

Mehr Zeit für die Patienten



KAGes-Steier-Foto

KAGes-Vorstände Karlheinz Tscheliessnigg und Ernst Fartek: Voraussetzungen schaffen, damit die Patienten an erster Stelle stehen.

Krankenhausmitarbeiter stöhnen unter der Last der administrativen Tätigkeiten, die Vertreter der Gesundheitsberufe wollen wieder mehr Zeit für das haben, wofür sie ausgebildet sind: die Versorgung der Patienten. Die KAGes-Vorstände Karlheinz Tscheliessnigg und Ernst Fartek haben deshalb die Initiative *Patient im Fokus* gestartet.

Das neue KAGes-Motto lautet: Patient im Fokus. Ist das eine Aktion, eine Initiative oder ein Projekt?

Karlheinz Tscheliessnigg: Das ist eine großangelegte Vision, wir nennen sie Medvision 2030, zweiter Teil. Den ersten Teil haben wir in den letzten sechs Jahren hinter uns gebracht, er bestand im Schaffen von Infrastruktur und der Reduktion von einstmaligen 23 Spitälern auf derzeit elf durch Zusammenlegung in Verbänden. Der zweite Teil ist, dass wir trotz aller Regelungen – von der Datenschutz-Grundverordnung bis zu Compliance-Regeln – versuchen, uns zunehmend an unser Kerngeschäft zu erinnern: Wofür wollen wir eigentlich da sein, wofür steht die KAGes als Unternehmen mit ihren Spitälern? Immerhin 93 Prozent der Spitäler der Steiermark werden von uns betrieben.

Was war dafür ausschlaggebend?

Tscheliessnigg: Wir hatten vor wenigen Wochen eine Führungskräfteklausur und die Anstaltsleitungen befragt, wie sie die Dinge sehen. Denn wir hören ständig von unseren Mitarbeitern, dass durch die vielen Richtlinien, die schon

überbordende Dokumentationsverpflichtung und die zunehmende Administration immer mehr Zeit genommen wird, die sie eigentlich dem Patienten widmen sollen und wollen.

Im Bereich der Erwartungen der Patienten ist viel nachzuholen. Patienten erwarten sich – anders als die Mediziner – nämlich nicht die Maximalleistung um jeden Preis, sondern dass es da jemanden gibt, der sich um sie sorgt, einen Ansprechpartner in der Behandlung, jemand, der nicht nur kompetent ist und exzellent in seiner Ausbildung, sondern der auch die nötige Empathie mitbringt, die ein Arzt oder eine Pflegekraft haben sollen. Dabei geht es also einerseits darum, wie wir von außen wahrgenommen werden, auch von den Zuweisern, und auf der anderen Seite, wie zufrieden die Mitarbeiter mit dem sind, was wir mit ihnen machen und was wir ihnen zumuten. Es ist ganz interessant in diesem Zusammenhang, dass sich herausgestellt hat, dass die Zufriedenheit des Patienten sich nicht nur auf das Behandlungsergebnis positiv auswirkt, sondern dass die Mitarbeiter zufriedener werden, wenn sie merken, dass das, was sie tun, dem Patienten hilft und seinen Wünschen entspricht.

Wenn Sie von überbordendem Papierkram sprechen, woran denken Sie da vor allem?

Ernst Fartek: Das Thema ist nicht neu, in Wirklichkeit sind wir permanent damit konfrontiert. Man muss allerdings differenzieren: Teilweise ist der Dokumentationswahn ein subjektives Empfinden. Teilweise ist er objektive Wahrheit. Oft hört man aus Gründen der Vorsicht, aus Gründen der Absicherung: „Aber das und das müssen wir schon auch dokumentieren.“ Wohin wir kommen müssen, ist: Was dem Patienten nützt, das tun wir und das dokumentieren wir und nicht, wir tun bürokratisch alles, was möglich ist. Denn man kann alles erfassen und auswerten, die IT ist stolz darauf, das alles anbieten zu können, aber was davon nützt dem Patienten?

Aber es gibt ja auch gesetzliche Vorgaben, inwieweit finden Sie bei der Politik offene Ohren für eine Reduktion?

Tscheliessnigg: Politiker sind hauptsächlich daran interessiert, dass etwas funktioniert. Wie es funktioniert, ist dann Sache des Managements.

Mit welchen Maßnahmen wollen Sie eine Entlastung der Mitarbeiter erreichen?

Fartek: Indem wir im Gesamtunternehmen eine elektronische Fieberkurve ausrollen – da sind wir als Träger sicherlich Vorreiter –, die als Dokumentationsmedium berufsgruppenübergreifend verwendet wird. Das heißt, wir gehen weg von Doppeldokumentationen, Pflege und Ärzte sehen das gemeinsam, in einem Medium. Das ist einmal die erste Maßnahme in die richtige Richtung. Und über dieses digitale Dokumentieren vom ersten Schritt des Patienten bis zu seiner Entlassung sollte man dann auch wesentlich mehr digitale „Abfallprodukte“ generieren können. Das heißt, wenn ich den Patienten von Anfang an in einer elektronischen Fieberkurve erfasse und alle Tätigkeiten an ihm, dann habe ich automatisch als Abfallprodukt eine ICD-Codierung und einen Arztbrief, beides zu erstellen ist jetzt noch eine zeitliche Belastung. Das läuft im Pilotkrankenhaus Hartberg seit einem Jahr sehr erfolgreich. In der Zwischenzeit haben wir das LKH Murtal mit dem Standort Knittelfeld ausgerollt, Judenburg und die Stolzalpe folgen in zwei Monaten mit der Inbetriebnahme, am Klinikum Graz geht heuer noch eine Klinik in Betrieb. Und parallel dazu wollen wir das Thema Spracherkennung – für die Arztbriefe, für Dokumentation von Befunden – massiv forcieren. Es kann nicht sein, dass heute jeder mit Siri oder mit Alexa kommuniziert und wir schaffen es bisher nur im Bereich der Radiologie in sehr eingeschränktem Ausmaß. Wir gehen davon aus, dass wir in Zukunft in unseren elektronischen Fieberkurven und in unseren elektronischen Medoc-Systemen jedes Textfeld mithilfe der Spracherkennung befüllen können. Das müsste ein Rieseneffekt sein. Und das Dritte ist, dass wir einfach unsere Richtlinien- und Vorschriftenflut versuchen noch einmal zu durchforsten, was davon ist wirklich relevant – und leise gesagt: Welches Risiko geht man manchmal auch bewusst ein, weil der Effekt trotzdem ein positiver ist, wenn ich diese oder jene Bürokratie vermeide.

Tscheliessnigg: Natürlich muss der Arzt die Patienten aufklären, aber die Dokumentation desselben – zu schauen, hat der jetzt alles gesagt, ist das jetzt alles abgehakt, hat der Patient unterschrieben, hat der Arzt unterschrieben – das wäre ideal, wenn das im Hintergrund läuft. Im Grunde genommen ist unsere Vision: Von der Visite bis zur Dienstübergabe, von der Aufklärung bis zur Entlassung ist immer ein Dreiergespann unterwegs: Arzt, Pflege und eine Form einer Dokumentation – ob durch Sprach-

steuerung oder durch eine Stationsassistentin. Weil dann alle das tun, wofür sie ausgebildet sind. Das andere, von der Compliance bis zur DSGVO und sonstigen Regelungen, sollten zwar alle kennen, da haben wir ein eigenes E-Learning dazu, aber sie sollten es ohne zusätzlichen Aufwand leben können.

Die Arbeitszeitregelungen tragen auch nicht gerade dazu bei, dass Ärzte mehr Zeit am Krankenbett verbringen können. Es heißt, Österreich habe die EU-Vorgaben übererfüllt.

Tscheliessnigg: Wir sind jetzt in dem Zeitfenster, wo Ärztinnen und Ärzte maximal 55 Stunden arbeiten dürften, und im Juni 2021 sind wir dann endgültig bei den 48 Stunden gelandet, ohne die Möglichkeit des Opting out. Da braucht nur eine Grippewelle kommen, dann haben wir alle ein Riesenproblem. Eine Möglichkeit wäre, das Opting out begründet wieder einzuführen. Eine weitere, viel bessere Möglichkeit wäre, dass man die auszubildenden Ärztinnen und Ärzte herausnimmt aus dieser Regelung und sagt, die dürfen bis zu 72 Stunden arbeiten, das ist zumutbar. Und das Dritte ist, dass die Rufbereitschaften nicht mehr absolut als Dienstzeiten gesehen werden. Weil das wirft auch immer den gesamten Plan über den Haufen. Fast 90 Prozent des ärztlichen Personals ist bereits auf 48 Stunden, am schwierigsten geht es im Uniklinikum, weil die hohe Spezialisierung und die dort tätigen Fächer –, wenn man von der Orthopädie als Teilfach der Traumatologie – und vielleicht von der plastischen Chirurgie absieht, – nicht in der Lage sind, das einzuhalten. Es gibt Fächer wie die Transplantation oder die Herzchirurgie, die werden nie mit 48 Stunden über die Runden kommen. Aber mehr ist dazu momentan nicht zu sagen, das ist eine politische Sache.

Fartek: Das ist eine politische Sache, aber da sehen wir den Zusammenhalt der Landesgesundheitsreferenten, die unterstützen in diesem Fall eigentlich unsere Sichtweise.

Tscheliessnigg: Wir müssen jedenfalls in der Ausbildung etwas ändern, um mit den Dienstzeiten zurechtzukommen. Wir versuchen das mit dem Simulationszentrum, wir haben derzeit das größte in Österreich. Dort können die Jungärzte hundertmal eine Vene punktieren oder intubieren, das geht bei realen Patienten gar nicht. Unser Anliegen ist, dass das in die Ausbildungsordnung hineingenommen wird. Außerdem haben wir E-Learning, vor allem in den konservativen und den bildgebenden Fächern.

Fartek: Im Simulationszentrum gibt es auch Teamtrainings und Notfalltrainings unter sehr realen Bedingungen. Nach zehn Minuten hat jeder vergessen, dass das ein Simulator ist. Das ist beeindruckend, wie da der Stresslevel steigt.

Wie geht es jetzt nach der Klausur weiter?

Tscheliessnigg: Wir haben in dieser zweitägigen Klausur ein Bündel an Vorschlägen erarbeitet, die wir jetzt durchforsten.

Fartek: Im Bündel drinnen ist zum Beispiel eben die Spracherkennung zu favorisieren, eine Dokumentationsunterstützung, das Durchkämmen des hausinternen Regelwerks dahingehend, was entfallen kann, wobei jedenfalls die Patientensicherheit zu 100 Prozent gewährleistet ist. Dann haben wir uns dazu bekannt, dass wir in allen unseren Spitälern die Manchestertriage zur Umsetzung bringen wollen und damit dem Patienten eindeutig die Sicherheit vermitteln, sofort von medizinischer Kompetenz angeschaut zu werden und nicht zuerst einmal zwei Stunden warten zu müssen, bis er überhaupt wahrgenommen wird. Wir haben das in vielen unserer Ambulanzen, aber noch nicht überall, und aus den vielen positiven Erfahrungen sehen wir ganz klar, das wollen wir flächendeckend ausrollen.

Wird das alles nicht wieder Ressourcen binden?

Fartek: Ich glaube, diese Ressourcenbindung wird beim Mitarbeiter extrem positiv ankommen, weil das ist ja die Sehnsucht unserer Leute, dass sie wieder mehr zum Patienten wollen. Wenn wir uns damit befassen, glaube ich, finden wir jede Unterstützung.

Woran erkennen Sie, dass die Initiative erfolgreich ist?

Tscheliessnigg: Wir glauben, dass wir die Attraktivität unserer Arbeitsplätze durch diese Maßnahmen steigern und damit auch im Wettbewerb um die Ärzteschaft und die Pflege punkten können. Weil wir zurück zum Kerngeschäft einerseits gehen – eben die Patienten im Fokus zu haben – und andererseits die Digitalisierung, die elektronische Fieberkurve, die Sprachsteuerung alles Dinge sind, mit denen die junge Generation ohnehin auf Du und Du ist. Das sollte ein Boost sein, in einem KAGES-Krankenhaus anzufangen. Unterm Strich muss die Führung die Voraussetzungen schaffen, damit die Patienten an erster Stelle stehen. ::