

Die 20 Prozent nicht vergessen

SPITZENMEDIZIN, AMBULANTISIERUNG UND EFFIZIENTE STRUKTUREN prägen die Diskussion über die Zukunft des Gesundheitswesens. Für Provinzial Rudolf Knopp OH und Mag. Peter Ausweger, **Gesamtleiter der Barmherzigen Brüder**, entscheidet sich die Qualität eines Versorgungssystems jedoch insbesondere dort, wo Menschen mit den vorgesehenen Strukturen nicht zurechtkommen. Im Gespräch mit PERISKOP sprechen sie über das Lernen über Ländergrenzen hinweg, Patientenautonomie, neue Versorgungsmodelle und die Frage, wie sich Effizienz und individuelle Bedürfnisse miteinander verbinden lassen. | von Katharina Irwitzer

Mit der neuen Ordensprovinz Europa Mitte sind Einrichtungen der Barmherzigen Brüder in unterschiedlichen Gesundheitssystemen enger zusammengedrückt. Gerade darin sieht Provinzial Rudolf Knopp eine Chance: Erfolgreiche Modelle müssen nicht unverändert übertragen werden, wohl aber können Erfahrungen geteilt und Lösungen adaptiert werden. Im Zentrum steht dabei die Frage, wie notwendige Strukturveränderungen gelingen, ohne jene Menschen aus dem Blick zu verlieren, die mit standardisierten Abläufen nicht zurechtkommen.

PERISKOP: Die neue Ordensprovinz Europa Mitte verbindet Einrichtungen in unter-

schiedlichen Gesundheitssystemen. Welche Chancen ergeben sich daraus?

KNOPP: Die Systeme sind sehr verschieden organisiert. Das gilt für Tschechien, die Slowakei und Ungarn, aber auch für Österreich und Deutschland. Trotz der geografischen Nähe bestehen erhebliche Unterschiede in den Strukturen und in der Steuerung. Entscheidend ist daher nicht, ein erfolgreiches Modell aus einem Land unverändert in ein anderes zu übertragen. Wir müssen analysieren, was an einem Standort gut funktioniert und welche Elemente sich unter anderen Rahmenbedingungen adaptieren lassen. Bei einem Treffen der Krankenhausverantwortlichen aus Österreich und Bayern hat jedes Haus ein besonders



bewährtes Projekt aus Pflege, Medizin oder Sozialarbeit vorgestellt. Genau darin liegt der Mehrwert: voneinander zu lernen und zu prüfen, was sich für den eigenen Standort weiterentwickeln lässt.

Welcher gemeinsame Anspruch verbindet die Einrichtungen trotz dieser Unterschiede?

KNOPP: Im Mittelpunkt steht der Mensch. Das klingt selbstverständlich, wird aber vor allem dann relevant, wenn Patientinnen und Patienten mit den vorhandenen Strukturen nicht zurechtkommen. Politische und finanzielle Rahmenbedingungen müssen berücksichtigt werden. Ebenso ist klar, dass Versorgung in vielen Bereichen stärker ambulant organisiert werden muss. Entscheidend ist jedoch, wer von diesen Veränderungen profitiert und wer Gefahr läuft, daran zu scheitern. Wir müssen uns stärker mit jenen Menschen beschäftigen, für die ein grundsätzlich sinnvoll organisiertes System nicht ausreichend funktioniert. Es geht darum, mit vertretbarem Aufwand Lösungen zu entwickeln, die unterschiedlichen Bedürfnissen Rechnung tragen.

In vielen Einrichtungen gibt es Angebote im Bereich der inklusiven Medizin. Sie machen sichtbar, dass manche Patientinnen und Patienten andere Zugänge brauchen.

Peter Ausweger

Wo zeigen sich die Grenzen standardisierter Versorgungsprozesse besonders deutlich?

KNOPP: Ein Beispiel sind Angebote für gehörlose Menschen. Wenn Mitarbeitende Gebärdensprache beherrschen, ist das mit zusätzlichem Aufwand verbunden, der Nutzen für die Patientinnen und Patienten aber sehr groß. Gerade bei sensiblen Diagnosen macht es einen erheblichen Unterschied, ob ein direktes Gespräch mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt möglich ist.

Ein anderes Beispiel ist die medizinische und pflegerische Versorgung nicht sesshafter Menschen. In München gibt es eine mobile Arztpraxis, die jene Orte anfährt, an denen sich obdachlose Menschen aufhalten. Für diese Patientengruppe kann bereits die Vorgabe, zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer Ambulanz zu erscheinen, eine erhebliche Hürde darstellen. In solchen Fällen muss Versorgung anders organisiert werden.

AUSWEGER: Solche Spezialangebote zeigen, dass ein Versorgungssystem nicht für alle Menschen

Peter Ausweger, Gesamtleiter der Barmherzigen Brüder, setzt auf den Austausch erfolgreicher Versorgungsmodelle und darauf, gute Lösungen an unterschiedliche Rahmenbedingungen anzupassen.



in gleicher Weise funktionieren kann. In vielen Häusern gibt es Angebote im Bereich der inklusiven Medizin. Sie machen sichtbar, dass manche Patientinnen und Patienten andere Zugänge brauchen.

Welche Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die Patientenautonomie?

KNOPP: Patientenautonomie ist ein wesentlicher Bestandteil guter Versorgung. Sie setzt jedoch voraus, dass Menschen ausreichend informiert sind. Nur wer seine Möglichkeiten und die Konsequenzen einer Entscheidung versteht, kann tatsächlich autonom entscheiden. Gerade bei komplexen Erkrankungen reicht es nicht aus, Behandlungsoptionen lediglich darzustellen. Patientinnen und Patienten müssen unterstützt werden, Informationen einzuordnen und auf ihre Lebenssituation zu beziehen. Eine Entscheidung kann dann anders ausfallen, als es Behandelnde für sich selbst entscheiden würden. Auch das gehört zur Autonomie.

Die stärkere Ambulantisierung gilt als wesentlicher Bestandteil künftiger Versorgungsstrukturen. Wo sehen Sie noch Lücken?

KNOPP: Für einen großen Teil der Patientinnen und Patienten funktioniert eine frühere Entlassung sehr gut. Es gibt jedoch Menschen, die medizinisch keine hoch spezialisierte stationäre Versorgung mehr benötigen, zu Hause aber noch nicht ausreichend zurechtkommen. Wir sollten deshalb stärker fragen, welche Art von Versorgung ein Mensch in welcher Phase seiner Erkrankung benötigt. Ein hoch spezialisiertes Krankenhausbett ist möglicherweise nur für wenige Tage notwendig. Danach braucht es gegebenenfalls eine weniger intensive, aber weiterhin medizinisch begleitete Versorgungsform. Gerade für alleinlebende ältere Menschen oder Patientinnen und Patienten ohne ausreichende Unterstützungsstrukturen besteht hier Entwicklungsbedarf.

Welche Rolle können Krankenhäuser in einer stärker ambulant ausgerichteten Versorgung übernehmen?

AUSWEGER: Krankenhäuser werden weiterhin eine zentrale Rolle als medizinische Wissens- und Kompetenzzentren haben. Dort sind Spezialisierung, Ausbildung und kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung gebündelt. Gleichzeitig müssen wir dieses Wissen stärker aus den Einrichtungen hinausbringen. Ein Beispiel sind fachärztliche Versorgungsmodelle in Regionen, in denen eine dauerhafte Besetzung schwierig ist. Fachärztinnen und Fachärzte können an ein größeres Zentrum angebunden bleiben und gleichzeitig regelmäßig dezentrale Versorgung übernehmen. Damit lässt sich hohe medizinische Kompetenz mit regionaler Versorgung verbinden.

Wo sehen Sie Potenzial, Versorgungsprozesse besser aufeinander abzustimmen?

AUSWEGER: Ein wesentliches Thema sind chronische Erkrankungen. Patientinnen und Patienten wechseln heute häufig zwischen Krankenhaus, niedergelassenem Bereich und unterschiedlichen Spezialangeboten. Das führt zu zahlreichen Schnittstellen und teilweise zu mehrfacher Diagnostik. Wir sollten stärker versuchen, Behandlungen innerhalb geeigneter Strukturen möglichst umfassend zu organisieren und Fälle tatsächlich zu Ende zu führen. Das ist für die Betroffenen einfacher und ermöglicht gleichzeitig einen effizienteren Ressourceneinsatz. Gerade bei chronischen Erkrankungen braucht es eine klare Führung durch das System.

Provinzial Rudolf Knopp OH stellt den Menschen in den Mittelpunkt – besonders jene Patientinnen und Patienten, für die standardisierte Versorgungsprozesse nicht ausreichen.



Patientinnen und Patienten müssen unterstützt werden, Informationen einzuordnen und auf ihre Lebenssituation zu beziehen.

Rudolf Knopp

Welchen Stellenwert hat Prävention in einem solchen Versorgungskonzept?

AUSWEGER: Österreich verfügt über eine sehr leistungsfähige Spitzen- und Akutmedizin. Bei chronischen Erkrankungen und bei der Prävention besteht jedoch weiterhin Entwicklungspotenzial. Besonders wichtig ist Prävention bei Kindern. In der Entwicklung gibt es Zeitfenster, in denen eine frühe Diagnose und Intervention entscheidende Auswirkungen auf den weiteren Lebensweg haben kann. Ein Beispiel ist die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Hörstörungen. Der Nutzen reicht weit über die einzelne Maßnahme hinaus: Eine erfolgreiche frühe Intervention verbessert nicht nur die Chancen des Kindes, sondern entlastet häufig das gesamte familiäre Umfeld.

Gleichzeitig steigt der ökonomische Druck. Wie lassen sich Qualität und Effizienz miteinander verbinden?

AUSWEGER: Nicht jede Verbesserung setzt zusätzliche finanzielle oder personelle Ressourcen voraus. Häufig liegt Potenzial in der Organisation bestehender Prozesse. Wir beschäftigen uns seit mehreren Jahren intensiv mit Lean-Ansätzen. Ein Beispiel sind die Wechselzeiten im Operationsbereich. Wenn unterschiedliche Berufsgruppen stärker zusammenarbeiten, lassen sich Prozesse erheblich verkürzen und mit den vorhandenen Ressourcen zusätzliche Kapazitäten schaffen. **KNOPP:** Gleichzeitig dürfen Effizienzsteigerungen nicht dazu führen, dass jene Patientinnen und Patienten aus dem Blick geraten, für die ein standardisierter Prozess nicht geeignet ist. Wenn ein Modell für 80 Prozent der Menschen gut funktioniert, sollte es eingesetzt werden. Die verbleibenden 20 Prozent dürfen aber nicht vergessen werden. Für sie braucht es möglicherweise zusätzliche oder andere Strukturen.

Viele erfolgreiche Versorgungsmodelle existieren bereits regional. Warum gelingt ihre Übertragung häufig nur eingeschränkt?

AUSWEGER: Das österreichische Gesundheitswesen ist stark durch die Bundesländer geprägt.

Wenn ein Projekt in einem Bundesland erfolgreich ist, bedeutet das nicht automatisch, dass es auch anderswo übernommen wird. Deshalb ist es wichtig, erfolgreiche Modelle sichtbar zu machen, Ergebnisse zu evaluieren und den Austausch zwischen den Verantwortlichen zu fördern. Veränderungen erfolgen selten in einem einzigen großen Schritt. Häufig sind es einzelne Module und kleinere Verbesserungen, die langfristig zu struktureller Weiterentwicklung führen.

Welche Bedeutung hat dabei der Austausch innerhalb der neuen Ordensprovinz?

KNOPP: Genau hier schließt sich der Kreis. Es geht nicht darum, dass alle Einrichtungen dieselben Modelle übernehmen. Die Rahmenbedingungen sind dafür zu unterschiedlich. Wir wollen aber sichtbar machen, was an einzelnen Standorten besonders gut funktioniert. Daraus können direkte Kontakte entstehen, Einrichtungen können erfolgreiche Projekte vor Ort ansehen und entscheiden, welche Elemente für den eigenen Standort relevant sind. Gute Praxis sollte nicht innerhalb einzelner Häuser bleiben, sondern Ausgangspunkt für gemeinsames Lernen werden.

Was zeichnet aus Ihrer Sicht ein zukunftsfähiges Versorgungssystem aus?

KNOPP: Wir brauchen starke medizinische Zentren für komplexe Leistungen, gleichzeitig aber auch eine differenzierte ambulante und regionale Versorgung. Entscheidend sind funktionierende Übergänge zwischen diesen Bereichen. Versorgung sollte sich daran orientieren, was ein Mensch in einer bestimmten Phase seiner Erkrankung benötigt. Nicht jede Leistung muss überall angeboten werden, aber jeder Mensch sollte möglichst rasch die für seine Situation geeignete Versorgung erreichen. Entscheidend ist nicht, wie schnell jemand irgendein Krankenhaus erreicht, sondern wie schnell er den richtigen Versorgungsort erreicht. **P**

Infobox

In der Ordensprovinz Europa Mitte mit über 80 Einrichtungen und Standorten in Bayern, Österreich, Tschechien, Ungarn und der Slowakei betreiben die Barmherzigen Brüder gemeinsam mit fast 25.000 Mitarbeitenden Krankenhäuser sowie zahlreiche weitere Sozial- und Gesundheitseinrichtungen.