**Statement Dr. Gerald Bachinger**Sprecher der Österreichischen PatientenanwältInnen und Leiter der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft

**Integrierte Versorgung als Herzensanliegen**In unserem Land werden noch immer Menschen offensichtlich unvorbereitet und ohne Chance auf eine dringend notwendige Nachsorge aus dem Spital entlassen. Es kann nicht sein, dass bei einer weitverbreiteten Krankheit wie der Herzinsuffizienz zwei Drittel der Wiederaufnahmen ins Krankenhaus aufgrund von vermeidbaren Faktoren erfolgt. Noch dazu, wenn wir bereits die Lösung für das Problem kennen und genau wissen was notwendig und finanzierbar wäre. Die durchgeführten und wissenschaftlich evaluierten Disease Management Programme für Herzinsuffizienz haben ihre Effektivität längst bewiesen. Sie senken die Hospitalisierungsraten und steigern die Lebensqualität ohne zusätzliche Kosten zu verursachen. Warum haben wir also diese Programme noch nicht flächendeckend implementiert? Meine Diagnose ist, dass auf allen Ebenen des Gesundheitssystems zu wenig gesprochen, koordiniert und (verbindlich) umgesetzt wird. Sprechen, koordinieren und Umsetzen sind keine mühsamen und lästigen Verpflichtungen, sondern notwendige Voraussetzungen für eine bestmögliche Versorgungsqualität.

**Was kann der Patient tun und was braucht er dafür?**Ein Erfolgsfaktor für das Funktionieren eines Disease Management Programms ist der motivierte, aufgeklärte Patient. Derjenige, der seine Krankheit versteht und die damit einhergehenden Gefahren richtig einschätzen kann, wird seine Medikation nicht so leicht eigenmächtig absetzen oder in alte Lebensstilmuster zurückfallen, die Ursache für die chronische Krankheit waren. Dieses umfassende Verstehen erreichen wir beim Patienten nur durch Gespräche mit geschultem Gesundheitspersonal. Diese Fachleute müssen sich die Zeit für das Gespräch nehmen und nehmen können. Dann erreichen wir eine neue Qualität des Selbstmanagements und PatientInnen können zu Koproduzenten ihrer eigenen Gesundheit werden.

Disease Management Programme binden Patienten direkt und aktiv in das Behandlungsmanagement ein. So wird Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen integriert und dieses Wissen fördert die Motivation. Risikofaktorminimierung durch die Steigerung der Adhärenz[[1]](#footnote-1) in Bezug auf Medikation und Lebensstil sind die direkte Folge. Durch die Unterschrift zur Teilnahme in ein offizielles Betreuungsprogramm wird die nötige Ernsthaftigkeit vermittelt und die tägliche Beschäftigung mit den Mess- und Kommunikationsgeräten erinnert immer wieder daran.

**Interdisziplinärer Austausch**Die nächste Ebene in der zu wenig gesprochen, koordiniert und umgesetzt wird, ist die interprofessionelle. Jeder Austausch zwischen intra- und extramuralem Bereich bringt Qualität ins Gesundheitssystem und unterstützt die Behandler auf beiden Seiten. Die bestehenden berufsständischen Silos müssen überbrückt und überwunden werden. Ein strukturierter Austausch vermindert die Zeit, die für alles neu-erheben und neu-denken aufgewendet wird. Jeder kann von jedem etwas lernen! Diese einfache Regel ist in unserer medizinischen Arbeitskultur generell viel zu wenig verankert. Jeder ist stolz auf seinen Berufsstand und in erster Linie besorgt, dass seinem Fach etwas weggenommen wird. Dabei werden in multidisziplinären Teams die besten Erfolge erzielt.

Ein wesentlicher Schritt in der integrierten Versorgung von Herzinsuffizienz-PatientInnen ist die Einbindung des niedergelassenen Bereichs und der damit verbundene Ausbau zu einem integrativen und kollaborativen Versorgungsnetzwerk. Gerade im niedergelassenen Bereich zielt aber das berufliche Konzept und auch das verrechnungstechnische Korsett auf ein Einzelkämpferdasein ab. Dabei kann gerade auch der niedergelassene Arzt bei seinen Patientenkontakten sehr viel davon profitieren, wenn er sich auf ein aufklärendes und empowerndes Entlassungsmanagement im Krankenhaus verlassen kann und dass er an der Erfahrung des jeweiligen spezialisierten Zentrums partizipieren kann.

**Was muss sich im Gesundheitssystem ändern?**Seit Jahrzehnten beklagen wir in unserem Gesundheitssystem, dass die Finanzierung aus verschiedenen Töpfen dazu führt, dass sinnvolle und gesundheitsökonomisch effektive Ansätze nicht umgesetzt werden, weil sie der Grundsystematik unseres Systems wiedersprechen. Es gibt die strikte Unterscheidung zwischen Vorsorge, Behandlung und Rehabilitation sowie die wirtschaftliche Trennung zwischen intra- und extramuralem Bereich. Das bedeutet, wer sich durch eine sinnvolle Maßnahme etwas erspart ist nicht der, der die Maßnahme finanziert. Wenn die Faktenlage aber so eindeutig ist, wie bei der Herzinsuffizienz, kann ich diese Ausrede nicht mehr gelten lassen. Hier ist jeder verpflichtet mit dem anderen zu reden und zu verhandeln und alle müssen gemeinsam an einem Strang ziehen, um das was auch richtig und wichtig für den Patienten ist, rasch zu erreichen.

Ein flächendeckendes Disease Management erfordert strukturierte Prozesse mit entsprechender technischer und finanzieller Ausstattung. Langfristig kann das dem System Kosten sparen und Leid verhindern. Es muss jetzt gehandelt werden!

1. Adhärenz bezeichnet das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person, wie die Medikamenten-Einnahme, ein Diätregime oder eine Lebensstiländerung, mit den mit dem Therapeuten vereinbarten Empfehlungen übereinstimmt. [↑](#footnote-ref-1)