

Gewagte Ideen

Stellen Sie sich vor, das österreichische Gesundheitswesen wäre nicht von einer fragmentierten Finanzierung, von Einrichtungsegoismen, dem Denken in Berufsgruppen-Schubladen und nach medizinischen Fächern geprägt. Ist das nicht eine überaus gewagte Idee? Was könnte dann im Mittelpunkt stehen? Vielleicht gar die Patienten? Und vielleicht wären sie dort auch nicht einmal im Weg. Welche Logik würde das Gesundheitssystem dann steuern?

Michel Haas

In Österreich besteht ein duales, nicht aufeinander abgestimmtes System von selbstständigen, niedergelassenen sowie angestellten Ärzten in Krankenanstalten. Den intramuralen Alltag bestimmen Hierarchien und Autoritäten. Viele niedergelassene Ärzte klagen über Frustration, Überlastung und Einzelkämpfertum. All dies ist seit Langem bekannt, wurde aber von Generationen von Politikern unverändert belassen.

Immer noch sind geplante Versorgungsprozesse, klinische Pfade, berufsgruppenübergreifend abgestimmte Abläufe und eine auf die Bedürfnisse bestimmter Patientengruppen hin orientierte Versorgung die absolute Ausnahme im österreichischen Gesundheitswesen. Gereiche es den Handelnden zum Schaden, würden sich die Patienten an serviceorientierte Einrichtungen wenden und mit den Füßen abstimmen? Ein Leichtes bei der übergroßen Zahl kleiner Krankenhäuser und niedergelassener Ärzte in Österreich, sollte man meinen. Nein, bislang sind auf breiter Front noch keine derartigen Reaktionen der Patienten zu beobachten. Das kleine Spital in der Nähe wird unbeschadet der Qualitätsfrage immer noch einer spezialisierteren Einheit in größerer Entfernung vorgezogen. Das Wort der Nachbarin über den „guten Arzt“ wird mangels Transparenz und objektiverer Kriterien handlungsweisend.

Wird dies so bleiben? Wird die Finanz- und Wirtschaftskrise auch diesmal an der Insel der Seligen vorüberziehen und alles auch danach so sein, wie es immer schon war? Gilt weiterhin das Dreigestirn des österreichischen Gesundheitswesens: „Das war schon immer so!“, „Da könnt' ja jeder kommen!“ und „Evidence Based Medizin ist das Unwort des Jahrzehnts.“?

Andere Gesundheitswesen, wie das holländische, dänische und viele andere, haben im Gegensatz dazu die Zeichen der Zeit längst erkannt. Sie konzentrieren sich auf gemessene und nicht auf lediglich behauptete Qualität. Sie kommen mit der Hälfte oder zwei Drittel an stationären Akutbetten aus. Sie haben erkannt, dass definierte Versorgungsprozesse für wichtige Gruppen von Patienten der wesentliche Erfolgsfaktor für die Entscheidung von Patienten und Zuweisern darstellen. Sie geben dem Hausarzt eine ganz neue Rolle, von der Ausbildung bis zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten.

Welche gewagten Ideen müssten für das österreichische Gesundheitswesen entwickelt werden, damit auch hier gelten kann: „Und es bewegt sich doch!“?

1. Bildung von Zentren

Im niedergelassenen Bereich müsste die Vergabe neuer Kassenverträge an den verbindlichen Zusammenschluss mehrerer Ärzte zu Gruppenpraxen gekoppelt werden – mit der Auflage verlängerter Öffnungszeiten, verpflichtender Weiterbildung und Qualitätssicherung sowie der gemeinsamen Nutzung elektronisch verfügbarer Daten.

Alleine tätige Fachärzte sollten der Vergangenheit angehören, denn Patienten würden vom Zusammenschluss unterschiedlicher Fachrichtungen, ähnlich den in Vergessenheit geratenen Polikliniken oder medizinischen Versorgungszentren, profitieren. Damit wird Diagnostik unterschiedlichster Art auch in einem extramuralen Zentrum in kurzer Zeit möglich, was derzeit leider nur im Spital der Fall ist. Es muss der Vergangenheit angehören, niedergelassene Spezialisten in Anspruch nehmen zu können, deren Befunde im Krankenhaus wegen mangelnder Abstimmung wiederholt werden.

Ob die Inanspruchnahme von Fachärzten oder Krankenanstalten – abgesehen von echten medizinischen Notfällen – an die Zuweisung eines Hausarztes gebunden sein soll, der eine Lotsenfunktion übernimmt, hängt von der Ausgestaltung des österreichischen Hausarztmodelles ab. Sowohl Patienten als auch Allgemeinmediziner sollten sich für diese Art der Versorgung dezidiert entscheiden und die daraus entstehenden Verpflichtungen wie auch Vorteile bewusst wählen können.

Verabschieden sollte man sich jedenfalls vom losgelösten Nebeneinander verschiedener Versorgungsformen, aus denen – ohne Berücksichtigung der entstehenden Mehrkosten – frei gewählt werden kann. Eine Versorgungspyramide, in der man „jederzeit“ mit der einfachsten Erkrankung in eine Universitätsklinik gehen kann, hat den Namen nicht verdient. Allerdings bedarf es dazu der Möglichkeit, Pa-

tienten von einer inadäquaten Versorgungsstufe abweisen zu können – ein bisher in Krankenanstalten ungebrochenes Tabu.

Wegen folgender Vorteile sollten Zentren in Krankenanstalten gebildet werden:

- ☺ Überwinden der Organfixierung
- ☺ Überbrückung von Sektoren und medizinischen Fächern
- ☺ Spezialisierung mit positiven Skaleneffekten
- ☺ gemeinsame transparente Ressourcennutzung
- ☺ Wegfall vieler Schnittstellen
- ☺ Verbesserung der Qualität & Effizienz der Versorgung von Patienten

2. Vom Input zum Output

Wann wird in Krankenanstalten aus Fürstentümern und Stadtstaaten (Abteilungen und Funktionsstelle) eine Einheit? Wann endet die intramurale Fixierung auf Inputgrößen wie Betten, Räume, Anzahl an Ärzten? Wann ist die Zahl der Patienten im Warteraum kein Zeichen besonderer Bedeutung der Abteilung mehr und geht in eine Orientierung am Output über? Es wäre doch interessanter und für Patienten wichtiger zu wissen, wie oft und wie erfolgreich ein Eingriff durchgeführt wird, welche Komplikationsraten eine Einrichtung aufweist oder ob nach MRSA gescreent wurde.

Der Output wird dann bedeutend, wenn eine bestimmte Gruppe von Patienten gesamtheitlich gesehen wird und die interdisziplinäre und intraprofessionelle Zusammenarbeit im Vordergrund steht. Wenn nicht mehr gefragt wird, welcher Fachabteilung ein Schlaganfallpatient gehört (Neurologen oder Internisten?), sondern wenn die zeitgerechte Übernahme von Rettungsorganisationen und der Anteil an erfolgreich durchgeführten Lysen (die Therapie der Wahl für bestimmte Stroke-Patienten) das Maß stolzer Vergleiche zwischen Schlaganfall versorgenden Einheiten bildet; wenn der Anteil geringfügig behinderter Patienten und die lückenlose Übergabe an die Neuro-Rehabilitation die relevanten Kriterien sind.

3. Behandlungspfade einführen

Die zaghafte Versuche, interdisziplinäre Behandlungspfade unter Beteiligung aller Berufsgruppen zu definieren, wurden je nach Temperament der Betroffenen entweder ignoriert oder als „Kochbuchmedizin“ bekämpft. Dabei wären evidenzbasierte und gemeinsam erarbeitete Behandlungspfade eine gute Methode, nicht nur das eigene Handeln mit Fachkollegen und anderen Berufsgruppen (Pflege und Therapie) zu hinterfragen, sondern Versorgungsprozesse von unnötigen Handlungen zu befreien, allen einen Überblick über die Reihenfolge und Logik der durchzuführenden Maßnahmen zu geben und darüber hinaus allen Patienten ein bestimmtes Minimum an Leistungen zuzusichern. Weder Sozialversicherungen, noch Krankenanstaltenträger unterstützen oder belohnen die Erarbeitung, Festlegung und Einhaltung von Behandlungspfaden. Diese mühselige Arbeit bleibt das Privatvergnügen Einzelner. Trotz klarer Hinweise, dass Geld für unnötige oder qualitativ unzureichende Untersuchungen ausgegeben wird, erfolgen keine Reaktionen von Sozialversicherungen oder Krankenanstalten-trägern. Aus diesem Grund darf man sich auch nicht wundern, dass Behandlungspfade in Österreich erfolgreich abgelehnt werden.



DAS SOZIALMINISTERIUM BIETET INFORMATION RUND UM DIE PFLEGE ZU HAUSE IN GANZ ÖSTERREICH AN:

- » Pflegegeld und sozialversicherungsrechtliche Absicherung
- » 24-Stunden-Betreuung
- » Hilfsmittel, Heilbehelfe, Therapien
- » Urlaub und Kurzzeitpflege, stationäre Pflege
- » Hospiz und Familienhospizkarenz
- » Kursangebote für Angehörige und Selbsthilfegruppen
- » Mobile soziale Dienste
- » Offenes Forum mit der Möglichkeit zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch



4. ELGA als Arbeitserleichterung für Ärzte

Welche Verschwörungstheorien, welche unrealistischen Phantasien werden in Österreich bemüht, um zu verschleiern, dass die größte Sorge der ELGA-Apologeten doch dem gläsernen Arzt gilt. Dabei könnte gerade ELGA die Arbeit und Versorgungsbemühungen der Ärzte erleichtern, was in anderen Ländern bereits der Fall ist. Statt sich zu fürchten oder Schwarzmalerei zu betreiben, könnten Ärzte von strukturierten Dokumenten, abgestimmten Abläufen, zeitsparenden Rückfragen und von der Terminkoordination entlasteten Assistentinnen profitieren.

5. Transparenz einführen

Stellen wir uns vor, plötzlich fordern Patienten in Österreich Transparenz über Prozesse und Ergebnisse von ihren Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) ein. Diesen Schritt haben andere, aus der Stellung der „Duldenden“, „Geduldigen“ (Übertragung des Begriffs Patient) herausgetretenen Menschen, die ein Gesundheitssystem in Anspruch nehmen, längst gewagt. Rasch wären GDA, die Patienten an andere GDA überweisen, ebenfalls gezwungen Transparenz einzufordern. Plötzlich wäre es nicht mehr ausreichend, Qualität lediglich zu behaupten oder als selbstverständlich gegeben anzunehmen. „Messen“ und „beweisen“ wären die entscheidenden Vokabel. Eine bislang in Österreich noch sehr gewagte Idee, denn Patienten wie Experten sind in Ermangelung von Daten auf informelle Kanäle angewiesen.

Aber vielleicht gilt die Hoffnung auch den seit nahezu fünf Jahren ausstehenden Verordnungen zum Gesundheitsqualitätsgesetz, die endlich einem Papiertiger, der den Schein wahren hilft, Zähne und Krallen in Form laufender, verpflichtend gemessener Qualitätsindikatoren verschaffen würde. Hoffen dürfen wir weiterhin.

6. Krankenanstalten eine Bundesangelegenheit

Vor nicht allzu langer Zeit gab es viele Gemeinden, die Träger von Krankenanstalten waren. Als die Gemeindebudgets drohten, von den Kosten der Krankenanstalten aufgezehrt zu werden, wurden viele dieser Spitäler in die Trägerschaft der Bundesländer oder der zu diesem Zweck gegründeten Krankenanstaltengesellschaften übergeben. Und manche Gemeinde war froh darüber!

Könnte es bald manchen Bundesländern ähnlich ergehen? Eine gewagte Idee, sicherlich, aber wäre der Bund überhaupt darauf vorbereitet, plötzlich die Trägerfunktion für viele Krankenanstalten zu übernehmen? Könnte es für Bundesländer interessant sein, den schwarzen Peter der Schließung zu vieler, zu kleiner und zu nahe aneinander liegender Krankenanstalten an den Bund zu übergeben?

7. „Knopfdruckmedizin“ oder Patientenbeteiligung

Österreicher, wie Patienten, müssen schrittweise zur Erkenntnis gebracht werden, dass Lebensstil (Ernährung, Bewegung, Suchtverhalten etc.) viel mehr mit einer Erkrankung zu tun hat, als gemeinhin angenommen wird. Selbstverantwortung und Beteiligung sind also gefragt und bringen gerade bei chronischen Erkrankungen wesentlich nachhaltigere Ergebnisse als die „Knopfdruckmedizin“, die manche Ärzte ihren Patienten versprechen und die diese auch gerne glauben.

Aber alte Gewohnheiten aufzugeben und langsam neues Verhalten zu erlernen ist mühsam und zeitraubend, wie wir aus eigener Erfahrung wissen. Wo sind die Partner, die ermutigen, bekräftigen, unterstützen oder die Einhaltung von Vorsätzen einmahnen? Hausärzte könnten diese Rolle erfüllen, wenn sie von der 3-Minuten-Medizin befreit, mit einer anderen Ausbildung versehen und klaren Zielvorgaben, wie Qualitätssystemen, unterstützt würden. Eine weitere gewagte Idee.

Es ist mir wichtig darauf hinzuweisen, dass alle diese Vorschläge in anderen Ländern und Gesundheitssystemen bereits erfolgreich umgesetzt sind. Nur in Österreich gelten sie immer noch als gewagte Ideen. Vielleicht hilft der bevorstehende Mangel an finanziellen Mitteln, damit wir auch im österreichischen Gesundheitswesen feststellen können: „Und es bewegt sich doch!“ ::



Mag. Michel Haas ist Berater und bearbeitet das Spannungsfeld, das sich aus den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und den individuellen Anforderungen der PatientInnen ergibt. Michel.haas@haas-consult.at

ARZTIS
■ ■ ■ ArztInformationsSysteme GmbH

**Ihr kompetenter Partner für
praxis orientierte IT Lösungen.**

Wir beraten Sie gerne!

IB
Informatik
Beratung
Ges.m.b.H

8045 Graz, Andritzer Reichsstr. 66
4810 Gmunden, Bahnhofstraße 4
Tel.: 0810 / 820 210
www.arztis.at, arztis@arztis.at