

Primärversorgung neu - Umsetzung in Österreich und anderen Ländern

Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr.
Kathryn Hoffmann, MPH

- Interimistische Leiterin der Abteilung Allgemein- und Familienmedizin, Med. Universität Wien
- European Forum for Primary Care advisory board member
- European General Practice Research Network Österreichvertretung
- Präsidentin der Allianz zur Stärkung der Primärversorgung der ÖGPH
- Gründungsmitglied des Österreichischen Forums Primärversorgung

Happy birthday! 40 Jahre Alma Ata



1978- Alma Ata Declaration-I.



- Health for All
- Primary Health Care
- Health a Fundamental Human Right
- Equity
- Appropriate Technology
- Inter-sectoral Development
- Community Participation.

Alma Ata, 1978:

The International Conference on Primary Health Care calls for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world by the year 2000.

Länder mit starken Primärversorgungssystemen haben:

- Signifikant bessere Gesundheit der Bevölkerung, v.a. chronische Erkrankungen
- Weniger unnötige Krankenhausaufenthalte, v.a. bei chron. Erkrankungen
- Geringere sozio-ökonomische Ungleichheit in Bezug auf die selbsteingeschätzte Gesundheit der Bevölkerung
- Langsameres Wachstum der Gesundheitsausgaben
 - Aber: „PHC ist nicht billig, es braucht ausreichende Investitionen, aber dafür ist die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung dann mit der gleichen Menge an Ausgaben besser als mit anderen Optionen.“ (WHO, 2008)

The Lancet: Vol 379 May 19, 2012

Tackling NCDs: a different approach is needed

Published Online
September 6, 2011
DOI:10.1016/S0140-
6736(11)61135-5

See Correspondence page 1873

The NCD Alliance¹ aims to put non-communicable diseases (NCDs) on the global agenda to address the NCD crisis. Improving outcomes in morbidity and mortality by 2015 will clearly depend to a large extent on tackling the burden of NCDs, especially in developing countries.²

The worldwide attention to NCDs is timely, but the NCD Alliance seems to offer a conflicted strategy. On the one hand, a vertical and disease-oriented approach is recommended, such as developing a multidrug combination for people at increased risk of cardiovascular disease. On the other hand, the NCD Alliance calls for strengthening health systems, particularly primary health care. Yet their vision of primary care is limited and ambiguous. Primary care is seen as an opportunity for case finding (for the disease-oriented programmes), but is overlooked as the source of comprehensive care that integrates and coordinates care for all health problems and engages individuals, families, and the community. It is here that primary care secures the real added value for health care and the health of people.³

Much has been learned from vertical disease-oriented programmes. Evidence suggests, however, that better outcomes occur by addressing diseases through an integrated approach in a strong primary care system. An example is Brazil where

in other countries with less robust primary care.⁴ Vertical disease-oriented programmes for HIV/AIDS, malaria, tuberculosis, and other infectious diseases foster duplication and inefficient use of resources, produce gaps in the care of patients with multiple comorbidities, and reduce government capacity by pulling the best health-care workers out of the public health sector to focus on single diseases.^{5,6} Moreover, vertical programmes cause inequity for patients who do not have the "right" disease and create an internal brain-drain of health professionals.⁷ The lessons learned from a vertical disease-oriented approach for selected infectious and neglected tropical diseases⁸ should inspire us to rethink the strategy for NCDs.

In 2009, the World Health Assembly's Resolution WHA62.12 urged member states "to encourage that vertical programs, including disease-specific programs, are developed, integrated and implemented in the context of integrated primary health care".⁹ Horizontal primary health care provides the opportunity for integration and addresses the problem of inequity by allowing focus on NCDs while providing access to the care of other health problems, thereby avoiding inequity by disease.¹⁰

Describing the rising prevalence of NCDs as a crisis makes for good drama, but misleads us into thinking that this problem is amenable to a quick fix. NCDs

Paradigmenwechsel (the Lancet)

*„... Primary health care (PHC) wird momentan leider nur als Möglichkeit gesehen, Krankheiten für Disease-Management Programme zu finden, dabei wird übersehen, dass **PHC die Ressource ist für eine umfassende und koordinierte Krankenversorgung für die Mehrheit der Gesundheitsprobleme einer Bevölkerung** ...*

PHC ist essentiell um chronische Erkrankungen adäquat behandeln zu können ...

*Die beste Antwort auf die Herausforderung der chronischen Erkrankungen ist die In die Primärversorgungsstrukturen zu investieren. Dies inkludiert die ausreichende Zahl exzellent ausgebildeter GesundheitsprofessionistInnen. **Zumindest 50% aller GesundheitsprofessionistInnen, müssten für die Primärversorgung ausgebildet werden. ...***

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.

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.

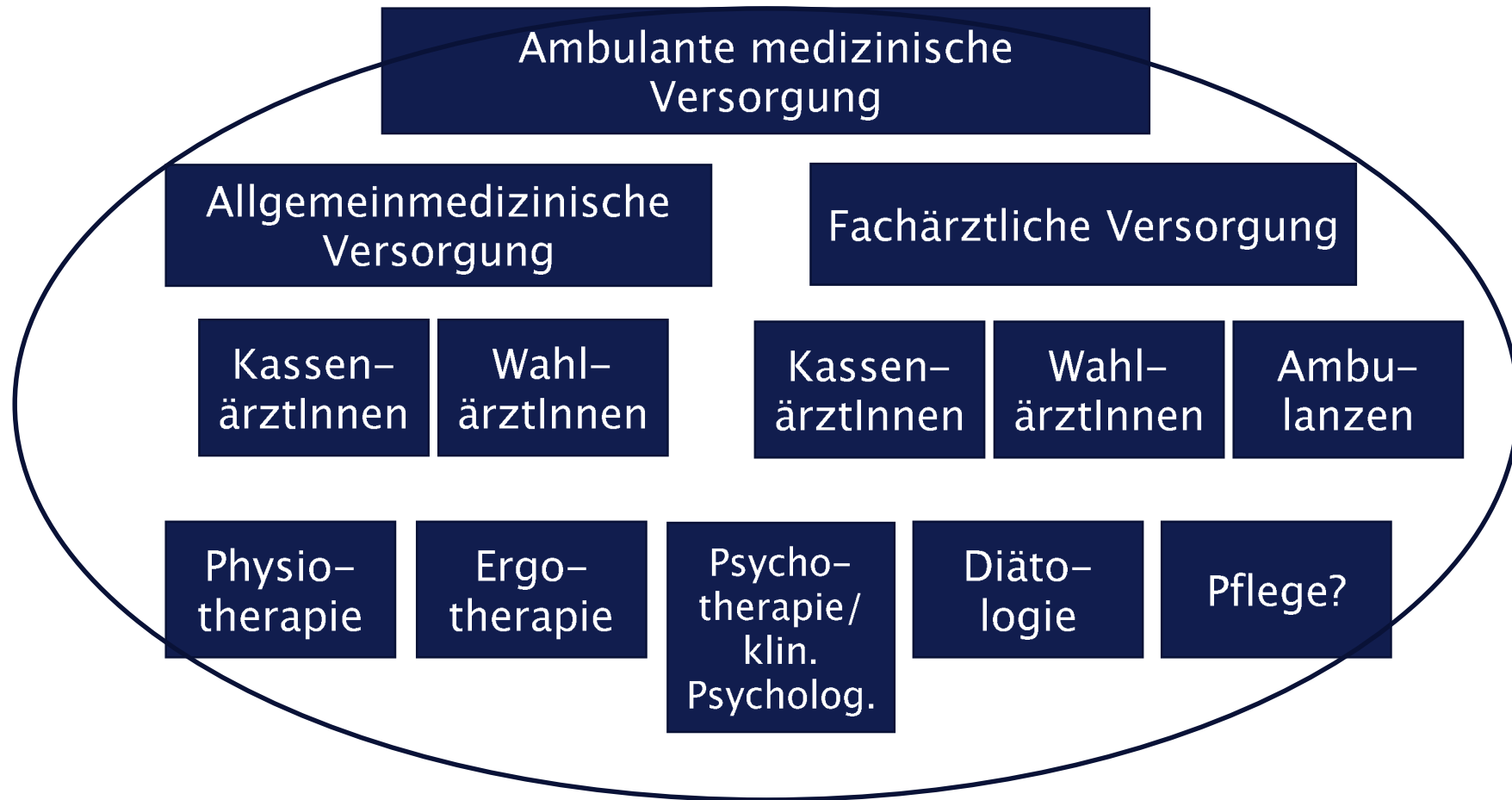
Entwicklungszyklus für Österreich



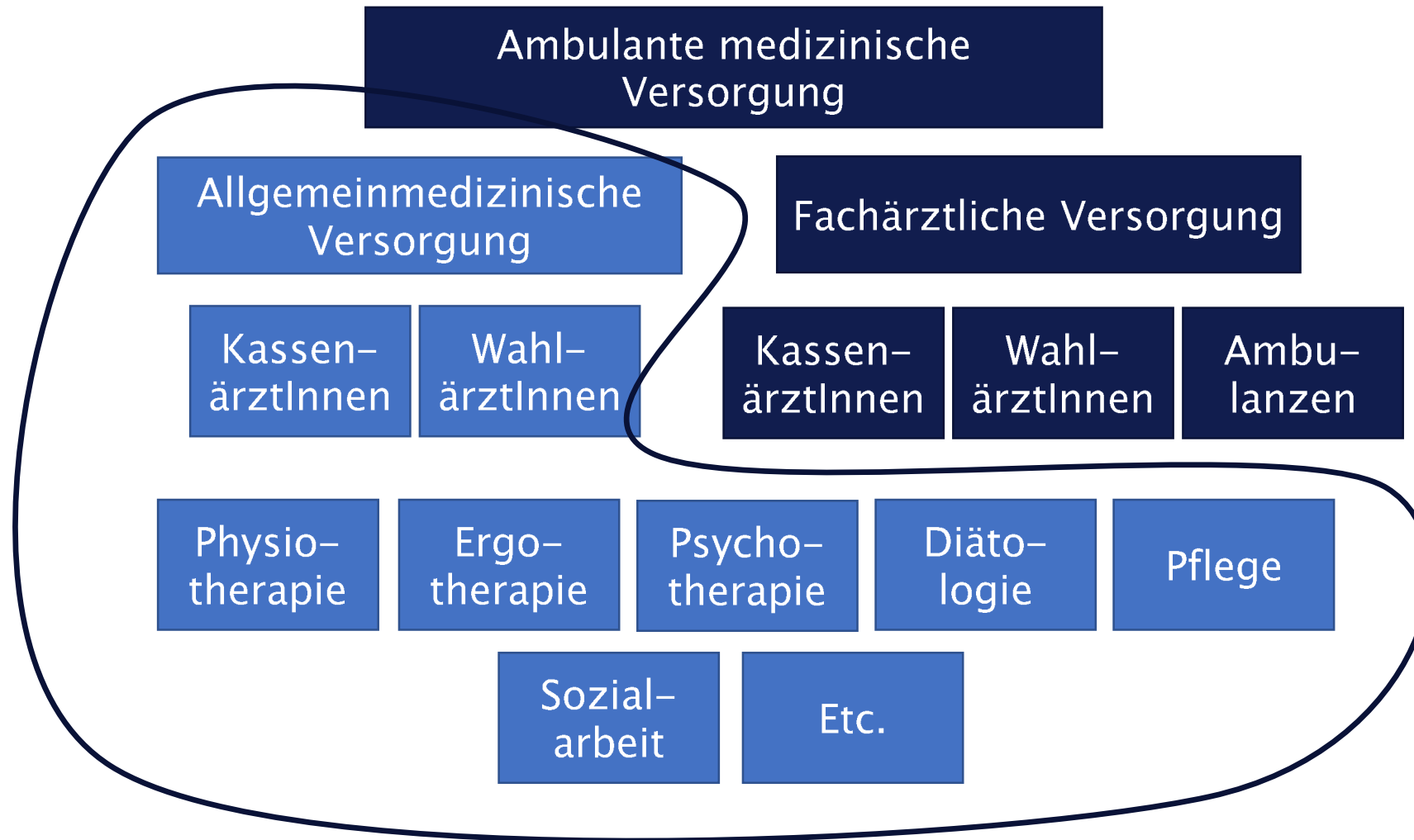
1. PHC als eigenständige Versorgungsebene

- 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 fördern und zu vernetzen? Gibt es einen 5 Jahres Plan?
- Gibt es eine eigene Finanzierung für den Primärversorgungssektor?
- Ist PHC definiert?

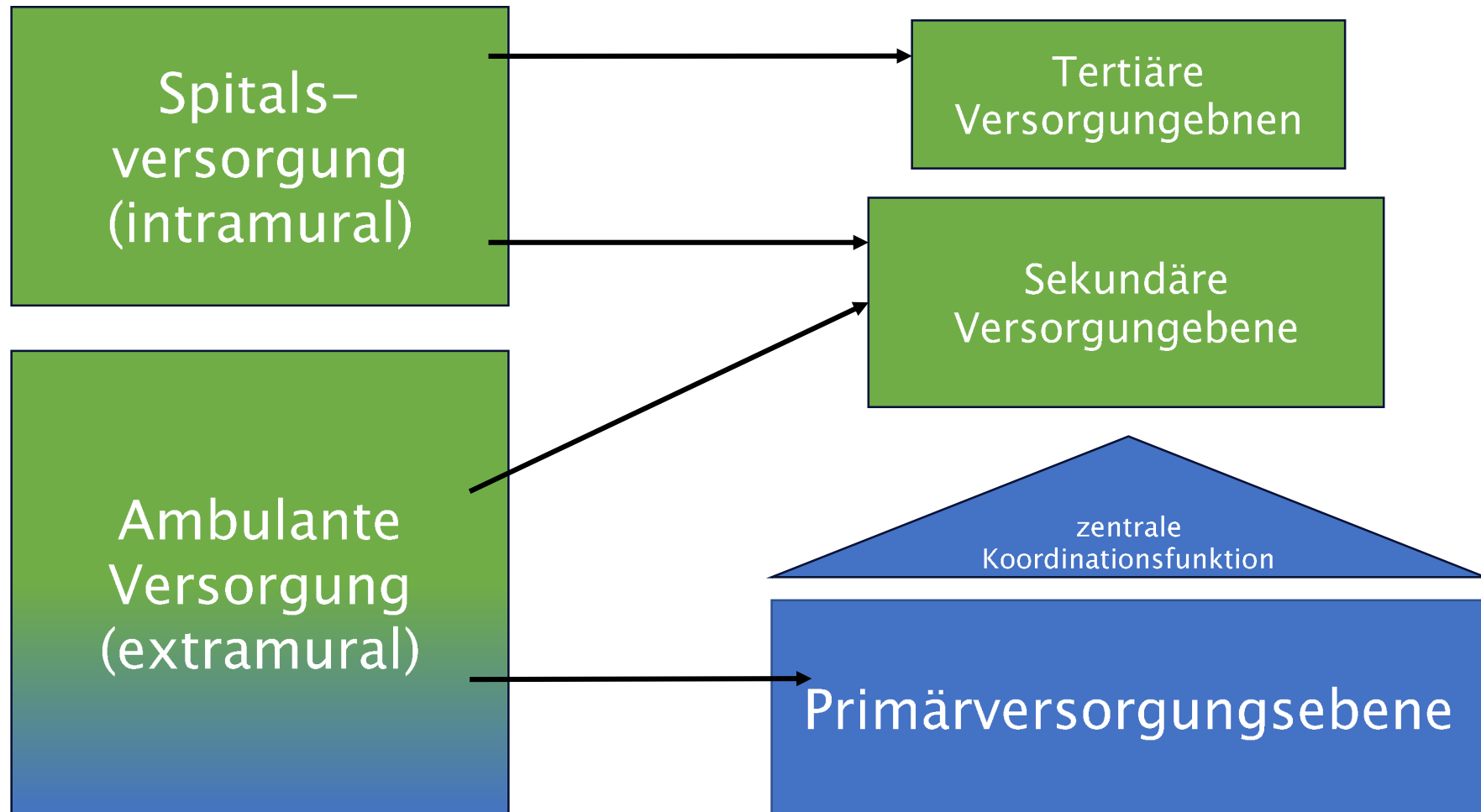
PHC als eigenständiger Sektor – vs. ambulante Versorgung in Österreich



Primary Health Care (PHC)



PHC als eigenständige Versorgungsebene



Entwicklungszyklus für

Österreich



Unabhängige Versorgungsforschung

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

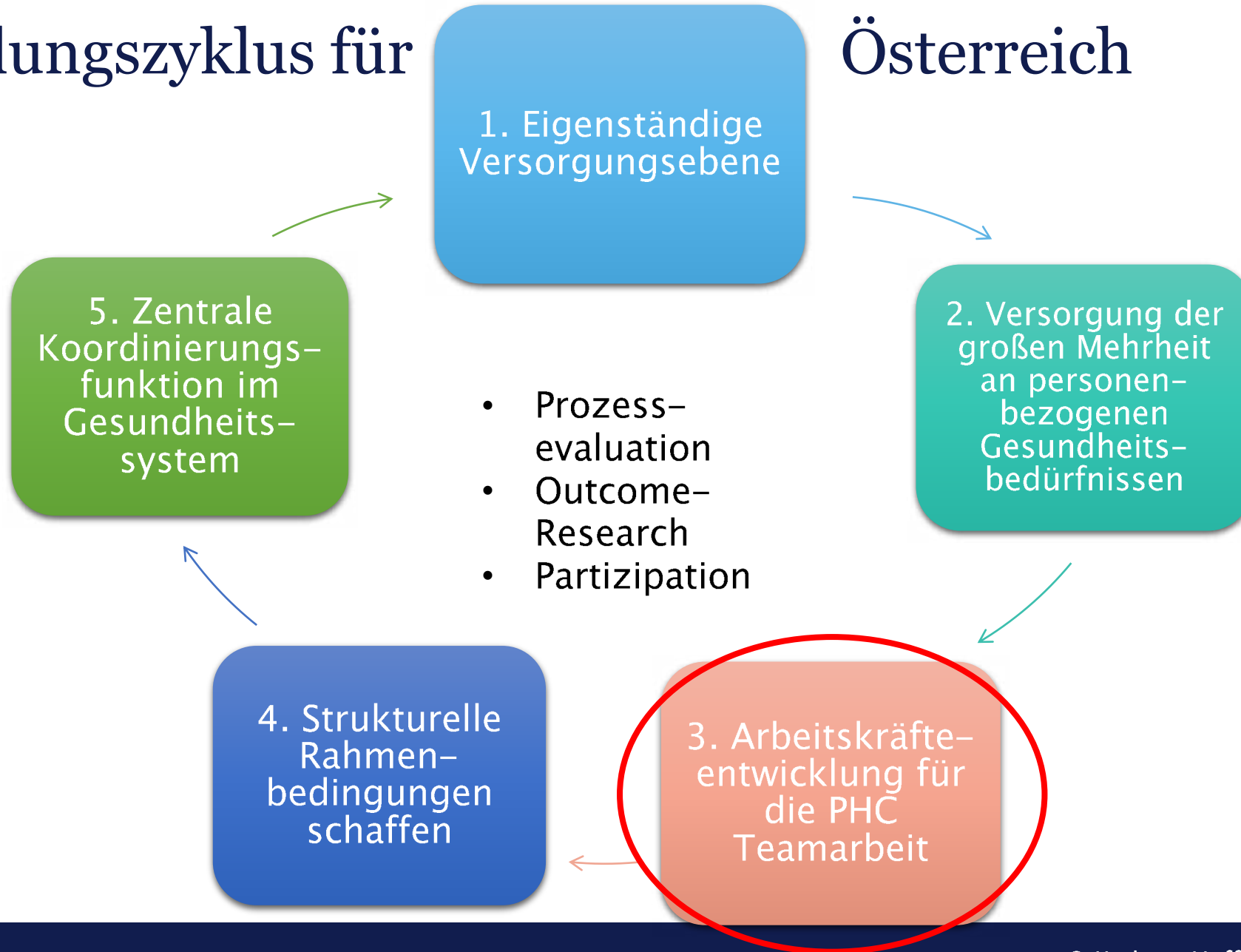
- Krankheitslast
- Gesundheitsbedürfnisse (Determinanten der Gesundheit)
- Vorhandene Strukturen, Ressourcen, PHC-Fachkräfte (Über-/Unterversorgung)

→ **Basis für alle weiteren Schritte!**

- **Universitäten stärken**
- **Forschungsförderung**
- **Morbiditätsregister**

Entwicklungszyklus für

Österreich



z.B. NHS Five Years Forward View in England (seit 2015)

Bis 2,4 Mrd GBP jährlich mehr für PHC, davon...

- 5000 GPs mehr
- 1000 Health Secretaries mehr
- 3000 PsychotherapeutInnen mehr
- 1500 klinische PharmazeutInnen in PHC-Einheiten
- 6 Mio. für Managementausbildung
- 45 Mio. auf 5 Jahre für Fortbildung für health secretaries
- 900 Mio. Investitionen in Gebäude und Infrastruktur
- 45 Mio. in Ausbau von online-Lösungen

Entwicklungszyklus für

Österreich



Strukturelle Rahmenbedingungen schaffen, die FÖRDERN und UNTERSTÜTZEN:

1) Allgemein zugängliche, 2) integrierte, 3) personenzentrierte und 4) umfassende sowie 5) familienorientierte und gemeindenahе Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung, 6) in einer dauerhaften Partnerschaft mit den PatientInnen und LaienversorgerInnen/-pflegerInnen unter 7) Miteinbeziehung der Gegebenheiten in der Familie und lokalen Gemeinschaft.

2. Versorgung der
großen Mehrheit an
personen-
bezogenen
Gesundheits-
bedürfnissen

3. Arbeitskräfte-
entwicklung für die
PHC Teamarbeit

Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung

Beispiele:

- Zusammenarbeitsformen (unter einem Dach, Netzwerk, ...)
- Organisationsformen (GmbH, OEG, Verein, ...)
- Teamarbeit, Teamzusammensetzung
- Finanzierung der Zusammenarbeit
- Honorierung der PHC-Fachkräfte (Gehalt, fee-for-service, capitation, need-based capitation, pay for performance, Subventionen, Mix)
- Services
- Infrastruktur (z.B. Shared electronic record)

Interaktive Versorgungskarte/ Filter: Primärversorgungszentren in Betrieb

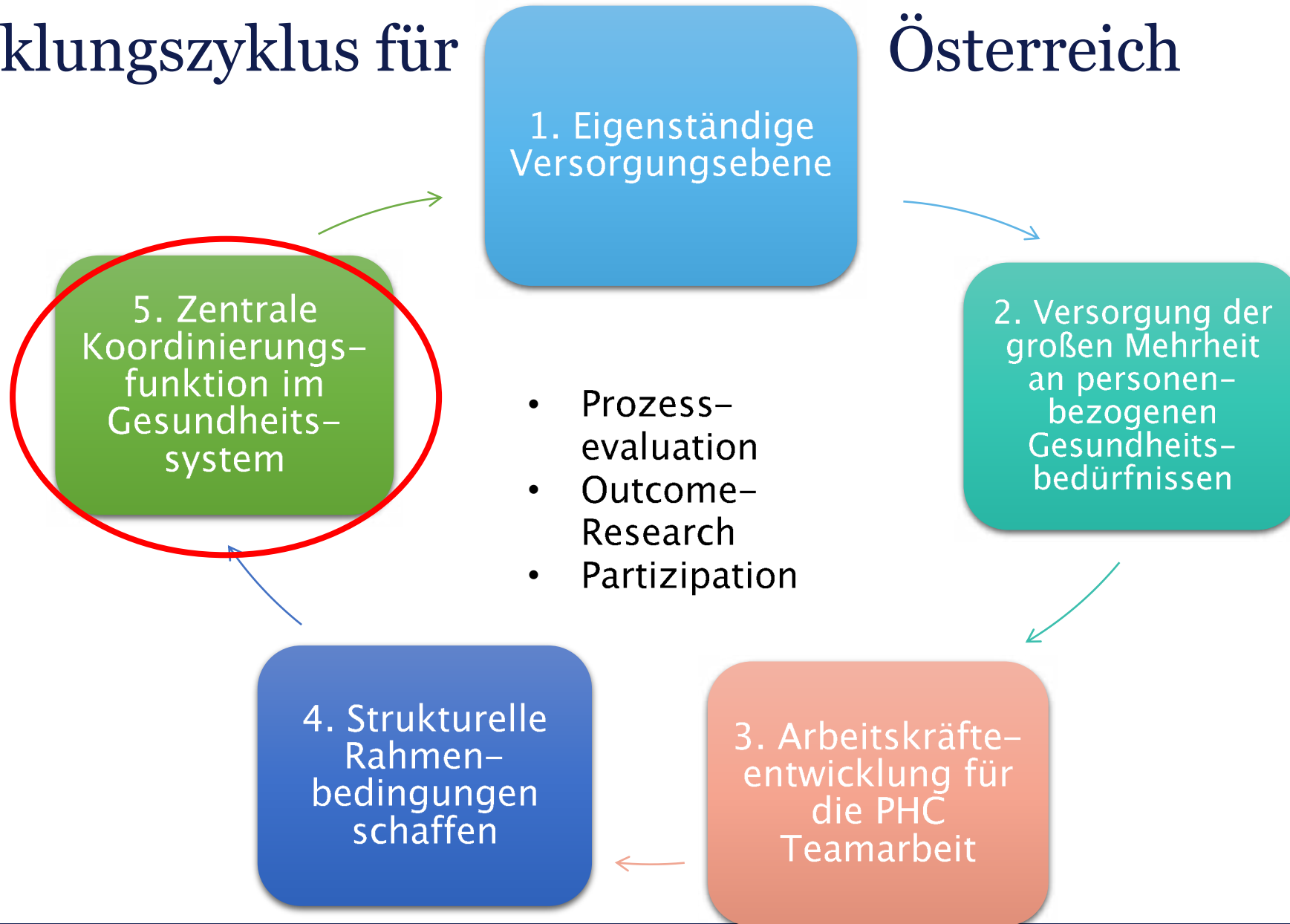


Raster: Wirkt förderlich? Nachhaltig? Wer ist verantwortlich?

	Organisations- form	Zusammen- arbeitsform	Team- zusammen- setzung	Finan- zierung	Hono- rierung	Services	Infra- struktur
Allgemein zugänglich: zeitlich	●		●		●		
Allgemein zugänglich: örtlich	●						
Allgemein zugänglich: barrierefrei		●					
Umfassend: Mehrheit der Krankheiten, Vorhandensein von diagostischen Mitteln		●					●
Umfassend: Prävention, Gesundheitsförderung	●		●				
Personenzentriert				●	●		
Miteinbeziehung der lokalen Gegebenheiten		●					
Ausbildung				●	●		●
Forschung	●			●	●		
...							

Entwicklungszyklus für

Österreich



Zentrale Funktion: Koordination und Kontinuität der Versorgung

- Kontinuität der Versorgung innerhalb des Primärversorgungssektors (also zwischen HausärztInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, OptikerInnen, ApothekerInnen, SozialarbeiterInnen etc.)
- Koordination und Kontinuität der Versorgung zwischen primärem, sekundärem und tertiärem Sektor

The ecology of medical care Result for 1000 persons within 4 weeks	Austria (1)	Japan (2)	Sweden (3)	Norwegen (4)
Visit a physician (any kind) at least 1 time	460	265	na	na
Visit GP	336	206	87	214
Visit specialist in the ambulatory sector	206	–	–	–
Visit an outpatient clinic (outpatient clinic and hospital outpatient clinic incl. emergency)	78	64	64	91
Hospitalized (sec. hospital care)	35	6	12	14
Hospitalized in an university hospital (tert. care)	3	10	<1	<1

1) Pichlhofer O, Maier M. Unregulated access to health-care services is associated with overutilization – lessons from Austria. Eur J Public Health. 2015 Jun; 25(3):401–3. (2) Fukui T et al. J Comm Health. 2017. (3) Ferro A, Kristiansson PM. Ecology of medical care in a publicly funded health care system: a registry study in Sweden. Scand J Prim Health Care. 2011 Sep;29(3):187–92 (4) Hansen AH et al. J Public Health Res. 2012.



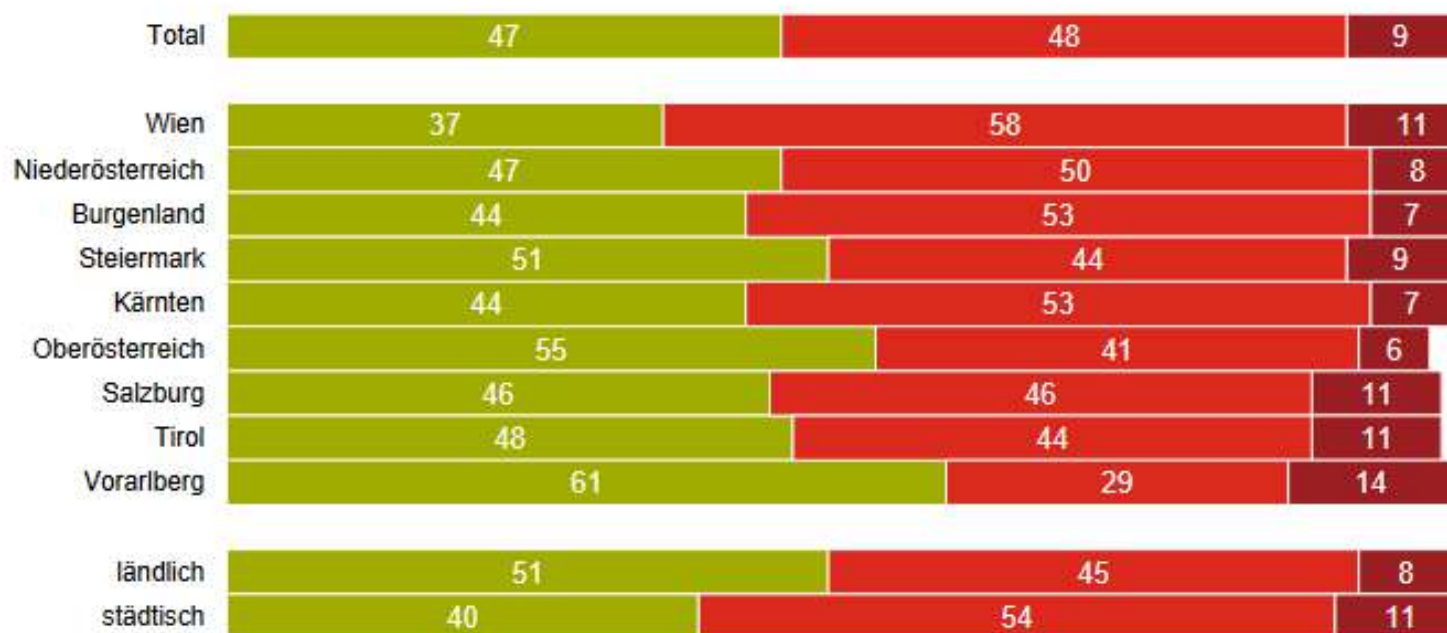
Bevölkerungsstudie – Gesundheit 2016

Eine Studie von GfK im Auftrag vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger

Erste Anlaufstelle bei medizinischen Problemen – 2016



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



■ ja, ich gehe auf jeden Fall zuerst einmal zum Hausarzt/ zur Hausärztin
■ nein, ich gehe manchmal auch direkt in die Ambulanz

■ nein, ich gehe manchmal auch gleich direkt zum Facharzt/ zur Fachärztin

Suchen Sie Ihren/Ihre Haus-/Vertrauensarzt/-ärztin bei allen medizinischen Problemen auf? (Mehrfachnennungen möglich)

Basis: Befragte, die praktischen Arzt/Ärztin aufsuchen

Angaben in %



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT WIEN

© GfK Sozial- und Organisationsforschung | 141.555 Gesundheit 2016

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 Department of General Practice and Family Medicine, Centre for Public Health, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

2 Institute of Social Medicine, Centre for Public Health, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

Correspondence: Kathryn Hoffmann, Department of General Practice and Family Medicine, Medical University of Vienna, Kinderspitalgasse 15, 1060 Vienna, Austria.
fax: +43 (0)1 40160 934600, e-mail: kathryn.hoffmann@meduniwien.ac.at

Background: The challenges for health care systems in a country without a gatekeeping system are manifold. It was the aim of this study to analyse demographic predictors for consulting a specialist without a gatekeeping system.

main topic

Wien Med Wochenschr (2014) 164:152–159
DOI 10.1007/s10354-014-0267-z

wmw
Wiener Medizinische Wochenschrift

Differences in access points to the ambulatory health care system across Austrian federal states

Kathryn Hoffmann · Katharina Viktoria Stein · Thomas Ernst Dorner

Received: 12 November 2013 / Accepted: 27 January 2014 / Published online: 28 February 2014
© Springer-Verlag Wien 2014

Summary

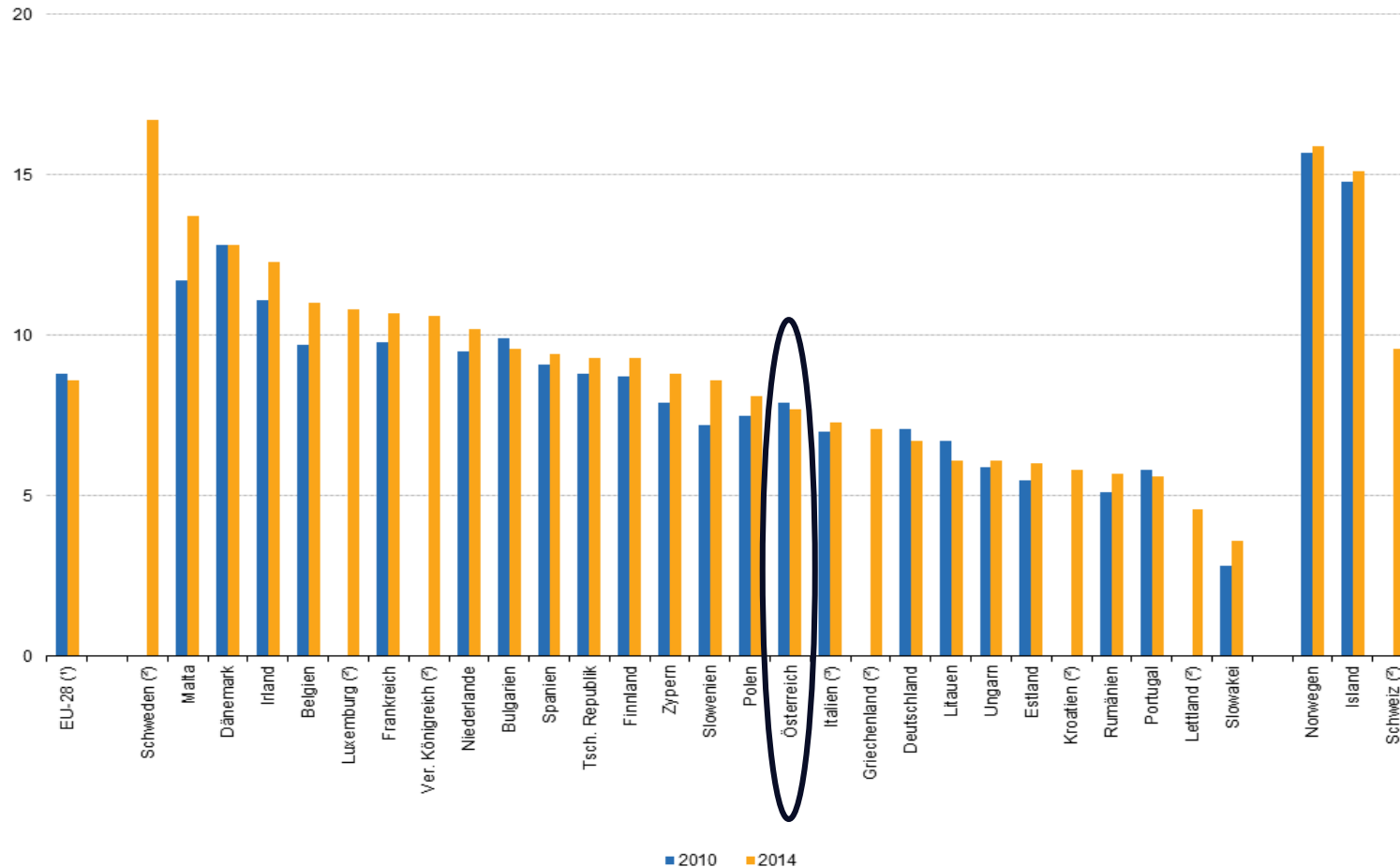
Background The nine Austrian regions differ according to demographic parameter, health status, and health care structure. It was the aim of this study to analyse whether there are also differences in access points towards the

Deutlich unterschiedliche Zugangswege zum Gesundheitssystem im ambulanten Sektor zwischen den österreichischen Bundesländern feststellbar

	Austria		Germany		Norway	
Min. 1x per year GP visit	78.8%		74.7%		74.8%	
Min. 1x per year specialist visit	67.4%		67.9%		17.0%	
Hospital discharges per 1000 persons	267		232		172	
Healthy life years from 65a onwards	f 9.5	m 8.9	f 6.9	m 6.7	f 15.9	m 15.4

Hoffmann et al., 2013 Eur J Public Health, Stirbu et al., 2011, OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database

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)

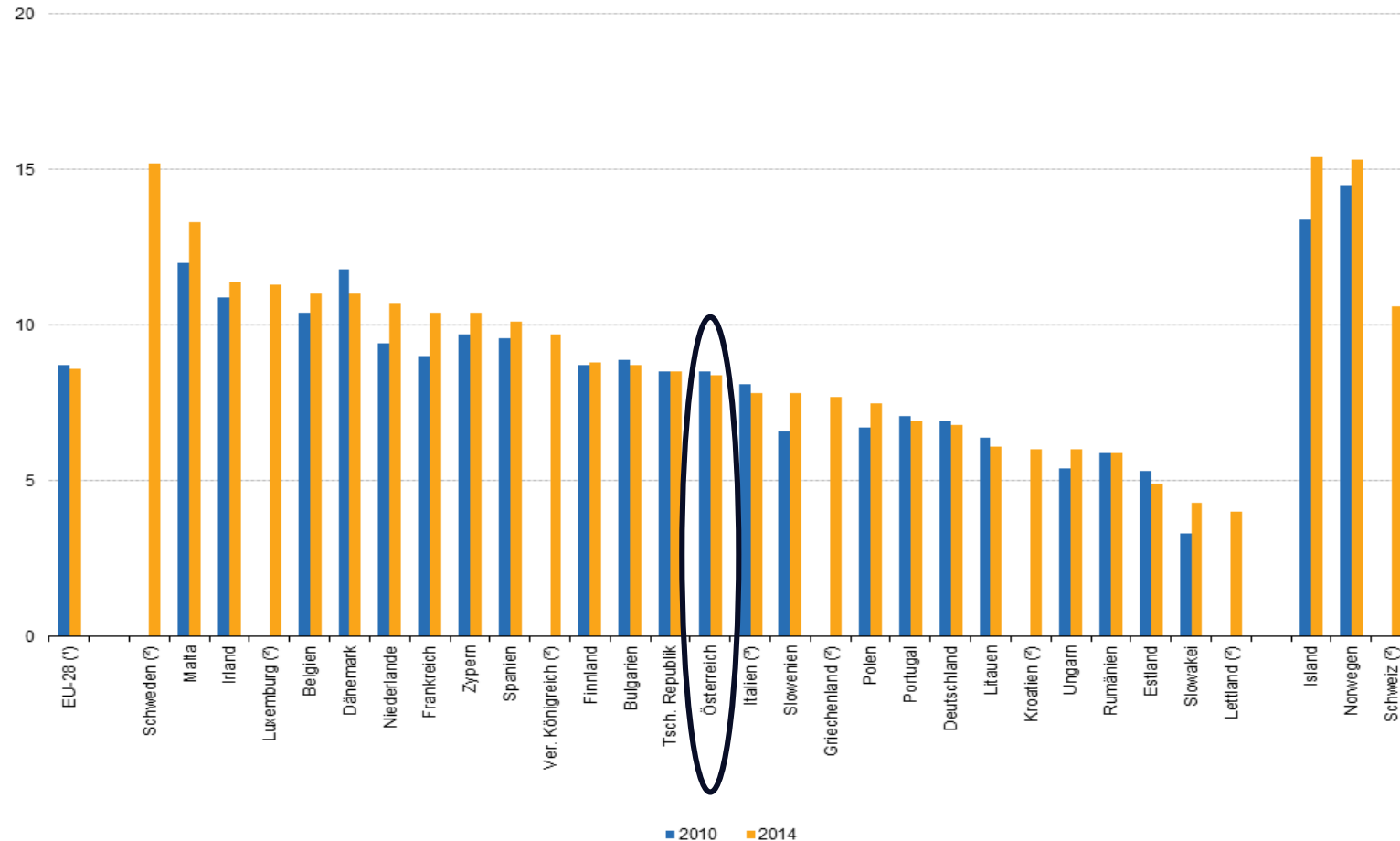
(*) 2010: Schätzung.

(†) 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)

Entwicklungszyklus für

Österreich

