

Innovation in Bewegung

Timo Fischer
Symposium Competence Center Integrierte Versorgung
Wien, 8.11.2017

Conflict of Interest



Gliederung

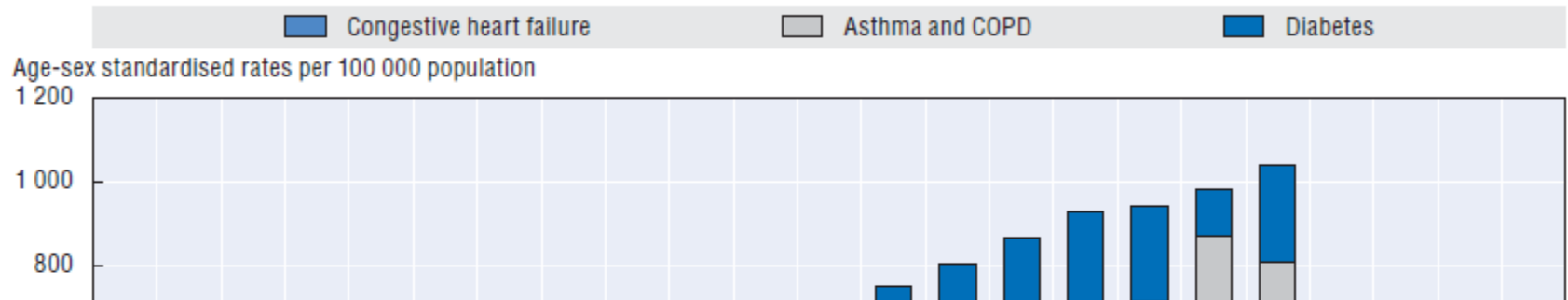
- (1) 4 ausgewählte Gründe für eine Neuausrichtung der Primärversorgung
- (2) Primärversorgung Neu: Wie kommt Bewegung rein?

Gliederung

- (1) 4 ausgewählte Gründe für eine Neuausrichtung der Primärversorgung
- (2) Primärversorgung Neu: Wie kommt Bewegung rein?

1.) Verbesserungsfähige Versorgungsqualität

Figure 2.5. **Avoidable admissions for chronic ambulatory care sensitive conditions, 2013 (or nearest year)**




Avoidable hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions suggest room for improving access to and quality of primary care

Ambulatory care sensitive conditions (ACSCs), such as asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), congestive heart failure (CHF) and diabetes, are conditions for which accessible and effective primary care can generally reduce the risk of complications and prevent the need for hospitalisation (Purdy et al., 2009, 2012). Potentially avoidable hospitalisations for these conditions are commonly used to measure access to and quality of primary care systems (Purdy et al., 2012; Longman et al., 2015; van Loenen et al., 2014).

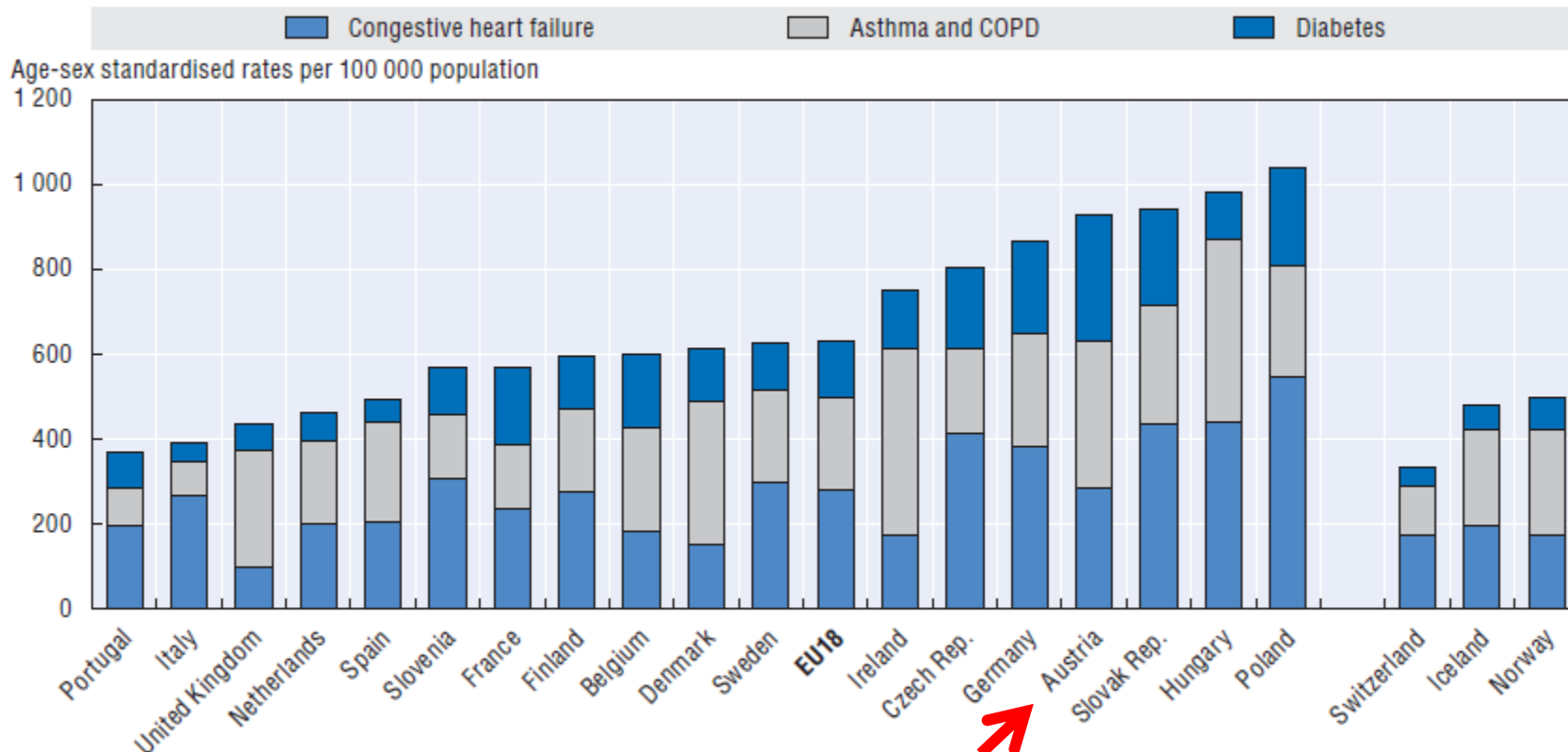
Note: Rates are not adjusted by health care needs and health risk factors.

Source: OECD Health Statistics 2016.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933428494>

1.) Verbesserungsfähige Versorgungsqualität

Figure 2.5. Avoidable admissions for chronic ambulatory care sensitive conditions, 2013 (or nearest year)



Note: Rates are not adjusted by health care needs and health risk factors.
Source: OECD Health Statistics 2016.

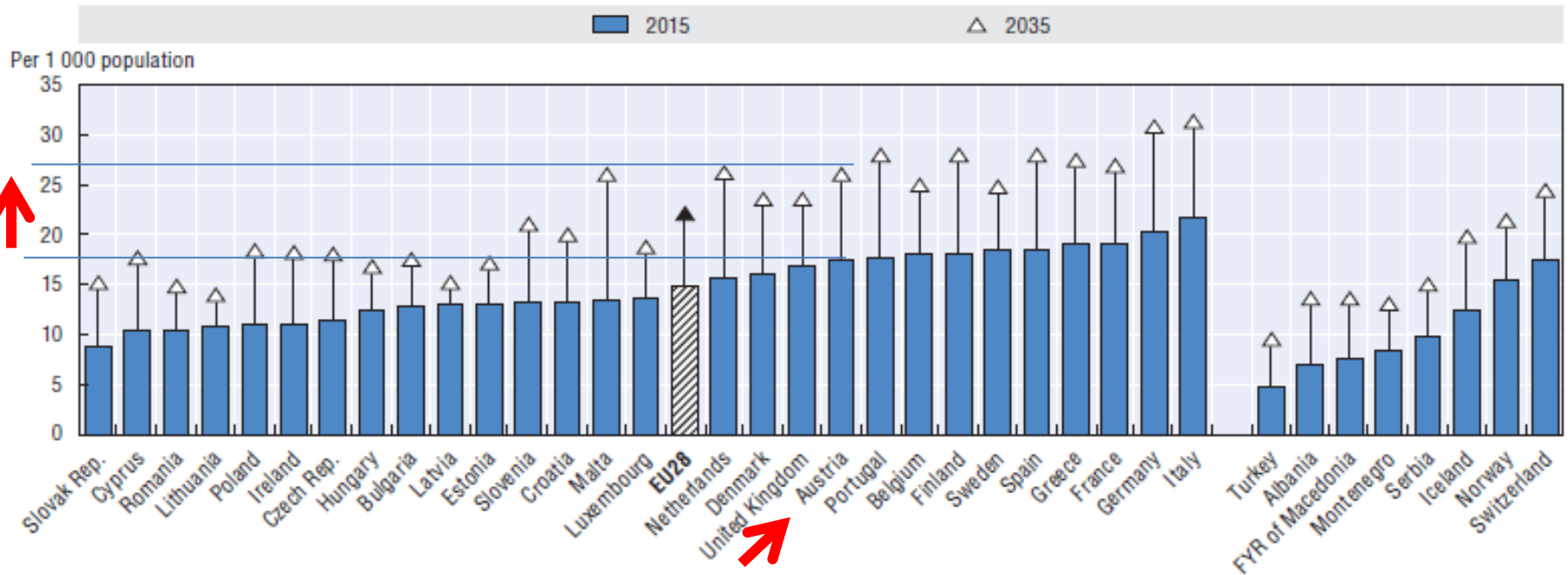
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933428494>

2.) Veränderungen in Gesellschaft, Demographie und Gesundheitsprobleme

	<i>Type of society</i>			
	Agricultural society	Industrial society		Service society
<i>Demographic and health issues</i>	Infectious diseases Declining mortality	Declining fertility	Ageing population	Multiple chronic disease Behavioural health risks
<i>Focus of health care</i>	Hygiene Immunization Informal care	Curative care Extending health benefits Social security		Person-centred care across health sectors and linking to social care

2.) Veränderungen in Gesellschaft, Demographie und Gesundheitsprobleme

3.39. Estimated prevalence of dementia per 1 000 population, 2015 and 2035



Source: OECD analysis of data from Prince et al. (2013) and the United Nations.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933428892>

3.) Mismatch Versorgungsbedarf und Strukturen

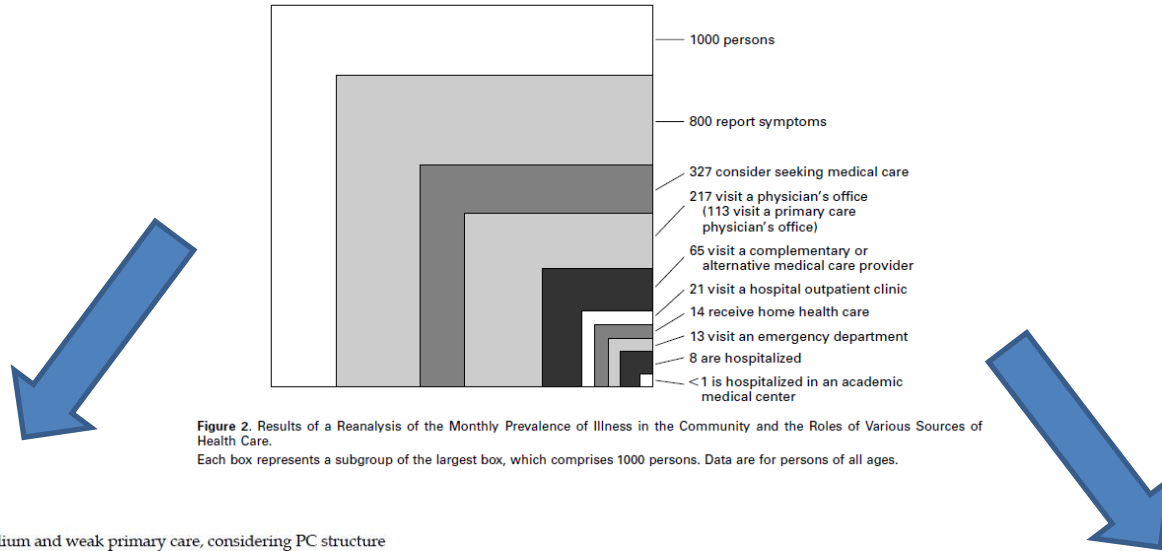
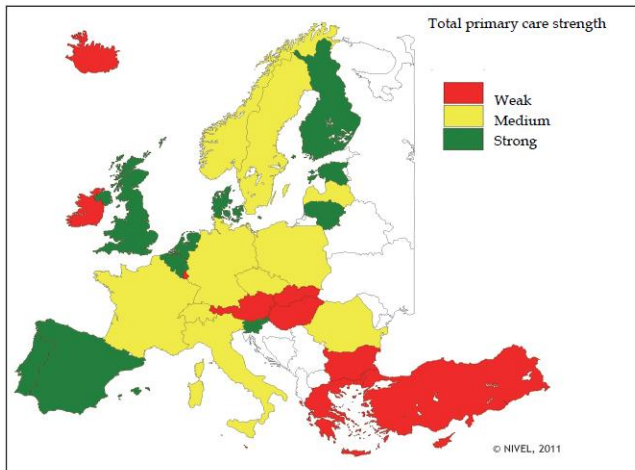
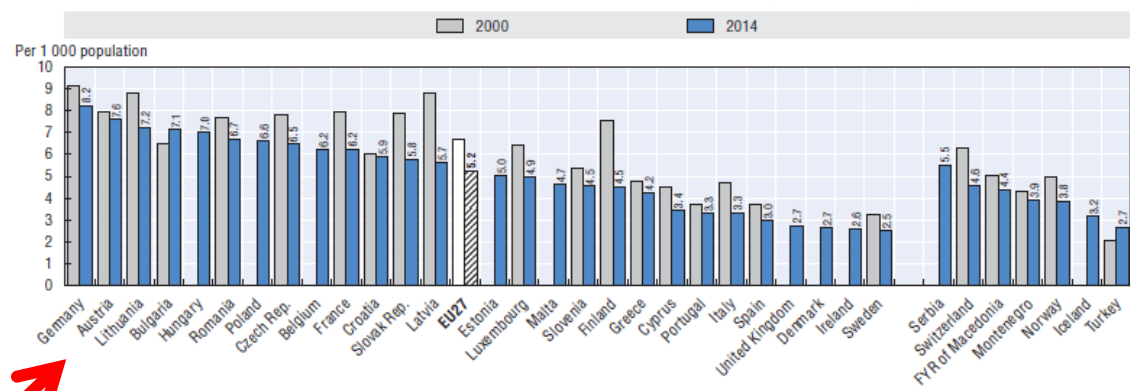


Figure 2: Countries with strong, medium and weak primary care, considering PC structure and key aspects of PC services delivery



7.21. Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2014 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933429902>

Beispiel: Selbstzuweiser im Spital – wie viele könnten im primär-medizinischen Bereich behandelt werden?

		AM1 Versorgung durch			
		Allgemeinmedizin	Krankenhaus	Facharzt	Gesamt
AM2 Versorgung durch	Allgemeinmedizin	60,1	0,2	6,2	66,6
	Krankenhaus	10,0	2,9	2,9	15,8
	Facharzt	9,5	2,9	5,3	17,7
	Gesamt	79,7	6,0	14,3	100

Ambulante Inanspruchnahmen durch Selbstzuweiser (n=419) am Landeskrankenhaus Amstetten (August-September 2010): Bewertung durch zwei Allgemeinmediziner (AM1 und AM2), ob

1. Beschwerden durch Hausärzte behandelt werden könnten, (→ 60,1%)
2. ob sie dringend abklärungsbedürftig und damit vermeintlich nur im Krankenhaus behandelbar (→ 2,9%) oder
3. ob sie durch Spezialisten behandelbar (→ 5,3%) wären.

Darstellung getrennt nach beiden Gutachtern. Insgesamt werden 68,3% der Beschwerdebilder von beiden hinsichtlich ihres Behandlungsortes gleich eingeschätzt.

4.) Veränderungen im Systemkontext

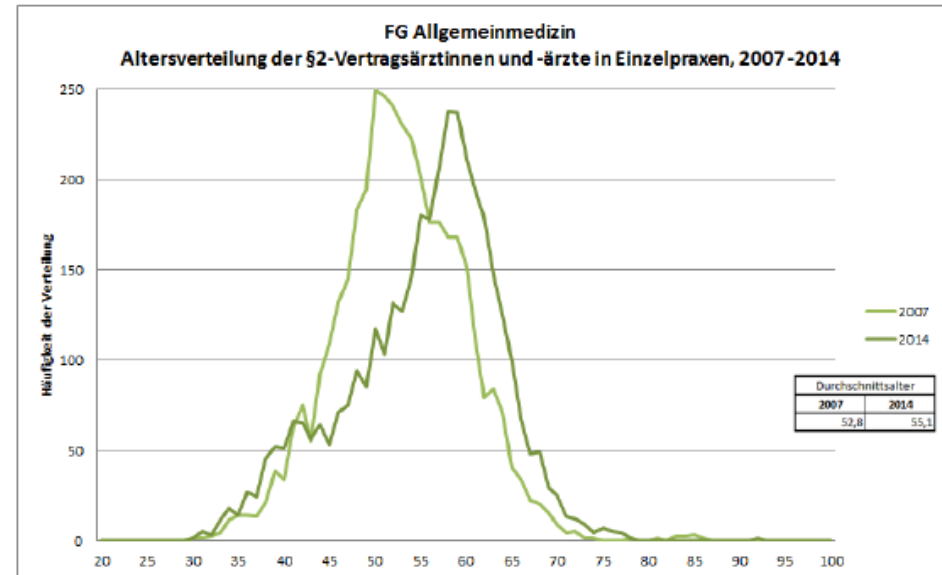
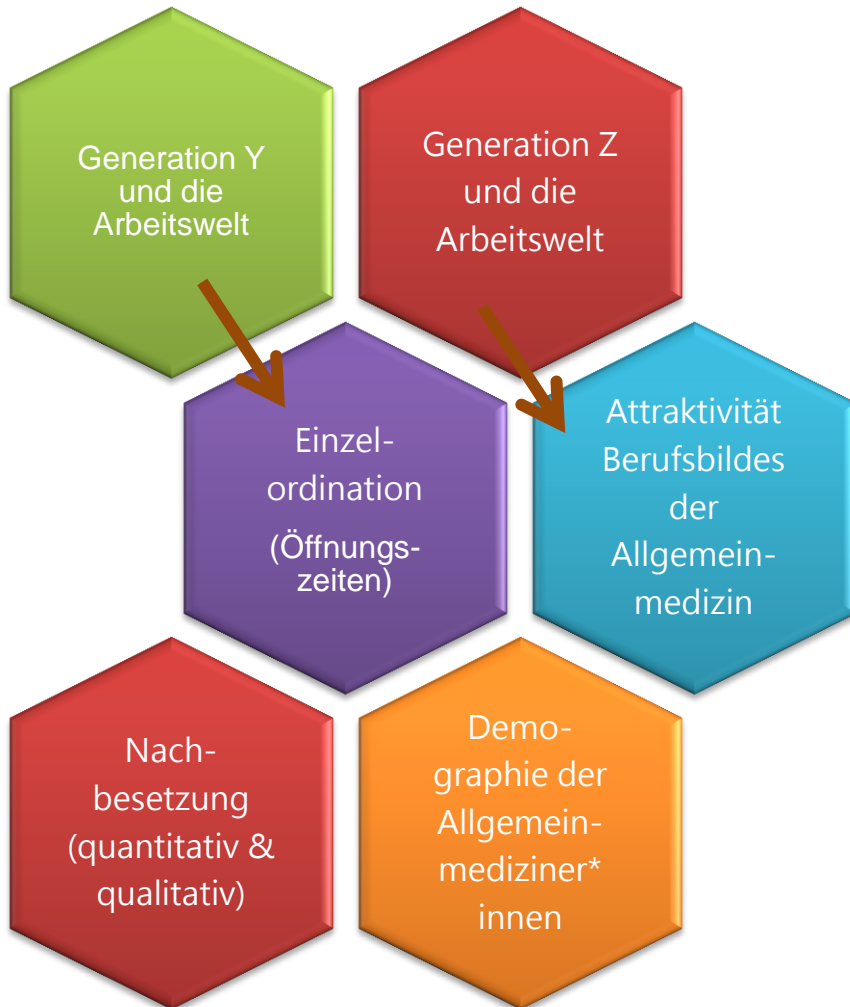


Abbildung 22, Quelle: HVB/EWG, eigene Darstellung

NOTWENDIGKEIT ZUR VERÄNDERUNG



Gliederung

- (1) 4 ausgewählte Gründe für eine Neuausrichtung der Primärversorgung
- (2) Primärversorgung Neu: Wie kommt Bewegung rein?
 - a. Motivierte Menschen und Netzwerke
 - b. Vom Konzept zum Gesetz
 - c. Inhaltliche Vorgaben durch den Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017

MEDICAL TRIBUNE

48. Jahrgang | Nr. 16 | 20. April 2016

Medizin Medien Austria | www.medonline.at

Mit klinische Qualität von Spitälern checken

Wie hoch ist die durchschnittliche Verweildauer nach Cholezystektomie in bestimmten Spitalzentren? Gibt es in dem Krankenhaus auch ein Meldesystem für nosokomiale Infektionen? Antworten auf diese und weitere Fragen stehen Patienten und Ärzten zum nachwiegenden Klick zur Verfügung. klinische.at wird vom Ministerium als erste öffentlich zugängliche Qualitätsagentur und zentrale Informationschere zu Behandlungen in unterschiedlichen Krankenhäusern" bewertet. Basist ist die seit 2011 verpflichtende Ergebnisqualitätsmessung im stationären Bereich – Austrian Important Quality Indicators (A-IQI). » Seite 2

Fettleber nicht ohne Folgen

Die nicht-alkoholische Fettleber gewinnt als Komponente des metabolischen Syndroms in Österreich zunehmend an Bedeutung. Damit einher geht auch ein erhöhtes Fibrose- und Karzinomrisiko. Ulrike...

Miteinander zu einer starken Primärversorgung

KONGRESS ■ Das in Graz gegründete Österreichische Forum Primärversorgung will mit Austausch und Vernetzung zur PHC-Entwicklung beitragen.



230 Teilnehmer kamen zum Zukunftskongress Primärversorgung und nahmen viel Information mit. Ein wichtiger Faktor für das noch...

Diese Woche: **SCHWERPUNKT KARDIOLOGIE** Seite 6 – 15

AUS DEM INHALT

- Diabetesregister**
Mit dem Diabetesregister nimmt Tirol eine nationale Vorreiterrolle in der Diabetes-Epidemiologie ein. » Seite 3
- Gesundheitsberufe**
Der Gesundheitsberufeskongress stand für gute Ausbildung und Arbeitsumfeldern ein Anliegen. » Seite 4
- Antikörper gegen MS**
Ein neuer Antikörper gegen B-Zellen ist auch bei primär progredienter MS vielversprechend. » Seite 10
- 9x Gesundheitspolitik**
Was hat sich gesundheitspolitisch in den Bundesländern? MT gibt einen Überblick. » Seite 20
- Barrierefreiheit**
Barrierefreiheit endet nicht mit Rollstuhlfahrern. Kommunikation ist die wichtigste Barriere. » Seite 22

aktuell Zukunftskongress Primärversorgung

Jetzt nimmt PHC Fahrt auf

In Graz hat sich ein Forum zur Primärversorgung gegründet, mit (fast) allen wichtigen Akteuren. Ein Bericht von der ersten Zukunftskonferenz – über „Könige“, verlorene Jahre und 36 Jahre Primärversorgung in der Einzelpraxis.


ärztemagazin 7/2016

Konferenz zum Nachschauen
Sie waren nicht in Graz dabei? Kein Problem. Eine umfassende Nachlese der Zukunftskonferenz finden Sie online in Bild und Ton. Als Medienpartner haben ärztemagazin und Medical Tribune alle Vorträge und Diskussionen in Videos dokumentiert.

Gesundheitssysteme sprechen eindeutig für eine Stärkung der Basisversorgung. Primärversorger würden nicht nur 70 bis 80 Prozent der Patientenkontakte abwickeln. Es gebe auch belastbare Daten, zuletzt eine Studie aus dem Jahr 2013, die eine starke Primärversorgung (686-698) als Gesundheitszustand...



1.) Motivierte Menschen und Netzwerke



The screenshot shows the top part of the website. At the top, there is a teal banner with the text "Nächstes Online Meeting, 09.11.2017: „Die Oberösterreichische PV-Vereinbarung“ -> Alle [Veranstaltungen](#)". Below this is a navigation menu with the following items: "Home", "Fragen und Antworten", "Versorgungskarte", "Mitglieder", "Über uns", and "Blog". A "Login" button is located on the right side of the navigation bar. The website's logo, "PRIMÄRVERSORGUNG ÖSTERREICHISCHES FORUM", is on the left. Two red arrows point to the "Veranstaltungen" link in the banner and the "Versorgungskarte" menu item.

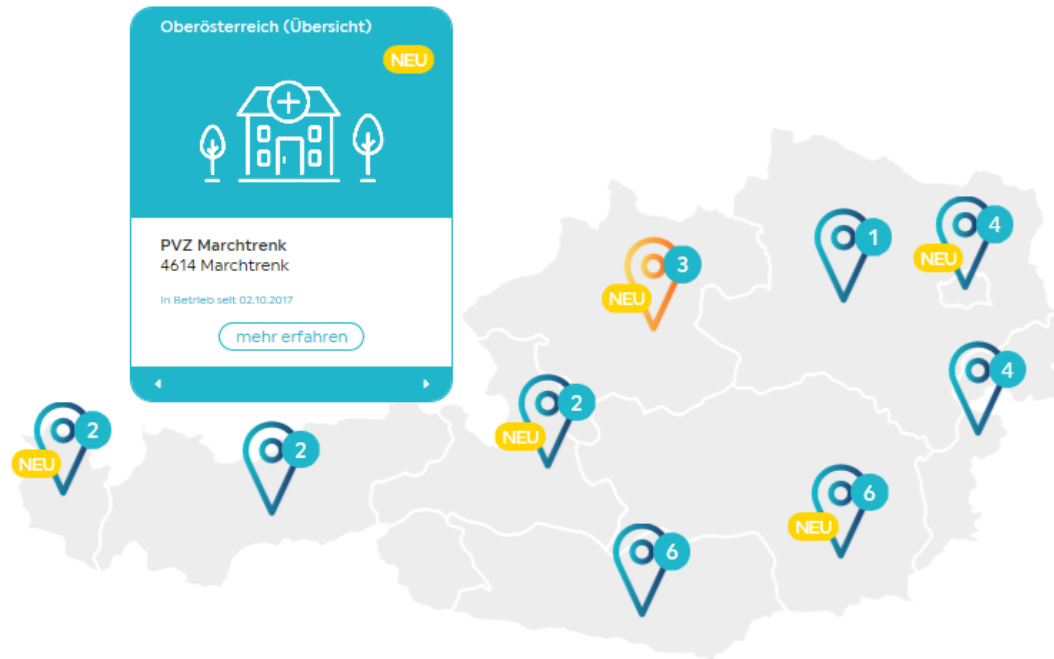
Hier wird Ihnen geholfen

Primärversorgungseinheiten sind einer der Eckpfeiler der Gesundheitsreform. Grund genug zu wissen, wo diese in Zukunft geplant sind.

Wir haben Infos über bestehende und zukünftige Entwicklungen in Österreich zusammengefasst.

[Versorgungskarte ansehen](#)

Die Versorgungskarte zum Status quo



<https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/>

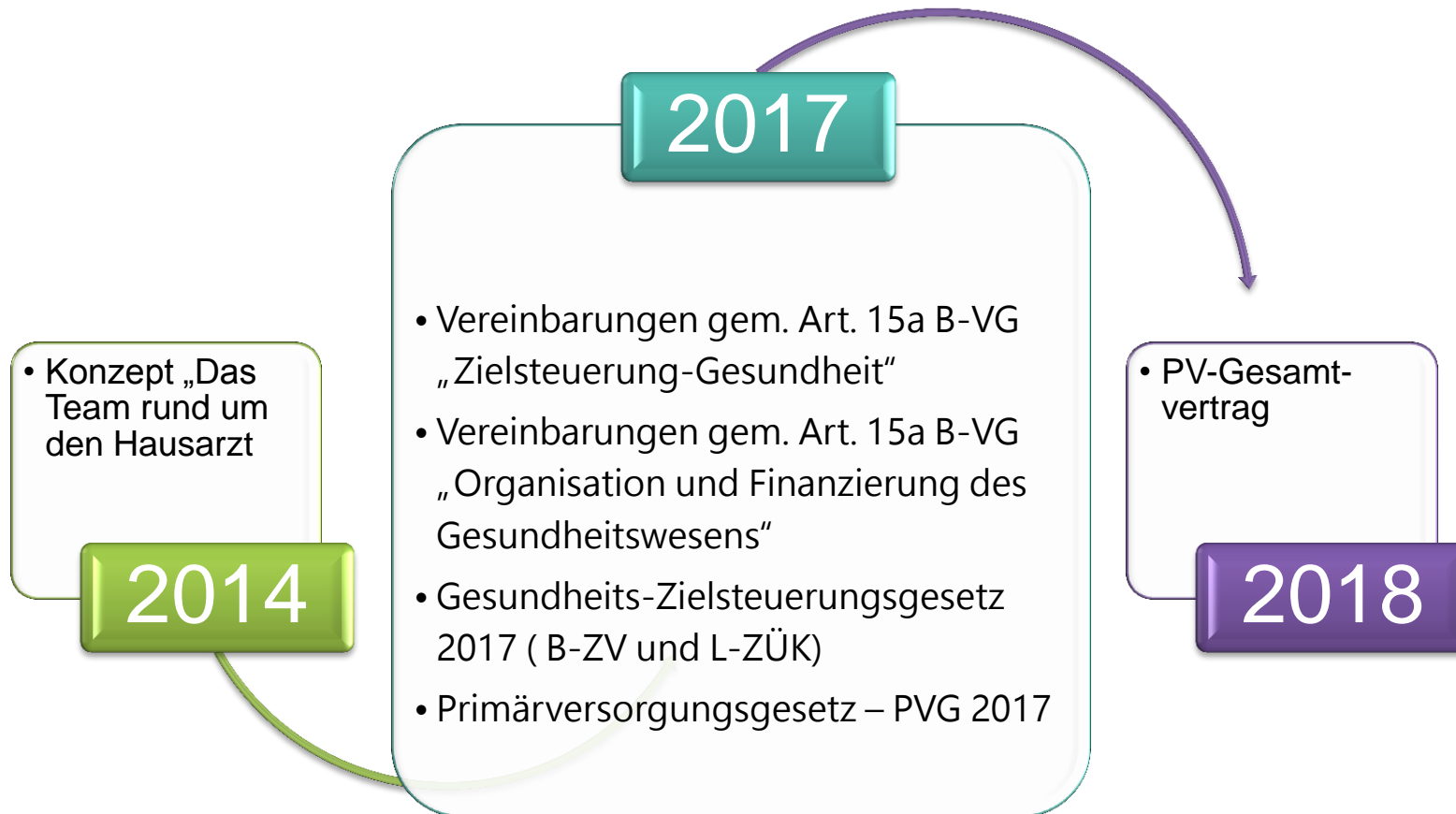
„Wie entsteht innovatives Denken?

Es ist eine Geisteshaltung, für die man sich entscheiden muss. “

„Wenn etwas wichtig genug ist, dann mach es, auch wenn alle Chancen gegen dich stehen. “

Elon Musk, CEO Tesla, SpaceX

2.) Vom Konzept zum Gesetz



Im Mittelpunkt der Vereinbarungen gem. Art 15 a B-VG steht die Umsetzung!

Ziel und
finanzielle Mittel
bis 2021

Beschluss des Nationalrates

Der Abschluss der gegenständlichen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG wird genehmigt

VEREINBARUNG gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

Art. 31

Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben

(1) Die Vertragspartner kommen überein, finanzielle Mittel gemäß den nachstehenden Bestimmungen zur Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben zweckzuwidmen, die auf eine Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere den Aufbau der Primärversorgung, die primär in die Zuständigkeit der Sozialversicherung fällt, sowie den Aufbau von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten in der ambulanten Fachversorgung, abstellen. Es wird angestrebt, über die Laufzeit dieser Vereinbarung bis 2020 für diese Zwecke insgesamt 200 Millionen Euro zweckzuwidmen. Die Vorhaben erfolgen entsprechend der Planungsentscheidungen im RSG (projektbezogen) und haben zur Verbesserung der Versorgung und zur Spitalsentlastung beizutragen. Im Bereich der Primärversorgung wird als Ziel die Realisierung von zumindest 75 Primärversorgungseinheiten bis zum Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung angestrebt.

Konkrete to do's des B-ZV auf Bundesebene

Operatives Ziel 1.1	Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen
Messgrößen und Zielwerte	<p>(1) Umgesetzte PV-Einheiten <i>Zielwert: 75</i></p> <p>(2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung <i>Zielvorgabe: ↑</i></p> <p><i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße: Anteil von Fällen mit abgeschlossener Behandlung</i></p>

Maßnahmen	
Bundesebene	1: Schaffen der für den Auf- und Ausbau der PVE erforderlichen Voraussetzungen; insbesondere PHC-Gesetz, Kompetenzprofile, Richtlinie gemäß § 26 Abs. 4 Z 1 lit. m G-ZG
	2: Festlegung von Eckpfeilern für Verträge und Honorierungssysteme
	3: Strukturierte Unterstützung bei der Information zur Primärversorgung und bei der Gründung von Primärversorgungseinheiten (z.B. Services zur Gründung, finanzielle Förderungsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen) im Sinne des Art. 31 Abs. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF

Die „Gründerinitiative

Geplant: Bundesweite Online-Plattform von Bund, Ländern und Sozialversicherung mit folgenden Themenbündeln:

- Finanzierung und Förderung (z.B. durch EU-Ebene, Kreditmöglichkeiten)
- Informationsblätter zu rechtlichen (z.B. Gesellschaftervertrag), zu betriebswirtschaftlichen (z.B. Businessplan) und zu organisatorischen Angelegenheiten (z.B. Evaluierungskonzept, Prozessbeschreibungen in der PVE)
- Muster-Schriftstücke (z.B. Versorgungskonzept, Gesellschaftervertrag, Vereinsstatuten)
- Unterstützung bei Infrastruktur (z.B. IT, basic equipment needs)
- ...

+ regionale Beratung durch KVTr

Primärversorgungsgesetz (PrimVG 2017)

Kurzzusammenfassung der Inhalte:

- Inhaltliches (z.B. Definition des Kernteams, zeitliche Verfügbarkeit)
- Anforderungen an die PV-Einheiten (z.B. wohnortnahe Versorgung und gute verkehrsmäßige Erreichbarkeit, bedarfsgerechte Öffnungszeiten)
- Leistungsumfang der PV-Einheiten (möglichst abschließende Akutbehandlung und Langzeittherapien bei chronischen Erkrankungen und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe)
- Versorgungskonzept
- Bestimmungen zu den Verträgen und Organisationsformen, Rechte und Pflichten und Haftpflicht
- Auswahlverfahren für PV-Einheiten

PV-Vertrag



3.) Planungs- und Qualitätsvorgaben: Der Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017

Planerische Vorgaben

2.2.2.1 Primärversorgung

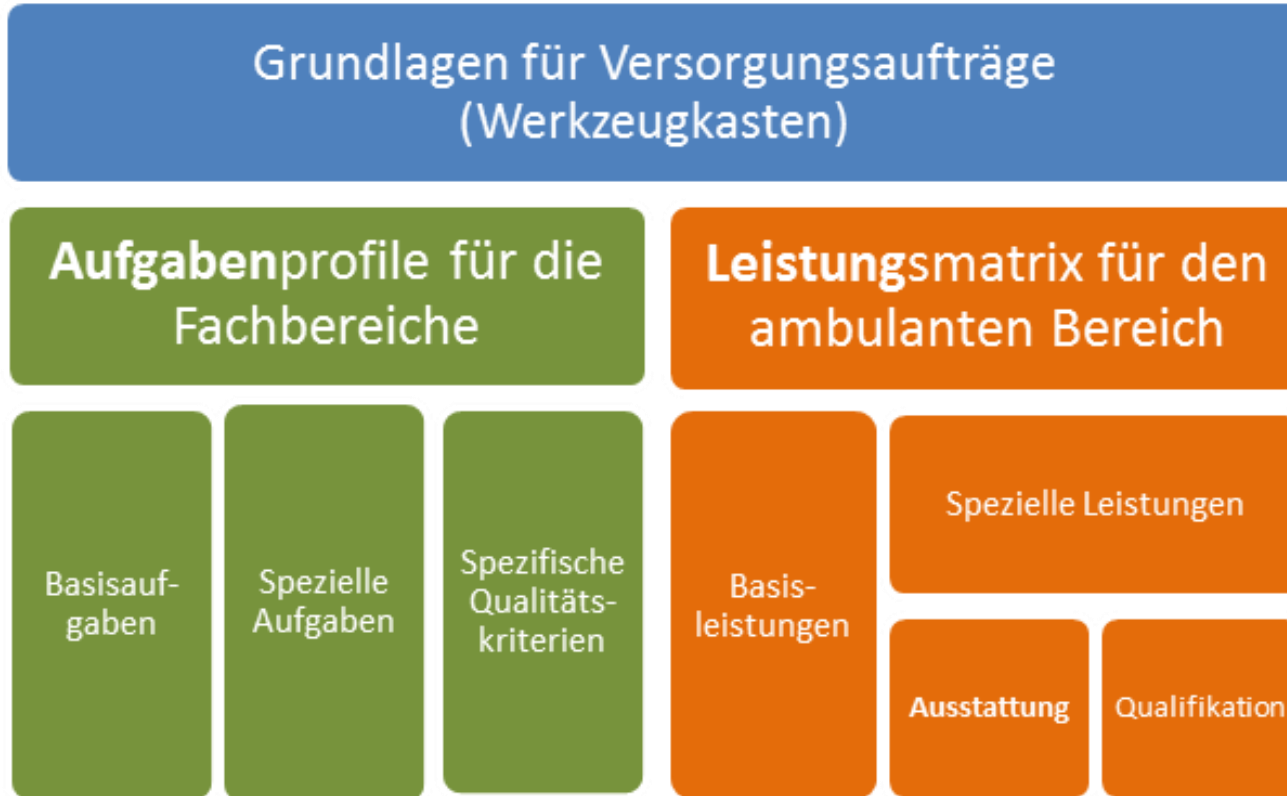
Die Planung der Primärversorgung bezieht sich grundsätzlich auf alle an einer multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung beteiligten Leistungserbringer. Die Festlegungen zur Angebotsplanung beschränken sich vorerst auf die **Allgemeinmedizin**, da zu allen weiteren vorgesehenen Gesundheitsberufen derzeit keine ausreichenden Datengrundlagen verfügbar sind.

Die Planung von Primärversorgungseinheiten hat auf Grundlage der Ergebnisse der Analyse der bestehenden regionalen Versorgungssituation in den jeweiligen Versorgungsgebieten nach folgenden Kriterien zu erfolgen³⁷:

1. **Kriterien für die Planung** von Primärversorgungseinheiten:
 - a. Primärversorgungseinheiten sind **wohntnah** – jedenfalls unter Einhaltung der ÖSG-Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich pro Versorgungsregion (Erreichbarkeit und Versorgungsdichte) – zu planen.
 - b. Primärversorgungseinheiten haben **verkehrsmäßig**, auch im öffentlichen Verkehr, **gut erreichbar** (z.B. Bezirkshauptorte, Verkehrsknotenpunkte, Standorte entlang von Verkehrsachsen) zu sein.

Für den Fall, dass die Umsetzung von PV-Einheiten von verfügbaren Kassenplanstellen bzw. der jeweils zu erfüllenden Behandlungskapazität abhängig sein sollte, **können vakante Kassenplanstellen** entsprechend den Ergebnissen der Gesamtvertragsverhandlungen **zur Umsetzung der geplanten PV-Einheiten verwendet werden.**

Qualitätsvorgaben: Werkzeugkasten zur Definition von Versorgungsaufträgen



Auszug aus dem Aufgabenprofil der Primärversorgung: Basisaufgaben

3.1.3.1 (Teambasierte) Primärversorgungseinheit (PV-Einheit)

Involvierte Gesundheitsberufe: ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, OrdinationsassistentInnen (PV-Kernteam) sowie DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, Hebammen, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde; Zusammenarbeit mit SozialarbeiterInnen (weitere PV-Teammitglieder).

Aufgabenbereich	Beschreibung	Konkretisierung	Einbeziehung Teammitglieder
Basisaufgaben Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein	Basisdiagnostik, Therapie und Nach- bzw. Verlaufskontrolle bei allen einfachen, episodischen Gesundheitsbeschwerden	Abschließende Behandlung unkomplizierter Infektionen	PV-Kernteam; bei Bedarf Beiziehung weiterer PV-Teammitglieder
		Beurteilung von Symptomen und Beschwerden, Basisdiagnostik ¹ , ggf. abschließende Behandlung, bei Bedarf Weiterleiten	
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf Neubildungen	
		Abschließende Therapie von einfachen Verletzungen und ggf. Weiterleitung zur sozialen Diagnostik (Gewaltprävention und Opferschutz)	
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) Fehlbildungen	
	Basischirurgie und Nachsorge nach Verletzungen bzw. Operationen	Kleine Eingriffe gemäß LM-amb (b), inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren	
	Sofortlabor		
Hausbesuche und aufsuchende Dienste	Bei Bedarf Aufsuchen der PatientInnen in deren Wohnumfeld		
	Organisation bedarfsspezifisch erforderlicher aufsuchender Dienste aus dem (zuständigen) Gesundheits- und/oder Sozialbereich (z.B. mobile Pflege, Krisenintervention)		

Auszug aus dem Aufgabenprofil der Primärversorgung: Spezielle Aufgaben

Aufgabenbereich	Beschreibung	Konkretisierung	Einbeziehung Teammitglieder
Spezielle Aufgaben	Öffentliche Gesundheitsaufgaben	Amtliche Totenbeschau	Arzt/Ärztin AM
		Begutachtung und Beurteilung, ob eine Aufnahme wider Willen in psychiatrische KA gerechtfertigt ist (Unterbringung ohne Verlangen)	
		Begutachtungen auf Haftfähigkeit außerhalb von Justizvollzugsanstalten od. polizeilichen Anhaltezentren.	
		Kurative Versorgung von kurzfristig Inhaftierten außerhalb der Anhaltezentren	
		Beurteilung Fahrtauglichkeit gemäß §5StVO	
		Mitwirkung bei Management von Infektionskrankheiten und Epidemien, Tuberkulosedagnostik	Kernteam
	Substitutionstherapie		PV-Team
	Traumatologische Basisversorgung	Traumaversorgung in Zusammenarbeit mit RAD und ggf. UCH bzw. ORTR (inkl. Röntgen und Gipsversorgung)	
	Basischirurgie und Nachsorge nach Operationen	Eingriffe gemäß LM-amb (s)	
	Kardiologie Diagnostik	Leistungen gemäß LM-amb (s)	
Pulmologische Diagnostik	Leistungen gemäß LM-amb (s)		
Behandlung chronischer Wunden			
Sonographische Diagnostik	Leistungen gemäß LM-amb (s)		
Physikalische Therapie	Leistungen gemäß LM-amb (s)		
Ernährungsberatung			

Auszug aus der Leistungsmatrix für den ambulanten Bereich (Anhang 7 des ÖSG 2017)

Code	Kurztext Leistung	PV	Ausstattung	Qualifikation
AJ510	ENG – Elektroneurographie (LE=je Sitzung)		ENG-Gerät	KIJU: Weiterbildung
AK510	Biofeedback (LE=je Sitzung)	s	Biofeedback-Gerät	Weiterbildung
AM540	Psychiatrische Testung (LE=je Sitzung)	b		
AM550	Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung)	s		ÖÄK Diplom PSY II oder Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin
AM560	Psychotherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung)	s		ÖÄK Diplom PSY III
AM570	Psychotherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung)	s		ÖÄK Diplom PSY III
AP521	Lokalanästhesie (exkl. Oberflächenanästhesie) (LE=je Sitzung)	b		
BC510	Bindehautsackspülung bei Verätzungen (LE=je Sitzung)	b		
BZ540	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, Lederhaut oder Bindehaut (LE=je Sitzung)	b		
CA520	Zerumenentfernung (LE=je Seite)	b		

Besten Dank!