



PORTFOLIO

Arthrose 2.0 | Folge 2

Schneller heilen

Fast-Track-Surgery stellt chirurgische Traditionen auf den Kopf



Arthrose zählt zu den häufigsten Indikationen für Knie- und Hüftoperationen. Die Zahlen in Österreich sprechen Bände: Bei 35.000 Gelenksprothesen jährlich – damit bewegen wir uns hierzulande im OECD-„Spitzenfeld“ – heißt es nicht mehr: „Der Nächste, bitte!“, sondern eher: „Auf die OP-Warteliste!“ Wir haben einen ungemein hohen (Aufhol-) Bedarf an neuen Behandlungskonzepten. „Fast-Track Surgery“ bzw. „Rapid Recovery“ ist ein Beispiel dafür, wie Rehabilitationsstrategien heute gesetzt werden können, um zum einen die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu verbessern und obendrein ökonomische Prozesse zu optimieren.

Operationen bedeuten Stress: Der Körper wird von den freigesetzten Stresshormonen und der erforderlichen Nüchternheit geschwächt. Die Folge sind nicht selten postoperative „Nachwehen“ wie Kreislauf-, Darm

oder auch Lungenprobleme. Der Fast-Track-Behandlungspfad wirkt dem entgegen: Durch die frühzeitige Mobilisierung wird die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten gefördert, postoperative Komplikationen können reduziert werden.

„Fast-Track“ wird international erfolgreich praktiziert. Das Kernelement der „Schnellspur-Wiederherstellung“

ist die Anwendung konservativer Therapie. Es beinhaltet wichtige Maßnahmen vor, während und nach operativen Eingriffen. Erfahrungen zeigen, dass Patientinnen und Patienten mit Knie- und Hüftarthrose damit weit weniger Komplikationen, wie beispielsweise Infektionen, Thrombosen, Wundheilungsstörungen oder Muskelabbau, erfahren. Sie werden rascher aus dem Krankenhaus entlassen und finden schneller in ihren Alltag zurück. Nach einem orthopädischen Assessment und weiterführenden medizinischen Untersuchungen startet im Falle



Dr. Andreas Stippler, MSc, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

grünen Lichts die Trainingstherapie in der Kleingruppe – idealerweise in der Nähe des Wohnortes. Sie wird begleitet von der wichtigen Kombination aus Gewichtsreduktion, Bewegungstherapie und Edukation, also aufklärenden Informations- und Beratungsgesprächen. Arthroseversorgung 2.0 erfordert völliges Umdenken und Abschiednehmen von chirurgischen Traditionen. Im Zentrum steht die Patientin bzw. der Patient, die bzw. der in seinen eigenen Kompetenzen gestärkt werden soll. Auf diese Weise wird er bzw. sie zum Arthrospezialisten nach dem Prinzip des „Shared Decision Making“ (SDM). Dieser Ansatz basiert auf der Idee, dass medizinische Entscheidungen am besten getroffen werden, wenn das medizinische Fachwissen und die persönlichen Präferenzen und Bedenken der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Eingebettet in ein geschultes interdisziplinäres Team – bestehend aus Anästhesisten, Chirurgen und Pflegepersonal – erfährt der Patient bzw. die Patientin, dass er bzw. sie selbst den Heilungsprozess stark mitbestimmt. Gefühle von Freude, aber auch Stolz auf die eigene Wirkungskraft gehen einher mit dem Trainingsansatz des Fast-Track-Surgery. Zahlreiche Forschungen zu den Effekten dieses Konzepts zeigen eine verbesserte Rekonvaleszenz und minimierte Komplikationsraten. Wir profitieren sehr von der laufenden Evaluierung der Trainingsprogramme und den evidenzbasierten Perspektiven, die sich daraus ergeben. Für die Gesundheitspolitik gilt es, diesen – international schon etablierten, aber für Österreich noch jungen – Ansatz ökonomisch neu zu bewerten. Heilung braucht Zeit. Fast-Track-Surgery ist kein Zauberkraut, der Menschen schnell mal wiederherstellt. Aber es ist eine bahnbrechende Methode, die die Krankheitslast enorm verringert, weil sie den Heilungsprozess schon vor der OP ankurbelt. Die kontinuierliche Lebensstilveränderung wird zur nachhaltigen OP-Begleitmaßnahme. **P**

Rezeptblock | Folge 1

Wenn dem Bio-Psycho-Sozialen das Psycho-Soziale fehlt

Primary Health Care ist mehr als Allgemeinmedizin oder Primärversorgungseinheiten



Eine 75-Jährige, seit sechs Monaten verwitwet, kommt ein- bis zweimal pro Woche zum Hausarzt. Was könnte das Problem sein? Selbst Laien antworten schnell mit „Einsamkeit“ oder „Trauer“. Und das ist es wohl in der Regel auch.

An dem Punkt stellen sich zwei Fragen:

1. Warum Hausarzt?
2. Was kann der tun?

Die erste Frage ist leicht beantwortet. Traurig und einsam zu sein, fühlt sich ungesund an. Der Mensch fokussiert sich dann auf alle möglichen Symptome – und geht damit zur Ärztin oder zum Arzt.

Die zweite Frage ist schon schwerer zu beantworten. Therapie gibt es eigentlich keine, es sei denn, die Trauer ist derart stark, dass sie einen therapierbaren Krankheitswert hat und so einen sozialversicherungsrechtlichen Fall auslöst. Dann könnte eine Verschreibung eines Antidepressivums oder eine Überweisung zu einem Psychiater

erfolgen. Aber in der Regel ist das nicht nötig. Andere Leistungen sind jedoch im Katalog des Hausarztes nicht enthalten, können nicht enthalten sein, weil die Krankenkassen für Krankheiten zuständig sind. Trauer und Einsamkeit sind meist keine Krankheit – und dann eigentlich kein Fall für den Arzt. Die Patientin bzw. der Patient sitzt allerdings bei ihm?



Dr. Ernest G. Pichlbauer ist unabhängiger Gesundheitsökonom und Publizist.

Ein weiteres Beispiel

Wer Durst hat, der geht zur Wasserleitung und trinkt. Doch was, wenn sie/er nicht gehen kann? Sollen wir Durst, ein gesundheitliches Problem, nicht adressieren und warten, bis daraus eine Dehydration entstanden ist, um sicherzustellen, dass die Patientin bzw. der Patient nun sicher krank und damit Leistungen versichert sind? Wer aber übernimmt Organisation und Kosten für die pflegerische Betreuungsleistung, damit die Dehydration NICHT eintritt?

Und genau an solchen Punkten scheitert in Österreich die Idee des Primary Health Care (PHC), bzw. die Umsetzung der Idee mit stark regulierten PVE. PHC arbeitet mit dem sogenannten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO, das gesundheitliche Probleme (also nicht nur Krankheiten) der Bevölkerung in einem definierten Einzugsgebiet adressiert. Hier geht es um mehr als nur die Behandlung einer biologischen Fehlfunktion, also einer Krankheit, sondern auch um deren Bedeutung und Querverbindung in und mit der Umgebung und der Psyche. PHC ist also ein Prozess, der nicht zwischen Sozial- und Gesundheitssystem unterscheidet. Die Trennung zwischen gesundheitlichen Problemen, die tendenziell dem Sozialsystem zugerechnet werden, und Krankheiten, die ins Gesundheitssystem fallen, muss aufgehoben werden. An dieser Grenze, die jährlich millionenfach berührt ist, dreht sich, demographiebedingt, im Grunde alles. Wer an der Grenze versucht, durch zentrale Regularien Mikromanagement zu betreiben, etwa durch das Honorarsystem der Krankenkassen oder strikte Personalvorgaben des Bundes für PVE, wird scheitern. Zu vielfältig ist die Welt des PHC.

Statt Mikromanagement Flexibilität, statt zentral dezentral – im Grunde geht es darum, rund um definierte Einzugsgebiete (rund um einen Hausarzt, der nicht mehr als 1.500 EW versorgen sollte) auf Gemeindeebene Koalitionen der Willigen zu bilden und einfach anzufangen. Ärzteschaft, Pflegekräfte, Apotheken, Therapeutinnen und Therapeuten, Betreuungsdienste sollen sich zusammenschließen und tun, was sie für das Beste halten. Idealerweise unter der Moderation der Bürgermeister. Denn, was wo wie funktioniert, ist kaum und schon gar nicht zentral planbar. Und es gibt auch keine Garantie, dass eine Maßnahme zum Erfolg führt. Trial and Error, und die Hoffnung, dass irgendwer daraus lernen will, sind so ziemlich die einzige Option. Kluge Gesundheitspolitik würde daher die PHC-Ebene deregulieren und dafür Ergebnisse messen und fordern. **P**