



Teamwork bei Treat and Extend

OA Dr. Tina Astecker, Leiterin der Macula- und Netzhautambulanz

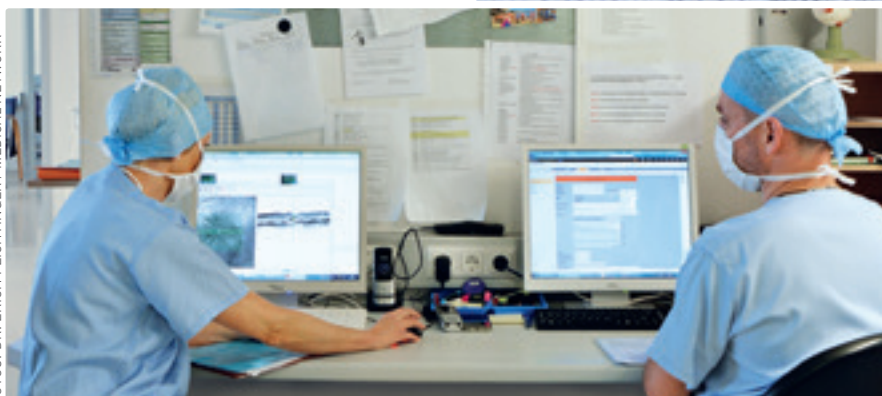
Bei der intravitrealen Behandlung von Patienten mit Netzhaut-Pathologien haben vor allem bei AMD zahlreiche europäische und internationale Versorgungsstudien aus dem Real-Life-Szenario unter PRN-Schemata (IVOM bei Aktivität) eine gefährliche Unterversorgung aufzeigen können, die unweigerlich zu Outcome-Verschlechterungen der Patienten geführt hat. Schlimmer noch: Selbst unter Studienbedingungen wurde im Langzeitverlauf eine eindeutige Unterversorgung durch Unterkontrolle erfasst, da die Monitoring-Lawine alle Zentren einholt und man bei Patienten mit kurzer VEGF-Suppressionszeit unter PRN mit der Rezidivdiagnose oft zu spät kommt, sei es wegen Terminproblemen beim niedergelassenen Augen-Facharzt, sei es aufgrund von Engpässen der Operations-Slots bei schlechter Prognostizierbarkeit.

In Wels haben wir dieser Entwicklung mit Einführung des Treat-and-Extend-Schemas Rechnung getragen und versuchen, den logistischen Aufwand trotz garantierter intraindividuelle Mindestzahl an IVOMs zu begrenzen, eine Strategie, die uns mit optimierten Befundergebnissen und höherer Patienten-Adhärenz Recht gibt. Letztere und nicht zuletzt überdurchschnittlich gestiegene Neuzugänge, auch aus angrenzenden Versorgungsgebieten und die rasche Umsetzung der neuen Therapieempfehlungen mit Paradigmenwechsel auch außer-

halb der AMD, haben uns naturgemäß höhere IVOM-Zahlen, aber viel geringere Zahlen an überflüssigen Kontrollen und vor allem an Befundaggravierungen eingetragen. Die Umsetzung des TaE-Schemas war nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen nach Vorbild von Skandinavien und Großbritannien, allen voran die Achse Arzt/Pflege, aber auch durch Einbindung von Orthoptistinnen und einer Optikerin in die Arbeitsabläufe realisierbar.

Nach konstruktiven Gesprächen und gezielten Schulungen werden nun Teilschritte der Voruntersuchung nach abgestimmten SOPs (allen voran Monitoring und funktionelle Tests), Nachsorge und Patientendokumentation an nicht-ärztliches diplomiertes Personal übertragen, wobei zu jeder Zeit die Letzt-Verantwortlichkeit des Arztes signalisiert wurde und wird.

Dass wir eine Auslagerung der IVOMs in den extramuralen Bereich begrüßen würden, ist unbestritten, aber derzeit nicht absehbar, weshalb bei permanenter ärztlicher Personalverknappung an den Kliniken zu deren Entlastung mittelfristig andere Strategien in Erwägung gezogen werden müssen, wobei wir eine Übertragung der IVOM-Durchführung an diplomiertes Pflegepersonal, wie in Nord-europa bereits Usus, nicht unterstützen. Eine Entscheidung zum breiten Einsatz der erwiesenermaßen potenteren zugelassenen Medikamente wird eine von vielen gesundheitspolitischen Aufgabenstellungen sein. Ziel der Diskussion sollte daher weder das „Nach-unten-Lizitieren“ der IVOM-Zahlen pro Jahr sein, das uns in den letzten Jahren aus gesundheitsökonomischen Gründen oktroyiert wurde, noch das reaktionäre Festhalten an rein ärztlichen Bastionen, sondern einzig und allein die Optimierung von Ergebnissen



und Ressourcen unter einem proaktiven Therapieschema, das bei uns ohne tatkräftige Unterstützung durch andere Berufsgruppen nicht hätte nachhaltig effizient umgesetzt werden können. Aus ärztlicher Sicht kann dies flächendeckend nur gelingen, wenn wir bereit sind, starre Korsesagen aufzubrechen und out-of-the-box zu denken.

Abschließend auch dafür noch einmal herzlichen Dank an unser Team! ▶