

Kooperation Primärversorgung – Integrierte Versorgung im Ländervergleich

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

Integrierte Versorgung (aus: Becka & Schauppenlehner. Integrierte Versorgung – Aufbruch zu neuen Wegen – verkürzte Fassung, S.2.)

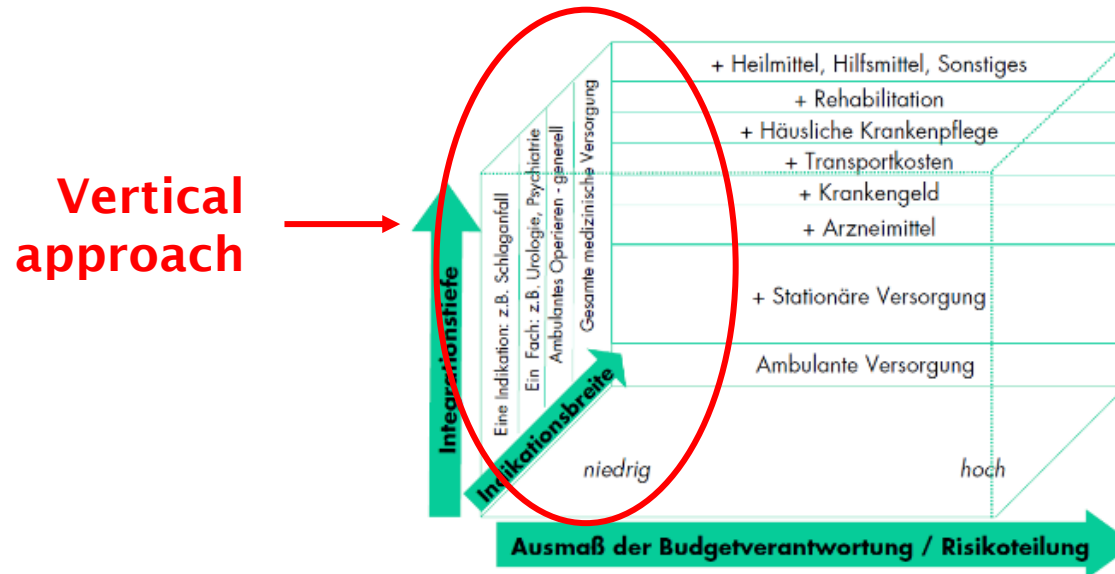


Abbildung 1: Würfel der integrierten Versorgung²

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV), eine Einrichtung der österr. Sozialversicherung, hat daher auf der Grundlage dieser Merkmale eine Definition erarbeitet und sieht in integrierter Versorgung eine

- patientenorientierte,
- kontinuierliche,
- sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre und
- nach standardisierten Behandlungskonzepten (Guidelines, Behandlungspfade,...) ausgerichtete

Versorgung.

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 Horizontal approach

*„... Primary care is seen as an opportunity for case finding (for the disease-oriented programs), 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.** ...*

Integrated primary care is essential for tackling NCDs. ...

The best answer to the challenge of NCDs is to promote people-centered care through investment in integrated primary care, including sufficient numbers of well-trained health professionals. At least 50% of all health professions graduates should be trained for primary care. ...”

The Lancet: Vol 379 May 19, 2012

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/g

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 Steph

*Association of
Health Policy an
Program, Medic

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

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



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

PRIMARY CARE

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

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

re P
'SA,
nive

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, zerebro-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.

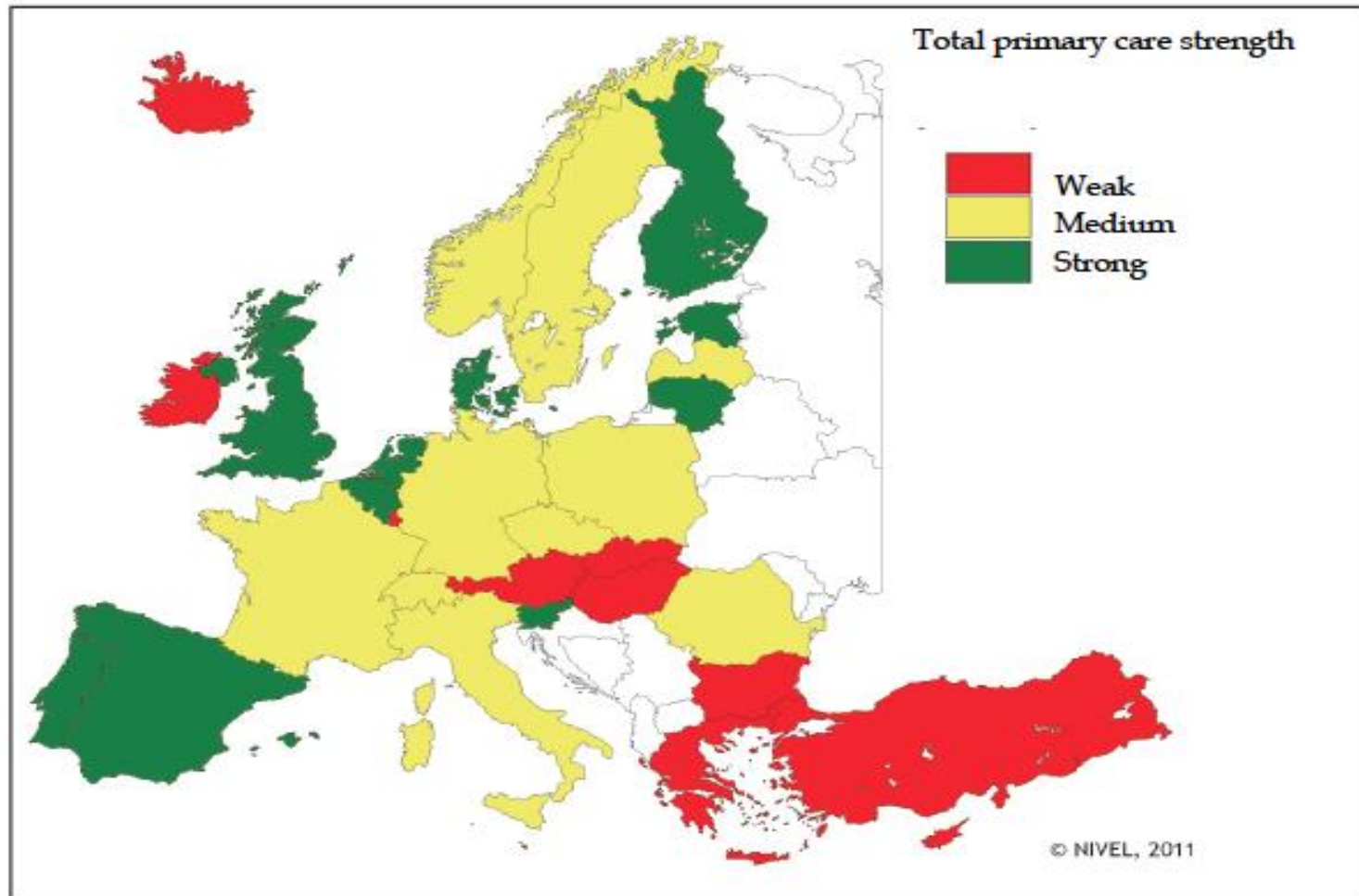
Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). Definition of a Frame of Reference in relation to Primary Care with a special emphasis on Financing Systems. Brussels: European Commission; 2014.

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

The strength of primary care in Europe

(Kringos et al, 2012)



*„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 - Ländervergleich

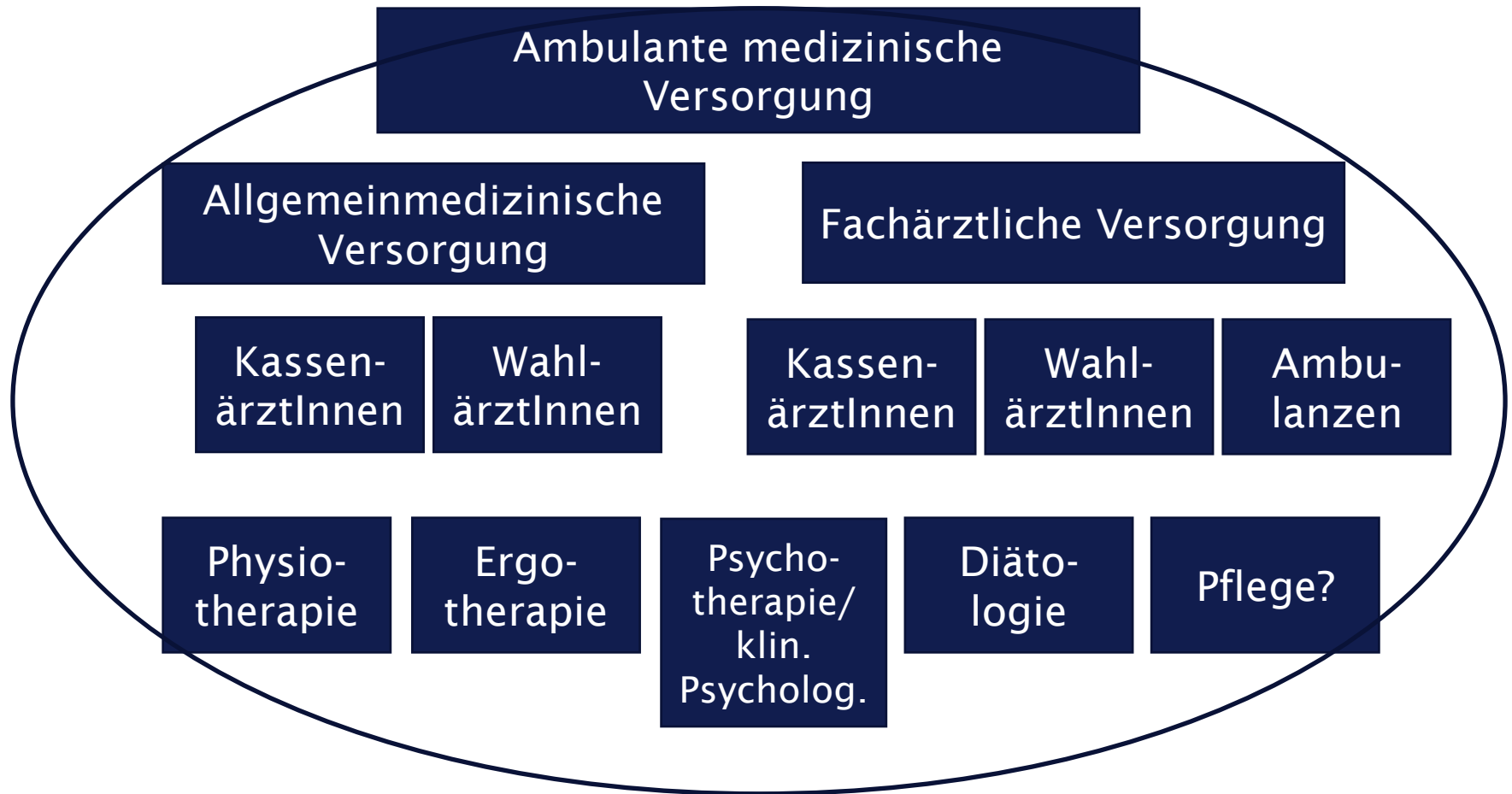
1. Starkes Primärversorgungssystem

- a) Eigenständiger Sektor
- b) Zentrale Koordinierungsfunktion (integrierte Versorgung)**
- c) Unabhängige Versorgungsforschung (Basis für jegliche Planungsschritte)
- d) Arbeitskräfteentwicklung

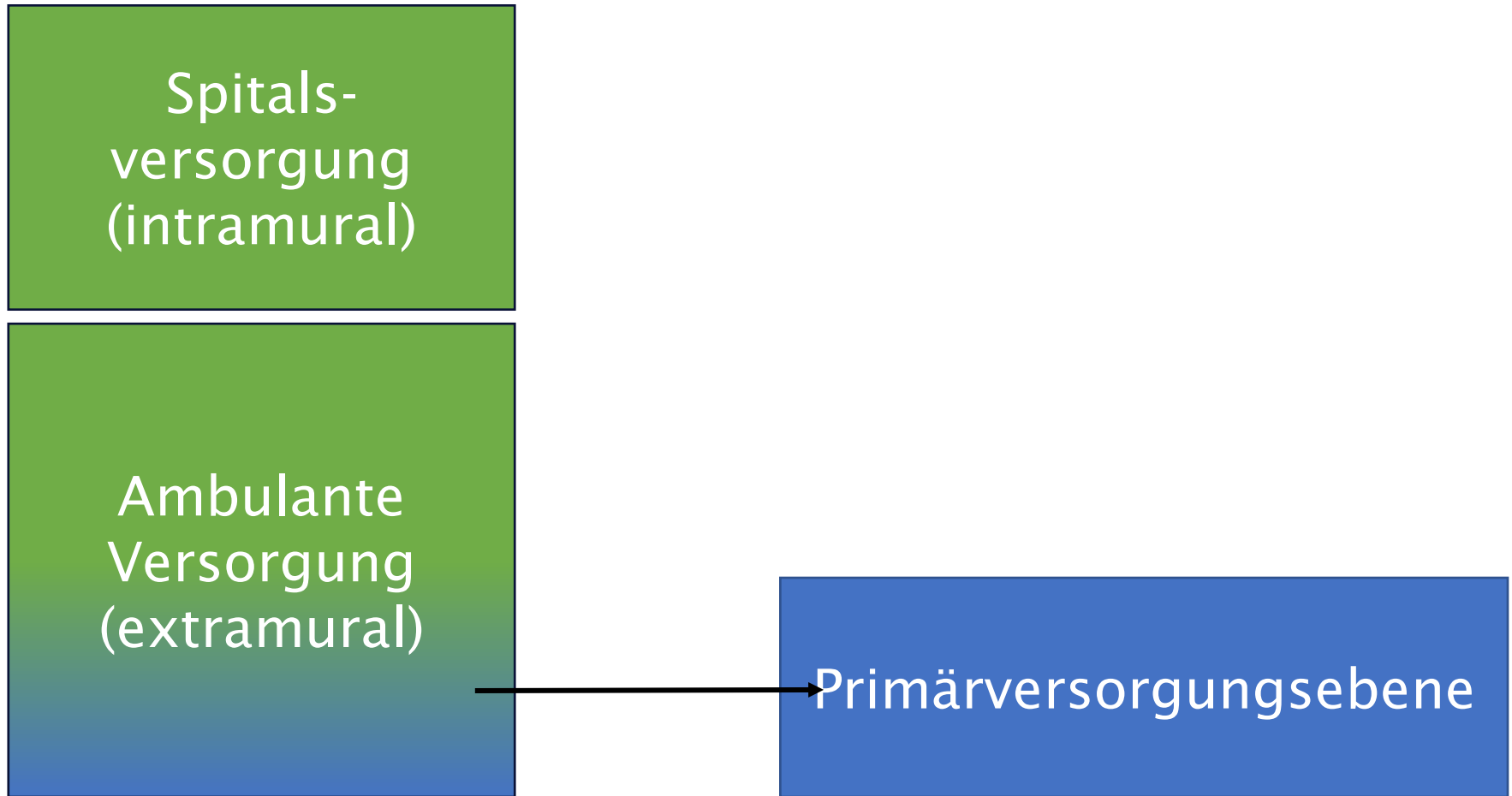
2. Finanzielle Verschränkung von Primärversorgungs- und Krankenhaus-Sektor (Duke-Model)

1 a & b) Eigenständiger Sektor mit zentraler Koordinierungsfunktion (integrierte Versorgung)

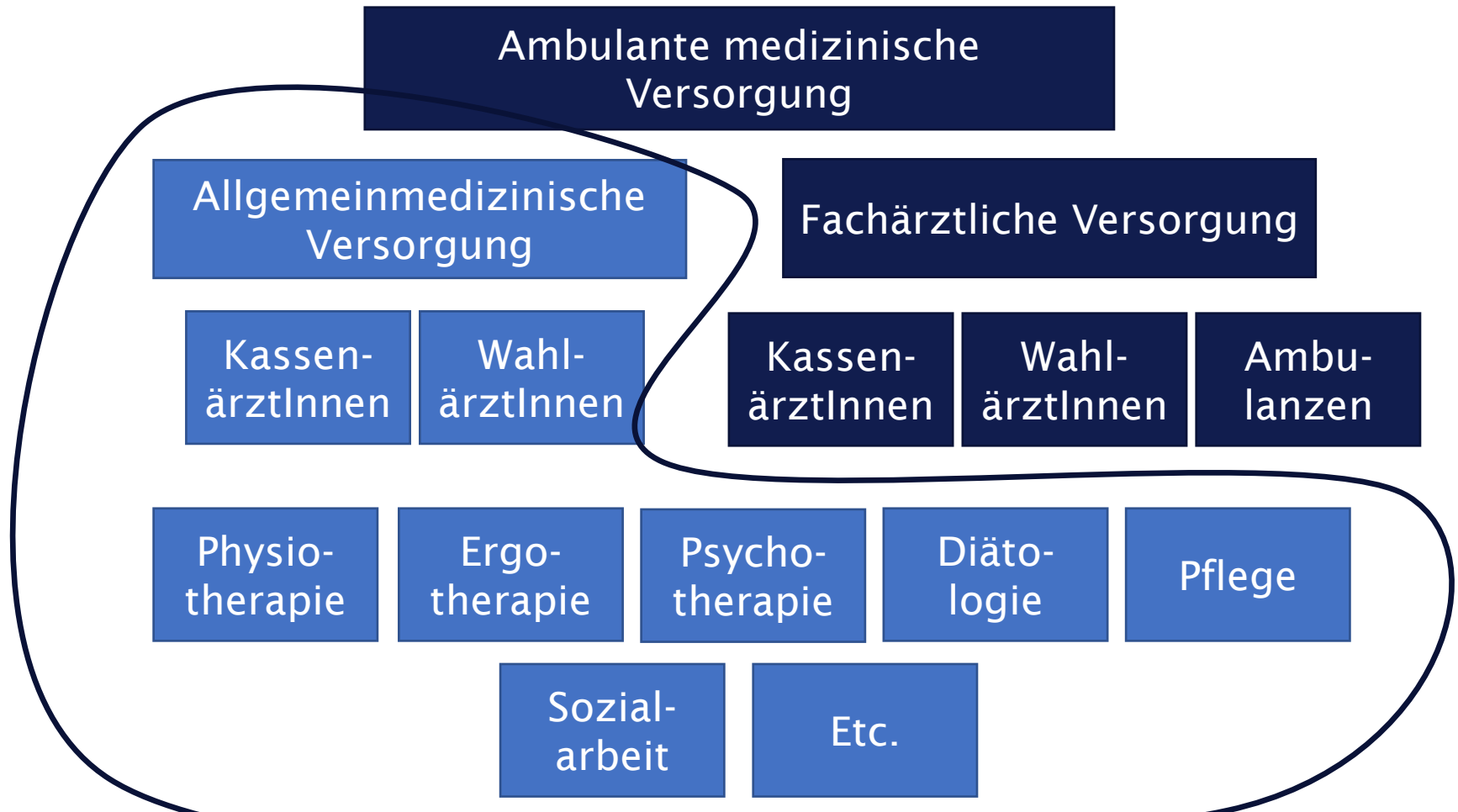
1 a) PHC als eigenständiger Sektor – vs. ambulante Versorgung in Österreich



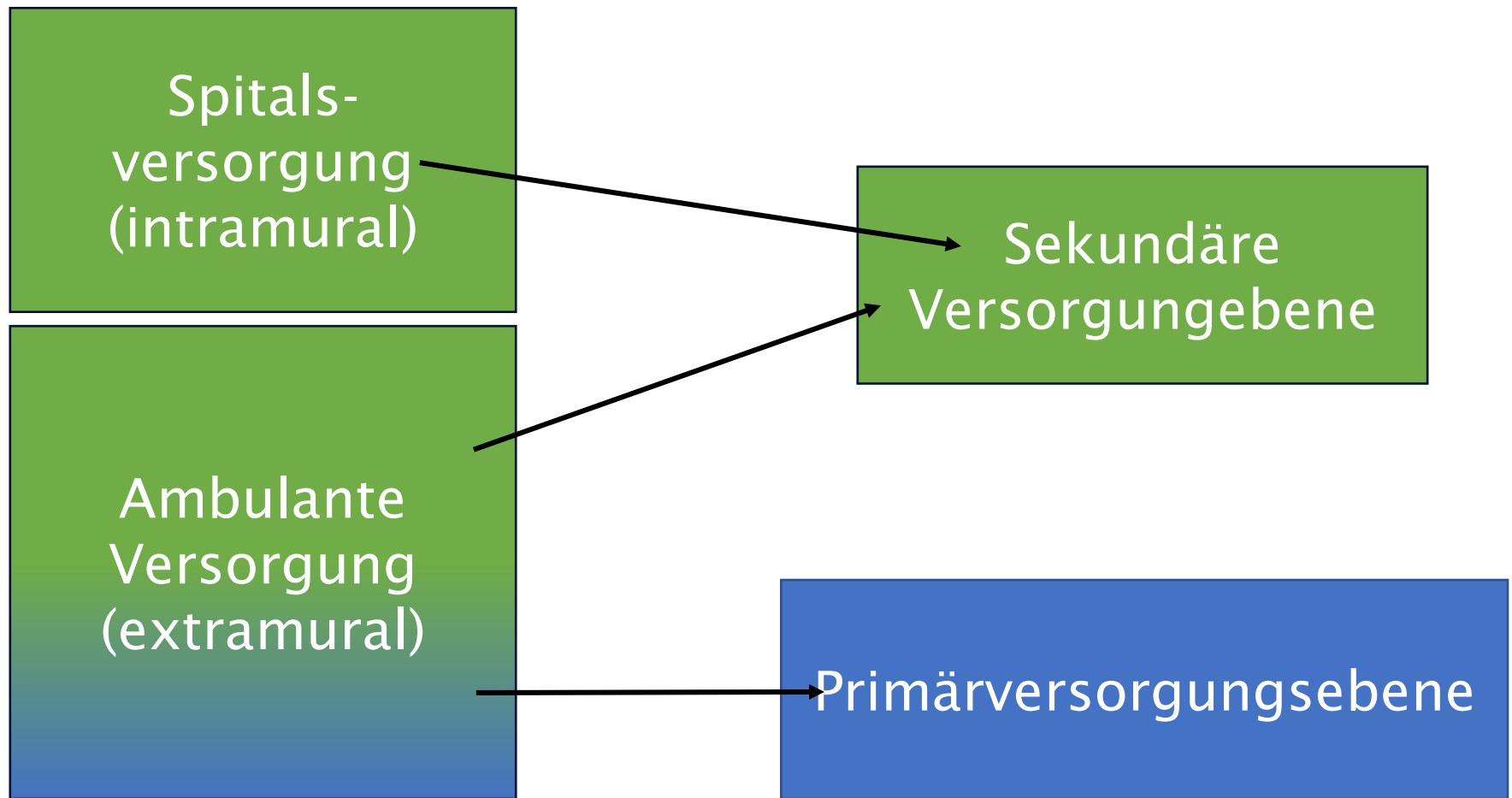
PHC als eigenständige Versorgungsebene mit zentraler Koordinationsfunktion



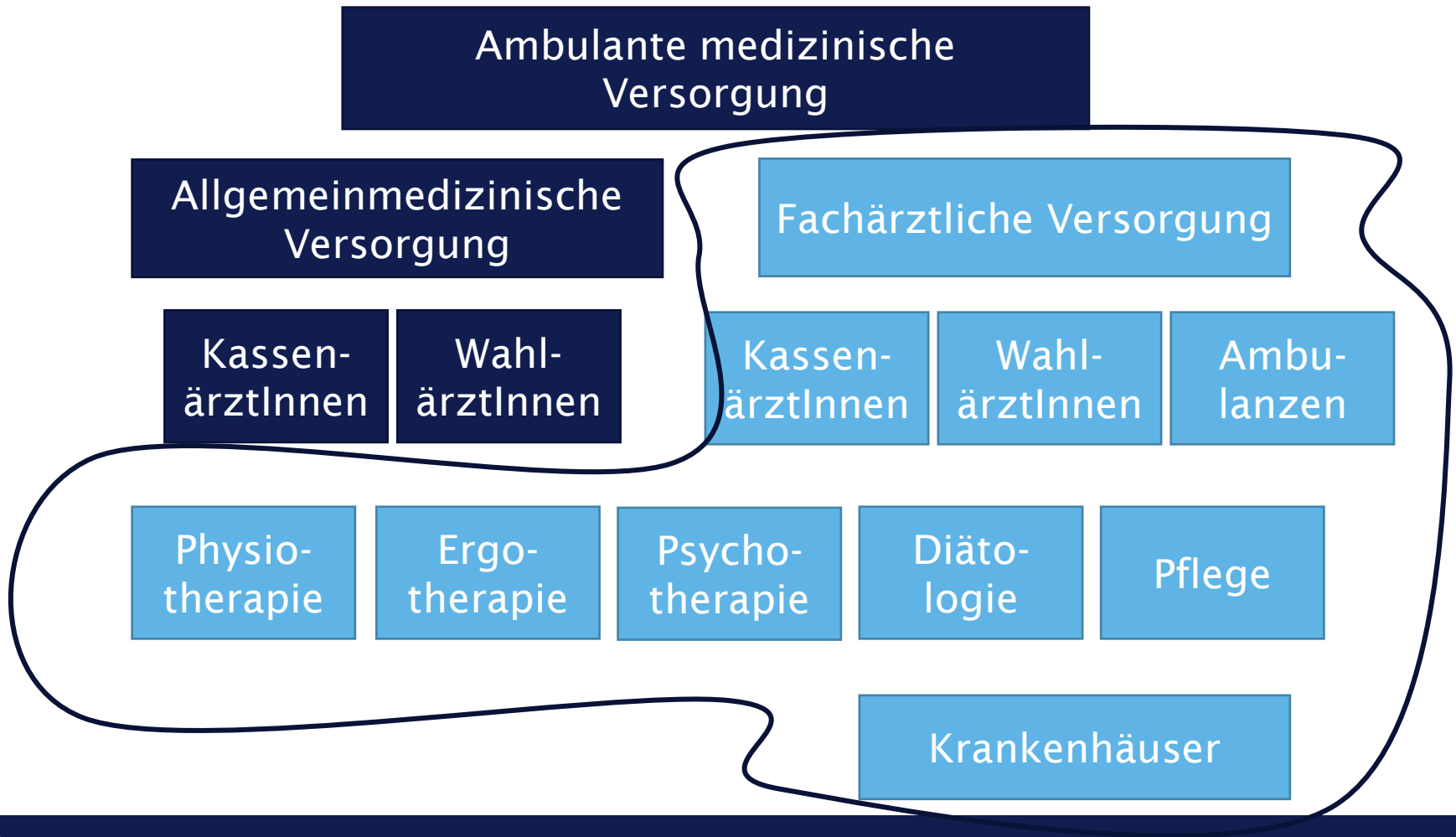
Primary Health Care



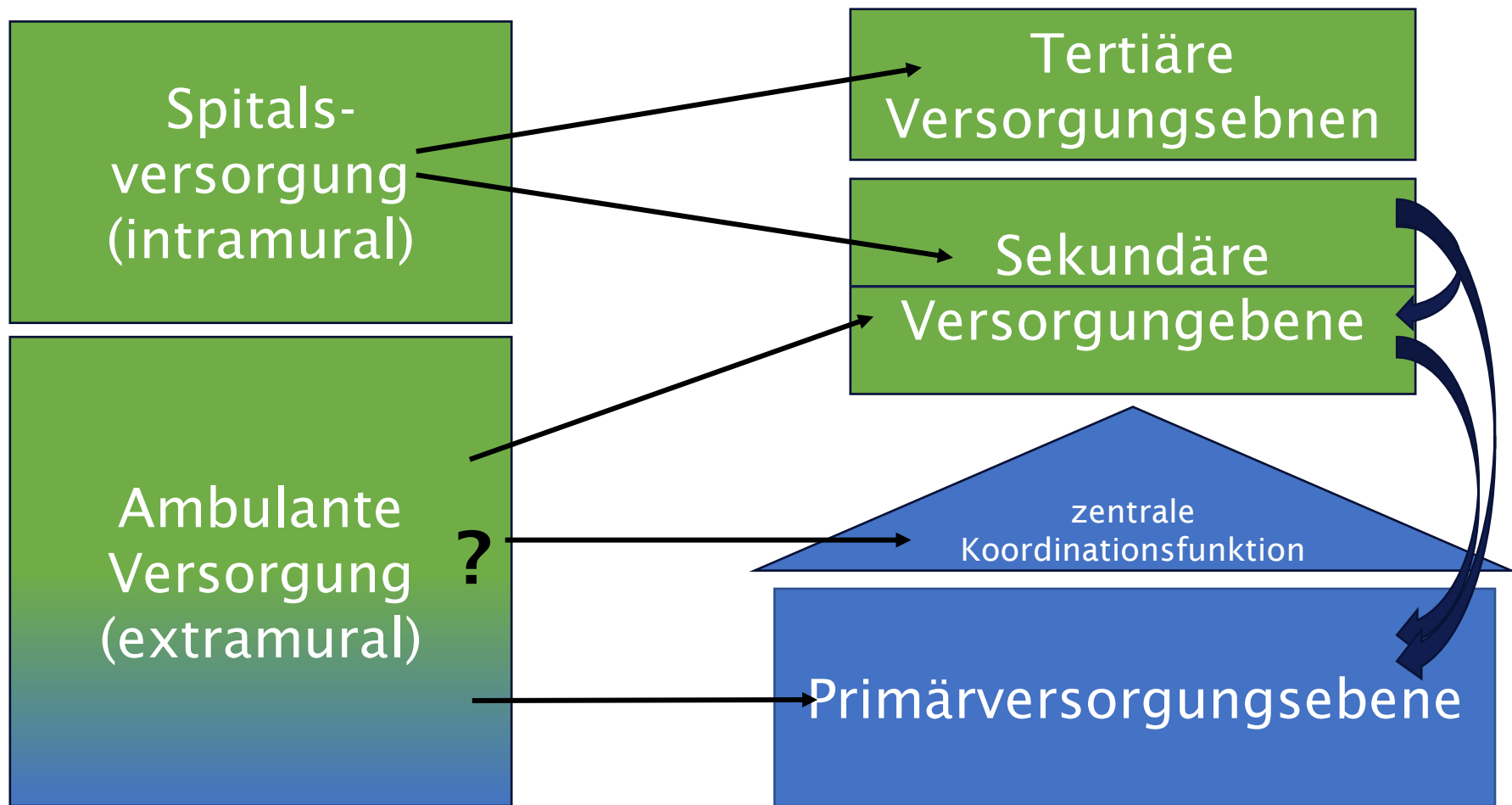
PHC als eigenständige Versorgungsebene mit zentraler Koordinationsfunktion



Secondary Health Care



PHC als eigenständige Versorgungsebene mit zentraler Koordinationsfunktion



| The ecology of medical care Result for 1000 persons within 4 weeks | Austria (1) | Ecology of care revisited 2001 (2) | Sweden (3) |
|--|--------------------|---|-------------------|
| Report symptoms | 652 | 800 | na |
| Consider seeking medical care | 475 | 327 | na |
| Visit a physician (any kind) at least 1 time | 385 | 217 | na |
| Visit GP | 336 | 113 | 87 |
| Visit complementary medical care provider | 31 | 65 | na |
| Visit specialist in the ambulatory sector | 260 | 104 | - |
| Visit an outpatient clinic (outpatient clinic and hospital outpatient clinic) | 89 (13 tert.) | 34 | 64 |
| Hospitalized (sec. hospital care) | 32 | 8 | 12 |
| Hospitalized in an university hospital | 3 | <1 | <1 |

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, 1040 Vienna, Austria
fax: +43 (0)1 40160 934600, e-mail: kathryn.hoffmann@meduniwien.ac.at

Background: The challenges for health care in a country without a gatekeeping system are high. 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

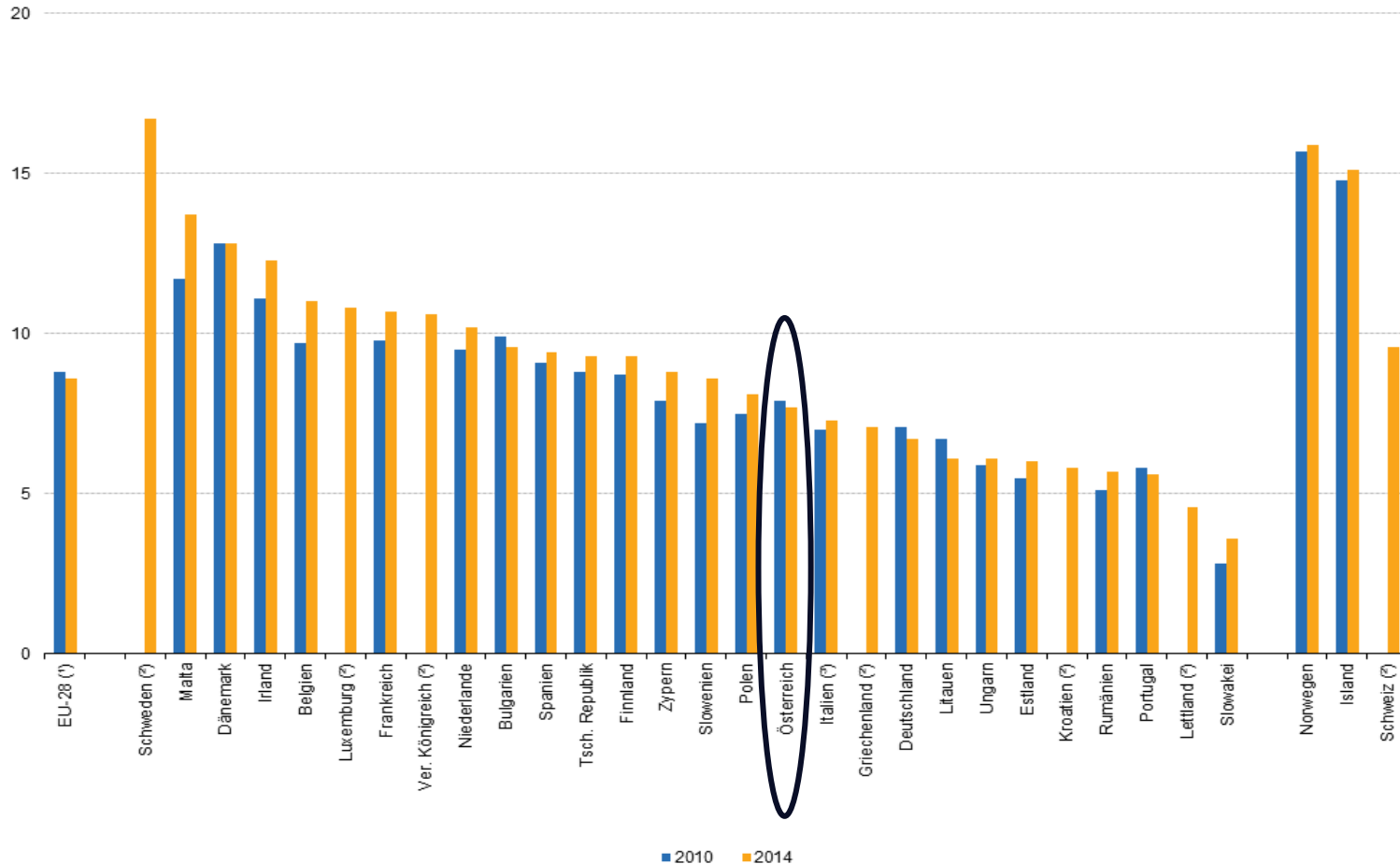
Background The nine Austrian regions differ according to demographic parameter, health status, and health care structure. It was the aim of this study to analyse whether there are also differences in access points towards the

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)

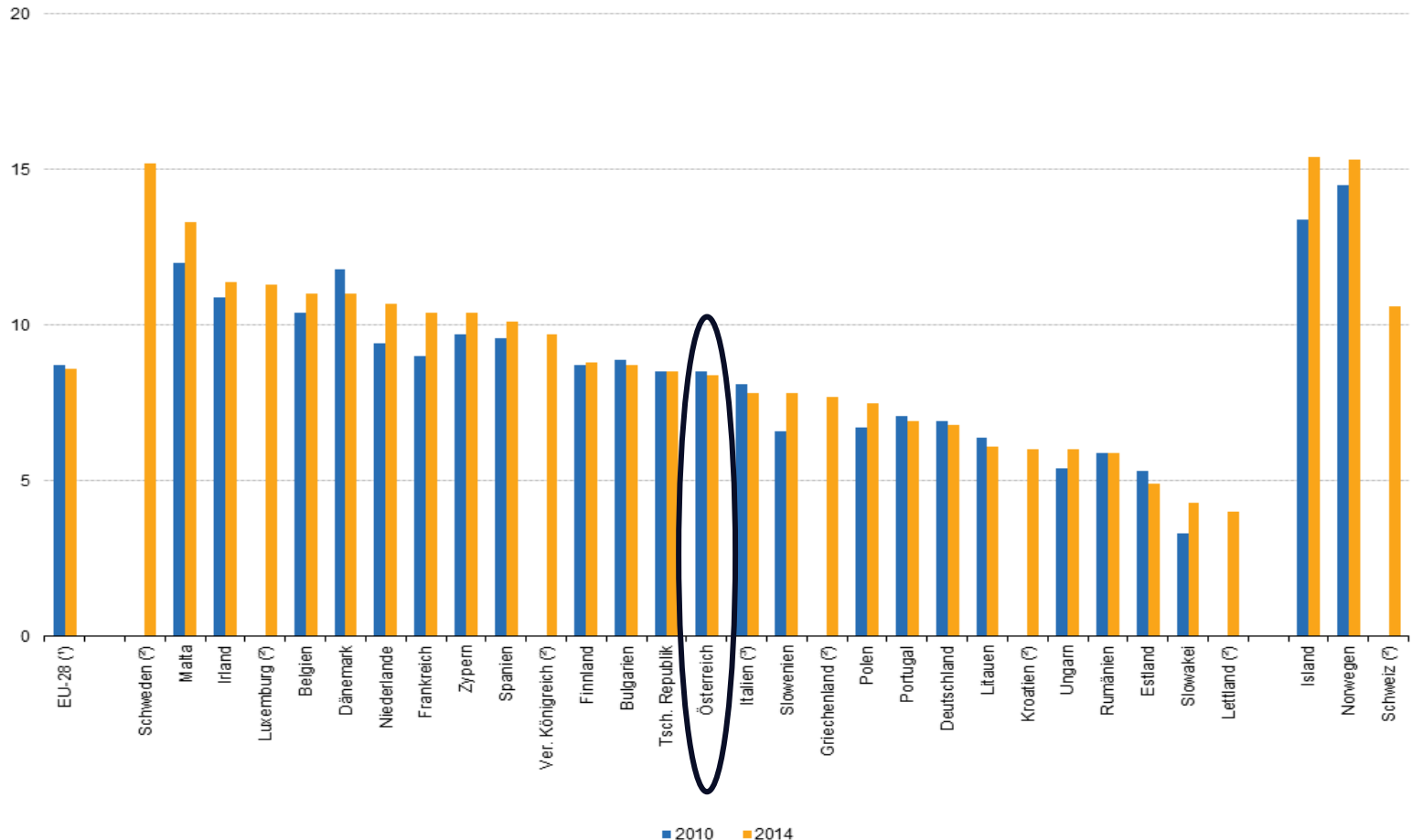
(*) 2010: Schätzung.

(†) 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)

Beispiel aus Belgien: Integrated Care im Community Health Center Botermarkt



Interdisziplinäres Team



Shared Electronic Patient Record

FICTIVO, Denisa (V); Dos. N°01FICTIEF; 01/01/1964 - 50 Jaar 2 Maand(en) 17 Dag(en)

Bestand Bewerken Beeld Vensters Help



Medisch overzicht

Roker : 20 [s/dag] (05/03/2013)

Belangrijke actieve GE

- Tabaksmisbruik
- Menopauzale symptomen/klachten
- Niet insuline-afhankelijke diabetes
- Symptomen/klachten schouder
- Overgewicht
- Hypertensie zonder orgaanbeschadiging
- Sociaal probleem nao, begeleiding maatschappelijk werk

Familiale antecedenten

- Acuut myocardiinfarct (Vader)
- Niet insuline-afhankelijke diabetes (Moeder)

Medische antecedenten

- Zwangerschap, vlotte partus, zoon
- Zwangerschap, vlotte partus, dochter
- Zwangerschap, vlotte partus, dochter

Chirurgische antecedenten

- appendectomie in 1999

Chronische medicatie

- Metformine Sandoz tab 100x 850mg
- Asaflo tab EC 168x 80mg
- Simvastatin Sandoz tab 100x 20mg

Vaccins

- Toegediende vaccins
- Geplande vaccins

GezondheidsElementen

Alle AB A ZorgE. Zorgaanpakken

| Beschrijving | A | B | R | Begin | Einde | Zekerheid | Duur | Code | Presteerder | Specialiteit |
|----------------------------|---|---|---|------------|------------|--------------|-----------|------|-----------------|---------------------|
| Acute infectie bovenste l | | | | 12/02/2014 | 16/02/2014 | Niet bepaald | Acuut | R74 | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| Hypertensie zonderorga | A | E | | 20/03/2013 | | Niet bepaald | Chronisch | K86 | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| Menopauzale symptomen | A | E | | 15/01/2014 | | Niet bepaald | Sub-acuut | X11 | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| Niet insuline-afhankelijke | A | E | | 01/03/2011 | | Niet bepaald | Chronisch | T90 | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| Overgewicht | A | E | | 05/03/2010 | | Niet bepaald | Chronisch | T83 | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| Preventie | A | | | 05/03/2013 | | Niet bepaald | Chronisch | A98 | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| Sociaal probleem nao, be | A | E | | 20/06/2013 | | Niet bepaald | Chronisch | Z29 | DEWAELE, Liesbe | Maatschappelijk wer |
| Symptomen/klachten sch | A | E | | 01/03/2013 | | Niet bepaald | Chronisch | L08 | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| Tabaksmisbruik | A | E | | 01/01/1990 | | Niet bepaald | Chronisch | P17 | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| Zwangerschap, vlotte par | E | | | 01/05/1995 | 16/02/1996 | Niet bepaald | Chronisch | W78 | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| Zwangerschap, vlotte par | E | | | 01/04/1998 | 06/01/1999 | Niet bepaald | Chronisch | W78 | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| Zwangerschap, vlotte par | E | | | 01/07/1993 | 12/05/1994 | Niet bepaald | Chronisch | W78 | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |

Geneesmiddelen

| Beschrijving | Begindatum | Einddatum | A | Presteerder | Specialiteit |
|--|------------|-----------|-------------------------------------|-----------------|--------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Metformine Sandoz tab 100 | 01/03/2013 | | <input checked="" type="checkbox"/> | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| <input checked="" type="checkbox"/> Asaflo tab EC 168x 80mg | 05/03/2013 | | <input checked="" type="checkbox"/> | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| <input checked="" type="checkbox"/> Simvastatin Sandoz tab 100 | 05/03/2013 | | <input checked="" type="checkbox"/> | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| <input type="checkbox"/> Hygroton tab 30x 50mg | 20/03/2013 | | <input checked="" type="checkbox"/> | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |

Planning

| Datum | Beschrijving | Statuut | Presteerder | T | Te doe | Specialiteit |
|------------|------------------------------|----------|-----------------|---|-------------------------------------|-----------------|
| 11/03/2014 | aanvraag aangepast rijbewijs | Te doen | VANDE KERCKHO | S | <input checked="" type="checkbox"/> | Verpleegkundige |
| 11/03/2014 | Opvolgcontact bijeen diëtist | Te doen | VANDE KERCKHO | S | <input checked="" type="checkbox"/> | Verpleegkundige |
| 11/03/2014 | verwijzing - oogarts | Te doen | VANDE KERCKHO | S | <input checked="" type="checkbox"/> | Verpleegkundige |
| 11/03/2014 | Test op microalbuminurie | Te doen | VANDEDRIINCK, E | S | <input checked="" type="checkbox"/> | Huisarts |
| 11/03/2014 | Bepaling glucose/HbA1c | Te doen | VANDEDRIINCK, E | S | <input checked="" type="checkbox"/> | Huisarts |
| 12/03/2014 | Onderzoek diabetische voet | Te doen | VANDE KERCKHO | S | <input checked="" type="checkbox"/> | Verpleegkundige |
| 11/06/2014 | DiabetesSpreekUur, educator | Te doen | VANDE KERCKHO | I | <input checked="" type="checkbox"/> | Verpleegkundige |
| 05/09/2014 | vaccin griep | Te doen | VANDEDRIINCK, E | I | <input checked="" type="checkbox"/> | Huisarts |
| 05/03/2020 | vaccin difterie/tetanus | Te doen | VANDEDRIINCK, E | I | <input checked="" type="checkbox"/> | Huisarts |
| 25/06/2013 | DiabetesSpreekUur | Uitvoerd | BLOKLAND, INEK | I | <input type="checkbox"/> | Huisarts |

Contacten

| Datum | Type | Presteerder | Specialiteit |
|------------|-------------|-----------------|--------------------|
| 15/05/2014 | Raadpleging | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| 11/03/2014 | Raadpleging | BLOKLAND, INEK | Huisarts |
| 12/02/2014 | Raadpleging | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| 15/01/2014 | Raadpleging | VANDEDRIINCK, E | Huisarts |
| 01/11/2013 | Raadpleging | DEWAELE, Liesbe | Maatschappelijk we |
| 16/10/2013 | Raadpleging | LANCKSWERDT, | Dietiste |
| 03/09/2013 | Raadpleging | VANDE KERCKHO | Verpleegkundige |



Integrierte Versorgung durch zentrale Koordinierungsfunktion

- Listensystem für PatientInnen (freiwillige Selbstverpflichtung), für Listen-PatientInnen freier Zugang zu den Dienstleistungen (family medicine; nursing; social work; physiotherapist)
- Einschreibung für ein Jahr, Wechsel bei Begründung vorher möglich
- Zugang zur fachärztlichen Versorgung nur nach Überweisung durch das Gesundheitszentrum
- Drei “Hausarztwachtposten” in Gent vor Krankenhäusern, besetzt im Rad mit allen AM der 23 Zentren abwechselnd

Integrierte Versorgung durch lokale “Gemeinwohl”-Treffen

- 1986: Erstes Treffen in Ledeborg
- 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?
- 3-monatige Treffen



Beispiel aus den UK: South Somerset Symphony Programme (Balian, 2016)

- PatientInnen einer PHC-Einheit werden entsprechend ihrer health needs in unterschiedliche „care hubs“ eingeteilt
→ Koordination bleibt auf PHC Ebene

Beispiel aus Holland: Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra

Online-Konsultationen durch FachärztInnen (z.B. Dermatologie)

<https://www.youtube.com/watch?v=okrabe2FVOo>

→ Koordination bleibt auf PHC Ebene

1 c) unabhängige Versorgungsforschung

Starke Versorgungsforschung

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

1. Im Mittelpunkt steht der Mensch/PatientIn

- Alle Dienstleistungen, Aktivitäten oder Beratungen des öffentlichen Gesundheitssystems sind rund um die PatientInnen und entlang dem Verlauf von Krankheiten zu organisieren, damit Patienten 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**

1 d) Arbeitskräfteentwicklung

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

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

- 5000 GPs mehr
- 1000 Health Secretaries mehr
- 3000 PsychotherapeutInnen mehr
- 1500 klinische PharmakologInnen 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

2) Finanzielle Verschränkung von Primärversorgungs- und Krankenhaussektor

Finanzielle Verschränkung von Primärversorgungs- 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)
 - 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

Veränderungen lassen sich nicht aufhalten „es gibt viel zu verlieren, du kannst nur gewinnen“

Paradigmenwechsel hin zu vertikalem Versorgungsansatz

Starkes Primärversorgungssystem als eigener Sektor mit zentraler Koordinationsfunktion

Arbeitskräfteentwicklung

Starke Versorgungsforschung

Universitäten

Forschungsförderung

Transparente Daten

Finanzielle Verschränkung von ambulanter und stationärer Versorgung