbar sein. Für das Jahr 2017 wurde das optimale Niveau von Gesamtkosten ermittelt, um anschließend nach Möglichkeiten der Krankenversicherung das optimale Niveau zu erreichen. Dabei ist äußerst wichtig das Umteilen von Mitteln nach Aufwendungsarten, damit die relativen Preise richtig wären und es im System weniger Spannungen geben würde. Wenn die Ausgabekomponenten auf das optimale Niveau erhöht worden sind, ist das Halten von Ausgabekomponenten auf diesem Niveau wichtig, damit im Laufe der Jahre keine großen Differenzen zwischen den tatsächlichen Ausgaben und Ausgabekomponenten des Preismodelles entstehen würden. Beispielsweise ist eine neue Leistung anfangs teurer, aber je mehr sie in die allgemeine Praktik kommt, desto mehr sinkt ihr Preis. Deshalb muss man neben dem Ermitteln der Preise von neuen Leistungen auch Preise der alten Leistungen kontinuierlich überarbeiten. Sind die Preise gesunken, entsteht die Möglichkeit die Mittel umzuteilen. Vom eingesparten Betrag können neue kosteneffiziente Leistungen oder Investitionen von Krankenhäusern finanziert werden, die zur effektiveren Organisation und Qualität der Arbeit beitragen (z. B. IT-Ausgaben). Wenn die Ausgabekomponenten das optimale Niveau erreicht haben, ist das Halten von Ausgabekomponenten auf diesem Niveau wichtig, damit im Laufe der Jahre keine großen Differenzen zwischen den tatsächlichen Ausgaben und Ausgabekomponenten des Preismodelles entstehen würden. Dazu wurde in die Methodik der Grundsatz eingeführt, nach dem die Gemeinkosten jedes Jahr an den BIP-Deflator angepasst werden, weil dieser am besten die Änderung von Ausgaben des Krankenhauses widerspiegelt.

Entwickeln von unterschiedlichen Zahlungsmethoden

Neben der Festlegung von Leistungen und ihren Preisen ist wichtig die Zahlungsarten festzulegen, wie den Medizineinrichtungen für die Diagnostik und Behandlung von Personen gezahlt wird. In der fachärztlichen Versorgung wird sowohl das leistungs-basierte als auch fallbasierte Zahlen eingesetzt. Im Falle vom leistungs-basierten Zahlen wird für alle dem Patienten erbrachten Leistungen nach dem in der vorher dargestellten Weise festgelegten Preisen von Leistungen gezahlt. Im Falle vom fallbasierten Zahlen werden die in Estland diagnosebasierten Gruppen bzw. DRGs (*diagnosis related groups*) angewandt, bei denen den Erbringern von Leistungen eine Pauschale für die im Rahmen des Behandlungsfalles erbrachten Leistungen gezahlt wird. Die Grundlage für die Preisgestaltung von DRG-basierten Preisen bilden die Preise einzelner Leistungen, die im Rahmen des Behandlungsfalles erbracht werden, aufgrund deren nach der Methodik für jede DRG der Preis berechnet wird. Die Vergütung des Behandlungsfalles (DRG) entsteht nach dem leistungs-basierten Preis von Behandlungsrechnungen der Patienten, die ein ähnliches klinisches Bild und einen ähnlichen klinischen Verlauf haben, folglich ist die Schlüsselfrage der Gestaltung von optimalen DRG-Preisen das Bilden von Gruppen der ähnlichen Behandlungsfälle.

2015 hat der ausländische Experte die Meinung geäußert, dass die in der Krankenkasse angewandte DRG-basierte Methodik der Preisgestaltung der internationalen Praktik entspricht. Gleichzeitig gewährleisten die Grundsätze der DRG-Preisberechnung und -methoden die bessere Anpassung des Preises an die in den Medizineinrichtungen zu erbringenden Leistungen und Ausgaben von Behandlungsfällen. Gleichzeitig hat er mehrere Vorschläge un-

terbreitet, deren Umsetzung hilfreich wäre, um auszufinden, ob und wie diese Methodik noch besser eingesetzt werden könnte.

Im Jahre 2016 haben wir die zweite Etappe der Analyse der DRG-Preisgestaltung gestartet, deren Ziel ist, einen praktischen Input sowie Empfehlungen für das Verändern der Berechnungsmethodik von DRG-Preisen zu bekommen. Der die Folgeanalyse durchführende ausländische Experte hat auf einer umfassenden Datenanalyse beruhende Vorschläge zur Verbesserung der Berechnungsmethodik von DRG-Preisen unterbreitet. Der Experte hat vorgeschlagen, die Methodik der Berechnung der Preisobergrenze und Preisgrenzen zu verändern. Durch das Umsetzen dieser Vorschläge ist diese Methodik für alle Parteien verständlicher, der DRG-Preis widerspiegelt die Wirklichkeit besser und die Preisgrenzen sind enger. Das bedeutet, wenn die Ausgaben der Medizineinrichtung erheblich höher oder niedriger als der DRG-Preis sind, dann wird der Medizineinrichtung nach den tatsächlich erbrachten Leistungen und ihren Preisen gezahlt. Auch wurde der Vorschlag unterbreitet, bei der Berechnung von diesen DRG-Preisen die Auswahl zu vergrößern, bei deren Berechnung die früher angewandte Auswahl für das Ermitteln eines angemessenen Ergebnisses zu klein gewesen ist.

Von der Empfehlung ausgehend hat man im Jahre 2017 vor, die Wirkungen der Vorschläge sowohl vom Standpunkt des Finanzierens als auch vom Standpunkt der Erbringer von Leistungen zu analysieren sowie die Ergebnisse in der Zusammenarbeit aller Parteien zu erörtern. Durch das Entwickeln der Methodik der DRG-Preisberechnung wird die DRG-basierte Preisgestaltung und Finanzierung besser den Veränderungen in Behandlungspraktiken entsprechen und ermöglicht die Preise von Gesundheitsleistungen optimal und gerecht zu halten.



Die Dienststelle der Therapiequalität hilft beim Bewerten und Verbessern der Qualität von estnischen Gesundheitsleistungen.

Gemeinsam einen Beitrag zur besten Therapiequalität leistend

Das Entwickeln eines kompletten Qualitätssystems ist eine von wichtigsten Prioritäten des estnischen Gesundheitswesens und der estnischen Krankenversicherung, von deren Umsetzung Klientel, Erbringer von Gesundheitsleistungen und die Gesellschaft als Ganzes profitieren. Die alltägliche Arbeit der Dienststelle der Therapiequalität der Krankenkasse – Ausarbeitung von Behandlungsstandards und Messziffern sowie Koordinierung von klinischen Audits in der Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen der Krankenkasse – fördert das Bewerten und das Verbessern der Therapiequalität in Estland. Gleichzeitig leistet die Krankenkasse einen wesentlichen Beitrag zur Ausbildung von Ausarbeitern der Behandlungsrichtlinien, in denen den an dem Verfahren beteiligten Ärzten, Krankenschwestern und Vertretern anderer Berufe Wissen über die Recherchen und Bewerten von Beweisen sowie das Aufstellen von Behandlungsempfehlungen weitergegeben werden.

Behandlungs- und Patientenrichtlinien gewährleisten die Patientenorientiertheit

Ab dem Jahre 2011 hat die Krankenkasse das Aufstellen von Behandlungsrichtlinien aufgrund des methodischen Leitfadens gefördert, der in der Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation, dem Sozialministerium und dem Bereich für medizinische Wissenschaften der Universität Tartu sowie anderen Parteien des Gesundheitswesens ausgearbeitet wurde. Eine Behandlungsrichtlinie ist ein Dokument, das den Therapiestandard setzt und Empfehlungen zu den die Gesundheit beeinflussenden Handlungen gibt. In der Behandlungsrichtlinie werden Medizinern evidenzbasierte Anleitungen

zu den Diagnostizierungs- und Behandlungsweisen gegeben, auch kann die Behandlungsrichtlinie Empfehlungen zur Vorbeugung der Krankheiten oder Schulungsstrategien von Patienten u. ä. umfassen. Die Behandlungsrichtlinien sind für die Mediziner allgemein anerkannte wesentliche Arbeitsmittel, deren Informationen beim Entscheiden zwischen diversen Eingriffsweisen hilfreich sind, und welche die Gesundheit, Therapiequalität sowie das Anwenden von Mitteln des Gesundheitswesens beeinflussen.

Gleichzeitig mit den Behandlungsrichtlinien werden auch Patientenrichtlinien ausgearbeitet, die auf der Behandlungsrichtlinie beruhen und eine Hilfe bei der Beratung des Patienten sind. Die Patientenrichtlinien fördern die Informiertheit des Patienten und schaffen ihm Voraussetzungen für das aktive Beteiligen an der Behandlung.

2016 wurden acht neue Behandlungs- und Patientenrichtlinien erstellt: Behandlung von Dekubitus, Behandlung akuter perioperativer Schmerzen, Behandlung bariatrischer Patienten vor und nach dem chirurgischen Eingriff. Gleichzeitig wurden die Patientenrichtlinien zu den früher erstellten Behandlungsrichtlinien genehmigt: Behandlung generalisierter Angststörung und Panikstörung (mit oder ohne Agoraphobie) und Behandlung vom Asthma der Erwachsenen in der Grundversorgung. Die aufgestellten Behandlungsrichtlinien sind in der Web-Umgebung von Behandlungsrichtlinien zusammengefasst⁴, die 2017 aktualisiert wird.

Vom Audit der Experten der Weltgesundheitsorganisation über das Verfahren des Aufstellens von estnischen Behandlungsrichtlinien ausgehend wurde im Jahre 2016 das Handbuch zur Aufstellung von Behandlungsrichtlinien aktualisiert. Von im aktualisierten Handbuch beschriebenen Bewertungsmethoden ausgehend wurden den Methodikern und Ausbildern von Richtlinien Schulungen sowohl über die Methodik der Bewertung des Verzerrungspotenzials systematischer Übersichtsarbeiten im Medizinbereich (ROBIS) als auch über die Methodik der Bewertung der Qualität der Evidenz (GRADE) durchgeführt.

Indikatoren der Therapiequalität fördern das Bewerten von Behandlungstätigkeiten

Zur Gewährleistung der einheitlich guten Qualität von Gesundheitsleistungen müssen erbrachte Leistungen kontinuierlich überwacht sowie die Qualitätsindikatoren regelmäßig bewertet werden. Die Krankenkasse benutzt diverse Indikatoren als ziemlich schnelle Werkzeuge für das Bewerten der Behandlungstätigkeit auch, um ihren Partnern Feedback zu geben.

Wir sind aktiv an der Ausarbeitung von Qualitätsmessziffern der klinischen Behandlung, am Bewerten von Ergebnissen sowie an der Umsetzung von Verbesserungen beteiligt. Mit diesem Ziel wurde im Jahre 2013 in der Zusammenarbeit mit der Universität Tartu der Beirat von Indikatoren der Therapiequalität gegründet. Der Beirat hat Grundsätze für die Auswahl von den die Therapiequalität charakterisierenden Indikatoren ausgearbeitet und aufgrund dieser Grundsätze wurden Ende 2016 42 die Therapiequalität charakterisierenden Indikatoren in fünf Bereichen genehmigt: Onkologie, Intensivmedizin, Geburtshilfe, Neurologie und Chirurgie. Der erste Bericht über die klinischen Indikatoren wurde Ende 2016 aufgestellt und auch auf der Homepage der Krankenkasse veröffentlicht⁵. Durch die Einführung von klinischen Indikatoren wird ein ganzheitliches System für die regelmäßige Bewertung der Qualität von Gesundheitsleistungen sowie für das Veröffentlichen der entsprechenden Informationen auf der nationalen und internationale Ebene geschaffen.

Klinischer Audit leistet Hilfe bei der Analyse von Behandlung und Behandlungsergebnissen

Im Laufe des klinischen Audits werden die Therapie von Patienten und die Therapieergebnisse nach bestimmten Kriterien bewertet und als Endergebnis wird ein Auditbericht aufgestellt. Die Ergebnisse des klinischen Audits werden in Feedbackveranstaltungen vorgestellt und die Folgehandlungen werden aufgrund der Auditergebnisse geplant.

Die Krankenkasse beauftragt die Fachleute jedes Jahr mit fünf klinischen Audits. Im Jahre 2016 wurden die Berichte von klinischen Audits „Behandlung von Schmerzen unteren Rückens in der Grundversorgung“, „Begründetheit und Qualität des selbständigen stationären Pflegedienstes“ und „Qualität der Diagnostik und Therapiequalität der Depression“ erstellt.

Eesti Haigekassa hat beschlossen den klinischen Audit „Behandlung von Schmerzen unteren Rückens in der Grundversor-

⁴ <http://www.ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/>

⁵ http://www.haigekassa.ee/sites/default/files/kvaliteet/hk_kvaliteediraport_2016_a4_web_200117.pdf

gung“ in Auftrag zu geben, weil die Schmerzen unteren Rückens in ihrem Leben 84–90% Personen gehabt haben. Folglich handelt es sich um ein sehr weitverbreitetes Problem und es ist wichtig, die Behandlung von Patienten mit Schmerzen unteren Rückens in der Grundversorgung zu bewerten.

Den klinischen Audit zum Thema „Begründetheit und Qualität des selbständigen stationären Pflegedienstes“ haben wir eingeleitet, weil Riigikontroll (Rechnungshof) von Ergebnissen seines Audits ausgehend empfohlen hat, die Qualität des selbständigen stationären Pflegedienstes zu bewerten. Hinzu kommt, dass zum letzten Mal die Qualität des selbständigen stationären Pflegedienstes durch einen klinischen Audit im Jahre 2007 bewertet wurde. Folglich war wichtig festzustellen, ob sich die Qualität der Erbringung von Leistungen im Vergleich zu 2007 verändert hat.

Ab dem Jahre 2011 gilt in Estland die „Behandlungsrichtlinie der Depression für Hausärzte“ und 2016 haben wir zum ersten Mal bewertet, wie und in welchem Umfang diese Behandlungsrichtlinie durch die Hausärzte beim Behandeln von Patienten eingesetzt wird.

Im Jahre 2016 haben wir uns noch mit klinischen Audits „Diagnostik und Behandlung des Diabetes Typ 2 in der Grundversorgung“ und „Qualität des selbständigen antenatalen Hebammendienstes“ auseinandergesetzt. Die Berichte dieser klinischen Audits werden im ersten Vierteljahr von 2017 erstellt.

In Zusammenfassungen aller durchgeführten klinischen Audits kann auf der Homepage der Krankenkasse eingesehen werden⁶.

Zusammenarbeit mit der Weltbank fördert den ganzheitlichen Ansatz der Behandlung

Der Team für die Therapiequalität der Krankenkasse arbeitet aktiv mit der Weltbank zusammen, die durch sie im Jahre 2015 durchgeführte Analyse hat den Bedarf festgestellt, genauer den Verkehr von Patienten zwischen unterschiedlichen Gesundheitsebenen zu beschreiben. Es ist zu erfassen, mit welchen Beschwerden die Patienten durch den Hausarzt zum Facharzt zu überweisen sind und wann der Facharzt denselben Patienten wieder dem Hausarzt für das regelmäßige Überwachen zu übergeben hat.

Das konkretere Ziel der zweiten Etappe von der Studie der Weltbank ist, ein Modell auszuarbeiten, mit dem die Patienten erfasst werden können, bei denen die Durchführung von vorbeugenden, beratenden und überwachenden Handlungen vom Hausarzt und von der Versorgungsassistentin der Gesundheit und Lebensqualität des Patienten den größten Nutzen geben würde sowie gleichzeitig die optimale Anwendung von Mitteln der Krankenversicherung fördern würde. Dazu wurde in der Zusammenarbeit mit zehn estnischen Hausärzten, Experten der Weltbank und Vertretern von Eesti Haigekassa das den estnischen Hausärzten gerichtete evidenzbasierte Modell von Risikopatienten ausgearbeitet. Bei der Ausarbeitung des Modells wurden die evidenzbasierten Studien sowie die Erfahrungen internationaler Experten eingesetzt, indem sie mit Erfahrungen von estnischen Studien und sich an Pilotprojekten beteiligten Hausärzten verbunden werden. Das Ziel des Modells ist den Medizinern der Grundversorgung (Hausärzten und Versorgungsassistentinnen) ein Werkzeug zu schaffen, mit dem das Behandlungsverfahren von chronischen Kranken besser identifiziert und geführt werden kann, indem das mit der fachärztlichen Versorgung und mit dem Sozialsystem integriert erfolgt. Aufgrund des Modells von Risikopatienten wird im Jahre 2017 ein Pilotprojekt durchgeführt. Am Pilotprojekt nehmen insgesamt zehn Hausärzteezentren aus allen estnischen Regionen teil.

Im Rahmen des zweiten Teils der Studie der Weltbank wird analysiert, ob und wie die Wartezeiten die Kontinuität der Therapie auf unterschiedlichen Ebenen der medizinischen Versorgung beeinflussen und man hat vor, ein Modell für die Differenzierung von Wartezeiten und für das Überwachen des Einflusses von Wartezeiten auszuarbeiten. Gleichzeitig werden die Zahlungsmethodiken der Krankenkasse analysiert sowie Vorschläge für das Weiterentwickeln der Einkaufsstrategien der Krankenkasse unterbreitet. Mit der Arbeit wurde schon begonnen und Ergebnisse werden bis Herbst 2017 erwartet.

⁶ <http://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/tervishoiuteenuste-kvaliteet/kliinilised-auditid>



Die Kundenserviceabteilung unterstützt die Zufriedenheit der Klientel der Krankenkasse zu gewährleisten.

Im Vordergrund stehen die Zufriedenheit der Klientel und der Schutz von Interessen der Versicherten

Eines der Hauptziele der alltäglichen Arbeit der Krankenkasse ist das Erhöhen der Kundenfokussierung und der Zufriedenheit der Klientel. Für uns ist wichtig, allen Personen den schnellen, hochwertigen und professionellen Service in den für den Kunden geeigneten Kommunikationskanälen zu bieten.

Für das Anbieten des erstklassigen Kundenservices haben wir im Jahre 2016 die Strategie des Kundenservices der Krankenkasse für die Periode 2016–2019 erstellt. In der Strategie des Kundenservices haben wir Ziele und Richtungen festgelegt, in die wir uns entwickeln wollen, das unter Rücksicht des von der Klientel erhaltenen Feedbacks und ihre Bedürfnisse erfassend. Unser Ziel ist, weiterhin zu Organisationen mit dem besten Service zu gehören. Wir nehmen regelmäßig an der Untersuchung des estnischen Serviceindex (Eesti Teeninduse Indeks (ETI)) teil, um das Niveau des Services der Krankenkasse mit dem Serviceniveau anderer estnischer Organisationen zu vergleichen und 2016 wurde das Niveau unseres Kundenservices im Vier-Punkte-System mit einer Gesamtnote von 3,8 und die Arbeit des Infotelefon mit 4,0 bewertet. Wir haben in der Krankenkasse begonnen, die Grundsätze des Kundenservices zu aktualisieren und im Laufe der Aktualisierung haben wir in der Organisation strukturelle Veränderungen vorgenommen.

Kundenfokussierte Leistungen

Für uns ist wichtig, den Benutzerkomfort der durch die Krankenkasse der Klientel angebotenen Leistungen zu erhöhen. Wir verbessern das Benutzen des elektronischen Verfahrens von Vergütungen der zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit sowohl für die Erbringer von Gesundheitsleistungen, für die Arbeitgeber als auch für die Krankenkasse. Im Jahre 2016 haben wir das Umwandeln des Verfahrens des elektronischen Krankenscheines analysiert. Unser Ziel ist, bis zum Jahre 2018 eine Situation zu erreichen, in der der Zeitpunkt des Öffnens eines Krankenscheines sowohl für die Krankenkasse als auch für den Arbeitgeber bekannt ist, indem gleichzeitig der Benutzerkomfort berücksichtigt wird und weitere Analysemöglichkeiten für das Benutzen der Vergütungen der zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit geschaffen werden. Im letzten Jahr haben wir auch unsere Datenqualität in der Zusammenarbeit mit Datenaustauschpartnern verbessert und das Ergänzen unseres Kundenverwaltungssystems gestartet, um unsere Klientel und ihre Bedürfnisse besser kennenzulernen. Gleichzeitig beteiligen wir uns an Arbeitsgruppen der grenzüberschreitenden Leistungen, die den Datenaustausch innerhalb der Europäischen Union unter den zuständigen Einrichtungen vorbereiten.

Wir gehen beim Entwickeln des ganzheitlichen Kundenservices von der Personenfokussiertheit aus. Unter dem personenfokussierten Kundenservice verstehen wir das Finden der besten Lösung für den Kunden und in komplizierteren Fällen bieten wir bei Bedarf persönliche Beratung an. Für uns ist wichtig, für den Kunden eine positive und ihn befriedigende Endlösung zu finden und Sicherheit zu bieten. Unsere alltägliche Arbeit ist, die Informiertheit der Versicherten über die Verfügbarkeit der Therapie und Krankenversicherungsvergütungen sowohl in Estland als auch im Ausland zu erhöhen.

Kontaktstelle ist das Informationstor in die Europäische Union

Ab dem 1. Juni 2016 nimmt die Krankenkasse die Aufgaben der nationalen Kontaktstelle wahr. Die Kontaktstelle ist das Informationstor für die Personen Estlands, die sich über die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder anderswo in der Welt sowie über das Decken der Ausgaben der grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen informieren möchten. Gleichzeitig bekommen über die Kontaktstelle auch Bürger anderer Staaten Auskunft, die nach Estland für die planmäßige Therapie kommen wollen oder der medizinischen Versorgung während des zeitweiligen Aufenthaltes in Estland bedürfen. Auf der Homepage der Kontaktstelle findet man die Voraussetzungen für das Vergüten der Ausgaben von grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen, den Überblick des Systems für das Beantragen von Vorgenehmigungen für die planmäßige Therapie im Ausland, den Überblick über die Patientenrechte beim Bekommen der erforderlichen medizinischen Versorgung, Links auf Kontaktstellen anderer Mitgliedstaaten sowie viele andere wichtige Informationen über das Erbringen von Gesundheitsleistungen, wenn die Person sich außerhalb ihres Versicherungsstaates aufhält.

Zusammenfassend möchten wir betonen, dass wir in unseren alltäglichen Beziehungen sowohl mit der Klientel, mit Kollegen als auch mit den Kooperationspartnern von Grundwerten der Krankenkasse ausgehen. Wir setzen unsere Arbeit im Namen der Rücksicht und Zusammenarbeit fort und wir sind beim Erbringen von Krankenversicherungsleistungen offen und zuverlässig.



Die Datenbank des Bewertens von Wechselwirkungen wurde in der Zusammenarbeit mit der Abteilung von Krankenversicherungsvergütungen und der IT-Abteilung erstellt.

Einführung der Datenbank von Wechselwirkungen ist erfolgreich gewesen

Mit der Alterung der Gesellschaft nimmt auch der Medikamentenverzehr zu. Es kommt nicht mehr selten vor, dass es im Behandlungsschema der Person zehn oder mehr Medikamente gibt, die durch unterschiedliche Ärzte verschrieben worden sind. Ein Problem kann entstehen, weil passieren kann, dass es dem Patienten nicht einfällt, jeden Arzt über schon bestehende Medikamente zu informieren und die Wechselwirkung von nicht angepassten Behandlungsschemata und ungeigneten Medikamenten negative Folgen haben.

Damit die Ärzte besser die Wechselwirkungen von den durch den Patienten nehmenden Medikamenten bewerten könnten, ermöglichen wir ab dem Jahre 2016 allen Verschreibern von Medikamenten, die Datenbank des Bewertens von Wechselwirkungen SFINX-PHARAO kostenlos zu benutzen. Das Ziel des Bewertens von Wechselwirkungen ist die Erhöhung der Therapiequalität und der Patientensicherheit.

Das Projekt der Wechselwirkungen wird durch eine Arbeitsgruppe fortgeführt, die durch die Dienststelle der Medikamente und medizinischen Geräte der Krankenkasse geführt wird. Es wird durch die IT-Abteilung, juristische Abteilung sowie die Abteilung des Gesundheitswesens und der Kommunikation unterstützt. Die komplizierten Entwicklungen des Rezeptzentrums wurden bis zum Anfang 2016 vom Entwicklungsteam der Krankenkasse durch-

geführt und im Anschluss erfolgten Anfang des Vorjahres die Entwicklungen der IT-Systeme von Krankenhäusern und Hausärzten in der Zusammenarbeit mit Partnern aus Softwareunternehmen. Um die Ärzte beim Einarbeiten des neuen Systems und beim reibungslosen Übergang auf das System zu unterstützen, haben wir in der Arbeit eine einmonatige Übergangsperiode vorgesehen. Wir standen in der ersten Hälfte 2016 mit Ärzten und Softwareentwicklern im ständigen Kontakt, haben die Einführung von Entwicklungen beraten und unterstützt. Im Mai und Juni haben wir ca. 30 Schulungen über die Datenbank durchgeführt. Wir haben alle Krankenhäuser des Entwicklungsplans des estnischen Krankenhausnetzes besucht und in größeren Städten für die Hausärzte separate Seminare organisiert, in denen auch ein Vertreter von Ravimiamet (Arzneimittel-Agentur) über die Notwendigkeit des Bewertens von Wechselwirkungen gesprochen hat. Das Benutzen der Datenbank wurde ab dem 14. Juli 2016 verbindlich.

Datenbank von Wechselwirkungen ist mit dem E-Rezept verbunden

Für das Erreichen der maximalen Effizienz haben wir die Datenbank in das bestehende System vom E-Rezept integriert, das viel benutzt wird und eine von besten Lösungen der estnischen E-Gesundheit ist. Beim Verschreiben eines Medikamentes überprüft das System die Rezepte des Patienten und im Falle von Wechselwirkungen zeigt es automatisch die klinische Folge und Anleitung an, wie das Behandlungsschema zu verändern ist. Zum Analysieren von Behandlungsschemata können die Ärzte auch eine webbasierte Datenbank benutzen, in der auch die Nebenwirkungen von Medikamenten festgehalten sind.

Im Zusammenhang mit der Einführung der Datenbank von Wechselwirkungen wurde auch das Rezeptformular verändert – in der Zukunft hält der Arzt das Dosierungsschema auf dem Rezept nach einer bestimmten Struktur fest. Diese Veränderung verbessert die Eindeutigkeit des Dosierungsschemas, ermöglicht den Apothekern die Patienten beim Benutzen von Medikamenten besser zu beraten sowie macht die noch genauere Behandlungsstatistik für möglich.

Die ersten Ergebnisse

Die Statistik von ersten Nutzungsmonaten hat gezeigt, dass es monatlich in Estland ca. 2.200 verschiedene Paare von Medikamenten mit schwerwiegenden Folgen gibt und nach Erfahrungen von skandinavischen Ländern kann behauptet werden, dass die Ärzte ca. 15–17% von Rezepten verändern, die aus der Datenbank eine Mitteilung über die Wechselwirkung bekommen. Die Tatsache, dass die Anwendung den estnischen Ärzten schon Nutzen gebracht hat, beweist ausdrücklich auch die Untersuchung von Tallinna Perearstide Selts (Verband Tallinner Hausärzte) – die Einführung der Datenbank von Wechsel- und Nebenwirkungen gehörte nach der Einschätzung von Hausärzten im Jahre 2016 zu fünf positiven und das Gesundheitswesen am meisten beeinflussenden Taten.

Ab Mitte Juli bis Mitte Dezember machten die Rezepte mit Wechselwirkungen 36% von in Estland verschriebenen E-Rezepten aus. Der Anteil von Wechselwirkungen der C-Klassifikationsstufe (wesentliche Wechselwirkungen, deren schädliche Folgen beispielsweise durch die Anpassung der Dosis reduziert werden können) belief auf 32%, der Anteil von Wechselwirkungen der D-Klassifikationsstufe (schwerwiegendere Wechselwirkungen, die eher zu vermeiden sind) war 4%.

Aufgrund der Erfahrungen des Jahres 2016 kann behauptet werden, dass die Einführung von Entwicklungen in Informationssystemen von Ärzten reibungslos verlaufen ist und die ganze Software rechtzeitig aktualisiert wurde. Damit das Benutzen der Datenbank für Ärzte möglichst komfortabel wäre, haben wir laufend Feedback zu ersten Erfahrungen eingeholt.

Die Einführung der Datenbank von Wechselwirkungen war für uns ein Projekt mit der hohen Priorität, von dem unverzweifelt die Patienten am meisten profitieren, deren Behandlungsschemata die Ärzte und Apotheker an-

hand der durch die Krankenkasse angebotenen Lösung hochwertiger bewerten und bei Möglichkeit durch eine unbedenklichere Alternative ersetzen können. Die wichtige Innovation wurde auch durch Eesti Kvaliteediühing (Qualitätsverein Estland) anerkannt, der das Projekt von Wechselwirkungen der Krankenkasse zum Gewinner von „Qualitätsaktivität 2016“ („Kvaliteedi Tegu 2016“) gekürt hat.

Wie weiter?

In der Zusammenarbeit mit Ravimiamet (Arzneimittel-Agentur) analysieren wir weiterhin auftretende Wechselwirkungen und Ravimiamet wird das Aufstellen von Leitfäden zum Ersetzen von Medikamenten mit schwerwiegenden Wechselwirkungen fortsetzen. Im ersten Halbjahr von 2017 werden Apotheker einen Zugang zu der Datenbank von Wechselwirkungen bekommen, und sie werden die Wechselwirkungen von zu nehmenden verschriebenen Medikamenten, von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten und von Nahrungsergänzungsmitteln bewerten. Das ist ohne Zweifel eine wichtige Erweiterung der Anwendung der Datenbank, weil die Apotheker die Möglichkeit haben werden, die Patienten bei der Wahl und beim Kaufen von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten zu beraten.