

Masterarbeit

Verbessertes Schnittstellenmanagement durch Standardisierung

Die Anwendbarkeit und der Nutzen von standardisierten Abläufen an den Schnittstellen
zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und deren externen
Kommunikationspartnern

eingereicht von

Janine Zach, BSc

Matr.Nr.: 0430377

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Univ. Prof. Dr. Reinhard Ammer (Erstbetreuung)

Mag.^a Christine Foussek (Zweitbetreuung)

Graz, am 23.07.2009

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwende habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Janine Fach'.

Graz, am 23.07.2009

Unterschrift

Vorwort

Im Rahmen meiner Tätigkeit in einer Arztpraxis für Allgemeinmedizin ist es häufig zu Problemen an den Schnittstellen zwischen der Arztpraxis und anderen Akteuren im Gesundheitswesen gekommen. So waren z.B. Zuständigkeiten bzgl. des Schnittstellenmanagements nicht geklärt und notwendige Patientinnen- und Patienteninformationen über vorhergegangene Behandlungen oder Untersuchungen fehlten. Besonders unübersichtlich war die Vorgehensweise der Befundübermittlung: Diese werden teilweise per Post, mittels Fax, elektronisch oder direkt über die Patientinnen und Patienten übermittelt. Auch dauert es oft sehr lange, bis die entsprechenden Befunde an den behandelnden Allgemeinmediziner oder an die behandelnde Allgemeinmedizinerin übermittelt werden. Dies stellt teilweise eine große Belastung für die Patientinnen und Patienten sowie Unannehmlichkeiten und Mehrarbeit für das behandelnde Personal im Gesundheitswesen dar. Um mir ein besseres Bild über die allgemein vorherrschenden Situation im Bereich des Schnittstellenmanagements im Gesundheitswesen machen zu können, begann ich mich mit der relevanten Literatur zum Thema zu beschäftigen. Bereits nach kurzer Zeit wurde deutlich, dass es sich um ein aktuelles und umfangreiches Thema handelt und dass im Bereich des Schnittstellenmanagements ein hohes Optimierungspotential vorhanden ist.

Während meines Studiums konnte ich die wirkungsvollen Methoden und Prinzipien des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen kennen lernen. Im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit sind diese von großer Bedeutung, besonders der Grundsatz der Kundenorientierung sowie die Wichtigkeit von Standards werden hervorgehoben.

Diese Masterarbeit verbindet meine Praxiserfahrung mit den theoretischen Grundlagen des Qualitätsmanagements, insbesondere mit der Notwendigkeit der Standardisierung von Arbeitsabläufen an den Schnittstellen im Gesundheitswesen.

„Kooperationen steigern Effektivität und Effizienz.“¹

¹ Toepler 2008, S.160

Zusammenfassung

Hintergrund: Das komplexe Gesundheitssystem bringt viele Schnittstellen zwischen Personen, Versorgungseinrichtungen oder Arbeitsprozessen mit sich.

Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Versorgungsbereich sowie gleichstufigen Versorgungseinrichtungen sind eine Hauptquelle von Ineffizienzen im Gesundheitswesen. Die mangelhafte Koordination der Patientinnen- und Patientenbetreuung kann als eines der schwerwiegendsten Probleme in der österreichischen Gesundheitsversorgung gesehen werden. Aufgrund der demographischen Entwicklung, des ökonomischen Drucks und der Qualitätsansprüche, gewinnt das effiziente und effektive Management der Patientinnen- und Patientenbetreuung an den Schnittstellen der medizinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Eines der größten Optimierungspotentiale im Gesundheitswesen liegt also nicht in den einzelnen Versorgungseinrichtungen, sondern irgendwo „dazwischen“.

Ziel der Arbeit: Der zentrale Punkt dieser Arbeit ist die Bestimmung der Anwendbarkeit und des Nutzen von Standards an den Schnittstellen zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und deren externen Kommunikationspartnern.

Methode: Eine umfassende Literaturrecherche bildet die Grundlage zur Bearbeitung des Themas.

Schlussfolgerung: Eine vollständige Standardisierung der Vorgehensweisen an den Schnittstellen ist im Gesundheitswesen häufig nicht möglich. Aber selbst für die Gestaltung solcher Schnittstellen gibt es Prinzipien, die teils aus hochstandardisierten Prozessen abgeleitet sind, teils auf die Besonderheiten von nicht oder nur teilweise standardisierbaren Prozessen zugeschnitten sind. Durch Standardisierung von Abläufen an den Schnittstellen können die Betriebskosten der Arztpraxis deutlich gesenkt und somit den steigenden Kosten im Gesundheitssystem entgegengewirkt werden. Im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte müssen im Sinne der Qualitätssicherung zukünftig besondere Bemühungen angestellt werden. Einen Schritt in diese Richtung bildet die Standardisierung von Arbeitsabläufen.

Abstract

Background: There are lots of interfaces between people, utilities and working processes in the complex health care system. Interfaces between outpatient and inpatient care are one of the major source for inefficiency in health care. The insufficient coordination of patient care can be seen as one of the most serious problems in the Austrian health care system. Because of the demographic trend, the financial pressure and the improving quality demands, effective and efficient patient care becomes more and more important at the interface of medical care. The highest potential for improvement in the medical care system cannot be found within a single institution or a multitude of facilities, but somewhere in-between.

Aim: The aim of this thesis is to define the practicability and benefits of using standards for interface-management between practitioners and their external communication partners.

Method: This thesis is based on a systematic literature review.

Conclusion: Entire standardization of different health care institution's interfaces seems to be impossible in many cases. However, there exist principles for establishing such interfaces, either derived from highly standardized processes or adapted for the particularities of non- or partly standardized processes. Standardization of workflows leads to a reduction of overheads for medical practices and consequently helps to counteract the increasing cost in health care. Special attention has to be paid on quality standards within the sector of resident practices. A first step on this path is the standardization of the operating process. Policy-maker's overriding objective must be to establish national standards to be applied by the interfaces, in particular with regard to diagnostic findings delivery.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	2
Vorwort	3
Zusammenfassung	4
Abstract	5
Inhaltsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	10
Tabellenverzeichnis	10
1. Einleitung	11
1.1. Themenabgrenzung	14
1.2. Fragestellungen	14
2. Methode	15
3. Grundlagen	16
3.1. Begriffsbestimmungen	16
3.1.1. Schnittstellen	16
3.1.2. Schnittstellenmanagement	16
3.1.3. Standardisierung	18
3.1.4. Standardisierung von Schnittstellen	18
3.1.5. Standards, Leitlinien und Richtlinien	18
3.2. Das Gesundheitssystem in Österreich	19
3.2.1. Organisationsstruktur und Entscheidungsflüsse	19
3.2.2. Leistungserbringer im österreichischen Gesundheitssystem	22
3.3. Gesundheitspolitische und gesetzliche Initiativen zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements	25
3.3.1. Gesundheitsreformgesetz 2005	26
3.3.2. Abschluss einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen	27

3.3.3. Reformen aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008-2013	30
3.3.4. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG).....	31
3.4. Theoretische Grundlagen	32
3.4.1. Systemtheorie zur Erklärung der Existenz von Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung	32
3.4.2. Qualitätsmanagement	36
4. Kommunikationsbedarfsanalyse im Setting Arztpraxis.....	44
4.1. Die Kommunikationspartner der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.....	45
4.2. Kommunikationsverbindung	49
4.3. Kommunikationsmedium	50
4.4. Zeitbezug der Kommunikation	50
4.5. Kommunikationsarchitektur	51
5. Die Schnittstellenproblematik	52
5.1. Die optimale Schnittstelle	54
5.2. Lösungsansätze	55
5.2.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen.....	56
5.2.2. Der Stellenwert des Computers zur Lösung der Schnittstellenproblematik.....	56
6. Ergebnisse	59
6.1. In welchem Ausmaß sind standardisierte Abläufe an den Schnittstellen zwischen niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten und deren externen Kommunikationspartnern umsetzbar?.....	59
6.2. Welchen Nutzen haben standardisierten Abläufe an den Schnittstellen zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und deren Kommunikationspartner?	60
7. Diskussion	62
8. Literaturverzeichnis	65
9. Anhang	73

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Art.	Artikel
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Familie
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
d.h.	das heißt
DSG	Datenschutzgesetz
ebd.	ebenda
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
f.	Folgende Seite
GTelG	Gesundheitstelematikgesetz
Hrsg.	Herausgeber (weiblich und männlich)
ISO	International Organisation for Standardization
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
NSM	Nahtstellenmanagement
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst

OP	Operation
o.S.	ohne Seite
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
Pat.	Patientinnen und Patienten
%	Prozent
QM	Qualitätsmanagement
SOP	Standard Operating Procedure
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
VA	Verfahrensanweisung
vgl.	vergleiche
z.B.	Zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abb.1 : Auswirkungen von Schnittstellenproblemen	12
Abb.2 : Organisationsstruktur und Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen	20
Abb.3: Leistungserbringer der ambulanten Versorgung in Österreich	23
Abb.4: Versorgungssystem nach dem Konzept der integrierten Gesundheitsplanung ...	28
Abb.5: Der Entstehungsprozess von Schnittstellen.....	36
Abb.6: Die Dokumentation des Qualitätsmanagementsystems	43
Abb.7: Externe Kommunikationspartner der Arztpraxis – eine Auswahl	46

Tabellenverzeichnis

Tab.1: Interne und externe Motive für die Einführung eines QM-Systems.....	40
Tab.2: Übersicht über die häufigsten Informations- und Kommunikationsprozesse der niedergelassenen Ärztin und des niedergelassenen Arztes.....	51/52

1. Einleitung

In Österreich zeichnet sich eine große Tendenz zur Spezialisierung der einzelnen Fachbereiche in der Gesundheitsversorgung ab.² Dies lässt sich zum einen durch die Zunahmen des medizinischen Wissens und zum anderen durch die demographische Entwicklung³ erklären. Im Hinblick auf ihre inhaltlichen Aufgabenstellungen sind in Österreich alle Versorgungsebenen miteinander verzahnt. Die Pluralität der Versorgungsträger und der Finanziere führt jedoch zu Bruchstellen in der Versorgungskette.⁴

Das komplexe Gesundheitssystem bringt viele Schnittstellen zwischen Personen, Versorgungseinrichtungen oder Arbeitsprozessen mit sich.

Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich sowie zwischen gleichstufigen Versorgungseinrichtungen sind eine Hauptquelle von Ineffizienzen im Gesundheitswesen. Vielfach zieht die mangelnde Integration verschiedener Versorgungsbereiche medizinische und wirtschaftliche Folgen mit sich, die sehr nachteilig sein können: Medizinisch, weil die kontinuierliche Behandlung der Pat. gestört sein könnte und gesundheitsökonomisch, da es z.B. zu Kommunikationsdefiziten und in Folge zu Doppeluntersuchungen kommt.⁵

Aufgrund der demographischen Entwicklung, des ökonomischen Drucks und der steigenden Qualitätsansprüche, gewinnt das effiziente und effektive Management der Pat.betreuung an den Schnittstellen der medizinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung.⁶ Eines der größten Optimierungspotentiale im Gesundheitswesen liegt also nicht in den einzelnen Versorgungseinrichtungen, sondern irgendwo „dazwischen“.

Studien zum Thema Schnittstellenmanagement haben gezeigt, dass behandelnden

² vgl. Stöckl 2006, S.5

³ Eine der größten sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen ist der Zuwachs alter und hochbetagter Menschen.

⁴ vgl. Hofmarcher/Rack 2006, S.155

⁵ vgl. <http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d12/0304.pdf> am 01.03.2009

⁶ vgl. BMGFJ 2005 S.43

Ärztinnen und Ärzten regelmäßig wichtige Informationen über vorangegangene Konsultationen von Pat. bei anderen Ärztinnen und Ärzten fehlen.^{7,8,9}

Die Weitergabe von Pat.informationen zwischen den Ärztinnen und Ärzten ist ein wichtiger Teil im Behandlungsablauf, da Pat. häufig in unterschiedlichen Fachgebieten oder Sektoren des Gesundheitswesens behandelt werden. An den Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen besteht ein großer Informationsbedarf. Demgegenüber stehen hohe Informationsverluste. Durch unzureichende und unstrukturierte, aber auch durch zu umfassende oder zu kompliziert dargestellte Informationen an den Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung kommt es häufig zu Unterbrechungen in der Kontinuität der Versorgung von Pat.. Dadurch kann es zu Nachteilen für die Pat. kommen. Außerdem kann die Schnittstellenproblematik durch Doppeluntersuchungen, hohe Wiederaufnahmerate oder lange Verweildauern auch ökonomische Auswirkungen mit sich bringen.^{10,11}

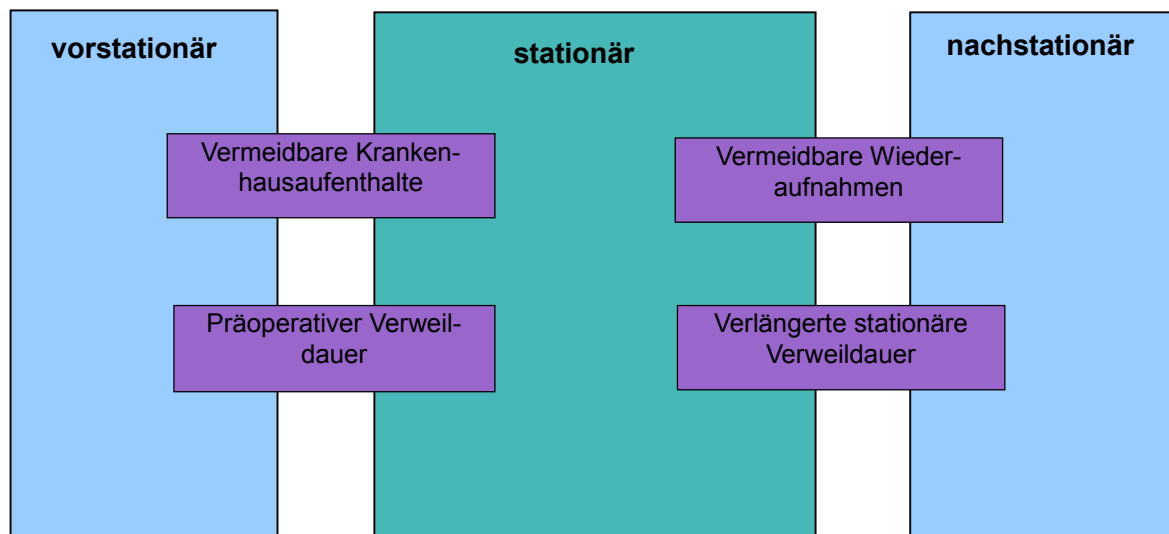


Abb.1 : Auswirkungen von Schnittstellenproblemen¹²

⁷ vgl. Gosbee 1998, S.642

⁸ vgl. Kripalani et al. 2007, S.832f

⁹ vgl. van Walraven 2008, S.1015

¹⁰ vgl. BMGJF 2005, S.44

¹¹ vgl. Cook/Render/Woods 2000, S.791

Die Kontinuität der Pat.versorgung ist nur gegeben, wenn eine vernetzte Versorgung über den gesamten Zeitraum der Behandlung gegeben ist sowie einzelne Elemente (Befunde, Anamnese usw.) verbunden bzw. als Einheit gesehen werden.¹²

Um die Kontinuität im Behandlungsprozess zu erhöhen, sind systematische Veränderungen und Interventionen nötig, welche den Kommunikationsaustausch zwischen diesen Versorgungsdimensionen verbessern, denn es ist anzunehmen, dass der schlechte Austausch von Informationen zwischen Ärztinnen und Ärzten, die den selben Pat. behandeln, sich nachteilig auf die Qualität und Kosten der Behandlung auswirkt.

Trotz vieler Forschungen zum Thema „vernetzte Versorgung“, die die Defizite und Problembereiche im Schnittstellenmanagement aufzeigen und darauf Handlungsempfehlungen ableiten, scheint die Problematik des Schnittstellenmanagements im Gesundheitssystem damit noch lange nicht beseitigt. Ein Erklärungsansatz hierfür liefert die Annahme, dass organisierte Sozialsysteme zu komplex seien, um sie vollständig verstehen zu können. Daher spricht man auch von Selbststeuerung, Eigendynamik oder Eigenlogik von Organisationen.¹³

Bei der Behandlung von Pat. spielen unterschiedliche Versorgungsdimensionen eine Rolle, nämlich die soziale, die ärztliche, die pflegerische sowie die therapeutische. Außerdem können folgende Leistungsbereiche in Abhängigkeit vom Status des Patienten betroffen sein:

1. Ambulanter Leistungsbereich
2. Teilstationärer Leistungsbereich
3. Stationärer Leistungsbereich

Standards, die das Schnittstellenmanagement betreffen, sollten sowohl die Dimensionen der Versorgung sowie die Leistungsbereiche systematisch berücksichtigen.¹⁴

¹² vgl. Reid/Haggerty/McKendry 2002 in van Walraven et al. 2008, S.1013

¹³ vgl. Luhmann 1984, S.10

¹⁴ vgl. BMGFJ 2005, S.44

1.1. Themenabgrenzung

Der zentrale Punkt dieser Arbeit ist die Bestimmung der Anwendbarkeit und des Nutzen von Standards an den Schnittstellen im ambulanten Bereich im Sinne der integrierten Versorgung.

Im Krankenhausbereich werden solche Prozessablaufstandards als klinische Pfade bezeichnet: Durch klar definierte und standardisierte Arbeitsabläufe werden bestehende Probleme eines schlecht abgestimmten klinischen Leistungsprozesses wie z.B. Wartezeiten, fehlende Befunde, Therapieverschiebungen, OP-Absetzungen oder Doppeluntersuchungen erfolgreich eliminiert.¹⁵ Sektorenübergreifende klinische Pfade befinden sich erst in einem frühen Entwicklungsstadium. Gerade hier könnten sie zu einer Effizienzsteigerung und Verbesserung der Versorgung beitragen, indem an den Schnittstellen die Kommunikation unterstützt und vereinheitlicht wird.¹⁶

Der Fokus der folgenden Arbeit liegt nicht auf standardisierten Abläufen innerhalb des Krankenhausbereichs, sondern auf Standards zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten und deren externen Kommunikationspartnern.

1.2. Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit versucht folgende Fragen zu beantworten:

1. In welchem Ausmaß sind standardisierte Abläufe an den Schnittstellen zwischen niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten und deren externen Kommunikationspartnern umsetzbar?
2. Welchen Nutzen haben standardisierte Abläufe an den Schnittstellen zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und deren Kommunikationspartnern?

¹⁵ vgl. www.cchc.at/download/A3CP_Qualitas_06_1920.pdf , Zugriff: 25.04.2009

¹⁶ vgl. Mad et al. 2008, S. 38

2. Methode

Zur Beantwortung der Fragestellungen dieser Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die Ergebnisse dieser bilden zusammen mit meiner Praxiserfahrung und den Meinungen von Expertinnen und Experten¹⁷ die Grundlage dieser Arbeit.

Kapitel 1 der vorliegenden Arbeit beinhaltet grundlegende Begriffsdefinitionen zum Thema und die Beschreibung des österreichischen Gesundheitssystems. Weiterführend werden die gesundheitspolitischen und gesetzlichen Initiativen zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements in Österreich dargestellt. Die Systemtheorie und das Qualitätsmanagement bilden die theoretischen Konzepte, welche der vorliegenden Arbeit zugrunde liegen. Sie werden ebenfalls in Kapitel 1 bearbeitet.

Die Basis für die Beurteilung der Umsetzbarkeit sowie des Nutzen von standardisierten Abläufen im Schnittstellenmanagement bildet eine Kommunikationsbedarfsanalyse im Setting „Arztpraxis“. In Kapitel 2 werden darum die Kommunikationsprozesse zwischen dem niedergelassenen Arzt und den externen Partnern analysiert.

Aufbauend darauf werden die Probleme, die sich an den Schnittstellen ergeben, aufgezeigt. Abschließend wird die Anwendbarkeit auf sowie der Nutzen von standardisierten Abläufen zur Problembhebung an den Schnittstellen zwischen Arztpraxis und externen Kommunikationspartnern herausgearbeitet und in weiterer Folge diskutiert.

¹⁷ Unter Expertinnen und Experten sind in dieser Arbeit Akteure im Gesundheitswesen mit entsprechender Ausbildung zu verstehen, die zum Zeitpunkt der Gesprächsführung eine Arbeitserfahrung von mindestens einem Jahr in einem für das behandelte Thema relevanten Bereich hatten. Aufgrund der geringen Anzahl der befragten Personen können keine allgemein gültigen Aussagen getroffen werden; die Informationen aus den Gesprächen wurden in dieser Arbeit daher zusätzlich durch relevante Literatur bestätigt.

3. Grundlagen

3.1. Begriffsbestimmungen

3.1.1. Schnittstellen

Schnittstellen bezeichnen in komplexen Sozialsystemen (wie z.B. im Gesundheitssystem) die Übergangsstellen, an denen organisatorische Zuständigkeiten, berufliche Fachkompetenzen und erbrachte Dienstleistungen „enden“ und der kooperativen Ergänzungen sowie Weiterführung bedürfen.

Schnittstellen haben einen Einfluss auf Zeit, Kosten und Qualität. In diesen drei Kategorien können sich folgende Probleme ergeben:

- Zeit: lange Durchlaufzeiten, nicht wertschöpfende Tätigkeiten, verlängerte Entscheidungsprozesse, Kommunikationsstörungen, Doppelarbeit
- Kosten: auf Grund der Zeitproblematik entstehen erhöhte Kosten, z.B. durch die Doppeluntersuchungen
- Qualität: Qualitätseinbußen durch externe Schnittstellen

Schnittstellen ergeben sich, wenn komplexe Aufgaben innerhalb oder zwischen Systemen in Teilaufgaben zerlegt werden und auf Grund von Ähnlichkeiten relativ autonomen organisatorischen Einheiten zugeordnet werden.¹⁸

3.1.2. Schnittstellenmanagement

Die Aufgabe des Schnittstellenmanagement ist es, Schnittstellen unter Effektivitäts- und Effizienzaspekten zu analysieren, zu planen, zu gestalten und zu kontrollieren. Ist eine Integration möglich, dann sollten unnötige Schnittstellen zusammengefügt werden. Wenn dies nicht möglich ist, soll das Schnittstellenmanagement dafür sorgen, dass die

¹⁸ <http://www.wirtschaftslexikon24.net/d/schnittstellenmanagement/schnittstellenmanagement.htm>

Aktivitäten bestmöglich koordiniert werden.¹⁹

„Schnittstellenmanagement soll autonome betriebliche Teilbereiche, die in ihrer Interaktion zwingend aufeinander angewiesen sind, ohne die Schaffung eines Vorgesetzten koordinieren.“²⁰

Es ergeben sich folgende Ziele für das Schnittstellenmanagement:

- Schaffung von anforderungerechten Prozessen
- Verkürzung von Prozesszeiten
- Verminderung der Kosten
- Verbesserung der Leistungspotenziale
- Risikominimierung²¹

Dem Schnittstellenmanagement stehen drei Module zur Verfügung, um Schnittstellen zu gestalten sowie problemorientiert, geplant und zielorientiert einzusetzen:

1. Das Identifikationsmodul
2. Das Analysemodul
3. Das Gestaltungsmodul²²

Das Identifikationsmodul beinhaltet die Feststellung der Dringlichkeit einer verbesserten Abstimmung und den Bedarf nach Schnittstellenmanagement. Als Indikatoren hierfür können Abstimmungsmängel und -probleme, hohes Konfliktpotential sowie unproduktive Konflikte herangezogen werden.

Mittels Analysemodul wird der die identifizierten Probleme konkretisiert.

¹⁹ vgl. Specht 1995, Sp.2265f

²⁰ Brockhoff/Hauschildt 1993, S.400

²¹ vgl. ebd, Sp.2266

²² Wermeyer 1994, S.6

Weiters werden die Abhängigkeiten der betroffenen Schnittstelle herausgearbeitet. Dabei sollte eine Orientierung an den Aufgaben der jeweiligen Subsysteme erfolgen, da diese in den meisten Fällen nur systemübergreifend zu erfüllen sind.

Die Aufgabe des Gestaltungsmoduls ist die Maßnahmensetzung zur Deckung des Abstimmungsbedarfs und darauf aufbauend eine den Systemzielen entsprechende Umgestaltung der Schnittstellen.

Schnittstellenmanagement reguliert den Informationsfluss, reduziert die Schnittstellen und führt dadurch zur bestmöglichen Lösung für die Klienten.²³

3.1.3. Standardisierung

Die Standardisierung, das Setzen von Standards, bedeutet die vorherige inhaltliche Festlegung von Abläufen und Verfahren für wiederholt auftretende Probleme. Damit wird erreicht, dass bei wiederholtem Auftreten der Fragestellung sachlich und inhaltlich nach den gleichen Maßstäben entschieden und gehandelt werden kann. Da der Grad der vorhergehenden Festlegung vom jeweiligen Problem und seiner Komplexität abhängt, kann sich die Festlegung von einer reinen Empfehlung bezüglich verwendeter Verfahren und Methoden bis hin zu einer detaillierten inhaltlichen Beschreibung erstrecken.²⁴

3.1.4. Standardisierung von Schnittstellen

Schnittstellen sind durch die Übertragung prozessspezifischer Informationen von einem Akteur zum Nächsten gekennzeichnet. Durch die Standardisierung der Schnittstellen werden Kommunikationsprobleme vermieden, da der Informationsinput und -output auf beiden Seiten der Schnittstelle normiert ist.²⁵

3.1.5. Standards, Leitlinien und Richtlinien

Mit Leitlinien, Richtlinien und Standards sollen den Akteuren im Gesundheitswesen Entscheidungshilfen gegeben werden, um zu besseren Prozessverläufen zu kommen.

²³ vgl. <http://www.oegvp.at/2000i.pdf>

²⁴ vgl. <http://www.olev.de/klr/klr.htm> Zugriff: 15.04.2009

²⁵ vgl. http://www.me-ecz.de/GP_Bew/glossar/standardschnitt.htm Zugriff: 15.04.2009

Unter Standard wird eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsanforderungen verstanden.²⁶

Leitlinien sind systematisch entwickelte Statements, um Praktikerinnen bzw. Praktikern und Pat. bei der Entscheidung in Bezug auf eine gute medizinische Versorgung unter bestimmten Rahmenbedingungen zu unterstützen.²⁷ Unter Leitlinien sind Empfehlungen zu verstehen, welche einen gewissen Handlungsspielraum offen lassen.²⁸

Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierten Institution kondensierte, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns und des Unterlassens. Sie sind für den definierten Rechtsraum verbindlich. Deren Nichtbeachtung zieht Sanktionen nach sich.²⁹ Richtlinien stellen also verbindliche Normen dar.³⁰

3.2. Das Gesundheitssystem in Österreich

3.2.1. Organisationsstruktur und Entscheidungsflüsse

Die Sicherung der Gesundheit ist in Österreich eine öffentliche Aufgabe. Das Gesundheitswesen in Gesetzgebung und Vollziehung ist Bundessache.

Wesentliche Verantwortung liegt bei verschiedenen Ministerien des Bundes, Ländern und Gemeinden sowie Sozialversicherungsträgern als selbstverwaltete Körperschaft.

Die Organisationsstruktur des Gesundheitswesens ist in Österreich durch eine Interaktion privater, privat-gemeinnütziger und privater Akteure gekennzeichnet.³¹

Die Organisationsstruktur und die Entscheidungsprozesse sind in Abbildung 2 schematisch dargestellt:

²⁶ vgl. GMDS 1996, S.214

²⁷ vgl. ebd. 6, S.216

²⁸ vgl. BMGFJ 2005, S.74

²⁹ vgl. GMDS 1996, S.215

³⁰ vgl. BMGFJ 2005, S.74

³¹ Hofmarcher/Rack 2006, S. 34

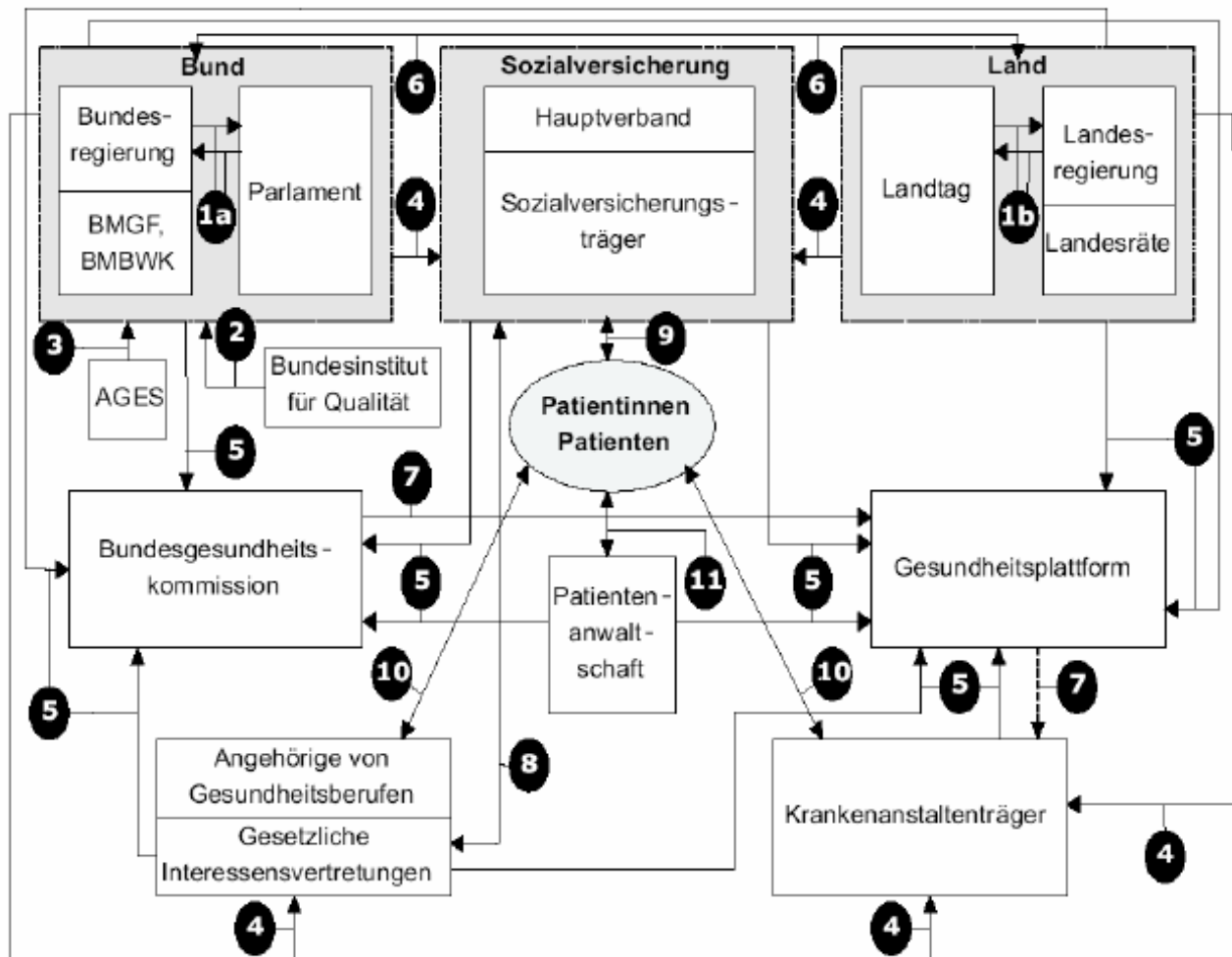


Abb.2 : Organisationsstruktur und Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen³³

³² ebd.

Anmerkungen zu Abbildung 2:

- (1) a) Gesetzesvorschläge der Bundesregierung (Minister/in) an das Parlament bzw. der Landesregierung (Landesrätin/rat) an den Landtag;
b) Beschluss der Bundesgesetze durch das Parlament, der Landesgesetze durch den Landtag.
- (2) Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF).
- (3) Unterstützung des BMGF im Rahmen der Zulassung von Arzneimitteln (AGES = Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit).
- (4) Gesundheitsverwaltung a) des Bundes (z. B. Gesundheitspolizei, sanitäre Aufsicht über Krankenanstalten, Aufsicht über Sozialversicherungsträger und gesetzliche Interessenvertretungen); b) der Länder (z. B. im Bereich der Krankenanstalten Errichtungs- und Betriebsbewilligungen, Umsetzung der Planung im Land, Investitionsfinanzierung; Aufsicht über Sozialversicherungsträger).
- (5) Bestellung von Mitgliedern für die Bundesgesundheitskommission bzw. für die Gesundheitsplattformen auf Länderebene.
- (6) Konsultationsmechanismus zwischen Bund und Ländern bzw. Gemeinden hinsichtlich rechtsetzender Akte (Gesetze, Verordnungen), die zusätzliche Ausgaben verursachen.
- (7) a) Sanktionsmechanismus: Bundesgesundheitsagentur (Bundesgesundheitskommission) kann bei Verstößen gegen verbindliche Planungen und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität und Dokumentation finanzielle Mittel für jeweilige Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattform) zurückhalten; b) Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattformen) können einen entsprechenden Sanktionsmechanismus gegenüber Krankenanstalten vorsehen.
- (8) Verhandlungen über Markteintritt, Leistungen und Tarife (Gesamtvertrag und Einzelverträge).
- (9) Gesetzliche Mitgliedschaft bei Sozialversicherungsträgern (Pflichtversicherung).
- (10) a) Grundsätzliche Wahlfreiheit der Patienten im Bereich der Krankenanstalten und im Bereich der niedergelassenen Angehörigen von Gesundheitsberufen; b) Behandlungsgebot der (öffentlichen und gemeinnützig privaten) Krankenanstalten und der niedergelassenen Angehörigen von Gesundheitsberufen mit Kassenvertrag.
- (11) Gesetzliche Patientenvertretung in jedem Bundesland.

3.2.2. Leistungserbringer im österreichischen Gesundheitssystem

Im österreichischen Gesundheitssystem werden Leistungen vom Öffentlichen Gesundheitsdienst und in den Bereichen der ambulanten sowie der stationären Versorgung erbracht. Weiterführend werden in der Rehabilitation und der Pflege Leistungen öffentlich finanziert und zum Teil öffentlich erbracht.³³

3.2.2.1. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist innerhalb des Gesundheitswesens jener Teil, der die Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben und Interessen innehat. Als Hauptfunktion des ÖGD kann die Gesunderhaltung der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen gesehen werden. Er umfasst wichtige Aufgaben wie die Gesundheitsaufsicht und die Hygieneüberwachung, den gesundheitlichen Umweltschutz, die Gesundheitsförderung und Prävention sowie das Impfwesen. Die Leistungserbringer im ÖGD sind Amtsärztinnen und Amtsärzte.³⁴

3.2.2.2. Ambulante Versorgung

Unter ambulante Gesundheitsversorgung fällt jede Art der diagnostischen und therapeutischen Behandlung, die keine stationäre Aufnahme in ein Spital erfordert.³⁵

Der ambulante Sektor setzt sich aus fünf Segmenten zusammen, von denen drei dem ärztlichen (Spitalsambulanzen, selbständige Ambulatorien, Arztpraxen) und zwei dem nicht-ärztlichen Bereich (Mobile Dienste, Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe der freien Praxis) zugeordnet werden können.

³³ vgl. Hofmarcher/Rack 2006, S. 115

³⁴ vgl. Wechselberger 2005, S.39

³⁵ vgl. BMGFJ 2008, S.5

³⁶ BMGFJ 2008, S.6

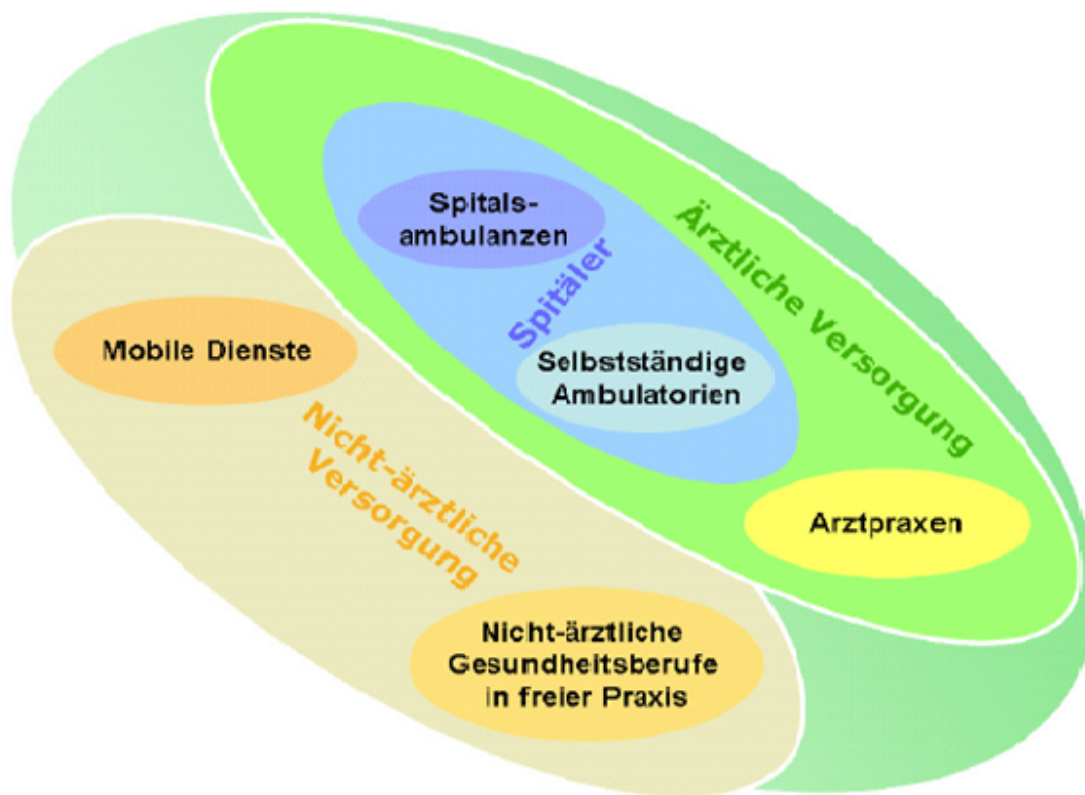


Abb.3: Leistungserbringer der ambulanten Versorgung in Österreich³⁷

Niedergelassene Ärzte

Im Jahr 2009 sind in Österreich etwa 17.500³⁷ frei praktizierende (niedergelassene) Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Fachärztinnen und Fachärzten, überwiegend in Einzelpraxen, tätig.

Die Mehrheit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte steht in einem Vertragsverhältnis zu einem oder mehreren Sozialversicherungsträgern. Diese Verträge sind von großer Bedeutung, da rund 98 Prozent der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Krankenversicherung versichert sind. Die primäre medizinische Versorgung wird durch 6.221 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sichergestellt, die die ersten Ansprechpartner im Erkrankungsfall darstellen sollten. Sind fachspezifische

³⁷ Österreichische Ärztezeitung 2009,10: S.21

Untersuchungen oder Behandlungsmethoden notwendig, so überweist die Allgemeinmedizinerin oder der Allgemeinmediziner die Pat. an eine Fachärztin oder einen Facharzt bzw. in eine Krankenhausambulanz.³⁸

Ambulatorien und Ambulanzen

An der ambulanten Versorgung der Bevölkerung waren im Jahr 2006 rund 755³⁹ selbstständige Ambulatorien und eine Vielzahl von Ambulanzen in Krankenhäusern wesentlich beteiligt, darunter allgemeine Fachambulatorien sowie Zahnambulatorien der Krankenkassen. Medizinische Laboratorien, physikalische Institute, radiologische Einrichtungen, sportmedizinische Einrichtungen und manche Kurzentren werden überwiegend von privaten Trägern als Ambulatorien geführt. Viele dieser privaten Ambulatorien haben Verträge mit den Trägern der sozialen Krankenversicherungen und rechnen daher nicht mit den Pat., sondern mit dem jeweiligen Krankenversicherungsträger ab.

Einen wesentlichen Beitrag zur Akutversorgung leisten die Ambulanzen der Fachabteilungen in den Krankenhäusern. Allgemeine und/oder spezialisierte Ambulanzen sind an praktisch allen öffentlichen und gemeinnützigen Akutkrankenhäusern eingerichtet. Laut Gesetz dienen sie der Notfallversorgung im jeweiligen medizinischen Sonderfach und zur Abklärung von schwierigen, mit höherem Aufwand verbundenen Diagnosen, zu deren Erstellung die Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht eingerichtet sind.

Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in der freien Praxis

Hierzu zählt die extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung, z.B. Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie oder Psychotherapie. Diese Berufsgruppen sind in der Regel in privaten Praxen tätig.⁴⁰

³⁸ vgl. BMGF 2005, S.51

³⁹ BMGFJ 2008, S.9

⁴⁰ vgl. BMGFJ 2008, S.6

Mobile Dienste

Alle primär ambulanten Alten- und Langzeitversorgung leistenden Personen und Institutionen lassen sich unter „Mobile Dienste“ zusammenzufassen. Hierzu zählen u.a. Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegehilfe. Es sind darunter Leistungen zu verstehen, die in der Regel bei den Pat. zu Hause erbracht werden.⁴¹

3.2.2.3. Stationäre Versorgung

Die stationäre medizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung wird von 275 Krankenhäusern sichergestellt. 2003 haben 272 Häuser mit insgesamt rund 67.700 tatsächlich aufgestellten Betten Daten zur Verfügung gestellt. Die Bettendichte betrug, bezogen auf die Bevölkerung, 8,4 Betten je 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Krankenhäuser versorgten im Jahr 2003 rund 2,5 Millionen stationäre Pat..⁴²

Stationäre Gesundheitsleistungen werden von privatrechtlich geführten öffentlichen, von privat-gemeinnützigen und von privat-gewinnorientierten Krankenanstalten erbracht.

In Österreich ist die stationäre Versorgung überwiegend öffentlich organisiert;⁴³ 70,3 % der Spitalsbetten befinden sich in 133 öffentlichen Krankenanstalten.

Zusätzlich gibt es weitere 27 private Spitäler, die ebenfalls gemeinnützig – d. h., nicht gewinnorientiert – arbeiten. Insgesamt umfasst der gemeinnützige Spitalsbereich damit 160 Häuser (58,8 % mit 78,1 % der Betten).⁴⁴

3.3. Gesundheitspolitische und gesetzliche Initiativen zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements

Durch die Vielfalt der Finanziers sowie aufgrund der Kompetenzverteilung im österreichischen Gesundheitswesen sind ein hoher Abstimmungsbedarf und Vereinbarungen zwischen den verschiedenen Entscheidungsbereichen und den Finanziers notwendig. Als wichtiges Instrument dazu sind die Vereinbarungen gemäß

⁴¹ vgl. ebd.

⁴² vgl. BMGF, S.53

⁴³ vgl. Hofmarcher/Rack 2006, S.136f.

⁴⁴ vgl. BMGF 2005, S.53

Art. 15a Bundesverfassungsgesetz zu nennen. Darunter sind innerstaatliche Staatsverträge zu verstehen, die zwischen dem Bund und einem oder mehreren Bundesländern geschlossen werden.⁴⁵

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens *Art. (5) Nahtstellenmanagement* sind die Begriffe Qualität, Laufzeit, Kostenverteilung, sowie rasche, lückenlose, medizinische und ökonomisch sinnvolle Behandlungskette zu finden. Des Weiteren wird in Art. (5) auf funktionierenden Informationstransfer und Sicherstellung des nahtlosen Übergangs eingegangen.^{46,47}

Es existiert kein explizites Recht von Pat. auf die Definition und Standardisierung der notwendigen Leistungen an den Schnittstellen. Lediglich im Artikel 5 der Patientencharta⁴⁸ findet sich ein Hinweis: *(3) 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 also, denn die Patientencharta ist ein Staatsvertrag zwischen Bund und Bundesland. Das bedeutet, es handelt sich hierbei nicht um ein Gesetz, dem eine direkte normative Wirkung zukommt.

Die wichtigsten gesundheitspolitischen und gesetzlichen Initiativen zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements in Österreich werden auf den folgender Seiten ausführlich beschrieben.

3.3.1. Gesundheitsreformgesetz 2005⁴⁹

Als übergeordnetes Ziel des Gesundheitsreformgesetzes 2005 kann die Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und der Erreichung einer besseren Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens genannt werden. Weiterführend soll durch Maßnahmen zur Kostendämmung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung im

⁴⁵ vgl. ebd., S.15

⁴⁶ vgl. BMGFJ 2005, S.45

⁴⁷ vgl. ebd., S.47

⁴⁸ <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20002164>

⁴⁹ Gesundheitsreformgesetz 2005 BGBl. I Nr. 179/2004

Gesundheitswesen eine längerfristige Sicherstellung der Finanzierbarkeit des Österreichischen Gesundheitswesens erreicht werden. Ein weiteres Ziel des Gesundheitsreformgesetzes ist die flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im Österreichischen Gesundheitswesen.

Die Gesundheitsreform 2005 schaffte in Österreich eine Reihe von Instrumenten zur Überwindung der bisher nicht aufeinander abgestimmten Bereiche der intra- und extramuralen Versorgung.⁵⁰ Durch den Aufbau von dezentralen Kooperationsbereichen, den sogenannten Reformpools, sowie durch das Qualitätsgesetz wurden erstmals organisatorische Voraussetzungen geschaffen, um eine Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzubauen.⁵¹ Durch die Verbesserung des Schnittstellenmanagements sollen eine Hebung der Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Durchlässigkeit der Strukturen für die Pat. erreicht werden.

3.3.2. Abschluss einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen

Die Themen Qualität und Nahtstellenmanagement sind in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in eigenen Artikeln ausgeführt. Darüber hinaus wurden diese Bereiche als explizite Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sowie der Gesundheitsplattformen auf Landesebene festgeschrieben. In der Vereinbarung gemäß Artikel 15-a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung sind Maßnahmen zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements verankert.

Die integrierte Gesundheitsstrukturplanung umfasst gemäß Art. 3 dieser Vereinbarung alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche:

⁵⁰ vgl.

http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/1/CH0717/CMS1211801668459/artikel_reform_des_oesterreichischen_gesundheitswesens_08_gaendert20080620.pdf Zugriff: 02.06.2009

⁵¹ Hofmarcher/Rack 2006, S.220f.

- den stationären Bereich ,
- den ambulanten Bereich,
- den Rehabilitationsbereich,
- sowie den Pflegebereich.⁵²

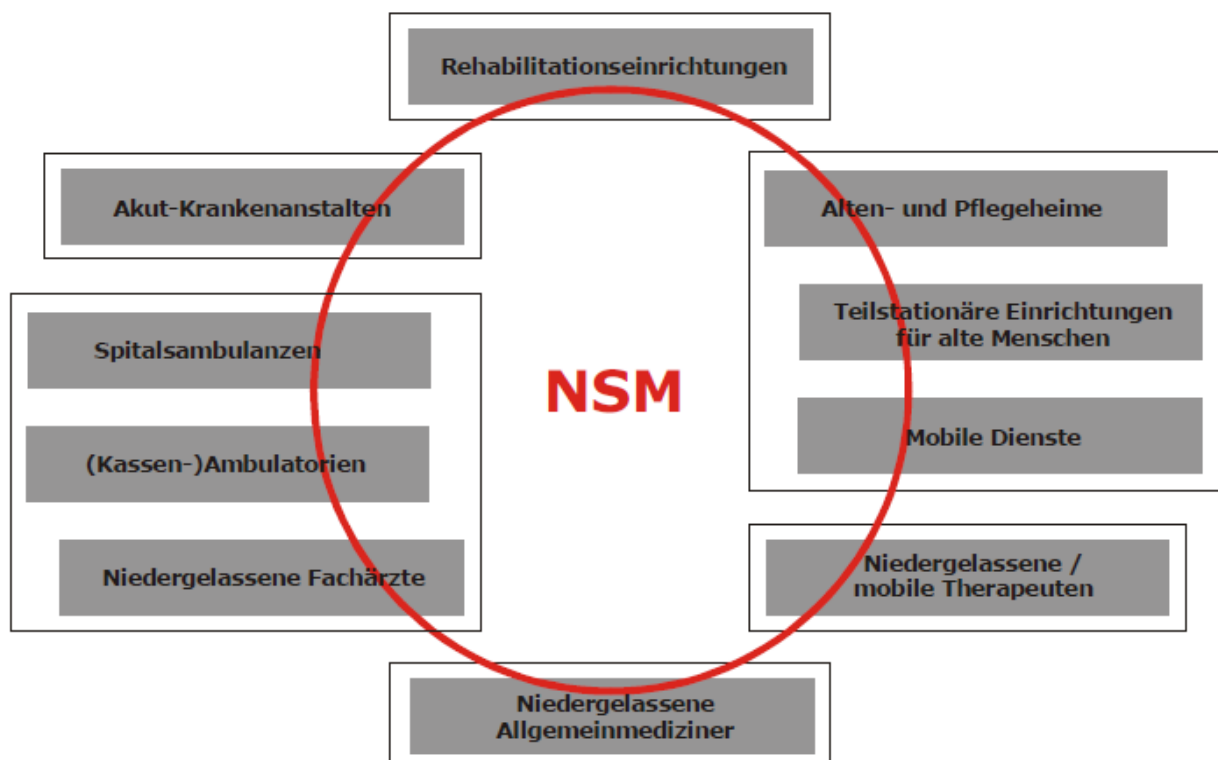


Abb.4: Versorgungssystem nach dem Konzept der integrierten Gesundheitsplanung⁵³

In Artikel 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens werden die Zielsetzungen zum Nahtstellenmanagement wie folgt erläutert:

⁵² BMGF 2006, S.69

⁵³ ebd., S.70

(1) Zur Gewährleistung eines patientinnen- und patientenorientierten, 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 leistungs anbietenden 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 Patientinnen- und Patientenversorgung 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 zu 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 mit einzubeziehen.⁵⁴

⁵⁴ http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXII/I/I_00692/fname_030536.pdf

3.3.3. Reformen aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008-2013

Die für die Jahre 2005 bis 2008 abgeschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist aufgrund eines vorgezogenen Finanzausgleichs bereits mit 31.12.2007 abgelaufen. In diesem Rahmen wurden die Inhalte einer neuen Bund-Länder-Vereinbarung für die Jahre 2008 bis 2013 verhandelt.

Mit der neu abgeschlossenen Vereinbarung wurden im Wesentlichen folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Beibehaltung der bisherigen Steuerungs- und Entscheidungsgremien
- Integrierte Planung im Gesundheitswesen
- Sektorenübergreifende Finanzierung
- Modelle für bedarfsorientierte Versorgung (im ambulanten Bereich)
- Weiterentwicklung und Ausbau des Reformpools
- Dokumentation im ambulanten Bereich
- Systematische Qualitätsarbeit
- Weiterentwicklung und Evaluierung des LKF-Systems
- Elektronische Gesundheitsakte
- Forcierung von E-Health
- Orientierung an Public Health-Grundsätzen
- Sicherstellung der Finanzierung der Krankenanstalten⁵⁵

Mit den festgelegten Maßnahmen der Bund-Länder-Vereinbarung für die Jahre 2008-2013 soll der Weg der Gesundheitsreform 2005 fortgesetzt werden.

55

http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/1/CH0717/CMS1211801668459/artikel_reform_des_oesterreichischen_gesundheitswesens_08_geaendert20080620.pdf Zugriff: 02.06.2009

3.3.4. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Er ist auf Basis des Artikels 4 der zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgelegt. Der ÖSG stellt die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene, insbesondere für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit, dar.⁵⁶ Der ÖSG hat einen Planungshorizont bis 2010.⁵⁷

Bei den Planungszielen des ÖSG wird die umfassende Planung aller Bereiche im Gesundheits- und Sozialwesen (stationär, ambulant, Rehabilitation und Pflege) und das Vorhandensein eines Schnittstellenmanagements als Planungskriterium besonders hervorgehoben.

Als Maßnahmen zur Sicherstellung der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens in Österreich werden im ÖSG u.a. neue Organisationsformen für Krankenanstalten sowie Maßnahmen zur besseren Abstimmung zwischen den einzelnen Krankenanstalten und dem niedergelassenen Bereich vorgeschlagen. Als weitere Maßnahmen werden die Vermeidung von Doppelarbeit und Verbesserungen im niedergelassenen Bereich im Sinne einer regional ausgeglichenen Versorgung genannt.⁵⁸

⁵⁶ vgl. <http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0716&doc=CMS1136983382893>

⁵⁷ vgl. http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH0716/CMS1136983382893/oesg_2008_-_text_ohne_matrizen.pdf Zugriff: 19.05.2009

⁵⁸ vgl. Wechselberger 2005, S.62

3.4. Theoretische Grundlagen

In diesem Teil der Masterarbeit werden die theoretisch-konzeptionellen Grundlagen zum Thema vorgestellt. Den theoretischen Kern der vorliegenden Arbeit bilden die Systemtheorie sowie die Prinzipien des Qualitätsmanagements.

Es soll, basierend auf der Systemtheorie, erläutert werden, wie es zu Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung kommt. Anschließend werden die Prinzipien des Qualitätsmanagements, welche für das Schnittstellenmanagement von Bedeutung sind, erklärt.

3.4.1. Systemtheorie zur Erklärung der Existenz von Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung

3.4.1.1. Die Systemtheorie

Der zentrale Grundbegriff der Systemtheorie ist das System. Die Annahme, es gäbe Systeme, kann als Grundaxiom dieses Ansatzes betrachtet werden.

Ein System ist durch folgende Merkmale definiert:

Es kann nie nur aus einem Element bestehenden

Zwischen den Elementen, aus denen ein System zusammengesetzt ist, besteht Wechselwirkung

Wo keine Wechselwirkung mehr besteht, endet das System und es beginnt die Systemumwelt.⁵⁹

„Organisationen können als Systeme aufgefasst werden, die sich aus miteinander in Beziehung stehenden Elementen bzw. Subsystemen zusammensetzen.“⁶⁰

Das Gesundheitswesen mit seinen Akteuren kann als solche Organisation und somit als ein System angesehen werden. Die Gliederung in Subsysteme ist durch die

⁵⁹ vgl. Becker/Reinhardt Becker 2001, S.21

⁶⁰ Schranz 1982, S.99

Notwendigkeit der Arbeitsteilung begründet.

Die Systemtheorie bietet einen methodischen Überbau für viele wissenschaftliche Disziplinen, weswegen sie als inter- bzw. multidisziplinärer Ansatz gesehen wird.⁶¹

Es ist schwierig, eine einheitliche Definition für die Systemtheorie zu finden. Häufige Verwendung findet die Beschreibung von Bertalanffy (1956), der unter einem System eine Menge von Elementen versteht, zwischen denen Beziehungen bestehen oder hergestellt werden können.⁶²

Schwarze (1998) definiert ein System als eine Menge von Elementen, die über Beziehungen zusammenwirken oder interagieren, um ein bestimmtes Ziel oder einen bestimmten Zweck zu erreichen; es kommuniziert und interagiert mit seiner Umwelt, ist aber von dieser klar abgegrenzt.⁶³ Als Merkmale eines Systems können Elemente mit Eigenschaften und Beziehungen gesehen werden, wobei das Element die kleinste Einheit eines Systems darstellt. Diese Elemente haben Eigenschaften: sie haben einen bestimmten Zustand, können sich verhalten oder Beziehungen zu anderen Elementen besitzen. Die Verbindungen zwischen den Elementen werden als Beziehungen verstanden, welche das Verhalten der Elemente und des Systems beeinflussen können. Nicht zum System gehörige Elemente werden als Umwelt bezeichnet. Bestehen Beziehungen zwischen dem System und der Umwelt, so wird es als offenes System bezeichnet. Liegen nur systeminterne Beziehungen vor, so spricht man von geschlossenen Systemen.⁶⁴ Das Gesundheitssystem ist also ein offenes System.

3.4.1.2. Zusammenhang zwischen Arbeitsteilung und Koordinationsbedarf

Die optimale Verteilung der Ressourcen und Aufgaben innerhalb des Gesundheitswesens erfordert einen gewissen Aufwand an Koordination, denn die Subsysteme stehen über ihren Beitrag zur Gesamtaufgabe in einer

⁶¹ vgl. Müller 1994, S.34

⁶² vgl. http://www.muellerscience.com/SPEZIALITAETEN/System/System_Definitionen.htm Zugriff: 08.06.2009

⁶³ vgl. Schwarze 1998, S.25

⁶⁴ vgl. Haase 2006, S.15

Abhängigkeitsbeziehung untereinander.⁶⁵

Je besser die Koordination zwischen den Subsystemen funktioniert, desto eher ist die optimale Verteilung von Ressourcen und Aufgaben gegeben.

Es lässt sich festhalten: Je komplexer die Arbeitsteilung und je größer die Abhängigkeit der Subsysteme, umso höher der Koordinationsbedarf bzw.- aufwand.⁶⁶

3.4.1.3. Die Arztpraxis als Subsystem im Gesundheitswesens

Bei der Untersuchung der Schnittstellen werden die Begriffe der Systemtheorie so ausgelegt, dass das Gesundheitssystem aus Subsystemen besteht, zu diesen unter anderen die Arztpraxis zählt. Diese besteht aus den Elementen Ärztin bzw. Arzt, Praxisassistentinnen sowie den Pat.. Die Elemente stehen in Beziehung zueinander um das gemeinsame Ziel, nämlich die optimale Gesundheitsversorgung des Patienten zu erreichen. Um dies zu verwirklichen, ist die Kommunikation mit der Umwelt, nämlich den externe Kommunikationspartnern wie Kundinnen und Kunden, Fachärztinnen und Fachärzten oder Krankenhäusern, nötig. Ausgehend von dieser theoretischen Basis lässt sich nun das Entstehen von Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung erklären. Die Ausführungen haben gezeigt, dass die Elemente eines Systems untereinander und mit der Umwelt in wechselseitiger Beziehung stehen.

Die Gesundheitsversorgung in Österreich ist sichtbar durch eine starke Tendenz zur Spezialisierung der einzelnen Versorgungseinrichtungen gekennzeichnet. Durch die Zunahme des medizinischen Wissens in den letzten Jahrzehnten war diese Spezialisierung in einzelne Fachrichtungen in der Medizin unvermeidbar, da die Menge des gesamten Wissens in der Medizin für den Einzelnen nicht zu bewältigen wäre.⁶⁷ Aufgrund dieser Vielschichtigkeit und zur besseren Steuerbarkeit werden die Elemente im Gesundheitssystem verschiedenen Subsystemen zugeordnet. Dort wo eine Behandlung des Patienten die Kompetenzen der niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzte

⁶⁵ vgl. Lauß 2001, S.3

⁶⁶ vgl. Köhler/Görgen 1992, S.527

⁶⁷ vgl. Grimson et al 2000 in Stöckl 2006, S.5

überschreitet, kommt es zur Zusammenarbeit mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens - es entstehen Schnittstellen.

Oft werden Pat. also von mehreren Spezialisten oder auch Kliniken behandelt. Es wird versucht, zum Vorteil der Pat. multiprofessionell, interdisziplinär und einrichtungsübergreifend zu behandeln. Dadurch kommt es zwangsläufig zu Unterbrechungen im Behandlungsprozess. Bei der Trennung bestimmter Elemente des Gesundheitssystems durch die Bildung von Subsystemen entstehen Schnittstellen im Gesundheitswesen. Sie stellen also Subsystemgrenzen dar. Hierbei wird hier der trennende Charakter von Schnittstellen hervorgehoben. Eine optimale Kommunikation ist nur mehr bedingt möglich. Die Koordination von interdependenten Vorgängen wird erschwert. Um dem entgegenzuwirken, werden zwischen den Subsystemen wieder Verbindungen, nämlich Schnittstellen, hergestellt.⁶⁸ Durch die Subsystembildung entstehen also auch neue Beziehungen, da eine Schnittstelle geregelte Verknüpfungen zwischen den entstandenen Subsystemen darstellen kann. Diese Sichtweise unterstreicht den verbindenden Charakter von Schnittstellen.⁶⁹ Andere Autoren verweisen auf den englischen Begriff „Interface“, der die verbindenden Elemente hervorhebt und sprechen daher anstelle von Schnittstellen von Nahtstellen.⁷⁰

⁶⁸ vgl. Lauß 2001, S.4

⁶⁹ vgl. Wermeyer 1994, S.6

⁷⁰ z.B. Berchtold 2006



Abb.5: Der Entstehungsprozess von Schnittstellen⁷²

3.4.2. Qualitätsmanagement

Während in der Industrie die Einführung und der Betrieb von Qualitätsmanagementsystemen lange zur Routine gehört, ist die Einführung von QM-Systemen in kleineren Betrieben, wie der Arztpraxis, noch eher die Ausnahme.⁷²

Qualitätsentwicklung durch Standardisierung ist eine Strategie, die sich in der Industrie bewährt hat, und auch im Gesundheitswesen immer stärkere Anwendung findet.⁷³

⁷¹ Nowak 2005, o.S.

⁷² vgl. Nüllen/Noppeney 2006, S.83

⁷³ vgl. Walter 2007, S.5

3.4.2.1. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen

Als wichtige gesetzliche Grundlage im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement ist das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen⁷⁴ (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG) zu nennen.

Dessen Ziele sind

- die Intensivierung der Qualitätsarbeit sowie Implementierung eines bundesländer- bzw. sektorenübergreifenden Qualitätssystems zur Verbesserung und Sicherstellung der Qualität im Gesundheitswesen sowie
- die Schaffung der Möglichkeit, die Erbringung von Gesundheitsleistungen an die Einhaltung von Bundesqualitätsstandards zu binden.

Inhalte des GQG sind

- die Entwicklung, Implementierung sowie kontinuierliche Weiterentwicklung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz sowie
- die Verpflichtung zur Einhaltung bestimmter Vorgaben bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen zur Verbesserung und Sicherstellung der Qualität im Gesundheitswesen.

⁷⁴ <http://www.goeg.at/media/download/Gesundheitsqualitaetsgesetz2005.pdf> Zugriff: 10.07.2009

3.4.2.2. Definitionen⁷⁵

Bevor auf die Grundsätze des Qualitätsmanagement eingegangen wird, ist die Klärung grundlegender Begrifflichkeiten notwendig:

Qualität

Unter Qualität wird der Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung verstanden. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

- Strukturqualität: Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht.
- Prozessqualität: Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden.
- Ergebnisqualität: Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen.

Patientinnen- und Patientenorientierung

Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, als Koproduzentinnen und Koproduzenten an diesem Prozess der Verbesserung der Lebensqualität teilzunehmen. Dies versteht man unter Patientinnen- und Patientenorientierung.

⁷⁵ vgl. ebd.

Qualitätssystem

Unter einem Qualitätssystem wird ein Koordinierungs-, Förderungs-, Unterstützungs- und Überwachungssystem mit dem Ziel verstanden, die Qualität der Gesundheitsleistungen kontinuierlich zu verbessern.

Qualitätsstandards beschreiben Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten.

Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement meint alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen eines QM-Systems die Qualitätspolitik, die Ziele und die Verantwortungen festlegen.

QM umfasst Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung oder Qualitätssicherung.⁷⁶

3.4.2.3. Grundsätze des Qualitätsmanagements

- Kontinuierliche Verbesserung
- Kundenfokussierte Organisation
- Führen mit Zielen
- Prozesse an den Zielen orientieren
- Einbeziehung der Mitarbeiter
- Lieferantenbeziehungen zum beiderseitigen Nutzen
- Entscheidungen basierend auf Daten
- Prozessorientierung⁷⁷

3.4.2.4. Motive für die Einführung eines QM-Systems

Als Gründe für die Einführung eines QM-Systems können interne und externe Motive unterschieden werden.⁷⁸ Die folgende Tabelle 1 zeigt die internen und externen Motive von 363 befragten zertifizierten Unternehmen:

⁷⁶ vgl. Schneider 1996, zitiert in Blonski/Stausberg 2003, S.126

⁷⁷ <http://www.iso9001.qmb.info/system/grundsatz.htm> Zugriff: 08.06.2009

⁷⁸ vgl. Schlüter/Dunkhorst 2003, S.48

Interne Motive	Externe Motive
Verbesserte Dokumentation (37,2%)	Höhere wahrgenommene Qualität (40,8%)
Größeres Qualitätsbewusstsein (33,3%)	Wettbewerbsvorteil (24,2%)
Gestiegene wirtschaftliche Effizienz (10,5%)	Verbesserte Kundenzufriedenheit (23,7%)
Erweiterte Kommunikation (6,3%)	Reduzierte Anzahl an Qualitätsaudits (3,3%)
Reduzierung der Kundenbeschwerden (4,4%)	Erhöhter Marktanteil (2,2%)

Tab.1: Interne und externe Motive für die Einführung eines QM-Systems⁷⁹

3.4.2.5. Kooperationen mit externen Partnern

Qualitätsmanagement beinhaltet nicht nur die Optimierung der internen Abläufe, sondern darüber hinaus die systematische Information, Kommunikation und Kooperation mit externen Partnern. Das Praxisteam sollte die Ansprechpartner und Arbeitsschwerpunkte der kooperierenden Institutionen kennen und die wechselseitige Information und Kommunikation kontinuierlich pflegen. Zu diesem Zweck führen manche Einrichtungen des Gesundheitswesens systematische Befragungen der Wünsche und Erwartungen ihrer Partner durch. Beiträge des Praxisteams zur Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene sind eine weitere Möglichkeit der Öffentlichkeits- und Kooperationspflege. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zugunsten des Patienten ist vor allem der professionelle schriftliche Informationsaustausch von zentraler Bedeutung.⁸⁰

⁷⁹ Schlüter/Dunkhorst 2003, S.49

⁸⁰ vgl. http://www.aeqz.de/aeqz/kompendium_q-m-a/kapitel-4

3.4.2.6. Externe Kommunikationspartner als Kunden

Der Begriff des Kunden geht im Qualitätsmanagement über die alltägliche Bedeutung hinaus und umfasst drei Gruppen:

- Der eigentliche Kunde: Darunter werden Patienten und Klienten verstanden. Sie erhalten die Leistung, die den ursprünglichen Zweck der Einrichtung darstellt.
- Der Systempartner: Darunter fallen alle Personen und Organisationen, die zum erfolgreichen Bestehen der Einrichtung beitragen (z.B. kooperierende Einrichtungen, Angehörige oder Kostenträger).
- Der interne Kunde: Alle internen Leistungen in einer Einrichtung haben auch einen internen Adressaten, der die Arbeitsergebnisse weiterverwendet. Er hat im QM ebenfalls Kundenstatus.⁸¹

Diese Kunden definieren die Qualität einer Einrichtung. Die konsequente Kundenorientierung ist daher eine der wichtigsten Grundlagen des Qualitätsmanagements. Pat. können also als Kunde einer Arztpraxis gesehen werden. Sie sind als Nutzer von Dienstleistungen und als Koproduzenten ihrer eigenen Gesundheit als gleichberechtigter Partner im Gesundheitssystem zu sehen.⁸² Wenn man Pat. als Kunden ansieht, so hat er auf einmal Rechte, die man ihm bisher häufig verwehrt hat oder die als unnötig angesehen wurden. Dazu zählt auch das Recht auf angemessene Information. Kunden der Ärztinnen und Ärzte sind auch deren Kollegen. Sie erhalten als interne Kunden unter anderem Laborwerte, Röntgenbefunde und Befunde. Kooperierende Einrichtungen und Kostenträger, so genannte Systempartner, zählen ebenfalls zu den Kunden der Ärztinnen und Ärzte. Entsprechend stehen Leistungs- und Funktionsbereiche in Kunden-Lieferanten-Beziehungen zueinander. Vor diesem Grundsatz sollte im Sinne der Kundenorientierung von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und ihren Kommunikationspartnern angestrebt werden, eine optimale Kommunikations- und Informationsklima an den Schnittstellen zu erreichen.

⁸¹ vgl. <http://www.payer.de/arztpatient/gesundheitsoekonomie03.htm>

⁸² vgl. BMGFJ 2005, S.51

3.4.2.7. *Qualitätsentwicklung durch Standardisierung*

Qualitätsentwicklung durch Standardisierung findet im Gesundheitswesen immer stärkere Anwendung. Insbesondere medizinischen Leitlinien gewinnen in der gesundheitlichen Versorgung zunehmend an Bedeutung.⁸³

Qualitätssicherung in der Medizin fordert Standardisierung und die Einhaltung struktureller und prozessualer Normen. Das steht oft im Widerspruch zur Einmaligkeit der Arzt-Patienten-Beziehung. Es ist jedoch klar, dass in Teilbereichen der ärztlichen Tätigkeit Gemeinsamkeiten vorhanden sind, die sich in Gesetzmäßigkeiten fassen lassen. Gerade im Bereich des Schnittstellenmanagements ist es nahe liegend, dass immer wiederkehrende Prozesse standardisiert ablaufen sollten, um so Fehler zu vermeiden.

3.4.2.8. *Instrumente zur Beschreibung von Standardabläufen*

Grundsätzlich unterscheidet man im QM zwischen Vorgabe- und Nachweisdokumenten. Bei Vorgabedokumenten handelt es sich um interne und externe Unterlagen, die einen festgelegten Standardzustand beschreiben (z.B. Verfahrensanweisungen, Standard Operating Procedures, QM-Handbuch⁸⁴ oder Checklisten). Unter Nachweisdokumenten sind alle Aufzeichnungen zu den Abläufen und Ergebnissen zu verstehen (z.B. Anamneseblätter, Befunde oder ausgefüllte Checklisten). Nachweisdokumente dienen auch als Beleg der Qualitätsleistung gegenüber Behörden oder Kundinnen und Kunden und sind daher nach einem festgelegten System und den gesetzlichen Vorgaben zu archivieren.⁸⁵

⁸³ vgl. Walter 2007, S.5

⁸⁴ siehe z.B.: http://www2.quality-management.com/download/pdf/Rossmannith_Handbuch_ISO_9001.pdf Zugriff: 08.06.2009

⁸⁵ vgl. <http://www.qm-web.de/fachwissen/glossar/glossareintrag.2008-03-11.145044-1> Zugriff: 08.06.2009

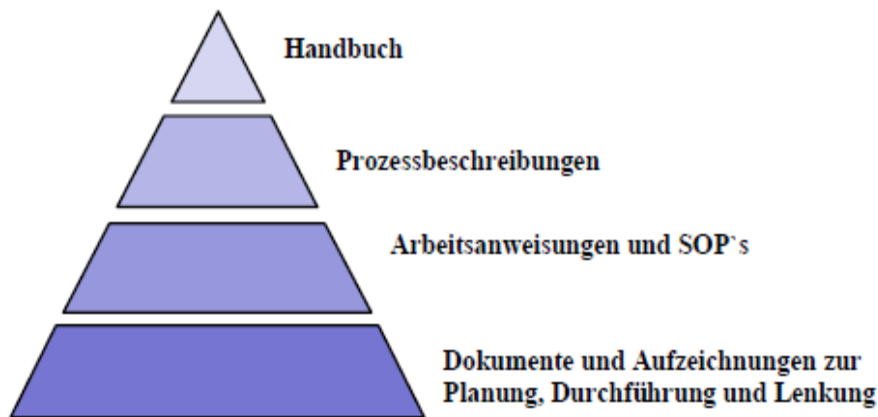


Abb.6: Die Dokumentation des Qualitätsmanagementsystems – hierarchische Ebenen⁸⁷

Verfahrensanweisungen bilden ein Instrument um Prozesse zu regeln, an denen mehrere Personen und Arbeitsplätze oder -bereiche beteiligt sind, also alle Abläufe mit Schnittstellen. Sie sind hochgradig standardisiert und formalisierte. Es müssen bestimmte Bestandteile immer vorhanden sein und sie werden in allen Verfahrensanweisungen stets gleich benannt. Durch diese Formalisierung geht der Ersteller systematisch vor und sie hilft, noch vorhandene qualitäts- oder risikorelevante Schwachstellen zu erkennen und zu regeln. Des Weiteren sind Verfahrensanweisungen eine nützliche Dokumentation der Abläufe für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Außerdem erlauben sie dem Auditor, die in der Praxis durchgeführten Prozesse schnell nachvollziehen zu können⁸⁷. Der Anhang zeigt ein Bsp. für eine VA mit dem Titel „Kommunikation mit externen Partnern“.

⁸⁶ http://www.meduniwien.ac.at/klpharm/htm/OM_Handbuch_Klin%20Pharm%20081126.pdf Zugriff: 08.06.2009

⁸⁷ vgl. KVWL 2005, S.14

4. Kommunikationsbedarfsanalyse im Setting Arztpraxis

Während dem Arbeitsprozess kommt es zwischen niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten und externen Partnern zu sehr vielen Kommunikationsprozessen. Es ist daher notwendig, diese genau darzustellen, um die Anwendbarkeit und das Nutzenpotential von standardisierten Abläufen an den Schnittstellen beurteilen zu können. Diese Kommunikationsprozesse werden im folgenden Kapitel mittels einer Kommunikationsbedarfsanalyse im Setting Arztpraxis ermittelt. Die Kommunikationserfordernisse sind bei der Kommunikationsbedarfsanalyse laut Schwarze (1998) zu spezifizieren nach

- Kommunikationspartnern,
- Kommunikationsverbindung,
- Kommunikationsmedium,
- Zeitbezug der Kommunikation sowie
- Kommunikationsarchitektur.⁸⁸

Kommunikationspartner können Stellen innerhalb eines Unternehmens oder externe Stellen sein.

Man unterscheidet zwischen direkten und indirekten Kommunikationsverbindungen. Bei der direkten Kommunikation steht man in unmittelbarem Kontakt mit dem Kommunikationspartner (z.B. bei einem Gespräch). Bei der indirekten Kommunikation gelangt die Information über ein Speichermedium vom Sender zum Empfänger (z.B. ein Brief).

Kommunikationsmedien können in Datenträger und Leitungen eingeteilt werden. Beim Zeitbezug der Kommunikation unterscheidet man zwischen simultan und verzögert.

⁸⁸ Schwarze 1998, S.107

Erreicht die abgesandte Nachricht den Empfänger sofort, spricht man von simultaner Kommunikation. Tritt sie jedoch zeitversetzt ein, handelt es sich um eine verzögerte Kommunikation.

Die Kommunikationsarchitektur nimmt Bezug auf den Aufbau des Systems. Ein geschlossenes System steht nur bestimmten Kommunikationspartnern zur Verfügung. Es ermöglicht Unbefugten keinen Zugang. Ein offenes System bietet freien Zugang für beliebige Teilnehmer.⁸⁹

4.1. Die Kommunikationspartner der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte

Um die optimale Versorgung von Pat. zu gewährleisten, ist die Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen notwendig. Abb.7 zeigt eine Auswahl der wichtigsten Kommunikationspartner der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte dargestellt.

⁸⁹ ebd., S.107f.

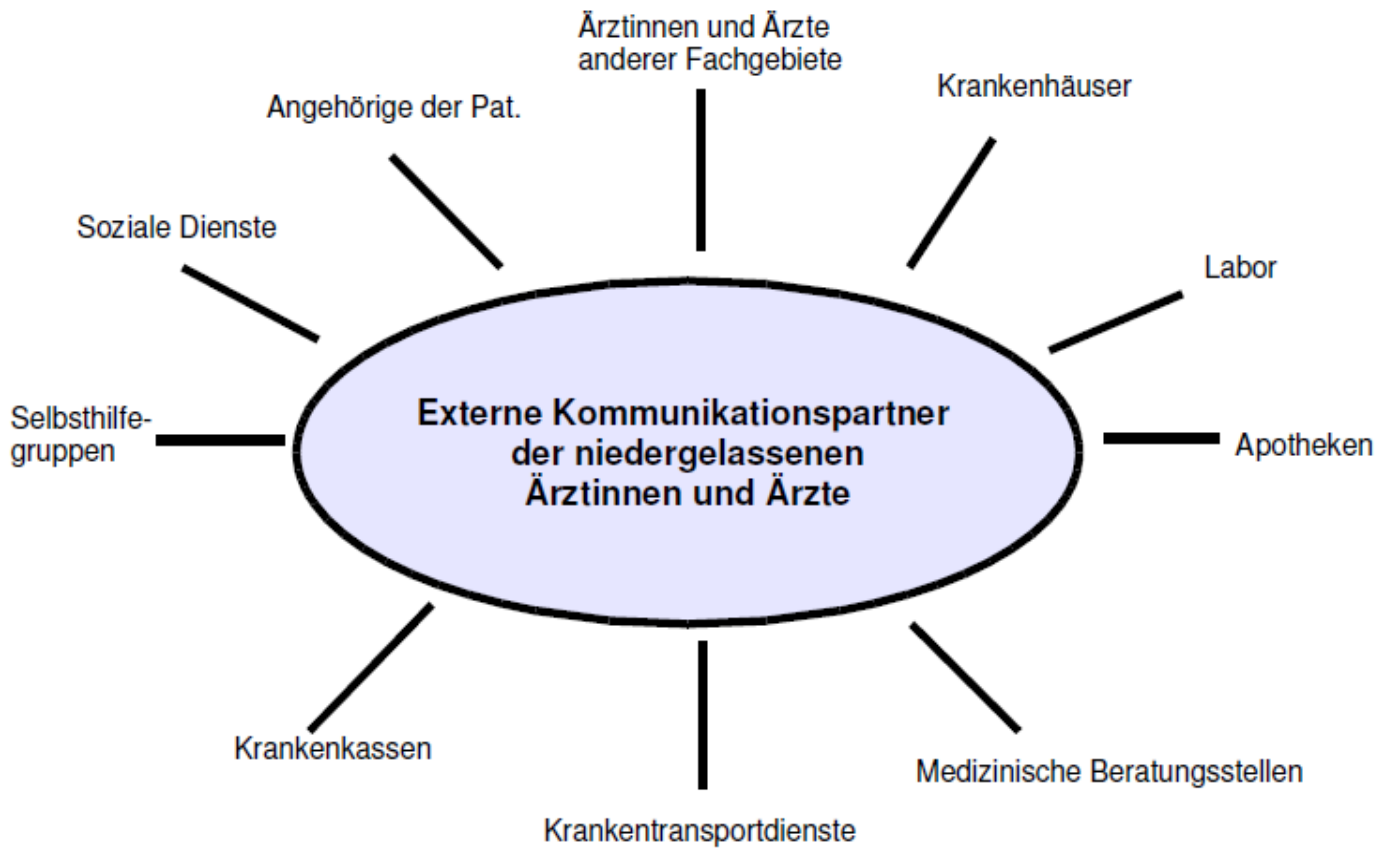


Abb.7: Externe Kommunikationspartner der Arztpraxis – eine Auswahl⁹¹, eigene Grafik

Die folgende Beschreibung der externen Kommunikationsprozesse von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten beruhen auf einem Gespräch mit einem praktischen Arzt, meiner Praxiserfahrung sowie relevanter Literatur.

⁹⁰ vgl. http://www.aezq.de/aezq/kompendium_q-m-a/kapitel-4

Arzt und Ärztin ↔ Patient und Patientin

Die Kommunikation mit dem Patienten ist im Behandlungsprozess natürlich von besonderer Bedeutung und das wichtigste Handwerkszeug des Arztes. Die externe Kommunikation mit den Pat. findet in Österreich hauptsächlich über das Telefon statt. Es werden gesundheitliche Fragen geklärt und die Arzthelferin oder der Arzthelfer vereinbart Termine mit den Pat..

Arzt und Ärztin ↔ Labor

Die Ärztin oder der Arzt sendet täglich an mehrere Laboratorien Probematerial. Nach der Befundung bekommt er die Ergebnisse übermittelt. Dies geschieht per Fax, mittels Botendienst einer Laborgemeinschaft, per Post und teilweise elektronisch. Gibt es Unklarheiten, so wird mit dem zuständigen Labor telefonische Rücksprache gehalten.

Arzt und Ärztin ↔ Rettungsdienst

Die Ärztin oder der Arzt tritt mit dem Rettungsdienst telefonisch in Verbindung, meist um einen Patiententransport zu vereinbaren. Die nötigen Papiere (Überweisung, Transportantrag) werden vom Rettungsdienst direkt in der Praxis abgeholt.

Arzt und Ärztin ↔ Chefarzt und Chefärztin

Aufgrund der am 10. Dezember 2004 erlassenen Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung (HBKV) darf ab 1. Jänner 2005 die Einholung einer Bewilligung chefarztpflichtiger Medikamente nicht mehr auf die Patienten übertragen werden. Bis zur flächendeckenden Verfügbarkeit der e-card (Ende 2005) konnte die Genehmigung von der zuständigen Ärztin oder vom zuständigen Arzt per Fax eingeholt werden. Diese Anfrage wird mit Einführung der Chipkarte Ende 2005 auf elektronischem Weg via Internet von der behandelnden Ärztin oder vom Arzt durchgeführt und vom zuständigen

Chefarzt bzw. von der zuständigen Chefärztin möglichst rasch bearbeitet. Grundlage hierfür ist das Vorliegen der notwendigen Befunde oder eine Diagnose.

Arzt und Ärztin ↔ Apotheke

Tritt die Apotheke mit der Ärztin oder dem Arzt in Kontakt, handelt es sich meistens um Unklarheiten betreffend eines ausgestellten Rezepts. Die Apothekerin oder der Apotheker nimmt telefonisch Kontakt mit der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt auf.

Arzt und Ärztin ↔ Pharmaindustrie

Die Vertreterinnen und Vertreter der unterschiedlichen Pharmafirmen kommen in regelmäßigen Abständen in die Arztpraxis, um die Ärztinnen und Ärzte persönlich über neue bzw. veränderte Medikamente zu informieren. Meist werden der Ärztin oder dem Arzt Informationsmaterial sowie Medikamentenmuster überreicht.

Arzt und Ärztin ↔ Krankenhaus

Hier handelt es sich bei den Kommunikationsprozessen am häufigsten um den Austausch von Befunden. Ist die stationäre Aufnahme von Pat. notwendig, bekommen diese von den behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die Einweisungspapiere ausgestellt. Es ist üblich, dass die Pat. den Befund persönlich vom Krankenhaus mitnehmen und diesen in Folge den weiterbehandelnden niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten übergeben. Ansonsten werden nach der Entlassung der Ärztin oder dem Arzt die Befunde auf dem Postweg übermittelt.

Arzt und Ärztin ↔ Pflegeeinrichtungen

Die Ärztin oder der Arzt macht regelmäßig Hausbesuche in Pflegeheimen bei den von ihm zu betreuenden Pat.. Die Rezeptanfragen werden von den zuständigen Pflegekräften per Fax oder elektronisch in die Praxis geschickt. Die angeforderten Rezepte werden bei der nächsten Visite ins Pflegeheim mitgebracht.

Arzt und Ärztin ↔ Arzt und Ärztin

Beim Informationsaustausch zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten handelt es sich größtenteils um Befundübermittlungen. Hierfür gibt es in Österreich keine einheitliche Vorgehensweise. So werden Befunde per Post, per Fax oder teilweise elektronisch übermittelt. Übergeordnetes Ziel zur effektiven und effizienten Kommunikation sollte eine bundesweite Standardisierung der Übermittlungsprotokolle medizinischer Daten sein.

Es wird deutlich, dass es in der Gesundheitsversorgung neben dem niedergelassenen Arzt viele weitere Leistungserbringer gibt. Ein durchgehender Informations- und Kommunikationsfluss ist demnach unabdinglich, um die Kontinuität der Patientenversorgung sicherzustellen.

4.2. Kommunikationsverbindung

Die Kommunikationsverbindung zwischen niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten und deren externen Partnern kann direkt oder indirekt geschehen. Bei der direkten Kommunikationsverbindung stehen die Kommunikationspartner in direktem Kontakt (z.B. Gespräch). Wenn die Information durch ein Speichermedium vom Sender zum Empfänger geht, spricht man von einer indirekten Kommunikationsverbindung (z.B. elektronische Befundübermittlung).

4.3. Kommunikationsmedium

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte kommuniziert mit den externen Partnern entweder übers Telefon, mittels FAX, übers Internet oder per Post.

Medienbrüche

Jegliche Daten und Informationen sind an ein bestimmtes Medium gebunden. Solche Medien können z.B. Sprache, Papierformulare oder EDV sein. Jeder Übergang von einem Medium auf das andere ist ein Medienbruch. Diese kosten Zeit und erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Fehlern. Folgende Beispiele können hierfür aufgezeigt werden:

- Befundübermittlung
- Labordaten
- Überweisung
- Rezept

4.4. Zeitbezug der Kommunikation

Der Informationsaustausch an den Schnittstellen kann entweder simultan, (die abgesandte Nachricht erreicht den Empfänger sofort) oder verzögert (Information trifft zeitversetzt ein) geschehen. Ein Beispiel aus der Praxis für eine simultane Übermittlung der Information ist die telefonische Beratung von Pat.. Wird der Befund per Post versandt, so trifft die Information zeitversetzt beim Empfänger ein. Dies ist ein Beispiel für eine verzögerte Kommunikation.

4.5. Kommunikationsarchitektur

Kommunikationssysteme können einen offenen oder geschlossenen Aufbau haben.

Geschlossenen Kommunikationssysteme stehen nur den systemseitigen Kommunikationspartnern zur Verfügung und ermöglichen Dritten keinen Zugang. Bei offenen Systemen besteht freier Zugang für beliebige Teilnehmer. Besonders bei der elektronischen Übermittlung von Pat.daten werden hohe Anforderungen an die Übertragungssicherheit gestellt. Bei der Übermittlung von personenbezogenen Daten, welche den Gesundheitszustand betreffen, sind eine Reihe von gesetzlichen Vorgaben zu beachten. Dazu zählen insbesondere das GTeIG (Gesundheitstelematikgesetz) und das DSGVO (Datenschutzgesetz) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Telefon stellt ein offenes Kommunikationssystem dar. Alle Pat. können Ärztinnen und Ärzte telefonisch kontaktieren. Die Bewilligung von chefarztpflichtigen Medikamenten erfolgt elektronisch über ein geschlossenes System. Nur die anfragende Ärztin oder der anfragende Arzt sowie die zuständigen Chefärztinnen bzw. -ärzte haben Zugang. Das ist ein Beispiel eines geschlossenen Kommunikationssystems.

Kommunikationspartner	Zweck	Kommunikationsmedium	Zeitbezug der Kommunikation	Kommunikationsarchitektur
Patient	Beratung	Telefon	simultan	offen
	Terminvereinbarung	Telefon, teilweise Internet	Simultan, teilweise verzögert	offen
Arzt	Befundübermittlung	Postweg, Fax, Internet	verzögert	geschlossen
	Befundabklärung	Telefon	simultan	offen
	Informationsbeschaffung	Telefon	simultan	offen
Labor	Befundübermittlung	Postweg, Fax, selten elektronisch	verzögert	geschlossen
	Abklärung von Unklarheiten	Telefon	simultan	offen
Rotes Kreuz	Transportauftrag	Telefon	simultan	offen

Chefarzt	Bewilligung von chefarztpflichtigen Medikamenten	Internet	simultan	geschlossen
Krankenkasse	Krankenstands-meldung	Postweg	verzögert	geschlossen
	Gesundmeldung	Postweg	verzögert	geschlossen

Tab.2: Übersicht über die häufigsten Informations- und Kommunikationsprozesse der niedergelassenen Ärztin und des niedergelassenen Arztes, eigene Tabelle

Tabelle 2 zeigt, dass selbst bei den häufigsten externen Informations- und Kommunikationsprozessen in einer Arztpraxis keine einheitlichen Vorgehensweisen bestehen bzw. unterschiedliche Kommunikationsmedien verwendet werden. Man kann jedoch erkennen, dass der überwiegende Teil des Informations- bzw. Kommunikationsaustausches an den Schnittstellen telefonisch oder auf dem Postweg erfolgt. Besonders auffällig ist, dass bei der Befundübermittlung keinerlei einheitliche Vorgehensweisen zu erkennen sind.

5. Die Schnittstellenproblematik

Schnittstellenprobleme können u.a. durch Informationsineffizienzen, wenn entlang einer Pat.karriere die Übergabe von Informationen zwischen den Leistungserbringern nicht oder nicht optimal erfolgt, entstehen. Informationsineffizienzen entstehen schon dadurch, dass von verschiedenen Anbietern auf unterschiedlichem Niveau und unterschiedliche Art Informationen erfasst werden und es entlang von Pat.karrieren keine institutionalisierte Verpflichtung der Informationsweitergabe gibt, sowie die Kompatibilität einzelner Systeme oft nicht gegeben ist.

Brockhoff (1989) beschreibt vier Hauptursachen, die Barrieren an den Schnittstellen hervorrufen:

1. Divergente Umweltwahrnehmung
2. Mangelnde Konkurrenzanalyse
3. Unklare Zuständigkeiten
4. Kulturunterschiede⁹¹

Wermeyer (1994) beschreibt folgende Entstehungsursachen von Problemfeldern, die sich mit jenen von Brockhoff überschneiden, diese jedoch auch ergänzen:

1. Unmittelbar schnittstellenbezogene Konfliktpotentiale: Hierzu zählen die Unterschiede in den Aufgaben und der Subsystemkultur, zeitliche Divergenzen Subsysteme sowie die räumliche Trennung der Subsysteme.

2. Mittelbare schnittstellenbezogene Konfliktpotentiale: Darunter fallen divergierende Zielvorstellungen sowie Verhaltensmuster der Subsystem-Mitglieder⁹²

Die räumlich getrennte Abstimmung über die Behandlung von Pat. zwischen getrennten Akteuren im Gesundheitswesen erfolgt meist über medienvermittelte Kommunikation (z.B. E-Mail, Telefon, Briefverkehr). Laut Brockhoff/Hauschildt (1993) reicht dies oft nicht aus, um komplexe Sachverhalte darzustellen. Eine persönliche ("Face-to-Face") wäre besser geeignet, um die umfangreichen Informationen zu übermitteln.⁹³ Dies wird in der Gesundheitsversorgung durch die räumliche Distanz der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten und anderen Akteuren jedoch verhindert.

Bei dieser Einteilung ist jedoch darauf hinzuweisen, dass direkter Bezug auf Kooperationsprobleme zwischen den Abteilungen Marketing und Produktion genommen wird. Da sie sich teilweise mit dem Erklärungsansatz von Brockhoff gleicht, kann aber eine Allgemeingültigkeit unterstellt werden.⁹⁴

In den beschriebenen Ansätzen wird angenommen, dass das Konfliktpotential mit der Existenz von Schnittstellen verbunden ist (mittelbar oder unmittelbar). Das würde

⁹¹ vgl. Brockhoff 1989, S.43ff

⁹² vgl. Wermeyer 1994, S.27ff

⁹³ vgl. Brockhoff/Hauschildt 1993, S.401

⁹⁴ vgl. Lauß 2001, S.6

heißen, dass ohne Schnittstellen die genannten Probleme nicht in dieser Form vorhanden wären.⁹⁵ Ohne diese Schnittstellen wären eine Arbeitsteilung sowie eine systemübergreifende Zusammenarbeit jedoch nicht möglich. Das Ziel muss also sein, den Konflikt zwischen Kommunikationsproblemen und den Vorteilen, die sich aus Komplexitätsreduktion und Spezialisierung ergeben, zu lösen.

Eine externe Ärztin oder ein externer Arzt muss oftmals mehrere Telefongespräche zur Nachfrage führen, bis er die nötigen Informationen hat, um den Behandlungsfall von zu ihm zurückgekehrten Pat. weiterführen oder abschließen zu können. Dies vor allem deshalb, weil er sich oftmals die nötigen Information nicht selbst besorgen kann oder der Besitzer der Information nicht erreichbar ist.⁹⁶

5.1. Die optimale Schnittstelle

Betrachtet man die Massenfertigung, z.B. Fließbandarbeit, lässt sich daraus ableiten, wie die optimalen Schnittstellen aussehen sollten:

- Es handelt sich um aufeinander aufbauende Elemente eines klar definierten sowie schlüssig durchstrukturierten Arbeitsablaufs.
- Jeder Arbeitsvorgang wird mit einem klar definierten Ergebnis abgeschlossen. Danach wird an die nächste Stufe im Arbeitsprozess übergeben, wo keine Notwendigkeit für eine Einarbeitung gegeben ist.
- Jeder Arbeitsvorgang wird also in einem klar definierten Zustand übernommen⁹⁷

Um dies erreichen zu können, ist die genaue detaillierte Analyse des Gesamtprozesses nötig. Außerdem müssen sich alle am Prozess beteiligten Personen exakt an diesen Standardablauf halten. Nur dann ist gewährleistet, dass trotz der Schnittstellen

⁹⁵ vgl. Wermeyer 1994, S.28

⁹⁶ vgl. Stöckl 2006, S.64

⁹⁷ vgl. <http://www.umsetzungsberatung.de/lexikon/schnittstellen.php> Zugriff: 03.06.2009

verlustfrei gearbeitet wird. Die ideale Schnittstelle braucht also standardisierte Abläufe.

5.2. Lösungsansätze

Um die Schnittstellenproblematik erfolgreich beseitigen zu können, müssen entsprechende Standards für den Informationsaustausch zwischen den einzelnen Akteuren entwickelt, aus bestehenden Projekten übernommen und verbindlich im Gesundheitswesen eingesetzt werden.⁹⁸

Es finden sich in der Literatur einige Beschreibungen von Lösungsansätzen bzgl. der Schnittstellenproblematik:

- Es existieren regionale Projekte, die in einzelnen Städten oder Bundesländern umgesetzt werden.^{99,100,101}
- Weiters versucht man, auf Bundesebene Vorgehensweisen zu erarbeiten, die eine einheitliche Kommunikation zwischen den einzelnen Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen ermöglichen sollen.^{102,103}
- Es gibt auch Standardisierungsversuche in der elektronischen Kommunikation, die weltweit gleiche Übermittlungsstandards in der Medizin zum Ziel haben.^{104,105}

⁹⁸ vgl. BGFJ 2005, S.45

⁹⁹ z.B. Gesundheitsnetzwerk Tirol (GNT); Für Informationen zum Projekt siehe: Mayrhofer, R.: E-Health, ELGA & Co – Patientenschutz hat Vorrang. Österreichische Ärztezeitung 2009; 10:S.22f.

¹⁰⁰ z.B. Styriamed.net; Für Informationen zum Projekt siehe: <http://www.styriamed.net>

¹⁰¹ z.B. MedTogether. Für genaue Informationen zum Projekt siehe: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Frauen (Hrsg.): Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. MedTogether – Endbericht. Wien 2005

¹⁰² z.B. Bundesgesundheitsagentur; Für Informationen siehe:

<http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0714&doc=CMS1164100818910>

¹⁰³ z.B. Gesundheitstelematikgesetz: http://reference.e-government.gv.at/uploads/media/Gesundheitstelematikgesetz_2005.pdf

¹⁰⁴ vgl. Ückert et al. 2003, S.114-118

¹⁰⁵ vgl. Klein 2002, S.103-114

5.2.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Bei der Übermittlung von personenbezogenen Daten, welche den Gesundheitszustand betreffen, sind eine Reihe von gesetzlichen Vorgaben zu beachten. Dazu zählen insbesondere das GTeIG (Gesundheitstelematikgesetz) und das DSGVO (Datenschutzgesetz) in der jeweils geltenden Fassung.

5.2.2. Der Stellenwert des Computers zur Lösung der Schnittstellenproblematik

Viele Studien haben gezeigt, dass ein standardisiertes, computerbasiertes System zur Informationsweitergabe Verbesserungen gegenüber den aktuellen Vorgehensweisen bringen würde.^{106,107}

Im Jahr 2009 haben 100% der Arztpraxen mit Kassenverträgen einen Computer, der mit der Nationalen Datenbank der Sozialversicherung in Wien verbunden ist. Dies hängt mit der Einführung der GINA-box und der e-card zusammen.

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG haben sich die Vertragsparteien auf die Konzeption und Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) und der elektronischen Verschreibung (eRezept) verständigt. Vom e-Rezept werden neben Effizienzgewinnen qualitative Verbesserungen zum Nutzen der Pat. erwartet.¹⁰⁸

Seit 2005 ist die Vorlage der e-card für alle Krankenversicherten notwendig, um Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Auf der Karte sind Name, akademischer Grad sowie Versicherungsdaten gespeichert. Die Rückseite der Karte ist zugleich die Europäische Versicherungskarte.¹⁰⁹

Im Jahr 2006 verwendeten mehr als 75 % der Ärztinnen und Ärzte im privaten Sektor eine Praxissoftware und 25 % nützen diese für den elektronischen Austausch von Daten und Informationen.¹¹⁰

¹⁰⁶ siehe z.B. Harris et al. 2002

¹⁰⁷ siehe z.B. Taylor et al. 1997

¹⁰⁸ vgl. Hofmarcher/Rack 2006, S.183

¹⁰⁹ vgl. BMGF 2005, S.52

¹¹⁰ vgl. Maresch/Protti 2006, S.5

Kennzeichen elektronischer Kommunikation in Österreich

Zurzeit gibt es noch kein nationales Netzwerk in Österreich. In den letzten Jahren gab es jedoch große Fortschritte bzgl. dem Aufbau eines bundesweiten Informationsnetzwerkes.

Zurzeit existieren 4 Hauptnetzwerke in Österreich:

- Ein Netzwerk der Sozialversicherung
- Ein Spitalsnetzwerk
- Ein Netzwerk, das eine Teil der Ärztinnen und Ärzte im privaten Sektor verbindet (insgesamt gibt es zirka 12.000 Ärztinnen und Ärzte, 3.500 von ihnen sind durch dasselbe System verbunden)
- Ein Netzwerk, das alle privaten Laboratorien und Radiologen verbindet.

Der Anteil an Arztpraxen, die an ein elektronisches Netzwerk angebunden sind, liegt zwischen 10% in Wien und mehr etwa 35% in Vorarlberg. Der österreichische Durchschnitt liegt bei 20%.¹¹¹

Der elektronische Austausch von Pat.daten hat in den letzten Jahren zugenommen. Durch die Implementierung von lokalen Lösungen, ist es zu einer Vielzahl an isolierten und inkompatiblen Ansätzen gekommen. Da das österreichische Gesundheitssystem größtenteils dezentralisiert ist und unabhängige Strukturen vorliegen, existieren eine Vielzahl von Vernetzungsansätzen zum elektronischen Datenaustausch. Um den Austausch von medizinischen Daten zu erleichtern, ist es in den letzten Jahren üblich geworden, das Faxgerät zu verwenden.¹¹²

¹¹¹ vgl. Maresch/Protti 2006, S.7

¹¹² vgl. ebd. S.8

Bis zu 70 % der Laborergebnisse werden elektronisch in die Arztpraxis übermittelt. In den meisten Fällen werden Ergebnisse dann von der Praxisassistentin oder dem Praxisassistent ausgedruckt. Bei der Übermittlung werden über 50 verschiedene Formate verwendet - die meisten mit standardisiertem Namen, jedoch ohne standardisierten Inhalt. Die Befundübermittlung vom Spezialist zum Allgemeinmediziner erfolgt üblicherweise auf dem Postweg oder per Fax. 40% der österreichischen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner können Befunde auf elektronischem Weg empfangen. Die meisten Radiologen verschicken ihre Befunde elektronisch. Viele Ärztinnen und Ärzte lehnen die elektronische Befundübermittlung ab, da das Risiko von Datenverlust bzw. -missbrauch nicht zu 100 % ausgeschlossen werden kann.¹¹³

Durch die mangelnde Vernetzung der Leistungserbringer bzw. das Fehlen einer einheitlichen Patientenakte ist es schwer möglich, eine Übersicht über die Krankengeschichte von Pat. zu erhalten. Die Transaktionskosten für Befundübermittlung und Datennacherhebung sind hoch und Medienbrüche verzögern den Diagnose-, Behandlungs- und Rehabilitationsprozess. Weiters sind vermeidbare Doppeluntersuchungen unangenehm für Pat.. Hier gibt es ein großes Verbesserungspotential. Zu einer möglichen Verbesserung könnte eine zentral verfügbare Krankengeschichte, mit Zugriffsrecht für alle Beteiligten, beitragen.¹¹⁴

¹¹³ vgl. ebd., S.9

¹¹⁴ vgl. Baer/Aeppli 2002, S.10

6. Ergebnisse

6.1. In welchem Ausmaß sind standardisierte Abläufe an den Schnittstellen zwischen niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten und deren externen Kommunikationspartnern umsetzbar?

Die häufigsten Probleme im Bereich des Schnittstellenmanagements zwischen niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten und deren externen Kommunikationspartnern finden sich im Bereich der Befundübermittlung.

Eine vollständige Standardisierung ist jedoch im Gesundheitswesen häufig nicht möglich, da die Abläufe entweder zu variantenreich sind oder zu viel Flexibilität erfordert wird. Weiters kann kein hoher Grad an Standardisierung erreicht werden, wenn es sich um seltene Ereignisse handelt, bei denen sich eine Standardisierung nicht lohnen würde. Aber selbst für die Gestaltung solcher Schnittstellen gibt es Prinzipien, die teils aus hochstandardisierten Prozessen abgeleitet sind, teils auf die Besonderheiten von nicht oder nur teilweise standardisierbaren Prozessen zugeschnitten sind.¹¹⁵

Eine Möglichkeit, um Schnittstellen zu überwinden und zu ist die Leistungserbringung innerhalb von Versorgungsgemeinschaften. Auch wenn die Aufgaben der Koordination und des Informationsmanagements an einer zentralen Anlaufstelle erbracht werden, ist durch die einheitliche Vorgehensweise eine Verbesserung an den Schnittstellen im Gesundheitswesen zu erwarten. In diesem Zusammenhang ist die Notwendigkeit der Implementierung von einheitlichen Dokumentationssystemen und Systemen zum elektronischen Datenaustausch zu erwähnen.¹¹⁶

¹¹⁵ vgl. <http://www.umsetzungsberatung.de/lexikon/schnittstellen.php> Zugriff: 03.06.2009

¹¹⁶ vgl. Wechselberger 2005, S.82

6.2. Welchen Nutzen haben standardisierten Abläufe an den Schnittstellen zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und deren Kommunikationspartner?

Die Ziele und der Nutzen, die mit Projekten zum Schnittstellenmanagement in Österreich mit sich bringen sollten, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Nachhaltige Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements zur besseren Integration der Leistungserbringung im stationären Sektor mit jener im ambulanten Bereich
- Verbesserung der Pat.betreuung, insbesondere die Verbesserung der Durchlässigkeit der Strukturen für die Pat.
- Steigerung der Zufriedenheit von vor- und nachbetreuenden Einrichtungen
- Steigerung der Effizienz durch ökonomischen Mitteleinsatz

Durch Standardisierung von Abläufen, einem effizienteren Methodeneinsatz, einer systematischen Schwachstellenbeseitigung und der Verringerung von Dokumentationsaufgaben können die Betriebskosten der Arztpraxis deutlich gesenkt und somit den steigenden Kosten im Gesundheitssystem entgegengewirkt werden.¹¹⁷

Die Voraussetzung für gesteigerte Transparenz in der ambulanten Gesundheitsversorgung ist die Einführung von verbindlichen Standards. Erst dadurch können Strukturen und Prozesse verglichen werden.¹¹⁸ Die Standardisierung trägt dazu bei, die Entscheidungsprozesse und Vorgehensweisen der handelnden Akteure zu koordinieren und für alle Beteiligten transparenter und besser nachvollziehbar zu machen. Und schließlich liefert die Standardisierung einen Maßstab, mit dessen Hilfe das Handeln messbar und bewertbar wird.¹¹⁹

Da es an den Übergängen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor der Gesundheitsversorgung sowie die Schnittstellen innerhalb der ambulanten Versorgung

¹¹⁷ vgl. Bade 2006, o.S.

¹¹⁸ vgl. BMGJF 2005, S.56

¹¹⁹ vgl. Walter 2007, S.6

zu großen Effizienzverlusten kommt, kann durch die Lösung der Schnittstellenproblematik eine deutliche Effizienzsteigerung erwartet werden. Bei zukünftigen Lösungsansätzen ist der Kontinuität der Behandlung, dem ungehinderten Informationsaustausch und der Behandlung der Pat. in den für das jeweilige Krankheitsbild richtigen Versorgungseinrichtungen zu bedenken.¹²⁰

¹²⁰ vgl. Wechselberger 2005, S.82

7. Diskussion

Den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte – vor allem den Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen – kommt in der Gesundheitsversorgung eine besondere Stellung zu: Sie können als Verbindungsglied zwischen allen an der Pat.betreuung beteiligten Akteure im Gesundheitswesen gesehen werden. Pat. haben meist ein Vertrauensverhältnis zu ihren Hausärztinnen und -ärzten, welche sie oft über Jahre hinweg betreuen. Gerade im Bereich der Allgemeinmedizin müssen im Sinne der Qualitätssicherung zukünftig besondere Bemühungen angestellt werden. Ein Schritt in diese Richtung bildet die Standardisierung von Arbeitsabläufen, insbesondere im Bereich der Befundübermittlung.

Betrachtet man das Gesundheitswesen aus ökonomischer Perspektive, so handelt es sich um den Einsatz der knappen Produktionsfaktoren ausführende Arbeit, Werkstoffe und Betriebsmittel, welche durch dispositive Arbeitsleistung organisiert werden. Laut wirtschaftswissenschaftlichen Studien und den Meinungen von Experten werden derzeit ca. 20-30% der Ausgaben im Gesundheitswesen nicht optimal eingesetzt. Die Verantwortlichen Akteure in der Gesundheitsversorgung stehen nun also vor der Herausforderung, jeweils Ihren Beitrag zu leisten, um die Wirksamkeit der eingesetzten Ressourcen zu erhöhen.¹²¹ Eines der größten Optimierungspotentiale liegt offensichtlich im Bereich des Schnittstellenmanagements.

Der hohe Spezialisierungsgrad im modernen medizinischen Versorgungssystemen bringt eine Vielzahl an Schnittstellen mit sich. Ein so komplexes System wie das der medizinischen Versorgung braucht gezielte Interventionen, die einer systembedingten Fehlversorgung entgegenwirken. Insbesondere die Vermeidung von Fehlentwicklungen an den Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern innerhalb der Gesundheitsversorgung bietet ein hohes Potential zur Steigerung von Effektivität und Effizienz des Systems.¹²²

¹²¹ vgl. Hauke 2007, S.367

¹²² vgl. Wechselberger 2005, S.97

Die mangelhafte Koordination der Pat.betreuung an den Schnittstellen zwischen den Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen kann als eines der schwerwiegendsten Probleme in der österreichischen Gesundheitsversorgung gesehen werden. Erfolgreich umgesetzte sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist im Gesundheitswesen Voraussetzung, um die optimale Versorgung der Patienten zu garantieren. Wichtig ist hierbei die richtige Identifikation der Ursachen von Problemen an den Schnittstellen. Erst wenn dies geschehen ist, können entsprechende Gegenmaßnahmen gesetzt werden. Eine konsequente Umsetzung und Einhaltung dieser Maßnahmen erleichtert die Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten und deren externen Partnern. In den letzten Jahren wurden bereits zahlreiche Versuche unternommen, um die Schnittstellenproblematik zu lösen. Auf Bundesebene können in diesem Zusammenhang die Bundesgesundheitsagentur oder das Gesundheitstelematikgesetz genannt werden. Auch auf lokaler und regionaler Ebene wurden in der Vergangenheit einige erfolgreiche Standards im Bezug auf das Schnittstellenmanagement entwickelt. Hierzu zählen z.B. MedTogether, GNT und Styriamed.

Um die Schnittstellenproblematik im österreichischen Gesundheitswesen zu verringern, sollten in Zukunft Schwerpunkte in folgenden Bereichen gesetzt werden:

- Bundes- bzw. landesweite Einigung über die Vorgangsweise an den Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung
- Systematische ökonomische Evaluation laufender Projekte zum Schnittstellenmanagements
- Systematische Pat.befragungen über Schnittstellen

Durch die Umsetzung von standardisierten Abläufen an den Schnittstellen kann ein sehr großer Nutzen für das gesamte Gesundheitswesen erreicht werden. Neben Standards zur Befundübermittlung benötigt man auch einheitliche Vorgaben für den Inhalt der

Formulare. Im besten Fall sollten diese Standards auf Bundesebene erarbeitet werden. Auf diese Weise wäre das größte Einsparungspotential im Bereich des Schnittstellenmanagements zu realisieren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Vernetzung und Standardisierung der Befundübermittlung und Kommunikation durchaus gewünscht und gefordert wird. Viele laufende Projekte decken aber nur Teilbereiche dieser theoretischen Forderungen ab. In Österreich ist es bis jetzt trotz zahlreicher Bemühungen noch nicht gelungen, die administrativen Bruchstellen an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Ebenen der Versorgung zu schließen.¹²³

¹²³ vgl. Hofmarcher/Rack 2006, S.155

8. Literaturverzeichnis

Ärzt Netzwerk Styriamed.net: <http://www.styriamed.net> Zugriff: 03.06.2009

ÄZQ – Homepage: http://www.aezq.de/aezq/kompodium_q-m-a/kapitel-4 Zugriff: 18.03.2009

Baer, C., Aeppli, R.: E-Health. Begriffe Funktionen Nutzen. St.Gallen 2002

Bade, T.: Netzwerkmanagement: http://www.salenus.de/downloads/qm_netzwerkkonzept.pdf
Zugriff: 15.03.2009

Becker, F., Reinhardt-Becker, E.: Systemtheorie. Frankfurt 2001

Berchtold, P.: Die Bedeutung von Nahtstellen zwischen ambulant und stationär.
Managed Care 2006;4:9f.

Berner, W.: Schnittstellen: Den Preis der Arbeitsteilung möglichst gering halten.
<http://www.umsetzungsberatung.de/lexikon/schnittstellen.php> Zugriff: 03.06.2009

Blonski, H., Stausberger, M. (Hrsg.): Prozessmanagement in Pflegeorganisationen.
Hannover 2003

Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte (Hrsg.): Gesundheitsagenturen –
Verbesserung des Schnittstellenmanagements Im Gesundheitswesen?
<http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d12/0304.pdf> Zugriff: 01.03.2009

Bundesministerium für Gesundheit: Bundesgesundheitsagentur
<http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html&channel=CH0714&doc=CMS1164100818910>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.): Gesundheitsbericht 2006.
Wien 2006

Bundesministerium für Gesundheit :

[1] Österreichischer Strukturplan Gesundheit:

<http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html&channel=CH0716&doc=CMS1136983382893> Zugriff:

19.05.2009

[2] Österreichischer Strukturplan Gesundheit:

[http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH0716/CMS1136983382893/oesg_2008 -](http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH0716/CMS1136983382893/oesg_2008_-_text_ohne_matrizen.pdf)

[_text_ohne_matrizen.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH0716/CMS1136983382893/oesg_2008_-_text_ohne_matrizen.pdf) Zugriff: 19.05.2009

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hrsg):

[1] Selbständige Ambulatorien in Österreich. Wien 2008

[2] Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. MedTogether – Endbericht. Wien 2005

[3] Reformen aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008-2013:

http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/1/CH0717/CMS1211801668459/artikel_reform_des_oesterreichischen_gesundheitswesens_08_geaendert20080620.pdf

Zugriff: 02.06.2009

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg): Das Gesundheitswesen in Österreich. Wien 2005

Brockhoff, K.: Schnittstellen-Management. Stuttgart 1989

Brockhoff, K., Hauschildt, J.: Schnittstellen-Management. Koordination ohne Hierarchie. Zeitschrift Führung+Organisation 1993;6:396-403

Cook, R., Render M., Woods D.: Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. BMJ 2000;320:791-4.

Egger, J.: Fakten zur Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation. Psychologische Medizin 2007;4:1-3.

GMDS-Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Medizin (Autorengruppe): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. Informatik, Biometrie und Epidemiologie in der Medizin und Biologie 1996; 27(4): 200-230.

Gesundheit Österreich GmbH:

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG): <http://www.goeg.at/media/download/Gesundheitsqualitaetsgesetz2005.pdf> Zugriff: 10.07.2009

Gosbee, J.: Communication among health professionals. BMJ 1998;316:642.

Greiling, M., Hessel, M., Berger, K.: Pfadmanagement im Krankenhaus. Stuttgart 2004.

Haase, K.: Koordination von Marketing und Vertrieb. Wiesbaden 2006.

Harris M., Giles, A., O’Toole, B.: Communication across the divide. A trial of structured communication between general practice and emergency departments. Aust Fam Physician 2002; 31(2):197-200.

Huber, M. (2006): Klinische Pfade. http://www.cchc.at/download/A3CP_Qualitas_06_1920.pdf
Zugriff: 25.04.2009

iso9001.qmb.info: QM-Grundsätze

<http://www.iso9001.qmb.info/system/grundsatz.htm> Zugriff: 08.06.2009

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (Hrsg.): KPQM-KVWL-Praxis-Qualitätsmanagement. Dortmund 2005.

Klein G.: Standardization of health informatics - results and challenges. Yearbook of Medical Informatics, 2002: 103 – 114.

Köhler, R., Görgen, W.: Schnittstellenmanagement. Die Betriebswirtschaft 1991;4: 527-529.

Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. et al.: Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA 2007;297:831-41.

Lauß, C.: Abteilungsübergreifende Zusammenarbeit. Hauptseminararbeit 2001.

Lüdecke, D.: Nachhaltigkeit und Nutzerorientierung im Schnittstellenmanagement.
http://www.danielluedecke.de/files/vortrag_080508.pdf Zugriff: 27.2.2009

Luhmann, N.: Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt 1984.

Mad, P., Johanson, T., Guba, B., Wild, C.: Klinische Pfade: Systematischer Review zur Ergebnismessung der Wirksamkeit klinischer Pfade. HTA-Projektbericht #16,2008.

Maresch, H., Protti, D.: Austrian General Practitioners and their computers – a case of making use of e-cards as of 2006.

http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/HIT/10country/Austria.pdf Zugriff:
15.03.2009

meduniwien.ac.at: QM-Handbuch

http://www.meduniwien.ac.at/klpharm/htm/QM_Handbuch_Klin%20Pharm%20081126.pdf

Zugriff:

08.06.2009

muellerscience.com: Definition System

http://www.muellerscience.com/SPEZIALITAETEN/System/System_Definitionen.htm

Zugriff: 08.06.2009

Nowak, P.: PatientInnen im Netzwerk. Integrierte Versorgung und PatientInnenorientierung. Beitrag zum 49. Kongress für Krankenhausmanagement. 2005.

Nüllen, H., Noppeney, T.: Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Deutschland 2006.

Österreichische Ärztezeitung 2009:

[1] Mayrhofer, R.: E-Health, ELGA & Co: Patientenschutz hat Vorrang. Österreichische Ärztezeitung 2009;10:22,24.

[2] Markaritzter, K.: Niedergelassene Ärzte: Startschuss für Imagekampagne. Österreichische Ärztezeitung 2009;10:21.

parlament.gv.at: Vereinbarung gemäß Art. 15A B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXII/II/ 00692/fname_030536.pdf Zugriff: 02.06.2009

qm-web.de: Dokumente

<http://www.qm-web.de/fachwissen/glossar/glossareintrag.2008-03-11.145044-1> Zugriff: 08.06.2009

quality-management.com: QM-Handbuch – Mustervorlage

http://www2.quality-management.com/download/pdf/Rossmannith_Handbuch_ISO_9001.pdf

Zugriff: 08.06.2009

Slesina, W.: Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften. Die Rehabilitation 1998; 37:122-128.

Schlüter, S., Dunkhorst, P.: ISO 9001:2000. Hamburg 2003.

Schreyögg, G.: Organisation. Wiesbaden 2008.

Schwarze, J.: Informationsmanagement: Planung, Steuerung, Koordination und Kontrolle der Informationsversorgung im Unternehmen. Herne/Berlin 1998.

Smith, P., Araya-Guerra, R., Bublitz, C., et al.: Missing clinical information during primary care visits. JAMA 2005;293:565-71.

Sprivulis, P., Walker, J., Johnston, D., et al.: The economic benefits of health information exchange interoperability for Australia. AMIA 2005 Symposium Proceedings Page – 1119.

Stiell, A., Forster, A., Stiell, I., et al.: Maintaining continuity of care: a look at the quality of communication between Ontario emergency departments and community physicians. Can J Emerg Med 2005;7:155-61.

Stöckl, Ch.: Konzeption und Evaluation eines Kriterienkataloges für rechnergestützte Befundübermittlung zur kooperativen Versorgung. Dissertation, Innsbruck 2006.

Taylor, D., Chappell-Lawrence J., Graham I.: Facsimile communication between emergency departments and GPs, and patient data confidentiality. Med J Aust 1997;167:575-8.

Toepler, E.: Qualitätsnetzwerke in der Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation 4/2008;160-167.

Ückert F., Ataian M., Großmann M., Prokosch H.: Medizinische Kommunikation im Umbruch - Was bringt E-Health für den Bürger. Telemedizinführer Deutschland, 2003.

Walter, U.: Qualitätsentwicklung durch Standardisierung – am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dissertation, Bielefeld 2007.

Wass A., Illingworth R.: What information do general practitioners want about accident and emergency patients? J Accid Emerg Med 1996;13:406-8.

Wechselberger, A.: Stellung und Aufgaben der Allgemeinmedizin in einem integrierten Gesundheitsversorgungssystem.

http://www.dr-wechselberger.at/Stellung_und_Aufgaben_der_Allgemeinmedizin_in_einem_integrierten_Gesundheitsversorgungssystem.pdf Zugriff: 19.05.2009

Weidenauer, C.: Schnittstellenmanagement zwischen dem Krankenhaus und dem extramuralen Bereich. Eine Notwendigkeit für die Zukunft?

<http://www.oegvp.at/2000i.pdf> Zugriff: 27.2.2009

Wermeyer, F.: Marketing und Produktion, Wiesbaden 1994.

Wirtschaftslexikon24.net: Schnittstellenmanagement

<http://www.wirtschaftslexikon24.net/d/schnittstellenmanagement/schnittstellenmanagement.htm> Zugriff:
25.04.2009

Wölker, T.: Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – So managen Sie Qualität. Neu-
Isenburg 2002.

9. Anhang

ABC-med

Verfahrensanweisung

Titel: Kommunikation mit externen Partnern

Zielsetzung: Bei der Kommunikation mit anderen Dienstleistern im Gesundheitswesen werden alle relevanten Informationen vollständig und zeitnah übermittelt.

Geltungsbereich: in allen ABC-med Praxen

Verantwortlich für Inkraft- und Außerkraftsetzen: Praxisinhaber

Regelungsinhalt: Durchführung einer Überweisung gemäß ABC-med Überweisung, Schreiben eines zeitnahen Arztbriefes gemäß ABC-med Arztbrief

Mitgeltende Unterlagen:

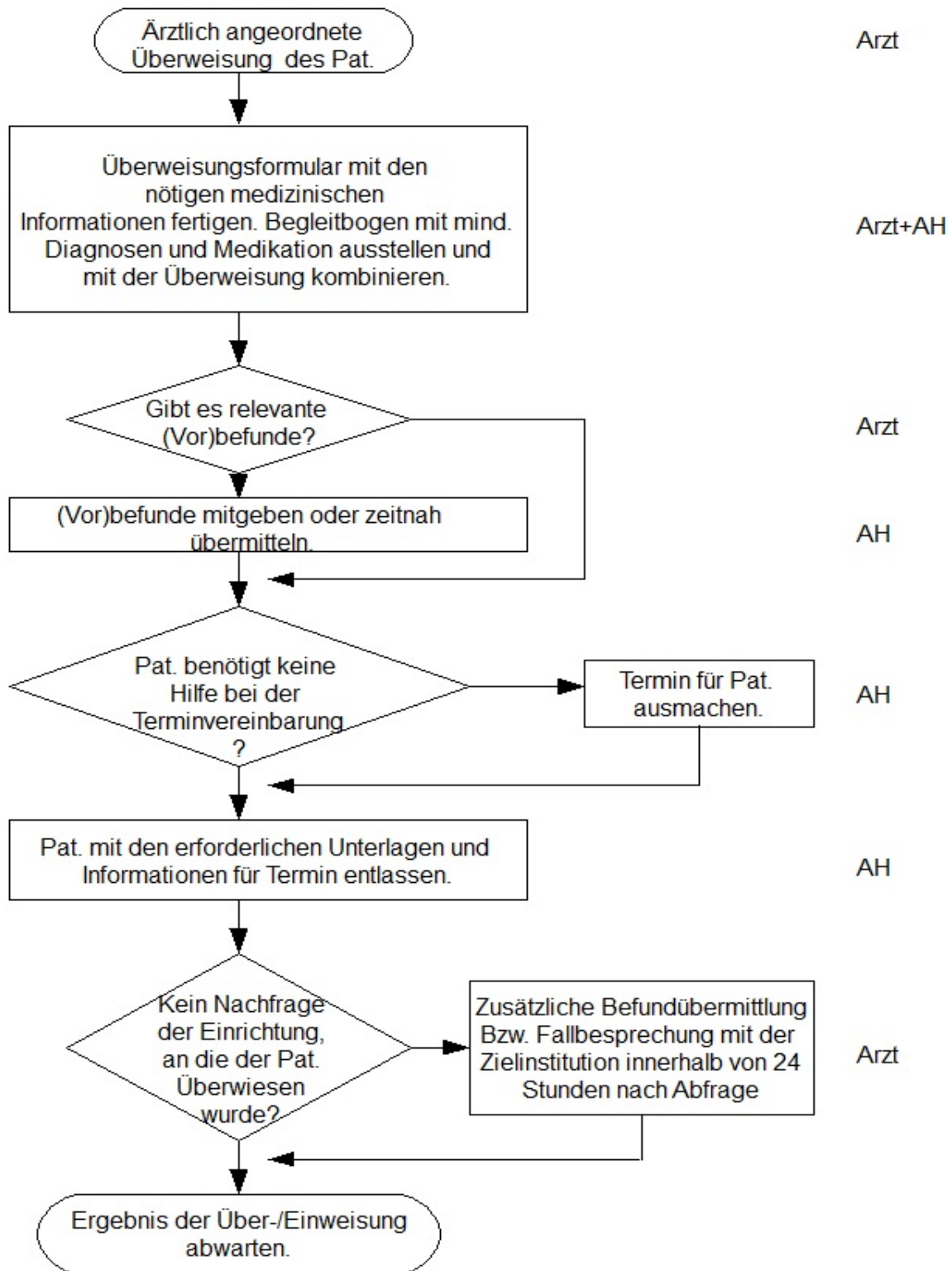
- Formular ABC-med Patientenbegleitbrief
- ABC-med Handlungsempfehlungen zur Schnittstellendefinition
- Krankenhaus-Kooperations-Verträge

Dokumentation, die im Zusammenhang mit der VA entsteht:

mitzubehaltende Kopien von Befunden, Dokumentation in der Patientenakte, Arztbrief

Verteiler: ganzes Praxisteam

Erstellt:	Unterschrift:	Datum:
In Kraft gesetzt:	Unterschrift:	Datum:



Arztbrief

1. Zeitnah Befunde für den Arztbrief zusammenstellen
2. Diagnosen festlegen und formulieren
3. Arztbrief schreiben
4. Adressaten bestimmen
5. Arztbrief an alle Adressaten elektronisch verschicken
6. Arztbrief und Abrechnungsziffern in der Patientenakte dokumentieren

Erstellt von:	Unterschrift:	Datum:
In Kraft gesetzt von:	Unterschrift:	Datum: