BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN

b m g f

Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Endbericht

MEDTOGETHER
Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN

b m g f

Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Endbericht

MEDTOGETHER
Schnittstellenmanagement zwischen
ambulanter und stationärer Versorgung

Impressum:

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Sektion IV
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:
Sektionschef DI Harald Gaugg
Inhaltliche Betreuung: Abteilung IV/A/5 für Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement

Redaktionsteam:
Eva-Maria Baumer, Anton Ebner, Heinz Ebner, Christian Euler, Christine Foussek, Ursula Fronaschütz, Florian Gottsauner-Wolf, Michel Haas, Walter Heckenthaler, Susanne Lampert, Inge Leeb-Klaus, Richard Maier, Herta Rack

Druck: Kopierstelle des BMGF, Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Bestellmöglichkeiten:
Telefon: +43-1/711 00-4700 DW
Fax: +43-1/715 58 30
E-Mail: broschuerenservice.bmgf@bmgf.gv.at
Internet: http://www.bmgf.gv.at

ISBN 3-900019-27-4

Diese Broschüre ist kostenlos beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Radetzkystraße 2, 1030 Wien, erhältlich.

Vorwort

Die Nahtstellenproblematik zwischen den unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäusern, Ambulatorien, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen und anderen) ist seit langem ein kritischer Bereich in der Gesundheitsversorgung.

Dabei werden die Anforderungen an das Nahtstellenmanagement aufgrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen kontinuierlich größer. Epidemiologische Entwicklung, fortschreitende technische Entwicklung und gestiegene Spezialisierung sowie das geltende Finanzierungssystem erschweren eine integrierte, patient/inn/enorientierte Versorgung, sowohl an den Nahtstellen zwischen akutstationärem, spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich als auch an den Nahtstellen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich.

Divergente Interessenslagen sind nicht nur für das Entstehen von Unterbrechungen in der Versorgungskette von Patient/inn/en verantwortlich, sondern verursachen auch große Effizienzverluste.

Um die reibungslose Organisation des Behandlungsverlaufes an den Übergängen zwischen den beteiligten Gesundheitseinrichtungen österreichweit zu verbessern, ist es notwendig, Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für ein funktionierendes Nahtstellenmanagement zu definieren. Davon ausgehend sollen Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufe in die Lage versetzt werden, die notwendigen Kernprozesse für die Betreuung der Patient/inn/en zu standardisieren und dabei die Prinzipien Patient/inn/enorientierung, Effizienz, Effektivität und Transparenz in den Mittelpunkt zu rücken.

Mit dem Ziel die Grundlage zu diesen Anforderungen zu erarbeiten, beauftragte die Strukturkommission des Bundes auf Basis der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung 2001–2004 das Projekt „MedTogether-Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung''. Die Ergebnisse werden nun in Form einer Vorstudie, eines Handbuches zur Prozessstandardisierung, eines Positionspapieres sowie anhand von Modellbeschreibungen und deren Evaluation einem großen Kreis von Gesundheitsdienstleistern zur Verfügung gestellt.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Gesundheitswesen, die aktiv an diesem Projekt mitgearbeitet haben, sehr herzlich bedanken. Die Zeit, das Engagement und das Wissen, das sie investiert haben, haben dieses Projekt zum Erfolg geführt.

Maria Rauch-Kallat

Maria Rauch-Kallat
Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung des Endberichts 7
2. Projektübersicht 9
   2.1 Projektauftrag 9
   2.2 Zielsetzung 9
   2.3 Prinzipien 10
   2.4 Fallgruppen 10
   2.5 Teilnehmer/innen 11
   2.6 Nutzenerwartung 13
   2.7 Methodischer Ansatz/Projektablauf 14
   2.8 Projektorganisation und Projektstruktur 14
      2.8.1 Prinzipien der Projektorganisation 14
      2.8.2 Teilnahmekriterien 15
      2.8.3 Projektstruktur 16
3. Aufbau des Endberichts 18
4. Vorstudie 19
   4.1 Überblick 19
   4.2 Kernprozess Zuweisung 20
   4.3 Kernprozess Aufnahme 21
   4.4 Kernprozess Entlassungsvorbereitung 23
   4.5 Kernprozess Entlassung 26
   4.6 Kernprozess Übergangsversorgung – poststationäre Betreuung 28
   4.7 Kernprozessübergreifende Maßnahmen 28
   4.8 Anhang: Übersicht Referenzprojekte und Initiativen in Österreich 29
5. Positionspapier 37
6. Handbuch für Prozessstandardisierung 73
   6.1 Das Prozessmodell 73
   6.2 Prozessoptimierung 75
      6.2.1 Qualitätsverbesserung 75
      6.2.2 Qualitätsplanung/Qualitätsredesign 78
   6.3 Instrumente (Flussdiagramm/Prozesslandkarte) 79
   6.4 Musterprozesse 81
      6.4.1 Aufnahmemanagement/Soll-Prozess 82
      6.4.2 Entlassungsmanagement/Soll-Prozess 84
7. Dokumentation regionale Arbeitsgruppen 89
8. Regionale Projektbeispiele 90
9. Evaluation 91
   9.1 Evaluationskonzept 91
   9.2 Interpretation 93
   9.3 Evaluationsdarstellung im Detail 94
      9.3.1 Ungeplante Wiederaufnahme 94
      9.3.2 (Präoperative) Verweildauer 105
      9.3.3 Standardisierte Entlassungsabläufe 118
      9.3.4 Patient/inn/enbefragung 121
      9.3.5 Mitarbeiter/innenbefragung 126
      9.3.6 Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) 152
10 Resümee 164
   10.1 Stimmungsbild der Workshopteilnehmer/innen 164
   10.2 Schnittstellenmanagement – Umsetzungen in der Gesundheitsreform 168
Abbildungsverzeichnis 173
Tabellenverzeichnis 175
Anhang:siehe CD-ROM 176

1.Zusammenfassung des Endberichts

Das Projekt MedTogether wurde vom Strukturfonds des Bundes initialisiert. Als Zielsetzung galt die Optimierung der Aufnahme- und Entlassungsabläufe im Krankenhaus unter Einbeziehung der extramuralen Partner. Dabei sollte die Patient/inn/enbetreuung verbessert, die Zufriedenheit der vor- und nachbetreuenden Einrichtungen gesteigert und die Effizienz im Sinne des ökonomischen Mitteleinsatzes gefördert werden.

Die Teilnahme erfolgte österreichweit in regionalen Netzwerken, in deren Zentrum jeweils Krankenhäuser mit ihren extramuralen Partnerinstitutionen (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Pflegeheime, mobile Dienste, Rehab-Zentren) standen. Insgesamt nahmen 16 Krankenhäuser mit 29 Abteilungen sowie 106 weitere Gesundheitseinrichtungen mit mehr als 290 Mitarbeiter/innen teil.

Die organisatorische Abwicklung und Beratung des Projektes wurde an die Beratergruppe KoeckEbner&Partner in Kooperation mit GeniaConsult übertragen.

Die Durchführung des Projektes umfasste den Zeitraum von Oktober 2002 bis September 2004. Das Projekt gliederte sich in 5 Phasen.

In der **Startphase** wurden die regionalen Netzwerke konstituiert und über eine Projektvereinbarung in die Gesamtstruktur eingebunden. Parallel dazu wurde eine Vorstudie zu bestehenden Initiativen und Projekten auf regionaler sowie auf Bundesebene erstellt. Diese stellte eine wesentliche Grundlage für die inhaltliche Entwicklung des Projektes dar. Im Sinne der Konkretisierung und Veranschaulichung des Projektinhaltes wurden die Schnittstellen anhand von ausgewählten Fallgruppen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Katarakt) analysiert und bearbeitet.

In der **Benchmarkingphase** wurde auf Basis eines differenzierten Evaluationskonzeptes eine Ausgangsmessung zur Qualität der Aufnahme- und Entlassungsprozesse durchgeführt. Der Vergleich bezog sich in manchen Bereichen auf die Summe der restösterreichischen Krankenhäuser bzw. Abteilungen (z.B. ungeplante Wiederaufnahmen, Verweildauer). In anderen Bereichen wurde der Vergleich lediglich unter den teilnehmenden Abteilungen angestellt (z.B. Patient/inn/en- und Mitarbeiter/innenbefragung). Ausgehend von der gemeinsamen Interpretation der Ergebnisse wurden in der Folge Instrumente zur Prozessanalyse eingesetzt, um Ansätze zur Optimierung des Schnittstellenmanagements zu identifizieren.

In der **Umsetzungsphase** wurden zunächst Soll-Prozesse entwickelt, die jeweils den optimalen Ablauf bei der Aufnahme und bei der Entlassung von Patient/inn/eninnen abbilden. Dabei wurde das Hauptaugenmerk auf die Gestaltung des Informationsflusses in der Behandlungs- bzw. Betreuungskette, die Standardisierung der Kriterien zur Aufnahme bzw. Übernahme von Patient/inn/en in eine bestimmte Versorgungsform, die Gestaltung der Information und Kommunikation gegenüber Patient/inn/en und Angehörigen und deren Einbindung in die Aufnahme- und Entlassungsplanung sowie die Standardisierung der Abläufe im Krankenhaus gelegt.

Zur Etablierung dieser Soll-Prozesse wurden entsprechende Maßnahmenpakete ausgearbeitet und auf Basis entsprechender Implementierungskonzepte unter Berücksichtigung der zum Teil komplexen Organisations- und Rahmenbedingungen in die Praxis eingeführt.

Die Resultate dieser Phase sind für jedes regionale Netzwerk umfassend dokumentiert.

In der **Evaluationsphase** wurde überprüft, inwieweit die Verbesserungsmaßnahmen auch zu darstellbaren positiven Veränderungen geführt haben. Der Projekterfolg drückt

sich am deutlichsten in der Reduktion der Rate an ungeplanten Wiederaufnahmen sowie in der Steigerung des Standardisierungsgrades der Entlassungsprozesse aus. Aber auch die generelle Reduktion der Varianz der Verweildauer sowie die Senkung der die Verweildauer und die Verbesserung der Patient/inn/enzufriedenheit in einigen wesentlichen Dimensionen stehen für die Umsetzungskraft des Projektes. Weniger deutlich zeigt sich der Projekterfolg bei der Befragung der Mitarbeiter/innen. Mittels der Prozesskostenschätzung konnte zusätzlich modellhaft erfasst werden, welche Kostenveränderungen aus den optimierten Prozessen zu erwarten sind.

In der **Abschlussphase** erfolgte die Sicherstellung der Ergebnisse. Im Sinne einer Zusammenfassung der Erkenntnisse wurden Musterprozesse ausgearbeitet, denen eine allgemeine Gültigkeit bzw. eine vorbildhafte Funktion für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement zukommt.

Neben der Optimierung der Schnittstellen in der realen Praxis rückte im Projektverlauf die Auseinandersetzung mit den erschwerenden Rahmenbedingungen für die Verbesserungsbemühungen im Aufnahme- und Entlassungsmanagement immer mehr in den Vordergrund. Die explizite Aufarbeitung dieses Themas erfolgte im Rahmen einer Expertengruppe, die inhaltlich von den Projekteilnehmer/innen unterstützt wurde, und mündete in ein entsprechendes **Positionspapier**, das Forderungen an die Auftraggeber zur nachhaltigen Verbesserung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements enthält.

Das Projekt MedTogether hat damit wesentliche und weitere Inputs zur im 2.Halbjahr 2004 realisierten Gesundheitsreform geliefert.

2. Projektübersicht

2.1 Projektauftrag

Das Projekt **MedTogether-Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung** wurde im Oktober 2002 auf Initiative und im Auftrag der Bundesstrukturkommission bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) gestartet und im Herbst 2004 abgeschlossen. Grundlage dafür war die Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Art. 15a B-VG (Art. 5 und 6), die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung Art. (5) Schnittstellenmanagement, in der sich Begriffe wie Qualität, Laufzeit und Kostenverteilung finden und die rasche, lückenlose, medizinisch und ökonomisch sinnvolle Behandlungskette als Anspruch formuliert ist. Im Weiteren wird von funktionierendem Informationstransfer und Sicherstellen des nahtlosen Übergangs gesprochen. Allerdings fehlt eine Verantwortungsübergabe vom Bund an die Länder und einer darauf aufbauende Weitergabe seitens der Länder an den operationalen Bereich (fehlende Verankerung von analogen gesetzlichen Bestimmungen im ASVG, Ärztegesetz und Gesundheits- und Krankenpflegegesetz).

Mit diesem österreichweiten Projekt wurden bereits bestehende Initiativen auf regionaler Ebene sowie Vorprojekte auf Bundesebene weiterentwickelt und verbreitet. Die Teilnahme erfolgte in regionalen Netzwerken, d.h. Krankenhäuser mit ihren extramuralen Partnerinstitutionen.

Die organisatorische Abwicklung und Beratung des Projektes wurde an die Beratergruppe KoeckEbner&Partner in Kooperation mit GeniaConsult übertragen.

2.2 Zielsetzung

Im Mittelpunkt von MedTogether stand die Optimierung der Aufnahme- und Entlassungsabläufe im Krankenhaus unter Einbeziehung der extramuralen Partner. Damit wurde eines der schwerwiegendsten Probleme der österreichischen Gesundheitsversorgung in Angriff genommen, nämlich die mangelhafte Koordination der Patient/inn/enbetreuung an der Schnittstelle zwischen stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen. Das geltende Finanzierungssystem, die fortschreitende Spezialisierung und die laufende Verkürzung der stationären Verweildauer waren als zusätzlich erschwerende Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Die Ziele des Projektes wurden wie folgt konkretisiert:

1. Optimierung des Schnittstellenmanagements, insbesondere des Aufnahme- und Entlassungsmanagements im Krankenhaus unter Einbeziehung der extramuralen Partner
2. Nachhaltige Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements in österreichischen Krankenanstalten
3. Verbesserung der Patient/inn/enbetreuung
4. Steigerung der Zufriedenheit der vor- und nachbetreuenden Einrichtungen
5. Steigerung der Effizienz (ökonomischer Mitteleinsatz)

2.3 Prinzipien

Das Projekt basierte auf den drei Grundsätzen des Auftraggebers:

Patient/inn/enorientierung
- Maximierung der Lebens- und Behandlungsqualität
- gesamtheitliches Qualitätsverständnis
- interdisziplinäre und interprofessionelle Vernetzung der Akteurinnen und Akteure

Transparenz und systematische Verbesserung
- Kontinuierliche Messung und Analyse der Leistung, der Prozesse und der Ergebnisse als Ausgangspunkt für qualitätsverbessernde Maßnahmen
- Adäquate Dokumentation

Quantitativ und qualitativ optimaler Mitteleinsatz
- Effizienzsteigerung zum Wohle der Patient/inn/en
- Systematische, regelmäßige objektive Überprüfung des Mitteleinsatzes

Sowohl die Zielsetzung als auch der methodische Ansatz des Projektes (Kapitel 2.7) sowie das Evaluationskonzept (Kapitel 9) spiegeln diese Prinzipien wieder.

2.4 Fallgruppen

Wie bereits bei den Zielen (Kapitel 2.2) erläutert, lag das Hauptaugenmerk von MedTogether auf der Optimierung des Schnittstellenmanagements zwischen ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen. Dabei wurden die Schnittstellen anhand von konkreten Patient/inn/enkarrieren verdeutlicht, um für das gesamte Entlassungs- und Aufnahmemanagement zu lernen. Dazu wurden unterschiedliche Fallgruppen (Siehe Tabelle 1) untersucht.

Fallgruppen	teilnehmende Abteilungen
Affektive Störungen	**1**
Cholezystektomie	**3**
Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)	**3**
Diabetes	**2**
Herzinfarkt	**5**
Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur	**6**
Katarakt	**2**
Mammakarzinom	**6**
Resektion Prostataadenom (TURP)	**3**
Schlaganfall	**4**
Tagesklinische Hernienoperation	**1**
Totalendoprothetik der Hüfte (TEP)	**4**

Tabelle 1: Fallgruppen nach teilnehmenden Abteilungen; Das Waldviertelklinikum Horn (Partnernetzwerk) ist miteinbezogen, da sich diese Abteilungen für die Evaluation bis Projektende zur Verfügung gestellt haben.

Der Tabelle kann entnommen werden, dass viele Abteilungen an den Fallgruppen hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur, Mammakarzinom sowie Herzinfarkt/ Revascularisation am Projekt teilgenommen haben. Die Fallgruppen Diabetes und Katarakt waren durch zwei Abteilungen, die Fallgruppen affektive Störungen und tagesklinische Hernienoperation jeweils nur durch eine Abteilung vertreten.

Die Fallgruppen wurden anhand folgender Kriterien ausgewählt.

- die Aufnahme und/oder das Entlassungsmanagement für diese Patient/inn/engruppe war von besonderer Resonanz,
- ein Mix an einfacheren und komplexeren Aufnahme- und Entlassungsfunktionen sowie an Fachrichtungen war vorhanden,
- sowohl konservative als auch operative Fallgruppen waren vertreten,
- planbare und nichtplanbare Fallgruppen waren vertreten als auch
- Fallgruppen von der insbesondere ältere Menschen betroffen sind wie auch alle anderen waren vertreten.

Teilnehmende Krankenhäuser und Abteilungen haben sich zwar auf bestimmte Fallgruppen konzentriert (bei der Prozessanalyse und bei Teilen der Evaluation), hatten dabei aber die Optimierung der Schnittstellen für alle Patient/inn/en im Auge. Die detaillierte Zuordnung der Krankenhäuser und der teilnehmenden Abteilungen zu den Fallgruppen findet sich in den nachfolgenden Kapiteln.

2.5 Teilnehmer/innen

Die Projektteilnahme war freiwillig und erfolgte in regionalen Netzwerken (regionale Arbeitsgruppen), die sich rund um ein Krankenhaus organisierten. Konkret wurden die nachfolgenden Einrichtungen angesprochen:

- Fondskrankenanstalten,
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte,
- Träger mobiler Dienste,
- Rehabilitationseinrichtungen sowie
- stationäre Pflegeeinrichtungen.

Tatsächlich nahmen zahlreiche Institutionen und Personen teil:

122 Institutionen, davon

16 Spitäler
29 Fachabteilungen
12 Fallgruppen
22 Rehabilitationszentren
6 Selbsthilfegruppen
10 weitere Krankenhäuser als extramurale Partner bzw. Magistrate
27 externe Organisationen (Rettung, Caritas, psychosoziale Pflegedienste, Volkshilfe)

über 290 Projektteilnehmer/innen, davon

ca. 60 Ärztinnen und Ärzte intramural,
ca. 60 Ärztinnen und Ärzte extramural (Fach-, Reha- und Allgemeinärztinnen und -ärzte),
ca. 65 DGKS/DGKP (inkl. Stationsschwestern und Pflegern),
ca. 20 Mitarbeiter/innen in der Verwaltung, im Sekretariat und im Qualitätsmanagement,
ca. 55 Mitarbeiter/innen extramuraler Dienste (Selbsthilfegruppen, Rehabilitationszentren) sowie
ca. 30 Fachexpert/innen aus medizinischen Institutionen

Im Anhang finden Sie alle Projektteilnehmer/innen namentlich in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet.

Die nachfolgende Tabelle 2 veranschaulicht die genaue Aufteilung der einzelnen Projektgruppen nach den teilnehmenden Einrichtungen, den Abteilungen sowie den Fallgruppen.

Bundesland	Institution	Abteilung	Fallgruppe(n)
Projektgruppe Ost			
Wien	**AKH Wien - Universitätskliniken**	Orthopädie	TEP
	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien	Neurologie	Schlaganfall
	Krankenhaus St.Josef (Wien)	Chirurgie	Tagesklinische Hernienoperation
	Unfallkrankenhaus Lorenz Böhler (Wien)	Unfallchirurgie	Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur
Niederösterreich	**Thermenklinikum Baden**	Departement für Unfallchirurgie	TEP, Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur
	Thermenklinikum Mödling	Gynäkologie und Geburtshilfe	Mammakarzinom
		Allgemeinchirurgie	Cholezystektomie
		Unfallchirurgie	Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur
Burgenland	**Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt**	Chirurgie	Mammakarzinom
		Interne	Herzinfarkt
Projektgruppe Mitte			
Niederösterreich	**Landesschwerpunktkrankenhaus Krems**	Orthopädie	TEP
		Unfallchirurgie	Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur
		Urologie	TURP
Steiermark	**LKH - Universitätsklinikum Graz**	Univ.Klinik f. Strahlentherapie-Radioonkologie, Univ.Klinik f. Gynäkologie u. Geburtshilfe	Mammakarzinom
		Univ.Klinik f. Chirurgie, Klin. Abt. f. Herzchirurgie	Herzinfarkt
		Univ.Klinik f. Unfallchirurgie	Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur
Oberösterreich	**Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz**	Chirurgie	Mammakarzinom
		Kardiologie	Herzinfarkt
	Klinikum Kreuzschwestern Wels	Pulmologie	COPD
		Allgemeinchirurgie	Mammakarzinom
		Urologie	TURP
Projektgruppe West			
Salzburg	**St. Johanns Spital Salzburg**	Pulmologie	COPD
	Krankenhaus Zell am See	Allgemeinchirurgie	Cholezystektomie
		Augenheilkunde	Katarakt
		Interne	Herzinfarkt
Tirol	**Bezirkskrankenhaus Reutte**	Interne	Diabetes und Schlaganfall
	Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall	Station A1, Aufnahmestation Prim.A	Affektive Störungen
Vorarlberg	**Landeskrankenhaus Rankweil**	Neurologie	Schlaganfall

Tabelle 2: Unterteilung der teilnehmenden Einrichtungen in Projektgruppen, Abteilungen und Fallgruppen

- **Krankenhaus St. Josef (Wien),** Interne und Chirurgie: Die Projektarbeit entlang der Fallgruppen Schlaganfall und Mammakarzinom wurde durch interne Veränderungen beendet, die Weiterführung erfolgte anhand der tagesklinischen Hernienoperation.
- **Waldviertelklinikum Horn,** Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Interne, Neurologie und Unfallchirurgie: Das gesamte Klinikum hat

eine Funktion im Partnernetzwerk übernommen und wurde teilweise in die Evaluation miteinbezogen. Die Ergebnisse sind im 9. Kapitel nachzulesen.

- **Universitätsklinik für Orthopädie, Innsbruck**: Die Abteilung ist durch persönliche Veränderungen des Projektgruppendelegierten knapp vor dem Projektende ausgestiegen.

2.6 Nutzenerwartung

Der mögliche Nutzen für die teilnehmenden Organisationen wurde wie folgt beschrieben:

- Zufriedenere Patient/inn/en durch die Verringerung der Belastung bzw. Verunsicherung im Zusammenhang mit Aufnahme und Entlassung sowie durch die Vermeidung von Versorgungslücken
- Verbesserung und Sicherung der Qualität durch Standardisierung von Aufnahme- und Entlassungsprozeduren
- Zufriedenere Zuweiser durch die verbesserte Übernahme der Patient/inn/en bei der Aufnahme
- Zufriedenere Nachbetreuungseinrichtungen durch die verbesserte Übergabe der Patient/inn/en bei der Entlassung (Planbarkeit, Effizienzsteigerung)
- Bessere Gestaltungsmöglichkeit der krankenhausinternen Abläufe durch den optimierten Informationsaustausch an den Schnittstellen
- Bessere Planbarkeit der Bettenbelegung im Krankenhaus
- Angemessenere stationäre Verweildauer durch besser abgestimmte Aufnahme- und Entlassungsprozeduren
- Möglichkeiten zur Entlastung der Mitarbeiter/innen durch effizienteren Informationsaustausch und die aufeinander abgestimmten Abläufe an den Schnittstellen
- Vernetzung mit anderen Krankenhäusern und extramuralen Einrichtungen
- Zugang zu aussagekräftigen Datenauswertungen (österreichweites, differenziertes Benchmarking)
- Möglichkeit zur Mitgestaltung der Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen zum Projektthema
- Verwertung der Projektteilnahme in der Öffentlichkeit

2.7 Methodischer Ansatz/Projektablauf

Bei dem Projekt handelte es sich um ein klassisches Optimierungsprojekt unter Verwendung von Benchmarkingmethoden (Benchmarking[1] = Vergleichen und vom Besten lernen). Die Optimierung erfolgte in fünf Phasen.

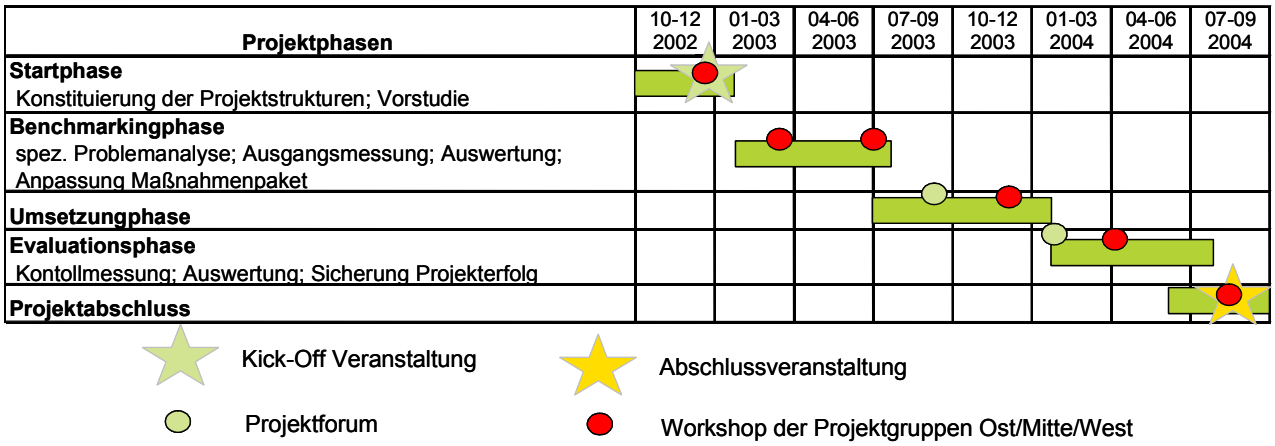


Tabelle 3: Projektphasen von Dez. 2002 bis Sept. 2004

1. **Startphase:** Konstituierung der Projektstruktur und Vorstudie (Oktober 2002–März 2003)
2. **Benchmarkingphase:** Spezifische Problemanalyse, Ausgangsmessung, Auswertung, Anpassung und Maßnahmenpaket (April 2003–Juli 2003)
3. **Umsetzungsphase:** (August 2003–März 2004)
4. **Evaluationsphase:** Kontrollmessung, Auswertung, Sicherung und Projekterfolg (April 2004–September 2004)
5. **Projektabschluss** (September 2004)

2.8 Projektorganisation und Projektstruktur

2.8.1 Prinzipien der Projektorganisation

Die konkrete Projektarbeit im Schnittstellenmanagement erfolgte entlang einiger beispielhafter Fallgruppen wie affektive Störungen, Cholezystektomie, COPD, Diabetes, Herzinfarkt, hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur, Katarakt, Mammakarzinom, Schlaganfall, tagesklinische Hernienoperation, TEP und TURP.

Wesentliche Prinzipien der Projektorganisation waren:

- die zentrale Koordination und Serviceleistung
- die dezentrale Projektverantwortung und Kompetenz
- die freiwillige Teilnahme
- die klar strukturierte Projektentwicklung

Der Aufwand für die teilnehmenden Einrichtungen und die am Projekt mitwirkenden Mitarbeiter/innen wurde so gering wie möglich gehalten. Daher wurde während des Projektes auch eine Reihe von unterstützenden Serviceleistungen angeboten. Für die gesicherte Projektabwicklung war es allerdings auch notwendig, dass sich die

[1] Schedler Kuno: Ansätze einer wirkungsorientierten Verwaltungsführung (S. 199f), 2. Auflage Bern, Stuttgart, Wien: Haupt, 1996

teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen bereit erklärten, eine Reihe von Kriterien zu erfüllen. Diese sind im nachfolgenden Kapitel angeführt.

2.8.2 Teilnahmekriterien

Die Kriterien für die Teilnahme wurden wie folgt festgelegt:

- Nominierung von mindestens zwei Abteilungen im Krankenhaus sowie inhaltliches Commitment zu den definierten Fallgruppen und zur Bearbeitung durch die Abteilungen

- Commitment zur Unterstützung und Durchführung des Projektes sowie zur Kooperation (Trägervertreter, Direktion, Abteilungsleitung)

- Einbindung von extramuralen Partnern, wobei durch diese Partner der gesamte Versorgungsprozess in Bezug auf die relevanten Fallgruppen abgedeckt werden musste und möglichst viele Partner gewonnen werden sollten (schriftliche Interessensbekundung)

- Bereitstellung der erforderlichen Projektstrukturen

- Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung am Benchmarking-Verfahren (beinhaltet auch die Offenlegung der eigenen Daten in der regionalen Arbeitsgruppe bzw. in der Projektgruppe. Für die projektexterne Verwendung wurden alle Auswertungen anonymisiert)

- Bereitschaft zur Mitwirkung an der Dokumentation entsprechend den Anforderungen zur Gesamtdokumentation des Projektes

- Verbindlichkeit einer Fehler- und Lernkultur im Rahmen der Projektteilnahme

- Bereitschaft zur Durchführung von Befragungen bezüglich der Qualität der Kooperation bei den Schnittstellenpartner/innen

- Verpflichtung zur Projektmethodik (beinhaltete die Anwendung von Instrumenten, Ansätze zur Prozessanalyse und Optimierung, zum Benchmarking, zum Projektmanagement, zur Netzwerkgestaltung sowie Reflexionsmethoden etc.)

- Bereitstellung von Zeitressourcen (die spezifische Aufwandskalkulation konnte auf Anfrage über die MedTogether Hotline oder die MedTogether Homepage angefordert werden)

- Engagement zur Entsendung von Projektmitarbeiter/innen zu den Workshops der Projektgruppen, zu den übergeordneten Veranstaltungen (Start-Meeting, Projektforen) sowie zur Projektabwicklung in den regionalen Arbeitsgruppen und in den eigenen Einrichtungen

- Grundsätzliche Bereitschaft zur allfälligen Bereitstellung von Ressourcen für Optimierungsmaßnahmen bzw. zu allfällig erforderlichen Prozess- und Strukturänderungen

2.8.3 Projektstruktur

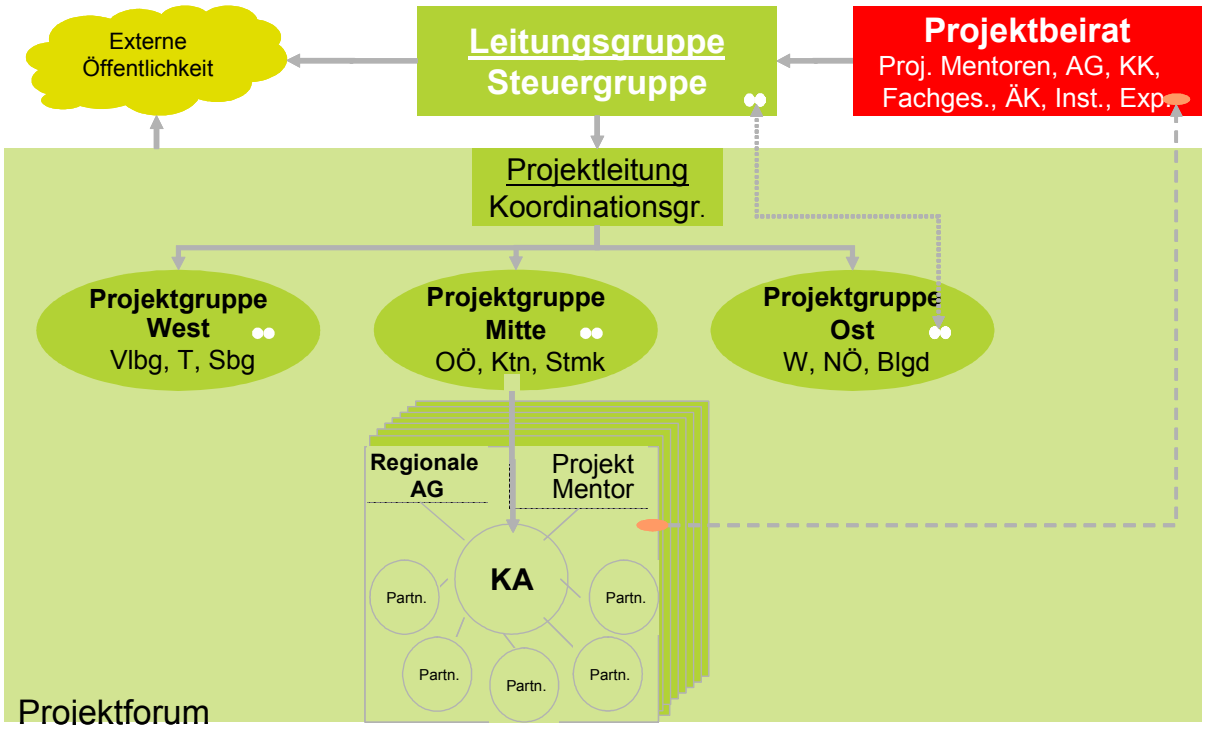


Abbildung 1: Projektstruktur

- **Regionale Arbeitsgruppe/regionale Projektleitung**
  Die Verantwortung für die konkrete Realisierung der Projektziele lag bei allen Projektmitarbeiter/innen der beteiligten Partnereinrichtungen im regionalen Netzwerk (laufende Meetings).

- **Organisationsinterne Projektstruktur**
  Ermöglichte die Realisierung der Projektmaßnahmen in der eigenen Einrichtung.

- **Projektgruppen „Ost", „Mitte", „West"**
  Inhaltliche, methodische und organisatorische Abstimmung zwischen den beteiligten regionalen Netzwerken (vertreten durch die regionalen Projektleiter/innen), Unterstützung zur selbständigen Steuerung der regionalen Projekte (6 Workshops à 2 Tage).

- **Projektforum**
  Arbeits- und Lernebene zwischen allen am Projekt aktiv beteiligten Personen. Für die Mitglieder aller regionalen Arbeitsgruppen sowie die Projektauftraggeber in den teilnehmenden Einrichtungen.

- **Projektbegleitung, Projektorganisation**
  Umfassende Serviceleistungen vor und während des Projektes. Organisatorische Vorbereitung, Koordination und Dokumentation aller Projektphasen und -schritte auf Ebene des Gesamtprojektes.

- **Projektberatung**
  Einbringen von Know-How und Instrumenten auf inhaltlicher-, methodischer- und Prozessgestaltungsebene sowie Bereitstellung von Arbeitsunterlagen.

- **Steuergruppe**
  Laufende Bewertung, Anpassung und Steuerung im Projektverlauf (Projektcontrolling). Besteht aus Vertretern der am Projekt teilnehmenden Einrichtungen, des Auftraggebers und des Beraterteams.

- **MedTogether Homepage**
  Kontinuierliche Information, Unterstützung und Vernetzung.

Aufgaben der Projektgruppen Ost/Mitte/West:

In den überregionalen Projektgruppen wurden:

- Erhobene Daten und Benchmarking-Ergebnisse präsentiert
- Arbeitsinstrumente vorgestellt und eingeübt
- Fachliche und prozessbezogene Unterstützungen angeboten
- Kollegiale Coachings durchgeführt

Jede regionale Arbeitsgruppe entsendete Delegierte. Die Delegierten haben als Team:

- Aktivitäten des regionalen Projekts abgedeckt
- Das Projekt inhaltlich mitgetragen
- Das Projekt nach außen relevant vertreten
- Interprofessionelle Kompetenz eingebracht
- Die regionale Arbeitsgruppe über die Ergebnisse der Projektgruppe informiert

Die Aufgaben der Projektbegleitung und Projektberatung waren:

- Einbringen von Know-How und Instrumenten auf inhaltlicher, methodischer und Prozessgestaltungsebene
- Bereitstellung der Arbeitsunterlagen
- Organisatorische Vorbereitung
- Koordination und Dokumentation aller Projektphasen und -schritte auf Ebene des Gesamtprojektes
- Vernetzung der Projektpartner (mittels Homepage, Hotline, Veranstaltungen)
- Umfassende Serviceleistungen vor und während des Projektes

3. Aufbau des Endberichts

Der Endbericht ist in drei große Bereiche, **Einleitung**, **Produkte** sowie **Projekt-dokumentation** gegliedert.

Der erste Teil, die **Einleitung**, (Kapitel 1 bis 3) befasst sich mit den Rahmenbedingungen des Projektes MedTogether.

Der zweite Teil (Kapitel 4 bis 6) beinhaltet die einzelnen **Projektprodukte**, und zwar die Vorstudie, das Positionspapier sowie das Handbuch für Prozessstandardisierung.

Die Kurzfassung der **Vorstudie** – Leitfaden Schnittstellenmanagement (Kapitel 4) gibt einen Überblick über verschiedene Ansätze zur Optimierung des Schnitt-stellenmanagements zwischen akutstationärer und ambulanter Versorgung.

Das **Positionspapier** – Rahmenbedingungen für erfolgreiches Schnittstellenmanagement (Kapitel 5) befasst sich mit den vom Projektbeirat und von den Projektteilnehmer/innen festgelegten Voraussetzungen für erfolgreiches Schnittstellenmanagement.

Im **Handbuch für Prozessstandardisierung** (Kapitel 6) werden die Grundlagen zum Thema Prozessmanagement erörtert und allgemeingültige Musterprozesse vorgestellt.

Der dritte Teil (Kapitel 7 bis 10) beinhaltet die **Projektdokumentation** und setzt sich aus der Dokumentation der regionalen Arbeitsgruppen, den regionalen Projektbeispielen, der Evaluation und dem Resümee zusammen.

Die **Dokumentation der regionalen Arbeitsgruppen** (Kapitel 7) gibt einen breiten Überblick über die Umsetzung in allen Arbeitsgruppen.

Die Beschreibung der **regionalen Projektbeispiele** (Kapitel 8) dient zur Veranschaulichung der Projektentwicklung in einzelnen regionalen Arbeitsgruppen.

In der **Evaluation** (Kapitel 9) werden das Evaluationskonzept, die Evaluations-dimensionen und die verwendeten Evaluationsinstrumente dargestellt. Im Anschluss sind die Evaluationsergebnisse entlang der Evaluationsansätze anonymisiert dargestellt.

Das **Resümee** (Kapitel 10) fasst die vielfältigen Einschätzungen der MedTogether-Projektdelegierten zum Ende des Projektes zusammen.

4.Vorstudie

In einer Feasibility-Studie, die von der Beratergruppe im Sinne einer Serviceleistung für die teilnehmenden Krankenhäuser und Kooperationspartner erstellt wurde, wurden bestehende Ansätze und Instrumente zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements analysiert und bewertet. Davon ausgehend wurden auf einer verallgemeinerbaren Basis Maßnahmen vorgeschlagen bzw. entwickelt. Im Rahmen dessen erfolgte sowohl die Bezugnahme auf österreichische Projekte und Modelle als auch der Vergleich mit international erfolgreichen Modellen. Der Transfer der Erkenntnisse der Feasibility-Studie auf die Situation der einzelnen Krankenhäuser im spezifischen Versorgungskontext erfolgte daran anschließend als erster Schritt des Benchmarking-Prozesses (siehe Kapitel 3.2 und Kapitel 5). Die Feasibility-Studie erleichterte den regionalen Arbeitsgruppen die Identifikation der spezifischen Probleme im eigenen Versorgungsbereich, die Definition relevanter Kennzahlen und die Auswahl und allenfalls Adaption der für die eigene Problemstellung effektivsten und erfolgversprechensten Maßnahmen. Damit konnte wertvolle Energie am Beginn des Projektes eingespart werden, ohne dass die positive Auseinandersetzung der Projektteilnehmer mit den Inhalten und Methoden zur Verbesserung zu kurz kommt. Durch dieses günstige Aufwand-Nutzen-Verhältnis wurde die aktive Inbesitznahme des Projektes durch die Projektteilnehmer gefördert.

4.1 Überblick

Der Leitfaden Schnittstellenmanagement soll einen kurzen und gestrafften Überblick über verschiedene Ansätze zur Optimierung des Schnittstellenmanagments zwischen akutstationärer und ambulanter Versorgung geben.
Es wurden darin überwiegend in Österreich entwickelte Maßnahmen berücksichtigt. Damit soll größtmögliche Praxisnähe hergestellt und eine bessere Übertragbarkeit ermöglicht werden. Außerdem wäre aufgrund der strukturellen und finanziell unterschiedlichen Rahmenbedingungen die Vergleichbarkeit zwischen Österreich und anderen Ländern nur sehr bedingt möglich.
Die in diesem Leitfaden dargestellten Maßnahmen sind auf der ersten Ebene danach geordnet, auf welchen Kernprozess sie sich jeweils beziehen (siehe Abbildung 2).

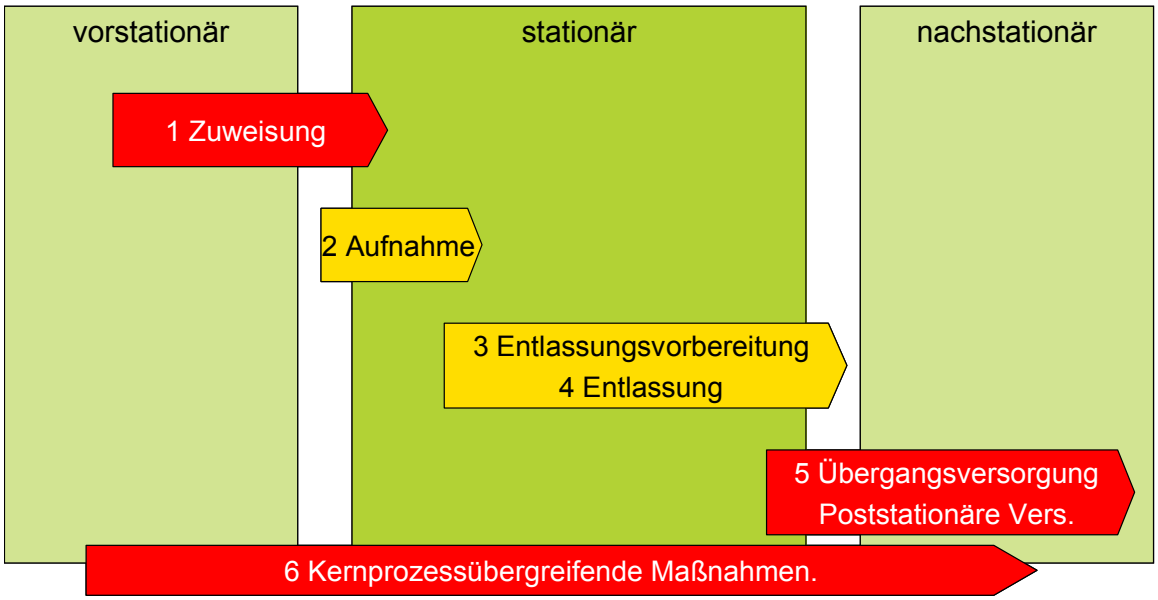


Abbildung 2: Darstellung der Kernprozesse an den Schnittstellen der akutstationären Versorgung

Auf der zweiten Ebene (innerhalb der Zuordnung zum jeweiligen Kernprozess) sind die Maßnahmen in Maßnahmenbereiche gebündelt, je nach dem, wo die Wirkung der Maßnahme ansetzt:

Maßnahmenbereich A:	Medizinischer und administrativer Informationsfluss
Maßnahmenbereich B:	Kriterien zur Aufnahme bzw. Übernahme von Patient/inn/en
Maßnahmenbereich C:	Information und Kommunikation gegenüber Patient/inn/en und Angehörigen
Maßnahmenbereich D:	Standardisierung der Ablaufprozesse

4.2 Kernprozess Zuweisung

Maßnahmenbereich A
Verbesserung des medizinischen und administrativen Informationsflusses

Alle zuweisenden Ärztinnen und Ärzte einer Region erhalten die für sie relevanten Informationen über das Krankenhaus.

z.B.: Information über Leistungsangebot, Ambulanzzeiten und -verantwortliche, Aufnahmeprozeduren, Liste von Telefonnummern und Mailadressen

! Zeitunabhängige Informations- und Kommunikationsmöglichkeit
Organisation regelmäßiger Updates

Verbesserung des persönlichen Informationsaustausches zwischen Zuweiser/innen und Krankenhauspersonal einer Region.

z.B.: Im Rahmen von monatlichen gemeinsamen Besprechungen

! Kombination der Besprechungen mit Fortbildungsangeboten

Maßnahmenbereich B
Standardisierung der Kriterien zur Aufnahme von Patient/inn/en

Entwicklung eines Standardformulars für zuweisende Ärztinnen und Ärzte mit gewissen Mindestangaben.

z.B.: Erfassung aller verfügbaren Vorbefunde, Vermeidung von Doppelbefunden, eventuell differenziert nach Problemstellungen/Fallgruppen

! einheitliche Formulare für unterschiedliche Fallgruppen/Problemstellungen?

Maßnahmenbereich D
Standardisierung der Prozesse

Entwicklung von Informationsfoldern (Richtlinien) für Patient/inn/en, die z.B. bei allen zuweisenden Ärztinnen und Ärzten aufliegen.

z.B.: Information zur Mitnahme von spezifischen Befunden zur Aufnahme

! Einbindung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in den Entstehungsprozess dieser Richtlinien / Informationsfolder?

4.3 Kernprozess Aufnahme

Maßnahmenbereich A
Verbesserung des medizinischen und administrativen Informationsflusses

Verbesserte Kapazitätsplanung auf Abteilungen mit elektiven Operationen – damit verbunden Reduktion der präoperativen Aufenthaltsdauer und Wartezeit.

z.B.: wöchentliche Vormerkpläne, bestimmten Operationen werden fixen Wochentagen zugeordnet, zu erwartende Akutoperationen werden auf Basis von Erfahrungswerten eingeplant.

! EDV-unterstützte Planung
Kontinuierlicher Lernprozess in der Abstimmung von Planung und Realität?

EDV-gestützte Erstaufnahmen für Patient/inn/en direkt auf den Stationen.

z.B.: erste Ansprechstelle ist die Station; der Kernprozess der medizinischen Betreuung steht im Mittelpunkt, die Daten für die Patient/inn/enadministration werden miterfasst und direkt in die Verwaltung übernommen – damit werden Doppelerhebungen von Daten vermieden, Zeit und Aufwand werden gespart.

! Klärung der Zuständigkeiten, Probleme der Abgrenzung bzw. Überwindung berufsgruppenspezifischer Aufgabenzuordnungen

Maßnahmenbereich B
Standardisierung der Kriterien zur Aufnahme

Kommunikation und schrittweise Durchsetzung von Aufnahmekriterien für die akutstationäre Versorgung gegenüber Zuweiser/innen, Patient/inn/en, Angehörigen.

z.B.: Vorschaltung eines ambulanten Aufnahmegesprächs für zugewiesene Patient/inn/en (auch telefonisch) durch stationsführende Ärztinnen und Ärzte.

! Probleme bei der Klärung der Zuständigkeiten in der Versorgungskette insbesondere zwischen ambulanter und stationärer Betreuung in Abhängigkeit von den strukturellen Rahmenbedingungen und finanziellen Anreizsystemen.

Maßnahmenbereich C
Verbesserte Information und Kommunikation gegenüber Patient/inn/en und Angehörigen

Die Verbreitung eines Informationsblattes für Patient/inn/en über die Aufnahme im Krankenhaus.

z.B.: Erklärung des genauen Ablaufes der Aufnahme auf der Station

! Verbreitung über zuweisende Ärztinnen und Ärzte?

Verbesserung des Erlebens der Wartezeit bei der Aufnahme, wenn keine Verkürzung der Wartezeit möglich ist.

z.B.: kontinuierliche Information über die Wartezeitdauer, Zeitschriften oder andere Beschäftigungsmöglichkeiten

! Hilft es Patient/inn/en tatsächlich, wenn sie wissen, wie lange sie warten müssen?

Maßnahmenbereich D
Standardisierung der Prozesse

Erstellung einer Checkliste zu den jeweils relevanten administrativen, pflegerischen und medizinischen Daten, die bei der Aufnahme von Patient/inn/en je nach Problemstellung gefordert sind.

z.B.: Standardisiertes Erheben der Pflegebedürftigkeit vor der Aufnahme bzw. der Heilbehelfe, die schon vorher benötigt wurden

! Verhältnis zwischen einerseits standardisierter Checkliste als Hilfestellung für die Routine und andererseits situationsspezifischem Vorgehen bzw. Abweichung vom Standard im Einzelfall

Standardisiertes Vorgehen bei der Aufnahme von jenen Patient/inn/en, die bestimmten Fallgruppen zugeordnet werden können.

z.B.: standardisiertes Diagnoseschema für Patient/inn/en mit einer bestimmten medizinischen Fragestellung

! Verhältnis zwischen einerseits standardisierter Checkliste als Hilfestellung für die Routine und andererseits situationsspezifischem Vorgehen bzw. Abweichung vom Standard im Einzelfall

Eine Unterteilung in Früh- und Spätaufnahme (am Tag), abhängig von der Zuordnung zu Fallgruppen – Verteilung der Belastung durch Aufnahmen.

z.B.: Patient/inn/en für Untersuchungen werden primär in der Früh aufgenommen, Patient/inn/en für therapeutische Maßnahmen eher am Abend.

4.4 Kernprozess Entlassungsvorbereitung

Maßnahmenbereich A
Verbesserung des medizinischen und administrativen Informationsflusses

Durchführung der Entlassungskoordination durch eine spezialisierte Pflegeperson der Station.

z.B.: Ansprechperson für alle Beteiligten in der Betreuungskette, Durchführung der Entlassung, schriftliche Dokumentation, wöchentliche Meetings

! Die als EntlassungskoordinatorIn tätige Pflegekraft ist evtl. auch in der Pflege am Bett tätig

Stationsübergreifendes Entlassungsmanagement.

z.B.: Abschätzung des Pflegebedarfs, Organisation der Heilbehelfe, Finanzierungsinformation, Information von Patient/inn/en und Angehörigen, Dokumentation, Evaluation

! Sinnhaftigkeit in allen Krankenhäusern, unabhängig von Größe und Abteilungsstruktur? Einbindung von Ärztinnen und Ärzten?

Einsatz eines/r professionellen Entlassungskoordinators/-koordinatorin.

z.B.: spezialisierte Personen (nicht unbedingt aus der Pflege) koordinieren den Kontakt mit der Heimkrankenpflege, so dass die poststationäre Betreuung individuell angepasst organisiert wird; sie informieren darüber Patient/inn/en und Angehörige.

! krankenhausinterne oder extern Bereitstellung dieser Funktion?

Entlassungskoordination durch ein multidisziplinäres Team.

z.B.: ganzheitliche Koordination der Entlassung, gemeinsame Workshops und Trainingsprogramme

! Welche Mitglieder sind im multidisziplinären Team vorzusehen - Einbindung der Ärztinnen und Ärzte?

Einbindung der Hauskrankenpflege in die Entlassung Schulung der beteiligten Mitarbeiter/innen hinsichtlich der neuen Abläufe

z.B.: regelmäßige Entlassungsvisiten, um die poststationäre Betreuung individuell angepasst organisieren zu können

! Abstimmung zur Einbindung verschiedener Anbieter für Hauskrankenpflege

Differenzierte Entlassungskoordination je nach „Schwere" der Bedürftigkeit, entsprechende Schulung der beteiligten Mitarbeiter/innen.

z.B.: schwere Fälle fünf Tage vorher – normale Fälle einen Tag vorher

Etablierung von „Case Managern" im Sinne eines eigenständigen Berufsbildes

z.B.: Planung des gesamten Betreuungsangebotes, damit auch Integration der Schnittstellen im Interesse der Patient/inn/en; Abklärung der bisherigen Betreuungssituation, Beratung über Möglichkeiten und Koordination der poststationären Betreuung, wöchentliche Teambesprechungen

! wo ist diese Funktion angesiedelt, welche Ausbildung ist erforderlich, wie finanziert,...

Ein Trainingprogramm für Mitarbeiter/innen zum Erlernen von Fähigkeiten für Entlassungskoordination.

z.B.: Zuständigkeit, Verhaltensschulung, Planungsfähigkeiten, Konfliktmanagement

! Schulungsumfang, Spezialisierte oder allgemeine Zielgruppe?

Maßnahmenbereich B
Standardisierung der Kriterien zur Übernahme von Patient/inn/en in die poststationäre Betreuung

Kommunikation und schrittweise Durchsetzung von Übernahmekriterien für die poststationäre Versorgung gegenüber akutstationären Einrichtungen, Patient/inn/en, Angehörigen.

z.B.: Vorschaltung eines stationären Übernahmegesprächs für angemeldete Patient/inn/en durch Mitarbeiter/innen der nachbetreuenden Einrichtung.

Maßnahmenbereich C
Verbesserte Information und Kommunikation gegenüber Patient/inn/en und Angehörigen

Ein Informationshandbuch für Mitarbeiter/innen, damit alle die Grundkompetenz als Ansprechpartner für Patient/inn/en und Angehörige aufweisen.

z.B.: Information zu allen Hauskrankenpflegevereinen der Region inkl. Leistungsangebot, Adressen, Ansprechpartner ...

! Zuordnung von persönlicher Ansprechperson für die Patient/inn/en (und damit Spezialisierung einiger weniger) oder Aufteilung der Informationsverantwortung auf alle Mitarbeiter/innen?

Maßnahmenbereich D
Standardisierung der Prozesse

Standardisierter Ablauf zur Vorbereitung der Entlassung.

z.B.: Festgelegter zeitlicher Ablauf differenziert nach Patient/inn/engruppen entsprechend des Bedarfes an poststationärer Betreuung - dadurch z.B. Einhaltung aller Bewilligungsfristen für Heilbehelfe, Verhinderung der Doppelgleisigkeit von Leistungen

! Verhältnis zwischen einerseits standardisiertem Bogen als Hilfestellung für die Routine und andererseits situationsspezifischem Vorgehen bzw. Abweichung vom Standard im Einzelfall.

Beginn der Entlassungsvorbereitung bereits bei, eventuell bereits vor der Aufnahme (bei geplanten Aufnahmen)

z.B.: Erhebung sozialer Daten, beste Einschätzung der persönlichen Ausgangssituation

Anm.: Sollte man die Patient/inn/en damit nicht in Ruhe lassen bis zu dem Tag, an dem sie wirklich entlassen werden?

Die Verwendung von standardisierten Entlassungsbögen.

z.B.: Zusammenführung der Basisinformationen und Aufbereitung für die nachbetreuenden Einrichtungen: Erhebung von Sozialdaten, der Mobilität, von standardisierten Befähigungsscores.

4.5 Kernprozess Entlassung

Maßnahmenbereich A
Verbesserung des medizinischen und administrativen Informationsflusses

Mitgabe des Arztbriefes am Entlassungstag.

z.B.: Standardisierung der Erstellung von Arztbriefen, Integration in den täglichen Visitenbetrieb, Nutzung der technologischen Möglichkeiten

! Durch den Einsatz neuer Technologien Unterstützung anbieten, aber keinen Zwang ausüben

Multidisziplinäre Workshops für Informationsaustausch und Diskussionen.

z.B.: Rollenspiele um die Schwierigkeiten im Entlassungsprozess zu verstehen

! Motivation zur Teilnahme, Interdisziplinarität?

Einführung „Bericht zur Pflegeüberleitung". Ein standardisiertes Formular, das die relevanten Pflegeinformationen von der stationären zur ambulanten Pflege übermittelt.

z.B.: enthält dieser Bericht Hinweise auf Sturzgefahr, Kostformen, Schluckschwierigkeiten, Kommunikations-Fähigkeiten

! Verhältnis zwischen einerseits standardisiertem Bericht als Hilfestellung für die Routine und andererseits situationsspezifischer Beschreibung bzw. Abweichung vom Standard im Einzelfall.

Nutzung moderner EDV Patient/inn/endatennetzwerke.

z.B.: Etablierung integrierter Netzwerke und einheitlicher Datenstandards (zumindest innerhalb einer Region) zur Übermittlung von betreuungs- und behandlungsrelevanten Informationen.

! Sicherheit, Datenschutz. Integration von Netzwerken unterschiedlicher Anbieter, Abhängigkeit von Anbietern

Maßnahmenbereich C
Verbesserte Information und Kommunikation gegenüber Patient/inn/en und Angehörigen

Entwicklung von Informationsfoldern (Richtlinien) für Patient/inn/en und insbesondere auch Angehörige über die poststationären Betreuungsmöglichkeiten.

z.B.: über die Leistungsangebote, die Anbieter, die Anmelde- und Genehmigungsfristen

Festlegung einer Checkliste „Entlassungsgespräch im Rahmen der Visite" gemeinsam für Stationsschwester und Stationsarzt.

z.B.: enthält dieses den Hinweise, dass es sich um ein Entlassungsgespräch handelt, die Bekanntgabe des Entlassungsdatums, die Organisation zur Einschulung für die Verwendung der Heilbehelfe...

! Gefahr der Überforderung der Patient/inn/en bei einem einmaligen Gespräch, Integration der Angehörigen.

Erstellung von Informationsblättern zu den häufigsten Krankheiten.

z.B.: Wie verhalte ich mich mit einer Hüftprothese?

Maßnahmenbereich D
Standardisierung der Prozesse

Festlegung eines einheitlichen Entlassungsprozesses für alle Patient/inn/en und Einschulung aller beteiligten Mitarbeiter/innen.

z.B.: standardisierter Ablauf, beginnend mit der Festlegung des Entlassungstages bis zur tatsächlichen Entlassung bzw. Übermittlung des Artbriefes.

4.6 Kernprozess Übergangsversorgung – poststationäre Betreuung

Maßnahmenbereich A
Verbesserung des medizinischen und administrativen Informationsflusses

Koordination der Maßnahmen zwischen stationären und ambulanten Bereich zwischen Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus- und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

z.B.: Abstimmung der Verschreibungspraxis bei Medikamenten

! Wie viel Standardisierung ist der Qualität zuträglich?

Maßnahmenbereich C
Verbesserte Information und Kommunikation gegenüber Patient/inn/en und Angehörigen

Feedback-Fragebögen an Patient/inn/en 2, 6 und 12 Wochen nach der Entlassung, um daraus für die akutstationäre Betreuung und die Überleitung in die poststationäre Versorgung zu lernen

z.B.: Schmerzausmaß, Mobilitätsstatus, Verlaufsüberprüfung

Aufrechterhaltung des Kontaktes zu den Angehörigen.

z.B.: Regelmäßige Informationsgespräche gemeinsam mit Patient/inn/en und Angehörigen, Schulung des Personals für Kontaktgespräche und telefonische Auskünfte.

4.7 Kernprozessübergreifende Maßnahmen

Maßnahmenbereich A
Verbesserung des medizinischen und administrativen Informationsflusses

Allgemeiner Erfahrungsaustausch zwischen Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich.

z.B.: Regelmäßige Treffen fachlicher und sozialer Natur, Homepage als Kommunikationsplattform,

! Motivation?

Maßnahmenbereich C
Verbesserte Information und Kommunikation gegenüber Patient/inn/en und Angehörigen

Konzentration auf die „menschliche Zuwendung".

z.B.: Schulungen der Mitarbeiter/innen in Gesprächsführung, die Probleme der Patient/inn/en mehr wahr- und ernst nehmen, Umgang mit belastenden Situationen, „schwierigen" Patient/inn/en

! Zeitfrage, Anwendung des Prinzips durch alle Mitarbeiter/innen? Integration der Ärztinnen und Ärzte

Verbesserung der Gesprächsführung.

z.B.: Einführung neuer Kommunikationsmodelle insbesondere bei chronisch kranken Patient/inn/en, übergreifend über die Versorgungsstufen angeboten, z.B. Gruppengespräche zwischen Patient/inn/en, Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal (verbessert Verständnis, Lerneffekt)

! Einbindung von Angehörigen?

4.8 Anhang: Übersicht Referenzprojekte und Initiativen in Österreich

Projekte Österreichweit

Modellprojekt 1 „Aufnahme und Entlassungsmanagement"
(im Rahmen des Projektes „Qualität im Krankenhaus")

Träger: Strukturfonds - Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

Teilnehmende Institutionen:

LKH Leoben
LKH Feldkirch
Donauspital SMZ Ost, Wien
KH der Elisabethinerinnen, Linz

Projekte Burgenland

Überleitungspflege

Region: Oberwart

Träger: KRAGES
KH Oberwart

Teilnehmende Institutionen:

KH Oberwart
Dachverband der Hauskrankenpflegevereine Burgenland

Schnittstellenmanagement zwischen dem Krankenhaus und der extramuralen Pflege

Region: Eisenstadt

Träger: Pflegedirektion des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Eisenstadt

Teilnehmende Institutionen:

KH Barmherzigen Brüder Eisenstadt
Extramurale Pflegedienste im Burgenland

Projekte Oberösterreich

Entlassungsmanagement

Region: Freistadt

Träger: Ärztekammer Oberosterreich

Überleitungspflege

Region: Linz

Träger: AKH Linz

Teilnehmende Institutionen:

AKH Linz

Projekte Kärnten

Kommunikation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

Region: Wolfsberg

Träger: KABEG KA-Fonds

Teilnehmende Institutionen:

LKH Wolfsberg
25 Vertragsärztinnen und -ärzte der Region

Projekte Salzburg

Gesundheitsnetzwerk Patient/inn/enbetreuung

Region: Tennengau

Träger: Gesundheitsnetzwerk Tennengau

Teilnehmende Institutionen:

KH Hallein

Brückenteam für das Schnittstellenmanagement

Region: Salzburg Stadt

Träger: Rotes Kreuz Salzburg

Teilnehmende Institutionen:

Hospiz Salzburg

Überleitung stationäre-teilstationäre-ambulante Patient/inn/enbetreuung

Region: Pongau

Träger: Sozialdienst des Landes Salzburg

Teilnehmende Institutionen:

Bezirkshauptmannschafft St. Johann im Pongau

Projekte Steiermark

Optimierung des Zusammenwirkens im regionalen Gesundheitswesen

Region: Hartberg

Träger: GKK Steiermark
Beratungsfirma Infora

Teilnehmende Institutionen:

KH Hartberg (Interne und Chirurgische Abteilung)
Hauskrankenpflege
Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

Koordinierte Entlassung

Region: Wagna

Träger: KAGes Qualitätssicherungsbeirat

Teilnehmende Institutionen:

KH Wagna

Koordinierte Entlassung

Region: Deutschlandsberg

Träger: KAGes Qualitätssicherungsbeirat
Verein Kompass
Mobile Pflegedienste

Teilnehmende Institutionen:

LKH Deutschlandsberg
Mobile Pflegedienste

Projekte Tirol

Patient/inn/endatennetzwerk

Region: Imst

Träger: kein koordiniertes Projekt, sondern ein Zusammenschluss engagierter Ärztinnen und Ärzte

Teilnehmende Institutionen:

KH Zams
Zahlreiche niedergelassen Ärztinnen und Ärzte der Region

Projekte Vorarlberg

Übergangskoordination durch das ambulante Team Hauskrankenpflege und Hausarzt

Region: Rankweil

Träger: Vorarlberger Landesregierung

Teilnehmende Institutionen:

Hauskrankenpflegevereine
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Übergangskoordination durch Sozial- und Gemeinwesenstelle

Region: Leiblachtal

Träger: Vorarlberger Landesregierung

Teilnehmende Institutionen:

Sozialsprengel Leiblachtal
LKH Bregenz
Sanatorium Mehrerau
Ambulante Pflegedienste

Übergangskoordination als Aufgabe der stationären Pflege

Region: Rankweil

Träger: Landesregierung Vorarlberg

Teilnehmende Institutionen:

3 geronto-psychiatrische Stationen im LKH Rankweil

Projekte Wien

Patient/inn/enorientierte und integrierte Krankenbetreuung

Region: Wien

Träger: Wiener Krankenanstaltenverbund und MA L-Gesundheitsplanung
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie
Wiener Gebietskrankenkasse

Teilnehmende Institutionen:

Hanusch Krankenhaus
Wilhelminenspital
Krankenanstalten des Göttlichen Heilands
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im 14., 16., 17. Bezirk
Öffentliche Apotheken

Entlassungsmanagement

Region: Wien

Träger: KH St. Josef
Caritas

Teilnehmende Institutionen:

KH St. Josef und die Caritas
Zusammenarbeit mit allen Pflegedienstanbietern in Wien

Entlassungsmanagement

Region: Wien

Träger: Wiener Rotes Kreuz
Hartmannspital

Optimierung der Rehabilitationsergebnisse nach hüftgelenksnaher Fraktur durch multiprofessionelles Entlassungsmanagement und Nahtstellenverbesserung

Region: Wien

Träger: SMZ-Sophienspital Rotes Kreuz Wien

Teilnehmende Institutionen:

SMZ-Sophienspital
Rotes Kreuz Wien

Übergreifende Betreuung Chirurgische Rehabilitation

Region: Wien

Träger: SMZ-Sophienspital und UKH Lorenz Böhler

Teilnehmende Institutionen:

SMZ-Sophienspital
UKH Lorenz Böhler

Entlassungsmanagement

Region: Wien

Träger: Wiener Rotes Kreuz
Volkshilfe

Teilnehmende Institutionen:

Hanuschkrankenhaus
Wiener Rotes Kreuz
Volkshilfe
Dachverband der Wiener Pflege- und Sozialdienste

5. Positionspapier

Projektbeirat & Projektgruppendelegierte

Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für erfolgreiches Schnittstellenmanagement

Oktober 2004

Mitglieder Beirat (Redaktion)

Dr. Gerald Bachinger	NÖ Patienten- u. Pflegeanwaltschaft
DGKS Eva-Maria Baumer	BMGF
Primar Dr. Walter Buchinger	Waldviertelklinikum Horn
Dr. Heinz Ebner	KoeckEbner&Partner
Mag. Alice Grundböck	Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste
Mag. Michel Haas	GeniaConsult
Dr. Susanne Herbek	Bereichsl.f.Gesundheitspl.,Finanzm, Geschäftsgr.Gesundheits- & Spitalswesen
Dr. Raimund Seedoch	Beauftragter der reg. Arbeitsgruppe Mödling
Dr. Ulrike Stark	KAGes
Präsidentin Anna-Elisabeth Trauttenberg	Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste

Mitglieder Beirat (Mitautoren)

Mag. Martin Böker	Helga-Treichl-Hospiz
Mag. Adelheid Bruckmüller	Institut für Bildung im Gesundheitsdienst
Univ.Prof. Dr. Gernot Brunner	LKH Universitätsklinikum Graz
Ekkehard Büchler	Selbsthilfe bei Prostatakrebs, Dachverband Österreich
Dr. Walter Dohr	Wiener Patientenanwaltschaft
Präsidentin Christine Ecker	ÖGKV
Dr. Christian Euler	Österreichischer Hausärzteverband
Dr. Peter Fasching	Pflegeheim Baumgarten
Mag. Martina Haring	STGKK
DGKP Klaus G. Kessler	Christian Doppler Klinik
Dr. Gerhard Knor	St.Josef Krankenhaus GmbH
Maria Lackner	IGK Vorarlberg, Fachbereich Hauskrankenpflege
Hubert Lehner	Österreichische Diabetikervereinigung - Bundes Servicezentrale
OA Dr. Clemens Leitgeb	Wilhelminenspital
Mag. Peter Nowak	Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie
Mag. Christa Peinhaupt	Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie
Prim. Dr. Katharina Pils	SMZ Sophienspital
Mag. Renate Skledar	Patientenvertretung der Steiermärkischen Landeskrankenanstalten
Otto Spranger	Österreichische Lungenunion
Mag. Dr. Hannes Steinberger	KABEG - Hauptabteilung III - Informatik und Kommunikationstechnik
DGKS Susanne Stricker, MAS	Wiener Rotes Kreuz - Gesundheits- und soziale Dienste
Gerhilt Zlabinger	Frauenselbsthilfe nach Krebs, Verein Baden

Unterstützende Projektgruppendelegierte

Univ. Prof. Dr. Gerold Holzer	AKH Wien - Universitätskliniken
Dr. Reinhard Pichler	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien
Pflegedirektorin Therese Lutnik	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien
Prim. Univ. Prof. Dr. Wilfried Lang	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien
DGKP Roland Reich	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien
Dr. Julia Ferrari	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien
Dr. Ingrid Lobentanz	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien

Pflegedirektorin Christa Winter	MA 47, reg. Arbeitsgruppe der Barmherzigen Brüder Wien
DGKS Hermine Schreiner	MA 47, Gesundheits- und Sozialzentrum f. den 1., 2., und 20. Bezirk, reg. Arbeitsgruppe der Barmherzigen Brüder Wien
Dr. Richard Maier	Thermenklinikum Baden
DGKS Monika Hüpfner	Thermenklinikum Baden
OA Dr. Gerald Ohrenberger	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt
Dr. Richard Eggenhofer	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt
Dr. Manfred Sket	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt
DGKS Margarete Szinovatz	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt
Dr. Reinhold Fasching	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt
DGKS Margot Eibler	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt
Dr. Christian Euler	Allgemeinmediziner, reg. Arbeitsgruppe der Barmherzigen Brüder Eisenstadt
OA Dr. Andreas Brunner	Thermenklinikum Mödling
OA Dr. Michael Waltner	Thermenklinikum Mödling
WHR Dr. Raimund Seedoch	Beauftragter der reg. Arbeitsgruppe Thermenklinikum Mödling
Dr. Walter Heckenthaler	Allgemeinmediziner, reg. Arbeitsgruppe Thermenklinikum Mödling
Dr. Clemens Leitgeb	Facharzt für Innere Medizin u. Onkologie, reg. Arbeitsgruppe Thermenklinikum Mödling
DGKS Claudia Hartl	Caritas Wien, reg. Arbeitsgruppe Thermenklinikum Mödling
DGKS Jeanette Kügler	Landespensionisten- u. Pflegeheim Mödling, reg. Arbeitsgruppe Thermenklinikum Mödling
Mag. Gerhard Fuchs	Krankenhaus St. Josef (Wien)
Dr. Gerhard Knor	Krankenhaus St. Josef (Wien)
Thomas Wind	Krankenhaus St. Josef (Wien)
Dr. Claus Luftensteiner	Krankenhaus St. Josef (Wien)
OA Dr. Dieter Eschberger	Unfallkrankenhaus Lorenz Böhler (Wien)
OA Dr. Josef Gröbner	SMZ Floridsdorf, reg. Arbeitsgruppe des Unfallkrankenhaus Lorenz Böhler (Wien)
Prim. Dr. Katharina Pils	Sophienspital, reg. Arbeitsgruppe des Unfallkrankenhaus Lorenz Böhler (Wien)
Prim. Dr. Eckhart Breinl	Schwerpunktkrankenhaus Krems
Mag. Gerhard Deutinger	Schwerpunktkrankenhaus Krems
Prim. Univ. Prof. Dr. Florian Gottsauner-Wolf	Schwerpunktkrankenhaus Krems
DGKS Elisabeth Groiss	Schwerpunktkrankenhaus Krems
Ing. Renate Matous, MAS	Schwerpunktkrankenhaus Krems
DGKS Monika Zwirchmayr	Schwerpunktkrankenhaus Krems
DGKS Helga Marchsteiner	Schwerpunktkrankenhaus Krems
Dr. Renate Zechmeister	Allgemeinmedizinerin, reg. Arbeitsgruppe des Schwerpunktkrankenhaus Krems
Ingrid Walzer	Caritas, reg. Arbeitsgruppe des Schwerpunktkrankenhaus Krems
Mag. Christine Foussek	LKH- Universitätsklinikum Graz
Univ. Ass. Dr. Rainer Gumpert	LKH- Universitätsklinikum Graz
OA Dr. Gero Luschin-Ebengreuth	LKH- Universitätsklinikum Graz
Univ. Prof. Dr. Heinrich Mächler	LKH- Universitätsklinikum Graz
OA Dr. Luay Salaymeh	LKH- Universitätsklinikum Graz
OA Dr. Heidi Stranzl	LKH- Universitätsklinikum Graz
OA Dr. Sabine Pöstlberger	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
OA Dr. Anton Ebner	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
Dr. Karl Hochreiter	Klinikum Kreuzschwestern Wels
Dr. Harald Eder	Klinikum Kreuzschwestern Wels
Dr. Günther Peinthor	Klinikum Kreuzschwestern Wels
Prim. Univ. Doz. Dr. Walter Pauer	Klinikum Kreuzschwestern Wels
DGKS Beatrix Lötsch	Klinikum Kreuzschwestern Wels
OA Dr. Gertrud Beck	Bezirkskrankenhaus Reutte
DGKS Alfreda Kleinhappel	Bezirkskrankenhaus Reutte
DGKP Thomas Sturm	Bezirkskrankenhaus Reutte
Prim. Univ. Doz. Dr. Michael Studnicka	St.Johanns Spital Salzburg
Dr. Brigitte Riegler	St.Johanns Spital Salzburg
DGKS Gabriele Stadlbauer	St.Johanns Spital Salzburg
MTA Susanne Lampert	Krankenhaus Zell am See
Karin Foidl	Krankenhaus Zell am See
OA Dr. Guntram Heiß	Krankenhaus Zell am See
Dr. Kai Uwe Asche	Krankenhaus Zell am See
Dr. Alfred Schernthanner	Allgemeinmediziner, reg. Arbeitsgruppe des Krankenhaus Zell am See
Prim. Dr. Stefan Koppi	Landeskrankenhaus Rankweil
DGKP Arthur Bertsch	Landeskrankenhaus Rankweil

DGKP Norbert Schnetzer	Landeskrankenhaus Rankweil
OA Dr. Walter Kaindl	Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall
OÄ Dr. Karin Treichl	Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall
Dr. Willibald Lackinger	Facharzt, reg. Arbeitsgruppe des Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall
DPGKP Karl-Heinz Alber	Psychosozialer Pflegedienst Tirol, reg. Arbeitsgruppe des Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall
DPGKP Wolfgang Posch	Psychosozialer Pflegedienst Tirol, reg. Arbeitsgruppe des Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall

A Einleitung

1. Kurzbeschreibung Projekt MedTogether

Das Projekt MedTogether, das vom Strukturfonds des Bundes beauftragt wurde, hatte die Optimierung des Schnittstellenmanagements zwischen ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen zum Ziel. Unter Einbeziehung der extramuralen Partner sollten die Aufnahme- und Entlassungsabläufe im Krankenhaus in Hinblick auf die Patient/inn/en-Betreuung und die Gesamteffizienz sowie die Zufriedenheit der vor- und nachbetreuenden Einrichtungen verbessert werden. Am Projekt nahmen 18 Krankenhäuser mit 31 Krankenhausabteilungen sowie eine Vielzahl von niedergelassenen Partnern in der extramuralen Versorgung (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, mobile Dienste, Rehab-Zentren, Pflegeheime) aus ganz Österreich teil. Das Projekt lief von Herbst 2002 bis Herbst 2004.
Die inhaltliche Arbeit erfolgte unter Konzentration auf die relevanten Kernprozesse (Zuweisung, Aufnahme, Entlassungsvorbereitung und Entlassung, Übernahme in die nachstationäre Versorgung) sowie entlang beispielhafter Fallgruppen (affektive Störungen, COPD, Cholezystektomie, Diabetes, Herzinfarkt, Katarakt, Mammacarcinom, hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur, TURP, Schlaganfall, Totalendoprothetik der Hüfte). Folgende Maßnahmenbereiche wurden bearbeitet:

- Gestaltung des medizinischen und administrativen Informationsflusses in der Behandlungs- bzw. Betreuungskette
- Standardisierung der Kriterien zur Aufnahme bzw. Übernahme von Patient/inn/en in eine bestimmte Versorgungsform
- Gestaltung der Information und Kommunikation gegenüber Patient/inn/en und Angehörigen und deren Einbindung in die Aufnahme- und Entlassungsplanung (Empowerment)
- Standardisierung der Abläufe bei Aufnahme und Entlassung im Krankenhaus (z.B. präoperativ bei elektiven Eingriffen, postoperativ bis zur Entlassung)

Die Projektstruktur wird aus der nachfolgenden Abbildung 3 ersichtlich. Weitere Informationen finden sich auf der Projekthomepage www.medtogether.at.

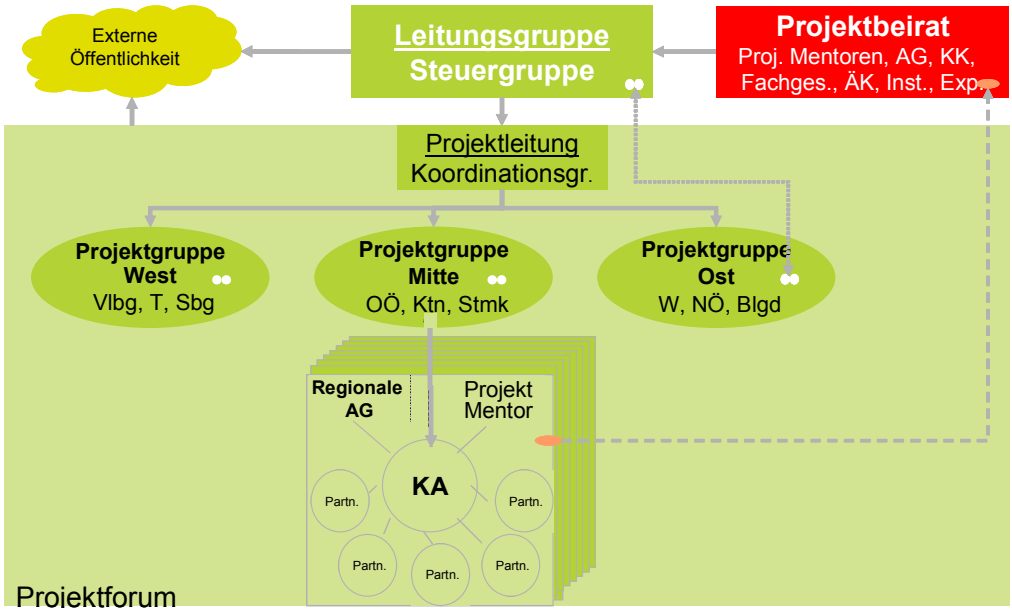


Abbildung 3: Projektstruktur MedTogether

2. Auftrag des Projektbeirates

Der Projektbeirat wurde im Herbst 2003 als beratendes, unabhängiges Expert/inn/engremium der Leitungsgruppe des Projektes MedTogether konstituiert. Als wesentlichste Aufgabe übernahm der Beirat den Auftrag, bis Projektende ein gemeinsam verfasstes Positionspapier zu erstellen, das sich mit den erforderlichen Voraussetzungen/Rahmenbedingungen zur erfolgreichen Etablierung des Schnittstellenmanagements zwischen intra- und extramuralen Gesundheitseinrichtungen befasst. Grundlage dafür waren einerseits die persönliche Expertise und der Erfahrungshintergrund der Beiratsmitglieder, andererseits die laufende Kommunikation, der entsprechende Erfahrungsaustausch und die inhaltliche Abstimmung mit den Teilnehmer/innen des Projektes.

3. Entwicklung des Positionspapiers

Der Ablauf zur Entwicklung des Positionspapiers ist nachfolgend im Überblick dargestellt:

Arbeitsschritt	Wer?	Termin
Vorbereitungspapier 1. Beiratsmeeting	Projektleitung	24.11.2003
Schriftliche Befragung	Beiratsmitglieder	04.12.2003
1. Beiratsmeeting / Inhaltliche Grobabstimmung	Beirat	11.12.2003
Ausarbeitung Konzept (1.Version)	Arbeitsgruppen Beirat	23.01.2004
Projektforum: Präsentation und Diskussion des Konzeptes (1.Version)	Projektbeirat/-Projektteilnehmer/innen	29.01.2004
Adaption des Konzeptes, Erstellung 2.Version	Projektleitung	13.02.2004
2. Beiratsmeeting / Abschließende inhaltliche Diskussion	Beirat	18.02.2004
Redaktionelle Überarbeitung (Erstellung 1. Entwurf)	Projektleitung/nominierte Beiratsmitglieder	10.03.2004
Feedback Projektteilnehmer/innen	Projektgruppendelegierte	10.04.2004
Adaption des 1. Entwurfes (Erstellung 2. Entwurf)	Projektleitung	31.07.2004
Letzte Anmerkungen zum 2. Entwurf	Beirat	23.08.2004
Endfertigung Positionspapier	Projektleitung	05.09.2004
Abgabe Unterstützungserklärung	Projektgruppendelegierte	20.09.2004
Übergabe des Positionspapier an den Auftraggeber	Projektleitung	30.09.2004

4. Thematische Schwerpunkte/Übersicht

Die Ausarbeitung der Positionen erfolgte inhaltlich entlang der nachfolgend dargestellten Themenstruktur, auf die sich der Beirat zu Beginn seiner Arbeit einigte. Die Gliederung des vorliegenden Positionspapiers entspricht großteils dieser Struktur (einige Themenbereiche wurden in übergeordneten Kapiteln zusammengefasst):

1. Identifikation der Zielgruppen
2. Verbindlichkeiten und Standards

- **Definition und Standardisierung** der notwendigen **Prozesse und Leistungen** an den Schnittstellen
- z.B. Entlassungsvorbereitung, poststationäre Betreuungskoordination, medizinische Übergangsbetreuung
- Vereinfachung und Standardisierung des **Leistungszugangs** an den Schnittstellen
- z.B. dezentrale Entscheidung über Leistungsanspruch, zentrale Kontrollfunktion in Bezug auf die Inanspruchnahme von Leistungen

- Verbindliche **Kommunikationsstrukturen und -prozesse** für Schnittstellen-partner/innen
- z.B. Entlassungscheckliste, Assessment zu poststationären Betreuungsmöglichkeiten, regelmäßige Fallkonferenzen

3. Patient/inn/enwahrnehmung und -empowerment

4. Informationen und Transparenz für alle Systembeteiligten
in Bezug auf Betreuungsprozesse, Leistungen, Zugangsregeln, AnbieterInnen, Qualität

5. Strukturqualitätskriterien
Definition der Strukturqualität in Hinblick auf medizinische, pflegerische, therapeutische, strukturelle und organisatorische Qualitätskriterien

6. Finanzierung und Anreize

- Finanzierung von Schnittstellenleistungen
  angemessene, leistungsspezifische Honorierung der Leistungserbringer
- Patient/inn/en- und effizienzorientierte Vorgaben bzw. Anreizstrukturen
  Aufheben widersprüchlicher Interessenslagen, Orientierung an optimalen (standardisierten) Betreuungsabläufen, Vermeidung ineffektiver bzw. ineffizienter Leistungen

7. Evaluierung und Monitoring der Schnittstellenprozesse
in Bezug auf Strukturen, Prozesse, Ergebnisse

8. Rechtssicherheit an den Schnittstellen
z.B. in Bezug auf Datenübermittlung etc.

5. Arbeitsgruppen des Projektbeirates

Arbeitsgruppe A

Die Arbeitsgruppe A arbeitete die folgenden Themenfelder aus:

- **Identifikation der Zielgruppen**
- **Verbindlichkeiten und Standards**

Mitglieder der Arbeitsgruppe A:

- Prim. Dr. Walter **Buchinger**
- Ekkehard **Büchler**
- Mag. Martina **Haring**
- Dr. Susanne **Herbek**
- Hubert **Lehner**
- Mag. Peter **Nowak**
- Prim. Dr. Katharina **Pils**
- Dr. Ulrike **Stark**
- Mag. Dr. Hannes **Steinberger**
- Susanne **Stricker**

Arbeitsgruppe B

Die Arbeitsgruppe B arbeitete die folgenden Themenfelder aus:

- **Patient/inn/enwahrnehmung und -empowerment**
- **Informationen und Transparenz**

Mitglieder der Arbeitsgruppe B:

- Dr. Gerald **Bachinger**
- Eva-Maria **Baumer**
- Dr. Christian **Euler**
- HR Prim.Dr. Raimund **Seedoch**
- Otto **Spranger**

- Anna-Elisabeth **Trauttenberg**
- Gerhilt **Zlabinger**

Arbeitsgruppe C

Die Arbeitsgruppe C arbeitete die folgenden Themenfelder aus:
- **Strukturqualitätskriterien**
- **Finanzierung und Anreize**

Mitglieder der Arbeitsgruppe C:
- Prim. Univ.-Doz. Dr. Peter **Fasching**
- Mag. Alice **Grundböck**
- DGKP Klaus **Kessler**
- Dr. Gerhard **Knor**,
- OA Dr. Clemens **Leitgeb**
- Mag. Herta **Rack**

Das Themenfeld **Evaluierung und Monitoring** wurde von Eva-Maria **Baumer** ausgearbeitet, das Themenfeld **Rechtssicherheit** von Mag.Michel **Haas**, Dr.Gerald **Bachinger** und Dr.Walter **Dohr**.

B Aufarbeitung der Themen

1. Einleitung/(An-)Forderungen an die Entscheidungsträger

Im Spannungsfeld der demographischen Entwicklung (und der damit verbundenen notwendigen Leistungsausweitung im extramuralen Bereich), des ökonomischen Druckes und der steigenden Qualitätsansprüche gewinnt das effiziente und effektive Management der Patient/inn/enbetreuung an den Schnittstellen der Versorgung zunehmend an Bedeutung.
Eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten oder extramuralen Bereich erfordert nicht nur differenziertere organisatorische Planungen, sondern stellt auch hohe Anforderungen an die Betreuungsqualität im extramuralen Bereich. Es sollten daher alle Anstrengungen unternommen werden, um im intramuralen und extramuralen Bereich ein einheitlich definiertes und damit vergleichbares Niveau der Versorgungsqualität für die Patient/inn/en zu schaffen.
Änderungen im System bedürfen aufgrund der Komplexität des Gesundheitssystems einer umfassenden bzw. integrierten Betrachtungsweise. In den nachfolgenden Kapiteln sind die wesentlichen Punkte ausgeführt. Die (An-)Forderungen an die Entscheidungsträger lassen sich im Überblick aus dem Inhaltsverzeichnis des Positionspapiers ableiten (Lösungsansätze).

2. Identifikation der Zielgruppen

Laut Schätzung der Expert/inn/en bedürfen derzeit rund 15–20%[2] aller stationärer Krankenhauspatient/inn/en aufgrund der komplexen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und/oder sozialen Situation einer individuell spezifischen Unterstützung im Entlassungsprozess (koordinierte Entlassung, Überleitpflege, etc.). Aufgrund der demographischen Entwicklung und der Entwicklung der medizinischen Möglichkeiten ist mit einer Zunahme dieser Patient/inn/engruppe zu rechnen. Diese ist bei der Planung des Betreuungsangebots im extra- und intramuralen Bereich besonders zu berücksichtigen.

[2] Die demographische Entwicklung der nächsten Jahren ist in den genannten Zahlen nicht berücksichtigt

Grundsätzlich wurden **2 relevante Zielgruppen** definiert, für die das Schnittstellenmanagement unterschiedlich zu realisieren ist:

1) **„Routine"-Patient/inn/en ohne zusätzlichen Unterstützungsbedarf**
prä- und/oder poststationär (ausgenommen die unmittelbare Nachbehandlung) im medizinischen und organisatorischen Sinn.
Der Anteil dieser „Routine"-Patient/inn/en an der Gesamtzahl der Patient/inn/en in den Krankenanstalten wurde auf 80% geschätzt. Diese Annahme sollte durch entsprechende Analysen überprüft werden.

2) **Patient/inn/en mit zusätzlichem Unterstützungsbedarf**
in dieser Patient/inn/engruppe werden alle Patient/inn/en subsummiert, die einen individuell spezifischen (eventuell auch nur temporären) Unterstützungsbedarf zur Bewältigung des täglichen Lebens haben.

Diese Patient/inn/engruppe ist in Abhängigkeit vom **Grad des Unterstützungsbedarfs** in weitere Untergruppen einteilbar:

a) Patient/inn/en mit geringem Unterstützungsbedarf
b) Patient/inn/en mit umfassendem Unterstützungsbedarf
c) Chronisch Kranke: – mit **planbarem** Unterstützungsbedarf
– mit **nicht planbarem** Unterstützungsbedarf

Folgende **Versorgungs-Dimensionen** spielen eine Rolle:

- sozial
- ärztlich
- pflegerisch
- therapeutisch

In Abhängigkeit vom **Status der Patient/inn/en** sind unterschiedliche Leistungsbereiche betroffen:

1. Ambulant
2. Teilstationär
3. Stationär – in (Kranken-) Pflegeanstalt oder in Reha-Einrichtung

Regelungen und Standards des Schnittstellenmanagements sollten diese drei Dimensionen des Bedarfs, der Versorgung und des Status der Patient/inn/en systematisch berücksichtigen.

3. Verbindlichkeiten und Standards

3.1 Einleitung

An den Schnittstellen im Gesundheitswesen besteht ein großer Informationsbedarf, dem in der gelebten Praxis hohe Informationsverluste gegenüberstehen. Die Aufnahme ins Krankenhaus sowie die Entlassung aus diesem (bzw. die Überleitung in die nachstationäre Betreuung) sind die zwei relevanten Schnittstellen zwischen extramuralen und intramuralen Gesundheitsdienstleistern.
Erfahrungsgemäß kommt es durch unzureichende und unstrukturierte, aber auch durch zu umfassende oder zu kompliziert dargestellte Informationen an diesen Schnittstellen häufig zu Unterbrechungen in der Kontinuität der Patient/inn/enversorgung. Dies bringt Nachteile für die Patient/inn/en mit sich, hat aber auch ökonomische Auswirkungen (Doppeluntersuchungen, hohe Wiederaufnahmerate, Verweildauer etc., siehe Abbildung 4).

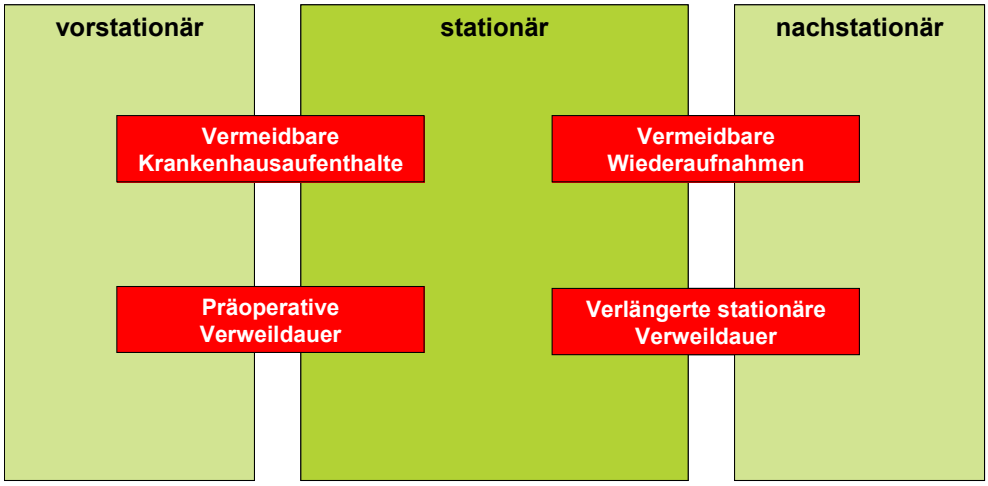


Abbildung 4*:* Auswirkungen von Schnittstellenproblemen

3.2 Lösungsansätze an den Schnittstellen

Es sollen entsprechende Regelungen (Standards) für Informationen entwickelt, übernommen und verbindlich im Gesundheitswesen eingesetzt werden. So gibt es aus den Projekten zum Thema Schnittstellenmanagement sowohl eine Reihe anwendbarer Vorschläge für die Art und Weise der Information selbst als auch für die Regelung der Informationsübertragung (standardisierte Arztbriefe, standardisierte Zuweisungs-, Entlassungs- und Übernahmeprozesse, mit entsprechend geregelter Information und ähnliches mehr). Die relevanten Informationen sollen die Patient/inn/en durchgängig über alle Schnittstellen hinweg begleiten. Voraussetzungen dafür sind die Definition der Abläufe und Zuständigkeiten an den Schnittstellen sowie die Definition der Leistungen für die jeweiligen Versorgungsbereiche.

Rechtliche Anmerkung: Ein explizites Recht der Patient/inn/en auf die Definition und Standardisierung der notwendigen Leistungen an den Schnittstellen fehlt sowohl im extra- wie im intramuralen Bereich (§ 24 KAKuG). Ein einziger Hinweis findet sich im Artikel 5 der Patientencharta: (3) **Die Kontinuität der Behandlung und Pflege ist durch organisatorische Maßnahmen zu wahren**. In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung Art. (5) Schnittstellenmanagement finden sich Begriffe wie Qualität, Laufzeit und Kostenverteilung, sowie rasche, lückenlose, medizinisch und ökonomisch sinnvolle Behandlungskette. Im Weiteren wird von funktionierendem Informationstransfer und Sicherstellen des nahtlosen Übergangs gesprochen. Allerdings fehlt eine Verantwortungsübergabe vom Bund an die Länder und einer darauf aufbauende Weitergabe seitens der Länder an den operationalen Bereich (fehlende Verankerung von analogen gesetzlichen Bestimmungen im ASVG, Ärztegesetz und Gesundheits- und Krankenpflegegesetz).

Schnittstelle extramural – intramural

3.2.1 Standardisierung der „Zuweisungsinformation" (Antrag auf Anstaltspflege)

Bei einer (geplanten) Aufnahme ins Krankenhaus ist es für die aufnehmende Einrichtung sehr hilfreich, wenn die relevanten Patient/inn/endaten mitgeteilt werden (Landesweit gültige Standards existieren beispielsweise aus Wien und der Steiermark):

- (Verdachts-)Diagnose(n) und bisherige Abklärung
- allfällige, wesentliche Nebendiagnosen
- Dauermedikationen

- allenfalls Akutmedikationen (falls relevant)
- soziale Situation (allein lebend, Familie, Pflegeheim, etc)
- bereits vorhandener Unterstützungsbedarf und vorhandene Unterstützung
- Erreichbarkeit des Zuweisers zwecks Rückfragen

Rechtliche Anmerkung: Es besteht derzeit kein Recht auf eine standardisierte Zuweisungsnachricht (z.B. für die elektronische Übermittlung ähnlich dem XML-Arztbrief der Ärztekammer, siehe Anhang C 2).

3.2.2 Standardisierung der prästationären Diagnostik

Werden zur Vorbereitung auf einen (geplanten) Krankenhausaufenthalt bzw. im Rahmen institutionsübergreifender Zusammenarbeit in der Patient/inn/enbetreuung Untersuchungen im extramuralen Bereich (prästationär) erbracht, so ist zur effizienten Organisation der prästationären Diagnostik bzw. anästhesiologischen Vorbereitung und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen eine klare Definition (Standardisierung) der erforderlichen Leistungen unabdingbar. Dies gilt insbesondere für häufige geplante chirurgische Eingriffe (Beispiel: österreichweites BMGF-Projekt zur Ausarbeitung von Standards/Empfehlungen für die präoperative Diagnostik). Die Standardisierung hat dabei nicht für alle, sondern lediglich für bis zu 80% einer bestimmten Patient/inn/engruppe Gültigkeit (z.B. Patient/inn/en mit geringem Risiko wie ASA 1- und ASA 2-Patient/inn/en).

Aus dem Projekt MedTogether liegt ein entsprechender Musterprozess als Vorlage für die Verbindlichmachung vor (siehe Anhang C3).

Abgesehen von der Standardisierung der prästationären Diagnostik bzw. anästhesiologischen Vorbereitung sollte auch im niedergelassenen Bereich eine einheitliche Beschreibung des Qualitätsniveaus für die Leistungserbringung erfolgen (vergleichbar dem Auftrag zur Qualitätssicherung in den Krankenanstalten). Eine Methode zur Entwicklung einheitlicher Qualitätsniveaus ist die Orientierung an externen Standards bzw. die Implementierung externer Qualitätssicherungsverfahren (am Beginn fokussiert auf die wesentlichen Hauptdiagnosen).

3.2.3 Standardisierte Risikoinformation bei Patient/inn/en

Bei der Übernahme von Patient/inn/en aus einer anderen Betreuungseinrichtung oder dem häuslichen Bereich sind Informationen, beispielsweise über Blutgruppe, chronische (Begleit-) Erkrankungen, Risikofaktoren, Dauermedikationen, etc. von besonderem Interesse. In Notfallssituationen können solche Daten lebensrettend sein. Für alle Beteiligten bringt es einen erheblichen Vorteil, wenn Patient/inn/en solche Informationen zusammengefasst und übersichtlich bei sich tragen. Lösungen werden zurzeit bereits in Ansätzen praktiziert – Diabetikerausweise, Blutgruppenausweise, Allergieausweise, etc. Hier besteht allerdings das Spannungsfeld zwischen dem Recht des Individuums auf Schutz der persönlichen Daten und den Möglichkeiten, die aus der umfassenden Dokumentation von Daten im Sinne der Betreuungskontinuität resultieren. Unsystematische Dokumentationssysteme (insbesondere jene, die auf Freiwilligkeit basieren) haben den Nachteil, dass die relevanten Informationen häufig nicht verfügbar (Ausweis nicht dabei) oder unverlässlich sind (keine aktuellen Daten). Die Patient/inn/en-Chipkarte könnte für alle Problembereiche eine verlässliche Lösung darstellen.

3.2.4 Definition der Leistungszuständigkeiten an Schnittstellen

Bei der Übergabe bzw. Übernahme von Patient/inn/en zwischen intra- und extramuralem Versorgungsbereich müssen häufig Leistungen erbracht werden, die nicht eindeutig dem einen oder anderen Versorgungsbereich zuzuordnen sind. Eine klare Definition, welche Leistungen im Rahmen dieser Übergabe-/Übernahmeprozesse zu erbringen sind und wer für diese verantwortlich ist (extramuraler; stationärer oder spitalsambulanter Bereich), erhöht die Effizienz im Schnittstellenbereich.

Rechtliche Anmerkung: Im Artikel 5, Abs. 3 der Patientencharta findet sich zu diesem Thema der Hinweis: **„Die Kontinuität der Behandlung und Pflege ist durch organisatorische Maßnahmen zu wahren"**. Eine exakte Definition von Anforderungen an die Erbringer von Schnittstellenleistungen in Gesetzesform fehlt bisher, da die Patientencharta ein Staatsvertrag zwischen Bund und jeweiligem Bundesland ist, aber kein Gesetz, dem eine direkte normative Wirkung zukommt. Krankenanstalten sollten allerdings gesetzlich verpflichtet sein, Aufnahme- und Entlassungsmanagement als Kernprozesse im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zu definieren und entsprechende Prozessabläufe zu entwickeln.

3.2.5 Einheitliche Diagnoseschlüssel und Leistungscodes zwischen intramuralem und extramuralem Bereich

Die Einführung und Verwendung einheitlicher Diagnoseschlüssel und Leistungscodes in den Leistungssektoren (stationär, ambulant, extramural) bringt im Gesamtsystem Vorteile für die Kontinuität der Patient/inn/enbetreuung und vereinfacht die Administration. Dabei ist zu beachten, dass bestimmte Beschwerden der Patient/inn/en bzw. Leistungen im Rahmen der Betreuung an den Schnittstellen mit den derzeitigen Codierungssystemen nicht beschrieben werden können.

Schnittstelle intramural – extramural

3.2.6 Standardisierung des Patient/inn/enbriefes

Ein standardisiertes Dokument, das bei Entlassung sämtliche, für die weitere Betreuung wesentlichen Informationen (insbesondere ärztliche, pflegerische, therapeutische und soziale) strukturiert zusammenfasst, ist insbesondere für jene Patient/inn/en zu fordern, für die ein spezifischer Unterstützungsbedarf festgestellt wird. Zum einen soll der Nachrichteninhalt des Patient/inn/enbriefes vereinheitlicht und normiert werden (siehe z.B. XML-Arztbriefes der Ärztekammer, Anhang C2). Zum anderen sollten verbindliche Vorgaben bezüglich der rechtzeitigen Weitergabe der Informationen eingeführt werden (Weitergabe bei Entlassung, eventuell auch vor Entlassung im Sinne eines Avisos), ein entsprechendes Qualitätsmerkmal sollte definiert werden.

Wesentlich ist, dass die Betreuung am Entlassungstag sowie die Versorgung mit Medikamenten und Pflegemitteln, Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln und therapeutische Maßnahmen sofort im Anschluss an die Entlassung gesichert ist.

Rechtliche Anmerkung: Neben dem bereits im §24 KAKuG enthaltenen Recht auf „**unverzügliche Anfertigung eines Arztbriefes**", sollte die Formulierung „**... der Arztbrief ist diesem (Pflegling) oder dem Zuweiser ... zu übermitteln.**" ersetzt werden durch „**...der Arztbrief ist diesem (Pflegling) ... mitzugeben**", wodurch der Zeitraum für die Erstellung dieses Arztbriefes deutlich verkürzt wird. Patient/inn/en sollten österreichweit Anspruch darauf haben, dass – wie bereits von einzelnen SV-Trägern akzeptiert – die Spitalsambulanzen unter gewissen Restriktionen Krankenkassenrezepte für die unmittelbare Zeit nach der Entlassung ausstellen können. Dies erspart Patient/inn/en das Umschreiben des Krankenhausrezeptes auf ein Kassenrezept. Es sollte Rechtssicherheit darüber geschaffen werden, welche nachbetreuenden Einrichtungen unter welchen Bedingungen (eventuell auch ohne explizite Zustimmung der Patient/inn/en) den Patient/inn/enbrief im Sinne der kontinuierlichen Weiterbetreuung vom Krankenhaus übermittelt bekommen.

3.2.7 Vereinfachter bedarfsgerechter Zugang zu Heilmittel, Heilbehelfen und Hilfsmittel

Die Organisation von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln stellt Angehörige von Patient/inn/en mit Unterstützungsbedarf mitunter vor ein großes Problem. Entsprechende Informationen und die Steigerung der Transparenz sowie die Vereinfachung des Verordnungs-, Bewilligungs- und Zustellungsprozesses würden eine große Erleichterung darstellen (Beispiele dazu liegen aus Wien und der Steiermark vor). Dabei sollte keine allgemeine Nivellierung nach unten stattfinden, was die Interpretation des Bedarfes betrifft. Eine abgestufte Entscheidungskompetenz (primäre dezentrale Entscheidungskompetenz bei den Leistungserbringern, aber zentrale kompetente Controlling-Funktion bei den Kostenträgern) erscheint sinnvoll.

Ein Lösungsansatz dazu könnte auch die Erarbeitung eines österreichweiten einheitlichen Heilbehelf- und Hilfsmittelverzeichnisses sein, in dem die Kostenträger gemeinsam ihre Leistungen definieren.

3.2.8 Individuelle Risikoinformation für Patient/inn/en

Es ist eine strukturierte Information über Risiken und präventive Maßnahmen im Wohnbereich zu fordern. Die entsprechende Information kommt meistens zu spät, da einfache Adaptierungen wie das Anbringen von Griffen oder rutschfester Unterlagen bereits vor der Entlassung durchgeführt werden müssten. In einzelnen Fällen werden auch Hausbesuche in der Patient/inn/enwohnung durch ausgebildete Fachkräfte (z.B. Ergotherapeut/inn/en, Überleitungspflegekräfte) u.U. gemeinsam mit den Betroffenen erforderlich sein, um die tatsächlichen Risiken und notwendige präventive Maßnahmen und Informationen feststellen zu können.

3.2.9 Entlassungsmanagement

Die Entlassung beginnt mit bzw. vor der Aufnahme, d.h., es muss bereits sehr früh begonnen werden, den Unterstützungsbedarf für Patient/inn/en nach einem Krankenhausaufenthalt zu definieren. Dies umfasst die Art des Unterstützungsbedarfs (ärztlich, pflegerisch, therapeutisch, sozial), den Umfang des Unterstützungsbedarfs (gering, umfassend, Unterstützungsbedarf bei chronisch Kranken) sowie den in Frage kommenden Leistungsbereich (ambulant, teilstationär, stationär, extramurale Betreuung). Ansonsten besteht die Gefahr, dass gute Angebote am Bedarf und den Bedürfnissen der Patient/inn/en vorbeigehen bzw. noch vorhandene eigene Ressourcen der Patient/inn/en zuwenig genutzt werden und in weiterer Folge zunehmend verkümmern.

Der Umfang und das Vorgehen bei der Entlassungskoordination sind sehr unterschiedlich: Das Spektrum reicht von einem einfachen Entlassungsgespräch über Schulungen der Patient/inn/en und Angehörigen über die Organisation einer Übergangspflege bis hin zur umfassenden Abstimmung eines auf die individuellen Erfordernisse abgestimmten Betreuungsangebotes (Case Management). Durch Festlegung eines Standards, wie der Entlassungsprozess entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen ablaufen soll, wer welche Verantwortlichkeiten übernimmt und welche Informationen für wen von Interesse sind, kann der gesamte Entlassungsprozess effizient gestaltet werden. Konkrete Ansätze sind nachfolgend aufgelistet:

- Krankenanstalten werden verpflichtet, Entlassungsmanagement als Kernprozess im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zu definieren und entsprechende Prozessabläufe zu entwickeln. Aus dem Projekt MedTogether liegt ein Beispiel für einen Standardisierten Prozess vor (siehe Anhang C4).
- Verpflichtung des Krankenhauspersonals, die Patient/inn/en (und ihre Angehörigen) systematisch über die Entlassungsschritte zu informieren und in alle Entscheidungen im Entlassungsmanagement einzubeziehen (informed decision making, vgl. Kap. 4).

- Rechtzeitige Verständigung[3] der extramuralen Dienstleister über den Entlassungstermin der Patient/inn/en (Vermeidung von ungeplanten Entlassungen am Wochenende). Nach Aussage von Expert/inn/en im ambulanten Bereich kommen unvorangekündigte Entlassungen insbesondere vor dem Wochenende noch häufig vor. Sie stellen für ambulante Anbieterorganisationen die größte Herausforderung dar, weil die Zeit[4] in diesen Fällen oft nicht ausreicht, um die entsprechenden Personalressourcen frei zu machen und außerdem die notwendigen Medikamente nicht beschafft werden können bzw. die benötigten Heilbehelfe und Hilfsmittel nicht rechzeitig zur Verfügung stehen, da dafür der Organisationszeitrahmen zu kurz ist.
- Standardisierung des Informationstransfers zwischen Krankenhausambulanzen und extramuralen Dienstleister. Bei Nicht-Aufnahme muss dies den extramuralen Diensten gemeldet werden.
- Vereinheitlichung von Bewilligungsverfahren bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln.
- Bundesweite Vereinheitlichung der Gültigkeit von Krankenhausrezepten für alle Krankenkassen[5]. Im Sinne eines raschest möglichen Betreuungseinsatzes bei Patient/inn/en im extramuralen Bereich ist auf die Vermeidung von Umschreibungsverfahren besonders zu achten. Auch elektronische Rezepte sollten verstärkt eingesetzt werden können.
- Aufhebung der Chefarztpflicht bei Rezeptverschreibungen von Klinikärztinnen und -ärzte unter der Voraussetzung, dass diese die einfache Weiterverschreibbarkeit der Rezepte im niedergelassenen Bereich berücksichtigen (Arzneimittelverzeichnis).
- Aufhebung des Verfahrens der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung für Heilmittel von Klinikärztinnen und -ärzte[6].
- Beschleunigung, Standardisierung des Verfahrens und Steigerung der Aussagesicherheit bei der Pflegegeldeinstufung[7].
- Standardisierung und Vereinfachung von Rehabilitationsanträgen (z.B. bei bestimmten Indikationen bzw. Diagnosen entfällt die Bewilligungspflicht durch die Chefärztinnen und -ärzte).
- Vereinfachung und Beschleunigung von Pflegeheimanträgen.
- Verbesserung der Kooperation zwischen den Berufsgruppen (z.B. im Rahmen der Hauskrankenpflege zwischen niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegekräften, Krankenhaus und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten).
- Haltungsänderung bei professionellen Dienstleistungserbringern: Förderung der prozessualen Betrachtungsweise des gesamten Krankheits- und Betreuungsverlaufes der Patient/inn/en. Dies erfordert ein Denken über Organisations- und Berufsgrenzen hinweg; Überwindung von Haltungen wie z.B. „das ist die Patientin bzw. der Patient der Kollegin bzw. des Kollegen" oder „dafür sind wir nicht zuständig''.

---

[3] rechtzeitige Verständigung orientiert sich am Krankheitsfall und nach den regionalen Gegebenheiten und daher kann und wird die Zeitdauer unterschiedlich sein

[4] Aus Sicht der ambulanten Praktiker/innen ist oft schwer nachvollziehbar, warum Freitags um 8.00 morgens noch nicht klar ist, dass Patient/inn/en aus dem Krankenhaus entlassen werden können, jedoch um 14.00 Uhr schon, womit die Einleitung von Diensten für das Wochenende extrem erschwert ist.

[5] Derzeit ist es nur bei einigen Krankenkassen möglich, das „weiße" Krankenhausrezept direkt bei Apotheken einzulösen (mit dieser Möglichkeit sind Umschreibungen durch Hausärzte/-ärztinnen nicht mehr erforderlich). Darüber hinaus gibt es andere Rezepte, die ebenfalls direkt bei Apotheken eingelöst werden können, auf denen jedoch nur die kleinste Packung verschrieben werden kann. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass einerseits Krankenhausärzte/-innen von dieser Strukturmöglichkeit wenig Gebrauch machten (z.T. aus Unwissenheit) und andererseits Apotheken die Rezepte nicht gerne annahmen, weil für sie damit ein administrativer Mehraufwand entsteht.

[6] Bei chefarztpflichtigen Medikamenten kann von Klinikärzten/-innen das Rezept benutzt werden und per Fax die Bewilligung noch vor der Entlassung der Patient/inn/en eingeholt werden. Eine Vorgangsweise, die aufgrund des vermehrten administrativen Aufwandes im Krankenhaus von intramuralen Dienstleistungserbringern/-erbringerinnen abgelehnt wird. -> nicht überall bzw. grundsätzlich

[7] Derzeit müssen gerade einkommensschwache Bevölkerungsschichten die notwendigen extramuralen Dienstleistungen bis zu neun Monate vorfinanzieren.

- Erweiterung der Kompetenz (vgl. Kapitel 6.2.4., Personalqualifikation von Schnittstellenmanager/innen).
- Jedes Spital sollte Betten für die Überleitung der Patient/inn/en zur Verfügung haben, solange der extramurale Bereich den Patienten nicht übernehmen kann. (Diese müssten allerdings analog zu extramuralen Angeboten finanziert werden).

Aus dem Projekt MedTogether liegt ein entsprechender Musterprozess als Vorlage für die Verbindlichmachung von Entlassungsprozessen vor (siehe Anhang C4).

3.3 Möglichkeiten zur Informationsweitergabe an den Schnittstellen

Die Möglichkeiten der elektronischen Datenübermittlung im Gesundheitswesen sollen verstärkt auf- und ausgebaut werden. Anwendungsbeispiele sind die elektronische Gesundheitsmappe, aber auch (regionale/überregionale) Patient/inn/en-Indexsysteme. Dabei steht die zeitnahe Verfügbarkeit patient/inn/enrelevanter Informationen für weiterführende Behandlungs- bzw. Betreuungsmaßnahmen im Vordergrund. Diese umfassen den Überblick über die gesamte Patientengeschichte bis hin zu unmittelbaren Informationen über die letzte Betreuung/Behandlung und den aktuellen Status der Patient/inn/en.

Die Schnittstellenpartner/innen sollten durch entsprechende Regelungen angehalten werden, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, z.B. durch Abstimmung von vereinbarten und als verbindlich geltenden Nachrichtenarten (Inhalte und Bedeutung von Arztbriefen, etc.).

Sofern Daten bereits in elektronischer Form verfügbar sind, sollten die Patient/inn/en das Recht darauf haben, dass diese Daten auf seinen/ihren Wunsch elektronisch zwischen den Schnittstellenpartnern/-innen übermittelt werden.

Rechtliche Anmerkungen:
Die Kommunikationsprozesse von Schnittstellenpartnern/-innen sind vor allem durch die Bestimmungen des Datenschutzes (Datenschutzgesetz 2000), und der Verschwiegenheitspflicht geprägt (Strafgesetzbuches, StGB sowie in den jeweiligen Landes-Datenschutzgesetzen und den einschlägigen berufsrechtlichen Regelungen sowie dem Krankenanstaltengesetz).

„Besonders schutzwürdige Daten" (laut Definition im DSG 2000 Daten natürlicher Personen über ihre rassische und ethnische Herkunft, politische Meinung, Gewerkschaftszugehörigkeit, religiöse oder philosophische Überzeugung, Gesundheit oder ihr Sexualleben) wird laut §§ 1 und 9 des DSG besondere Schutzwürdigkeit zugemessen, ein Umstand, dem im Gesundheitswesen noch nicht in vollem Umfang Rechnung getragen wird. Immer noch ist ein großer Unterschied zwischen der Einhaltung des Datenschutzes bei elektronischer Datenweitergabe oder auf Papier sowie mündlichen Form festzustellen. Unzweifelhaft haben die Patient/inn/en ein Anrecht darauf, dass ihre medizinischen und administrativen Daten, die im Gesundheitswesen Verwendung finden, nur unter den Voraussetzungen der eigenen Zustimmung an Dritte weitergegeben werden.

Im Rahmen einer Behandlung ist es vielfach notwendig, Daten auch sehr persönlicher Natur Patient/inn/en zum Zwecke der Diagnose oder Therapie zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen verschiedener Einrichtungen zu übermitteln. Nicht immer sind die Patient/inn/en in der Lage, ihre Zustimmung zu solch einer Datenübermittlung expressis verbis auszudrücken, weil die Erkrankung eine temporäre Unzurechenbarkeit, eingeschränkte Wahrnehmung oder Uneinsichtigkeit in die Notwendigkeit der Datenweitergabe mit sich gebracht haben.

Gerade die Sicherstellung des richtigen Empfängers ist ein nicht leicht zu lösendes Thema, da in vielen Situationen Mitarbeiter/innen der Pflege oder Ordinationshilfen im

Auftrag der Ärztinnen und Ärzte Daten entgegennehmen und daher auch in der Lage sein müssen, diese zu empfangen. Die Implementierung eines entsprechenden Berechtigungs- und Protokollierungssystems sollte solche Anforderungen jedoch bewältigen können.

Unter Berücksichtigung des Datenschutzes ist die Informationsübermittlung an Angehörige von Patient/inn/en ein besonders sensibles Thema, dem die Angehörigen der Gesundheitsberufe spezielle Aufmerksamkeit widmen müssen.

Das B-KAG berücksichtigt die Entlassungsvorbereitung wie folgt B-KAG § 24 (3) **Kann der Pflegling nicht sich selbst überlassen werden, so ist der Träger der öffentlichen Fürsorge vor der Entlassung rechtzeitig zu verständigen**. Diese Verpflichtung ist unzureichend, da andere Schnittstellenpartner/innen nicht eingebunden werden. Positiv ist die rechtzeitige Verständigung, alllerdings ist die alleinige Kontaktaufnahme mit der Fürsorge in den meisten Fällen zu wenig.

4. Patient/inn/enwahrnehmung, -information und -empowerment

4.1 Einleitung

Patient/inn/en sind als Nutzer der Dienstleistungen und als Koproduzenten ihrer eigenen Gesundheit und damit grundsätzlich als gleichberechtigte Partner im System zu sehen. Voraussetzungen für die Wahrnehmung einer eigenverantwortlichen Rolle sind einerseits ausreichendes Wissen (z.B. zu Gesundheit und Krankheit) und andererseits das bewusste Annehmen der Verantwortung.

Dafür ist oft Unterstützung seitens der Hausärztinnen und -ärzte, der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Dienste im Spital und außerhalb sowie der Angehörigen und Bezugspersonen notwendig.

Angemessene Information der Patient/inn/en, bedürfnisgerechte Kommunikation, persönliche Wertschätzung für die vorhandenen Ressourcen, eine respektvolle Haltung gegenüber den individuellen Werten, die umfassende Akzeptanz der Autonomie und wiederholte motivierende Interventionen sind insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung wesentliche Elemente für den Erfolg. Andererseits ist allen (potentiellen) Patient/inn/en auch ein angemessenes Maß an Eigenverantwortung zuzuschreiben.

In der Folge werden einzelne Rechte, die insbesondere auch an den Schnittstellen eine Rolle spielen, angeführt, die im Interesse der Patient/inn/en festgeschrieben werden sollten bzw. – falls diese Rechte bereits bestehen – in Zukunft verstärkt angewendet werden sollten:

- Recht auf umfassende und verständliche Informationen (betreffend Leistungen, Kosten, Qualität etc.), insbesondere Aufklärung und Information zu den medizinisch-fachlichen sowie organisatorischen Inhalten in Bezug auf seine/ihre spezifische Situation. Dies betrifft diagnostische Verfahren, die Diagnose selbst, unterschiedliche Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten (inkl. die Möglichkeit der Nichtbehandlung) und damit verbundene Risken bzw. Chancen bzw. Vor- und Nachteile.
- Recht auf Respekt und Schutz. Dies betrifft u.a. auch den respektvollen Umgang mit persönlichen Werten und die Wahrung der Intimsphäre.
- Recht auf eigene Entscheidungen. Dafür braucht es angemessene und verständliche Information auf allen notwendigen Ebenen (siehe oben), reale Entscheidungsmöglichkeiten (z.B. Wahl eines Betreuungsangebotes oder Wahl zwischen verschiedenen Therapieangeboten, etc.) und die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung.

- Recht auf Leistungsqualität. Diese sollte - soweit verfügbar - dem (wissenschaftlich abgesicherten bzw. überprüften) Stand der Erkenntnis entsprechen.
- Recht auf Information bezüglich des Aufbringens und der Verwendung von Ressourcen. Dies beinhaltet Informationen zum eigenen Ressourcenbeitrag (Sozialversicherungsbeiträge, Steuern), Informationen zur Verwendung der Beiträge (allgemein) sowie Informationen zur persönlichen Inanspruchnahme von Leistungen und deren Kosten. Dazu zählen auch Informationen zur Kosteneffektivität vergleichbarer Leistungen (insbesondere wenn diese eine Rolle bei diagnostischen bzw. therapeutischen Entscheidungen spielen).
- Recht auf Information, Anleitung und Schulung bezüglich eigener Möglichkeiten, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen bzw. sich selbst zu behandeln (self help guides).

Die Realität sieht häufig anders aus. In der nun bereits langjährig geführten Diskussion um die Verbesserung der Integration der Versorgung wird deutlich, dass insbesondere Patient/inn/en mit chronischen Erkrankungen viel Wissen und Kompetenz im Umgang mit dem Versorgungswesen erwerben müssen, wenn sie nicht unnötigen Mehrfachuntersuchungen, vorschnellen Krankenhauseinweisungen und Drehtüreffekten zum Opfer fallen wollen. Weil es an Informationen und Aufklärungen für Patient/inn/en mangelt, müssen sie einerseits meist mühevoll die für sie relevanten Informationen zusammentragen und andererseits oft ohne Unterstützung einschätzen lernen, welches Angebot zu welchem Zeitpunkt die für sie bestmögliche Lösung darstellt: Dies sind Erfahrungen, die sich Patient/inn/en im Laufe ihrer Erkrankung und über mehrfache Irrwege aneignen. Vor allem betagte und immobile Personen sowie deren Angehörige stehen damit oft vor kaum bewältigbaren Anforderungen[8].

Studien zeigen, dass Patient/inn/en an der Schnittstelle stationäre – extramurale Versorgung besonderen **Informationsbedarf in folgenden Bereichen** haben:

- weiterführende Maßnahmen zum Genesungsprozess
- Gebrauch von Medikamenten und deren Nebenwirkungen
- Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel und deren Beschaffungswege
- nachsorgende Dienstleistungserbringern (Angebot, Zugang und Kosten).

Information ist somit ein wesentlicher Faktor für das Funktionieren oder Nichtfunktionieren der Prozesse an den Schnittstellen im Gesundheitswesen. Wann immer Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden, müssen begleitend die erforderlichen Informationen fließen.

Dazu sind folgende **relevante Anforderungen** anzuführen:

- Patient/inn/en müssen informiert werden, um den bevorstehenden Maßnahmen zustimmen **und aktiv an diesen mitwirken** zu können.
- Die Informationen müssen für die Empfänger verständlich formuliert sein, möglichst in einer standardisierten Form, die zwischen den betreuenden Institutionen vereinbart ist.
- Der Informationsfluss ist zu dokumentieren, um nachvollziehbar zu sein, um Patient/inn/enkarrieren verfolgen und vergleichen zu können.
- Das schriftliche standardisierte Informationsmaterial soll nicht das persönliche Gespräch der Betroffenen ersetzen.

Das Bemühen um umfassende Information ist Ausdruck des wechselseitigen Respekts, sowohl gegenüber den Patient/inn/en, als auch gegenüber den betreuenden

[8] Dem Beirat war es ein besonderes Anliegen, die Thematik aus Sicht der Patient/inn/en/innen als Bewerter/innen von Ergebnisqualität im Gesundheitswesen zu beleuchten.

Kollegen/Kolleginnen, die als Partner an der Behandlung bzw. Betreuung der Patient/inn/en mitwirken.

4.2 Lösungsansätze an den Schnittstellen

4.2.1 Verankerung der Patient/inn/en als gleichberechtigte Partner/innen im System, Anerkennung und Anwendung der Patient/inn/enrechte

Primäres Ziel insbesondere auch für die Verbesserung der Kontinuität der Behandlung und Betreuung an den Schnittstellen ist die flächendeckende Anerkennung und Umsetzung der Patient/inn/enrechte auf allen Ebenen des Gesundheitswesens sowie eine entsprechende, transparente Darstellung der Aktivitäten der Gesundheitsdienst-leisterInnen zur Förderung der Patient/inn/enorientierung. Ein Netzwerk regionaler Patient/inn/en-Ombudsstellen, die einerseits untereinander horizontal und andererseits vertikal mit der Landespatientenanwaltschaft vernetzt sind, sollen Informationsmängel, Missverständnisse und Fehlleistungen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und anderen Gesundheitseinrichtungen minimieren. Den Landespatientenanwaltschaften soll eine entsprechende Koordinations- und Drehscheibenfunktion zukommen.

Rechtliche Anmerkungen:
Insgesamt ist ein Fehlen von patient/inn/enorientierten und effizienzorientierter Vorgaben und Anreizstrukturen festzustellen. Eine Verbesserung ist vermutlich nur über ein allgemein gültiges Qualitätsgesetz und prozessorientierte Zielvorgaben, z.B. entlang von Fallgruppen über die Sektorengrenzen hinweg erreichbar. Damit im Zusammenhang steht auch die Forderung, dass die Finanzierung von Leistungen auch an die Erfüllung von Qualitätsvorgaben geknüpft wird.

Darüber hinaus sollte darauf gedrängt werden, dass die in der Patientencharta detailliert festgeschriebenen Patient/inn/enrechte verstärkt (auch insbesondere) im extramuralen Bereich zur Anwendung kommen.

4.2.2 Schriftliches, standardisiertes Informationsmaterial

Eine der Voraussetzungen für die Stärkung der Patient/inn/en als Partner im System ist der Zugang zu relevanten Informationen. Gerade an den Schnittstellen sollte den Patient/inn/en im Sinne einer Basisinformation schriftliches, standardisiertes Informationsmaterial zur Verfügung gestellt werden. Dies gilt insbesondere für heutige Problemstellungen bei der Aufnahme ins bzw. Entlassung aus dem Krankenhaus.

4.2.3 Information/Aufklärung als Unterstützung für die Entscheidungsfähigkeit der Patient/inn/en

Patient/inn/en-Empowerment bedeutet, entscheidungsfähig zu sein in Bezug auf:

a) Diagnostische und/oder therapeutische Leistungen, die zur Wiederherstellung der Gesundheit und des Wohlbefindens bzw. zur Besserung der Beschwerden vorgeschlagen werden
b) Auswahl der Rahmenbedingungen (Zeit, Ort, Person, Institution).

Dazu braucht es umfassende, rechtzeitige und dokumentierte Information/Aufklärung, die als arbeitsteiliger Prozess einen wesentlichen Teil des Behandlungsvertrags sowie der Patient/inn/enrechte darstellt.

Werden die Patient/inn/en als Partner/innen anerkannt und orientieren sich die Abläufe nach ihren Bedürfnissen, wird ihnen die Übernahme von Eigenverantwortung leichter fallen.

Folgende Aspekte sind bei der Schaffung der erforderlichen Rahmenbedingungen für die Information/Aufklärung zu berücksichtigen:

- Ziel ist die Erreichung der größtmöglichen (je nach dem Potenzial des Betroffenen) Entscheidungsfähigkeit
- Patient/inn/en sollen über alle sie selbst betreffenden Punkte aufgeklärt werden. Dies beinhaltet Erkenntnisse zum Gesundheitszustand, mögliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen inkl. Chance- und Riskenabschätzung bzw. Darstellung der Vor- und Nachteile, der organisatorischen und allenfalls finanziellen Rahmenbedingungen, etc.
- Der Aufklärungsprozess ist als arbeitsteilig zu sehen. Die entsprechenden Verantwortlichkeiten müssen allerdings präzise festgelegt sein: Wer klärt wen wann worüber auf?
- Der Aufwand für die Aufklärung der Patient/inn/en soll angemessen abgegolten werden.

4.2.4 Informed Decision Making als standardisierter Entscheidungsprozess

Patient/inn/en sollten nach klaren standardisierten Vorgaben in die Entscheidungsfindung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen eingebunden werden. Ein standardisierter Entscheidungsprozess stellt einerseits das Recht der Patient/inn/en auf die Letztentscheidung sicher und sollte andererseits die individuelle Unterstützung der Patient/inn/en bei der persönlichen Entscheidungsfindung gewährleisten. Die nachfolgende Grafik zeigt einen Vorschlag für ein entsprechendes Modell (Abbildung 5).

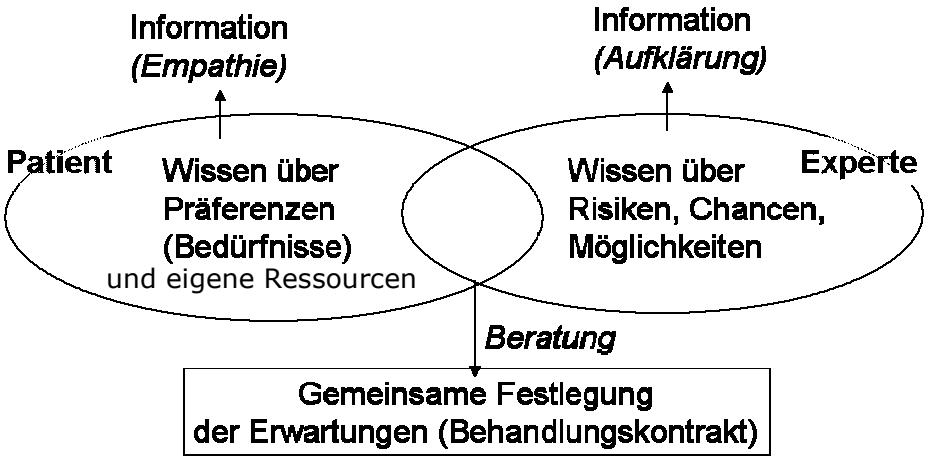


Abbildung 5*:* Grobes Modell des „Shared Decision Making" - Prozesses

Rechtliche Anmerkung: Es gibt in Österreich kein Recht auf Einholung einer Zweitmeinung (Second Opinion) für Patient/inn/en vor diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahmen. Dieser Anspruch sollte so verankert werden, dass die Sozialversicherung die Honorierung übernimmt und die organisatorischen Rahmenbedingungen sichergestellt sind.

4.2.5 Behandlungs- und Therapieverträge, Festlegung von Betreuungszielen

Das Ergebnis eines standardisierten Entscheidungsprozesses sollte so dokumentiert werden, dass es nachvollziehbar ist und für die weitere Behandlung/Betreuung verbindlich als Vorgabe dient. Diese Dokumentation sollte verbindlich im Sinne von Behandlungs- und Therapieverträgen vorgeschrieben werden. Diese sollten auch vereinbarte Betreuungsziele, die zwischen Patient/inn/en und Gesundheitsdienstleistern abgestimmt werden, beinhalten.

Beispiele dafür wurden in verschiedenen Schnittstellenprojekten entwickelt.

4.2.6 Patient/inn/enanleitung und -schulung

Ein weiterer wesentlicher Teil des Empowerments von Patient/inn/en ist die systematische Information, Anleitung und gegebenfalls Schulung der Patient/inn/en (bzw. ihrer Angehörigen) bezüglich ihrer Möglichkeiten, sich aktiv an der Behandlung und Pflege zu beteiligen. Diese Möglichkeiten reichen von einfachen Alltagshandlungen bis zu komplexen Selbstbehandlungsvorgängen (z.B. Blutzuckerkontrolle und Insulinverabreichung). Die Schulungen müssen auf den Ressourcen und Fähigkeiten der Patient/inn/en (beziehungsweise ihrer Angehörgien)aufbauen und ihnen größtmögliche Selbständigkeit insbesondere in der poststationären Behandlungsphase eröffnen. Je chronischer die Erkrankung, desto bedeutender werden diese edukativen Leistungen und bedürfen unter Umständen auch spezifischer Weiterqualifikationen des Fachpersonals (z.B. Schulungsschwester). Besondere Bedeutung haben diese Unterstützungsleistungen an der Schnittstelle intramural-extramural, da die Betreuungsleistungen nach der Entlassung häufig in großem Umfang von den Patient/inn/en selbst oder von deren Angehörigen übernommen werden. In diesem Bereich besteht großer Entwicklungsbedarf: Kompetenzaufteilungen zwischen intramural und extramuralen Dienstleistern, Abstimmungsprozesse, Schulungsstandards, edukative Qualifikationen fehlen in weiten Bereichen.

4.2.7 Nachvollziehbare, systematische Dokumentation des Informationsflusses

Zur besseren Übersicht über den Prozessablauf für alle Beteiligten ist eine nachvollziehbare, systematische Dokumentation des Informationsflusses zu fordern. Diese Vorgabe gewinnt nicht nur aus haftungsrechtlichen Gründen an Bedeutung, sondern ist auch für die Prozessoptimierung im Sinne der verbesserten Kooperation aller Beteiligten von hoher Relevanz.

4.2.8 Gleiches Recht auf gleiche Leistung (Verankerung in gültigen Rechtsmaterien)

In der Patientencharta, die sowohl für den extra- wie intramuralen Bereich Gültigkeit besitzt, wird in Artikel 4 gefordert,: „ **...dass die zweckmäßigen und angemessenen Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens für alle Patienten und Patientinnen ohne Unterschied des Alters, des Geschlechts, der Herkunft, des Vermögens, des Religionsbekenntnisses, der Art und Ursache der Erkrankung oder Ähnliches rechtzeitig sicherzustellen ist**".

Daraus ist in ganz Österreich gleiches Recht auf den Zugang zu gleicher Leistung in der Gesundheitsbehandlung abzuleiten. Dieser Anspruch ist in gültige Rechtsmaterien aufzunehmen und sollte damit insbesondere auch für Betreuungsleistungen an den Schnittstellen gewährleistet sein.

4.2.9 Strukturierte Einbindung von Angehörigen

Auf Wunsch der Patient/inn/en sollen deren Angehörigen oder andere Bezugspersonen (bzw. autorisierte Organisationen wie z.B. Selbsthilfegruppen) in die Information, Aufklärung und Entscheidung sowie Festlegung des Behandlungs- und Therapievertrages und Festlegung von Betreuungszielen sowie in die Anleitung und Schulung von Behandlungsleistungen einbezogen werden.

4.2.10 Strukturierte Einbindung von Dachorganisationen der Selbsthilfegruppen

Die strukturierte Einbindung von Dachorganisationen der Selbsthilfegruppen und Patientenanwälten in die Strukturen und Entscheidungsprozesse des Gesundheitswesens mit Sitz und Stimme (d.h. nicht nur als Expert/inn/en ohne Stimme) sollte in jenen Arbeitsgruppen und Entscheidungsgremien vorgesehen werden, in denen es um die

Betreuung und Begleitung von Patient/inn/en und Angehörigen geht. Die genauen Zuständigkeiten müssen noch geregelt werden. Laienorganisationen sollen und können dort eingesetzt werden, wo es um die Förderung der Lebensqualität durch persönliche Erfahrungen geht, nicht jedoch dort, wo medizinisch-pflegerisch-therapeutisches Wissen eine wesentliche Voraussetzung für die Hilfeleistung darstellt. Dazu ist es notwendig, Laienorganisationen/Selbsthilfegruppen als Partner im Gesundheitswesen anzuerkennen und entsprechend zu fördern.

4.2.11 Empowerment der Mitarbeiter/innen

Es werden Maßnahmen gefordert, die zum Empowerment der Mitarbeiter/innen von Gesundheitsorganisationen beitragen. Die Mitarbeiter/innen sollen über die entsprechenden Fähigkeiten, das Wissen und Können verfügen, um in angemessener Form bedürfnisgerecht an der Information, Aufklärung und Schulung der Patient/inn/en mitzuwirken bzw. die Entscheidungsfindung und Vereinbarung von Betreuungszielen gemeinsam mit den Patient/inn/en zu unterstützen. Die entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals im Gesundheitswesen ist unter diesem Gesichtspunkt daher unbedingt zu fordern.

5. Transparenz durch Monitoring, Evaluation und Information

5.1 Einleitung

Grundsätzlich lassen sich drei Ebenen von Daten/Informationen unterscheiden:

- Individuelle fallbezogene Daten/Informationen zur Optimierung des Betreuungsprozesses im Sinne des Case Managements für die Partner bzw. Leistungserbringer in der Betreuungskette. Dieser Bereich ist in Kapitel 3 ausführlich beschrieben.
- Individuelle fallbezogene Daten/Informationen für Patient/inn/en und Angehörige im Sinne des Patient/inn/enempowerments. Dieser Bereich ist in Kapitel 4 ausführlich beschrieben.
- Gesundheits- und gesundheits(system)bezogene Daten für alle Patient/inn/en, systembeteiligten Partner und Steuerungsverantwortliche. Damit beschäftigt sich das vorliegende Kapitel 5.

In Bezug auf gesundheits- und gesundheits(system)bezogene Daten sind folgende **Zielgruppen** relevant:

- Potenzielle und tatsächliche Patient/inn/en
- Sozialversicherungen (KK); Private Kranken(zusatz)versicherungen
- Extramurale Versorgung (soziale Dienste allgemein und mobil, Ambulanzen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Diätassistent/inn/en und ernährungsmedizinische Berater/innen, Ergotherapeut/inn/en, Logopäd/inn/en, Physiotherapeut/innen, Hebammen, Psychotherapeut/inn/en, etc.)
- Ambulanzen, Institute
- Rehab. Zentren; Kurzentren
- Krankenhäuser
- Institutionen – Heime (Übergangspflege, Altenheime, Behinderteneinrichtungen, etc.)
- Krankentransportdienste, Notarzt-Einrichtungens

5.2 Lösungsansätze an den Schnittstellen

Die erste Voraussetzung für gesteigerte Transparenz ist die Einführung von verbindlichen Standards, die eine Vergleichbarkeit von Strukturen und Prozessen erst ermöglicht (siehe Kapitel 3). Eine zweite Voraussetzung ist die Entwicklung von Parametern bzw. Indikatoren zur Darstellung und allfälligen Beurteilung der Strukturen und Prozesse bzw. deren Qualität.

Rechtliche Anmerkung: Dieser Anspruch ist in der Patientencharta, Artikel 8, festgehalten: „**... Leistungen im Bereich des Gesundheitswesens einer Qualitätskontrolle unterzogen und dem Stand der Wissenschaft entsprechend Qualitätssicherungsmaßnahmen gesetzt werden**."

Hinweise finden sich auch im B-KAG, das aber die Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle ausschließlich im Spitalsbereich vorgibt, für den ambulanten Bereich fehlt eine entsprechende Normierung.

Die Informationen sollten auf dieser Ebene nicht patient/inn/enbezogen, sondern systembezogen bzw. institutionsbezogen öffentlich zugänglich sein.

In der Diskussion um länderübergreifende Kooperationen, regionale Versorgungsnetze etc. erscheint es wichtig, die Informationsinhalte und die Form der Aufbereitung und Darstellung nicht nur regional bzw. lokal abzustimmen, sondern für alle Bereiche/Länder gleich zu gestalten. Klare bundesweite Vorgaben können hier die Einheitlichkeit unterstützen.

Dies bedeutet, dass standardisierte Vorgaben für alle Informationsbereiche entwickelt werden müssen. Die Standards sollten einen gewissen Freiheitsgrad für individuelle Abweichungen/Ergänzungen offen lassen. Es muss genügend Spielraum für die Umsetzung innerhalb der jeweiligen Strukturen und dem dazugehörigen Umfeld bestehen bleiben. Das primäre Ziel des Vergleichens – das Voneinander lernen – soll damit unterstützt werden.

5.2.1 Analysen zur Erhebung der Erwartungen und Bedürfnisse

Ein wesentlicher Schritt zu mehr Transparenz im Gesundheitswesen und zur Verankerung der Patient/inn/enorientierung liegt darin, die Erwartungen, Bedürfnisse und Werte der Patient/inn/en kennen zu lernen. Dafür sollen systematische Erhebungsmethoden zum Einsatz kommen. Dies gilt insbesondere auch für die Bedürfnisse von Patient/inn/en in Bezug auf die Kontinuität der Behandlung bzw. Betreuung an den Schnittstellen der Versorgung. Mit der Erhebung der Bedürfnisse von Patient/inn/en wird eine wesentliche Voraussetzung dafür geschaffen, dass Evaluations- und Monitoringbemühungen direkt und unmittelbar auf diese ausgerichtet werden können. Um Vergleichbarkeit und Voneinanderlernen zu ermöglichen, bedarf es bundesweit einheitlicher Erhebungs- und Auswertungsmethoden.

5.2.2 Entwicklung von Parametern und Indikatoren

Grundsätzlich erscheinen insbesondere an den Schnittstellen folgende Informationsinhalte im Sinne von Gesundheits- und gesundheits(system)bezogenen Daten von Interesse (Verfügbarkeit elektronisch und mehrsprachig):

- Kooperationspartner (wer? wofür?)
- Leistungsinformationen (was? wo? wie? wer?)
- Qualitätsinformationen (Statistiken, Erfolgsquoten, Komplikationsquoten, Morbiditätsraten, etc)
- Kosteninformationen (was kostet was? wer bezahlt was?)
- Gesundheitsbezogene Informationen, EBM
- Möglichkeiten und Arten der Nachbetreuung (z.B. Diäten, Psychotherapie, Rehab, etc.)
- Abläufe, Standards
- Administratives (z.B. Antrag für Heim, Rehab, Heil- und Hilfsmittel etc.)
- Spezifische Informationen für bestimmte Personengruppen (z.B. Morbus Parkinson)
- Rechtsfragen (z.B. Patient/inn/enverfügung, Transplantationsmedizin, etc.).

Hervorzuheben ist der Anspruch, dass über die laufende Dokumentation im Gesundheitswesen auch jene Daten abgerufen werden können, die über den

Zielerreichungsgrad an den Schnittstellen Auskunft geben können (Prozess- und Ergebnisqualität, z.B. ungeplante Wiederaufnahmen, schnittstellenproblembedingte Verlängerung der Verweildauer etc.).

Regelmäßige Zufriedenheitsbefragungen (durchgeführt von den Leistungsanbietern oder zentralisiert) zur Behandlungs- bzw. Betreuungskontinuität bei Patient/inn/en und Angehörigen, aber auch bei den anderen Partnern in der Gesundheitsversorgung bringen zusätzliche Informationen zur Ergebnisqualität, und zwar in folgenden Bereichen:

- Allgemeine Informationen zum Transfer zwischen den Betreuungseinrichtungen
- Medizinische/pflegerische/therapeutische Information
- Reibungslose Abläufe

Die Standards und Indikatoren für die Qualität sollen bundesweit auf folgenden Ebenen entwickelt werden:

- Gesundheitsversorgung generell
- Management und Leistungserbringer
- Medizinische Ergebnisqualität
- Erfüllung von Patient/inn/enbedürfnissen

Österreichweit sollen Institutionen, Abteilungen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Ambulanzen, Institute, Pflegeheime etc. veranlasst werden, sich selbst zu beschreiben. Die Daten sollen in einem Gesamtwerk (Buch, Internet etc.) zusammengefasst werden.

Rechtliche Anmerkung: Patient/inn/en sollten ein Recht auf die Veröffentlichung vergleichender Ergebnis- und Prozessqualitätsdaten (auch bezogen auf die Schnittstellen der Versorgung) haben.

5.2.3 Flächendeckende Erhebung/Erfassung der Daten

Evaluierung und laufendes systematisches Monitoring der Leistungen an definierten Schnittstellen im Gesundheitswesen sind die Basis für jede weitere Qualitätsentwicklung.

Idealerweise sollten die Parameter für die Leistungserbringung und deren Qualität auf allen Ebenen kontinuierlich dokumentiert, gemessen und regelmäßig evaluiert werden.

Es muss jedoch sichergestellt werden, dass jedwede Art von Messung nach Möglichkeit in den Routineprozess integriert wird, dass möglichst keine zusätzlichen Ressourcen benötigt werden und mit den Messungen möglichst keine Zeit von der Betreuung der Patient/inn/en abgezogen wird. Die Einführung eines Monitorings an den Schnittstellen könnte dazu beitragen, dass die Qualität der Behandlungsprozesse sichtbar wird. Fehler könnten rascher erkannt und in der Folge vermieden werden.

Grundsätzlich sollten aus den derzeit im Einsatz befindlichen, unterschiedlichen elektronischen Dokumentationsinstrumenten bundesweit einheitliche Parameter mit einheitlichen Messverfahren abgeleitet werden, da damit die Vergleichbarkeit besser gewährleistet wird und zugleich die Eingaberoutinen und Auswertungen vereinfacht werden.

5.2.4 Datenverarbeitung/Datenqualität

Für die Etablierung flächendeckender Evaluierungs- bzw. Monitoringsysteme ist die weitere Entwicklung von entsprechenden Datenbanken sowie die gesicherte elektronische Übermittlung von relevanten Daten/Informationen erforderlich.
Informationsmanagement ist als wesentlicher Bestandteil eines funktionierenden Schnittstellenmanagements anzusehen und sollte entsprechend nachvollziehbar und dokumentiert aufgebaut sein. Die Nutzung moderner Kommunikationsmedien (z.B.: elektronische Befundübermittlung) als Informationsträger muss ausgebaut werden und entsprechend gesichert sein.

Die flächendeckende Umsetzung von kompatiblen elektronischen Datenübertragungsmöglichkeiten würde den kontinuierlichen Informationsfluss an den Schnittstellen fördern, Dokumentationsaufwand reduzieren und das kontinuierliche Monitoring bzw. Benchmarking innerhalb und zwischen den unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen ermöglichen bzw. vereinfachen.

Es muss jedoch sichergestellt sein, dass jene sensiblen Datenbereiche geschützt und gesichert werden, wo Bürger/innen Nachteile aus mangelndem Datenschutz erwachsen könnten.

5.2.5 Veröffentlichung/Zugriff/Anonymität

Vergleiche der Leistungserbringer zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität könnten in anonymisierter Form auf den unterschiedlichen Ebenen (Träger/Länder/Bund) transparent gemacht werden.

Ebenso sollten die zugrunde liegenden verbindlichen oder empfohlenen Standards nach außen kommuniziert werden. Die entsprechende Veröffentlichung sollte jedenfalls im jährlich vorgesehenen Qualitätsbericht erfolgen. Dazu ist es notwendig, die Zugriffsberechtigungen für alle Beteiligten zu definieren.

Wesentlich erscheint dabei nicht nur die Beachtung des Datenschutzes des Individuums (Patient/in). Das Recht der Patient/inn/en, Versicherten, Bürger/innen in ihrer Rolle als Systemfinanzierer/Mitglied/Leistungsnehmer bzw. Betroffene erfordert ein Zugriffsrecht nicht nur auf die eigenen persönlichen Daten, sondern auch auf alle für ihre Rollen belangvollen Daten. Dazu gehören z.B. Daten zur Leistungstransparenz, Morbiditätsraten, Erfolgsquoten, Qualitätsvergleiche und vieles mehr. Damit werden Patient/inn/en und Versicherte in die Lage versetzt, die eigene Rolle besser wahrzunehmen. Zugleich können sich die Leistungserbringer besser in Beziehung zu anderen setzen und die Kostenträger erhalten einen besseren Überblick zum Leistungsgeschehen.

Rechtliche Anmerkung: Im Datenschutzgesetz ist jedenfalls anzustreben, dass juristische den natürlichen Personen nicht mehr gleich gestellt werden. Die EU-Datenschutzrichtlinie zielt ausdrücklich nur auf den Schutz natürlicher Personen ab. Sinn dieser Beschränkung ist, dass viele informationsrechtliche Tatbestände nur auf natürliche Personen zutreffen können. So können etwa nur natürliche Personen Träger besonders sensibler Daten, wie Daten zur Gesundheit oder zur weltanschaulichen Überzeugung sein. Die weiterhin bestehende formale Gleichsetzung der Daten juristischer und natürlicher Personen verhindert eine Harmonisierung des Datenschutzes im EU Raum. Es wird daher vorgeschlagen, den de facto Schutz juristischer Personen wieder herauszunehmen, da juristische Personen kein vergleichbar schützenswertes Privat- und Familienleben haben.

Für juristische Personen ergibt sich daraus faktisch keine Schlechterstellung. Einerseits sind ihre Daten weiterhin nach den Bestimmungen zum Betriebsgeheimnis (Strafgesetzbuch) geschützt, andererseits gelten die Regelungen des Datenschutzes auch weiterhin, sobald es sich um Informationen über Vertreter, Inhaber, usw. von juristischen Personen handelt. Juristische Personen, die derzeit auch Schutz genießen, benutzen jedoch Datenschutz oft als Vorwand, um Informationen von öffentlichem Interesse zurückzuhalten.

Empfehlenswert wäre eine extensive Auslegung des §9 Zif. 12 DSG, der die Weitergabe von Patientendaten zu unterschiedlichen Zweck (Gesundheitsvorsorge, medizinische Diagnostik, usw.) ermöglicht.

Bezüglich Zugriffsberechtigungen ist sensibel abzustimmen, wer welche Mindest-Informationen braucht, um seiner Rolle im System gerecht zu werden (z.B. damit Leistungserbringer die Leistungen in der geforderten Qualität erbringen können). Grundsätzlich erscheint es geboten, diese Ergebnisse allen Playern im System

(Patient/inn/en – Leistungserbringer – System) in der jeweils gebotenen Form zugänglich zu machen.

Ein konkreter Vorschlag könnte sein:

- Allgemeine Informationen – für alle zugänglich (z.B. liegt in jeder Gesundheitseinrichtung, Ordinationen etc. auf und ist für jede Bürgerin bzw. jeden Bürger erwerbbar, auch fremdsprachig; zusätzlich auch regionalrelevante Informationen)
- Spezielle Informationen, soweit sie nicht dem Datenschutz unterliegen – für alle Interessierten zugänglich
- Patient/inn/enbezogene Daten – für Patient/inn/en und Behandler/innen zugänglich, weiters für von Patient/inn/en autorisierte Personen (z.B. Angehörige)

Für die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems kann die strukturierte und systematische Veröffentlichung von Qualitätsinformationen, insbesondere auch zu den Schnittstellen der Versorgung einen wesentlichen Beitrag leisten (Evidence based health care).

Zu diesem Zweck soll eine kompetente Einrichtung (Institution) geschaffen werden.

5.2.6 Steuerung/Kontrolle/Bonussystem

Offen ist, wer unter der Voraussetzung der Verfügbarkeit von relevanten Qualitätsinformationen das System kontrolliert bzw. was überhaupt kontrolliert werden soll.

Dazu kommt, dass jede Kontrolle nur dann einen Sinn ergibt, wenn es Korrektivmaßnahmen u.a. auch im Sinne von Sanktionen bzw. positiven Anreizen gibt.

Dazu gibt es mehrere Ideen:

Ein zeitgemäßes Modell könnte auf der Selbstevaluation und einer lediglich stichprobenartigen Überprüfung durch die Behörden aufbauen. Bei Vorhandensein entsprechender Qualitätsstandards bzw. verpflichtender Indikatoren kann daraus in allen Bereichen eine vergleichende Beurteilung abgeleitet werden.

Ein anderer Zugang beruht darauf, dass die Vergütung von Leistungen an die Erfüllung von Qualitätsparametern geknüpft wird.

Hier ist ein umfassender Handlungsbedarf gegeben (Kompetenzregelung, Controlling, Sanktionen; generell Transparenz).

5.2.7 Evaluation als Grundlage der Qualitätsverbesserung

Das Monitoring von Leistungen und die Evaluierung von Ergebnissen alleine verbessern die Qualität der Leistung noch nicht. Zusätzlich muss sichergestellt sein, dass Monitoring, Evaluierung und die darauf aufbauende Qualitätsarbeit integrale Bestandteile der Routinearbeit der Leistungserbringer sind. Entsprechende Ressourcen sind von den Organisationen/Trägern/Finanziers zur Verfügung zu stellen. Insbesondere an den Schnittstellen, wo mehrere Träger/Finanziers zuständig sind, müssen die entsprechenden Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sichergestellt werden.

Rechtliche Anmerkung: Zumindest im niedergelassenen Bereich ist die Anforderung an eine durchgehende Qualitätssicherung nicht stringent zu finden. Bei den Ordinationen beschränkt sich die Anforderung auf Hygienebelange und es bleibt den einzelnen Ärztinnen und Ärzten vorbehalten, sich mit Qualitätsarbeit zu befassen.

Die Patientencharta, die lt. Artikel 5 auch für den niedergelassenen Bereich Gültigkeit besitzt, definiert im Artikel 8 : „**...dass Leistungen im Bereich des**

Gesundheitswesens einer Qualitätskontrolle unterzogen und dem Stand der Wissenschaft entsprechend Qualitätssicherungsmaßnahmen gesetzt werden". Die Patientencharta ist aber kein österreichweiter Rechtsbestand bzw. kein exekutierbares Recht, weshalb bisher die Patient/inn/en kein normiertes Recht auf eine durch Qualitätssicherung gesicherte Behandlung haben.

In der Art. 15A-Vereinbarung Artikel (6) Qualität im österreichischen Gesundheitswesen wird von Qualitätsmessung und Evaluierung (laufendes standardisiertes Qualitätsmonitoring) gesprochen. In Alltag wird dieses Gesetz kaum bzw. gar nicht exekutiert, evaluiert oder kontrolliert.

Es fehlt ein übergreifendes Qualitätsgesetz, das die Ansprüche der Patient/inn/en auf durchgehende Qualität der Behandlung, insbesondere auch unter Einschluss der Qualitätskriterien für die Schnittstellen umfasst. Dieses müsste über die Qualitätssicherung hinaus die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen vorsehen. Im extramuralen Bereich fehlt eine gesetzliche Verankerung des Qualitätsmanagements gänzlich, hier sind die Hinweise auf Qualität weit verstreut und unzureichend. Im intramuralen Bereich ist die Qualitätssicherung im B-KAG zwar enthalten, müsste aber ebenfalls in ein übergreifendes Qualitätsgesetz integriert werden.

6. Strukturvoraussetzungen und Finanzierung

6.1 Einleitung

Ein gut funktionierendes Schnittstellenmanagement kann nur dann die gewünschten Effekte erzielen (qualitätsvolle und kontinuierliche Betreuung von Patient/inn/en, Verkürzung von Krankenhausaufenthaltsdauern besonders bei Patient/inn/en, die auf einen Pflegeheimplatz warten), wenn adäquate strukturelle Ressourcen im ambulanten Bereich vorhanden sind und finanziert werden. Nachfolgend werden die erforderlichen Ressourcen konkretisiert.

6.2 Lösungsansätze an den Schnittstellen

6.2.1 Erweiterung und Ausdifferenzierung des Dienstleistungs-angebotes der mobilen Dienste – qualitativ und quantitativ

- Zielgruppenorientierte Ausrichtung der Angebote, z.B. soll die Betreuung von gerontologischen Patient/inn/en im Rahmen der häuslichen Versorgung differenziert werden nach Schlaganfallpatient/inn/en, Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zu Hause, etc.[9]. Dies erfordert eine enge Kooperation aller SpezialistInnen bzw. DienstleistungsanbieterInnen in einem patient/inn/enorientierten Netzwerk. Für ambulante Anbieterorganisationen bedeutet dies die Notwendigkeit zur Ausdifferenzierung bestehender Dienstleistungen.
- Ausbau von Wochenend- und Abendeinsätzen
- Erhöhung der Anzahl von Pflegekräften in der Hauskrankenpflege (derzeit können in ganz Österreich phasenweise die Patient/inn/en aus Personalmangel vom Krankenhaus nicht in die Hauskrankenpflege übernommen werden)
- Konzept für den Einsatz therapeutischer Berufsgruppen der medizinisch-technischen Dienste im extramuralen Bereich

[9] Vgl. Palliativnetzwerk Mödling-Baden. Ein Netzwerk, das um die Hospizvereine gruppiert wurde und die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten/-ärztinnen für Onkologie, Hauskrankenpflege, Krankenanstalten etc. organisiert, mit dem Ziel, die Schwierigkeiten der Informations- und Ressourcenorganisation für Angehörige und Patient/inn/en in dieser schwierigen Situation zu minimieren und unnötige Spitalseinweisungen zu vermeiden (Hausarzt „neu" als Gesundheitsmanager).

6.2.2 Erweiterung und Ausdifferenzierung des Dienstleistungsangebotes im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte – qualitativ und quantitativ

- Bereitschaft der niedergelassenen Ärzteschaft zu umfassender Betreuung im extramuralen Bereich (vgl. „Praxisnetzwerk Mödling" der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit der Verpflichtung der Erreichbarkeit von 7.00 bis 19.00 Uhr, womit sich gemeinsam mit dem Nachtdienst eine 24 Stunden-Betreuung ergibt; vermehrte Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte Hausbesuche zu erbringen)
- Schaffung adäquater Abgeltungsmodelle (z.B. Einführung von Pauschalen für die Betreuung besonderer Patient/inn/engruppen, vgl. Onkologiepauschale in Deutschland).
- Fallen der Leistungslimitierungen der Krankenkasse bei bestimmten Diagnosen beziehungsweise nach Rücksprache.

6.2.3 EDV-Vernetzung

- Für eine erfolgreiche Kommunikation ist es wesentlich, die richtigen Kommunikationspartner/innen auch eindeutig zu identifizieren. Für die bisher noch vorwiegend in Papierform abgewickelte Kommunikation – postalische Übermittlung von Arztbriefen, Überweisungsformularen, etc. – reichte eine Adresse. Die elektronische Kommunikation benötigt jedoch eine eineindeutige Identifikation des Empfängers, d.h. Identifikationsnummer. Bisher gab es dies z.B. für Ärztinnen und Ärzte nicht, da die Landesärztekammern, die Bundesärztekammer und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (für die Vertragspartner) jeweils unterschiedliche Nummernkreise zu den Ärztinnen und Ärzte angelegt haben.
  Nun besteht das eVGA (elektronische Verzeichnis der Gesundheitsdienstanbieter Österreichs, www.evga.at), in dem alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und alle Krankenanstalten enthalten sind, und zwar jeweils mit E-Mail-Adresse und Identifikationsnummer sowie mit dem public key, um Kryptifizierungsprogramme verwenden zu können. Das Einpflegen der Daten erfolgt über die Ärztekammer, wodurch sichergestellt ist, dass es sich um eingetragene Ärztinnen und Ärzte handelt. Für andere Berufsgruppen erfolgt dies jeweils über die Berufsvertretung. Damit ist es möglich, unter Einhaltung der MAGDALENA Richtlinien (siehe auch www.akh-wien.ac.at/STRING/), personenbezogene Gesundheitsdaten, die besonders schutzwürdig sind, über das Internet zu versenden.
- Spezielle Kommunikationssoftware[10] ist in der Lage, stabil und sicher die elektronische Kommunikation zwischen Schnittstellenpartnern/-innen/innen zu gewährleisten.
- Die kontinuierliche Betreuung von Patient/inn/en über die Schnittstellen hinweg ist auch davon abhängig, diese Patient/inn/en über Sektorengrenzen eineindeutig identifizieren zu können. Bislang existiert jedoch aus Datenschutzgründen kein Patientenindex, der z.B. wie beim MBDS (Minimum Basic Data Set im stat. Bereich) die Verfolgung von Patient/inn/enkarrieren ermöglichen würde. Selbst in einer Krankenanstalt ist oft der Zusammenhang zwischen ambulanten und stationären Fällen nicht evident, es sind lediglich alle Aufnahmen von Patient/inn/en zusammenführbar, nicht aber medizinisch zusammengehörige Fälle.
- Die Vernetzung von Gesundheitssektoren mittels EDV (z.B. Übermittlung von Befunden) sollte forciert werden, dies betrifft insbesondere die Vernetzung zwischen fondsfinanzierten Spitälern und anderen Gesundheitseinrichtungen (z.B.

[10] Siehe auch www.wienkom.at/Befundkommunikation/MediKom/medikom.htm, www.medicalnet.at oder http://business.telekom.at/produkte/branchen/gesundheit/dame/

der Krankenkassen und privater Träger)[11]. Datenschutzrechtliche und technische Probleme sollten in diesem Zusammenhang im Interesse der koordinierten Betreuung gelöst werden.

6.2.4 Etablierung der Funktion „Schnittstellenmanager/innen"

Um die Funktion als Schnittstellenmanager/innen erfolgreich ausfüllen zu können, sind hohe Qualifikation und eine fundierte, mehrjährige Erfahrung im Gesundheitswesen von Vorteil. Vorweg soll klargestellt werden, dass die Funktion der Schnittstellenmanager/innen nicht an eine bestimmte Berufsgruppe gebunden ist. Nachfolgend wird explizit die Funktion, aber kein Berufsbild beschrieben. Die Bezeichnung „Schnittstellenmanager/innen" wird lediglich als Arbeitstitel verwendet, die Funktionsbeschreibung weist Überschneidungen mit bereits heute definierten Qualifikationen in bestimmten Berufsfeldern auf (Überleitpflege, Sozialarbeiter/innen, Case Manager/innen, etc.). Dementsprechend werden bereits heute ähnliche Fort- und Ausbildungen angeboten.

Für die Funktion der Schnittstellenmanager/innen sind folgende Kompetenzen erforderlich:

Fachliche Kompetenz: Wissen über:

- intra- und vor allem extramurale Leistungsangebote, deren Zugangsbedingungen und deren Grenzen und Möglichkeiten
- Aufgabenprofile der Berufsgruppen im Gesundheitswesen
- Kenntnisse des Sozialrechts und daraus resultierende Ansprüche
- Unterschiedliche Leistungsgebarungen der Krankenkassen und Bewilligungsverfahren (Verordnungen von Heilbehelfen und Pflegehilfsmitteln)
- fachpflegerische Grundkenntnisse, idealerweise einschlägige Berufserfahrung

Persönliche Kompetenz:

- Fähigkeit zur multiprofessionellen und organisationsübergreifenden Zusammenarbeit (Umgang mit unterschiedlichen Organisations- und Berufskulturen)
- Fähigkeit zur Gestaltung und Durchführung von Aushandlungsprozessen (Unterstützung bei der Erarbeitung unterschiedlicher Lösungsoptionen, Verbindlichkeiten herstellen, Konflikt- und Mediationsfähigkeit)
- Selbstorganisation (selbstständig arbeiten, eigenständig Entscheidungen treffen, Prioritäten setzen können)

Schnittstellenmanager/innen sollten auch die Vollmacht haben, innerhalb eines bestimmten Rahmens (Globalbudget, limitierte Vollmachten pro Patient/in bei Vorliegen bestimmter Kriterien) über die Angemessenheit und Gewährung von Leistungen extramuraler Anbieter entscheiden zu können, um die schnelle, effektive und effiziente Betreuung auf der jeweils angemessenen Versorgungsstufe zu gewährleisten. Insbesondere die Voreinstufung des Pflegegeldanspruches sollte bereits im Krankenhaus möglich sein (in Kooperation mit dem zuständigen Arzt oder der zuständigen Stationspflege). Nach vier Wochen könnte eine weitere Einstufung durch den Vertrauensarzt oder die Krankenversicherung stattfinden.
Lediglich die begleitende Evaluierung und Kontrolle sollte bei den zuständigen Behörden des Kostenträgers (Land bzw. Krankenkasse) liegen.

[11] erfolgen ungeplante Krankenhauseinweisungen, dann ist für ambulante Anbieterorganisationen der Zugang zum Zentralcomputer wesentlich, weil so nachvollzogen werden kann, in welches Krankenhaus die Patient/inn/en eingeliefert worden sind

Eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung der Funktion Schnittstellenmanager ist eine Form der organisationalen Anbindung, die einen interdisziplinären Zugriff auf diese Funktion erlaubt und eine berufsgruppen- sowie eine organisationsübergreifende Tätigkeit ermöglicht. Erfolgreiche Projekte in diesem Bereich zeigen, dass die Etablierung als Stabstelle der kollegialen Führung eine gute Voraussetzung dafür sein kann.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang der Hinweis, dass die Etablierung einer expliziten Stelle, die auf das Schnittstellenmanagement spezialisiert ist, die übrigen Mitarbeiter/innen nicht aus ihrer Verantwortung im Schnittstellenbereich entlässt.

Rechtliche Anmerkung: Eine exakte Definition der Personalqualifikation (als Zusatzqualifikation bzw. Fortbildung für die in Frage kommenden Berufsgruppen) für die Erbringer von Schnittstellenleistungen fehlt bisher in Rechtsform. Da es verschiedene Berufsgruppen gibt, die sich mit diesen Schnittstellenleistungen befassen, erscheint es aber ohnedies sinnvoller, für diesen Bereich neue Wege zu beschreiten und Kompetenzen/Funktionen zu definieren, anstatt Berufsqualifikationen festzulegen.

6.2.5 Finanzierung

Für die verbesserte Gestaltung des Schnittstellenmanagements zwischen stationärem und ambulantem Sektor im Gesundheitswesen wird ein Finanzierungsmodell gefordert, welches von mehreren Sektoren des Gesundheitswesens „gespeist" wird. Diese Variante scheint bei der derzeit gegebenen fragmentierten Finanzierungslandschaft im Gesundheitswesen die sinnvollste. Die Forderung nach einer patient/inn/enorientierten Honorierung bzw. Gesamtkostenrechnung, unabhängig vom Erbringer der Leistung, steht im Vordergrund. Im Mittelpunkt sollte der ideale Betreuungsmix und nicht die Optimierung von Teilbudgets der öffentlichen Hand gesehen werden. Dieses Modell sollte sowohl für Schnittstellenleistungen zwischen Krankenhaus und mobilen Diensten bzw. niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch für Rehabilitationsleistungen gelten.

Nachfolgend ein Finanzierungsvorschlag für Schnittstellenmanager/innen unter der Annahme, dass diese dienstrechtlich der Krankenhausleitung unterstehen:

- Die dafür anfallenden Personalkosten (Norm-Personalkosten für eine vordefinierte Zahl von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen pro Krankenhaus) werden dem Träger der Krankenanstalt vom Land und den Sozialversicherungsträgern ersetzt, die für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung primär verantwortlich sind und von der guten Abstimmung zwischen den einzelnen Akteurinnen und Akteuren am meisten profitieren.
- Der Krankenhausträger, der auch Vorteile aus einem funktionierenden Entlassungsmanagement zieht, stellt die notwendigen räumlichen Ressourcen, Kommunikationsmittel und die Infrastruktur zur Verfügung.

Wesentlich ist, dass die Honorierung von Schnittstellenleistungen auch an Qualitätsparameter gebunden wird. Sollten die Qualitätsanforderungen nicht erfüllt werden, müsste es die Möglichkeit für Konsequenzen geben (z.B. Reduktion des LKF-Punktewertes in fondsfinanzierten Spitälern oder Abzug von Leistungsentgelten). Andere Konsequenzen könnten auf der Veröffentlichung von Positiv- bzw. Negativlisten beruhen.

Nachfolgend sind **leistungsbezogene Rahmenbedingungen** zur Sicherung der Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung im Sinne der gesundheitspolitischen Zielsetzung angeführt:

- Genaue Spezifizierung des Inhalts und der Qualität der finanzierten Leistungen
- Definition der eingekauften Leistungsmenge, um eine unangemessene Mengenausweitung zu verhindern und um sicherzustellen, dass bei Leistungstransfers parallel auch die entsprechenden Einsparungspotenziale in den bestehenden Töpfen lukriert werden

- Definition der spezifischen Anforderungen an die potenziellen Anbieter (in Hinblick auf medizinische, pflegerische und organisatorische Qualitätskriterien)
- Angemessene Honorierung nach dem Prinzip gleiches Geld für gleiche Leistung, unabhängig vom Erbringer der Leistungen
- Selektion der Anbieter auf Basis der definierten Qualitätskriterien; im Sinne eines Preferred-provider-Systems sollen die jeweiligen Leistungen nur von anerkannten Vertragspartnern erbracht werden
- Regelungen und Vereinbarungen zur Leistungsanforderung und Steuerung (dezentrale Entscheidung, zentralisierte Kontrolle)

Folgende **systembezogene Rahmenbedingungen** sind in Bezug auf die Ausgestaltung des Gesamtsystems zu beachten:

- Balancierte und sachgerechte Mittelaufbringung
- Transparente und sachgerechte Mittelverteilung
- Kontrolle der Gesamtkosten (Systemkosten), insbesondere beim Transfer von Leistungen
- Erhaltung stabiler Aufwand/Nutzen-Relationen bei den Leistungserbringern (insbesondere auch im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte)

C Anhang

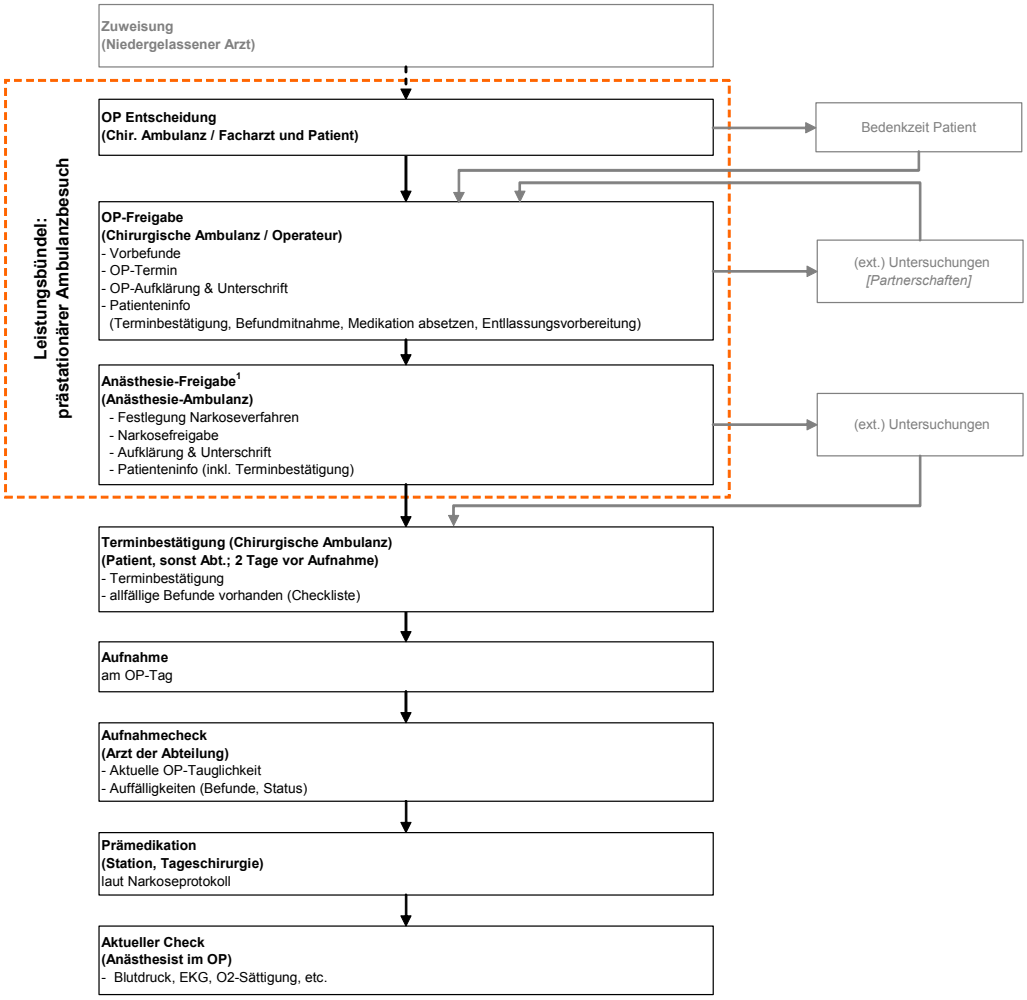
1. Rechtsmaterien im Gesundheitswesen (Auszug)

Die Grundlagen von Patient/inn/en- und Berufsrecht sind nicht in einem bestimmten Gesetzeswerk zusammengefasst, sondern über verschiedene Gesetze verteilt. Die nachfolgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)
- Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB)
- Aidsgesetz (AidsG)
- Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG)
- Arzneimittelgesetz
- Bundesgesetz für gehobene medizinisch-technische Dienste (MTD-Gesetz)
- Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG)
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)
- Hebammengesetz, BGBl. Nr. 310/1994
- Kardiotechnikergesetz , BGBl. I Nr. 96/1998
- MTF-SHD-Gesetz, BGBl. Nr. 102/1961
- MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992
- Patientencharta (lt. Art. 15a B-VG) für manche Bundesländer
- Patientenanwaltschaftsgesetz LGBl. 53/1990 (Kärnten)
- Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990
- Strafgesetzbuch (StGB)
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung

Außerdem entstehen Rechtsbeziehungen durch verschiedene Vertragsverhältnisse, wie Behandlungs- und Versicherungsverträge.

2. Aufnahmemanagement (Muster präoperativer Vorbereitungsprozess)



[1] Bei konsiliarer OP-Freigabe in anderer Krankenanstalt Akzeptanz der dortigen Anästhesiefreigabe.

3. Aufnahmemanagement (Muster Spitalseinweisungsformular)

SPITALSEINWEISUNG

GKK für:	BKK der:	VAE	SV Gew	SV B	KFA	BVA	Andere Kostenträger:

Versicherte/r	Geschlecht: ☐ m ☐ w	Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Familienname(n), Vorname(n)			Tag / Mon. / Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber/-in, Dienstort)			

Patient/-in	Geschlecht: ☐ m ☐ w	Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Familienname(n), Vorname(n)			Tag / Mon. / Jahr
Wohnadresse (bzw. Adresse Pflegeheim)			Staatsbürgerschaft: ☐ Österreich ☐ EU ☐ Anderer Staat: .....

Liegt eine PatientInnenverfügung (Verfügung über den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen) vor? ☐ ja ☐ nein

Zusätzliche Angaben bei PatientInnen mit einer European Health Insurance Card

Persönliche Identifikationsnummer (Feld Nr. 6)	
Identifikationscode der Versicherung (Feld Nr. 7)	
Identifikationsnummer der Karte (Feld Nr. 8)	
Ablaufdatum (Feld Nr. 9) Tag / Monat / Jahr	Länder-Code (zwei Buchstaben rechts oben)

Medizinische Angaben

Einweisungsdiagnose (Verdachtsdiagnose) (Bitte ausführen): ☐ infektiös ☐ nicht infektiös

Aktuelle Symptome, erhobene Befunde (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen): ☐ keine ☐ siehe Beilage

Wesentliche Nebendiagnosen (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen): ☐ keine ☐ unbekannt ☐ siehe Beilage

Weitere Gründe für Zuweisung (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen): ☐ keine ☐ siehe Beilage

Angaben zu Medikation

Akuttherapie:

verabreicht am:.....um.....Uhr

Dauermedikation (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen): ☐ keine ☐ unbekannt ☐ siehe Beilage

Allergien/Medikamentenunverträglichkeit (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen): ☐ keine ☐ unbekannt ☐ siehe Beilage

Benötigtes Spitalbett / Bestätigung der Verfügbarkeit (Bitte Zutreffendes ankreuzen und eintragen)

Der/die Kranke bedarf eines
- ☐ Männer-Bettes auf einer ..... Abt.
- ☐ Frauen-Bettes auf einer ..... Abt.
- ☐ Kinder Bettes auf einer ..... Abt.

Die Aufnahme im ..... wurde zugesichert.

Bettenzusage erfolgte durch
- ☐ **Leitstelle** ☐ Wiener Rettung ☐ Rotes Kreuz ☐ Arbeiter Samariter Bund ☐ Johanniter-Unfall-Hilfe ☐ Malteser ☐ .....
- ☐ **diensthabende/n Oberarzt/-ärztin**

Transportanforderung (Bitte Zutreffendes ankreuzen und eintragen)

☐ Keine Transportanforderung notwendig.

☐ Der/Die Kranke bedarf eines Krankentransportwagens | Der Transport erfolgt: ☐ sitzend ☐ liegend.

Der Transport wurde beauftragt von .....um ..... Uhr

Private Kontaktperson (Bitte eintragen):

Name/Anschrift (zumindest Bezirk), Telefon-Nr.

Medizinische Vertrauensperson (ggf. bitte eintragen):

Name/Anschrift (zumindest Bezirk), Telefon-Nr.

Sachwalter/-in (ggf. bitte eintragen)

Name/Anschrift (zumindest Bezirk), Telefon-Nr.

Soziale Situation vor Akutereignis (Bitte Zutreffendes ankreuzen und eintragen)

Lebenssituation:	☐ alleinlebend	☐ Familie	☐ Heim	☐ unbekannt
Alltagsbewältigung:	☐ ohne Unterstützung	☐ nur mit Unterstützung möglich		☐ unbekannt
Betreuungssituation:	☐ keine Dienste	☐ Betreuung durch Dienste		☐ unbekannt (Dienste recherchieren)

Wohnsituation (z.B: sanitären Übelstand, keine Heizung, etc.)

Durch Spital zu informierende Dienste/med. ProfessionistInnen (Bitte alles Zutreffende ankreuzen u. eintragen)

☐ **Siehe Beilage**
(z.B: Gesundheitsmappe, etc. bitte angeben).....

☐ **Gesundheitszentrum**
(Bitte betreuendes GSZ hier eintragen) .....

☐ **Soziale Dienste** (Heimhilfe, Essen auf Rädern, etc.):
(Bitte Namen des/r Dienste/s eintragen).....

☐ **(Med.) Hauskrankenpflege**
(Bitte Namen des/r Dienste/s eintragen) .....

☐ **Andere** (MTDs, ...) (bitte eintragen): .....

Unterlagen nach Verfügbarkeit mitnehmen und durch Ankreuzen kennzeichnen

☐ Keine Unterlagen verfügbar	☐ Impfpaß	☐ Gesundheitsmappe
☐ Blutgruppenausweis	☐ Marcoumarausweis	☐ Letzter Entlassungsbrief
☐ Diabetikerausweis	☐ Allergieausweis	☐ Medikamente oder Medikamentenplan
☐ Schrittmacherausweis	☐ Pflegedokumentation	☐ Befunde (Labor, Röntgen, ...)
☐ Personalausweis	☐ Versicherungskarte	☐ Sonstiges .....

Einweisender Arzt/Ärztin

☐ siehe Hausarzt/-ärztin

Wien, Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Hausarzt/-ärztin (bzw. behandelnder Facharzt/-ärztin)

Wien, Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

4. Antrag auf Anstaltspflege

	GKK für	BKK der	VA des österr. Bergbaues	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinterbliebene(r)	9	20 Kampfopfer / Kriegsbeschädigt 21	Beleg Nr.
	Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

Antrag auf Anstaltspflege

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient

Anschrift

Versicherter
(Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Stationäre Einweisung: KH ..... Datum/Uhrzeit: .....

Einweisungsgrund: .....

Verdachtsdiagnose(n): .....

.....

Wichtige wesentliche Nebendiagnosen: .....

.....

.....

Hausarzt: ..... Einweisender Arzt: .....
Unterschrift/Stampiglie

Dauermedikation: .....

.....

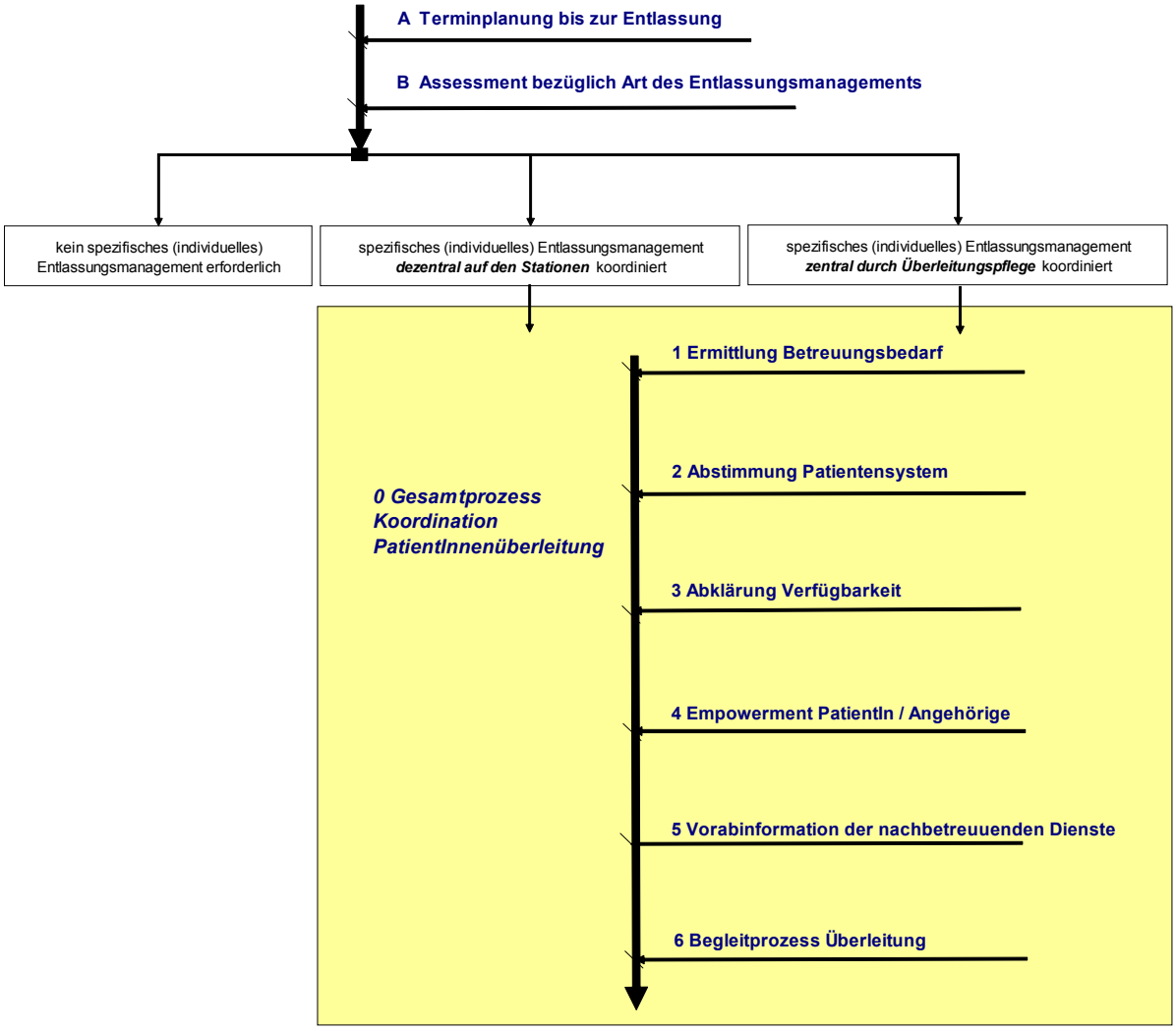
Akutmedikation (Präp./Dosis/Datum/Uhrzeit): .....

.....

Soziale Situation: ☐ allein ☐ Familie ☐ Heim

Kontaktperson: ..... Tel: .....

5. Entlassungsmanagement (Musterprozess)



6. Entlassungsmanagement (Muster für Standard XML Arztbrief)

K:\344 Phase IV in XML\5\Arztbrief\Arztbrief-Bsp-zuDraft5.xml - Microsoft Internet Explorer

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

Zurück Suchen Favoriten Medien

Adresse K:\344 Phase IV in XML\5\Arztbrief\Arztbrief-Bsp-zuDraft5.xml Wechseln zu Links

Entlassungsbrief

Dokumentaussteller (Sender)

001 Univ. Prof. Dr. Hans Huber
Musterstraße 7/9a , 1010 Wien
email: hans.huber@bla.at Tel : 0676/1234567

Anforderer (Empfänger)

B05 Dr. Franz Hubersepp
Landstrasser Hauptstrasse 3, 1030 Wien

Dokument

Dok-ID: 1 AZ: String
Dok-Inhaber: 001 Name: Hans Huber
Dok-Datum: 2001-12-17 Dok-Art: Testdokument Bez: Test

Patient

Meier Karl
SV-Nummer: 471117121977, Geb.Dat.: 1977-12-17 Geschl.: M Österreich
Am Berg 17/5, 2301 Gross-Enzersdorf
email: meier@bla.at Tel : 0664/9876545
keine Angaben

Aufenthalt

AZ: 4711 von: 2001-12-17 bis: 2001-12-19
von: 001 Univ. Prof. Dr. Hans Huber
Fachbereich: FB-Code : FB-Text
Musterstraße 7/9a, 1010 Wien
email: hans.huber@bla.at Fax : 01/483749274
StationsführenderOA: Mustermann , Max , DDr.

Aufnahme

bei: 007 Dr. Peter Hofer
Am Hauptplatz 1, 4711 Irgendwo
email: hofer@irgendwo.at Tel : 02456/123456

Behandlung

bei: 007 Dr. Peter Hofer
Am Hauptplatz 1, 4711 Irgendwo
email: hofer@irgendwo.at Tel : 02456/123456
Leiter: Kurz , Heinz , Dr.

Informationen zur Entlassung

EntlassungsDiagnosen

CodeArt: 001 Code: 4711 Status: schlimm

Fertig Lokales Intranet

K:\344 Phase IV in XML\5\Arztbrief\Arztbrief-Bsp-zuDraft5.xml - Microsoft Internet Explorer

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

Zurück Suchen Favoriten Medien

Adresse K:\344 Phase IV in XML\5\Arztbrief\Arztbrief-Bsp-zuDraft5.xml Wechseln zu Links

email: hofer@irgendwo.at Tel : 02456/123456
Leiter: Kurz , Heinz , Dr.

Informationen zur Entlassung

EntlassungsDiagnosen

CodeArt: 001 Code: 4711 Status: schlimm
Bez: Hier kommt CodeText rein
Hier kann FreiText stehen
Wert: 3.14159265358979 Einheit: String von: 2001-12-17 bis: 2001-12-17

Verweise

Art	Identifikation	Datum
typischer Verweis	0077A	2001-12-17

Dosierungen

Menge	Verabreichung	Zeitbegriff
3	oral	stündlich

Analyt: 1 Kuerzel: xyz
Hier kommt LangText rein
Ergebnis: und hier das Ergebnis Arithmet.Op.: 42342 Indik.Grenzueb.: ja
Ref.Wert von: 31231 bis: 54553 Status: der Status
KT-Code: 005556 KT-Code: hier steht der KT-Code KT-Wert: 12

Verlauf Wechselwirkung

ein wenig text über verlaufwechselwirkung

Medikation Thereapieempfehlung

CodeArt: 001 Code: 4711 Status: schlimm
Bez: Hier kommt CodeText rein
Hier kann FreiText stehen
Wert: 3.14159265358979 Einheit: String von: 2001-12-17 bis: 2001-12-17

Verweise

Art	Identifikation	Datum
typischer Verweis	0077A	2001-12-17

Dosierungen

Menge	Verabreichung	Zeitbegriff
3	oral	stündlich

Analyt: 1 Kuerzel: xyz
Hier kommt LangText rein
Ergebnis: und hier das Ergebnis Arithmet.Op.: 42342 Indik.Grenzueb.: ja
Ref.Wert von: 31231 bis: 54553 Status: der Status
KT-Code: 005556 KT-Code: hier steht der KT-Code KT-Wert: 12

Therapie Empfehlung

meine therapie empfehlung...

Weiteres Procedere

Fertig Lokales Intranet

K:\344 Phase IV in XML\5\Arztbrief\Arztbrief-Bsp-zuDraft5.xml - Microsoft Internet Explorer

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

Zurück Suchen Favoriten Medien

Adresse K:\344 Phase IV in XML\5\Arztbrief\Arztbrief-Bsp-zuDraft5.xml Wechseln zu Links

Ref.Wert von: 31231 bis: 54553 Status: der Status

KT-Code: 005556 KT-Code: hier steht der KT-Code KT-Wert: 12

durchgeführte diagnostische und therapeutische Massnahmen

Massnahme

CodeArt: 001 Code: 4711 Status: schlimm

Bez: Hier kommt CodeText rein

Hier kann FreiText stehen

Wert: 3.14159265358979 Einheit: String von: 2001-12-17 bis: 2001-12-17

Verweise

Art.	Identifikation	Datum
typischer Verweis	0077A	2001-12-17

Dosierungen

Menge	Verabreichung	Zeitbegriff
3	oral	stündlich

Analyt: 1 Kuerzel: xyz

Hier kommt LangText rein

Ergebnis: und hier das Ergebnis Arithmet.Op.: 42342 Indik.Grenzueb.: ja

Ref.Wert von: 31231 bis: 54553 Status: der Status

KT-Code: 005556 KT-Code: hier steht der KT-Code KT-Wert: 12

Resultat

CodeArt: 001 Code: 4711 Status: schlimm

Bez: Hier kommt CodeText rein

Hier kann FreiText stehen

Wert: 3.14159265358979 Einheit: String von: 2001-12-17 bis: 2001-12-17

Verweise

Art.	Identifikation	Datum
typischer Verweis	0077A	2001-12-17

Dosierungen

Menge	Verabreichung	ZeitBegriff
3	oral	stündlich

Analyt: 1 Kuerzel: xyz

Hier kommt LangText rein

Ergebnis: und hier das Ergebnis Arithmet.Op.: 42342 Indik.Grenzueb.: ja

Ref.Wert von: 31231 bis: 54553 Status: der Status

KT-Code: 005556 KT-Code: hier steht der KT-Code KT-Wert: 12

durchgeführte EingriffeMassnahmen

Massnahme

CodeArt: 001 Code: 4711 Status: schlimm

Bez: Hier kommt CodeText rein

Hier kann FreiText stehen

Fertig Lokales Intranet

K:\344 Phase IV in XML\5\Arztbrief\Arztbrief-Bsp-zuDraft5.xml - Microsoft Internet Explorer

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

Zurück Suchen Favoriten Medien

Adresse K:\344 Phase IV in XML\5\Arztbrief\Arztbrief-Bsp-zuDraft5.xml Wechseln zu Links

typischer Verweis 0077A 2001-12-17

Dosierungen

Menge	Verabreichung	Zeitbegriff
3	oral	stündlich

Analyt: 1 Kuerzel: xyz

Hier kommt LangText rein

Ergebnis: und hier das Ergebnis Arithmet.Op.: 42342 Indik.Grenzueb.: ja

Ref.Wert von: 31231 bis: 54553 Status: der Status

KT-Code: 005556 KT-Code: hier steht der KT-Code KT-Wert: 12

Resultat

CodeArt: 001 Code: 4711 Status: schlimm

Bez: Hier kommt CodeText rein

Hier kann FreiText stehen

Wert: 3.14159265358979 Einheit: String von: 2001-12-17 bis: 2001-12-17

Verweise

Art.	Identifikation	Datum
typischer Verweis	0077A	2001-12-17

Dosierungen

Menge	Verabreichung	Zeitbegriff
3	oral	stündlich

Analyt: 1 Kuerzel: xyz

Hier kommt LangText rein

Ergebnis: und hier das Ergebnis Arithmet.Op.: 42342 Indik.Grenzueb.: ja

Ref.Wert von: 31231 bis: 54553 Status: der Status

KT-Code: 005556 KT-Code: hier steht der KT-Code KT-Wert: 12

Weitere Entlassungsinformationen

Entlassungsrichtung

Pflegeheim

Entlassungszustand

bettlaegrig

Belastbarkeitsinformationen

Grad: teilweise Angaben: ein paar angaben... Vorschlaege: keine Vorschläge

Miteinbeziehung von

Angehöriger

Pflegebericht beigefügt

Ja

Schlusstext

allg.Bem.: eine kleine bemerkung...

vid.Zeit: 2001-12-17T09:30:47-05:00

vid.Arzt: Hans Guber

dikt.Arzt: Hans Hofer

Fertig Lokales Intranet

6. Handbuch für Prozessstandardisierung

Verbesserungsprojekte orientieren sich generell an der Optimierung des Prozesses. Daher wird in diesem Kapitel zuerst ein allgemeines Modell zum Verständnis von Arbeitsabläufen vorgestellt, bevor auf die möglichen Ansätze zur Prozessoptimierung eingegangen wird. Danach erfolgt eine Darstellung von musterhaften optimierten Aufnahme- und Entlassungsprozessen.

Bis vor kurzem standen in Gesundheitsorganisationen Expert/inn/en im Mittelpunkt des Geschehens. Der Expert/inn/enlogik hatten sich Arbeits- und Zeitabläufe sowie Patient/inn/en unterzuordnen. Die gesellschaftliche Emanzipation von Kunden und Patient/inn/en und der zunehmende Kostendruck führen zu einer Trendwende, die ein Umdenken in den Gesundheitsorganisationen notwendig macht. Die Prozessorientierung rückt in den Vordergrund und verdrängt immer mehr die bis dato dominierende Expert/inn/enorientierung. Dies ist besondern wichtig an den Schnittstellen, wo trägerübergreifend die Expert/inn/en tätig sind.

6.1 Das Prozessmodell

Definition Prozess
Unter einem Prozess wird ein zusammenhängender Arbeitsablauf bestehend aus mehreren miteinander verbundenen Arbeitsschritten verstanden. Zur Differenzierung und Hervorhebung der Bedeutung unterschiedlicher Prozesse werden diese in Primärprozesse (auch Kern- oder Schlüsselprozesse), Sekundärprozesse und Tertiärprozesse eingeteilt.

Das Prozessmodell
Die **Primärprozesse** stehen für die zentralen, wertschöpfenden Abläufe entlang der Patient/inn/enbetreuung. Im Spital zählen beispielsweise die Zuweisung, die Aufnahme von Patient/inn/en, die Anamnese, die Diagnostik, die Therapie bis hin zur ambulanten Nachbehandlung dazu. Auch die Tagesbetreuung auf der Station gehört zu den Primärprozessen.
Die Primärprozesse werden entlang des Patient/inn/enflusses realisiert.

Im Unterschied dazu sind die Supportprozesse (**Sekundärprozesse**) anzuführen, wie z.B. Wäscheversorgung, Apothekenleistung, Essensversorgung, und die **Tertiärprozesse** (Logistik, EDV, strategische Planung, Finanzierung, Controlling), die mittelbar die Leistungserbringung unterstützen. Die graphische Darstellung dieser Prozesse findet sich in der nachfolgenden Abbildung 6.

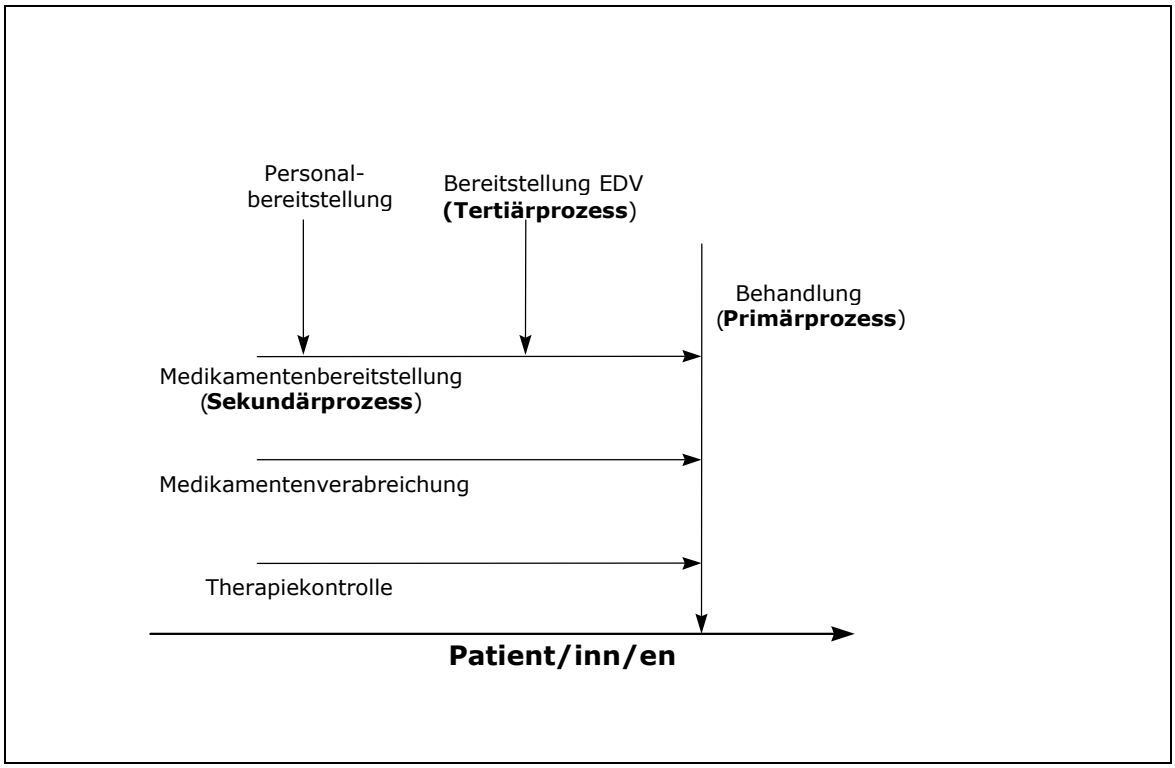


Abbildung 6: Das Prozessmodell bzw. der Leistungsprozess (Prozesslandkarte)

Im Qualitätsmanagement ist es Ziel, dass sich die Arbeitsabläufe primär nicht nach den spezifischen Berufsgruppen- und Fachbereichsbedürfnissen, sondern nach den Erfordernissen der Patient/inn/enbehandlung und -betreuung richten. Das Hauptaugenmerk für die Veränderung im Krankenhaus liegt demzufolge auf dem wertschöpfenden Kernprozess zum Nutzen der Patient/inn/en.

Prozessregelung

Die Prozessqualität kann nach bestimmten **Normen** (z.B. ISO 9000-Serie) reglementiert werden. Im medizinischen Zusammenhang wird diese häufig durch **Leitlinien** oder **Guidelines** vorgegeben bzw. geregelt.
Richtlinien stellen verbindliche Normen dar. **Leitlinien** hingegen sind Empfehlungen, die einen bestimmten Handlungsspielraum zulassen. **Standards** werden häufig synonym für beide verwendet.

Mit Leitlinien, Richtlinien und Standards sollen den Ärzten und Pflegenden Entscheidungshilfen in die Hand gegeben werden, um zu besseren klinischen Prozessverläufen zu kommen. Richtlinien und Verfahrensstandards wirken demnach unterstützend und zwar im Hinblick darauf, dass

- klinische Entscheidungen nach dem neuesten Wissenstand getroffen werden,
- Abläufe vereinheitlicht werden und damit eine Verbesserung der Prozessqualität erreicht wird,
- Mindestanforderungen im Sinne von Rahmenvorgaben abgebildet werden,
- ein Prozess kosteneffizient durchgeführt wird.

Die Entwicklung, Ausarbeitung und Verbreitung von Verfahrensstandards und Richtlinien kann auf Makroebene im Sinne einer Lenkungsmaßnahme des Gesundheitssystems oder auf Mikroebene (z.B. auf der Station) erfolgen. Der aufwendigste Teil der Entwicklung liegt in der Konsensfindung der Beteiligten.

6.2 Prozessoptimierung

Generell gibt es im Qualitätsmanagement zwei Zugänge zur Optimierung von Prozessen, nämlich die Qualitätsverbesserung und die Qualitätsplanung (Prozessredesign). Beide Zugänge werden nachfolgend beschrieben.

Der wesentliche Unterschied zwischen Qualitätsverbesserung und Qualitätsplanung ist, dass die Qualitätsverbesserung von einem klar definierten Problem ausgeht (Differenz Ist und Soll), während die Qualitätsplanung einen Prozess von Grund auf neu gestalten hilft (Soll).

6.2.1 Qualitätsverbesserung

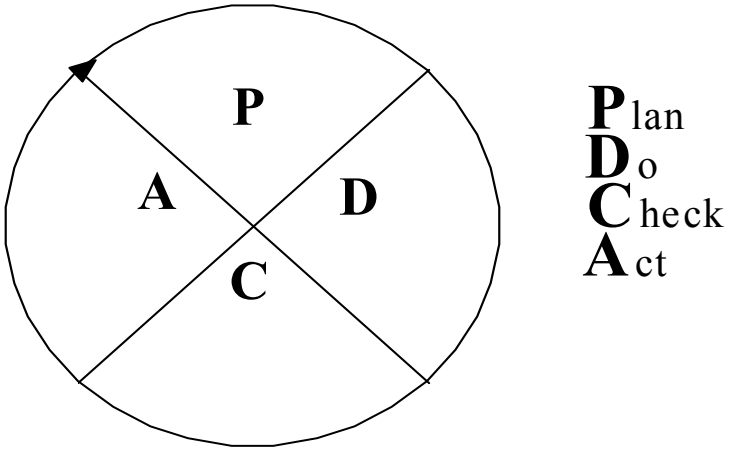
Qualitätsverbesserung erfolgt problemorientiert. Ein Problem ist die Differenz zwischen Soll- und Ist-Zustand.

Soll – Ist = Problem

Dazu muss man sowohl das Ist kennen (Qualitätskontrolle) als auch über gemeinsame Vorstellungen zum Soll (Ergebnis der Qualitätsplanung) verfügen.

Ziel der Qualitätsverbesserung ist die Optimierung des Bestehenden, also die Verwirklichung des Prinzips der kontinuierlichen Verbesserung. Ausgehend von der Identifikation von Problemen bzw. Risikobereichen wird zunächst die Analyse der verantwortlichen Ursachen betrieben, um im Anschluss daran Lösungskonzepte zu entwickeln. Die Lösungen setzen in der Folge direkt an der Optimierung mangelhafter Prozesse an oder an deren Neuplanung.

Methodische Grundlage der kontinuierlichen Verbesserung ist der PDCA-Kreis, der für die Abfolge der Schritte Plan-Do-Check-Act (Planen – handeln/umsetzen – messen/prüfen – adaptieren/reagieren) steht. Während in der Tagesroutine das deutliche bzw. ausschließliche Gewicht auf dem Handeln liegt (**Do**), schaffen Q-Verbesserungsprojekte Freiräume für die übrigen Schritte, insbesondere für den Planungsschritt (**Plan**): Problemdefinition, Erfassung der Ausgangssituation, Analyse der Ursachen, Ausarbeitung von Lösungen. Die Umsetzung selbst entspricht dem Handlungsschritt (Do), während die Messung/Evaluation dem **Check** und alle abzuleitenden Maßnahmen dem Adaptionsschritt (**Act**) entspricht (Siehe Abbildung 7).



Koeck,Ebner & Partner, 1996.

Abbildung 7: Deming-Circle, Quelle: Deming E 1986

Der Ablauf eines Qualitätsverbesserungsprojektes wird für Gesundheitsorganisationen nach einer medizinischen Logik in **fünf Phasen** dargestellt: Problem definieren (Anamnese), Diagnostik, Therapieplanung, Umsetzung (Therapiedurchführung) und Ergebnismessung (Therapiekontrolle).

1. Phase: Problem definieren (Anamnese)		
Tätigkeit	**Beschreibung**	**Typische Fehler**
Auflisten und priorisieren von möglichen Problemen	Die Probleme werden gesammelt und das aktuell am besten geeignete in der Gruppe durch Gewichtung ausgewählt.	▪ Mitarbeiter/innenressourcen werden nicht genutzt ▪ Kleinster gemeinsamer Nenner schafft uninteressante Themen
Problem definieren	Das Defizit und die beteiligten bzw. betroffenen Gruppen und Funktionsbereiche werden konkretisiert.	▪ Abstrakte Problemdefinition ▪ Unscharfe Problemdefinition versteckte Lösungen/Schuldzuweisungen
Projekt und Projektteam definieren	Zwischen dem Auftraggeber und dem Auftragnehmer werden die Bestandteile des Projektauftrages vereinbart.	▪ Unklarer Auftrag ▪ Kein Auftrag ▪ Unrealistischer Auftrag
2. Phase: Diagnostik		
Tätigkeit	**Beschreibung**	**Typische Fehler**
Problemausmaß messen (Indikator, Messplanung, Durchführung)	Die richtige Messgröße muss gefunden werden. Das geeignete Messverfahren wird auf Basis der Messplanung durchgeführt.	▪ Es wird nicht gemessen ▪ Messgröße misst am Problem vorbei ▪ Merkmal erfasst nicht Messgröße ▪ Verfälschende Systemfehler bei der Messung
Ursachenhypothesen testen, Hauptursachen identifizieren	Mit Hilfe entsprechender qualitativer und quantitativer Analyseinstrumente können die wesentlichen Ursachen gefunden werden.	▪ Bei der Messung werden irrelevante Ursachen identifiziert ▪ Falsche Gewichtung von Ursachen
3. Phase: Therapieplanung		
Tätigkeit	**Beschreibung**	**Typische Fehler**
Qualitätsziel festlegen	Das Qualitätsziel ist auch in seiner quantitativen Ausprägung festgelegt.	▪ Orientierung zum „Akzeptablen" ▪ Rechtfertigungsdrang
Alternativlösungen entwickeln, Prozessadaptionen ausarbeiten	Nach der Erhebung und Priorisierung von Alternativlösungen kann ein konkreter Lösungsvorschlag entwickelt werden	▪ Vorschnelle Lösungen ▪ Lösungen werden nicht operationalisiert
4. Phase: Umsetzung (Therapiedurchführung)		
Tätigkeit	**Beschreibung**	**Typische Fehler**
Veränderungsbereitschaft fördern	Dem Umsetzungsauftrag durch die Führung folgt die strukturierte Auseinandersetzung mit Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen zum Thema	▪ Umsetzung nicht in der Linie ▪ Zu wenig Info für Mitarbeiter/innen im Vorfeld
Lösungen umsetzen	Zu einem vereinbarten Zeitpunkt werden die neuen Prozessabläufe eingeführt	▪ Keine operationalen Hilfestellungen ▪ Keine Übersicht ▪ Halbherzige Veränderung
5. Phase: Ergebnismessung (Therapiekontrolle)		
Tätigkeit	**Beschreibung**	**Typische Fehler**
Ergebnis messen: Ziel erreicht?	Die Kontrollmessung gibt Infos über Erfolg des Projektes.	▪ Keine Messung ▪ Keine vergleichbaren Bedingungen zur Erstmessung ▪ Vorschnelle Schlüsse
Monitorsystem etablieren	In regelmäßigen Abständen werden Kontrollmessungen wiederholt.	▪ Versichern des Projekterfolges

Tabelle 4: Ablauf Qualitätsverbesserungsprojekt in fünf Phasen

6.2.2 Qualitätsplanung/Qualitätsredesign

Hauptanliegen im Rahmen des Prozessredesigns ist es, die Bedürfnisse und Erwartungen von Kunden zu erfahren, um daraus die Planung bzw. das Redesign von Produkten und Prozessen abzuleiten. Das heißt, es werden zu den Bedürfnissen/Erwartungen der Kunden die Qualitätsmerkmale der Leistungen festgelegt und darauf folgend die Qualitätsanforderungen definiert (siehe Abbildung 8). Davon ausgehend werden entsprechende Prozessabläufe geplant, die sicherstellen sollen, dass die Qualitätsanforderungen erfüllt werden. **Qualitätsplanung entspricht – bezogen auf einen Prozess – der Festlegung bzw. Definition des Soll.**

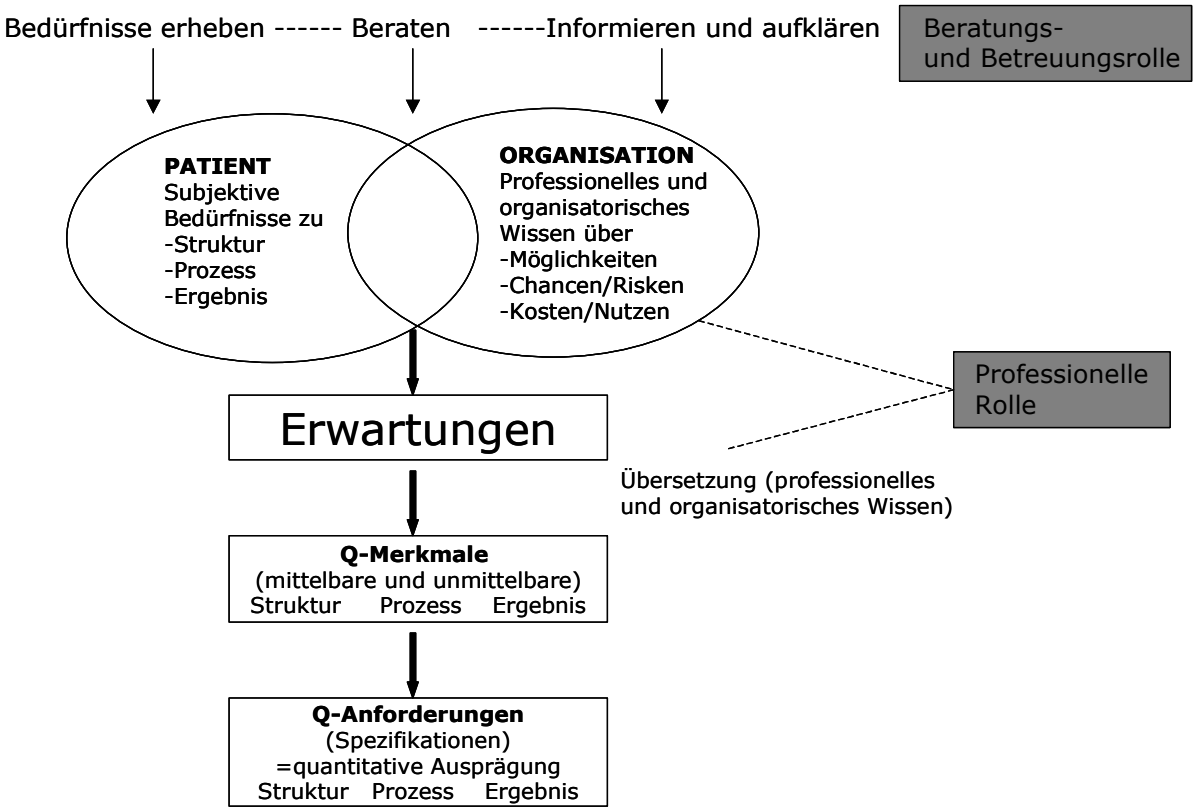


Abbildung 8: Ableitung von Qualitätsanforderungen

Quelle: KoeckEbner&Partner 1997

Das **methodische Vorgehen** eines Qualitätsplanungsprojektes lässt sich anhand des Modells von Juran (siehe Abbildung 9) darstellen. Nach Juran werden die **Produkt- und Prozesseigenschaften** (Qualitätsmerkmale) schrittweise hergeleitet und zwar ausgehend von der grundsätzlichen Zielvorstellung, der Identifikation der Kunden und der Erfassung von Kundenbedürfnisse und -erwartungen. Der Ablauf der Qualitätsplanung umfasst insgesamt **sechs Schritte**.

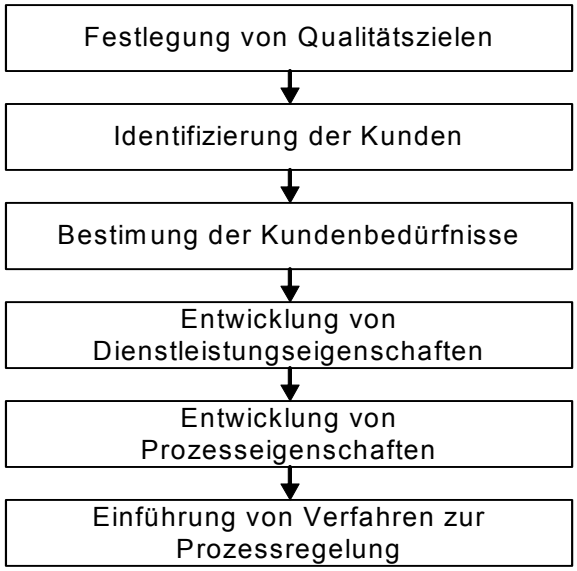


Abbildung 9: Qualitätsplanung: 6 Schritte zum Erfolg

Quelle: Juran J.M. 1988

6.3 Instrumente (Flussdiagramm/Prozesslandkarte)

Zwei wesentliche Instrumente spielen bei der Prozessanalyse und -standardisierung eine wesentliche Rolle:

- Flussdiagramm
- Prozesslandkarte

Das **Flussdiagramm** dient der:

- Darstellung des Ist-Prozesses
- Identifikation von Problemfeldern sowie
- Darstellung des Soll-Prozesses

im zeitlichen Ablauf.

Demgegenüber zeigt die **Prozesslandkarte** die Verantwortlichkeit und Prozesshierarchie zu einem Prozess. Die wesentliche Frage, die geklärt wird, ist: „Wer liefert wem was?"

Flussdiagramm

Prozessabläufe werden anhand von Flussdiagrammen analysiert und optimiert. Diese sollen so einfach wie möglich, jedoch so komplex wie notwendig ausgearbeitet werden. Es ist notwendig, den bestehenden Prozessablauf zu verstehen, Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und einen neuen verbesserten Prozessablauf zu erstellen. Dazu wird der Prozess in Teilschritte zerlegt (siehe Tabelle 5).

Prozessabläufe analysieren und optimieren (Flussdiagramm)
So einfach wie möglich – so komplex wie notwendig

1. Problem (bzw. Optimierungsziel) definieren
2. (Haupt-)verantwortliche(n) Prozess(e) identifizieren
3. Prozessanfang und -ende festlegen
4. Feststellen, was fließt
5. groben Fluss darstellen (6–10 wichtigste Prozessschritte)
6. Problembereiche identifizieren
   (und in Bezug auf die Auswirkung gewichten)
7. Priorisierte Problembereiche weiterbearbeiten
   - Verfeinern: Prozessschritte verfeinert darstellen
   - Verzweigen: Zulieferprozesse darstellen (Schritt 1–6)
8. Soll-Prozess entwickeln

Tabelle 5: Prozessabläufe analysieren und optimieren (Flussdiagramm)

Ein Beispiel für ein Flussdiagramm im Ist-Zustand sowie im Soll-Zustand ist der nachfolgenden Graphik (siehe Abbildung 10) zu entnehmen.

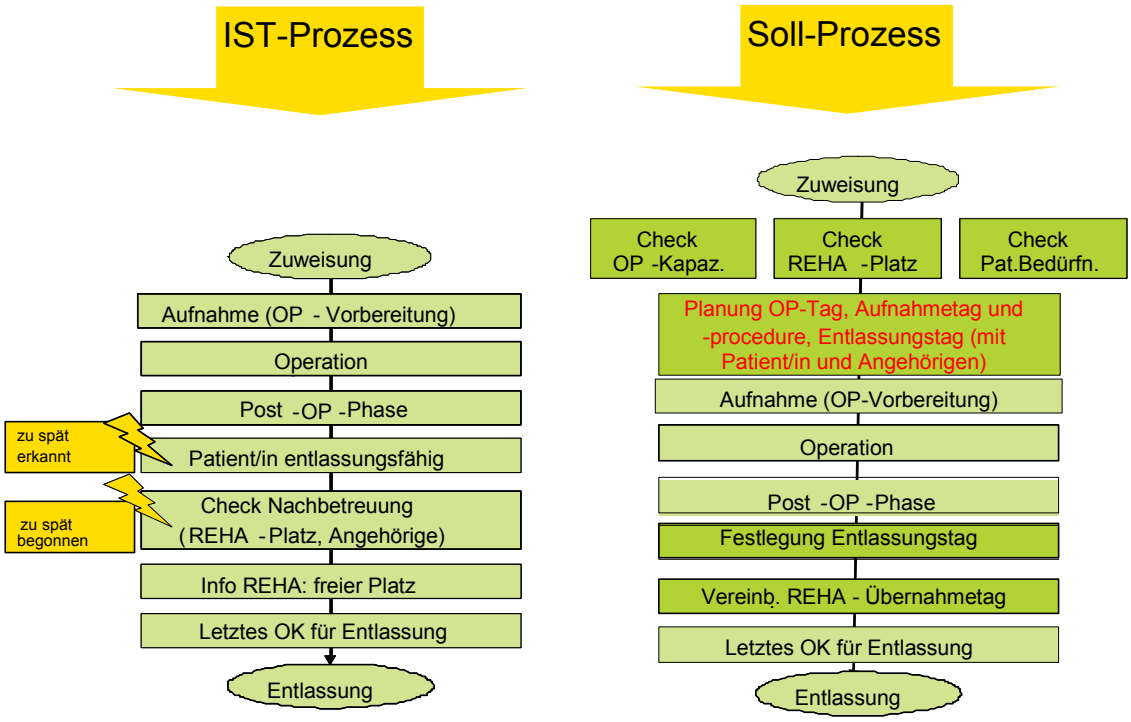


Abbildung 10: Beispiel für den Ist- und Soll-Prozess anhand eines Flussdiagramms

Die linke Abbildung zeigt den **Ist-Prozess**. Es ist deutlich zu erkennen, dass es zwei Problembereiche gibt. Erstens wird zu spät erkannt, dass der Patient entlassungsfähig ist und zweitens wird die Nachbetreuung zu spät organisiert.
Im **Soll-Prozess** werden diese zwei Problembereiche behoben, indem bereits vor der Aufnahme im Krankenhaus alles geregelt ist.

Prozesslandkarte
Die Prozesslandkarte stellt die Verantwortlichkeiten und die Prozesshierarchie zum Prozess dar. Sie soll helfen, die Kunden/Lieferantenbeziehung zu verstehen (Wer liefert wem was?), Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen sowie eine optimierte Prozessordnung zu entwickeln.

Die Erstellung einer Prozesslandkarte erfolgt in vier Phasen:

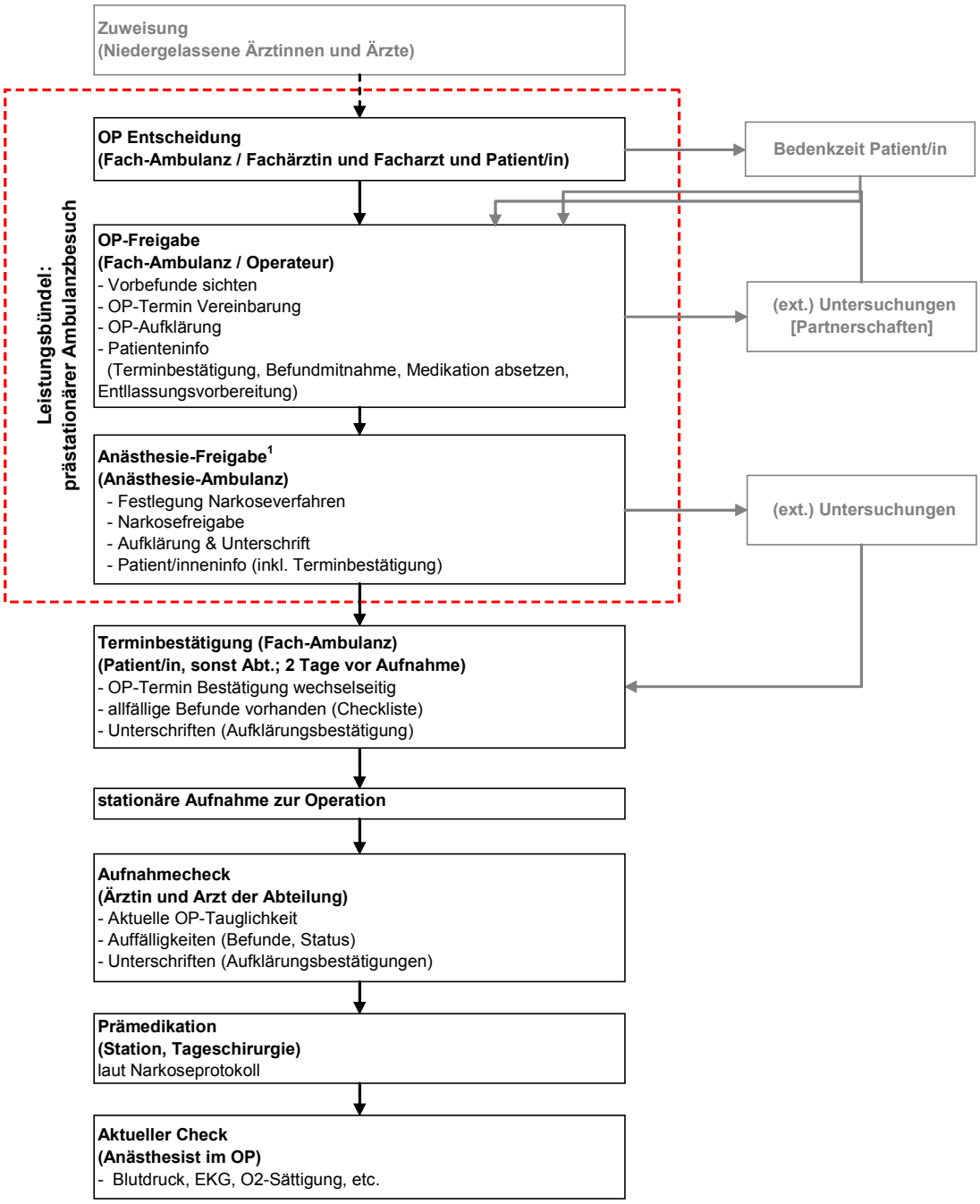
1. Definition der Schlüsselprozesse (=Kernprozesse)
2. Erstellen der Prozesslandkarte
3. Verantwortung festlegen
4. Abstimmung der internen und externen Kundenerwartungen

Als weitere Phasen kommen noch die Erstellung von Flussdiagrammen im Detail, die Ausarbeitung von Verfahrungsanweisung aber auch die Planung von Prozessregelungen (inkl. FMEA – **F**ehler **M**öglichkeiten **E**influss **A**nalyse) in Betracht.

6.4 Musterprozesse

Die nachfolgend dargestellten Musterprozesse für Aufnahme- und Entlassungsmanagement sind aus dem Projekt heraus entstanden. Sie haben generell auch für andere Häuser und Abteilungen Gültigkeit.

6.4.1 Aufnahmemanagement/Soll-Prozess



[1] Bei konsiliarer OP-Freigabe in anderer Krankenanstalt Akzeptanz der dortigen Anästhesiefreigabe.
Nach LKH-Klagenfurt, adaptiert auf Basis von Vorarbeiten des Projektes MedTogether

Abbildung 11: Musterprozess Aufnahmemanagement elektiv (Beispiel Operation)

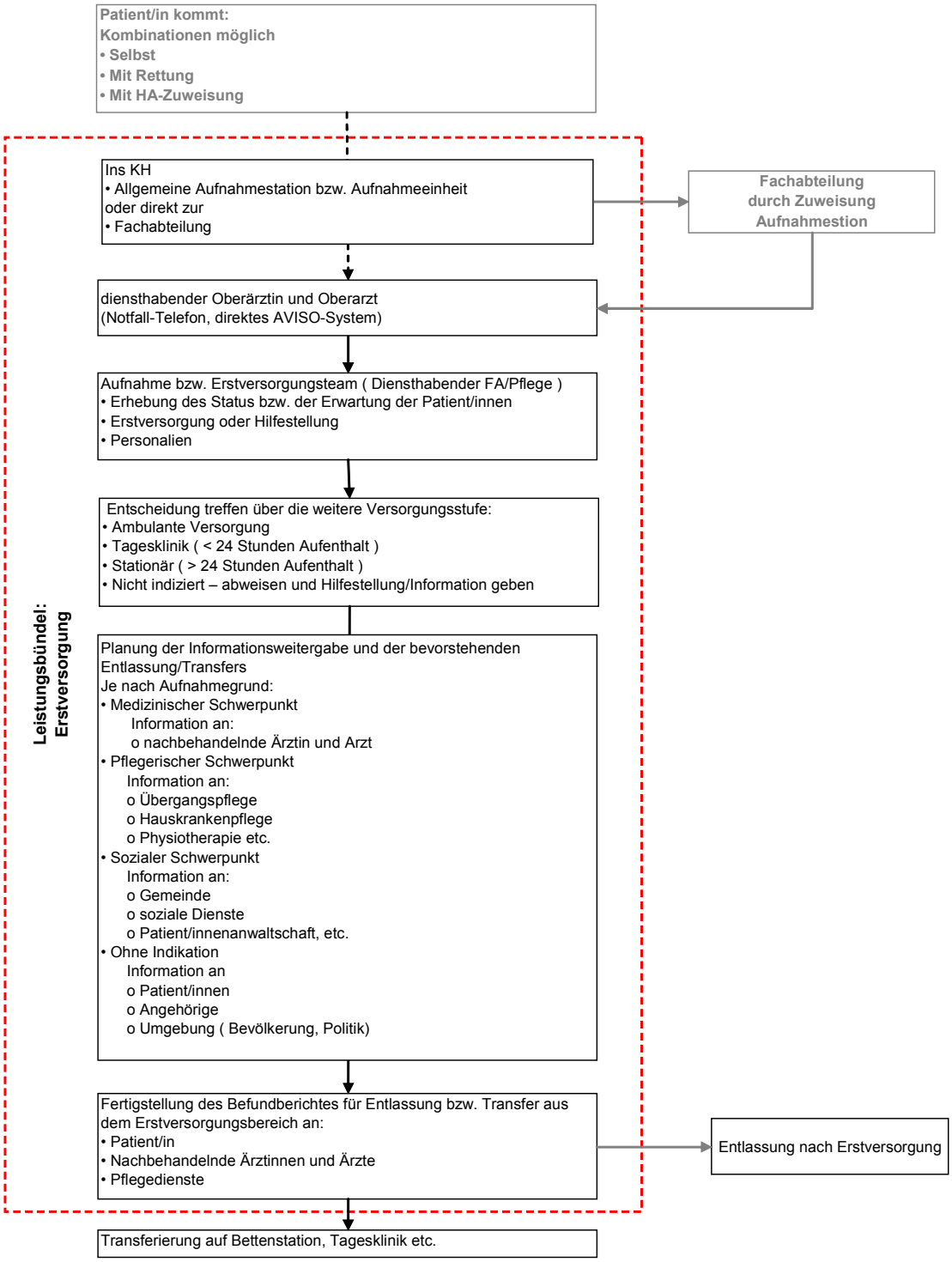


Abbildung 12: Musterprozess Aufnahmemanagement akut

6.4.2 Entlassungsmanagement/Soll-Prozess

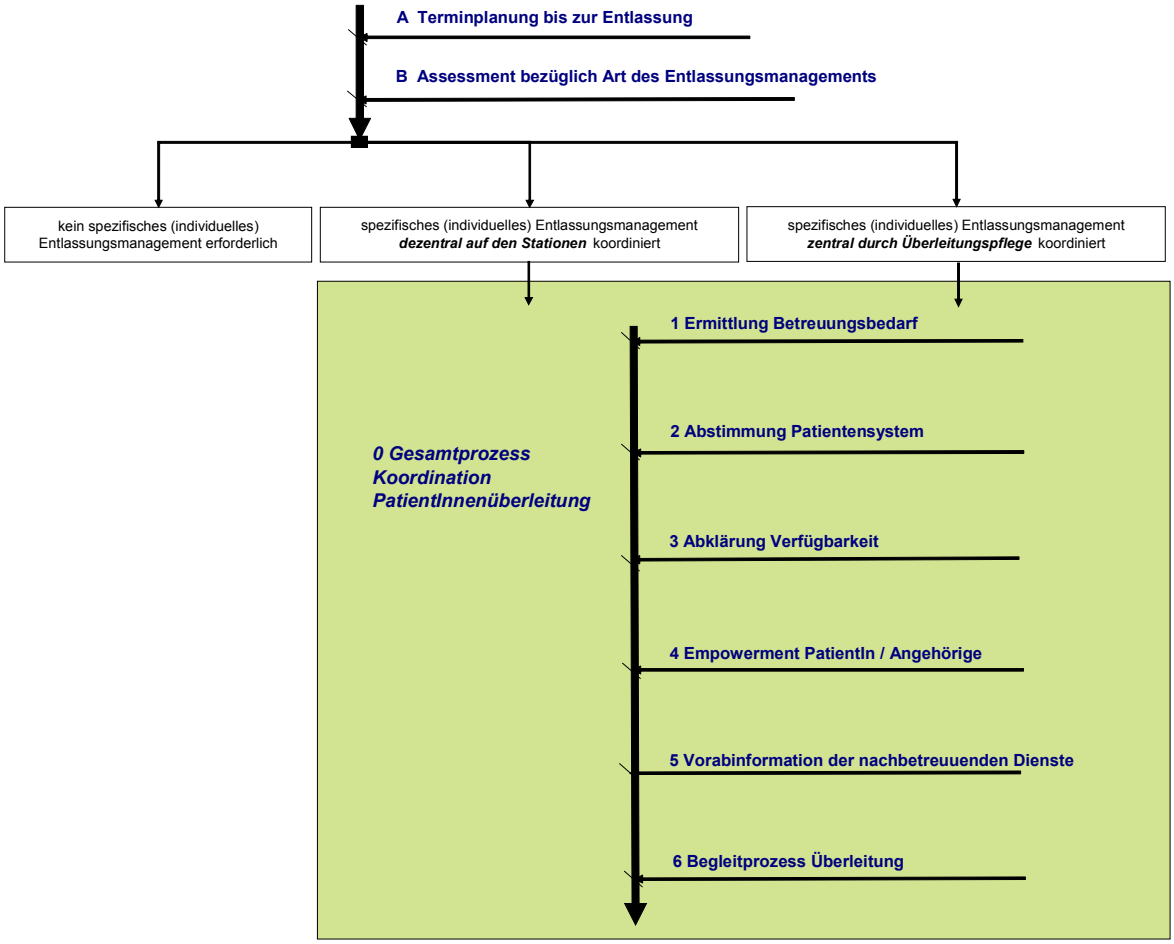


Abbildung 13: Musterprozess Entlassungsmanagement

Beschreibung

A Terminplanung bis zur Entlassung

A Nutzen (Mehrwert)

- Plan, was bis wann im Krankenhaus zu tun ist (Ziel und Zeitbudget)
  - Diagnostisch
  - Therapeutisch
  - Pflegerisch
  - Entlassungsvorbereitung (siehe Prozessschritte 2-6)
- Zielvorstellungen, die den Patient/inn/en und den Angehörigen kommuniziert werden können

B Aufgaben

- Arbeitshypothese bezüglich Entlassungstag und Planung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen festlegen (am Tag nach der Aufnahme)
- Groben Diagnostik- und Therapieplan festlegen (eventuell auf Basis von Standards oder klinischen Pfaden)
- Standardisierte Dokumentation während der Visite
- Information an Patient/inn/en und Angehörige
- Regelmäßige Überprüfung der Hypothese, allenfalls Anpassung der Hypothese

C Prozessverantwortung und D Durchführungsverantwortung
- Stationsführende Oberärztinnen und Oberärzte
- Beratung: Stationsschwester/-pfleger, allenfalls Überleitpflege

Anmerkung:

Voraussetzung zur Erhaltung der Arbeitshypothese 1 (wenn nichts Unvorhergesehenes eintritt):
- Terminmanagement für Diagnostik und Therapie (Visite muss zeitgerecht abgeschlossen werden, um zeitgerechte Terminplanungen in diesem Bereich zu sichern)
- Laufende Kontrolle der Arbeitshypothese

B Assessment bezüglich Art des Entlassungsmanagement (+Zuständigkeit):

A Nutzen (Mehrwert)
- Klarheit, wer zuständig ist
- Ressourcen adäquat genützt

B Aufgaben
1. Kein spezifisches (individuelles) Entlassungsmanagement erforderlich
2. Spezifisches (individuelles) Entlassungsmanagement, **dezentral** auf den Stationen koordiniert
3. Spezifisches (individuelles) Entlassungsmanagement, **zentral** durch Überleitungspflege koordiniert

C Prozessverantwortung und D Durchführungsverantwortung
Stationsschwester/-pfleger

0 Gesamtprozess Koordination Patient/inn/enüberleitung

A Nutzen (Mehrwert)

Für die Patientin/den Patienten bzw. die Angehörigen ist die Kontinuität der Betreuung sichergestellt:
- Hat Information über Erkrankung bekommen
- Hat Vorstellung, wie es weitergeht
- Weiß, was zu tun ist
- Weiß, an wen man sich wenden kann
- Hat Sicherheit, dass die Betreuung weitergeht

Für das Krankenhaus werden Effizienzpotenziale genutzt:
- Patient/inn/en können zeitgerecht und mit angemessener Verweildauer entlassen werden
- Vermeidung/Reduktion von ungeplanten unangemessenen Wiederaufnahmen (Drehtüreffekt)

B Aufgaben

Entscheidung:
- Wahrnehmen der individuellen Patient/inn/enbedürfnisse
- Koordination des Gesamtprozesses Patient/inn/enüberleitung
- Erfolgsbeobachtung

C Prozessverantwortung
- Am Beginn (jedenfalls bis 1. Tag nach Aufnahme) Stationsschwester/

-pfleger, danach entweder weiterhin Stationsschwester/-pfleger oder Überleitpflege, eventuell Übernahme der Prozessverantwortung durch Überleitstation/Med. Geriatrie

D Durchführungsverantwortung
Siehe Prozesse 1–6

1 Ermittlung Betreuungsbedarf

A Nutzen (Mehrwert)
- Wissen, was die Patientin bzw. der Patient zusätzlich (gegenüber vorher) bei Entlassung brauchen wird (wenn die Versorgungsaufgabe des Krankenhauses abgeschlossen ist)

B Aufgaben
- Feststellen des vor der Aufnahme bestehenden Bedarfs (medizinisch, pflegerisch, therapeutisch und sozial) und der vor der Aufnahme in Anspruch genommenen Ressourcen
- Feststellen des aktuellen Bedarfs (medizinisch, pflegerisch, therapeutisch und sozial)

C Prozessverantwortung und D Durchführungsverantwortung
- Stationsschwester/-pfleger

2 Abstimmung Patient/inn/ensystem

A Nutzen (Mehrwert)
- Ressourcen der Patientin bzw. des Patienten/der Angehörigen bestmöglich und tragfähig mit einbeziehen/aktivieren.

B Aufgaben
- Information über Betreuungsbedarf an Patient/inn/en und Angehörige
- Erfragen der verfügbaren Ressourcen
- Information über Betreuungsangebote (inkl. grobe Kostenschätzung)
- Moderation des Entlassungsprozesses
- Auftragsklärung bezüglich der Organisation der Betreuungsdienste und -mittel
- Definitive Entscheidungsfindung bezüglich Inanspruchnahme der organisierten Betreuungsdienste und –mittel
- Einholung der Zustimmung zur Weitergabe von relevanten Informationen für die Überleitung

C Prozessverantwortung und D Durchführungsverantwortung
- Überleitpflege oder Stationsschwester/-pfleger oder Sozialarbeitern

3 Abklärung Verfügbarkeit

A Nutzen (Mehrwert)
- Adäquates Angebot für die Nachbetreuung (in Bezug auf Bedarf, Akzeptanz der Patient/inn/en/Angehörigen und Zeitpunkt) ist mit den Anbietern verbindlich abgesprochen
- Potenzielle Nachbetreuer/Anbieter sind eingebunden

B Aufgaben
- Evidenthalten der Anbieter
- Abwägen der Betreuungsangebote in Bezug auf den festgestellten und abgestimmten Bedarf

- Kontaktaufnahme und Anfrage mit den verschiedenen Anbietern bezüglich der konkreten Betreuungsmöglichkeiten für individuelle Patient/inn/en („suchen und finden'')
- Fixierte Betreuungszusage (inkl. Termin)

C Prozessverantwortung
- Überleitpflege oder Stationsschwester/-pfleger oder Sozialarbeiter/in

D Durchführungsverantwortung
- Überleitpflege
- Stationsschwester/-pfleger
- Stationsführende Oberärztinnen und Oberärzte
- Sozialarbeiter

4 Empowerment der Patient/inn/en und der Angehörigen

A Nutzen (Mehrwert)
- Patient/in (Angehörige/r) übernimmt Betreuungsaufgaben
- Patient/in (Angehörige/r) behält Kontrolle über sein Betreuungssystem
- Patient/in (Angehörige/r) wahrt (in Teilbereichen) Autonomie
- Externer Betreuungsbedarf sinkt
- Steigerung des Know-How im Laiensystem (Nachbarschaftshilfe, etc.)

B Aufgaben
- Anleitung und Übung (unter Kontrolle) spezifisch auf die Situation der Patient/inn/en ausgerichtet (Einbindung Pflege, Therapeuten und externe Dienste)
- Zusammenstellung des individuellen Informationspakets (schriftliche Unterlagen, z.B. Ansprechpartner, Selbsthilfegruppen, technische Anleitungen etc.)
- Motivation und Sicherheit geben
- Information und Vorbereitung auf zu erwartende Probleme
- Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Entlassung (psychische Verarbeitung)

C Prozessverantwortung
- Überleitpflege oder Stationsschwester/-pfleger

D Durchführungsverantwortung
- Überleitpflege
- Stationsschwester/-pfleger
- Stationsführende Oberärztinnen und Oberärzte
- Sozialarbeiter

5 Vorabinformation der nachbetreuenden Dienste

A Nutzen (Mehrwert)
- Betreuungssystem (mobile Dienste, praktische Ärztinnen und Ärzte, Hilfsmittel) ist vorbereitet

B Aufgaben
- Ankündigung, wann (und in welchem Zustand) die Patient/inn/en entlassen werden
- Eventuell letzter Check, ob Betreuung bereitsteht

C Prozessverantwortung
- Überleitpflege oder Stationsschwester/-pfleger

D Durchführungsverantwortung
- Überleitpflege
- Stationsschwester/-pfleger
- Stationsführender Oberarzt

6 Begleitprozess Überleitung

A Nutzen (Mehrwert)
- Patient/in kommt gut im nachbetreuenden System an

B Aufgaben
- Bereitstellung der Entlassungsunterlagen (Arztbrief, Pflegeentlassungsbericht, Rezepte, etc.)
- Entlassungskoordination (Abstimmung Station, Transport, Angehörige, nachbetreuende Dienste)
- Organisation des Feedbacks (innerhalb 48 Stunden) Patient/in bzw. Angehörige oder nachbetreuende Dienste

C Prozessverantwortung
- Überleitpflege oder Stationsschwester/-pfleger

D Durchführungsverantwortung
- Überleitpflege
- Stationsschwester/-pfleger
- Stationsführende Oberärztinnen und Oberärzte

7. Dokumentation regionale Arbeitsgruppen

In jedem teilnehmenden Krankenhaus führten die Projektgruppendelegierten der einzelnen Abteilungen die Ergebnisdokumentation entlang der definierten Fallgruppen durch. Dabei diente die Dokumentation zur Veranschaulichung der gesetzten und erreichten Ziele, die seit Beginn des Projektes in den Abteilungen der Krankenhäuser von den Projektteilnehmer/innen angestrebt wurden.

Die Zerlegung der Arbeitsschritte in einzelne Prozesse ermöglichte, dass fehlerhafte Prozesse erkannt und Verbesserungen aufgezeigt werden konnten.
In den regionalen Arbeitsgruppen baute die Ergebnisdokumentation auf der Beschreibung der Ist-Prozesse auf. Anhand einer exakten Auflistung der Teilschritte eines gesamten Prozesses wurden Missstände aufgedeckt und „markiert''. Im Flussdiagramm des Soll-Prozesses ersetzten Lösungsvorschläge und Verbesserungsmaßnahmen die kritischen Zonen des Ist-Prozesses. Dabei bewirkten die gesetzten Veränderungen einen positiven Einfluss auf den Gesamtprozess. Zeiten konnten verkürzt und Aufgabenverteilungen genau definiert werden.

Die **Maßnahmendokumentation**, die als Ausgangspunkt für alle weiteren Verbesserungen gilt, wurde anhand von Rastern erfasst. Erklärt wurden der jeweilige Prozessschritt, Ist- und Soll-Zustand, erforderliche Detailveränderungen und der Prozessindikator, an dem man die erfolgreiche Umsetzung ablesen konnte. Erforderliche Veränderungen und Prozessindikatoren gaben zusätzlich Auskunft über die bereits absolvierten Entwicklungen der Projektteilnehmer/innen.

Anhand der **Prozesslandkarten** konnten Aussagen über Informationsprozesse getroffen werden. Festgehalten wurden die Situation vor dem Aufenthalt, die Entlassungsfähigkeit und die Weiterbetreuung. Die Abstimmungsprozesse, die zwischen allen an der Behandlung beteiligten Personen (Expert/inn/en, Patient/inn/en, Angehörige und der Kostenträger) notwendig sind, wurden ebenfalls ausformuliert. Für die Dokumentation des Abklärungsprozesses über die Verfügbarkeit der Versorgungsstrukturen wurde der gesamte Prozess aus medizinischer/ärztlicher, pflegerischer und sozialer Sicht beleuchtet. Die administrative Entlassung, die medizinische/ärztliche, pflegerische und soziale Nachbetreuung wurden im Begleitprozess der Überleitung erfasst. Somit wurde anhand der Prozesslandkarte der Soll-Zustand verteilter Aufgaben und Abläufe erstellt.

Flussdiagramme hingegen zeigen parallel den Vergleich von Ist- und Soll-Zuständen, die geplanten Veränderungen, deren Auswirkungen und Verbesserungen. Die Grundlage dieser Dokumentationen besteht aus exakten Detailaufnahmen der einzelnen Prozessschritte anhand eines konstruierten Aufenthaltes von durchschnittlichen Patient/inn/en. Die Schnittstellen zu extramuralen Partnern sowie zur Nachbetreuung vervollständigen den Ablauf.

Die Dokumentationen der regionalen Arbeitsgruppen befinden sich auf der CD-ROM-Version des Endberichts.

8. Regionale Projektbeispiele

Ein weiteres Produkte des Endberichtes ist die Beschreibung der regionalen Projektbeispiele. Diese ergänzen die Ergebnisdokumentation (siehe Kapitel 7) sowie das Handbuch zur Prozessstandardisierung um Fallberichte (Case Studies) zu ausgewählten, erfolgreichen Projekten.

In den jeweiligen regionalen Projektbeispielen wird die zwei Jahre andauernde Projektarbeit als Erfolgsgeschichte anhand eines Beispiels dargestellt. Dadurch soll die Projektarbeit in ihrem stringenten Ablauf nachvollziehbar gemacht werden.

Von den folgenden am Projekt teilnehmenden Krankenhausabteilungen wurden regionale Projektbeispiele erstellt:

- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz (Kardiologie)
- Bezirkskrankenhaus Reutte (Interne)
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt (Interne)
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien (Neurologie)
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz (Chirurgie)
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz (Kardiologie)
- Krankenhaus St. Josef Wien (Chirurgie)
- Krankenhaus Zell am See (Allgemeinchirurgie)
- Krankenhaus Zell am See (Augenheilkunde)
- Krankenhaus Zell am See (Interne)
- LKH-Universitätsklinikum Graz (Univ.Klinik f. Strahlentherapie-Radioonkologie, Univ.Klinik f. Gynäkologie u. Geburtshilfe)
- St. Johanns Spital Salzburg (Pulmologie)
- Thermenklinikum Baden (Departement für Unfallchirurgie)
- Thermenklinikum Mödling (alle teilnehmenden Abteilungen)
- Unfallkrankenhaus Lorenz Böhler Wien (Unfallchirurgie)

Die einzelnen Projektbeispiele sind auf der CD-ROM des Endberichts MedTogether abrufbar.

9. Evaluation

9.1 Evaluationskonzept

Die Evaluation dient der Überprüfung der Zielerreichung im Projekt. Ziel des Projektes war die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und ihren extramuralen Partnern zur Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung für die Patient/inn/en an den Schnittstellen. Vorweg mussten die relevanten Ansatzpunkte der Evaluation identifiziert werden. Entsprechend den in Abbildung 14 dargestellten Systempartnern sind dies:

- Patient/inn/enzufriedenheit
- Mitarbeiter/innenzufriedenheit
- Klinisch objektivierbare Ergebnisse
- Prozessqualität
- Qualität auf Systemebene
- Betriebswirtschaftlicher Nutzen

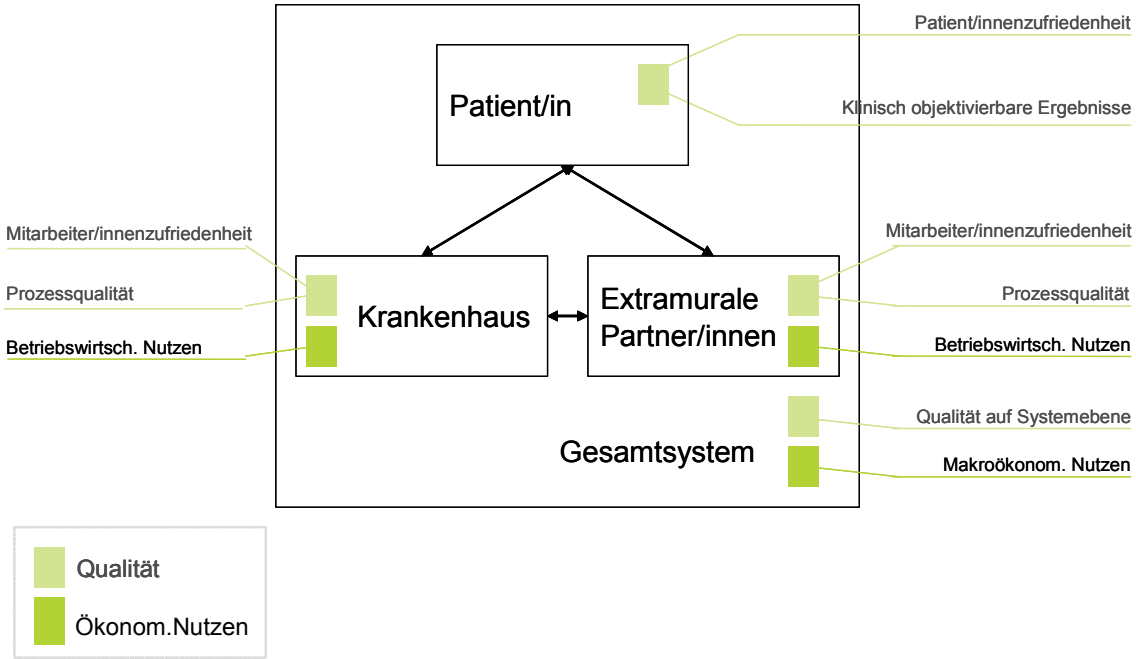


Abbildung 14: Ansatzpunkte der Evaluation

Davon ausgehend wurden im nächsten Schritt die entsprechenden Evaluationsdimensionen festgelegt. Die nachfolgende Tabelle 6 zeigt, inwieweit die einzelnen Evaluationsdimensionen die Ansatzpunkte der Evaluation abdecken.

Spalten		1	2	3	4	5	6	7
		Benchmark österreichweit		Benchmark zwischen Regionalen Arbeitsgruppen				
Evaluationsdimensionen		Wieder-aufnahmen (inert 48 Stunden) pro Abteilung/ Krankenhaus	Verweildauer (angemessen) pro Fallgruppe	Fragebogen Patient/innen pro Abteilung	Fragebogen Mitarbeiter/innen Krankenhaus (qualitativ/ quantitativ) pro Abteilung	Fragebogen Mitarbeiter/innen, Extramurale Partner/innen (qualitativ/ quantitativ) pro Organisation	Anteil von in strukturierter Kooperation betreuten Patient/innen pro Abteilung	Prozesskosten-schätzung Modell-rechnung (pro Fallgruppe)
Patient/in	**klin.objektiv.**	x	x					
	Zufriedenheit	(x)	(x)	x				
Krankenhaus	**betriebswirtschaftlich**		x					
	Qualitäts-Prozesse		x	x	x		x	
	Qualitäts-Mitarbeiter/innen-Zufriedenheit				x			
Extramuraler Partner/in	**betriebswirtschaftlich**					(x)		
	Qualitäts-Prozesse			x		x	x	
	Qualitäts-Mitarbeiter/innen-Zufriedenheit					x		
System	**Qualität**	(x)	(x)				x	
	Makroökonomisch	x	x					x

Tabelle 6: Evaluationsdimensionen

Nachfolgend sind die Evaluationsansätze im Überblick aufgelistet:

- Wiederaufnahmerate
- (Präoperative) Verweildauer
- Prozentuelle Fälle standardisierter Entlassungen
- Patient/inn/enbefragung
- Mitarbeiter/innenbefragung
- Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation)

Im Evaluationskonzept wurden sowohl quer vergleichende Auswertungen als auch Auswertungen im Zeitvergleich (vorher – nachher) vorgesehen. Zu diesem Zweck fand zu Beginn des Projektes eine Ausgangsmessung (1. Messphase) und zum Ende des Projektes eine Kontrollmessung (2. Messphase) statt.

Hervorzuheben ist, dass die Wiederaufnahmerate sowie die Verweildauer (Spalten 1 und 2 in Tabelle 6) vergleichend mit allen anderen österreichischen Krankenanstalten ausgewertet werden konnten, während alle anderen Evaluationsdimensionen lediglich unter den regionalen Arbeitsgruppen zur Auswertung kamen.

Im nächsten Schritt erfolgte die Auswahl und Festlegung der Erhebungsinstrumente sowie der Erhebungsmethoden zu den einzelnen Evaluationsdimensionen.

9.2 Interpretation

Der Erfolg von MedTogether spiegelt sich in den Evaluationsergebnissen unterschiedlich deutlich wieder.

Besonders positiv hervorzuheben ist die großteils sehr deutliche und im Vergleich zu den österreichischen Vergleichsabteilungen überproportional ausgefallene Reduktion der ungeplanten Wiederaufnahmen (innerhalb 48 Stunden), die von allen MedTogether-Abteilungen erzielt werden konnte.

Auch bei den Verweildauern kann im Großen und Ganzen ein Erfolg des Projektes verzeichnet werden. Obwohl die Reduktion der Aufenthaltsdauer primär nicht im Vordergrund stand, wurde diese zum Teil deutlich (auch im Vergleich zu den restösterreichischen Vergleichsabteilungen) gesenkt. Aufgrund der schlechten Datenqualität konnten die Daten zu den präoperativen Verweildauern nicht plausibel ausgewertet und die Ergebnisse nicht zuverlässig dargestellt werden. Damit entfällt ein wichtiger Ansatz zur Beurteilung der Aufnahmeprozesse.

Als erfreulicher Projekterfolg ist die Reduktion der Verweildauer-Varianzen zu werten. Die Verweildauern streuen nach dem Projekt weniger breit (um den Durchschnittswert) als zuvor. Dieses positive Ergebnis kann auf die verstärkte Standardisierung der Entlassungsprozesse im Projekt und die damit verbundene bessere Planbarkeit der Verweildauer zurückgeführt werden.

Diese Interpretation wird von den Auswertungen zum Standardisierungsgrad einfacher und komplexer Entlassungen bestätigt. Hier konnten von den analysierten Abteilungen am Projektende Spitzenwerte zwischen 70% und 95% erreicht werden.

Die Patient/inn/enbefragung brachte schon bei der Ausgangsmessung sehr positive Ergebnisse für die MedTogether-Abteilungen. Durch gezielte Maßnahmen konnten die Bewertungen bei der Kontrollmessung in einigen Bereichen trotzdem noch signifikant gesteigert werden.

Die Ergebnisse der Mitarbeiter/innenbefragung sind viel weniger zuverlässig als die übrigen Auswertungen im Rahmen der Evaluation. Gründe dafür sind unter anderem die geringe Zahl der Befragten, die nicht-systematische Zusammensetzung der Befragten und die Verfälschung der Befragung durch die potenzielle Mitbeurteilung anderer Themen durch die befragten Mitarbeiter/innen. Die Auswertungen bestätigen den Projekterfolg nicht in dem Maße wie die übrigen Evaluationsergebnisse.

Die Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) sollte aufzeigen, ob die Veränderung der Entlassungsabläufe zu Kostenveränderungen führt. Die Veränderungen fallen zum Großteil gering aus. Die größte dargestellte Kostendifferenz (> 3.000 €) findet sich bei der Fallgruppe Herzinfarkt und ist bedingt durch die Miterfassung indirekter Kosten, die aus einer Reduktion der Wartezeit auf einen Rehabilitationsplatz (mit entsprechender Reduktion der Krankenstandstage) resultiert.

9.3 Evaluationsdarstellung im Detail

9.3.1 Ungeplante Wiederaufnahme

Methodik

Definition

Es wird jener Anteil der Patient/inn/en ermittelt, der innerhalb von 48 Stunden nach der stationären Entlassung in der gleichen oder einer anderen Fondskrankenanstalt bzw. Abteilung mit der gleichen oder einer anderen Hauptdiagnose wieder aufgenommen wurde, unter Ausschluss von Aufnahmen für Chemotherapie (MEL 22.*) und psychiatrischen LDF-Gruppen.

Es werden alle Fälle einer Abteilung, nicht nur die der spezifisch bearbeiteten Fallgruppe herangezogen, weil das Schnittstellenmanagement für alle Patient/inn/en der Abteilung verbessert werden sollte und weil statistische Unterschiede aufgrund der generell niedrigen Wiederaufnahmen (jedenfalls < 5%) nur bei größeren Fallzahlen sichtbar werden.

Folgende Fachabteilungen wurden untersucht:

- Unfallchirurgie
- Urologie
- Pulmologie
- Orthopädie
- Innere Medizin
- Neurologie
- Gynäkologie
- Chirurgie
- Augenheilkunde

Erhebungsinstrument/Wie wurde gemessen?

Die Daten für die ungeplanten Wiederaufnahmen wurden vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zur Verfügung gestellt und stammen aus dem Jahr 2002.

Organisation der Erhebung

Die Analyse wurde für den Zeitraum 3. Quartal 2003 bis 1. Quartal 2004 im Vergleich zum Ausgangsjahr 2002 (komplettes Jahr) vorgenommen.

Erläuterung der Boxplotdarstellungen

Ein Box-Plot ist eine grafische Darstellung der Häufigkeitsverteilung einer Variablen x, die Zentrum, Streuung, Schiefe und Spannweite der Verteilung (inkl. möglicher Ausreißer) in einer Grafik zusammenfasst. Die Box umfasst die mittleren 50% der Verteilung und reicht daher vom unteren bis zum oberen **Quartil** (vgl. Quartilsabstand). Der **Median** wird durch einen Strich in der Box verdeutlicht. Durch zwei Linien (ober- und unterhalb der Box) kann entweder die Spannweite der Verteilung oder mögliche Ausreißer veranschaulicht werden. Die Linien verbinden den minimalen Datenwert mit dem unteren Quartil bzw. das obere Quartil mit dem maximalen Datenwert (unter Weglassung von Ausreißern).

Dargestellt werden demnach:

Bester Wert	
1. Quartil	25% besser / 75% schlechter
Median	50% besser / 50% schlechter
3. Quartil	75% besser / 25% schlechter
Schlechtester Wert	

Ergebnisse

Zusammenfassend können die Evaluationsergebnisse für die Rate der ungeplanten Wiederaufnahmen (innerhalb 48 Stunden) wie folgt interpretiert werden:

- **Bei der Ausgangsmessung (2002) lagen die MedTogether-Abteilungen zum Teil auf dem und zum Teil über dem Niveau der Vergleichsabteilungen Restösterreichs.**
- **Im Projektverlauf konnten sich nahezu alle MedTogether-Abteilungen deutlich verbessern, manche halbierten die Wiederaufnahmeraten um mehr als die Hälfte.**
- **Auch die österreichischen Vergleichsabteilungen haben sich insgesamt in nahezu allen beobachteten Fachrichtungen verbessert. Dieses Ergebnis lässt die Hypothese zu, dass sich insgesamt ein stärkeres Bewusstsein hinsichtlich der Entlassungsproblematik etabliert hat.**
- **Die Verbesserung der MedTogether-Abteilungen ist allerdings großteils überproportional im Vergleich zu den Abteilungen Restösterreichs ausgefallen. Dieses Ergebnis ist als Erfolg des Projektes zu interpretieren, das aus der expliziten Auseinandersetzung mit den Entlassungsprozessen resultieren dürfte.**

Die Wiederaufnahmerate (in Prozent) zeigt den Vergleich zwischen den Krankenhäusern, die am Projekt MedTogether teilgenommen haben und den restlichen Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht in Österreich. Die Auswertungen wurden für die nachfolgenden Abteilungen durchgeführt.

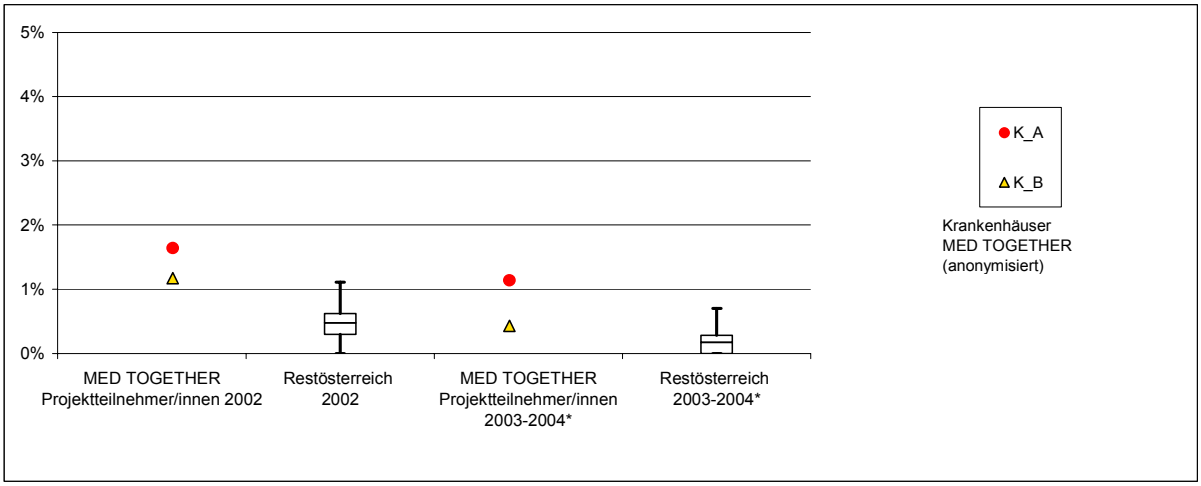
Augenheilkunde:

Abbildung 15 zeigt die Wiederaufnahmeraten in den Abteilungen für Augenheilkunde der am Projekt teilnehmenden Krankenhäuser im Vergleich zu Restösterreich für das Jahr 2002 und für das 4. Quartal 2003 bis zum 1. Quartal 2004. Betrachtet man die analysierten Krankenanstalten im Jahrsvergleich kann man eine Reduktion der Wiederaufnahmeraten (unter 1%) ablesen. Im Vergleich mit Restösterreich liegen die teilnehmenden Krankenanstalten über diesem Schnitt, da die Wiederaufnahmeraten der Vergleichsabteilungen in Restösterreich noch weiter reduziert werden konnten.

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Augenheilkunde**

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004



Wiederaufnahmerate in Prozent: Vergleich zwischen den Krankenhäusern, die am Projekt MED TOGETHER teilnehmen und den restlichen Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht in Österreich

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Augenheilkunde**

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004

Wiederaufnahmeraten

MED TOGETHER Projektteilnehmer/innen Krankenhäuser**			Restösterreich Boxplot		
	2002	2003-2004*		2002	2003-2004*
K_A	1,46%	0,93%	Minimum***	0,00%	0,00%
K_B	0,97%	0,19%	1. Quartil	0,30%	0,00%
			Median	0,48%	0,17%
			3. Quartil	0,62%	0,28%
			Maximum***	1,11%	0,70%

*** das Minimum und Maximum im Boxplot ist mit dem maximalen Abstand (1,5-facher Interquartilsrange) vom 1. bzw. 3. Quartil begrenzt.

** Die Namen der Krankenhäuser sind anonymisiert

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Abbildung 15: Wiederaufnahmeraten der Augenheilkunde

Chirurgie:

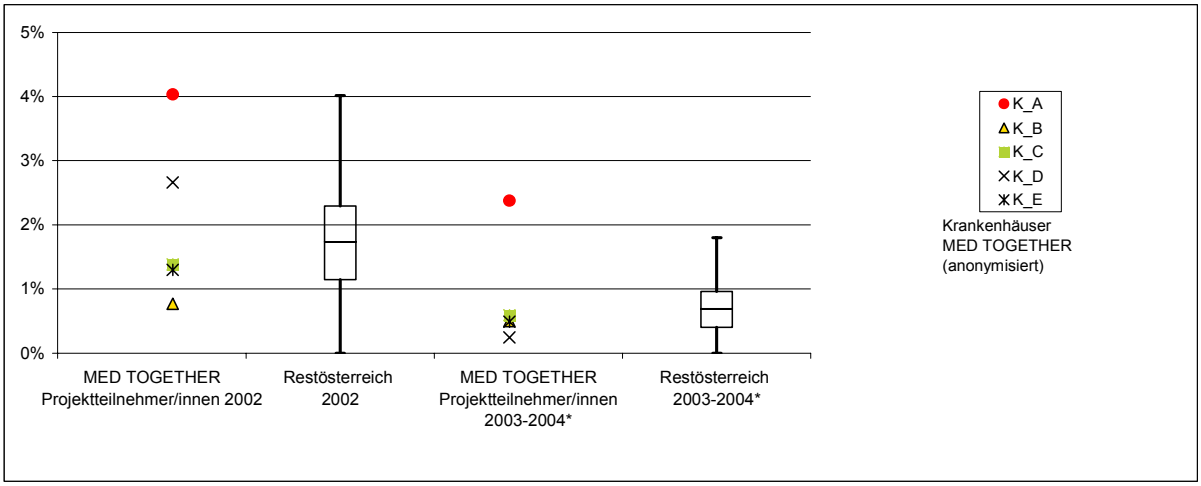
Abbildung 16 zeigt die Wiederaufnahmeraten der am Projekt teilnehmenden Abteilungen für Chirurgie im Vergleich zu den Abteilungen in Restösterreich. 2002 lag die Bandbreite der Wiederaufnahmen zwischen 0,55% und 3,98 % der Entlassungen innerhalb von 48 Stunden nach der stationären Entlassung. Im Vergleich zur Ausgangsmessung konnten die Wiederaufnahmeraten (bis auf ein Krankenhaus) auf einen Wert unter 1% reduziert werden. Die Vergleichsabteilungen in Restösterreich konnten die Wiederaufnahmeraten auch auf ein um 1,04% niedrigeres Niveau bringen.

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Chirurgie**

MED TOGETHER Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004



Wiederaufnahmerate in Prozent: Vergleich zwischen den Krankenhäusern, die am Projekt MED TOGETHER teilnehmen und den restlichen Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht in Österreich

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Chirurgie**

MED TOGETHER Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004

Wiederaufnahmeraten

MED TOGETHER Projektteilnehmer/innen Krankenhäuser**			Restösterreich Boxplot		
	2002	2003-2004*		2002	2003-2004*
K_A	3,98%	2,24%	Minimum***	0,00%	0,00%
K_B	0,55%	0,27%	1. Quartil	1,15%	0,40%
K_C	1,19%	0,37%	Median	1,73%	0,69%
K_D	2,54%	0,00%	3. Quartil	2,29%	0,96%
K_E	1,11%	0,26%	Maximum***	4,02%	1,80%
K_F	1,40%	0,34%			

*** das Minimum und Maximum im Boxplot ist mit dem maximalen Abstand (1,5-facher Interquartilsrange) vom 1. bzw. 3. Quartil begrenzt.

** Die Namen der Krankenhäuser sind anonymisiert

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Abbildung 16: Wiederaufnahmeraten der Chirurgie

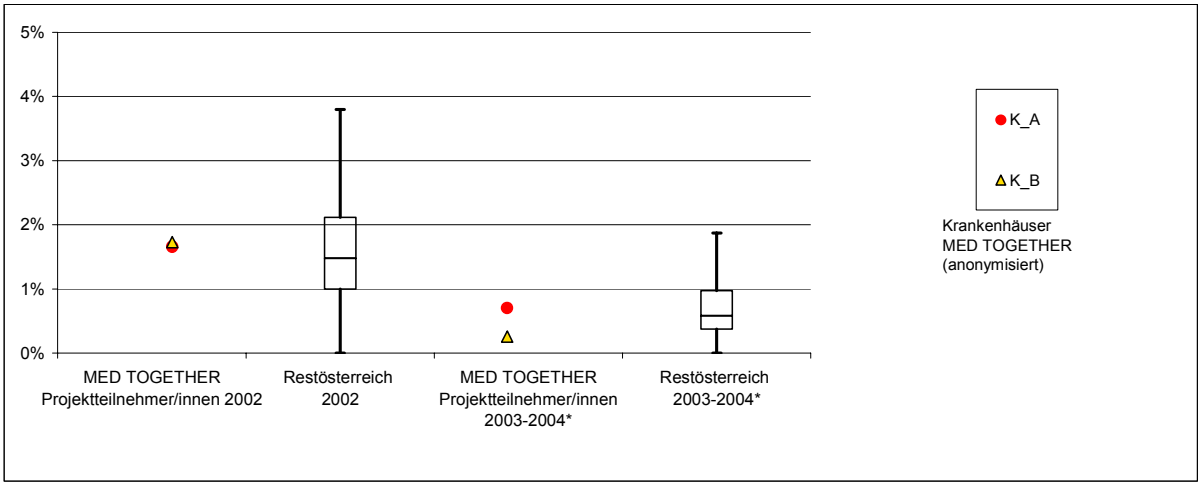
Gynäkologie und Geburtshilfe:

Die Grafik bildet die Wiederaufnahmeraten der Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe der am Projekt teilnehmenden Krankenanstalten im Vergleich zu den Abteilungen in Restösterreich ab. Gegenüber 2002 konnten die Wiederaufnahmeraten der analysierten Krankenanstalten auf unter 0,50% gesenkt werden. Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Vergleichsabteilungen in Restösterreich. Hier konnten die Wiederaufnahmeraten auf 0,59% reduziert werden.

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Gynäkologie u. Geburtshilfe**

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004



Wiederaufnahmerate in Prozent: Vergleich zwischen den Krankenhäusern, die am Projekt MED TOGETHER teilnehmen und den restlichen Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht in Österreich

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Gynäkologie u. Geburtshilfe**

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004

Wiederaufnahmeraten

MED TOGETHER Projektteilnehmer/innen Krankenhäuser**			Restösterreich Boxplot		
	2002	2003-2004*		2002	2003-2004*
K_A	1,48%	0,47%	Minimum***	0,00%	0,00%
K_B	1,55%	0,00%	1. Quartil	1,00%	0,37%
			Median	1,48%	0,59%
			3. Quartil	2,12%	0,97%
			Maximum***	3,80%	1,87%

*** das Minimum und Maximum im Boxplot ist mit dem maximalen Abstand (1,5-facher Interquartilsrange) vom 1. bzw. 3. Quartil begrenzt.

** Die Namen der Krankenhäuser sind anonymisiert

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Abbildung 17: Wiederaufnahmeraten der Gynäkologie und Geburtshilfe

Innere Medizin:

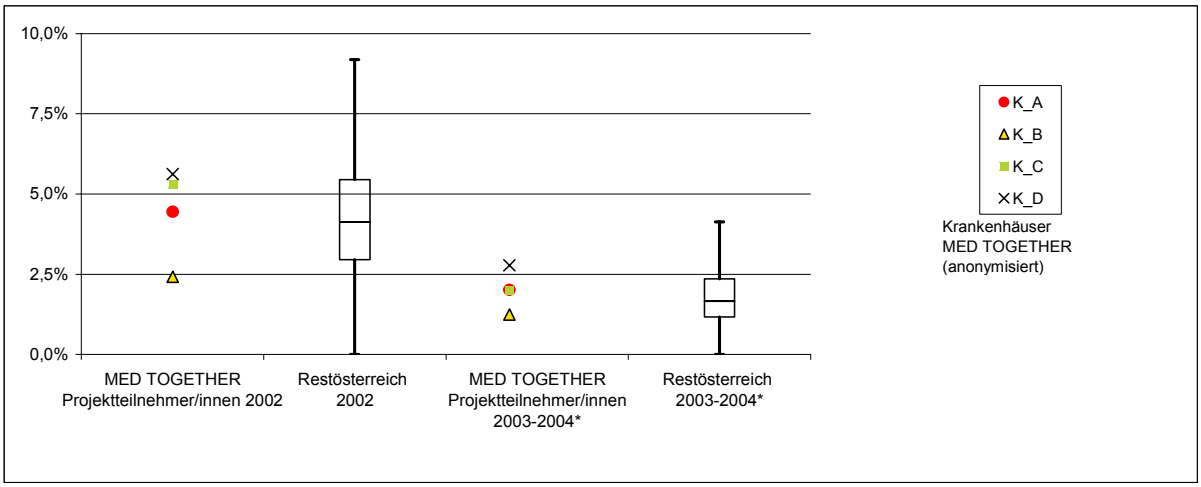
Vergleicht man die Wiederaufnahmeraten der Abteilungen für Inneren Medizin (siehe Abbildung 18) im Jahresvergleich erkennt man, dass 2002 eine von vier der analysierten Krankenanstalten eine Wiederaufnahmerate von 2,03% aufweist und die restlichen Krankenhäuser weit darüber liegen (Bandbreite 4,16% bis 5,40%). 2003 bis 2004 zeigen sich jedoch weit bessere Wiederaufnahmeraten (alle Krankenhäuser weisen einen Rate von unter 2,4%-Punkten auf). Bezogen auf die Vergleichsabteilungen in Restösterreich konnten die Wiederaufnahmeraten auf ein Niveau von 1,66% reduziert werden.

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Innere Medizin**

MED TOGETHER Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004



Wiederaufnahmerate in Prozent: Vergleich zwischen den Krankenhäusern, die am Projekt MED TOGETHER teilnehmen und den restlichen Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht in Österreich

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Innere Medizin**

MED TOGETHER Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004

Wiederaufnahmeraten

MED TOGETHER Projektteilnehmer/innen Krankenhäuser**			Restösterreich Boxplot		
	2002	2003-2004*		2002	2003-2004*
K_A	4,16%	1,60%	Minimum***	0,00%	0,00%
K_B	2,03%	0,79%	1. Quartil	2,96%	1,17%
K_C	5,07%	1,58%	Median	4,13%	1,66%
K_D	5,40%	2,40%	3. Quartil	5,45%	2,36%
			Maximum***	9,20%	4,13%

*** das Minimum und Maximum im Boxplot ist mit dem maximalen Abstand (1,5-facher Interquartilsrange) vom 1. bzw. 3. Quartil begrenzt.

** Die Namen der Krankenhäuser sind anonymisiert

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Abbildung 18: Wiederaufnahmeraten der Inneren Medizin

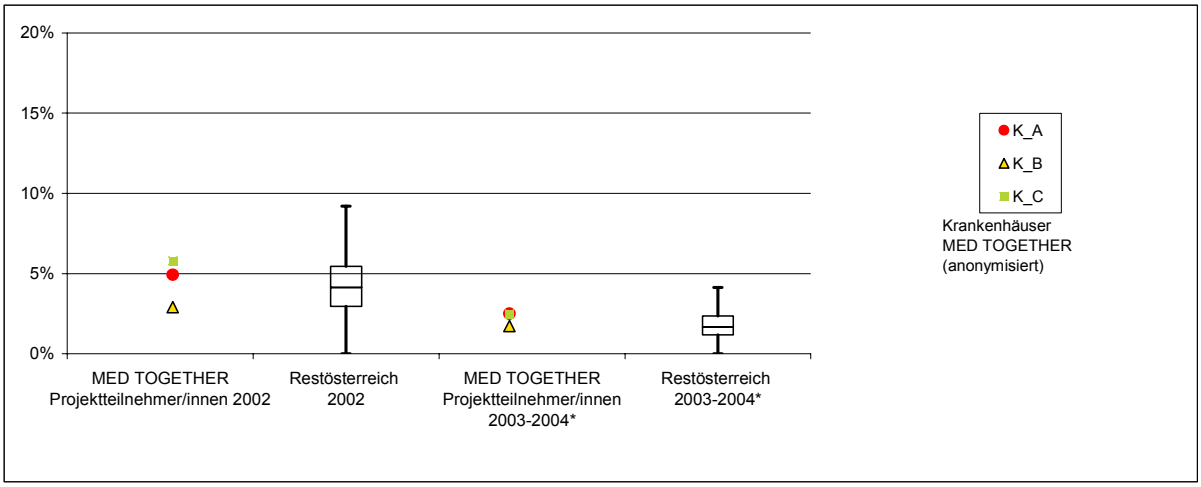
Neurologie:

Abbildung 19 stellt die Wiederaufnahmeraten der am Projekt teilnehmenden Abteilungen für Neurologie im Vergleich zu den Abteilungen in Restösterreich grafisch dar. Alle analysierten Krankenhäuser weisen im Vergleich zur Ausgangsmessung niedrigere Wiederaufnahmeraten auf. Die größte Differenz der Wiederaufnahmerate kann zwischen 10,12% auf 3,58% gezeigt werden. Im Vergleich dazu konnten die Vergleichsabteilungen in Restösterreich einen niedrigeren Mittelwert der Wiederaufnahmeraten von 2,10%-Punkten im Zeitraum 2003–2004 verzeichnen.

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Innere Medizin**

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004



Wiederaufnahmerate in Prozent: Vergleich zwischen den Krankenhäusern, die am Projekt MED TOGETHER teilnehmen und den restlichen Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht in Österreich

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Innere Medizin**

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004

Wiederaufnahmeraten

MED TOGETHER Projektteilnehmer/innen Krankenhäuser**			Restösterreich Boxplot		
	2002	2003-2004*		2002	2003-2004*
K_A	4,16%	1,60%	Minimum***	0,00%	0,00%
K_B	2,03%	0,79%	1. Quartil	2,96%	1,17%
K_C	5,07%	1,58%	Median	4,13%	1,66%
K_D	5,40%	2,40%	3. Quartil	5,45%	2,36%
			Maximum***	9,20%	4,13%

*** das Minimum und Maximum im Boxplot ist mit dem maximalen Abstand (1,5-facher Interquartilsrange) vom 1. bzw. 3. Quartil begrenzt.

** Die Namen der Krankenhäuser sind anonymisiert

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Abbildung 19: Wiederaufnahmeraten der Neurologie

Orthopädie:

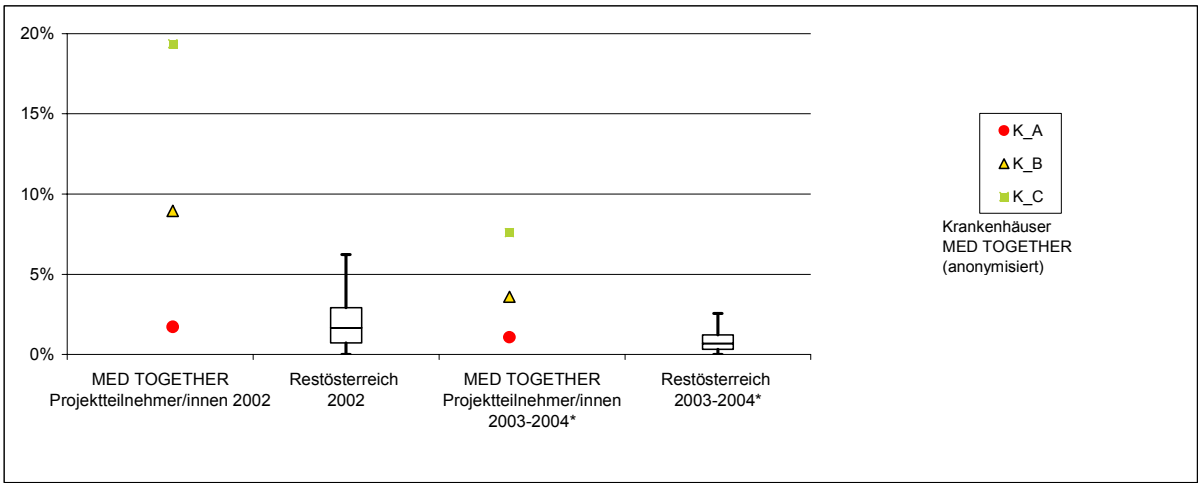
Die Wiederaufnahmeraten der am Projekt teilnehmenden Abteilungen für Orthopädie (siehe Abbildung 20) zeigen im Vergleich zu den Abteilungen in Restösterreich folgendes Bild. Eine der analysierten Krankenanstalten konnte die Wiederaufnahmerate im Jahresvergleich um 64% reduzieren. Die Vergleichsabteilungen in Restösterreich konnte hingegen die Wiederaufnahmerate nur um 59% verringern.

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Orthopädie**

MED TOGETHER Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004



Wiederaufnahmerate in Prozent: Vergleich zwischen den Krankenhäusern, die am Projekt MED TOGETHER teilnehmen und den restlichen Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht in Österreich

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Orthopädie**

MED TOGETHER Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004

Wiederaufnahmeraten

MED TOGETHER Projektteilnehmer/innen Krankenhäuser**			Restösterreich Boxplot		
	2002	2003-2004*		2002	2003-2004*
K_A	0,78%	0,11%	Minimum***	0,00%	0,00%
K_B	8,37%	2,75%	1. Quartil	0,71%	0,32%
K_C	19,34%	6,95%	Median	1,64%	0,67%
			3. Quartil	2,92%	1,21%
			Maximum***	6,23%	2,56%

*** das Minimum und Maximum im Boxplot ist mit dem maximalen Abstand (1,5-facher Interquartilsrange) vom 1. bzw. 3. Quartil begrenzt.

** Die Namen der Krankenhäuser sind anonymisiert

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Abbildung 20: Wiederaufnahmeraten der Orthopädie

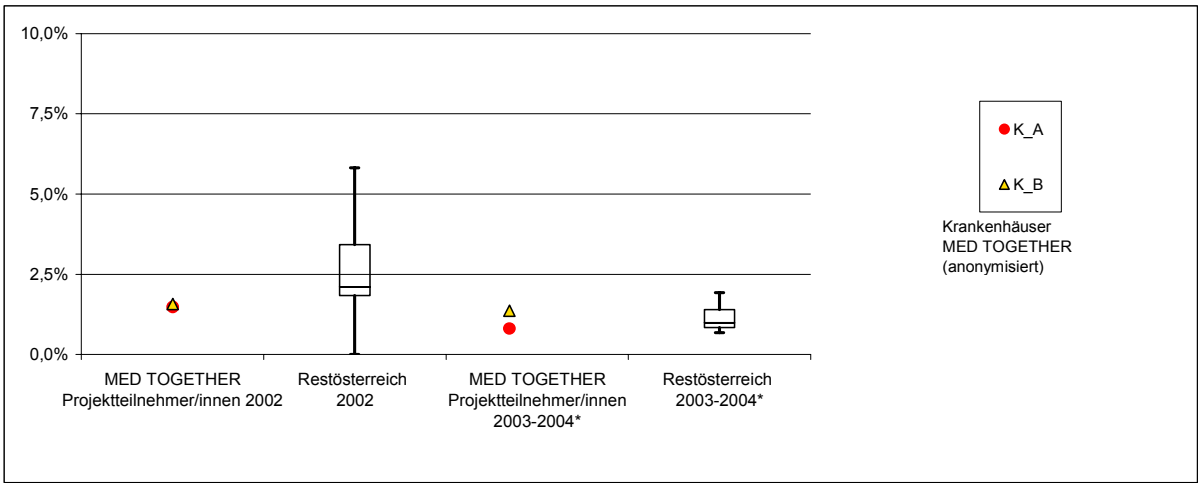
Pulmologie:

Abbildung 21 veranschaulicht die Wiederaufnahmeraten der Abteilungen für Pulmologie im Vergleich zu den Krankenanstalten in Restösterreich. Die analysierten Krankenhäuser erzielten im Untersuchungszeitraum Wiederaufnahmeraten unter 1%. Die Krankenanstalten in Restösterreich erzielten eine Reduktion der Wiederaufnahmeraten (Mittelwerte) um 1,31%.

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Pulmologie**

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004



Wiederaufnahmerate in Prozent: Vergleich zwischen den Krankenhäusern, die am Projekt MED TOGETHER teilnehmen und den restlichen Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht in Österreich

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Pulmologie**

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004

Wiederaufnahmeraten

MED TOGETHER Projektteilnehmer/innen Krankenhäuser**			Restösterreich Boxplot		
	2002	2003-2004*		2002	2003-2004*
K_A	1,04%	0,33%	Minimum***	0,00%	0,67%
K_B	1,14%	0,92%	1. Quartil	1,83%	0,84%
			Median	2,11%	0,99%
			3. Quartil	3,43%	1,39%
			Maximum***	5,82%	1,92%

*** das Minimum und Maximum im Boxplot ist mit dem maximalen Abstand (1,5-facher Interquartilsrange) vom 1. bzw. 3. Quartil begrenzt.

** Die Namen der Krankenhäuser sind anonymisiert

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Abbildung 21: Wiederaufnahmeraten der Pulmologie

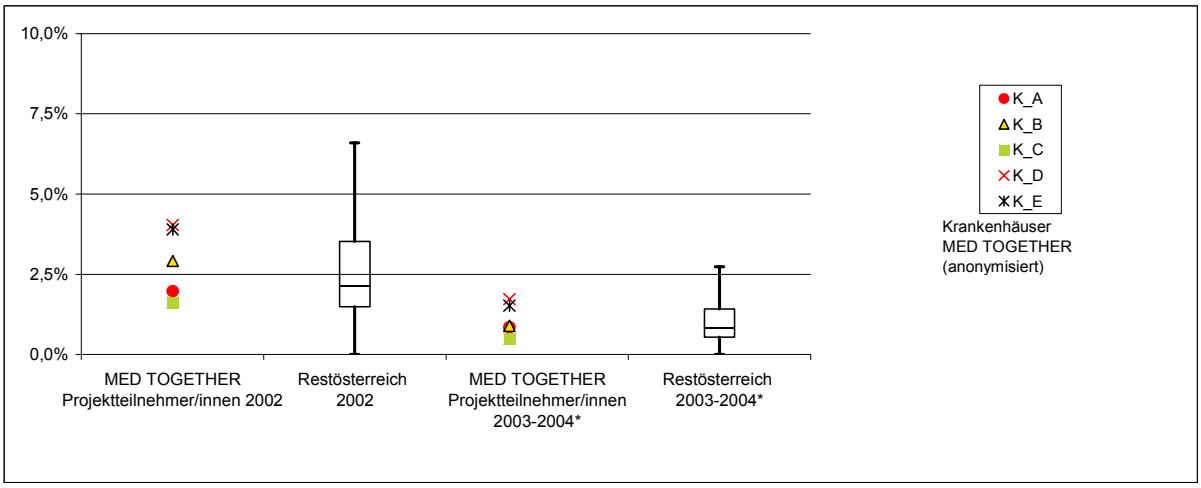
Unfallchirurgie:

In den Abteilungen für Unfallchirurgie zeigt sich folgendes Bild. Im Zeitraum der Erhebung wurde die Wiederaufnahmeraten der analysierten Krankenhäuser auf ein Niveau von unter 1,3% gebracht. Die Mittelwerte der Wiederaufnahmeraten der restlichen österreichischen Vergleichsabteilungen weisen im Vergleich zu den untersuchten Krankenhäusern niedrigere Raten auf (0,82%).

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Unfallchirurgie**

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004



Wiederaufnahmerate in Prozent: Vergleich zwischen den Krankenhäusern, die am Projekt MED TOGETHER teilnehmen und den restlichen Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht in Österreich

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Unfallchirurgie**

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004

Wiederaufnahmeraten

MED TOGETHER Projektteilnehmer/innen Krankenhäuser**			Restösterreich Boxplot		
	2002	2003-2004*		2002	2003-2004*
K_A	1,56%	0,38%	Minimum***	0,00%	0,00%
K_B	2,55%	0,42%	1. Quartil	1,48%	0,54%
K_C	1,18%	0,00%	Median	2,13%	0,82%
K_D	3,73%	1,30%	3. Quartil	3,53%	1,42%
K_E	3,58%	1,08%	Maximum***	6,60%	2,73%

*** das Minimum und Maximum im Boxplot ist mit dem maximalen Abstand (1,5-facher Interquartilsrange) vom 1. bzw. 3. Quartil begrenzt.

** Die Namen der Krankenhäuser sind anonymisiert

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Abbildung 22: Wiederaufnahmeraten der Unfallchirurgie

Urologie:

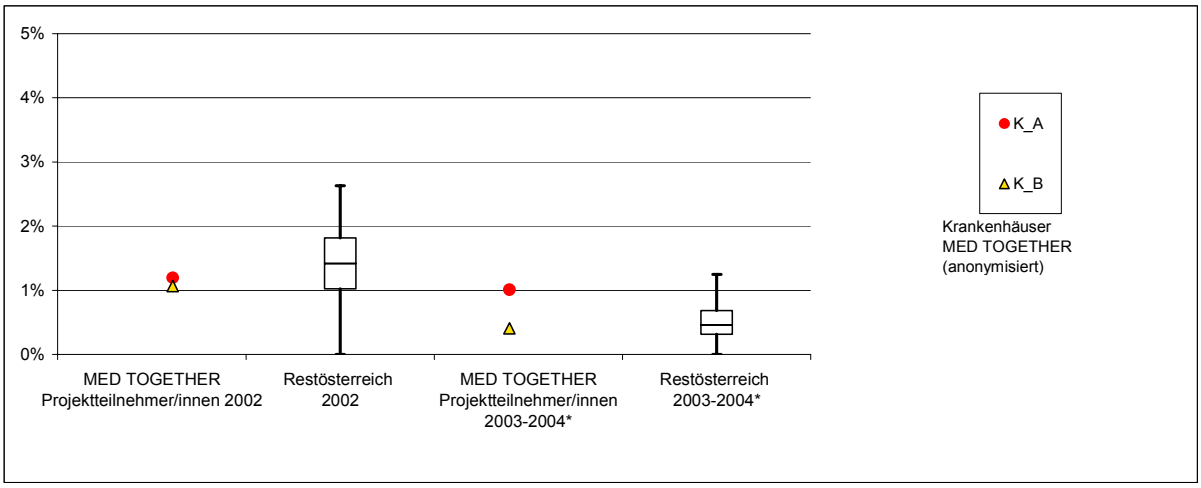
Die Abbildung 23 stellt die Wiederaufnahmeraten der am Projekt teilnehmenden Abteilungen für Urologie im Vergleich zu den Krankenanstalten in Restösterreich grafisch dar. Die analysierten Krankenanstalten haben die Wiederaufnahmeraten im besten Fall um 0,69%-Punkte reduzieren können. Die Vergleichsabteilungen in Restösterreich hingegen um 0,95%-Punkte.

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Urologie**

MED TOGETHER Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004



Wiederaufnahmerate in Prozent: Vergleich zwischen den Krankenhäusern, die am Projekt MED TOGETHER teilnehmen und den restlichen Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht in Österreich

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Wiederaufnahmerate

Hauptfach: **Urologie**

MED TOGETHER Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Datenquelle: bmgf 2002 - 2004

Wiederaufnahmeraten

MED TOGETHER Projektteilnehmer/innen Krankenhäuser**			Restösterreich Boxplot		
	2002	2003-2004*		2002	2003-2004*
K_A	1,00%	0,80%	Minimum***	0,00%	0,00%
K_B	0,86%	0,17%	1. Quartil	1,03%	0,31%
			Median	1,41%	0,46%
			3. Quartil	1,82%	0,68%
			Maximum***	2,63%	1,25%

*** das Minimum und Maximum im Boxplot ist mit dem maximalen Abstand (1,5-facher Interquartilsrange) vom 1. bzw. 3. Quartil begrenzt.

** Die Namen der Krankenhäuser sind anonymisiert

* 4.Quartal 2003 - 1. Quartal 2004

Abbildung 23: Wiederaufnahmeraten der Urologie

9.3.2 (Präoperative) Verweildauer

Methodik

Definition

Präoperative Verweildauer ist die Zeitspanne zwischen der Aufnahme und der Durchführung der operativen Maßnahmen gemessen in Belagstagen.

Verweildauer ist die Zeitspanne zwischen der Aufnahme und der Entlassung aus der stationären Versorgung ausgedrückt in Belagstagen.

In der Startphase wurden Fallgruppen (siehe Kapitel 2.4) festgelegt, für die die (präoperative) Verweildauer analysiert wurde.

Es wurden per Definition nur Gruppen mit operativen Eingriffen untersucht. In der Dokumentation muss das Feld MEL Datum nicht zwingend befüllt werden und wird daher keiner Datenqualitätskontrolle unterzogen. Daraus resultiert, dass weit weniger LDF-Gruppen als vorgesetzt analysiert werden konnten.

LDF-Gruppe	
Mammakarzinom	MEL16.01 Tumorchirurgie Mamma
Cholezystektomie	MEL05.05 Cholezystektomie
Totalendoprothetik des Hüftgelenks (TEP)	MEL14.05* Totalendoprothetik des Hüftgelenks
Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur	MEL14.14* Eingriffe an Becken / Hüfte / Oberschenkel
Resektion Prostataadenom (TURP)	MEL12.03 Transurethrale Prostataresektion

Tabelle 7: LDF-Gruppen zur präoperativen Verweildauer

In der LDF-Gruppe Katarakt lagen Datenqualitätsprobleme vor und daher konnte hier keine Untersuchung der präoperativen Verweildauer erfolgen.

LDF-Gruppe	
Schlaganfall	HDG01.22 Ischämische zerebrale Erkrankungen
Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)	HDG05.04 Chronische Bronchialerkrankungen und Emphysem
Herzinfarkt	HDG06.03 Akute Herzerkrankungen MEL21.01 Interventionelle Kardiologie - Revaskularisation
Diabetes	HDG18.05 Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse
Cholezystektomie	MEL05.05 Cholezystektomie
Resektion Prostataadenom (TURP)	MEL12.03 Transurethrale Prostataresektion
Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur	MEL14.14* Eingriffe an Becken / Hüfte / Oberschenkel
Totalendoprothetik des Hüftgelenks (TEP)	MEL14.05* Totalendoprothetik des Hüftgelenks
Katarakt	MEL15.05 Katarakt-Operationen
Mammakarzinom	MEL16.01 Tumorchirurgie Mamma

Tabelle 8: LDF-Gruppen zur Verweildauer

Für die affektiven Störungen wurden aus inhaltlichen Gründen keine Evaluation der Verweildauer vorgenommen.

Erhebungsinstrument/Wie wurde es gemessen?
Die Daten für die (präoperative) Verweildauer wurden vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zur Verfügung gestellt.
Die Analyse wurde für den Zeitraum 3. Quartal 2003 bis 1. Quartal 2004 im Vergleich zum Ausgangsjahr 2002 (komplettes Jahr) vorgenommen.

Auswertungsdarstellung (präoperative) Verweildauerabweichung
Die Darstellung der (präoperativen) Verweildauer erfolgt mittels Balkendiagramm für die teilnehmenden Krankenhäuser im Vergleich zu Restösterreich.

Ergebnisse

Die Auswertung der präoperativen Verweildauern sollte Aufschluss über die Effizienz der Aufnahmeprozesse geben. Die damit im Zusammenhang stehenden Probleme sind nachfolgend zusammengefasst:

- **Die Dokumentationsverpflichtung für Krankenhäuser zur Erfassung des Datums für medizinische Einzelleistungen (MELs) ist seit zwei Jahren normiert.**
- **Bei Einhaltung dieser Verpflichtung könnte die präoperative Verweildauer (aufgrund der Erfassung des OP-Datums) valide ausgewertet werden.**
- **Da das betreffende Feld MEL – Datum aber am Leistungstag nicht zwingend befüllt werden muss und auch keiner Datenqualitätskontrolle unterzogen wird, werden die Daten zum Teil unvollständig und insbesondere ungenau erfasst, d.h. dass das erfasste Datum häufig nicht mit dem tatsächlichen Leistungsdatum übereinstimmt.**
- **Daher sind die Auswertungen zur präoperativen Verweildauer unzuverlässig und können für die Evaluation von MedTogether nicht verwendet werden.**

Zusammenfassend können die Evaluationsergebnisse für die Verweildauer wie folgt interpretiert werden:

- **Obwohl die Senkung der Verweildauern kein primäres Ziel von MedTogether war, wurden sie im Projektverlauf zum Großteil tatsächlich reduziert.**
- **Im Vergleich zu den Abteilungen in Restösterreich (wo die Verweildauer auch großteils gesenkt wurde) fiel die Verweildauerreduktion bei den am Projekt teilnehmenden Abteilungen meist deutlicher aus (z.B. in den Fallgruppen Schlaganfall, Resektion Prostadaadenom, Totalendoprothetik des Hüftgelenks und Katarakt).**
- **Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die MedTogether-Abteilungen im Vergleich zu Restösterreich bei der Ausgangsmessung manchmal von einem höheren Wert gestartet sind.**
- **Der MedTogether-Erfolg im Bereich des Entlassungsmanagements drückt sich auch in der Reduktion der Varianz der Verweildauern aus. Dies bedeutet, dass die Verweildauern weniger breit (um den Durchschnittswert) streuen. Dieses positive Ergebnis kann auf die verstärkte Standardisierung der Entlassungsprozesse und die damit verbundene bessere Planbarkeit der Verweildauer zurückgeführt werden.**

Schlaganfall, HDG01.22 Ischämische zerebrale Erkrankungen

Die Abbildung 24 beschreibt in der rechten Grafik die Verweildauer in der Fallgruppe Schlaganfall der analysierten Krankenanstalten im Vergleich zu Restösterreich (Zeitraum 10/2003 bis 03/2004). Dabei zeigt sich, dass 2 der insgesamt 4 herangezogenen Krankenanstalten mit 6,4 und 10,0 Tagen unter dem Österreichschnitt von 10,7 Tagen liegen.
Die linke Grafik zeigt, dass alle 4 untersuchten Krankenanstalten eine Reduktion der Verweildauer im Jahresvergleich aufweisen konnten. Die Verweildauerreduktion ist bei den untersuchten Anstalten deutlich höher ausgefallen als im Vergleich zu den Abteilungen in Restösterreich.

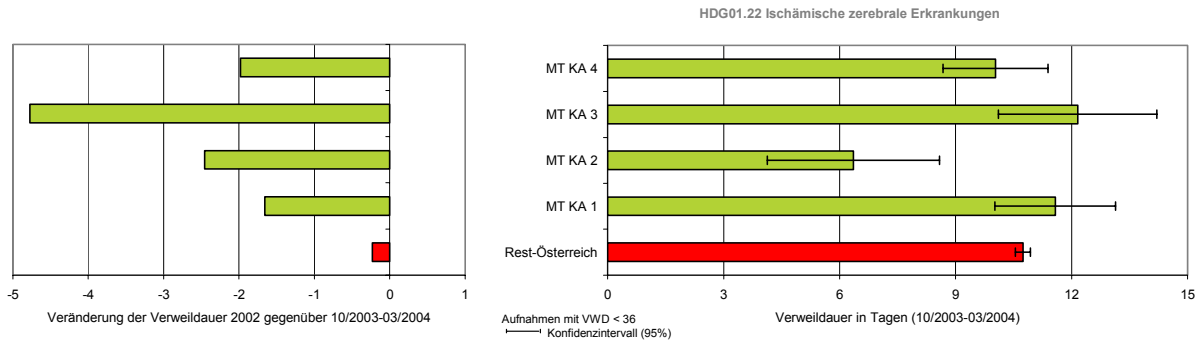


Abbildung 24: Verweildauer Schlaganfall, HDG01.22 Ischämische zerebrale Erkrankungen

Die Tabelle 9 zeigt die Streuung der Verweildauer der Fallgruppe Schlaganfall mit dem Ausgangswert 2002 im Vergleich zu 10/2003 bis 03/2004. Ein Vergleich der Streuung der Daten um den Mittelwert zeigt folgendes Bild, dass drei der untersuchten Krankenanstalten (KA1 bis KA3) eine Varianzreduktion aufweisen (größte Differenz 0,5). Die Krankenanstalten in Restösterreich und KA4 zeigen demgegenüber keine Veränderungen.

HDG01.22 Ischämische zerebrale Erkrankungen

Varianz	2002	10/2003–03/2004	Δ
Restösterreich	2,8	2,8	0,0
KA1	2,9	2,9	-0,1
KA2	2,8	2,3	-0,5
KA3	3,1	2,8	-0,3
KA4	2,8	2,8	0,0

Tabelle 9: Varianz[12] der Verweildauer Schlaganfall, HDG01.22 Ischämische zerebrale Erkrankungen

[12] Das arithmetische Mittel der quadrierten Abweichungen vom Mittelwert bezeichnet man als Varianz. Sie beschreibt die Streuung der Daten um den Mittelwert. Die Varianz wird mathematisch über folgende Formel definiert:

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), HDG05.04 Chronische Bronchialerkrankungen und Emphysem

Aus der Abbildung 25 ist ersichtlich, dass 2 Krankenanstalten in der Fallgruppe COPD um insgesamt 1,9 Tage unter dem Österreichschnitt von 7,2 Tagen liegen. Die Veränderung der Verweildauer 2002 gegenüber 10/2003 bis 03/2004 zeigt, dass 2 der 3 untersuchten Krankenanstalten eine Verweildauerreduktion verzeichnen konnten. Im Vergleich dazu konnte Restösterreich keine Reduktion der Verweildauer zeigen.

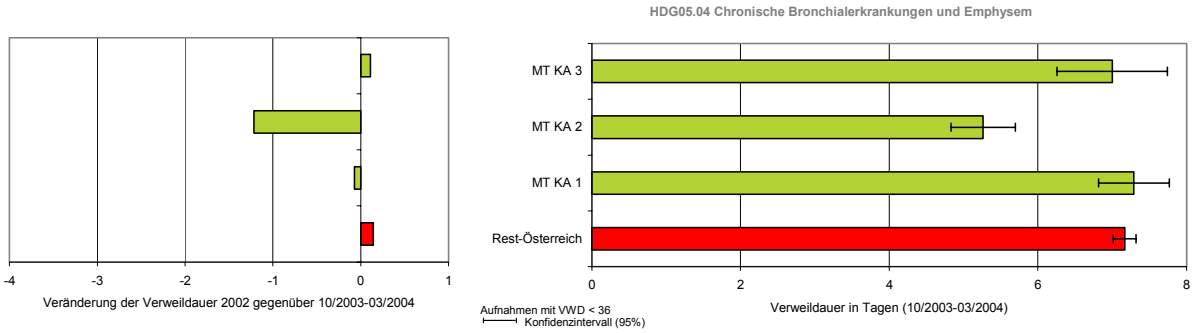


Abbildung 25: Verweildauer COPD, HDG05.04 Chronische Bronchialerkrankungen und Emphysem

Die Tabelle 10 zeigt die Varianz der Fallgruppe COPD. KA2 und KA3 weisen 2003 eine niedrigere Varianz gegenüber 2002 auf. Die Varianz Restösterreichs und des KA1 zeigt demgegenüber keine Veränderungen der Varianz.

HDG05.04 Chronische Bronchialerkrankungen und Emphysem

Varianz	2002	10/2003–03/2004	Δ
Restösterreich	2,5	2,5	0,0
KA1	2,2	2,2	0,0
KA2	2,4	2,2	-0,1
KA3	2,2	2,1	-0,1

Tabelle 10: Varianz der Verweildauer COPD, HDG05.04 Chronische Bronchialerkrankungen und Emphysem

Herzinfarkt, HDG06.03 Akute Herzerkrankungen

In der Fallgruppe Herzinfarkt zeigt sich folgendes Bild: 4 der analysierten Krankenanstalten liegen mit einer Bandbereite von 7,0 bis 7,8 Tagen unter dem Österreichdurchschnitt von 8,0 Tagen. Einer Krankenanstalt lag mit 8,4 Tagen deutlich über dem Durchschnitt Restösterreichs. Im Jahresvergleich konnte nur eine der herangezogenen Krankenanstalten gemeinsam mit Restösterreich eine Verweildauerreduktion aufweisen.

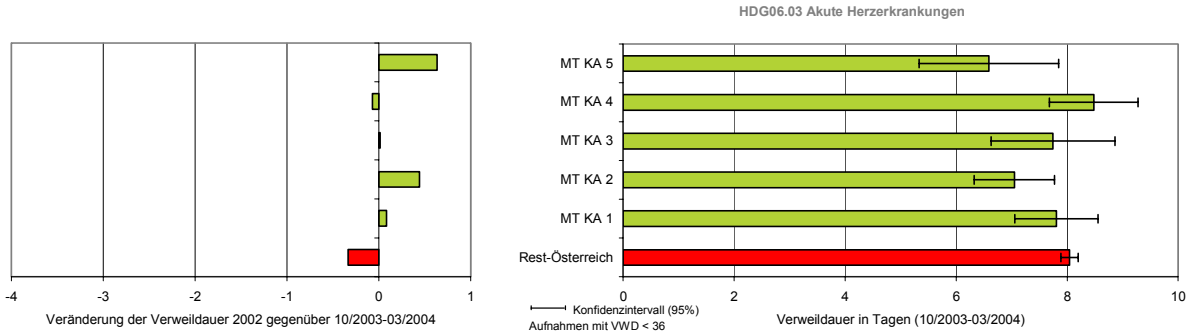


Abbildung 26: Verweildauer Herzinfarkt, HDG06.03 Akute Herzerkrankungen

Die Tabelle 11 zeigt die Varianz der Verweildauer der Fallgruppe Herzinfarkt. Zwei der analysierten Krankenanstalten (KA4 und KA5) zeigen eine geringfügige Erhöhung der Varianz gegenüber 2002 (0,1). KA1 konnten eine Reduktion der Varianz (0,2) erzielen. Restösterreich weist dagegen keine Änderungen aus.

HDG06.03 Akute Herzerkrankungen

Varianz	2002	10/2003–03/2004	Δ
Restösterreich	2,6	2,5	0,0
KA1	2,4	2,2	-0,2
KA2	2,3	2,3	0,0
KA3	2,4	2,4	0,0
KA4	2,4	2,5	0,1
KA5	2,3	2,4	0,1

Tabelle 11: Varianz Verweildauer Herzinfarkt, HDG06.03 Akute Herzerkrankungen

Diabetes, HDG18.05 Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse

Das Ergebnis der Verweildauer in der Fallgruppe Diabetes zeigt, dass alle analysierten Krankenanstalten unter dem Österreichdurchschnitt von 7,2 Tage liegen. Im Jahresvergleich hingegen konnte diese Krankenanstalten keine Reduktion der Verweildauertage verzeichnen.

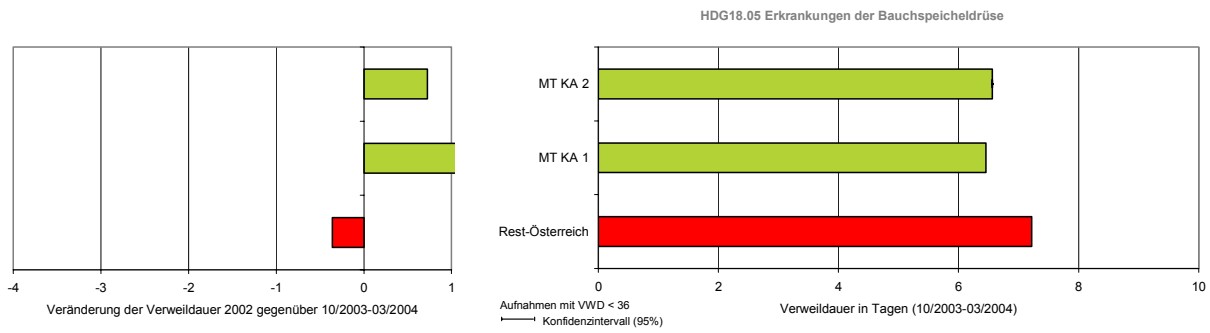


Abbildung 27: Verweildauer Diabetes, HDG18.05 Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse

Die Veränderung der Varianz 2002 gegenüber 10/2003 bis 03/2004 der Fallgruppe Diabetes wird in Tabelle 12 grafisch dargestellt. Eines der untersuchten Krankenhäuser konnte eine Reduktion der Varianz erzielen (KA1 mit 0,2). Restösterreich und KA2 zeigt demgegenüber eine geringfügige Erhöhung der Verweildauervarianz.

HDG18.05 Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse

Varianz	2002	10/2003–03/2004	Δ
Restösterreich	2,3	2,4	0,1
KA1	1,9	1,7	-0,2
KA2	1,8	1,9	0,1

Tabelle 12: Varianz der Verweildauer Diabetes, HDG18.05 Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse

Cholezystektomie , MEL05.05 Cholezystektomie

Die Grafik verdeutlicht, dass zwei Krankenanstalten eine geringere Verweildauer (größte Differenz 2,1 Tage) ausweisen als der Rest Österreichs. Eine Krankenanstalt liegt hingegen mit 1 Tag über dem Österreichdurchschnitt von 7,3 Tagen. Die Veränderung der Verweildauer 2002 gegenüber 10/2003 bis 03/2004 zeigt das gleiche Bild. Zwei von drei Krankenanstalten konnten eine Reduktion der Verweildauer im Bereich Cholezystektomie aufweisen.

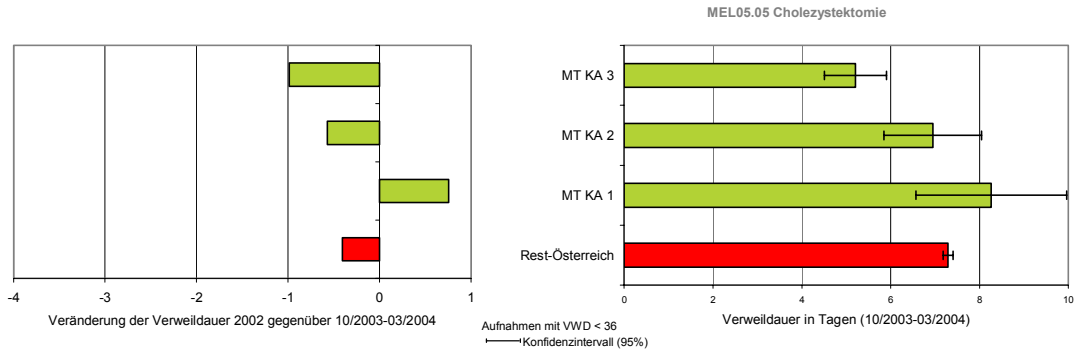


Abbildung 28: Verweildauer Cholezystektomie, MEL05.05 Cholezystektomie

Die Tabelle 13 bildet die Varianz der Verweildauer Fallgruppe Cholezystektomie ab. Bis auf eine Krankenanstalt (KA1) konnten alle Krankenhäuser eine geringere Varianz im Jahrsvergleich aufweisen (um 0,2). Restösterreich zeigt dagegen keinen nennenswerten Änderungen der Varianz.

MEL05.05 Cholezystektomie

Varianz	2002	10/2003–03/2004	Δ
Restösterreich	2,2	2,1	0,0
KA1	2,2	2,3	0,1
KA2	2,2	2,0	-0,2
KA3	1,8	1,6	-0,2

Tabelle 13: Varianz der Verweildauer Cholezystektomie, MEL05.05 Cholezystektomie

Resektion Prostadaadenom (TURP), MEL12.03 Transurethrale Prostataresektion

Abbildung 29 beschreibt die Verweildauerunterschiede in der Fallgruppe Resektion Prostadaadenom. Mit 8,5 Tagen liegt eine Krankenanstalt unter dem Durchschnitt Restösterreichs. Mit einer Differenz von 2,8 Tagen liegt die andere analysierte Krankenanstalt weit über der Verweildauer Restösterreichs. Der Jahresvergleich zeigt aber, dass alle betreffenden Krankenanstalten eine Verbesserung der Verweildauer erzielen konnten.

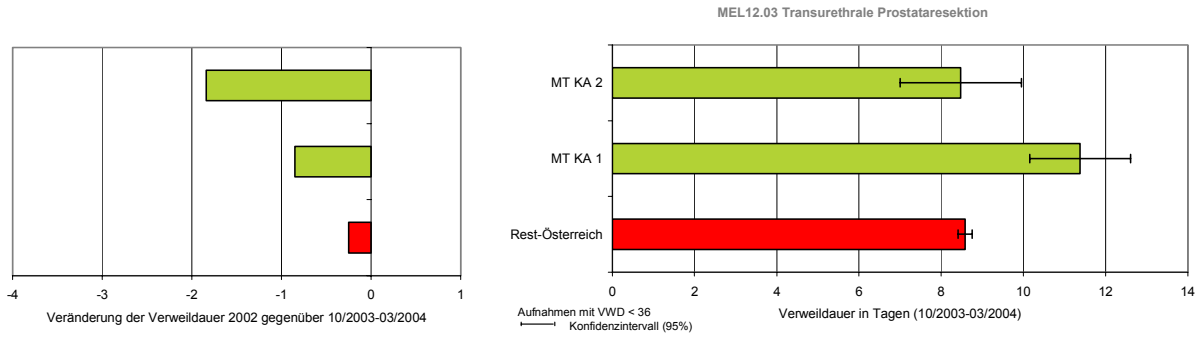


Abbildung 29: Verweildauer Resektion Prostadaadenom (TURP), MEL12.03 Transurethrale Prostataresektion

Vergleicht man die Streuung der Daten um den Mittelwert im Jahresvergleich zeigt sich, dass bei der Fallgruppe TURP nur eine der untersuchten Krankenanstalten (KA2) eine Reduktion der Varianz erzielt. KA1 zeigt hingegen eine geringfügige Erhöhung der Verweildauervarianz.

MEL12.03 Transurethrale Prostataresektion

Varianz	2002	10/2003–03/2004	Δ
Restösterreich	2,1	2,1	0,0
KA1	2,3	2,4	0,1
KA2	2,4	2,2	-0,2

Tabelle 14: Varianz der Verweildauer Prostadaadenom (TURP), MEL12.03 Transurethrale Prostataresektion

Totalendoprothetik des Hüftgelenks (TEP), MEL14.05* Totalendoprothetik des Hüftgelenks

Die Grafik stellt deutlich dar, dass in der Fallgruppe Totalendoprothetik des Hüftgelenks vier von fünf analysierten Krankenanstalten (größte Differenz 4,7 Tage im Vergleich zu Restösterreich) unter dem Österreichschnitt liegen. Die Veränderung 2002 zu 2003 zeigt jedoch, dass alle Krankenanstalten inklusive Restösterreich ihre Verweildauer reduzieren konnten.

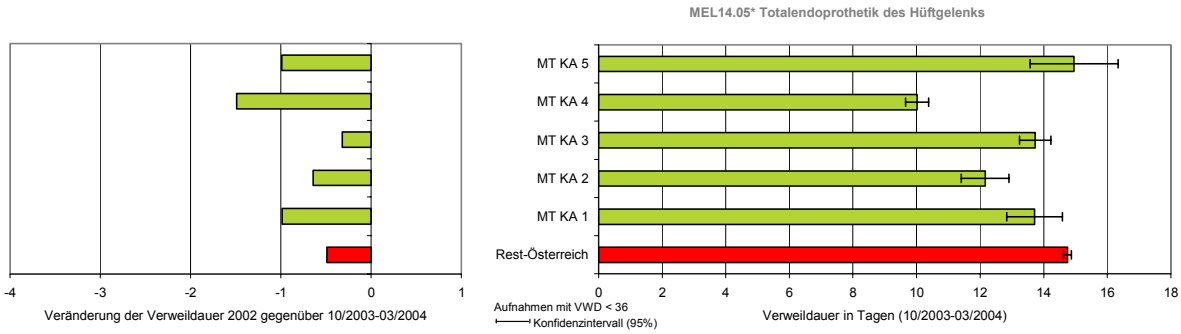


Abbildung 30: Verweildauer TEP, MEL14.05* Totalendoprothetik des Hüftgelenks

Die Varianz der Verweildauer der Fallgruppe TEP wird in Tabelle 15 dargestellt. Vier der herangezogenen Krankenanstalten inklusive Restösterreichs weisen eine Reduktion der Verweildauervarianz auf (größte Differenz 0,3).

MEL14.05* Totalendoprothetik des Hüftgelenks

Varianz	2002	10/2003–03/2004	∆
Restösterreich	2,3	2,2	-0,2
KA1	2,2	2,2	0,0
KA2	1,6	1,3	-0,3
KA3	1,8	1,7	-0,1
KA4	1,7	1,6	-0,1
KA5	2,3	2,1	-0,1

Tabelle 15: Varianz der Verweildauer TEP, MEL14.05* Totalendoprothetik des Hüftgelenks

Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur, MEL14.14* Eingriffe an Becken/Hüfte/Oberschenkel

Die Fallgruppe hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur zeigt, dass die Verweildauer der analysierten Krankenhäuser zwischen 12,5 und 16,4 Tagen liegt. Die Verweildauer der Krankenhäuser in Restösterreich liegt bei 13,8 Tagen. Betrachtet man die Veränderung der Verweildauer im Jahresvergleich ergibt sich folgendes Bild: keine der herangezogenen Krankenanstalten inklusive Restösterreich konnten die Verweildauer verbessern.

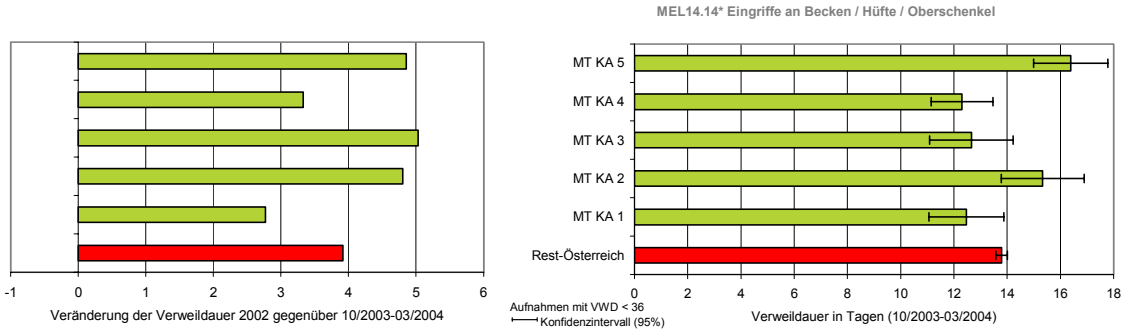


Abbildung 31: Verweildauer Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur, MEL14.14* Eingriffe an Becken/Hüfte/Oberschenkel

Tabelle 16 veranschaulicht die Varianz der Verweildauer der Fallgruppe Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur. Vier der untersuchten Krankenanstalten weisen eine geringere Varianz im Vergleich zur Ausgangsmessung auf. Die Krankenhäuser Restösterreichs konnten hingegen keine Reduktion der Verweildauervarianz erzielen.

MEL14.14* Eingriffe an Becken/Hüfte/Oberschenkel

Varianz	2002	10/2003–03/2004	Δ
Restösterreich	2,6	2,6	0,0
KA1	2,3	2,2	-0,1
KA2	2,4	2,2	-0,2
KA3	2,4	2,2	-0,1
KA4	2,3	2,3	0,0
KA5	2,7	2,6	-0,1

Tabelle 16: Varianz der Verweildauer Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur, MEL14.14* Eingriffe an Becken/Hüfte/Oberschenkel

Katarakt, MEL15.05 Katarakt-Operationen

Die Grafik verdeutlicht, dass im Bereich der LDF-Gruppe Katarakt die Verweildauer in den analysierten Krankenanstalten zwischen 2,5 und 3,0 Tagen liegt. Der Österreichschnitt liegt bei 2,7 Tagen. Aus dem Jahresvergleich geht hervor, dass alle Krankenanstalten gemeinsam mit Restösterreich ihre Verweildauer verbessern konnten.

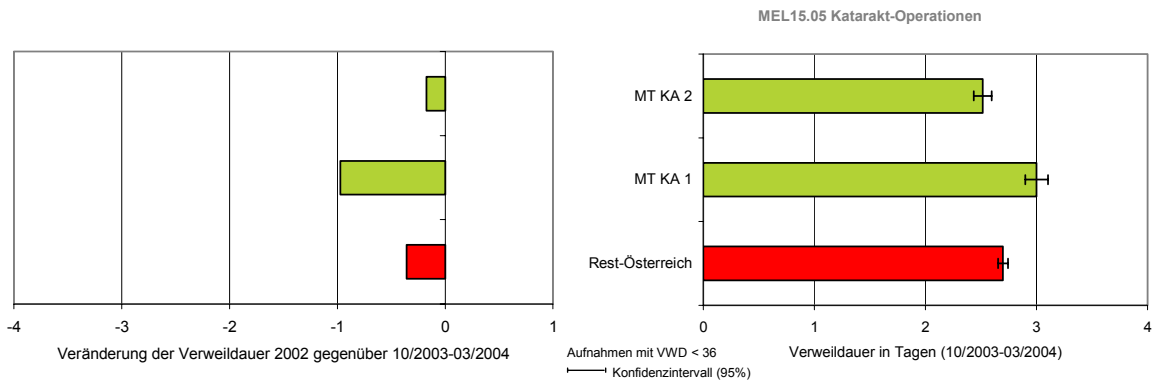


Abbildung 32: Verweildauer Katarakt, MEL15.05 Katarakt-Operationen

Die Varianz der Fallgruppe Katarakt-Operationen zeigt in Tabelle 17 folgendes Bild. Im Vergleich zur Ausgangsmessung zeigen alle am Projekt teilnehmenden Krankenanstalten gemeinsam mit den Krankenhäusern in Restösterreich eine Reduktion der Verweildauervarianz (um 0,1).

MEL15.05 Katarakt-Operationen

Varianz	2002	10/2003–03/2004	Δ
Restösterreich	1,4	1,3	-0,1
KA1	1,2	1,1	-0,1
KA2	1,2	1,1	-0,1

Tabelle 17: Varianz der Verweildauer Katarakt, MEL15.05 Katarakt-Operationen

Mammakarzinom, MEL16.01 Tumorchirurgie Mamma

Die Abbildung 33 zeigt das Bild der Fallgruppe Tumorchirurgie Mammakarzinom. Restösterreich liegt bei einer Verweildauer von 6,4 Tagen. 50% der analysierten Krankenanstalten liegen über der Verweildauer Restösterreichs (Ausreißer mit 8,0 Tagen). Der Vergleich 2002–2003 zeigt ein ähnliches Bild. Drei Krankenanstalten inklusive Restösterreich konnten ihre Verweildauer reduzieren, die anderen drei hingegen nicht.

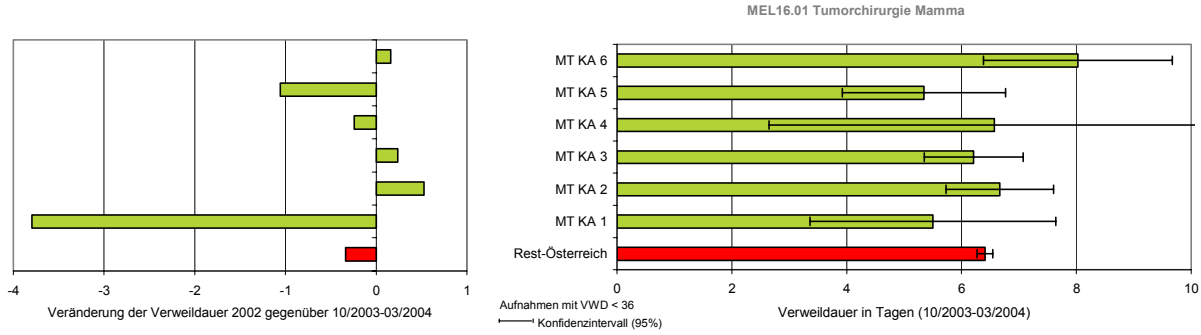


Abbildung 33: Verweildauer Mammakarzinom, MEL16.01 Tumorchirurgie Mamma

Die Tabelle 18 stellt die Varianz der Verweildauer der Fallgruppe Mammakarzinom grafisch dar. Eine von sechs Krankenanstalten (KA1) gemeinsam mit Restösterreich konnten eine Reduktionen der Varianz (0,4) verzeichnen

MEL16.01 Tumorchirurgie Mamma

Varianz	2002	10/2003–03/2004	Δ
Restösterreich	2,3	2,2	-0,1
KA1	2,7	2,3	-0,4
KA2	2,2	2,1	0,0
KA3	2,5	2,5	0,0
KA4	2,2	2,6	0,5
KA5	1,8	2,0	0,2
KA6	2,3	2,3	0,0

Tabelle 18: Varianz der Verweildauer Mammakarzinom, MEL16.01 Tumorchirurgie Mamma

Herzinfarkt, MEL21.01 Interventionelle Kardiologie – Revaskularisation

Die Fallgruppe Herzinfarkt zeigt bei den analysierten Krankenanstalten folgendes Bild: alle Krankenanstalten weisen eine niedrigere Verweildauer als Restösterreich (4,8 Tage) auf. Im Jahresvergleich hingegen konnte nur eine der drei Krankenanstalten ihre Verweildauer reduzieren.

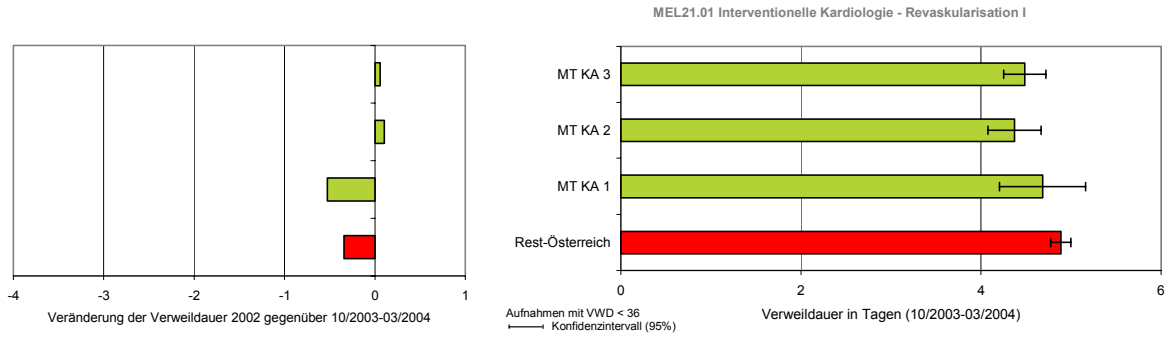


Abbildung 34: Verweildauer Herzinfarkt, MEL21.01 Interventionelle Kardiologie – Revaskularisation

Die Tabelle 19 zeigt die Varianz der Verweildauer der Fallgruppe Herz infarkt (Interventionelle Kardiologie). Ein Vergleich der Streuung der Daten um den Mittelwert zeigt folgendes Bild. KA1 und KA3 weisen bei der Kontrollmessung eine niedrigere Varianz gegenüber der Anfangsmessung auf. Die Varianz Restösterreichs reduzierte die Varianz um 0,1.

MEL21.01 Interventionelle Kardiologie-Revaskularisation I

Varianz	2002	10/2003–03/2004	Δ
Restösterreich	2,2	2,1	-0,1
KA1	2,3	2,1	-0,1
KA2	2,1	2,0	0,0
KA3	2,1	2,0	-0,1

Tabelle 19: Varianz der Verweildauer Herzinfarkt, MEL21.01 Interventionelle Kardiologie–Revaskularisation

9.3.3 Standardisierte Entlassungsabläufe

Methodik

Ein Entlassungs- bzw. Aufnahmeprozess gilt dann als standardisiert, wenn dafür ein Flussdiagramm und/oder eine detaillierte Ablaufbeschreibung mit Festlegung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten vorhanden sind.

Das Evaluationskonzept sah pro teilnehmende Abteilung eine Erhebung vor, deren Fokus auf der Erfassung des Standardisierungsgrades der Entlassungsabläufe lag. Dabei sollte einerseits zwischen einfachen und komplexen Entlassungssituationen unterschieden werden und andererseits, bei komplexen Entlassungen, zwischen den krankenhausinternen und den schnittstellenübergreifenden Prozessen. Die dahinter liegende Grundannahme war, dass die Entlassungsabläufe umso besser funktionieren, je standardisierter sie geplant und umgesetzt werden. Dies gilt sowohl für die krankenhausinternen als auch für die schnittstellenübergreifenden Prozesse.

Tabelle 20 zeigt die Positivliste aller Krankenhäuser, die standardisierte Entlassungsabläufe/Aufnahmeabläufe erstellt haben. In den nachfolgenden Auswertungen sind jedoch lediglich 5 bzw. 6 Abteilungen dargestellt, da die dafür vorgesehenen Tabellen zum Teil nicht zur Gänze ausgefüllt wurden.

Institution	Abteilung	LDF-Gruppe
Thermenklinikum Baden	Departement für Unfall-chirurgie	TEP
Thermenklinikum Mödling	Gynäkologie Unfallchirurgie	Mammakarzinom hüftgelenksnahe Oberschenkelfrakturen
KH Barmherzigen Brüder Eisenstadt	Interne	Herzinfarkt
KH Barmherzigen Schwe-stern Linz	Kardiologie Chirurgie	Herzinfarkt Mammakarzinom
KH Kreuzschwestern Wels	Chirurgie	Mammakarzinom
Psychiatrisches KH Hall	Station A1, Aufnahmestation, Primariat A	Affektive Störungen
LKH Rankweil	Neurologie	Schlaganfall
KH Zell am See	Allgemeinchirurgie Augenabteilung	Cholezystektomie Katarakt

Tabelle 20: Positivliste aller Krankenhäuser mit standardisierten Entlassungsabläufen

Die Erhebung war zweizeitig aufgebaut, d.h. Erhebung des Ausgangsstatus vom Juni 2003 (rückwirkend) und Erhebung des Ergebnisstatus vom Juni 2004. Die Auswertung erfolgte für den Status Juni 2004 und die Veränderung (Differenz 2003–2004). Für den Fall, dass zum Ausgangszeitpunkt keinerlei Standardisierungen der Entlassungsabläufe bestanden, erübrigte sich die detaillierte, rückwirkende Erhebung.

Ergebnisse

Zusammenfassend können die Evaluationsergebnisse für die Standardisierung der Entlassungsprozesse wie folgt interpretiert werden:

- **Eines der unmittelbarsten Projektziele – die Standardisierung von Entlassungsprozessen – wurde von nahezu allen Abteilungen erreicht. Dieses Ergebnis wurde von einigen Abteilungen durch eine systematische Evaluation explizit nachgewiesen.**
- **Der Standardisierungsgrad der erfassten Abteilungen erreicht sowohl bei den einfachen als auch bei den komplexen Entlassungen Spitzenwerte zwischen 70% und 95%.**

Patient/inn/en mit einfacher Entlassung

Die Abbildung 35 stellt den Anteil der standardisierten Entlassungen 2004 für einfache Entlassungen grafisch dar. Sechs Abteilungen weisen auf Basis ausgewerteter Angaben standardisierte Entlassungsabläufe auf. Drei Abteilungen zeigen einen Standardisierungsgrad von über 90%.

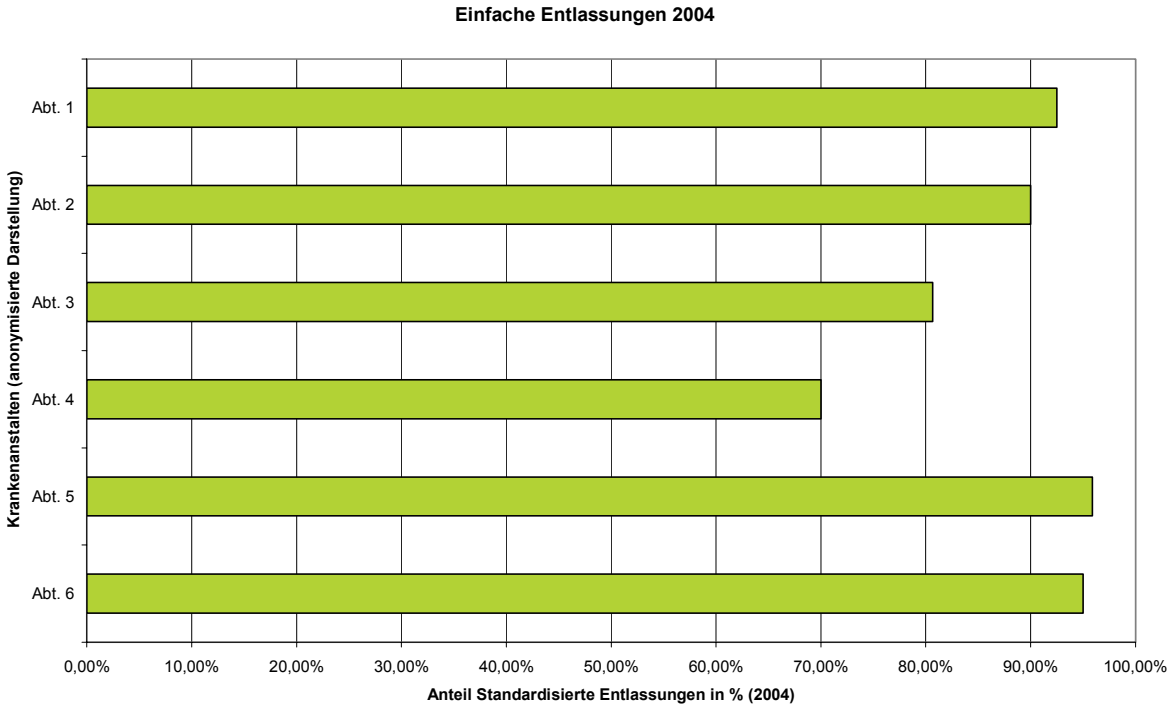


Abbildung 35: Anteil der standardisierten einfachen Entlassungen 2004

Patient/inn/en mit komplexer Entlassung

Diese Grafik zeigt den Anteil der standardisierten Entlassungen 2004 mit komplexen Entlassungsabläufen. Sieben Abteilungen weisen standardisierte Entlassungsabläufe auf. Vergleicht man diese Darstellung mit der Abbildung 35 zeigt sich, dass nur eine Abteilung einen Standardisierungsgrad von über 90% erzielen konnte.

Die Analysen zum Ausgangsstatus 2003 zeigen, dass nahezu keine Abteilung über explizit standardisierte Entlassungsabläufe verfügte. Die Auswertung zum Status 2004 entsprechen damit auch der positiven Veränderung zwischen Ausgangs- und Kontrollmessung.

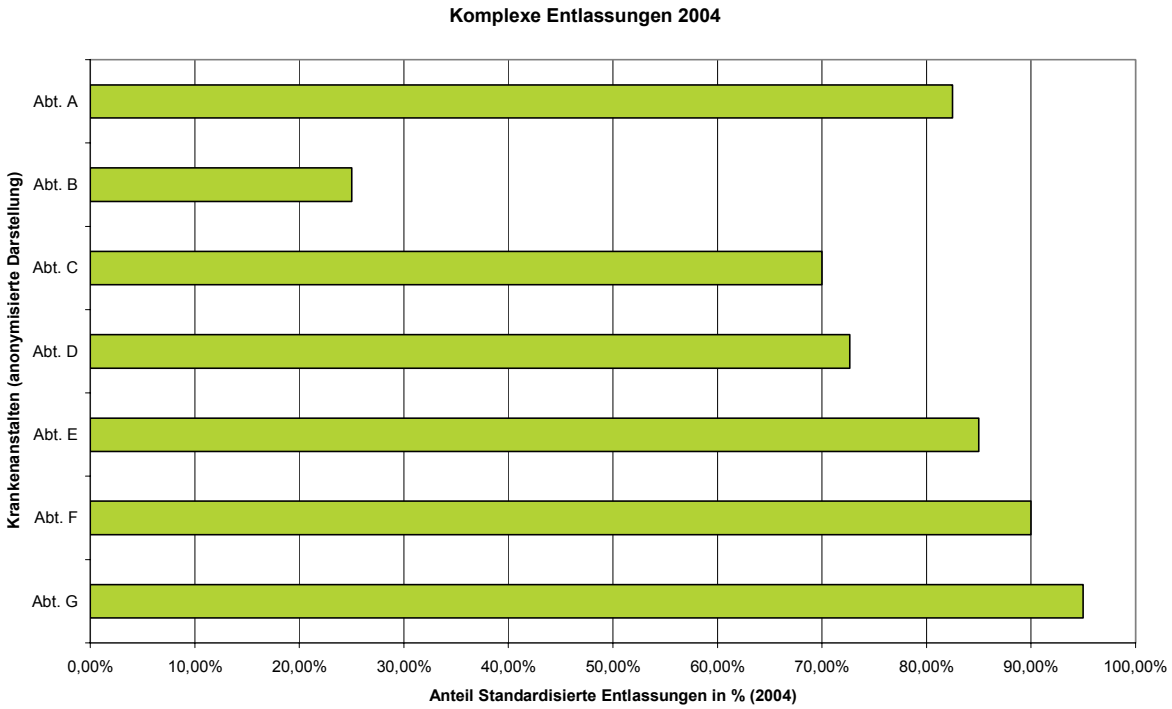


Abbildung 36: Anteil der standardisierten komplexen Entlassungen 2004

9.3.4 Patient/inn/enbefragung

Methodik

Zielgruppe der Befragung/Wer wurde befragt?
Die Patient/inn/en der am Projekt teilnehmenden Krankenhausabteilungen wurden in der dritten Woche nach der Entlassung befragt. Insgesamt wurden in der ersten Messphase 2.280 und in der zweiten Messphase 1.700 Patient/inn/enfragebögen ausgewertet.

Erhebungsparameter/Was wurde gemessen?
Es wurde primär die Patient/inn/enzufriedenheit (Erfüllung von Bedürfnissen) und damit indirekt auch der teilnehmenden Organisationen erfasst.

Erhebungsinstrument/Wie wurde gemessen?
Die Patient/inn/enbefragung erfolgte mittels eines eigens entwickelten Fragebogens (siehe Anhang).

Organisation der Befragung
Der Fragebogen sowie der Begleitbrief wurden von der Projektorganisation elektronisch als Kopiervorlage zur Verfügung gestellt. Die Versandorganisation der Unterlagen war Angelegenheit des Krankenhauses. Patient/inn/en, die zu jener Fallgruppe gehörten, an der die Abteilung am Projekt teilnahm, erhielten einen speziell gekennzeichneten Fragebogen. Die Befragung erfolgte anonym.

Zeitrahmen der Befragung
Pro Abteilung wurde mindestens 200 Patient/inn/en angeschrieben. Fakultativ konnten über das Mindestmaß von 200 Patient/inn/en hinaus die Patient/inn/en der spezifischen Fallgruppe weiterbefragt werden, um in diesen Bereichen einen höheren Rücklauf zu erzielen.
Die erste Messphase (Ausgangsmessung) wurde zwischen Mai und August 2003 durchgeführt. Die zweite Messphase (Kontrollmessung) startete am 3. Mai 2004 und endete mit der Annahmefrist der Fragebögen am 30. Juli 2004.

Auswertungsdarstellung Patient/inn/enbefragung
Der Fragebogen enthält insgesamt 16 Fragen, zu drei Bereichen:

- Teil 1: Überweisung und Aufnahme ins Krankenhaus
- Teil 2: Entlassungsvorbereitung, Entlassung und Nachbetreuung
- Teil 3: Gesamtsystem

Die Fragen decken folgende inhaltliche Dimensionen ab:

1 Informationen über Untersuchungs- und Behandlungsabläufe im Krankenhaus
2 Information über den ärztlichen Ansprechpartner
3 Information über den pflegerischen Ansprechpartner
4 Kurzfristige Termine im Krankenhaus
5 Einhaltung der vereinbarten Termine
6 Überweisung in ein bekanntes Krankenhaus
7 Medizinische Informationen vor Ort
8 Besprechung der Entscheidung des Überweisers
9 Wiederholte Untersuchungen
10 Unterstützung für zu Hause
11 Aufklärung über mögliche Komplikationen
12 Schriftliche Zusammenfassung
13 Informationsübermittlung an die nachbetreuende Einrichtung
14 Ärztin bzw. Artz für Rückfragen zu sprechen
15 Zufrieden mit dem Ablauf der Überweisung und Aufnahme

16 Zufrieden mit der Entlassung

Die Fragen im Originalwortlaut sowie einige Auswertungstabellen finden sich im Anhang.

Die Ergebnisse aller Fragen werden nachfolgend vergleichend dargestellt. In den Auswertungen sind alle rückübermittelten Fragebögen (sowohl der Patient/inn/en in den untersuchten Fallgruppen als auch aller übrigen Patient/inn/en der Abteilung) zusammengefasst.

Ergebnisse

Zusammenfassend können die Evaluationsergebnisse für die Befragung der Patient/inn/en wie folgt interpretiert werden:

- **Schon bei der Ausgangsmessung erzielten die MedTogether-Abteilungen sehr gute Werte. Lediglich die Dimension 9 (wiederholte Untersuchungen) und die Dimension 3 (Information über den pflegerischen Ansprechpartner) wurden etwas schlechter beurteilt.**
- **Die Verbesserung der Patient/inn/enzufriedenheit im Projektverlauf war aufgrund dieser guten Ausgangswerte als Herausforderung anzusehen.**
- **Dennoch konnten durch gezielte Maßnahmen Verbesserungen gegenüber der Ausgangsmessung erzielt werden (bei 44% der zu beurteilenden Fragen).**
- **Minimale Verschlechterungen hinsichtlich der Patient/inn/enzufriedenheit verzeichneten lediglich 4 der insgesamt 25 Abteilungen.**

Fragebogen zur Patient/inn/enzufriedenheit: Aufnahme/Entlassung

Die Abbildung 37 stellt zusammenfassend das Ergebnis der Patient/inn/enbefragung grafisch dar. Die linke Grafik zeigt die Patient/inn/enbewertung 2004 (Mittelwerte über alle 16 Fragen). Die rechte Darstellung zeigt die Veränderung 2003 zu 2004.

2004 fällt auf, dass vier der insgesamt 25 beurteilten Abteilungen in der Aufnahme- und Entlassungssituation mit einem Wert besser als 1,5 abschnitten. Die restlichen Abteilungen wurden schlechter als 1,5 (Bandbreite zwischen 1,51 und 1,83) beurteilt.

Aus der Veränderung 2003–2004 ist ersichtlich, dass für 56% der beurteilten Abteilungen eine Situationsverbesserung hinsichtlich der Patient/inn/enzufriedenheit zu verzeichnen ist. Für 44% der beurteilten Abteilungen hat sich die Situation im Jahresvergleich jedoch verschlechtert.

Zwei Abteilungen (Abt. 3 und 10) weisen signifikante Unterschiede mit 95%-iger Sicherheit (*) und eine Abteilung (Abt. 11) weist einen signifikanten Unterschiede mit 99%-iger Sicherheit (**) auf. Über alle befragten Abteilungen lag der Mittelwert bei 1,60 und die durchschnittliche Veränderung 2003–2004 zeigte keine nennenswerten Änderungen.

Patient/innen-Fragebogen

Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit: Aufnahme / Entlassung

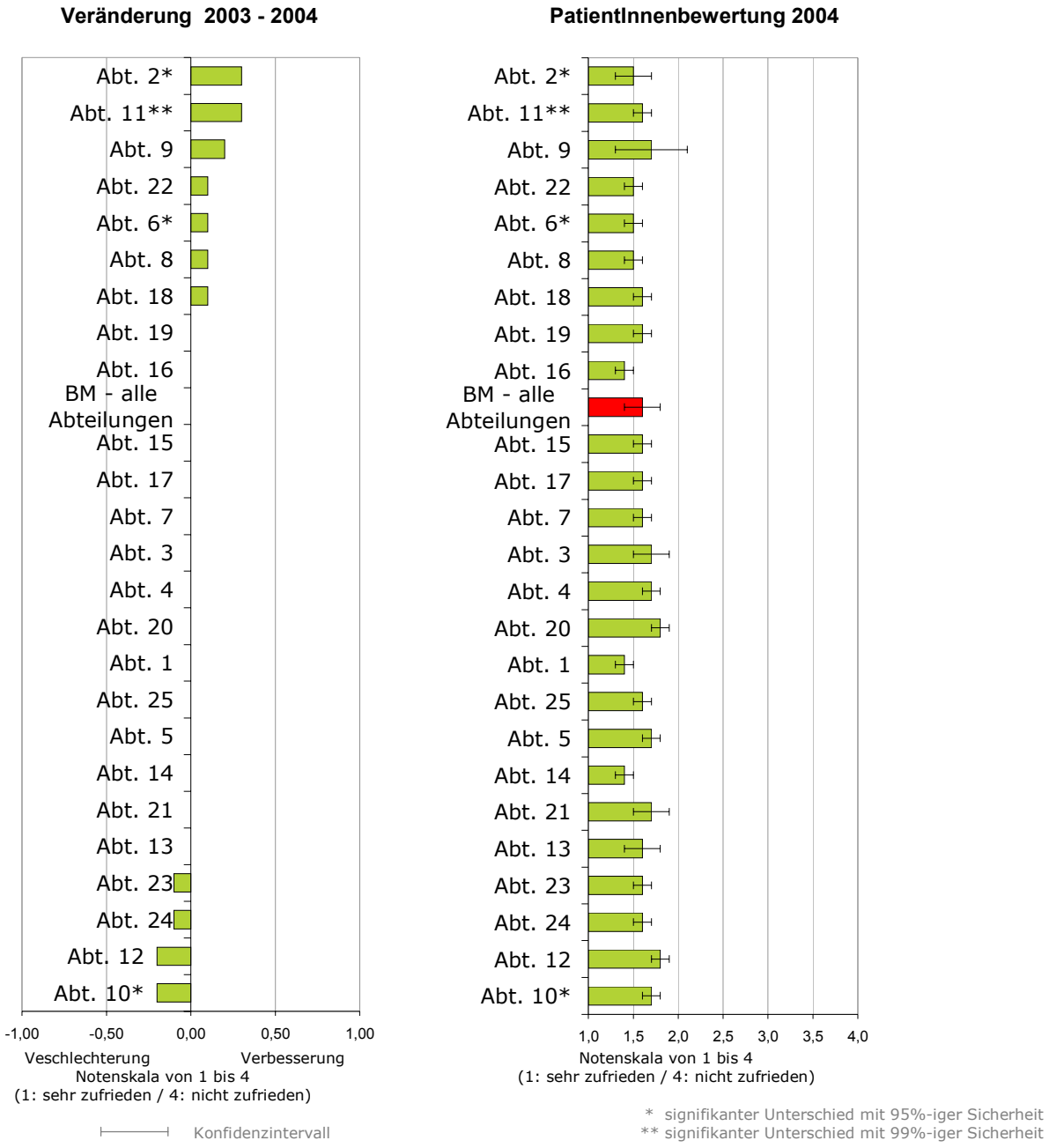


Abbildung 37: Patient/inn/enbewertung 2003–2004[13]

[13] Konfidenzintervalle dienen dazu, die Schwankungen der Antworten sichtbar zu machen. Die Vertrauensintervalle geben zusätzlich zum Mittelwert die Vertrauensbereiche dieser Werte an. Das Konfidenzintervall gibt an, in welchem Bereich 95% der Beurteilungen von Patient/inn/en/innen liegen.

Abbildung 39 bilden die Mittelwerte und die mittlere Veränderung pro gestellter Frage und Abteilung ab (Detaildarstellung siehe Anhang).

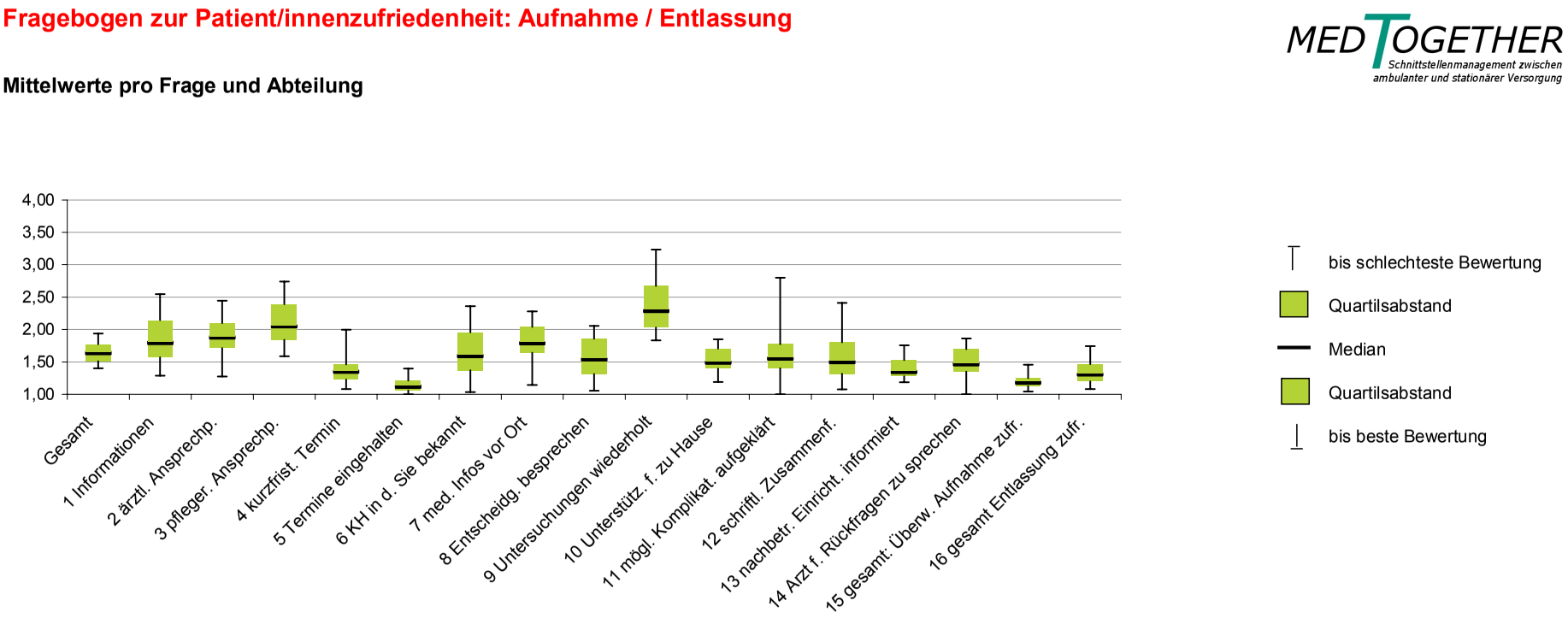


Abbildung 38: Patient/inn/enzufriedenheit (Mittelwert pro Frage und Abteilung 2004)

Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit: Aufnahme / Entlassung

Mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung

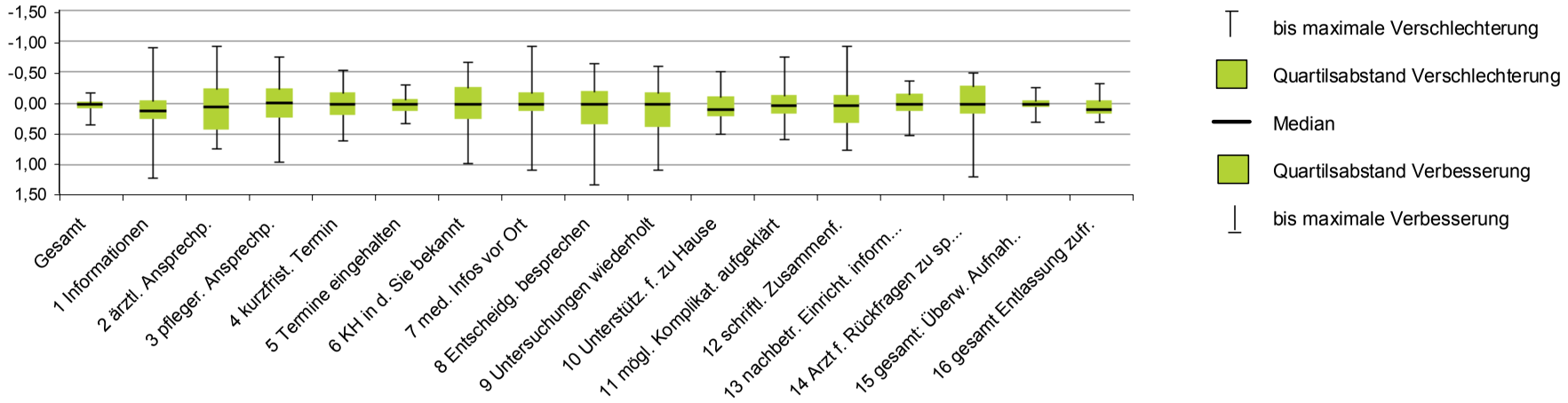


Abbildung 39: Patient/inn/enzufriedenheit (mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung 2003–2004)

9.3.5 Mitarbeiter/innenbefragung

Methodik

Zielgruppe der Befragung/Wer wurde befragt?
Befragt wurden all jene Mitarbeiter/innen der am Projekt teilnehmenden Krankenhausabteilungen, die von der Schnittstellenarbeit betroffen waren, wie Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Überleitungspflege, Sozialarbeiter/innen, Sekretariatskräfte sowie möglichst viele extramurale Schnittstellenpartner/innen (unabhängig davon, ob sie in der regionalen Arbeitsgruppe mitgearbeitet haben). In der ersten Messphase wurden mehr als 3000 Mitarbeiter/innenfragebögen und in der zweiten Messphase über 1900 Mitarbeiter/innenfragebögen ausgewertet.

Daher wurde die Zielgruppe für die Mitarbeiter/innenbefragung wie folgt festgesetzt:

- Mitarbeiter/innen im Krankenhaus (Zuweisung und Entlassung)
- Mitarbeiter/innen in extramuralen, zuweisenden Einrichtungen
- Nachbetreuende niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- Nachbetreuende Mobile Dienste/REHA-Einrichtungen (oder ähnliche nachbetreuende Einrichtungen)
- Mitarbeiter/innen zu schnittstellenbedingter Arbeitsbelastung

Erhebungsparameter/Was wurde gemessen?
Die Mitarbeiter/innenbefragung erfolgte zur Feststellung der Mitarbeiter/innenzufriedenheit in den teilnehmenden Krankenanstalten sowie bei den extramuralen Partnern und gibt auch Einblick in die Prozessqualität.

Erhebungsinstrument/Wie wurde es gemessen?
Aufgrund der festgesetzten Zielgruppe wurde die Befragung anhand von sechs verschiedenen Fragebögen durchgeführt, die im Projekt entwickelt wurden.

Fragebogen A für Mitarbeiter/innen im Krankenhaus Teil 1

Der Fragebogen A besteht aus fünf Fragen, die Aufschlüsse über mögliche Probleme in der Zuweisung sowie über Informationsdefizite geben sollen. Die Inhalte der Fragen sind nachfolgend verkürzt aufgelistet:

1 Präzises Zuweisungsschreiben
2 Verfügbarkeit zeitgerechter Informationen
3a Fachlich korrekte Zuweisung
3b Angemessene Zuweisung
4 Informierte Patient/inn/en
5 Informierte Angehörige

Die Fragen im Originalwortlaut finden sich im Anhang.

Fragebogen B für Mitarbeiter/innen im Krankenhaus Teil 2

Der Fragebogen B bestand aus drei Fragen, wobei mögliche Informationsdefizite im Rahmen der Entlassungsvorbereitung hinterfragt wurden. Die Inhalte der Fragen sind nachfolgend verkürzt aufgelistet:

1 Verfügbarkeit des Leistungsangebots der nachbetreuenden Einrichtungen
2a Nutzung medizinischer Informationen des Entlassungsschreibens
2b Nutzung pflegerische Informationen des Entlassungsschreibens
2c Nutzung sozialer Informationen des Entlassungsschreibens
3 Rückmeldung von der nachbetreuenden Einrichtungen

Die Fragen im Originalwortlaut finden sich im Anhang.

Fragebogen C für Mitarbeiter/innen zur schnittstellenbedingter Arbeitsbelastung

Der Fragebogen C beschäftigte sich ausschließlich mit der täglichen Arbeitsbelastung, welche auf Schnittstellenschwierigkeiten bei Koordinationsaufgaben (Zuweisung/Nachbetreuung etc.) zurückzuführen waren. Schwerpunkt war die Untersuchung der Ursachen für diese Belastungen. Folgende Belastungsursachen wurden dabei genauer durchleuchtet:

- Doppelerhebungen von administrativen und fachlichen Informationen bei Patient/inn/en
- Doppelerhebungen von Befunden
- Nachfrage bei Kooperationspartnern in Bezug auf fachliche und administrative Fragen
- Strukturprobleme mit mittelbarem Einfluss auf die Koordination der Schnittstellen (z.B. Platzmangel, problematische EDV-Situation, etc.)
- Unerwartete Unterbrechung des Arbeitsflusses durch Schnittstellenprobleme (z.B.: mobile Schwester wartet ab 16:00 bei den Patient/inn/en zu Hause, Rettung kommt aber erst um 16.30 Uhr)

Die Inhalte der Fragen sind nachfolgend verkürzt aufgelistet:

1 Belastung durch Koordinationsaufgaben an den Schnittstellen
1a’ Erhebung administrativer Doppelinformationen
1a’’ Erhebung fachlicher Doppelinformationen
1b Doppelerhebung von Befunden
1c’ Administrative Nachfragen
1c’’ Fachliche Nachfragen
1d Strukturprobleme
1e Unerwartete Unterbrechungen

Die Fragen im Originalwortlaut finden sich im Anhang.

Fragebogen D für Mitarbeiter/innen extramuraler, zuweisender Einrichtungen

Der Fragebogen D wurde für Mitarbeiter/innen extramuraler und zuweisender Einrichtungen konzipiert und ermittelt daher mögliche Probleme an der Schnittstelle bei der Zuweisung der Patient/inn/en in ein Krankenhaus. Die Inhalte der Fragen sind nachfolgend verkürzt aufgelistet:

1 Information über Aufnahmemodalitäten der Krankenhäuser
2 Information über diagnosespezifische Voraussetzungen
3 Information über Ansprechpartner
4a Information über Vorbefunden
4b Information über Vorgeschichte
4c Information über definierte Fragestellungen
5 Rückmeldung über Zuweisungsarbeit

Die Fragen im Originalwortlaut finden sich im Anhang.

Fragebogen E für nachbetreuende niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Der Fragebogen E beschäftigt sich mit den Erwartungen von nachbetreuenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten an die Abteilungen bei der Übernahme von Patient/inn/en. Die drei Fragestellungen ermitteln dabei primär Informationsdefizite. Die Inhalte der Fragen sind nachfolgend verkürzt aufgelistet:

1a Zeitgerechte Information über Diagnose
1b Zeitgerechte Information über erfasste Befunde

1c Zeitgerechte Information über stationäre Erfolge
1d Zeitgerechte Prognose
1e Zeitgerechte Behandlungsempfehlungen
1f Informationen über das soziales Umfeld
2 Information der Patient/inn/en
3 Information der Angehörigen

Die Fragen im Originalwortlaut finden sich im Anhang.

Fragebogen F für nachbetreuende Mobile Dienste/REHA-Einrichtungen oder ähnliche nachbetreuende Einrichtungen

Der Fragebogen F baut ebenso auf den Erwartungen der extramuralen Partner an die Krankenhausabteilung im Rahmen der Übernahme der Patient/inn/en auf. Wieder standen Informationsdefizite im Vordergrund. Die Inhalte der Fragen sind nachfolgend verkürzt aufgelistet:

1a Zeitgerechte Diagnose
1b Zeitgerechte Information über erfasste Befunde
1c Zeitgerechte Information über stationäre Erfolge
1d Zeitgerechte Prognose
1e Zeitgerechte Behandlungsempfehlungen
1f Informationen über das soziales Umfeld
1g Information über pflegerische Zustandbeschreibung
1h Zeitgerechte pflegerische Information
2 Nachvollziehbare Überweisung
3 Information der Patient/inn/en
4 Information der Angehörigen
5 Rechtzeitige Information über Überweisung

Die Fragen im Originalwortlaut finden sich im Anhang.

Wie der Einteilung entnommen werden kann, wurden 3 unterschiedliche Fragebögen für die Mitarbeiter/innen im Krankenhaus (A,B,C), 2 bzw. 3 Fragebögen für Mitarbeiter/innen extramuraler Schnittstellenpartner/innen (F,E,C) und 2 Fragebögen für Mitarbeiter/innen mobiler Dienste, REHA-Kliniken oder ähnlicher Organisationen (F,C) eingesetzt.

Organisation der Befragung

Die Verteilung der Fragebögen lag in der Verantwortung der regionalen Arbeitsgruppe. Der Zeitrahmen für die Befragung wurde mit fünf Wochen festgesetzt. Die Auswertung erfolgte durch die Firma KoeckEbner&Partner.

Zeitrahmen der Befragung

Die erste Messphase (Ausgangsmessung) wurde zwischen Mai und August 2003 durchgeführt. Die zweite Messphase (Kontrollmessung) startete am 3. Mai 2004 und endete mit der Annahmefrist der Fragebögen am 30. Juli 2004.

Auswertungsdarstellungen Mitarbeiter/innenbefragung (Fragebögen A–F)

Alle Auswertungen sind nachfolgend vergleichend dargestellt.

Ergebnisse

Zusammenfassend können die Evaluationsergebnisse für die Befragung der Mitarbeiter/innen wie folgt interpretiert werden:

- **Vorweg ist festzuhalten, dass die Ergebnisse der Mitarbeiter/innen-Berfragung weniger valide sind als jene der Patient/inn/enzufriedenheit. Gründe dafür sind unter anderem die geringe Zahl der Befragten, die nicht-systematische Zusammensetzung der Befragten und die Verfälschung der Befragung durch die potenzielle Mitbeurteilung anderer Themen durch die befragten Mitarbeiter/innen.**
- **Die Ergebnisse fallen durchwegs weniger positiv aus als bei der Befragung der Patient/inn/en. Dies betrifft sowohl die Ausgangs- als auch die Kontrollmessung.**
- **Auch der Vergleich zwischen Kontroll- und Ausgangsmessung fällt eher neutral aus. Eine durchgängig deutliche Verbesserung zeigt sich nur bei den Erwartungen an die Zuweiser, beurteilt von den Mitarbeiter/innen-der Krankenhausabteilungen. Nicht-Laien dürften insgesamt viel kritischer beurteilen. Zudem sind die Befragungsergebnisse auch als Pauschalbeurteilung der Schnittstellenproblematik anzusehen.**

Fragebogen A für Mitarbeiter/innen im Krankenhaus Teil 1

Die Grafik zeigt die Ergebnisse des Fragebogens A Teil 1. Die linken Abbildung stellt die Mitarbeiter/innenbewertung 2004 und die rechte Darstellung die Veränderung 2003 zu 2004 grafisch dar.

Für 2004 fällt auf, dass nur zwei der insgesamt 19 befragten Abteilungen die Zuweisungssituation mit einem Wert besser als 2 bewertet haben. Die restlichen Abteilungen vergaben Noten schlechter als zwei (Bandbreite zwischen 2,01 und 2,75).

Aus der Veränderung 2003–2004 kann abgelesen werden, dass 63% der Abteilungen eine Situationsverbesserung zu verzeichnen hatten. Für 37% der befragten Abteilungen hatte sich die Situation im Jahresvergleich verschlechtert.

Zwei Abteilungen weisen signifikante Unterschiede mit 99%-iger Sicherheit auf und vier Abteilungen weisen signifikante Unterschiede mit 95%-iger Sicherheit auf. Über alle Abteilungen liegt der Mittelwert bei 2,2 und im Jahresvergleich bei 0,2 (Verbesserung).

FRAGEBOGEN A

Fragebogen für Mitarbeiter/innen im Krankenhaus Teil 1
Erwartungen an die Schnittstelle im Rahmen der Zuweisung

Veränderung 2003 - 2004 | **Mitarbeiterbewertung 2004**

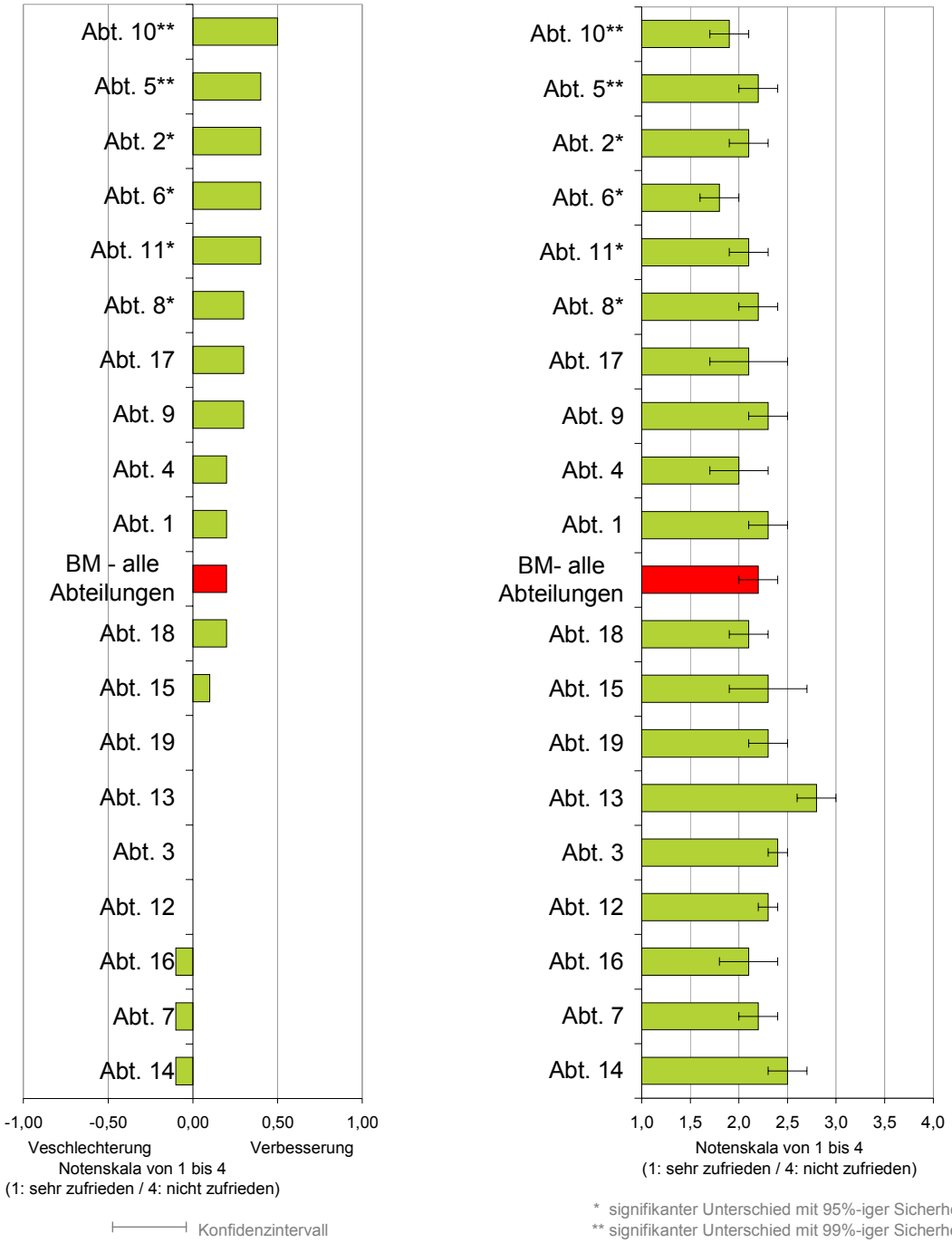


Abbildung 40: Mitarbeiter/innenbewertung 2003–2004 (Fragebogen A, Teil 1)

Die Abbildung 41 und Abbildung 42 bilden die Detailergebnisse des Mitarbeiter/innenfragebogens hinsichtlich der Mittelwerte und der mittleren Veränderung aller 5 Fragen und 19 Abteilungen ab (Detaildarstellung siehe Anhang).

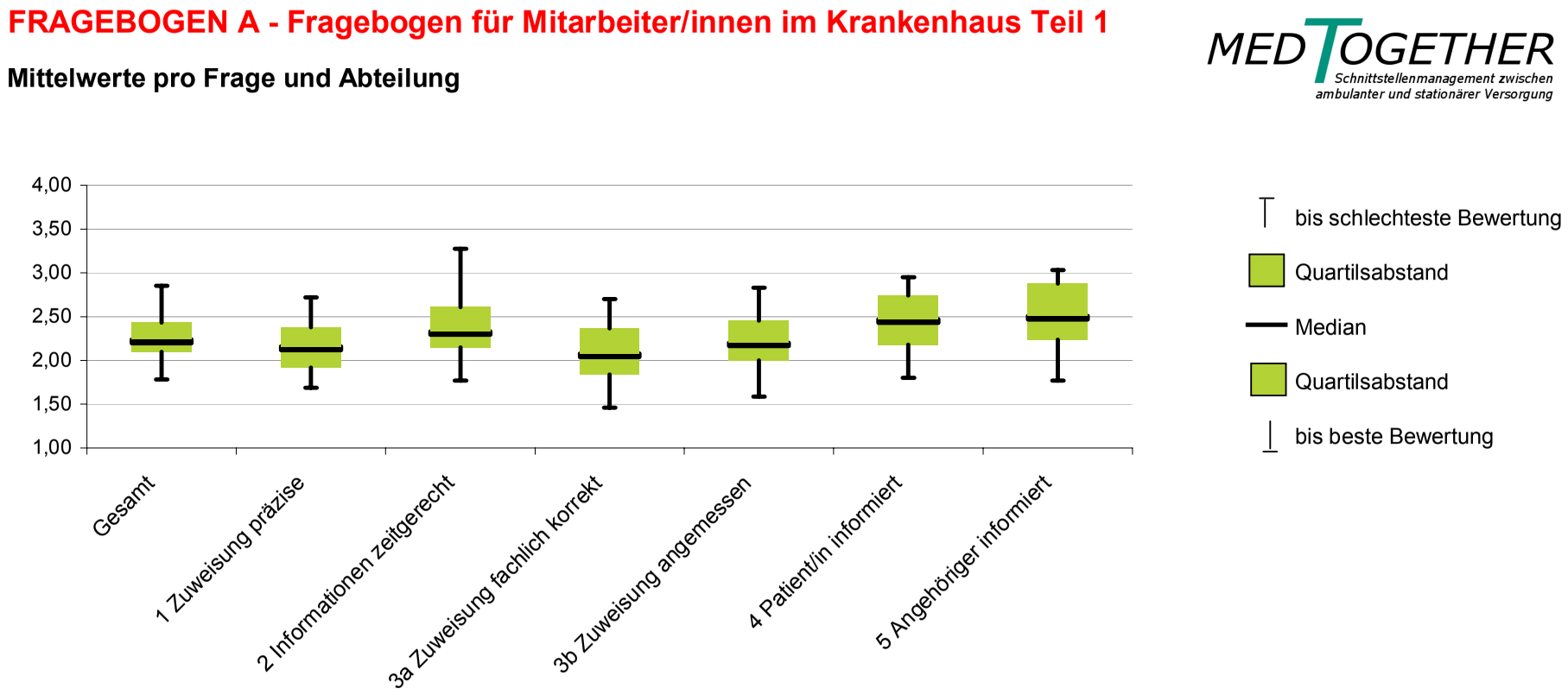


Abbildung 41: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Zuweisung (Mittelwert pro Frage und Abteilung 2004)

FRAGEBOGEN A - Fragebogen für Mitarbeiter/innen im Krankenhaus Teil 1

Mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung

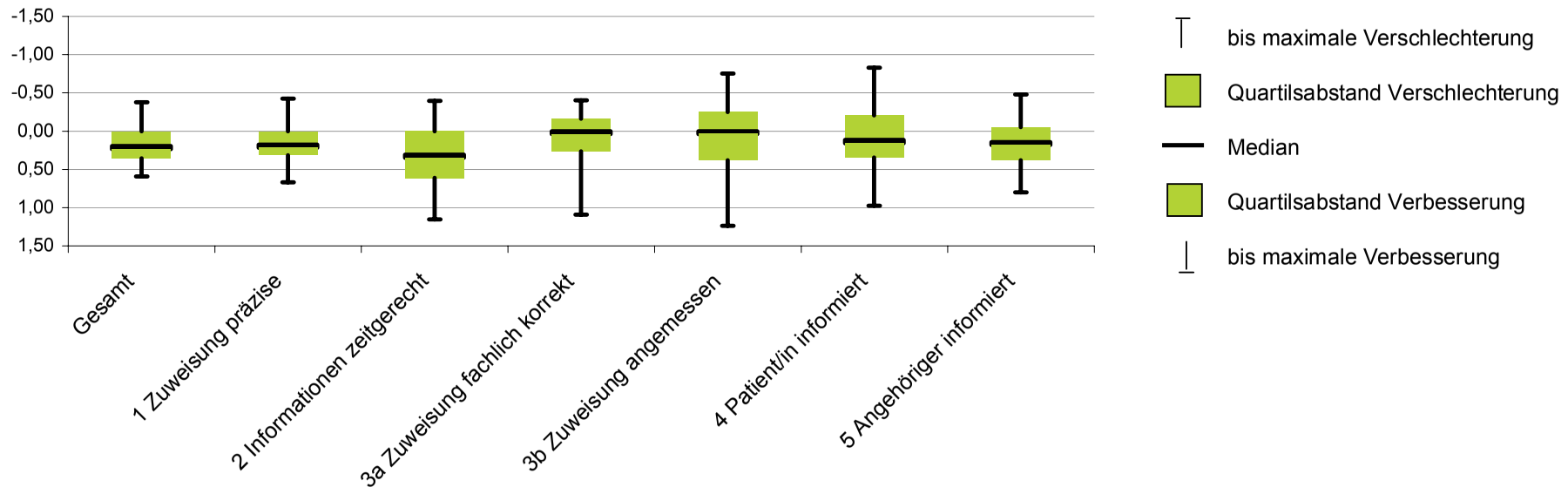


Abbildung 42: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Zuweisung (mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung 2003–2004)

Fragebogen D für Mitarbeiter/innen extramuraler, zuweisender Einrichtungen

Die Ergebnisse des Fragebogens D für Mitarbeiter/innen extramuraler und zuweisender Einrichtungen gehen aus Abbildung 43 hervor.

Die Mitarbeiter/innenbewertung 2004 verdeutlicht, dass 27% der beurteilten Abteilung besser als 2 abschnitten. Die restlichen 73% der beurteilten Abteilungen mit einem Wert schlechter als 2.

Aus der Veränderung 2003–2004 kann abgelesen werden, dass für drei beurteilte Abteilungen eine Situationsverbesserung verzeichnet werden konnte.

Über alle Abteilungen liegt der Mittelwert bei 2,2 und die durchschnittliche Veränderung 2003–2004 bei 0,2 (Verschlechterung).

FRAGEBOGEN D

Fragebogen für Mitarbeiter/innen extramuraler, zuweisender Einrichtungen
Erwartungen an die Schnittstelle im Rahmen der Zuweisung von Patient/innen

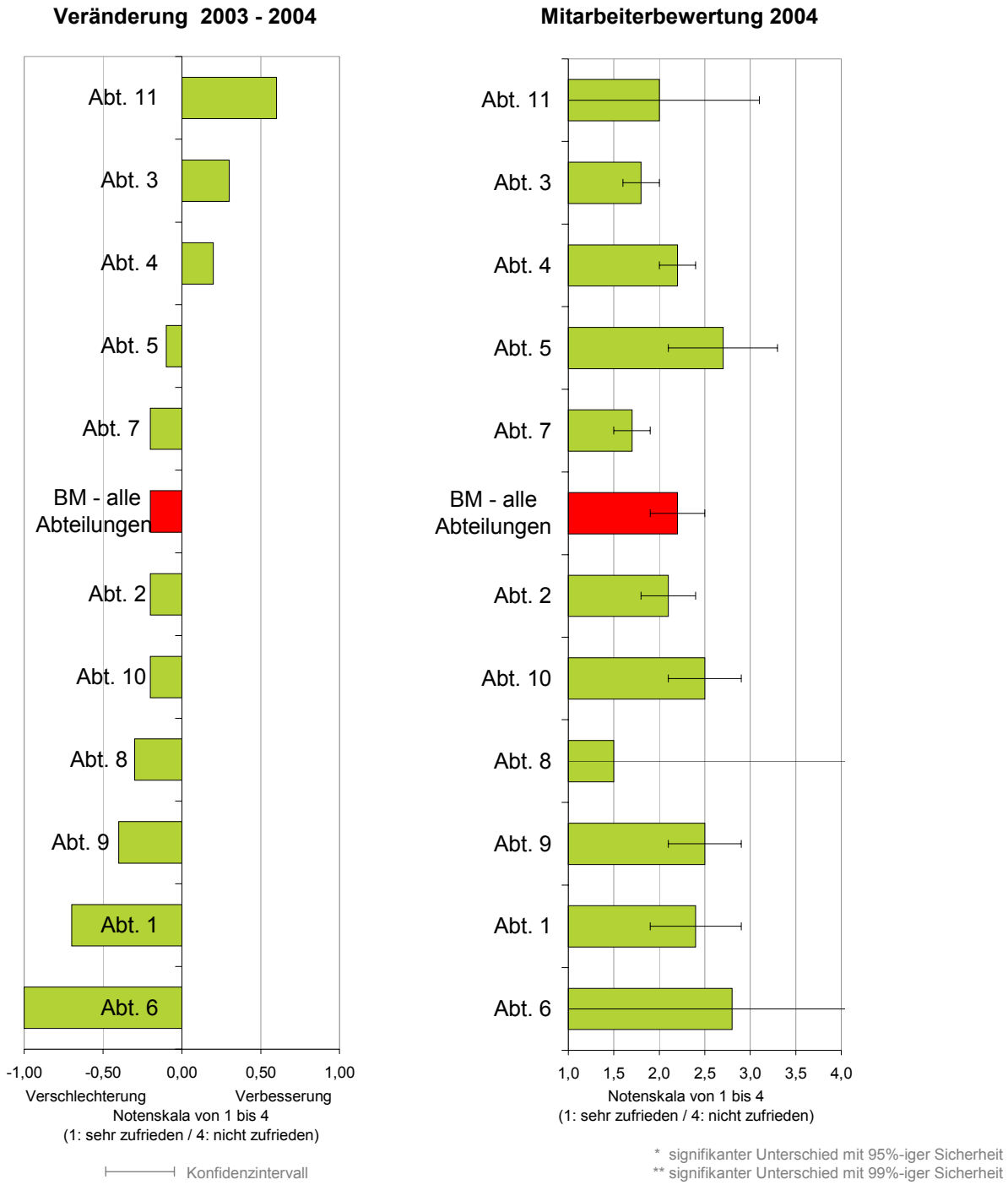


Abbildung 43: Mitarbeiter/innenbewertung extramuraler zuweisender Einrichtungen 2003–2004 (Fragebogen D)

Die nachfolgenden Abbildungen bilden die Mittelwerte und die mittlere Veränderung pro gestellter Frage und Abteilung ab (Detaildarstellung siehe Anhang).

FRAGEBOGEN D - Fragebogen für Mitarbeiter/innen extramuraler, zuweisender Einrichtungen

Mittelwerte pro Frage und Abteilung

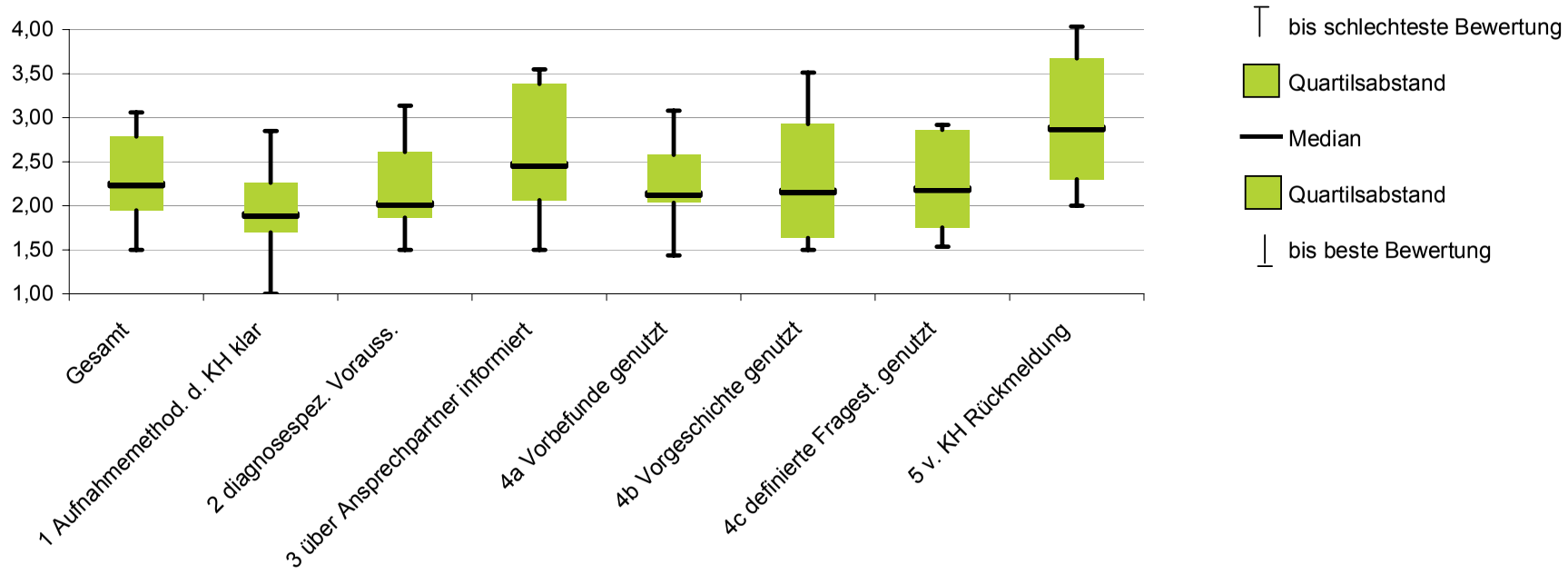


Abbildung 44: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Zuweisung (Mittelwert pro Frage und Abteilung 2004)

FRAGEBOGEN D - Fragebogen für Mitarbeiter/innen extramuraler, zuweisender Einrichtungen

Mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung

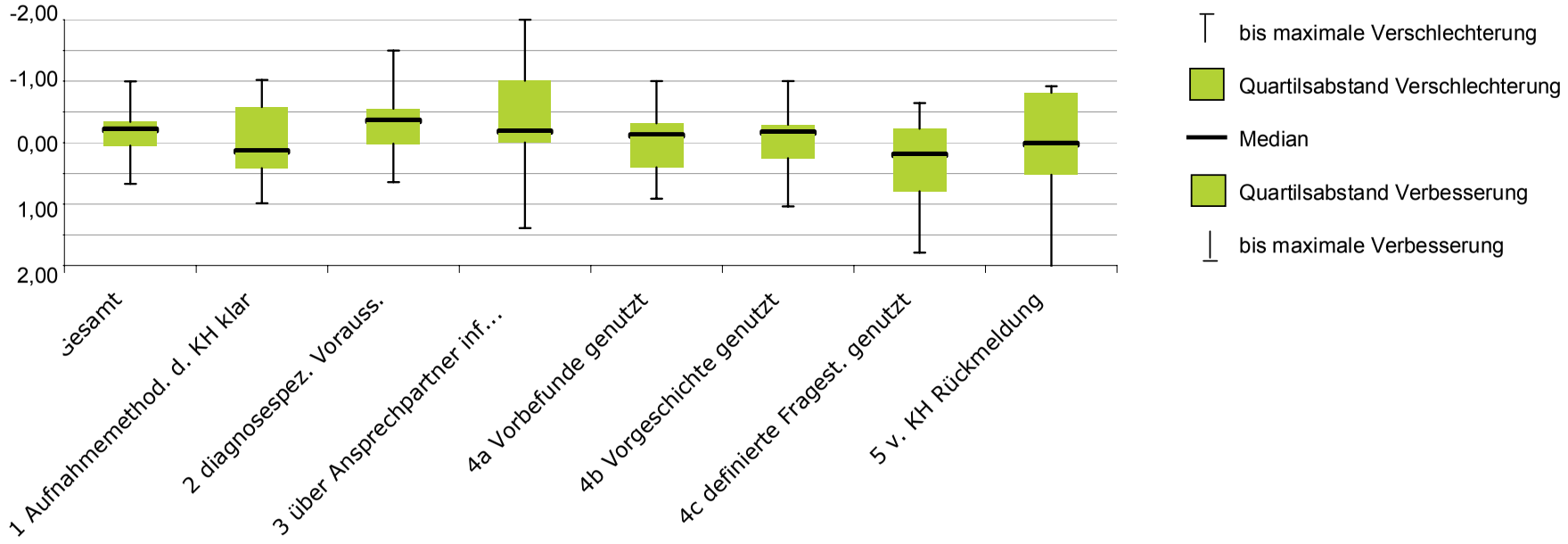


Abbildung 45: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Zuweisung (mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung 2003–2004)

Fragebogen B für Mitarbeter/innen im Krankenhaus Teil 2

In Abbildung 46 sind die Ergebnisse des Fragebogens B Teil 2 Erwartungen an die Schnittstelle im Rahmen der Entlassung abgebildet.

Aus der Mitarbeiter/innenbewertung 2004 ist erkennbar, dass vier der insgesamt 20 befragten Abteilungen die vorliegende Situation mit einem Wert besser als 2 bewertet haben (Bandbreite zwischen 1,60 und 1,92). Die verbleibenden 16 Abteilungen vergaben Werte schlechter als zwei (Bandbreite zwischen 2,15 und 2,50).

Aus der Veränderung 2003–2004 kann abgelesen werden, dass 55% der Abteilungen eine Situationsverbesserung zu verzeichnen hatten. Für 45% der befragten Abteilungen hatte sich die Situation im Jahresvergleich verschlechtert.

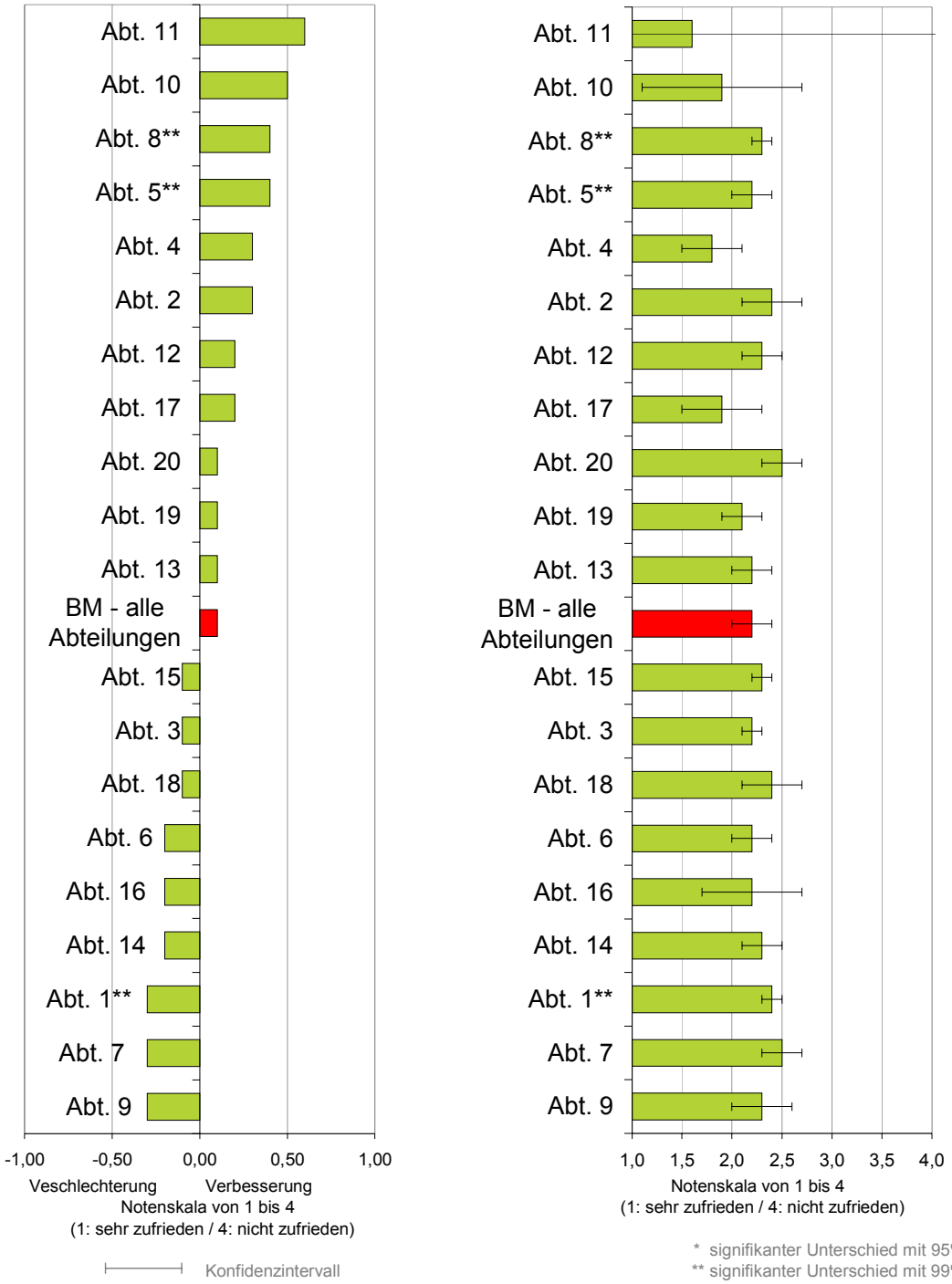
2 der 20 Abteilungen weisen signifikante Unterschiede mit 99%-iger Sicherheit auf. Über alle Fragen und Abteilungen liegt der Mittelwert bei 2,2 und im Jahresvergleich bei 0,1 (Verbesserung).

FRAGEBOGEN B -

Fragebogen für Mitarbeiter/innen im Krankenhaus Teil 2
Erwartungen an die Schnittstelle im Rahmen der Entlassung

MEDTOGETHER
Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Veränderung 2003 - 2004 **Mitarbeiterbewertung 2004**



* signifikanter Unterschied mit 95%-iger Sicherheit
** signifikanter Unterschied mit 99%-iger Sicherheit

Abbildung 46: Mitarbeiter/innenbewertung 2003–2004 (Fragebogen A, Teil 2)

Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse findet sich in der nachfolgenden Abbildung 47 und Abbildung 48 (Detaildarstellung siehe Anhang).

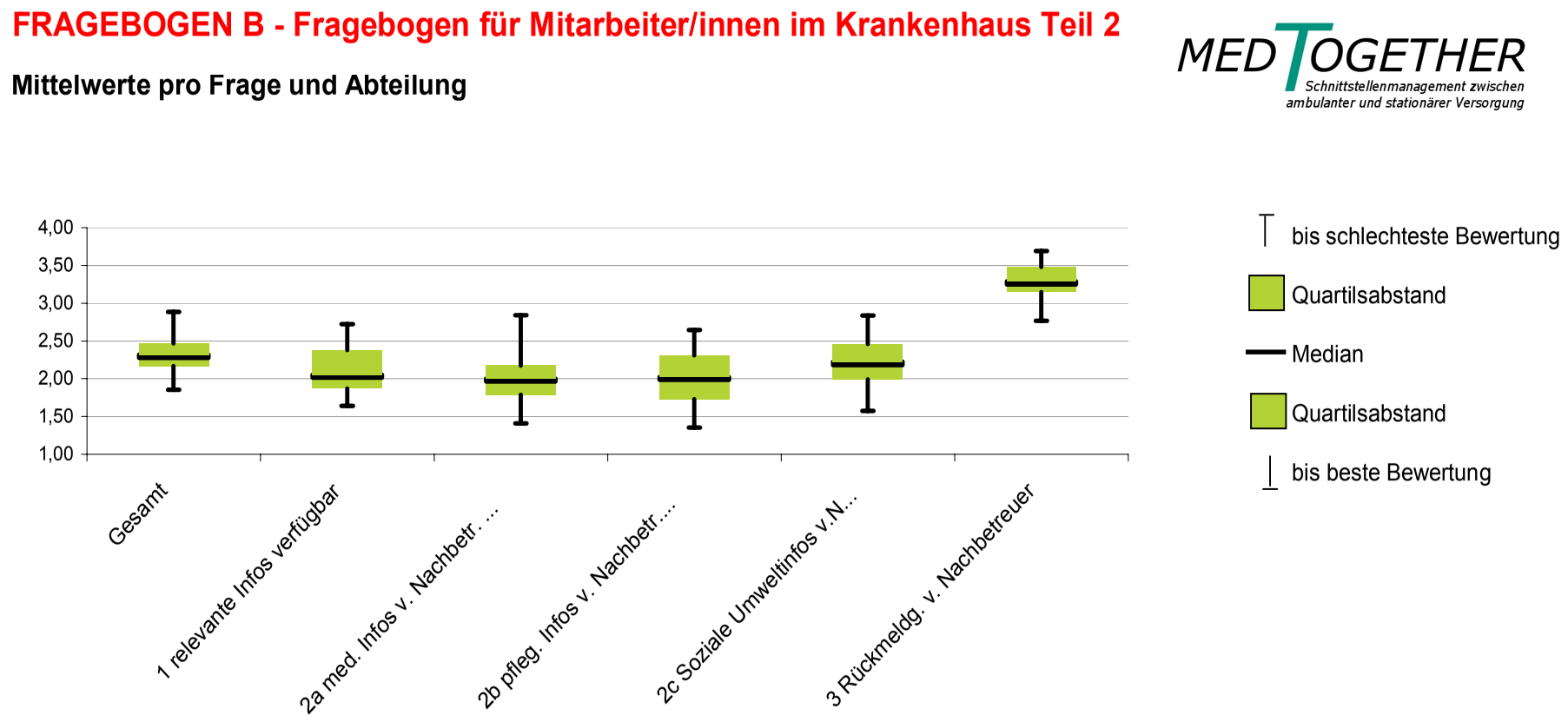


Abbildung 47: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Entlassung (Mittelwert pro Frage und Abteilung 2004)

FRAGEBOGEN B - Fragebogen für Mitarbeiter/innen im Krankenhaus Teil 2

Mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung

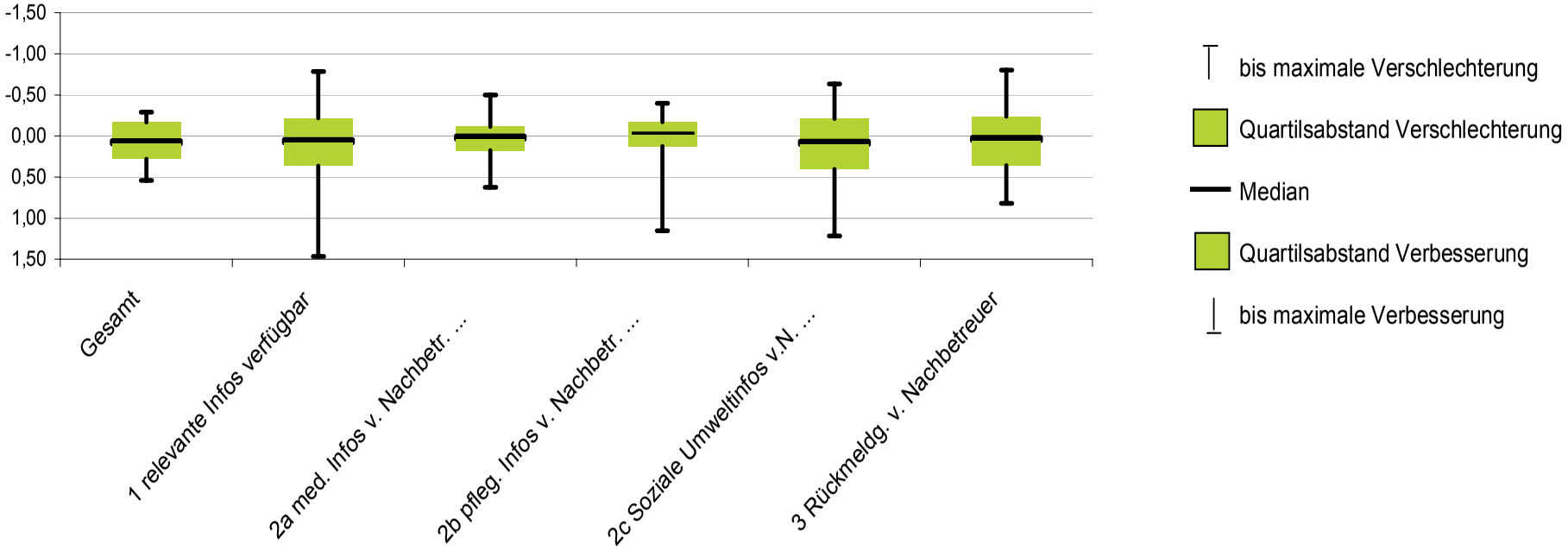


Abbildung 48: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Entlassung (mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung 2003–2004)

Fragebogen E

Abbildung 49 beschreibt grafisch die Ergebnisse des Fragebogens E für nachbetreuende niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

2004 fällt auf, dass über 50% der beurteilten Abteilungen mit einem Wert schlechter als 2,0 abgeschnitten haben.

Aus der Veränderung 2003–2004 kann abgelesen werden, dass 55% der beurteilten Abteilungen eine Situationsverbesserung und 45% der beurteilten eine Situationsverschlechterung zu verzeichnen hatten.

Eine Abteilung (Abt. 10) weist einen signifikanten Unterschied mit 95%-iger Sicherheit auf. Über alle Abteilungen lag der Mittelwert 2004 bei 2,0 und die durchschnittliche Veränderung 2003–2004 bei 0,1 (Verschlechterung).

FRAGEBOGEN E

Fragebogen für nachbetreuende niedergelassene Ärzte und Ärztinnen
Erwartungen an die Kranknenhausabteilungen im Rahmen der Übernahme von Patient/innen

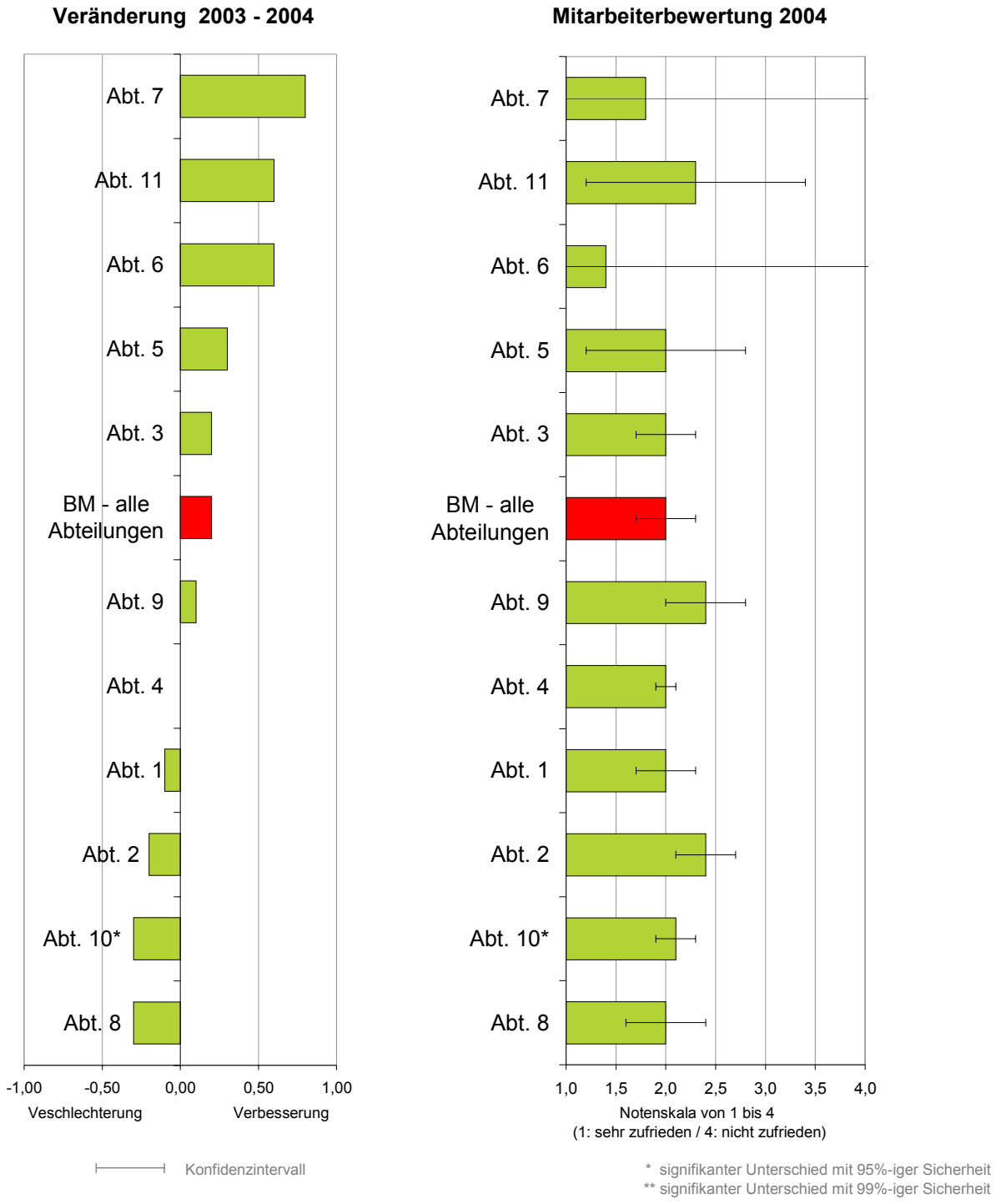


Abbildung 49: Mitarbeiter/innenbewertung nachbetreuende, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Fragebogen E)

Die nachfolgenden Abbildungen bilden die Mittelwerte und die mittlere Veränderung pro gestellter Frage und Abteilung ab (Detaildarstellung siehe Anhang).

FRAGEBOGEN E - Fragebogen für nachbetreuende niedergelassene Ärzte und Ärztinnen

MEDTOGETHER
Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Mittelwerte pro Frage und Abteilung

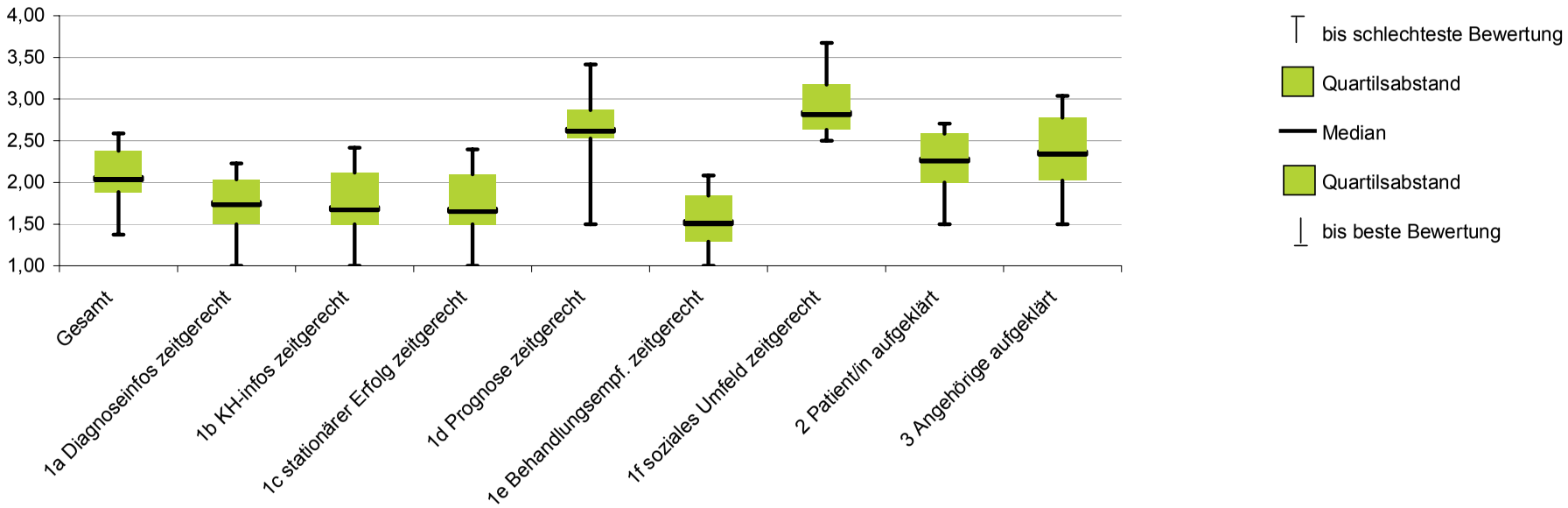


Abbildung 50: Erwartungen an die Krankenhausabteilungen im Rahmen der Übernahme von Patient/inn/en (Mittelwert pro Frage und Abteilung 2004)

FRAGEBOGEN E - Fragebogen für nachbetreuende niedergelassene Ärzte und Ärztinnen

Mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung

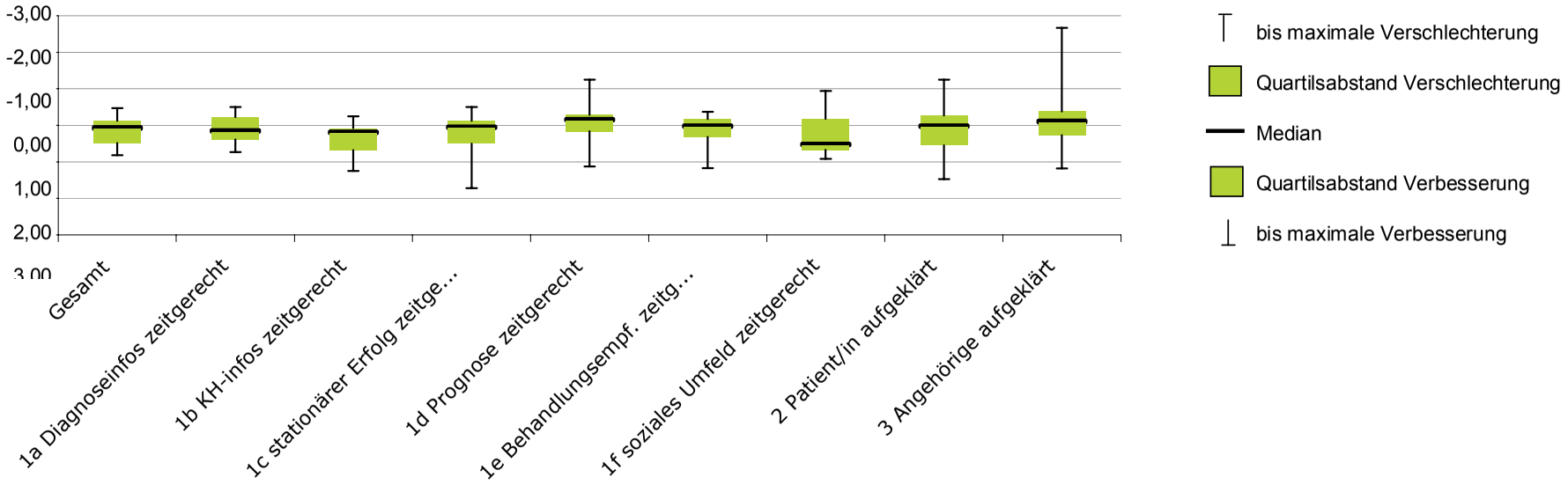


Abbildung 51: Erwartungen an die Krankenhausabteilungen im Rahmen der Übernahme von Patient/inn/en (mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung 2003–2004)

Fragebogen F für nachbetreuende Mobile Dienste und Reha-Einrichtungen

Abbildung 52 beschreibt die Ergebnisse des Fragebogens F für nachbetreuende Mobile Dienste und Reha-Einrichtungen.

Für 2004 fällt auf, dass alle der beurteilten Abteilungen mit Werten zwischen 2,07 und 2,38 abschnitten. Im Vergleich zur Ausgangsmessung kann abgelesen werden, dass drei Viertel der beurteilten Abteilungen eine Situationsverbesserung zu verzeichnen hatten. Über alle Abteilungen lag der Mittelwert bei 2,20 und die durchschnittliche Veränderung 2003–2004 bei 0,40 (Verbesserung).

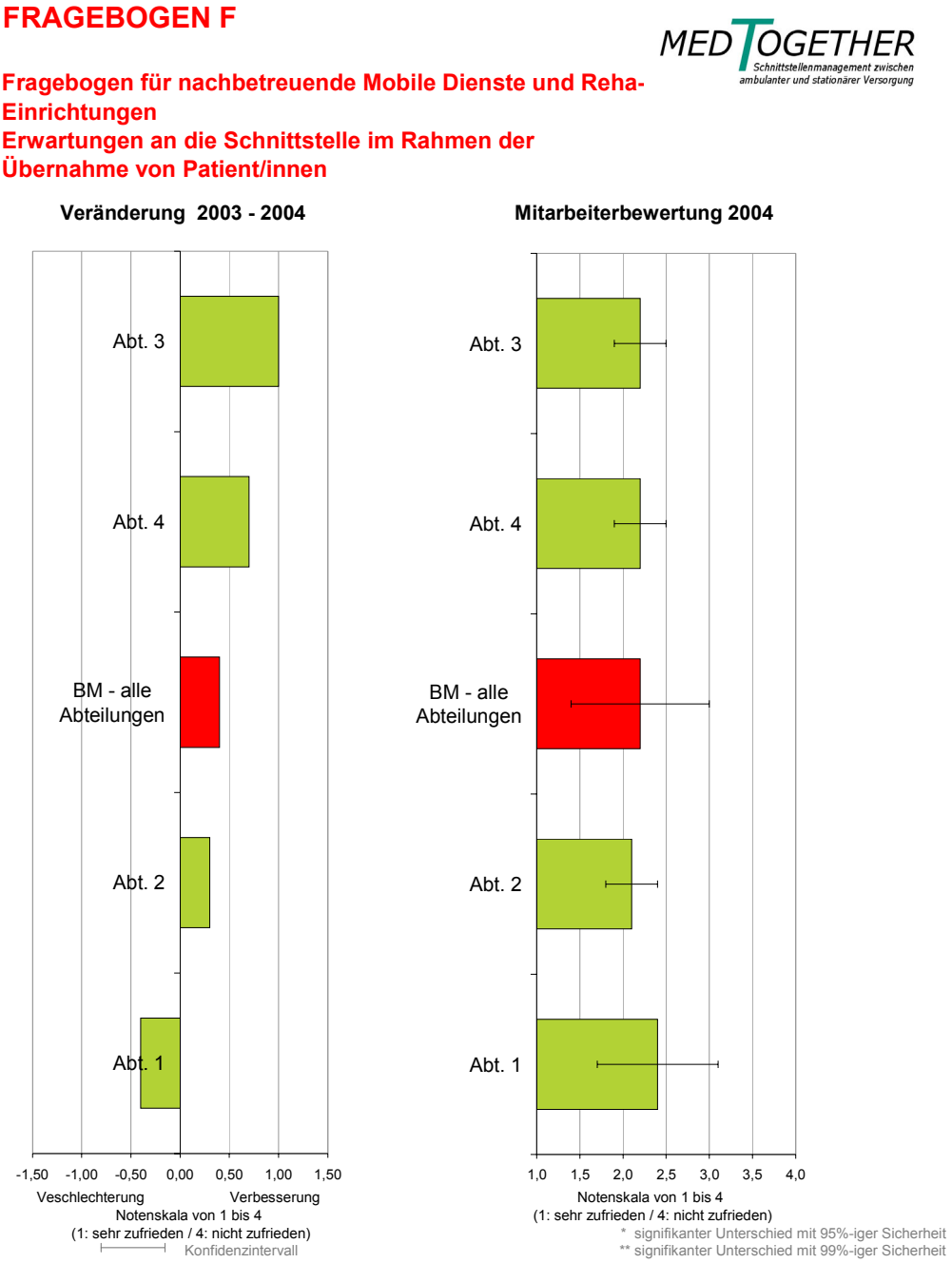


Abbildung 52: Mitarbeiter/innenbewertung nachbetreuende Mobile Dienste und Reha-Einrichtungen (Fragebogen F)

Die nachfolgenden Abbildungen bilden die Mittelwerte und die mittlere Veränderung pro gestellter Frage und Abteilung ab (Detaildarstellung siehe Anhang).

FRAGEBOGEN F - Fragebogen für nachbetreuende Mobile Dienste und Reha-Einrichtungen

Mittelwerte pro Frage und Abteilung

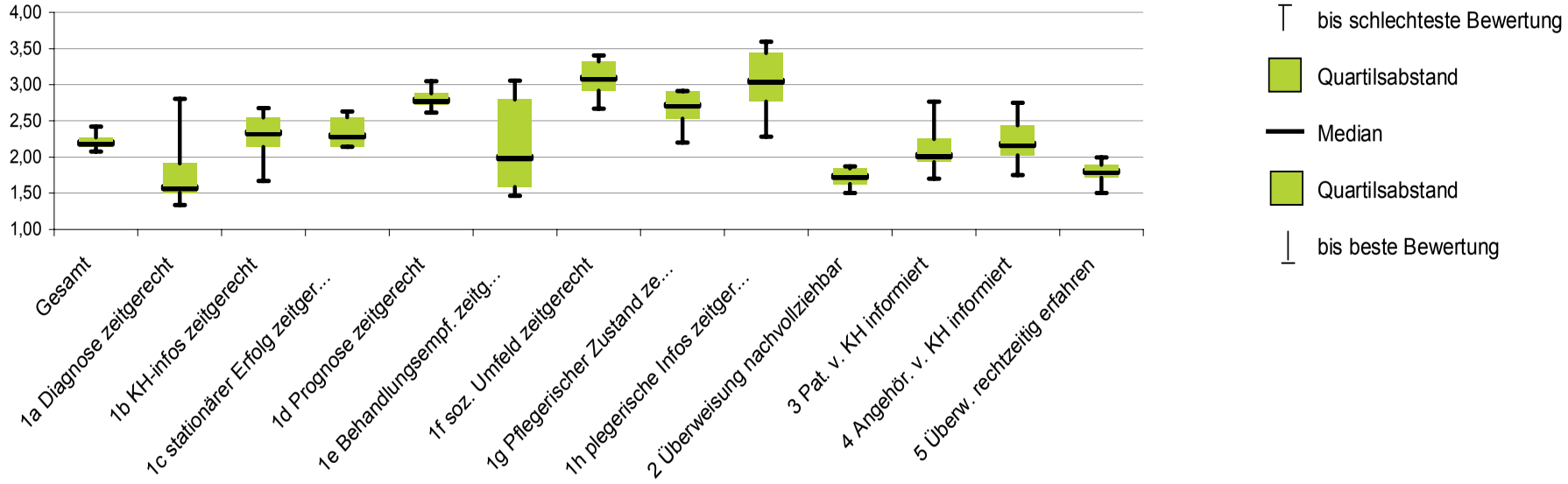


Abbildung 53: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Übernahme der Patient/inn/en (Mittelwert pro Frage und Abteilung 2004)

FRAGEBOGEN F - Fragebogen für nachbetreuende Mobile Dienste und Reha-Einrichtungen

Mittelwerte pro Frage und Abteilung

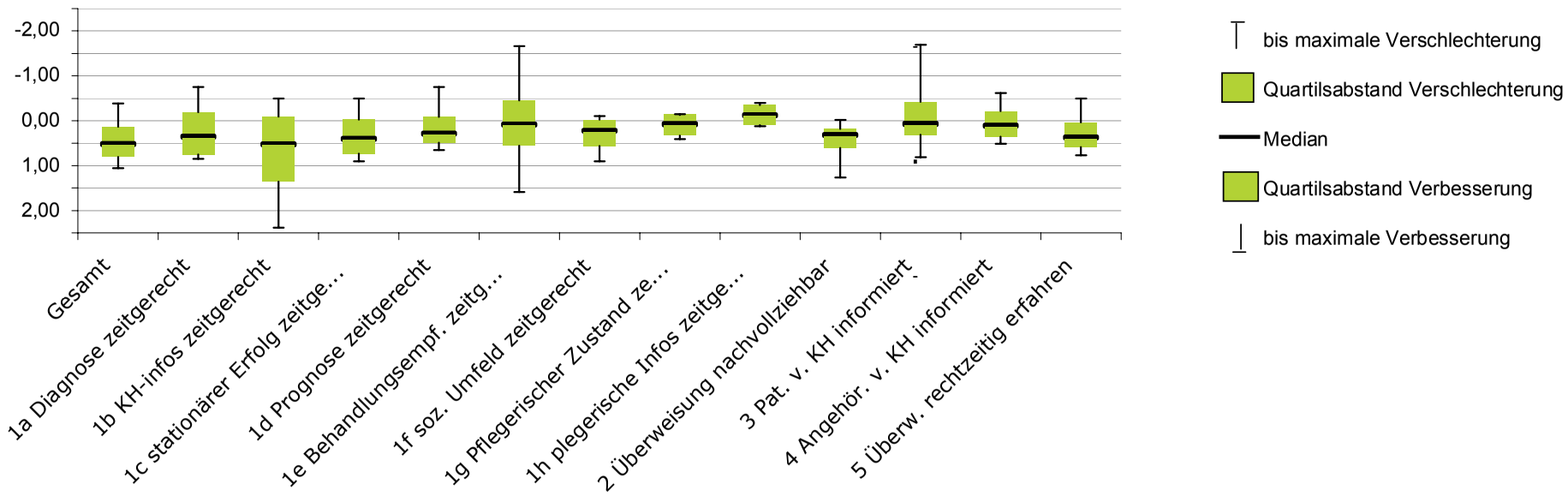


Abbildung 54: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Übernahme der Patient/inn/en (mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung 2003–2004)

Fragebogen C

Die Ergebnisse des Fragebogens C zur schnittstellenbedingten Arbeitsbelastung sind in Abbildung 55 dargestellt.

Die Auswertung 2004 zeigt, dass die befragten Abteilungen die Arbeitsbelastungen mit Werten zwischen 2,10 und 2,54 bewertet haben.

Aus der Veränderung 2003–2004 kann abgelesen werden, dass in 5 Krankenhäusern eine Verbesserung und in 4 Krankenhäusern eine Verschlechterung der schnittstellenbedingten Arbeitsbelastungen hervorgeht.

Eine Abteilung weist einen signifikanten Unterschied mit 99%-iger Sicherheit auf. Über alle Abteilungen liegt der Mittelwert bei 2,33 und im Vergleich zur Ausgangsmessung bei 0,07 (Verbesserung).

FRAGEBOGEN C

Fragebogen für Mitarbeiter/innen zu schnittstellenbedingten Arbeitsbelastung

Abbildung 55: Mitarbeiter/innenbewertung (Fragebogen C)

Die nachfolgende Abbildung 56 und Abbildung 57 zeigen die detaillierten Ergebnisse des Mitarbeiter/innenfragebogens C, die Mittelwerte sowie die mittleren Veränderungen pro Frage und Abteilung (Detaildarstellung siehe Anhang).

FRAGEBOGEN C - Fragebogen für Mitarbeiter/innen zu schnittstellenbedingter Arbeitsbelastung

Mittelwerte pro Frage und Abteilung

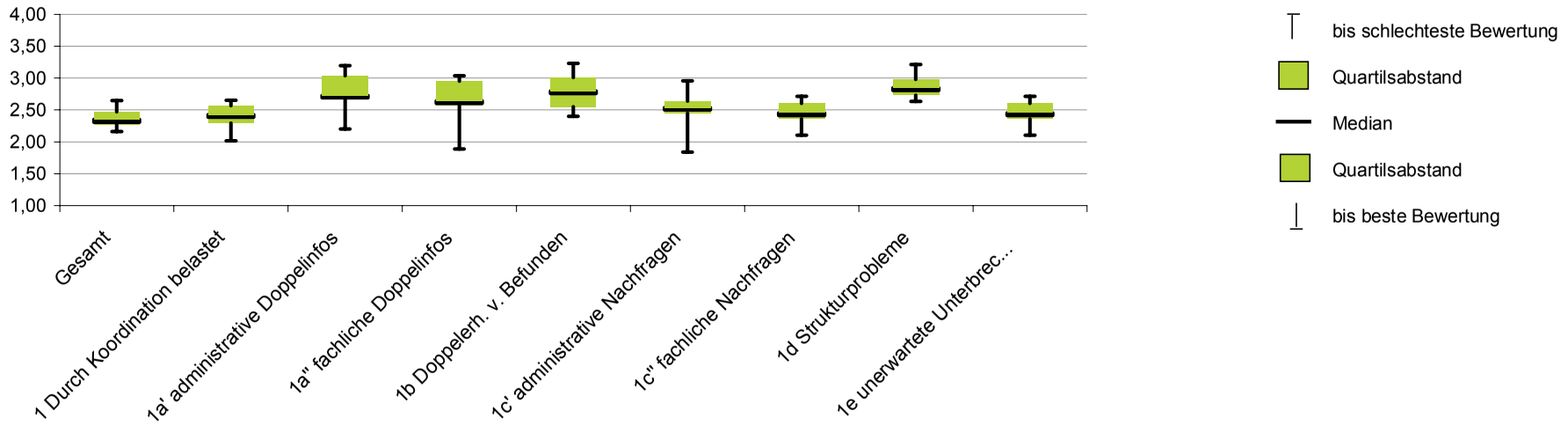


Abbildung 56: Schnittstellenbedingte Arbeitsbelastungen (Mittelwert pro Frage und Antwort 2004)

FRAGEBOGEN C - Fragebogen für MitarbeiterInnen zu schnittstellenbedingter Arbeitsbelastung

Mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung

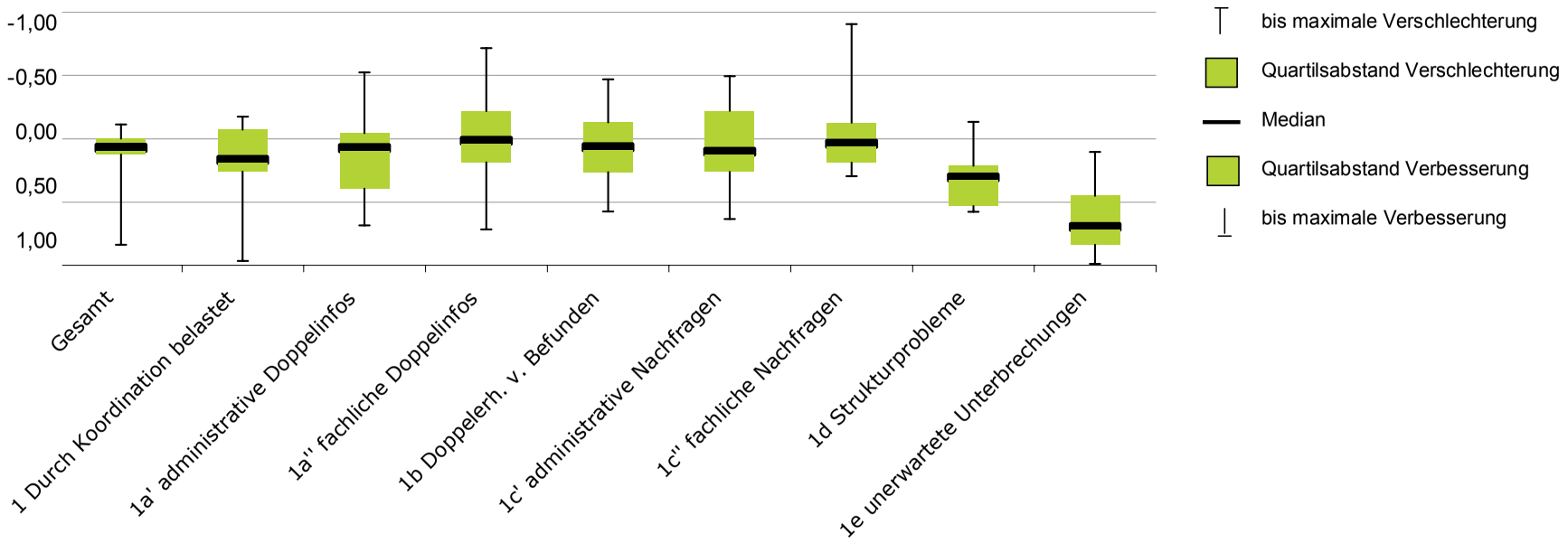


Abbildung 57: Schnittstellenbedingte Arbeitsbelastungen (mittlere Veränderung pro Frage und Antwort 2003–2004)

9.3.6 Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation)

Methodik

Ziel war die Abschätzung der Prozesskosten-Effekte aus den Verbesserungsmaßnahmen an den Versorgungsschnittstellen.
Als Grundlage für die Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) wurden typische Behandlungs- und Betreuungsprozesse für definierte Fallgruppen entwickelt und deren Kostenunterschiede (keine tatsächlichen Kosten, sondern Kostendifferenzen) geschätzt. Als Instrument kommt eine Modellrechnung zu den groben Prozesskosten für normierte Fälle einer Fallgruppe zur Anwendung, d.h. pro regionaler Arbeitsgruppe auf Basis der Modellprozesse Ist und Soll wird die Differenz zwischen den Kosten des Ist-Prozesses und den Kosten des Soll-Prozesses analysiert.

In der Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) werden die Kosten den Preisen gleichgesetzt. Die Berechnung bezieht sich einerseits auf Preise der Sozialversicherung (Im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte) und andererseits auf den Preis des Krankenhauses (gegenüber den selbstzahlenden Patient/inn/en).

Die Preise für Ist- und Soll-Prozess wurden für den akutstationären Bereich, die Krankenhausambulanz, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Mobile Dienste, Reha-Einrichtungen, stationäre Pflege, Krankenstandskosten erhoben. Der Beobachtungszeitraum wurde für die einzelnen Fallgruppen unterschiedlich festgelegt.

Beobachtungsfeld	Beobachtungs-zeitraum
Affektive Störungen	90 Tage
Cholezystektomie	30 Tage
COPD	30 Tage
Diabetes	30 Tage
Herzinfarkt	90 Tage
hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur	90 Tage
Katarakt	30 Tage
Mammakarzinom	30 Tage
Schlaganfall	90 Tage
Totalendoprothetik der Hüfte	90 Tage
Transurethrale Prostataresektion	30 Tage

Tabelle 21: Beobachtungszeitraum Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation)

Die Tabelle 22 zeigt alle Krankenhäuser, die an der Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) teilgenommen haben und deren Angaben ausgewertet werden konnten:

Institution	Abteilung	LDF-Gruppe
Thermenklinikum Baden	Departement für Unfall-chirurgie	TEP
KH Barmherzigen Schwestern Linz	Kardiologie	Herzinfarkt
KH Barmherzigen Schwe-stern Linz	Chirurgie	Mammakarzinom
LKH Krems	Abteilung für Orthopädie Urologie	TEP TURP
LKH - Universitätsklinikum Graz	Herzchirurgie	Herzinfarkt
KH Zell am See	Allgemeinchirurgie Augenabteilung	Cholezystektomie Katarakt

Tabelle 22**:** Teilnehmer/innen der Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation)

Die Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) erfolgte mittels eines Leitfadens sowie einer Kalkulationsvorlage (siehe Anhang). Als Basisjahr wurden jeweils die Kosten des Jahres 2003 herangezogen.

Die Ausgangsbasis für die Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) sind die ausgearbeiteten Ist- und Soll-Prozesse der Abteilungen, die Sie auf der beigelegten CD-ROM im Kapitel 7 bzw. 8 finden.

Ist-Prozesse:
Darstellung eines typischen Behandlungs-/Betreuungsprozesses der definierten Fallgruppen vor Projektbeginn: Der Prozess wurde in der regionalen Arbeitsgruppe unter Berücksichtigung des gesamten Versorgungsprozesses (Anfang und Ende definieren, Leistungserbringer, Leistung) erarbeitet.

Soll-Prozesse:
Darstellung eines typischen Behandlungs-/Betreuungsprozesses der definierten Fallgruppen nach Implementierung der Optimierungen. Der Prozess wurde in der regionalen Arbeitsgruppe unter Berücksichtigung des gesamten Versorgungsprozesses (Anfang und Ende definieren, Leistungserbringer, Leistung) erarbeitet.

Ein Beispielprozess (Ist und Soll) sowie die Zielsetzung und die methodische Vorgehensweise mit allen dazugehörigen Berechungen zur Kostenabschätzung sind detailliert im Anhang angeführt.

Abbildung 58 stellt einen exemplarischen Beispielprozess dar. Der Prozessablauf entspricht keinem realen Prozess, sondern ist so aufgebaut, dass alle Elemente der Kalkulation zur Anwendung kommen.

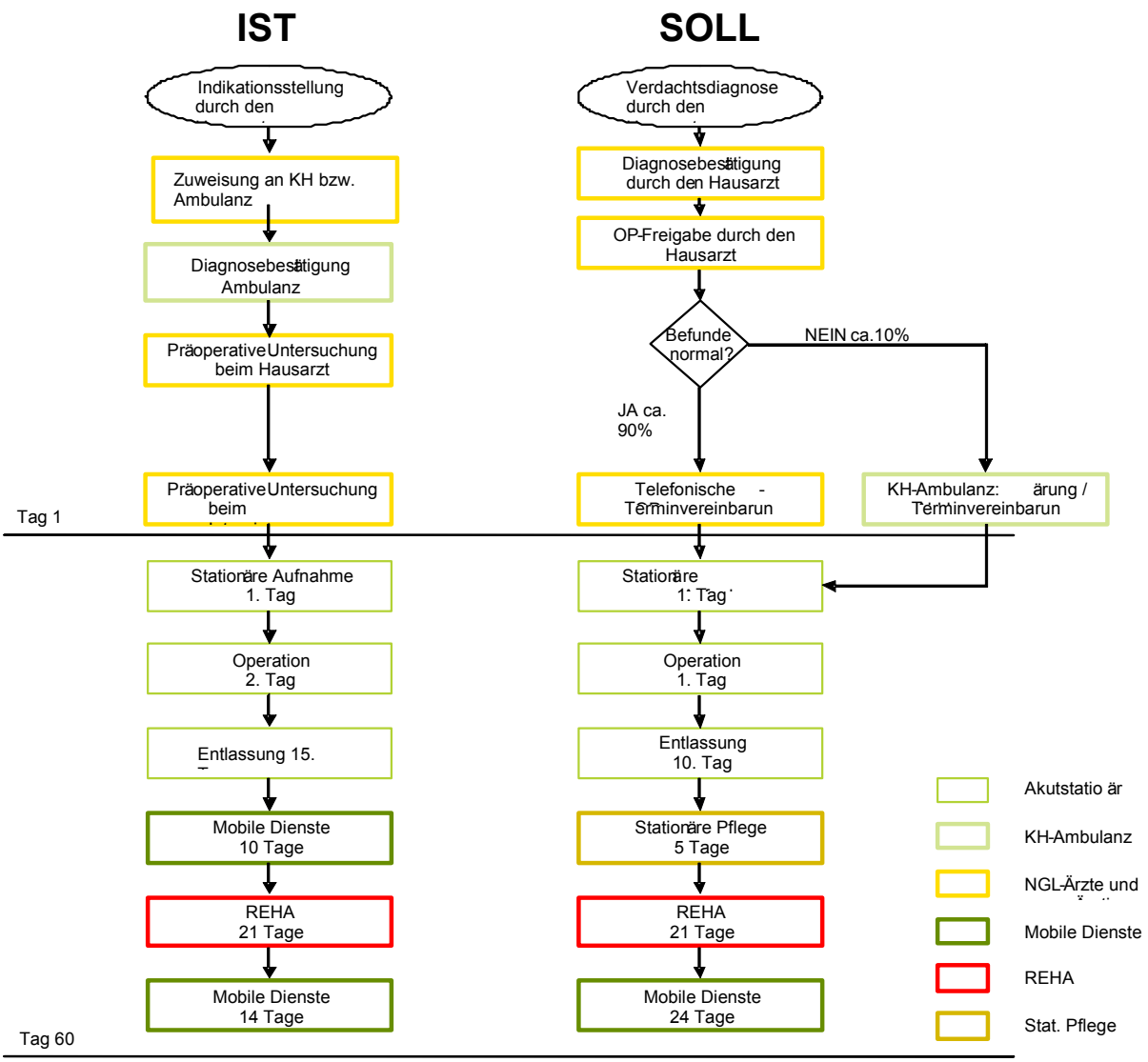


Abbildung 58: Beispielprozess

Ergebnisse

Zusammenfassend können die Ergebnisse aus der Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) wie folgt interpretiert werden:

- **Die Prozesskostenschätzung wurde lediglich modellhaft durchgeführt, d.h. nicht auf Basis realer Kostendaten (mit Ausnahme der Analyse zur TEP in Baden), sondern im Sinne einer Modellkalkulation, deren Grundlage die Differenz zwischen dem festgestellten Ist-Prozess und dem zukünftig geplanten Soll-Prozess darstellte.**
- **Die Veränderungen fallen zum Großteil gering aus. Die größte dargestellte Kostendifferenz (> 3.000 €) findet sich bei der Fallgruppe Herzinfarkt und ist bedingt durch die Miterfassung indirekter Kosten, die aus einer Reduktion der Wartezeit auf einen Rehabilitationsplatz (mit entsprechender Reduktion der Krankenstandstage) resultiert.**

Die im Rahmen der Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) erhobene Schätzung der Differenz der direkten und indirekten Kosten sind in der Abbildung 59 dargestellt. Die Grafik zeigt die Kostendifferenzen der untersuchten LDF-Gruppen. Bei der Evaluation eines Krankenhauses ist die größte Kostendifferenz einer LDF-Gruppe auf die Veränderung der indirekten Kosten der Herzinfarkte zurückzuführen. Diese resultieren aus einer Reduktion der Krankenstandstage (Wartezeit auf Rehabilitation).

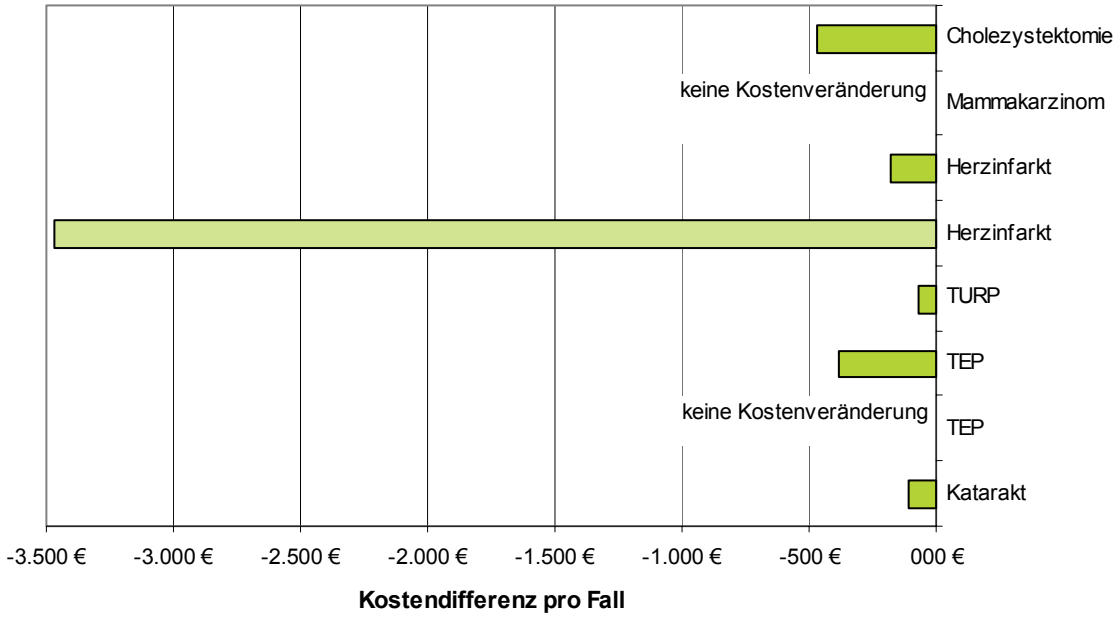


Abbildung 59: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Gesamtdarstellung

Im Folgenden sind die Summenblätter aller Prozesskostenschätzungen (Modellkalkulationen) der oben genannten Fallgruppen aufgelistet.

Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Cholezystektomie (Patient/inn/en unter 60 Jahre):

Untersuchte Intervention:	Laparoskopische Cholezystektomie
Arbeitsgruppe:	Patient/innen: Altersgruppe unter 60 Jahren

	Ist-Prozess	Soll-Prozess	**Veränderung**
Stationärer Bereich	- €	- €	**- €**
Krankenhausambulanz	630 €	- €	**- 630 €**
Niedergelassene Ärztinnen u. Ärzte	- €	160 €	**160 €**
Mobile Dienste	- €	- €	**- €**
Rehabeinrichtung	- €	- €	**- €**
Stationäre Pflege	- €	- €	**- €**
Krankenstandskosten	- €	- €	**- €**
	630 €	160 €	**- 470 €**

Abbildung 60: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Cholesystektomie (Patient/inn/en unter 60 Jahre)

Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Mammakarzinom:

Untersuchte Intervention:	Mammakarzinom
Arbeitsgruppe:	Krankenhaus XY

	Ist-Prozess	Soll-Prozess	**Veränderung**
Stationärer Bereich	4.720 €	4.720 €	**- €**
Krankenhausambulanz	270 €	270 €	**- €**
Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen	80 €	80 €	**- €**
Mobile Dienste	- €	- €	**- €**
Rehabeinrichtung	- €	- €	**- €**
Stationäre Pflege	2.163 €	2.163 €	**- €**
Krankenstandskosten *	4.650 €	4.650 €	**- €**
	7.233 €	7.233 €	**- €**

* für den Fall der Erwerbstätigkeit der Patient/inn/en

Das Projektergebnis umfaßt ausschließlich qualitative Verbesserungen.

Abbildung 61: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Mammakarzinom

Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Herzinfarkt I:

IST-Prozess =	Punkte x Punktewert/ Kostendeckungsgrad der LKF-Finanzierung		
	Punkte HDG 06.03 IST 2003		2969
	(aus MedControl, Stand 14.06.2004)		
	Punktewert		€ 0,57343
	(Punktewert je gewichteten LKF-Punkt gemäß Vorgabe FDION)		
	Kostendeckungsgrad LKF-Finanzierung *		54,89780%
	Deckungsgrad = LKF-Erlöse / Betriebsaufwendungen		
	Deckungsgrad = 0,548978029		
	Basisdaten aus Budget- und Leistungsanalyse 01-12/2003 (GuV.C)		
	LKF-Erlöse	€ 197.688,80	
	Betriebsaufwendungen	€ 360.103,30	
IST-Prozess			**€ 3.101,24**

SOLL-Prozess:				
	Kosten IST-Prozess			€ 3.101,24
	Delta-Verweildauer x täglicher Personal-Aufwand / 0,8			-€ 159,75
	Delta-Verweildauer	-0,9		
	Personalaufwand	€ 142,00		
	Delta-Kosten d. Einzelleistungen x Leistungsmenge			-€ 19,35
	Leistung / Kosten/Leistung	Delta Menge	Ges.Kosten	
	Ambulanzbes. / 24,19230769	-0,8	-€ 19,35	
	Summe		-€ 19,35	
Soll-Prozess				**€ 2.922,14**

Abbildung 62: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Herzinfarkt I

Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Herzinfarkt II:

Untersuchte Intervention:	Akuter Myocardinfarkt
Arbeitsgruppe:	Krankenhaus XY

	Ist-Prozess	Soll-Prozess	**Veränderung**
Stationärer Bereich	3.690 €	3.690 €	**- €**
Krankenhausambulanz	- €	- €	**- €**
Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen	20 €	20 €	**- €**
Mobile Dienste	100 €	100 €	**- €**
Rehabeinrichtung	3.526 €	3.526 €	**- €**
Stationäre Pflege	2.524 €	2.524 €	**- €**
Krankenstandskosten*	5.208 €	1.736 €	**- 3.472 €**
	15.067 €	11.595 €	**- 3.472 €**

* für den Fall der Erwerbstätigkeit der Patient/inn/en

Abbildung 63: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Herzinfarkt II

Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) TURP:

Prozessvergleich	IST		SOLL
TURP-Uro			
Einnahmenseite		ergibt [€]	e
LDF Punkte B (über 69 J)	4.144,00		
Punktewert (Ist 2004)	0,910	3.771,04	
LDF Einnahmen gesamt		**3.771,04**	
Ausgabenseite			
Dauer stat. Aufenthalt Normalstation	8,00		
Kosten/Belegstag auf Normalstation [€]	230,00	1.840,00	
Kosten der Mel Leistung 4262 (lt Kalk. Student/innen IMC)	1.569,00	1.569,00	
Kosten gesamt (ohne Gebäude)		**3.409,00**	**3.409,00**
Deckungsbeitrag (ohne Gebäude)		**362,04**	
Veränderung:			
Info-Mappe			
Kosten-Leistungen (Rö,Lab.,EKG)			-64,52
Kosten-Infomappe			1,00
Erhebung aller Ärzte und Ärztinnen			0,00
Aufnahmeuntersuchung/Aufklärungsgespräch			
Personalkosten/min	0,62		
Dauer	15,00		-9,30
Kosten gesamt (ohne Gebäude)		**3.409,00**	**3.336,18**
Deckungsbeitrag (ohne Gebäude)		**362,00**	**434,86**

Ersparnis	**72,86**

Abbildung 64: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) TURP

Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) TEP I:

Untersuchte Intervention:	Fallgruppe TEP
Arbeitsgruppe:	KH XY

	Ist-Prozess	Soll-Prozess	**Veränderung**
Stationärer Bereich	- €	- €	**- €**
Krankenhausambulanz	110 €	110 €	**- €**
Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen	230 €	230 €	**- €**
Mobile Dienste	- €	- €	**- €**
Rehabeinrichtung	3.885 €	3.885 €	**- €**
Stationäre Pflege	2.520 €	2.520 €	**- €**
Krankenstandskosten	1.302 €	1.302 €	**- €**
	6.745 €	6.745 €	**- €**

Abbildung 65: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) TEP I

Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) TEP II:

Prozessvergleich	IST		SOLL
Hüfte TEP (MEL Leistung MEL 14.08B)			
Einnahmenseite		ergibt [€]	€
MEL 14.08B LDF Punkte	7.507,00		
Punktewert (Ist 2004)	0,910	6.831,37	
LDF Einnahmen gesamt		**6.831,37**	
Ausgabenseite			
Dauer stat. Aufenthalt Normalstation	13,00		
Kosten/Belegstag auf Normalstation Ortho [€]	230,00	2.990,00	
Kosten der Mel Leistung 4262 (lt Kalk. Student/innen IMC)	2.694,00	2.694,00	
Kosten gesamt (ohne Gebäude)		**5.684,00**	**5.684,00**
Deckungsbeitrag (ohne Gebäude)		**1.147,37**	
Veränderung:			
Info-Mappe			
Kosten/Belegstag auf Normalstation Ortho [€] -Pauschale	230,00		
Belagstagsverkürzung - Durchschnitt	1,00		-230,00
Kosten-Infomappe			1,00
Akutliste			
OP-Ausfall/Deckungsbeitrag-Leistungskomponente			-173,00
Ambulantkontrolle(nach 2 Jahren)			
Personalkosten OA/min	0,62		
Personal- u. Materialkosten Sekr./min	0,50		
Untersuchungsdauer/min	15,00		16,80
Kosten gesamt (ohne Gebäude)		**5.684,00**	**5.298,80**
Deckungsbeitrag (ohne Gebäude)		**1.147,37**	**1.532,57**

Ersparnis	**385,20**

Abbildung 66: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) TEP II

Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Katarakt:

Untersuchte Intervention:	Katarakt
Arbeitsgruppe:	KH XY

	Ist-Prozess	Soll-Prozess	**Veränderung**
Stationärer Bereich	3.490 €	3.380 €	**- 110 €**
Krankenhausambulanz	- €	- €	**- €**
Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen	- €	- €	**- €**
Mobile Dienste	- €	- €	**- €**
Rehabeinrichtung	- €	- €	**- €**
Stationäre Pflege	- €	- €	**- €**
Krankenstandskosten	- €	- €	**- €**
	3.490 €	3.380 €	**- 110 €**

Abbildung 67: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Katarakt

10 Resümee

10.1 Stimmungsbild der Workshopteilnehmer/innen

Das vorliegende Kapitel gibt die vielfältige Einschätzung der Projektdelegierten am Ende des Projektes wieder. Diese wurden bei der Abschlussveranstaltung am 9. September 2004 im Rahmen von Kleingruppen und Plenumsdiskussionen erfasst. Die Antworten der abgefragten Themenbereiche wurden zusammengefasst und den Ebenen Kommunikation, Struktur und Prozesse, Kooperation sowie der Ebene individuelle und generelle Aspekte zugeordnet.

Was haben wir erreicht? Worauf können wir stolz sein?

Kommunikation:
- Mit Schnittstellenprojekt ein neues Weltall außerhalb des Krankenhauses kennen gelernt
- Bewusstmachen spezifischer Probleme
- Horizonterweiterung
- Gesprächsklima
- Dichtes Kommunikationsnetz geknüpft (extramural, berufsgruppenübergreifend)
- Transport der Bedürfnisse der Basis nach oben

Struktur und Prozesse:
- Ganzheitliches Prozessdenken

Kooperation:
- Andere Berufsgruppen kennen und schätzen gelernt
- Zusammenrücken mit den Partnern
- Gemeinsame Wege finden

Individuelle und generelle Aspekte:
- Viel gelernt auf allen Ebenen
- Bewusstsein für Schnittstellen
- Identifikation
- Trotz Widerstand – Änderungen
- Sichtbare Verbesserungen
- Mit Ausdauer zwei Jahre durchgehalten zu haben
- Teilerfolge erzielt
- Patient/inn/enorientierung

Was waren die größten Schwierigkeiten in unserer Projektarbeit?

Kommunikation:
- Mangelndes Bewusstsein für Projektleistung (aus Sicht der Mitarbeiter/innen)
- Unklare Zielformulierung

Struktur und Prozesse:
- Ressourcenmangel
- Veränderung von festgefahrenen Abläufen über mehrere Organisationseinheiten zu erzielen
- Zu lange Planungsphase

Kooperation:
- Schwierig extramurale Partner zu finden

Individuelle und generelle Aspekte:
- Einzelnes ist nicht veränderbar

- Kein Veränderungswille
- „Schon wieder ein Papier"
- Zu kurze Umsetzungsphase
- Zu frühe zweite Messphase
- Langsamer Start
- Eingetaucht in eine fremde Welt
- Zu wenig Zeit
- Erhaltung der Motivation
- Kritisches Denken
- Ablauf im Ganzen sehen
- Aufwand unterschätzt

Was hat sich in unserer Organisation und in der regionalen Zusammenarbeit durch MedTogether verändert?

Kommunikation:
- Gesprächsstoff am Stammtisch der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte
- Verbesserte regionale Kommunikation „face to face"
- Verbessertes Verständnis und Transparenz
- Kommunikation und persönlicher Kontakt

Struktur und Prozesse:
- Sicherstellung der Ressourcen durch die kollegiale Führung
- Verbesserung der Terminplanung
- Qualitätsbewusstsein
- Dokumentation von Abläufen und Strukturen
- Prozessanalyse
- Verantwortlichkeiten festlegen
- Verbindlichkeiten vereinbaren
- Konkrete Zielvorgaben
- Standardisierung von Prozessen
- Postoperative Rehabilitationstermine
- Präoperative Diagnostik
- Klinischer Pfad
- Konkrete Instrumente

Kooperation:
- Kennenlernen der Organisation, Situation anderer
- Wahrnehmung wechselseitiger Bedürfnisse (intra- und extramurale Bereiche)
- Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit
- Überregionales interdisziplinäres Arbeiten

Individuelle und generelle Aspekte:
- Neue Sichtweisen
- Einführung in die Projektarbeit
- Horizonterweiterung
- Persönliches Beharrungsverhalten
- Zielumsetzung

Welche Widerstände und Barrieren haben die angestrebten Veränderungen blockiert?

Kommunikation:
- Unklare Kompetenzzuteilung

Struktur und Prozesse:
- Fehlende Zeit- und Personalressourcen
- Widerstand bei neuer Arbeitsaufteilung

- Fehlende Ressourcenbereitschaft

Kooperation:
- Projektkultur
- Widerstand der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte und der Ärztekammer

Individuelle und generelle Aspekte:
- Persönliche Differenzen
- Ideen nur am Papier
- Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdmotivation
- Oberflächliches Interesse der regionalen Auftraggeber – Prestige fürs Haus
- Fehlende Verantwortung für den ganzen Prozess
- Zu geringe Patient/inn/enorientierung
- Sorge, dass man anderen Leistungsbereichen etwas wegnehmen könnte
- Mangelnder Durchführungswille der Ärzteschaft
- Widerstand gegen Veränderungen: Wozu brauchen wir das?
- Angst vor Mehrarbeit

Was hat sich seit dem letzten Workshop im März in unseren Häusern/in unseren regionalen Arbeitsgruppen getan?

Individuell und generell:
- Fertigstellung Dokumentation
- Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation)
- Erstmals Bezirksärztinnen- und ärztesitzung (Zuweiser) in den Räumen des regionalen Krankenhauses
- Artikelserie in Fachzeitschriften
- System „Mappe" erweitert und ausgebaut, Umsetzung abgeschlossen
- Transferierungsberichte werden verwendet
- Implementierung der Maßnahmen, Evaluierung
- Übergabe an QM –Team

Würde man das Projekt nochmals starten – was sollte anders angelegt werden?

Kommunikation:
- Information über Sinn, Ziele, Hintergründe (wer will was von wem?)

Struktur und Prozesse:
- Von Beginn weg verantwortliches QM einbinden
- Einführungsseminar

Kooperation:
- Kontakt zu den Häusern
- Noch mehr Berufsgruppen mit einbeziehen

Individuelle und generelle Aspekte:
- Mehr Aktivität der Auftraggeber
- Einführung ins Projektmanagement
- Mehr Unterstützung für Projektanfänger
- Kürzere Planungsphase – längere Umsetzungsphase
- Coaching – Zeitpunkt?
- Straffung - klare Vorgaben die auch eingehalten werden
- Zeitrahmen
- Umsetzung / Evaluation länger
- Abstand zwischen den Workshops zu lange
- Internetforum „Totgeburt"

- Datenprobleme – Umgang mit Datenqualität ist mangelhaft
- Projektdauer (2 Jahre) zu lange
- Unbefriedigende Projektarbeit
- Eigene Motivation reicht nicht aus für das ganze Haus
- Persönliches Engagement reicht nicht um eine Organisation zu bewegen, sich zu verändern
- Eigenmotivation erhalten ist schwer
- Andere arbeiten anders (z.B. Psychiatrie)
- Learning by doing

Wie haben wir die Arbeit in der Projektgruppe erlebt? Was haben wir hier in der Gruppe gelernt?

Kommunikation:
- Klima konstruktiv und offen
- Offene, lockere Arbeitsatmosphäre

Struktur und Prozesse:
- Zeitvorgaben, relaxt
- QM muss von oben getragen werden
- Gute Organisation, Prozesslandkarte, Projektmanagement
- Unter professioneller Leitung Tools um- und einsetzen

Kooperation:
- Sehr angenehme und stressfreie Personen
- Bereicherung durch Teilnahme eines psychiatrischen Krankenhauses
- Geteiltes Leid ist halbes Leid
- Kennenlernen anderer Krankenhäuser
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte interessieren sich für Kooperation mit dem Krankenhaus
- Einblick in die Krankenhausorganisation
- Werkzeuge: Prozesse, ökonomische Instrumente

Individuelle und generelle Aspekte:
- Einzelkämpferisch
- Solo (Gespräch mit Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflege)
- Personen, die etwas verändern wollen
- Nette Abende
- Auch kleine Schritte brauchen Zeit
- Bereicherung in der Sichtweise
- Interdisziplinäres Arbeiten
- Alle sind in Routine gefangen
- Veränderungen bedürfen zusätzlicher Kräfte
- Selbst-/Fremdmotivation

Was haben wir im Projekt MedTogether persönlich gelernt?

Kommunikation:
- Kommunikation direkter
- Kommunikationsnetzwerk
- Probleme sind ähnlich, andere haben andere Probleme

Struktur und Prozesse:
- Verantwortliche an den Schnittstellen definieren (Wer?)
- Budget – fehlende Zeit – Personal
- Projektmanagement
- Zeitfaktor – Psychiatrie

Kooperation:

- Unterschiedliche Berufsgruppen arbeiten an einem Problem
- Zusammenarbeit
- Krankenhausübergreifende Info erhalten
- Erfahrung interdisziplinär/überregional
- Aufmerksamkeit extramuraler Partner geweckt
- Qualitätssteigerung ohne Einsatz von Ressourcen

Individuelle und generelle Aspekte:

- Auftrag und dann?
- Vorläufiges Scheitern
- Niedergelassene Befürworter/Gegner
- Aufwand unterschätzt, Einsatz und Aufwand
- Auch andere gehen den mühsamen Weg
- QM Theorie und Praxis/learning by doing
- Selbst aktiv an Veränderungen zu arbeiten lohnt sich
- Aufrechterhaltung der Motivation
- Wertschätzung Ja!
- Grossteil umgesetzt
- Wie delegiere ich?
- Projektarbeit-Know How
- persönlicher Nutzen
- mit Instrumenten arbeiten (Methodik)
- mit Widerständen zum Ziel kommen

Was haben wir uns für die Zukunft vorgenommen?

- Weniger Personenabhängigkeit
- Verstärkung der Eigendynamik des Projektes
- Ausweitung der Umsetzungsideen
- Projekttransfer auf andere Abteilungen
- Aufrechterhaltung und Ausbau der Kommunikation mit extramuralen Partnern
- Ca. halbjährliche Treffen der regionalen Arbeitsgruppen
- Übergabe an das QM -Team
- Spitalsambulanz als Nahtstelle
- Ambulante Rehabilitation – multidisziplinär
- Auf weitere Stationen umsetzen
- Bei zukünftigen Projekten Motivation der Teilnehmer/innen genauer hinterfragen

10.2 Schnittstellenmanagement – Umsetzungen in der Gesundheitsreform

Der zeitliche Zusammenfall des Projektabschlusses von MedTogether und den Arbeiten zur Gesundheitsreform 2005 machten es möglich, die Ergebnisse des Projektes zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements insbesondere zu den Erkenntnissen über notwendige Rahmenbedingungen aus dem Positionspapier unmittelbar in die politischen Reformbestrebungen einzuarbeiten.
Im Rahmen eines umfassenden Gesundheitsreformpaketes hat die Bundesregierung im Herbst 2004 folgende qualitätsrelevante Vorhaben in das Parlament eingebracht:

- Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
- Gesundheitsreformgesetz, welches unter anderem den Entwurf eines Gesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen enthält

Zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Endberichtes des Projektes „MedTogether – Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung'' wurden die oben genannten Vorhaben im Gesundheitsausschuss des Parlaments bereits behandelt und werden bis Ende des Jahres in der endgültigen Fassung vorliegen.
Im Hinblick auf das Thema Schnittstellenmanagement/Nahtstellenmanagement und Standardisierung ist in diesem Zusammenhang insbesondere auf folgende Textquellen zu verweisen (die Volltexte inkl. der jeweiligen Erläuterungen sind entweder über die Parlamentshomepage www.parlament.gv.at bzw. nach Inkrafttreten über das Rechtsinformationssystem des Bundes www.ris.at abzurufen).

Auszug aus dem Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG):

Qualitätsstandards
§ 4. (1) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Erbringung bestimmter Gesundheitsleistungen unter Einbeziehung der jeweils Betroffenen, insbesondere der relevanten Gesundheitsberufe sowie der Patient/inn/en, unterstützen.

(2) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann im Zusammenhang mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinien empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung erlassen, wobei insbesondere auf Folgendes zu achten ist:

1. Bundeseinheitlichkeit,
2. Bedachtnahme auf sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise,
3. Patient/inn/enorientierung,
4. Grundprinzipien der Gesundheitsförderung,
5. Transparenz,
6. gegenwärtiger Stand des Wissens und der Erfahrung bezüglich der Effektivität und der Effizienz.

Die Bundesqualitätsstandards enthalten Vorgaben für eine oder mehrere der in § 5 genannten Dimensionen der Qualitätsarbeit (Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität). Zur Umsetzung der Bundesqualitätsrichtlinien kann der Bund neben verbindlichen Instrumenten auch unverbindliche Instrumente, die durch gleichwertige Maßnahmen – bei Nachweis der Erfüllung der Anforderungen – ersetzt werden können, vorsehen.

(3) An Bundesqualitätsleitlinien oder Bundesqualitätsrichtlinien können Qualitätsindikatoren gekoppelt werden, deren Inhalte auch Elemente der österreichischen Qualitätsberichterstattung darstellen. Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist auf internationale Vergleichbarkeit zu achten.

Dimensionen der Qualitätsarbeit
§ 5. (1) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat dafür Sorge zu tragen, dass die Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen. Dabei ist auf die Weiterentwicklung entsprechender Methodenarbeit sowie auf Melde- und Dokumentationserfordernisse Bedacht zu nehmen. Diese Vorgaben haben mit Bedacht auf internationale Entwicklungen zu erfolgen.

(2) Im Bereich der Strukturqualität hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln. Diese Strukturqualitätskriterien sind bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einzuhalten, unabhängig davon, in welcher Organisationsform diese erbracht werden. Entsprechende Meldepflichten sind hierzu von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen festzulegen.

(3) Im Bereich der Prozessqualität hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Anforderungen zu entwickeln sowie Unterstützung durch die Zurverfügungstellung geeigneter Instrumente zu gewährleisten. Die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren zur Prozessqualität und Meldepflichten zu diesen Prozessqualitätsindikatoren festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

Auszug aus der Vereinbarung gem. Art. 15a. B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Vertragspartner der Vereinbarung sind der Bund und die Länder) Präambel, Artikel 5 und 6

PRÄAMBEL
Die Vertragsparteien verbinden mit dieser Vereinbarung die Absicht, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, solidarische, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen. Das solidarische Gesundheitssystem soll erhalten und verbessert werden. Eine hochstehende medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Einkommen, ist vorrangiges Ziel. Die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens soll unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und eines möglichst effizienten Mitteleinsatzes durch eine gesamthafte regionale Planung, Steuerung und Finanzierung abgesichert werden. Weiters gilt es, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten in den Bundesländern, die einzelnen Bereiche und das gesamte Gesundheitssystem überregional und sektorenübergreifend entsprechend den demographischen Entwicklungen und Bedürfnissen ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln. Die Vertragsparteien bekennen sich dazu, dass Basis eines effizienten Gesundheitssystems die Verstärkung der Gesundheitsförderung sowohl in einem personenorientierten als auch lebensweltorientierten Ansatz ist und auch dem Gedanken der Prävention ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden muss. Dazu kommen die Vertragsparteien überein, unter Einbeziehung der intra- und extramuralen Bereiche alle Möglichkeiten wahrzunehmen, um

- Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu unterstützen,
- ein verbindliches der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen und kontinuierlich weiter zu entwickeln,
- die Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der Informationstechnologie im Gesundheitswesen zu schaffen,
- eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung und Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen zu erreichen und
- das Nahtstellenmanagement zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern.

Die Vertragsparteien stellen in diesem Zusammenhang ausdrücklich fest, dass in Vertragskompetenzen im Bereich der Selbstverwaltung nicht eingegriffen wird.

Nahtstellenmanagement im Interesse der Patient/inn/en
(1) Zur Gewährleistung eines patient/inn/enorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlaufes ist das Management an den Nahtstellen im Gesundheitswesen zu verbessern.

(2) Zur Regelung des Nahtstellenmanagements zwischen den leistungsanbietenden Einrichtungen sind von der Bundesgesundheitsagentur die Rahmenvorgaben im Hinblick auf Struktur, Prozesse und gewünschte Ergebnisse festzulegen.

(3) Diese Rahmenvorgaben haben zumindest die Verantwortung und die Kostentragung, ebenso die Ressourcenplanung und -sicherstellung zu beinhalten. Der funktionierende

Informationstransfer zur organisatorischen Sicherstellung eines nahtlosen Überganges der Patient/inn/enversorgung zwischen leistungserbringenden Einrichtungen ist zu gewährleisten. Die Rahmenvorgaben haben ein gesundheitsförderndes Umfeld zu berücksichtigen.

(4) Zur Sicherstellung eines akkordierten Informationstransfers und als Voraussetzung für funktionierendes Nahtstellenmanagement, werden die Vertragsparteien in ihrem jeweiligen Wirkungsbereich dafür Sorge tragen, dass in den Gesundheitseinrichtungen bundesweit einheitliche Vorgaben zur Dokumentation gemäß Art. 32 und 33 verbindlich vorgeschrieben werden.

(5) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Rahmenvorgaben zu entwickeln und österreichweit einheitlich festzulegen. Sie hat einen entsprechenden Erfahrungsaustausch zwischen den Landesgesundheitsfonds zu unterstützen sowie Informations- und Beratungsfunktionen wahrzunehmen. Die Landesgesundheitsfonds berichten der Bundesgesundheitsagentur über die Erfüllung der Rahmenvorgaben. Diese Informationen fließen auch in die jährliche österreichische Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen ein.

(6) Die nahtstellenrelevanten Ergebnisse der aufgrund der vorangegangenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I Nr. 60/2002, durchgeführten und abgeschlossenen Projekte sind sinnvoll in die Entwicklung der Rahmenvorgaben miteinzubeziehen.

Qualität im österreichischen Gesundheitswesen

(1) Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit im Interesse der Patient/inn/en zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patient/inn/enorientierung, Transparenz, Effektivität, Effizienz und Kostendämpfung nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren.

(2) Die Vertragsparteien kommen überein, dass die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen. Dabei sind die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

(3) Im Bereich der Strukturqualität sollen aufbauend auf den bisherigen Entwicklungsarbeiten im Rahmen des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP 2003) bundesweit einheitliche Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen weiterentwickelt und verbindlich gemacht werden. Diese Strukturqualitätskriterien sind einzuhalten, unabhängig davon, in welcher Institution bzw. Einrichtung die Gesundheitsleistungen erbracht werden.

(4) Im Bereich der Prozessqualität ist die Methodenarbeit zu verbessern. Es sind österreichweit einheitliche Grundanforderungen zu entwickeln und verbindlich umzusetzen.

(5) Im Bereich der Ergebnisqualität ist die Methodenarbeit zu verbessern. Es sind Indikatoren und Referenzgrößen zu entwickeln und Meldepflichten hierzu einzuführen.

(6) Die qualitätsrelevanten Ergebnisse der aufgrund vorangegangener Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG durchgeführten und abgeschlossenen Projekte sowie sonstiger bundesweiter Projekte fließen in die zukünftig zu setzenden Maßnahmen der Vertragsparteien ein.

(7) Es ist eine bundesländer- und sektorenübergreifende jährliche Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen. Diese Berichterstattung hat die österreichweite Erfassung der für die Beobachtung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens relevanten Daten zu gewährleisten.
Der Bericht ist als flexibles, laufend weiter zu entwickelndes Instrument anzulegen, welches als Grundlage für die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und für eine umfassende Planung im österreichischen Gesundheitswesen dienen soll. Der administrative Aufwand bei der Dokumentation und Berichterstattung ist so gering wie möglich zu halten.

(8) Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeiten haben die Vertragsparteien im Zusammenhang mit der Sicherung und Verbesserung der Qualität kontrollierend tätig zu werden.

(9) Die Bundesgesundheitsagentur und die Landesgesundheitsfonds haben an der Umsetzung bundeseinheitlicher Vorgaben mitzuwirken.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektstruktur 16
Abbildung 2: Darstellung der Kernprozesse an den Schnittstellen der akutstationären Versorgung 19
Abbildung 3: Projektstruktur MedTogether 40
Abbildung 4: Auswirkungen von Schnittstellenproblemen 45
Abbildung 5: Grobes Modell des „Shared Decision Making" - Prozesses 54
Abbildung 6: Das Prozessmodell bzw. der Leistungsprozess (Prozesslandkarte) 74
Abbildung 7: Deming-Circle, Quelle: Deming E 1986 76
Abbildung 8: Ableitung von Qualitätsanforderungen 78
Abbildung 9: Qualitätsplanung: 6 Schritte zum Erfolg 79
Abbildung 10: Beispiel für den Ist- und Soll-Prozess anhand eines Flussdiagramms 80
Abbildung 11: Musterprozess Aufnahmemanagement elektiv (Beispiel Operation) 82
Abbildung 12: Musterprozess Aufnahmemanagement akut 83
Abbildung 13: Musterprozess Entlassungsmanagement 84
Abbildung 14: Ansatzpunkte der Evaluation 91
Abbildung 15: Wiederaufnahmeraten der Augenheilkunde 96
Abbildung 16: Wiederaufnahmeraten der Chirurgie 97
Abbildung 17: Wiederaufnahmeraten der Gynäkologie und Geburtshilfe 98
Abbildung 18: Wiederaufnahmeraten der Inneren Medizin 99
Abbildung 19: Wiederaufnahmeraten der Neurologie 100
Abbildung 20: Wiederaufnahmeraten der Orthopädie 101
Abbildung 21: Wiederaufnahmeraten der Pulmologie 102
Abbildung 22: Wiederaufnahmeraten der Unfallchirurgie 103
Abbildung 23: Wiederaufnahmeraten der Urologie 104
Abbildung 24: Verweildauer Schlaganfall, HDG01.22 Ischämische zerebrale Erkrankungen 107
Abbildung 25: Verweildauer COPD, HDG05.04 Chronische Bronchialerkrankungen und Emphysem 108
Abbildung 26: Verweildauer Herzinfarkt, HDG06.03 Akute Herzerkrankungen 109
Abbildung 27: Verweildauer Diabetes, HDG18.05 Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse 110
Abbildung 28: Verweildauer Cholezystektomie, MEL05.05 Cholezystektomie 111
Abbildung 29: Verweildauer Resektion Prostadaadenom (TURP), MEL12.03 Transurethrale Prostataresektion 112
Abbildung 30: Verweildauer TEP, MEL14.05* Totalendoprothetik des Hüftgelenks 113
Abbildung 31: Verweildauer Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur, MEL14.14* Eingriffe an Becken/Hüfte/Oberschenkel 114
Abbildung 32: Verweildauer Katarakt, MEL15.05 Katarakt-Operationen 115
Abbildung 33: Verweildauer Mammakarzinom, MEL16.01 Tumorchirurgie Mamma 116
Abbildung 34: Verweildauer Herzinfarkt, MEL21.01 Interventionelle Kardiologie – 117
Abbildung 35: Anteil der standardisierten einfachen Entlassungen 2004 119
Abbildung 36: Anteil der standardisierten komplexen Entlassungen 2004 120
Abbildung 37: Patient/inn/enbewertung 2003–2004 123
Abbildung 38: Patient/inn/enzufriedenheit (Mittelwert pro Frage und Abteilung 2004) 124
Abbildung 39: Patient/inn/enzufriedenheit (mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung 2003–2004) 125
Abbildung 40: Mitarbeiter/innenbewertung 2003–2004 (Fragebogen A, Teil 1) 130
Abbildung 41: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Zuweisung (Mittelwert pro Frage und Abteilung 2004) 131
Abbildung 42: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Zuweisung (mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung 2003–2004) 132
Abbildung 43: Mitarbeiter/innenbewertung extramuraler zuweisender Einrichtungen 2003–2004 (Fragebogen D) 134
Abbildung 44: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Zuweisung (Mittelwert pro Frage und Abteilung 2004) 135

Abbildung 45: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Zuweisung (mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung 2003–2004) 136
Abbildung 46: Mitarbeiter/innenbewertung 2003–2004 (Fragebogen A, Teil 2) 138
Abbildung 47: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Entlassung (Mittelwert pro Frage und Abteilung 2004) 139
Abbildung 48: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Entlassung (mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung 2003–2004) 140
Abbildung 49: Mitarbeiter/innenbewertung nachbetreuende, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Fragebogen E) 142
Abbildung 50: Erwartungen an die Krankenhausabteilungen im Rahmen der Übernahme von Patient/inn/en (Mittelwert pro Frage und Abteilung 2004) 143
Abbildung 51: Erwartungen an die Krankenhausabteilungen im Rahmen der Übernahme von Patient/inn/en (mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung 2003–2004) 144
Abbildung 52: Mitarbeiter/innenbewertung nachbetreuende Mobile Dienste und Reha-Einrichtungen (Fragebogen F) 145
Abbildung 53: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Übernahme der Patient/inn/en (Mittelwert pro Frage und Abteilung 2004) 146
Abbildung 54: Erwartungen an die Schnittstellen im Rahmen der Übernahme der Patient/inn/en (mittlere Veränderung pro Frage und Abteilung 2003–2004) 147
Abbildung 55: Mitarbeiter/innenbewertung (Fragebogen C) 149
Abbildung 56: Schnittstellenbedingte Arbeitsbelastungen (Mittelwert pro Frage und Antwort 2004) 150
Abbildung 57: Schnittstellenbedingte Arbeitsbelastungen (mittlere Veränderung pro Frage und Antwort 2003–2004) 151
Abbildung 58: Beispielprozess 154
Abbildung 59: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Gesamtdarstellung 155
Abbildung 60: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Cholesystektomie (Patient/inn/en unter 60 Jahre) 156
Abbildung 61: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Mammakarzinom 157
Abbildung 62: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Herzinfarkt I 158
Abbildung 63: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Herzinfarkt II 159
Abbildung 64: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) TURP 160
Abbildung 65: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) TEP I 161
Abbildung 66: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) TEP II 162
Abbildung 67: Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) Katarakt 163

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fallgruppen nach teilnehmenden Abteilungen; Das Waldviertelklinikum Horn (Partnernetzwerk) ist miteinbezogen, da sich diese Abteilungen für die Evaluation bis Projektende zur Verfügung gestellt haben.....10
Tabelle 2: Unterteilung der teilnehmenden Einrichtungen in Projektgruppen, Abteilungen und Fallgruppen.....12
Tabelle 3: Projektphasen von Dez. 2002 bis Sept. 2004 14
Tabelle 4: Ablauf Qualitätsverbesserungsprojekt in fünf Phasen.....77
Tabelle 5: Prozessabläufe analysieren und optimieren (Flussdiagramm) 80
Tabelle 6: Evaluationsdimensionen 92
Tabelle 7: LDF-Gruppen zur präoperativen Verweildauer 105
Tabelle 8: LDF-Gruppen zur Verweildauer.....105
Tabelle 9: Varianz der Verweildauer Schlaganfall, HDG01.22 Ischämische zerebrale Erkrankungen 107
Tabelle 10: Varianz der Verweildauer COPD, HDG05.04 Chronische Bronchialerkrankungen und Emphysem.....108
Tabelle 11: Varianz Verweildauer Herzinfarkt, HDG06.03 Akute Herzerkrankungen.....109
Tabelle 12: Varianz der Verweildauer Diabetes, HDG18.05 Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse 110
Tabelle 13: Varianz der Verweildauer Cholezystektomie, MEL05.05 Cholezystektomie .111
Tabelle 14: Varianz der Verweildauer Prostadaadenom (TURP), MEL12.03 Transurethrale Prostataresektion.....112
Tabelle 15: Varianz der Verweildauer TEP, MEL14.05* Totalendoprothetik des Hüftgelenks 113
Tabelle 16: Varianz der Verweildauer Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur, MEL14.14* Eingriffe an Becken/Hüfte/Oberschenkel 114
Tabelle 17: Varianz der Verweildauer Katarakt, MEL15.05 Katarakt-Operationen 115
Tabelle 18: Varianz der Verweildauer Mammakarzinom, MEL16.01 Tumorchirurgie Mamma.....116
Tabelle 19: Varianz der Verweildauer Herzinfarkt, MEL21.01 Interventionelle Kardiologie–Revaskularisation.....117
Tabelle 20: Positivliste aller Krankenhäuser mit standardisierten Entlassungsabläufen.118
Tabelle 21: Beobachtungszeitraum Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation).....152
Tabelle 22: Teilnehmer/innen der Prozesskostenschätzung (Modellkalkulation) 153

Anhang:siehe CD-ROM

Zu Kapitel 2:

Teilnehmer/innenliste

Zu Kapitel 9:

Leitfaden Patient/inn/enbefragung

Fragebogen Patient/inn/enbefragung

Leitfaden Mitarbeiter/innenbefragung

Fragebogen A, Krankenhaus Teil 1

Fragebogen B, Krankenhaus Teil 2

Fragebogen C, Arbeitsbelastung

Fragebogen D, Extramurale Zuweiser

Fragebogen E, Nachbetreuende Ärztinnen und Ärzte

Fragebogen F, Nachbetreuung Reha & Mobile Dienste

Detaildarstellung für Mittelwerte auf Abteilungsebene aus der Patient/inn/en- und Mitarbeiter/innen-Befragung

Leitfaden Standardisierte Entlassungsabläufe

Leitfaden ökonomische Evaluation

16 Krankenhäuser mit 29 Abteilungen sowie 106 weitere Gesundheitseinrichtungen mit mehr als 290 Mitarbeiter/innen nahmen an diesem Projekt teil, um die Kernprozesse entlang der Patientinnen- und Patientenversorgungskette zu verbessern.

Die getroffenen Maßnahmen wurden durch Befragungen von Patientinnen/Patienten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern evaluiert.

Mit dieser Broschüre und einer Projekt-CD stellen sie ihre Erfahrungen und Modelle guter Praxis interessierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen zur Verfügung.

Bestelltelefon:
01/711 00-4700