



CHARITÉ

UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung – Realität und Vision aus hausärztlicher Sicht

Vittoria Braun

26.11.2011

- Literatur: Martina Wenker „Fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle ambulant und stationär“ – Vortrag zum 112. Ärztetag, 2009
Ferdinand Gerlach: „Der Hausarzt der Zukunft ist Teamplayer“, Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 4/11, 14. Jahrgang
Die Rolle des Hausarztes in der integrierten Versorgung, Drucksache 16/6339, Deutscher Bundestag – 16. Wahlperiode

Agenda

- Ausgangssituation:
Realität der ambulant-stationären Versorgung in Deutschland
- gesetzliche Grundlagen
- ein Beispiel zur Verbesserung der medikamentösen Behandlung von Herzinsuffizienzpatienten
- Möglichkeiten der Optimierung ambulant-stationärer Versorgung

Realität der ambulant-stationären Versorgung in Deutschland

Nebeneinander ärztl. Tätigkeit im ambulanten Haus- und Facharztsektor und im Krankenhaussektor

Unzufriedenheit von Ärzten und Patienten

unangemessene Stellung der Prävention; zu geringe Eigenverantwortung der Patienten

Zweiklassenmedizin, Beeinträchtigung ärztlicher Haltung, unakzeptable Wartezeiten für ambulant diagnostische Leistungen, keine ausreichende Patientensicherheit, inadäquate Transparenz medizinischer Leistungen

Über- Unter- und Fehlversorgung, Kooperations- und Kommunikationsdefizite, z.B. unabgestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen

Honorarunsicherheit, wirtschaftliches Risiko; unangemessene Mittelverteilung

Konkurrenz zwischen Pflegeeinrichtungen, Palliativmedizinern und Hospizen, unstrukturierte Einbeziehung der Vertreter der Heilhilfsberufe in Betreuungsprozess

nicht durchgängiges Qualitäts- und Fehlermanagement, keine einheitlichen Bewertungsmaßstäbe

Panikattacke. Vor einem Jahr war sie aufgrund einer bekannten Polymyalgia unter dem Verdacht einer Arteriitis temporalis mit Muskelschmerz, unklarer Temperaturerhöhung und erhöhten Entzündungsparametern im Krankenhaus Hedwigshöhe mit Prednisolon behandelt worden. Zur Sekundärprophylaxe bei absoluter Arrhythmie bei Vorhofflimmern und biologischer Herzklappe ist Frau Liebmann mit Marcumar suffizient oral antikoaguliert.

Im zerebralen CT bei Aufnahme war keine Ischämie und keine Blutung abgrenzbar. Labordiagnostisch waren die Entzündungsparameter (CRP sowie Blutsenkungsgeschwindigkeit) im Normbereich. In der dopplersonographischen Untersuchung zeigten sich keine höhergradigen Stenosen, im EEG ließ sich keine erhöhte zerebrale Erregbarkeit feststellen. Wir gehen von einer Amaurosis fugax aus und empfehlen die Weiterführung der Antikoagulation.

Scores: NIHSS bei Aufnahme/ Entlassung: 0/0

Letzte Medikation: Metformin 500 1/2-1/2-1/2
Digitoxin 0.07 1-0-0
Bisoprolol 5 1-0-1
Enalapril 20 1-0-1
Thyroxin 50 1-0-0
Amlodipin 5 1-0-0
Spironolacton 25 1-0-0
Prednisolon 2.5 1-0-0
Vigantolekten 1-0-0
Marcumar nach Wert (Ziel INR 2-3)
Magnesium verla 1-1-1
Cefpodoxin 200 1-0-1 (seit 20.5.)

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Realität der ambulant-stationären Versorgung in Deutschland

Nebeneinander ärztl. Tätigkeit im ambulanten Haus- und Facharztsektor und im Krankenhaussektor

Unzufriedenheit von Ärzten und Patienten

unangemessene Stellung der Prävention; zu geringe Eigenverantwortung der Patienten

Zweiklassenmedizin, Beeinträchtigung ärztlicher Haltung, unakzeptable Wartezeiten für ambulante diagnostische Leistungen, keine ausreichende Patientensicherheit, inadäquate Transparenz medizinischer Leistungen

Über- Unter- und Fehlversorgung, Kooperations- und Kommunikationsdefizite, z.B. unabgestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen

Honorarunsicherheit, wirtschaftliches Risiko; unangemessene Mittelverteilung

Konkurrenz zwischen Pflegeeinrichtungen, Palliativmedizinern und Hospizen, unstrukturierte Einbeziehung der Vertreter der Heilhilfsberufe in Betreuungsprozess

nicht durchgängiges Qualitäts- und Fehlermanagement, keine einheitlichen Bewertungsmaßstäbe

Relevante gesetzliche Grundlagen

- Möglichkeit zur Etablierung von Medizinischen Versorgungszentren (§ 73c, der mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 in das SGB V einging)
- § 116 b Öffnung der Krankenhäuser zur Ergänzung der ambulanten Versorgung

**Beispiel zur Verbesserung der
medikamentösen Behandlung von
herzinsuffizienten Patienten unter
Zuhilfenahme neuer Strukturen**

Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz in der hausärztlichen Praxis



Hypothesen

- Prozess der Leitlinien-Implementierung im MVZ durch günstigere Voraussetzungen leichter realisierbar
- Hausärzte eines großen MVZ erreichen einen höheren Grad der adäquaten Versorgung als Allgemeinärzte aus Einzelpraxen

Methodik

Projektphasen in Monaten			
Juni-August 2006	September 2006 – Mai 2007	Juni 2007 – Mai 2008	Juni 2008 – Aug. 2008
Planungs-Phase, Rekrutierung von Hausarztpraxen, Infotreffen der beteiligten Ärzte			
	Istzustandserhebung, Patientenbefragung, Entwicklung des Reminder-System		
		Interventionsphase, Anwendung des Reminder-System	
			Datenauswertung Pat.- u. Arztbefragungen

Systolische Herzinsuffizienz			Diastolische Herzinsuffizienz
NYHA I	NYHA II	NYHA III - IV ²	
ACE-Hemmer, nach Myokardinfarkt β-Rezeptorenblocker	ACE-Hemmer (A) bei Intoleranz AT ₁ -Blocker;		Kontrolle Hypertonus (A)
	β-Rezeptorenblocker (A) (Bisoprolol, Carvedilol und Metoprololsuccinat); symptomatisch bei Flüssigkeitsretention Diuretika (Thiazide u./o. Schleifendiuretika) (A)		ACE-Hemmer, bei Intoleranz AT ₁ -Blocker (C)
		Spirolonaktin niedrig dosiert (A) Cave Hyperkaliaemie	β-Rezeptorenblocker (C)
	Symptomatisch bei gleichzeitigem VHF: orale Antikoagulation gemäß Risikoabwägung; ggf. + Digitalisglykoside (Kontrolle der Ruhe- frequenz!); β-Blockertherapie fort- setzen (B)		Nitrate und Diuretika (langsam einschleichen) (C)

²⁾ Kooperation mit Kardiologen anstreben

nichtmedikamentöse Therapie:

- körperliches Training (A)
- Salzrestriktion (nicht nachsalzen) (C)
- Lebensstilmodifikation (C)
- jährlich Gripeschutzimpfungen (C)
- Pneumokokkenimpfungen alle 6 Jahre (C)

Stärke der Empfehlungen:

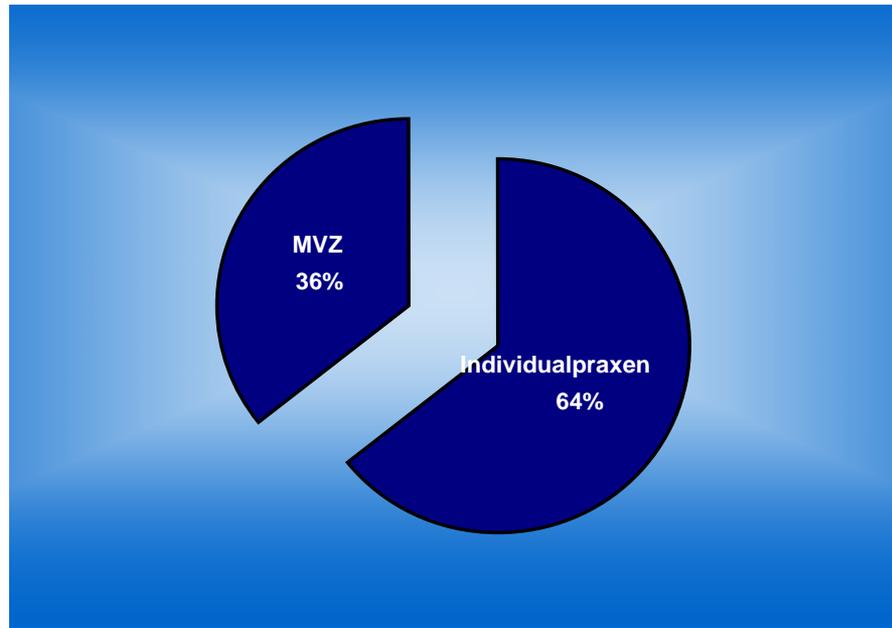
- (A) basiert auf wissenschaftlichen Studien hoher Qualität
- (B) basiert auf sonstigen Studien
- (C) basiert auf Konsensusaussagen oder Expertenurteilen

Ergebnisse

bis zum 10.02.2008 rekrutierte PatientInnen aus beiden Untersuchungsphasen: **294**

davon n=105 aus MVZ (12 angestellte Hausärzte)

n=189 aus Einzelpraxen (11 Niedergelassene)



Diagnostik der Herzinsuffizienz-Patienten: Durchführung einer Echokardiographie

	Individual praxen	MVZ	Gesamt
Patienten N	189	105	294
Durchgeführte Echos Anzahl %	160 84,7%	100 95,2%	260 88,4%

Die Differenz des Anteils von Patienten mit echokardiographischer Untersuchung ist signifikant ($p=0,003$)

Medikamentöse Therapie (β -Blocker) bei Herzinsuffizienz-Patienten NYHA II-IV

Ist-Phase: Unterschiede zwischen MVZ und Individualpraxen

			LL-gerechte β -Blocker-Therapie in der Istphase		Gesamt
			nein	ja	
MVZ vs. Individ.-Praxis	Individualpraxen	Anzahl	56 37,6%	93 62,4%	149 100,0%
	MVZ	Anzahl	27 38,0%	44 62,0%	71 100,0%
Gesamt		Anzahl	83 37,7%	137 62,3%	220 100,0%

Der Unterschied der LL-gerechten Therapie zwischen MVZ und Individualpraxen ist nicht signifikant ($p=0,9$ Chi²-Test)

Medikamentöse Therapie (β -Blocker) bei Herzinsuffizienz-Patienten NYHA II-IV

Interventions-Phase: Unterschiede zwischen MVZ und Individualpraxen

			LL-gerechte β -Blocker-Therapie in der Interventionsphase		Gesamt
			nein	ja	
MVZ vs. Individ.-Praxis	Individualpraxen	Anzahl	19 17,8%	88 82,2%	107 100,0%
	MVZ	Anzahl	7 18,9%	30 81,1%	37 100,0%
Gesamt		Anzahl	26 18,1%	118 81,9%	144 100,0%

Der Unterschied der LL-gerechten Therapie zwischen MVZ und Individualpraxen ist nicht signifikant ($p=0,9$ Chi²-Test)

Medikamentöse Therapie mit Aldosteronantagonisten bei Herzinsuffizienz-Patienten NYHA III-IV

Ist-Phase: Unterschiede zwischen MVZ und Individualpraxen

			LL-gerechte Aldosteronantagonisten in der Ist-Phase		Gesamt
			nein	ja	
MVZ vs. Individ.-Praxis	Individualpraxen	Anzahl	19 65,5%	10 34,5%	29 100,0%
	MVZ	Anzahl	13 86,7%	2 13,3%	15 100,0%
Gesamt		Anzahl	32 72,7%	12 27,3%	44 100,0%

Aufgrund der kleinen Anzahl von Patienten mit NYHA III-IV hat der statistische Test eine geringe Power.

Medikamentöse Therapie mit Aldosteronantagonisten bei Herzinsuffizienz-Patienten NYHA III-IV

Interventions-Phase: Unterschiede zwischen MVZ und Individualpraxen

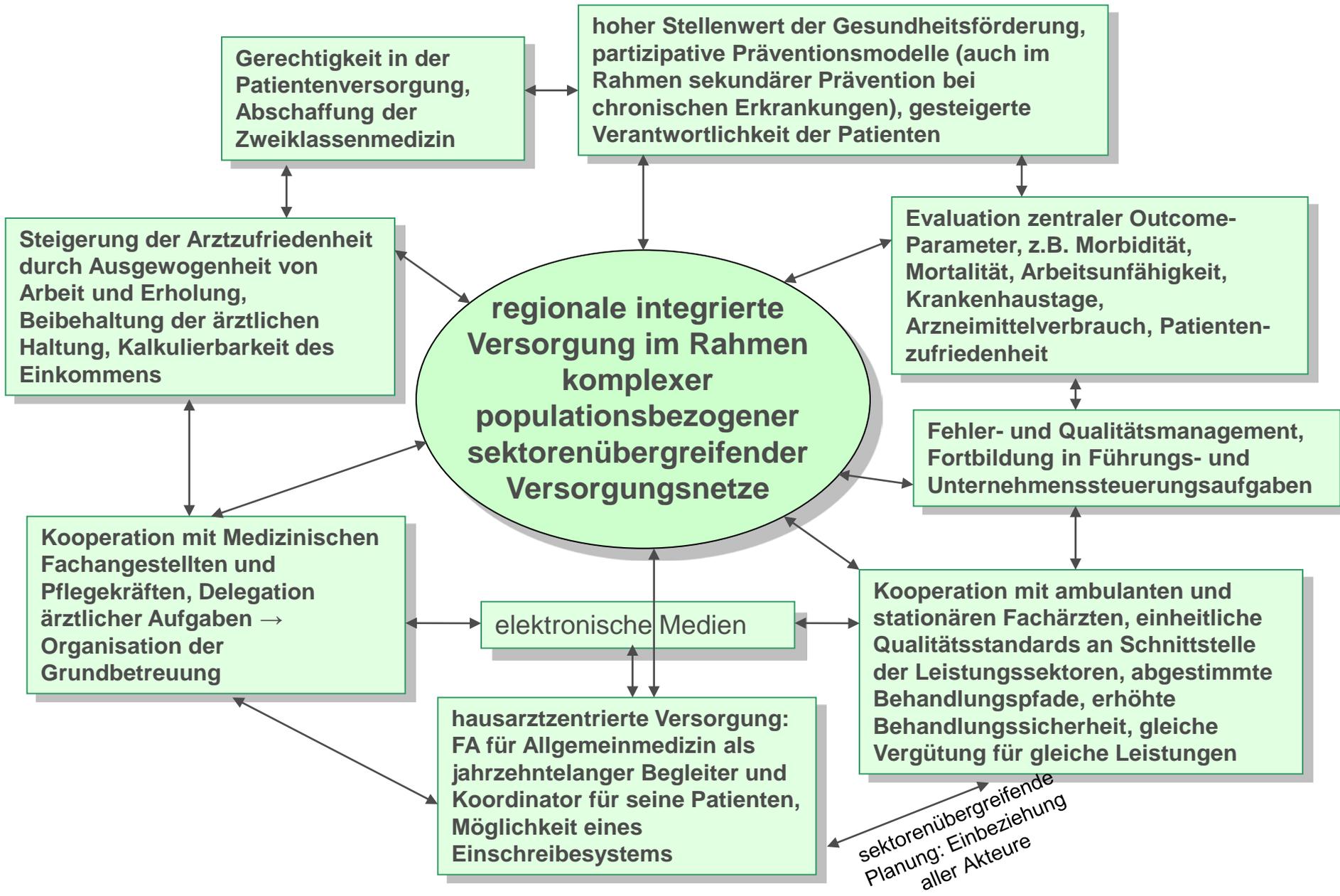
			LL-gerechte Aldosteronantagonisten-Therapie in der Interventionsphase		Gesamt
			nein	ja	
MVZ vs. Individ.-Praxis	Individualpraxen	Anzahl	10 41,7%	14 58,3%	24 100,0%
	MVZ	Anzahl	5 71,4%	2 28,6%	7 100,0%
Gesamt		Anzahl	15 48,4%	16 51,6%	31 100,0%

Aufgrund der kleinen Anzahl von Patienten mit NYHA III-IV hat der statistische Test eine geringe Power.

Zusammenfassung

- Hausärzte eines MVZ erreichen im Vergleich zu in Individualpraxen tätigen Allgemeinärzten keine leitliniengerechtere Pharmakotherapie herzinsuffizienter Patienten.
- Die Etablierung von Erinnerungssystemen zur Implementierung von Leitlinien erwies sich als erfolgreich.

Optimierung ambulant-stationärer Versorgung

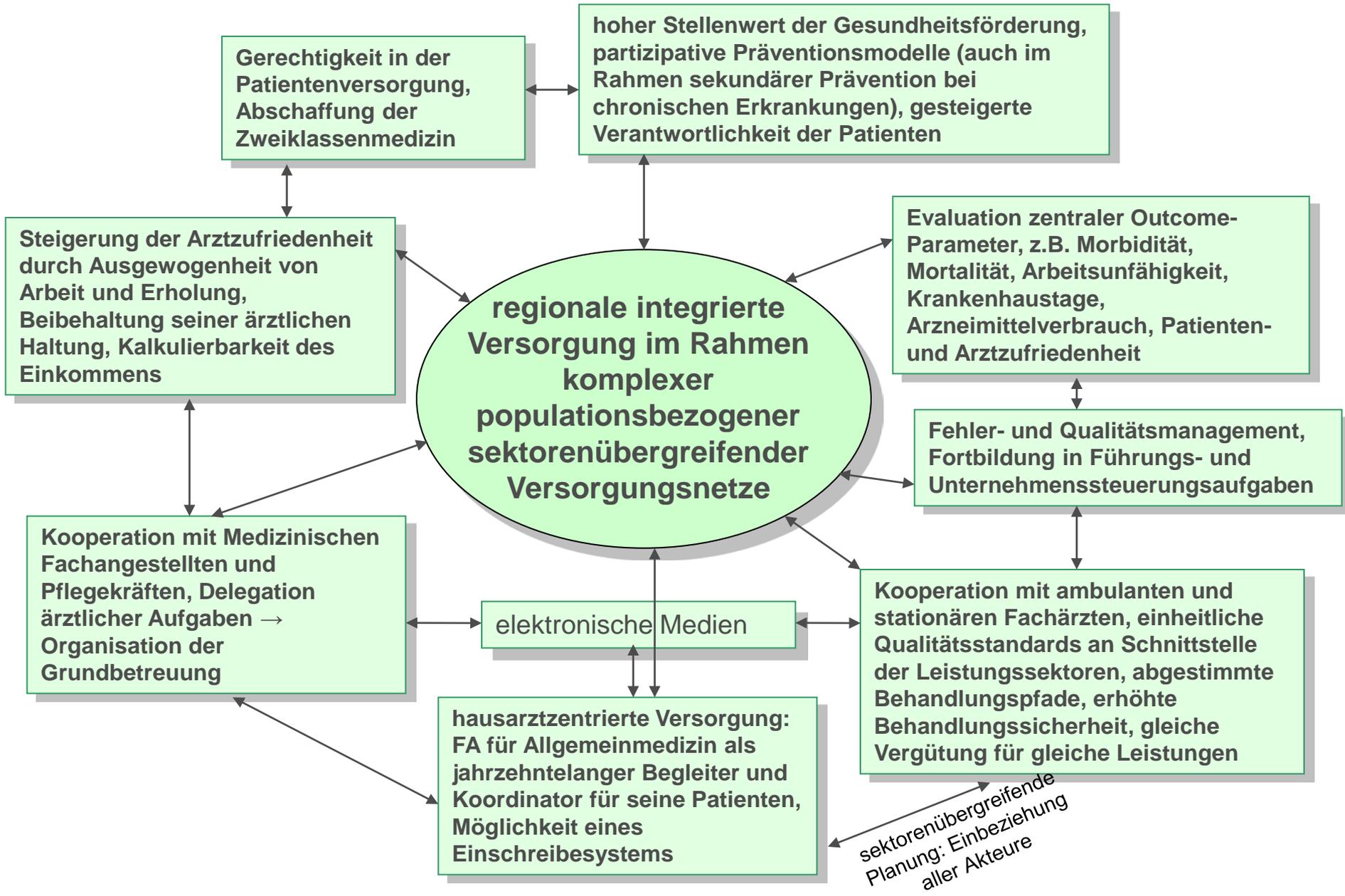


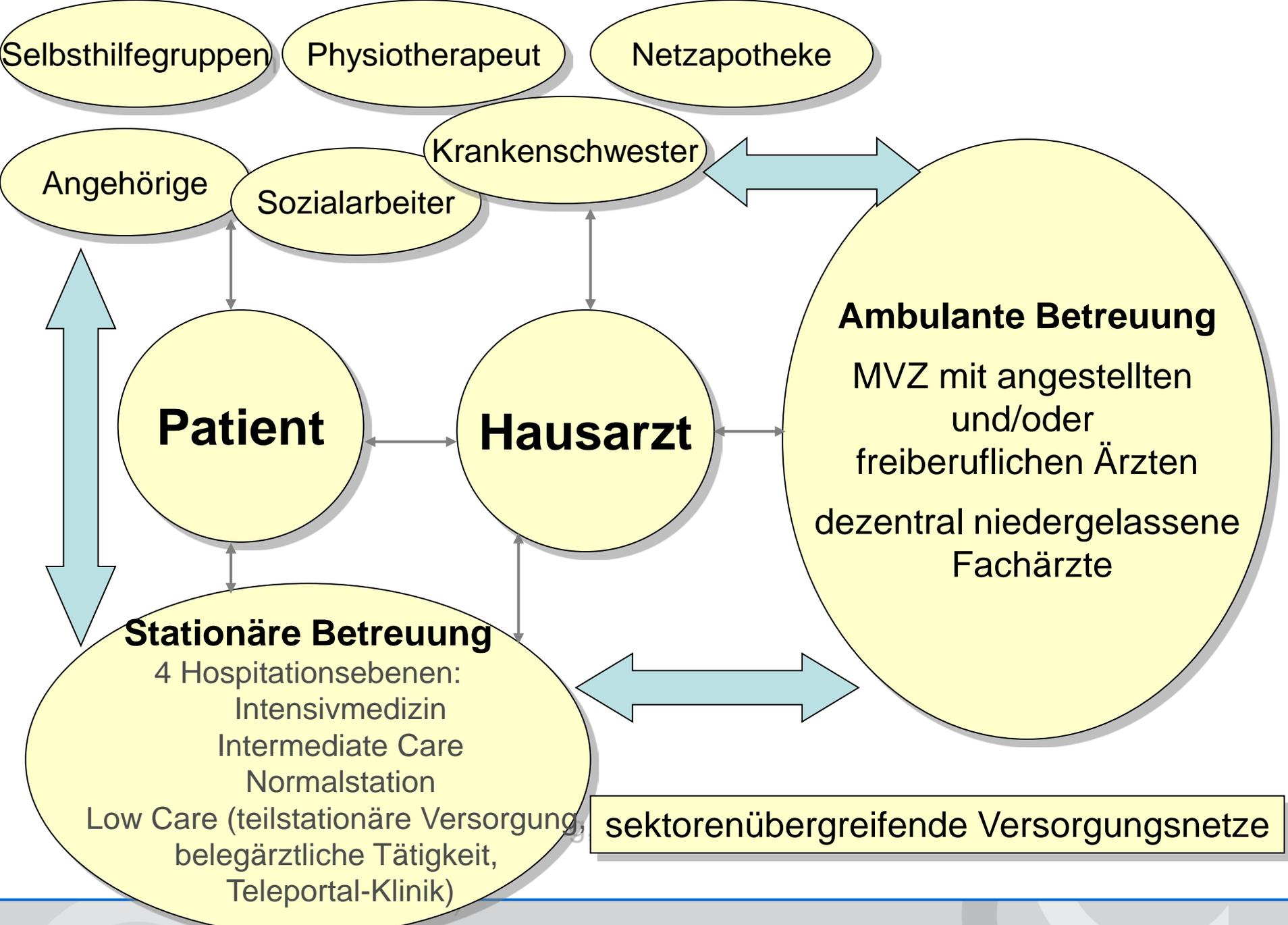
Langzeitbehandlung chronisch Kranker

ist die prophylaktisch orientierte lebensbegleitende umfassende Versorgung der Patienten in Kenntnis ihrer familienanamnestischen Belastung und sozialen Situation.

Hausärzte kennen „ihre“ Patienten über Jahrzehnte, können die Verfügbarkeit salutogener Ressourcen einschätzen, sind in der Lage, ein vertrauensvolles und stabiles Arzt-Patient-Verhältnis aufzubauen und aufrechtzuerhalten, das wiederum die Voraussetzung für eine aktive Mitwirkung der PatientInnen ist.

Optimierung ambulant-stationärer Versorgung





Vielen Dank für Ihr Interesse!

Umfassende Versorgungseinheit (finanziert über Jahrespauschale)

- 4 Hospitationsebenen:
 - Intensivmedizin
 - Intermediate Care
 - Normalstation
 - Low Care (teilstationäre Versorgung, belegärztliche Tätigkeit, Teleportal-Klinik)
- angeschlossenes MVZ mit angestellten oder frei beruflichen Ärzten
- dezentral niedergelassene Haus- und Fachärzte
- gesamtes Spektrum pflegerischer Tätigkeit
- Leistungserbringer im Bereich der Heilmittel, z.B. Physiotherapie
- Fachkräfte für präventive Maßnahmen
- Verbindung zu Institutionen der sozialen Arbeit und der Selbsthilfe
- Netzapotheker

Die Rolle des Hausarztes in der integrierten Versorgung, Drucksache 16/6339, Deutscher Bundestag – 16. Wahlperiode, Pkt. 400