

Vienna Healthcare Lectures 2016

Zusammenfassung

Thomas Czypionka und die TeilnehmerInnen der VHCL

Die Vienna Healthcare Lectures 2016 fanden zum Thema “Primärversorgung konkret - Modelle in der Praxis“ statt. Den Auftakt machte Direktor Franz Kiesel mit einem Impulsreferat, dem Diskussionen im Rahmen eines World Cafés folgten. An den folgenden beiden Tagen hörten wir einige sehr interessante Präsentationen internationaler Vortragender.

Ergebnisse von Impulsreferat und World Café

Direktor Kiesel berichtete in seinem Vortrag von der Zielsetzung, die mit dem Konzept zur Primärversorgung verfolgt wird, und den Bestrebungen in Oberösterreich. Das Ennser Modell ist zwischen SV, Land und ÄK abgestimmt und soll Anfang 2017 mit einer Projektlaufzeit von zunächst fünf Jahren die Arbeit aufnehmen. Neben sechs AllgemeinmedizinerInnen werden auch 2 DGKP sowie 4,5 OrdinationsassistentInnen und ein Manager das Kernteam dieser Ärzte-GmbH bilden. Weiters gehören dem Team ein Psychologe, zwei Physiotherapeuten und teilszeitbeschäftigt ein Sozialarbeiter, eine Diätologin, eine Ergotherapeutin, eine Logopädin und eine Hebamme an. Dadurch sollen umfassendere Öffnungszeiten (64 Wochenstunden) und ein erweitertes Leistungsspektrum angeboten werden. Neben einer Anschubfinanzierung für die Abdeckung von Umzugs-Kosten und Investitionen in EDV wird es eine Pauschalhonorierung auf Basis der bisherigen Einkommenssituation der ÄrztInnen geben, mit einem Aufschlag von fünf Prozent. Der Mehraufwand und die Anschubfinanzierung werden von Sozialversicherung und Land Oberösterreich gemeinsam bestritten. Als fördernde Faktoren identifizierte Direktor Kiesel das Engagement der Initiatoren, den politischen Willen der Stakeholder mit einer gelungenen Finanzierungsvereinbarung zwischen SV und Land, ein akzeptiertes Vergütungsmodell und die Unterstützung von Ärztekammer und Gemeinden. Ungünstig allerdings seien die unklaren rechtlichen Rahmenbedingungen, die mangelnde Erfahrung mit dem Modell, das fehlende rechtliche und wirtschaftliche Know-how bei den Beteiligten und der anfängliche Widerstand der Interessensvertretungen. Besonders betont wurde, dass es in stetigen Gesprächen gelungen ist, auch potentielle Gegner ins Boot zu holen.

Im anschließenden **World-Café** wurden in wechselnder Zusammensetzung die wahrgenommenen und erlebten Hindernisse für eine Umsetzung der Primärversorgung als auch mögliche Ankerpunkte diskutiert.

Ein zentrales Thema war dabei die **Unsicherheit**. Es bestehen im Grunde auf allen Seiten, Zähler wie Leistungserbringer, große Unsicherheiten über die rechtlichen Rahmenbedingungen, aber auch über das tatsächliche Arbeiten in einem solchen geänderten Umfeld. Auch die Bevölkerung werde nicht nur im Dunkeln gelassen, das ganze Feld der Information werde den Gegnern von PHC überlassen. Hier wurde angemahnt, dass die politisch Verantwortlichen ihre Führungsrolle wahrnehmen sollten, mit klaren Ansagen sowie einem Akzeptanzmanagement bei Professionals und der Bevölkerung. Es

gebe auch zu wenige Ansprechpartner, die Hilfestellung leisteten, während die Ärztekammern sich weitgehend gegen die Reform sperren, und somit diese Rolle ebenfalls nicht erfüllten.

Die **Voraussetzungen** für gelebte Primärversorgung würden teilweise fehlen. Die Rolle einzelner Berufsgruppen müsse überdacht und Kompetenzen besser genutzt werden. Die Ausbildung fördert Kompetenzen, die für die Primärversorgung wichtig sind, nach wie vor zu wenig: Sie ist krankenhausalastig und nicht auf Kooperation der Berufsgruppen ausgerichtet. Das geforderte Primärversorgungssystem lasse sich auch schwer in den bisher praktizierten Gesamtverträgen mit den Honorarordnungen und den Stellenplänen abbilden. So wäre es ja beispielsweise nun relevant, dass das Praxisteam eine/n passende/n KandidatIn findet die/der in das Team passt, und weniger, wer auf der Ärztekammerliste erstgereiht ist. Genauso unklar geregelt sind die Frage von Anstellung vs. freier Berufsausübung, Haftung, Qualitätsmanagement sowie Finanzierungs- und Honorierungsfragen.

Es wurden aber auch Elemente identifiziert, auf denen Österreich in Hinblick auf PHC aufbauen kann. Ein wichtiges Element dabei sei die Veränderungen bei den Professionals, insbesondere der nächsten Generation, die nicht nur dem Konzept von PHC offener gegenübersteht, sondern sich auch mehr kooperative Arbeitsweisen und flexible Arbeitszeitmodelle wünscht. Es gebe nach wie vor eine hohe Motivation der LeistungserbringerInnen, die durch mehr Zusammenarbeit auch persönliche Vorteile erkennen können. Auch die zahlreichen bottom-up Initiativen würden helfen und durch ihre Erfolge auch die Bevölkerung überzeugen helfen, wenn sie denn nur auch gefördert und bekannt gemacht würden.

Entsprechend den Diskussionen im World-Café wurden Fragen für die Vortragenden formuliert, die ihnen auch noch zur etwaigen Berücksichtigung geschickt wurden. Die TeilnehmerInnen erhielten diese ebenfalls um, an entsprechenden Stellen der Vorträge, nachzufragen.

1. Strukturen

- Zusammenarbeitsformen in PHC
- Verhältnis PHC-Sekundärversorgung/Krankenanstalten (räumlich, inhaltlich, finanziell)
- Wie erfolgt die Finanzierung und Honorierung?
- Wie erfolgt die Honorarverteilung innerhalb des PHC?
- Wie erfolgt die Stellenbesetzung/Leistungseinkauf?
- Wie weitgehend ist die IT-Vernetzung?
- Rechtliche Rahmenbedingungen für Leistungserbringer?
- Rechtliche Rahmenbedingungen für Verträge mit PHC (Honorare, Stellenpläne, QM)
- Qualitätsmanagement und -messung? Feststellung von Versorgungsbedarf?
- PatientInnensteuerung? (Gatekeeping, Selbstbehalte)

2. Berufsgruppen

- Multiprofessionalität: Wie stark eingebunden? Gibt es gemeinsame Ausbildungselemente?
- Was tun Primärversorger (Leistungsspektrum)? Wie wird es festgelegt?
- Wie sind einzelne Berufsgruppen abgegrenzt? Wer trägt die Verantwortung? Wie sind Hierarchien gestaltet?
- Anstellung vs. Selbständigkeit?
- Wie sind AllgemeinmedizinerInnen ausgebildet: Uni, Ausbildung in KH und Lehrpraxis
- Welche Anreize bestehen, AM zu werden?
- Welche Anreize bestehen, in ein PHC-Modell zu gehen/eines zu gründen?
- Woher kommt das Gründungs- und management know-how?

3. Implementierungsprozess

- Wie ist der Implementierungsprozess generell gestaltet worden?

- Umgang mit skeptischen Interessensgruppen, zB Ärztekammer?
- Aufgaben und Kompetenzen der ärztlichen Vertretung (gemeinsamer Versorgungsauftrag, Rolle bei Stellenbesetzung, Verträgen)?
- Umgang mit Unsicherheit (Verwaltung/Zahler, ÄrztInnen, PatientInnen)?
- Wie wurde Change management durchgeführt?
- Wie wurde die Bevölkerung informiert?
- Was wurde top-down, was bottom-up bestimmt?
- Umsetzung von IT-Vernetzung?

Internationale Vorträge

Hans Thulesius, selbst Allgemeinmediziner, berichtete über PHC in Schweden. Ausgangspunkt war zunächst, wie Schweden mit so wenigen Krankenhäusern auskommt. Seit den 1970er Jahren gibt es die sogenannten *vardcentralen*, PHC-Zentren für eine Bevölkerung von jeweils rund 10.000 Menschen. Eine typische *vardcentral* besteht aus

- 5-8 DGKP
- 3-6 AllgemeinmedizinerInnen
- 2-4 MedizinerInnen in Ausbildung
- 2-5 PraxisassistentInnen
- 2-3 PflegehelferInnen

Häufig werden auch Neugeborenen- und Mütterversorgungseinrichtungen geführt, sowie PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen u.a.

Besonders überraschend war zu hören, dass AllgemeinmedizinerInnen nur 10-15 PatientInnen am Tag wirklich sehen, und sich für diese Konsultationen dann 15-30 Minuten Zeit nehmen. Ein Teil der weiteren Arbeit sind dann auch Telefontermine. Die meisten PatientInnen, die vorwiegend chronisch krank sind, werden vom nicht-ärztlichen medizinischen Personal betreut und nur bei Bedarf (z.B. Veränderung oder Verschlechterung) an die ÄrztInnen weitergeleitet. Die DGKPs haben hierzu nach drei Jahren Ausbildung oft eine Spezialisierung (in PHC oder einer speziellen Erkrankungsgruppe) und dürfen bestimmte Medikamente auch selbsttätig verschreiben. Ebenso bemerkenswert war, dass AllgemeinmedizinerInnen von fünf Jahren postpromotioneller Ausbildung die Hälfte in einer *vardcentral* verbringen! Durch diesen Aufbau können die *vardcentralen* sehr viele gesundheitliche Beschwerden bereits im niedergelassenen Bereich behandeln ohne eine Überweisung oder gar einen Krankenhausaufenthalt zu benötigen. Zum Krankenhaus hin besteht zwar kein „hartes“ gatekeeping, aber ein „softes“: SanitäterInnen rufen häufig zunächst einmal die *vardcentral* der PatientInnen an. Im Krankenhaus selbst wird von DGKP eine strenge Triage vorgenommen, sodass hier nur echte Notfälle versorgt werden.

Im weiteren Vortrag lernten die TeilnehmerInnen noch drei PHC-Zentren genauer kennen (in Göteborg, Stockholm und Storuman im Norden). Besonders das entlegene Storuman PHC-Zentrum war bemerkenswert. Es hat 24 Stunden am Tag offen und verfügt auch über einen Hubschrauber und acht Betten, in denen weniger kritische Fälle behandelt werden können.

Joop Blaauw aus den Niederlanden, ebenfalls Allgemeinmediziner, berichtete über die Tendenz in seinem Heimatland, dass AllgemeinmedizinerInnen sich zu Gruppenpraxen zusammenschließen und in naher Zukunft wohl kaum noch Einzelpraxen übrig bleiben würden. Sein vorweggenommenes

Fazit ist, dass die Vorteile die Nachteile eindeutig überwiegen. Es gibt Synergien in der Nutzung von Personal und Ressourcen sowie fachlichen Austausch. Gruppenpraxen sind auch eine Antwort auf flexiblere Arbeitszeitbedürfnisse und ermöglichen ausgeweitete Öffnungszeiten.

Am Beispiel der Region Deventer wurden neue Organisationsformen in PHC illustriert, die im Übrigen striktes gatekeeping betreiben und versuchen, PatientInnen vor allem in dieser „ersten Linie“ zu halten oder sie rasch wieder aus der Sekundärversorgung zu übernehmen. Die 90 AllgemeinmedizinerInnen der Region arbeiten alle in einer Kooperative bzw. Netzwerk zusammen, die ihnen selbst gehört und von einem Team professionell gemanagt wird. Dieser Zusammenschluss organisiert nicht nur die in den Niederlanden vorhandenen strukturierten Behandlungsprogramme, sondern auch gemeinsame wissenschaftliche Forschung, eine 24 Stunden-Versorgung der Bevölkerung sowie die postpromotionelle Ausbildung und Qualitätssicherung. Speziell in den Disease Management Programmen übernehmen die DGKP eine wichtige Rolle in der Routineversorgung, während die ÄrztInnen nur in speziellen Fällen herangezogen werden und einen jährlichen Check-up machen. Alle AllgemeinmedizinerInnen nehmen auch an der Randzeitenversorgung (17:00-8:00 sowie das ganze Wochenende) teil. Dazu gibt es beim Krankenhaus in Deventer eine eigene Station mit drei bis fünf DGKP zur Triage, jederzeit eine/n diensthabende/n Allgemeinmediziner/in am Telefon und eine/n unterwegs auf Visite sowie zwei weitere zur Behandlung vor Ort. So können rund 180.000 EinwohnerInnen von Deventer versorgt werden. Der Vorteil dieser Versorgung liegt insbesondere auch darin, dass die PatientInnen im Netzwerk registriert und bekannt sind.

Im Übrigen war auch bemerkenswert, dass AllgemeinmedizinerIn ein gleichberechtigtes ärztliches Fach ist. Von den drei postpromotionellen Ausbildungsjahren werden zwei in der niedergelassenen Praxis absolviert, immer begleitet von einem Tag der Woche an der Universität. Alle fünf Jahre müssen 250 Fortbildungsstunden nachgewiesen werden, um weiter zugelassen zu sein. Die Aufgabenbereiche, die bei uns in der Ärztekammer vereint sind, werden in den Niederlanden von verschiedenen Organisationen wahrgenommen. Während die LVH die gewerkschaftliche Funktion bei den AllgemeinmedizinerInnen wahrnimmt, bestimmt die NHG professionelle Standards und sorgt für Zulassung und Rezertifizierung. Die HON ist verantwortlich für die AllgemeinmedizinerInnenausbildung. Die Regierung legt dabei jedes Jahr eine Zahl an auszubildenden AllgemeinmedizinerInnen fest, für die sie auch das Geld zur Verfügung stellt.

Der Schweizer **Marc-André Raetzo** ist nicht nur praktizierender Internist mit eigener Praxis, sondern auch Chef eines Medical Centers, eines „Medical Homes“ und von DELTA, einer „Managed Care Organisation“. Er berichtete von der Situation in der Schweiz, welche ähnlichen Problemen wie Österreich gegenüber steht. Die Kosten der Gesundheitsversorgung in der Schweiz erscheinen nicht nachhaltig finanzierbar, es gibt einen starken Anstieg an chronischen Krankheiten und dazu einen Mangel an AllgemeinmedizinerInnen. Barrieren zur Lösung dieser Probleme sind eine Fragmentierung des Gesundheitssystems, welches auf akute Versorgung ausgerichtet ist und das Fehlen von akademischem Interesse an Allgemeinmedizin. Ähnlich wie in Österreich werden Krankenhäuser zu 55% vom Staat und zu 45% von der Krankenversicherung finanziert, welche den niedergelassenen Bereich wiederum zu 100% bezahlt, und HausärztInnen arbeiten vornehmlich in Einzelpraxen mit ungesteuertem Zugang für PatientInnen. Vor diesem Hintergrund wurde 1989 die Managed Care Organisation DELTA als Pilotprojekt bottom-up durch Eigeninitiative gegründet. PatientInnen und ÄrztInnen können freiwillig Mitglied von DELTA werden. PatientInnen profitieren

von 15-20% niedrigeren Beitragszahlungen und einer abgestimmten Versorgung, akzeptieren dafür aber die Rolle der HausärztInnen als Gatekeeper für weitere Leistungen. ÄrztInnen profitieren von der Einbettung in eine Organisation, sie haben mehr Zeit für ihre PatientInnen und weniger administrative Aufgaben, monatliche Qualitätszirkel etc. Kosten werden u.a. durch eine effektivere Versorgung, gemeinsam genützte Labore und Untersuchungsgeräte reduziert. 1991 hat Delta mit 4.500 Versicherten 20% der Ausgaben gegenüber einer Kontrollgruppe gespart, während es 2016 mit 250.000 Versicherten um 16% weniger waren.

Außerdem betonte Dr. Raetzo, dass es in der Primärversorgung Interdisziplinarität und nicht Multidisziplinarität bedarf. Um ein paralleles Arbeiten verschiedener Professionen zu verhindern, müssen institutionelle und professionelle Barrieren abgebaut werden. Die Rolle von HausärztInnen muss des Weiteren „umgedacht“ werden. Erstens brauchen AllgemeinmedizinerInnen eine bessere Ausbildung im Umgang mit PatientInnen. Es gilt zu erlernen, wie PatientInnen effektiv zu einer Verhaltensänderung animiert werden können, anstatt sie zu belehren. Zweitens sind die herausgegebenen Behandlungsleitlinien für chronisch kranke PatientInnen in der Praxis meistens nicht anwendbar, weil sie nur für eine einzelne Krankheit ohne Vorliegen von Komorbiditäten gelten. Dies führt zum dritten Punkt, dass Allgemeinmedizin als das schwierigste Fachgebiet anerkannt und einen größeren Stellenwert bekommen sollte, da HausärztInnen über alle Bereiche Bescheid wissen müssen.

Für die Betrachtung der politischen Perspektive war die Medizinerin **Vesna Petric** geladen, die für die slowenische Gesundheitsministerin arbeitet. In Slowenien setzt man seit einigen Jahren auf die Stärkung der Primärversorgung mit der Umsetzung von Gatekeeping. Direkt zugänglich sind neben AllgemeinmedizinerInnen nur KinderärztInnen und GynäkologInnen. Dabei kommen 300¹-3000 PatientInnen auf eine/n Allgemeinmediziner/in, für die diese jeweils ein adjustiertes capitation payment bekommen. Einige Leistungen werden extra abgerechnet und für Prävention ein zusätzliches Budget zur Verfügung gestellt.

Die Regierung plant, mehr Leistungen in den Primärversorgungsbereich zu verlagern und die Öffnungszeiten, die Zeit pro PatientIn und die Kapazitäten auszuweiten und hat dafür ein Reformprogramm 2016-2025 ins Leben gerufen. Da die traditionell starke Ärztekammer derzeit die Ausbildungskapazitäten bestimmt und nicht mitzieht, soll dies geändert werden. Die zukünftigen Primärversorgungszentren sollen mindestens eine DGKP pro ÄrztIn führen. Von den vier postpromotionellen Ausbildungsjahren werden zwei in der niedergelassenen Praxis verbracht. In die Primärversorgungszentren sollen neben Gesundheitsedukation weitere Gesundheitsförderungsaktivitäten eingegliedert werden. Des Weiteren sollen die mobile Pflege und Sozialberufe besser mit den PHC-Zentren integriert werden. Auch an die Einbindung von PharmazeutInnen in das Praxisteam ist gedacht.

Umgesetzt werden soll dies in Modellpraxen, deren Zahl von 584 in 2016 auf 858 in 2018 angehoben werden soll, mit einem Vollausbau bis 2020. Unterstützt soll dies werden durch eine elektronische PatientInnenakte mit e-Überweisungen und e-Rezepten, ein Qualitätsmanagementkonzept sowie ein

¹ Geringe Zahlen vor allem bei jenen ÄrztInnen, die für Alters- und Pflegeheime zuständig sind.

stärker leistungsorientiertes Bezahlungsmodell. Um Praxen bei diesen Anstrengungen zu unterstützen werden zusätzliche Mittel von insgesamt 160 Millionen Euro bis 2025 bereitgestellt.

Von weitgehenden Reformen in England berichtete **Stefanie Rutherford**. Dort haben Gruppenpraxen und der Einsatz von Pflegekräften im PHC-Bereich bereits lange Tradition. Die PatientInnen der „general practitioners“ (GPs) sind dort eingeschrieben und die GPs agieren als gatekeeper. Die Praxen stehen auch an Randzeiten und teilweise am Wochenende offen. Insbesondere wo dies nicht der Fall ist, gibt es „walk-in clinics“, in denen ohne Termin leichtere Beschwerden abgefangen werden können. Unter der Telefonnummer 111 steht zusätzlich ständig eine Telefonberatung inklusive Hilfe zur Selbsthilfe bei geringfügigen Beschwerden zur Verfügung.

Neben Gruppenpraxen gibt es nun auch größere Zusammenschlüsse von GPs als „superpartnerships“, also Personengesellschaften, die den GPs gehören. Diese sind die Voraussetzung, um auch einzelne spezialisiertere Leistungen anbieten zu können, was mit einer Art Anschubfinanzierung gefördert wird. Dies ist Teil einer Strategie zur Weiterentwicklung von PHC in England. Bis 2021 sollen dauerhaft 2,4 Mrd. Pfund zusätzlich pro Jahr zur Verfügung stehen. Damit sollen rund 5000 neue GPs, 3000 PsychotherapeutInnen und 1500 Klinische PharmakologInnen (!) in Praxen eingesetzt werden. Ebenso wird auch in die Personalentwicklung von practice nurses, Sprechstundenhilfen und PraxismanagerInnen investiert. Die Navigationsinformation für PatientInnen sowie die Koordinationsfunktion der PHC-Zentren soll verbessert werden, unter anderem durch elektronische Verschreibung, Terminbuchung, ein neues Informationsportal. Die Kontaktmöglichkeiten für PatientInnen sollen um Telefon, E-Mail und SMS Konsultationen erweitert werden. Durch Erinnerungen und einfache Terminstornierung soll die Zahl nicht wahrgenommener Termine reduziert werden. Ebenso soll „social prescribing“ möglich werden, also dass per Rezept auch nicht-medikamentöse Maßnahmen verschrieben werden können.

Das schon vor ein paar Jahren ausgerollte „clinical commissioning“, also der Leistungseinkauf von medizinischen Leistungen für eine PatientInnenliste durch die clinical commissioning group (in der Regel ein Zusammenschluss lokaler GP-Praxen mit einigen hunderttausend PatientInnen) soll erweitert werden auf alle Leistungen für physische, psychische und soziale Gesundheit. Wo möglich, soll am Ende eine „accountable care organisation“ entstehen, eine Einheit, die sämtliche gesundheitlichen und sozialen Leistungen einer Wohnbevölkerung selbständig organisiert und dafür vom NHS eine bevölkerungsadjustiertes Budget erhält.

Simo Kokko aus Finnland, selbst Arzt, Forscher und nun in der Verwaltung, führte durch die Entwicklung von PHC in seiner Heimat. Traditionell sind in Finnland die 319 Gemeinden für die Gesundheitsversorgung zuständig. Sie erhalten Mittel nach einer bevölkerungsadjustierten Finanzausgleichsformel. Je nach Gemeinde finden sich unterschiedliche Typen von Gesundheitszentren mit 5-10 AllgemeinmedizinerInnen und ebenso vielen Pflegekräften sowie auch anderen medizinischen Berufen bis hin zu Einheiten mit 20-30 Betten, in denen auch z.B. die Behandlung akuter Lungenentzündung aber auch end-of-life care wohnortnah durchgeführt werden können. Im Laufe der Jahre wurde die Zahl und Rolle der Pflegekräfte immer weiter ausgebaut, häufig sind sie auch in der Triage eingesetzt, um die ÄrztInnen zu entlasten. Dafür sind sie speziell ausgebildet.

Da die Aufgaben der Gesundheitsversorgung immer komplexer wurden, ist für 2019 geplant, dass in Zukunft mehrere Gemeinden zusammen das gesamte Gesundheits- und Sozialwesen organisieren.

Jan DeMaeseneer, ebenfalls Arzt, Forscher und Berater der EU-Kommission für PHC, bildete den Abschluss. Er ließ vor allem mit der These aufhorchen, dass die Allgemeinmedizin eine herausforderndere Disziplin sei als andere ärztlichen Spezialisierungen. Während letztere einen engen Ausschnitt an Leiden mit einer begrenzten Zahl gut eingeübter Verfahren behandelten, ständen PrimärversorgerInnen einem breiten Spektrum an Symptomen mit zunächst wenig Vorinformation und begrenzten technischen Hilfsmitteln gegenüber. Anhand eines Beispiels illustrierte er, wie man mit gemeindenaher Versorgung Gesundheitsprobleme bereits an der Ursache bekämpfen kann. So passierten immer wieder Unfälle an einer Kreuzung. In einem der quartalsweise stattfindenden Treffen seiner multiprofessionellen Primärversorgungspraxis mit GemeindegängerInnen nahmen auch zuständige Stakeholder wie Polizei und GemeindevertreterInnen teil, um gemeinsam eine Lösung für die Erhöhung der Verkehrssicherheit zu erarbeiten, die auch umgesetzt wurden. Er trat im speziellen bei älteren, multimorbiden PatientInnen für eine zielorientierte Gesundheitsversorgung als Antwort auf die Komplexität der Behandlung ein: Notwendigerweise müsse bei gleichzeitigem Vorliegen diverser Gesundheitsprobleme priorisiert werden. Dies sollte sich an den Lebenszielen der PatientInnen, und nicht am medizinisch Machbaren orientieren. In einer kurzen Beantwortung der Fragen, die wir ihm vorab aus dem World Café geschickt hatten, plädierte er für mutigere Reformen, eine Aufwertung der Gesundheitsberufe, Multiprofessionalität und einer Gleichrangigkeit von AllgemeinmedizinerInnen gegenüber anderen FachärztInnen. Ein gatekeeping durch ein gemeindenahes Primärversorgungsteam sei unabdingbar.

Abschlussdiskussion

Leider konnte Jan De Maeseneer aus Termingründen nur einen Teil der Themen des World Café aufgreifen. Nach seinem Aufbruch sammelten wir noch die wichtigsten Lehren für das österreichische Gesundheitswesen. Im Zentrum standen unter anderem:

1. Die Ausbildung der AllgemeinmedizinerInnen muss verbessert werden. In den meisten Ländern lernen diese rund zwei Jahre in der allgemeinmedizinischen Praxis.
2. Allgemeinmediziner sollten als FachärztInnen anerkannt werden, um eine Diskussion auf Augenhöhe mit den VertreterInnen der spezialisierten Disziplinen zu ermöglichen. Auch dies ist in fast allen anderen Ländern der Fall.
3. Pflegefachkräfte müssen aufgewertet und mit entsprechender Ausbildung ausgestattet werden. Sie haben in allen vorgestellten Gesundheitssystemen eine wesentliche Rolle in der Primärversorgungspraxis, indem sie Routineversorgungsaufgaben, Triage und eingeschränkte Medikamentenverschreibungen durchführen.
4. Dadurch können sich AllgemeinmedizinerInnen viel intensiver und länger mit jenen PatientInnen befassen, die einer eingehenden Untersuchung und Therapieabwägung bedürfen.
5. ÖsterreicherInnen sollten - wie ebenfalls in allen vorgestellten Systemen - bereits von vorneherein bei einem Primärversorger eingeschrieben sein. Dieser nimmt dann eine



proaktive Rolle ein und muss nicht erst beim Auftreten von Leidensdruck bei PatientInnen aktiv werden.

6. Multiprofessionalität mit gelebter Teamkultur statt Einzelkämpfertum ist ein Erfolgsfaktor von Primärversorgung und umfasst auch die soziale Dimension von Krankheit. Dieser Kulturwandel sollte in Österreich angestoßen werden.
7. Eine klare inhaltliche Strategie muss von politischer Seite vorgegeben werden, inklusive klarer Rahmenbedingungen. Die Ausgestaltung kann dann nach regionalen Bedürfnissen innerhalb dieses Rahmens erfolgen.
8. Die Kommunikation mit Professionals und der Bevölkerung muss verbessert werden. JournalistInnenseminare, BürgerInnendiskussionen uä müssen die Reform begleiten (siehe VHCL 2014).