

Sept. 2002

Linz

OG PH

- Jahres -

konferenz

18. Workshopzusammenfassung Primary Health Care Modelle Franz Piribauer

Thema des Workshops war die Möglichkeit der Gestaltung von primären Gesundheitsversorgungssystemen (Primary Health Care). Primäre Gesundheitsversorgungssysteme in Österreich, vor allem das Hausarztssystem, sind in allen europäischen Ländern die ersten Anlaufstellen für Patienten. Sie stellen die "Eintrittsporte" in die höher spezialisierten Angebote der Gesundheitsversorgung dar. Die Effektivität der Dienstleistung dieser ersten Anlaufstelle hat entscheidenden Einfluss auf die einzelnen Patientenkarrerien und die Gesamt-Wirksamkeit eines Gesundheitssystems (WHO Report 2000: Health Systems: Improving Performance: <http://www.who.ch/whr>). Der Workshop bot einer niederländischen und einer österreichischen Forschungseinrichtung die Gelegenheit, ihre Erfahrungen in der Untersuchung dieses Teilbereichs des Gesundheitssystems darzulegen. Einer der Ärzte der ersten österreichischen Gruppenpraxis berichtete über seine Erfahrungen aus 15 Jahren der Umsetzung.

Die prominenteste Institution für „Primary Health Care Research“ in den Niederlanden ist das „NIVEL“ (<http://www.nivel.nl>). NIVEL ist auch WHO Kollaborationszentrum für internationale „primary care research“. Das Institut hat eine fast dreißigjährige Geschichte und publiziert mit seinen mehr als 100 Mitarbeitern regelmäßig in führenden internationalen Fachzeitschriften. Zusätzlich liegen ausgewählte Berichte in englischer Übersetzung vor. Es zeigt sich, dass Health Service Research des „primary care sectors“ als akademische Disziplin in den Niederlanden schon lange etabliert ist und dass die Niederlande hier international Forschungsstandards setzen. Dinni de Bakker, trat für das NIVEL im Workshop auf. Er ist ein langjähriger Mitarbeiter des Instituts. Neben seiner Forschungstätigkeit ist er auch Koordinator eines freiwilligen, flächendeckenden, voll computernisierten Beobachtungsnetzwerkes für die Tätigkeit der holländischen Hausärzte; dem LINH (<http://www.linh.nl>). Sein Beitrag war der Funktion des Hausarztes als „Lokse“ oder „gate-keeper“ in den Niederlanden gewidmet. Er zeigte, dass in den Niederlanden im internationalen Vergleich hohe Patientenzufriedenheit mit dem Hausarzt besteht, sowie Kosteneffektivität und ein nachgewiesenes hohes Qualitätsniveau der Versorgung im primären Sektor erzielt werden. Aufgabe von NIVEL ist es, als externe Qualitätssicherung die drei

Outcomes - Dimensionen des Gesamt-Systems ständig zu messen und diese zu publizieren. Über die reine Beobachtung des Systems hinaus, beeinflusst das NIVEL auch das Verhalten von Ärzten. Unter anderem wurden bisher zirka 70 Practice Guidelines, maßgeschneidert für die Alltagsroutine des Hausarztes, erarbeitet und vertrieben. Auch die Effekte dieser Guidelines werden gemessen. Durch die langjährige und systematische Tätigkeit des Institutes kann NIVEL als Ressource für bewährte Methoden angesehen werden, um die Praxis der Hausarztpraxis (Vla) in Europa zu optimieren

Alfred Grausgruber, Institut für Soziologie der Universität Linz, präsentierte Vorgehen und Ergebnisse der Messung von Patientenzufriedenheit im Rahmen der Evaluation eines Gruppenpraxisprojektes in Oberösterreich. Im Projekt hatten die beiden Ärzte eine Pauschal-Vergütungsform die einen Anreiz für mehr persönliche Zuwendung (Gesprächsmedizin) bot. Es konnte gezeigt werden, dass die Patienten die verbesserten Öffnungszeiten, die leichtere telefonische Erreichbarkeit, die Schnelligkeit Hilfe zu bekommen und die vermehrten Hausbesuche als sehr positiv beurteilten und insgesamt sehr zufrieden mit der Gemeinschaftspraxis waren.

Der erkrankte Karl Schabegger wurde von Oskar Meggeneder vertreten. Es wurde das neu gestaltete finanzielle Anreizsystem für das Gruppen Praxis Pilot Projekt vorgestellt. Das österreichische System der Kranken-Fall Pauschale wird beibehalten, jedoch wird die Einzelleistungskomponente (für jede Injektion oder Laboruntersuchung ein zusätzlicher kleiner Beitrag) durch eine Pauschalsumme pro Fall ersetzt. Die Höhe dieser Pauschalsumme wurde aus den bisher üblichen Folgekosten des ärztlichen Handels abgeleitet (z.B. Transporte, Facharztzuweisungen, etc.). Werden die Folgekosten in der Praxisgemeinschaft gegenüber dem errechneten Schnitt reduziert, wird dieser Betrag nun der Praxisgemeinschaft ausbezahlt. Damit wird ein Anreiz zum gründlichen Behandeln der Patienten in der Hausarztpraxis und zu mehr Gesprächsmedizin gesetzt. Mit diesem neuen Mischsystem zwischen einem "fee for service" und einem "capitation" System entstehen aber die international gut bekannten Vor- und Nachteile für die Versorgungsqualität (siehe auch WHO Health Report 2000, Seite 106).

Mehr Prävention und Kostenstabilisierung stehen ein Rückgang der Ermpfänglichkeit für Patientenwünsche und ein geringerer Anreiz zur Innovation und zur (Apparate) Investition in der Praxis gegenüber

Qualitätsicherung, eigentlich das Management der Qualität, wird eine bedeutende Zukunftsaufgabe sein, die von extern der Praxis zugeführt werden muss um ein Absinken der Versorgungsqualität und der Patientenzufriedenheit zu verhindern.

Rainer Possert, Arzt für Allgemeinmedizin, stellte die Entwicklung der in den siebziger Jahren gegründeten Praxisgemeinschaft „Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau“ dar. Die Einrichtung betreibt eine eigene Hauskrankenpflegeorganisation mit nahezu 50 MitarbeiterInnen, und der Pflegebereich ist ISO-9000 zertifiziert. Bedauernd musste Possert feststellen, dass das genannte Projekt in der Steiermark nie mit den Methoden des Health Service Research untersucht wurde, obwohl die Begründer dies von an Anfang gewünscht haben. Es bestand offenbar kein tiefergehendes Interesse der steuernden Institutionen im Gesundheitssystem hierzulande.

Die Diskussion bewegte sich weitgehend rund um Fragen des Designs der Evaluation des Gruppenpraxisprojektes in Oberösterreich. Die Kritik richtete sich vor allem darauf, dass keine internationalen oder auch österreichischen Vergleichszahlen vorliegen und dass die international üblichen Forschungskonzepte von „Primary Health Care Research“ und „Outcomes“ Forschung nicht vor der Konstruktion der Erhebung analysiert wurden und Verwendung fanden. Damit erschienen den zahlreichen anwesenden Public Health ExpertInnen im Publikum die Validität der Ergebnisse der Untersuchung unzulänglich geschwächt und in sich nicht konsistent im Sinne einer "Quality of Care" Messung. Es wurde unter anderem erwähnt, dass die im Projekt beobachtete Unzufriedenheit mit dem „Hilfspersonal“ (Sprechstundenhilfen) oft eine verschobene Kritik am medizinischen Gesamtsystem ist. Diese Kritik wird von den Patienten auf Grund des „social response bias“ nicht direkt geäußert. Dem hätte man durch den Einsatz bewährter Messkonstrukte die diesen „bias“ ausgleichen, begegnen können. Abschließend wurde als erfreulich festgestellt, dass durch die sich beschleunigende europäische Integration sich ein gegenseitiger wissenschaftlicher Austausch im Primary Care Research intensiviere. Danni de Bakker vom NIVEL in Utrecht sagte dazu seine Unterstützung zu (Email: D.deBakker@nivel.nl).