

ZUKUNFT DER AMBULANTEN VERSORGUNG IN ÖSTERREICH

Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. med.

Kathryn Hoffmann, MPH

- Interimistische Leiterin der Abteilung Allgemein- und Familienmedizin,
Med. Universität Wien
 - EFPC advisory board member
 - EGPRN Österreichvertretung
- Präsidentin der Allianz zur Stärkung der Primärversorgung der ÖGPH
- Gründungsmitglied des Österreichischen Forums Primärversorgung

PatientInnen ändern sich

1. Demographische Veränderungen (Alter, Migration, Migration durch Klimawandel ...)
2. Chronische Erkrankungen, Multimorbidität
3. Infektionserkrankungen (HIV, Tuberkulose, multiresistente Bakterien, ...)
4. „70“ ist das neue „50“
5. Dr. Google

Lebenserwartung in Gesundheit in Europa

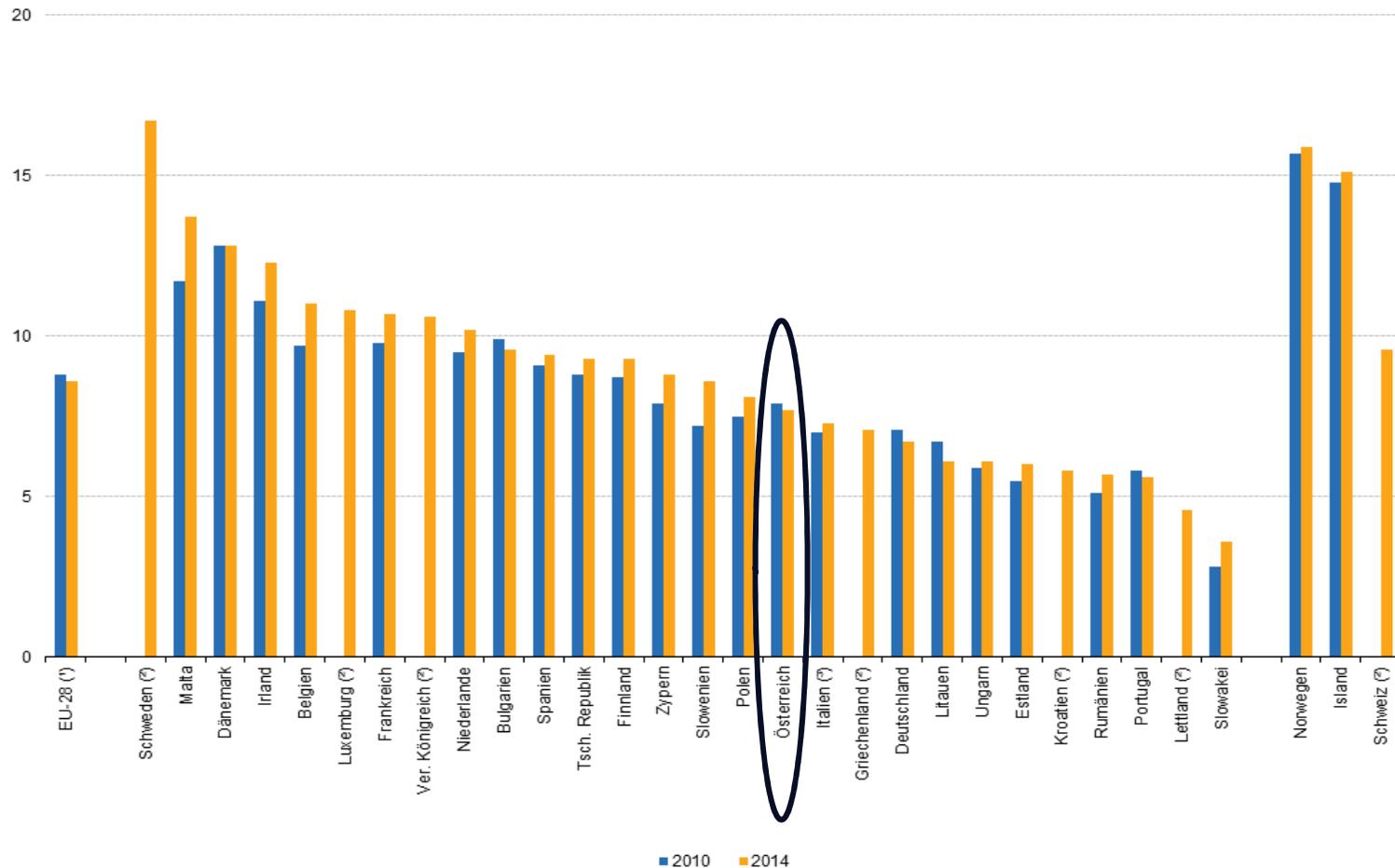
	Gesunde Lebensjahre bei der Geburt			Gesunde Lebensjahre mit 65 Jahren		
	Frauen	Männer	Unterschied	Frauen	Männer	Unterschied
EU-28	61,8	61,4	0,4	8,6	8,6	0,0
Belgien	63,7	64,5	-0,8	11,0	11,0	0,0
Bulgarien	66,1	62,0	4,1	9,6	8,7	0,9
Tsch. Republik	65,0	63,4	1,6	9,3	8,5	0,8
Dänemark	61,4	60,3	1,1	12,8	11,0	1,8
Deutschland	56,5	56,4	0,1	6,7	6,8	-0,1
Estland	57,1	53,2	3,9	6,0	4,9	1,1
Irland	67,5	66,3	1,2	12,3	11,4	0,9
Griechenland	64,8	64,1	0,7	7,1	7,7	-0,6
Spanien	65,0	65,0	0,0	9,4	10,1	-0,7
Frankreich	64,2	63,4	0,8	10,7	10,4	0,3
Kroatien	60,0	58,6	1,4	5,8	6,0	-0,2
Italien	62,3	62,5	-0,2	7,3	7,8	-0,5
Zypern	66,3	66,1	0,2	8,8	10,4	-1,6
Lettland	55,3	51,5	3,8	4,6	4,0	0,6
Litauen	61,7	57,6	4,1	6,1	6,1	0,0
Luxemburg	63,5	64,0	-0,5	10,8	11,3	-0,5
Ungarn	60,8	58,9	1,9	6,1	6,0	0,1
Malta	74,3	72,3	2,0	13,7	13,3	0,4
Niederlande	59,0	62,2	-3,2	10,2	10,7	-0,5
Osterreich	57,8	57,6	0,2	7,7	8,4	-0,7
Polen	62,7	59,8	2,9	8,1	7,5	0,6
Portugal	55,4	58,3	-2,9	5,6	6,9	-1,3
Rumänien	59,0	59,0	0,0	5,7	5,9	-0,2
Slowenien	59,6	57,8	1,8	8,6	7,8	0,8
Slowakei	54,6	55,5	-0,9	3,6	4,3	-0,7
Finnland	57,5	58,7	-1,2	9,3	8,8	0,5
Schweden	73,6	73,6	0,0	16,7	15,2	1,5
Ver. Königreich	64,2	63,4	0,8	10,6	9,7	0,9
Island	66,9	70,8	-3,9	15,1	15,4	-0,3
Norwegen	69,8	72,2	-2,4	15,9	15,3	0,6
Schweiz	57,7	61,4	-3,7	9,6	10,6	-1,0

Quelle: Eurostat (Online-Datencode: hlth_hlye)

Referenz: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years_at_age_65_females_2010_and_2014_years_YB16-de.png



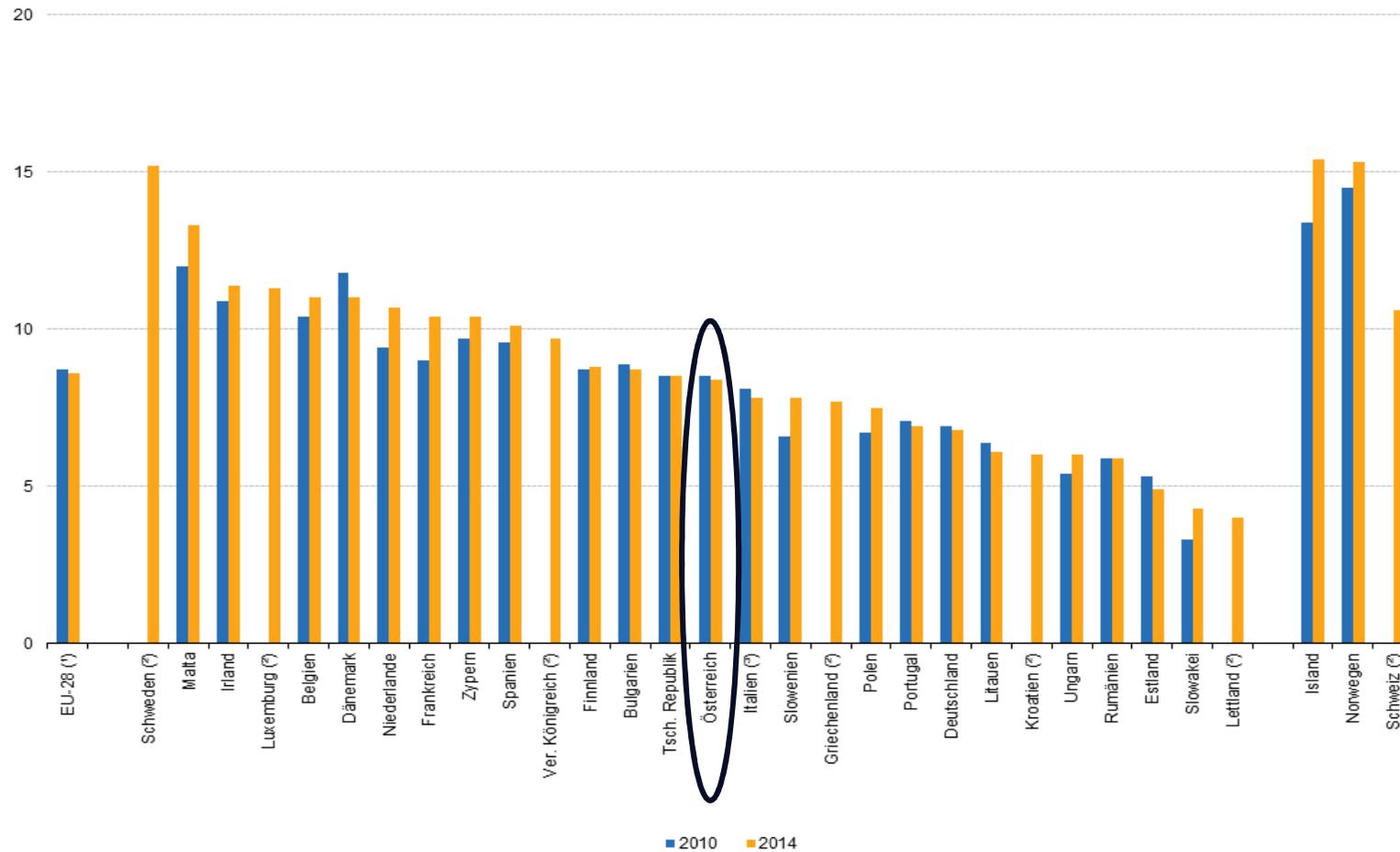
Lebenserwartung in Gesundheit 65+ (Frauen) in Europa



Referenz: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years_at_age_65_females_2010_and_2014_\(years\)_YB16-de.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years_at_age_65_females_2010_and_2014_(years)_YB16-de.png)

(*) 2010: Schätzung.
 (†) 2010: nicht vergleichbar aufgrund eines Bruchs in den Zeitreihen.
 (‡) Daten für 2011 statt 2010.
 Quelle: Eurostat (Online-Datencode: hlth_hlye)

Lebenserwartung in Gesundheit 65+ (Männer) in Europa



Referenz: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years_at_age_65_males_2010_and_2014_\(years\)_YB16-de.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years_at_age_65_males_2010_and_2014_(years)_YB16-de.png)

(*) 2010: Schätzung.

(*) 2010: nicht vergleichbar aufgrund eines Bruchs in den Zeitreihen.

(*) Daten für 2011 statt 2010.

Quelle: Eurostat (Online-Datencode: hlth_hlye)

Die wichtigsten Einflussfaktoren hinsichtlich Lebenserwartung in Gesundheit mit 65+

- Gesundheitsförderung und Prävention
 - Speziell Prävention von physischen und psychischen chronischen Erkrankungen
 - Health in all Policies
- Art des Gesundheitssystems: z.B. Länder mit starkem Primärversorgungssystem haben eine höhere Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit
- Sozioökonomische und Umwelt-Faktoren

Kinder und chronische Erkrankungen

16% aller Kinder und Jugendlicher in Österreich geben an, an einer chronischen Krankheit zu leiden:

- Atemwegserkrankungen (Umwelt, rauchende Eltern/Beziehungspersonen)
- Fettleibigkeit (falsche Ernährung, zu wenig Bewegung)
- Diabetes (falsche Ernährung, zu wenig Bewegung)
- Muskulo-skeletale Erkrankungen (Fernsehen, Computer, ...)
- Psychische Erkrankungen (Depressionen, ADHS, ...)

<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/9/7/CH1357/CMS1453376559886/kinderjugendgesundheitsbericht.pdf>

AnbieterInnen ändern sich

1. Demographische Veränderungen (Alter, Migration)
2. Wunsch nach geänderten Arbeits- und Zusammenarbeitsformen
3. Ausbildung
4. Technik-Affinität
5. Technische Rahmenbedingungen

*„Es gibt viel zu verlieren, du kannst nur gewinnen.
Genug ist zu wenig oder es wird so wie es war.
Stillstand ist der Tod, geh voran, bleibt alles anders.
Der erste Stein fehlt in der Mauer.
Der Durchbruch ist nah.“*

(Herbert Grönemeyer „bleibt alles anders“)

Innovationen für Österreich

- Starke Versorgungsforschung
- Starkes Primärversorgungssystem
- Finanzielle Verschränkung von ambulantem und Krankenhaus-Sektor (Duke-Model)

Starke Versorgungsforschung

„Intransparenz ist ein hervorragendes Instrument zur Herstellung und Bewahrung von Illusionen.“ (E. Pichlbauer)

1. Im Mittelpunkt steht der Mensch/PatientIn

- Alle Dienstleistungen und Aktivitäten des öffentlichen Gesundheitssystems sind rund um die PatientInnen und entlang dem Verlauf von Krankheiten zu organisieren. Ziel ist es, dass PatientInnen zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten

→ Wissenschaftliche Basis, Transparenz

Starke Versorgungsforschung

2. Basis aller Innovationen/Interventionen sollte die tatsächliche gesundheitliche Situation in den Regionen sein: Community diagnosis

- Krankheitslast
- Gesundheitsbedürfnisse (Determinanten der Gesundheit)
- Vorhandene Strukturen (Über-/Unterversorgung)

→ **Basis für alle weiteren Schritte!**

3. Modernes Dokumentationssystem

4. Evaluierung und Qualitätssicherung

Starke Primärversorgung

The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998

James Macinko, Barbara Starfield, and Leiyu Shi

Journal List ▶ Ann Fam Med ▶ v.3(3), 2005 May ▶ PMC1466877

List ▶ Milbank Q ▶ v.83(3), 2005 Sep ▶ PMC2690145



ANNALS OF

The World Health Report 2008

Primary Health Care

Ann Fam Med
doi: 10.1370/a

Ann 1
**Comorb
Elderly**

Barbara Star
Gerard Ande



Now More Than Ever



World Health
Organization

Family Practice 201
doi:10.1093/famp
Advance Access pu

Assessi
Florian L
and Stepl

*Association of
Health Policy an
Program, Medic

*Correspondence to Florian L. Stigler, Association of Young General Practitioners of Austria (AJG), 173, 8042 Graz, Austria; E-mail: stigler.florian@gmail.com

Received 22 July 2011; Revised 26 August 2012; Accepted 24 September 2012.



THE
MILBANK QUARTERLY

A MULTIDISCIPLINARY JOURNAL OF POPULATION HEALTH AND HEALTH POLICY

Milbank Q. 2005 Sep; 83(3): 457–502.
doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

PMCID: PMC2690145

Contribution of Primary Care to Health Systems and Health

Barbara Starfield, Leiyu Shi, and James Macinko

European Journal of Public Health, Vol. 23, No. 6, 933–939

© The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.
doi:10.1093/eurpub/ckt008 Advance Access published on 31 January 2013

Access points to the different levels of health care and demographic predictors in a country without a gatekeeping system. Results of a cross-sectional study from Austria

Kathryn Hoffmann¹, K. Viktoria Stein², Manfred Maier¹, Anita Rieder², Thomas E. Dorner²

1 De
Au
2 Ins

DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1242
HEALTH AFFAIRS 32,
NO. 4 (2013): 695–694
©2013 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, Inc.

re P
ISA,
nive
(JA)

PRIMARY CARE

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

Starke Primärversorgung führt zu ...

- Bessere Gesundheit der Bevölkerung
 - Weniger potentielle Todesfälle durch ischämische Herzerkrankungen, cerebro-vaskuläre Erkrankungen, Bluthochdruck, chronischem Asthma, Bronchitis und Emphysemen
- Weniger unnötige Krankenhausaufenthalte
 - Vor allem bei Asthma, COPD und Diabetes

-
- Geringere sozio-ökonomische Ungleichheit in Bezug auf die selbsteingeschätzte Gesundheit der Bevölkerung
 - Langsameres Wachstum der Gesundheitsausgaben
 - **Aber:** „PHC ist nicht billig, es braucht zuerst ausreichende Investitionen, aber dafür ist die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung dann mit der gleichen Menge an Ausgaben besser als mit anderen Optionen.“ (WHO, 2008)

PHC: 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.

Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). Definition of a Frame of Reference in relation to Primary Care with a special emphasis on Financing Systems. Brussels: European Commission; 2014.

PHC: Definition des ExpertInnen-Komitees der europäischen Kommission (2014)

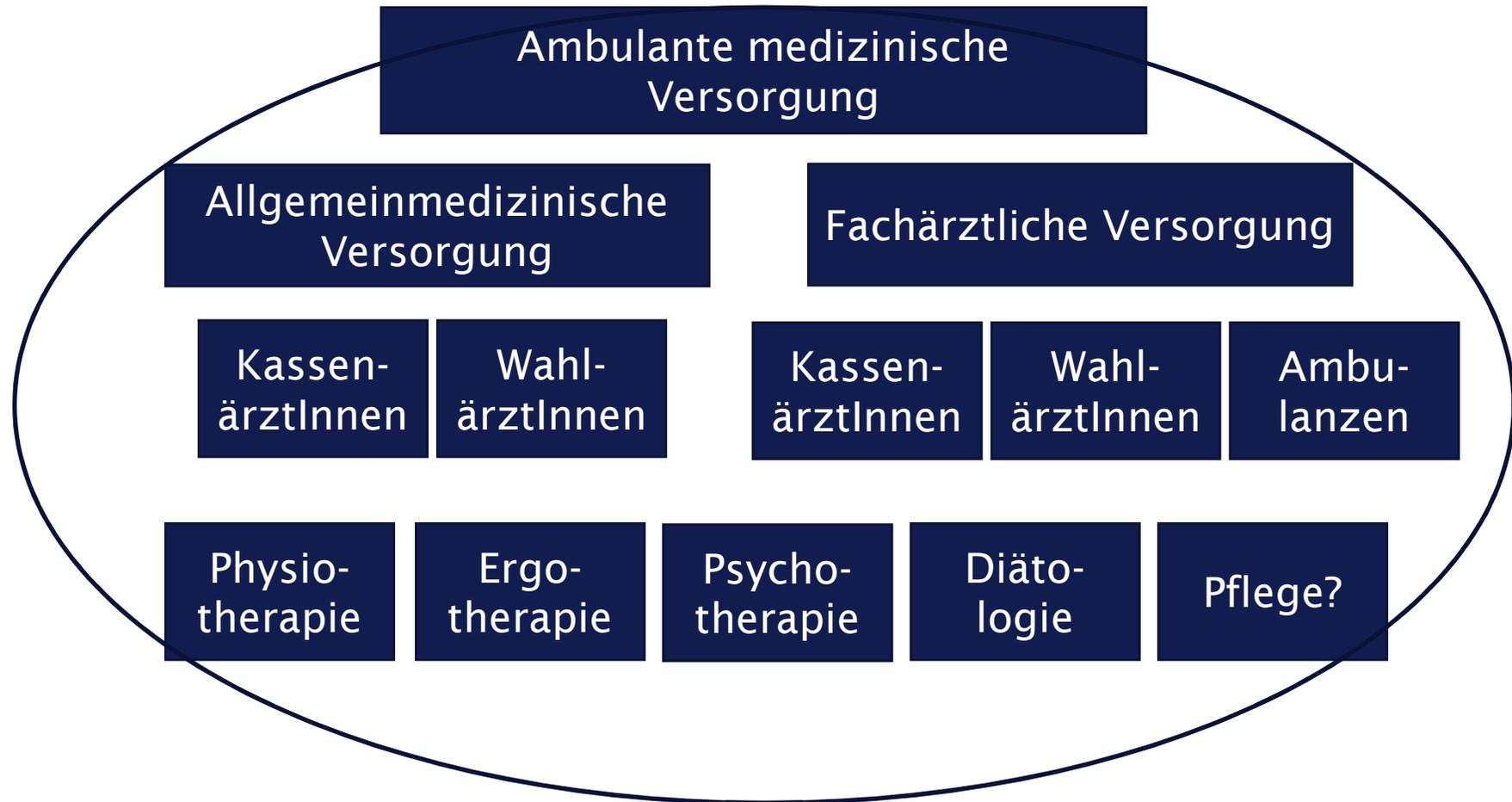
- Die Dienstleitungen werden in einer dauerhaften Partnerschaft mit den PatientInnen und LaienversorgerInnen/-pflegerInnen unter Miteinbeziehung der Gegebenheiten in der Familie und lokalen Gemeinschaft umgesetzt und
- Spielen eine **zentrale Rolle in der gesamten Koordination und Kontinuität der Gesundheitsversorgung** der Menschen.

Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). Definition of a Frame of Reference in relation to Primary Care with a special emphasis on Financing Systems. Brussels: European Commission; 2014.

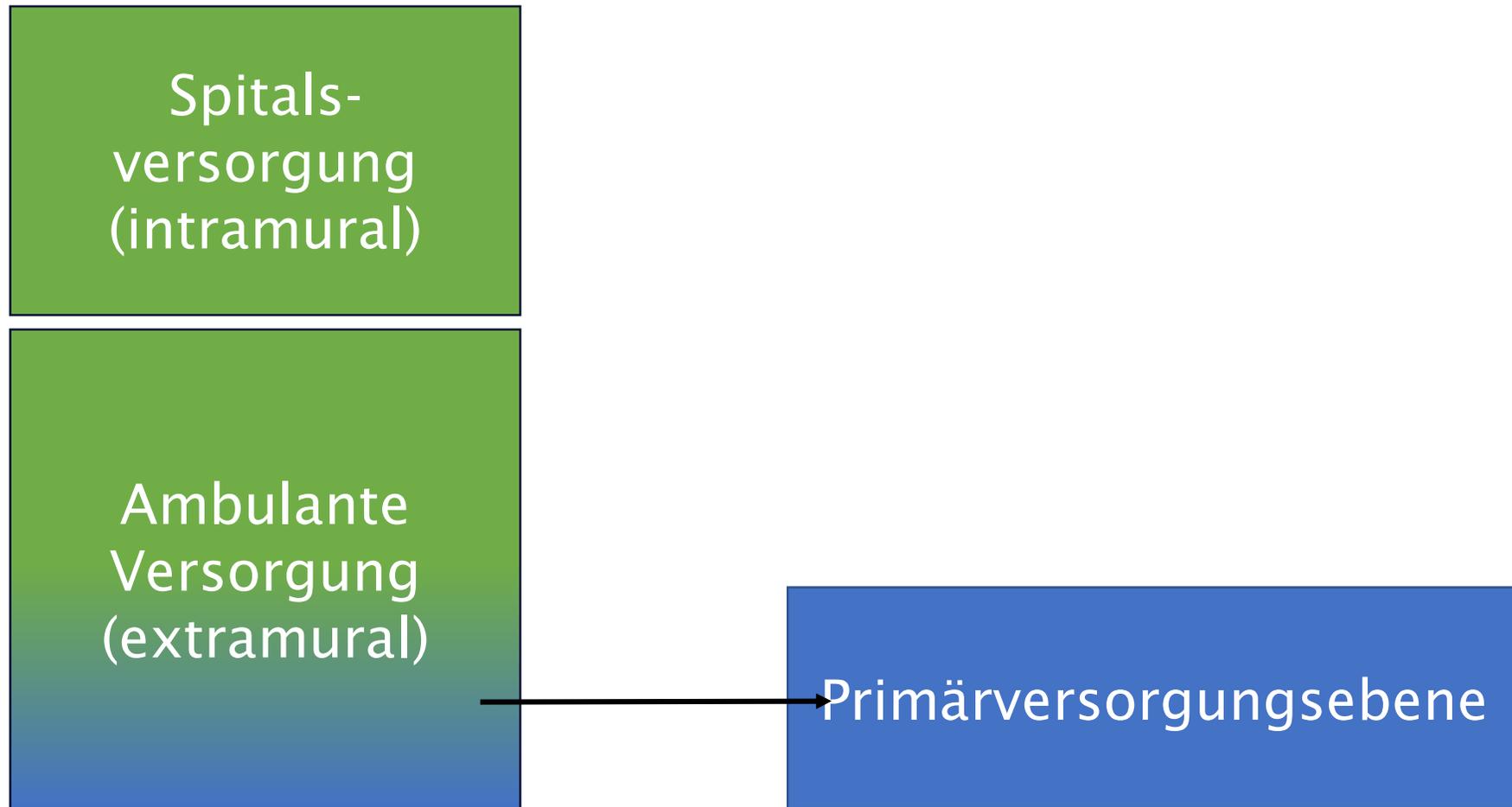
PHC: Definition des ExpertInnen-Komitees der europäischen Kommission (2014)

- Die Fachkräfte, welche in Primärversorgungsteams aktiv sind, sind unter anderem (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

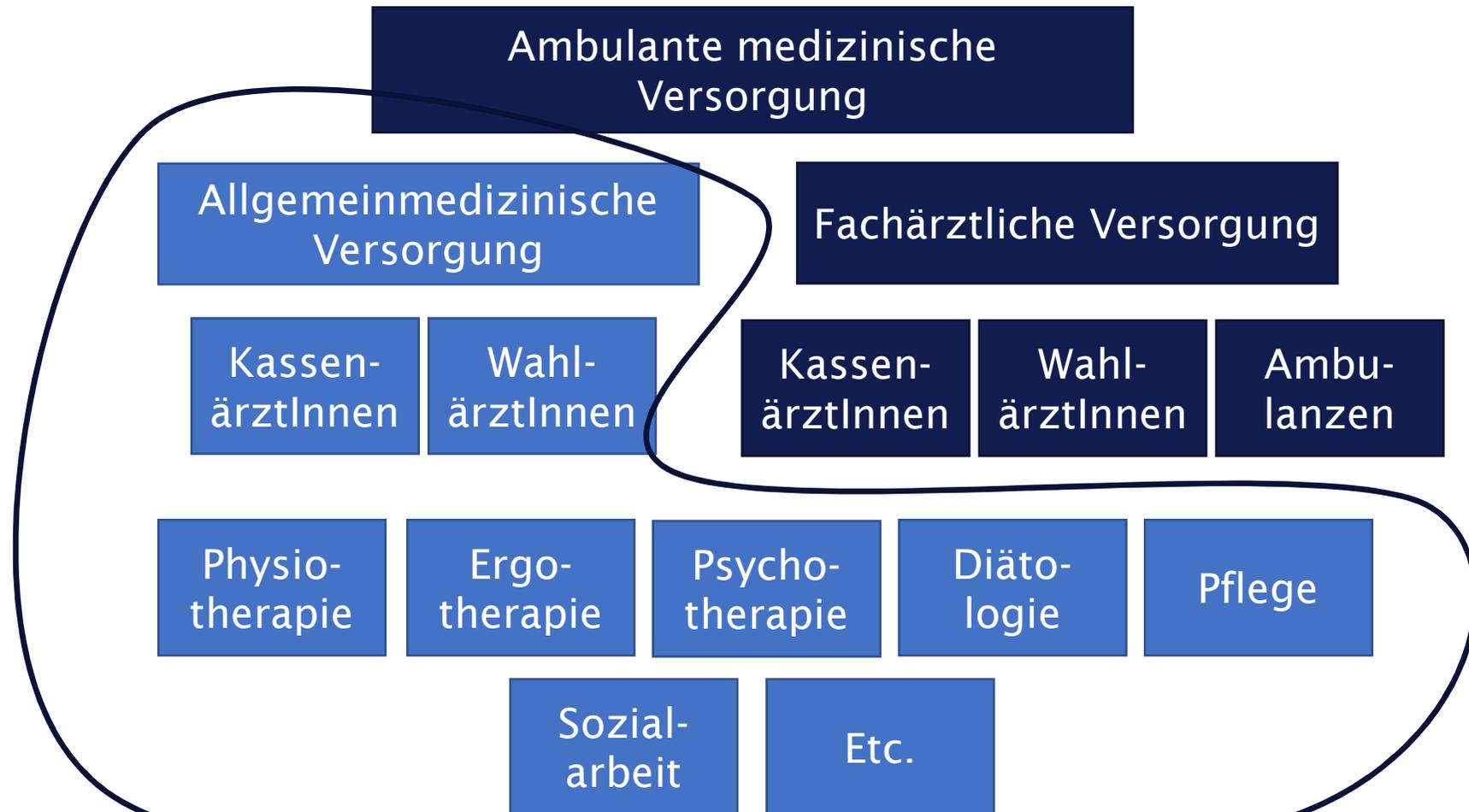
Ambulante Versorgung in Österreich



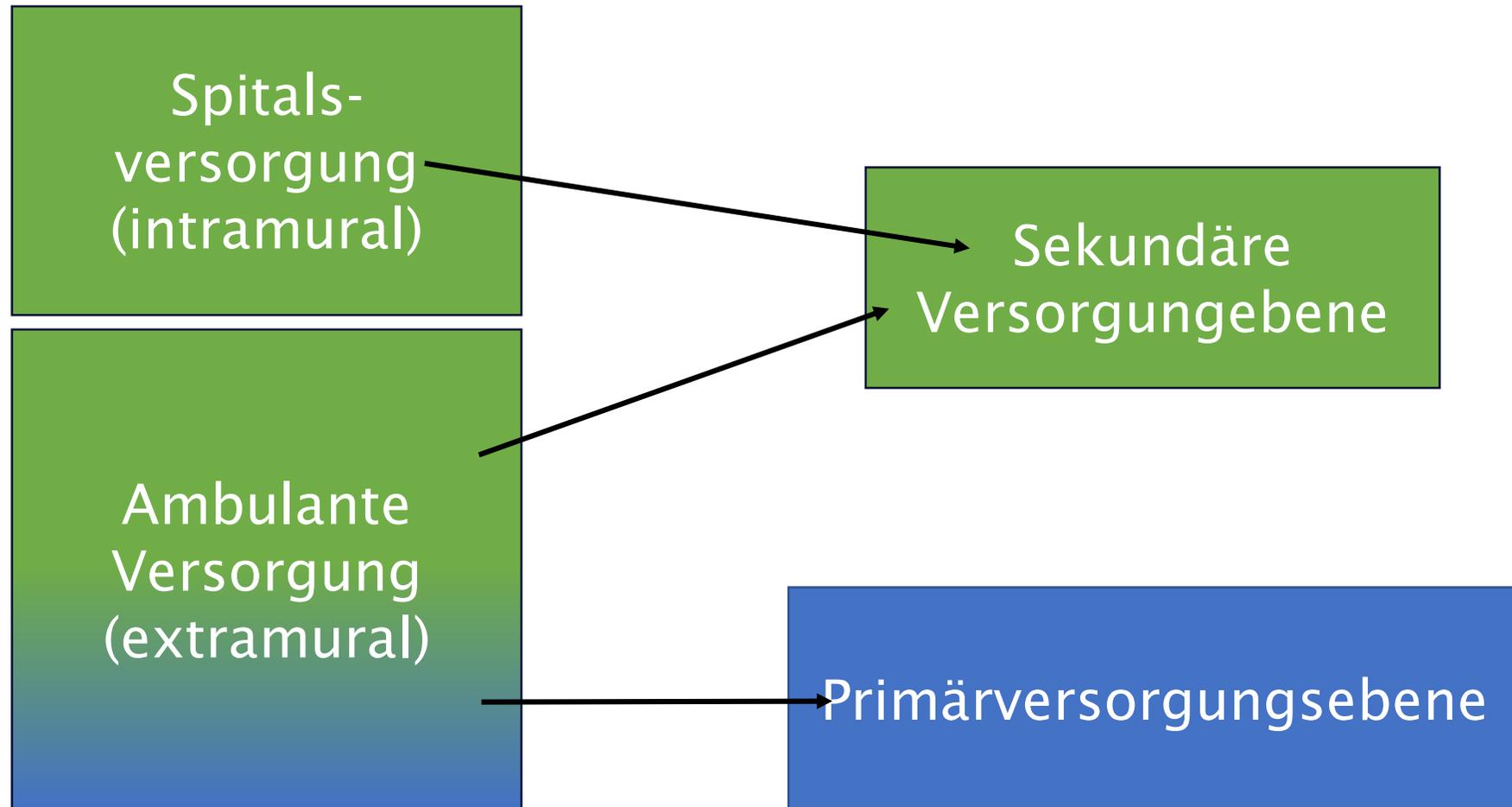
PHC als eigenständige Versorgungsebene mit zentraler Koordinationsfunktion



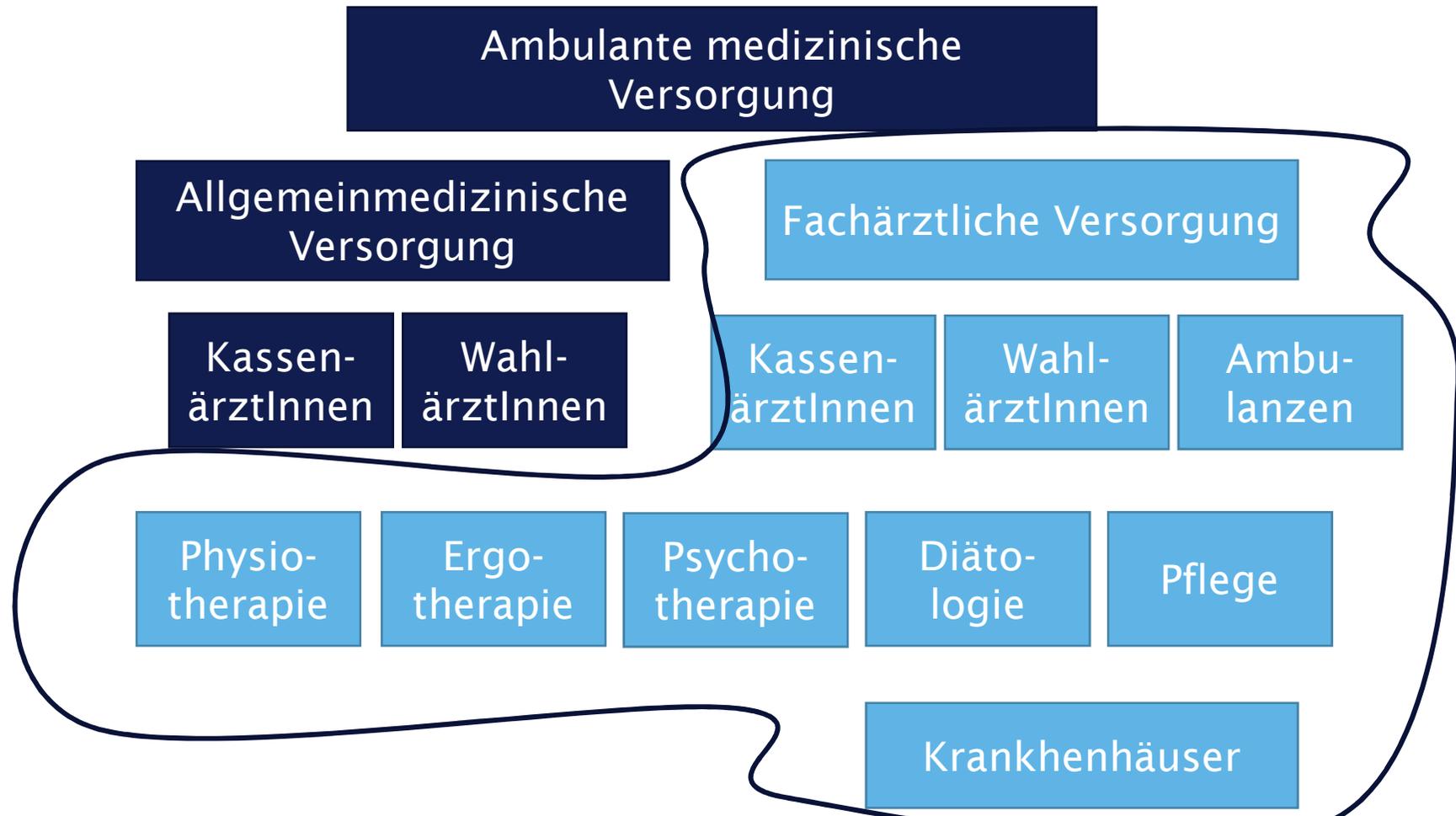
Primary Health Care



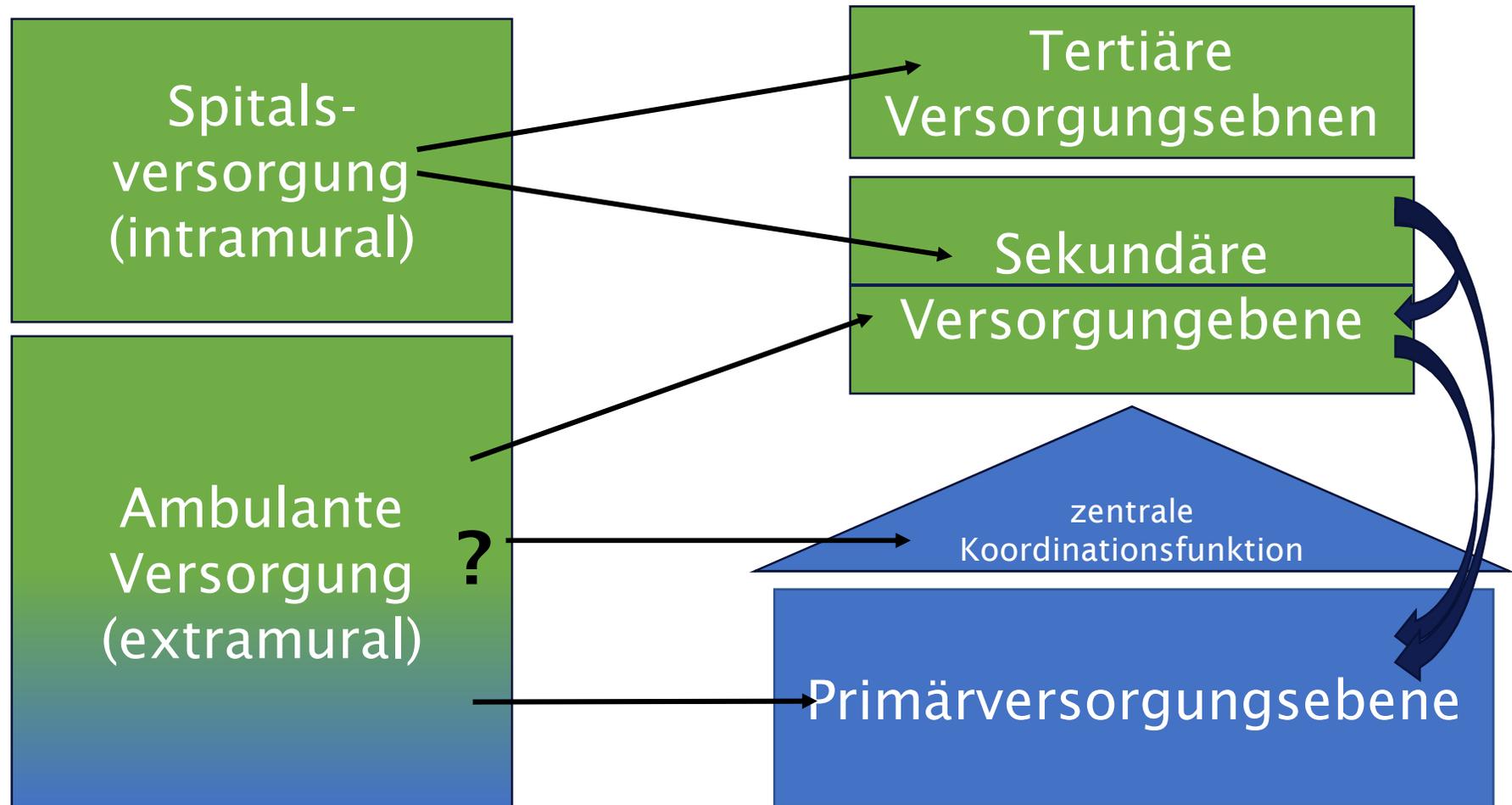
PHC als eigenständige Versorgungsebene mit zentraler Koordinationsfunktion



Secondary Health Care



PHC als eigenständige Versorgungsebene mit zentraler Koordinationsfunktion



Finanzielle Verschränkung von ambulantem und Krankenhaussektor

- Das beste Primärversorgungskonzept wird die Kosten des sekundären Versorgungssektors nicht beeinflussen, wenn nicht auch dort Innovationen/Reformen passieren, z.B.
 - Krankenhäuser reduzieren/umwandeln
 - Anreize setzen, dass Krankenhäuser PHC mitfinanzieren
- Duke-Model (Duke University Health System, NC, USA)

Duke -Model



- Diagnose-bezogene Pauschalen für Duke-Krankenhäuser
 - Wenn es zu schnellen Wiederaufnahmen kommt (Komplikationen, schlechte Nachsorge etc.), wird dies nicht erneut honoriert → Pauschale gilt bis zwei Wochen nach Entlassung
- Krankenhäuser sind an guter Nachsorge, Kommunikation, funktionierenden PHC-Netzwerken interessiert
- Mit-Finanzierung des PHC-Netzwerkes in der Umgebung

Zusammenfassung

- Im Mittelpunkt steht der Mensch/Patient
- Veränderungen lassen sich nicht aufhalten „es gibt viel zu verlieren, du kannst nur gewinnen“
- Starke Versorgungsforschung
 - Universitäten
 - Forschungsförderung
 - Transparente Daten
- Starkes Primärversorgungssystem als eigener Sektor mit zentraler Koordinationsfunktion
 - Arbeitskräfteentwicklung
- Finanzielle Verschränkung von ambulanter und stationärer Versorgung