

Inter

Der demographische Wandel

und der damit verbundene Anstieg von Patienten mit Multimorbidität sowie der gleichzeitig steigende Bedarf an Hausarztpraxen, vor allem auf dem Land, sind nicht nur in Deutschland ein bekanntes Problem, für das es gilt, zukunftsfähige Lösungen zu finden. Dabei bilden deutsche Universitäten nicht zu wenig Medizinstudierende aus. Nach Abschluss des Studiums entschieden sich hierzulande beispielsweise im Jahr 2014 jedoch nur knapp zehn Prozent für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, und davon waren 63 Prozent Frauen. Diese wünschen sich eher als Angestellte zu arbeiten, feste Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeitmodelle, um Beruf und

Familie vereinbaren zu können. Dabei wollen sie nicht örtlich gebunden sein, da zum Beispiel der Beruf des Partners örtliche Flexibilität verlangt. Außerdem sind sie - im Gegensatz zum bisher beliebten Modell der Einzelpraxis - häufig lieber im Team tätig. Doch nicht nur Deutschland kämpft mit diesen Herausforderungen, anderen Ländern geht es ähnlich. Der Blick über den Teller rand lohnt sich, um Ideen und Erfahrungen zu nutzen, die andernorts bereits erprobt wurden. Besonders interprofessionelle Ansätze sind dabei interessant, wie die beiden Beispiele aus Kanada und Schweden zeigen, die auf dem **DEGAM-Kongress Ende September in Frankfurt** vorgestellt wurden.

Primärversorgung: Mehr als nur Hausarzt?

International stehen viele Länder vor der Herausforderung, die Versorgung der immer älter werdenden Patienten besser zu koordinieren, um gerade Hausärzte zu entlasten. Zwei Ansätze aus **Kanada und Schweden** zeigen, wie Versorgung im Team gelingen kann.



**Hausärzte
weltweit
Folge 5**

Das kanadische Gesundheitssystem ist wie in Deutschland in einen ambulanten und einen stationären Sektor aufgeteilt, berichtete Dr. Lisa Ulrich vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt. Im ambulanten Bereich arbeiten Ärzte in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Rund 52 Prozent der kanadischen Ärzte sind family physicians (Hausärzte). 40 Prozent aller kanadischen Ärzte sind 55 Jahre oder älter. Wie in Deutschland steigt der Anteil an Hausärztinnen, so sind 65 Prozent aller family physicians unter 35 Jahre weiblich.

Kanada hat ein steuerfinanziertes, staatliches Gesundheitssystem, in dem die Bürger (kosten-)freien Zugang zu medizinischer Basisversorgung haben. Um die 2000er Jahre stieg das Bewusstsein für die Schnittstellenproblematik zwischen ambulantem und stationärem Sektor, den wachsenden Gesundheitskosten und dem Mangel an hausärztlichem Nachwuchs. Mehrere Gesundheitsreformen führten zu einer Stärkung der Allgemeinmedizin/Familienmedizin, unter anderem durch finanzielle Förderung neuer Versorgungsmodelle. Jüngstes Beispiel der Gesundheitsreformen sind die *Family Health Teams* in der Provinz Ontario. In diesem neuen Versorgungsmodell wurden nicht nur Vergütungsstrukturen angepasst und zu der bisher vorherrschenden Einzelleistungsvergütung zusätzlich Kopfpauschalen und Qualitätszuschläge eingeführt, sondern auch

weitere Gesundheitsprofessionen in die Primärversorgung im Sinne eines multiprofessionellen Teams integriert.

Eine wissenschaftliche Begleitevaluation hat gezeigt, dass dieses Versorgungsmodell für Patienten, aber auch für die Teammitglieder Vorteile bringt. Family Health Teams sind je nach lokalem Bedarf anders zusammengesetzt. In manchen Regionen gibt es viele Familien mit Kleinkindern, dort liegt der Fokus mehr auf Pädiatrie und Neugeborenenversorgung. In Regionen mit vielen älteren Menschen liegt der Fokus dagegen auf speziellen Angeboten für Senioren und der Versorgung chronischer Erkrankungen.

Kanada setzt auf Family Health Teams



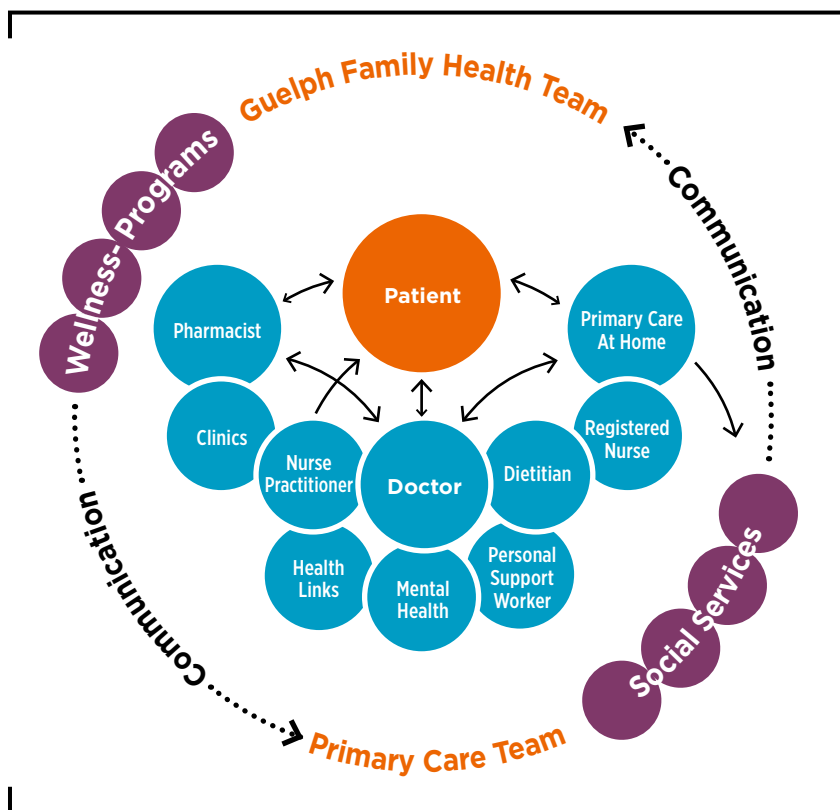
Zum Nutzen der Patienten arbeiten die Family Health Teams sehr eng mit anderen Gesundheitseinrichtungen und lokalen Institutionen zusammen, beispielsweise den örtlichen Sozialdiensten. Die Family Health Teams arbeiten mit einem Einschreibesystem, in das Patienten sich eintragen. So wird die Bindung des Patienten an ihr Versorgungsteam und die Kontinuität der Versorgung gestärkt.

Wie sieht so ein Team aus?

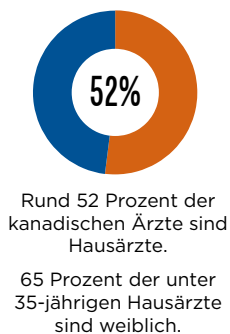
Das Team ist multiprofessionell; auch der Patient wird als Teammitglied begriffen (s. Abb.1). Zur Verfügung stehen neben dem Arzt u.a. Pflegekräfte, Ernährungsberater, Psychologen und Pharmazeuten. Der Großteil der 184 Family Health Teams in

Patientenakte sehen kann, wie die bisherige Versorgung des Patienten verlief. Alle im Health-Team arbeitenden Professionen haben eine akademische Ausbildung und mindestens einen Bachelor-Abschluss. Ein wichtiges Teammitglied sind die sogenannten *Nurse Practitioners*. Sie sind speziell ausgebildete, examinierte Pflegekräfte (mit Master-Abschluss), die innerhalb des Teams eigene Sprechstunden anbieten und ausgewählte Aufgaben eigenverantwortlich durchführen können. Die Aufgabendelegation ist einerseits aufgrund der fachlichen Ausbildung der Nurse Practitioners, andererseits aber auch durch eine klare rechtliche Regelung samt Haftungsfragen möglich (Nurse Practice Act).

Abb. 1: Guelph Family Health Team



Quelle: <https://www.guelphfht.com/news/assets/patients-first-20151218/Traditional%20Primary%20Care%20Model%20and%20Family%20Health%20Team%20Model.pdf> (letzter Zugriff am 12.10.2016)



Ontario sitzt jeweils als Team zentral unter einem Dach zusammen. An einer gemeinsamen Rezeption werden Patienten aufgenommen und Termine koordiniert. Die Rezeption erteilt Auskunft darüber, ob beim gewünschten Behandler ein Termin frei ist, oder bei wem alternativ ein Termin möglich wäre. Ziel ist, dass die Patienten möglichst noch am selben Tag einen Termin bekommen, auch wenn dieser nicht immer bei ihrem Hausarzt sein kann. Informationsverluste entstehen dadurch keine, da jedes Teammitglied über eine gemeinsame elektronische

Was sind die Erfolgsfaktoren?

Zu den Erfolgsfaktoren zählt zum einem der finanzielle Anreiz, der durch andere Vergütungsstrukturen innerhalb der Family Health Teams gesetzt wurde. Außerdem wurden bei der Förderung der Family Health Teams nicht nur die Aufgaben der Leistungserbringer, sondern auch der Aufbau einer Organisationsstruktur mit berücksichtigt, die sich um Dinge wie Abrechnung, Qualitätsmanagement und Personalangelegenheiten kümmert. So können sich die Leistungserbringer ganz auf die Versorgung ihrer Patienten konzentrieren.

„Es gab, wie bei allen Veränderungsprozessen, auch hier Barrieren“ berichtet Dr. Lisa Ulrich, die im Sommer dieses Jahres bei der Arbeit einzelner Family Health Teams in Ontario hospitierte und Interviews mit den Teammitgliedern führte. „Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit muss natürlich bei allen Teammitgliedern vorhanden sein. Zudem bedarf es ausreichender personeller Ressourcen, um so ein Team überhaupt aufbauen zu können.“

Fazit

Kanada stand vor 15 Jahren vor ähnlichen Problemen wie Deutschland derzeit: Der Bedarf an hausärztlichem Nachwuchs wur-

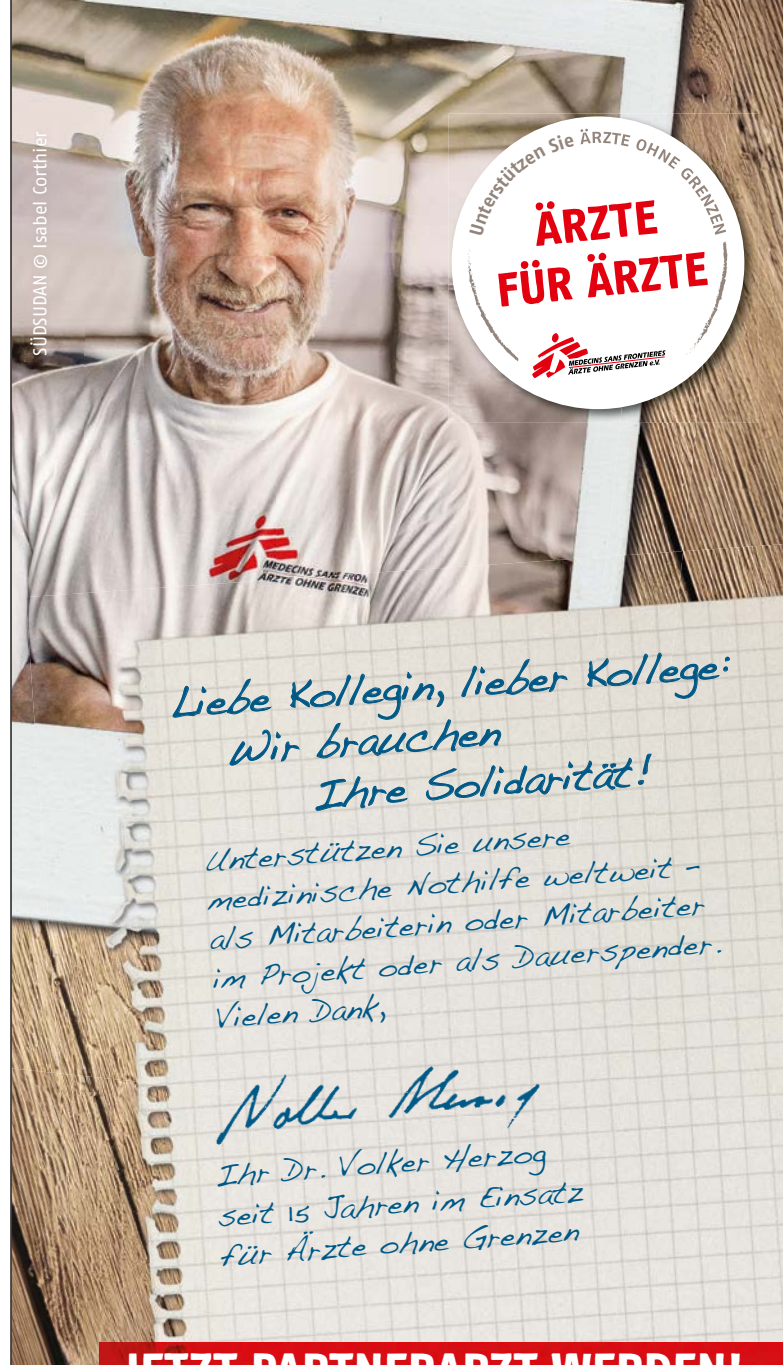
de mehr, die Gesundheitskosten stiegen, es fehlte an Koordination zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Darauf hat Kanada reagiert, indem es die primärärztliche Versorgung stärker in den Fokus gerückt hat. Das Gesundheitswesen dort ist jetzt stärker hausarztzentriert, wobei Hausärzte von weiteren Professionen, insbesondere aus dem Pflegebereich, unterstützt und entlastet werden. Eine elektronische Patientenakte unterstützt die Koordination der Behandlung. Ulrich: „Es bedarf nicht nur eines Versorgungsteams, auch die Strukturen dahinter und entsprechende Vergütungsstrukturen, bei denen beispielsweise auch präventive Leistungen bezahlt werden, sind wichtig.“

Family Health Teams können nicht eins zu eins auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen werden.

Das Fazit der Versorgungsforscherin: „Das Ganze braucht Zeit, mindestens zehn Jahre, wie man am Beispiel von Kanada sieht. Deswegen sollten wir jetzt beginnen und prüfen, welche Ansätze zum Beispiel aus Kanada uns helfen könnten, die Probleme in Deutschland zu lösen. Family Health Teams eins zu eins in das deutsche Gesundheitssystem zu übernehmen, ist aufgrund der Systemvorgaben nicht möglich und auch nicht nötig. Jedoch können einzelne Ansätze als Impulse genutzt werden.“

In Deutschland gibt es mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) bereits ein Versorgungsmodell, dessen Grundsätze sich auch in den Family Health Teams wiederfinden: ein Patienten-Einschreibesystem, der Hausarzt als erster Ansprechpartner im System, andere Vergütungsstrukturen und Versorgung im Team mit Unterstützung nicht-ärztlicher Professionen. Weitere Beispiele sind verschiedene Projekte, die die Versorgung von geriatrischen Patienten oder Menschen mit Demenz anbieten. Dabei handelt es sich jedoch oftmals um Modellprojekte, die zeitlich befristet sind und nicht über die Regelversorgung finanziert werden.

Auf der nächsten Seite: Schweden ▶



*Liebe Kollegin, lieber Kollege:
Wir brauchen
Ihre Solidarität!*

*Unterstützen Sie unsere
medizinische Nothilfe weltweit -
als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter
im Projekt oder als Dauerspender.
Vielen Dank,*

Nalle Meyer

*Ihr Dr. Volker Herzog
seit 15 Jahren im Einsatz
für Ärzte ohne Grenzen*

JETZT PARTNERARZT WERDEN!

GEMEINSAM KÖNNEN WIR MEHR BEWIRKEN.

Erfahren Sie bei uns, wie Sie Ihre Kollegen und Kolleginnen im Projekteinsatz unterstützen können:
www.aerzte-ohne-grenzen.de/partnerarzt



SPENDENKONTO

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE 72 3702 0500 0009 7097 00

BIC: BFSWDE33XXX

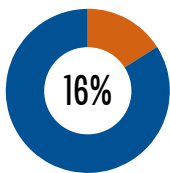
www.aerzte-ohne-grenzen.de/partnerarzt



**MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.**

Träger des Friedensnobelpreises

Schweden: Teamarbeit durch Triage



Nur 16 Prozent der schwedischen Ärzte sind Hausärzte.

Ein Allgemeinmediziner versorgt ungefähr 2.000 Einwohner und erhält jährlich eine Kapitation (Summe pro gelisteten Einwohnern, für die seine Praxis zuständig ist).

Neben Kanada ist auch ein Blick nach Schweden interessant. Auch bei dem Versorgungsmodell, das Andy Maun, Facharzt für Allgemeinmedizin und Versorgungsforscher am Uniklinikum Freiburg, vorstellte, steht der Teamansatz im Fokus. Maun war zwölf Jahre im schwedischen Gesundheitssystem tätig, unter anderem als Mitglied des schwedischen Qualitätsrates für Allgemeinmedizin und als Mitglied im Lenkungsrat für die Schaffung eines nationalen Qualitätsregisters in der Allgemeinmedizin.

Schweden hat 9,8 Millionen Einwohner, das staatliche Gesundheitssystem wird regional gesteuert. Es kommen 4,1 Ärzte auf 1.000 Einwohner (im Vergleich: in Deutschland sind es 4/1.000). Ein Allgemeinmediziner hat ungefähr 2.000 Einwohner zu versorgen. Er erhält in den meisten Fällen keine Vergütung pro Besuch, sondern jährlich eine Summe pro gelisteten Einwohnern (Kapitation), die die Praxis zu versorgen hat. Die Schweden suchen im Schnitt dreimal jährlich einen Arzt auf, die Hälfte dieser Besuche findet beim Hausarzt statt; in Deutschland sind es, je nachdem wie man misst, zwischen zehn und 18 Besuchen pro Jahr. Nur 16 Prozent der Ärzte sind dort Hausärzte. Auch in Schweden habe man ein Modell entwickelt, um die Last der Versorgung auf mehr Schultern als die ärztlichen zu verteilen, berichtet Maun. „In Teamarbeit wurde in der Praxis ein Modell entwickelt. Es wurde ein *Triagesystem* entwickelt (auf Grundlage des Manchester Triage-Systems in der Notfallversorgung), das so abgewandelt wurde, dass eine Krankenpflegerin alle Patienten triagiert und je nach Bedarf an verschiedene Professionen weiterleitet.“ Dabei kommen die Patienten entweder in die normale ärztliche Sprechstunde oder werden in die sortierte Drop-in-Sprechstunde bei anderen Professionen zugeteilt.

Je nachdem, welche Beschwerden sie schildern, treffen sie anstelle des Hausarztes di-

rekt den Psychologen, Ergo- oder Physiotherapeuten. Auch sogenannte *District Nurses*, die beispielsweise Routinekontrollen bei Chronikern durchführen und chronische Wunden behandeln, stehen zur Verfügung. Sie sind approbierte Gesundheitskräfte, wodurch Aufgaben nicht delegiert werden müssen, weil sie ein Behandlungsrecht haben. Die Patienten können jederzeit zusammen mit einem Arzt behandelt werden, wenn die anderen Leistungserbringer an die Grenzen ihrer Kompetenz stoßen. Einmal im Monat diskutiert das Team, ob alle Patienten richtig sortiert werden. „Es ist ein kontinuierlicher Prozess. Klappt alles, oder was müssen wir anders machen?“, sagt Maun.

Fazit

Das Ergebnis des Modellprojektes war, dass die Ärzte mehr Zeit für die zu ihnen triagierten Patienten hatten und andere Professionen einige Aufgaben übernehmen konnten. Personalressourcen und die Kompetenzen im Team wurden effektiver genutzt. Der Zugang zur Praxis, das ursprüngliche Ziel der Maßnahmen, wurde erhöht. Die Patienten waren laut Befragungen zufrieden mit dem System, ebenso die Mitarbeiter. Im Vergleich mit der regelmäßigen Befragung aller öffentlichen Praxen in der Stadt hatte das Modell die beste Verbesserung bei der Mitarbeiterzufriedenheit. Andy Maun: „Alle Mitarbeiter wurden einbezogen, das ist wichtig. Es gab auch Leute, die gegangen sind, dafür kamen andere. So ein Modell muss mit dem Team entwickelt werden, man kann es nicht einfach als Zehn-Punkte-Plan umsetzen.“ Es gibt jedoch Hindernisse, dieses System direkt auf Deutschland zu übertragen. Zum Beispiel der unterschiedliche Qualifikations- und Spezialisierungsgrad der Pflegekräfte und der strukturelle Unterschied, dass dort alle beteiligten Professionen approbiert sind. Deswegen müsste ein angelehntes System an die hiesigen Voraussetzungen angepasst werden.

Jasmin Andresh

Quelle: „Innovative Versorgungsmodelle“, DEGAM-Kongress, 30.9.16 in Frankfurt