

# Resonanz der Versorgungsbereiche

Seit Jahren stöhnen Health Professionals in den österreichischen Spitälern über den ständig wachsenden Strom von hilfeschreitenden Patientinnen und Patienten.<sup>1</sup> Laut Statistik Austria haben 2007 fast 20 Prozent aller erwachsenen Österreicher eine Spitals- oder Unfallambulanz aufgesucht. Die Anzahl der Spitalsentlassungen stieg von 1,8 Millionen im Jahr 1990 auf 2,8 Millionen im Jahr 2010.<sup>2</sup> Die Wahrscheinlichkeit, bei Gesundheitsproblemen in Österreich im Spital zu landen, ist doppelt bis dreimal so hoch wie in anderen Ländern. Österreich ist damit Europaspitze in Sachen Ambulanzbesuche und Spitalsaufenthalte. All das ist lange bekannt. Ebenfalls seit Jahren werden für dieses Phänomen immer wieder die gleichen Gründe genannt. Die Öffnungszeiten und das Überweisungsverhalten im niedergelassenen Bereich seien dafür verantwortlich. Dadurch würde die Versorgung vieler Gesundheitsprobleme unnötigerweise in die Spitalsambulanzen verlagert. Diese wiederum würden hierzulande als ständig geöffnete Rundum-Servicestellen mit raschem Zugang zur medizinischen Hochtechnologie wahrgenommen. Dementsprechend konzentrieren sich auch alle Lösungsstrategien auf die Schnittstelle zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich. „Ambulant vor stationär“ lautet das einhellige Motto.

Dieser Artikel versucht wieder einmal bewusst zu machen, wo die zahlenmäßig größten Versorgungsbereiche liegen, wer die wichtigsten Akteure sind und was für Ziele und Aufgaben sich daraus für die Gesundheitspolitik ableiten. Bevor wir uns aber der Krankenversorgung zuwenden, soll noch einmal verdeutlicht werden, dass beinahe alle Österreicherinnen und Österreicher gesund auf die Welt kommen.<sup>3</sup> Laut der Bevölkerungsbefragung 2006/2007 fühlen sich im Schnitt drei von vier (76%) erwachsene Österreicherinnen und Österreicher bei guter oder sehr guter Gesundheit. Bei den unter 30-Jährigen sind es noch 94 Prozent und bei den über 75-Jährigen noch immerhin 38 Prozent.<sup>4</sup>

*Oberstes Ziel und wichtigste Aufgabe einer Gesundheitspolitik – die diesen Namen auch verdient – muss es deshalb sein, die Gesundheit aller Österreicherinnen und Österreicher möglichst lange zu erhalten und zu fördern.*

## 1. Selbstversorgung versus niedergelassenen und stationären Bereich

Das größte Krankenversorgungssystem im österreichischen Gesundheitssystem ist, rein zahlenmäßig (quantitativ) gesehen, mit Sicherheit die Selbstversorgung. Diese ist definiert als jede Tätigkeit von Individuen, Familien oder Gemeinschaften, die der Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder der Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten dient. Es ist aber sehr schwierig abzuschätzen, wie viele „Behandlungen“ dort wirklich stattfinden. Keine Studie hat jemals erhoben, wie viele gesundheit-

**Qualitativ gesehen spielt sich die Gesundheitsversorgung zwischen zwei Extremen ab, die von 100 Prozent Selbstversorgung bei einem Schnupfen bis zu 100 Prozent stationärer Versorgung bei einem Gehirntumor reichen. Um Über-, Unter- und Fehlversorgungen zu vermeiden, muss somit jede Ebene über ihre Kompetenzen und Grenzen Bescheid wissen.**

### Martin Sprenger

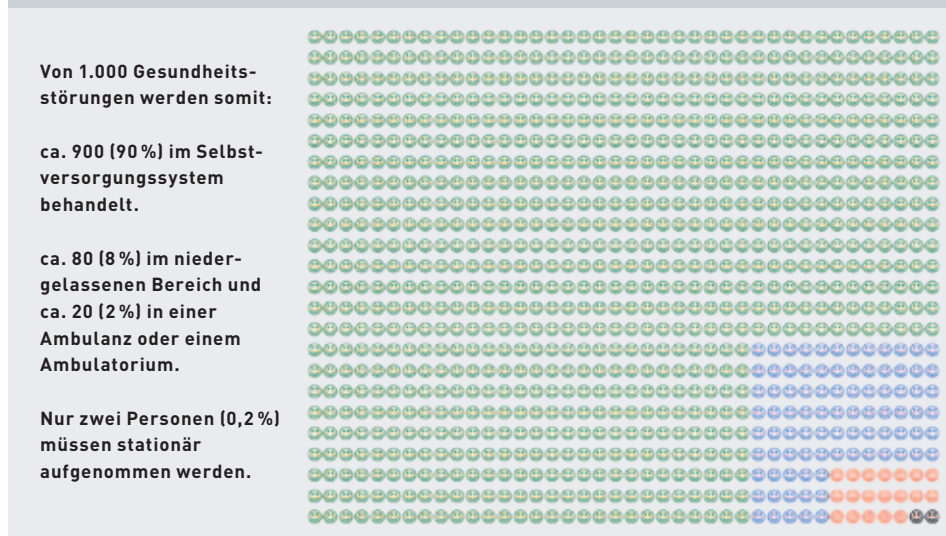
liche Beeinträchtigungen im Laufe eines Jahres bei 8,3 Millionen Österreichern auftreten und von ihnen aktiv behoben werden oder von selbst wieder vergehen. Internationale Studien gehen aber davon aus, dass weit über 90 Prozent dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Selbstversorgungssystem gelöst werden und somit in keiner offiziellen Krankenversorgungsstatistik auftauchen.<sup>5,6</sup> Wobei in zirka der Hälfte der Fälle abwartendes Nichtstun das Mittel der Wahl ist. Wie immer spielen Faktoren wie Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und die Qualität der sozialen Vernetzung eine wichtige Rolle und sind verantwortlich für große Unterschiede in der informellen Selbstversorgung und in der Inanspruchnahme des formellen Gesundheitssystems. Aber auch zu Letzterem liefert die offizielle Krankenversorgungsstatistik in Österreich bekanntlich nicht alle notwendigen Zahlen. Während die Spitalsentlassungen sehr genau dokumentiert sind, können die Ambulanzfrequenzen und Kontakte im niedergelassenen Bereich nur geschätzt werden.

Gemäß dem Österreichischen Gesundheitsbericht 2009 streuten in den Jahren 2003 bis 2007 die ambulanten Frequenzen in den 135 Fonds-Krankenanstalten zwischen 16,2 und 16,4 Millionen Fällen pro Jahr.<sup>7</sup> Hinzu kommen noch die Fälle in den Ambulanzen von Nicht-Fonds-Krankenanstalten und den Ambulatorien der Sozialversicherung. Allein in den Ambulatorien der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse werden pro Jahr fast 1,3 Millionen Einzelbehandlungen erbracht. In Wien waren es im Jahr 2002 über 3,2 Millionen Personen, die in den 225 Ambulatorien behandelt wurden.<sup>8</sup> Grob geschätzt können wir also für ganz Österreich mit zirka 30 Millionen Ambulanzfällen rechnen.

Die Statistik der österreichischen Ärztekammer wies mit Stand Juni 2011 82,2 Millionen Kontakte bei niedergelassenen Kassenärztinnen und -ärzten aus. Nicht inkludiert in diese Zahl sind die Kontakte mit den fast 8.000 Wahlärzten<sup>9</sup> und den über 1.500 Ärzten mit einem Vertrag mit den kleinen Kassen. Grob geschätzt können wir also für ganz Österreich mit zirka 120 Millionen Fällen im niedergelassenen Bereich rechnen. Das Verhältnis zwischen den Frequenzen von Spitälern, Ambulanzen/Ambulatorien, niedergelassenem und Selbstversorgungsbereich beträgt somit ungefähr 1:10:40:500. (s. Abb. 1, S. 18)

Qualitativ gesehen spielt sich die Versorgung zwischen zwei Extremen ab, die von 100 Prozent Selbstversorgung, z.B. Zahneputzen, bis zu 100 Prozent stationärer Versorgung, z.B. Neurochirurgie, rei-

Abbildung 1: Verhältnis der Versorgungsbereiche



chen. Der Schweregrad der Erkrankungen steigert sich dabei sukzessive, d.h. im Spital landen die schwersten Fälle. Gültig bleibt jedoch, dass jede Gesundheitsstörung auf der dafür passenden Versorgungsebene zu behandeln ist. Nicht jeder blaue Fleck und nicht jedes fiebernde Kind muss zum Hausarzt und nicht jeder Rückenschmerz muss ins Krankenhaus. Um Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden, muss somit jede Versorgungsebene möglichst gut über ihre Kompetenzen, aber auch ihre Grenzen Bescheid wissen. Internationale Studien zeigen, dass zirka ein Drittel aller Konsultationen im niedergelassenen Bereich und ein großer Teil aller Ambulanzbesuche entweder geplant (Voruntersuchung, Nachbehandlung) oder aufgrund geringfügiger Gesundheitsstörungen und Verletzungen stattfindet.<sup>10, 11, 12</sup> Echte Notfälle sind selten. Es ist erstaunlich, wie wenig Studien es in Österreich zu dieser wichtigen Fragestellung gibt.

## 2. Geringfügige Gesundheitsstörungen und chronische Erkrankungen bestimmen das Versorgungsgeschehen

*Welche Ziele und Aufgaben lassen sich aus diesen Überlegungen für die Gesundheitspolitik ableiten?*

Wir alle erleben im Laufe eines Jahres mehr oder weniger viele Episoden, in denen unsere Gesundheit beeinträchtigt ist. Der Großteil davon sind geringfügige Gesundheitsstörungen wie Husten, Schnupfen, Schmerzen, Müdigkeit, Fieber, Zerrungen, Verstauchungen etc. In der Regel werden diese von uns selber, oft auch mit Hilfe von Angehörigen und Freunden, erfolgreich behandelt.

*Ziel und Aufgabe der Gesundheitspolitik muss es deshalb sein, die Menschen dabei zu unterstützen, geringfügige Gesundheitsstörungen erfolgreich zu behandeln, damit die Krankenversorgungsdienste nicht unnötig, aber auch nicht zu spät, in Anspruch genommen werden.*

39 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher beantworteten im Jahr 2006 die Frage „Haben sie eine chronische, also dauerhafte Krankheit oder ein chronisches, also dauerhaftes gesundheitliches

Problem?“ mit Ja. Die Häufigkeit von chronischen, nicht heilbaren Erkrankungen steigt mit dem Alter. Bei den unter 30-Jährigen sind es 17 Prozent, bei den über 75-Jährigen 68 Prozent, die zumindest eine chronische Krankheit angeben. Ein großer Teil davon beruht auf potenziell vermeidbaren Risiken, wie Rauchen, Bewegungsmangel, falscher Ernährung und Stress.

*Ziel und Aufgabe der Gesundheitspolitik muss es deshalb sein, chronische Erkrankungen durch evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen zu verhindern oder ihre Entstehung und Komplikationen hinauszuzögern.*

Im Falle einer chronischen Erkrankung leisten die Betroffenen den weitaus überwiegenden Teil des Managements. Über 99 Prozent der Diagnostik (z.B. Blutzucker- oder Blutdruckmessung) und Therapie (z.B. Medikamenteneinnahme) erfolgt in der Selbstversorgung. Die Krankenversorgungsdienste werden nur bei Komplikationen, Entgleisungen (z.B. Über- oder Unterzucker) oder nach Vereinbarung (z.B. Kontrolle, Schulung) aufgesucht. Chronisch Kranke bestimmen einen Großteil des Versorgungsgeschehens im niedergelassenen und stationären Bereich und beanspruchen mehr als zwei Drittel der Gesundheitsausgaben.<sup>13</sup>

*Ziel und Aufgabe der Gesundheitspolitik muss es deshalb sein, die Betroffenen dabei zu unterstützen, ihre chronische Krankheit erfolgreich zu managen, damit es zu möglichst wenigen Entgleisungen und Krankenhauseinweisungen kommt sowie kostenintensive Komplikationen hintan gehalten werden.*

## 3. Visualisierung der Dynamik im Versorgungsgeschehen

Selbstversorgung ist Teil unseres täglichen Lebens. Sie erbringt den Großteil der Versorgung im Gesundheitssystem. Die folgenden drei Beispiele sollen dies noch einmal verdeutlichen:

- :: In Österreich leben zirka eine Million Kinder unter 12 Jahren. In diesem Alter sind 6 bis 8 fieberhafte Infekte pro Jahr die Regel. In Summe müssen somit ungefähr 6 bis 8 Millionen Fieberfälle pro Jahr versorgt werden.
- :: In Österreich leben zirka 500.000 Menschen mit Diabetes. Die meiste Zeit (weit über 99 Prozent) managen sie ihre chronische Erkrankung alleine oder mit Hilfe von Angehörigen. Pro Jahr werden fast eine Milliarde Blutzuckermessungen (Diagnostik) und unzählige therapeutische Maßnahmen selbstständig durchgeführt.
- :: In Österreich beziehen fast 500.000 Personen Pflegegeld. Der Großteil (zirka 80 Prozent) wird zuhause betreut und/oder gepflegt. Das bedeutet Milliarden Betreuungsstunden pro Jahr mit einer Vielzahl von selbstständig durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

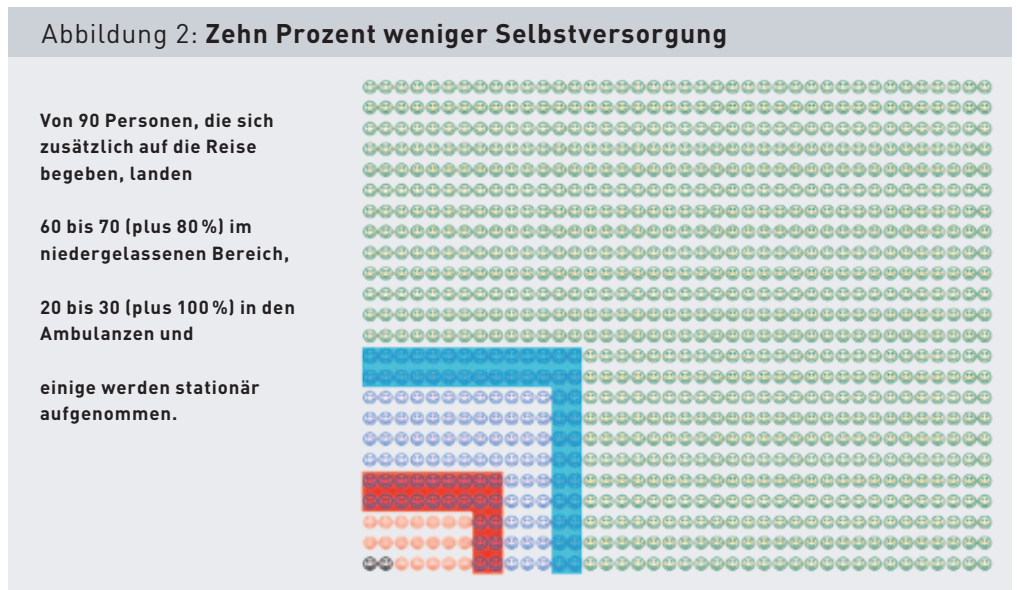
Was passiert, wenn der Selbstversorgungsbereich zehn Prozent seiner Versorgungsleistung verliert? Wenn also beispielsweise Eltern durch Medien verunsichert werden oder verlernt haben, das Symptom Fieber bei ihren Kindern richtig zu beurteilen. Wenn der Anteil jener Personen abnimmt, die fähig sind, ihren Diabetes erfolgreich zu managen. Oder wenn aufgrund von Veränderungen in den Familienstrukturen und sozialen Netzwerken immer weniger Personen zuhause betreut oder gepflegt werden.

Diese Szenarien führen dazu, dass sich Personen aus dem größten Versorgungsbereich auf die Reise in das formelle Gesundheitssystem machen und Leistungen auf einer höheren Versorgungsebene erbracht werden müssen. Nachdem in Österreich der niedergelassene Bereich oft ausgelassen wird, das heißt Ambulanzen direkt aufgesucht werden, ergibt sich in etwa folgendes Bild (s. Abb. 2).

Auch wenn diese Darstellung selbstverständlich stark vereinfacht, soll sie verdeutlichen, wie sich Veränderungen in unterschiedlich großen Systemen aufeinander auswirken. Kleine Schwankungen in quantitativ großen Systemen bedeuten immer große Schwankungen in quantitativ kleinen Systemen.

#### 4. Evidenz zur Selbstversorgung

Eine Übersichtsarbeit des Department of Health in England hat sich im Jahr 2007 160 systematische Übersichtsarbeiten und 240 Forschungsstudien zur Effektivität von Interventionen im Bereich der Selbstversorgung angeschaut.<sup>14</sup> Vor allem bei chronischen Erkrankungen konnte gezeigt werden, dass durch die Befähigung von Betroffenen sowohl Kosten und Inanspruchnahme gesenkt, als auch Gesundheitsergebnisse verbessert werden können.<sup>15,16</sup>



Eine Arbeit des europäischen Pickert Instituts aus dem Jahr 2007 beschäftigte sich ausführlich mit der Theorie und Praxis von Interventionen im Bereich der Selbstversorgung<sup>17</sup> und es gibt viele weitere aktuelle Publikationen zum Thema Befähigung von Patientinnen und Patienten im 21. Jahrhundert.<sup>18</sup>

Bewährt hat sich in vielen Ländern die Einrichtung von Telefon-Hotlines. In Schweden und England hat diese niederschwellige medizinische Beratung eine lange Tradition. Allein in Stockholm gehen bei Medhelp täglich 3.500 Anrufe ein. Der National Health Service (NHS) in England hat mit NHS Direct ebenfalls eine vielfach genutzte Informationsplattform und in der Schweiz gibt es mit Mediz4 in Bern und Medgate in Basel zwei große telemedizinische Angebote, die von Versicherungen, Ärztenetzwerken und Spitälern intensiv genutzt werden.

Erfolgreiche Programme für eine Unterstützung des Selbstmanagements von chronischen Erkrankungen gibt es ebenfalls in vielen Ländern. In Großbritannien hat der Chief Medical Officer eine eigene „Expert Patients Task Force“ gegründet. Der 2001 veröffentlichte Report<sup>19</sup> war die Grundlage für ein nationales „Expert Patient Programm“ (EPP), das über den NHS finanziert wird. Zahlreiche Studien bestätigen den Erfolg des Programmes.

Im Bereich Händedesinfektion sollten Sie kompromisslos sein. Wir haben für Sie **die Nr. 1\*** im Sortiment:

**Sterillium®**

www.at.hartmann.info

**HARTMANN** hilft heilen.

\* nach aktuellen Umsatzzahlen 2010 (GPI Krankenhaus-Sachbedarfsstudie, DKB: alkohol. Händedesinfektion, Krankenhausbereich Deutschland)

Auch Selbsthilfegruppen können Menschen dabei helfen, Krankheit, Behinderung oder psychosoziale Probleme besser zu bewältigen. Wechselseitige Unterstützung ist dabei ein zentrales Element für den Zuwachs an eigenem Wissen und eigener Kompetenz. Bis zur systematischen Integration von Selbsthilfegruppen in das Versorgungsgeschehen ist es noch ein weiter Weg. Den Chancen stehen zahlreiche Risiken der Überforderung und Instrumentalisierung gegenüber.<sup>20</sup>

### 5. Fazit

Zweifellos ist die Selbstversorgung die größte und noch viel zu wenig erschlossene Ressource in modernen Gesundheitssystemen. Es ist aber auch der Bereich mit dem größten Forschungsbedarf. Wir wissen zwar genau Bescheid, wie viele Kanülen einer gewissen Größe in einem bestimmten Spital verbraucht wurden, haben aber keine Ahnung, wie sich die veränderten Familienstrukturen, Individualisierung, Berufstätigkeit von Frauen etc. auf die erbrachten Betreuungs- und Pflegeleistungen auswirken. Wir wissen nichts über die Entscheidungsprozesse im Falle von geringfügigen Gesundheitsstörungen und haben keine Ahnung, warum manche Diabetiker ständig und andere fast nie entgleisen.

Ohne dieses Wissen werden wir auch weiterhin nicht verstehen, dass nur wenige Gründe für übervolle Ambulanzen und Spitäler auch in diesen Bereichen zu finden sind. Die wichtigsten Faktoren liegen außerhalb des formellen Gesundheitssystems. Fast alle Versorgungsprozesse beginnen dort, wo Menschen leben, lieben, lernen und arbeiten, und die meisten enden dort auch wieder. Deshalb wird es Zeit für einen Paradigmenwechsel weg von einer spitalszentrierten Reparaturmedizin hin zu einer Aufwertung der Primärversorgung, aber vor allem hin zu einer Stärkung der Gesundheitskompetenz von Bürgerinnen und Patienten.

Der Trend läuft leider in die entgegengesetzte Richtung. Medien, Ärzteschaft, der medizinisch-industrielle Komplex, aber auch die stetig wachsenden Ansprüche einer konsumorientierten Nachkriegs-Babyboomer-Generation sorgen dafür, dass die Zahl der besorgten Gesunden weiter zunimmt. Genetische Tests werden diese Entwicklung noch einmal beschleunigen. Die leistungsorientierten Bezahlungssysteme generieren gemeinsam mit der angebotsinduzierten Nachfrage ebenfalls eine schiefe Ebene in Richtung Spital. Hinzu kommen immer mehr chronische Erkrankungen, die allseits

bekanntem demografischen Entwicklungen und der daraus resultierende wachsende Krankenversorgungs- und Pflegebedarf.

Wenn die Gesundheitspolitik weiterhin tatenlos zuschaut, werden mit Sicherheit auch in Zukunft immer mehr verunsicherte Menschen die Ambulanzen und Spitäler stürmen. Letztendlich wird die österreichische Philosophie, alles am Ende der Versorgungskette zu lösen, nicht mehr finanzierbar sein. ::

#### Literatur

- <sup>1</sup> Sozioökonomische Forschungsstelle. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich. 2011.
- <sup>2</sup> Statistik Austria. Statistiken zur Gesundheitsversorgung. 2011.
- <sup>3</sup> Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. Pränataldiagnostik. 2010.
- <sup>4</sup> Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien, 2007.
- <sup>5</sup> Elliott A, McAteer A, Hannaford PC. Revisiting the symptom iceberg in today's primary care: results from a UK population survey. BMC Family Practice 2011; 12:16.
- <sup>6</sup> Green LA, et al. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001; 344(26): 2021-5.
- <sup>7</sup> Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht 2009. Wien, 2009. 42.
- <sup>8</sup> Stadt Wien. Gesundheitsbericht Wien 2004. Wien, 2005. 427.
- <sup>9</sup> Österreichische Ärztekammer. Presseaussendung. Ärztekammer: „Landarzt“ vom Aussterben bedroht. 29.01.2011.
- <sup>10</sup> Cardol M, et al. Changes in patients' attitudes towards the management of minor ailments. Br J Gen Pract. 2005; 55(516): 516-21.
- <sup>11</sup> Abholz H, Hager C, Rose C. Was tun wir? Sekundärauswertung der Düsseldorfer Studie zu Behandlungsanlässen in der Hausarztpraxis. Z Allg Med 2003; 79:4 176.
- <sup>12</sup> Hofmarcher M, Riedel M, Röhrling G. Health System Watch IV 2001/2002. Arztpraxis oder Spitalsambulanz: Ein Fall ist nicht ein Fall. 2001. 12-28.
- <sup>13</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bonn, Berlin 2001.
- <sup>14</sup> Department of Health. Research evidence on the effectiveness of self care support. Work in Progress 2005-2007.
- <sup>15</sup> Bury M, Newbold J. A rapid review of the current state of knowledge regarding lay-led self-management of chronic illness. NICE, 2005.
- <sup>16</sup> Foster G, et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4. 2007.
- <sup>17</sup> Coulter A. Informed and empowered individuals, families and communities: a whole systems approach. 2007.
- <sup>18</sup> Gigerenzer G, Gray M. (Hrsg.) Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020. 2011.
- <sup>19</sup> Department of Health. The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century. 2001.
- <sup>20</sup> Forster R, et al. Funktionen gesundheitsbezogener Selbstorganisation – eine Analyse am Beispiel einer österreichischen Untersuchung. SWS-Rundschau (49. Jg.) Heft 4/ 2009: 468-490.



**Dr. Martin Sprenger, MPH (Auckland/NZ), Leiter des postgraduellen Universitätslehrgangs Public Health, Medizinische Universität Graz.**  
martin.sprenger@medunigraz.at

## Genügend genügt? Praxiskurse im Schulungsreinraum

WISSENSVERMITTLUNG

↓

ERFOLGSKONTROLLE

↓

FÜLLEN DER WISSENSLÜCKEN

Zertifikat

Komplettierung

Erfolgskontrolle

Praxis

Theorie

Hämosan LSS GmbH, 8262 Ilz, Neudorf 13 Tel. +43 3385/8117 [www.haemosan.com](http://www.haemosan.com)