

papers

1/98

Gesundheitswissenschaften

Das leistungsorientierte Krankenhausfinanzierungssystem - Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung

Herausgegeben von
Univ.- Prof. Dr. Josef
Weidenholzer, Institut für
Gesellschafts- und
Sozialpolitik, Johannes Kepler
Universität Linz in
Zusammenarbeit mit der
Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse.
Redaktionelle Betreuung:
Mag. DDr. Oskar Meggeneder
Kontaktadresse:
OÖ Gebietskrankenkasse,
Frau Andrea Rosenkranz,
Gruberstraße 77,
A - 4021 Linz,
Tel.: 0732/7807-2851,
Fax: 0732/7807-2680,
E-mail: ooegkk@ooegkk.at,
Hersteller:
OÖGKK-Hausdruckerei

***Eine Befragung poststationärer PatientInnen
und deren HausärztInnen
Linz, Februar 1998***

***von Gabi Rammer
unter Mitarbeit von
Gerhard Friedl, Johann Schrattenecker
und Irja Spindelbalker***

MAG. GABI RAMMER * 4040 LINZ.IM BACHLFELD 24a
&
OÖGKK

**DAS LEISTUNGSORIENTIERTE
KRANKENHAUSFINANZIERUNGSSYSTEM - AUSWIRKUNGEN AUF
DIE QUALITÄT DER PATIENTENVERSORGUNG**
Eine Befragung poststationärer PatientInnen und deren HausärztInnen

AUSWERTUNG DER INTERVIEWS

Linz, Februar 1998

INHALTSVERZEICHNIS

INTENTION UND ZIEL.....	3
METHODISCHE VORGANGSWEISE.....	3
AUSWERTUNG PATIENTENINTERVIEWS.....	5
BEFUNDE.....	5
UNTERSUCHUNGEN.....	5
DIAGNOSEERSTELLUNG.....	6
MEDIZINISCHE UND PFLEGERISCHE BETREUUNG.....	6
INFORMATION UND AUFKLÄRUNG.....	8
PERSÖNLICHE INTERAKTIONEN.....	9
KOMPLEMENTÄRE BEHANDLUNGEN.....	9
RAHMENBEDINGUNGEN.....	10
AUFENTHALTSDAUER.....	11
NACHBETREUUNG UND NACHUNTERSUCHUNG.....	12
KOSTENKONTROLLEN.....	12
BÜROKRATIE UND STRUKTUR.....	13
AUSWERTUNG ARZTINTERVIEWS.....	14
BEFUNDE.....	14
DIAGNOSEERSTELLUNG UND MEDIZINISCHE BETREUUNG.....	14
AUFENTHALTSDAUER.....	15
NACHBETREUUNG UND NACHUNTERSUCHUNG.....	17
PATIENT/N-HAUSÄRZT/N-INTERAKTION.....	18
HAUSÄRZT/NNEN UND DIE "KOLLEG/NNEN".....	18
BÜROKRATIE UND STRUKTUR.....	19
VISIONEN.....	20
ZUSAMMENFASSUNG.....	22

DAS LEISTUNGSORIENTIERTE KRANKENHAUSFINANZIERUNGSSYSTEM - AUSWIRKUNGEN AUF DIE QUALITÄT DER PATIENTENVERSORGUNG

Eine Befragung poststationärer PatientInnen und deren HausärztInnen

INTENTION UND ZIEL

Mit 1.1.1997 trat in Österreich ein neues Finanzierungssystem für Krankenhäuser in Kraft, das zu einer Umstellung von Pflegegebühren auf Fallpauschalien führte. Durch diese Änderungen ist zu vermuten, daß Krankenhäuser ihre Einnahmen durch bestimmte Maßnahmen zu beeinflussen versuchen, wie z.B. durch Verkürzung der individuellen Krankenhausaufenthaltsdauer oder Leistungsreduzierung bzw. Auslagerung in den extramularen Bereich.

Diese Ausgangssituation wirft die Frage nach der Qualität der stationären Behandlung und der Wirtschaftlichkeit an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung auf.

Ziel der Untersuchung ist daher

- * die persönliche Befindlichkeit, die medizinischen und wirtschaftlichen Aspekte im Kontext des neu eingeführten Abrechnungssystems - sowohl aus der Sicht der PatientInnen als auch aus der Sicht der behandelnden HausärztInnen - zu untersuchen
- * und darüber hinaus den Versicherten (=Kunden) und den VertragspartnerInnen zu vermitteln, daß mögliche Folgen des LKF-Systems genau beobachtet und reflektiert werden.

METHODISCHE VORGANGSWEISE

Um die Qualität der PatientInnenversorgung im Krankenhaus zu untersuchen, eignet sich besonders eine qualitative Methode. In diesem Fall wurde eine halbstandardisierte Befragung gewählt.

Dafür wurden Interviews durchgeführt, die sowohl aus narrativen als auch standardisierten Teilen mit Interviewleitfaden und Vertiefungsfragen zusammengesetzt sind.

Die einzelnen Phasen der Befragung sind:

- 1) Interviews mit 24 poststationären PatientInnen, in denen Patientenkarrieren vom ersten Arztkontakt bis zur Genesung in verschiedenen Aspekten dargestellt werden

- 2) Interviews mit den 8 VertragsärztInnen - in deren Betreuung sich oben genannte 24 PatientInnen befinden -, die Fallbesprechungen und allgemeine Fragen zum derzeitigen Gesundheitssystem beinhalten

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert. Die themenorientierte Auswertung erfolgte über Einzelanalysen und einer anschließenden generalisierenden Analyse, in der Syndrome oder Grundtendenzen beschrieben und anhand derer bestehende Hypothesen überprüft werden.

AUSWERTUNG PATIENTENINTERVIEWS

Die interviewte PatientInnengruppe setzt sich aus 12 Frauen im Alter von 25 bis 83 Jahren und 12 Männer im Alter von 17 bis 83 zusammen, deren Wohnbezirke Linz, Steyr, Linz-Land und Urfahr-Umgebung sind.

In den jeweiligen Krankengeschichten werden folgende Krankenanstalten angesprochen: KH der Barmherzigen Schwestern Linz (in 8 Fällen), AKH Linz (7), KH Steyr (4), mit jeweils 1 Fall KH Freistadt, UKH Linz, KH Wagner Jauregg Linz, KH Wels, DKH Linz, KH Bad Ischl, Landesfrauenklinik Linz, KH der Barmherzigen Brüder Linz, KH der Elisabethinen Linz.

Im Folgenden werden nun die Patientenkarrieren nach einzelnen, untersuchungsrelevanten Themenbereichen ausgewertet.

Auf dem Weg ins Krankenhaus ...

BEFUNDE

Die Vermutung, daß Krankenhäuser bei der stationären Aufnahme ihrer PatientInnen auf Vorbefunde von Fach- und HausärztInnen bestehen, konnte durch die Aussagen der Befragten nicht bestätigt werden.

Ein einziger Patient beantwortete die Frage nach den Vorbefunden bei der Einlieferung ins KH mit
 "Es ist überall gleich. Es heißt immer alles mitnehmen was man hat, z.B. Röntgenbilder. Dies war früher genauso wie heute ...".

Bei vier der befragten PatientInnen handelte es sich um eine Notaufnahme. In allen anderen Fällen wurde die Mitnahme von Befunden vom KH nicht verlangt, jedoch erfolgte sie in einem geringen Ausmaß - ohne Aufforderung - durch die PatientInnen selber. In einem Fall wurden mitgebrachte Befunde einer Krebspatientin vom KH überhaupt nicht akzeptiert ("er sagte, er schaut sich das selber an"), was sich nach Angaben der Patientin später jedoch als medizinisch gerechtfertigt erwies. Der Austausch von Befunden zwischen den Krankenhäusern ist selbstverständlich, berichteten die Befragten.

Die Behandlung im Krankenhaus ...

UNTERSUCHUNGEN

Auf die Frage, ob sie bei ihrem letzten KH-Aufenthalt das Gefühl haben, zuviel oder zuwenig untersucht worden zu sein, meinte der Großteil der PatientInnen, daß die

Untersuchungen im KH im optimalen Ausmaß erfolgten, ihrer Meinung nach den medizinischen Erfordernissen entsprechend.

Von drei Frauen und einem Mann wurde von einer kompletten Gesamtuntersuchung berichtet (vorwiegend KrebspatientInnen), die von den Interviewten positiv bewertet wurde.

In drei Fällen kam es zu Doppeluntersuchungen, die von den PatientInnen als nicht notwendig erachtet wurden: einmal aufgrund eines mangelhaften Befundes eines anderen KH (AKH Linz), einmal aus Gründen der schlechten Koordination zwischen den Abteilungen innerhalb eines KH (AKH Linz), und in einem Fall konnte der Patient nicht verstehen, daß trotz der Untersuchungen beim Facharzt eine Woche vor seinem KH-Aufenthalt die gleichen Untersuchungen hier nochmals vorgenommen wurden (KH Steyr).

Überhaupt äußerten einige der Befragten, daß KH "sich lieber auf das Eigene verlassen", womit alle Untersuchungen bis zur Diagnoseerstellung im KH gemeint sind.

In keinem einzigen Fall hatten jedoch die PatientInnen den Eindruck, zuwenig untersucht worden zu sein.

DIAGNOSEERSTELLUNG

Aufgrund der Vermutung, daß KH nun bei der Diagnoseerstellung ihrer PatientInnen eine Erweiterung vornehmen, wurden die Interviewten zu ihren Erfahrungen befragt.

Bei rund einem Fünftel der PatientInnen wurden im KH auch Krankheiten diagnostiziert, wegen derer sie ursprünglich nicht eingeliefert wurden (3x KH der Barmherzigen Schwestern, je 1x KH Steyr, KH der Elisabethinnen); wiederum die Hälfte davon gab an, daß diese Krankheiten auch gleich im KH behandelt wurden. Von den PatientInnen selber wurde jedoch nicht beurteilt, ob diese Diagnoseerweiterungen in unmittelbarem Zusammenhang zur ursprünglichen Krankheit stehen.

Der Großteil der befragten PatientInnen konnte keine Diagnoseerweiterung bei ihrem KH-Aufenthalt bemerken.

MEDIZINISCHE UND PFLEGERISCHE BETREUUNG

Die Eindrücke der PatientInnen über ihre Versorgung in medizinischer und pflegerischer Hinsicht im KH wurden von den Interviewten meist ausführlich erläutert.

Bei näherer Betrachtung verständlich, denn von den insgesamt 24 Befragten gab es nur drei Fälle, die mit vollster Zufriedenheit bis Begeisterung ihre KH-Behandlung beurteilten, weitere fünf Fälle drückten Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit weder explizit noch implizit aus.

Der Großteil - nämlich zwei Drittel - aller Interviewten jedoch war mit der medizinischen und pflegerischen Betreuung im KH unzufrieden und führten konkrete Kritikpunkte an:

- zeitlicher Druck von ÄrztInnen und vor allem Schwestern läßt keine optimale Betreuung zu, Nachtschwestern sind durch Unterbesetztheit überfordert (3x AKH, 2x KH der Barmherzigen Schwestern, je 1x KH Steyr, Freistadt und Barmherzige Brüder)
- mangelnder Heilungserfolg während des KH-Aufenthaltes wird mit der ungenügsamer bzw. falscher medizinischen Behandlung in Verbindung gebracht (2x AKH, je 1x KH der Barmherzigen Schwester, KH Steyr, DKH)
- Bagatellisierung von Krankheitssymptomen durch ÄrztInnen führt bei zwei PatientInnen zu medizinischen Fehlleistungen, in einem Fall muß von einem eindeutigen Kunstfehler gesprochen werden (2x AKH)
- die Unsicherheit bzw. Oberflächlichkeit der ÄrztInnen bei der Diagnoseerstellung führt zu einer großen Verunsicherung der PatientInnen (AKH, KH der Barmherzigen Schwestern, KH Wels)
- mangelhafte bzw. nicht vorhandene Koordination zwischen ÄrztInnen, Pflegepersonal und zwischen verschiedenen Abteilungen eines KH verunsichert PatientInnen, zudem gibt es Verärgerung über die daraus resultierenden Doppeluntersuchungen und Doppelmedikation, bzw. dem Gegenteil – der unterschiedlichen weil unkoordinierten Behandlungen, was in einem Fall zur Entlassung trotz hohen Fiebers führte (2x AKH, KH Steyr)
- brutales Vorgehen bei medizinischer Behandlung führt zu unnötigen Schmerzen (2x AKH, KH Steyr)
- Visiten der Primare sind medizinisch überflüssig, da aus Zeitgründen nicht auf die PatientInnen eingegangen wird, sie werden als unnötige "Pflichtübung" (Zitat) empfunden (2x AKH)

Die Zufriedenheit der PatientInnen ist jedoch stark nach Geschlecht und bei den Frauen auch nach Alter determiniert.

Männer waren in hohem Maße und in jedem Alter unzufrieden mit ihrer KH-Behandlung, nur in einen einzigen Fall wurde von vollkommener Zufriedenheit gesprochen.

Bei den Frauen hingegen äußerten nur jüngere Kritik an ihrer KH-Behandlung, insgesamt jedoch in einem viel geringeren Ausmaß als die männlichen Interviewten: Fünf Frauen artikulierten Kritik und Unmut, sie waren nicht älter als 60 Jahre. Die zahlenmäßig größere Gruppe der über 60-jährigen Frauen war mit der Betreuung zufrieden bzw. machten keine konkreten Angaben darüber. Diese Gruppe kann nach genauer Betrachtung der einzelnen PatientInnenkarrieren als geschlechtsspezifisches Phänomen von Anspruchslosigkeit bezeichnet werden.

Zum Thema der Zufriedenheit mit der medizinischen KH-Betreuung wurden mit den behandelnden HausärztInnen Fallbesprechungen durchgeführt, um das persönlich, emotionale Empfinden der PatientInnen mit der medizinisch-geschulte Sichtweise der HausärztInnen zu ergänzen.

Demnach sind zwei Drittel aller befragten Hausärzte mit der medizinischen Versorgung ihrer (insgesamt 24 von uns interviewten) PatientInnen im KH zufrieden,

bei rund einem Sechstel der Fälle konnten die ÄrztInnen darüber keine Einschätzung abgeben.

Bei dem verbleibendem fünf Fällen wurde die Beurteilung der medizinischen Versorgung im KH mit wenig optimal bezeichnet (3x AKH, je 1x KH der Barmherzigen Schwestern, KH Steyr).

Oberflächlichkeit bzw. Fehler bei der Diagnoseerstellung, überhöhte Medikamentendosierung und mangelhafte Medikamenteneinstellung, verzögerter Heilerfolg durch medizinische Fehleinschätzung und ein eindeutiger Kunstfehler sind die Kritikpunkte der HausärztInnen, die unabhängig davon auch mit den Einschätzungen der jeweiligen PatientInnen übereinstimmen.

Was sonst noch zum Wohlbefinden im KH beiträgt ...

INFORMATION UND AUFKLÄRUNG

“... es passiert praktisch nichts. Wenn man aber nachbohrt und nachfragt und, und, und – hat der Primar mit einem keine Freude!”, meinte einer der Patienten auf die Frage nach ausreichenden Aufklärung, und führt dies auf Routine und zu wenig Einfühlungsvermögen zurück.

Dieser Patient gehört zu jener Gruppe von Befragten (25%), die ihre Unzufriedenheit über die Aufklärungssituation seitens des KH klar zum Ausdruck brachten.

Weitere konkrete Kritikpunkte: die Aufklärung wird nicht verstanden (z.B. lateinische Ausdrucksformen), die ÄrztInnen lassen PatientInnen nicht ausreden bzw. reden ständig dazwischen, die ÄrztInnen verweigern die Aufklärung, und in einem Fall führt der Patient den schlechten Heilungsverlauf auf die mangelnde Aufklärung zurück.

Eine ebenso große Gruppe von Interviewten war mit dem Ausmaß an Aufklärung nur teilweise zufrieden, diese PatientInnen wünschen sich mehr Information und können dieses Bedürfnis nur durch permanentes Nachfragen befriedigen.

Insgesamt gaben mehr als die Hälfte der Befragten ihrer Unzufriedenheit Ausdruck, daß das Thema Information und Aufklärung im KH nicht den Patientenbedürfnissen entspricht.

Etwas weniger als die Hälfte aller befragten PatientInnen empfanden, sie seien im KH ausreichend informiert worden, es besteht daher kein Wunsch nach mehr Aufklärung; in zwei Fällen wurde ausdrückliches Lob ausgesprochen.

Zu diesem Thema konnte eine leichte Tendenz nach weniger Informationswunsch bei älteren weiblichen Interviewten bemerkt werden, was wiederum auf das bereits oben erwähnte Phänomen der Anspruchslosigkeit zurückzuführen ist.

Die Verteilung auf die einzelnen KH ist nur bedingt möglich. PatientInnen berichteten von unterschiedlichen Erfahrungen innerhalb einer Abteilung eines KH, Zufriedenheit und Unzufriedenheit sind eher von der Persönlichkeit der diensthabenden ÄrztInnen abhängig. Die beiden auffälligsten Tendenzen sind eine größere Anzahl von Nennungen für Zufriedenheit im KH der Barmherzigen Schwestern und für das AKH, wo am meisten nachgefragt werden muß.

PERSÖNLICHE INTERAKTIONEN

Wie fühlen sich PatientInnen in der oftmals als anonym und hochtechnisiert bezeichneten KH-Atmosphäre - als Mensch, Krankheit oder gar als Nummer?

“Also unfreundlich wurde ich auf keinen Fall behandelt! Mein Gott – freundlich? Erwarten sie in einem Spitalsbetrieb viel Freundlichkeit?”

Diese Aussage eines Patienten gibt am ehesten das Gefühl wieder, wenn die Interviewten an ihren KH-Aufenthalt denken. Ihre Erwartung nach freundlicher, menschlichen Zuwendung abseits der medizinischen Versorgung wurde nur teilweise erfüllt. Zufriedenheit wurde von etwas mehr als der Hälfte aller Befragten ausgedrückt, bei allen anderen wurde das Wohlbefinden gestört durch

- Launenhaftigkeit und Ungeduld der Krankenschwestern
- Zeitmangel und unpersönliche Behandlung durch die ÄrztInnen
- Unfreundlichkeit und Präpotenz der ÄrztInnen gegenüber PatientInnen und “Untergebenen”
- Ignoranz und mangelndes Einfühlungsvermögen des KH-Personals

und einige von ihnen äußern das Gefühl, im KH dezitiert als “Nummer” und nicht als Mensch behandelt zu werden. Obwohl diese Eindrücke aus verschiedenen KH berichtet werden, besteht eine Konzentration der Fälle im AKH (meist Unfallabteilung).

KOMPLEMENTÄRE BEHANDLUNGEN

Der allgemein größer werdende Wunsch nach ganzheitlichen und komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden führt immer wieder zu Diskussion zwischen Schulmedizinern und “Alternativmedizinern”. Welche Bedürfnisse haben PatientInnen im KH und wie gehen diese damit um?

Die Bedürfnisskala der PatientInnen in diesem Themenbereich ist breit, sie reicht von totaler Ablehnung bis zum Aufsuchen von Wundheilern.

Etwa zwei Drittel aller Interviewten erhielten während ihres KH-Aufenthaltes keinerlei komplementäre Behandlungsangebote (dazu wird hier auch u.a. psychologische/psychotherapeutische Betreuung gezählt), was viele Patienten (insgesamt rund 50%) nicht störte, denn sie hatten auch kein Bedürfnis danach bzw. glaubten in ihrem speziellen Krankheitsfall keine entsprechende Methode zu kennen; doch einigen Interviewten waren über den Mangel an Angeboten enttäuscht und äußerten Wünsche wie z.B. mehr Information an alternativen Behandlungsmethoden seitens des KH-Arzt, sowie nach psychologischer Beratung. Dieses Bedürfnis wurde meist von den schwer erkrankten Personen (KrebspatientInnen) geäußert.

In einigen Spitälern ist lt. Angaben der Interviewten das Angebot der psychologischen Betreuung vorhanden, was von den PatientInnen positiv beurteilt wurde.

In zwei Fällen wurde von einer obligaten komplementärmedizinischen Behandlung berichtet: Homöopathie in der Landesfrauenklinik Linz und Akupressur im KH Freistadt, was aus der Sicht der PatientInnen sehr zu ihrem Wohle beigetragen hat.

In zwei Fällen stößt das Interesse an alternativen Behandlungsformen der PatientInnen im KH auf Ablehnung (KH der Barmherzigen Schwestern, AKH), wobei in einem Fall der behandelnde Hausarzt bestätigte, daß die Einbeziehung der psychosomatischen Aspekte bei der KH-Behandlung für seine Patientin wichtig gewesen wäre.

Das Interesse und der Wunsch nach ergänzenden Methoden korreliert stark mit dem Grad der Eigenverantwortung der PatientInnen.

Etwa ein Drittel aller Befragten können als eigenverantwortliche, im Sinne von sehr aktiv um ihre Gesundheit bemühte, PatientInnen bezeichnet werden. Dies wurde auch von den HausärztInnen in den jeweiligen Fallbesprechungen bestätigt.

Diese Eigenverantwortung ist unabhängig davon, wie die KH ihre PatientInnen motivieren. Ernährungsberatung und Anweisungen zu Verhaltensregeln wie z.B. Bewegung, Sport werden zwar in rund 40% der KH angeboten, doch nur wenige ließen sich dadurch zu einer Änderung ihrer Gewohnheiten motivieren.

Sowohl das Bedürfnis nach alternativen Behandlungsmethoden als auch der Grad an Eigenverantwortung nimmt tendenziell mit zunehmenden Alter ab.

RAHMENBEDINGUNGEN

Wie kann das allgemeine Wohlbefinden der PatientInnen im KH verbessert werden? Abgesehen von den bereits oben beschriebenen medizinischen und pflegerischen Faktoren wurden von den Interviewten weitere Aspekte zur Steigerung ihres Wohlbefindens genannt:

- bessere Zimmerausstattung (Sanitär, TV, Platz für Besucher)
- Zimmerbelegung nach Alter und Anzahl optimieren
- weniger Raucherzonen bzw. bessere Trennung von Raucher-/NichtraucherInnen
- mehr Qualität als Quantität beim Essen ("gesundes Essen")
- mehr ganzheitliche Betreuung und Aufklärung als Apparatedizin
- Gleichstellung aller PatientInnen ("als normaler Patient bist a Dodl" - Zitat)

waren die meistgenannten Themen der PatientInnen.

Die Familie und Freunde waren für die Interviewten die wichtigsten Personen bei der psychischen Unterstützung im Krankheitsfall.

Aus dem Krankenhaus entlassen ...

AUFENTHALTSDAUER

Seit dem Inkrafttreten des leistungsorientierten Abrechnungssystems im KH besteht die Vermutung, daß sich die individuelle KH-Aufenthaltsdauer zum Nachteil der PatientInnen verkürzt.

Der überwiegende Teil der Befragten empfand die Dauer ihres KH-Aufenthaltes als den medizinischen Erfordernissen angemessen, obwohl sie lieber eine kürzere Zeit im KH verbringen möchten, denn "... wenn man in einem Krankenhaus ist, so ist dies sowieso immer zu lange. Auch wenn du nur einen Tag drinnen bist ...", wie eine typische Antwort eines Patienten das Gefühl beschreibt.

In einem einzigen Fall wurde auf Wunsch der Patientin der Spitalsaufenthalt verlängert (Landesfrauenklinik Linz) und in zwei Fällen wurde angemerkt, daß das KH die kürzest mögliche Aufenthaltsdauer anstrebt - das sie bei früheren KH-Aufenthalten nicht bemerken konnten - das aber auch nicht als Nachteil empfunden wurde.

Weiters sind zwei PatientInnen positiv davon überrascht, daß sie bereits kurze Zeit nach ihrer Einlieferung ins KH operiert wurden (keine Notfälle, KH der Barmherzigen Schwestern). Ein weiterer Patient berichtete von einer sofortigen Operation, nachdem er nach der Voruntersuchung im KH eine Woche zuhause verbracht hatte (AKH).

Über eine eindeutig zu kurze Aufenthaltsdauer beschwerte sich ein Patient, der trotz Fieber aus dem KH (Steyr) entlassen wurde und nach einer Woche wieder eingeliefert werden mußte. "Warum ich so bald nach Hause entlassen wurde, weiß ich nicht. Ich vermute, daß Kostengründe hier die Ursache sind.", ließ der Patient seinem Ärger freien Lauf.

In den Fallbesprechungen wurden auch die HausärztInnen zu ihrer Einschätzung der jeweiligen KH-Aufenthaltsdauer ihrer PatientInnen gefragt. Aus ihrer medizinischen Sicht wurde überwiegend Zufriedenheit darüber geäußert und in 4 Fällen war die lange Aufenthaltsdauer ihrer Meinung nach medizinisch nicht notwendig. Von den ÄrztInnen wurden die lange Aufenthaltsdauer jedoch aus psychologischen Gründen für ihre PatientInnen begrüßt bzw. durch Oberflächlichkeit der KH-ÄrztInnen als letztendlich notwendig erachtet. Lt. den HausärztInnen Oberflächlichkeit bei der Diagnoseerstellung: "... es wurde sehr viel herumexperimentiert ... daß man da zu wenig auf die Patientin eingegangen ist." und bei der Visite: "... die Visitentätigkeit ist sehr schlecht. Weil da muß man sich wirklich dem Patienten widmen und nicht schnell, schnell – über eine Operationspause ..., daß man die Wunden anschaut, seine Fieberkurve studiert, da ist nicht Zeit dazu.

In zwei Fällen sprachen die HausärztInnen über einen explizit zu kurzen Spitalsaufenthalt ihrer PatientInnen, als für einen optimalen Heilungsverlauf notwendig gewesen wäre (KH der Barmherzigen Schwestern, AKH).

NACHBETREUUNG UND NACHUNTERSUCHUNG

Als eine weitere Folge des leistungsorientierten Abrechnungssystems wird vermutet, daß die poststationäre Nachbetreuung der PatientInnen vermehrt zu den niedergelassenen Ärzten verlagert wird.

Ob es gegenüber früher eine Verlagerung gibt, kann durch die Befragung der PatientInnen nicht beantwortet werden. Es können jedoch Momentaufnahmen beschrieben und die Bedürfnisse der Interviewten erhoben werden.

Wie aus den PatientInnenkarrieren ersichtlich, fand die Nachbetreuung in ungefähr gleichem Ausmaß im KH und bei den niedergelassenen ÄrztInnen (vorwiegend Haus-, vereinzelt FachärztInnen) statt; dies unabhängig vom KH, jedoch stark von der Wohnherkunft determiniert.

PatientInnen aus den ländlichen Wohngebieten erhielten Nachbetreuung großteils von ihren HausärztInnen, jene die in der Stadt wohnen suchten meist wieder das KH auf.

Die Nachbetreuung bzw. -behandlung fand bei den PatientInnen mit schweren Erkrankungen wie Krebs vorwiegend im KH statt, ebenso eine obligater Kontrolltermin bei meist chirurgischen Eingriffen.

Wie alle PatientInnen berichteten, fand die – meist vom KH vorgeschlagene - Nachbetreuung in ihrem Interesse statt, wohl auch deshalb weil hier die Interviewten ein großes Maß an Selbstbewußtsein zeigten.

“Auf der Ambulanz haben sie wirklich einen Wahnsinnsstreß. Es ist voll und es geht ruck, zuck und die Leute sind schon wieder draußen.... Es ist mir beim Hausarzt viel lieber, wo es gemütlich gemacht wird”, meinte eine der Patientinnen und entschied sich wie einige andere auch für den Hausarzt bzw. die Hausärztin.

Als ein weiterer Grund für die Wahl der HausärztInnen für Nachbetreuung wurde der ständige Wechsel der Bezugsperson (ÄrztInnen) in der KH-Ambulanz angeführt.

Was den PatientInnen sonst noch ein Anliegen ist ...

KOSTENKONTROLLEN

Was für Zusatzversicherte längst selbstverständlich, ist für andere bloß ein Wunsch. Etwa 60% der Interviewten befürworteten Kostenkontrollen der Arztleistungen, wobei sie diese am liebsten durch “kompetente” Stellen wie z.B. GKK durchführen lassen möchten, denn die Versicherten trauen sich diese Überprüfung selber nicht immer zu. “Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser”, nach diesem Motto möchte rund ein Drittel der Befragten die Aufstellung der Kosten selber kontrollieren.

Rund ein Viertel der PatientInnen lehnte eine Kostenkontrolle ab, da sie sich entweder nicht kompetent genug fühlen (“ich bin ja ein Laie”) oder auf ihr völliges Vertrauen in die Abrechnung setzen.

BÜROKRATIE UND STRUKTUR

Innerhalb der dargestellten 24 PatientInnenkarrieren werden vereinzelte strukturelle Aspekte des bestehenden Versicherungssystems angeschnitten.

Lob gab es von den PatientInnen für

- die freie Wahl des KH
- die Flexibilität der Besuchszeiten
- die überdurchschnittlich gute Ausstattung der KH gegenüber dem Ausland ("Luxushotel" – Zitat)

Kritikpunkte waren:

- Bürokratie bei Kranken- und Transportscheinen ("es gibt doch Computer")
- Notwendigkeit von Überweisungsscheinen bei jeder Nachbehandlung im KH
- Automatische Chefarzteinladung für reiseunfähige PatientInnen
- Unfähigkeit der GKK über Arztkostenaufstellung Auskunft zu geben
- Allgemeine Konkurrenz zwischen Schul- und Komplementärmedizin
- Das bestehende Gesundheitssystem ist nicht an Gesunden orientiert sondern ein Krankensystem

AUSWERTUNG ARZTINTERVIEWS

Es wurden nach Abschluß der PatientInneninterviews insgesamt acht niedergelassene VertragsärztInnen befragt, deren Ordinationen sich in drei Fällen in Landgemeinden und in fünf Fällen im städtischen Ballungsgebiet befinden.

Das neue, leistungsorientierte Abrechnungssystem im Krankenhaus ...

BEFUNDE

Die befragten ÄrztInnen konnten keine nennenswerten Änderungen im Bezug der vom KH verlangten Vorbefunde feststellen.

Es wurden zwar in bestimmten Krankheitsfällen Befunde automatisch in das KH mitgegeben - im gleichen Ausmaß wie früher – vom KH wurde dies jedoch nicht zwingend vorgeschrieben.

In Einzelfällen wurde eine Tendenz dahingehend bemerkt, daß vor Operationen Vorbefunde vom KH akzeptiert werden, um so eine schnellere Handlungsweise und kürzere Aufenthaltsdauer zu erreichen. Dies wird von den ÄrztInnen positiv bewertet. Kurzfristig wurden vom AKH (Augen) Vorbefunde verlangt, was aber lt. Angaben eines der ÄrztInnen wieder eingestellt wurde.

Im Allgemeinen jedoch wurde von den HausärztInnen angemerkt, daß es in KH in vielen Fällen nach wie vor zu Doppeluntersuchungen kommt, was nur in wenigen medizinisch begründeten Fällen als notwendig erachtet wird.

“Unsinnigerweise, das man nie vertraut hat auf einen auswärtigen Befund... Also eine gewissen Überheblichkeit glaube ich ...”, berichtete ein Arzt.

DIAGNOSEERSTELLUNG UND MEDIZINISCHE BETREUUNG

Seit Einführung des leistungsorientierten Abrechnungssystems wurden von den ÄrztInnen kaum Diagnoseerweiterungen im KH festgestellt.

In Einzelfällen wurden vor allem bei älteren PatientInnen eine weitläufige Diagnose erstellt, die nach Ansicht der ÄrztInnen auf den polymorbiden Zustand beruhte und dazu führte, daß sie mit einer – unnötigerweise - großen Anzahl an Medikamenten aus dem KH entlassen wurden.

Die befragten ÄrztInnen berichteten, daß der Diagnoseerstellung im KH im zunehmenden Maße mehr Bedeutung beigemessen wird. Es wird ausschließlich diagnosezentriert untersucht um fachspezifische Befunde zu erhalten, die eigentliche medizinische Behandlung kommt in manchen Fällen durch diese Gewichtung zu kurz.

Einer der Interviewten stellte allgemein die Notwendigkeit von stationärer Aufnahme bei ausschließlich diagnostischen Untersuchungen in Frage, da diese auch ambulant gemacht werden können.

Weiters bemerkten die Interviewten die Rückläufigkeit von Durchuntersuchungen im KH, die von den PatientInnen sehr beliebt waren. Einer der Hausärzte sieht darin auch einen konkreten Nachteil für sich und die PatientInnen, da die Sicherheit über den etwaig festgestellten Gesundheitszustand beide Seiten beruhigte.

Eine weitere Kritik der HausärztInnen über die Diagnoseerstellung im KH ist die völlige Technisierung.

PatientInnen werden von vielen modernen Geräten untersucht und es werden Diagnosen erstellt, ohne daß KH-ÄrztInnen ihre "fünf Sinnen" (Zitat) betätigen, bedauerten die interviewten HausärztInnen. So kommt es immer wieder zu Fällen, in denen von KH- und FachärztInnen falsche oder unvollständige Diagnosen erstellt werden, da alleine auf die Gerätemedizin vertraut wird, anstatt z.B. Sicht- und Tastbefunde zu erstellen.

"...diagnostisches Verfahren ist meiner Meinung auch ein Gespräch.", das aber nach Angaben der HausärztInnen im KH nicht praktiziert wird.

"Ich denke mir dann auch manchmal, vielleicht hätte er oder die Kollegin vorher auch einmal die Zeit nehmen können und fünf Minuten fragen können, und dann wird manches ein bißchen besser entschieden." (Zitat)

Diese Aussage betrifft nicht nur die Diagnose sondern auch die nachfolgende Therapiezeit im KH. Die Apparatemedizin steht im Vordergrund, Bedürfnisse der PatientInnen werden nicht erhoben, die psychische Situation außer Acht gelassen, und sie werden auch zuwenig aufgeklärt; dieses Defizit müssen später HausärztInnen ausgleichen, wurde von den Befragten berichtet.

"Ein alter Mensch,... aus irgendeinem Grund in einer Extremsituation seelischer Natur, da gibt es nur noch eins: Krankenhaus. Und dann ist natürlich die Frage, ob in so einem Fall auf das Problem eingegangen wird. Das wird eben dann nicht getan, dann wird er halt nach einer Woche mit 15 Diagnosen, die er zu Recht hat, weil die hat er wahrscheinlich schon seit 10 Jahren, wieder heimgeschickt. Und das ist halt wieder das Gleiche wie vorher ..." (Zitat).

Insgesamt wurde von den befragten Ärzten jedoch die rein medizinische Versorgung der PatientInnen im KH als sehr gut bewertet.

AUFENTHALTSDAUER

Zur Frage der Aufenthaltsdauer im KH waren sich die befragten ÄrztInnen einig: die PatientInnen sind jetzt viel kürzer in KH-Behandlung als früher.

Über die Konsequenzen daraus waren sie jedoch unterschiedlicher Meinung.

Zum Einen sehen die ÄrztInnen darin eine Vorteil für PatientInnen, deren allgemeiner Wunsch es ist, so bald wie möglich wieder aus dem KH entlassen zu werden und in ihre gewohnte, häusliche Umgebung zurückzukehren. Durch das rasche Handeln im KH wird ein hoher Grad an Effizienz bei der medizinischen Betreuung erreicht,

außerdem würden PatientInnen dadurch nicht noch kranker als sie bereits bei der Einlieferung waren, waren die Argumente der Befragten.

Als ein weiterer Vorteil der kürzeren Aufenthaltsdauer im KH wurde angeführt, daß nun für medizinisch dringende Fälle schneller Betten zu bekommen seien, das sowohl den PatientInnen als auch den behandelnden HausärztInnen in ihrer täglichen Arbeit zu Gute kommt.

Die befragten ÄrztInnen befanden jedoch auch, daß bei Verkürzung der KH-Aufenthalte das Wohlbefinden der PatientInnen nur durch das gut funktionierende Pflegesystem, wie z.B. die Hauskrankenpflege, gewährleistet ist.

Insgesamt leide die medizinische Betreuung im KH durch die verkürzte Aufenthaltsdauer nicht, außerdem wurde den KH von den Interviewten ein hohes Maß an Verantwortungsbewußtsein zugesprochen.

Die zweite Gruppe der interviewten ÄrztInnen fanden die Verkürzung der KH-Aufenthaltsdauer medizinisch bedenklich, wie sie auch an konkreten Fallbeispielen dokumentierten.

“Heute war zum Beispiel eine Patientin hier, die ist Krampfadern operiert worden, am zweiten Tag haben sie sie wieder entlassen.... Das waren früher Aufenthalte von sieben bis zehn Tagen.”, klagte ein Arzt und führte ein weiteres Beispiel an, bei dem eine Patientin nach einer Tumorentfernung in der Brust auch bereits am zweiten Tag aus dem KH entlassen wurde (in beiden Fällen handelte es sich um das KH der Barmherzigen Schwestern).

Ein weiteres Beispiel ist die unterbrochene Verweildauer im KH, die lt. Angabe eines Arztes nicht passieren darf: “Der Laborcheck wird durchgemacht und wenn er nicht gleich verfügbar ist der Laborcheck, dann wird er entlassen... Und nächsten Tag haben wir schon wieder die Einberufung gehabt. Weil da war ein schwer pathologischer Laborwert...” (KH der Barmherzigen Schwestern).

Die HausärztInnen sahen zwar auch den Vorteil, daß die PatientInnen innerhalb kurzer Zeit ein rasche und exakte Behandlung erhalten, doch in vielen Fällen bleiben die PatientInnen “auf der Strecke”(Zitat).

Vor allem bei älteren und chronisch Kranken müssen HausärztInnen und Altenheime die Rolle der KH übernehmen, da sie auch nach ihrem KH-Aufenthalt intensive medizinische Betreuung brauchen.

Darüber hinaus wurde allgemein über PatientInnen berichtet, die im KH eine zu kurze Therapiezeit erhielten und nicht ausgeheilt waren (darunter auch Kinder im Kinder-KH), andere wiederum wurden im KH nicht optimal auf ihre Medikamente eingestellt, da sie vorzeitig entlassen wurden.

Dies führt zu einer unmittelbaren Betroffenheit der HausärztInnen, denn “der kommt also zu mir und sagt, sie haben mich so bald entlassen und was tun wir weiter?”.(Zitat)

Aus diesen Gründen das Fehlen von Langzeitkrankenhäusern, die es lt. Angaben der ÄrztInnen bereits in anderen Bundesländern gibt, und Remobilisationsabteilungen in KH bemängelt.

Die Aufnahme ins KH aus sozialen Gründen findet nicht mehr im selben Ausmaß wie früher statt, der Ausbau der dadurch benötigten Pflegeeinrichtungen wurde von den befragten ÄrztInnen als wichtig eingestuft. In den Städten wurde außerdem die Tendenz festgestellt, daß immer mehr PatientInnen mit leichten Erkrankungen (wie z.B. Grippe) das KH aufsuchen.

Von der Verkürzung der KH-Aufenthaltsdauer und den daraus resultierenden Problemen seien KassepatientInnen nicht betroffen, wurde von den ÄrztInnen berichtet.

NACHBETREUUNG UND NACHUNTERSUCHUNG

Ein Teil der befragten HausärztInnen konnte keinerlei Änderung bei der Nachuntersuchung bzw. -betreuung ihrer PatientInnen bemerken. Sie wurden im selben Ausmaß wie früher entweder vom KH, von FachärztInnen oder den HausärztInnen nach ihrem KH-Aufenthalt betreut.

Der andere, zahlenmäßig etwas größere Teil der Befragten, konnte eine deutliche Auslagerung der Nachbetreuungen in den extramularen Bereich feststellen; vorwiegend HausärztInnen, aber auch Hauskrankenpflege und die Familienangehörigen müssen nun vermehrt medizinische bzw. pflegerische Aufgaben wahrnehmen. Die Nachuntersuchungen (Kontrollen) sind zwar meist im KH möglich ("meistens steht am Zettel oben: Krankenhaus" - Zitat), doch die Wahl den PatientInnen freigestellt.

Eine Ausnahme bildet das KH der Barmherzigen Schwestern, das vermehrt die PatientInnen zur Nachuntersuchung zu FachärztInnen schickt, wußte ein Arzt zu berichten. Auch gibt es Unterschiede nach Abteilungen in den verschiedenen KH: die Chirurgie macht nach wie vor die Nachuntersuchungen selber.

In diesem Zusammenhang wurde von den interviewten HausärztInnen vielfach die Kritik geäußert, daß die Übermittlung der Arztbriefe aus dem KH viel zu lange dauert. Bis zu einem halben Jahr müssen die behandelnden HausärztInnen auf die Befunde warten, was eine optimale Nachbetreuung der PatientInnen erschwert.

Nach Einschätzung der ÄrztInnen, werde die Auslagerung der Nachuntersuchungen und -betreuungen von den PatientInnen gewünscht und daher auch von allen Seiten positiv bewertet.

Die Gründe für die Zustimmung der PatientInnen werden in den überfüllten KH-Ambulanzen, dem ständigen Wechsel der Bezugspersonen im KH, und der humaneren Atmosphäre sowie leichten Erreichbarkeit (in ländlichen Gebieten) bei HausärztInnen gesehen.

Der Alltag in der HausärztInnenpraxis ...

PATIENT/IN-HAUSÄRZT/IN-INTERAKTION

Den interviewten HausärztInnen wurden auch Fragen über ihr Wohlbefinden in der täglichen Arbeit gestellt, die sehr ausführlich und komplex beantwortet wurden.

Der humane und gewissenhafte Umgang mit ihren PatientInnen ist allen Befragten ein großes Anliegen, doch die meist strukturellen Hindernisse sind in der Praxis allgegenwärtig.

Nach Meinung der ÄrztInnen möchten PatientInnen Aufklärung, Behandlungsvorschläge, Alternativen, und vor allem ernst genommen werden. HausärztInnen möchten ihren PatientInnen soziale GesundheitspartnerInnen sein, sie beraten und führen und bei Krisen behilflich sein.

Beinahe alle der befragten ÄrztInnen hielten eine ganzheitliche Betreuung der PatientInnen als den wichtigsten Aspekt in ihrer Arbeit. Viel Zeit für Gespräche, das Einsetzen der fünf Sinne und die Behandlung der PatientInnen als Einheit von Körper und Seele ist ihnen ein Anliegen.

Diese als ideal bezeichnete ganzheitsmedizinische Versorgungsweise kann aber nur in einem beschränkten Umfang umgesetzt werden, wurde von den befragten HausärztInnen bedauert.

Der Hauptfaktor der Einschränkung ist die Zeit – Zeit die nicht im notwendigen Ausmaß vorhanden ist, weil die Anzahl der PatientInnen zu groß ist, was meist auf ökonomische Notwendigkeit zurückgeführt wurde; in manchen Fällen sind es aber auch die PatientInnen, die ungeduldig sind oder unter Zeitdruck stehen.

Einer der Hausärzte regte aus erzieherischen Gründen einen sozial vertretbaren Selbstbehalt für PatientInnen, um der seiner Meinung nach zu großen Leichtfertigkeit, medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen (vor allem bei Nacht), entgegenzuwirken.

Einige der HausärztInnen äußerten auch den Wunsch nach einer höheren Eigenverantwortung der PatientInnen, um aktiv ihre Gesundheit zu unterstützen.

In ihrer Praxis bietet der Großteil der Befragten ihren PatientInnen auch komplementäre Behandlungsmethoden wie Akupunktur, Homöopathie, Bioresonanz usw. an.

Insgesamt wünschten sich die interviewten ÄrztInnen eine Aufwertung und bessere Honorierung von Zuwendungsmedizin im Gegensatz zur Gerätemedizin.

HAUSÄRZT/INNEN UND DIE “KOLLEG/INNEN”

Die Kommunikation zwischen HausärztInnen, FachärztInnen und den ÄrztInnen im KH wurde von den Befragten im allgemeinen als sehr gut bezeichnet.

In der Methode der Behandlung von PatientInnen wurde jedoch Kritik geäußert.

Dem Bedürfnis nach ganzheitsmedizinischer und individueller Behandlung für die PatientInnen werde nicht immer Rechnung getragen, bemängelten die Befragten die Arbeit ihrer KollegInnen vor allem in Fachpraxen und Spitälern.

“.. also ich habe immer wieder das Gefühl, daß ich dann die Verantwortung für manches übernehmen muß, wo ich nicht vorbehandelt habe...”, bemerkte eine der betroffenen ÄrztInnen und ist mit dieser Meinung nicht alleine.

Mangelhafte medizinische Behandlung, Defizite in der Aufklärung, Ignoranz der psychischen und sozialen Aspekte sind u.a. die Bereiche, die lt. Angaben der HausärztInnen von ihnen ausgeglichen werden müssen, da sich KollegInnen nicht ausreichend Zeit nehmen dafür, mehr der Gerätemedizin vertrauen als ihrem “logischen Denken” (Zitat) und lieber den müheloseren Weg innerhalb des Systems wählen.

Es wurden auch konkrete Vorschläge bzw. Wünsche geäußert, um diese Situation zu verbessern: u.a.

- bessere Ausbildung der ÄrztInnen in Richtung Ganzheitsmedizin
- verpflichtende Weiterbildung aller ÄrztInnen im Bereich Psychosomatik, Gesprächstherapie usw.
- Änderung der Verhaltensweise von Primaren und OberärztInnen im KH, damit JungärztInnen ausgebildet werden und nicht nur mit der Aufrechterhaltung der hierarchischen Ordnung beschäftigt sind
- es sollte für PatientInnen immer nur eine/einen VerantwortlicheN im KH geben, der für die Betreuung zuständig ist und “dafür gerade stehen was gemacht wird”(Zitat)
- bessere Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen PsychologInnen und Medizinern

Eine Reihe von weiteren Vorschlägen betreffen explizit das bestehende Gesundheitssystem und werden nachstehend behandelt.

BÜROKRATIE UND STRUKTUR

Die meiste von den befragten HausärztInnen geäußerte Kritik liegt in der Ausrichtung und Struktur des derzeitigen Gesundheitssystems begründet.

Von einigen wurde dieses System als krankes System beschrieben, das nicht den Menschen sondern die Technisierung der Medizin und den Zeit- und Geldfaktor in den Vordergrund stellt. Dies beginnt bereits in den “Stätten der Wissenschaft” (Zitat), wo die Reduzierung auf mechanistische Erklärungen keinen Raum für den Bezug zur Natur läßt.

Die Zuwendungsmedizin wird vom System nicht berücksichtigt, der Druck zum “Scheinesammeln” (Zitat) aus ökonomischen Gründen ist zu groß, wurde von den meisten der Befragten erklärt.

Auch die von den ÄrztInnen gewünschte vermehrte Vorsorgemedizin hätte in diesem System einen geringen Stellenwert, das Honorierungssystem ist auch darauf nicht ausgerichtet.

Weitere, konkrete Punkte des Honorierungssystem betreffend:

- Gesprächszeit mit PatientInnen kann nur über die Deklaration "Depression" insgesamt eine halbe Stunde einmalig verrechnet werden
- Honorierung von Behandlungen der PatientInnen in Alten- bzw. Pflegeheimen und bei Hausbesuchen steht in keiner Relation zu den Kosten im KH (aktuell durch Auslagerungsproblematik)
- Seit 15 Jahren gibt es keine Erhöhung der Honorare, sondern durch Streichung von Zusatzleistungen Einbußen

Die Einsparungsmethoden der GKK wurde in Frage gestellt, da sie zu Einschränkungen des Tätigkeitsbereiches der HausärztInnen und bürokratischen Hürden für PatientInnen und ÄrztInnen führen:

- Streichung von Sonderleistungen bringt Imageverlust und ist finanziell nicht nachvollziehbar
- Beispiel: für Infusionen und Ernährungsberatung müssen PatientInnen die GKK aufsuchen, obwohl betroffene HausärztInnen Ausbildung dafür haben und es billiger käme
- Beispiel Schuheinlagen, die nur mehr von Orthopäden verschrieben werden dürfen, obwohl dieser auch nur einen Fußabdruck macht und die PatientInnen nicht zu Gesicht bekommt
- Bestimmte Medikamente dürfen nur mehr von FachärztInnen verschrieben werden, was vor allem in ländlichen Gebieten unnötige Hürden für PatientInnen darstellt, da die Dichte der FachärztInnen nicht gegeben ist
- Die Reglementierung der Verschreibungsmöglichkeiten stößt auf Unverständnis bei PatientInnen, da sie vergleichsweise teurere medizinische Leistungen leichter in Anspruch nehmen können

Als weitere bürokratische Hürden wurden das System der Überweisungsscheine (z.B. benötigt ein Patient für Kontrollen im KH für jede Abteilung einen eigenen Schein) genannt.

Vom Großteil der befragten HausärztInnen wurden generell die chefärztlichen Bewilligungsverfahren als übertrieben und einseitig bezeichnet.

Trotz der vielfach geäußerten Kritik betonten alle interviewten ÄrztInnen, daß sie gerne ÄrztInnen sind, ihren Beruf mit Freude ausüben und versuchen, ihre Idealvorstellung von PatientInnenbetreuung nach bester Möglichkeit zu verwirklichen.

VISIONEN

Auf die abschließende Frage nach Visionen blieben die meisten der Interviewten "auf dem Boden der Realität", manche hatten auch visionäre Vorstellungen:

- KH soll es nur zur Akutversorgung der PatientInnen geben, ein enges Netz von Einrichtungen (HausärztInnen, Hauskrankenpflege, Pflegeheime usw.) soll die Versorgung außerhalb garantieren

- Einrichtung von Gruppenpraxen
- Einbindung der arbeitslosen ÄrztInnen in das System (z.B. Nachtdienste)
- Ausbau des Netzes an niedergelassenen ÄrztInnen, um PatientInnenanzahl pro Praxis zu verringern
- Steigerung des Kostenbewußtseins von KH-ÄrztInnen und PatientInnen durch Aufgliederung der Kosten
- Umverteilung der Kostenzuschüsse aus öffentlicher Hand (z.B. keine Zuschüsse für GeneraldirektorInnen)
- Medizin nach marktwirtschaftlichen Kriterien
- Ausreichend Zeit für sich selber (privat), für PatientInnen und für Fortbildung
- Optimale Kommunikation und Vertrauensverhältnis zu PatientInnen
- Keine Behandlung von Krankheit sondern Schwerpunkt Prophylaxe
- Umstellung Honorierungssystem: Bezahlung für Gesunde und nicht für Kranke
- Menschen sollen angstfrei und zufrieden sein, damit sie nicht von einer medizinischen Methode zur anderen laufen
- Verbesserung des sozialen Umfeldes, denn Gesundheit beginnt im Elternhaus, in der Schulpädagogik usw.
- Optimal ist Medizin mit allen Facetten, d.h. offen und ergänzt mit allen Methoden, die Erfolg bei Behandlungen bringen (keine Notwendigkeit von Anerkennung)
- Es soll keine Systeme geben, außer das des Individuums, d.h. der Mensch soll Verantwortung von der Gesellschaft zurückbekommen
- Medizin soll langsamer werden und eine sozialen, ethischen und psychischen Auftrag erfüllen

ZUSAMMENFASSUNG

Seit Einführung des neuen leistungsorientierten Abrechnungssystems in Krankenhäusern wurden seitens der PatientInnen in geringem, seitens der niedergelassenen ÄrztInnen in hohem Ausmaß Veränderungen festgestellt.

Die Vermutung, daß vor der stationären Aufnahme im Krankenhaus Vorbefunde vorhanden sein müssen, wurde nicht bestätigt. Zwar wurde anfänglich eine Auslagerung in einem Krankenhaus bemerkt, dies wurde jedoch wieder eingestellt. Sowohl PatientInnen als auch HausärztInnen sprachen eher von einem Unverständnis darüber, daß auswärtige Befunde im Krankenhaus kaum Akzeptanz finden und daher oft doppelt erfolgen.

Von den ÄrztInnen wurde angemerkt, daß die Auslagerung von Befunden aus dem stationären Bereich zum Vorteil der PatientInnen wäre, da die Krankenhausaufenthaltsdauer verkürzt würde.

Eine Diagnoseerweiterung im Krankenhaus wurde von den PatientInnen und den ÄrztInnen in Einzelfällen wahrgenommen, erfolgt aber nicht in großem Umfang. Seitens der ÄrztInnen wurde seit der Einführung des neuen Abrechnungssystems allgemein eine Vergrößerung der Gewichtung von diagnosezentrierten Untersuchungen festgestellt, die jedoch als zu technisch orientiert kritisiert werden. Um den Menschen (und seine Krankheit) als Ganzes zu erfassen, sollten nach Meinung der ÄrztInnen neben Apparaten auch ergänzende Diagnosemethoden zur Anwendung kommen.

Die von den PatientInnen geschätzten Durchuntersuchungen im Krankenhaus finden in einem viel geringeren Umfang als früher statt.

Die Qualität der rein medizinischen Versorgung im Krankenhaus wurde von den ÄrztInnen als sehr gut bezeichnet und hat sich im letzten Jahr nicht verschlechtert. Krankenhausintern gibt es unkoordinierte Abläufe zwischen den Abteilungen sowie Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern und Abteilungen, wurde von PatientInnen und ÄrztInnen berichtet.

Als einen Vorteil des neuen Abrechnungssystems sehen die ÄrztInnen die höhere Effizienz (exaktes und rasches Handeln) bei der Behandlung der PatientInnen und den Wegfall von unnötigen Liegezeiten, den Nachteil im Mangel an Zuwendung und Zeit, der durch das neue Pauschalierungssystem forciert wird.

PatientInnen konnten keine Veränderungen feststellen, sie bemängelten jedoch den großen Zeitdruck des gesamten Krankenhauspersonales, der sich negativ in der medizinischen, pflegerischen und menschlichen Betreuung auswirkt, sowie die fehlende Aufklärung.

Vor allem schwer kranke und jüngere PatientInnen äußerten vielfach das Bedürfnis nach komplementären Behandlungsmethoden, die aber von den Krankenhäusern nur vereinzelt angeboten werden.

Der Mangel an Aufklärung, Zuwendung und Behandlungsalternativen muß nach eigenen Angaben von den HausärztInnen ausgeglichen werden.

Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ist die von ÄrztInnen am meisten beobachtete Veränderung, die das neue Abrechnungssystem mit sich bringt. Die Konsequenzen daraus wurden jedoch unterschiedlich empfunden. Die Vorteile werden darin gesehen, daß PatientInnen keine unnötige Liegezeit haben, d.h. daß

die Effizienz der Behandlung steigt und dadurch die Versorgung mit Akutbetten verbessert wird. Als Nachteile werden medizinische und pflegerische Bedenken durch vorzeitige Entlassung angeführt. Vermehrt geraten PatientInnen in die Situation, daß sie nicht austherapiert sind, keine optimale Medikamenteneinstellung erfolgt und die pflegerische Betreuung nach dem Krankenhausaufenthalt nicht gewährleistet ist, was wiederum von den HausärztInnen ausgeglichen werden muß. Die stationäre Aufnahme von PatientInnen aus sozialen Gründen wurde eingeschränkt.

Als notwendige Anpassung an die neuen Gegebenheiten müßte laut Meinung der ÄrztInnen das Netz an Pflegeeinrichtungen stark ausgebaut werden.

Die PatientInnen empfanden die individuelle Aufenthaltsdauer als medizinisch gerechtfertigt und gerade richtig, und sie begrüßten, daß vor allem operative Eingriffe im Krankenhaus nun ohne lange Wartezeit erfolgen.

Auch die Auslagerung von Nachbetreuung und Nachuntersuchung in den extramularen Bereich wurde von den HausärztInnen zeitlich mit der neuen Krankenhausfinanzierung in Verbindung gebracht.

Der Großteil der HausärztInnen sprachen von einer deutlichen Zunahme von Nachbetreuungen nach Krankenhausaufenthalten in ihrer Praxis, obwohl nur von einem bestimmten Krankenhaus die Auslagerung offensichtlich forciert wird.

Auch konnte ein starkes Stadt-Land-Gefälle bemerkt werden: in den Städten erfolgt die Nachbetreuung eher in den Krankenhäusern, in ländlichen Gebieten bei den HausärztInnen

Wie die PatientInnen bestätigten, erfolgt die Nachbetreuung in ihrem Interesse, wobei vermehrt den HausärztInnen der Vorzug gegeben wird. Die Gründe wurden mit der Massenabfertigung und dem ständigen Wechsel der Bezugspersonen in den Krankenhausambulanzen, sowie der besseren Atmosphäre und Erreichbarkeit der HausärztInnen genannt.

In Bezug auf das neue leistungsorientierte Abrechnungssystem wurden von den ÄrztInnen weiters die Vorteile von positiven Spargedanken und Entlastung der Krankenhäuser angeführt, an Nachteilen die Ungelöstheit der Probleme von chronisch Kranken sowie Profitdenken der Krankenhäuser.

Allgemein wurde von den ÄrztInnen die ganzheitsmedizinische Versorgungsweise der PatientInnen als ideal bezeichnet. Durch den ökonomische Druck und der Ausrichtung des bestehenden Gesundheitssystems kann dieser Auftrag nur schwer erfüllt werden. Die ÄrztInnen wünschen sich daher eine Aufwertung und bessere Honorierung von Zuwendungsmedizin im Gegensatz zur Gerätemedizin, eine Verbesserung der ÄrztInnenausbildung in diese Richtung, und den Schwerpunkt der Vorsorgemedizin.

Der GKK wurde mangelnder Realitätssinn bei der Streichung von Zusatzleistungen und der Reglementierung von Medikamenten vorgeworfen. Unter Beachtung der Bedürfnisse ihrer PatientInnen und um eine optimale Betreuung zu gewährleisten, wünschen die HausärztInnen eine Erweiterung des Leistungskataloges.

Als bürokratische Hürden sowohl auf PatientInnen- als auch ÄrztInnenseite wurden das Scheinewesen sowie die übertriebenen chefärztlichen Bewilligungsverfahren der Kassa genannt.