



Versorgung chronisch Kranker

-

Bevölkerungsorientierte Primärversorgung

**GMK – Forum, 24. Juni 2009
Erfurt**

Jochen Gensichen



Versorgungssituation

Bevölkerungsorientierte Primärversorgung

Effekte der Primärversorgung

Chancen

Die „Versorgungskrise“ I.



Universitätsklinikum
Jena
Institut für Allgemeinmedizin

- Medizinischer **Fortschritt mit zunehmend komplexer** Diagnostik und Therapie
- **Patienten** weiter als passive Objekte der Behandlung
- Abnahme der **gemeindenahen** ärztlichen Versorgung

(Bodenheimer 2003, Gerlach 2005a/b)

Die „Versorgungskrise“ II.



Universitätsklinikum
Jena
Institut für Allgemeinmedizin

- 80% aller Beratungen in der Hausarztpraxis betreffen **chronische** Erkrankungen (Wilson 2005)
- >50% aller chronisch Kranken haben mehr als eine chronische Erkrankung - **Multimorbidität** (Wu, 2000)

...aber der Focus unserer Versorgung ist v.a. auf die **Akutmedizin** gerichtet. (Gerlach 2005a/b)

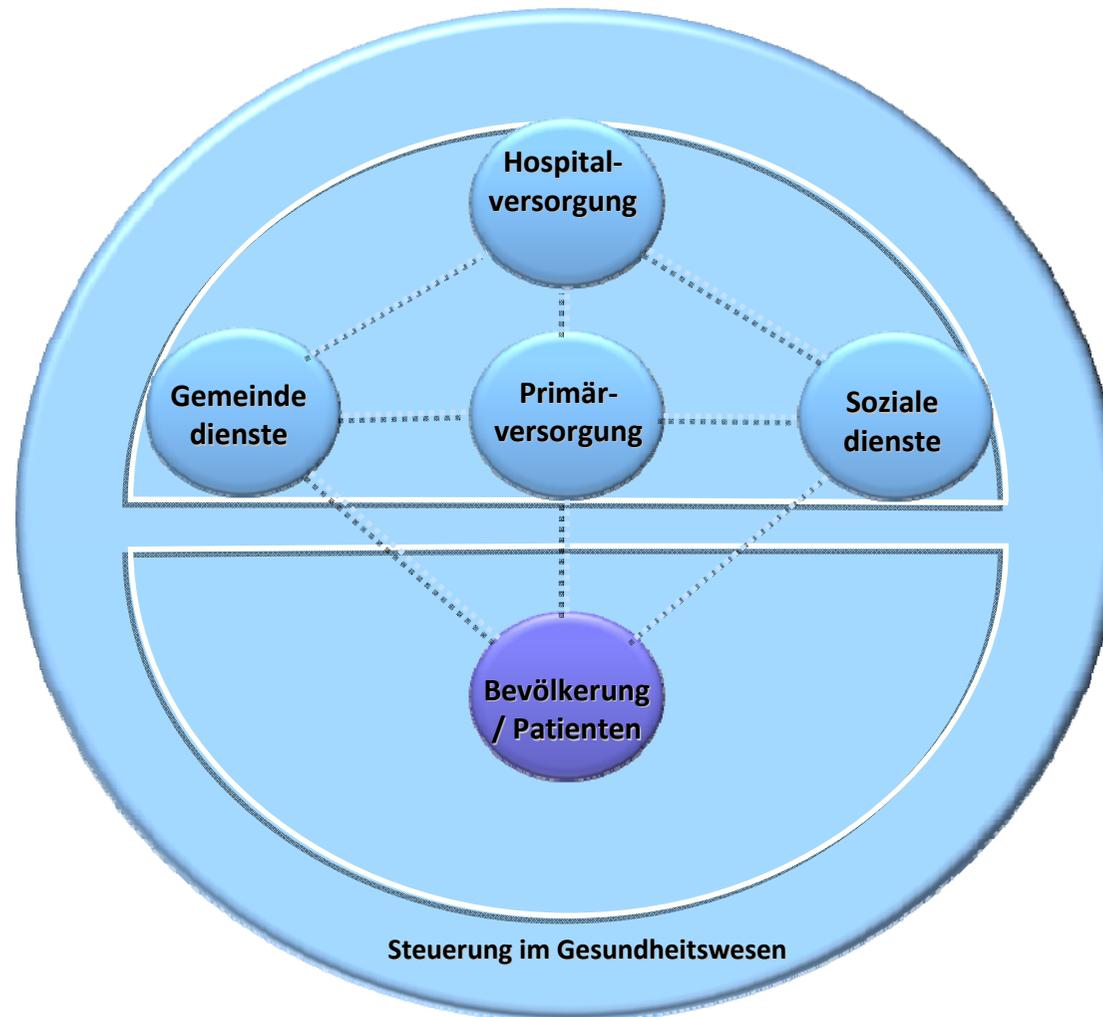


Die „Bellagio Gruppe“

24 Kliniker, Wissenschaftler und Politikberater aus UK, DK, S, USA, NL, D, F, P, und E 2008 haben in Bellagio/Italien ihr Wissen und ihre Erfahrungen in einem Referenzmodell für eine effiziente Gesundheitsversorgung zusammengefasst:

1. die **Kooperation zwischen Gesundheitsberufen** und anderen Professionen sowie zwischen den **Versorgungssektoren** ist notwendig,
2. die adäquate **Unterstützung von Patienten und ihren Versorgern** ist zu gewährleisten,
3. die **Regionalisierung der Gesundheitsversorgung** ist notwendig.

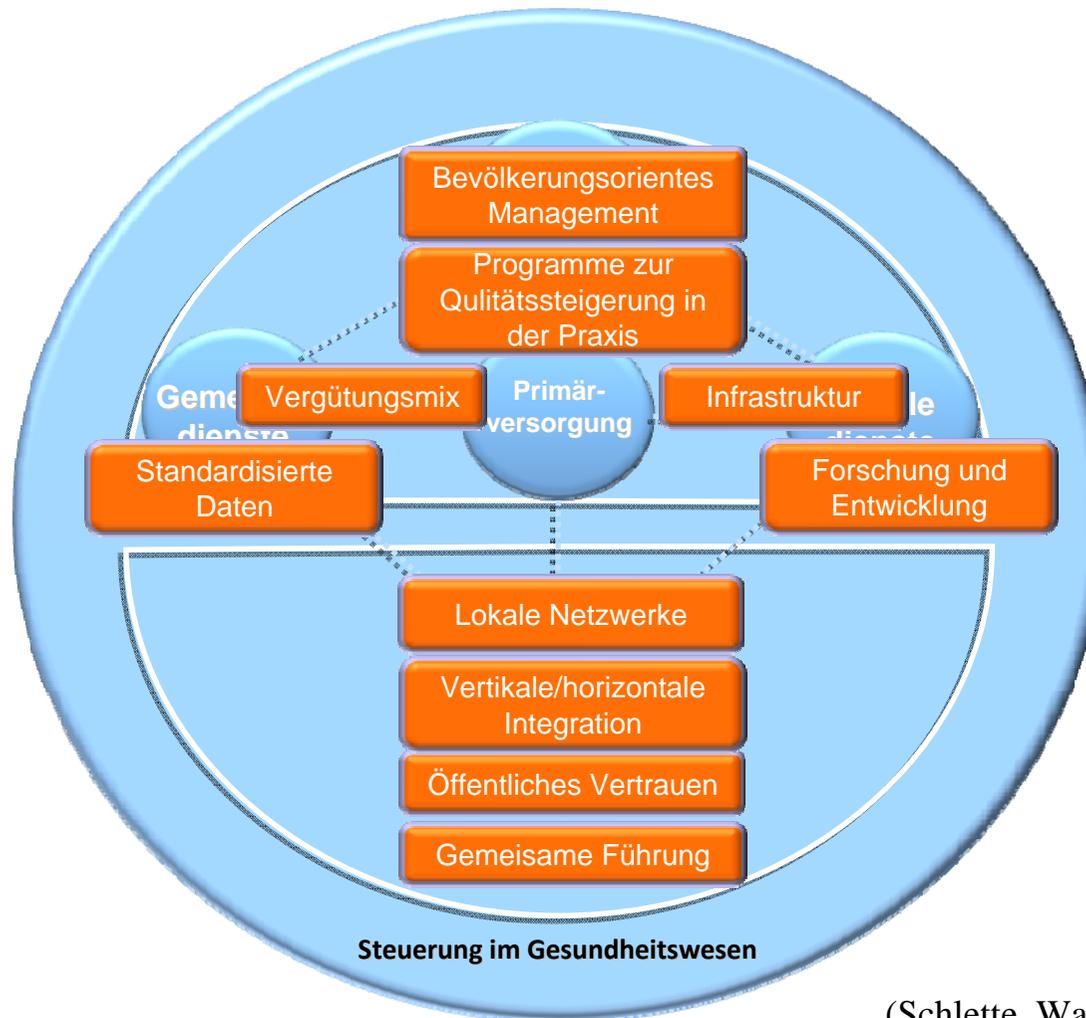
Die Gesundheitsversorgung



(Schlette, Wagner, Gensichen 2009)



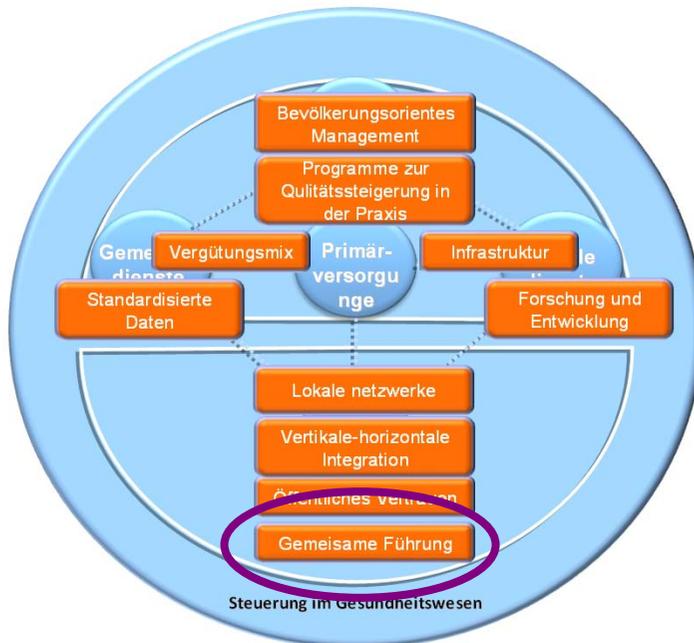
Das Bellagio-Modell



(Schlette, Wagner, Gensichen ZäFQ 2009)

10 Kernfaktoren

I. gemeinsam getragene Führung - shared leadership

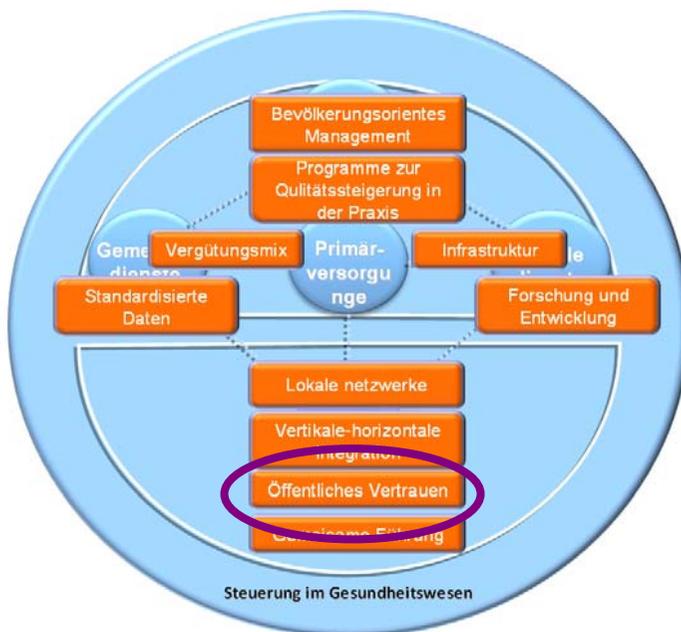


Leistungserbringer, Kostenträger, Gesundheitsexperten und politische Entscheider entwickeln **gemeinsam eine Vision** für die **primäre Gesundheitsversorgung** eines Landes bzw. einer Region.

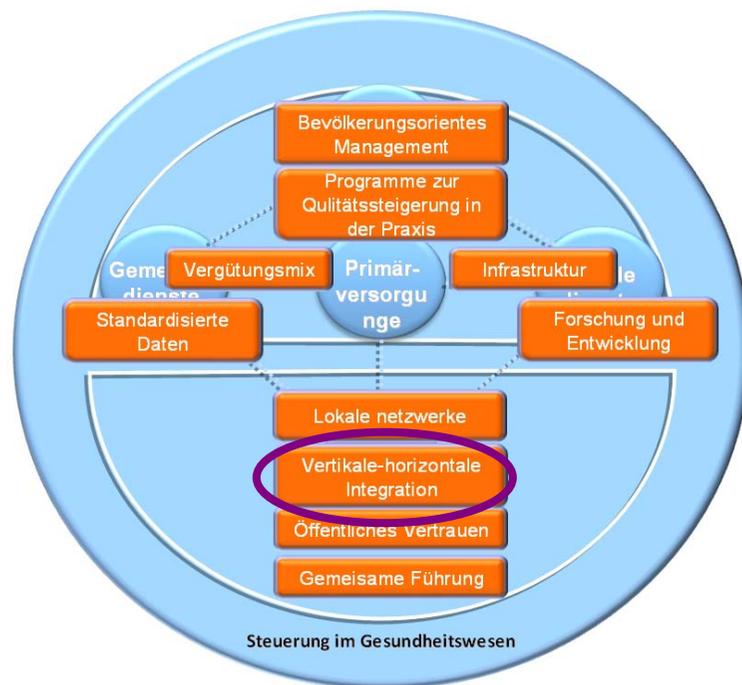
II. öffentliches Vertrauen

- public trust

... der Bevölkerung in die
Verlässlichkeit von Politik,
politisch Verantwortlichen und
Entscheidungsstrukturen sowie in
die **Zuverlässigkeit** und
Transparenz des
Gesundheitswesens ist
unabdingbar. Das öffentliche
Vertrauen im Gesundheitswesen
beruht auf unmittelbar **positiven**
Erfahrungen mit den Leistungs-
erbringern bzw. auf den **sicher**
zugänglichen, qualitativ
hochwertigen und sicheren
Gesundheitsangeboten.



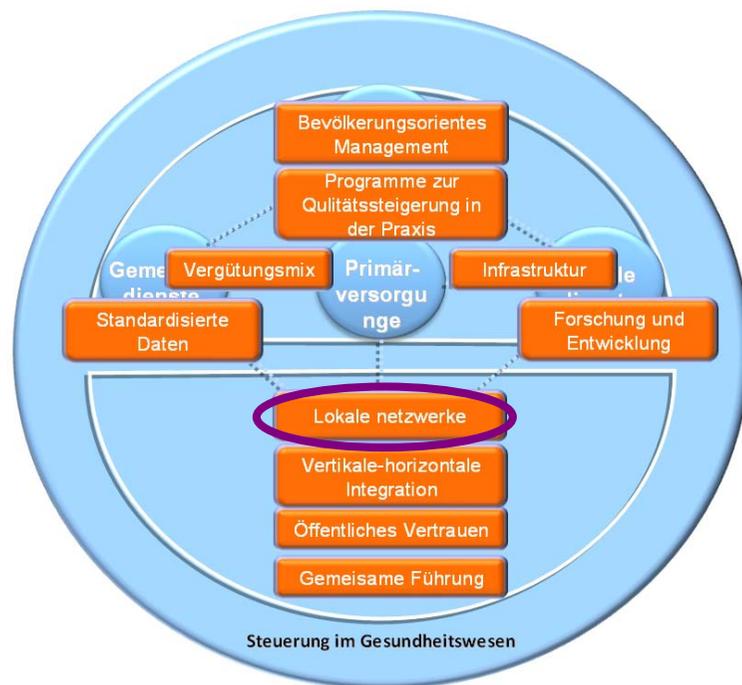
III. vertikale/horizontale Integration – vertical/horizontal integration



... von Gesundheits- und Sozial**professionen** in der Gemeinde bzw. Region ist zu stärken (horizontal) und die strukturierte Zusammenarbeit zwischen **Primärversorgern** und **Sekundärversorgung** ist auszubauen (vertikal).

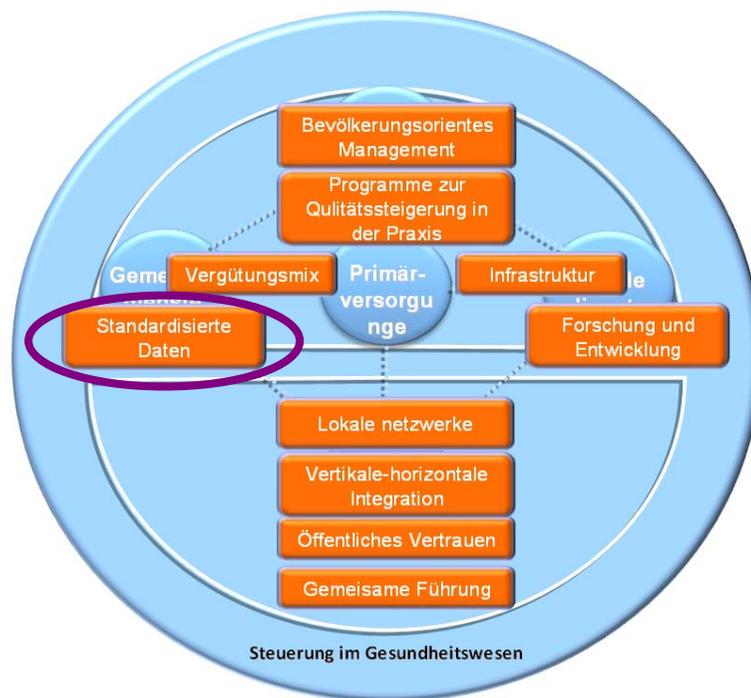
IV. lokale Netzwerke - networking of professionals

... wie z.B. Praxisnetze,
Qualitätszirkel, bieten die
Möglichkeit zur
**gemeinsamen Planung,
Fortbildung und
Qualitätsförderung** aber
auch zur Teilung
gemeinsamer Kosten für
Geräte, Patientenschulungen etc.



V. standardisierte Datenerhebung

- Standardized Measurement

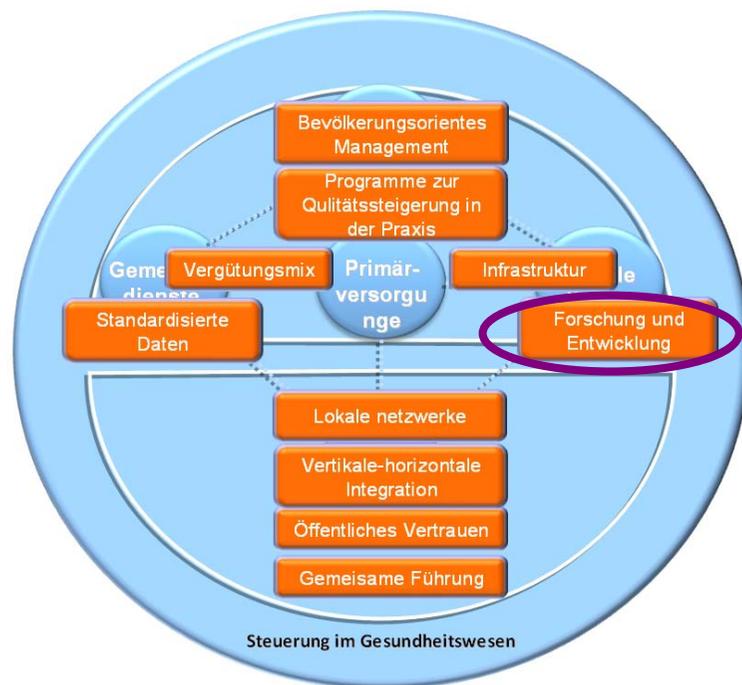


Die systematische Entwicklung und Evaluation von **Indikatoren** zum sicheren **Zugang**, zur **Qualität**, zur **Sicherheit** und zur **Effizienz** in der Primärversorgung dient der evidenzbasierten Entscheidungsfindung auf allen Ebenen.

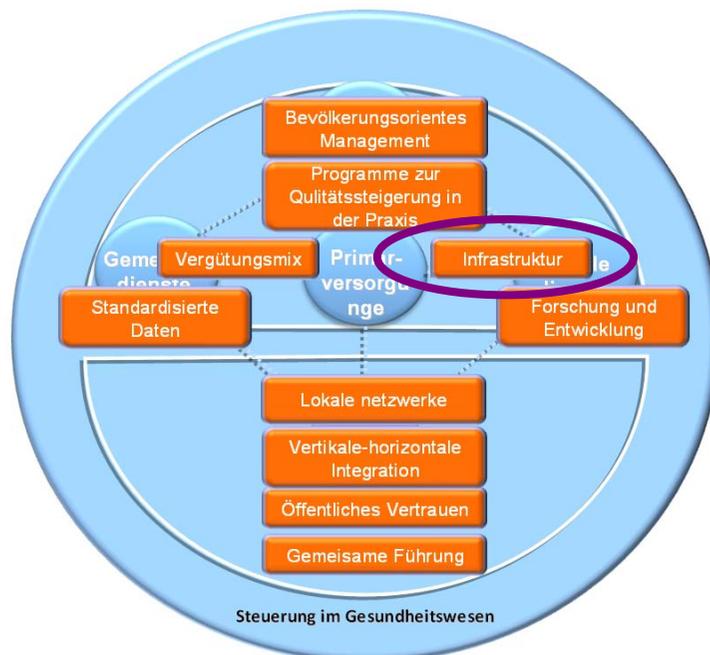
VII. Forschung und Entwicklung

- research and development

Die **Kombination von Studien** zur Implementierung und Translation in die klinische Praxis mit Untersuchungen zur bevölkerungsorientierten **Versorgungsforschung**, gewährleistet angemessene Entscheidungen und Planungen für Kliniker und Manager bei. Auch hier ist die Informationstechnologie eine wesentliche Hilfe.

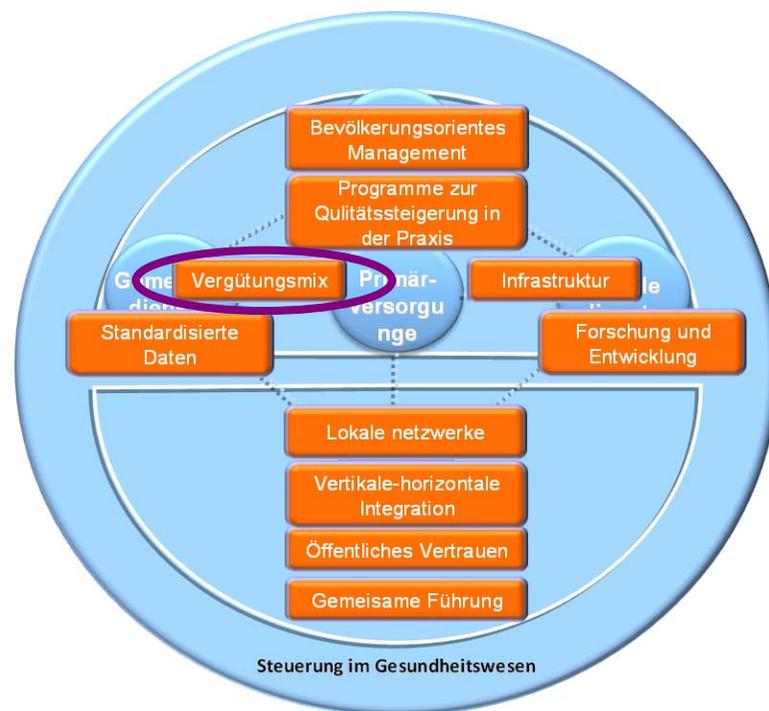


VI. Infrastruktur - Infrastructure



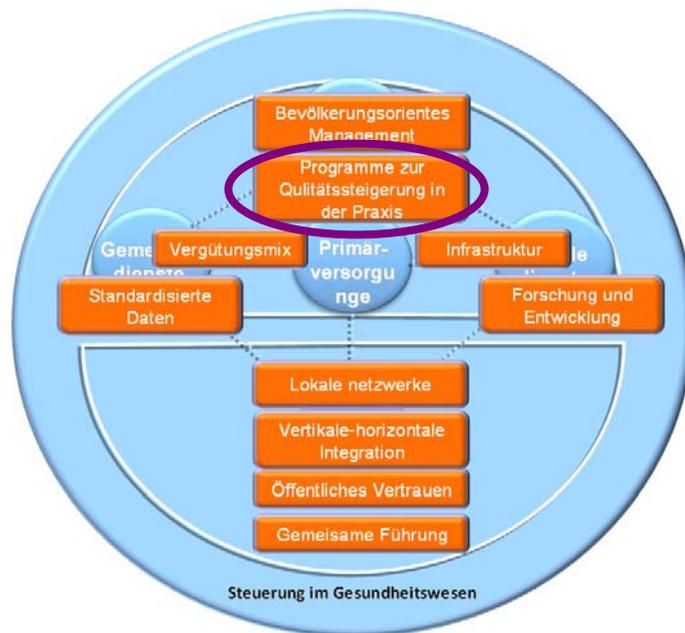
Bereitstellung von über die Sektoren und Settings hinweg angelegte evidenzbasierte **Leitlinien** und **Informationstechnologien**. Systematische geförderte **Ausbildung** von ärztlichem Personal und gesundheitliche Aufgaben für nichtärztliches Gesundheitspersonal bilden eine adäquate Infrastruktur in der Versorgung auf.

IIX. Vergütungsmix - payment mix



Auf der Basis von **Kopfpauschalen** (capitation fee) für grundlegende, klar definierte präventive und kurative Leistungen wird die Qualität der Patientenversorgung mit **zusätzlichen Anreizen** ergänzt.

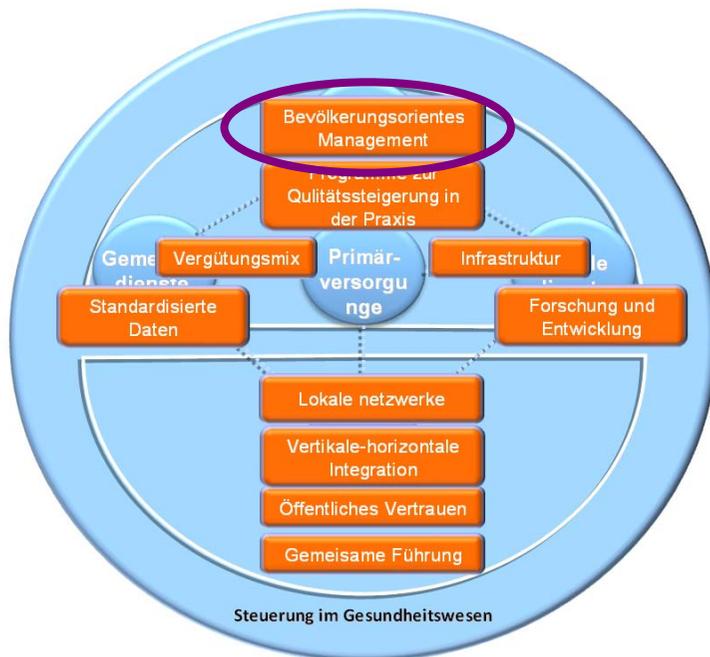
IX. Programme zur Qualitätsverbesserung in der Praxis - active programs for practice improvement



Überregionale Programme zur Qualitätsförderung dienen der Verbesserung der **täglichen Arbeit** auf allen Ebenen des Systems, (z.B. QEP, DIN ISO, EPA, etc).

X. bevölkerungsorientiertes Management

- population-oriented management



... entlang des Kontinuums der Gesundheitsversorgung begleitet aktiv sowohl gesunde Bevölkerungsgruppen (Prävention) als auch **akut erkrankte** sowie **chronisch kranke** Patienten.

Effekte der Primärversorgung I.



Universitätsklinikum
Jena
Institut für Allgemeinmedizin

Frage: Welche Kosten-Effektivität und welche Qualität?

-> die bessere Erreichbarkeit von Primärversorgung trägt zu mehr Gesundheit bei gleichzeitig geringeren Kosten im Gesundheitswesen. (Engström S, et al, 2001)

-> Gesundheitswesen mit starker Orientierung auf die Primärversorgung sind effektiver gegenüber solchen, die nicht darauf ausgerichtet sind.

(Health Council of the Netherlands, 2004)

Effekte der Primärversorgung II.



Universitätsklinikum
Jena
Institut für Allgemeinmedizin

Frage: Welche Vorteile und Nachteile sind zu erwarten, wenn die Versorgung primärärztlich organisiert wird?

-> *Primärärztliche Orientierung führt zu mehr Gesundheit in der Bevölkerung, zu mehr Gerechtigkeit, Zugang und Kontinuität für die Patienten und zu geringeren Kosten.*

(Atun R, et al. 2004; Starfield B, et al. 2005)

-> *Patientenzufriedenheit, Gesundheitsergebnisse und Kosten hängen vom sicheren Zugang, der Kontinuität, der Konsultationszeit und von der Arzt-Patientenbeziehung ab.* *(Sans-Corrales M, et al. 2006)*



Zur Sicherung der gemeindenahen, ärztlichen Versorgung hat die **GMK** bereits **Initiative** ergriffen (AOLG 2008). Diese Initiative ist konsequent und verantwortlich fortzuführen.

Im Sinne einer „**gemeinsam geteilten Führung**“ sind die Einzel- und Partikularinteressen der verschiedenen Akteure im dt. Gesundheitswesen einer gemeinsamen Vision, also der **effizienten, bevölkerungsorientierten Gesundheitsversorgung** nachzuordnen.

1. konkrete Chance für die GMK



Universitätsklinikum
Jena
Institut für Allgemeinmedizin

Die Finanzierung von **Multiplikatoren** an den medizinischen Fakultäten zum Aufbau von **Regionalen Weiterbildungsverbänden Allgemeinmedizin**

- » gewährleistet die strukturierte **Vernetzung** der **universitären Ausbildung** mit der anschließenden **klinischen Weiterbildung** und
- » sichert die fachliche Verknüpfung der **stationären** und **ambulanten Weiterbildungsanteile** zum Facharzt für Allgemeinmedizin.

Die systematisch abgestimmte
Aus- und Weiterbildung in „einem Guss“
kann die langfristige und nachhaltige gemeindenahere
hausärztliche Versorgung sichern.

2. konkrete Chance für die GMK



„Die Höhe der finanziellen Beteiligung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden **in allen Weiterbildungseinrichtungen [...] eine angemessene Vergütung erhalten**“. „Förder. der Weiterbild. in der Allgemeinmedizin“
(GKV-SolG,1998 / Art. 4a G v. 11.12.2008)

TV-Ä ist von den niedergelassenen Praxen derzeit **nicht finanzierbar**
(5.200.- /Monat Zuzahlung).

Realität ist: Die jungen Nachwuchskollegen bekommen von den Praxen nur einen unzumutbaren Lohn (**oft nur die Fördersumme**) angeboten.

Folge ist: Der **Nachwuchs**, der sich eigentlich schon für die hausärztliche Tätigkeit entschieden hatte, wird wieder **aktiv aus dem Beruf gedrängt**, denn: „**damit kann ich meine Familie nicht ernähren**“.

Der **Ausgleich** dieses „**Einkommendeltas**“ ist dringend notwendig
herzlichen Dank