

Fragenkatalog Grundlagen und Praxis d. med. Versorgung SS 2004

Zusammengeschrieben und ausgearbeitet von Murrel(Murrel.vienna@gmx.at)

1) Grundlagen des LKF-Systems, Wahlkatalog

LKF: Leistungsorientierte Fondsverteilung für Krankenanstalten. Regelt seit 1997 die Abrechnung der im stationären Krankenhausbereich erbrachten Leistungen. Man unterscheidet den LKF Kernbereich (Bepunktung der Aufenthalte Leistungen auf Basis der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF)) und den LKF Steuerungsbereich (Krankenanstaltentyp, Personalfaktor, Auslastung etc. werden einbezogen). Ziele hierbei sind: Transparenz von Kosten und Leistung, Ressourcenoptimierung, Prozessbeschleunigung, Standardisierung. Die Diagnosen der LDFs sind in 230 Hauptdiagnosegruppen (HDG) unterteilt, ihre Leistungen in 205 Medizinische Einzelleistungsgruppen (MEL). Die Punktevergabe erfolgt durch ein Scoringprogramm, deren Gesamtpunktzahl sich aus stationären Aufenthalten, Punkten für spezielle Bereiche und Zusatzpunkten für Belagsdauerausreißer, Intensivbetreuung und Mehrfachleistung errechnet.

2) Was ist IDC-10?

Die International Classification of Diseases ist ein System, welches die verschiedenen Todesursachen in 4stelligen Zifferncodes klassifiziert (manchmal 5 zur Differenzierung). Die 10 steht hierbei für die zehnte Revision der WHO, welche IDC frei verteilt. Bedeutung der Zeichen: + enthält Information zur Topologie und gibt die Grundkrankheit an. – enthält Informationen zur Ätiologie, * kennzeichnet eine fakultative Manifestation. Exklusiva sind in diesem System Einträge, welche ursprünglich anderswo eingetragen sind (Die Zahl zwischen den Klammern verweist auf den Ursprungseintrag). Inklusiva sind zusätzlich zum Titel ergänzende Beispiele. In der Praxisanwendung hat sie jedoch den Nachteil, dass die Krankheiten nach Lokalisation angeordnet sind und nicht nach Fachgebiet. Ziel der IDC ist es, die Kostensteuerungsmöglichkeiten zu verbessern.

3) Krankenhausinformationssystem und ELGA (Krankenhausorganisation)

Das Krankenhausinformationssystem (KIS) hat als Hauptziel die Vereinfachung der Verwaltung. Es dient also der Patientenaufnahme und –identifikation, dem Abruf von medizinischem Basiswissen und Verwaltungsdaten und der Kommunikation zwischen den Abteilungen. Seine Teilbereiche sind Erfassungsschnittstellen, Datenerfassung, statistische Auswertung, Krankenhauskommunikation und patientenbezogene Auskunft. Der elektronische lebenslange Gesundheitsakt (ELGA) enthält verschiedenste Daten einer Person und ermöglicht es auch, nichtärztliche Information zu speichern. Er gliedert sich in medizinische Daten, administrative Daten und nichtärztliche Information und ermöglicht somit eine Verringerung von Redundanz und Informationsverlust, eine orts- und zeitunabhängige Datenabrufsmöglichkeit und eine Qualitätssteigerung in der Versorgung.

4) Sozio-demographische Kennzahlen

Einwohnerzahl Ö: 8,1 Mio

Einwohnerzahl Wien: 1,6 Mio

Lebenserwartung Männer: 74, Frauen: 81, Durchschnitt: 77,5

Kindersterblichkeit: 4,92/1000 Kinder sterben

Fruchtbarkeitsziffer: 1,37 Kinder/Frau

Sterbeziffer/1000 Pers.: 9,7

Geburtenziffer/1000 Pers.: 10,7

→Bevölkerung wächst

BIP nominell: 213 Mrd. € (um 40 Mrd. € gestiegen seit 1995)

BIP zu den Preisen: 200 Mrd. € (um 26 Mrd. € gestiegen seit 1995)

Verbraucherpreisindex: 1,7%

Arbeitslosenrate: 5,8%

Ausgaben im Gesundheitswesen: 16 Mrd. € (8% des BIP), davon 9 Mrd. € von der Krankenversicherung und 7 Mrd. € für Fondskrankenanstalten

5) Trennung im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen trennt man in Gesundheitsvorsorge (Prävention durch Aufklärung und Schutz der Gesundheit), kurative Medizin (Krankenbetreuung) und Rehabilitation.

Seine Aufgaben sind damit:

Förderung der Gesundheit (Aufklärung, Sozialhygiene, Psychohygiene, Hygiene)

Schutz der Gesundheit (Umweltschutz, Unfallschutz, Strahlenschutz, Seuchenschutz, Katastrophenschutz, Verbraucherschutz,...)

Krankenbetreuung (Med. Klinische Intervention, Rehab, Pflege, Sonstige Hilfeleistungen)

Sicherung d. Krankenbetreuung (Forschung, Entwicklung, Vertrieb, Ausbildung)

6) Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Ärzte, MTF (Medizinisch Technischer Fachdienst), MTD (gehobener medizinisch technischer Dienst), Diplomierte Kardiotechniker, Krankenschwester/-pfleger, Pflegehelfer, Sanitäter, Hebammen (privat/Krankenhaus), Psychologen, Psychotherapeuten

7) WHO-Definition von Gesundheit

Gesundheit ist der Zustand völligen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. Für die WHO hat jeder Mensch, unabhängig von Rasse, Religion und Herkunft, ein Recht auf Gesundheit.

Durch die unterschiedliche genetische Ausstattung hat jeder Mensch eine unterschiedliche Disposition (Bereitschaft, an einer Krankheit zu erkranken), es gibt auch Altersdisposition, Situationsdisposition und somatische Disposition.

Man spricht vom biopsychisch-sozialen Umfeld, d.h. eine Krankheit entsteht neben biologischen Faktoren vor allem durch Einwirkung psychosozialer Faktoren (z.B.

Arbeitsumfeld, Freunde, Wertschätzung in der Familie). Durch das Einbeziehen dieser Faktoren geht man davon aus, dass Gedanken und Gefühle, die der Mensch der Krankheit entgegenbringt, wesentlich für die Genesung sind.

Die Krankheit kann auf drei Bereichen gesehen werden: Bezugssystem der Person (illness, Patient fühlt sich krank oder gesund), der Medizin (disease, Krankheit als Abweichung von medizinischen Normen) und der Gesellschaft (sickness, Leistungsminderung der Person).

8) Eid des Hippokrates

Hippokrates war ein griechischer Arzt, welcher 460 - 370 v. Chr. lebte und auf der Insel Kos eine Art Ärzteschule hatte. Seine Abgänger mussten den Hippokratischen Eid ableisten, der unter anderem folgende Punkte beinhaltete: Ärztliche Schweigepflicht, die Medizin immer nur zum Wohle der Menschen einzusetzen, Verbot von Sterbehilfe und Abtreibung, Versprechen, das Wissen verantwortungsbewusst weiterzugeben (aber nicht an jeden). Der heutige Eid der Wiener medizinischen Universität ist diesem sehr ähnlich, es wird auch noch explizit genannt, stets zu versuchen, am neuesten Wissensstand zu bleiben.

9) Gesundheitskennzahlen

- Mortalität: $(\text{Sterbefälle} / \text{Bevölkerung}) \times 100.000$
- Morbidity: Häufigkeit der Erkrankung von 1000 bzw 10 000 beobachteten Personen in einem gewissen Zeitraum
- Todesursachenspezifische Sterblichkeitsziffer: Sterbefälle an einer bestimmten Ursache/ Bevölkerung $\times 100.000$
- Letalität: Sterbefälle an einer Ursache/ alle Erkrankte mit derselben KH $\times 100$
- Eheliche Fruchtbarkeit: Anzahl der Lebendgeborenen /mittlere Anzahl der 15-44 jährigen Mütter $\times 1000$
- Säuglingssterblichkeit: Anzahl der Todesfälle der unter einjährigen Kinder/Jahr
- Inzidenz ist die Anzahl der Neufälle einer gewissen Krankheit innerhalb eines Zeitraums,
- Prävalenz ist die Gesamtzahl der Neufälle und bestehenden Fälle zu einem Zeitpunkt.

10) Wie interpretiert man diese Kennzahlen?

Diese Kennzahlen müssen altersstandardisiert sein, um Vergleiche ziehen zu können. Die Lebenserwartung kann sich in verschiedenen Altersbereichen durch bestimmte Gefahren verkürzen, zB hohe Unfallgefahr bei jungen Männern zwischen 20 und 25 Jahren, hohe Herzinfarktgefahr ab 40.

Vor Allem bei der Mortalität und Morbidität können Verzerrungen zustande kommen. Die Mortalität ist nur ein Abbild des momentanen Jahres, man kann daher auch nicht von der derzeitigen Lebenserwartung auf die eigene schließen.

11) Was sind/waren die häufigsten Todesursachen?

Die wesentlichsten Mortalitätsbedingungen sind zweifellos Herz/Kreislaufkrankungen (1997 355 von 100 000 Todesursachen) und bösartige Neubildungen (182), was sich dadurch erklärt, dass dies Zivilisationskrankheiten sind. Häufig sind jedoch auch Hirngefäßerkrankungen (80) und Verkehrsunfälle (48) gefolgt von Lungenkrankheiten (30). Diese Reihung existierte bereits 1970, die Zahl der Fälle ging aber durch den medizinischen Fortschritt zurück.

Die Zunahme der Krebssterblichkeit flacht ab aufgrund der Veränderung in der Alterstruktur. Risikofaktoren: Zigarettenrauch, selten berufliche Noxen, Luftverschmutzung. Allgemein existieren hierbei eher schlechte Behandlungsmöglichkeit, daher ist die Prävention am wichtigsten.

12) Cochrane: Effektivität, Effizienz, evidenzbasierte Medizin

Archie Cochrane war ein britischer Mediziner, der das Thema „Effektivität und Effizienz“ Im Gesundheitsbereich forcierte und ein Buch darüber schrieb. (*Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* –1972) Er setzte damit einen Meilenstein in der sogenannten evidence-based medicine, welche für den gewissenhaften Gebrauch der besten wissenschaftlichen Forschungsergebnisse und deren Anwendungen steht. Entscheidungen werden aufgrund von Fakten gemacht, man verlässt sich nicht unbedingt auf die langjährige Tradition.

13) UMLS, Inhalte, Klassifikationen, Leistungskataloge und MDBS

Das Unified Medical Language System(UMLS) ist eine Wissensbasis, welche sich in Matathesaurus, Semantic Network und Specialist Lexicon gliedert. Gezippt passt diese Datenbank auf eine Cd, ungezippt fasst sie 3,5 GB. Der Metathesaurus enthält ca 60 Quellvokabulare, unter anderem IDC-9 und IDC-10. Das enthaltene semantische Netzwerk spezifiziert die Stärke der Verbundenheitsgrade der Terme, es besteht aus 135

semantischen Typen (Knoten) und 54 Beziehungen (Links). Das Lexikon schließlich ist aus 4 Quelllexika aufgebaut und umfasst ca 308 000 Worte.

Leistungskataloge werden von den Leistungsträgern erstellt und enthalten einen Überblick über die Leistungen, nach denen vom Leistungsträger (Krankenkasse) abgerechnet wird. Sie haben einen direkten Bezug auf die Abrechnung, sofern dies vom Patienten gewünscht wird.

Man benötigt das Minimum Basic Data Set (MBDS) zur Diagnosen- und Leistungsberechnung. Dieser besteht aus administrativen, medizinischen und LKF-Daten. Bei den administrativen Daten unterscheidet man:

- aufenthaltsbezogene Daten (zB Aufnahmeart bzw. -zahl, aufnehmende Abteilung, Krankenanstaltennummer)
- patientenbezogene Daten (Alter, Geschlecht, Staatsbürgerschaft, Hauptwohnsitz, Kostenträger)
- medizinische Daten (Hauptdiagnosen und beliebig viele Zusatzdiagnosen nach ICD-10)

14) Framingham-Studie

Framingham ist eine Kleinstadt in Massachusetts (ca 10 000 Einwohner zu dieser Zeit, nur ein großes Krankenhaus, wenig Ein- und Auswanderung), hier wurde aufgrund der Repräsentativität der Stadt auf die Gesamtbevölkerung 1949 eine Studie durchgeführt, welche Faktoren auf das kardiovaskuläre Geschehen Einfluss nehmen. Dazu wurden Einflüsse der Erbanlagen, Alter, Geschlecht, Schlafrhythmus, soziale Klasse, Drogenkonsum, Diabetes, Arthritis, Fettsucht, Blutdruck und Cholesterin untersucht.

Etablierte Risikofaktoren: Alter, Geschlecht, Hypertonie, Ernährung, Zigarettenrauchen

Mögl. Risikofaktoren: Lebensstil Verhalten, Übergewicht

Hypothetische Risikofaktoren: Alkohol, Kaffee, Diabetes

15) Screening-maßnahmen

Screening Maßnahmen sind präventive Voruntersuchungen, welche nur Sinn machen, wenn die Maßnahme wenig belastend (nicht invasiv) ist und die Krankheit eine schwere, gefährliche Krankheit ist, welche früh erkennbar ist und deren Behandlung im Frühstadium vorteilhaft ist. Dies ist im Rahmen von Stellungsuntersuchungen, Sporttauglichkeitsprüfungen, Gesundenuntersuchungen möglich. Dies ist vor Allem für Krebserkrankungen, aber auch Herz- Kreislauferkrankungen wichtig. Die Sensibilität stellt hierbei die Empfindlichkeit des Nachweises dar, die Spezifität bezieht sich auf den Ausschluss einer Störung.

16) Institutionen in der Medizin

- Sanitätsbehörden zB ASB, Johanniter, RK,
- Standesorientierte Sanitätsberufe zB Ärztekammer, Apothekerkammer
- Kranken, Unfalls und Pensionsträger zB Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen,...

Krankenkassen sind der wichtigste Geldgeber im Gesundheitswesen. Die Finanzierung der Krankenkassen (und damit des Gesundheitswesens) erfolgt in erster Linie durch Beiträge im Rahmen der Lohnnebenkosten. Sie leiden unter Finanznot und Strukturproblemen aufgrund steigender Lebenserwartung,

- Niedergelassenen Ärzte zB Psychologen, Psychotherapeuten
- Sozialmedizinische Betreuung zB Sozialmedizinischer Dienst
- Ambulatorien & Spitalsambulanzen
- Krankenhäuser
- Heilmittelerzeugung und Vertrieb (Pharmaindustrie=einflussreiche Lobby im Gesundheitssystem)

- Transportdienste, Rettungsdienste
- Not, Feiertags, Wochenenddienste
- Hebammen außerhalb v. Krankenanstalten
- Gesundheitsministerium

17) Gesetzliche Regelungen, Standardversorgung Krankenhaus

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KaKuG) regelt die Bestimmungen zur Errichtung und dem Betrieb von Krankenanstalten. Der Österreichische Krankenanstalten und Großgeräteplan (ÖKAP) wurde im Zusammenhang mit der Neustrukturierung d. Gesundheitswesens zwischen dem Bund und den Bundesländern festgelegt und enthält Struktur und Kapazitätsvorsorgen für die stationäre Versorgung. Die Leistungsangebotsplanung (LAP) ist in der Revision des ÖKAP integriert. Sie enthält 2 Ebenen, die integrierte Leistungsangebotsplanung nach Fachrichtungen und die detaillierte Leistungsangebotsplanung (für MEL).

Man unterteilt die Krankenhäuser in Standardversorgung, Fachversorgung und Zentralversorgung.

Standardversorgung: Muss mindestens Innere Medizin, Chirurgie, Frauen- und Kinderheilkunde beinhalten.

Fachversorgung: Hinzu kommen HNO, Dermatologie, Augenarzt, Zahnarzt, Urologe, Neuro/Psych, Physiotherapie.

Zentralversorgung: Alle dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Fachgebiete. (Bsp: AKH)

18) Die 4 „Killer“, die die Gefäße schädigen

Alkohol, Rauchen, Cholesterin, Blutzucker

19) Primär-/Sekundär-/Tertiärversorgung

Wird ein Patient krank, so sucht er zunächst Hilfe im präprofessionellen Sektor (Freunde, Verwandte...), erst später im professionellen Sektor (Ärzte mit dem Recht, zu behandeln). Manche Patienten wenden sich auch an den paraprofessionellen Sektor („Kurpfuscher“, ohne Recht zu behandeln).

Horizontales Modell:

Primär = praktische Ärzte, Allgemeinmedizin

Sekundär = Fachärzte

Tertiär = selten kontaktierte Teilbereiche, zB Chirurgen

Vertikales Modell: Akut- Langzeit- und Dauerversorgung

Oder: Prävention – Intervention – Rehabilitation - Pflege

20) Prävention von Krankheiten (Primär, Sekundär, Tertiär)

Primäre Prävention: Vorbeugung durch Aufklärung (Bsp Zähne putzen in Kindheit), Schutzimpfungen etc -> noch keine Krankheitsanzeichen

Sekundäre Prävention: Erste Krankheitsanzeichen, Früherkennung, Versuch durch Lebensstiländerung, Krankheiten wieder zurückzudrängen. Bsp: Anti-Raucher Kampagnen, Diät-nahrung etc...

Tertiäre Prävention: Starke Krankheitsanzeichen, Verhütung von Folgeschäden, Rehabilitation. Bsp: Rehabilitation nach Herzinfarkt.

21) Erzeugung und Weitergabe von Wissen

Es gibt verschiedene Formen zur Erzeugung und Weitergabe v. med. Wissen

- Medizinportale wie zB Medizin online Service
- Lernzentren zB AKH Wien - interaktive Medien zur Verfügung gestellt vom IMC
Durch medizinische Datenbanken zB Bilddatenbanken(Histologie), Pharmakologie, Chemie
- Cyc – Programm, welches versucht das Allgemeinwissen eines Durchschnittsamerikaners abzubilden, Probleme bei der Abbildung des Common Sense
- www.leitlinien.de
Auswahl von Leitlinien zu bestimmten Krankheitsbildern wie zB Kopfschmerz
Zugang zu den Leitliniendatenbanken aus In & Ausland

22) Umstellung des Medizinischen Studiums (Praxisnähe)

Früher gab es eine strikte Unterteilung in 3 große Blöcke (vorklinischer, klinisch-theoretischer und klinischer), heute gibt es in jedem Semester parallel zu je 3 Theorieblöcken 1-2 praktische LVAs, weil man erkannt hat, dass frühere Praxisnähe wichtig ist.

23) Schichtenzentriertes Modell

Modell, das den Menschen vom Makrokosmos bis in den Mikrokosmos modelliert, Zentrum ist hierbei das Individuum, Schichten, die höher sind als er, werden mit + (Zahl) angegeben, niedrigere mit -. Die Schichten sind: Biosphäre – Homo sapiens – Kulturen – Nationen – Großgruppen – Familien – Individuum – Körpersystem - Organe – Gewebe – Zellen -Moleküle – Atome.

Es baut auf dem biopsychosozialen Modell auf, das davon ausgeht, dass Krankheit nicht allein biologisch entsteht, sondern von psychosozialen Faktoren beeinflusst wird.

24) Psychosomatik

Psyche = Seele , Soma = Körper. Wechselseitige Beeinflussung von Körper und Seele bei der Krankheitsentstehung (Pathogenese)

Das biopsychosoziale Modell geht davon aus, dass bei allen Krankheiten auch psychosoziale Faktoren mitwirken. Als psychosomatische KH gelten Essstörungen, Asthma bronchiale, koronare Herzerkrankungen,...

Therapie: kombinierte internistische psychotherapeutische Behandlung

Bedeutung: Extremfall, wenn angenommen wird psychosomatische Erkrankungen seien eingebildet → der Erkrankte sucht Hilfe, es wird ihm aber gesagt dass er physisch gesund ist → Erkrankter wird nicht ernst genommen → Krankheitsverlauf verschlimmert sich dadurch.

Psychosomatik laut ÖKAP - Richtlinien für Psychosomatikschwerpunkte sind im ÖKAP/GG enthalten

Therapiemethoden (Quelle: Psyonline)

Analytische Psychologie: Psychotherapeut als Wegbegleiter auf dem Weg des Analysanden. Um die Sprache des Unterbewussten zu analysieren, werden Träume, Fantasien und kreative Medien herangezogen.

Autogenes Training: möchte mittels bestimmten Entspannungstechniken körperliche und seelische Beschwerden lindern. Mit eingeübten Formelsätzen gelangt man in einen eingeübten Entspannungszustand.

Existenzanalyse: Verfahren zur Behandlung seelischer Belastungen durch Mobilisierung der selbstheilenden Kräfte des Kranken. Unter Existenzanalyse versteht man ein in

Freiheit und Verantwortung gestaltetes Leben in der Vergangenheit, Zukunft und Gegenwart eine Rolle spielen.

Gestalttherapie: der Mensch wird als Ganzes betrachtet. Im Vordergrund steht das Hier und Jetzt (aber auch das Dort und Dann) und die Förderung der Begegnungsfähigkeit mit sich und anderen. Methoden sind kreative Medien (malen, formen, basteln) sowie kreative Körperarbeit.

Hypnose: indem man den Bewusstseinszustand des Klienten verändert hat der Therapeut leichteren Zugang zu den unbewussten Vorgängen. Der Therapeut verwendet Techniken wie die Fixation eines Gegenstands oder Suggestionsformeln, um den heilenden Prozess im Unterbewusstsein zu verankern.

25) Medizin in der Gesellschaft

Krankheit wird sozial definiert, d.h. der Erkrankte wird eine soziale Rolle gedrängt zB durch Ausgrenzung von Behinderten, was die Rolle des Erkrankten nicht unbedingt erleichtert bzw. Hilfestellung durch diverse Einrichtungen zB für Sehbehinderte, Rollstuhlfahrer usw...

Paläopathologie: Lehre von Krankheiten vergangener Epochen

Nachweis, dass medizinische Handlungen bereits vor 8000 Jahren existiert haben, da man in Afrika das Skelett einer Frau mit verheilten Beckenzertrümmerung fand.

Weiters kann man mittels der Paläopathologie feststellen, dass gewisse sehr alte Krankheiten auch heute noch vorkommen, so zum Beispiel die Tuberkulose.

Chinesische Medizin:

Schon 300 v. Chr. ein organisiertes Gesundheitswesen, was daran lag, dass Ärzte für Leute die krank waren, keinen Lohn ausbezahlt bekamen.

So war man danach bestrebt möglichst viel für die Vorsorge gegen Krankheiten zu tun - > holistischer (ganzheitliche) Ansatz geht auch davon aus dass Psyche dabei behandelt werden muss und findet auch bei uns immer mehr Verbreitung

Traditionelle Methoden sind: Akupunktur, Herstellung pflanzlicher Heilmittel. Auch heutzutage werden auf der Welt die meisten Menschen durch die chinesische Medizin behandelt.

26) Ökonomische Aspekte

Das Gesundheitswesen stellt einen sehr arbeitsintensiven Bereich dar, bei dem nur eine geringe Produktivitätssteigerung möglich ist. Volkswirtschaftliche Kosten werden nicht von den Verursachern alleine getragen (zB Straßenverkehr, Luftverschmutzung). Externe Erträge: Wiederherstellung alleine kommt nicht den Betroffenen zugute (Infektionsquellenanierung)

27) Ziele der Epidemiologie

- Zur Vervollständigung d. klinischen Bildes (Mortalität, Frühmanifestationen,...)
- Identifikation ätiologischer Faktoren(=krankheitsursächlichen Faktoren) zum Verständnis d. Erkrankung bzw. Möglichkeiten d. Prävention
- Identifikation v. gefährlichen Personengruppen, denen Kontrolle angeboten werden soll
- Wissenserwerb für die Aufklärung von Risikofaktoren
- Erforschung häufiger und seltener Krankheiten
- Klärungen von ungewöhnlichen Epidemien
- Bedarfsermittlung im Gesundheitswesen (ca. 300.000 Leute werden aktuelle i.d. Pflege gesucht)

28) Was sind die großen Unsicherheiten, die bei finanziellen Nöten entstehen?

Bedürfnisunsicherheit – wird man medizinische Hilfe benötigen?

Bedarfsunsicherheit – medizinischer Bedarf der Behandlung

Einkommensunsicherheit – wird man wieder erwerbstätig sein können?

Unsicherheit über den Heilerfolg

Lösung: Private Versicherung oder Pflichtversicherung abhängig vom Lebensstil und der genetischen Disposition des Versicherten.

29) Klassifikation nach ICPC-2

Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung, ist als Leistung einer Arbeitsgruppe WONCA in englischer Sprache erschienen. Klassifizierung hilft, Gesundheitsprobleme aus Sicht der Allgemeinärzte und ihrer Patienten zu kodieren. Sie ermöglicht die Kodierung von Konsultationsanlässen, Diagnosen, Gesundheitsproblemen und medizinischen Maßnahmen. Im Gegensatz zur ICD beruht die Kapiteleinteilung der ICPC auf Organsystemen.

Sie ist zweiachsiger und umfasst 17 Kapitel und 7 Komponenten

30) Was für Arten von Schmerz differenziert man?

Man unterscheidet objektive, subjektive & pathogenomische Krankheitsanzeichen

Vorgang: durch Erregung von Schmerzrezeptoren werden Nerven in den Zustand der Erregung versetzt. Beim Schmerz werden also komplexe Sinnesempfindungen angeregt.

Weitere Sinne für das Wahrnehmen von Schmerz sind der Temperatursinn und der Drucksinn.

Schmerz deutet auf ein biologisches Alarmsignal hin, er ist also eine Schutzfunktion, ein Kardinalsymptom der Entzündung oder eine vegetative

Nebenwirkung.

Es gibt verschiedene Arten von Schmerz:

- Fortleitender Schmerz mit Ausbreitung innerhalb des Betroffenen sensiblen Nervs

- Ischämischer Schmerz: infolge von Mangel durchblutung (durch Bewegung und Wärme verstärkt, durch Ruhe und Kälte gemindert)

- Viszeraler Schmerz: dumpf, wenig begrenzt, bei großer Intensität mit vegetativen Symptomen, wird ausgelöst durch Gefäßverkrampfung, wird vermittelt über das vegetative Nervensystem. Im Rückenmark erfolgt eine Erregungsübertragung auf Hautnerven desselben Segments: viszerokutaner Reflex mit resultierender Hyperalgesie oder afferente Nerven anderer innerer Organe: viszeroviszeraler Reflex

31) In welche Prozesse gliedert man den medizinischen Betrieb?

Dynamische Sichtweise, da die Vorgänge voneinander abhängen

- Primäre Vorgänge - Ursache: Verletzlichkeit geg. den unterschiedlichen Noxen

→ Ätiologie, Pathogenese, KHverlauf

- Sekundäre Vorgänge - Folgeprozesse die sich aus dem individuellen und sozialen Umgang mit der KH ergeben. Erst findet eine individuelle Reaktion des Betroffenen statt, dann wird ein Arzt konsultiert.

- Tertiäre Vorgänge - Alle Aktivitäten um den medizinischen Betrieb aufrechtzuerhalten: Produktion medizinischer Kenntnisse (Forschung) und Wissensdiffusion

32) Was versteht man unter medizinischen Expertensystemen?

Definition: Sollen Tätigkeiten des Experten übernehmen und damit den Experten entlasten

Sie besitzen eine Wissensbasis und Regeln die darauf angewendet werden d.h. mittels bestimmter Inferenzmechanismen sollen Schlüsse abgeleitet werden.

Eigenschaften: sollen besser sein als der Mensch, Erweiterbar, gute Darstellung von medizinischem Wissen, Verfügbarkeit immer gegeben, das Wissen mehrerer Experten zusammenfassen, keine Performanceverluste abhängig von der Tagesverfassung.

33) Die Arten der Untersuchung

Körperliche Untersuchung

Anamnese als ersten Schritt, danach Perkussion (Beklopfen d. Körperoberfläche um aus den Schalqualitäten Schlüsse auf die Organe zu ziehen), Palpation (Tastuntersuchung) Und Auskultation (Abhören von Organen auf Schalphenomene zB Herzgeräusche)

Apparative Untersuchung

Bildgebende Verfahren wie Röntgen, CT, Ultraschall, EKG, Endoskopien oder Laboruntersuchungen. Es existieren nicht invasive und invasive Verfahren wie zB die invasive Kathederuntersuchung.

34) Was für Betreuungsgründe existieren generell?

Betreuungsgründe haben

- soziale Dimension weniger Leistungsfähig (psychische Dimension Verstärkt)
Selbstbewusstheitseinbußen, Versicherungsbestätigung hat zur Folge dass man höhere Prämien zahlen muss
- psychische Dimension psychisches Wohlbefinden gestört, Sorge über die Veränderung was wiederum den körperlichen Zustand verschlechtert
- biologische Dimension – Funktionsstörung, Veränderungen (können auch von der Psyche ausgehen bzw. durch soziales Umfeld – Arbeitsbedingungen entstehen)

Ein Betreuungsanlass ist die Mobilisierung nach vorhergehender nicht ausreichender Selbstbehandlung oder Sofortkonsultation wegen sozialem Zwang, weil man keine Behandlungserfahrung hat oder sich die Symptomatik verschlechtert.