

Zukunftskonferenz: Innovative Modelle in der Primärversorgung, 08.04.2016

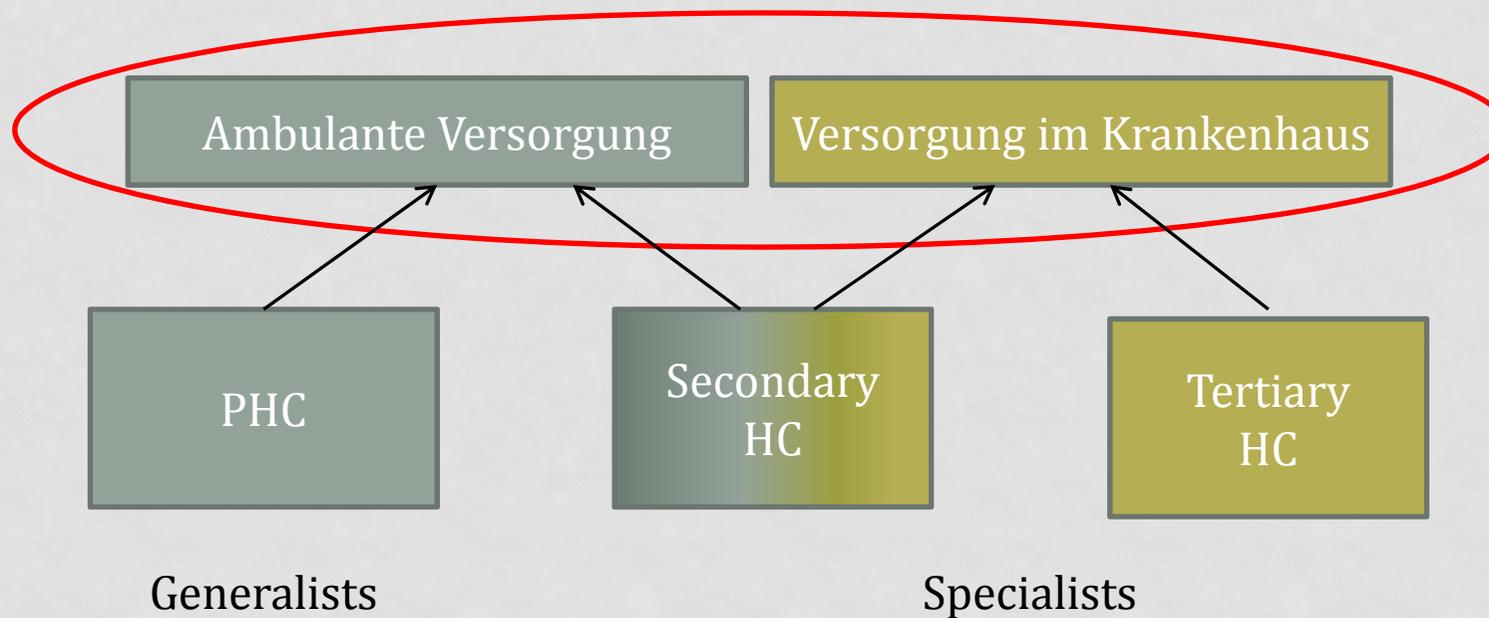
PRIMARY HEALTH CARE: ÖSTERREICH IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

ASS.-PROF.^{IN} DR.^{IN} MED. KATHRYN HOFFMANN, MPH
EMAIL: KATHRYN.HOFFMANN@MEDUNIWIEN.AC.AT



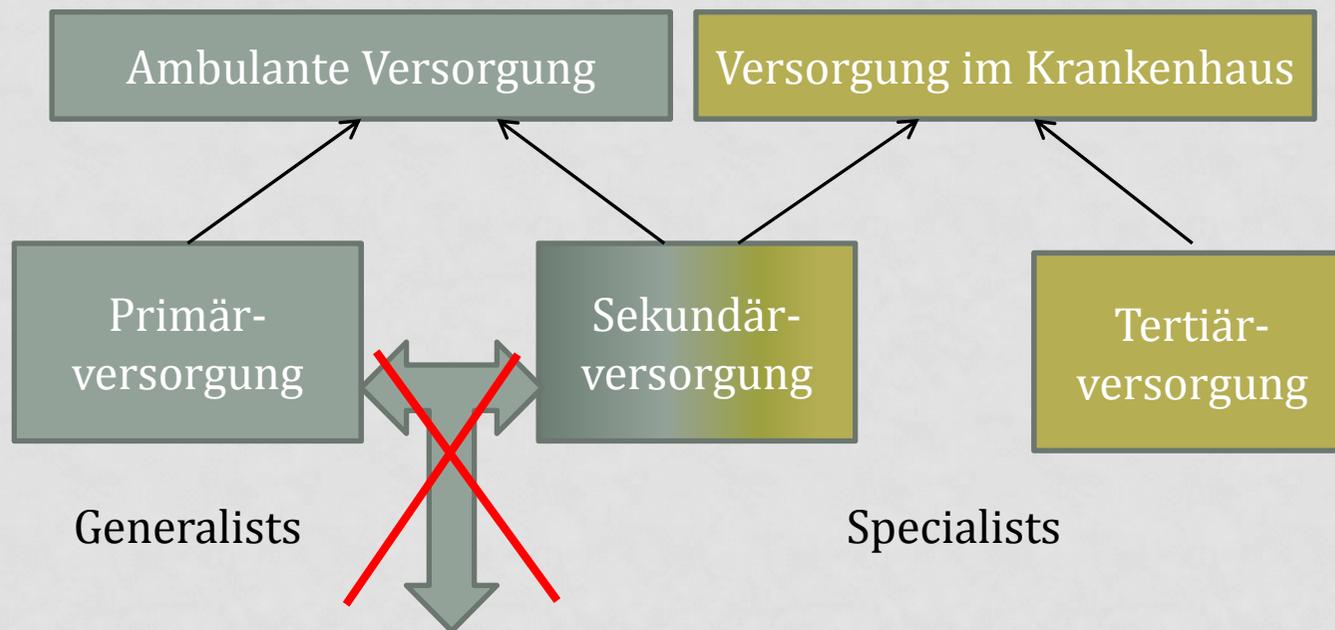
ÖSTERREICHISCHE SITUATION

- Finanzierungssystem
- Österreichische Ärztekammer

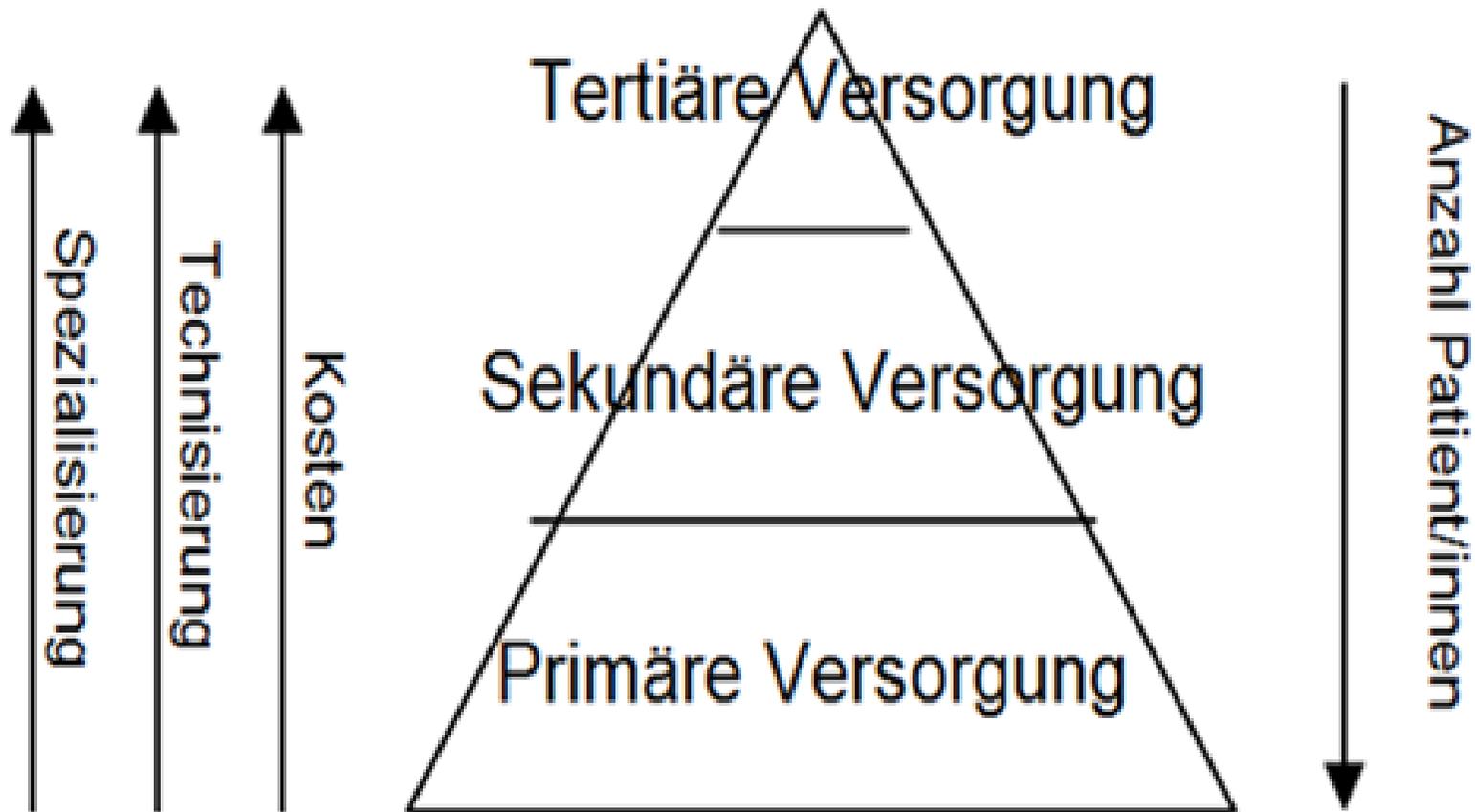


Mehr Spezialisten als Generalisten im ambulanten Versorgungssystem (ca. 6.500 vs. 9500)

ÖSTERREICHISCHE SITUATION



Normalerweise gibt es hier eine Art "Filter" system (Gatekeeping, Listensysteme, verbindliche Überweisungen)



- 70 – 80% der ÄrztInnen-PatientInnen Kontakte passieren in der Primärversorgung

DEFINITION PRIMÄRVERSORGUNG

DECLARATION OF ALMA-ATA 1978 (AUSZUG)

- Health is a **human right**
- The people have the right and duty to **participate individually and collectively in the planning and implementation** of their health care
- PHC forms an integral part both of the country's health system, of which it is the **central function and main focus**, and of the overall social and economic development of the community
- PHC is **based on the application of the relevant results** of social, biomedical and health services and public health research
- PHC **addresses the main health problems in the community**, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services
- Working in trans-disciplinary **teams**

PRIMÄRVERSORGUNG NEU: DEFINITION DES EXPERTINNEN-KOMITEES DER EUROPÄISCHEN KOMMISSION (2014)

- „Die ExpertInnen-Kommission erachtet Primärversorgung als die Versorgungsebene, welche allgemein zugängliche, integrierte, personenzentrierte und umfassende sowie **familienorientierte und gemeindenahe Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung** bereitstellt.
- Diese Dienstleistungen **werden von einem Team von Fachkräften erbracht**, welches dafür verantwortlich ist, dass der großen Mehrheit personenbezogener Gesundheitsbedürfnisse angemessen begegnet wird.
- Die Dienstleistungen werden **in einer dauerhaften Partnerschaft mit den PatientInnen und LaienversorgerInnen/-pflegerInnen** unter **Miteinbeziehung der Gegebenheiten in der Familie und lokalen Gemeinschaft** umgesetzt und
- Spielen eine **zentrale Rolle in der gesamten Koordination und Kontinuität der Gesundheitsversorgung** der Menschen.

PRIMÄRVERSORGUNG NEU: DEFINITION DES EXPERTINNEN-KOMMITTEES DER EUROPÄISCHEN KOMMISSION (2014)

- Die Fachkräfte, welche in Primärversorgungsteams aktiv sind, sind unter anderen (alphabetisch)
 - Allgemein-/FamilienmedizinerInnen,
 - ApothekerInnen,
 - DiätologInnen,
 - ErgotherapeutInnen,
 - Hebammen,
 - OptikerInnen,
 - Pflegefachkräfte mit spezieller Ausbildung in der Primärversorgung (practice nurses, community nurses),
 - PhysiotherapeutInnen,
 - PsychologInnen und PsychotherapeutInnen,
 - SozialarbeiterInnen und
 - ZahnärztInnen.“

DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1242
HEALTH AFFAIRS 32,
NO. 4 (2013): 686–694
©2013 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, Inc.

By Dionne S. Kringos, Wienke Boerma, Jouke van der Zee, and Peter Groenewegen

Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending

Dionne S. Kringos (d.s.kringos@amc.uva.nl) is a postdoctoral health systems researcher in the Department of Social Medicine at the Academic Medical Center, University of Amsterdam, in the Netherlands.

Wienke Boerma is a senior researcher at NIVEL, the Netherlands Institute for Health Services Research, in Utrecht.

Jouke van der Zee is a part-time professor in the Department of International Health at Maastricht University, in the Netherlands.

Peter Groenewegen is the director of NIVEL.

ABSTRACT Strong primary care systems are often viewed as the bedrock of health care systems that provide high-quality care, but the evidence supporting this view is somewhat limited. We analyzed comparative primary care data collected in 2009–10 as part of a European Union–funded project, the Primary Health Care Activity Monitor for Europe. Our analysis showed that strong primary care was associated with better population health; lower rates of unnecessary hospitalizations; and relatively lower socioeconomic inequality, as measured by an indicator linking education levels to self-rated health. Overall health expenditures were higher in countries with stronger primary care structures, perhaps because maintaining strong primary care structures is costly and promotes developments such as decentralization of services delivery. Comprehensive primary care was also associated with slower growth in health care spending. More research is needed to explore these associations further, even as the evidence grows that strong primary care in Europe is conducive to reaching important health system goals.

P rimary care is the first level of professional care, where people present their health problems and where most therapeutic and preventive health needs can be satisfied.¹ Strong primary care is believed to contribute

health of populations and the performance of health systems, and they suggest directions for further research.

In Europe these studies have evoked an increased interest in the great variation among health systems and the different roles assumed

STARKE PRIMÄRVERSORGUNGSSYSTEME KÖNNEN...

- den **Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung verbessern**
 - Menschen mit chronischen Erkrankungen, mehreren Erkrankungen gleichzeitig und ältere/alte Menschen profitieren besonders
- die **Gesundheitschancen der gesamten Bevölkerung verbessern**
 - Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung in Zusammenarbeit mit der lokalen Gemeinschaft/Familie
- **unnötige und gefährliche Krankenhausaufenthalte verhindern**
 - in der EU erleiden zwischen 8 and 12% der PatientInnen, welche im Krankenhaus sind, schwerwiegende unerwünschte Ereignisse
 - ein Krankenhausaufenthalt hat das Risiko von 5.5%, dass ein Ereignis mit Medikamenten auftritt und von 17.6%, dass eine Infektion mit Krankenhauskeimen auftritt. Jede zusätzliche Nacht erhöht das Risiko

Link zum Bild:

FachärztInnen und Elefant:

<https://kevishere.files.wordpress.com/2015/09/elephant-parable.jpg>

WAS HEIßT STARKE PRIMÄRVERSORGUNG?

Kringos *et al.* *BMC Family Practice* 2010, **11**:81
<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/81>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators

Dionne S Kringos^{1*}, Wienke GW Boerma¹, Yann Bourgueil², Thomas Cartier², Toralf Hasvold³, Allen Hutchinson⁴, Margus Lember⁵, Marek Oleszczyk⁶, Danica Rotar Pavlic⁷, Igor Svab⁷, Paolo Tedeschi⁸, Andrew Wilson⁹, Adam Windak⁶, Toni Dedeu¹⁰, Stefan Wilm¹¹

Abstract

Background: Scientific research has provided evidence on benefits of well developed primary care systems. The relevance of some of this research for the European situation is limited. There is currently a lack of up to date comprehensive and comparable information on variation in development of primary care, and a lack of knowledge of structures and strategies conducive to strengthening primary care in Europe. The EC funded project Primary Health Care Activity Monitor for Europe (PHAMEU) aims to fill this gap by developing a Primary Care Monitoring System (PC Monitor) for application in 31 European countries. This article

MESSUNG DER STÄRKE EINES PRIMÄRVERSORGUNGSSYSTEMS

- Steuerung der Primärversorgung auf Politikebene (12 Indikatoren), z.B.
 - Gibt es im Gesundheitsministerium eine eigene Abteilung für Primärversorgung, die sich um die Weiterentwicklung und höchsten Standard bemüht?
 - Gibt es in den Ländern eine eigene Abteilung...?
 - Gibt es Strategien und Unterstützung, um Angebote der Primärversorgung aktiv zu vernetzen? Gibt es einen 5 Jahres Plan?
- Finanzielle Bedingungen (11 Indikatoren), z.B.
 - Wie viel % der gesamten Gesundheitsausgaben werden für die Primärversorgung ausgegeben? Ist sie überhaupt als eigener Sektor sichtbar?
 - Wie werden HausärztInnen vergütet?
 - Im Vergleich zu FachärztInnen?

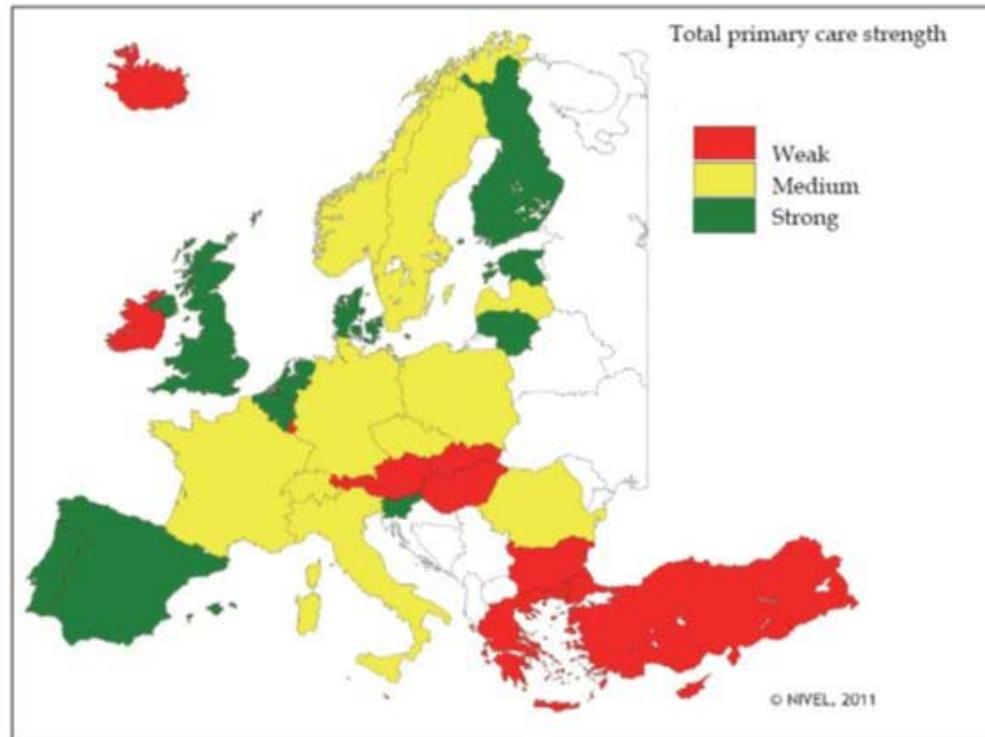
MESSUNG DER STÄRKE EINES PRIMÄRVERSORGUNGSSYSTEMS (II)

- Arbeitskräfte (7 Indikatoren), z.B.
 - Welche Gesundheitsberufe gibt es in der Primärversorgung?
 - Wie ist die Ausbildung?
 - Wie wird die Ausbildung gefördert?
 - Wie viel % der Medizinuni-AbsolventInnen wollen HausärztInnen werden?
 - Wie ist die Verteilung der Anzahl HausärztInnen – FachärztInnen?
- Zugang zum Gesundheitssystem (12 Indikatoren)
- Koordinierungsmöglichkeiten der PrimärversorgerInnen im Gesundheitssystem (11 Indikatoren)
- Qualität (10 Indikatoren)
- ...

Strength of Primary Care structure and process

Governance-Economic conditions-workforce development
Accessibility-continuity-coordination-comprehensiveness

Figure 2: Countries with strong, medium and weak primary care, considering PC structure and key aspects of PC services delivery



<http://www.nivel.nl/en/dossier/Total-primary-care-strength>

WO HAT ÖSTERREICH U.A. PUNKTE LIEGENLASSEN?

- Wahrnehmung der Primärversorgung durch Politik und Handlungsverantwortliche
- Ausbildung (Universität, Ausbildung zum Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin)
- Anzahl AM/FA und Honorierung AM/FA
- Keine zentrale Koordinierungsfunktion der Primärversorgung (Menschen können z.B. direkt zum FA)
 - 2-3x höhere Inanspruchnahme von FA ohne Gesundheitsgewinne bei ähnlicher Krankheitslast (Hoffmann et al., 2013)

	Österreich		Deutschland		Irland		Norwegen	
Mind. 1x pro Jahr zum Hausarzt/ Hausärztin	78.8%		74.7%		72.8%		74.8%	
Mind. 1x pro Jahr zum Facharzt/ Fachärztin	67.4%		67.9%		24.8%		17.0%	
Krankenhausentlassungen pro 1000 Personen	267		232		140		172	
Gesunde Lebensjahre ab 65a	f 9.5	m 8.9	f 6.9	m 6.7	f 11.9	m 10.9	f 15.9	m 15.4

BARBARA STARFIELD

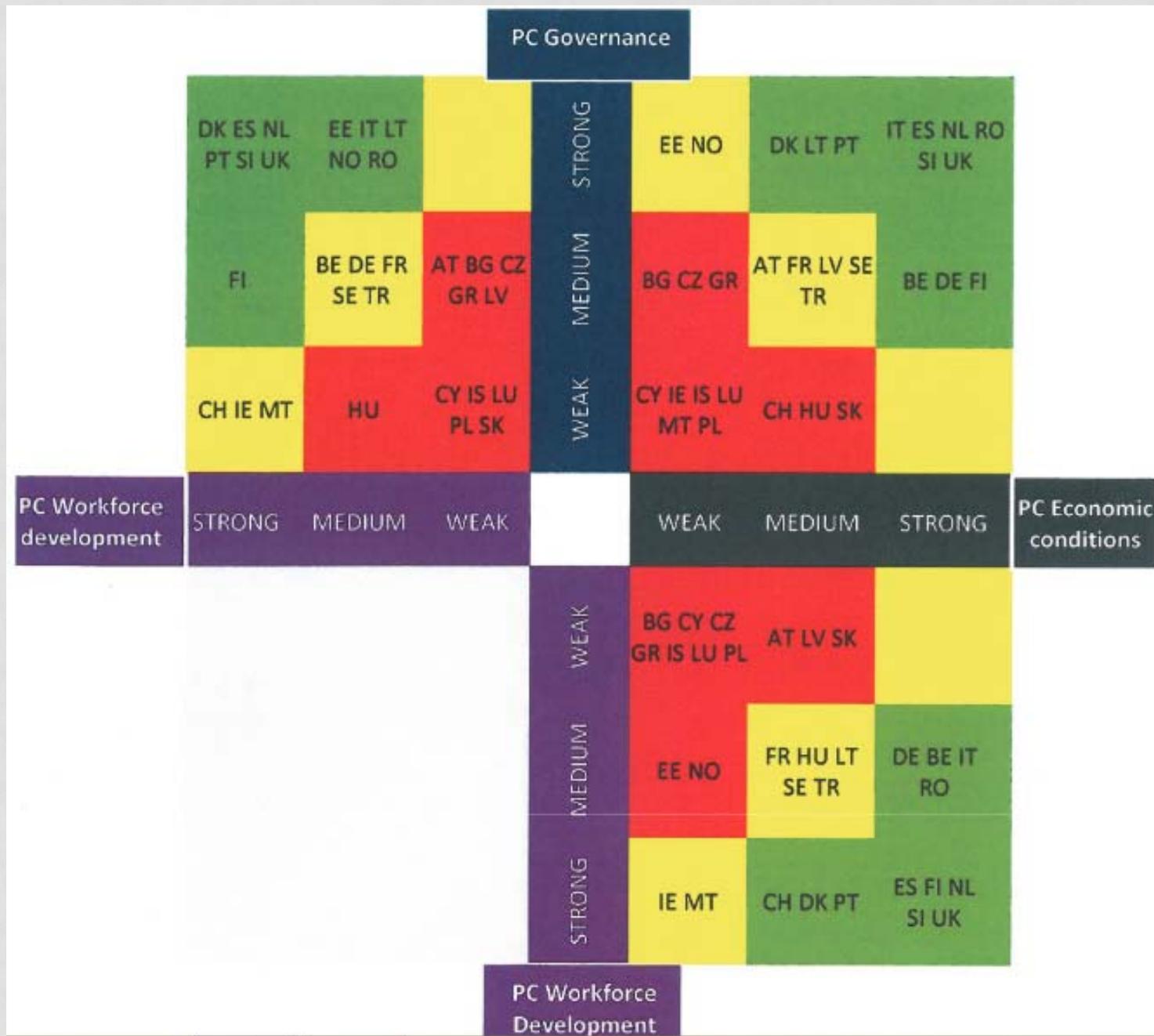
HausärztInnen, FachärztInnen und Qualität der Gesundheitsversorgung

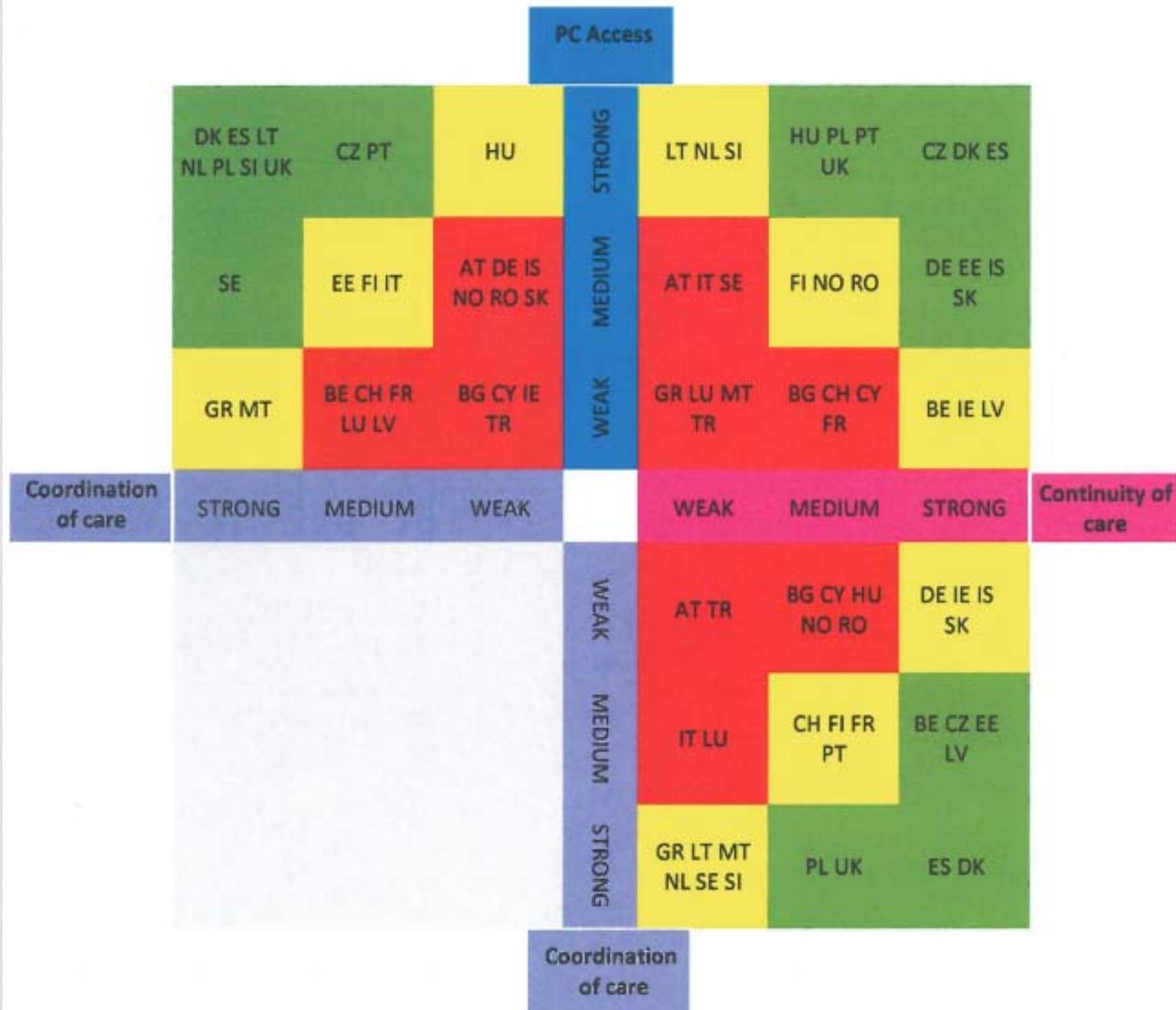
- Hohe Rate an FachärztInnen im Vergleich zu HausärztInnen, welche im ambulanten Sektor arbeiten, ist eher kontraproduktiv für die Gesundheit der Bevölkerung
 - Österreich: ~6500 HausärztInnen und ~9500 FachärztInnen arbeiten im ambulanten Sektor

Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G (2005): Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med.* 2005 May-Jun; 3(3): 215–22.

WO HAT ÖSTERREICH U.A. PUNKTE LIEGENLASSEN?

- Kaum Primärversorgungsteams (fehlende Unterstützung und Förderung)
- Keine Orientierung der Versorgung ausgehend von den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung/lokalen Gemeinschaft
- Wenig Gesundheitsförderung und Prävention
- ...





WO HAT ÖSTERREICH U.A. PUNKTE LIEGENLASSEN?

- Continuity of Care:
 - Dieses Kriterium schneidet in Österreich schlecht ab, obwohl die Kontinuität durch den einzeln arbeitenden Hausarzt/Hausärztin ja immer wieder hervorgehoben wird.
 - Kontinuität in der Primärversorgung wird jedoch auch gemessen als:
 - Öffnungszeiten (Abendstunden, Wochenende, Notdienst)
 - Kontinuität im Primärversorgungsteam, gibt es überhaupt eins?
 - Kontinuität der Versorgung innerhalb des Primärversorgungssektors (also zwischen HausärztInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, OptikerInnen, ApothekerInnen, SozialarbeiterInnen etc.)
 - Kontinuität der Versorgung zwischen primärem, sekundärem und tertiärem Sektor
 - Kontinuität der Versorgung zwischen Laienversorgungssektor und Gesundheitssystem

Botermarkt

wijkgezondheidscentrum vzw

INTERDISZIPLINÄRES TEAM





LOKALE “GEMEINWOHL”-TREFFEN

- 3-monatige Treffen
- 1986: Erstes Treffen in Ledeberg
- Ca. 40 Sozial- und GesundheitsprofessionistInnen aus dem Bezirk
 - Gesundheitsprobleme (bio-psycho-sozial) und Ursachen
 - Gesundheitsbedürfnisse
 - Vorhandene Einrichtungen
 - Wo von gibt es zu viel?
 - Wo von zu wenig?





LOKALE “GEMEINWOHL”-TREFFEN

Ergebnisse:

- Kinderspielplätze
- Kreuzungen entschärft
- Verbesserte Beleuchtung in den Straßen
- Wohnungen saniert
- Mehr Bewegungsangebote
- Thema Teenagerschwangerschaften
- Aktuelle Themen
- ...

ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSREFORM 2014

- Prozess startete im Jahr 2013
 - Großes Ziel: Stärkung der Primärversorgung
 - Multiprofessionale Zusammenarbeit
 - Primärversorgungszentren
- Im Juni 2014 gemeinsamer Beschluss des Konzeptes:
 - „Das Team rund um den Hausarzt“

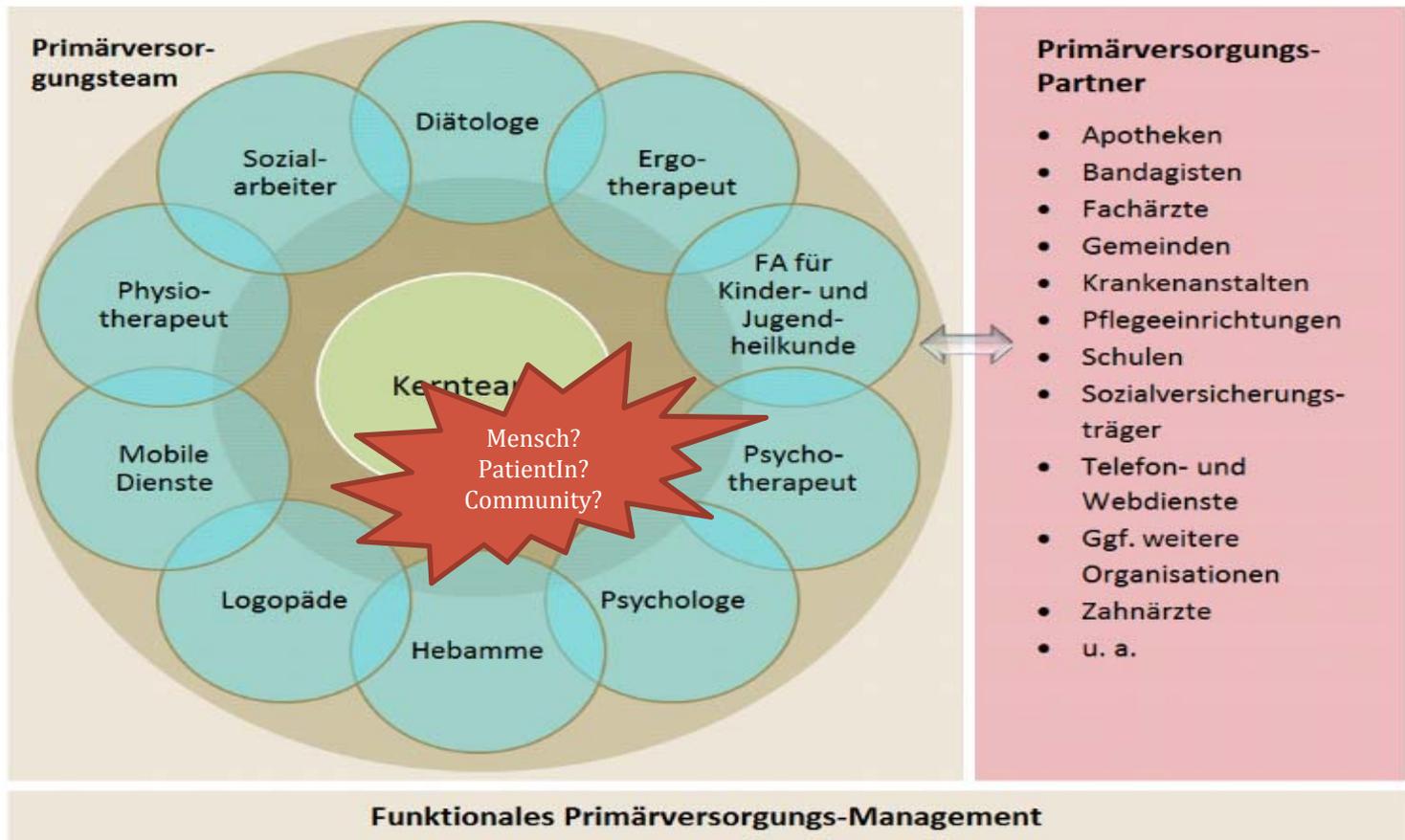
Zielsteuerung-Gesundheit
Bund • Länder • Sozialversicherung



„Das Team rund
um den Hausarzt“

**Konzept zur
multiprofessionellen
und interdisziplinären
Primärversorgung
in Österreich**

Beschlossen in der
Bundes-Zielsteuerungskommission
am 30. Juni 2014



Anmerkung: Zusammensetzung des Primärversorgungsteams muss auf die regionalen Erfordernisse abgestimmt sein. Die Koordination und Kontinuität der Betreuung wird intern durch ein funktionales Primärversorgungs-Management gesichert.

DAS TEAM RUND UM DEN HAUSARZT

BUNDESGESUNDHEITSAGENTUR. DAS TEAM RUND UM DEN HAUSARZT. WIEN: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT; 2014:16 .

ÖSTERREICHISCHE PHC REFORM 2014

- Status Quo (Auszug)
 - Es hakt gewaltig bei der Implementierung des Konzeptes
 - Es gibt nach zwei Jahren:
 - Keine Verbesserung der unter- und postgradualen Ausbildung der Primärversorgungsberufe im Primärversorgungsbereich
 - Unterstützung von Zusammenarbeitsformen der ProfessionistInnen?
 - Sichtbarkeit als eigener Versorgungssektor wird besser, aber wie schaut es aus mit Finanzierung und Interessensvertretung als eigener Sektor?
 - Zugang zum Gesundheitssystem (weiterhin kein Gatekeeping oder andere Anreize)
 - Förderung und massiver Ausbau der unabhängigen Primärversorgungsforschung?
 - Ein Primärversorgungszentrum im derzeitigen System wurde in Wien ermöglicht, zwei sind in Oberösterreich nach neuen Systemmaßstäben geplant, ein vorhandenes in der Steiermark wurde noch immer nicht anerkannt...

Schwaches Primärversorgungssystem in Österreich heißt also nicht, dass die ProfessionistInnen schlecht arbeiten, sondern dass die Rahmenbedingungen wie z.B.

- Wahrnehmung der Primärversorgung durch Politik und Handlungsverantwortliche als eigener Sektor
- Ausbildung (Universität, Ausbildung zum Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin)
- Honorierungssystem
- Keine zentrale Koordinierungsfunktion der Primärversorgung (z.B. gatekeeping)
- Kaum Primärversorgungsteams (fehlende Unterstützung und Förderung)
- Wenig Gesundheitsförderung und Prävention
- Öffnungszeiten (Abendstunden, Wochenende, Notdienst)
- Kontinuität der Versorgung innerhalb des Primärversorgungssektors (also zwischen HausärztInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, OptikerInnen, ApothekerInnen, SozialarbeiterInnen etc.)
- Kontinuität der Versorgung zwischen primärem, sekundärem und tertiärem Sektor
- Kontinuität der Versorgung zwischen Laienversorgungssektor und Gesundheitssystem
- ...

schlecht entwickelt sind und optimiert werden müssen!