

Geriatric in der Hausarztpraxis

Das heimärztliche Modell in der Geriatrie

DDr. Randolph Messer

In Seniorenpflegeheimen nimmt der Anteil an medizinisch aufwendigen Patienten kontinuierlich zu. Daneben besteht vielerorts der Wunsch nach einer geriatrisch fachkompetenten, kooperativ orientierten und mit genügend Zeitressourcen versehenen ärztlichen Betreuung der Patienten im Heim. Diese soll nicht nur qualitativ

hochwertig, sondern auch kosteneffizient sein. Darüber hinaus fallen im Betreuungsalltag zunehmend administrative Aufgaben an, die von Ärzten zu leisten sind. Damit stellt sich die Frage, welche ärztliche Versorgungsform am besten geeignet wäre, diesen vielfältigen Anforderungen in Seniorenpflegeheimen zu genügen. Im Vortrag wird ein heimärztliches Modell vor- und der sonst gängigen kassenvertragsärztlichen Versorgung gegenübergestellt.

An Besonderheiten eines heimärztlichen Dienstes werden auszugsweise hier genannt:

- Der Heimarzt steht entweder in einem Angestelltenverhältnis zum Rechtsträger oder ist als Kassenvertragsarzt an die Einrichtung vertraglich gebunden.
- Solcherart im Heim tätige Ärzte haben ein bestimmtes Anforderungsprofil zu erfüllen und entschließen sich ganz bewusst zur Tätigkeit im Heim.
- Das Prinzip der freien Arztwahl darf durch ein heimärztliches System nicht untergraben werden.
- Dennoch haben es Pflegepersonal und Therapeuten nicht mit einer Vielzahl von Ärzten zu tun, was die transprofessionelle Kommunikation, Koordination und Organisation erleichtert.
- Der Heimarzt sieht den Patienten nicht nur, wenn er gerufen wird, sondern entscheidet selbst, wenn er zum Patienten kommt, z.B. zur Verlaufskontrolle oder Verhaltensbeobachtung.
- Im Rahmen seiner täglichen Anwesenheit steht er kurzfristig für Anliegen der Bewohner, Angehörigen und des Betreuungsteams zur Verfügung, womit intensive Kommunikation möglich wird. So ist der behandelnde Arzt besser – schon im Vorfeld – in die oft schwierigen ethischen Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden.
- Schließlich dokumentiert der Heimarzt im System der Einrichtung, was den Vorgaben des GuK-Gesetz am besten gerecht wird.
- Durch ein eigenes Heimärzte-Rufbereitschaftssystem können belastende Krankenhauseinweisungen deutlich reduziert werden.

Das Resümee dieser Betrachtung legt, im Sinne einer die Besonderheiten des multimorbiden alten Menschen fokussierenden Perspektive – ohne Berücksichtigung bisheriger ärztlicher standespolitischer Interessen –, den Schluss nahe, dem heimärztlichen Modell den Vorzug zu geben.

Grundsätzlich ist in Österreich eine breitere Diskussion zur ärztlichen (auch fachärztlichen) Versorgung im Seniorenpflegeheim zu fordern.

Die Flamme weitergeben: Geriatricher Turnus in der allgemeinmedizinischen Praxis

Dr. Michael Wendler

Mehrere Aspekte betreffend der Ausbildung und des Kompetenztransfers gelebter Geriatrie in der Basisversorgung sind heute noch immer ein Problem und ein Hindernis in der flächendeckenden medizinischen Versorgung älterer Menschen. Da ist zum einen der ungemaine Verlust an Expertise und Wissen, jedesmal wenn in Österreich ein niedergelassener Kollege in Pension geht. Da ist zum anderen die Ahnungslosigkeit der jungen Promoventen, schon einmal in Hinblick auf die speziellen Zugänge und Vorgangsweisen des Fachs Allgemeinmedizin und erst recht auf die überbordenden Probleme gesellschaftlich noch immer nicht bewältigter gerontologischer Fragen. Schließlich wird noch immer Lehre und Weiterbildung für den niedergelassenen Bereich kliniklastig, kammerdominiert und oft auch praxisfern schulisch oder frontal abgeführt.

Als langjähriger Leiter einer Modell-Lehrpraxis für Allgemeinmedizin möchte ich anhand der Beispiele aus dem gelebten Mentoring für junge Studenten und Studentinnen sowie Turnusärzten und -Ärztinnen in meiner Ordination beweisen, dass 1:1-Tutoring vor Ort direkt am Patienten und eingeflochten in das Versorgungsnetz mit anderen Medizin- und Pflegeberufen obengenannte Defizite hervorragend ausgleichen kann, Freude und Motivation für das Fach Geriatrie erzeugt und außerdem auf späteren Karrierewegen dieser jungen Kollegen Verständnis für unsere Aufgabe weckt. Auch im Sinne einer wesentlich besseren Kommunikation zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen, besonders im Nahtstellenmanagement zwischen intra- und extramural.

Meine Aufgabenstellungen an die jungen Kollegen sind vielfältig, von der Übernahme spezieller geriatriischer Arbeitsbereiche bis zu kleineren Aufträgen der Versorgungsforschung. Aber ganz besonders ist es der lebendige Kontakt mit dem biopsychosozialen Umfeld unserer älteren Patienten und Patientinnen, der, in einem vertrauensvollem motivierenden Setting partnerschaftlicher Lehre, nachhaltige Wirkung hinterlässt und beste Werbung für das Fach Geriatrie darstellt.