

Pilotprojekt im Krankenhaus der Elisabethinen Linz

Der Hausarzt auf Visite im Spital

LINZ – Anstatt groß über die Systemschwächen an den Schnittstellen zu klagen, packen sie das Problem im Kleinen an. Die Linzer Elisabethinen entwickelten gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten und der Kasse das bundesweit neuartige Projekt „Hausarztvisite im Krankenhaus“. Spitalsarzt, Apotheker und Hausarzt besprechen vor der Entlassung, welche Medikamente der Patient weiterhin nehmen soll.

Gestartet wurde die Initiative auf der Akutgeriatrischen Abteilung, die über 24 Betten verfügt. Gerade ältere multimorbide Patienten müssten eine Vielzahl von Medikamenten einnehmen und auch die Liegedauer sei hier länger als auf anderen Stationen, begründet Dir. Dr. FRANZ HARNONCOURT, Ärztlicher Leiter der Elisabethinen, die Auswahl der Abteilung für das neue Projekt. Nach dem stationären Auf-

enthalt würde den niedergelassenen Ärzten – trotz genauer Dokumentation – oft die Informationen fehlen, warum dieses oder jenes Medikament dazu- oder weggekommen sei. „Das lässt sich nur in einem persönlichen Gespräch klären“, sagt Dir. HARNONCOURT. Genau das tun jetzt die Beteiligten auch. Kurz vor der Entlassung lädt das Spital den Hausarzt oder niedergelassenen Internisten zu einer geriatrischen Visite ein.

Damit die Medikation optimal abgestimmt wird, bringt ein klinischer Pharmazeut des Spitals ebenfalls seine Expertise ein. „Wir gehen dann in einem Gespräch, das zirka 15 bis 20 Minuten dauert, genau die Medikamente durch und versuchen, einen Konsens zu finden“, schildert OA Dr. HENDRIK KOLLER, Leiter des Departments Akutgeriatrie. Einerseits erfährt so der Hausarzt, was sich der



Modellprojekt in Linz: Vor der Entlassung besprechen Patient, Klinikarzt und Hausärztin die weitere Medikation.



Dir. Dr. Franz Harnoncourt

Spitalsarzt bei der medikamentösen Einstellung gedacht hat. Andererseits hört auch der Kliniker vom Hausarzt so manches über die Vorgeschichte des Patienten, was für das Therapie-konzept von Relevanz sein kann.

„Für uns ist das ein interessantes Projekt“, meint MR Dr. KLAUS HASL-

WANTER, Vizepräsident der Ärztekammer Oberösterreich. Der Allgemeinmediziner mit einer Praxis in Linz erzählt von den Schwierigkeiten, die sich immer wieder zwischen dem intra- und extramuralen Bereich ergeben: So werden manche Informationen nicht weitergeleitet, einige Patienten wiederum haben überhaupt keinen Hausarzt, stabile Patienten kommen nach der Entlassung aus diesen und anderen Gründen in eine schlechte Stoffwechselsituation. „Wir sind sehr froh, dass es zunehmend Bewusstsein für diese Fülle an Problemen gibt“, betont Dr. Haslwanger und begrüßt es daher, „mitsammen einen Therapieplan zu erstellen, der auch in der häuslichen Umgebung umsetzbar ist“. Die Zeit für die Visite im Krankenhaus sei außerdem bestens angelegt, da man sich so manches mühsame Suchen nach detaillierten Infos sparen kann.

KH-Visite wird wie Hausvisite honoriert

Bezahlt wird die Visite auch. Die Gebietskrankenkasse vergütet sie den niedergelassenen Ärzten wie

Explizit

„Es ist zwar nicht der große Systembruch, aber ein kleiner, ganz konkreter und nachhaltiger Schritt.“

Dir. Dr. Franz Harnoncourt

einen Hausbesuch. „Ein Drittel unserer älteren Versicherten nehmen mehr als fünf Arzneien ein“, bringt Dr. ANNA LABEK, PMPH, von der Abteilung Behandlungsoökonomie der OÖGKK die Problematik der Polypharmazie aufs Tapet. Je mehr Medikamente, desto eher komme es aber zu unerwünschten Wirkungen, bis hin zu erforderlichen Spitalweisungen. „Das Projekt fand daher sehr unsere Unterstützung“, berichtet die Ärztin. Ferner würde eine

schlechte Einstellung zu hohen Kosten führen. So habe die Initiative neben dem gesundheitlichen auch einen ökonomischen Nutzen.

Die angesprochene Kostenersparnis sieht auch Dir. Harnoncourt, wiewohl er betont, dass das keinesfalls die Hauptintention für das



MR Dr. Klaus Haslwanger

Projekt gewesen sei. Der Elisabethinen-Chef spricht bei den Kosten vielmehr von einem „Kollateralnutzen“ und ortet insgesamt eine „Vierfach-Win-Situation“. Erstens für die niedergelassenen Ärzte, zweitens für die Kollegen im Spital, die wertvolle Hintergrundinfos über das „Vorleben“ der Patienten erfahren, drittens für das gesamte Gesundheitswesen – Stichwort Schnittstellenmanagement – und viertens handle es sich um einen „riesigen Gewinn für die Patienten“. Diese könnten darauf vertrauen, dass die Sicherheit und Notwendigkeit der Arzneitherapie wirklich von allen Seiten überprüft worden ist. Das wiederum sei gut für die Therapietreue, wirft Dr. Haslwanger noch einen positiven Aspekt ein, „Non-Compliance führt nämlich oft dazu, dass die Arzneien zu Hause vergammeln“.

Die ersten Erfahrungen mit der Hausarztvisite im Krankenhaus seien positiv, freut sich Dir. Harnoncourt. „Es ist zwar nicht der große Systembruch, aber ein kleiner, ganz konkreter und nachhaltiger Schritt“, resümiert der Ärztliche Leiter etwas bescheiden. Falls sich dieser Schritt bewähre, werde eine Ausweitung auf andere Abteilungen überlegt. Gro

PK „Hausarztvisite im Krankenhaus der Elisabethinen“, Linz, Mai 2010

Mediskop

Spitalsdiskussion in der Abseitsfalle

Manchmal kommt's wirklich blöd – der Pass im Fußballspiel oder ein „Sager“ in der Politik. Nämlich zum falschen Zeitpunkt und aus der falschen Ecke. Ergebnis: Torchance null. Mal der Reihe nach: Im Februar 2009 wurde von höchsten Regierungskreisen eine Arbeitsgruppe beauftragt, für den Bereich „Gesundheit und Pflege“ eine strukturierte Analyse der bestehenden Probleme und der damit verbundenen Folgewirkungen zu erarbeiten. Jetzt wurde die Analyse fertig und dem Finanzminister und den beiden Finanzstaatssekretären zur Kenntnis gebracht. Wirklich Neues wurde nicht offenbart: Wir haben in Österreich eine föderalistische und zersplitterte Finanzierungsstruktur. Dafür wird man ja kaum ein- einhalb Jahre gebraucht haben. Die Gesundheitsausgaben wuchsen von 1998 bis 2008 von 19,1 auf 25,9 Milliarden Euro – 54,5 Prozent – an. Auch keine Überraschung. Die stationäre Gesundheitsversorgung und die Kosten für pharmazeutische Erzeugnisse lagen deutlich über dem Durchschnittswert, die ambulante Versorgung fast 9 % darunter. Und zum x-ten Mal: das Sparpotenzial im stationären Bereich allein liegt bei drei Milliarden Euro – oder 25 Prozent – in diesem Bereich.

Kommentar



Dr. Wilhelm Hans Appel

Damit sich unsere Politiköpfe nicht allzu sehr den Kopf zerbrechen müssen, lieferten die Autoren eine ansehnliche Anzahl von Tabellen. Nur die sollte man natürlich auch lesen können und in Kenntnis der Hintergründe interpretieren können. Gefehlt! Wenn die Quote der Aufnahmen in Akutspitäler 73 % und die Anzahl der Akutbetten 68 % über dem EU15-Schnitt liegen, muss man doch was dazu sagen, als Politiker und so. Wenn dann perfider Weise gleich auf der nächsten Seite dargestellt wird, dass 62 % der Krankenhäuser weniger als 200 Betten haben und

„gemäß Literatur für Krankenanstalten mit weniger als 200 bis 300 Betten Kostennachteile entstehen“ ist die Schmierseife am politischen Parkett perfekt aufgetragen. Finanzstaatssekretär Schieder geriet als erster in diese „Abseitsfalle“. Er sagte das, was alle wissen, aber niemand hören will, als erster. Man müsse im Akutspitalbereich ansetzen, wenn man im Gesundheitssystem sparen will. Blöd gelaufen. Denn nun hatten alle „Schrebergärtner“ – Landeshauptleute, Bürgermeister, Gesundheitssprecher, Funktionäre und die üblichen „Experten für eh alles“ – ihren Buhmann. Hätte Schieder den Mund gehalten – zumindest solange, bis wer anderer den ersten Rülpsen zu diesem Thema gemacht hätte – wäre die Meute eben über jemand anderen hergefallen. Saublöd ist nur, dass damit dieses Thema wieder in den hintersten Winkel des politischen Kleingartens verräumt wurde und wir von einer Problemlösung weiter denn je entfernt sind. Daher dürfen sich die Sparmeister Schelling, Gleitsmann und Co. weiter darin versuchen, im ambulanten Sektor die Daumenschrauben anzuziehen.

MR Dr. Wilhelm Hans Appel ist niedergelassener FA für Chirurgie in Wien