

Erwartungen an die Primärversorgung - die Patient*innenperspektive

Pascal Laun

Andreas Neidl

Tom Schmid

Gliederung

- **Überblick**
- Patient*innenperspektive
- Perspektive von Allgemeinpraktiker*innen
- Empfehlungen

Das Forschungsteam

- Katharina Auer, BA MA
- Manuela Krivda
- Pascal Laun, BA
- Andreas Neidl, BA MA
- Prof. (FH) Dr. Tom Schmid
- Mag.^a (FH) Sabine Sommer

Die Fragestellung

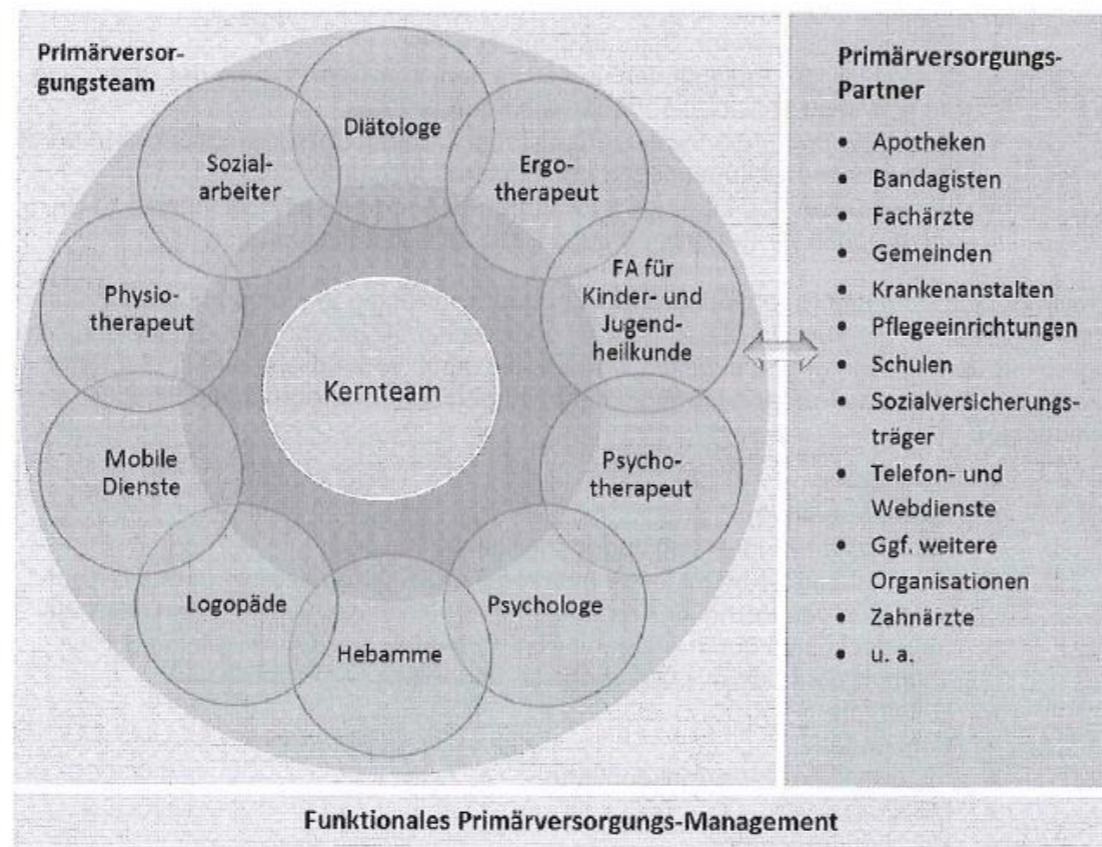
- Gesundheitsreform → Aufwertung der Primärversorgung
- Ausbau von Primärversorgung in den kommenden Jahren zu erwarten
- Aber: Was erwarten sich Patient*innen von einem „guten Hausarzt“ oder einer guten „Hausärztin“?

Methoden

- Analyse von Literatur und Dokumenten
- Narrative Interviews mit Patient*innen
 - 1600 Personen wurden angeschrieben
 - 37 Interviews waren möglich
 - Typisierung
- Interviews mit 5 Allgemeinpraktiker*innen
- Fachtagung am 19.9.2014
- Wissenschaftlicher Endbericht

„Das Team rund um den Hausarzt“

- Ziel: Schaffung multiprofessioneller Teams



Anmerkung: Zusammensetzung des Primärversorgungsteams muss auf die regionalen Erfordernisse abgestimmt sein. Die Koordination und Kontinuität der Betreuung wird intern durch ein funktionales Primärversorgungs-Management gesichert.

Ärzt*in – Patient*in Beziehung

- Historisch 3 Formen:
 - *Bedside Medicine*
 - *Hospital Medicine*
 - *Laboratory Medicine*
- Aktuell entwickelt sich eine Polarisierung
 - *Patient-centered medicine* (biopsychosoziales Modell)
 - *Evidence Based Medicine*
- Das ergibt ein Spannungsfeld

A ————— **P**

- A = autoritär-charismatisches Versorgungsmodell
- P = beratend-partizipatives Versorgungsmodell

Beziehungsmodelle

- Aus der Literatur ergeben sich vier „Beziehungsmodelle“ im Ärzt*in – Patient*in – System
 - Paternalistisches Beziehungsmodell (1)
 - Beziehung auf Gegenseitigkeiten (2)
 - Konsument*innenbeziehung (3)
 - „säumige“ Beziehung (4)
- Das ergibt ein Spannungsfeld:



- A = autoritär-charismatisches Versorgungsmodell
- P = beratend-partizipatives Versorgungsmodell

Gliederung

- Überblick
- **Patient*innenperspektive**
- Perspektive von Allgemeinpraktiker*innen
- Empfehlungen

Methoden

- Qualitative Erhebung
- Schreiben an je 200 bis 400 Personen
- Narrative Interviews
 - Insgesamt 37 bei mehr als 9000 km Fahrtstrecke
 - 9/WGKK, 14/NÖGKK, 3/BGKK, 6/SGKK
 - 3/SVB, 2/SVA
 - 19 männlich, 18 weiblich
- Auswertung qua Typisierung
 - Sechs unterschiedliche Hausarzt*intypen
- Vertiefung der Ergebnisse mittels leitfadengestützter Ärzt*inneninterviews

Allgemeine Erkenntnisse

- Hohe Zufriedenheit
 - Gleichzeitig Kritik am gesamten System
- Persönliche Beziehung zum*zur Hausarzt*in von hoher Bedeutung
- „Social-Skills“ im Vordergrund
- Kritik an zahlreichen Besuchen der Pharmavertreter*innen
- Stadt-Land-Gefälle
- Samstag als zusätzlicher Ordinationstag
- Ablehnung einer Verdinglichung von Patient*innen

Allgemeine Erkenntnisse

- Ausreichend Zeit für Patient*innen
 - Gleichzeitig kurze Wartezeiten
- Gruppenpraxen bzw. Ärzt*innenzentren
- Kenntnisse über alternative Behandlungsformen
 - Schutz vor wirkungslosen Therapien
- Therapeutische Gespräche werden gewünscht
- Attraktivierung der Ordinationsausstattung
- Verbesserung der Terminvergabe

Typus 1

- **Berater*in: „autonom-dialogische*r Vertrauensärzt*in“**
 - Begegnung auf Augenhöhe
 - Zuhören
 - Umfassende Aufklärung und Möglichkeit der Diskussion
 - Ärzt*in als Drehscheibe der Gesundheit
 - Eigenverantwortung der Patient*innen
 - Geringe Beeinflussung durch Pharmaindustrie
 - Behandlung nach bestem medizinischem Gewissen
 - Offenheit gg.über alternativen Behandlungsmöglichkeiten

Typus 2

- **Unkonventionelle*r: „Ganzheitliche*r Vertrauensärzt*in“:**
 - Ganzheitlicher Ansatz
 - Interesse an der Lebenssituation, Salutogenese
 - Regelmäßige Fortbildungen
 - Konventioneller- und nichtkonventioneller Medizin
 - Genügend Zeit
 - Gute*r Diagnostiker*in
 - Hausbesuche
 - Kennen der Patient*innen
 - Ernst nehmen der Patient*innen

Typus 3

- **Aufklärer*in: „medizinische Dienstleister*in“**
 - Aufklärung und Informationsvermittlung
 - Keine medizinische Fachsprache
 - Medizinische Fachkompetenz
 - Vorschläge für Untersuchungen und Behandlungen
 - Wenig persönliche Gespräche
 - Regelmäßige Weiterbildung
 - Praxisbezogene Ausbildung und Lehre
 - Distanziertes Verhältnis zum*zur Ärzt*in

Typus 4

- **Zettelschreiber*in: „Systemdienstleister*in“**
 - Hausarzt*in solle möglichst wenig stören
 - Rasche Überweisung zu Facharzt*innen
 - Hausarzt*in als Aussteller*in von Rezepten
 - Für Medikamente sowie Überweisungen

Typus 5

- **Umfassende*r Betreuer*in: „Fürsorgliche*r Hausarzt*in“**
 - Verständnis für persönliche Situation
 - Kümmern und sorgen um den*die Patient*in
 - Erkundigung nach dem Befinden
 - Selbständiges Aufsuchen der Patient*innen
 - Persönliche Betreuung
 - Hinreichend Zeit nehmen für Patient*innen“

Typus 6

- **Wettbewerber*in: „Kundenzentrierte*r Hausarzt*in“**
 - Wettbewerb zwischen den Ärzt*innen
 - Höheres Angebot an Ärzt*innen
 - Patient*innen als Kund*innen
 - Qualitätswettbewerb
 - Evidenzbasierte Anwendungen bzw. Behandlungen

Verortung der Beziehungsformen (Typen)



A = autoritär-charismatisches Versorgungsmodell

P = beratend-partizipatives Versorgungsmodell

- 1 *Berater*in*: „Autonom-dialogische*r Vertrauensärzt*in“
- 2 *Unkonventionelle*: „Ganzheitliche*r Vertrauensärzt*in“
- 3 *Aufklärer*in*: „Medizinische*r Dienstleister*in“
- 4 *Zettelschreiber*in*: „Systemdienstleister*in“
- 5 *Umfassende*r Betreuer*in*: „Fürsorgliche*r Hausärzt*in“
- 6 *Wettbewerber*in*: „Kundenzentrierte*r Hausärzt*in“

Gliederung

- Überblick
- Patient*innenperspektive
- **Perspektive von Allgemeinpraktiker*innen**
- Empfehlungen

Perspektive von Allgemeinpraktiker*innen

- Durchführung von fünf leitfadengestützten Expert*inneninterviews mit praktizierenden Hausärzt*innen in Wien, NÖ und Burgenland
- Erste Prüfung der Ärzt*innentypisierung
- Einbeziehung der Interview-Ergebnisse in weitere Auswertung
- Einschätzung zur (zukünftigen) Stellung der Hausärzt*innen in der Versorgungslandschaft

Erwartungen der Patient*innen aus Sicht von Hausärzt*innen

- Große Bandbreite an Erwartungen: „schnelle Lösung“ vs. „jemanden zum Zuhören“
- Erwartungen beeinflussen Wahl des*der Hausärzt*in
- Erwartungen abhängig von...
 - dem Problem, Einstellung zur Medikamenteneinnahme, Alter, Geschlecht
- Alle erwarten kurze Wartezeiten

Was macht eine*n gute*n Hausärzt*in aus?

- Erwartungen schnellstmöglich erkennen und Behandlung anpassen
- Zeitgeschick: „*bei den Jungen Zeit für die Alten einsparen*“
- Eine gute Beziehung: Zuhören, Ehrlichkeit
- Eigene Grenzen erkennen (z.B. Weitervermittlung)
- Forscher*innensichtweise:
 - Flexibilität bezüglich Erwartungen möglich?
 - Wird die Patient*innensicht tatsächlich nachvollzogen?
 - Soll der*die Patient*in möglichst wenig stören?

Einschätzung der Typisierung aus Sicht befragter Ärzt*innen

- Zustimmung und Anregungen zur Typisierung des Forschungsteams
- „Wirtschaftsbezogene Typus“ gewinnt entgegen dem „Idealistischen Typus“ an Bedeutung
- „Dialogische Typus“ nimmt zu, die „Götter in Weiß“ werden immer seltener
- Typus des „Zackigen“, der „Militärarzt“ nachwievor verbreitet
- Forscher*innensichtweise:
 - Eigene Einordnung als Mischtypus
 - Wechseln zwischen verschiedenen Typen als eine Idealvorstellung aber kaum machbar

Was zeichnet Hausärzt*innen aus?

- Abgrenzung gegenüber den Ambulanzen: Betonung der Alleinstellungsmerkmale
- Langjährige Kenntnis des*der Patient*in und des Umfeldes
- Schnelles Erkennen von Veränderungen bei Patient*innen
- Manager*in/Organisator*in der Gesundheit
- Kostengünstigere Versorgung

Verbesserungsvorschläge der Befragten zur Versorgungslage

- Berufsstand muss aufgewertet werden
 - Verbesserung der Ausbildung (v.a. durch Lehrpraxen)
 - höhere (finanzielle) Honorierung
 - Anerkennung durch Systempartner*innen
- Leistungskatalog erneuern/gerechte Honorarleistungen
- Abbau von Bürokratie
- Stärkung der Kompetenzen (z.B. bei Medikamentenausgabe, Assistenz durch diplomierte Kräfte)
- Zusammenarbeit mit Sozialversicherung verbessern

Verbesserungsvorschläge der Befragten zur Versorgungslage

- Forscher*innensichtweise:
 - Selbsteinschätzung der Hausärzt*innen und Fremdeinschätzung der Patient*innen oftmals divergent (z.B. Öffnungszeiten)
 - Hausärzt*innen schätzen ihre Einflussmöglichkeiten auf die Patient*innenströme als gering ein
 - Wahrnehmung als „Opfer des Systems“; System als Ursache der Probleme
 - Ökonomischer Druck und persönliche Belastung trüben die Kooperationsbereitschaft

Gliederung

- Überblick
- Patient*innenperspektive
- Perspektive von Allgemeinpraktiker*innen
- **Empfehlungen**

Empfehlungen in der Praxis

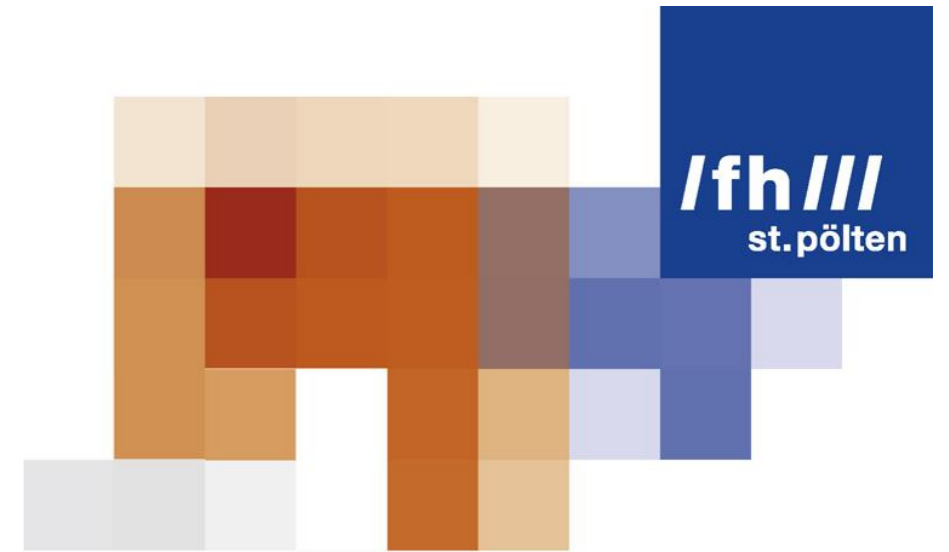
- Wahrnehmung des Spannungsverhältnisses „Kurze Wartezeiten – lange Behandlungszeiten“ für Alle
- Öffnungszeiten am Abend / am Wochenende
- Patient*innen wollen ernst genommen werden (nicht als „Nummer“ gelten)
- Unterschiede in der Ärzt*in – Patient*inbeziehung zwischen Stadt und Land in der Planung beachten
- Unterschiedliche Erwartungen („Typen“) in der Behandlung wahrnehmen und flexibel darauf eingehen
- Patient*innen wollen nicht als „Kund*innen“ wahrgenommen werden (Ausnahme: Typ 6)

Empfehlungen für Primärversorgung

- Sozialarbeit (*auch* als Träger*in von Case Management) verbindlich in Kern der Organisation einbauen
- Möglichst viele Angebote „in einer Hand“ (vor allem am Land, aber auch in der Stadt werden „unnötige Wege“ abgelehnt)
- Für Behandler*innen (Ärzt*innen und andere Gesundheitsberufe): Druck rausnehmen, Stress abbauen → Burnout Prophylaxe → erhöht die von den Patient*innen nachgefragte Flexibilität
- Für Forschung:
 - Begleitforschung bei Aufbau der neuen Primärversorgung
 - Quantitative Überprüfung der „Typen“ und ihrer Verteilung

Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung

Matthias Corvinus Str. 15
3100 St. Pölten
E: inclusion@fhstp.ac.at
I: <http://inclusion.fhstp.ac.at>



**DANKE
für die
AUFMERKSAMKEIT**

St. Pölten am 19.9.2014