

Spital- und Hausärzt:innen: Wie können wir beide Systeme entlasten?



Dr.ⁱⁿ Julia Schirgi
Turnusärztin

In den letzten Wochen und Monaten ging ein Aufschrei durch die Medien. Das österreichische Gesundheitssystem stecke in der Krise. „Das LKH Graz wird selbst zum Notfall“, hieß es beispielhaft in den Schlagzeilen. Insbesondere wurden dort überfüllte Krankenhausambulanzen mit stundenlangen Wartezeiten und am Limit arbeitendem Personal thematisiert. Was für die Gesamtbevölkerung wohl wie eine böse Überraschung geklungen haben muss, haben wir Ärztinnen und Ärzte im Inneren des Systems schon seit Jahren befürchtet und auch bereits davor gewarnt.

Für diverse Medien schien die Lösung gar nicht so fern: Sollen doch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, insbesondere die hausärztlich Tätigen, das Gesundheitssystem retten, indem sie die Krankenhausambulanzen entlasten und einfach die „überschüssigen“ Patientinnen und Patienten übernehmen. Klingt gut? Eher nicht.

Als junge Allgemeinmedizinerin kenne ich aufgrund meiner Tätigkeit in der hausärztlichen Praxis und der gleichzeitigen Diensttätigkeit in einem Krankenhaus beide Seiten des Systems. Grundsätzlich finde ich es gut, dass nicht alle Patient:innen – vor allem wegen Kleinigkeiten – die Notaufnahme aufsuchen sollen. Diese gehören selbstverständlich eher in den niedergelassenen Bereich. Das Krankenhaussystem ist aber einfach von den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten her komplett anders aufgestellt als eine klassische Hausarztpraxis. Die Praxis, in der ich arbeite, hat zwar vergleichsweise viele diagnostische Tools,

teilweise auch ohne Verrechnungsmöglichkeit mit der Kasse, jedoch gibt es viele Ordinationen, in denen weniger akute Diagnostikmethoden zur Verfügung stehen. Wie diese ein Krankenhaus, welches vom Akutlabor bis zur Bildgebung alles hat, entlasten sollen, ist zu hinterfragen.

Eine gezielte Schulung der Bevölkerung, damit diese besser beurteilen kann, bei welchem Beschwerdebild welche Versorgungsebene aufgesucht werden muss, ebenso eine Lenkung der Versorgungsebenen und gegebenenfalls auch Entlastung durch interprofessionelle Zusammenarbeit, wie z. B. mit Community Nurses, würde hier gute Möglichkeiten darstellen. In unserem Ort hat die Zusammenarbeit mit einer solchen Gemeindegemeinschaft bereits einen deutlichen Profit für die Patient:innen gebracht und dazu beigetragen, dass diese eher ambulant betreut werden. Darüber hinaus müssen die Anreize für Kassenarztstellen für Jungmediziner:innen deutlich attraktiver gemacht werden. Aber auch die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, vor allem in großen Kliniken, sollten dringend verbessert werden, um

auch dort mehr Personal zu halten und nicht an die versorgungsirrelevante, aber lukrative Wahlarztstätigkeit zu verlieren.

Wir behandeln in unserer Ordination zu Spitzenzeiten bis zu 300 Patient:innen pro Tag. Davon sind ein Großteil sehr komplexe Fälle, die deutlich mehr als die von der Kasse vorgegebene Zeit von 10 Minuten beanspruchen. Außerdem versuchen wir unsere Patient:innen so lange wie möglich vom Krankenhaus fernzuhalten, wie es eben im Rahmen unserer diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten liegt. Eine 5-%-Limitierung bei der POC-Diagnostik wie dem CRP bzw. die grundsätzliche Nichtübernahme von anderen Schnelltests (Troponin, D-Dimer) sowie die nichtbezahlte Sonografie machen uns dabei aber das Arbeiten nicht gerade leichter.

Eine Filterfunktion der Allgemeinmedizin entsprechend der Fachdefinition empfinde ich als sehr sinnvoll, jedoch kann ich mir nicht vorstellen, zusätzlich zu unseren 200-300 Kontakten am Tag noch mehr Patient:innen zu übernehmen, nur um die Krankenhäuser zu entlasten. Denn ich kenne in meiner Umgebung keine Allgemeinmediziner:innen, welche nicht bereits jetzt komplett ausgelastet oder sogar überlastet sind. Die Frage, wo plötzlich die vielen neuen Hausärztinnen und Hausärzte herkommen sollen, die diese „überschüssigen“ Betroffenen übernehmen sollen, stellt sich ebenfalls. Ich hoffe, die Politik hat bald sinnvolle Lösungen für diese Herausforderungen, sonst drohen in allen Bereichen des Gesundheitssystems deutliche Versorgungsprobleme. ■

Hausärzt:innen sollen Spitäler entlasten – was es dazu braucht



Dr.ⁱⁿ Stephanie Poggenburg
 Ärztin für Allgemeinmedizin

In den letzten Wochen und Monaten mehren sich die medialen Berichte darüber, dass die Personalsituation sich in den Spitälern, sowohl was die Pflege, aber auch was die Ärzteschaft betrifft, dramatisch zuspitzt¹. So fehlen allein über 200 Pflegekräfte im Leitspital der Steiermark, der Universitätsklinik des LKH Graz, was zur Sperrung von 247 Betten u. a. in hochspezialisierten Bereichen wie Intensivstationen, Herz- und Neurochirurgie geführt hat. Ähnliche Berichte aus den meisten anderen Bundesländern Österreichs unterstreichen diese Situation. Allerdings betrifft dies nicht allein die Pflege, sondern gleichfalls die Ärzteschaft. Auch hier stehen viele Stellen in den Spitälern offen. Die Pandemie und die chronische Überlastung der letzten 3 Jahre hat einiges dazu beigetragen, dass Mitarbeiter:innen erschöpft sind und dem Krankenhaus oder gleich dem Gesundheitssystem den Rücken kehren. Allerdings zeigen bereits Analysen² aus den Jahren weit vor der Pandemie, dass sich das Problem des zukünftigen Mangels an Ärztinnen und Ärzten im Sachleistungssystem (Krankenhausärztinnen und -ärzte und §2-Vertragsärztinnen und -ärzte) bereits seit vielen Jahren abzeichnete.

Immer wieder wurde – und dies auch weit vor Beginn der Pandemie – betont, dass Hausärztinnen und Hausärzte dazu beitragen sollen, die Spitalsambulanzen zu entlasten und Krankenhausaufnahmen zu vermeiden³. Dies setzt jedoch voraus, dass geeignete Maßnahmen getroffen werden, die eine solche Übernahme von Verantwortlichkeiten auch ermöglichen. Generell ist in der fachspezifischen Arbeitsweise der Allgemeinmedizin eine solche Aufgabenverteilung implizit:

Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet u. a.:

- die **primärärztliche Filter- und Steuerfunktion**, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient:innen und Gesellschaft **verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten**
- die **Koordinations- und Integrationsfunktion**, insbesondere die **gezielte Zuweisung zu Spezialist:innen, die federführende Koordination zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse** und deren kontinuierliche Dokumentation, sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege der Patient:innen in ihrem Umfeld

Quelle: www.degam.de/fachdefinition

Jedoch bedarf es einer großen Anzahl an Maßnahmen, damit eine solche Aufgabe, die inhaltlich mit Sicherheit von der überwiegenden Mehrheit der Hausärztinnen ▶

und Hausärzte, insbesondere der nachfolgenden Generation, gerne übernommen werden wird, gelingen kann.

Strukturelle Maßnahmen

Ziel dieser Maßnahmen sollte es sein, die Effektivität und die Effizienz der im Sachleistungssystem tätigen Ärzt:innen zu erhöhen und die Arzttätigkeit auf jene Bereiche zu konzentrieren, die tatsächlich ausgebildete Ärzte erfordern. Dazu bedarf es einer Unterstützung der interprofessionellen Zusammenarbeit auch außerhalb der z. Zt. noch streng definierten PHC-Modelle, d. h. einer deutlichen Vereinfachung und Flexibilisierung verschiedenster Zusammenarbeitsformen inkl. der Unterstützung solcher auch aufbauend auf bereits gewachsene und bewährte Strukturen. Interprofessionalität darf jedoch nicht als Transprofessionalität missinterpretiert und gefördert werden, da dies nicht zu einer Entlastung einer Berufsgruppe führt, sondern ggf. zu einer Versorgungsverschlechterung der Patient:innen, die nicht am Best Point of Care betreut werden.

Ebenfalls notwendig ist eine Effizienzsteigerung und effektiver Umgang mit Diagnostik und Therapie und damit eine Ermöglichung notwendiger diagnostischer Tools (z. B. POC-Diagnostik wie unlimitiertes CRP, Notfallparameter wie D-Dimer und Troponin, pro BNP u. v. a.), Routine- und Notfall-EKGs und auch der Sonografie, die ebenfalls am Point of Care durchgeführt werden sollte. Diese Maßnahmen können einerseits sehr effektiv dazu dienen, Facharztüberweisungen (bei oft sehr langen Wartezeiten im Kassenarztsystem für die Patient:innen) zu vermeiden, Patient:innen zu filtern bzw. so zu diagnostizieren, dass sie ohne Umwege über eine zentrale Notaufnahme direkt an die spezifische Klinik überwiesen werden können.

Auch die Telemedizin ebenso wie zentrale Befunderfassungssysteme (ELGA) können hier unterstützen, allerdings nur, wenn diese auch von allen Seiten verantwortungsvoll genutzt und Befunde bereitgestellt werden, die für die Hausärztinnen und Hausärzte verfügbar sind. Bereits im Jahr 2008 erteilte die Bundesgesundheitsagentur den Auftrag zur Erarbeitung einer bundesweiten Empfehlung für die patientenorientierte Vorgangsweise beim Aufnahme- und Entlassungsmanagement im Gesundheitswesen, die dazu dienen sollte, einen „raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlauf“ zu gewährleisten.

Daraus entstand die Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement – BQLL AUFEM⁴, deren Ziele es u. a. sind, eine kontinuierliche Betreuung nach erfolgtem Transfer sicherzustellen, einen nahtlosen Informationsfluss zu ermöglichen und die klare und effiziente Gestaltung der Dokumentations- und Informationsflüsse unter Verwendung von Informationstechnologie durch die am Prozess beteiligten Akteur:innen umzusetzen.

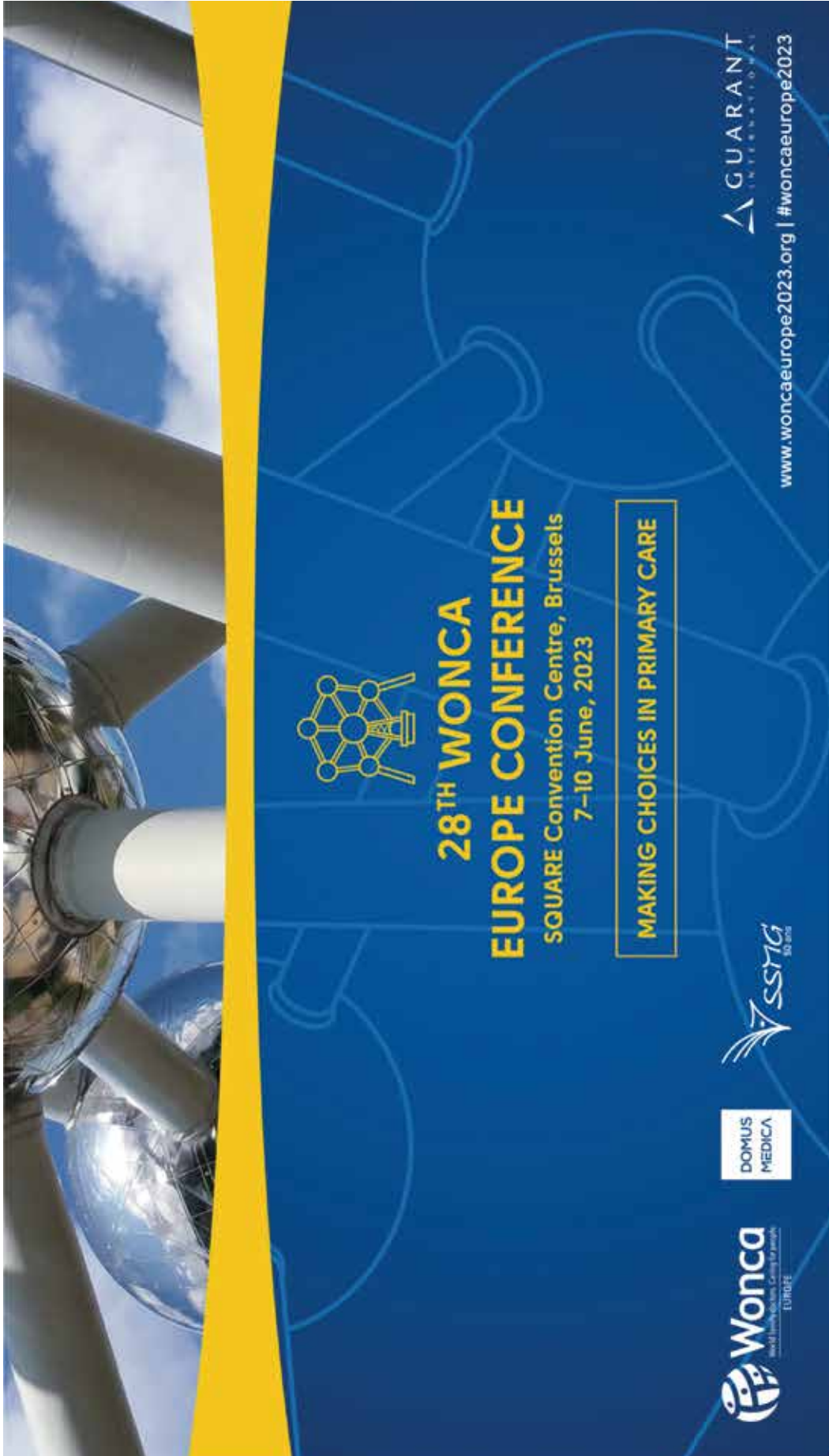
Patient:innenströme können zudem effektiv über Einschreibemodelle, wie dies z. B. in Baden-Württemberg im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung umgesetzt worden ist, gelenkt werden. Dies bietet einerseits den Vorteil, dass Betroffene zuerst Hausärztinnen und Hausärzte aufsuchen müssen, wenn sie erkrankt sind, andererseits im Rahmen der Versorgung und Kooperation schnelle Facharzttermine angeboten werden können, um so möglichst das Aufsuchen einer Ambulanz zu vermeiden. Zudem fiel die Evaluierung⁵ extrem positiv aus: Es gab weniger schwere Komplikationen bei Diabetes-Betroffenen, weniger unkoordinierte Facharztkontakte und insgesamt geringere Kosten für das Gesundheitssystem. Trotz Honorarsteigerungen für die Hausärztinnen und Hausärzte und trotz deutlicher Investitionen in die ambulante Versorgung kam es zu einer Kostenersparnis von 8,2 Prozent gegenüber der Regelversorgung. Das Umsetzen einer derartigen Maßnahme würde allerdings in Österreich voraussetzen, dass die Kosten, die im Gesundheitssystem anfallen, als Gesamtkosten und nichtfragmentiert als Kosten der Sozialversicherungsträger und der Länder/des Bundes angesehen würden und man eine Folgekostenabschätzung durchführen würde, die aufzeigt, welche Kosten sich reduzieren würden, wenn man Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert, die dazu dienen könnten, den Spitalssektor zu entlasten.


Selbst die Sozialversicherung in Österreich hat bereits im Jahre 2015(!) gefordert, weitere Attraktivierungsschritte für Ärztinnen und Ärzte zu setzen, um Krankenhausärztinnen und -ärzte und Vertragsärztinnen und -ärzte im System zu halten bzw. ins System zu holen⁶: So könnten bessere Arbeitsbedingungen (z. B. weniger belastende Bereitschaftsdienstregelungen, attraktive Arbeitsinhalte, Entbürokratisierung, Teilzeitmöglichkeiten und Kinderbetreuungseinrichtungen) sowie natürlich eine attraktivere und gerechtere Entlohnung dazu beitragen. Auch sollten notwendige Verbesserungen im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung geschaffen werden, die die Attraktivität einer Tätigkeit im Krankenhaus oder als Vertragsarzt erheblich erhöhen. Nicht zuletzt seien Aktivitäten in Richtung „Image“ und „Lebensbedingungen“ insbesondere der Haus- bzw. Landärztinnen und -ärzte zu überlegen. ■

Literatur: 1 <https://www.derstandard.at/story/2000137242138/personalengpaesse-in-grazer-spital-patienten-nach-kaernten-ausgeflogen> 2 <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714309&version=1432891787> 3 <https://aerztezeitung.at/2017/oaz-artikel/politik/in-fusion-17-spitalsambulanz-harald-mayer-karlheinz-kornhaeusl-rudolf-knapp/> 4 file:///C:/Users/steph/Downloads/Qualit%C3%A4tsstandard%20AUFEM_bf.pdf 5 https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Aerzte_Psychotherapeuten/Vertraege_Vereinbarungen/Hausarztzentrierte_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/HZV-Evaluation_Broschuere_2020.pdf 6 <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714309&version=1432891787>

Definition von Aspekten, die laut BQLL AUFEM zur Umsetzung notwendig sind:





- Nahtstellenpartner und deren Rollen und Verantwortlichkeiten
- Nahtstellenprozesse
- Kommunikationsprozesse innerhalb der und zwischen den Nahtstellenpartnern
- Dokumentationsstandards
- Ausbildungsstandards





28TH WONCA
EUROPE CONFERENCE
 SQUARE Convention Centre, Brussels
 7–10 June, 2023

MAKING CHOICES IN PRIMARY CARE

www.woncaeurope2023.org | #woncaeurope2023

ZUR WEBSITE



Keynote Lectures:

- Frank Vandembroucke:** Preparing for the future: resetting public health at the core of our health care system
- Chris Butler:** Democratizing primary care research: A PANORAMIC view of transforming design and delivery of large-scale randomised, controlled clinical trials in primary care
- Sibyl Anthierens:** Looking beyond effectiveness: contributions of applied social sciences within international infectious disease research in primary care
- Els Torrele:** Why are your medicines so expensive? Spoiler: not for the reasons you are being told ...
- John Brodersen + Alexandra Brandt Ryborg Jønsson:** Overdiagnosis: Soon we will all be patients
- France Légaré:** The multiple facets of shared decision making in primary care