



„Modellprojekt Hartberg – Optimierung im regionalen Gesundheitswesen“

DAMIT ZUSAMMENKOMMT, WAS ZUSAMMEN GEHÖRT

Der 16. amerikanische Präsident Abraham Lincoln traf den Ausspruch: „Sobald entschieden ist, dass etwas gemacht werden kann und soll, werden wir auch einen Weg dazu finden“. Darum geht es – Wege zu finden, etwas zu machen. Erfolg ist letztlich das, was erfolgt.

Die Schnittstellensituation zwischen Spitalsbereich, niedergelassenen Ärzten und Pflegeorganisationen sowie anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen wird anhaltend diskutiert. Lösungen, bedingt auch durch die Komplexität der multiprofessionellen Versorgung, wurden bislang nur in Teilbereichen erzielt. Der Bedeutung der Schnittstellensituation wird auch in der Art.-15a-Vereinbarung Rechnung getragen – gemäß Art. 5 Abs. 1 an Bund und Länder ergeht der Auftrag, ein Nahtstellenmanagement vorzusehen.

Wo liegen die Ursachen dieser Problematik?

- :: Handelt es sich um strukturelle Probleme unseres Gesundheitssystems (Finanzierungsströme)?
- :: Ist es mit minimalinvasiven Eingriffen möglich diese Reibungsflächen zu minimieren
- :: Gibt es Alternativen?
- :: Gibt es vielleicht in Wirklichkeit gar keine Probleme an diesen Schnittstellen?

Antworten auf diese Fragen zu finden war der Grundstein für das Modellprojekt Hartberg. Ende 2001 wurde ein Projekt gestartet, wo auf Initiative der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse im Bezirk Hartberg versucht wurde, das Zusammenwirken von unterschiedlichen Gruppen im regionalen Gesundheitswesen zu optimieren.

Projektziele

Im Sinne einer integrierten Patientenversorgung sollten Lösungen gefunden werden, um die Versorgungskontinuität nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus zu gewährleisten bzw. damit die stationär erzielten Pflegeerfolge zuhause weiter Bestand haben. Im Konkreten wurden folgende Ziele definiert:

- :: Routine in einer qualitativen „Entlassungskultur“ aufbauen, d.h. optimale Vorbereitung des Patientenumfeldes auf die Entlassung

- :: Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit aller am Entlassungsprozess beteiligten Gruppen im Sinne einer Qualitätssteigerung für die Patienten und Angehörigen
- :: Abbau von administrativen Hürden in allen Bereichen/Prozessen der Entlassung
- :: Effizienzsteigerung des Heilbehelfs-, Hilfs- und Heilmittleinsatzes
- :: Rechtzeitige und bedarfsgerechte Versorgung, d.h. alle benötigten Produkte sollten zum Zeitpunkt der Entlassung bereits zu Hause sein
- :: Informierte und zufriedene Patienten und Angehörige

Projekttablauf

Mittels standardisierter Fragebögen wurden niedergelassene Allgemeinmediziner, Spitalsärzte, Pflegepersonal und Patienten nach einem stationären Aufenthalt zum Entlassungsprozess befragt. Die Ergebnisse dieser Ist-Analyse bildeten die Basis für die Arbeit im operativen Projektteam. In vielen – teils heftig geführten Diskussionen – wurden Verbesserungsmöglichkeiten gesucht und die Ergebnisse dem Projektlungsausschuss zur Entscheidung über die nächsten Projektschritte vorgelegt. Der zeitliche Rahmen des Projektes war auf zwei Jahre anberaunt.

Zentrale Lösungsidee – Versorgungskordinator

Nicht ein fehlendes Angebot an Versorgungsleistungen, sondern vielmehr erkennbare Mängel, verursachen die Über-, Unter-, bzw. Fehlversorgungen. Dazu gehören:

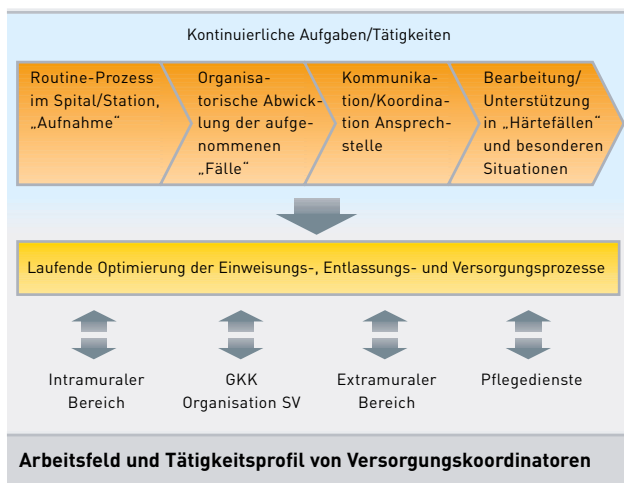
- :: Verspätetes bzw. nicht abgestimmtes Einsetzen von Betreuungsleistungen
- :: Ungenügende Berücksichtigung der individuellen Patientensituation
- :: Zum Teil unüberschaubare Betreuungsstrukturen und –kosten
- :: Kommunikationsdefizite an den Schnittstellen

Dies führt zwangsläufig zur finanziellen Mehrbelastung unseres Gesundheitssystems.

Aus diesen Grunderkenntnissen heraus entwickelte sich die Idee einer integrierten Patientenversorgung am Übergang

vom stationären in den ambulanten Bereich. Der Versorgungskordinator als Informations- und Datendrehzscheibe: Seine Aufgaben umfassen:

- :: Information und Unterstützung von Patienten und Angehörigen noch während des stationären Aufenthaltes
- :: Rechtzeitige Koordination des poststationären Versorgungsbedarfs
- :: Information des Hausarztes über die bevorstehende Entlassung des Patienten
- :: Information des Hausarztes über bereits erledigte bzw. in die Wege geleitete Maßnahmen



Learning by doing – praxisorientierter Ansatz

Das Projekt wurde sehr praxisorientiert im Sinne von „learning by doing“ angelegt. So konnten Maßnahmen direkt auf ihre Sinnhaftigkeit und Umsetzbarkeit geprüft werden.

Der Versorgungskordinator ist ein Mitarbeiter der Sozialversicherung – sein Tätigkeitsfeld liegt aber primär im Krankenhaus und hier hauptsächlich auf den bettenführenden Stationen. Er bekommt über ein standardisiertes Anforderungsblatt vom Stationsarzt oder der Stationschwester die Information, welcher Patient seine Unterstützung benötigt. Diese Serviceleistung wird für Versicherte aller Sozialversicherungsträger angeboten. Das bedeutet, dass kein Zusatzaufwand erforderlich ist, den Versorgungskordinator je nach Versicherer auszuwählen – „Einer für alle“ lautet das Motto. Voraussetzung ist, dass den Koordinatoren alle relevanten Regelungen der verschiedenen Kostenträger geläufig sind.

Wichtig ist, die Abläufe im Rahmen der Entlassung, auf einer Zwei-Ebenen-Perspektive zu betrachten. Einerseits ist hier die Strategie des persönlichen Engagements gefragt. Die Anschlussversorgung des Patienten muss so gelöst sein, dass es zu keiner Unterbrechung in der Versorgungskette kommt. Andererseits gilt es die fehlenden Informationen über die

strukturellen Unterschiede zwischen intra- und extramural für die Beteiligten transparent zu machen. Das Wissen und Verständnis der Probleme anderer Gruppen im Gesundheitswesen ist Voraussetzung einer gelungenen, integrierten Versorgung.

Das Tätigkeitsprofil wird der jeweiligen Ist-Situation der betreffenden Krankenhäuser und Bezirke angepasst. Das Ziel war und ist, gut funktionierende Versorgungssysteme nicht zu ersetzen, sondern dort wo es möglich ist, zu verbessern: „Das Bessere ist des Guten Feind“. Für die erfolgreiche Implementierung des Versorgungskordinators im regionalen Gesundheitswesen wurde ein genormter Einführungsprozess beschrieben.

Umsetzung und Conclusio

Zurzeit werden in der Steiermark, südlich der Mur-Mürz-Furche, 10 Krankenhäuser von Versorgungskordinatoren betreut. In drei nördlich gelegenen Krankenhäusern wurden die Vorbereitungen bereits getroffen – ab Mai 2005 wird auch hier ein Versorgungskordinator tätig sein. Das ehrgeizige Ziel ist es, die Krankenhäuser der Steiermark (ausgenommen Großraum Graz) bis Ende 2005 flächendeckend zu betreuen.

Der Versorgungskordinator war nie als Instrument für Kosteneinsparung vorgesehen. Dennoch werden an verschiedenen Stellen des Entlassungsprozesses Kostenreduktionspotenziale aufgrund der koordinierten Versorgung sichtbar und können mit Einzelbeispielen gut dargestellt werden. Der Haupterfolg liegt in einer Steigerung der Behandlungsqualität für die Patienten.

Eine bereits praktizierte und in einigen Bezirken sogar eingeforderte Möglichkeit ist, in regelmäßigen Abständen Bezirksveranstaltungen zu organisieren, zu denen Vertreter aller beteiligten Gruppen eingeladen werden. Beobachten zu können, wie dabei Telefonnummern ausgetauscht werden und wie verständnisvoll Lösungen, unter Berücksichtigung der Probleme anderer Organisationen und Institutionen, diskutiert werden, zeigt wohin der Weg gehen muss. Diese positiven Entwicklungen zeigen auch, dass der Schritt, den die steiermärkische Gebietskrankenkasse gesetzt hat und den alle Entscheidungsträger in unserem Bundesland tatkräftig unterstützen, der Schritt in die richtige Richtung war.

Ewald Gspurning
Steiermärkische Gebietskrankenkasse
A-8010 Graz, Josef-Pongratzplatz 1
Tel.: +43/(0)316 / 8035 – 1369
ewald.gspurning@stgkk.sozvers.at



www.stgkk.at (Stichwort: Versorgungskordinator. Nähere Infos zum Projekt, Abschlussbericht)