



Darf's ein bisschen weniger sein?

Medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen wird zum Labor für Versorgungsinnovation

Dr. Markus Beier

Mittwoch, 27. September 2023

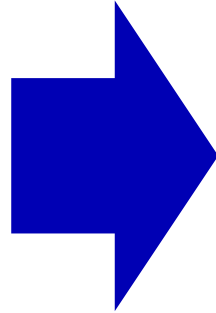
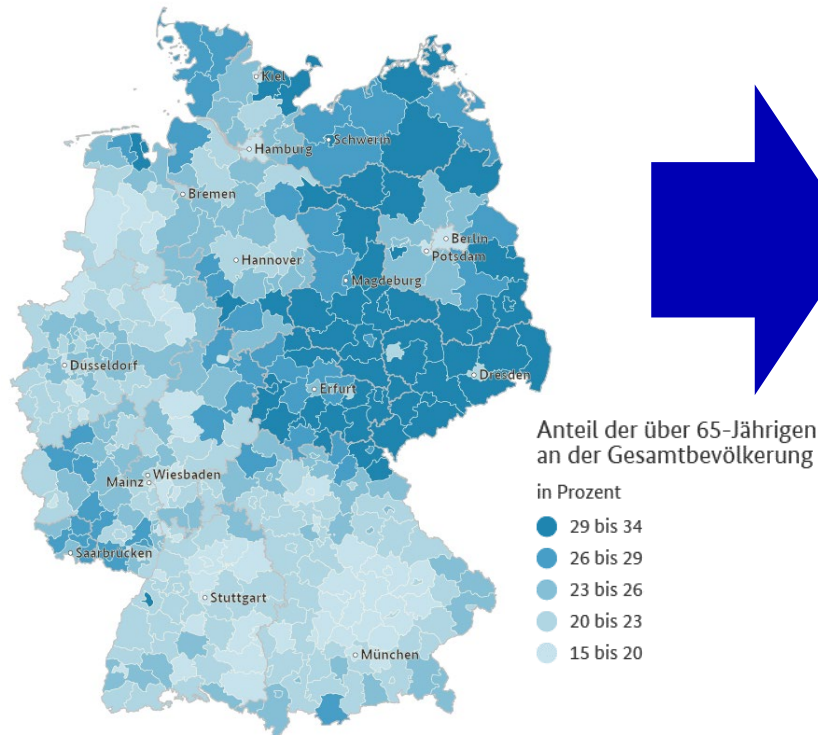


Hausärztinnen- und
Hausärzteverband

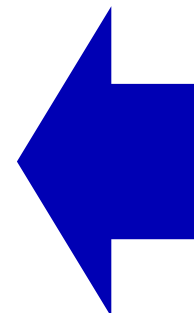
Strukturschwache Regionen sind ein Brennglas für aktuelle Versorgungsprobleme und eine „Zeitmaschine“ für andere Regionen

Das Alter und die Morbidität der Bevölkerung steigen

Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren, 2020



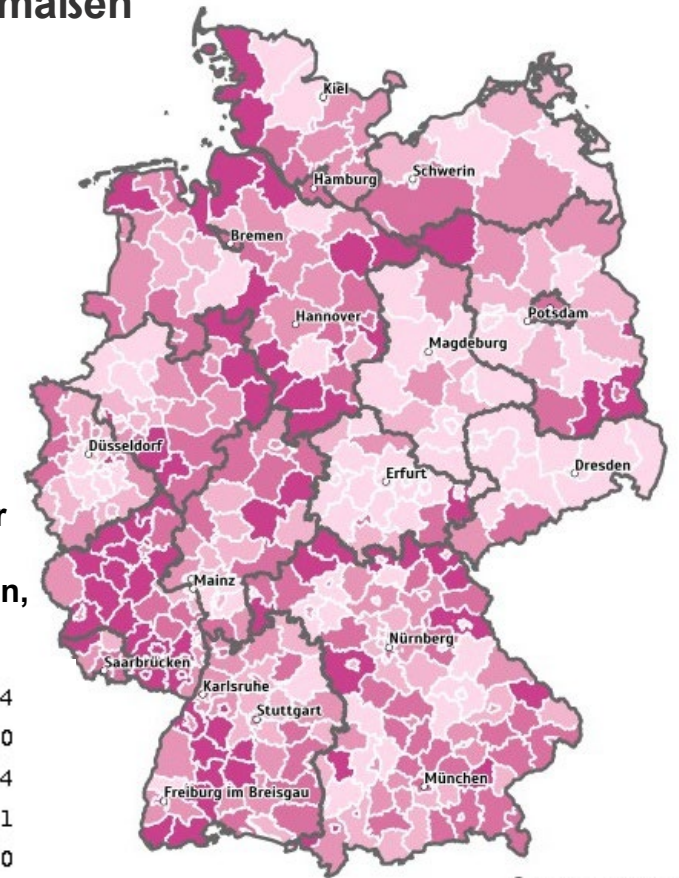
Die Versorgung gerät massiv unter Druck



Das Alter der Ärztinnen und Ärzte steigt gleichermaßen

Durchschnittsalter Ärzte, alle Ärzte/ Psychotherapeuten, Kreise, 2022

- von 50,0 bis 53,4
- von 53,4 bis 54,0
- von 54,0 bis 54,4
- von 54,4 bis 55,1
- von 55,1 bis 58,0



© WIGeoGIS, Geodaten: M



Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
 Geometrische Grundlage: © GeoBasis-DE / BKG (2021)
 Bildlizenz: CC BY-ND 4.0 (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2022)

Quelle : Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

Reformen müssen sowohl die Versorgungsstrukturen als auch das Versorgungssystem adressieren

Versorgungsstrukturen

- Mehr Teamarbeit
- Mehr qualifizierte (akademisierte) Gesundheitsfachberufe
- Mehr digitale Versorgungsangebote

Versorgungssystem

- Mehr Steuerung
- Mehr Koordination
- Weniger Schnittstellen
- Weniger Fragmentierung



Weniger Fragmentierung im Versorgungssystem verbessert die Versorgung nachweislich

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study

Anders Prior^{1,2*}, Claus Høstrup Vestergaard¹, Peter Vedsted^{1,3}, Susan M. Smith⁴, Line Flytkjær Virgilsen¹, Linda Aagaard Rasmussen¹ and Morten Fenger-Grøn¹



Abstract

Background Patients with multimorbidity are frequent users of healthcare, but fragmented care may lead to suboptimal treatment. Yet, this has never been examined across healthcare sectors on a national scale. We aimed to quantify care fragmentation using various measures and to analyze the associations with patient outcomes.

Methods We conducted a register-based nationwide cohort study with 4.7 million Danish adult citizens. All healthcare contacts to primary care and hospitals during 2018 were recorded. Clinical fragmentation indicators included number of healthcare contacts, involved providers, provider transitions, and hospital trajectories. Formal fragmentation indices assessed care concentration, dispersion, and contact sequence. The patient outcomes were potentially inappropriate medication and all-cause mortality adjusted for demographics, socioeconomic factors, and morbidity level.

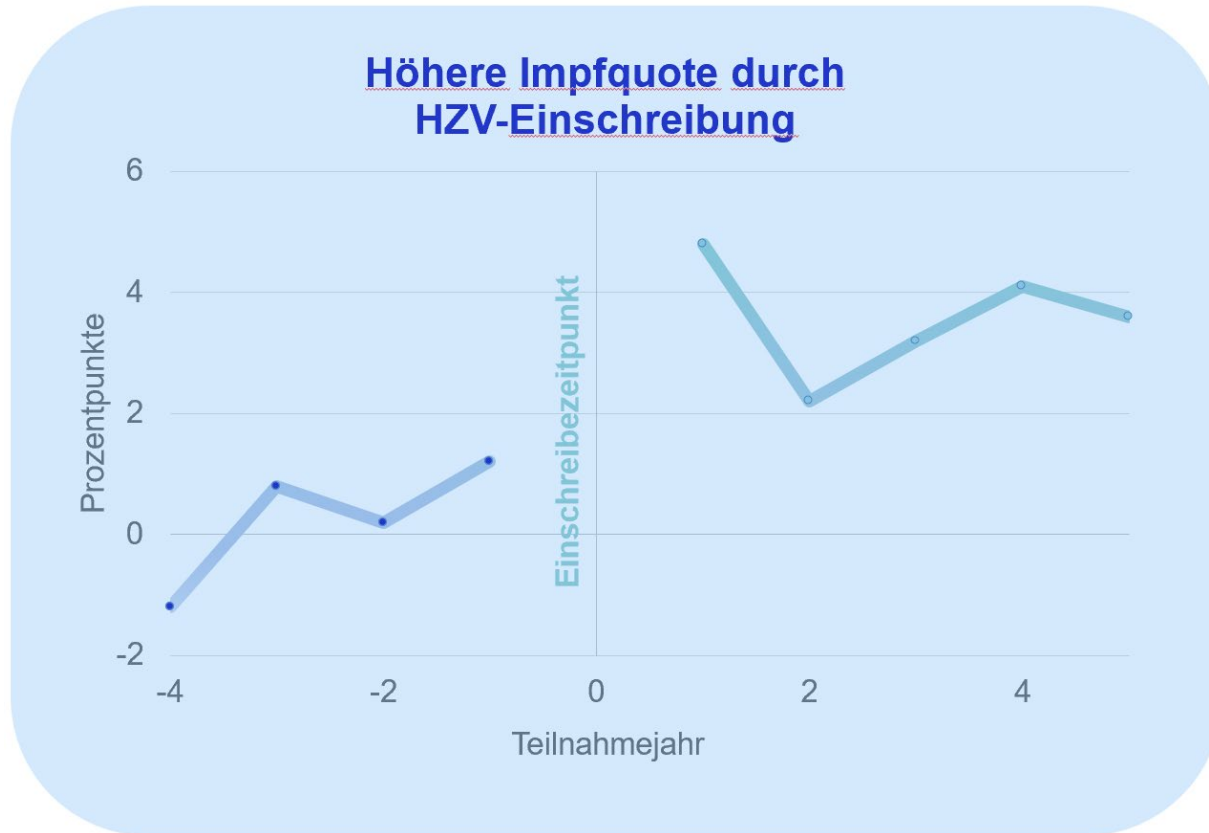
Results The number of involved healthcare providers, provider transitions, and hospital trajectories rose with increasing morbidity levels. Patients with 3 versus 6 conditions had a mean of 4.0 versus 6.9 involved providers and 6.6 versus 13.7 provider transitions. The proportion of contacts to the patient's own general practice remained stable across morbidity levels. High levels of care fragmentation were associated with higher rates of potentially inappropriate medication and increased mortality on all fragmentation measures after adjustment for demographic character

- Alle erhobenen Parameter für Fragmentierung und Diskontinuität gingen in der Auswertung **mit erhöhten Raten an unangemessener Medikation und erhöhter Morbidität** einher.
- So war zum Beispiel die Häufigkeitsrate von unangemessener Medikation bei mehr als 20 Kontakten 2,8mal höher.
- Der **stärkste Zusammenhang** fand sich zwischen **niedrigen Werten des UPC** (also: anteilmäßig wenige Kontakte bei einem kontinuierlichen Versorger) **und den positiven Endpunkten.**
- **Die Autorinnen und Autoren der Studie folgern, dass die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung ein unabhängiger Risikofaktor für eine unangemessene Therapie und Mortalität ist.**

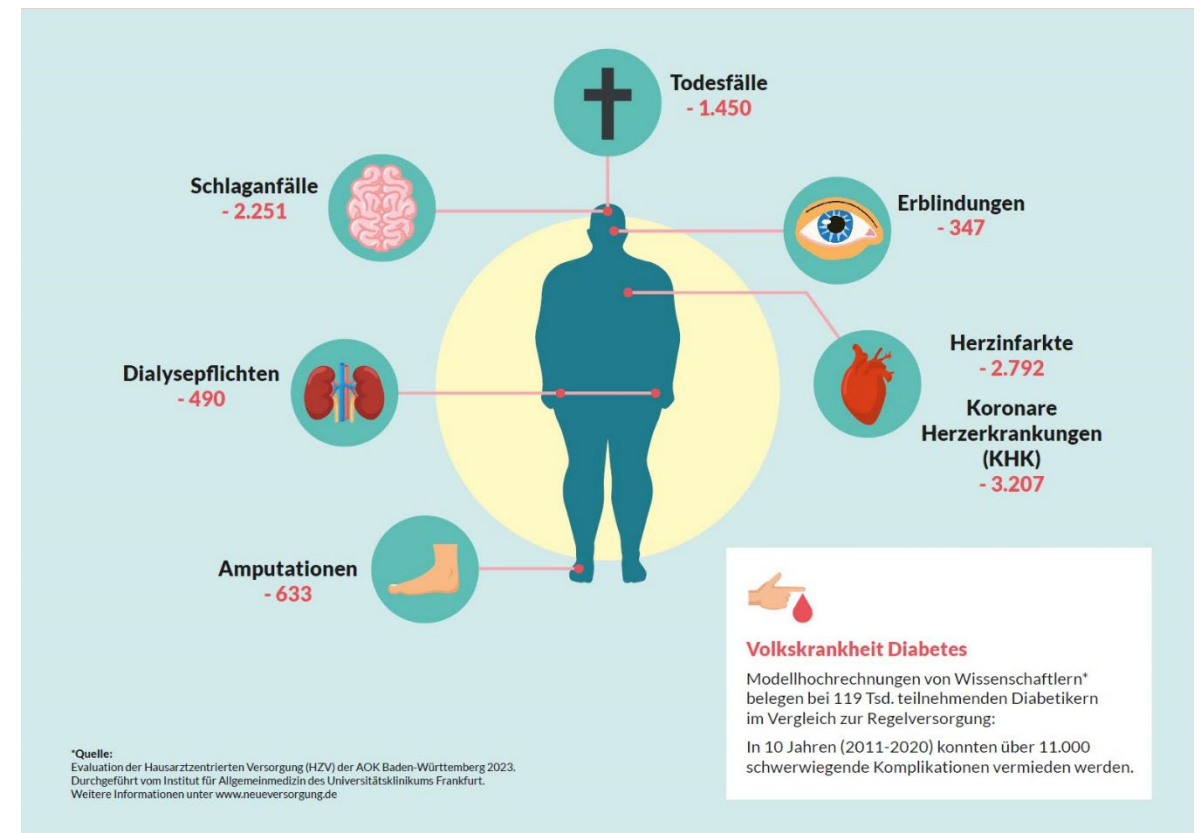


Evaluationsdaten aus Baden-Württemberg und von der GWQ zeigen: Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) verbessert die Patienten-Gesundheit

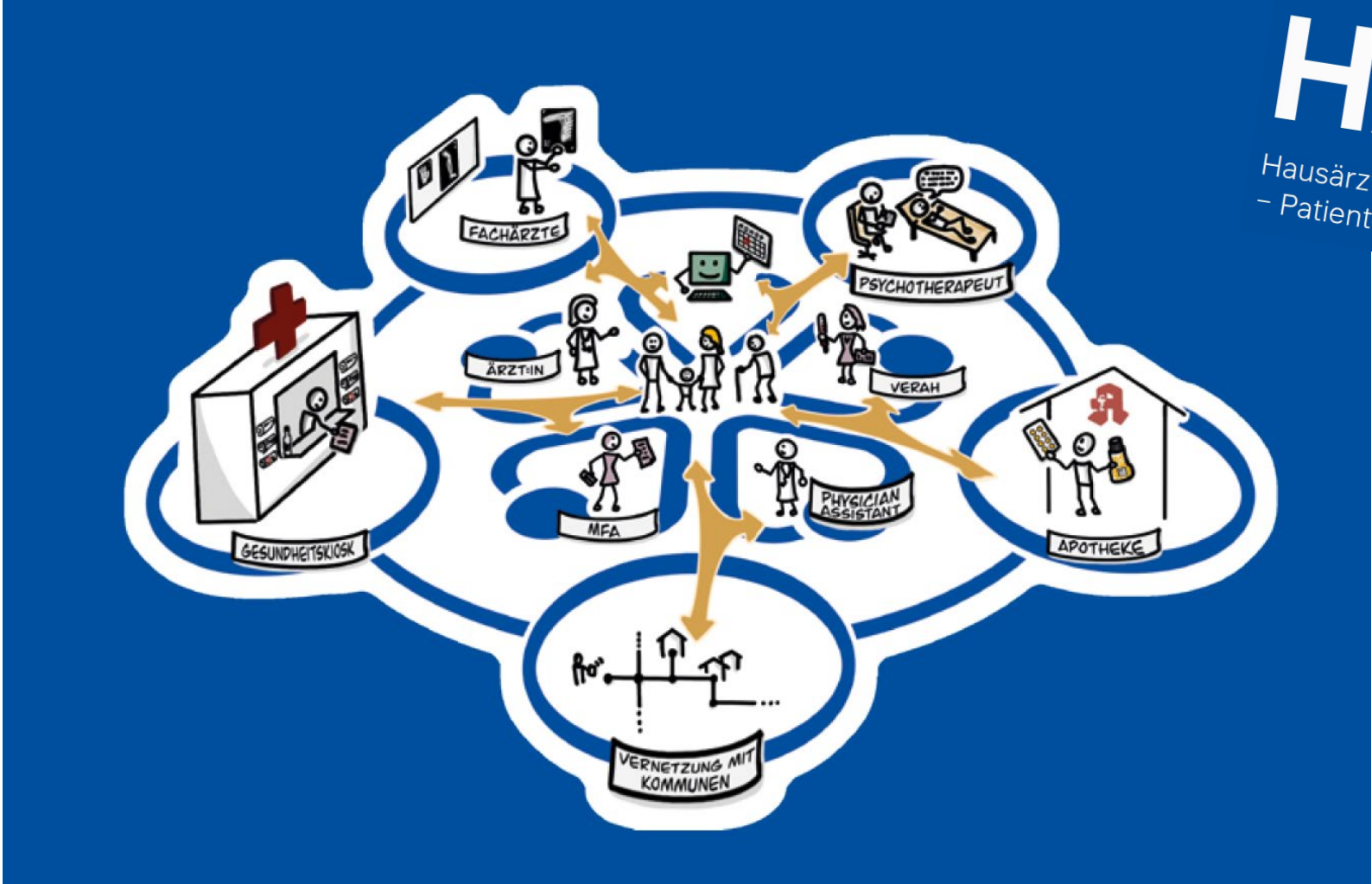
GWQ: Höhere Impfquoten in der HZV



HZV-BaWü: Bessere Versorgung dank HZV



Hausärztliches Primärversorgungszentrum - Patientenversorgung Interprofessionell (HÄPPI) ist ein Angebot zur Strukturreform



HÄPPI
Hausärztliches Primärversorgungszentrum
- Patientenversorgung interprofessionell



Sie helfen, die Versorgung gerade in strukturschwachen Regionen aber auch bundesweit zu stabilisieren und zu verstetigen

1. Interprofessionelle Versorgung in der Teampraxis

- Einbindung akademischer, nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe führt zu ganzheitlicher Betreuung

2. Patientenzentrierung

- Patientinnen und Patienten werden über PROs Rückmeldung geben

3. Steuerung durch Gatekeeping und Vernetzung im Gesundheitswesen

- Schutz vor Über-, Unter- und Fehlversorgung

4. Digitale Konzepte und hybride Versorgung stärken

- Digitale Tools unterstützen die automatisierte Zuweisung in die richtige Versorgungsebene

5. Gesundheitskompetenz (GK) stärken

- HÄPPI-Teams sollen durch gezielte Ansprache die GK vulnerabler Gruppen stärken

6. Ambulantisierung befördern (HÄPPI-Plus)

- Umfang ambulanter Versorgungsoptionen soll zukünftig modular erweitert werden



ZIELE



Die Politik muss zeitnah Antworten entwickeln, um drängende Versorgungsprobleme im Land zu lösen

- Das Gesundheitssystem braucht mehr Steuerung, Koordination und Kontinuität in der Versorgung
- Die Versorgungsstrukturen müssen weiterentwickelt werden.
Wir brauchen mehr Team, mehr qualifizierte Gesundheitsfachberufe und keine zusätzlichen Parallelstrukturen
- Die Attraktivität des Arztberufes muss erhalten bleiben
(u. a. durch Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung mittels MGVPplus)
- Der Nachwuchs für die hausärztliche Versorgung müsste seit sieben Jahren vorbereitet werden (Masterplan Medizinstudium 2020)





Hausärztinnen- und
Hausärzteverband