



**GRUNDGEDANKE UND PRAKTIKUM
DER PRÄVENTION UND SCREENING
UNGARISCHE UND INTERNATIONALE ERFOLGE
DER GRUNDVERSORGUNG**

**Institut für Grundversorgung
Familienmedizin
23.02.2023.
Dr. Beáta Ruzsa**

Familienmedizin – eine selbstständige Disziplin (I)

- eigenständiger Bereich der Allgemeinmedizin
- persönliche, umfassende, kontinuierliche Versorgung
- unabhängig vom Lebensalter, Geschlecht und Gesundheitszustand
- es ist familienzentriert und gemeinschaftsorientiert, zusätzlich respektiert auch die Autonomie des Patienten
- Hausärzte vereinigen somatische, psychische, soziale, kulturelle und existentielle Erwägungen in der Praxis
- Diese Kenntnisse und das Zutrauen des Patienten gewinnt der Hausarzt von Visite zu Visite stufenweise

Familienmedizin – eine selbstständige Disziplin (II)

- Durch ihre gesundheitsförderliche, präventive, kurative, palliative Tätigkeiten entwickeln die Hausärzte auch die Gesundheitsverantwortung und das selbst-fürsorgende Verhalten (self-care) in der Praxis.
- Sie entwickeln ihre Fähigkeiten ständig, sowohl für ihre eigene Fachbildung als auch für die Sicherheit der Patienten.
- **Sie sind verantwortlich für die Kontrolle der Patientenzufriedenheit und die Verbesserung der Patientenversorgung.**

Familienmedizin – WONCA TREE

World Organization Of National Colleges, Academies And Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (World Organization Of Family Doctors)



THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE
(Revised 2011)

BUCH ANBIETEN ZUM THEMA:

**Hausärztliche Patientenversorgung (Konzepte – Methoden – Fertigkeiten)
edited by E. Sturm, 2006**

„Hausärztliche Grundversorgung als Chance erkennen“ ist das Motto dieses Buches.

„Es beschreibt die besondere Rolle des Hausarztes in der Patientenversorgung und stellt die ganzheitliche Behandlung des Menschen in den Vordergrund.

Die Darstellung des Hausarztes in seiner Filter- und Steuerfunktion und in der haus- und familienärztlichen Funktion, der Koordinations- und Integrationsfunktion sowie der Gesundheitsbildungsfunktion steht dabei im Mittelpunkt.

Kommunikative Aspekte, Beziehungsaspekte und Interaktionsaspekte werden in diesem Buch besonders hervorgehoben.

Intensiv geht das Buch auf die Bedeutung des Gesundheitsverhaltens und der Selbsthilfe ein.“

Gabriele Müller de Cornejo, Klaus-Dieter Kossow

PRÄVENTION

„Prävention ist im Gesundheitswesen ein Obergriff für zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, **um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern.**“

„Präventive Maßnahmen lassen sich **nach dem Zeitpunkt**, zu dem sie eingesetzt werden, der primären, der sekundären oder der tertiären Prävention zuordnen. Für die Unterscheidung, ob es sich um eine **Maßnahme der primären, sekundären oder tertiären Prävention** handelt, ist entscheidend, in welcher Phase einer drohenden Erkrankung sie ansetzt.“



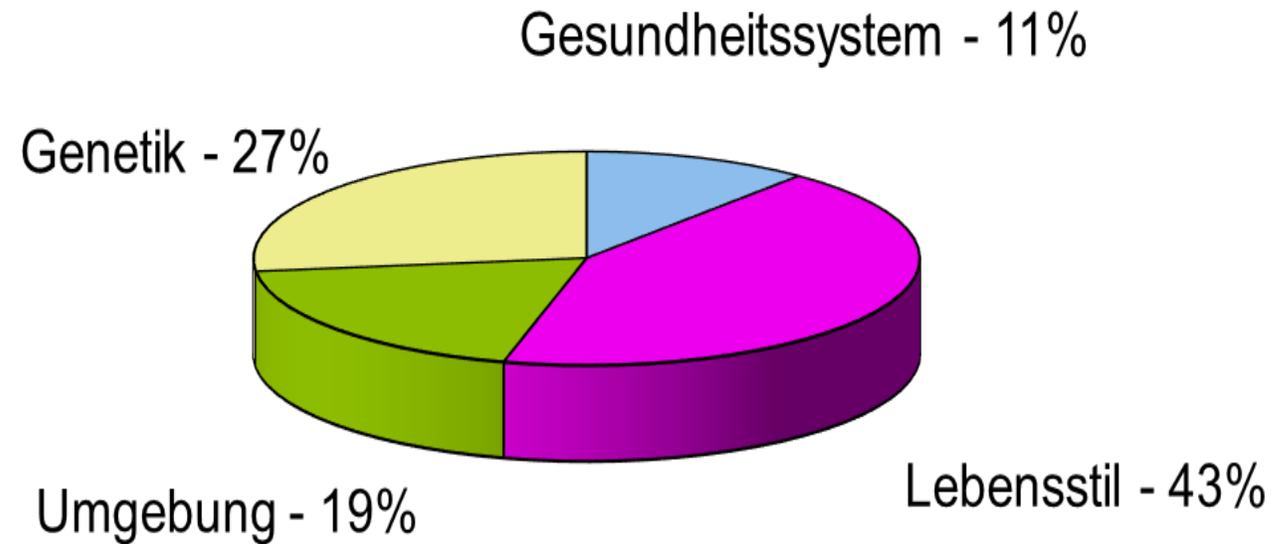
PRÄVENTION

„Präventives Handeln sollte darauf abzielen,
salutogenetische Ressourcen
zu fördern und auszubauen.“

(Abholz, 2004)

FAKTOREN, DIE DEN GESUNDHEITZUSTAND BEEINFLUSSEN

(WHO - WELTGESUNDHEITSORGANISATION)



DIE PRIMÄRE PRÄVENTION

Zielt darauf ab, die Entstehung von Krankheiten zu verhindern

Gerade „Volkskrankheiten“ wie DMT2, oder Herzinfarkt, aber auch Depression können in vielen Fällen durch eine gesundheitsbewusste Lebensweise - unterstützt von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen – vermeiden, verzögert oder im Verlauf günstig beeinflusst werden.

Umfasst die Aufklärung über gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen oder Risikofaktoren

Dazu gehören alle gesundheitsfördernde Maßnahmen:

- **gesunde Ernährung, körperliche Bewegung, Stressabbau**

Durch Impfungen, lassen sich verschiedene schwerwiegende Infektionskrankheiten verhindern:

- **Impfungen** im Kindesalter und vor Urlaubsreisen (nach Impfplan)

DIE SEKUNDÄRE PRÄVENTION

Ist auf **die Früherkennung von Krankheiten** gerichtet

Will das Auftreten bestimmter Krankheiten durch gezielte Maßnahmen verhindern, abschwächen oder hinauszögern

Die **gezielte Krankheitsvorbeugung**

Aufdeckung von Risikoindikatoren

Informierung über Frühsymptome häufiger Gesundheitsstörungen

Wird eine bereits eingetretene Krebserkrankung im Frühstadium entdeckt, handelt es sich um eine Maßnahme der sekundären Prävention im Sinne der Krankheitsfrüherkennung

DIE SEKUNDÄRE PRÄVENTION

Früherkennungsuntersuchungen, Screening können Leben retten

„Wer immer strebend sich bemüht, Den können wir erlösen!“

J. W. von Goethe

DIE TERTIÄRE PRÄVENTION

Hat das Ziel, **Krankheitsfolgen zu mildern**, einen Rückfall bei schon entstandenen Krankheiten zu vermeiden und die **Verschlimmerung der Erkrankung zu verhindern**

Ist **weitgehend identisch mit der medizinischen Rehabilitation**

Komplexe Therapiestrategien von chronischen Erkrankungen

REZIDIVPROPHYLAXE AB FRÜHSTADIUM UND TERTIÄRPRÄVENTION

Erkrankung	Behandlung	Beugt vor
Hypertonie	Blutdrucksenkung (an Lebensweise, Medikamente, Operative Eingriffe, Compliance, Adherence zu denken)	Schlaganfall
Vorhofflimmern	Antikoagulantien (INR – Messung, Compliance, Therapietreue zu erheben)	Hirnembolie



DIE QUARTIÄRPRÄVENTION

Eine Besonderheit

Bedeutet eine Verhinderung von Überversorgung

Verhältnis von Nutzen und Schaden („risk – cost – benefit analysis“)

NUTZEN VON FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN

Normalerweise wird eine Untersuchung durchgeführt, um die Ursache für bestimmte Beschwerden zu finden

Screening richtet sich dagegen an Menschen, die sich noch nicht krank fühlen (in einem beschwerdefreiem Stadium)

Das Ziel ist bei der Screening, Erkrankungen früh zu diagnostizieren

Dies hat den Vorteil, daß man die Erkrankung früher behandeln kann

Es ist aber nur dann sinnvoll, wenn sie zu besseren Ergebnissen führt als eine später einsetzende Therapie

Das Angebot an Screening – Untersuchungen ist groß, aber diese Untersuchungen sollen wir mit wissenschaftlichen Hintergründe empfehlen

KANN FRÜHERKENNUNG AUCH SCHADEN?

Jede Früherkennungs-, und jede Vorsorgeuntersuchung kann auch schaden.

So belastet eine Röntgenuntersuchung den Körper mit Strahlung, eine Darmspiegelung kann zu Blutungen führen.

Empfeht der Arzt solche Untersuchungen, deren Nutzen erwiesenermaßen größer ist als ihr Schaden

Die **WHO** betont, daß es nicht automatisch von Vorteil ist, eine Krankheit früh zu entdecken.

Wenn eine frühe Diagnose mit anschließender Behandlung nicht zu besseren Ergebnissen führt als eine späte, verlängert eine frühe Diagnose nur die Zeit, in der jemand in Sorge lebt und behandelt wird – und zwar unnötig, denn dann hat die frühere Behandlung für ihn kein Vorteil.

Strategien in der Prävention

I. **Universelle Prävention** – diese Strategie ist als flächendeckende präventive Intervention bezeichnet, die auf die gesamte Bevölkerung zielt (einen gesunden Lebensstil führen mit Schadenverhütung)

II. **Zielgruppenspezifische Prävention** - gezielte Segmente der Bevölkerung werden angesprochen

A, **Selektive Prävention** – identifizieren die Personengruppen, die Risikofaktoren aufweisen, aber noch nicht erkrankt sind

B, **Gezielte Prävention** – beschäftigt sich mit Patienten, bei denen bereits Vorstufen der Erkrankung aufgetreten sind (sie brauchen eine Betreuung, und eine Behandlung)

Primärkanal:

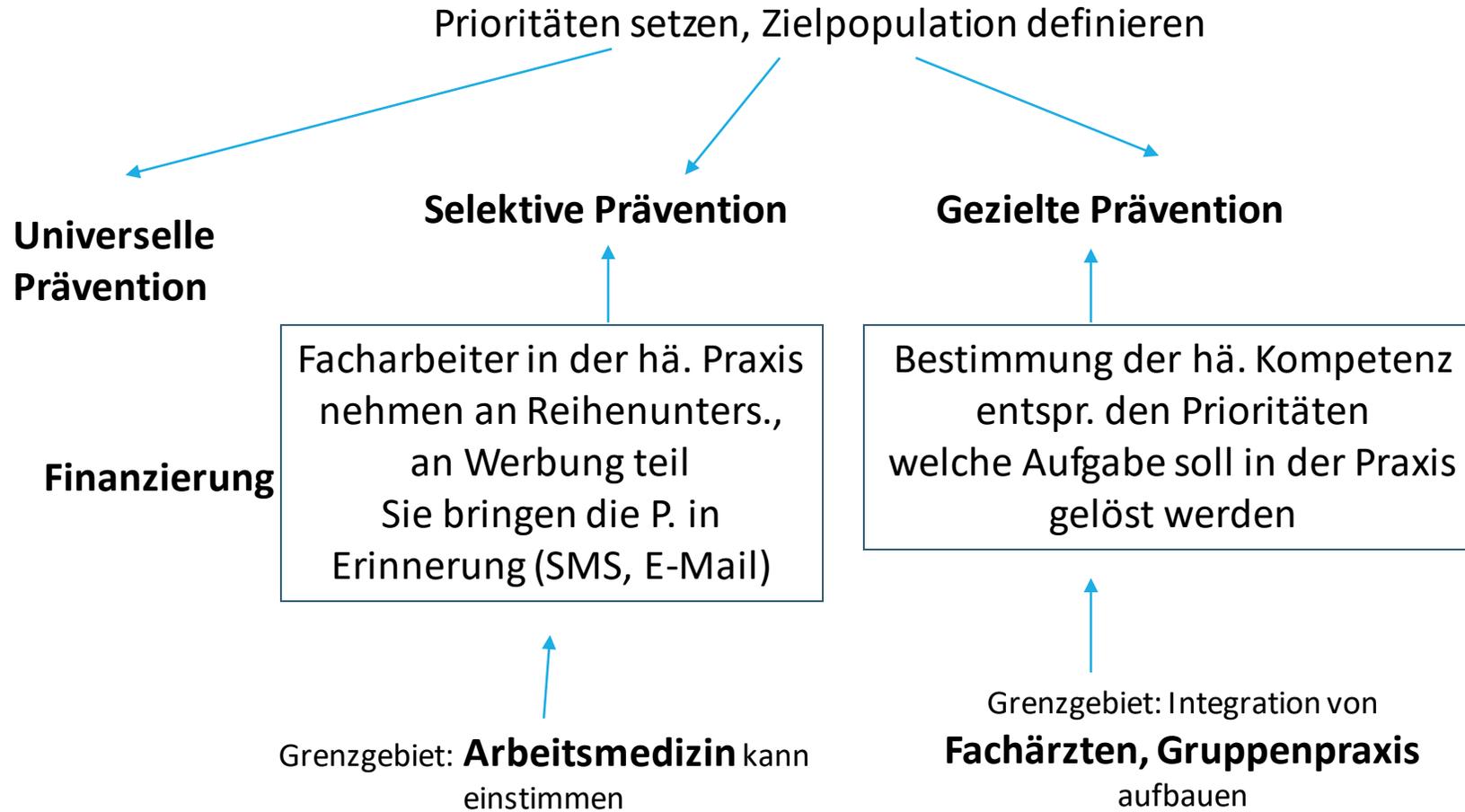
Massenmedien
Edukation
Massenbeköstigung
Trinkwasserversorgung
und -qualität
Produktsteuer

Gesundheitssystem

Gesundheitssystem

Die hausärztlichen kardiozerebrovaskulären Reihenuntersuchungen und Betreuungstätigkeiten spielen eine bedeutende Rolle in der Reduktion der Mortalität, aber es gibt einen Unterschied in Wirksamkeit zwischen Praxis und Praxis.

Voraussichtliche Lebensdauer - Erhebungen



- **Aufklärung der Patienten:** Welche Reihenuntersuchungen sind in der Nähe erreichbar.
- **Befunde** ausgeben und erklären.
- **Sprechen** über die gesunde Lebensweise und lokale Aktivitäten, Möglichkeiten.
- **Wir sollen mit gutem Beispiel vorangehen.**

DER HAUSARZT

„Der Hausarzt leitet jeden Patienten lebenslänglich zu primärer, sekundärer und tertiärer Individualprophylaxe an, damit dieser seine Risiken abbaut und salutogenen Ressourcen verstärkt, entwickelt und einsetzt.“

P. Kokott, M. und E. Sturm

Aufgaben:

Lebenslang zur Prävention anleiten, Früherkennung und Frühbehandlung durchführen

Krankheitsentwicklungen schon sehr früh erkennen

Sollte Frühstadien niemals bagatellisieren

Zielführende Diagnostik und Therapie zuführen

Konsequente Langzeitbehandlung durchführen

Benötigen:

Motivierende und pädagogische Fertigkeiten zur **Patientenedukation**

Kenntnisse in der Prävention

Medizinische Grundversorgung:

- **Arztpraxen** (hausärztliche Grundversorgung für Erwachsene und/oder pädiatrische Grundversorgung)
- Medizinische Grundversorgung für **Schüler**
- **Zahnarztpraxen** (zahnärztliche Grundversorgung)
- **Berufshygiene und Arbeitsmedizin, Berufsmedizin**
- „**Fürsorgerin**“ (Fachbereich: Kinderheilkunde und Jugendmedizin)
- **Gemeindeschwester** (ambulante-, Haus-, oder Familienpflege)
- **Hausbesuch, Nachtdienst**

EMPFOHLENE SCREENING UNTERSUCHUNGEN IN UNGARN

Für Erwachsene:

- **Hörtest** 2 - jährlich
- **Sehtest** 2 – jährlich
- **Mundhöhle** – Untersuchung 2 – jährlich
- **Melanoma/Hautkrebs** – Screening jährlich (Dermatologe)
- **Hoden** – Selbstuntersuchung monatlich
- **Prostata** – Screening – ab 50 Jahre jährlich (Urologe:DRU, PSA, US?)
- **Dickdarmkrebs** – Screening – zwischen 50-70 Jahre 2 – jährlich (okkultes Blut im Stuhl, Digital-rektale Untersuchung)
- **Gebärmutterhalskrebs** – Screening – Zytologie und Kolposcopie zwischen 25-65 Jahre 3 – jährlich (jährlich?)
- **Brustkrebs** – Screening – Mammographie – zwischen 45-65 Jahre – 2 – jährlich, Selbstuntersuchung monatlich
- **Diabetes mellitus** - Screening (Findrisk – Fragenbogen, Nüchternblutzucker, OGTT)
- **Depressio-, Dementia** - Screening (Fragenbogen, Uhrentest, MMST)
- **Osteoporose** (DEXA) - Screening

EMPFOHLENE SCREENING UNTERSUCHUNGEN IN UNGARN

Kardiovaskuläre Risikobestimmung:

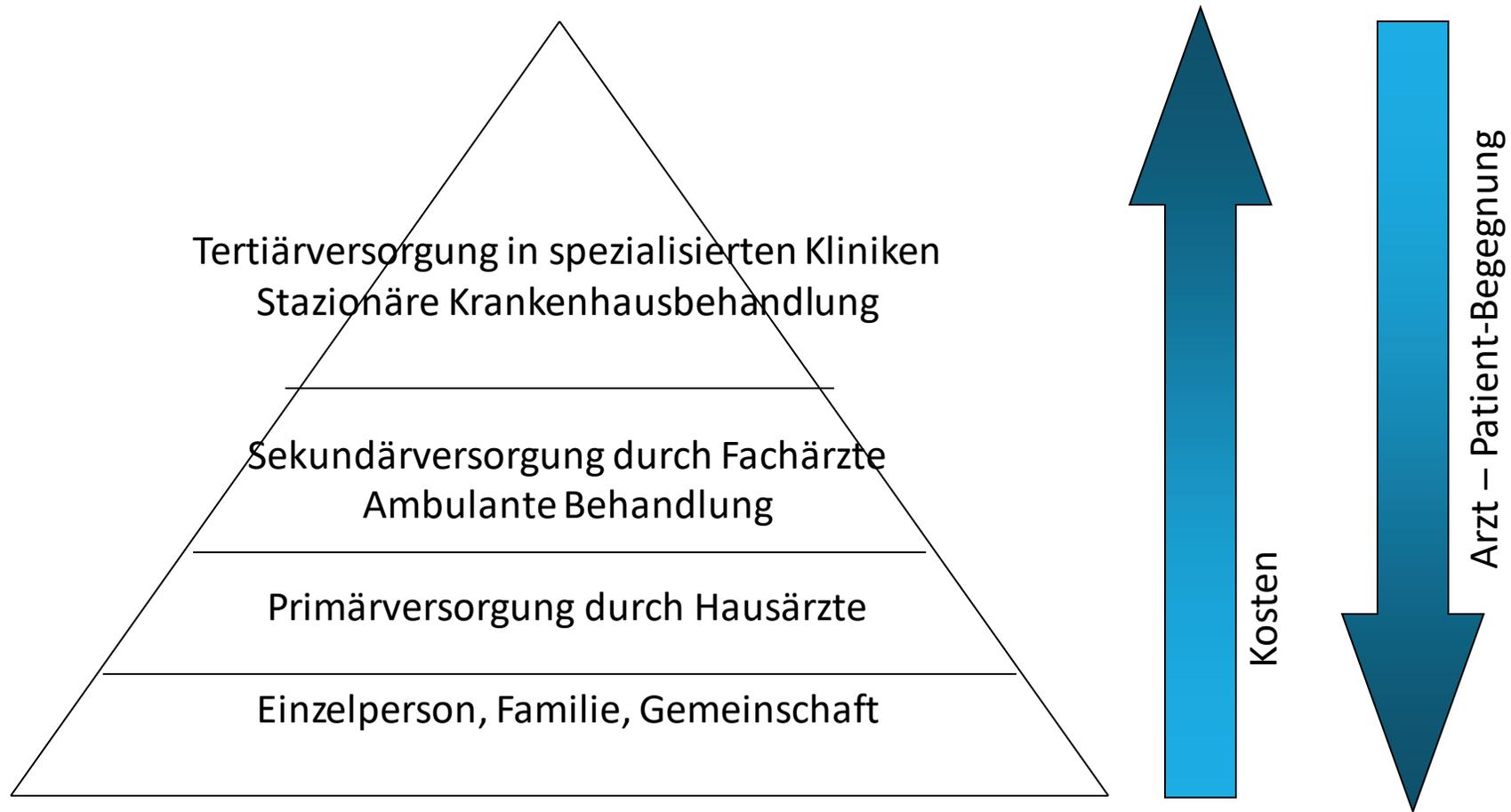
- nach Alter und Geschlecht
- Blutdruckmessung, körperliche Untersuchung, EKG
- Familienanamnese (Todesursachen, plötzlicher Herztod, Erkrankungen)
- Anamnese (Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, körperliche Aktivität)
- körperliche Untersuchung und BMI, Bauchumfangmessung
- Laboratorische Untersuchungen (Blutzucker-, Blutfett-Spiegel, OGTT)

Metabolisches Syndrom – Screening

Framingham Health Study

SCORE – Charts (HeartScore) Risikostratifikation

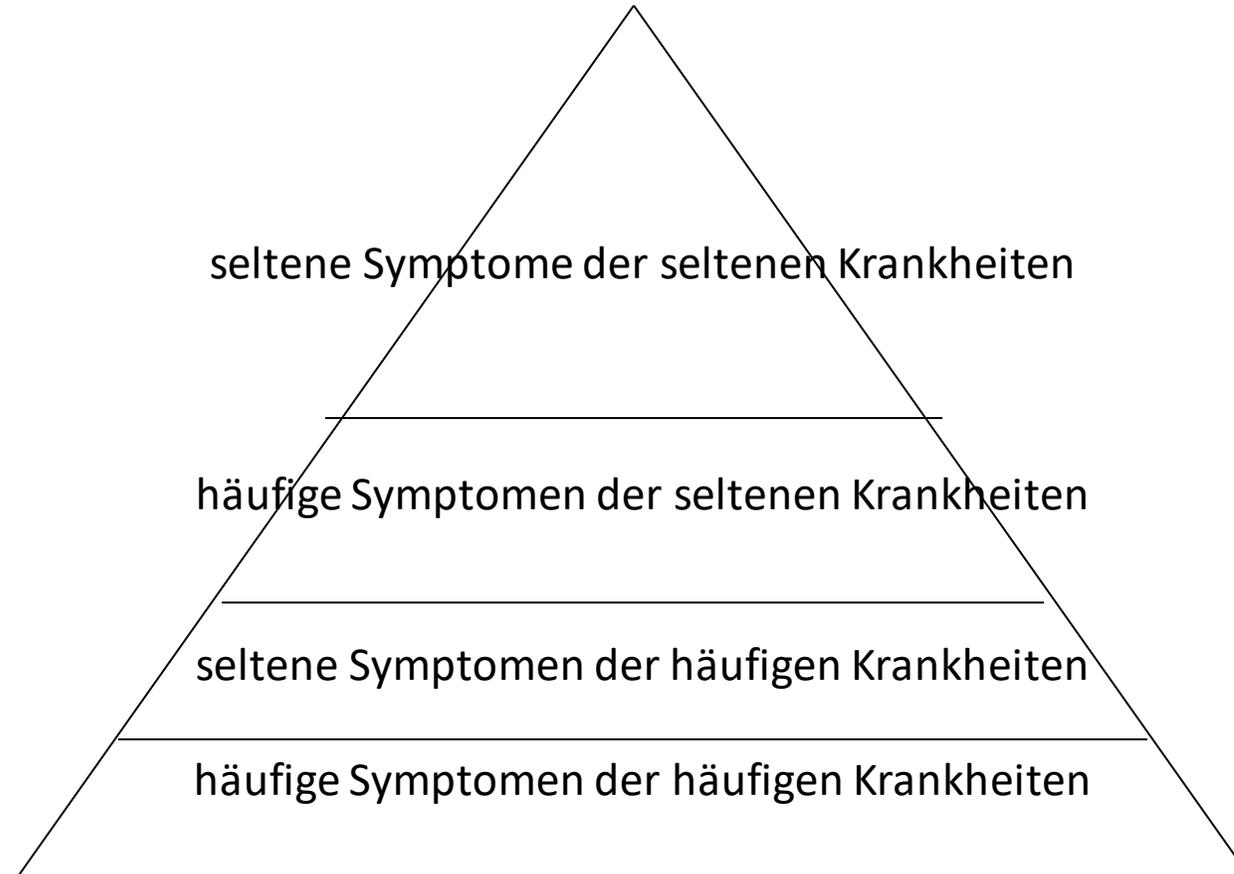
Das Gesundheitssystem



Verfügbarkeit - Fairness – Kontinuität – Kompetenz – Finanzierung

Familienmedizin spielt als „sentinel“ eine Rolle

Die Diagnostik



VOR ALLEM ABHÄNGIGKEIT UND SUCHTVERHALTEN UNTERSUCHEN:

Alkoholmissbrauch

Rauchen

Übergewicht

Stress

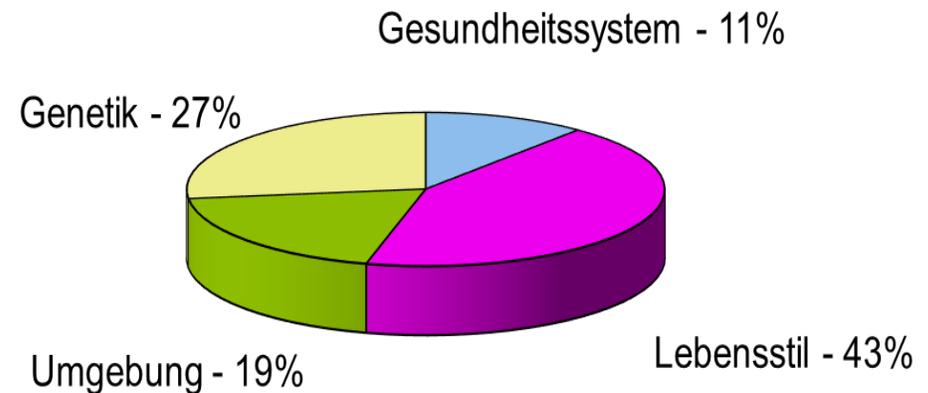
Unphysiologisches Training

Drogenmissbrauch

Risikoreiches Sexualverhalten

Medikamentenmissbrauch

Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen



DIE HÄUFIGSTE TODESURSACHEN (WHO – STATISTIK, 2004)

Die meisten Menschen sterben an Herz- und Infektionskrankheiten sowie Krebs.

Das geht aus einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu den häufigsten Todesursachen hervor.

DIE ZEHN HÄUFIGSTEN TODESURSACHEN:

1. **Herzinfarkt** und andere auf Sauerstoffmangel basierende Herzkrankheiten: 7,2 Millionen (12,2 Prozent)
2. **Schlaganfall** und andere zerebrovaskuläre Krankheiten: 5,7 Millionen (9,7 Prozent)
3. **Lungenentzündung** und andere Infekte der unteren Atemwege: 4,2 Millionen (7,1 Prozent)
4. **Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**: 3 Millionen (5,1 Prozent)
5. **Durchfallerkrankungen**: 2,2 Millionen (3,7 Prozent)
6. **AIDS**: 2 Millionen (3,5 Prozent)
7. **Tuberkulose**: 1,5 Millionen (2,5 Prozent)
8. **Lungen-, Bronchien- und Luftröhrenkrebs**: 1,3 Millionen (2,3 Prozent)
9. **Verkehrsunfälle**: 1,3 Millionen (2,2 Prozent)
10. **Frühgeburt und zu geringes Geburtsgewicht**: 1,2 Millionen (2,0 Prozent)

Die Prozentzahl bezieht sich auf die Gesamtzahl der Toten im Jahr 2004. Das waren 58,8 Millionen.

WHO - STATISTIK ÜBER DIE HÄUFIGSTE TODESURSACHEN

IN 2016

IN 2030

1. **KHK**
2. **Zerebrovask. Erkr.**
3. Infektionen der unteren Atemwege
4. Durchfallerkrankungen
5. Perinat. Erkr., Malformationen
6. COPD
7. Tuberkulose
8. Masern
9. Verkehrsunfälle
10. Lungenkrebs

KHK

Zerebrovask. Erkr.

COPD

Infektion. der unteren Atemwege

Lungenkrebs

Verkehrsunfälle

Tuberkulose

Magenkrebs

HIV, AIDS

Selbstmord

WIE SOLL DER HAUSARZT SEINE PATIENTEN ZU GESUNDHEITSBEWUSSTEM VERHALTEN MOTIVIEREN?

Es gehört zu den schwierigsten Aufgaben des Hausarztes

Dies benötigt viel Geduld und Ausdauer, Kenntnisse über Prävention und ein klares Konzept

Seit über 20 Jahren haben mehrere Arbeitsgruppen in den USA und Mexico über dieses Thema geforscht

Ihre Entdeckung war: **Gesundheitsverhalten ändert sich nicht plötzlich sondern in Stadien**

Patienten brauchen professionelle Unterstützung, z.B. bei der Raucherentwöhnung und der Stressvermeidung

PATIENTEN ÄNDERN IHR VERHALTEN IN STADIEN

Der typische Weg nach Prochaska et al. 1994:

1. Problemverdrängung
2. Nachdenken
3. Vorbereitung
4. Handeln
5. Verhaltensänderung beibehalten

Wenn wir die Faktoren kennen, die Fehlritte oder Rückfälle verursachen, wie z.B. emotionalen Distress, dann können wir Patienten zu helfen zu erkennen, woran sie in ihrem Leben arbeiten müssen.

MOTIVATION

Die Motivation der Patienten folgt **patientenzentrierten Konzept, adaptiert** auf die Besonderheiten der Menschen, jedoch ohne einen Menschen zu stigmatisieren

Der Arzt soll zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens individuell veranlassen und anleiten

Viele Menschen beginnen sich um ihren Gesundheitszustand erst dann sorgen, wenn sie Beschwerden haben

Denn für jeden Menschen

„ist Gewohnheit gewissermaßen seine zweite Natur“

Cicero



MOTIVIERENDE GESPRÄCHE FÜHREN

Verständnis

Autonomie respektieren (Entscheidungsfreiheit geben, Selbstbestimmung bei der Entscheidungsfindung)

Wirksamkeit der hausärztlichen Tätigkeit

Es ist nachgewiesen, dass im Zustandekommen der nationalen Präventionsstrategien die Grundversorgung eine bedeutende Rolle spielt.

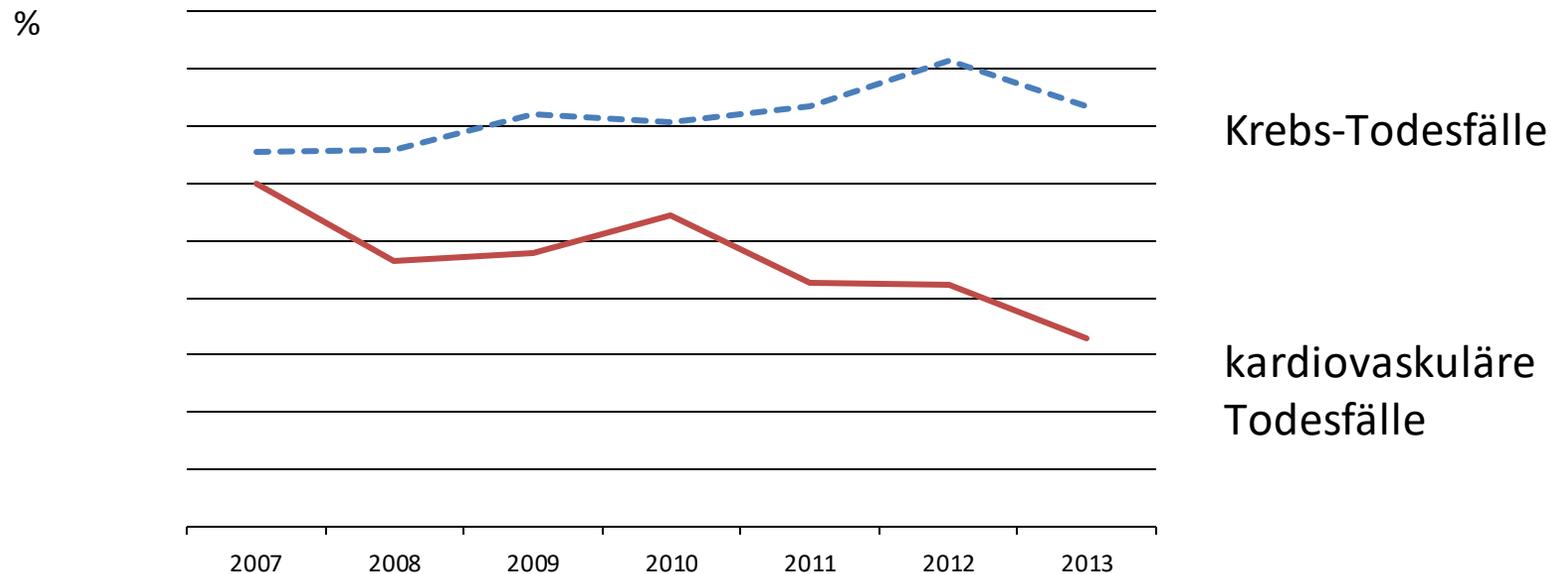
- In einer **in OECD-Ländern** (Organisation For Economic Cooperation And Development Countries) durchgeführte Studie ist es bestätigt, dass die hausärztliche Tätigkeit einen negativen Zusammenhang mit allen Todesursachen, frühen Todesursachen und mit der untersuchten spezifischen Todesursachen (z.B.: Asthma br., Bronchitis chr., Emphysema pulm., Herz-Kreislauf-Erkrankungen) zeigt ¹
- **Gulliford (2002), England:** je mehr Hausärzte arbeiten desto weniger ist die Anzahl der Krankenhausaufnahme (sowohl mit akuten, als auch mit chronischen Erkrankungen) ²
- **Starfield (2005), USA:** Falls die Zahl der Hausärzte, die für 10.000 Einwohner verantwortlich sind, sich um 1 erhöhen würde, sollte sich die Stroke – Mortalität um 1,5 % in einem Jahr vermindern (um 3,6 % - in 3 Jahren) ³

¹Macinko J, Starfield B, Shi L: The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. HSR 2003; 38: 831-865

²Gulliford MC: Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? J. Public Health Med. 2002; 24:252-3

³Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of Primary Care to Health Systems and Health 2005; 83:457–502.

Anzahl der kardiovaskulären, und Krebs-Todesfälle zwischen 2007 und 2013 im Verhältnis der Sterberaten im Jahre 2006



Zwischen 2000-2008:

- **Vermindert** die auf 1000 Todesfälle projizierte Schlaganfall-, und Herzinfarkt-Mortalität um 36,4% und 23,6%
- **die jährliche Therapie** mit Blutdrucksenkern, Antidiabetika und Lipidsenkern erhöht sich signifikant, insgesamt um 110%, 134% und 306%
- **die medikamentöse Behandlung ist häufiger geworden**

QOF (Quality Outcomes Framework - UK)

Der organisatorische Hintergrund

Es ist geregelt:

- **NHS** (National Health System)
 - GMS (General Medical Services)
- **NICE** (The National Institute For Health And Care Excellence)
- **BMA** (British Medical Association)
- **GPC** (General Practitioners Committee)

Quality Outcomes Framework (QOF)

2015/2016 (UK)

Ziel des Programms:

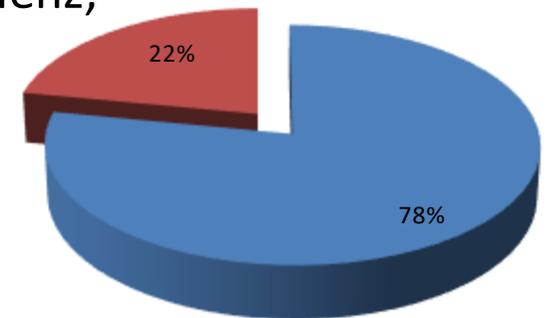
- eine hohe Patientensicherheit und gute Behandlungsqualität zu garantieren
- zur Überprüfung führten sie bestimmte Indikatoren ein

Teilnahme: freiwillig

Richtung:

(die Qualitätsindikatoren (QI) decken diese Krankheitsbilder ab)

- **Klinisches Gebiet (78%):** Vorhofflimmern, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Demenz, Chronische Obstruktive Lungenerkrankung
- **Im Rahmen der Präventivmedizin (22%):** z.B. Rauchen



Bewertung/Finanzierung: Punkt-Pfund Wert (auf die Zielpopulation korrigiert)

QOF - Beispiel:

INDIKATOREN

Punktzahl

Zielbereich

- für Dokumentation:

6

HYP001 – Die Praxis führt ein Register über die Patienten mit Bluthochdruck

- für den Betreuungsprozess:

20

45-80%

HYP006 – Die Proportion der Patienten mit Hypertonie, bei denen letztes Mal ein Blutdruckwert $\leq 150/90$ Hgmm (letztes Jahr) gemessen wurde

BERECHNUNG DER INDIKATOREN:

aktuelle Leistung/potenzielle maximale Leistung x erreichbare Punktzahl x Punktpfund Wert (auf die Zielpopulation korrigiert)

FINANZIERUNG:

Abrechnung - jährlich einmal (am 31.03.)

Budget – 1 Milliarde Pfund

Eine Praxis mit durchschnittlicher Größe und eine Leistung von 50% verdient einen Einnahmenüberschuss von 65.000 Pfund.

Heartwatch Programm – Ireland (2003-2005)

PLANUNG

Zielrichtung:

- sekundäre **kardiovaskuläre Prävention:**

 Patienten nach einem Myocardinfarkt, Patienten nach revaskularisierenden Eingriffen an den Koronargefäßen (PTCA) oder nach einer CABG - OP

Einzug (Auswahl der Patienten):

- 20% der Hausärzte (ungefähr 400 Hausärzte)

Organisation:

- I., National Program Center

(Irish College Of General Practitioners, Ministerium, Herzstiftung, Irish Medical Organisation)

- II., Zentrum für unabhängiges Datenmanagement

- III, Hausarzt – Koordinator, Pflegeschwester – „Facilitator“/Unterstützer

Der Prozess – Heartwatch Programm

- Einzug der hausärztlichen **Praxis** (mit der Hilfe von ICGP – Irish College Of General Practitioners)
- Einen zusätzlichen **Vertrag** schliessen
- Einzug der **Patienten** (falls Einzug von 15 Patienten **Fix Bonus** – ungefähr 375. 000 Ft)
- **Betreuungsvisiten** 4 Mal pro Jahr - **Fix Tarif** – ungefähr 12. 000 Ft, falls komplette Datenlieferung)
- **Depersonalisierte Meldung** in Zeitordnung
- Die Leistung der Praxis ist mit einer **Online-Plattform** verfolgbar

Ergebnisse – Heartwatch Programm

2003-2005

- **das kardiovaskuläre Risiko und die Gesamtmortalität reduzierte** im Vergleich zu der nichtbeteiligten Patienten signifikant
- **die präventiven Massnahmen** hatten gute Auswirkungen auf alle beeinflussbaren Risikofaktoren

PARAMETER	Ergebnis (VERBESSERUNG - %)
RR sys	21%
RR dia	45%
Gesamtchol.	53%
LDL-chol.	51%
BMI	1%
Taillenumfang	0,3%
Körperliche Aktivität	1%
Der Zahl der behand. Einwohner	signifikant
Variabilität der Therapie	26%
Reihenf.unters.-Betreuung bei DM	29%
Mortalität	81 Todesfälle haben sie vermieden
Kostenwirksamkeit	7 987 EUR/gerettetes Lebensjahr = sehr gut

Vergleich QOF – HEARTWATCH Programme

		Methodik		
	Komplexität	Indikatoren	Datenquelle	Bewertung-Motivierung-System
QOF Programm	hochgradig (mehrere klinische Fachgebiete)	evidenzbasierte entwickelt von NICE	hausärztliche Dokumentation	% Erreichung des Zielwertes, korrigiert. Punkt-Pfund-Wert
Heartwatch Programm	niedrig (nur kardiovaskuläre Sek.prävention)	entspr. den Leitlinien der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft	hausärztliche Dokumentation, Online-Plattform	Fix Gebühr für Visiten mit bestimmt. Visitenzahl/Vierteljahr

Vergleich QOF – HEARTWATCH Programme

	VORTEIL	NACHTEIL	PERSPEKTIVE	HERAUSFORDERUNG
QOF	<p>hochgradige Komplexität</p>	<p>Implementierung der evidenzbas. Medizin in der Praxis - besitzt restriktive Faktoren</p>	<p>Bestimmung der Zielwerte statt dem Zielbereich</p>	<p>stillstehende Verbesserung</p>
Heart-watch	<p>Die Finanzierung fördert die P.Einzug und P.Compliance</p>	<p>Engpass der Zielgruppe (20%)</p>	<p>Zielgruppe erweitern z.B. geographisch o. zeitliche Weiterführung</p>	<p>Finanzierung nachzuhalten</p>

Ungarische hausärztliche kardiozerebrovaskuläre Präventionsprogramme

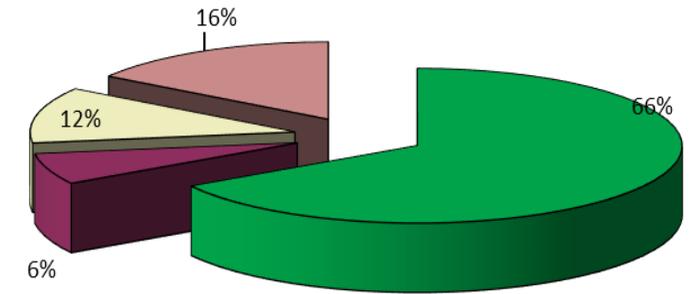
- 1. „Anwendung der kardiozerebrovaskuläre Leitlinie in der hausärztliche Praxis“ - Projekt**
- 2. „Dokumentation der hausärztliche kardiozerebrovaskuläre präventive Tätigkeit“ - Studie**
- 3. „Hausärztliches Präventionsprojekt“ (2005) - Nationale Kasse für Gesundheitsversicherung (früher als OEP genannt, heutzutage NEAK auf Ung.)**
- 4. „Gesunde Stadt Vásárhely Programm“ – Nationales Institut für medizinische Grundversorgung, EGIS Pharmaunternehmen (Kard.vaskuläres Präventionsprojekt in der Grundversorgung)**
- 5. „Bewertung der Qualitätsindikatoren der kardiovask. Krankheiten“ (2010-) - Nationale Kasse für Gesundheitsversicherung (Qualitätsentwicklung)**

„Anwendung der kardiozerebrovaskulären Leitlinie in der hausärztlichen Praxis“ - Projekt

Methodik: **telefonische Befragung** von 124 Hausärzten

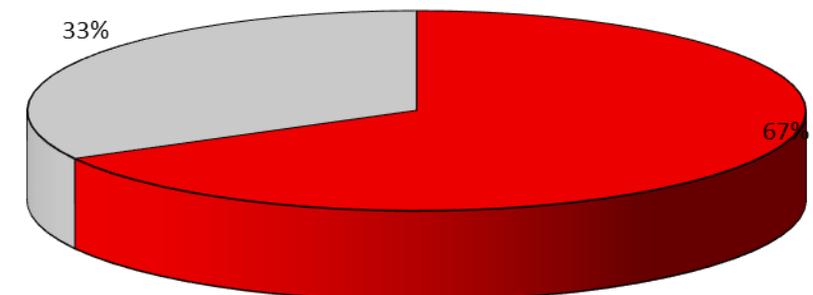
Frage 1: Wie bewerten Sie die gegebene Leitlinie?

- Schnell, einfach überblickbar, verständlich. – 66%
- Ich kenne die Grenzwerte nicht auswendig. – 6%
- Die Therapie ist so kompliziert, dass die Anwendung der Leitlinie nötig ist. - 12%
- Andernfalls. – 16%



Frage 2: Soll die Anwendung der gegebenen Leitlinie mit einer Online-Plattform unterstützt werden?

- Ja – 67%
- Nein – 33%



„Hausärztliche Dokumentation der kardiovaskulären präventiven Tätigkeit“ – Studie (I.)

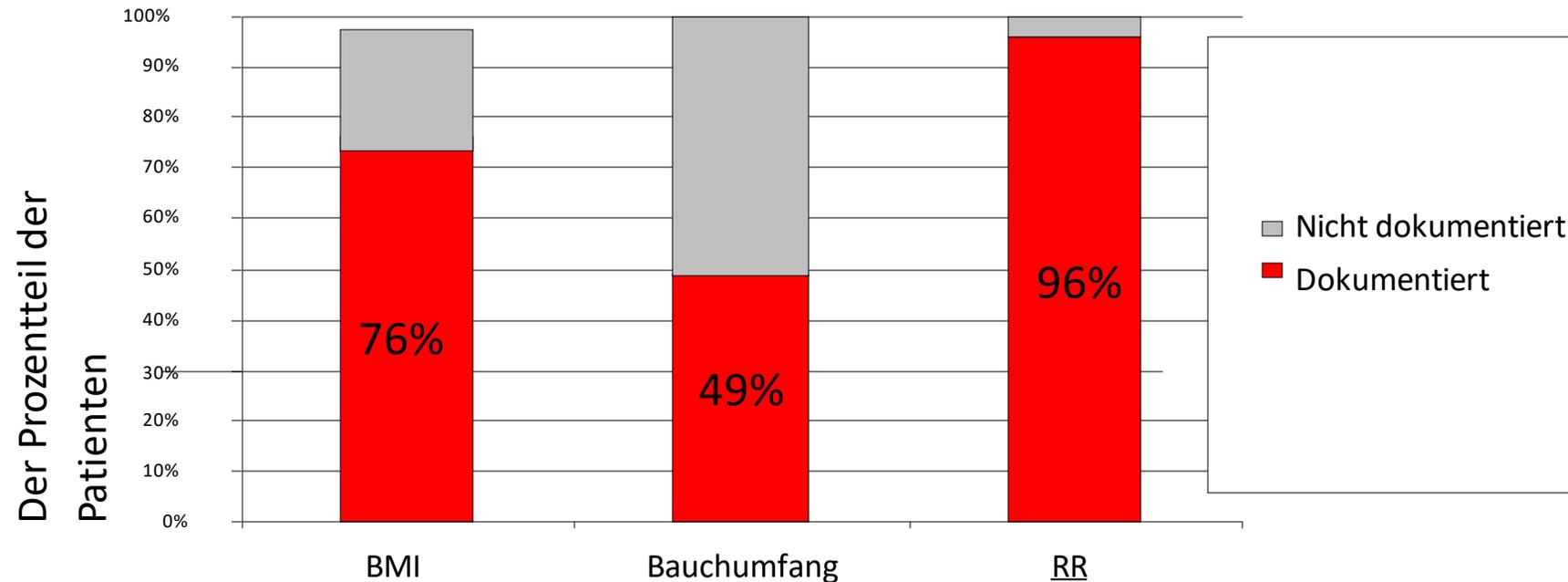
Zielrichtung:

- die Dokumentation der laut Verordnung 51/1997 NM durchgeführten kardiozerebrovaskulären Reihenuntersuchung
- **Hausärztliche Dokumentation** in der Praxis, Patienten-Stammbuch

Zielgruppe:

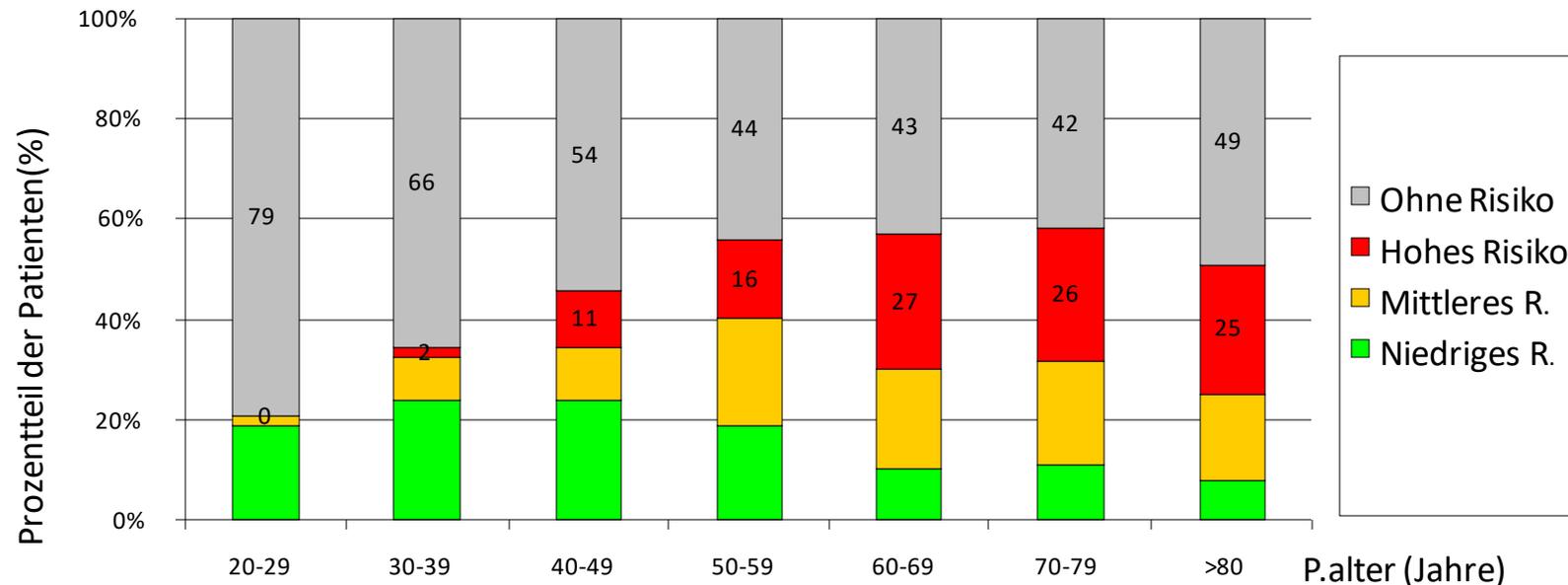
- Zufallsmuster aus 71 Praxen, 3521 Patienten-Stammbücher

Das Verhältnis der Körpermasseindex-, Bauchumfang-, Blutdruck-Reihenuntersuchungen:



„Hausärztliche Dokumentation der kardiovaskuläre präventive Tätigkeit“ – Studie (II.)

- Bei mehr als **80%** der Patienten sind **die Blutzucker- und Blutfettwerte** dokumentiert (Ausnahme: HDL-Chol. bei 73%)
- Bei Patienten zwischen 40-70 Jahren ist **das kard.vask. Risiko** in **46-57%** bestimmt und dokumentiert (zwischen 20-30 Jahren in 21%)



- In der Altersgruppe zwischen 20-30 Jahren ist die Statusaufnahme des Gesundheitszustands fast in 100% vor der Vollendung des 30. Lebensjahres dokumentiert.
- Die Statusaufnahme ist bei den 21-jährigen Patienten in 82,5% dokumentiert.
- **Bei den 20-jährigen und älteren Patienten hat es sich herausgestellt, dass 34% von ihnen schon betreuungsbedürftige Krankheiten gehabt haben.**

**„Hausärztliches Präventionsprojekt“
der Nationale Kasse für Gesundheitsversicherung
(I.)**

Hausärzte sind verpflichtet, bei 25% der P. bestimmte Reihenuntersuchungen durchzuführen.

Diese vorgeschriebenen Reihenuntersuchungen haben zwei Einheiten:

- kardiovaskuläre Risikostratifikation
- wahlbarer Teil.

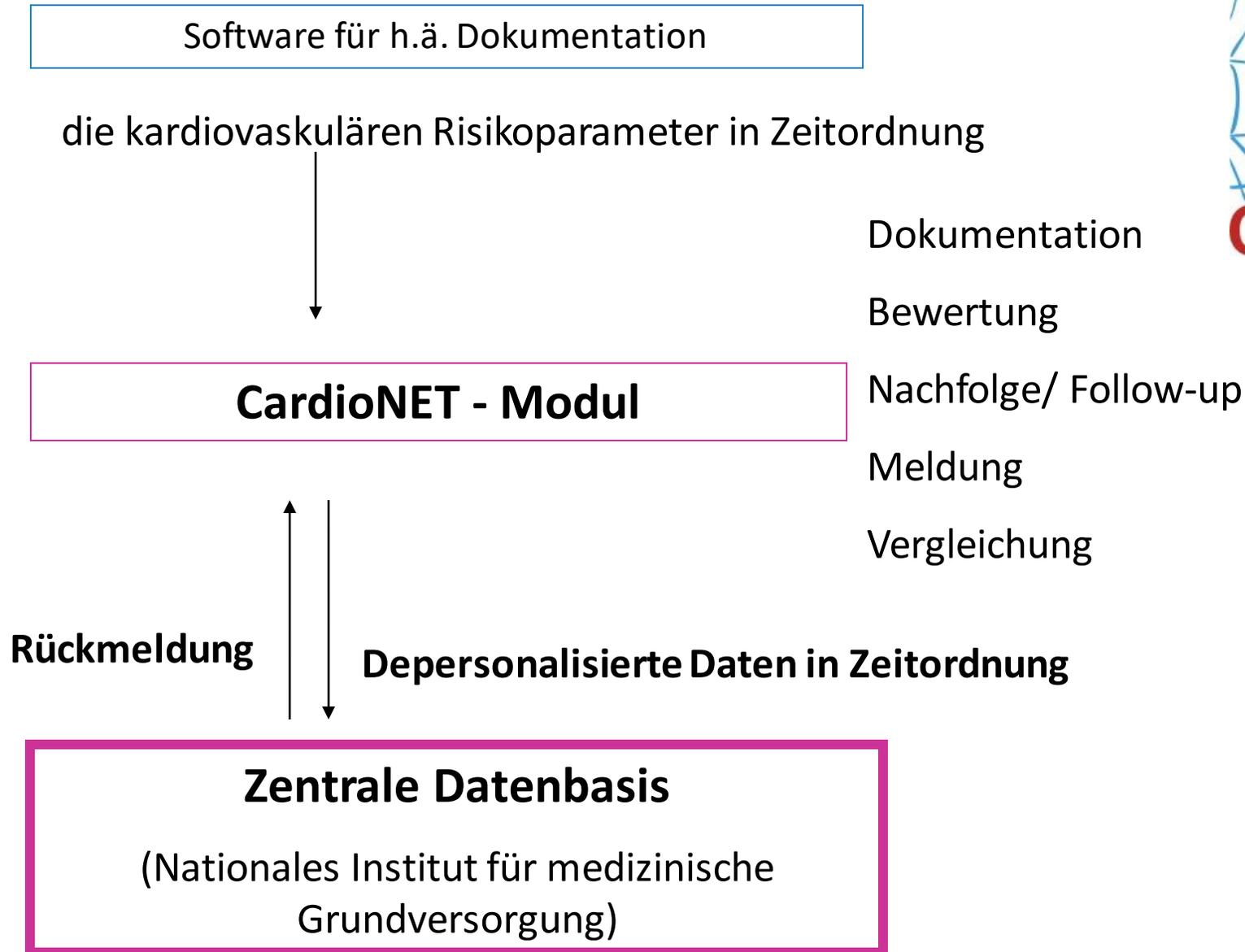
Um den Prozess zu unterstützen, ist eine **Online-Plattform (CardioNET)** entwickelt worden.

312 Hausärzte haben die Aufgaben bis zur Frist durchgeführt

107 Praxen haben die CardioNET Plattform als technischen Hintergrund benutzt

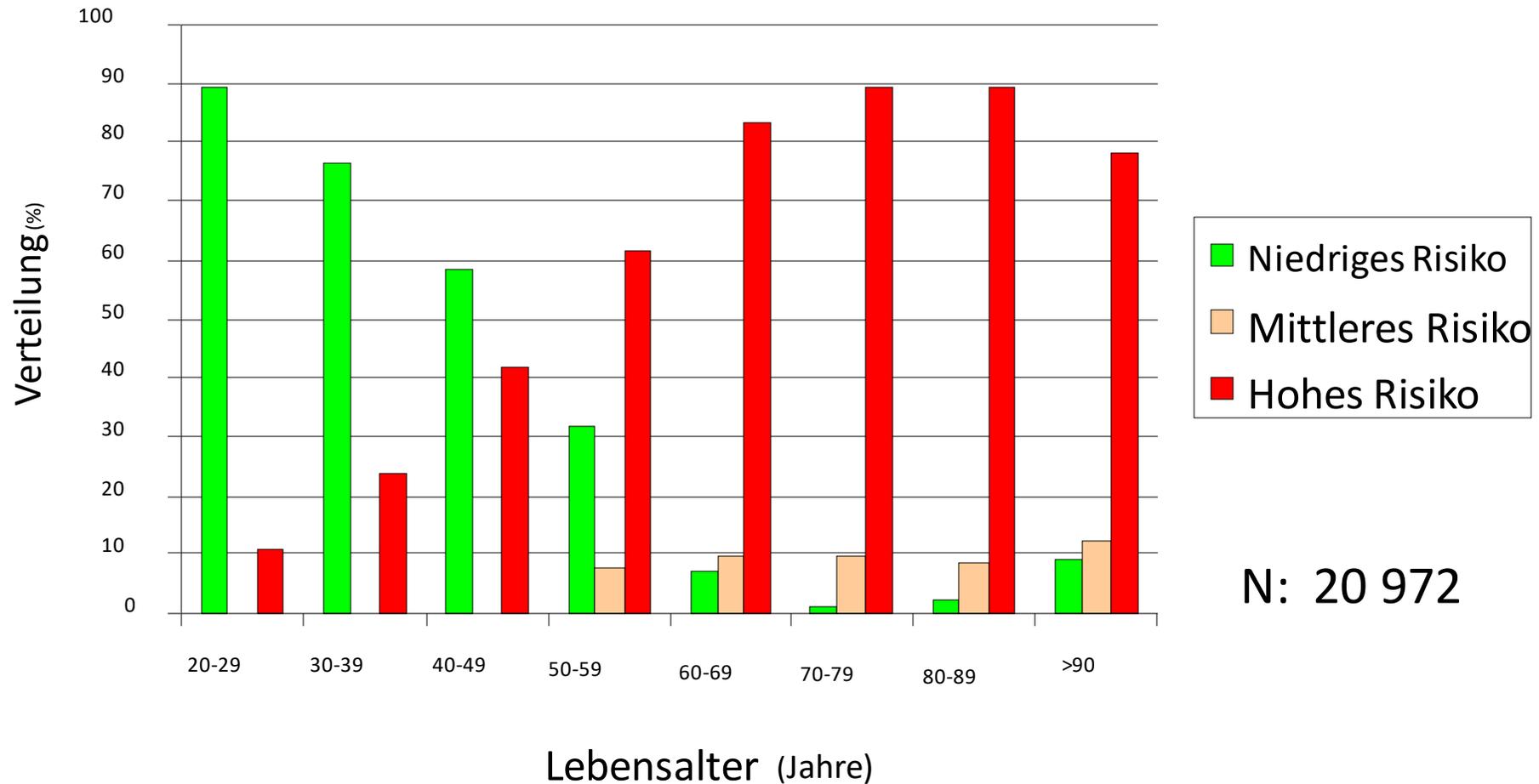
Im CardioNET Zentralmodul waren 31% der dok. Daten verwendbar und bewertbar (es bedeutet Daten von insgesamt 26.326 Patienten)

CardioNET - System



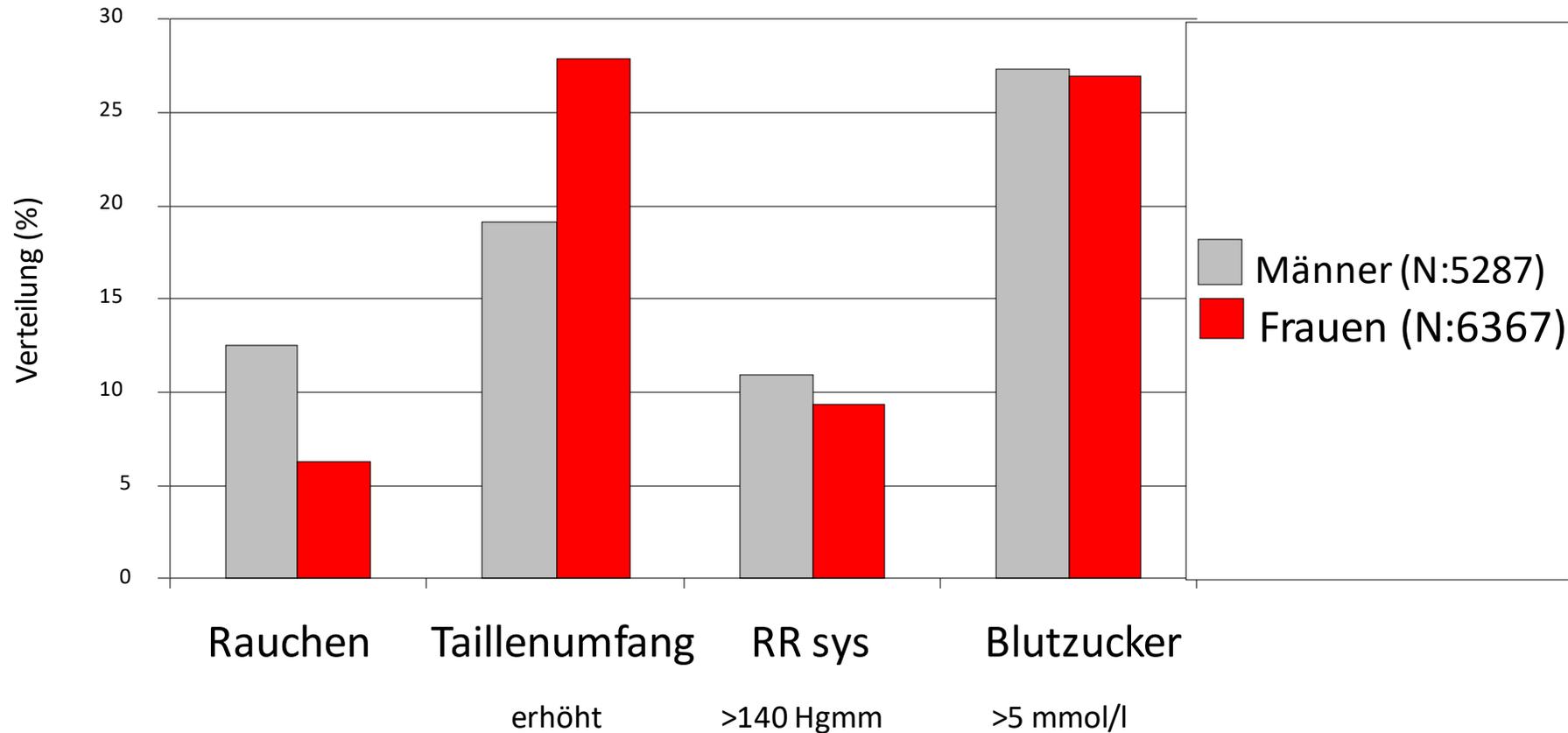
„Hausärztliches Präventionsprojekt“ der Nationale Kasse für Gesundheitsversicherung (II.)

Risikostratifizierung bei Patienten über 20 Jahren



„Hausärztliches Präventionsprojekt“ der Nationale Kasse für Gesundheitsversicherung (III.)

Risikofaktoren der Patienten mit hohem Risiko - nach Geschlecht



Gesunde Stadt „Vásárhely” Programm – EVP

- Es handelt sich um die kard.vask. Risikobetreuung in der hausärzt. Praxen der Stadt „Vásárhely”
- Einzug von 100 Patienten / Praxis
- Bedingungskriterium: Patienten, die von kard.vask. Risikofaktoren betroffen sind

1. Risikogruppe:

Patienten ohne andere Risikofaktoren o. ohne manifestierte zerebrovaskuläre Erkrankungen, ohne Diabetes mellitus, ohne Metabolisches Syndrom – aber mit hohem Risiko

2. Risikogruppe:

Patienten mit kardiozerebrovaskulären Krankheiten, periphere arterielle Verschlusskrankheit (pVK), Diabetes mellitus, Metabolisches Syndrom, Chronischer Niereninsuffizienz

	Blutdruck	LDL-Chol	Nüchternblutzucker
1. Risikogruppe	<140/90 Hgmm	<3 mmol/l	<6mmol/l
2. Risikogruppe	<130/80 Hgmm	<2,5 mmol/l	
Zielwerterreichung Standard	>60%	>50%	>33%

Gesunde Stadt „Vásárhely” Programm

Das Verhältnis der Zielwerterreichung bei der Blutdruck-, LDL-Chol-,
Nüchternblutzucker-Spiegel pro Praxis

	Patientenzahl	RR auf Zielwert	LDL-Chol auf Zielwert	Nüchternblutzucker auf Zielwert
Praxis 1	101	82%	NA	59%
Praxis 2	223	64%	56%	24%
Praxis 3	228	100%	57%	45%
Praxis 4	172	70%	19%	26%
Praxis 5	115	67%	NA	NA
Praxis 6	124	75%	47%	12%
Praxis 7	100	68%	54%	57%
Praxis 8	148	84%	51%	NA
	Insges. 1211	76%	47%	37%
(NA: nicht auswertbar/fehlende Daten)				

Nationale Kasse für Krankenversorgung – „Qualitätsindikatoren für hausärztliche kardiovaskuläre Präventionstätigkeiten“

Im Jahre **2010** hat die Nationale Kasse ein nationales Indikator-System entwickelt, mit dem Ziel

- die Präventionstätigkeiten der hausärztlichen Praxen zu motivieren
- und dadurch die Verbesserung der Qualität und der Wirksamkeit der hausärztlichen Leistungen zu erreichen

Indikatoren (aus den 16) sind im Zusammenhang mit der kardiozerebrovaskulären Prävention:

- Medikamentöse Behandlung der **Hypertonie**
- Bestimmung des **Kreatininspiegels** bei Hypertonikern
- Bestimmung des **Lipidspiegels**, falls Hypertonie/ Diabetes mellitus vorliegen
- **Betablocker-Therapie** bei Patienten nach einem Major kardiovaskulären Ereignis
- **Bei Patienten mit DM**: HgbA1c-Werte und Augenhintergrundspiegelung

Bewertung: je mehr Daten auf Zielwert oder im Zielbereich, desto mehr Punkte

Finanzierung: fixe Kasse (400 Millionen Ft/Monat)

Optimalisierung der Zielwerte ist kontinuierlich.

Hausärztliche Indikatoren im internationalen Vergleich (Projekt EUPrimecare)

%	Estland	Finnland	Ungarn	Litauen	Spanien
Hypertoniker mit Lipidspiegel-Befund	62,7	39	52	24,7	24,7
Diabetiker mit Lipidspiegel-Befund	60,8	48,7	76	23,8	51,9
Diabetiker mit HgbA1c-Befund	79	47,3	71	90,6	57,7
Diabetiker mit Augenhintergrundspiegelung-Befund	15,3	26	38	46,3	1,4
DURCHSCHNITT	54,45	40,25	59,25	46,35	33,92

Die Werte der Indikatoren verbesserten sich um 1-5 % zwischen 2011-2013.

Konklusion (I.)

- Die ungarische med. Grundversorgung ist „stark“ entsprechend den Macinko Kriterien.
- **Die hausärztliche kard.zer.vask. Reihenuntersuchungen und Betreuungstätigkeiten spielen eine bedeutende Rolle in der Reduktion der Mortalität.**
- Die Adaptation von kard.zer.vask. Leitlinien, Unterstützung durch Fortbildungen und der informatische Hintergrund sind gleichermaßen nötig zur optimalen Implementierung.
- Schon bei der Altersgruppe von 20-29 Jahren ist es empfohlen, **kard.zer.vask. Reihenuntersuchungen** und falls Bedarf auch Interventionen durchzuführen.
- **Die nach Tätigkeiten fixierte Finanzierung motiviert** den Einzug der Patienten und dadurch auch die präventiven Tätigkeiten der Hausärzte.

Konklusion (II.)

- Solche Fachgebiete (**sowohl klinische-, als auch präventivmedizinische**) sollen wir ins System einziehen, die auf die Tätigkeit einen bedeutenden Einfluss haben.
- Es ist empfohlen, **die hausärztliche Dokumentation als Datenquelle** zu benutzen.
- **Die Programme sind meistens dezentralisiert**, im Hintergrund stehen die Praxen mit Hausärzten und Pflegenden.
- **Die Motivierung** wird über eine Weile immer schwächer sein, und es bringt die Verbesserung der Ergebnisse zum Stillstand.

„Forschung für die Begründung des hausärztlichen Prestiges“

Methodik:

- Unsere Forschung basiert auf einem Fragebogen
- Die Ausfüllung ist anonym
- Wir erledigen es im Rahmen eines Tiefeninterviews
- Die Ergebnisse werden wir noch später, am Ende der Umfrage bewerten

Zielgruppe:

- **Medizinstudenten in Ungarn an allen 4 Universitäten**

Richtung:

- Arztausbildung in Ungarn (Organisation, Wirksamkeit, Erfahrungen der Medizinstudenten)

„Forschung für die Begründung des hausärztlichen Prestiges“

- Zur umfassenden **Modernisierung** der medizinischen Grundversorgung gehören noch weitere Aufgaben.
- **Der Lehrplan** (sowohl im Medizinstudium als auch in der Fachausbildung) sollte in der Zukunft einen besonderen Akzent auf die Grundversorgung setzen.
- Darum brauchen wir **weitere Kenntnisse über die aktuelle Umstände**.
- Wir sollen auch **die Lebensläufe, Karrierepläne, Motivation von Medizinern** erkennen.
- **Es ist wichtig, welche Erfahrungen die Medizinstudenten gesammelt haben.**

**VIELEN DANK FÜR
DIE
AUFMERKSAMKEIT!**

