

Dr. Ernest G. Pichlbauer

Die Konkretisierung der Gesundheitsreform

„Best Point of Service“



Durch die Gesundheitsreform sollen Patienten zur richtigen Zeit an der richtigen Stelle – genannt: „Best Point of Service“ – behandelt werden.

Die Institutionenorientierung (Spitalsstandorte und Kassenplanstellen) soll zugunsten einer integrierten Versorgung beendet werden: Patienten sollen zur richtigen Zeit an der richtigen Stelle – genannt: „Best Point of Service“ – behandelt werden. Wo das ist, wird nicht dekretiert, sondern ist dezentral, auf Ebene der Versorgungsregionen (VR) des ÖSG – davon gibt es 32 – festzulegen.

Die ambulante Versorgung ist der stationären vorzuziehen – das bedeutet, dass die ambulante Versorgung durch Spitalsambulanzen und Kassen(fach)ärzte bedarfsorientiert auf-, aus- und umgebaut wird. Gruppenpraxen werden dabei eine wichtige Rolle spielen. So soll auf Sicht eine fachärztliche Versorgung gewährleistet werden, die nicht nur Ballungsräume bevorzugt. An den Abbau von Hausärzten denkt definitiv niemand – im Gegenteil.

Was die Zielorientierung betrifft, die beim Aufbau der integrierten Versorgung ebenfalls vereinbart ist, werden zentral Rahmenziele aufgestellt, die dezentral – also wieder in den 32 VR – unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zu konkretisieren sind. Es sind keine „zentralistischen“ Diktate, sondern praxis- bzw. wirkungsorientierte Rahmenvorgaben angedacht.

Klingt abstrakt! Stimmt – und wie könnte das konkret aussehen?

Betrachten wir Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen CED (Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn)

Etwa 40.000 Menschen leiden daran – und sie leiden wirklich. Abgesehen von regelmäßigen kolikartigen Schmerzen und blutigen Durchfällen, müssen sie lebenslang

Autor: Dr. Ernest G. Pichlbauer

© März 2013 · NÖ PPA · Laut gedacht · Die Konkretisierung der Gesundheitsreform

Seite 1 von 4

Medikamente mit heftigen Nebenwirkungen einnehmen, werden oft operiert, erkranken häufig an Dickdarmkrebs (Krebsangst!) und verlieren wegen oftmaliger Krankenstände ihre Arbeit, wenn sie denn überhaupt eine finden. Die Lebensqualität ist erheblich eingeschränkt.

Neben dem individuellen Leid, ist ihre Versorgung zudem sehr teuer. Alleine die direkten Kosten liegen bei etwa 4.000 Euro pro Jahr. Indirekten Kosten, etwa durch Arbeitslosigkeit, verdoppeln diesen Wert rasch.

Um diesen Patienten nachhaltig helfen zu können, ist es nötig, sie lebenslang medizinisch gut zu begleiten; Blut und Nierenfunktion müssen regel- und routinemäßig kontrolliert werden, die Knochendichte muss beobachtet werden, die Patienten müssen sich regelmäßig Darmspiegelungen im Rahmen eines Krebs-Früherkennungsprogramms unterziehen, sie müssen psychologisch begleitet werden, sie müssen immer und immer wieder motiviert werden, ihre Medikamenten auch wirklich zu nehmen, die verordnete Diät einzuhalten und die empfohlenen Arztbesuche wahrzunehmen. Und schließlich brauchen sie Hilfe zur Selbsthilfe.

Das muss alles Teil eines ernstzunehmenden Versorgungskonzeptes sein. Wenn Patienten so, eben integriert, versorgt werden, erhöht sich deren Lebensqualität und senkt für das System die Kosten.

Bei uns funktioniert das eher schlecht, wie man an der Häufigkeit der Spitalsaufnahmen, die international als (ein) Qualitätsindikator für integrierte Versorgung dient, erkennt.

Zwar sind die Zahlen vorsichtig zu verwenden, aber in Österreich muss ein Patient im Schnitt alle 4,4 Jahre stationär versorgt werden. In Italien beispielsweise ist es nur alle 7 Jahre nötig - es ist Verbesserungspotential vorhanden.

Gehen wir davon aus, dass die Politik es diesmal ernst meint, und mit dieser Reform nicht wieder nur einen Papiertiger beschlossen hat, dann stehen am Anfang Ziele, die **bis 30. Juni 2013** auf Bundesebene, im sogenannten **Bundes-Ziel-Steuerungsvertrag**, beschlossen werden müssen.

Bundesziel:

Senken der Spitalsaufenthalte bei CED bis 2016 auf im Schnitt alle 6 Jahre (entspricht einer Reduktion der Hospitalisierungsrate von derzeit 23% auf 17% der Prävalenz).

Dieses Bundesziel muss nun dezentral konkretisiert werden - und das ist wichtig.

Autor: Dr. Ernest G. Pichlbauer

© März 2013 · NÖ PPA · Laut gedacht · Die Konkretisierung der Gesundheitsreform

Seite 2 von 4

Betrachtet man nämlich die Bundesländer einzeln, wird klar, wo die Versorgung (gemessen an mehrtägigen Spitalsaufnahmen) besser, wo schlechter funktioniert.

Im Burgenland müssen unsere Patienten alle 1,6 Jahre stationär behandelt werden (das entspricht einer Hospitalisierungsrate von 61% der Prävalenz – oder anders ausgedrückt, fast zwei von drei Burgenländern, die an CED leiden, müssen einmal pro Jahr mehrtägig in einem österreichischen Spital versorgt werden).

Ganz anders im „besten“ Bundesland, Tirol, dort sind es nur alle 7,1 Jahre (Hospitalisierungsrate 14%); Wien ist mit 6,5 Jahre (15%) ähnlich gut, Oberösterreich mit 3,5 Jahre (28%) dafür wieder schlechter.

Praktisch jedes Land muss eigene Ziele und Maßnahmen setzen, und das könnte so aussehen:

Landesziel für die Versorgungsregion XY:

Reduktion von Spitalsaufenthalten bei Patienten mit CED von X% der Prävalenz durch Implementierung ambulanter Versorgungskonzepte.

Diese Konzepte müssen entwickelt werden – von Selbsthilfegruppen über den Hausarzt bis zum spezialisierten Facharzt müssen Anlaufstellen (Best Point of Service) definiert werden. Die aktuelle Versorgungswirksamkeit der ambulanten Einrichtungen ist zu durchleuchten, um Defizite feststellen und dann auch auszugleichen. Die Leistungsspektren müssen abgestimmt werden, Fortbildungskonzepte für Ärzte und Patienten müssen entworfen werden, Betreuungskonzepte, z.B.: via e-Health, müssen entwickelt und auch implementiert werden. Und damit alle Einrichtung so zusammenspielen, dass der Patient integriert versorgt und wirklich zum „Best Point of Service“ geleitet wird, müssen die Leistungsanreize abgestimmt werden.

Und um das hier klar festzuhalten, solche Versorgungskonzepte werden nicht auf Ebene der VR möglich sein, sondern müssen bis auf Bezirksebene individuell entwickelt werden.

All das muss schließlich in den **Landes-Zielsteuerungsvertrag** mit dem Bund, abzuschließen am **30. September 2013** eingearbeitet und danach abgearbeitet werden.

So könnte die Reform konkret aussehen. Aber das ist sehr viel echte Arbeit, weit weg vom Glamour der „großen Politik“. Ob unsere Entscheidungsträger dafür bereit sind?

Autor: Dr. Ernest G. Pichlbauer

© März 2013 · NÖ PPA · Laut gedacht · Die Konkretisierung der Gesundheitsreform

Seite 3 von 4

Über den Autor: Dr. Ernest G. Pichlbauer

Dr. Ernest G. Pichlbauer, geb. 1969, arbeitete, bevor er sich der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitsversorgungsforschung zuwandte, als Universitätsassistent an der Pathologie des Wiener AKH. Während seiner Zeit am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) war er unter anderem maßgeblich an den Arbeiten zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beteiligt und verfasste für die deutsche Bundesregierung mehrere HTA-Berichte. 2007 veröffentlichte er gemeinsam mit Ingrid Korosec die gesundheitspolitische Diskussionsgrundlage „Gesunde Zukunft – Österreichs Gesundheitsversorgung NEU“.

Seit 2008 ist er unabhängiger Experte und Publizist, u.a. gesundheitspolitische Kolumnen in der Wiener Zeitung („Rezeptblock“) und der Ärzte-Krone („Scharf gedacht“).

Email: ernest.pichlbauer@hpi-sag.com

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autor: Dr. Ernest G. Pichlbauer

© März 2013 · NÖ PPA · Laut gedacht · Die Konkretisierung der Gesundheitsreform

Seite 4 von 4