



WOLFRAM REITERER

Zur Analyse der Bettensituation auf den Internen Abteilungen

In den letzten Jahren hat sich eine zuletzt fast untragbare Situation an den Internen Abteilungen entwickelt. Die Ursachen für Notbetten und eine verminderte Betreuungsqualität weisen vielfältige Wurzeln auf.

Ausgehend von der bekannten, aber für Langzeitplanungen offensichtlich unberücksichtigten **Altersstruktur** der (Wiener) Bevölkerung ergibt sich eine **hohe Morbiditätsrate bei betagten Patienten**. Aus einer mangelhaften **Versorgungskapazität prä- und poststationär** folgt eine verständliche Tendenz, die Patientenbetreuung einer stationären Versorgungseinheit, dem Spital, zu überlassen. Als begünstigende Faktoren können gelten viele alleinstehende Alterspatienten, die Wohnsituation mit weiträumiger Trennung von Angehörigen, mangelhafte Nachschau der Angehörigen und geringes Verantwortungsgefühl, die ablehnende Haltung der Alten gegenüber fremden Personen und Hilfsdiensten, keine ausreichenden Strukturen zur Hauspflege und Betreuung von Alten, kein ausreichendes Entgelt für die Altenpflege durch Angehörige, völlig ungenügende Honorierung der Arztvisiten.

Als wirksames Filter für die ungerechtfertigte Verlagerung der Betreuung in Spitälern fehlt in der Gruppe der medizinischen Aspekte die Nachschau durch den **Hausarzt**. Wiederholte Visiten werden durch eine überkommene Honorarvereinbarung verhindert und somit wird das „Abschieben“ in die öffentlichen Krankenanstalten begünstigt. Weiters fördert der **organisierte Nachtdienst** durch nicht den Patienten kennende Ärzte (seit 77/78) die stationäre Einweisung. Auch aus Altersheimen erfolgt zunehmend eine Einweisung teils ohne Nachschau durch den bestellten Heimarzt und teils offensichtlich wegen nicht ausrei-

chender Qualifizierung die „Verantwortung für die Betreuung auf der Bettenstation zu tragen“.

Als traurige Kuriosität einer Weltstadt verfügt der Ärztenotdienst nicht über ein EKG-Gerät — primär eine Frage der Honorierung durch die überholte Struktur der vielfältigen und nicht leistungsadäquaten Krankenversicherungen und weniger eine Frage der EKG-Kenntnisse. Die notwendige rasche Abklärung von Beschwerden wird verzögert durch den kostenintensiven Abtransport auf eine Interne Abteilung. Dann wird ein EKG geschrieben und beurteilt. Wenn der Patient schon da ist, wird er wahrscheinlich aufgenommen — man kann ja nicht wissen, was wird. Bestenfalls kann der Patient nach Hause gehen, oder: wieder Heimtransport, neuerliche Verständigung des notdürftig gerüsteten Notdienstarztes und ... Ein lehrhaftes Beispiel für die Ökonomie im kranken Gesundheitswesen, wo bis zu 15 und mehr Personen zur Erlangung eines EKGs beteiligt sind.

Bei der Erstversorgung der Patienten **prästationär** kann allerdings kein sonderlich hohes Maß an Selektion und **sicheren Entscheidungskriterien** von Haus-, Not- und Rettungsarzt verlangt werden. Der zeitliche Faktor „nicht warten zu können, wie sich ein Krankheitsbild entwickelt, verbessert oder verschlechtert“, führt zwangsläufig zu einer stationären Aufnahme, besonders beim alleinstehenden Akutkranken. Nur in seltenen Fällen liegt eine **klassische Akuterkrankung** vor, vielmehr tritt beim Alterspatienten durch die **soziale Isolation** eine fortschreitende Verschlechterung der Lebensbedingungen auf. Eine **Einweisung aus sozialer Indikation** in eine Krankenanstalt ist ökonomisch unsinnig. Dem Bedarf eines minimalen Betreuungsaufwandes steht die Ausweitung der Kosten ins Uferlose durch

den ärztlichen Hang, die Angebote des Routinebetriebes einzusetzen, entgegen. Eine engmaschigere soziale Betreuung der Alten durch wie immer geartete Institutionen und Einrichtungen der Nächstenliebe sollte das **Abrutschen in einen medizinischen Akutfall verhindern**. Die **Zeitdauer der medizinischen Betreuung** beim vorherrschenden Typus des polymorbiden Alterspatienten ist letztlich nur **durch den Tod begrenzt**. Kurze Phasen einer medizinischen Betreuung sind nur bei einem jugendlicheren Krankengut zu erwarten. Bislang war den **Rettungsdiensten** nicht bekannt, welche **Betreuungsintensität** auf einer diensthabenden internen Abteilung angeboten werden konnte — freie Betten für Männer/Frauen, Überwachungs-, Intensivbett, wie viele Anfahrten gleichzeitig an einer Abteilung erfolgen, wie viele Alkoholiker und Süchtige auf einer Abteilung für Unruhe sorgen etc.

An der I. Med. Abteilung besteht z. B. keine ausreichende Möglichkeit zur Beatmung von Notfallpatienten, da das Gerät mehr als 16 Jahre alt ist. Seit Jahren wird von mir eine Verbesserung des Gerätepools verlangt. Aber statt dringlich notwendiger Investitionen für die Basisversorgung und statt des Ersatzes von funktionsgestörten und defekten Geräten wird u. a. der Investition in fraglich notwendige Luxusgeräte, wie Farbdoppler (3,5 Mill.), der Vorzug gegeben. Sachverstand und Kompetenz in den gegebenen verantwortlichen Strukturen sind somit in Frage zu stellen! Für die Doppler-Untersuchung als Ergänzung zur Echokardiographie beträgt die Wartezeit bis zu 6 Wochen. Eine Aufrüstung von vorhandenen Geräten zu einem Bruchteil der Investitionssumme ist nicht zu erreichen. Auf Grund der Häufung vaskulärer Erkrankungen (hirnversorgende Gefäße, periphere Gefäße) wäre durch die verbesserte Ausrüstung eine raschere Beurteilung der Patienten zur Optimierung der Betreuungsstrategie möglich (Echokardiograph ohne Doppler im Herz-Lungen-Funktionslabor der I. Med. Abt.).

Durch den **Neubau des AKH**, einer Spitalsstruktur, der nicht primär die Akut- und Grundversorgung der Bevölkerung als Aufgabe zugeteilt wird, ist es zu einer erheblichen **finanziellen Unterversorgung der städtischen Krankenanstalten** gekommen. Die **apparative Ausrüstung** ist gekennzeichnet durch eine Überalterung, defekte Geräte werden nicht ersetzt, Konzepte für Upgrades und klare Ausrüstungsziele und Vorgaben existieren offenbar nicht.

Hochwertige medizinische Leistungen sollten weiterhin im **Ambulanzbereich** angesiedelt sein, da gewisse aufwendigere Einrichtungen in der Kassenpraxis des niedergelassenen Arztes nicht fachgerecht und wirtschaftlich eingesetzt werden können und dürfen! Das mögliche Leistungsangebot des z. B. niedergelassenen Internisten für den Krankenkassenpatienten erinnert an das Niveau eines medizinischen Entwicklungslandes. Weiters bestehen erhebliche Leistungsunterschiede im Vergleich der Krankenversicherungen untereinander und von Bundesland zu Bundesland.

Arbeitsintensive Bereiche sind nur mangelhaft mit **Fachpersonal** ausgestattet, für Nachtdienste mit Rettungsanfahrten wird der dringlich notwendigen Aufstockung der Dienstmannschaft (2. Sekundararzt zum Beispiel) durch die Zentrale (MA 17) nicht entsprochen und moderne Ausrüstungen zur **Bürokommunikation** (Befunderstellung, Datenfluß, Informatik) fehlen. Das **Entlohnungsschema** entspricht nicht dem unterschiedlichen Ausbildungsgrad und Aufgabenbereich sowie dem notwendigen Einsatz in der Betreuung der Patienten (Nachtdienst zum Schlafen — Nachtdienst mit ständiger Konfrontation mit Notfällen, Selbsteinweisungen, ambulanten Patienten und Rettungspatienten).

Die **Zeitspanne einer ausreichenden personellen Besetzung** in den vormittägigen Stunden ist zu kurz. Der Nachtdienst ist kein Bereitschaftsdienst mehr, sondern eine volle Schichtarbeit über 30 bis 54 Stunden. Die Personalvermehrung im Verwaltungsbereich hat zu keiner Entlastung des medizinischen Personals von aufgabenfremden Leistungen gebracht (kein Stationssekretär, ungenügende Informatik, keine brauchbaren Kenndaten über die Wirtschaftlichkeit der Stationsführung).

Mehr **Ärzte in Ausbildung** und wahllos eingestelltes **Hilfspersonal** bringen keine Entlastung, sondern verschärfen die angespannte Situation, da hiermit den letztverantwortlichen Entscheidungsträgern (Mittelbau, Oberärzte und Ärzte mit Spezialausbildung, diplomiertes Pflegepersonal) nicht geholfen ist. Es fehlt an kompetenten Stationsärzten, Ärzte in Ausbildung sind kein Ersatz, die Ausbildungsqualität verflacht, wirkungsvolle Controlling-Funktionen

können nicht durchgezogen werden, **ständig ist eine Mehrleistung für fehlende Mitarbeiter zu erbringen** und die **Mehrleistung wird wieder durch Freizeit abgegolten**.

Die räumliche Ausstattung und die geringe Essensqualität hat zur **Abwanderung der Privatpatienten** in „Komforthäuser“ geführt. Die unzumutbare Entlohnung für die Tätigkeit an Privatpatienten — im Verhältnis von 1:10 zwischen einem kaum medizinisch tätigen Vorstand und dem aktiven Mittelbau — führt dazu, daß Oberärzte bevorzugt ihre Privatpatienten in Privatkrankeanstalten betreuen. Die **Ärzte in führender Position** rekrutieren sich vorwiegend aus dem Bereich der Universitätskliniken, einem besonderen Arbeitsbereich, dessen **Arbeitsstrategien am Krankenbett** nicht einfach auf die Betreuung im nicht-universitären Bereich übertragen werden können. Nicht jeder „Fall“ kann zum „Lehrfall“ erhoben werden. Bei einer Patientenbetreuung mit hoher Durchgangsrate muß auf eine Fülle von redundanten Befunden verzichtet werden, eine Diagnostik um jeden Preis bei einer fehlenden Konsequenz für den Patienten ist unrealistisch. Es gibt keine 100%ige Sicherheit zur Erkennung von Erkrankungen, Wahrscheinlichkeiten von 70—80% genügen völlig für die Betreuungskonzepte.

Zumeist **mangelt es an Ausbildung und Erfahrungen im wirtschaftlich-kaufmännischen Bereich** und an **Fähigkeiten zur Analyse** von arbeitsintensiven Prozessen. Kein Wunder, daß aus der fehlenden Systemanalyse bislang Verbesserungsvorschläge unterblieben sind. Zu **groß dürfte der Abstand von der Ebene des aktiven Einsatzes an eigentlich ärztlicher Tätigkeit sein**. Es fehlt die Selbsterkenntnis, daß gerade der **Arzt der entscheidende Kostenfaktor im Gesundheitswesen** ist. Somit fehlt die intellektuelle Konsequenz zu Ansätzen mit Erneuerungen und Verbesserungen im System.

Interne Abteilungen sind die Anlaufstelle schlechthin für jeden Fall, sofern „er unklar ist“, von der Unfallabteilung abgeschoben wird, eine akute neurologische oder psychiatrische Erkrankung aufweist (Trunkenheit, Medikamentenintoxikation bei Sucht), alleinstehend und sozial verwaht ist.

Die mittlere **Liegedauer** bei internen Patienten liegt bei 12—13 Tagen. Aus statistischer Sicht besteht keine Normalverteilung, sondern eine **zweigipfelige Verteilung** mit Schwerpunkten bei 3 bis 5 Tagen und 3 bis 4 Wochen. Ca. 20% der Patienten warten auf eine Dauerpflege (Procuratio), weitere 30—40% weisen eine lange Aufenthaltsdauer auf. Notwendigerweise, da eine entsprechende Frührehabilitation erzielt werden soll, um neuerliche Einweisungen zu

verhindern (entsprechende Aufklärung des Patienten und allfälliger Angehöriger über Medikation und Kontrollmechanismen zum Erkennen einer Krankheitsverschlechterung beim polymorbiden Alterspatienten). Die restlichen Betten stehen für den Patienten-Durchsatz bereit. Bei einer Stationsbelegung von 100% und mehr **fehlt jede Reservekapazität**. Patienten können nicht aus der Akut- bzw. Überwachungsstation ausgelagert werden, betreuungsintensive Patienten sind unterversorgt, die Planung für die Aufnahme von spitalsbekannten und/oder in der Ambulanz voruntersuchten Patienten bricht zusammen. Alkoholiker, Suchtgiftpatienten und verwirrte Alterspatienten beunruhigen die restlichen stationären Patienten und binden dringlich anderenorts benötigtes Pflegepersonal.

Ein **Aus- und Umlagern von Patienten auf fachfremde Stationen** ist aus arbeitstechnischer Sicht keine Lösung für das Pflegepersonal, das durch wiederholte Bettenreinigung und Körperpflege der chronisch Kranken zu den personalschwachen Tages- und Nachtstunden überfordert wird. Die entsprechende Versorgung von internen Patienten durch fachfremde Abteilungen (Procuratio-Fälle wohl ausgenommen) ist aus medizinischer Sicht bedenklich. Der diensthabende Internist muß letztlich den Überblick über die Patientenversorgung verlieren. Bei dieser chronischen Überforderung wird er nicht geschützt vor den Folgen potentieller Fehlleistungen.

Die Unterbringung von Patienten auf **Notbetten** ist limitiert durch die Raumkapazität, durch feuerpolizeiliche Vorschriften und eine verantwortungsvolle ethische Grundhaltung. Szenen der öffentlichen Verrichtung der täglichen Notdurft mit grober Behinderung der klinischen Krankenuntersuchung werden zu einem neuen Gütezeichen der Wiener Medizinischen Schule.

Vorübergehende Notsituationen sind mit Verständnis und bestem Einsatzwillen von allen zu meistern. Eine **chronische Situation**, toleriert von übergeordneten Strukturen und begünstigt von einer krassen Fehleinschätzung der Lage, überfordert den Leistungswillen und die Leistungsbereitschaft des Personals. Epidemien und Katastrophen sind bei der gegenwärtigen Lage dann nicht mehr zu beherrschen. Als **Selbstschutz** ist zu beobachten, daß Patienten länger als notwendig stationär gehalten werden. **Prämien für umsatzfreudige Abteilungen** sind noch nicht eingeführt. Die **Wirtschaftskraft einer Abteilung**, Patientenumsatz und Leistungsangebot müßten entsprechend entlohnt werden.

Aus der Rettungsstatistik ist zu entnehmen, daß **kleinere und überschaubare Abteilungen** (KH Floridsdorf, Poliklinik) den Soll-

bedarf an Rettungsbetten leicht und sogar mit einem Überangebot decken, aber die klassischen Großkrankenhäuser am Stadtrand ein deutliches Leistungsdefizit aufweisen (—50%).

Der Bedarf an Pflegebetten oder an internen Betten, solange die Akutbetten mit chronisch Kranken mit geringer Betreuungsintensität belegt werden, wird bislang in der Planung völlig ignoriert. Als besonderes Kuriosum sollen effektiv arbeitende Krankenanstalten geschlossen werden, wie die Poliklinik. Durch Gerüchte verunsichert kommt es zum Abgang von Personal, Abgänge werden nicht zeitgerecht ersetzt, durch die Vernachlässigung der Qualität der medizinischen und bürotechnischen Einrichtung — fehlender Einsatz von defekten und überalterten Geräten — werden Leistungsbereitschaft und Einsatzfreudigkeit weiter abgesenkt.

Es ist verwunderlich, warum bislang aus Führungspositionen noch keine Verbesserungsvorschläge zum gegenständlichen Problem aufgetaucht sind. Bei der **Neubesetzung von Abteilungsvorständen** spielen offensichtlich fachliche Qualifikation und Fähigkeiten zur rationellen Problemlösung eine geringere Rolle als die parteipolitische Verlässlichkeit. **Als Beispiel** darf ich auf die Ausschreibung der Besetzung der II. Med. Abteilung im **SMZ-Ost** hinweisen: Ausgeschrieben wurde die Stelle für einen **Interne mit Kenntnis des gesamten Arbeitsgebietes**. Bei den Vorgesprächen wollte man die Stelle mit einem Gastro-Enterologen besetzt wissen — den Zuschlag erhielt ein **Spezialist für Knochenmarkstransplantation**.

Solange ein politisch besetzter **Sanitätsrat hinter verschlossenen Türen** und ohne beanspruchbare Begründung Reihungen verbietet, wird jegliche **fehlende Transparenz über den Entscheidungsweg** der Erneuerung des Systems im Wege stehen.

Vor drei Jahren fand bereits eine Besprechung zum Thema Notbetten mit dem damaligen Chefarzt statt — Konsequenzen und Taten blieben aus. Vor einem Jahr bin ich vehement gegen die unkontrollierte Einweisung von Rettungspatienten auf Notbetten an der Poliklinik aufgetreten (auffällige Häufung von Sucht-, Alkoholkranken und verwahrlosten Patienten, keine Rückkoppelung über verfügbare Betreuungsintensität und freie Männer/Frauen-Betten, mangelhafte oder fehlende Informationen über den Patienten bei der Übergabe durch den Rettungsarzt, mangelhafte Erstversorgung). Als Kritiker an den Unzulänglichkeiten wurde ich sofort als Verursacher von Problemen bezeichnet. Jetzt erkennt der Chefarzt der Rettung, daß die Einweisungsstrategien zu verbessern sind und die kleinen Spitäler schon immer ein entsprechendes Leistungsangebot für die Akutversorgung zur Verfügung

gestellt haben. Bei erschöpfter Bettenkapazität ist die Anfahrt zu Großkrankenhäusern in den Randlagen der Stadt dann nicht mehr zu umgehen. Für die Poliklinik hat sich die Situation entspannt durch ein verbessertes Feedback mit der Rettungszentrale über die verfügbare Versorgungskapazität. Die Notärzte wurden intensiv geschult und sind besser auf ihre verantwortungsvollen Aufgaben vorbereitet.

Aus meiner langjährigen Erfahrung (seit 1973 an der Poliklinik, Habilitation und Professur aus den Arbeitsbereichen an einer städtischen Krankenanstalt) **sehe ich folgende mögliche Lösungsansätze:**

a) Beeinflussung von Umfeld und äußeren Bedingungen:

Allgemeine soziale Haltung gegenüber dem Alterspatienten, Vorsorge, Wohnungshygiene, erlaubte Betreuung durch den Hausarzt (Visite), Vergütung der Altenpflege durch die Angehörigen, höhere ärztliche Qualifikation durch kontrollierte Fort- und Weiterbildung.

b) Filter für die Einweisung:

Mehr Bettenkapazität für Pflegefälle. Einweisung nach verfügbarer Versorgungsqualität und -quantität (bislang ungenügende Struktur der Informationsübermittlung), Entlastung der Internen Abteilung; Separierung von Alkoholikern, Suchtkranken und Sozialfällen. Feed-back zur Rettungszentrale als einzige übergeordnete Stelle.

c) Leistungsfähigkeit der stationären Einheit:

Gliederung in Aufnahme-, Überwachungs-/Intensiv- und allgemeine Bettenstation mit angeschlossener Abteilung für mittelfristige Rehabilitation und ambulanter Nachsorge, Bereitstellung einer **optimierten Ausrüstung** zur raschen Diagnosefindung und Sicherung zur Verkürzung der Liege- und Aufenthaltsdauer (kein Warten auf Befunde!),

Optimierung des Befundflusses (nach einer Untersuchung muß das Ergebnis vorliegen und dem Patienten mitgegeben werden — seit 15 Jahren realisiert durch EDV-Unterstützung an dem von mir geführten Herz-Lungen-Funktionslabor und an der Gastro-Enterologischen Untersuchungsstelle der Abteilung), **intellektuelles Training für zielorientierte Patientenbetreuung** (Verzicht auf redundante Informationen und Untersuchungsergebnisse, ständige Kosten-Nutzenanalyse), Verpflichtung zur Bereitstellung einer bestimmten freien Bettenkapazität für die Notversorgung (Rettungsdienste), eine Kapazität, die nicht durch Sonderzusagen aufgebraucht werden darf, **Leistungskontrolle der einzelnen Internen Abteilungen** an Hand von statistischen Kennzahlen (**Diagnosecode, Liegedauer, Untersuchungsaufwand**).

d) Verbesserung der personellen und apparativen Grundausrüstung, Dienstzeiten, Fachpersonal, keine bedingt brauchbaren Hilfskräfte, beschleunigte Informatik, verbesserter Informationsfluß, laufende Anpassung der Einrichtung, zeitgerechter Ersatz.

e) Verbesserte Frührehabilitation bei mäßig chronisch Kranken, Strategien zur Abschätzung der Möglichkeit zur Rehabilitation durch Methoden der klinischen Physiologie (Fähigkeit zur Eigenversorgung unter einer zumutbaren Betreuungsintensität im bisherigen Lebensbereich), bessere **Integration von Akut-, Rehabilitations- und Langzeitabteilungen** im Rahmen der Inneren Medizin, **Fortbildung zu Fragen der Rehabilitation für das Personal der städtischen Krankenanstalten, akademische Vertretung der Lehre zu Fragen der Rehabilitation und klinischen Physiologie** (ich halte zu diesem Thema seit 10 Jahren Vorlesungen und praktische Übungen).

Eine Lösung der anstehenden Probleme in kürzerer Zeit ist nicht zu erwarten. Die Trägheit involvierter Systeme erscheint fast unüberwindbar. Die Kosten für das sieche Gesundheitswesen werden weiter steigen, solange ökonomische und wirtschaftliche Überlegungen tabu sind. Allerdings stellt sich auch die berechtigte Frage, für die Finanzierung eine bessere Dotierung zu verlangen und politisch zu vertreten, wenn man auf die Ausstattung anderer öffentlicher und kommunaler Einrichtungen blickt. Die Personalkosten (61%) werden überbewertet, da Steuern und Sozialabgaben zurückfließen. Es fehlt eine Leistungs- und Qualitätskontrolle von Ambulanzen, Spitalsabteilungen und Verwaltungsstrukturen. Hohe Wirtschaftlichkeit und ständiger Einsatzwille im Engagement für Spezialleistungen sind zu fördern und entsprechend zu entlohnen.

Mittelmäßigkeit nivelliert nach unten. Die wirtschaftlichen Erfolge eines Privatospitals sind offenbar im sogenannten öffentlichen Bereich unnötig, da die Bedeckung des Abganges garantiert ist. Die gezüchtete Erwartungshaltung, daß uns nichts zu teuer ist, daß alles machbar ist, trägt seine Früchte. Die Systeme sind der ureigenen Selbstkontrolle, der Kontrolle durch den Beitragszahler, durch den Steuerzahler entglitten. Dem Beitragszahler dürfen die entstehenden Kosten nicht mitgeteilt werden, ein Selbstbehalt als regulierende Größe einer ungehemmten Beanspruchung des Selbstbedienungsladens Volksgesundheit wird als unsozial verworfen. Der Verwaltungsaufwand für die blühende Vielfalt an Versicherungsträgern stößt noch auf keinen merkbaren Widerstand der Beitragszahler. ●