

Medizin im Team verteilt die Rollen neu

Interprofessionalität in der hausärztlichen Primärversorgung war Thema einer gut besuchten Tagung, zu der das Grazer Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Angehörige aller Gesundheitsberufe eingeladen hatte. *VON DR. HANS WENZL*



PRIMÄRVERSORGUNG abseits der politikgetriebenen Diskussion um neue Zentren, Gesetze und den Gesamtvertrag stand auf der Tagesordnung der „Zukunftskonferenz 2.0“. Am 7. und 8.4. diskutierten mehr als 200 Teilnehmer aus verschiedensten Gesundheitsberufen von der Pflege bis zum Apotheker darüber, wie sich Interprofessionalität in der Primärversorgung umsetzen lässt – und warum sie für ein starkes, am Patienten orientiertes Primärversorgungssystem unerlässlich ist. Die Veranstalter – das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Med-Uni Graz, unterstützt vom Österreichischen Forum Primärversorgung (ÖFOP) – hatten statt Themen der Landes- und Gesundheitspolitik konkrete Fragen der Praxis in den Mittelpunkt gerückt. Wie diese Praxis aussehen kann, präsentierten zwei Key-Note-Speaker anhand internationaler Beispiele.

TEAMAUFGABEN. Dr. Andy Maun, PhD, Facharzt für Allgemeinmedizin im Schwarzwald und an der Universität Freiburg in der Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung tätig, berichtete unter anderem von seinen Erfahrungen in Schweden, wo er von 2003 bis 2015 in einer Primärversorgungspraxis tätig war. Nur 16 Prozent der Ärzte sind in Schweden Hausärzte – für ein entwickeltes Primärversorgungssystem ein relativ geringer Anteil. Trotzdem bleibt ihnen Zeit für die Patienten: bei einfachen Fragestellungen fünf bis 15 Minuten, bei komplexen Fragestellungen rund eine halbe Stunde. Das sei möglich, so Maun, weil in den Primärversorgungseinrichtungen zahlreiche Aufgaben eigenständig von District Nurses, Physiotherapeuten, Psychologen, Ergotherapeuten und anderen Gesundheitsprofessionen übernommen werden.

Primärversorgungs-Einheiten in Österreich (Stand März 2017)

Die Zahl der PVE-Projekte hat sich zwar seit Jahresbeginn erhöht, in einigen Bundesländern gibt es aber nach wie vor keine konkreten Planungen. Einige Projekte wurden gestoppt, bis PVE-Gesetz und regionale Strukturpläne beschlossen sind.



QUELLE: HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, EIGENRECHERCH

In Mauns Beispielpraxis herrschte besonderer Ärztemangel. Deswegen wurde ein strukturiertes Triage-system erarbeitet, das neben der Zuweisung zur regulären ärztlichen Sprechstunde und der Sprechstunde der District Nurses auch noch ein sortiertes Drop in direkt zu Physiotherapeuten, Psychotherapeuten und Ergotherapeuten vorsah. Damit gelang es, die Ärzte um 11 Prozent zu entlasten, bei einem Zuwachs von 13 Prozent an Patientenkontakten.

Das Ergebnis: Mehr als 90 Prozent der Patienten zeigten sich mit der Zugänglichkeit und der Behandlung zufrieden, ebenso stieg die Zahl der zufriedenen Mitarbeiter über 90 Prozent. Patienten empfanden die Triage auch nicht als Barriere beim Zugang zur Behandlung und schätzten den direkten Zugang zur psychologischen Behandlung. Die direkte Betreuung durch Physiotherapeuten habe außerdem die Inanspruchnahme von Leistungen (Besuche, Medikamente, Überweisungen und Krankschreibungen) gegenüber der Arztsprechstunde verringert. Mauns Fazit: Durch interprofessionelle Zusammenarbeit werden Personalressourcen effektiver genutzt, der Zugang zur Praxis verbessert und die Behandlung effektiver bzw. besser an den Bedarf angepasst – insgesamt eine Möglichkeit, Ärztemangel zu kompensieren.

KOMPETENTE „NURSES“. Aus Sicht der Pflegewissenschaft schilderte Univ.-Prof. Dr. Michael Ewers von der Berliner Charité Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten von Pflegekräften in der Primärversorgung. In einer internationalen Studie hatten Ewers und sein Team von 2012 bis 2014 eine Analyse ländlicher Versorgungsmodelle in Kanada und Finnland durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass etwa in Kanada diplomierte Pflegekräfte mit hohem Grad an Qualifikation zahlreiche Aufgaben selbstständig übernehmen, etwa Fahrtüchtigkeits-tests, vorgeburtliche Untersuchungen, Ohren-, Augen-, Nasenspülungen, Wundversorgung, Impfstatusüberprüfungen, Impfungen, Behandlung leichter Infekte oder das Monitoring bei Verordnung und Gabe von blutverdünnenden und hochwirksamen Medikamenten. Klare medizinische Direktiven regeln diesen autonomen Handlungsbereich.

Damit die interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert, sind laut Ewers' Studie mehrere Faktoren wichtig, darunter Teammanager für Strukturen und Prozesse, klare Definition von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten und das Überdenken traditioneller Rollen der einzelnen Professionen.

TEAM UM DEN HAUSARZT. Neben den Keynotes präsentierten Vortragende aus den wichtigsten Gesundheitsberufen Ansatzpunkte, wie sich von der Pflege bis zum Medikationsmanagement in Apotheken ihr fachliches Wissen stärker in die Primärversorgung einbringen ließe. Das Modell des „Teams rund um den Hausarzt“ wurde durchwegs als brauchbare Basis gesehen. Ebenso gab es weitgehend Zustimmung zum geplanten Primärversorgungsgesetz. So auch bei einer Podiumsdiskussion, in der es um die Frage ging, ob die geplanten Primärversorgungseinheiten das Aus für Individualität und Behandlungskontinuität der Hausarztversorgung bedeuten müssten. Was auffiel war auch, dass Vorträge wie Beiträge aus dem Publikum das Thema Primärversorgung jenseits von Standesinteressen aus pragmatischer Sicht zur Diskussion stellten und die von vielen geforderte „Augenhöhe“ der Professionen im Tagungssetting gelebt wurde.

Einen Video-Tagungsbericht mit allen Vorträgen und Diskussionen finden Sie ab kommender Woche auf medOnline.at und der Homepage des Österreichischen Forums Primärversorgung (ÖFOP): <https://primaerversorgung.org>

Hochdrucktherapie mit Kwizda, denn IHRE ERFAHRUNG zählt!

ACETAN



Organprotektiv – schützt Herz, Hirn, Augen, Niere.¹⁻⁵



MEPRIL



Besonders bei atherosklerotischen Risikofaktoren.⁶⁻⁸



ZANIDIP



Reduktion der Ödemrate um 90%.⁹



ZANIPRIL



Vermindertes Auftreten von neu diagnostiziertem Diabetes mellitus.¹⁰



IHR ÖSTERREICHISCHER PARTNER IM BLUTDRUCKMANAGEMENT

Kwizda
Pharma

ZAN0080_1607

1 Fachinformation. 2 Butler R, et al, Clinical Science; (2001)101, 53-58. 3 Bakris GL, Am J Hypertens. 2001 Aug; 14(8 Pt 2):2645-2695. 4 Chaturvedi N, et al, Lancet. 1998 Jan 3;351(9095):28-31. 5 Neal B, et al, Lancet. 2000 Dec 9;356(9246):1955-64. 6 Leu HB, Chang MJ, Ding PYA, Jpn Heart J. 2004 Jul; 45(4): 423-35. 7 Agabiti Rosei E, Rizzoni D, Muijsan ML, et al, J Hypertens 2005; 23(2): 435-44. 8 Moiseeva O, Villevalde S, Emelyanov I, et al, J Hypertens 2005; 23 Suppl. 2: S310. 9 Im Vergleich zu vorbehandelten Patienten bei Umstieg auf Lercanidipin. Borris V, et al. The Elyse Study, Blood Pressure 2002; 11: 95-100. 10 Im Vergleich zu β-Blockern und HCT. Elliot W., Meyer P; Lancet 2007; 369: 201-07.