

Werkstatt 2013

Zielorientierte Versorgung



Neue Versorgungsstrategien

Wie meistern wir die zukünftigen Herausforderungen
in unserem Gesundheitssystem?

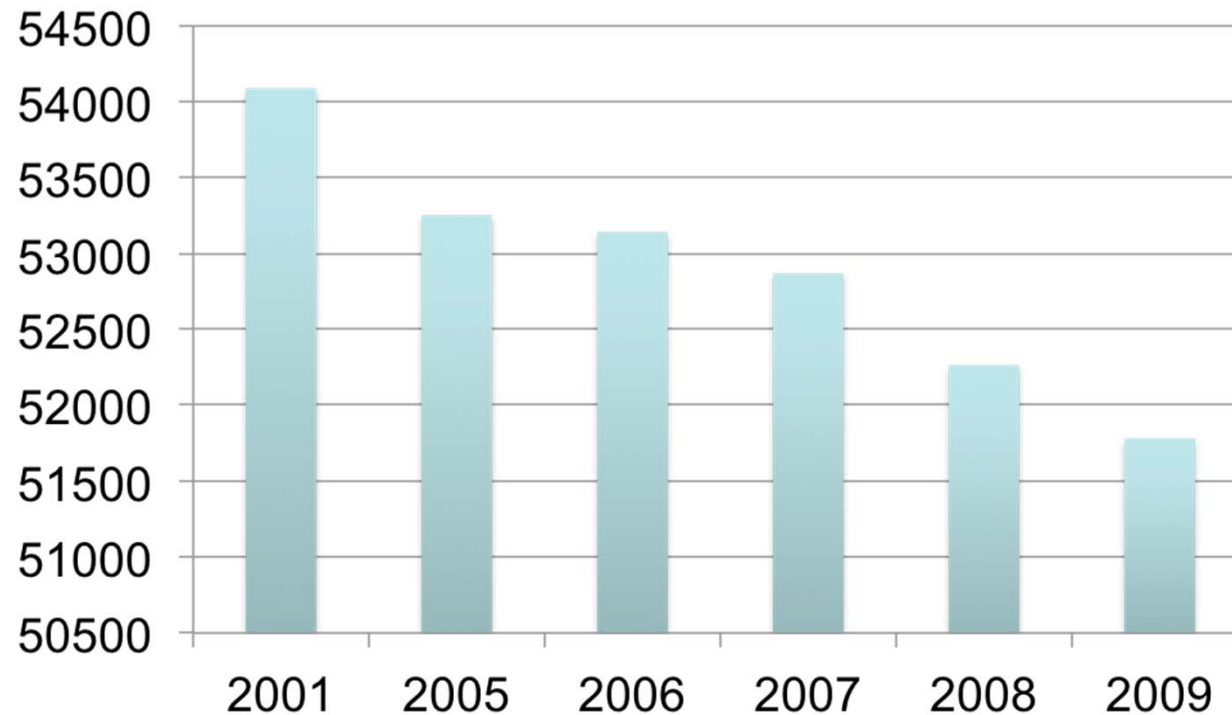
Andreas Sönnichsen
Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Universität Witten/Herdecke

Warum brauchen wir neue Versorgungsstrategien?

1. zunehmender Hausärztemangel
2. Gesundheitssystem ist zu teuer
3. Überdiagnostik, Übertherapie und Medikalisierung der Bevölkerung
4. demographische Überalterung
5. Zunahme chronischer Krankheiten

Hausärztemangel

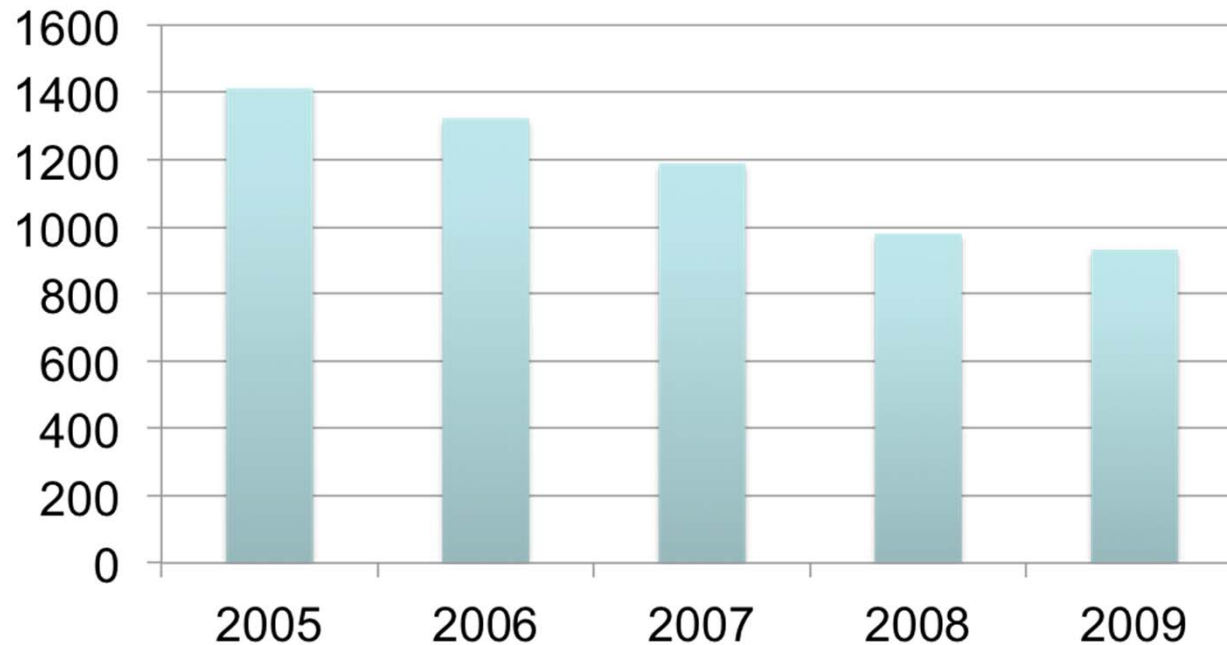
Hausärzte in Deutschland



Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010

Hausärztemangel

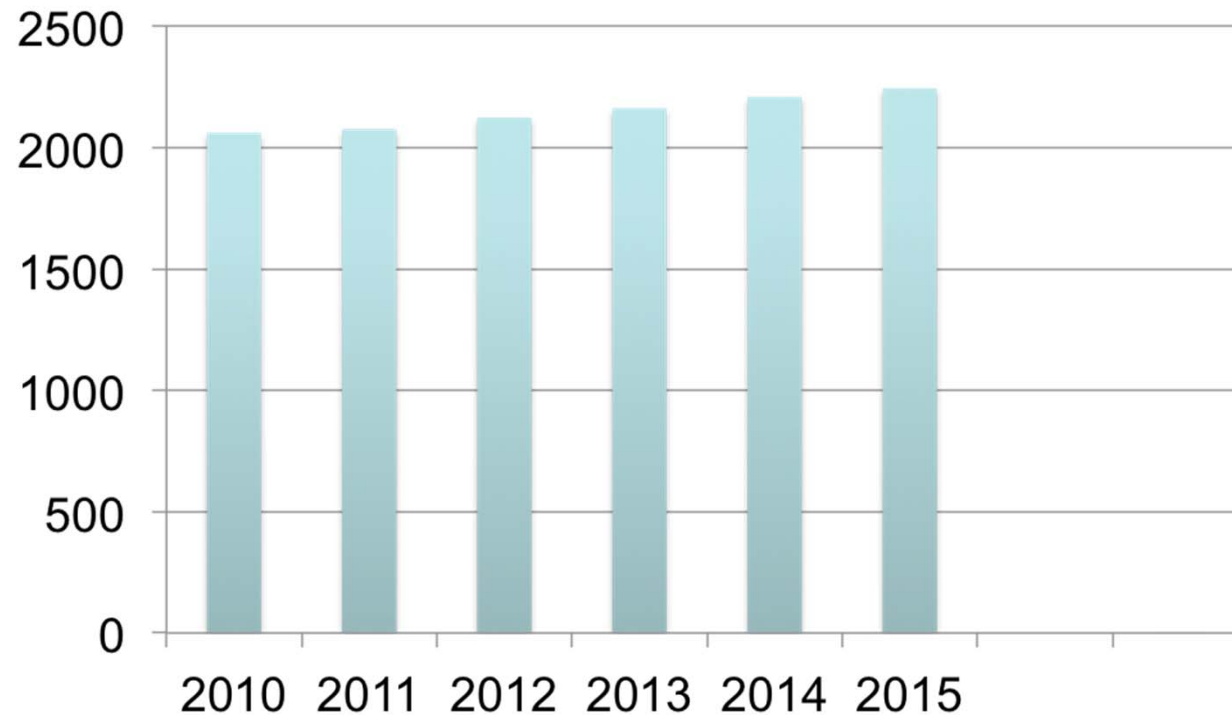
Niederlassungen im Fach Allgemeinmedizin



Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010

Hausärztemangel

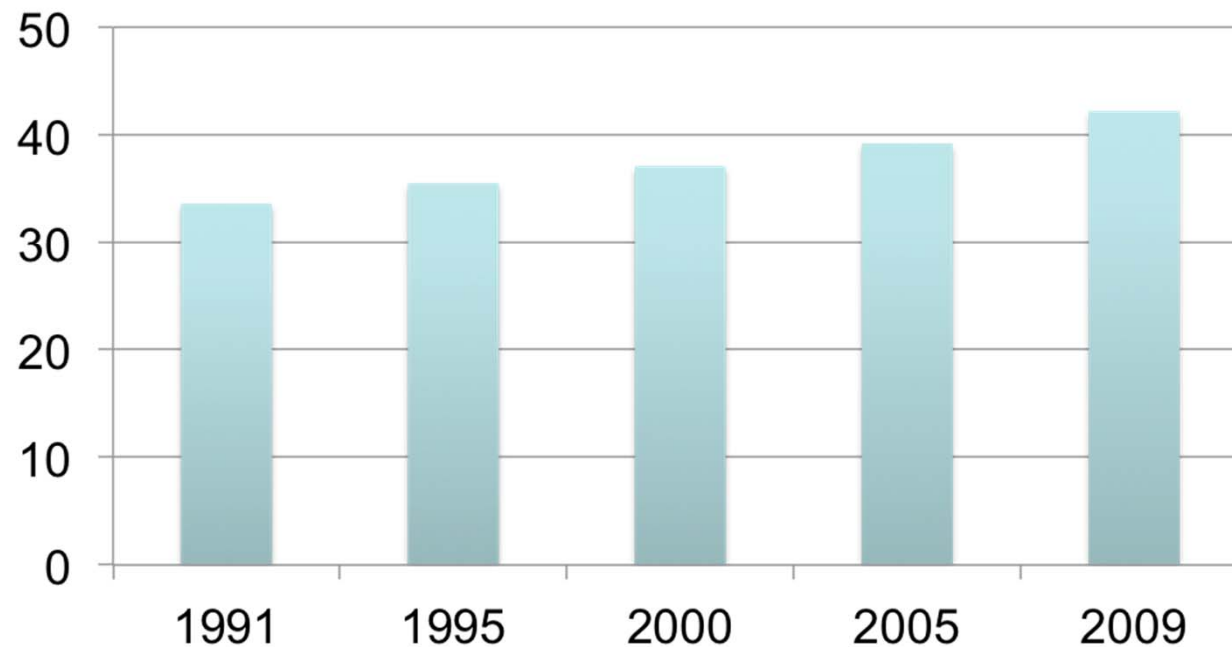
Altersbedingte Abgänge



Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010

Hausärztemangel

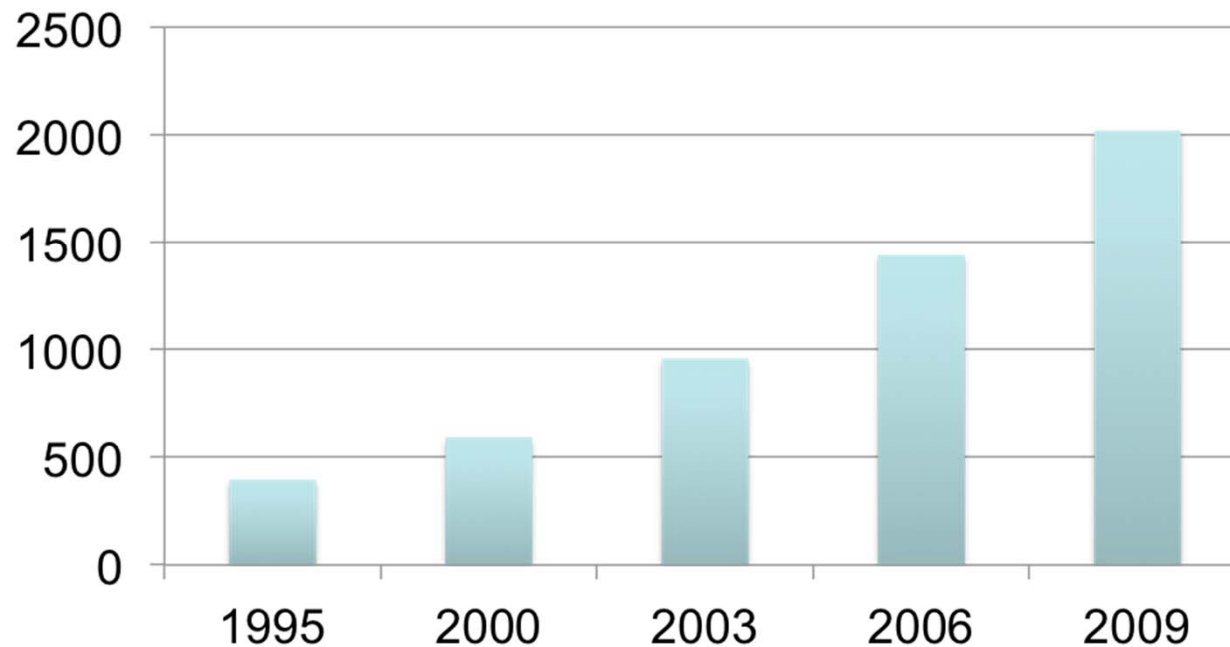
**Frauenanteil an berufstätigen Ärzten
in %**



Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010

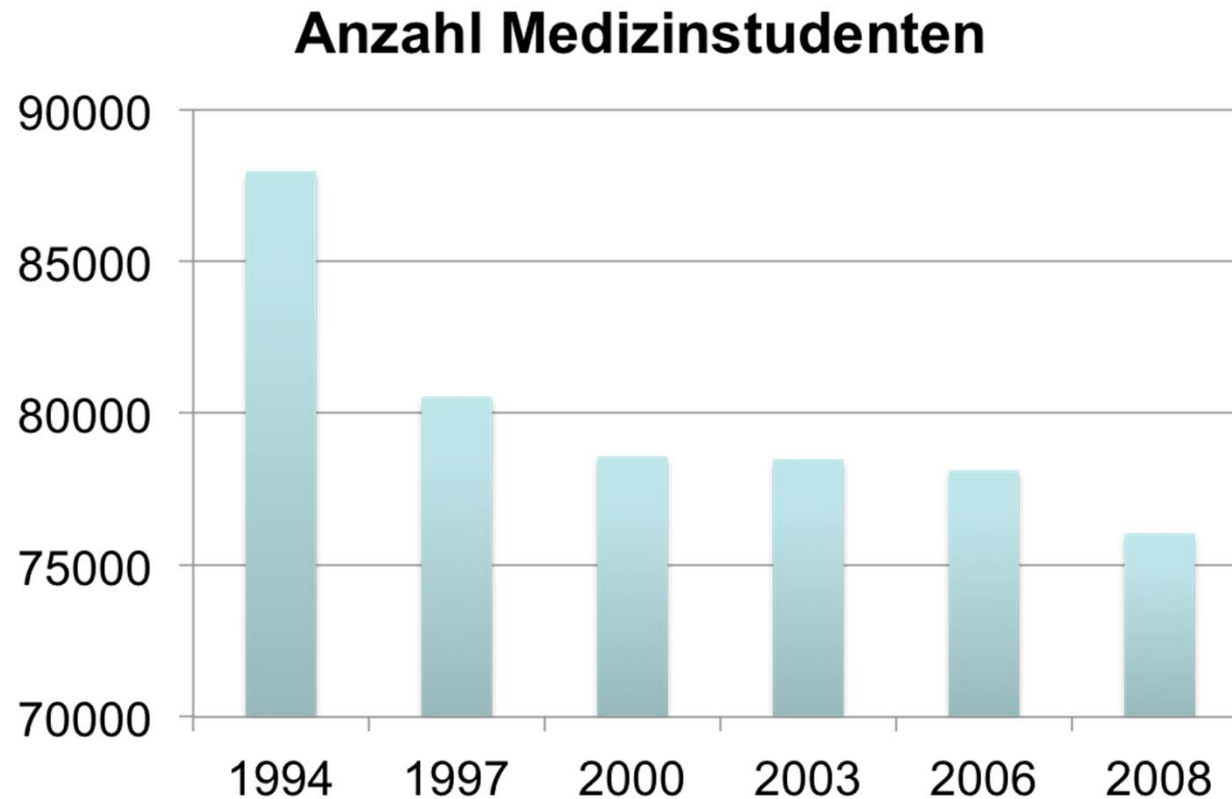
Hausärztemangel

Österreichische Ärzte in Deutschland



Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010

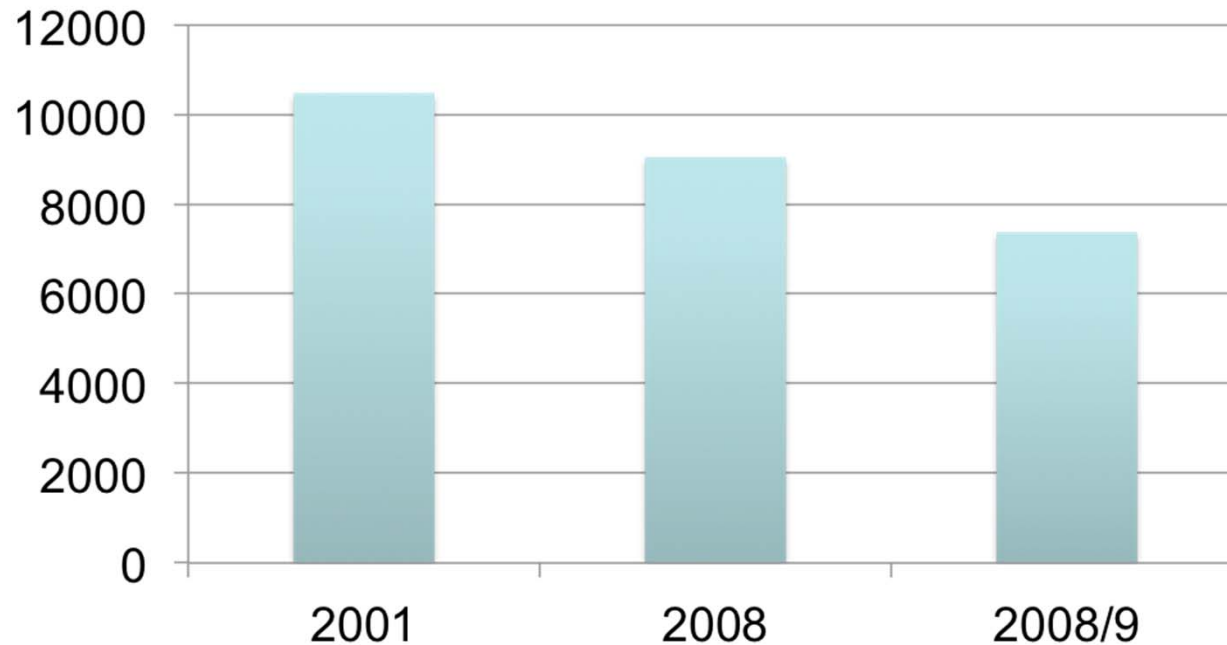
Hausärztemangel



Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010

Hausärztemangel

**Studienanfänger - Absolventen -
Berufsanfänger**



Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010

Hausärztemangel

Mindestens 25% aller Medizinabsolventen müssten
Allgemeinmediziner werden

<5% aller Medizinabsolventen haben den Berufswunsch
Allgemeinmedizin!

Brauchen wir einen Hausarzt?

- Vertrauensverhältnis Arzt-Patient
- Erlebte Anamnese
- Gatekeeper
- Lotse im Gesundheitssystem, Triage
- Gesundheitsmanagement
- Schutz vor Überdiagnostik und Übertherapie

Ist der Hausarzt ersetzbar durch nichtärztliche Gesundheitsberufe?

- „Nurse-Practitioner“
- Gemeindeschwester
- Versorgungsassistent(in) in der Hausarztpraxis (VerAH)
- AGnES – Arztentlastende Gemeinde-nahe, e-Health-gestützte Systemische Intervention
- E-Sprechstunde

Nein – aber bestimmte hausärztliche Leistungen sind delegierbar

Delegierbare und nicht delegierbare hausärztliche Funktionen

Delegierbar	Nicht delegierbar
Case Management bei chronischen Erkrankungen	persönliche Vertrauensbeziehung
Medikamenten- und Impf-Management	erlebte Anamnese
Durchführung von Diagnostik	diagnostische Entscheidungen
Durchführung von Therapie	therapeutische Entscheidungen
Triage	Gatekeeping
Lotsenfunktion	Schutz vor Überdiagnostik und Übertherapie

Voraussetzungen für die Delegation ärztlicher Leistungen

- Ausbildung, berufliche Qualifikation
 - Medizinische Fachangestellte (MFA) – 3 Jahre
 - Weiterqualifikation, Aufbaustudium zur VerAH
 - Krankenpflegeausbildung
 - Weiterqualifikation zum „Nurse Practitioner“
- Ausbildungsplätze, Train the trainer
- Finanzielle Ressourcen für Ausbildung
- Beschäftigungsmöglichkeiten
- Finanzielle Ressourcen für Anstellung oder selbständige Tätigkeit

Effekte und Kosteneffektivität von VerAH

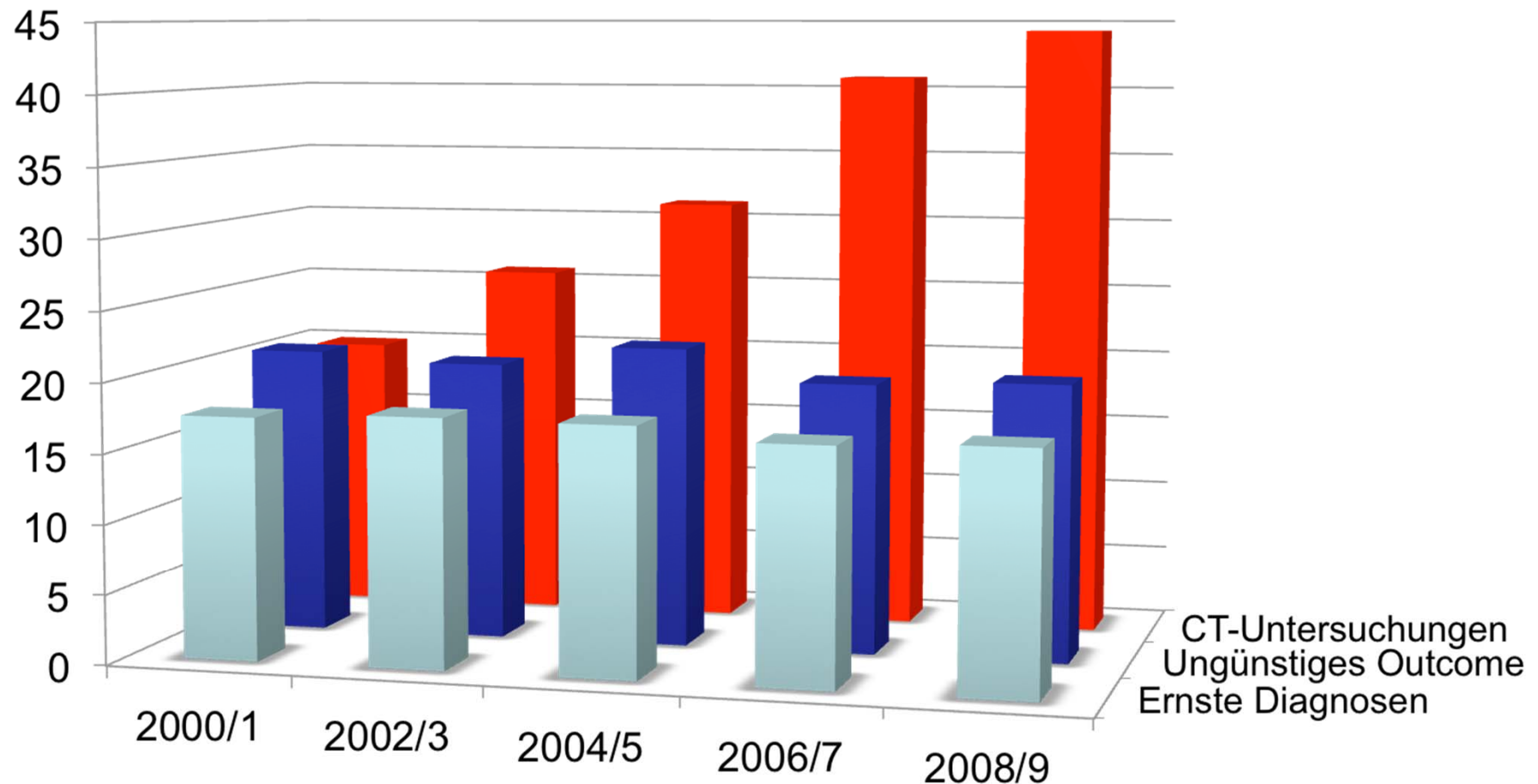
- 70% der Ärzte sind der Überzeugung, dass VerAH zu einer Verbesserung der Patientenversorgung geführt hat
- 58% der Ärzte sind der Überzeugung, dass sie in ihrer Arbeit durch VerAH entlastet wurden

- VerAH führt wahrscheinlich zu einer Verbesserung der Versorgung
- VerAH führt zu einer Verbesserung der beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten und Bezahlung von MFA
- VerAH führt wahrscheinlich nicht zu einer Kostenreduktion für das Gesundheitssystem

Mögliche negative Folgen einer nichtärztlichen Primärversorgung

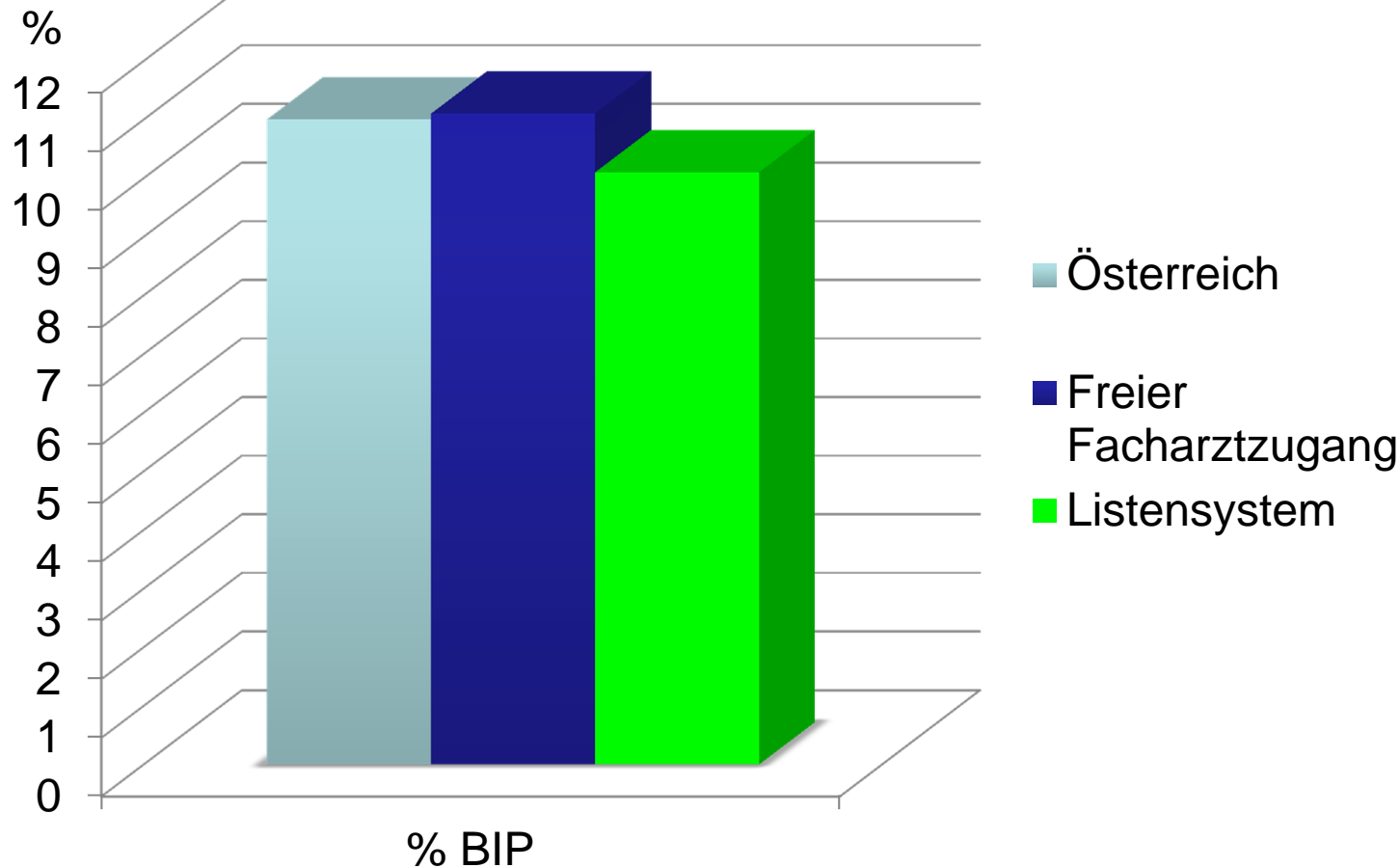
- Reduktion der Hausarztichte
- Verlust der wohnortnahen Versorgung
- Einschränkung der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient
- Verlust der „erlebten Anamnese“
- Zunahme an Über- und Einweisungen

Warum nicht direkt in die Spitalsambulanz?



US National Center for Health Statistics, Data Brief 43, 2010

Vergleich der Gesundheitskosten

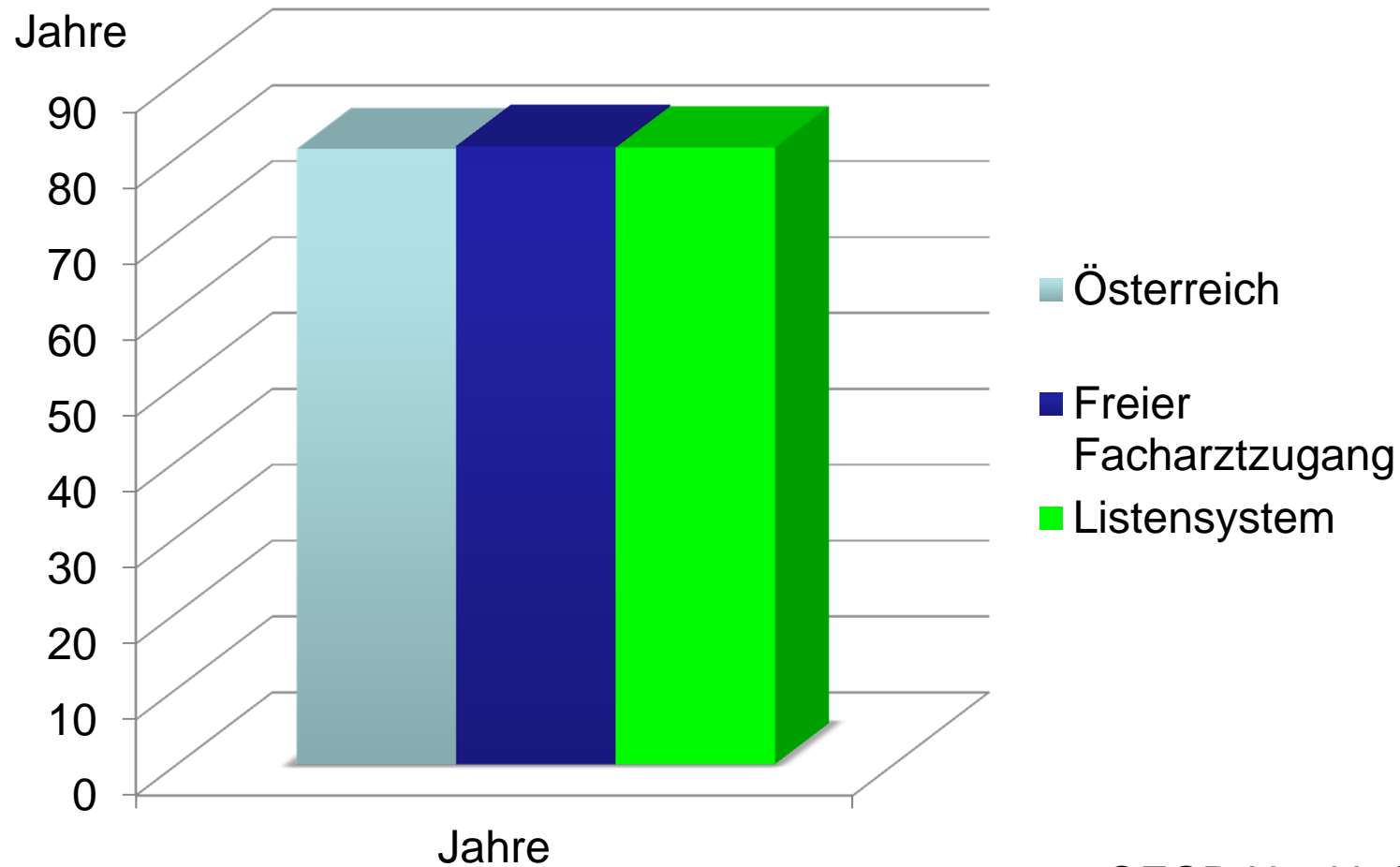


Freier Facharztzugang: A, D, F, CH, B

Listensystem: NL, UK, FL, DK, I, S, N

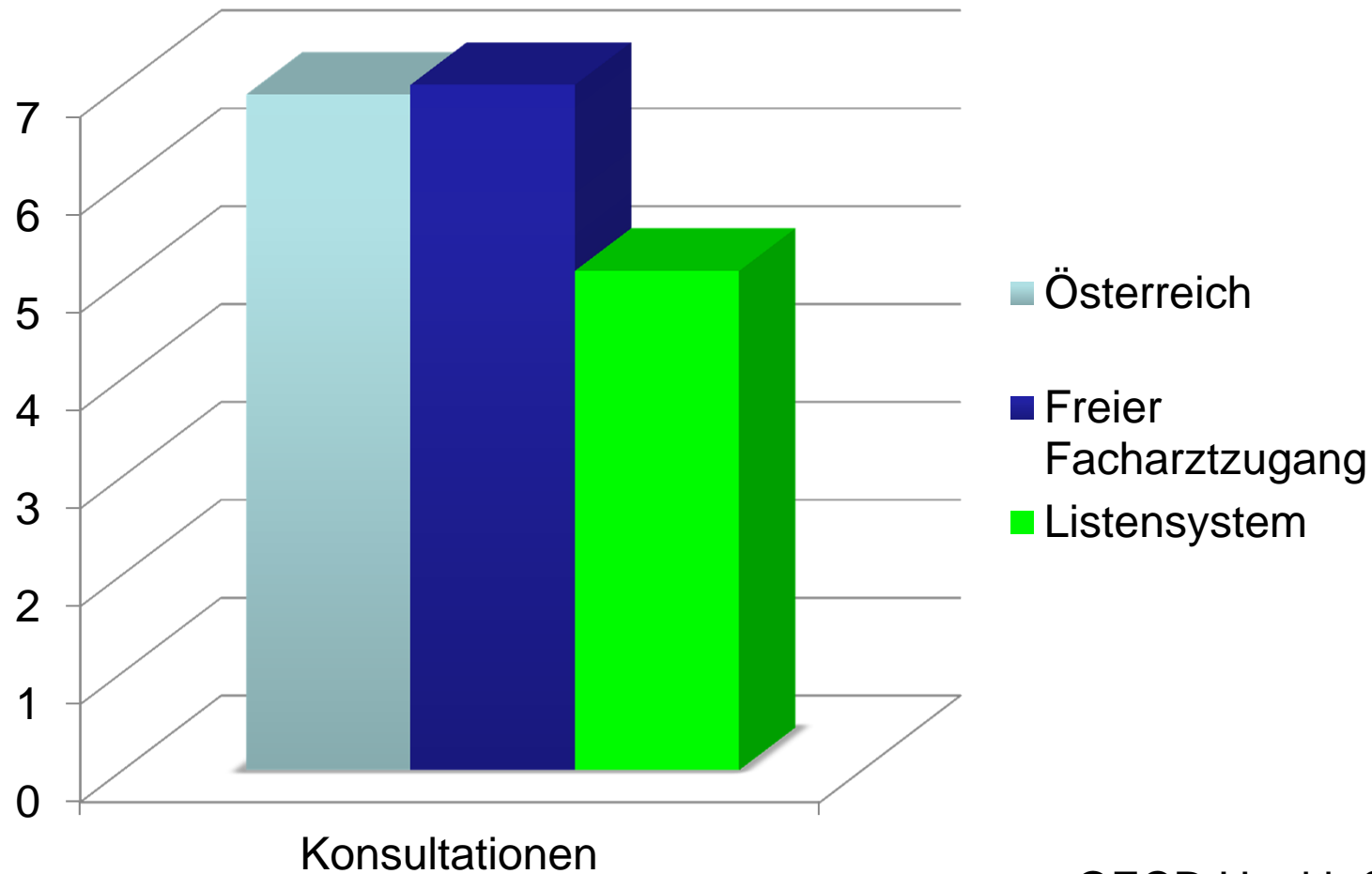
OECD Health Statistics 2010

Vergleich der Lebenserwartung



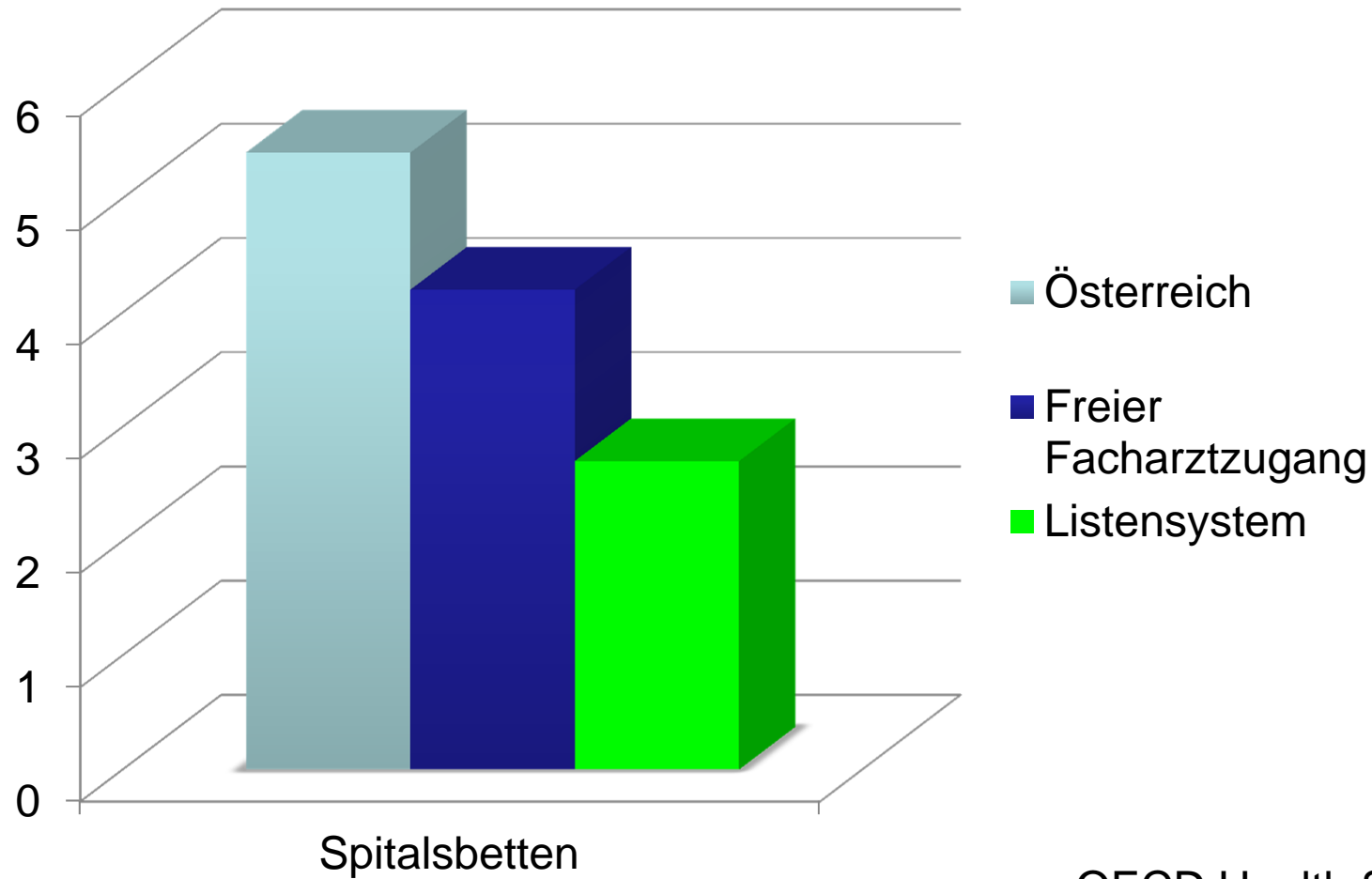
OECD Health Statistics 2010

Konsultationen pro Person und Jahr



OECD Health Statistics 2010

Spitalsbetten/1000 Bewohner



OECD Health Statistics 2010

(nicht nur) Österreich braucht eine hausarztzentrierte Versorgung

Voraussetzung 1: Ausbildung

- Ausbau der allgemeinmedizinischen Ausbildung im Studium
 - Beispiel UK: 15% des Medizinstudiums in Primary Care
 - A, D: < 5%
- Gleichstellung der Allgemeinmedizin mit anderen Fachdisziplinen – Facharzt für Allgemeinmedizin
- Angemessene Facharztausbildung unter Berücksichtigung der Spezifika des Fachs – z.B. **Salzburger Initiative Allgemeinmedizin**
 - Lehrpraxis
 - theoretisches Begleitstudium
 - Mentoring durch erfahrene Allgemeinärzte

(nicht nur) Österreich braucht eine hausarztzentrierte Versorgung

Voraussetzung 2: Arbeitsbedingungen

- Listensystem
 - Vermeidung unnötiger Patientenkontakte
 - Planungssicherheit
 - steuerbares Arbeitspensum durch selbstgewählte Listengröße
- flexible Arbeits- und Kooperationsformen
 - Teilzeit
 - Gruppenpraxis
 - Anstellung
- angemessene Honorierung auf Facharztniveau
z.B. NHS-Honorarsystem (1/3 per Capita, 1/3 Fee for Service, 1/3 Qualitätsindikatoren (QOF, P4P))

Anforderung an Haus- und Fachärzte

Hausarzt

- sehr breite Wissensbasis
- kommunikative Kompetenz
- Management-Kompetenz

Facharzt

- begrenztes Wissensspektrum
- konzentrierte Expertise
- technische Fertigkeiten

Anforderungen an Hausärzte und Fachärzte vergleichbar

Wir brauchen Top-Leute, die in die Allgemeinmedizin gehen!

Das Problem von „zu viel Facharzt“

- Die Gesellschaft für Unfallchirurgie wirbt mit Patienteninfo-Flyern
- Deutliche Zunahme bildgebender Untersuchungen ohne Patientennutzen
- Österreich gehört zur Weltspitze bei kardiologischen Interventionen
- Österreich gehört zur Weltspitze beim Medikamentenkonsum
- Viele „Fach-Köche“ verderben den Brei

Beispiel Polypharmazie

Betreuende Ärzte/Ärztinnen	Datum	16.6.08	17.6.08	18.6.08	18.06.08	20.6. Fr.	21.6. Sa	22.6. So
GROSSE in cm 165	GEWICHT in kg 76 G. R. A.			36,3° 78 105/50		36° 57 110/70	36° 57 110/70	36,4 57 110/70
Temp.	Puls	3 87/83						87
RR	BZ	3x 101/54	101/54	6' 188g/l				
ALLERGIE Penicillinallerg.	BZ							
Symptome	Kostform							
Gewicht	Stuhl							
Erkrankungen	Dialyse							
Bilanz								
Handwritten notes: franco trocken in Bet Lp/Herzlyse ACS CAG wg. V.a. rez. Zid. b. (Cavo Thromb.)								
UNTERSUCHUNGEN								
Diagnostik								
Medication List:								
Diavon 40mg								
Co Diavon 80/12,5								
Plavix 75								
Ambocipin 25mg								
Defformin 1000mg								
Ataxyl 3mg								
Pantoloc 40mg								
Ferretab								
Handl. i.v.								
1g Novocain od ul. b. Red.								
Seam. Nid. 0,9%								
Concor 1,25mg								
FARIXTRA 25mg								
T-ASS 100mg								
Venosta 95mg bei Schlaflosigkeit								
Lovinox								

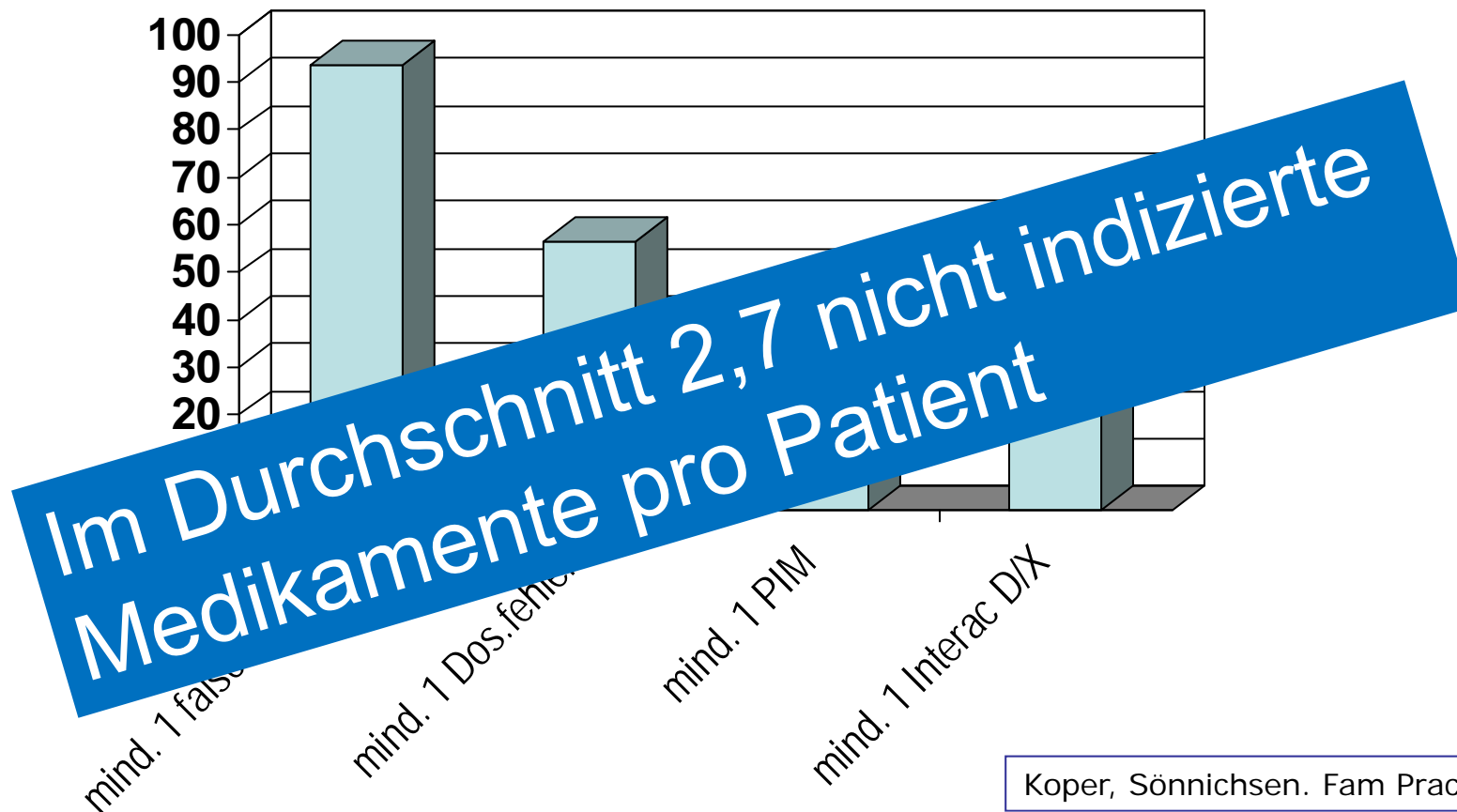
...Herr Doktor muss mein Mann das wirklich alles nehmen?

75jähriger Patient mit Hypertonie, Vorhofflimmern, mittelschwere Demenz (MMS 23), Prostatahypertrophie, Diabetes mellitus Typ 2, Hyperurikämie, BMI 30,4 kg/m², Symptome: Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schwindel
Labor: HbA1c 6,2%, Kreatinin 1,3 mg/dl

Valsartan 80 mg 1-0-0	Donezepil 5 mg 0-1-0
Torasemid 20 mg 1-1/2-0	Memantin 10 mg 1-0-1
Glibenclamid 1,75 mg 1-0-1	Melperon 25 mg 0-0-1
Sitagliptin 100 mg 1-0-0	Triazolam 0,25 mg 0-0-0-1
Phenprocoumon nach INR	Ginkgo biloba 40 mg 1-1-1
Tolterodin 1 mg 1-0-1	Pantoprazol 20 mg 0-0-1
Tamsulosin 0,4 mg 0-1-1	Allopurinol 100 0-1-0

Medikationsfehler bei Patienten mit Polypharmazie

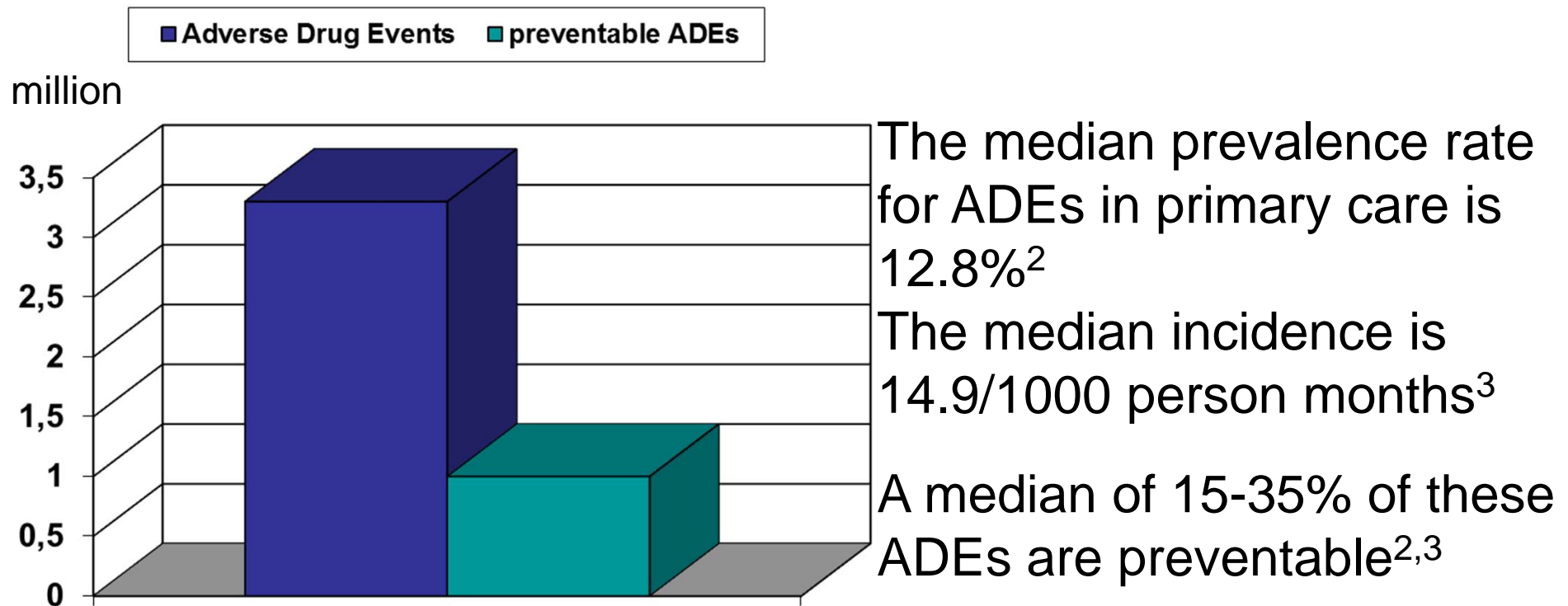
169 Patienten mit Polypharmazie (9,1 Med.) in 22 Allgemeinpraxen



Koper, Sönnichsen. Fam Pract 2012

Medikationsfehler – ein unterschätztes Problem

Austrians consume 227 Million packages of medication per year¹



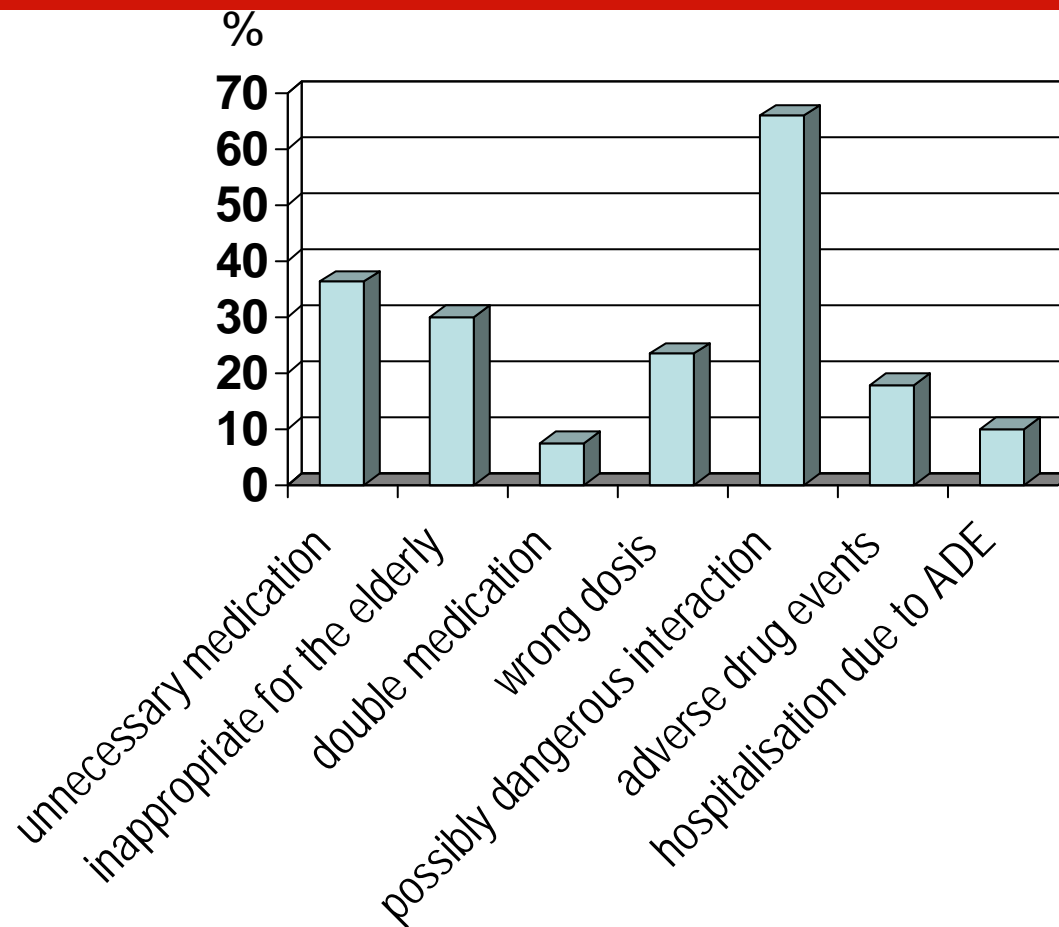
¹ Austrian Health Report. ÖBIG 2010

² Taché, Sönnichsen, Ashcroft. Ann Pharmacother 2011

³ Thompson. Ann Pharmacother 2007

Polypharmazie führt zu unnötigen Spitalsaufnahmen

543 patients admitted to the hospital, taking a mean of 7.5 drugs.....

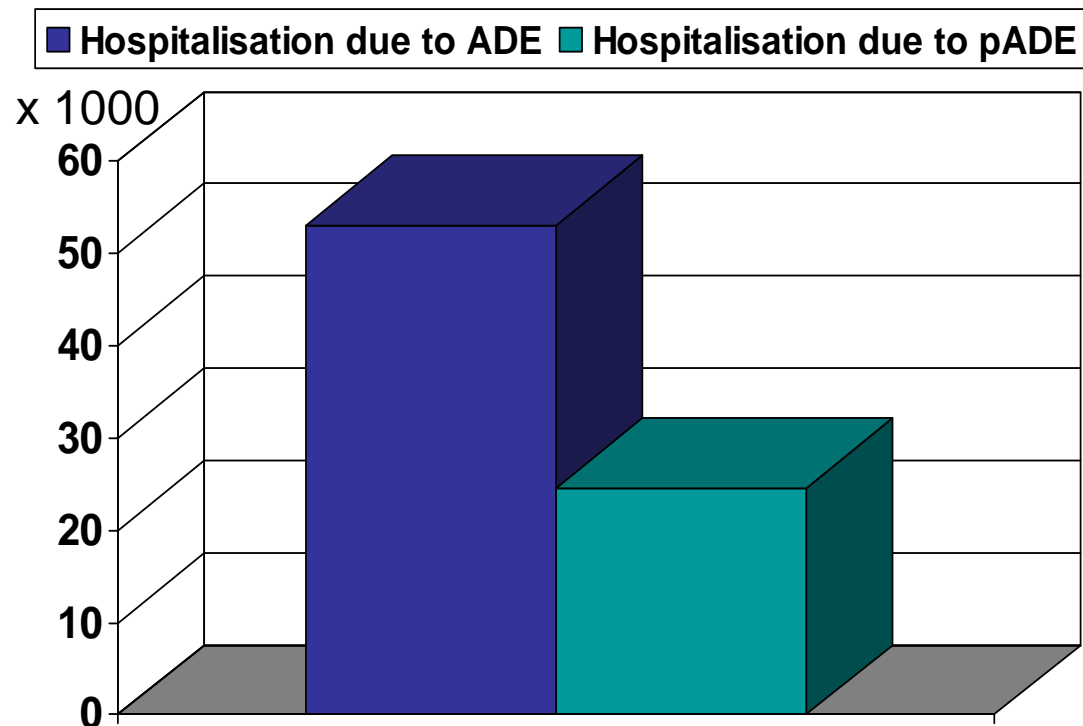


These patients were dismissed from the hospital on a mean of 8.5 drugs

Schuler et al WKliWo 2008; 120:733

Why focus on medication errors in primary care?

2.22 Million Austrians are hospitalised per year, about 0.9 million unplanned¹



5.6% of unplanned hospital admissions are due to ADEs²

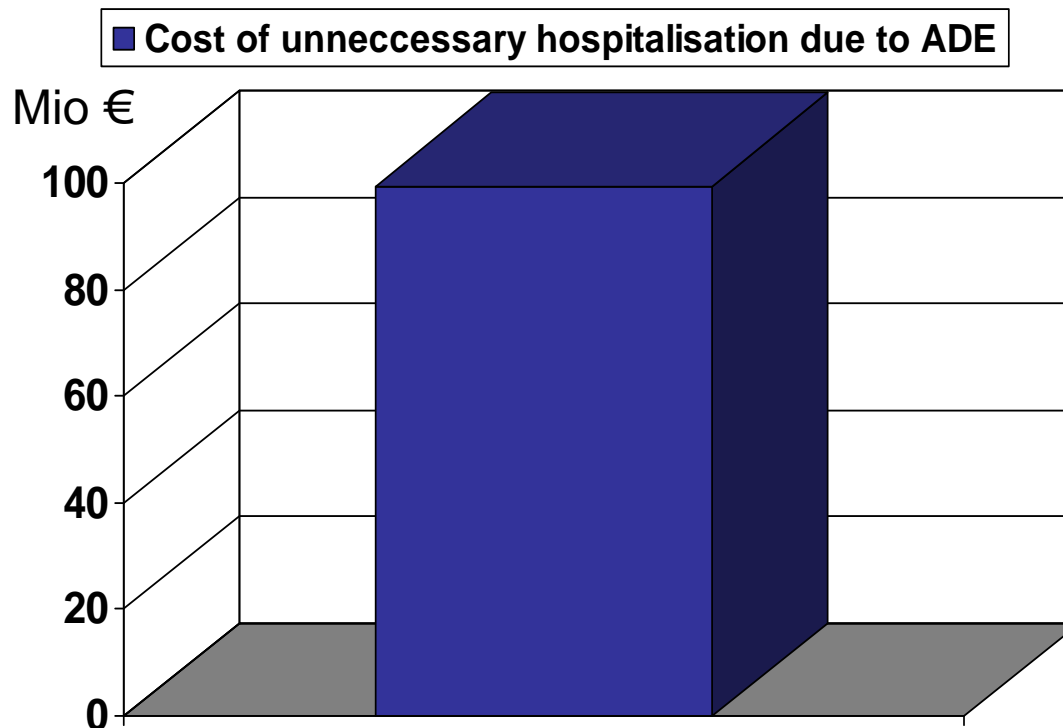
46.5% of these admissions are preventable²

¹ Austrian Health Report. ÖBIG 2010

² Leendertse et al. Frequency of Preventable ADE-related Hospital Admissions in the Netherl. Arch Int Med 2008

Why focus on medication errors in primary care?

25000 unnecessary hospital admissions per year



Drugs most commonly associated with preventable hospitalizations

• Antiplatelet drugs	16 %
• Diuretics	16 %
• NSAIDs	11 %
• Anticoagulants	8 %
• Opioids	5 %
• Beta-blockers	5 %
• ACE/ATR	4 %
• Diabetes drugs	<u>4 %</u>
	69 %

Howard RL et al. Br J Clin Pharmacol 2007;63:136-47

Gesundheitsökonomische Aspekte

- durch einfachen Medication-Review können bei Patienten mit Polypharmazie 1,5 Medikamente abgesetzt werden
- hierdurch kommt es zu einer Einsparung von 27\$/Monat
- Österreich hat 8 Mio Einwohner
- 15% der Bevölkerung ist > 65 Jahre alt (1,2 Mio)
- > 25% der über 65jährigen sind Polypharmaziepatienten (0,3 Mio)
- Einsparpotential 0,3 Millionen x 27\$/Monat =
8 Millionen \$/Monat

Williams et al. J Am Geriatr Soc 2004;52:93

Neue Strategien zur Prävention von Medikationsfehlern und Polypharmazie

- Kein direkter Facharztzugang
- Aufwertung der Hausarztrolle
- Bessere Ausbildung der Allgemeinmediziner
- Unabhängige Leitlinien
- Adaptierte Leitlinien für Multimorbidität, Polypharmazie und ältere Menschen
- Honorierung des Medication Reviews (Beispiel Reformpoolprojekt Kärnten)
- Qualitätsindikatoren und P4P
- electronic Decision Support



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

