

# Steirischer Gesundheitsplan 2035

## LEITBILD

## Inhalt

<b>1. Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2. Historischer Abriss über die Entwicklung des Versorgungssystems</b>	<b>4</b>
2.1. Historie	4
2.1.1. Medizingeschichte	4
2.1.2. Geschichte der Pflege und Gesundheitsberufe	4
2.1.3. Historische Entwicklung der Versorgungslandschaft in der Steiermark	5
2.1.3.1. Geschichte der extramuralen Versorgung	5
2.1.3.2. Krankenhausgeschichte	6
2.2. Aktuelle Rahmenbedingungen	7
<b>3. Status quo – Versorgungssystem heute</b>	<b>8</b>
3.1. Rolle der Sektoren	8
3.1.1. Stationärer Bereich	8
3.1.2. Ambulanter Bereich	8
3.1.3. Rolle der PatientInnen	9
3.1.4. Rolle der Gesundheitsberufe	9
3.2. Technologische Entwicklungen	10
<b>4. Aktuelle Herausforderungen für ein bedarfsorientiertes Gesundheits- und Pflegewesen</b>	<b>11</b>
4.1. Demografischer Wandel	11
4.1.1. Altersentwicklung in der Steiermark	11
4.1.2. Regionale Bevölkerungsentwicklung	11
4.1.3. Lebensformen (im Alter) verändern sich	12
4.2. Gesundheit/Krankheit der Bevölkerung im Wandel (Biopsychosozial)	12
<b>5. Grundsätze &amp; Ziele der Versorgung der steirischen Bevölkerung</b>	<b>14</b>
5.1. Niederschwelligkeit und Gleichwertigkeit des Zugangs = Verfügbarkeit der Einrichtungen	14
5.2. Gleichwertigkeit der Versorgung	14
5.3. Bedarfsgerechter Umgang mit Ressourcen = langfristige Sicherung des Systems	14
5.4. Sicherstellung der Qualität medizinisch-pflegerischer Leistungen	14
5.5. Vernetzung der Akteure und integrierte Versorgung	15
5.6. Selbstbestimmtheit und Teilhabe der PatientInnen und Patienten	15
5.7. Abgestimmte Notfallversorgung	15
<b>6. Die Umsetzung der Grundsätze &amp; Ziele im Gesundheitsplan 2035, Vorteile für die Bevölkerung</b>	<b>15</b>
6.1. Telefonischer Erstkontakt	15
6.2. Notfall-Versorgung	16
6.3. Primärversorgung (Erste Versorgungsstufe)	16
6.4. Ambulante fachärztliche Versorgung (Zweite Versorgungsstufe)	18
6.4.1. Krankenhaus	18
<b>7. Fallbeispiele</b>	<b>19</b>
7.1. Junger Mann, 25 Jahre, plötzlich auftretender diffuser Bauchschmerz, Sonntag vormittags, ländliche Gegend	19
7.2. Kleinkind, 3 Jahre: seit 2 Tagen 39,5 Grad Fieber, ansprechbar und nicht apathisch; Freitag 17:00, ländliche Gegend	21
7.3. Frau, 85 Jahre, alleinstehend, selbstversorgend: allgemeine Schwäche, Fieber, Husten, werktags, Graz	23

## 1. Einleitung

---

Wir leben in einer Zeit, in der sich alle Lebensbereiche, alle Sektoren rasch weiterentwickeln. Das bedeutet, dass sich auch die Anforderungen an Systeme wie auch das Gesundheitssystem ständig verändern. Dies erfordert eine dauernde Weiterentwicklung und damit Veränderung in den unterschiedlichsten Bereichen unseres Lebens. Fragen der Mobilität zum Beispiel sind heute ganz anders gelöst als noch vor wenigen Jahren, die Digitalisierung eröffnet neue Möglichkeiten in vielen Lebensbereichen, und die Forschungsabteilungen entwickeln immer neue und bessere Lösungen für uns Menschen.

Diese Veränderungen und Entwicklungen machen auch nicht vor dem Gesundheitsbereich halt. Die demografische Entwicklung, veränderte Krankheitsbilder, älter werdende Menschen, neue Rahmenbedingungen sind nur einige Beispiele für eine intensive Auseinandersetzung mit der Frage, wohin sich die Gesundheitsversorgung verändern soll. Auf solche Veränderungen nur zu reagieren, bedeutet hinterherzuhinken und nur suboptimale Lösungen in der Gesundheitsversorgung für die Menschen anbieten zu können. Ziel muss es sein, sich jetzt schon mit den Fragen, Aufgaben und Anforderungen der Zukunft auseinanderzusetzen und die Versorgung für die nächsten Generationen sicherzustellen.

Um diesen Herausforderungen aktiv und vorausschauend zu begegnen, wurde der „Steirische Gesundheitsplan 2035“ entwickelt und anhand eines Leitbildes skizziert. Diese Zielvorstellungen bis 2035 sind die Grundlage für einen Dialog, um ein gemeinsames Verständnis für das Gesundheitswesen und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auf allen Ebenen gleichwertig sicherzustellen. In diesem Leitbild wurde bewusst nicht auf die Fragen der Gesundheitsförderung eingegangen, trotz des Wissens, dass dies ein wesentlicher Aspekt für ein langes, gesundes Leben ist.

Erst wenn das gemeinsame Ziel feststeht und in einem Dialog das Verständnis für eine vorausschauende und menschenwürdige Gesundheitsversorgung beschrieben ist, kann der Weg zur Umsetzung dorthin dargestellt werden, der letztendlich auch von den ökonomischen Rahmenbedingungen abhängen wird.

## 2. Historischer Abriss über die Entwicklung des Versorgungssystems

### 2.1. Historie

Seit Hippokrates von Kos (460–370 v. Chr.) kann erstmals von einer „rationalen Medizin“ gesprochen werden. Es dauerte jedoch bis ins 18. Jahrhundert, bis es zur Entwicklung einer universitären Medizin kam, die systematisch Forschung betrieb und ihr Wissen darauf aufbaute.

#### 2.1.1. Medizingeschichte

Das 19. Jahrhundert als Epoche der Naturwissenschaften brachte enorme Fortschritte sowohl im Erkennen als auch in der Therapie vieler Krankheiten und in der Entwicklung chirurgischer Methoden. Dieser Geist weckte hunderte Einzelpersönlichkeiten, die seit nunmehr über 200 Jahren bahnbrechende Entdeckungen machten, die die Versorgung der Menschen erst wirksam werden ließen. Hochwirksame Medikamente gegen Infektionen (Impfstoffe und Antibiotika), die Entdeckung der Röntgenstrahlung oder das Know-how der Intensivmedizin, der es gelingt, zeitweise den Ausfall von Organen zu überbrücken, sind nur einige dieser Erfolge. Aber auch die Pathogenese, das Verstehen der grundlegenden Mechanismen bei der Entstehung von Krankheiten, ist so weit fortgeschritten, dass sie weitere Verbesserungen der Behandlungsmethoden verspricht.

Um den enormen Wissensfortschritt handhabbar zu machen, geht damit die Spezialisierung in der Medizin einher. Waren es anfangs nur einige wenige Fächer, in die die Medizin unterteilt wurde (Innere Medizin, Chirurgie sowie Geburtshilfe und Gynäkologie), so kannte die Ausbildungsordnung für ÄrztInnen im Jahr 1994 neben der Ausbildung zur Allgemeinmedizin insgesamt 44 Sonderfächer und 22 ergänzende Spezialisierungen. Aktuell gilt die ÄAO (ÄrztInnenausbildungsordnung) 2015 mit 31 Sonderfächern und 24 Spezialisierungen.

Aufgrund der regelmäßigen Verdoppelung des medizinischen Fachwissens in einem Zeitraum von fünf bis sieben Jahren ist die Entwicklung hin zu einer weiteren Spezialisierung geradezu vorgezeichnet, birgt jedoch die Gefahr, die Gesamtheit des Patienten/der Patientin mit unterschiedlichen Beschwerden aus den Augen zu verlieren und sich in Einzelaspekte der jeweils eigenen Fachdisziplin zu fragmentieren. Grundtenor zur Überwindung dieses Zustands ist der Ruf nach Interdisziplinarität und Zusammenarbeit in der PatientInnenversorgung – die Rückbesinnung auf die integrierte Versorgung und damit die PatientInnen in ihrer Ganzheitlichkeit mit ihrem Bedarf, aber auch mit ihren Bedürfnissen wieder mehr in den Mittelpunkt zu rücken.

#### 2.1.2. Geschichte der Pflege und Gesundheitsberufe

Die Krankenpflege entstand aus der Notwendigkeit heraus, kranke und schwache Mitglieder der Familie bzw. Gemeinschaft zu umsorgen. Die sogenannte nicht-berufliche Pflege hatte damals wie heute ihren Einsatzradius im näheren Verwandten- und Nachbarschaftskreis. Großteils aus religiösen Motiven wie der Nächstenliebe umfasste diese Pflege in Europa zunehmend Menschen, die außerhalb des persönlichen Einzugsbereichs Hilfe brauchten. Die Weiterentwicklung zu einem eigenständigen Berufsstand ist eine junge Erscheinung des 20. Jahrhunderts, die erst in den letzten Jahrzehnten zu einer Spezialisierung und schließlich zu einer Herausbildung akademischer Gesundheitsberufe führte, die bis dato noch nicht abgeschlossen ist und sich im Umbruch befindet. Mit der Entwicklung von Pflegetheorien und eines eigenen Forschungsgebiets und der Einführung des eigenständigen Studiums der Pflegewissenschaften sind auch in Österreich die Ausformungen sichtbar.

### 2.1.3. Historische Entwicklung der Versorgungslandschaft in der Steiermark

#### 2.1.3.1. Geschichte der extramuralen Versorgung

Die extramurale Versorgung bildet historisch betrachtet das Rückgrat der Krankenversorgung und ist untrennbar mit der Geschichte der solidarischen und risikounabhängigen Pflichtversicherung in Österreich verbunden. Diese kennt zwei einschneidende Daten: 1889, als erstmalig eine gesetzliche Regelung der Sozialversicherung in Kraft trat, und 1956 mit dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG). Die Krankenversicherung wird durch das ASVG wesentlich determiniert und stellt eine wichtige Säule für die Solidargemeinschaft unserer modernen Gesellschaft dar. Dies bildet die Grundlage für den Ausbau der extramuralen Versorgung und der modernen intramuralen Versorgung.

Davor gab es in Österreich nur die Fürsorge in Form der Selbsthilfe im Rahmen der Familienunterstützung, die Möglichkeit der Armenunterstützung aus öffentlichen Mitteln und teilweise die vertragliche Unterstützung des Arbeitgebers sowie die Versorgungseinrichtungen der Bergarbeiter (Bruderladen, Knappschaftskassen). All dies war aber nicht zu vergleichen mit dem heutigen Standard eines Anspruchs im Sinne der aktuellen Gegebenheiten.

Das europäische Vorbild zur Entwicklung einer staatlichen Sozialgesetzgebung war das Bismarck'sche Modell im Deutschen Reich. Die Motive der Gesetzeswerdung waren vor allem die sinkende Volksgesundheit, Respekt gegenüber der Arbeiterbewegung und die wirtschaftliche Bestrebung, Kleinbetrieben gegenüber Großbetrieben einen Vorteil zu verschaffen.<sup>1</sup> Um 1890 waren in der österreichischen Reichshälfte von insgesamt 9,8 Millionen Einwohnern etwa 1,5 Mio. Personen in etwa 3000 verschiedenen Kassen krankenversichert.<sup>2</sup> Heute ist so gut wie jeder in Österreich lebende Menschen krankenversichert.

Die extramurale Versorgung umfasst die Hausärzte und Hausärztinnen, die Fachärzte und Fachärztinnen und die Gesundheitsberufe. Die Gruppe der niedergelassenen ÄrztInnen gestaltete sich dynamisch weiter. Waren österreichweit 1960 noch 11.232 tätige ÄrztInnen (160 ÄrztInnen/ 100.000 EW) im Berufsstand, so sind es 2014 bereits 43.126 ÄrztInnen (502 ÄrztInnen/100.000 EW), die sich als ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, als FachärztInnen oder ÄrztInnen in Ausbildung um die medizinische Versorgung der Bevölkerung kümmern.<sup>3</sup> Damit weist Österreich weltweit einen der höchsten Ärztedichte-Werte auf.

In der Steiermark sind gegenwärtig von insgesamt 5913 ÄrztInnen allein im niedergelassenen Bereich über 2400 ÄrztInnen aktiv.<sup>4</sup> Allerdings zeigt die Altersverteilung an, dass etwa zwei Drittel der Berufsgruppe bereits über 50 Jahre alt sind. Ein weiteres Merkmal der Veränderung ist die Geschlechterverteilung: Bei den über 50-jährigen MedizinerInnen sind noch drei Mal mehr männliche Kollegen tätig, während bei den unter 50-jährigen ÄrztInnen die Verteilung annähernd 50:50 beträgt.<sup>5</sup>

1 Tom Schmid, 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, In: Weg und Ziel, Nr. 11, 1989, S. 441

2 Helmut Fiereeder, Soziale Krankenversicherung in Oberösterreich 1869-1994, Linz 1994, S. 66

3 [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal\\_im\\_gesundheitswesen/022350.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022350.html)

4 [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal\\_im\\_gesundheitswesen/022351.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022351.html)

5 [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal\\_im\\_gesundheitswesen/022353.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022353.html)

### 2.1.3.2. Krankenhausgeschichte

Die Geschichte des Krankenhauses ist keine eigenständige, das Hospital gilt als christliche Erfindung des 4. Jahrhunderts und diente als karitative Institution für Arme, Hilfsbedürftige und Sterbende. Erst ab Mitte des 18. Jahrhunderts mit der Differenzierung der Medizin und der Herausbildung unterschiedlicher Therapien lässt sich die Abgrenzung zwischen allgemeinen Krankenhäusern und der Armen- und Altenversorgung festmachen. In der Steiermark lassen sich um 1500 bereits 36 traditionelle Hospitäler ausmachen, was dazu führte, dass bereits im 16. und 17. Jahrhundert „jeder 500.ste Landesbewohner ein Spitaler war“<sup>6</sup>. Aufzeichnungen aus den folgenden Epochen zeigen, dass die Herausforderungen der stationären Versorgung im Hinblick auf sich ändernde Rahmenbedingungen und den Personalbedarf keine modernen Erscheinungen sind, sondern bereits im 19. Jahrhundert die Fundamente des Hospitalismus ins Wanken gerieten.<sup>7</sup>

An der wechselhaften Geschichte einzelner Spitalsstandorte in der Steiermark lässt sich der allgemeine mitteleuropäische Trend an vielen Beispielen ablesen. So wurde im Jahre 1788, zur Zeit der Entstehung der ersten großen öffentlichen Krankenhäuser in Europa, von Joseph II. das Allgemeine Krankenhaus in der Paulustorgasse mit 80 Betten gegründet (1912 erfolgte die Eröffnung am heutigen Gelände des LKH-Universitätsklinikums Graz). Beispielhaft ist auch die Geschichte des LKH Stolzalpe. Gegründet als Spezialeinrichtung für Kinder mit Knochen- und Gelenkstuberkulose, wurde es erst im Laufe der Zeit mit einem allgemeinen Versorgungsauftrag ausgestattet. Diskussionen um eine Schließung des Krankenhauses in Bad Aussee gab es bereits um 1960, und diese kehrten seit damals mehrmals wieder. Chroniken wie diese zeigen den immerwährenden Veränderungsbedarf und die unterschiedlichen Ausformungen, die oftmals mit der Geschwindigkeit des Voranschreitens der medizinischen Entwicklung und dem sich verändernden Bedarf der Bevölkerung an medizinischer und pflegerischer Versorgung kaum mithalten konnten.

Dabei ist nicht zu übersehen, dass die Erreichbarkeit der Einrichtungen und der Bedarf an unterschiedlichen Behandlungen ebenfalls starken Veränderungen unterworfen sind. Am Beispiel des UKH Kalwang, das ursprünglich von einem Gutsbesitzer für seine Angestellten erbaut, dann aber als Haus von der Landwirtschaftskasse übernommen wurde, um Unfälle zu behandeln und in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts traurige Berühmtheit durch die Versorgung der Unfallopfer auf der sogenannten Gastarbeiterroute (B 113) erlangte und heute von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) betrieben wird, zeigt sich, wie situationsbedingt auf neue Bedürfnisse und Aufgaben eingegangen wurde.

Krankenhäuser als Eckpfeiler der stationären Versorgung sind wie keine andere Gesundheitseinrichtung abhängig von der sie umgebenden Infrastruktur. Sind es heute mächtige und moderne Apparaturen, die die Praxis des medizinischen Fachwissens erst ermöglichen, waren es noch vor wenigen Jahrzehnten fehlende Wegeinfrastrukturen, die das Betreiben vieler regionaler Standorte notwendig machten.

<sup>6</sup> Carlos Watzka, Vom Hospital zum Krankenhaus, Böhlau Verlag 2005, S. 184

<sup>7</sup> Dieter Jetter, Grundzüge der Krankenhausgeschichte (1800–1900), Darmstadt 1977, S. 5

## 2.1. Aktuelle Rahmenbedingungen

Die europäischen Gesundheitssysteme stehen allesamt vor denselben Herausforderungen: der Frage eines sozial ausgewogenen Gesundheitssystems, der Verfügbarkeit der Personalressourcen in vielen spezialisierten Bereichen und der Frage nach dem Schritthalten einer bestmöglichen Versorgung mit einem sich ständig ändernden Bedarf, der sich zum Beispiel in einer immer älter werdenden Gesellschaft zeigt.

Einigkeit besteht darin, dass nur ein integriertes (sektorenübergreifendes), den Patienten/die Patientin kontinuierlich begleitendes und ihm/ihr Orientierung gebendes System zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität führen kann. Dabei gilt es, verschiedene Lösungsansätze zu betrachten, zu vergleichen und in Bezug auf ihre regionale Tauglichkeit hin zu überprüfen. Meist geht es jedoch nicht um zusätzliche Strukturen, sondern um eine Anpassung des Bestehenden. Zusätzliche Einrichtungen erhöhen die Unübersichtlichkeit, statt zu einem konzertierten, ineinandergreifenden System zusammenzuwachsen.

Betrachtet man dabei Österreich im Vergleich zu den anderen europäischen Ländern,<sup>8</sup> lässt sich seit Jahren folgender Befund festmachen:

Österreich hat ein sozial ausgewogenes System mit freiem Zugang zur medizinischen Versorgung und leichter Verfügbarkeit von Arzneimitteln. Dieses ist im internationalen Vergleich bettenlastig und ärztezentriert.

Die daraus abgeleiteten Möglichkeiten wurden in Ansätzen bereits umgesetzt und zeigen eine Senkung der Verweildauer durch vermehrte ambulante bzw. tagesklinische Eingriffe, die mit einem geringen Bettenabbau seit 2007 verbunden wird. Gleichzeitig sind in den letzten Jahren die Zuwachsraten bei Beschäftigten im Gesundheitsbereich teilweise zweistellig gewachsen: ÄrztInnen +21,3 %, Pflege und MTD (Medizinisch-technische Dienste) +17,8 % und Sanitäter/PflegehelferInnen +4,2 %.

Die anhaltenden Fragen einer bedarfsadäquaten Versorgung auf bestmöglichem Niveau in Anbetracht der demografischen Entwicklung aber auch die Notwendigkeiten der Sicherung von Personalressourcen im Lichte neuer Arbeitszeitgesetze (KA-AZG) erfordern eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Systems. Wesentliche Ansatzpunkte einer Weiterentwicklung sind die Überwindung der sektoralen Zersplitterung und ausgehend von der bestehenden Versorgungslandschaft diese so umzugestalten, dass der Bedarf der Bevölkerung adäquater abgedeckt werden kann, als dies heute der Fall ist. Das bedeutet eine stärkere Ausrichtung sowohl der inhaltlichen als auch der organisatorischen Aspekte der Versorgung auf beispielsweise chronisch kranke Menschen oder auf multimorbide ältere Menschen hin.

<sup>8</sup> Gesundheit Österreich GmbH, Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Wien 2015, 4. Auflage

## 3. Status Quo – Versorgungssystem heute

### 3.1. Rolle der Sektoren

Wie im vorigen Kapitel skizziert, weist das heutige Gesundheitssystem in Österreich Merkmale einer jahrhundertelangen Tradition auf, deren Grenzen insbesondere durch die rasante Entwicklung und den Fortschritt in der Medizin einerseits und die demografische Entwicklung andererseits aufgezeigt werden. Die einzelnen Sektoren sind dabei lange Zeit eher unabhängig voneinander entwickelt worden und leiden bis dato an mangelnder Abstimmung und Integration. Der hohe Abstimmungsbedarf zwischen, aber auch innerhalb der Sektoren erfordert ein hohes Ausmaß an Zeit für Kommunikation. Auf der anderen Seite geht diese Zeit bei der unmittelbaren Betreuung der PatientInnen verloren.

#### 3.1.1. Stationärer Bereich

Der bettenführende stationäre Bereich bindet in Österreich und der Steiermark den größten Teil an Ressourcen im gesamten Versorgungssystem. In seiner Wertigkeit im Gesamtsystem wird die akut-stationäre Versorgung heute als die dritte und damit höchste Versorgungsebene wahrgenommen, wobei zumeist die Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Versorgungsaufträgen einzelner Häuser aufgrund des regionalen bzw. sich verändernden Bedarfs der Bevölkerung wenig Beachtung findet. Kleine bzw. periphere Häuser in ihrer heutigen Struktur leiden an zu wenigen Patienten mit zu wenig anspruchsvollem medizinischen Bedarf, was zu einem Verlust an Routine und neben Ineffizienz auch zu Risiken für die PatientInnen führt. Die Folge ist eine fachliche Unterbesetzung, die kaum mehr zu kompensieren ist. Vielmehr zwingt die Spezialisierung der Medizin dazu, Zentren für die fachärztliche Betreuung zu entwickeln, die einerseits die Qualität der Versorgung und andererseits die Qualität der Ausbildung sicherstellen. Mit der Novelle zum Krankenanstaltenarbeitszeitgesetz (KA-AZG) 2015, die die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von ÄrztInnen mit 48 Stunden begrenzt, verschärft sich die Personalsituation ein weiteres Mal.

Zur Bewältigung dieser Problematiken ist die positive Entwicklung in der Behandlung vieler Bereiche zu benennen. Die Möglichkeiten durch neue Behandlungsmethoden, minimal-invasive Chirurgie, tagesklinische oder ambulante Therapien auf die stationäre Einweisung zu verzichten, sind stark gewachsen und ermöglichen den PatientInnen einen Heilungsprozess in ihrem gewohnten Umfeld. Für eine qualitativ hochwertige Versorgung hat das Krankenhausbett nicht mehr den Stellenwert früherer Jahre.

#### 3.1.2. Ambulanter Bereich

Unter denselben generellen Rahmenbedingungen einer älter werdenden Gesellschaft stellt die flächendeckende Versorgung mit ambulant tätigen Haus- und FachärztInnen eine ebenso große Herausforderung dar. Zudem gilt es, die Versorgungswirksamkeit mit inhaltlich relevanten Leistungen sicherzustellen. Der Generationenwandel auch unter den Leistungserbringern lässt einen Strukturwandel voraussehen.

Die steigende Nachfrage an medizinischer Versorgung, die steigende Erwartung an die Leistungen der medizinischen Versorgung und die ungleiche regionale Verteilung sind dabei die größten Aufgaben. Befragungen dazu zeigen folgende Ressentiments gegenüber dem Führen einer eigenen Praxis: Arbeitszeiten, unsicheres Einkommen, fehlende Entwicklungsperspektiven und „Einzelkämpfertum“ werden am häufigsten ins Treffen geführt. Besonders junge KollegInnen empfinden die Rahmenbedingungen, unter den Hausärzte/-innen arbeiten, als nicht attraktiv und führen die fehlende Anerkennung der KollegInnen sowie der Politik an.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> „Warum soll ich AllgemeinmedizinerIn werden?“, Symposiumsbeitrag Dr. Stephanie Poggenburg, <http://allgemeinmedizin.medunigraz.at/symposium/downloads-und-links/>



Ergänzt wird diese Entwicklung durch einen Bevölkerungsrückgang in den Regionen bzw. durch mangelnde oder unattraktive Infrastruktur. Schon jetzt ist eine Bewegung von Kassenarztstellen zu WahlärztInnen spürbar. Diese Argumente gilt es zu beachten, wenn die Neuordnung im Sinne einer effektiven Primärversorgung gestaltet wird.

### 3.1.3. Rolle der PatientInnen

In der heutigen „Multioptionsgesellschaft“ wird es täglich schwieriger, in den verschiedenen Rollen als Arbeitende, KonsumentInnen, BürgerInnen oder PatientInnen gesundheitsrelevante Entscheidungen zu fällen, die nachhaltigen Einfluss auf unser Leben haben. Die Zunahme des Wissens betrifft nicht nur den medizinischen Fortschritt, viele andere Lebensbereiche zeigen ein ebenso hohes Tempo der Veränderung. Gesundheitsbildung ist dabei eine Schlüsselkompetenz, um Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und sie anwenden zu können und im Alltag Entscheidungen bei Prävention, Gesundheitsförderung oder Krankheitsbewältigung treffen zu können.

Eine Untersuchung in 8 EU-Mitgliedsstaaten<sup>10</sup> und Zusatzerhebungen in den Bundesländern machen deutlich, dass die Mehrheit der ÖsterreicherInnen eine mangelnde Gesundheitskompetenz aufweist und damit schlechter als der Durchschnitt der anderen Mitgliedsländer abschneidet. Dabei lassen sich eindeutige Korrelationen benennen, die mit dem sozialen Status und dem Bildungsgrad zusammenhängen. Die individuelle Gesundheitskompetenz hat aber vor allem auch damit zu tun, inwieweit ein Versorgungssystem derart gestaltet ist, dass sich BürgerInnen darin selbst zurechtfinden. Aus PatientInnensicht ist in der Ausgestaltung des Versorgungssystems großes Augenmerk darauf zu legen, dass der Zugang ins Versorgungssystem, die Zuständigkeiten im Versorgungssystem und das Wissen um die Qualität des Versorgungssystems möglichst transparent und eindeutig sind.

### 3.1.4. Rolle der Gesundheitsberufe

Die moderne Medizin, wie wir sie heute kennen, hat beeindruckende Erfolge vorzuweisen, und die Erwartung an neue erfolgversprechende Ergebnisse erscheint durchaus berechtigt. Die Fülle an neuen Informationen und Möglichkeiten bringt neue Aufgaben mit sich, deren Bewältigung vor allem von einer gelingenden Beziehung zwischen den Fachleuten und den PatientInnen abhängt. Dabei kommen in allen Berufsgruppen drei Dimensionen zum Tragen: Fachwissen, technologisches Know-how und Einfühlungsvermögen.

„Alleingänge“ sind sowohl fachlich als auch technisch und zeitlich nicht mehr möglich. Das Zusammenspiel der unterschiedlichsten Bereiche, deren gemeinsamer Nenner die bestmögliche Versorgung der ihnen anvertrauten PatientInnen ist, gerät zum Angelpunkt neuer Überlegungen. Teamfähigkeit und die verlässliche Kommunikation und Information entlang der Behandlungspfade sind die tragenden Pfeiler für die Überwindung von Schnittstellen. Dabei ist heute neben medizinischen und pflegerischen Kompetenzen die Kenntnis und der Umgang mit modernen Technologien als Grundvoraussetzungen für alle Berufsgruppen unerlässlich.

<sup>10</sup> Gesundheitskompetenz – Die HLS-EU-Studie und ihre Folgen für die Gesundheitspolitik in Österreich, Symposiumsbeitrag Univ.-Prof. Dr. Jürgen Pelikan, Bern, 2013  
[http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Symposium/Pelikan\\_2013\\_12\\_05\\_Bern\\_GK.pdf](http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Symposium/Pelikan_2013_12_05_Bern_GK.pdf)

### 3.2. Technologische Entwicklungen

Informations- und Kommunikationstechnologien haben Eingang in den Alltag gefunden. Die Rolle der Smartphones, Tablets, Apps und Social-Media-Kanäle kann nicht unberücksichtigt bleiben. Neben medizintechnologischen Entwicklungen, die den ExpertInnenkreis betreffen, sind weite Bereiche der Kommunikation bzw. Intervention mit und an PatientInnen ebenfalls über neue Technologien abzuwickeln. Die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) ist Realität, die E-Medikation und der E-Röntgenpass im Aufbau. Darüber hinaus gilt das World Wide Web für viele als wichtigste Informationsquelle,<sup>11</sup> um Erkundigungen rasch und unabhängig einzuholen. Internationale Beispiele zeigen, dass sowohl die Vertrauenswürdigkeit als auch die Qualität der Informationen dringenden Handlungsbedarf haben. Öffentlich betriebene Gesundheitsportale versuchen, die PatientInneninformation sachlich und verständlich zu verarbeiten und Orientierung zu geben. Daneben zählen webbasierte und telefonunterstützte Kontakte in vielen Ländern zum gefragten Rund-um-die-Uhr-Service. In Österreich wurden erste Pilotversuche gestartet, um chronisch Kranke regelmäßig und kontinuierlich zu begleiten oder Erstinformationen rasch und serviceorientiert zu vermitteln.<sup>12</sup>

11 Bevölkerungsstudie Gesundheit 2015 im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

12 "Gesundheitsdialog Diabetes Mellitus", VAEB in Zusammenarbeit mit AIT; „Gesundheitshotline-Pilotphase“, Hauptverband mit den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Vorarlberg

## 4. Aktuelle Herausforderungen für ein bedarfsorientiertes Gesundheits- und Pflegewesen

### 4.1. Demografischer Wandel

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in der Steiermark soll möglichst nah am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung orientiert sein. Der Bedarf der Bevölkerung ändert sich jedoch laufend. Ein wesentlicher Treiber dafür ist der demografische Wandel, der auf unterschiedlichen Ebenen stattfindet.

#### 4.1.1. Altersentwicklung in der Steiermark<sup>13</sup>

Sowohl die Anzahl der Personen als auch der Bevölkerungsanteil der Personen ab 65 bzw. ab 85 Jahren ist im Steigen begriffen. Im Jahr 2002 waren knapp 197.000 Personen in der Steiermark über 65 Jahre alt, 2015 liegt diese Zahl bereits bei 240.000 Personen und die Prognose für 2035 sagt 351.000 Personen voraus. Das entspricht einem Anstieg um 78 %, wobei der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2035 knapp 28 % betragen wird.

Die Zunahme der hochaltrigen Bevölkerung (85+) in der Steiermark ist noch deutlicher ausgeprägt. Von knapp über 20.000 Personen im Jahr 2002 stieg diese Personenanzahl auf knapp 35.000 Personen heute und wird im Jahr 2035 55.500 Personen betragen. Auch hier ist die Bevölkerungszunahme dieser Altersklasse mit einer Steigerung des Anteils an der Gesamtbevölkerung verbunden. Im Jahr 2002 betrug dieser 1,7 %, und er wird sich bis 2035 fast verdreifachen.

Bevölkerung	2002		2015		2035	
	absolut	% der Gesamtbevölkerung	absolut	% der Gesamtbevölkerung	absolut	% der Gesamtbevölkerung
65+	196.846	16,6	240.366	19,7	351.073	27,9
85+	20.461	1,7	34.639	2,8	55.565	4,4
<b>gesamt</b>	<b>1.188.117</b>		<b>1.221.570</b>		<b>1.257.275</b>	

**Tabelle 1:** Entwicklung ausgewählter Bevölkerungsgruppen in der Steiermark

Damit muss sich die Versorgung medizinisch, pflegerisch und organisatorisch stärker an den Bedürfnissen älterer Menschen ausrichten.

#### 4.1.2. Regionale Bevölkerungsentwicklung

Der Anteil der BewohnerInnen im Großraum Graz an der steirischen Bevölkerung ist seit 2002 stetig gestiegen; er lag 2015 bei 34,5 % und wird bis zum Jahr 2035 knapp 40 % betragen. Im Norden der Steiermark ist nach starken Rückgängen in der Vergangenheit nunmehr nur noch mit sehr geringen Rückgängen zu rechnen. In den Bezirken Leoben und Liezen beträgt der prognostizierte weitere Bevölkerungsrückgang bis 2035 1,2 bzw. 1,1 %, in Bruck-Mürzzuschlag liegt er bei 1,8 %.

Die Zahl der Personen, deren Arbeitsort nicht mit dem Wohnort ident ist, hat sich seit 1971 stark verändert. Die Zahl der Erwerbstätigen, die nicht pendeln bzw. ihren Arbeitsort in der Wohnsitzgemeinde haben, hat sich um 32 % reduziert. Im gleichen Ausmaß ist die Zahl der Pendlerinnen und Pendler gestiegen. Der größte Anstieg ist bei denjenigen zu verzeichnen, welche in einen anderen

<sup>13</sup> Quelle: Landesstatistik Steiermark (LASTAT)

Bezirk zu ihrem Arbeitsort pendeln, der Anteil dieser Personen hat sich um fast 16 % erhöht. In einer anderen Gemeinde im selben Bezirk arbeiteten 2013 um 11,6 % mehr als 1971 und in ein anderes Bundesland wechseln insgesamt 8 % der Erwerbstätigen.<sup>14</sup>

Aus diesen regionalen Wanderungsbewegungen ergeben sich weitere Anpassungserfordernisse der Versorgungsstrukturen.

#### 4.1.3. Lebensformen (im Alter) verändern sich

Die Zahl der steirischen Haushalte betrug im Jahr 2013 knapp über 522.670 und ist zwischen 2001 und 2013 um 11 % gestiegen. Im gleichen Zeitraum hat sich der Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Haushalten von knapp über 30 % auf 35 % erhöht.<sup>15</sup>

Österreichweit waren 2015 knapp 35 % der in Einpersonenhaushalten lebenden Personen älter 65 Jahre. Dieser Anteil wird bis 2030 auf über 40 % steigen und im Jahr 2050 bei 47 % liegen. Die Zahl der Einpersonenhaushalte, in welchen Personen über 85 Jahren leben, beträgt dann knapp 12 %.<sup>16</sup>

Informelle Pflege wird österreichweit von 8,5 % der Frauen und 4,7 % der Männer erbracht,<sup>17</sup> wobei mehr als die Hälfte der betreuten Personen mit der Betreuungsperson im gleichen Haushalt lebt.<sup>18</sup>

In 18 % der Fälle ist die betreute Person Ehegattin oder -gatte bzw. Lebensgefährtin oder Lebensgefährte, in 45 % ist es die Mutter oder Schwiegermutter und in etwas über 11 % der Fälle der Vater oder Schwiegervater.<sup>19</sup>

Das Gesundheits- und das Pflegesystem müssen letztlich darauf reagieren, dass Menschen zuhause nicht mehr in der Häufigkeit informell nachversorgt werden können. Hieraus ergibt sich wiederum struktureller Anpassungsbedarf.

## 4.2. Gesundheit/Krankheit der Bevölkerung im Wandel (Biopsychosozial)

Mit zunehmendem Lebensalter steigt sowohl das individuelle Krankheitsrisiko als auch das Risiko für das gleichzeitige Auftreten mehrerer chronischer Krankheiten (Multimorbidität). In der Altersgruppe 65+ leiden über 50 % der Männer und 60 % der Frauen unter mindestens einer chronischen Erkrankung. In der Altersgruppe 75+ weisen zwischen 75 und 80 % der Personen zwei oder mehr Krankheiten auf. Mit der steigenden Zahl an Menschen, die sich in den genannten Altersgruppen befinden, steigt auch die Zahl der multimorbiden Menschen.<sup>20</sup> Vor diesem Hintergrund haben Gesundheitsförderung und Prävention ein hohes Potential, die Gesundheit der Menschen zu stärken und Krankheitsrisiken zu vermindern.

Schätzungen zeigen zudem, dass 35 bis 40 % der chronischen PatientInnen zusätzlich zu ihrer somatischen Erkrankung psychische Beeinträchtigungen aufweisen. Die Prävalenzraten betragen 31 % bei den Personen mit Erkrankungen des Stützapparates (Muskulatur, Skelett) und 20 % bei den PatientInnen mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.<sup>21</sup>

14 Quelle: Statistik Austria

15 Quelle: LASTAT

16 vgl. BMASK 2009, S. 59

17 vgl. BMASK 2009, S. 365

18 vgl. BMASK 2009, S. 375

19 vgl. BMASK 2009, S. 373

20 vgl. RKI 2012, S. 2

21 vgl. Begel et al. 2003, S. 86

Allgemein ist festzustellen, dass die Dimension der psychischen Gesundheit an Bedeutung zunimmt. Es kann zwar die Hypothese einer Zunahme psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung nicht gestützt werden, allerdings ist sowohl der Anteil von psychiatrisch bedingten Krankenstandstagen als auch die Behandlungsprävalenz und die Verschreibungshäufigkeit für psychopharmakologische Präparate, insbesondere für Antidepressiva, gestiegen.<sup>22</sup>

Nicht nur die Inzidenz chronischer Erkrankungen, sondern auch die Chronifizierung von Krankheiten, welche früher rasch fortgeschritten sind, ist im Steigen begriffen. So haben vor zehn Jahren Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs im Durchschnitt 22 Monate überlebt, heute sind es 58 Monate. PatientInnen mit B-Zell-Lymphomen überleben heute im Durchschnitt beinahe 3 Mal so lang (91 statt 37 Monate). Auch bei Nieren- und Dickdarmkrebs verdoppelte sich die durchschnittliche Überlebenszeit, und selbst beim aggressiven Lungenkarzinom konnte durch neue Therapien die Überlebensdauer um 50 % verlängert werden.<sup>23</sup>

Während diese Faktoren dem steigenden Bedarf angepasste Versorgungsformen erfordern, setzen andere Veränderungen Ressourcen frei. Früher wurde beispielsweise bei einer Scharlacherkrankung eine mehrwöchige Quarantäne notwendig, da PatientInnen bis zu drei Wochen kontagiös waren. Nun steht eine wirksame antibiotische Therapie zur Verfügung, unter welcher die Ansteckungsgefahr nach 24 Stunden vorüber ist.<sup>24</sup>

Neben einer kürzeren Behandlungsdauer bei bestimmten Infektionserkrankungen verringert sich bei anderen die Zahl der Erkrankungsfälle. Die Inzidenz der Tuberkulose sank in Österreich zwischen 1997 und 2008 um 42,5 %. Im Jahr 1997 traten 18,58 Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen auf, bis zum Jahr 2008 hat sich diese Inzidenz auf 10,68 pro 100.000 EinwohnerInnen reduziert.<sup>25</sup>

Nicht nur epidemiologische Veränderungen führen zu erforderlichen Anpassungen in der Versorgung, auch die technische Weiterentwicklung muss berücksichtigt werden. Unter anderem unterliegt der Fachbereich der Chirurgie vor allem durch die Einführung der videoendoskopischen oder minimalinvasiven Chirurgie (MIC) einer massiven Veränderung. Videoendoskopische Techniken werden inzwischen auf allen operativen Gebieten eingesetzt, technische Neuerungen und Operationstechniken beeinflussen sich wechselseitig und führen zu einer ständigen Erweiterung des Indikationsspektrums. Die Vorteile der MIC gegenüber konventionellen Eingriffen liegen in der rascheren Rekonvaleszenz und damit einer geringeren Aufenthaltsdauer der PatientInnen und reichen bis hin zu ambulant möglichen Eingriffen und zur besseren Kosmetik.<sup>26</sup>

22 vgl. Richter et al. 2008, S. 322

23 vgl. Springer-Medizin Onkologie 2012

24 vgl. RKI 2000, S. 344

25 vgl. AGES 2010, S. 6

26 vgl. Hüttl et al. 2013, S. 174

## 5. Grundsätze & Ziele der Versorgung der Steirischen Bevölkerung

Die nachstehend formulierten Grundsätze und Ziele dienen als Richtschnur dafür, wie das zukünftige System strukturell und organisatorisch ausgerichtet sein soll, um die gestellten Anforderungen erfüllen und den Bedarf der Bevölkerung abdecken zu können.

### 5.1. Niederschwelligkeit und Gleichwertigkeit des Zugangs = Verfügbarkeit der Einrichtungen

Das Gesundheitssystem ist für jeden Menschen unabhängig von Wohnort, Alter, Geschlecht oder sozialem Status zu jeder Zeit niederschwellig und gleich gut erreichbar. Beim ersten Kontakt orientiert es sich ausschließlich am individuellen Nutzungsbedürfnis der Hilfesuchenden. Damit ist es vernetzt mit dem sozialen Umfeld und ist bei Bedarf auch aufsuchend verfügbar. Je nach Bedarf und Dringlichkeit bietet es ein abgestuftes notärztliches Versorgungsangebot und koordiniert auch den weiteren Weg der Patientin bzw. des Patienten durch das Versorgungssystem.

### 5.2. Gleichwertigkeit der Versorgung

Jede Patientin und jeder Patient hat bei gleicher Erkrankung Anrecht auf eine qualitativ gleichwertige Versorgung mit potenziell erwartbar gleichwertigem Ergebnis. Der Begriff der Gleichwertigkeit bezieht sich auf das Ergebnis und nicht auf die gesetzten Einzelmaßnahmen in der Betreuung.

### 5.3. Bedarfsgerechter Umgang mit Ressourcen = langfristige Sicherung des Systems

Es stehen alle Mittel und Ressourcen bereit, um je nach Bedarf den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen. Der Mitteleinsatz erfolgt koordiniert, zielgerichtet, bedarfsadäquat und qualitätsgesichert zur Erreichung des gesamtgesellschaftlich größten Nutzens. Dafür sind die notwendigen Informationen wissenschaftlich aufzubereiten und bereitzustellen.

### 5.4. Sicherstellung der Qualität medizinisch-pflegerischer Leistungen

Die Qualität soll flächendeckend und in jeder Einrichtung nach bestverfügbarer Evidenz und dem Versorgungsauftrag entsprechend angeboten werden. Dies geschieht durch die koordinierte Vernetzung der Anbieter entlang der PatientInnenpfade und unter Bereitstellung folgender notwendiger Rahmenbedingungen:

- ◆ Adäquate Ausbildung des Personals,
- ◆ Ermöglichung eines Zugangs zu verwertbarem evidenzbasiertem Wissen,
- ◆ systematische und standardisierte Leistungsdokumentation,
- ◆ Sichtbar- und Vergleichbarmachung von Ergebnissen für bessere Entscheidungsbasis für die PatientInnen.

### 5.5. Vernetzung der AkteurInnen und integrierte Versorgung

Es bedarf einer sektorenübergreifenden und interdisziplinären Zusammenarbeit, die sich am Bedarf der Menschen orientiert. Unterschiedliche Qualifikationen und Leistungen werden gebündelt angeboten. Dazu sollten Informations- und Kommunikationstechnologien bestmöglich eingesetzt werden. Dies hilft Wege zu reduzieren und Entscheidungen zu beschleunigen.

### 5.6. Selbstbestimmtheit und Teilhabe der PatientInnen

PatientInnen werden durch Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in ihrer Rolle unterstützt. Informierte und kompetente PatientInnen nehmen eine aktivere und partizipativere Rolle im Versorgungsgeschehen ein und behalten damit die Verantwortung für ihr Gesundheitsverhalten.

## 5.7. Abgestimmte Notfallversorgung

Die Notfallversorgung wird um die ärztlichen Bereitschaftsdienste zu Nacht- und Wochenendzeiten erweitert, die somit zentral organisiert werden und flächendeckend in gleicher Verlässlichkeit und Qualität für alle Regionen verfügbar sind. Auch der Notarzt/die Notärztin und die Rettungsdienste sind Teil der abgestimmten Notfallversorgung. Über einen Zugang kann somit auf jede akute Notwendigkeit adäquat reagiert werden.

Zurzeit finden umfassende Projektarbeiten für die Etablierung einer abgestimmten Notfallversorgung statt.

## 6. Die Umsetzung der Grundsätze und Ziele im Gesundheitsplan 2035 – Vorteile für die Bevölkerung

Die Weiterentwicklung des Versorgungssystems im Gesundheitsplan 2035 orientiert sich am Versorgungsbedarf und den Nutzungsbedürfnissen der SteirerInnen. Die Struktur und Funktion des Versorgungssystems wird für die Bevölkerung weiterentwickelt und ausgebaut. Parallel zur Verbesserung des Versorgungssystems ist die Intensivierung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen und Strukturen ein wesentlicher Aspekt für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen.

Der Zugang zum Versorgungssystem wird zukünftig zu jeder Zeit und von jedem Ort aus in gleicher Qualität möglich sein. Eine zentrale telefonische Anlaufstelle/Hotline kann immer erreicht werden, egal ob es sich um einen Notfall oder eine weniger dringende Angelegenheit handelt. Von der Einleitung der Notfallversorgung bis hin zu Fragen der mobilen Pflege oder der psychosozialen Beratung können alle erforderlichen Schritte und Maßnahmen, die eine Patientin/ein Patient benötigt von den professionellen MitarbeiterInnen dieser Hotline eingeleitet werden.

Die Versorgung im Gesundheitsplan 2035 findet in zwei Versorgungsstufen statt: In der Primärversorgung - die wesentlich ausgebaut werden wird – und in der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist in Zukunft eine wesentliche Einheit der fachärztlichen ambulanten Versorgung mit zusätzlicher technischer Ausstattung und Bettenstationen.

### 6.1. Telefonischer Erstkontakt

Hat eine Person ein gesundheitliches Problem, das es abzuklären und zu behandeln gilt, so kann diese in Zukunft bei einer telefonischen Hotline anrufen. Die Hotline steht rund um die Uhr zur Verfügung. Die SteirerInnen wählen die Nummer heute im Notfall – woraufhin sofort die Notfallversorgung aktiviert wird. Die Telefonnummer kann im Gesundheitsplan 2035 aber auch unabhängig von einem Notfall angerufen werden, um allgemeine medizinische bzw. gesundheitliche bis hin zu psychosozialen Fragen abzuklären. Der Anruf hilft zukünftig also in allen gesundheitsrelevanten Situationen.

Anhand eines strukturierten Fragenkatalogs werden von geschultem Personal zuallererst die Gefährlichkeit/das gesundheitliche Risiko der jeweiligen Situation und die medizinische Dringlichkeit abgeschätzt. Besteht ein potenzieller Notfall, so wird die Notfallversorgung in bewährter Weise in Gang gesetzt. Die Patientin oder der Patient werden von einem Notfallteam aufgesucht, vor Ort stabilisiert und in die nächstgelegene fachlich geeignete Notfalleinrichtung transportiert.

Kann ein Notfall ausgeschlossen werden, reagieren die MitarbeiterInnen dem abschätzbaren Bedarf entsprechend, indem sie

- ✦ entweder telefonische Auskunft zu Gesundheitsfragen geben oder
- ✦ Ratschläge zu richtigem weiterem Verhalten bei Eigenversorgung anbieten oder

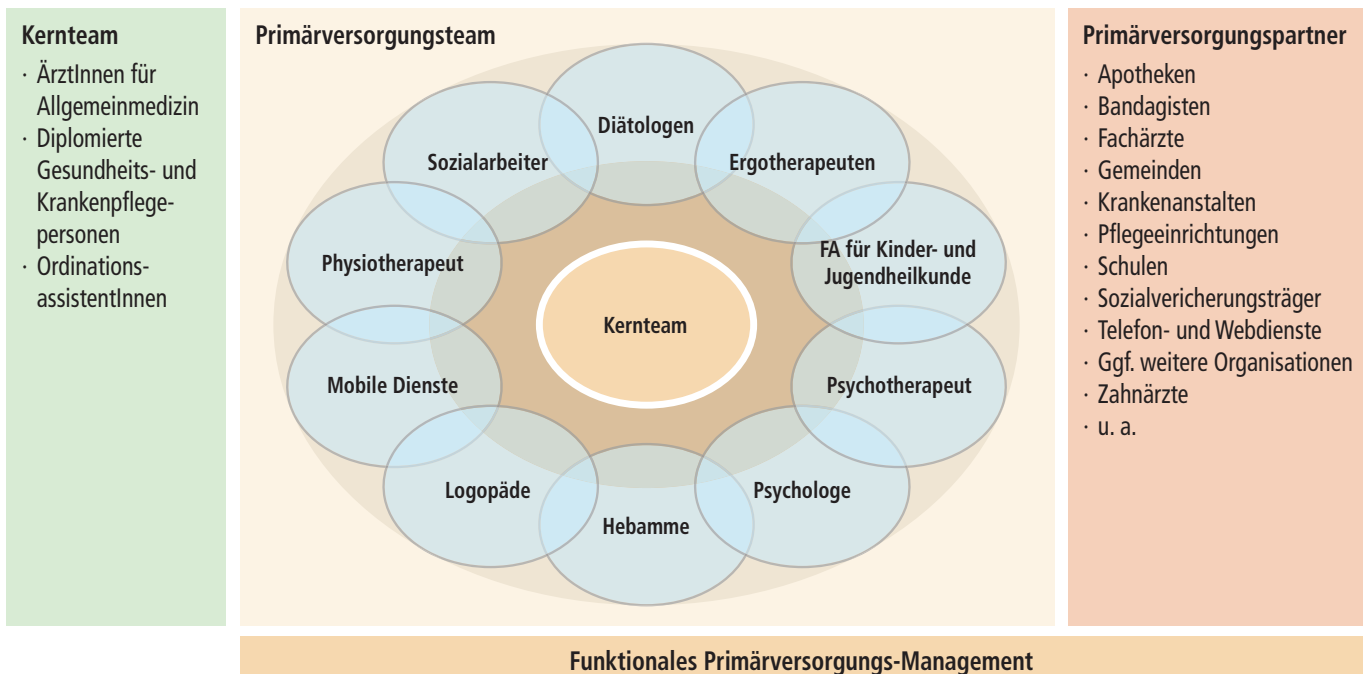
- ◆ weitere Schritte veranlassen, wie z. B.:
  - Organisation eines Termins in der nächstgelegenen Primärversorgungseinrichtung;
  - Organisation eines Krankentransports;
  - Aktivierung eines aufsuchenden Dienstes (ärztlicher oder pflegerischer Hausbesuch ...).

Die Hotline ersetzt keine ÄrztInnen, aber die BürgerInnen werden in gesundheitlichen Fragen professionell informiert und beraten und zur richtigen Ärztin bzw. zum richtigen Arzt bzw. zur geeigneten Einrichtung oder Ansprechperson im Versorgungssystem weitergeleitet. Mit dieser Lösung ist jedenfalls ein zeit- und ortsunabhängig gleichwertiger Zugang in das System für alle Steierinnen und Steirer gewährleistet, der zudem niederschwellig organisiert ist. Zusätzlich leitet die Hotline die weitere Versorgung ein, die wiederum für alle gleichwertig organisiert ist und angeboten wird. Das steirische System der telefonischen Hotline wird nach Beendigung des österreichweiten vereinbarten Pilotbetriebes sukzessive in ein gesamtösterreichisches System integriert werden.

## 6.2. Notfall-Versorgung

Die Notfallversorgung wird sofort in Gang gesetzt, wenn das Personal der Hotline aus der Schilderung der Anruferin oder des Anrufers einen Notfall nicht sicher ausschließen kann. Dann wird ein Rettungseinsatz mit Notarzt und dem bestgeeigneten Einsatzmittel aktiviert, die Patientin oder der Patient vor Ort stabilisiert und im Anschluss in das nächstgelegene fachlich am besten geeignete Krankenhaus mit Notfallambulanz transportiert. Zukünftig kann über die Hotline aber auch der zentral organisierte ärztliche Bereitschaftsdienst angefordert werden, der einem Hausarztbesuch auch in der Nacht und am Wochenende gleicht. Dem Grundsatz der Gleichwertigkeit der Versorgung folgend, wird dieser Dienst in Zukunft in allen Regionen bereitgestellt, in der Peripherie ebenso wie im städtischen Ballungsraum.

## 6.3. Primärversorgung (Erste Versorgungsstufe)



**Anmerkung:** Zusammensetzung des Primärversorgungsteams muss auf die regionalen Erfordernisse abgestimmt sein. Die Koordination und Kontinuität der Betreuung wird intern durch ein funktionales Primärversorgungsmanagement gesichert.

Quelle: BMG (Hrsg.), „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien, 2014



Eine Primärversorgung kann – so wie Hausärztinnen und Hausärzte heute auch – entweder direkt von einer Patientin oder einem Patienten aufgesucht werden, oder eine potentielle Patientin/ein potentieller Patient wird über die Erstabklärung durch die Hotline in die Primärversorgungseinrichtung überwiesen. Dort erfolgt in einem multiprofessionellen Team die Erstabklärung und in den meisten Fällen auch die Therapieplanung und -durchführung bis zur Genesung. In dieser wohnortnahen Struktur mit attraktiven Öffnungszeiten auch am Tagesrand und am Wochenende ist die langfristige Begleitung der Menschen der Region in allen wesentlichen Fragen rund um die Gesundheit bis hinein in soziale Angelegenheiten verankert. Auch langwierige Therapien können in diesem Team, das neben den AllgemeinmedizinerInnen auch PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen und diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal umfasst, angeboten und zu Ende geführt werden. In der überwiegenden Zahl der Fälle bedarf es keiner weiteren versorgenden Strukturen. Eventuell erfolgt noch ein Kontrolltermin oder eine telefonische Abstimmung bis zur Genesung. Auch ein Hausbesuch durch ein Mitglied des Teams dieser Primärversorgungseinrichtung ist eine Option, was durch die Zusammenarbeit von mehreren ÄrztInnen und anderen Berufsgruppen in den Primärversorgungseinrichtungen in Zukunft organisatorisch einfacher wird, als für einzeln agierende ÄrztInnen heute. Durch die Zusammenarbeit bzw. Arbeitsteilung bleibt gleichzeitig der Betrieb in der Primärversorgung aufrecht.

Die Primärversorgungseinrichtung deckt pädiatrische Versorgung ebenso ab wie die speziellen Bedürfnisse des Alters (beispielsweise Multimorbidität oder chronische Erkrankungen), und sie begleitet die Menschen der nahen Umgebung ein Leben lang in Gesundheitsbelangen, sie koordiniert die Versorgung durch andere Leistungserbringer und behält einen umfassenden Informationsstand zu ihren PatientInnen. Sie ist die Drehscheibe hin zu Apotheken, sozialen Diensten usf. Zudem wird sie sich mit den Angeboten der psychosozialen Versorgung eng abstimmen, die ebenfalls im interdisziplinären Team ausgebaut werden. Es wird flächendeckend ambulante und mobile Angebote für alle Altersgruppen geben, die eng vernetzt mit den Einrichtungen der (somatischen) Primärversorgung zusammenarbeiten werden. Sie helfen sowohl in akuten Fällen als auch bei chronischen Krankheitsbildern mit unterschiedlichen Angeboten und Therapien. Der Gesundheitsplan 2035 soll eine ausreichende Anzahl an Primärversorgungseinrichtungen in der Steiermark vorsehen. Anhand einzelner Pilotprojekte soll stufenweise die Tauglichkeit neuer Primärversorgungsmodelle erprobt werden. Der Teamansatz und die Wohnortnähe in der Primärversorgung sowie die fachliche Breite darin stellen sicher, dass eine gleichwertige Versorgung der Bevölkerung in all diesen Einrichtungen möglich sein wird. Zudem kann durch eine verbesserte Aufgabenverteilung die personelle Expertise zielgerichteter und damit effizienter eingesetzt werden.

Reicht die Primärversorgung jedoch nicht aus und ist eine spezielle fachärztliche Abklärung notwendig, so überweist die primärversorgende Einrichtung an die nächstgelegene einschlägige fachärztliche Einrichtung und organisiert den Termin.

## 6.4. Ambulante fachärztliche Versorgung (Zweite Versorgungsstufe)

Die ambulante fachärztliche Versorgung dient wie auch heute schon der Diagnostik und Therapieplanung und -einleitung bei fachlich speziellen und komplexen Krankheitsbildern. Es bleibt für jede Steirerin und jeden Steirer grundsätzlich die Möglichkeit bestehen, auch ohne Überweisung direkt zum Facharzt/zur Fachärztin zu gehen. Der Vorteil für die Bevölkerung: Mit einer Zuweisung durch die Primärversorgung wird die Terminfindung vereinfacht, und es werden Umwege vermieden. FachärztInnen verfügen über die in ihrem jeweiligen Fach notwendige Ausstattung und bieten das gesamte Leistungsspektrum ihres Faches in gleicher Qualität an. Die PatientInnen können davon ausgehen, dass sie die notwendige Leistung jedenfalls auch erhalten und nicht nochmals weitergeschickt werden. Damit verkürzen sich die Wege und die Fehlzuweisungen. Zudem hat die Fachärztin/der Facharzt von der Primärversorgung schon alle bereits vorhandenen relevanten Informationen erhalten und ergänzt diese nur noch mit ihren/seinen eigenen. Mehrfachuntersuchungen werden reduziert, der Behandlungsbeginn erfolgt rascher.

Daraus ergibt sich, dass es sinnvoll ist, mehrere sich ergänzende Fächer zusammenzuführen und mit der notwendigen Technik auszustatten. Zukünftig wird es drei Organisationsformen der ambulanten fachärztlichen Versorgung geben:

- ✦ Fachärztliche Einzelordination im heutigen Sinn;
- ✦ Facharztzentren mit einigen Funktionsbetten zur Überwachung (bis 24 Stunden) und guter technischer Ausstattung sowie medizinisch sinnvollen Fächerbündeln (Ambulatorien);
- ✦ Facharztzentren mit technischer Vollausrüstung und Betten für längere Pflege und Überwachung (Krankenhaus).

Facharztzentren mit Funktionsbetten stellen eine aus derzeitiger Sicht neue Versorgungsform dar, die sich aus heutigen Krankenhäusern herausentwickeln sollte. Legistisch müssen dafür die Rahmenbedingungen angepasst werden. Das Facharztangebot würde dabei wesentlich breiter werden und damit die Versorgung deutlich näher an die Bevölkerung heranrücken. Die Menschen bekommen damit in Wohnortnähe mehr ambulantes fachärztliches Angebot mit schnellerer Reaktionszeit des Systems, und unnötige Krankenhausaufenthalte könnten großteils vermieden werden, was die Versorgungsqualität hebt. Der Druck auf Krankenhäuser würde maßgeblich reduziert werden.

### 6.4.1. Krankenhaus

In den zukünftigen Krankenhäusern wird der Schwerpunkt der Versorgung in den Ambulanzen liegen. Die zukünftigen Krankenhäuser entsprechen Facharztzentren mit technischer Vollausrüstung und dahinter liegenden Bettenstationen. Zudem finden sich dort die Notfallambulanzen als eigene organisatorische Einheiten.

Die Standorte für diese Krankenhäuser werden so gelegt, dass die gesamte Bevölkerung bei einem Notfall zeitgerecht eines erreichen kann. Sie bieten deutlich mehr Fächer an, als es Krankenhäuser heute meist tun. Ist aber eine Betreuung notwendig, die hohe technische Ausstattung erfordert und die Zusammenarbeit mehrerer Fächer, oder wenn absehbar ist, dass die Patientin oder der Patient nach der Behandlung einen stationären Aufenthalt benötigt, dann erfolgt die medizinische Versorgung im Krankenhaus.

Auch im Krankenhaus findet die Behandlung zuerst ambulant statt. Die Expertise, das Personal sowie die gesamte Organisationsstruktur sind zukünftig auf ambulante Versorgung ausgerichtet. Erst die Notwendigkeit einer Pflege und der Beobachtung über Nacht führen zur stationären Aufnahme.

## 7. Fallbeispiele

---

### 7.1. Junger Mann, 25 Jahre, plötzlich auftretender diffuser Bauchschmerz, Sonntag vormittags, ländliche Gegend

Bei einem 25-jährigen Mann treten sonntagvormittags plötzlich diffuse Bauchschmerzen auf. Er ist in einer ländlichen Gegend zu Hause. Die Symptomatik diffuser Bauchschmerz ist insofern problematisch, als es ein völlig harmloses Verdauungsproblem sein kann oder aber auch eine gesundheitlich hoch riskante Situation, wie etwa eine Blinddarmentzündung oder ein Darmverschluss.

Nachdem der junge Mann seinen Bauchschmerz und die Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung selbst nicht einschätzen kann, ruft er die **Hotline** an. Da diese an 7 Tagen/24 Stunden erreichbar ist, hat er kein Problem am Sonntagvormittag eine kompetente Ansprechperson für sein Problem zu erreichen. Er schildert dem geschulten Personal seine Symptomatik. Das geschulte Personal wird nach qualitätsgesicherten Kriterien die Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung einschätzen. Kann ein Notfall nicht ausgeschlossen werden, wird die **abgestufte Notfallversorgung direkt über die Hotline in Gang gesetzt**. Je nach Dringlichkeit wird im Zuge der abgestuften Notfallversorgung entweder ein ärztlicher Hausbesuch veranlasst, oder der Patient wird mit der Rettung in die nächstliegende fachlich geeignete **Notfallambulanz** eines Krankenhauses gebracht. Dort erfolgen eine genaue diagnostische Abklärung und die Einleitung und Durchführung der notwendigen medizinischen Maßnahmen. Je nach Schwere der Erkrankung und Maßnahmen erfolgen eine stationäre Aufnahme zur Pflege und Überwachung oder aber der Abschluss der ambulanten Versorgung und die Rückführung in die Primärversorgung zur Nachbetreuung an einem Folgetermin. Alle relevanten Informationen zur weiteren Betreuung werden von der Krankenhausambulanz an die Primärversorgungseinrichtung übermittelt.

Handelt es sich in dem Fallbeispiel jedoch nicht wie oben beschrieben um einen Notfall, **kann das geschulte Personal der telefonischen Hotline also einen Notfall zu 100 % ausschließen**, so wird mit dem Patienten besprochen, ob er gewisse Maßnahmen selbst durchführen kann und er bei ausbleibender Besserung seine wohnortnahe **Primärversorgungseinrichtung** aufsuchen soll. Die Öffnungszeiten werden ihm mitgeteilt, eventuell wird über die telefonische Hotline auch schon ein Termin-Aviso bei der Primärversorgungseinrichtung gemacht.

Beispiel System jetzt	Beispiel System neu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der junge Mann denkt an die Möglichkeit einer akuten Blinddarmentzündung und ruft daher die Rettung oder fährt privat ins nächstgelegene Krankenhaus: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Transport ins nächstgelegene KH;</li> <li>– Erstuntersuchung und je nach Standort Weitertransport zu spezieller Abklärung an anderem Standort oder Abklärung vor Ort;</li> <li>– Rückführung und Kontrolltermin bei anhaltenden Beschwerden;</li> <li>– Alternativ: chirurgischer Eingriff.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Die 7 Tage/24 Stunden besetzte Telefonnummer zur Erstabklärung von medizinischen/pflegerischen Themen ist bekannt (Hotline).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisierte Dringlichkeitsbewertung durch das geschulte Personal anhand einer standardisierten Checkliste; je nach Dringlichkeit: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verweis auf weitere Beobachtung und allfällige neue Kontaktaufnahme;</li> <li>– Aufsuchen der Primärversorgungseinrichtung, dort erfolgt eine medizinische Abklärung, Veranlassung weiterer Schritte;</li> <li>– ärztlicher Hausbesuch im Rahmen der abgestuften Notfallversorgung, medizinische Abklärung, Veranlassung weiterer Schritte;</li> <li>– oder Transport in nächstgelegene Notfallambulanz wird veranlasst: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstuntersuchung und Therapie, eventuell stationäre Aufnahme;</li> <li>• Rückführung und Kontrolltermin bei anhaltenden bzw. wiederkehrenden Beschwerden.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Mann kontaktiert den ärztlichen Bereitschaftsdienst: <ul style="list-style-type: none"> <li>– medizinische Abklärung sowie Veranlassung weiterer Schritte in der Ordination durch Arzt/Ärztin oder</li> <li>– Arzt/Ärztin verweist telefonisch zum Ausschluss/Behandlung eines Notfalls auf die Rettung und Transport ins nächstgelegene Krankenhaus.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Probleme im bestehenden Versorgungssystem:</b></p> <p>Aufgrund der akuten Beschwerden wird der junge Mann aus Sorge eher sofort den Zugang zu einer Notfallversorgung wählen, noch bevor die Symptomatik abgeklärt wurde. Er wird also die nächstgelegene Ambulanz aufsuchen, muss aber ev. von dort in die fachlich geeignete Einrichtung weitertransportiert werden. Damit geht im Falle eines Notfalls wertvolle Zeit verloren.</p>	<p><b>Grundsätze und Lösungen im neuen Versorgungssystem:</b></p> <p>Die Einschätzung, ob es sich um einen Notfall handelt oder nicht, liegt nicht mehr beim Patienten alleine. Schon beim ersten Anruf im Versorgungssystem wird aufgrund der systematischen Einstufung sowohl ein potentieller Notfall als auch eine akute oder zeitlich unkritische Symptomatik adäquat versorgt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Niederschwelligkeit &amp; Gleichwertigkeit des Zugangs zum System über Telefonhotline.</li> <li>✓ Gleichwertigkeit der Versorgung über einheitliche und qualitätsgesicherte Checkliste; orts- und zeitunabhängig kommt man bei Bedarf immer in ein geeignetes Krankenhaus; allfällige Weiterleitung wird nicht notwendig.</li> <li>✓ Effizienter Umgang mit Ressourcen.</li> </ul>

## 7.2. Kleinkind, 3 Jahre: seit 2 Tagen 39,5 Grad Fieber, ansprechbar und nicht apathisch; Freitag 17 Uhr, ländliche Gegend

Ein dreijähriges Kind hat seit zwei Tagen über 39 Grad Fieber, es ist aber ansprechbar und nicht apathisch. Da das Wochenende bevorsteht – es ist Freitag 17 Uhr – machen sich die Eltern Gedanken darüber, was sie allenfalls am Wochenende, wenn sich die Situation verschlimmern sollte, tun werden. Die Familie wohnt in einer ländlichen Gegend.

Die Eltern kontaktieren die **telefonische Hotline** und schildern ihr Problem. Zunächst wird über das geschulte Personal abgeklärt, ob ein **medizinischer Notfall auszuschließen** ist. Ist das der Fall, wird mit den Eltern besprochen, auf welche Symptome sie etwa zu achten hätten, die auf eine weitere Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes des Kindes deuten würden, und wann jedenfalls die Hotline wieder telefonisch zu kontaktieren wäre, damit gegebenenfalls die abgestufte Notfallversorgung (ärztlicher Hausbesuch, KH-Ambulanz) über diese eingeleitet wird.

Da es sich aber im Moment des Erstkontaktes mit der telefonischen Hotline um **keinen Notfall** handelt, wird den Eltern die Öffnungszeit der wohnortnahen **Primärversorgung** mitgeteilt. Die Eltern können sowohl am Freitagabend als auch am Samstagvormittag mit ihrem Kind zur Abklärung in die Primärversorgungseinrichtung gehen. Pädiatrische Kompetenz ist zwingende Voraussetzung für jede Primärversorgungseinrichtung.

Beispiel System jetzt	Beispiel System neu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eltern suchen Hausärztin/Hausarzt auf, sofern diese/r freitag-nachmittags geöffnet hat:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– medizinische Abklärung vor Ort;</li> <li>– wenn erforderlich weitere Schritte in die Wege leiten.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Die 7 Tage/24 Stunden besetzte Telefonnummer zur Erstabklärung von medizinischen/pflegerischen Themen ist bekannt (Hotline).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anruf bei der Hotline.</li> <li>• Kann anhand einer Checkliste von den geschulten MitarbeiterInnen über die Telefonhotline ein potentieller Notfall ausgeschlossen werden, wird die weitere Vorgehensweise gemeinsam mit den Eltern besprochen, z. B.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– den Zustand des Kindes beobachten &amp; bei Verschlechterung/akuter Veränderung des Zustandes erneut die Hotline anrufen;</li> <li>– zur nächsten regulären Öffnungszeit der Primärversorgungseinrichtung (Samstag oder noch Freitagabend) wird das Kind dorthin gebracht, untersucht, Therapie eingeleitet; die Primärversorgungseinrichtung verfügt über eine pädiatrische Grundversorgung;</li> <li>– das Kind wird im Rahmen eines Hausbesuchs durch die abgestufte Notfallversorgung untersucht.</li> </ul> </li> <li>• Wird anhand der Checkliste ein potentieller Notfall festgestellt, wird               <ul style="list-style-type: none"> <li>– das Notarztsystem aktiviert,</li> <li>– die nächstgelegene Notfalls-Ambulanz aufgesucht,</li> <li>– dort erfolgen Diagnostik und medizinische Versorgung,</li> <li>– bei Bedarf erfolgt eine stationäre Aufnahme zur Überwachung und Pflege des Kindes.</li> </ul> </li> </ul>

Beispiel System jetzt	Beispiel System neu
<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Eltern versuchen herauszufinden, wer am Freitagabend/ übers Wochenende Bereitschaftsdienst hat. Sie haben folgende Möglichkeiten: <ul style="list-style-type: none"> <li>Anruf beim Hausarzt/der Hausärztin: Über den Anrufbeantworter erfahren sie, wer Bereitschaftsdienst hat;</li> <li>oder Recherche im Internet über die Ärztesuche,</li> <li>oder Info-Teil in regionalen Medien (Zeitungen) nachschauen,</li> <li>oder Info über Aushang im Gemeindeamt einholen</li> <li>etc.</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anruf bei Bereitschaftsdienst.</li> <li>Medizinische Abklärung erfolgt je nach Arzt/Ärztin unterschiedlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>telefonisch (Zustand des Kindes beobachten &amp; bei Verschlechterung des Zustandes erneut Bereitschaftsdienst anrufen)</li> <li>oder Vorstellung des Kindes beim Bereitschaftsdienst</li> <li>oder Hausbesuch über Bereitschaftsdienst</li> <li>oder der Bereitschaftsdienst empfiehlt das Aufsuchen einer KH-Ambulanz.</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anruf beim Kinderfacharzt/der Kinderfachärztin. Bei Anruf außerhalb der Ordinationszeiten (Freitag 17:00): Anrufbeantworter verweist auf <ul style="list-style-type: none"> <li>Bereitschaftsdienst und/oder</li> <li>Allgemeine KH-Ambulanz oder Ambulanz einer Kinderabteilung.</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Eltern suchen mit dem fiebernden Kind eine Krankenhaus-Ambulanz auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>medizinische Abklärung vor Ort;</li> <li>wenn erforderlich weitere Schritte in die Wege leiten.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorstellung des Kindes in der Primärversorgungseinrichtung, die Abendöffnungszeiten (Fr. 17:00) hat und pädiatrische Grundversorgung anbietet. <ul style="list-style-type: none"> <li>Medizinische Abklärung vor Ort;</li> <li>wenn erforderlich weitere Schritte in die Wege leiten.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Probleme im bestehenden Versorgungssystem:</b></p> <p>Großer (zeitlicher) Aufwand für Eltern, außerhalb der Kernzeiten einen Arzt/eine Ärztin zu finden. Welche Versorgung letztlich in Anspruch genommen wird, hängt davon ab, welche Versorgungsstruktur als Erstes (telefonisch) erreicht wurde, und ist außerdem örtlich unterschiedlich. Im Zweifelsfall und v. a. aus Sicherheitsgründen wird tendenziell eine zu hohe Versorgungsstufe wie z. B. internistische Spitalsambulanz ohne pädiatrische Fachkomponente in Anspruch genommen, vor allem, wenn man in der Nähe einer solchen wohnt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Großer zeitlicher und organisatorischer Aufwand für Eltern.</li> <li>Es sind unterschiedliche Zugänge zum System möglich, die Art der Versorgung hängt vom Erstkontakt ins System ab.</li> <li>Teilweise Überbeanspruchung des Versorgungssystems, da Krankenhaus-Ambulanzen tendenziell überbeansprucht werden.</li> </ul>	<p><b>Grundsätze und Lösungen im neuen Versorgungssystem:</b></p> <p>Der Zugang über eine in der Bevölkerung allgemein bekannte Telefonnummer ist niederschwellig sowie zeitlich und örtlich unabhängig. Das geschulte Personal arbeitet nach einheitlicher und qualitätsgesicherter Checkliste – mit dem Ziel, potentielle Notfälle zu erkennen/auszuschließen und adäquate nächste Schritte in der Versorgung festzulegen. Die Eltern werden dabei miteinbezogen und können sich aufgrund dieser strukturierten Vorgehensweise gleichzeitig mehr um ihr Kind kümmern. In der Primärversorgungseinheit ist auch die pädiatrische Grundversorgung sichergestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Niederschwelligkeit &amp; Gleichwertigkeit des Zugangs zum System über Telefonhotline.</li> <li>✓ Gleichwertigkeit der Versorgung über einheitliche und qualitätsgesicherte Checkliste.</li> <li>✓ Effizienter Umgang mit Ressourcen.</li> <li>✓ Selbstbestimmung und Teilhabe der PatientInnen: Eltern werden bei der Erstabklärung über die Hotline miteinbezogen.</li> </ul>

### 7.3. Frau, 85 Jahre, alleinstehend, selbstversorgend: allgemeine Schwäche, Fieber, Husten, werktags, Graz

Eine 85-jährige Frau leidet seit einigen Tagen an einer allgemeinen Schwäche, Fieber und Husten. Sie ist alleinstehend, versorgt sich selbst und wohnt in Graz.

Sie ist sich nicht sicher, ob das Fieber und die Schwäche ernsthaft sind, fühlt sich aber auch nicht kräftig genug, um selbstständig zur Abklärung in ihre wohnortnahe Primärversorgungseinrichtung zu gehen. Sie **kontaktiert die Primärversorgungseinrichtung telefonisch** und schildert ihre Symptome. Sie ist regelmäßig zu Untersuchungen und zur medikamentösen Einstellung in ihrer Primärversorgungseinrichtung. Das Team der Primärversorgungseinrichtung kennt ihre Krankenakte und wird aufgrund der telefonischen Schilderungen zunächst einschätzen, ob ein **Notfall** vorliegt. Liegt ein Notfall vor, wird über die Primärversorgungseinrichtung die **abgestufte Notfallversorgung** in die Wege geleitet.

Liegt **kein Notfall** vor, wird im Falle der betagten Dame noch für den späteren Nachmittag/frühen Abend desselben Tages ein **Hausbesuch** von einem Arzt/einer Ärztin und/oder einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester der Primärversorgungseinrichtung organisiert. Neben der medizinischen Versorgung wird auch der **pflegerische Bedarf, Unterstützung im Haushalt** etc. bei dem Hausbesuch **besprochen**. Ist eine pflegerische, hauswirtschaftliche oder anderwärtige Unterstützung erforderlich, kümmert sich das Team der Primärversorgungseinrichtung um die Organisation.

Beispiel System jetzt	Beispiel System neu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Frau ruft bei ihrer Hausärztin/ihrem Hausarzt an und fragt, ob er/sie vorbeikommen kann.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hausarzt/-ärztin klärt Dringlichkeit der Situation telefonisch ab.</li> <li>– Die Frau begibt sich mit dem Taxi in die Ordination ihres Hausarztes/ihrer Hausärztin zur Behandlung:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>· medizinische Abklärung,</li> <li>· Veranlassung weiterer Schritte.</li> </ul> </li> <li>– Hausarzt/Hausärztin veranlasst, dass die Frau mit der Rettung zur Abklärung ins KH kommt.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Die 7 Tage/24 Stunden besetzte Telefonnummer zur Erstabklärung von medizinischen/pflegerischen Themen ist bekannt (Hotline).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Frau ruft die Hotline an:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anhand einer Checkliste wird von den geschulten MitarbeiterInnen über die Telefonhotline ein potentieller Notfall ausgeschlossen und der Unterstützungsbedarf (medizinischer, pflegerischer, sonstiger Betreuungsbedarf) abgeklärt:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>· z. B. Hausbesuch im Rahmen der abgestuften Notfallversorgung, Untersuchung, Abklärung des weiteren Bedarfs (medizinisch, pflegerisch, sonstiger Betreuungsbedarf) wird über die Hotline veranlasst;</li> <li>· z. B. Transportdienst zur oder eigenständiges Aufsuchen der Primärversorgungseinrichtung zum nächstmöglichen Zeitpunkt wird veranlasst;</li> <li>· z. B. Zuweisung zu Notfalls-Ambulanz mittels Rettungsdienst wird veranlasst.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Frau ruft aufgrund ihres schlechten Allgemeinzustandes selbst die Rettung und wird zu Abklärung in die nächstgelegene KH-Ambulanz gebracht.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Frau ruft ihre nicht in der Stadt lebenden Verwandten an.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Koordination der Versorgung gestaltet sich für die Verwandten aus der Ferne mühsam.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Frau ruft ihre nicht in der Stadt lebenden Verwandten an;               <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Verwandten kontaktieren die telefonische Hotline;</li> <li>– der weitere Versorgungsbedarf wird über die geschulten MitarbeiterInnen und über ein qualitätsgesichertes, standardisiertes Vorgehen abgeklärt.</li> </ul> </li> </ul>

Beispiel System jetzt	Beispiel System neu
<p><b>Probleme im bestehenden Versorgungssystem:</b></p> <p>Die kranke Frau muss für sich überlegen, welche Versorgung sie in Anspruch nehmen kann/will. In einer gesundheitlich kritischen Phase ist sie damit wahrscheinlich überfordert. Welche Versorgung die Frau letztlich erhält, hängt davon ab, welche Versorgungsstruktur sie als erstes aufgesucht/in Anspruch genommen hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofern die Betreuung über den Hausarzt/die Hausärztin nicht „eingespielt“ ist, ist für die Patientin ein hoher Unsicherheitsfaktor gegeben.</li> <li>• Es sind unterschiedliche Zugänge zum System möglich, die Art der Versorgung hängt vom Zugang ins System ab.</li> <li>• Teilweise Überbeanspruchung des Versorgungssystems: Aufgrund der Unsicherheit, welche Betreuung adäquat/rasch verfügbar ist, wird tendenziell die Rettung gerufen und zur Abklärung ein stationärer Aufenthalt erforderlich.</li> <li>• Es kommt unter Umständen zu einem nicht unbedingt notwendigen stationären Aufenthalt der Frau mit potentiell negativen Auswirkungen für diese (z. B. Gefahr von nosokomialen Infekten, physischer Abbau, Verlust der Selbstständigkeit etc.).</li> </ul>	<p><b>Grundsätze und Lösungen im neuen Versorgungssystem:</b></p> <p>Für die akut erkrankte ältere Frau ist der Zugang zum System niederschwellig über die Telefonhotline geregelt. Das geschulte Personal klärt anhand einer Checkliste den Bedarf der Frau ab. Die Frau muss also zunächst das Haus nicht verlassen. Nach Abklärung wird sie gezielt die für sie erforderliche Versorgung aufsuchen/in Anspruch nehmen. Auch für Verwandte, die nicht vor Ort leben und die sich um die Versorgung der alten Frau kümmern, ist die Organisation der Versorgung über die telefonische Hotline eine große Erleichterung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Niederschwelligkeit &amp; Gleichwertigkeit des Zugangs zum System über Telefonhotline.</li> <li>✓ Gleichwertigkeit der Versorgung über einheitliche und qualitätsgesicherte Checkliste.</li> <li>✓ Effizienter Umgang mit Ressourcen.</li> <li>✓ Vernetzung der Akteure und integrierte Versorgung: Es besteht die Möglichkeit, während der Dauer der Erkrankung eine pflegerische Betreuung im Rahmen der Primärversorgung zu initiieren.</li> <li>✓ Selbstbestimmung und Teilhabe der PatientInnen: Die Frau kann zu Hause versorgt werden.</li> </ul>