

Wider die Dominanz des Dringlichen

Allgemeinmediziner als Spezialisten
für den ganzen Menschen

Frankfurt am Main, 23. Oktober 2013

Institut für
Allgemein-
medizin



Lernziele – Das *können* Sie heute lernen ...

- Auswirkungen der demographischen Alterung:
Die Zukunft ist chronisch ...
- Definitionen: chronisch, Multi- / Komorbidität
- Spezifika der Versorgung chronisch Kranker
- Beispiel: Alltagspraxis heute – Was fällt auf?
 - Radar-Syndrom
 - Defizite, Verbesserungspotentiale
- Chronic Care-Modell
- Beispiel: Praxis von morgen – Was ist anders?
 - Rolle des Praxisteam
 - Werkzeuge
- Chancen: Hausarztpraxis / Medizin der Zukunft

Alle Folien zum Download unter:

www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

im Bereich „Lehre“

Institut für
**Allgemein-
medizin**



Vorlesung Allgemeinmedizin

Wintersemester Oktober – November 2013

4. und 5. klinische Semester*

(letztmalig – für das "Zwischensemester")

Mittwochs 10:15 – 11:45 Uhr

Hörsaal 22.1

- 23.10.2013 **Wider die Dominanz des Dringlichen – Allgemeinmediziner als Spezialisten für den ganzen Menschen**
Herr Prof. Gerlach
- 30.10.2013 **Sprechstunde Dr. Schäfer: „Herr Doktor, ich habe so Bauchweh!“ Teil II**
Herr Dr. Schäfer
- 06.11.2013 **Sprechstunde Dr. Schäfer: „Herr Doktor, ich hab´ Rheuma!“**
Herr Dr. Schäfer
- 13.11.2013 **Sprechstunde Dr. Schäfer: „Herr Doktor, ich hab`s am Herz“**
Herr Dr. Schäfer
- 20.11.2013 **„Wenn ich alle Pillen gegessen habe, bin ich satt!“
Multimorbidität und Multimedikation**
Frau Dr. Muth
- 27.11.2013 **Gerinnungsmanagement in der Hausarztpraxis**
Frau Prof. Siebenhofer-Kroitzsch

- **Inhalte prüfungsrelevant:
Bestandteil der Semester-
abschlussklausur**
- **aktuelle Themen unter:
[www.allgemeinmedizin.uni-
frankfurt.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)**

Veranstaltungen des Instituts für Allgemeinmedizin* Klinische Wahlpflichtfächer

Nähere Informationen auf unserer Homepage im Bereich „Lehre“: www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

WS 2013/14

Veranstaltung	Zeit	Ort	SWS	Termin
Promotionskolleg, Profulfächer 1-16 Anmeldung im Promotionsbüro des Dekanats erforderlich. Weitere Informationen unter: http://www.med.uni-frankfurt.de/dekanat/promotion/promotionsfoerderung/promotionskolleg/	Mittwoch 16:15 – 18:15	Haus 22 Seminarraum 1	1	8 Termine für 8 Module, Turnus: viermal im Jahr
Naturheilkunde und Osteopathie Profulfach 7 Anmeldung erforderlich: Dr. Sievert (LarsSievert@t-online.de)	Mittwoch 13:00-18:30	Praxis Dr. Sievert, Langen	1	2 Termine 06. und 13.11.2013
Allgemeinmedizin – den ganzen Menschen im Blick Profulfach 16 Anmeldung im Institut für Allgemeinmedizin erforderlich brust@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de	Dienstag 17:00-19:00	Haus 10 C, Seminarraum	2	10 Termine Beginn 29.10.2013
Klassische Homöopathie Profulfächer 6 und 7 Anmeldung im Institut für Allgemeinmedizin erforderlich brust@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de	Dienstag 17:00-19:00	Haus 10 C, Bibliothek	1	5 Termine Beginn 29.10.2013
Kolloquium Allgemeinmedizin Profulfächer 6 und 7 Anmeldung im Institut für Allgemeinmedizin erforderlich dahlhaus@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de	Mittwoch 11:30 – ca. 13:00	Haus 10C, Seminarraum	1	6 Termine Beginn 18.09.2013
Naturheilverfahren Profulfach 7 Anmeldung erforderl.: Prof. Gündling (guending@hs-fresenius.de)	Samstag 08:30-18:30	Bad Camberg	1	30.11.2013
AufbauSeminar Naturheilverfahren Profulfach 7 Kontakt: Prof. Gündling (guending@hs-fresenius.de)	ganztags nach Rücksprache	Bad Camberg	1	nach Rücksprache mit Herrn Prof. Gündling

*Für die Inhalte der Lehrveranstaltungen sind die Dozenten selbst verantwortlich

Arbeitsbereich Lehre Stand: 16.10.2013

Praktikum – Kleingruppen-Unterricht in Lehrpraxen

- 4./5. klinisches Semester
- in der Regel wöchentlich (mittwochs und/oder samstags)
- Gruppeneinteilung ist verbindlich
- Einteilung und Termine unter www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de und als Aushang im Institut (Haus 10 C, 1. OG im Treppenhaus)
- In begründeten Sonderfällen ist – *nur(!)* in Abstimmung mit dem Institut – ein Tausch möglich, nicht aber ein Wechsel!

Ansprechpartner:

Frau Taeuber, Frau Brust (Telefon: 83 970)

Telefonsprechzeiten: Mo., Di., Mi. 09:30 - 13:30 Uhr; Fr. 09:30 - 12:00 Uhr

Sprechzeiten für Studierende: Mi. und Do. 09:30-13:30 Uhr und nach Vereinbarung

Lernziele

Kennenlernen ...

- der hausärztlichen Praxis
- klassischer allgemeinmedizinischer Vorgehensweisen
- typischer Krankheitsbilder in der hausärztlichen Praxis
- wichtiger Differentialdiagnosen
- notwendiger Diagnostik und Therapie
- praxiserprobter, evidenzbasierter hausärztlicher Leitlinien

Einübung von ...

- Anamnese
- Untersuchungstechniken
- Dokumentation nach SOAP-Schema
- Patientenvorstellung durch Studierende

Voraussetzungen für Bescheinigung einer regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme

1. regelmäßige Teilnahme am Gruppen-Unterricht

In den Praxen, maximal 10% Fehlzeiten bei 21 Zeitstunden = 2,1 Std., d.h. 1(!) Fehltermin überschreitet die erlaubten Fehlzeiten.

Möglichkeiten zur Nachholung:

- a) Entweder *während* der Praktikumszeit mit Lehrarzt regeln (dieser muss Nachholung auf der Anwesenheitsliste dokumentieren) oder
- b) *nach* der Praktikumszeit, dann Regelung über Sekretariat (gesondertes Formular)

2. Qualifizierte Mitarbeit

3. Gesamtnote mindestens „4“

(Benotung auf Bewertungsbogen durch Lehrarzt)

4. Bestehen der Semesterabschlussklausur

Wichtige Hinweise!

- 1. Verhalten** Sie sich **gegenüber Patienten und Praxis** so, wie Sie behandelt werden möchten!
- 2. Bitte bringen Sie** zum Gruppen-Unterricht in der Praxis mit: **Kittel (sauber!!), Stethoskop, Reflexhammer**
- 3. Bitte** kommen Sie **pünktlich!**
- 4. Bitte sagen Sie in der Praxis UND im Sekretariat ab**, falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können
- 5. Sie** unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht!**
- 6. Organisation/Sorgen/Nöte:**
Frau Taeuber, Frau Brust

„Spielregeln“ (I.)

Studierende/r (Evaluation Sommersemester):

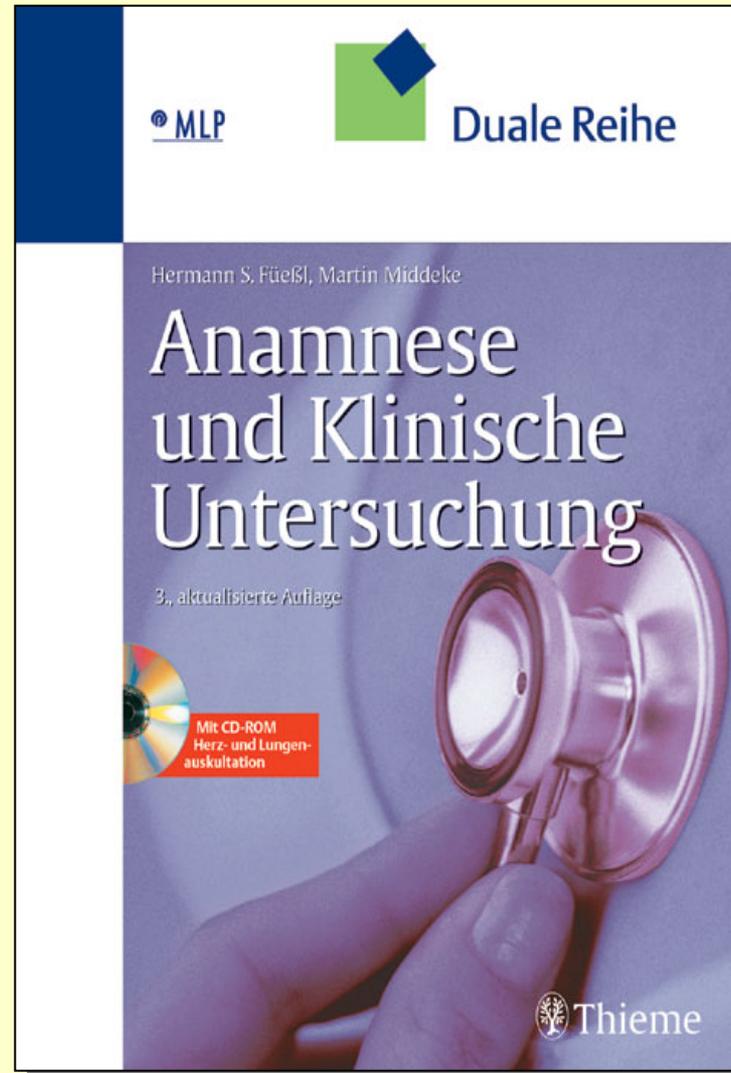
„Ich denke, es schadet keinem Studenten, wenn er in einer Vorlesung explizit zum Ruhigsein aufgefordert wird. Da dieses offensichtlich keine Selbstverständlichkeit ist, sollte es ruhig von Seiten des Dozenten erfolgen, damit man der Vorlesung entspannt folgen kann.“

„Spielregeln“ (II.)

Deshalb:

1. **Übernehmen Sie** für sich selbst
(und Ihre Nachbarn) **Verantwortung!**
2. **Wenn Ihnen das *nicht* gelingt, verlassen Sie
bitte den Raum!**

Unsere Lehrbuchempfehlung



DEGAM-NACHWUCHSAKADEMIE

- das individuelle Förderprogramm
- persönliches Mentoring
- speziell für Medizinstudierende

Allgemeinmedizin
begeistert!



Jetzt bewerben!
Bewerbungsschluss ist der 15.01.2014
Mehr Informationen unter www.degam.de

Untersützt
durch



DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND



GHA

Gesellschaft der
Allgemeinmediziner

in Deutschland



Techniker
Krankenkasse

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM):

1. **Kostenlose Mitgliedschaft
für interessierte Studierende**
2. **Summerschool Allgemein-
medizin ab 7. (3. klin.) Semester**
3. **für besonders
Interessierte
(12 Stud./Jahr,
ab 5. Semester)**



Infos unter: www.degam.de

Demographische Alterung

Altersaufbau im Wandel



Demographische Alterung

Altersaufbau im Wandel

65 Jahre und älter:

- 2005: **19%** (15,9 Mio. Personen)
- 2050: **33%** (22,9 Mio. Personen)

80 Jahre und älter:

- 2005: **4,3%** (3,6 Mio. Personen)
- 2050: **14,4%** (10,0 Mio. Personen)

Unter 20 Jahre:

- 2005: **20%** (16,5 Mio. Personen)
- 2050: **15%** (10,4 Mio. Personen)

11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung,
mittlere Variante, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2006



Ihre Einschätzung: ab wann ist man „alt“?

- 1.) ab **40** Jahren
- 2.) ab **50** Jahren
- 3.) ab **60** Jahren
- 4.) ab **70** Jahren
- 5.) ab **80** Jahren
- 6.) ab **90** Jahren

Woran denken Sie, wenn Sie den Begriff „Alter“ hören?

- 1.) *eher*: **Demenz, Pflegebedürftigkeit, Inkontinenz**
- 2.) *eher*: **Kreuzfahrt, Zeit haben, Ruhestand genießen**
- 3.) **Anderes / nichts Bestimmtes**

Wie hoch schätzen Sie das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen bis zum 80. Lebensjahr?

- 1.) ca. **2** %
- 2.) ca. **4** %
- 3.) ca. **8** %
- 4.) ca. **12** %
- 5.) ca. **24** %
- 6.) ca. **44** %

**Wie hoch schätzen Sie das Risiko der
Pflegerbedürftigkeit älterer Menschen bis
zum 80. Lebensjahr?**

Antwort: ca. 8%

Traditionelle Vorstellungen (negative Assoziationen) weichen zunehmend differenzierteren Altersbildern:

- „**Generation 50 plus**“
- „**Best Ager**“
- „**Woopies**“ (well off older people)

Definition: „chronisch“

- Von griechisch *χρόνος* *chrónos* „die Zeit“
- Der Krankheitsverlauf ist langdauernd
je nach Quelle:
mehr als 4 Wochen, mehr als 3 bzw. 6 Monate

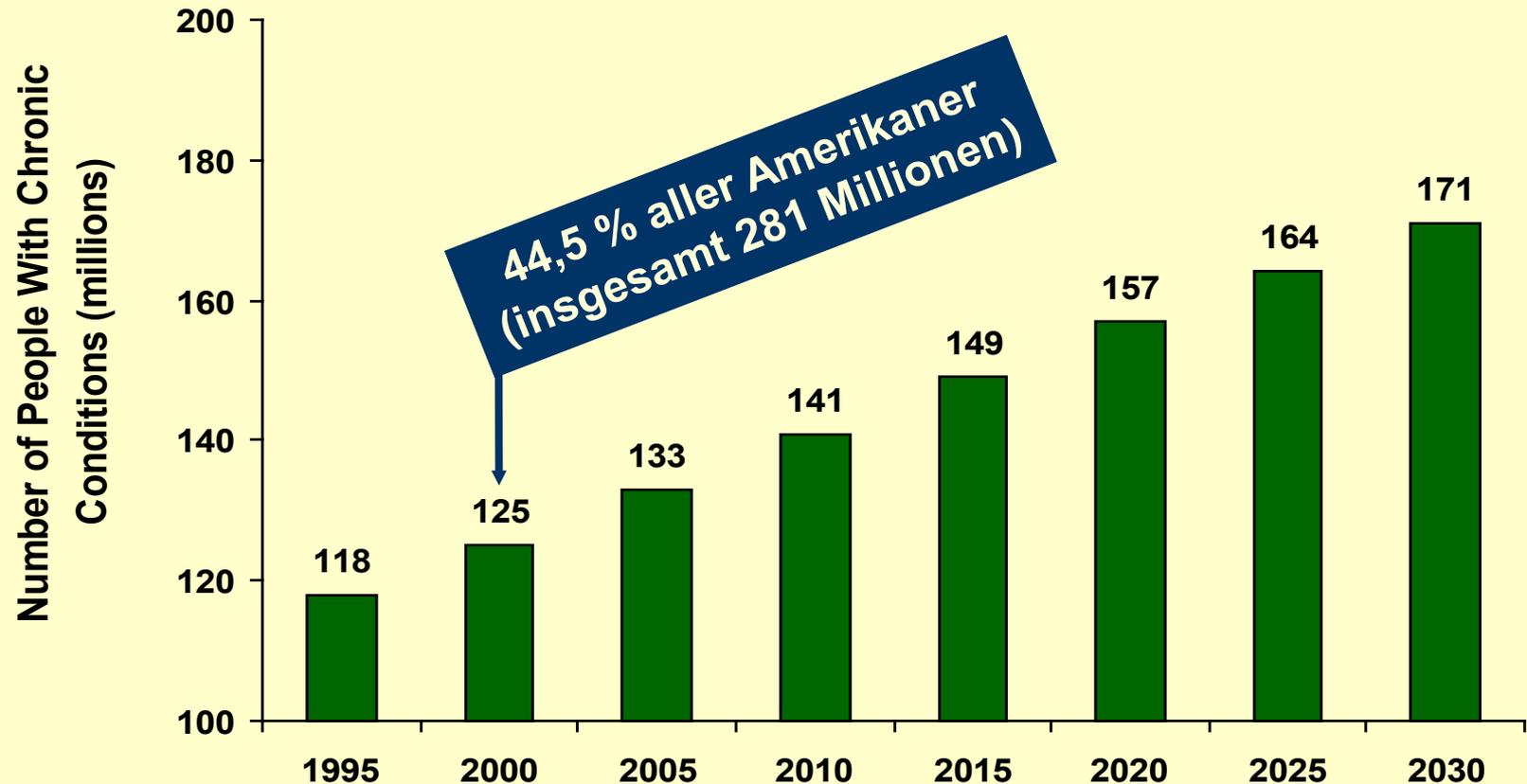
Definition: „schwerwiegend chronisch“

Krankheit, die **wenigstens ein Jahr lang mind. einmal pro Quartal** ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) **und eines der folgenden Merkmale** aufweist:

- a) Pflegebedürftigkeit** (Pflegestufe 2 oder 3)
- b) Grad d. Beh. (GdB), Mind. d. Erw. (MdE) mind. 60 %**
- c) Kontinuierliche medizinische Versorgung** (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) **erforderlich**, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses: Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V vom 22. Januar 2004

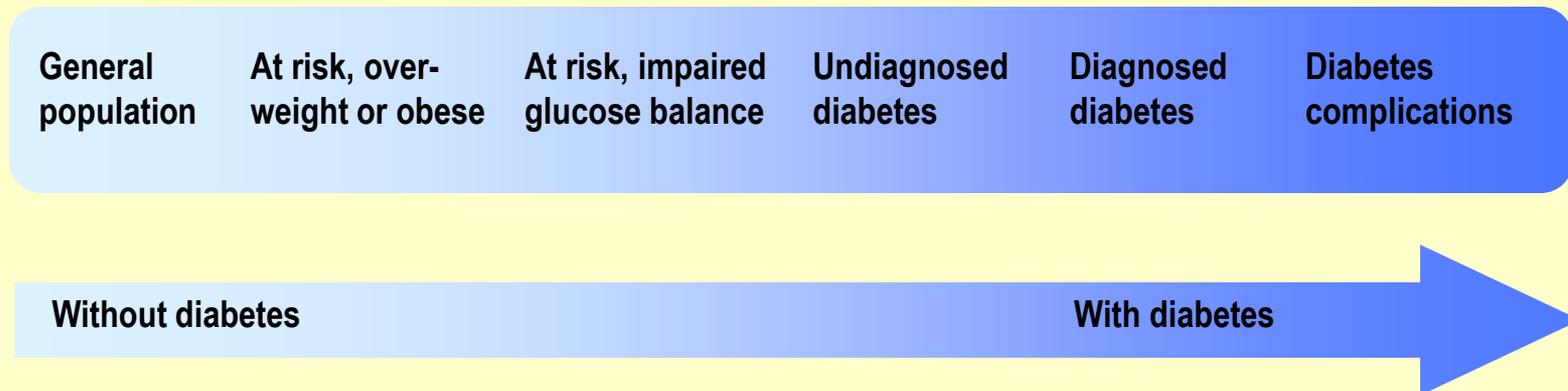
Zunehmender Anteil chronisch Erkrankter



Wu, Green (2000) Projection of Chronic Illness Prevalence and Cost Inflation. RAND Corporation

Chronisch krank = Kontinuum zunehmender Dauer, Schwere und Komplexität

Beispiel Diabetes:



(nach Epping-Jordan et al. 2004)

Chronische Erkrankungen weltweit (WHO 2005)

- ... Ursache von **59%** aller Todesfälle
- ... **46%** aller Erkrankungen im Jahr 2000
- ... Anstieg bis **2020** auf **60%** aller Erkrankungen
- ... **Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Depression und Krebs** am häufigsten

Chronische Erkrankungen in Deutschland

- **43% der deutschen Bevölkerung:** mindestens eine chronische Erkrankung (*Schwartz et al. 1999*)
- **70% der über 65jährigen** (*Sachverständigenrat 2001*)
- **Im höheren Alter** (über 70 J.) Diskrepanz: deutliche objektive Befunde und **geringere subjektive Beschwerden** (*Gerok und Brandstädter 1992*)

Chronische Krankheiten

– Ressourcenverbrauch –

- **55% aller Arzneiverordnungen**
(AOK-Versicherte in Berlin 1998/1999 nach Sachverständigenrat 2001)
- **52% der Krankenhaus-Fälle**
(Krankenhausreport 1999)
- **80% der Kosten** in der GKV **durch 20% der Versicherten** mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen
(Bertelsmann Stiftung 2005)

- 1. Was unterscheidet chronische Krankheiten von akuten Erkrankungen?**
- 2. Wie unterscheidet sich die Betreuung chronisch Kranker von der Akutversorgung?**

Herausforderungen in der Versorgung chronisch Kranker

- **Frühzeitiges Erkennen** und Vermeiden von Chronifizierung (Beispiel: Rückenschmerzen)
- Selbstverantwortung und **Selbstmanagement der Patienten** (Beispiel: Diabetes)
- **Aktive Planung und Steuerung** des Versorgungsprozesses
- **Schnittstellen** zwischen Versorgungsebenen
- **Konsequente Prioritätensetzung** (Berücksichtigung von Multimorbidität, Ko-Morbidität, Multimedikation) und risikoadjustierte Umsetzung wirksamer Therapie

Komorbidity / Multimorbidity

- **Komorbidity:** krankheitsbezogen, hierarchisch
Jede zusätzliche Krankheitsentität, die während des klinischen Verlaufs einer Indexerkrankung auftritt.
(nach Feinstein 1970 / van den Akker 1999)
- **Multimorbidity:** patientenbezogen, nicht-hierarchisch
Das gleichzeitige Auftreten mehrerer chronischer oder akuter Erkrankungen und medizinischer Zustände bei einer Person.*
(nach van den Akker 1999, Fortin et al. 2005)
 - Simple multimorbidity: zufällige Koinzidenz
 - Associative multimorbidity: statistische Assoziation, keine (bekannten) kausalen Zusammenhänge
 - Causal multimorbidity: kausaler Zusammenhang

* zwei und mehr

Multimorbidität – wichtige Aspekte

- **Gegenseitige Beeinflussung**
(z.B. metabolisches Syndrom – zunehmend umstritten)
- **Gesamtrisiko** erfordert abgestimmte Therapieziele
(z.B. Diabetes, KHK, Hypertonie)
- **Basistherapien** sind **gleich / gleichgerichtet**
(z.B. Bewegung, Ernährung, Selbstmonitoring etc.)

Multimorbidität

- **Über 50% aller chronisch Kranken haben mehr als eine chronische Erkrankung** *(u.a. Wu, Green, RAND Corporation 2000)*
- **Prävalenz in der Allgemeinarztpraxis ca. 30%**
 - Bei über 80-Jährigen: ca. 80%
 - Bei über 60-Jährigen: ca. 60% *(v.d. Akker 1998)*
- **Mindestens fünf körperliche Erkrankungen**
 - Bei über 70-Jährigen: ca. 88% *(BASE 1998)*
- **Multimorbidität und Multimedikation**
 - 5 und mehr Medikamente: bei 56 % der über 70-Jährigen *(BASE 1996)*
- **Sozial Schwächere: deutlich häufiger und früher von Multimorbidität betroffen** *(Sachverständigenrat 2001)*

Leitlinien und Multimorbidität (I.)

(Boyd et al. JAMA 2005; 294: 716-724)

Design

- **Auswahl der qualitativ besten Leitlinien** zu neun häufigen chronischen Erkrankungen
- **Ableitung: Empfehlungen für 117 typische Entscheidungsprobleme** bei älteren Patienten
- **Konstruktion einer (für US-Medicare) idealtypischen geriatrischen Patientin:** 79 Jahre, Osteoporose, Osteoarthritis, Diabetes Typ II, Bluthochdruck, COPD, (jeweils mittlerer Schweregrad)
- **Aus zutreffenden Leitlinien: durchschnittlich ambitionierter Behandlungsplan** (möglichst einfach u. kostengünstig: medikamentöse Therapie, notwendige Therapiekontrollen, Empfehlungen zur Lebensführung)

Table 3. Treatment Regimen Based on Clinical Practice Guidelines for a Hypothetical 79-Year-Old Woman With Hypertension, Diabetes Mellitus, Osteoporosis, Osteoarthritis, and COPD*

Time	Medications†	Other
7:00 AM	Ipratropium metered dose inhaler 70 mg/wk of alendronate	Check feet Sit upright for 30 min on day when alendronate is taken Check blood sugar
8:00 AM	500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 12.5 mg of hydrochlorothiazide 40 mg of lisinopril 10 mg of glyburide 81 mg of aspirin 850 mg of metformin 250 mg of naproxen 20 mg of omeprazole	Eat breakfast 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
12:00 PM		Eat lunch 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
1:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D	
7:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 850 mg of metformin 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 40 mg of lovastatin 250 mg of naproxen	Eat dinner 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
11:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler	
As needed	Albuterol metered dose inhaler	

Behandlungsplan der 79jährigen Beispielpatientin

*Boyd et al. JAMA
 2005; 294: 720*

Leitlinien und Multimorbidität (II.)

(Boyd et al. JAMA 2005; 294: 716-724)

Ergebnis

- **12** verschiedene **Medikamente**
- zu **5** verschiedenen **Tageszeiten**
- insgesamt **19 Einzeldosen**
- Kosten (nur Medikation): **406,45 \$ / Monat**
- etwa **20 evidenzbasierte Ratschläge** zur Diät und Lebensführung
- **zahlreiche Praxisbesuche, Patientenschulungen und Selbstkontrollen**
- **4 Routinekontakte beim Hausarzt** à 15 Minuten *und* **1 Augenarztbesuch** sind praktisch **nicht ausreichend**

Leitlinien und Multimorbidität (III.)

(Boyd et al. JAMA 2005; 294: 716-724)

Ergebnis (Fortsetzung)

- Relevantes **Risiko von UAW**
- In 7 Bereichen muss Hausarzt darauf achten, dass sich 2 Medikationen nicht gegenseitig beeinträchtigen:
9 konkret erwähnte Interaktionen (*drug-drug interactions*)
- Zwar keine unangemessenen Medikamente, allerdings soll Pat. **für 2** ihrer **Erkrankungen Medikamente** einnehmen, **die sich** auf eine andere ihrer **5 Erkrankungen ungünstig auswirken können** (*drug-disease interactions*)
- Patientin muss **in 8 Bereichen** darauf achten, die **Therapie nicht durch** ihre **Ernährung** (z.B. Fruchtsäfte, Alkohol) zu **beeinträchtigen** (*drug-food interactions*)

I. Zwischenresümee

- **Multimorbidität ist die Regel, nicht die Ausnahme**
(Fortin 2005)
- **Multimorbidität ist mehr als die Summe der Teile**
(Starfield 2006)
- **Krankheitsspezifische Leitlinien (und DMPs)**
... enthalten **zumeist keine Empfehlungen** zur notwendigen **Adaptation bei älteren Patienten**,
... enthalten **zumeist keine Empfehlungen** zur notwendigen **Prioritätensetzung bei Multimorbidität**,
... sind **bei Multimorbidität schwierig zu implementieren**,
... **können** hier sogar **gefährlich sein** (Interaktionen, UAWs, Medikationsfehler, Hospitalisierung).

Chronisch Kranke in der Hausarztpraxis

Fallbeispiel: Alltagspraxis heute (I.)

*Herr Müller, Diabetiker, 64 Jahre alt, **erscheint** am Montagmorgen **wegen akuter Knieschmerzen** in der Hausarztpraxis Dr. Schmitt.*

*Nach Abklärung der Akutsymptomatik **erkundigt sich** Dr. Schmitt **nach den Blutzuckerwerten** seines Patienten und erhält die Antwort, dass diese **"in Ordnung"** seien.*

*Da Dr. Schmitt in der Patientenakte **vergeblich** nach den **letzten Laborwerten** und dem **Bericht des Augenarztes** sucht und Herr Müller auch **keinen Diabetikerpass** mitführt, misst Dr. Schmitt den Blutdruck und veranlasst eine **sofortige Blutentnahme**.*

Chronisch Kranke in der Hausarztpraxis

Fallbeispiel: Alltagspraxis heute (II.)

*Die am Abend eingehenden Laborwerte ergeben u.a. einen **HbA1C von 8,5%**.*

*Dr. Schmitt beschließt, sich **beim nächsten Besuch** des Patienten **ausführlicher** mit dem Diabetes zu **beschäftigen**.*

(Beispiel modifiziert nach Bodenheimer et al. 2002)

Was fällt Ihnen auf?

Ihre Einschätzung: Welcher Aussage würden Sie am ehesten zustimmen?

- 1.) **Die akuten Beschwerden** von Herrn Müller **sind dringlicher**, der Diabetes hat Zeit.
- 2.) **Der Diabetes ist wichtiger**, die akuten Beschwerden sind vergleichsweise weniger bedeutsam.

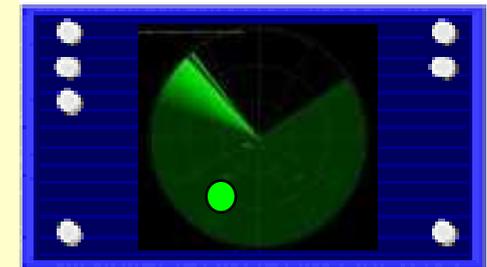
Alltagspraxis heute – Was fällt auf?

1. **Patient** kommt wegen **akuter Beschwerden** und **bestimmt den Zeitpunkt**
2. **Chronische Krankheit** nur **im Hintergrund**
3. **Keine Routine** für krankheitsspezifisches Monitoring, **zufälliges Erkennen** von Versäumnissen
4. **Fehlender Raum** für Beratung und vorausschauendes Follow up: **Dominanz des Dringlichen**
5. **Praxisteam wenig vorbereitet, Patient wenig einbezogen** bzw. **(un)informiert, passiv**

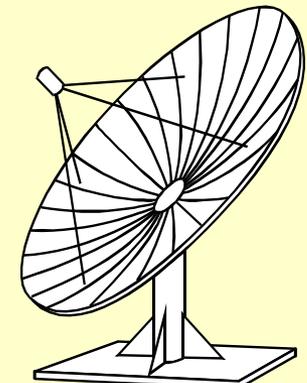
Radar-Syndrom

(nach Kalache, WHO 2004)

1. Patient kommt in die Praxis
2. ... wird behandelt
3. ... geht wieder
4. ... verschwindet vom „Radar-Schirm“



Wenn er nicht wiederkommt,
muss er wohl gesund sein ...



Hausarztpraxis: *der Ort für Versorgung chronisch Kranker*

- **80%** aller Beratungen in der Hausarztpraxis betreffen chronische Erkrankungen (*Murphy 2004, Wilson et al. 2005*)
 - **3-Jahres-Kontaktgruppe** in Hausarztpraxen kommt **Erwachsenenpopulation** GKV-Versicherter sehr nahe
 - **1-Jahres-Kontaktgruppe: ca. 90%** der älteren und chronisch kranken GKV-Versicherten
 - **Quartalskontaktgruppe: über 2/3** der >50jährigen
(*nach Gerlach und Szecsenyi 2002*)
- ⇒ **große Reichweite**
- ⇒ **hohe Kontinuität** (*Starfield 2001*)

Spielraum für Verbesserungen

- **USA: über 50%** aller Patienten mit Hypertonie, Depression, Diabetes u. Asthma erhalten **keine angemessene Behandlung**
(*Joint National Committee on Prevention 1997, Young et al. 2001, Clark et al. 2000, Legoretta 2000*)
- **Europa: über 50% der KHK-Patienten** in 22 Ländern hatten 1995/1996, 1999/2000 und 2006/2007 **erhöhten Blutdruck; Deutschland: Anteil gut eingestellter KHK-Pat. 42,2% ⇒ 33,0% ⇒ 46,3%** (*EUROASPIRE I, II and III Group*)
- **Deutschland: adäquate Blutdruckkontrolle** nur bei **7% der hypertonen Männer (Frauen: 13%)**
(*Bevölkerungsstudie: WHO-MONICA Projekt Augsburg: Gasse et al. 2001*)

II. Zwischenresümee

- Demographische **Alterung**
- **Verschiebung**: akut \Rightarrow **chronisch + Multimorbidität**
- **Hoher Ressourcenverbrauch** chronischer Krankheiten
- Gesundheitssystem eher **auf Akutversorgung ausgerichtet**
- Alltag: **Dominanz des Dringlichen**
- Strukturierte **Versorgung chronisch Kranker wenig entwickelt**
- Versorgung chronisch Kranker = **hausärztliches „Kerngeschäft“**

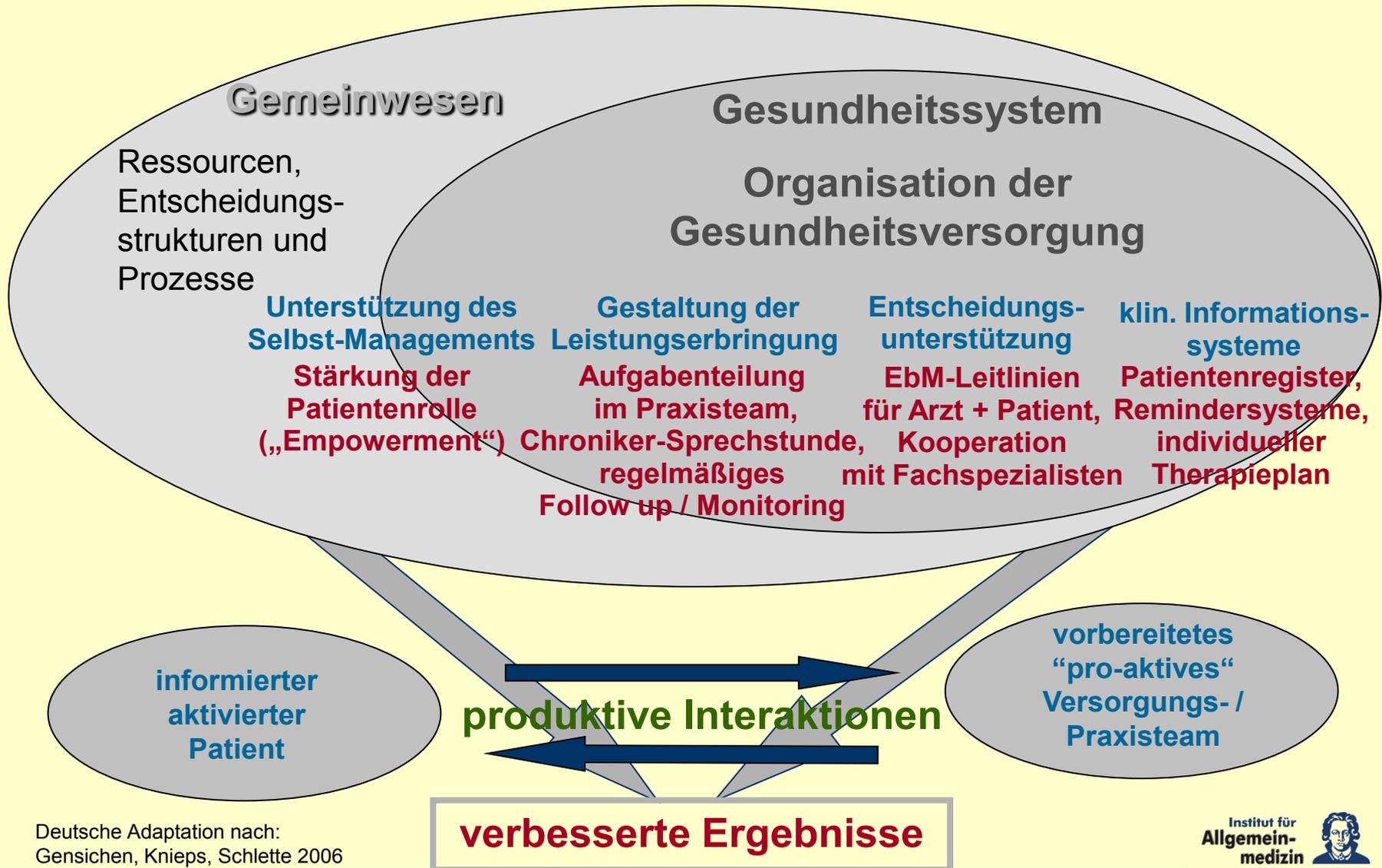
**"Every system is perfectly designed
to achieve the results it achieves."**

(Donald M. Berwick, BMJ 1996; 312:619)

Ihre Vorschläge:

Welche Elemente könnten zu einem optimalen Versorgungssystem für chronisch Kranke beitragen?

Chronic Care-Modell (nach Wagner et al. 2001) — ein innovatives Konzept zur umfassenden Versorgung chronisch Erkrankter



“Interventionen, die mindestens ein CCM-Element enthalten, verbessern klinische Outcomes und Versorgungsprozesse – in geringerem Ausmaß auch die Lebensqualität – von Patienten mit chronischen Erkrankungen”

(Metaanalyse, 112 Studien: Alexander C. Tsai et al., Am J Manag Care 2005; 11:478-488)

Chronisch Kranke in der Hausarztpraxis

Fallbeispiel: Praxis von morgen (I.)

*Frau Meier kommt zu ihrer **geplanten Routine-Vorstellung** in die Hausarztpraxis Dr. Becker.*

*Wie in der **Selbst-Management-Gruppe** erlernt, **händigt** sie der **Medizinischen Fachangestellten (MFA)** ihren **Diabetikerausweis** aus.*

*Die **MFA** trägt die Daten in die **elektronische Patientenakte** ein und druckt eine **Verlaufskurve** der HbA1C-Werte **für Frau Meier und Dr. Becker** aus.*

*Beim Öffnen der Patientenakte erscheint eine **Erinnerungsmeldung** für die noch ausstehende Funduskopie .*

*Die **Kurven der Verlaufsparemeter** (inkl. RR) sind bis auf eine Erhöhung des LDL-Wertes unauffällig.*

Chronisch Kranke in der Hausarztpraxis

Fallbeispiel: Praxis von morgen (II.)

*Dr. Becker vereinbart mit Frau Meier einen **Behandlungsplan** zur Cholesterinsenkung (inkl. Neuverordnung eines Statins) und*

*legt **gemeinsam** mit Frau Meier **Behandlungsziele** fest.*

*Die MFA vereinbart **2 Termine für Frau Meier:** beim Augenarzt und einer Diätberaterin.*

*Dr. Becker ist mit der Betreuung seiner Diabetiker zufrieden: Seine **Praxisstatistik** zeigt, dass er z.B. den Anteil seiner Diabetiker mit jährlicher Augenhintergrunduntersuchung von 45% auf 67% steigern konnte.*

(Beispiel modifiziert nach Bodenheimer et al. 2002)

Was ist in der „Praxis von morgen“ anders?

Was ist anders?

- **Pro-aktive Betreuung** statt Reaktion auf akute Anlässe
- **Aktivierter, informierter Patient**
- Orientierung an **individuellem Risikoprofil**
- Stetig aktualisierte (evidenzbasierte) **Wissensbasis**
- **Strukturierung der Versorgungsprozesse:**
Definierte Schnittstellen, Einbeziehung medizinischer Assistenzberufe und der Patienten selbst
- **Ergebnismessung** / kontin. **Verbesserungsprozess**
- Unterschiedliche **Organisationshilfen (Werkzeuge)**

„Werkzeuge“ für die Praxis

Leitlinien und Case Management



Case Management-Instrument für Arzthelferinnen / MFA



Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL)

Datum des Telefonats/Zeitpunkt

Name des Patienten und Nummer

Name der Case Managerin

Gespräch sofort zum
 Arzt
 Information
 unverzüglich an Arzt
 Bericht an Arzt
 Unauffällig

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

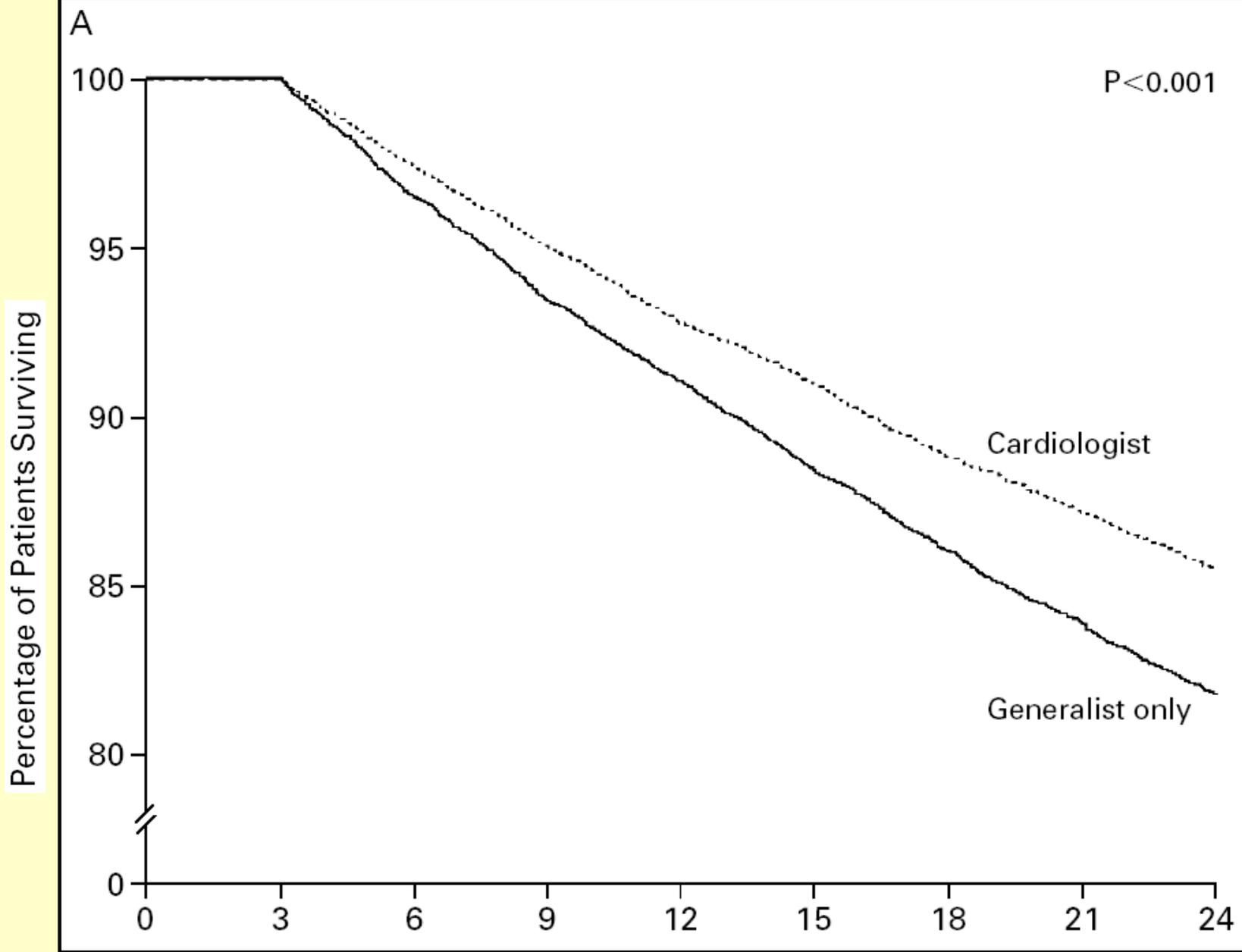
- A Beinahe jeden Tag
- B An mehr als der Hälfte der Tage
- C An einzelnen Tagen
- D Überhaupt nicht

2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

- A Beinahe jeden Tag
- B An mehr als der Hälfte der Tage
- C An einzelnen Tagen
- D Überhaupt nicht

Omnipotente Hausarztpraxis?

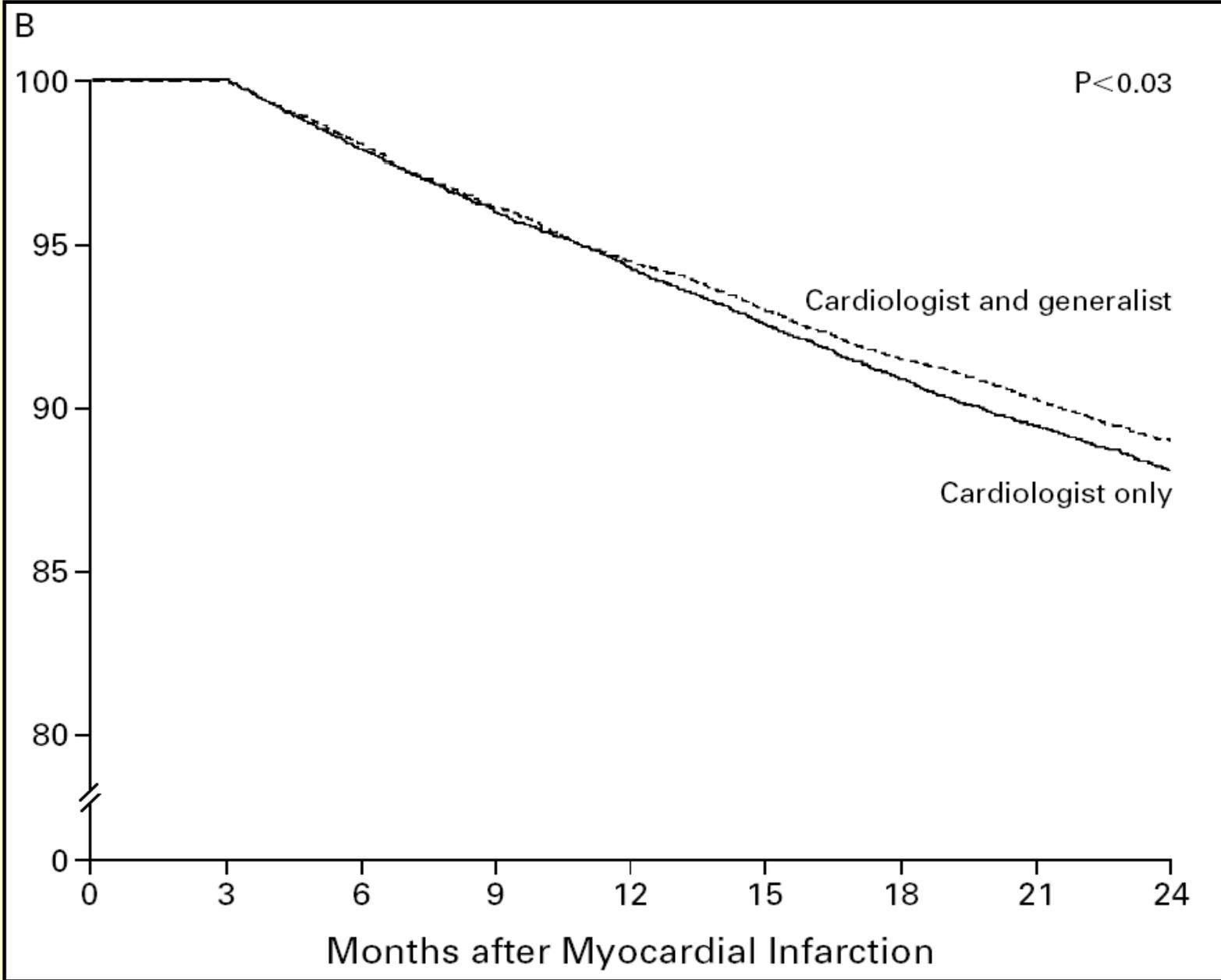
Rolle der Fachspezialisten?



*Ayanian
et al.
N Engl J
Med
2002;
347:
1683*

Figure 1. Kaplan–Meier Survival Curves for Two Years after Myocardial Infarction, According to the Types of Physicians Providing Ambulatory Care during the Initial Three Months.

Percentage of Patients Surviving



Ayanian
et al.
*N Engl J
Med*
2002;
347:
1683

Chancen:

Hausarztpraxis / Medizin der Zukunft

1. **Hausärzte: Spezialisten für den ganzen Menschen,**
Koordinatoren eines interdisziplinären Teams
2. **Medizinische Fachangestellte** (früher Arzthelferinnen)
in neuer Rolle als Case Manager mit Teilverantwortung
3. **Professionalisierung:** Praxis als lokales Kompetenzzentrum für strukturierte Versorgung chronisch Kranker
4. **Routinen** statt Improvisation / Reaktion
5. **Konzepte zur Patientenaktivierung**
6. **Strukturierte Kooperation mit anderen Disziplinen:**
Nur bei koordiniertem Vorgehen sinnvoll leistbar
7. **Entlastung** des (Haus)Arztes

Lernzielkontrolle – Darüber sollten Sie *jetzt* mehr wissen

- **Auswirkungen der demographischen Alterung:
Die Zukunft ist chronisch ...**
- **Definitionen: chronisch, Multi- / Komorbidität**
- **Spezifika der Versorgung chronisch Kranker**
- **Beispiel: Alltagspraxis heute – Was fällt auf?**
 - Radar-Syndrom
 - Defizite, Verbesserungspotentiale
- **Chronic Care-Modell**
- **Beispiel: Praxis von morgen – Was ist anders?**
 - Rolle des Praxisteam
 - Werkzeuge
- **Chancen: Hausarztpraxis / Medizin der Zukunft**

Inspirierenden Unterricht
in der Vorlesung und in unseren Lehrpraxen
sowie
viel Erfolg bei der Abschlussklausur!

Alle Folien zum Download unter:

www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

im Bereich „Lehre“

Institut für
**Allgemein-
medizin**

