



Im Editorial zum Wonca-Kongress in der 13. Ausgabe der ÖGAM News habe ich postuliert, dass das österreichische Gesundheitssystem Qualitäten ermöglicht, die anderswo verloren gegangen sind – eine Behauptung, die vielerorts allergische Reaktionen vom Sofort-Typ hervorruft. Im Folgenden also einige Präzisierungen.

Wir Primärversorger sind in unserem Gesundheitssystem noch in der Lage, das zu bieten, was zu dem führt, was in der englischen Diskussion unter „good user experience“ zusammengefasst wird – befriedigende Erfahrungen von Patienten mit dem Gesundheitssystem. Charakteristika dafür sind zeitliche und räumliche Niederschwelligkeit, zeitliche und personelle Kontinuität, umfassende, holistische Betreuung durch den persönlichen Arzt des Vertrauens, Zentrierung auf den Patienten und nicht auf einzelne seiner Krankheiten, Koordination mit den weiteren Systempartnern und -ebenen.

Hierzulande wird diese User Experience gerne auf Patientenzufriedenheit reduziert, die in der Tat als Qualitätsparameter nicht ausreicht. Das wird dem Begriff in keiner Weise gerecht. Gute User Experience ist im Gegenteil eines der 3 zentralen Ziele, die Primary Care verfolgt.

„Primary Care“ ist inhaltlich auf den Patienten hin definiert und bedeutet in allererster Linie die umfassende, persönliche, kontinuierliche (also: generalistische) und gerechte Behandlung und Betreuung für alle Bürger.

Was Patienten in Ländern wie Großbritannien und Teilen von Skandinavien vermissen, können österreichische Patienten mit ein bisschen Glück noch erfahren. Glück ist nötig, weil wir bisher nicht in der Lage bzw. willens waren, Gerechtigkeit systematisch herzustellen. Diese hat Stufung und Steuerung der Ebenen mit definierter Aufgabenteilung zur Voraussetzung. Das wird derzeit vom System unverständlichweise nicht gewünscht.

Die erwähnten Länder haben diese Steuerung zwar vorgenommen, als Folge eines Mangels an ärztlichen Primärversorgern (bzw. zur Kostenreduktion) jedoch die Definition des Primärversorgers von der Person des generalistischen „primary care physician“ weg auf die Organisation (z.B. Zentrum) verlegt. Damit konnten Aufgaben stärker ge- und verteilt werden. Die zentrale Vertrauensperson, die kraft ihrer Ausbildung für den Patienten in allen seinen Aspekten hauptverantwortlich und teamleitend war, wurde gesplittet. Die Zuständigkeit für einen einzigen Patienten verteilt sich nun auf eine Reihe von Berufen. Nicht nur die ärztliche Funktion wurde auf diese Wei-

se fragmentiert, sondern in der Folge auch der Patient.

Diese Fragmentierung wird, wie auf dem Europäischen Kongress deutlich wurde, von vielen Seiten als schwerer Verlust empfunden: Patienten vermissen den vertrauten Arzt, der sie in allen Aspekten kennt, die persönliche Beziehung und Kontinuität und die Sicherheit, die diese bieten.

Ärzte berichten vom Verlust des Überblicks, der Beziehung (einer wesentlichen Quelle hausärztlicher Motivation), der erholsamen „einfachen“ Begegnungen zwischen schwierigen und kraftraubenden Konsultationen, der unzähligen Erfahrungen mit einem bestimmten Patienten in unterschiedlichen Situationen (die eine der Grundlagen effizienter und sicherer Diagnostik darstellen). Auch hohes individuelles Engagement führt in dieser Situation kaum zu besserer „user experience“. Die englischen Drop-out-Raten unter demotivierten GP sind bereits systemgefährdend.

Generalistische Medizin bildet das Rückgrat von Primary Care. Warum ist die Sache der Hausarztmedizin dennoch so schwer zu vertreten? Weil Hausarztmedizin hochkomplex ist, meist in Prozessen besteht und nicht in abschließbaren Ereignissen, weil sie in der Mehrzahl der Konsultationen nicht mit klar definierten Krankheitsbildern zu tun hat, von denen oft auch noch mehrere ineinander verwoben sind. Weil sie vollkommen anders ist als spezialistische Medizin: mit anderen Aufgaben und anderen Methoden. Aber auch: weil Systeme und Systemträger so schwer verstehen, dass die aufgezählten Qualitäten hausärztlich-generalistischer Medizin auch Effektivität und Effizienz erhöhen: Angst ist eine der wesentlichsten Ursache für „unnötige“ Inanspruchnahme, der fehlende persönliche Arzt führt zu Doctor Hopping und die Fragmentierung des Patienten zu Doppelmaßnahmen, Über- und Unterbehandlung, zu verzögerten Diagnosen, verspäteten Behandlungen und zu entsprechenden Folgekosten.

Welche Organisationsform die jeweils sinnvolle ist, ist sekundär. Entscheidend ist, dass das wesentliche Ziel von PC, nämlich gute „user experience“, in der jeweiligen Form nicht nur erreichbar ist, sondern systematisch gefördert und gefordert wird.



Dr. Susanne Rabady

Alkohol 2020

Alkohol ist in Österreich und in weiten Teilen Europas allgegenwärtiger Bestandteil des gesellschaftlichen Alltags und bildet einen Teil unserer Kultur. Die Grenzen zwischen Genuss, Missbrauch und Abhängigkeit sind fließend und oftmals nur schwer wahrnehmbar. Entwickelt sich jedoch ein problematischer Alkoholkonsum, kann dies schwerwiegende Konsequenzen für das Individuum und dessen Umfeld haben.

Dass Alkoholkrankheit kein Randphänomen darstellt, belegen zahlreiche Studien und aktuelle epidemiologische Berechnungen. Alkohol ist neben Nikotin auch im Vergleich zu illegalen Suchtmitteln die Substanz mit der größten Krankheitslast („Burden of Disease“) (Deegenhardt et al. 2012). Schätzungen für das Jahr 2002 zeigen, dass in Europa Alkoholkonsum für den Verlust von ca. zehn Millionen DALY („disability-adjusted life years“) verantwortlich ist (Rehm et al. 2006). Aktuelle epidemiologische Zahlen zeigen, dass Österreich hier keine Ausnahme darstellt. Im Querschnitt sind bis zu 5% der österreichischen Bevölkerung ab dem 16. Lebensjahr alkoholabhängig, weitere 12% konsumieren Alkohol in riskanter Weise. Männer sind mehr als doppelt so oft betroffen wie Frauen – 14% der Männer und 6% der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus (Uhl et al. 2009, S 14ff). In Wien allein gelten zwischen 35.000 und 75.000 Menschen als alkoholabhängig, weitere 135.000 bis 175.000 weisen einen problematischen Konsum auf und sind demnach gefährdet, abhängig zu werden. Mit dem herkömmlichen System der Alkoholbehandlung wurden in Wien bisher nur 6% der Betroffenen über qualifizierte Betreuungsangebote erreicht.

Alkohol 2020

Vor diesem Hintergrund und als Reaktion auf die mit der Alkoholkrankheit verbundenen gesellschaftlichen Herausforderungen wurde 2014 im Rahmen der Gesundheitsreform das Projekt „Alkohol 2020“ ins Leben gerufen, das die erstmalige Zusammenarbeit der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der Stadt Wien in diesem Kontext begründet. Mit dem Ziel, die Versorgung von Menschen mit einer Alkoholkrankung in Wien zu verbessern und die Betroffenen nachhaltiger in das gesellschaftliche Leben zu integrieren, wurde ein Konzept entwickelt, das die beteiligten Experten miteinander vernetzt, bedarfs- und zielgruppenorientiert ausgerichtet ist und ambulante, stationäre, rehabilitative und integrationsfördernde Angebote aufeinander abstimmt.

„Best Point of Service“

Das Projekt „Alkohol 2020“ zeichnet sich dadurch aus, dass PatientInnen am Best Point of Service betreut werden. In einem integrierten Betreuungssystem werden die Angebote des niedergelassenen

Bereichs, des klinischen Bereichs, der spezialisierten ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen und des allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystems aufeinander abgestimmt. Ein integriertes Case- und Nahtstellenmanagement ist für die intensive Vernetzung und Kooperation von allen beteiligten Einrichtungen und Angeboten verantwortlich und ermöglicht so eine sektorenübergreifende Behandlung. Zudem verfolgt das Projekt einen ganzheitlichen Zugang. Arbeitsleben, Wohnsituation und familiäres Umfeld werden, wie medizinische/therapeutische Faktoren, von Anfang an mitberücksichtigt. So sind zum Beispiel Möglichkeiten zur alkoholfreien Freizeitgestaltung und die Organisation von Kinder- und Haustierbetreuung ebenfalls Teil des Betreuungskonzepts.

Der niedergelassene Bereich

Der niedergelassene Bereich spielt eine wesentliche Rolle vor allem in der Früherkennung, Kurzintervention und Nachbetreuung von Menschen mit einer Alkoholkrankung. Der/die niedergelassene AllgemeinmedizinerIn ist oftmals die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden und ist so in der Lage, eine zugrundeliegende Alkoholkrankung frühzeitig zu erkennen und zu intervenieren. Darüber hinaus übernehmen Hausärztinnen/Hausärzte eine wichtige Funktion in der langjährigen Nachbetreuung von alkoholkranken Menschen nach Abschluss der spezialisierten Maßnahmen.

Der klinische Bereich

Der klinische Bereich, der sich auf die Rolle von vollausgestatteten Krankenhäusern bezieht, ist für die Versorgung von alkoholkranken Menschen verantwortlich, wenn aufgrund des Schweregrads der Alkoholkrankung oder anderer somatischer und psychiatrischer Erkrankungen die Versorgung in einem vollausgestatteten Krankenhaus notwendig ist.

Der spezialisierte Bereich

Der spezialisierte Bereich mit den Einrichtungen des Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN) übernimmt eine Schlüsselrolle in der suchtspezifischen Betreuung inkl. Behandlung und Rehabilitation von alkoholkranken Menschen. Um der Lebensrealität vieler Berufstätigen bzw. Menschen mit Familien besser entsprechen zu können, wurde zusätzlich zu den stationären Angeboten ein umfassendes ambulantes Versorgungsangebot geschaffen.

Integriertes Versorgungssystem

Im Zentrum der integrierten Versorgung stehen sogenannte „regionale Kompetenzzentren“, die als direkte Anlaufstelle für alko-

holkranke Menschen und als Drehscheibe zwischen dem niedergelassenen und dem klinischen Bereich, den spezialisierten Einrichtungen des SDHN und dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem fungieren. Somit ist ein besserer Zugang zu der auf den Bedarf des/der PatientIn ausgerichteten Versorgung gewährleistet. Hauptaufgabe der regionalen Kompetenzzentren ist zunächst die Durchführung der „Abklärungsphase“. Während der Abklärungsphase wird von einem multiprofessionellen Team aus Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern mittels einer „multidimensionalen Diagnostik“ (MD) die bio-psycho-soziale Ausgangslage der PatientInnen erhoben und Bedarf und Motivation des/der PatientIn ermittelt.

Anschließend wird auf Basis der Ergebnisse aus der MD und im Konsens mit dem/der PatientIn ein Maßnahmenplan erstellt. Diese werden jeweils patientenorientiert aus definierten Modulen (einzeln beschriebene Leistungsbündel auf Basis von definierten Qualitätsstandards) zusammengestellt und können sowohl ambulante als auch stationäre Module beinhalten. Sie decken den kompletten Betreuungsbedarf (somatisch/psychisch/sozial) sowohl im Hinblick auf die akute Krankenversorgung als auch auf die medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation des/der jeweiligen PatientIn ab und ermöglicht somit ein maximal individualisiertes therapeutisches Vorgehen.

Ändert sich im Laufe der Betreuung der Bedarf des Patienten kann der Maßnahmenplan entsprechend angepasst werden. Für die Patienten bedeutet das vor allem Betreuungssicherheit: Der Betreuungsplan ist langfristig geplant, Behandlungs- und Rehabilitationsplätze stehen bereit, und die Finanzierung ist zugesagt. Das regionale Kompetenzzentrum fungiert als zentrale Drehscheibe und kümmert sich im Rahmen eines umfassenden Case Managements um alle Aspekte der Versorgung, von der Erstellung der individuellen Maß-

nahmenpläne bis hin zur Bewilligung des Antrags, die die formelle Prüfung der Anspruchsberechtigung, die inhaltliche Beurteilung des erstellten Plans und die Finanzierungszusage aller Kostenträger beinhaltet.

Und wie kann man sich das in der Praxis vorstellen?

Anhand eines Fallbeispiels wird das integrierte Versorgungssystem „Alkohol 2020“ ersichtlich: Herr W. ist 53 Jahre alt und wies in den vergangenen 30 Jahren immer wieder problembehaftete Alkoholkonsummuster auf. Nach einer Scheidung und insbesondere nach einer Krebsdiagnose im Jahr 2010 stieg sein Alkoholkonsum sehr stark an. Herr W. hatte in der Vergangenheit bereits einen stationären Aufenthalt sowie eine ambulante Behandlung seiner Alkoholkrankheit in Anspruch genommen, empfand diese Maßnahmen aber im Nachhinein betrachtet als wenig hilfreich.

Von seiner Hausärztin hat er vom Projekt „Alkohol 2020“ erfahren und wurde an das regionale Kompetenzzentrum verwiesen. Nach einer umfassenden Abklärung wurde mit dem Patienten eine ambulante Therapie beim Verein p.a.s.s. vereinbart. Die medizinischen

Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at



**Autor:
Dr. Hans
Haltmayer**



**Autorin:
Lena Reuvers,
MA**

und psychotherapeutischen Angebote nahm Herr W. sehr gut an, es konnte damit begonnen werden, die Gewalterfahrungen, die Herr W. im Kindesalter gemacht hat, aufzuarbeiten. Durch den guten Therapieverlauf konnte Herr W. vor einigen Wochen seinen Beruf als Altenpfleger, den er seit 2010 nicht mehr ausüben konnte, wieder aufnehmen.

Wie kann ich mich als niedergelasseneR Arzt/Ärztin am Projekt Alkohol 2020 beteiligen?

Wie bereits erwähnt, übernimmt der niedergelassene Bereich einen wesentlichen Part vor allem in der Früherkennung, Kurzintervention und Nachbetreuung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung. Daher ist die verstärkte Einbindung des niedergelassenen Bereichs im Rahmen von Alkohol 2020 integraler Bestandteil des Projekts. So besteht die Möglichkeit, Patienten, die einen risikoreichen Alkoholkonsum vorweisen, über die Angebote von Alkohol 2020 zu informieren und bei Interesse den Patienten an das regionale Kompetenzzentrum zuzuweisen. Im Laufe des Maßnahmenplans bleibt der behandelnde Arzt neben dem Case Manager im regionalen Kompetenzzentrum zentrale Ansprechperson des Patienten. Zudem spielt der Hausarzt eine wichtige Rolle in der Nachbetreuung insbesondere nach einem stationären Aufenthalt.

Alkohol 2020 – das Pilotprojekt

Die erste Pilotphase des Projekts „Alkohol 2020“, die am 1. Oktober 2014 startete, war höchst erfolgreich. Rund 450 PatientInnen konnten in dieser Phase im Projekt „Alkohol 2020“ betreut werden, weniger als 20% der Patienten haben die Betreuung abgebrochen. Daher wurde von den Vertragspartnern, Stadt Wien, WGKK und PVA beschlossen, das Pilotprojekt im Rahmen einer zweiten Phase bis mindestens Ende 2018 zu verlängern.

Mehr Kapazitäten, mehr Anspruchsberechtigte

In der zweiten Phase wird die Anzahl jener Menschen, die in das Projekt aufgenommen werden können, deutlich erhöht. Bis Ende 2018 können rund 3.200 alkoholranke Menschen die Angebote in Anspruch nehmen. Zudem wurde der Kreis jener Personen, die Zugang zum Projekt haben, wesentlich vergrößert. Neben den Versicherten der WGKK sind auch jene Wiener anspruchsberechtigt, die bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB), der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA) oder einer der Betriebskrankenkassen versichert sind, sofern sie noch keine Alterspension beziehen. Zudem werden Serviceleistungen im regionalen Kompetenzzentrum weiter ausgebaut und intensiviert. Längere Öffnungszeiten und ein intensiveres Case Management gehören genauso dazu wie Maßnahmen zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Quellen:

- Degenhardt L, Hall W, Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012; 379:55–70
- Haltmayer H, Reuvers L, „Alkohol 2020“: Ein integriertes Versorgungssystem für Menschen mit einer Alkoholerkrankung in Wien. *Suchtmed* 2015; 17(2):47–53
- Rehm J, Taylor B, Patra J. *Addiction* 2006; 101(8):1086–95
- Uhl A, Bachmayer S, Kobrna U, Puhm A, Kopf N, Beiglböck W, Eisenbach-Stangl I, Preinsberger W, Musalek M, *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends* (3. Aufl.), Bundesministerium für Gesundheit, Wien 2009

Fact-Box

Kontakt regionales Kompetenzzentrum:
Gumpendorfer Straße 157, 1060 Wien
Tel.: 01/4000 53640,
E-Mail: kompetenzzentrum@suchthilfe.at
www.suchthilfe.wien/regionales-kompetenzzentrum/

Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Barbara Degen
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Thomas Jungblut, Dr. Susanne Rabady, Dr. Maria Wendler

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.