

INHALTSVERZEICHNIS

Kurzfassung	1
Projekt „Nahtstellenmanagement in OÖ“	4
Grundlagen.....	4
Projektentstehung.....	4
Projektziele	6
Projektdetails	7
Gremien und Teilnahme.....	8
Steuerung und Entscheidung auf Landesebene	11
Steuerung und Entscheidung auf Ebene der Versorgungsregionen	11
Steuerung und Entscheidung auf Bezirksebene	12
Koordinationsgrundsatz „Freiwillige Selbstverpflichtung“	14
Reporting.....	14
Ergebnisse	15
Evaluierung	16
Ausgaben	17
Beurteilung des Projektes durch die BKT-Mitglieder.....	18
Entlassungsmanagement in den oö. Fondskrankenanstalten	20
Ist-Situation	20
Soll-Entlassungsprozess	21
Soll-Ist-Vergleich des Entlassungsprozesses.....	22
Anfangsscreening durchführen und Entlassungsprognose erstellen.....	22
Entlassungsvorbereitende Aktionen bei Kategorie III-Patienten durch ÜLP	22
Entlassungsakt	24
Abschluss des Betreuungsfalles bei Kategorie III-Patienten.....	24
Sonstiges.....	25

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS/GLOSSAR

A

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AG regionales NSM	Arbeitsgruppe regionales Nahtstellenmanagement
ambulant	Gesundheitsversorgung außerhalb des Krankenhauses

B

BKT	Bezirkskoordinationsteam
Bundesgesundheitsagentur	Öffentlich-rechtlicher Fonds zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Bundesebene

C

Case- und Care-Management	Pflege-Ausbildung zur Arbeit im Entlassungsmanagement von Patientinnen und Patienten, mit Spezialisierungsmöglichkeit in der Angehörigenarbeit, der interdisziplinären Vernetzung verschiedener Angebote für Betroffene, der Gestaltung individueller Pflegearrangements und der Sicherung der Betreuungskontinuität.
----------------------------------	---

E

Entlassungsmanagement	Medizinische, pflegerische und organisatorische Maßnahmen im Krankenhaus, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten nach der Krankenhausentlassung zu sichern und Versorgungskontinuität zu gewährleisten
extramural	Bereich außerhalb der Krankenanstalten (zB niedergelassene Ärztinnen und Ärzte)

F

Fonds	Oö. Landesgesundheitsfonds; Öffentlich-rechtlicher Fonds zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Landesebene
Fondskrankenanstalten	sind jene Krankenanstalten, deren Leistungen durch den Oö. Landesgesundheitsfonds mitfinanziert werden
Freiwillige Selbstverpflichtung	Einseitig ausgesprochene, rechtlich unverbindliche Verpflichtungserklärung von Organisationen oder Personen sich an vorgegebene Regeln zu halten

G

Gesundheitskonferenz	setzt sich aus allen Organisationen zusammen, die im Bereich der Gesundheit tätig sind (Interessensvertretungen, Krankenhäuser, Städte- und Gemeindevertreter, politische Parteien, Sozialversicherungsanstalten und Vereine)
-----------------------------	---

I

intramural	Bereich innerhalb der Krankenanstalten (Station, Tagesklinik oder Krankenhausambulanz)
-------------------	--

K

Kalkulatorische Kosten	Monetäre Durchschnittsbewertung der Arbeitsleistungen der Sitzungsteilnehmer, die nicht direkt aus dem Projektbudget bezahlt werden.
Kategorie III	Patienten mit dem höchsten Nachsorgebedarf, werden von der Überleitungspflege betreut
Kategorisierung	Einteilung der Patientinnen und Patienten betreffend die Komplexität der Nachsorgebedarfe nach einer Krankenhausentlassung (I bis III)

L

LA	Lenkungsausschuss
LPT	Landesprojektteam
LRH	Landesrechnungshof Oberösterreich

M

Mobile Dienste	Mobile soziale Hilfsdienste zum Erhalt einer selbstständigen Lebensführung im eigenen Haushalt
-----------------------	--

N

n.b.	nicht bekannt
NSM	Nahtstellenmanagement dient der Sicherstellung eines optimierten Betreuungsverlaufes für Patientinnen und Patienten mit den Schwerpunkten Zuweisungs- und Entlassungsmanagement

O

ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OÖ / Oö	Oberösterreich
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit

P

Plattform	Oö. Landesgesundheitsplattform; Organ des Landesgesundheitsfonds
poststationär	Gesundheitsversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt

Problemfall-Datei	Onlinedatenbank zur Erfassung und Lösung von patientenbezogenen Problemen an den Nahtstellen des Gesundheits- und Sozialwesens in Oberösterreich
--------------------------	--

R

Reformpoolprojekt	Projekte betreffend die integrierte Versorgung des intramuralen und extramuralen Gesundheitswesens
Reha	Rehabilitation
RSG OÖ	Regionaler Strukturplan Gesundheit Oberösterreich

S

stationär	Gesundheitsversorgung im Krankenhaus
------------------	--------------------------------------

U

Übergangspflege	Übergangspflege erweitert das Verständnis der Überleitungspflege, indem der Patient zu Hause weiter betreut wird. Die Begriffe werden in diesem Bericht synonym verwendet.
ÜLP	Überleitungspflege setzt im Laufe eines Krankenhausaufenthaltes pflegerische, organisatorische und strukturelle Maßnahmen zur optimalen Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt. Die Überleitungspflege arbeitet dazu mit diplomierten Sozialarbeiterinnen (klinische Sozialarbeit) zusammen.

V

VR	Versorgungsregion
VZÄ	Vollzeitäquivalent, korrigierte Beschäftigte

W

Web-Öko-Tool	Onlinedatenbank der Sozialversicherung zur Suche nach der preisgünstigsten Medikation (Generika und wirkstoffähnliche Präparate)
WE.G.E.42	Regionales Nahtstellen-Projekt der Dienstleister des Gesundheits- und Sozialbereiches in den Bezirken Wels-Stadt, Wels-Land, Grieskirchen und Eferding

Z

Zuweisungsmanagement	Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens beim Prozess der Aufnahme in ein Krankenhaus zur Gewährleistung der Versorgungskontinuität
-----------------------------	---

Initiativprüfung des Projektes Nahtstellenmanagement in OÖ, Schwerpunkt Entlassungsmanagement

Geprüfte Stelle(n):

Oö. Gesundheitsfonds
Direktion Soziales und Gesundheit

Prüfungszeitraum:

7.11.2011 bis 30.1.2012

Rechtliche Grundlage:

Initiativprüfung im Sinne des § 4 Abs. 1 Z. 1 in Verbindung mit § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 des Oö. LRHG, LGBl. Nr. 38/1999 idgF.

Prüfungsziel und -gegenstand:

Projekt „Nahtstellenmanagement in OÖ“, Schwerpunkt Entlassungsmanagement

- Beurteilung des bisherigen Verlaufes des Projektes
- Erhebung des Ist-Standes der Überleitungspflege in den oö. Fondskrankenanstalten

Entlassungsprozesse, die über die Stationen in den Krankenhäusern begleitet werden, waren nicht Gegenstand der Prüfung.

Prüfungsteam:

Mag. Elke Anast (Prüfungsleiterin), Manfred Holzer-Ranetbauer, Josef Lenglachner, Mag. Stefan Schützenhofer

Prüfungsergebnis:

Das vorläufige Ergebnis der Prüfung wurde den Vertretern der Direktion Soziales und Gesundheit und des Oö. Gesundheitsfonds in der Schlussbesprechung am 5.3.2012 zur Kenntnis gebracht.

Legende:

Nachstehend werden in der Regel punktweise die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Absatzbezeichnung), deren Beurteilung durch den LRH (Kennzeichnung mit 2), *die Stellungnahme der überprüften Stelle* (Kennzeichnung mit 3 und im Kursivdruck) sowie die allfällige Gegenäußerung des LRH (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

In Tabellen und Anlagen des Berichtes können bei der Summierung von gerundeten Beträgen und Prozentangaben durch die EDV-gestützte Verarbeitung der Daten rundungsbedingte Rechendifferenzen auftreten.

KURZFASSUNG

Nahtstellenmanagement beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit Zuweisungen von Patientinnen und Patienten ins Krankenhaus und mit deren Entlassung. Verbesserungen an den Nahtstellen sollen einen patientenorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlauf sicherstellen.

(1) Projekt 2007 gestartet, Nutzen für Organisationen, Klienten und Akteure noch nicht quantifizierbar

Ab 2007 setzte sich der Oö. Gesundheitsfonds im Rahmen der Arbeiten zum Regionalen Strukturplan Gesundheit OÖ mit dem Thema Nahtstellenmanagement auseinander. Zum Prüfungszeitpunkt befand sich das Projekt „Nahtstellenmanagement in OÖ“ in Umsetzung. Koordinationsstrukturen wurden aufgebaut und Leitlinien erarbeitet, die Implementierung dieser Leitlinien und der wesentlichen Instrumente ist noch ausständig.

Der LRH begrüßte die intensive Befassung mit dem Thema Nahtstellenmanagement. Der Anfang 2012 veröffentlichte Abschlussbericht zur aktuellen Projektphase führt aus, dass der Nutzen für die Organisationen, Akteure und Klienten des Nahtstellenprojektes noch kaum darstellbar und berechenbar ist. Der LRH kam ebenfalls zum Ergebnis, dass zum aktuellen Projektstand wenig Nutzen feststellbar ist.

(2) Schriftlicher Projektauftrag und klar definierte Ziele fehlen, kein Überblick über die Gesamtausgaben

Die Landesgesundheitsplattform beauftragte die Bearbeitung des Nahtstellenmanagements. Ein schriftlicher Projektauftrag fehlte ebenso wie einheitlich definierte Ziele und Indikatoren, um Projekterfolg und Wirkungen zu messen. Im Rahmen der Prüfung nannten die Beteiligten dem LRH unterschiedliche Projektziele. Er empfahl so rasch als möglich Zielklarheit herzustellen und Indikatoren zu Wirkungen, Effizienz und Nachhaltigkeit des Projektes zu definieren und zu erheben.

Die Direktion Soziales und Gesundheit prüfte regelmäßig die widmungsgemäße Verwendung der eingesetzten Mittel. Ein aktueller Überblick über die Gesamtausgaben des Projektes lag zum Prüfungszeitpunkt aber nicht vor. Der LRH errechnete diese mit rd. 600.000 Euro. Um ein effizientes Vorgehen zu unterstützen, empfahl der LRH bei künftigen Projekten einen detaillierten Projektauftrag zu erteilen, mehrjährige Budgets zu erstellen und ein Projektcontrolling einzuführen. Es schien dem LRH von zentraler Bedeutung, wirkungsorientierte Ziele und Indikatoren rechtzeitig zu berücksichtigen.

(3) Komplexes, lang dauerndes Projekt mit vielen Beteiligten

Charakteristisch für das Projekt sind die große Anzahl an Beteiligten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich und eine Vielzahl von Gremien auf Landes- und Bezirksebene. Die Mitwirkung ist grundsätzlich freiwillig. Dies stellt hohe Anforderungen an das Projektmanagement. Bezogen auf die vorliegenden Ergebnisse beurteilte der LRH die Projektdauer als lang. Ebenso sahen einige Beteiligte Projektdauer und -fortschritt entsprechend kritisch, was vereinzelt auch zu Demotivation führte. Der LRH empfahl daher, das Projekt effizient abzuwickeln und wie geplant Ende 2012 abzuschließen.

(4) Projekt von den Beteiligten auf Bezirksebene mehrheitlich positiv wahrgenommen

Der LRH stellte eine grundsätzlich positive Stimmung der Beteiligten auf Bezirksebene fest. Als wesentliche Vorteile werden die Vernetzung und die erwartete Steigerung der Patientenzufriedenheit gesehen. Rund ein Viertel der Beteiligten sahen keinen Nutzen für die eigene Organisation. 46 Prozent befürchteten zeitliche Belastungen.

(5) Überleitungspflege landesweit eingerichtet, Patienten aber nicht einheitlich betreut

Seit 1997 haben sämtliche öö. Fondskrankenanstalten Überleitungspflegen eingerichtet. Um deren Vorgehen zu vereinheitlichen und zu optimieren, wurde im Rahmen des NSM ein Soll-Entlassungsprozess definiert. Die Krankenhausträger verpflichteten sich, diesen umzusetzen. Der LRH bewertete den einheitlichen Soll-Prozess positiv, denn dieser kann eine landesweit gleiche Behandlung der Patientinnen und Patienten gewährleisten.

Ein vom LRH angestellter Vergleich dieses Soll-Prozesses mit dem tatsächlichen Vorgehen in den Häusern ergab maßgebliche Unterschiede in der Patientenkategorisierung, der Maßnahmenplanung, bei der Medikamentenmitgabe und der Evaluierung der Betreuungsfälle. Es ist nicht gewährleistet, dass Patienten mit gleichem Betreuungsbedarf überall die selbe Entlassungsplanung erhalten. Weiters konnten Mitarbeiterinnen der Überleitungspflege unter anderem wegen ihrer nicht durchgängigen Anwesenheit und fehlender Stellvertretung nicht ausschließen, dass Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Überleitungspflege ohne deren Betreuung entlassen werden. Das Leistungsspektrum dieser Pflege unterscheidet sich derzeit zwischen den Häusern stark.

Um eine landesweit möglichst gleichwertige Patientenversorgung sicherzustellen, empfahl der LRH einheitliche Assessmentinstrumente zu verwenden, einen standardisierten Produktkatalog für die Überleitungspflege zu erstellen, sowie die Medikamentenmitgabe verbindlich zu klären.

(6) Teilweise fehlende poststationäre Strukturen verlängern Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

Der Umfang der Versorgung außerhalb der öö. Fondskrankenanstalten wird bewusst im Projekt nicht behandelt. Im Zuge der Prüfung wiesen Krankenhausvertreter darauf hin, dass Patienten länger als medizinisch notwendig im Spital bleiben müssen, weil fehlende poststationäre Strukturen den Entlassungszeitpunkt verzögern. Deren bisheriger Ausbau beseitigte diese Verzögerungen nicht. Der LRH anerkannte die Bemühungen zur Optimierung krankenhausernter Entlassungsprozesse. Diese stoßen allerdings an Grenzen, wenn poststationäre Anschlussstrukturen nicht in erforderlichem Umfang bestehen.

Zusammengefasst empfahl der LRH

für dieses Projekt:

1. Sicherstellung einer landesweit einheitlichen Patientenversorgung (Umsetzung mittelfristig)
2. Herstellen von Zielklarheit sowie Definition und Erhebung von Indikatoren zu Wirkungen, Effizienz und Nachhaltigkeit des Projektes (Umsetzung ab sofort)
3. Effiziente Abwicklung und Abschluss des Projektes bis Ende 2012 (Umsetzung bis Ende 2012)

für künftige Projekte:

4. Definition wirkungsorientierter Ziele und Indikatoren zu Projektbeginn (Umsetzung ab sofort)
5. Erteilung eines detaillierten schriftlichen Projektauftrags (Umsetzung ab sofort)
6. Erstellung mehrjähriger Projektbudgets (Umsetzung ab sofort)
7. Einführung eines Projektcontrolling (Umsetzung ab sofort)

PROJEKT „NAHTSTELLENMANAGEMENT IN OÖ“

Grundlagen

Die österreichische Gesundheitsversorgung ist durch zwei Teilbereiche gekennzeichnet: Der Gesundheitssektor leistet die medizinische Versorgung; der Sozialbereich zeichnet für die Pflege und Betreuung verantwortlich. Die Finanzierung erfolgt aus einer Vielzahl von Töpfen.

Nahtstellenmanagement (NSM) dient der Brückenbildung zwischen den Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens, um die lückenlose Betreuung von Menschen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Dabei zielt es auf Patienten mit komplexen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen oder sozialen Situationen ab. Schwerpunkte des NSM bilden das Zuweisungs- und Entlassungsmanagement.

Der vielzitierte „Drehtüreffekt“ mit entsprechenden Wiederaufnahmen in die Krankenanstalten entsteht häufig aus Informations- und Kooperationsdefiziten zwischen den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Diese Fehlversorgung bedingt höhere Kosten, unter anderem durch nicht erforderliche Mehrfachuntersuchungen und -befundungen.

Projektentstehung

- 1.1.** In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind verschiedene Rahmenvorgaben im Zusammenhang mit dem NSM zwischen den einzelnen Versorgungssektoren enthalten. In Art. 5 ist die Verbesserung des Managements an den Nahtstellen im Gesundheitswesen zur Gewährleistung eines patientinnen- und patientenorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlaufes vereinbart. Dazu sind von der Bundesgesundheitsagentur entsprechende Rahmenvorgaben und Verantwortlichkeiten festzulegen, die Landesgesundheitsfonds haben diese umzusetzen.

Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2010 ist dem Nahtstellen- und Prozessmanagement ein eigenes Kapitel gewidmet. Zielgruppen des NSM sind demnach alle Berufsgruppen, die in den Versorgungsbereichen des Gesundheits- und Sozialbereiches tätig sind. Als Voraussetzung für eine Verbesserung des NSM nennt der ÖSG einheitliche Standards (z.B. zur Dokumentation) und kompatible IT-Lösungen zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern.

Im Rahmen der Arbeiten zum Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) OÖ 2010 hat der Oö. Gesundheitsfonds (kurz: Fonds) gemeinsam mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Jahr 2007 eine Bestandsaufnahme durchgeführt und bestehende Stärken und Schwächen im NSM herausgearbeitet (Phase I). Der größte Handlungsbedarf wurde dabei im Bereich des Entlassungsmanagements identifiziert. Weitere Schwachstellen wurden im Zuweisungsmanagement und in der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen festgestellt.

Im März 2008 beschloss die Landesgesundheitsplattform (kurz: Plattform) die Bearbeitung dieser Themen fortzusetzen. Das vorliegende Angebot eines externen Beraters zur Unterstützung dieser „Phase II“ wurde angenommen und die Geschäftsführung des Fonds beauftragt, die Projektkoordination bzw. das Projektmanagement für diese Phase zu übernehmen.

- 1.2.** Zum Zeitpunkt der Prüfung durch den LRH lagen die von der Bundesgesundheitsagentur festzulegenden Rahmenvorgaben zum NSM noch nicht vor. Der LRH beurteilte es positiv, dass sich der Fonds trotzdem so intensiv mit dem Thema NSM beschäftigt.

Kritisch merkte er an, dass für das NSM-Projekt kein schriftlicher Projektauftrag erteilt wurde. Aufgrund der Komplexität des Projektes hielt er eine Beauftragung einzelner Phasen für sinnvoll. Für die Projektphasen II und III liegen zwar Projektkonzepte im Entwurf vor, diese wurden aber nie unterschrieben. Der LRH empfahl, derartige Projekte künftig nur auf Basis eines schriftlichen Projektauftrages zu starten. Dieser sollte zumindest die Projektziele und beabsichtigten Wirkungen, Start- und Endtermin, einen groben Ablauf, die vorgesehene Projektorganisation und das zur Verfügung stehende Budget enthalten und vom Auftraggeber und der Projektleitung unterschrieben sein.

- 1.3.** *Dazu teilte der Fonds mit, dass die vorliegenden Projektkonzepte für die einzelnen Phasen die Grundlage für die jeweiligen Beschlüsse der Gesundheitsplattform bzw. des Lenkungsausschusses zur Beauftragung waren. Mit der Protokollierung der einstimmigen Beschlüsse lag ein schriftlicher Auftrag vor.*

- 1.4.** Auf Basis der dem LRH vorliegenden Unterlagen stellte er fest, dass ausschließlich für die Phase III ein Projektkonzept vom Lenkungsausschuss beschlossen wurde, welches annähernd die empfohlenen Mindestinhalte aufweist. Gerade wegen der hohen Komplexität des Projektes hielt es der LRH für wichtig, die Grundsätze des Projektmanagements durchgängig anzuwenden.

- 2.1.** Das NSM-Projekt ist auf Oberösterreich begrenzt. Die Bedürfnisse jener öö. Patienten, deren stationäre Behandlung außerhalb Oberösterreichs erfolgt, werden nicht durch das landesweite NSM abgedeckt.

- 2.2.** Da vor allem an den Grenzen des Landes OÖ starke Patientenbewegungen in benachbarte Krankenhäuser bestehen, empfahl der LRH jene Krankenhäuser zur Kooperation einzuladen, die in relevantem Ausmaß öö. Patienten versorgen.

- 2.3.** *Der Fonds merkte an, dass es herausfordernd genug ist, alle Systempartner in OÖ zur Kooperation einzuladen. Wünschenswert wäre eine Ausdehnung auch auf die benachbarten Bundesländer, die jedoch einer Selbstverpflichtung der jeweiligen Rechtsträger bedarf.*

Projektziele

3.1. Projektziele sind in einer Vielzahl von Dokumenten¹ angeführt. Auf der Homepage des Fonds waren zum Prüfungszeitpunkt folgende Ziele des NSM-Projektes genannt:

- Aufbau von stabilen Kooperationsbeziehungen zur optimierten Zusammenarbeit im Sinne des Art. 5 der 15a-Vereinbarung
- Verbesserung des Informationsflusses zwischen den Sektoren sowie eine gesicherte Informationsweitergabe
- Entwicklung, Vereinbarung und Implementierung von NSM-Leitlinien, die den Akteuren der Sozial- und Gesundheitsdienstleister einen verbindlichen fachlichen Rahmen für das NSM in den Bezirken bzw. Versorgungsregionen (VR) setzen sollen
- Entwicklung und Erprobung von Koordinationsstrukturen auf Ebene der Bezirke bzw. VR durch exemplarische Anwendung der Leitlinien in Pilotprojekten und Modellbildung für nachhaltig wirksame Kooperations- und Koordinationsstrukturen
- Die Umsetzung der NSM-Leitlinien und Koordinationsstrukturen in ganz OÖ
- Die Weiterbearbeitung der aus der Phase II offen gebliebenen Handlungsfelder
- Die Entwicklung eines Designs für die Evaluierung der Leitlinien und Koordinationsstrukturen

Als Nicht-Ziele des Projektes wurden definiert:

- Eingreifen in innerbetriebliche Angelegenheiten der beteiligten Organisationen
- Eingreifen in Themen, die Gegenstand anderer Reformpoolprojekte sind (z.B. Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, integrierte Versorgung von Schlaganfallpatienten)
- Lösung regionaler Ressourcenprobleme mittels Aufstockung des (regionalen) Ressourceneinsatzes

3.2. Der LRH stellte fest, dass einheitliche Ziele für das NSM-Projekt fehlen. Unterschiedliche Dokumente enthalten verschiedene Zielformulierungen. Teilweise erfolgte eine Durchmischung von Zielen und Maßnahmen. Der LRH führte im Rahmen der Prüfung in den oö. Fondskrankenanstalten mit den Mitarbeiterinnen der Überleitungspflege (ÜLP) und zuständigen Ärztinnen und Ärzten Interviews. Dabei nannten diese unterschiedliche Ziele des NSM-Projektes bzw. waren die Ziele zum Teil nicht bekannt. Der LRH empfahl daher, bei allen Beteiligten Zielklarheit herzustellen.

Der Umfang der externen Versorgung (niedergelassene Fachärzteversorgung, mobile Dienste, Alten- und Pflegeheim, 24-Stunden-Pflege) wird im NSM-Projekt nicht behandelt. Wiederholt wiesen im Zuge der Prüfung interviewte Krankenhausvertreter darauf hin, dass Patienten länger als medizinisch notwendig im Spital bleiben müssen, weil fehlende poststationäre Strukturen den Entlassungszeitpunkt verzögern. Für den LRH bedeutete dies, dass dem NSM-Projekt damit strukturelle Grenzen für die Entlastung der Krankenhäuser gesetzt wurden.

1 NSM-Handbuch, Leitlinien, Projektpräsentationen

- 3.3.** *Der Fonds merkte an, dass das NSM-Vorhaben in Phasen bearbeitet wurde. Die Phase I ist als Bestandsaufnahme zu separieren. Mit dem Start der Phase II wurden auch klare Gesamtziele formuliert, die durch Phasenziele ergänzt wurden. Diese Ziele-Hierarchie wurde durchgängig bearbeitet, möglicherweise aber zu wenig deutlich kommuniziert.*

Die angesprochene mangelhafte Durchdringung in alle Ebenen der beteiligten Organisationen ist eine Problematik, die wohl auf alle Zielbereiche einer Organisation anwendbar ist. Wie kommen Ziele einer Organisation an die Mitarbeitenden – eine Frage, die kaum eine Organisation zu 100% gelöst hat.

- 4.1.** Laut Abschlussbericht der Projektphase III soll 2013 die Evaluierungsphase stattfinden. Die Evaluierung wird sich vor allem auf qualitative Ergebnisse stützen und soll eine Befragung der beteiligten NSM-Akteure, aber auch der Patienten und Klienten sowie deren Angehörigen umfassen. Das genaue Evaluierungsdesign wird vom Landesprojektteam (LPT) erarbeitet.
- 4.2.** Der LRH merkte kritisch an, dass bis dato keine Indikatoren definiert wurden, mit denen die Zielerreichung gemessen werden könnte. Nach Ansicht des LRH wäre es sinnvoll gewesen, im Anschluss an die Formulierung von Zielen auch die Indikatoren zur Messung der Zielerreichung festzulegen und allenfalls eine „Null-Messung“ zum Projektstart bzw. zum Beginn der einzelnen Projektphasen durchzuführen. Nur so können Veränderungen durch das NSM-Projekt im Nachhinein festgestellt werden. Er empfahl daher, so rasch als möglich Indikatoren zu Wirkungen, Effizienz und Nachhaltigkeit des Projektes zu definieren und zu erheben und damit nicht bis zum Jahr 2013 zu warten.

Projektdetails

- 5.1.** Das Projekt gliedert sich in folgende Phasen²:



² Darstellung entnommen aus dem Abschlussbericht der Phase III.

- Im Jahr 2007 wurden in der Phase I, wie unter Pkt. 1.1. bereits beschrieben, die bestehenden Stärken und Schwächen im NSM erhoben und daraus Verbesserungspotenziale und Handlungsbedarfe abgeleitet.
- Die im Frühjahr 2008 begonnene Phase II beinhaltete die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen in Form von Leitlinien sowie die Entwicklung einer entsprechenden Projektstruktur. Beides wurde in zwei Pilotregionen (Zentralraum Wels, Mühlviertel) hinsichtlich Praxistauglichkeit getestet.
- Die Ende 2010 gestartete Phase III verfolgte das Ziel, die beschlossenen Leitlinien und Koordinationsstrukturen in ganz OÖ auf Bezirksebene umzusetzen. Außerdem sollte ein passendes Evaluierungsdesign entwickelt werden. Abweichend vom Ziel verschob sich die Umsetzung der Leitlinien um ein Jahr, die Entwicklung eines Evaluierungsdesigns um zwei Jahre.
- Die als Stabilisierungsphase bezeichnete Phase IV startete 2012 und beinhaltet die Umsetzung der Leitlinien, sowie den Aufbau eines Wissensmanagements auf Ebene der VR.
- Für 2013 ist eine Evaluierungsphase geplant.

Bis zum Prüfungszeitpunkt waren am NSM-Projekt mehr als 860 Personen beteiligt und dabei über 1.500 Positionen³ in den verschiedenen Projektgremien definiert. Die Teilnahme erfolgte nach dem Grundsatz der „freiwilligen Selbstverpflichtung“.

- 5.2.** Der LRH beurteilte das NSM-Projekt als sehr komplex. Die große Anzahl an Beteiligten und die umfassenden Projektstrukturen stellen hohe Anforderungen an das Projektmanagement und können die Projektdauer verlängern.
- 5.3.** *Der Fonds teilte dazu mit, dass dieser Punkt bereits in der Präambel seiner Stellungnahme angesprochen worden ist (siehe Beilage). Weiters führte er aus, dass es den Auftraggebern von Anfang an bewusst war, worauf man sich bei einem derartigen Projekt einlässt. Es ist nicht verwunderlich, dass es bisher in Österreich trotz vieler Versuche nicht gelungen ist, Prozesse über Systemgrenzen hinweg nachhaltig zu verbessern. OÖ hat den Mut aufgebracht, sich auf diesen langen und steinigen Weg zu machen.*
- 5.4.** Der LRH wiederholte, dass gerade bei derart komplexen Projekten dem Projektmanagement eine besondere Bedeutung zukommt.

Gremien⁴ und Teilnahme

- 6.1.** Phase I des NSM-Projektes war integrativer Bestandteil der Arbeiten zum RSG OÖ. Die Projektdokumentation führt aus, dass der Fonds und das ÖBIG im Bereich des NSM kooperierten und die Ergebnisse in den Gremien des RSG OÖ abstimmten. Die Aufzeichnungen zu dieser Phase I nennen 439 Positionen bzw. 352 unterschiedliche Personen in den Projektgremien.

3 Eine Person konnte Positionen in mehreren Gremien einnehmen. Diese Zahl beinhaltet keine Ersatzmitglieder in den Gremien.

4 Die Projektstruktur ist Anlage 1 zu entnehmen.

Projektphase	Bezeichnung des Gremiums	Zahl der Sitzungen	Zahl der Positionen	Mittlere Anwesenheit	dabei: Untergrenze	dabei: Obergrenze
Phase I	Projektsteuerungsgruppe	n.b.	8	n.b.	n.b.	n.b.
Phase I	Begleitende Projektgruppe	n.b.	21	n.b.	n.b.	n.b.
Phase I	Lenkungsausschuss	n.b.	13	n.b.	n.b.	n.b.
Phase I	Regionale Gesundheitskonferenz (alle VR)	n.b.	263	n.b.	n.b.	n.b.
Phase I	AG regionales NSM (alle VR)	12	134	89%	73%	100%
		12	439			

Die am RSG OÖ Beteiligten identifizierten das Thema NSM als wesentliches Handlungsfeld und vereinbarten die Einrichtung von „Arbeitsgruppen regionales Nahtstellenmanagement“ (AG regionales NSM) auf Ebene der VR. Für die 134 Positionen der zwölf Treffen der AG regionales NSM (zwei Treffen je VR) waren 130 unterschiedliche Personen als Teilnehmer vermerkt. Im Schnitt betrug die Anwesenheit für die Sitzungen der AG regionales NSM rd. 89 Prozent.

193 Teilnehmer waren in **Phase II** in den Projektgremien zu benennen. Das Vorprojektteam und das Erweiterte Vorprojektteam waren mit dem Aufbereiten der Organisationsstruktur der zweiten Projektphase betraut; diese Gremien gingen im späteren Lenkungsausschuss (LA) und dem LPT auf. Die übrigen Gremien wurden in den Pilotregionen einberufen.

Gesamt gesehen, waren für die Gremien der Phase II 234 Positionen zu besetzen. Die Anwesenheit der Beteiligten stellt sich wie folgt dar:

Projektphase	Bezeichnung des Gremiums	Zahl der Sitzungen	Zahl der Positionen	Mittlere Anwesenheit	dabei: Untergrenze	dabei: Obergrenze
Phase II	Vorprojektteam	3	9	67%	56%	78%
Phase II	Erweitertes Vorprojektteam	2	57	32%	23%	41%
Phase II	Landesprojektteam	9	11	88%	64%	100%
Phase II	Lenkungsausschuss	4	41	70%	49%	90%
Phase II	Clusterentscheidungsgremium Wels	6	15	72%	60%	87%
Phase II	Clusterentscheidungsgremium Mühlviertel	7	16	81%	69%	94%
Phase II	Clusterprojektteam Wels	4	24	69%	54%	79%
Phase II	Clusterprojektteam Mühlviertel	4	30	53%	47%	67%
Phase II	Transfergremium	4	31	49%	32%	58%
		43	234			

In **Phase III** stieg die Anzahl der Projektmitglieder auf 616. Diese Anzahl resultiert aus fünf umfassend besetzten Implementierungskonferenzen („NSM-Kick-off“) und der Einberufung von 14 Bezirkskoordinationsteams (BKT). In Wels-Stadt, Wels-Land, Grieskirchen und Eferding finden die ersten BKT-Sitzungen im Frühjahr 2012 statt.

887 Positionen waren für die Arbeit in der Phase III zu nominieren. Nachfolgende Tabelle zeigt Details zur Teilnahme:

Projektphase	Bezeichnung des Gremiums	Zahl der Sitzungen	Zahl der Positionen	Mittlere Anwesenheit	dabei: Untergrenze	dabei: Obergrenze
Phase III	Landesprojektteam	13	17	54%	35%	65%
Phase III	Lenkungsausschuss	4	43	55%	44%	63%
Phase III	Implementierungskonferenz	5	464	54%	42%	60%
Phase III	BKT	28	363	76%	41%	100%
		50	887			

6.2. Aus den für die Phasen II und III vorliegenden Anwesenheitslisten und Sitzungsprotokollen leitete der LRH folgende statistische Fakten ab:

- Die überwiegende Anzahl der beteiligten Personen (91 Prozent) war im Projekt insgesamt in einem bis drei verschiedenen Gremien tätig. Die übrigen 9 Prozent der Mitglieder deckten bis zu 15 Positionen innerhalb der drei Phasen ab.
- Aus der Projektdokumentation lässt sich Kontinuität in der Entsendung in die Gremien ableiten. 18 Prozent der Beteiligten beendeten ihre NSM-Mitwirkung nach Phase I, 4 Prozent wurden nach Phase II nicht mehr in ein Gremium einberufen.
- Insbesondere durch die Ausweitung auf die Bezirke in der Phase III hat die überwiegende Zahl der Mitglieder eine niedrige Anzahl von Sitzungsteilnahmen: 45 Prozent der Mitglieder besuchten eine oder zwei Sitzungen. 24 Prozent der eingeladenen Mitglieder nahmen nie an einer Sitzung teil.
- Für die Gruppe der Ärzte liegen die Werte im vergleichbaren Niveau. Auffällig ist in dieser Gruppe, dass ein noch höherer Anteil von 36 Prozent den Sitzungen ihrer Gremien vollständig fern blieb.
- Geringere Beteiligung trat häufig bei jenen Gremien auf, für die eine höhere Mitgliederanzahl nominiert war (z.B. Phase II – Erweitertes Vorprojektteam; Phase III – Implementierungskonferenz und LA).
- Anwesenheiten bei den Sitzungen einzelner Gremien blieben im Zeitverlauf überwiegend auf stabilem Niveau. Ausnahme bei dieser Betrachtung stellt der LA dar. In diesem Gremium sank die Anwesenheit von anfänglich über 80 Prozent in Phase II auf zuletzt unter 45 Prozent in Phase III.
- Die Anwesenheit bei den BKT, als wichtiges Gremium der lokalen Umsetzung, liegt gesamt gesehen bei einem Schnitt von 76 Prozent. In einzelnen Bezirken schwankte der Besuch bei den ersten beiden Terminen:

In Steyr-Stadt und Perg stieg die Anwesenheit beim zweiten Treffen (von niedrigem Niveau ausgehend) an.

Die Teilnahme in Rohrbach, Braunau und Schärding war rückläufig.

Der LRH stellte fest, dass aufgrund der Einbeziehung aller Organisationen auf Bezirksebene die hohe Zahl der Positionen vor allem in Phase III nachvollziehbar war. Positiv sah der LRH die insgesamt hohen Anwesenheitsraten. Kritisch beurteilte er jedoch:

- die stark rückläufige Anwesenheit bei den Lenkungsausschuss-Sitzungen,
- die hohe Anzahl von Mitgliedern ohne Sitzungsteilnahme, insbesondere in der Gruppe der Ärzte.

6.3. *Der Fonds teilte dazu mit, dass bei einem Projekt dieser Dimension sowohl hinsichtlich der Komplexität, des Teilnehmerkreises und der Dauer als auch hinsichtlich dem Aspekt der freiwilligen „Selbstverpflichtung“ es wohl die größte Herausforderung ist, die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten. Dass dies nicht in jeder Phase und in allen Gremien gelungen ist, zeigen die Schwankungen bei der Kontinuität der Anwesenheit der Teilnehmer.*

Steuerung und Entscheidung auf Landesebene

7.1. Die Plattform nominierte den LA als oberstes landesweites Entscheidungsgremium. In diesem sind die obersten Führungskräfte des oö. Gesundheits- und Sektors vertreten.

Als Projektsteuerungsgremium bereitete das Landesprojektteam die Entscheidungen für den LA auf operativer Ebene vor. Weiters ist das LPT verantwortlich für die Öffentlichkeitsarbeit und die Unterstützung der Bezirkskoordinationsteams. Das LPT hat für verschiedene Themen Sub-Arbeitsgruppen („Arbeitsteams“) eingerichtet. Um einzelne Themenbereiche stärker voranzutreiben, wurden im Dezember 2011 aus dem LPT Themenverantwortliche⁵ bestimmt.

7.2. Der LRH stellte fest, dass sich die geringe Teilnahme im LA auch im Jänner 2012 fortsetzte. Sie lag bei rd. 50 Prozent. Dem LRH war unklar, wie bei einer derart geringen Beteiligung sichergestellt wird, dass die gefassten Beschlüsse von allen mitgetragen und in den eigenen Organisationen entsprechend umgesetzt werden.

Der LRH beurteilte die Festlegung von Themenverantwortlichen positiv. Nicht nachvollziehen konnte er allerdings, dass in einem derart komplexen Projekt klare inhaltliche Zuständigkeiten erst so spät definiert wurden.

Steuerung und Entscheidung auf Ebene der Versorgungsregionen

8.1. Die Koordinationsstruktur sieht ab Phase III die Einrichtung von Versorgungsregions-Koordinations-Teams vor. Diese Teams sollen im Jahr 2012 einberufen werden.

Wissenskonferenzen sollen auf Ebene der VR ab Frühjahr 2012 den Transfer der BKT-Erfahrungen untereinander und in die landesweiten Gremien ermöglichen.

5 Für Pflegebegleitschreiben, ärztlichen Entlassungsbrief, Problemfall-Datei, Öffentlichkeitsarbeit, Dolmetscherliste, Medikation

- 8.2.** Während der LRH die Wissenskonferenzen als jedenfalls wertvolle Unterstützung in der Kommunikation einschätzte, sah er durch die Versorgungsregions-Koordinations-Teams die Gefahr von längeren Kommunikationswegen durch die zusätzliche Ebene zwischen Land und Bezirk. Er regte an, den erwarteten Wirkungsbeitrag dieser Teams im Regelbetrieb klarer herauszuarbeiten. Erst danach sollte der LA über eine tatsächliche Konstituierung der Gremien auf Ebene der VR entscheiden.

Steuerung und Entscheidung auf Bezirksebene

- 9.1.** Auf Bezirksebene wurden bis Anfang 2012 14 Bezirkskoordinations-Teams eingerichtet. Diese bearbeiten das NSM-Projekt auf lokaler Ebene. Die aktuelle Projektstruktur bewirkt, dass die Umsetzungsverantwortung bei den BKT liegt.
- 9.2.** Nach Ansicht des LRH ist die Umsetzung eines in Kernbereichen einheitlichen NSM in dieser Form schwer sicher zu stellen. Ihm war nicht klar, wie das landesweite Koordinationsgremium auf Abweichungen einzelner BKT zeitnah reagieren, entsprechend gegensteuern und damit die Nachhaltigkeit der NSM-Regelungen sicherstellen kann. Die Kooperationsbereitschaft (Motivation, Interessenslage der Professionalisten) auf Bezirksebene hat starken Einfluss auf den Erfolg einzelner BKT und des NSM-Projektes insgesamt.
- 9.3.** *Der Fonds merkte an, dass im laufenden Projekt die Steuerung einerseits durch die Durchsicht der BKT Protokolle, durch engen Kontakt mit den OÖGKK DienststellenleiterInnen, die im OÖGKK internen NSM-Arbeitskreis vernetzt sind, und auch durch die Wissenskonferenz erfolgt. Für den Regelbetrieb werden die Steuerungsregeln noch entwickelt und mit dem Gesamtkonzept für den Regelbetrieb dem Auftraggeber mit Jahresende vorgelegt.*
- 10.1.** In den vom LRH in den oö. Fondskrankenanstalten geführten Interviews wurde die Bezirksebene überwiegend als passende Regelungsebene der Koordination im NSM beschrieben.
- 10.2.** Der LRH meinte dazu, dass für geeignete Bezirke künftig auch denkbar ist, das NSM bezirksübergreifend (z.B. Steyr-Stadt und Steyr-Land) oder alternativ auf Ebene der VR (z.B. WE.G.E.42 in der VR 42^o) zu regeln.
- 10.3.** *Dazu teilte der Fonds mit, dass die Struktur-Leitlinie von einem BKT je Bezirk / Statutarstadt ausgeht. Das BKT bildet entsprechend der Pilotierungserfahrungen die Basis der NSM-Arbeit vor Ort. Sollten sich Synergien aus einer Zusammenführung zweier benachbarter BKTs darstellen lassen, bei gleichzeitigem Erhalt der Vorteile der Bezirksfokussierung, könnte in Zukunft die Alternative Zusammenführung diskutabel sein. Eine Gestaltung auf Regionsebene ist in der Struktur-Leitlinie als Ergänzung beschrieben.*
- 11.1.** In der Mehrzahl der Bezirke bestanden bereits vor Implementierung der BKT informelle Strukturen (teilweise ohne Einbeziehung der extramuralen Ärzteschaft und der Apotheker).

- 11.2.** Der LRH gewann den Eindruck, dass diese Vernetzung in ländlichen Gebieten vor dem Start des NSM-Projektes im Vergleich zu den Statutarstädten stärker ausgeprägt war.
- Er bemängelte, dass aus der vorliegenden Projektdokumentation nicht ersichtlich war, inwieweit bestehende Strukturen im Projekt berücksichtigt wurden.
- 11.3.** *Der Fonds teilte mit, dass die angesprochenen Strukturen einerseits informeller Natur waren und auf der Initiative einzelner Akteure beruhten. Andererseits fußen sie auf gesetzlichen Vorgaben (SHG). Mit der Errichtung von BKTs wurden die informellen Strukturen in eine institutionelle Form eingebunden bzw. blieben als informelle Treffen aufrecht. Die im SHG geforderte Fachkonferenz hat eine andere Legitimation als die BKTs, die als freiwilliges Kooperationsgremium gestaltet sind mit einer nicht hierarchischen Kommunikationsphilosophie und einer anderen Zusammensetzung (mehr Gemeindevertreter, kein niedergelassener Arzt, kein Spitalsarzt).*
- 12.1.** Einige Gesundheits- und Sozialdienstleister sind in mehreren Bezirken tätig und bezirksübergreifend organisiert.
- 12.2.** Der LRH wies auf die besonderen Herausforderungen hinsichtlich des NSM für die betroffenen Träger hin. In der gewählten BKT-Struktur bedarf es insbesondere einer funktionierenden internen Abstimmung zwischen den – in die BKT entsandten – Vertretern und ihrer zentralen Geschäftsleitung.
- 13.1.** In Phase II wurden die jetzt in Umsetzung befindlichen Bezirksgremien in zwei Pilotregionen getestet. In der Zeitspanne zwischen dem Ende der Piloten und der Entscheidung zur landesweiten Implementierung startete die VR 42 das Projekt WE.G.E.42.
- 13.2.** Der LRH würdigte die Bemühungen der betroffenen Bezirke und die nunmehrige starke Einbindung in das NSM-Projekt ab Beginn des Jahres 2012. Jedenfalls sollte dabei auf die in der VR 42 bereits geschaffenen Koordinationsstrukturen Rücksicht genommen werden.
- 14.1.** Im Protokoll des LPT vom 20.12.2011 ist die Meinung von einzelnen Beteiligten dokumentiert, dass der Zeitaufwand für die BKT-Subarbeitsgruppen nicht dem Nutzen entspricht. Dies führe zu Demotivation bzw. Unzufriedenheit.
- 14.2.** Der LRH wertete die Äußerungen bezüglich Demotivation als Aspekt für eine lange Projektdauer. Er beurteilte die Projektdauer bezogen auf die vorliegenden Ergebnisse als zu lange und empfahl das Projekt effizient abzuwickeln sowie die Phase IV wie geplant Ende 2012 abzuschließen.
- 14.3.** *Dazu hielt der Fonds fest, dass die lange Dauer des Projekts auch mit dem Aspekt der „freiwilligen Selbstverpflichtung“ zusammenhängt. Wenn keine Möglichkeit besteht, mittels Erlässen, Verordnungen oder ähnliche Instrumenten Anordnungen zu treffen, die für alle Beteiligten verpflichtenden Charakter haben, sondern alles nur durch Überzeugungsarbeit erreicht werden kann, ergeben sich zwangsläufig längere Laufzeiten, die auch die Gefahr einer streckenweisen Demotivation einzelner oder ganzer Institutionen mit sich bringen.*

Koordinationsgrundsatz „Freiwillige Selbstverpflichtung“

- 15.1.** Das Anbot des für die Phase II beigezogenen externen Experten sieht vor, dass NSM als Kooperation zu organisieren ist. Die Entscheidungsträger der beteiligten Organisationen müssen sich klar zur Zusammenarbeit und zur Umsetzung der gemeinsamen Festlegungen bekennen, selbst wenn eigene Interessen dabei kurzfristig zurückzustellen sind. Dieser Grundsatz der freiwilligen Selbstverpflichtung gilt für alle landesweiten und regionalen Projektgremien.

Die Bezirkskoordinationsteams waren beauftragt, sich eine Geschäftsordnung zu geben. Zwölf BKT hatten zum Prüfungszeitpunkt eine solche beschlossen. Auf Basis einer Vorlage wurde diese je BKT individuell formuliert. Sanktionsmöglichkeiten bei Nichteinhaltung der NSM-Entscheidungen sind nicht vorgesehen.

Aus den Protokollen einzelner BKT und den durchgeführten Interviews fand der LRH Belege, dass diese Verpflichtung vereinzelt kritisch thematisiert wurde: Demnach stünde eine Geschäftsordnung im Widerspruch zur „freiwilligen Selbstverpflichtung“, die in der Regel auf impliziten Verhaltensregeln basiert.

- 15.2.** Der LRH konnte die Haltung grundsätzlich nachvollziehen. Er betonte aber, dass die Zusammenarbeit der vielen Beteiligten aus den Bereichen Gesundheit und Soziales in der bestehenden Rechtslage kurzfristig nur über eine freiwillige Selbstverpflichtung zu organisieren sei.

Die Geschäftsordnungen der BKT sind innerhalb einer grundsätzlich freiwilligen Beteiligung Ausdruck einer gewissen Verbindlichkeit des NSM auf Bezirksebene.

- 16.1.** Zum Ende des Jahres 2011 beteiligten sich zwei Linzer Krankenanstalten nicht mit einem vollständigen Team aus ÜLP, Klinischer Sozialarbeit und Medizinern an den Sitzungen des BKT.

- 16.2.** Der LRH empfahl den betroffenen Organisationen rasch entsprechend qualifizierte Teilnehmer für die BKT zu benennen.

- 17.1.** In den vom LRH geführten Interviews wurde der individuelle Anreiz zur „freiwilligen Selbstverpflichtung“ für die niedergelassenen Ärzte als schwach eingeschätzt, da diese im Unterschied zu den übrigen Teilnehmern selbstständig beschäftigt sind. Die vorgesehenen Sitzungsgelder decken – laut Einschätzung der Befragten – die entfallenden Einnahmen für die Sitzungszeiten nicht ab.

- 17.2.** Der LRH schloss sich dieser Argumentation nicht an, da die betroffenen Ärzte in ihrer Funktion als Bezirksärztevertreter an den Sitzungen teilnehmen.

Reporting

- 18.1.** Der externe Berater legte für die Phase II einen Abschlussbericht vor, der von der Plattform zur Kenntnis genommen wurde. Dieser umfasste insgesamt mehr als 300 Seiten. Vorgaben zum Inhalt und der Art dieses Berichtes und auch für andere Projekt(end)berichte wurden nicht definiert. Ebenso gab es keine nähere Spezifikation für die übrige Dokumentation. Vereinzelt wurden Protokolle als Berichte anerkannt.

Der Abschlussbericht der Phase III wurde am 16. Jänner 2012 vom Lenkungsausschuss zur Kenntnis genommen.

- 18.2.** Der LRH stellte fest, dass der NSM-Abschlussbericht für die Phase II von keinem Gremium verbindlich beschlossen wurde. Vielmehr wurde dieser Bericht als Empfehlung betrachtet. Der LRH empfahl den Status der Verbindlichkeit deutlicher zu definieren bzw. die Verbindlichkeit von derartigen Berichten zu erhöhen. Dieser Empfehlung wurde mit der Kenntnisnahme des Abschlussberichtes der Phase III durch den LA Rechnung getragen.

Für künftige Projekte empfahl der LRH den Umfang, den Inhalt und die Art und Weise des Reportings zu definieren. Dies sollte zweckmäßigerweise im Projektauftrag erfolgen. Klarheit könnte – wie bereits im Abschlussbericht der Phase III praktiziert – auch die Festlegung bringen, welche Berichte im Probebetrieb und welche im Regelbetrieb zu erstellen sind.

- 19.1.** Dem LRH lag während der Prüfung das „Handbuch NSM“ (Stand Jänner 2011) vor. Darin sind auch die Erfolgsvoraussetzungen, Erwartungen und Ziele, die Konzeption und Pilotierung sowie die NSM-Leitlinien zur Koordinationsstruktur und zum Soll-Prozess enthalten.

Über die Existenz des aktuellen Handbuchs erlangte der LRH Ende Jänner 2012 Kenntnis. Es wurde im Dezember 2011 vom LPT abgenommen und freigegeben. Im Handbuch sind einige vom LRH während der Prüfung abgegebene Empfehlungen bereits enthalten (z.B. Präzisierung der BKT-Aufgaben, Koordinationsstruktur im Regelbetrieb).

- 19.2.** Der LRH fand in den Unterlagen keinen konkreten Beschluss über die Gültigkeit bzw. den Status des Handbuchs (Version Jänner 2011) vor. Der Fonds teilte dazu mit, dass es deswegen keine dezidierte Beschlussfassung gab, weil nur kleine Adaptierungen zur vorhergehenden Version vorgenommen wurden. Jedoch wurden die Themen im Landesprojektteam besprochen. Ob diese Version vom LPT freigegeben wurde, konnte der Fonds nicht mehr eruieren.

Die Prüfung ergab, dass einige ÜLP das Handbuch als eine Empfehlung sehen. Um Irritationen zu vermeiden, empfahl der LRH die Wertigkeit bzw. den Status des Handbuchs eindeutig festzulegen und diesen auch zu kommunizieren.

Ergebnisse

- 20.1.** Neben der Umsetzung der beschlossenen Koordinationsstruktur und der Leitlinien zum Soll-Prozess sollen die NSM-Instrumente für die handelnden Akteure eine wesentliche Hilfestellung für die Zielerreichung bilden.

Im aktuellen NSM-Handbuch sind für das Entlassungsmanagement folgende Instrumente vorgesehen:

- Patientenkategorisierung hinsichtlich des Nachsorgebedarfs
- Web-Öko-Tool (ökonomische Verschreibweise von Medikamenten)
- Liste über Zugang zu Heilbehelfen und Hilfsmittel der verschiedenen Krankenversicherungsträger
- Patientencheckliste für Nachsorgebedarf
- Einheitliches sektorenübergreifendes Pflegebegleitschreiben
- Einheitlicher ärztlicher Entlassungsbrief

- Problemfall-Datei
- Arbeitsbehelf für Gesundheitspersonal zur Reha-Antragstellung
- Übersicht und Abgrenzung bezüglich den Zuständigkeiten ausgewählter BKT-Professionalisten
- NSM-Newsletter

20.2. Die Prüfung ergab, dass

- die Koordinationsstrukturen im Wesentlichen implementiert sind
- die Leitlinien beschlossen, aber noch nicht umgesetzt sind und
- zentrale Instrumente noch nicht ausgearbeitet wurden.

Selbst in Anbetracht der komplexen Koordinationsstruktur hätte es nach Ansicht des LRH möglich sein müssen, innerhalb von fünf Jahren alle maßgeblichen Instrumente fertig zu stellen. Er stellte jedoch fest, dass

- für das ab 2012 geltende einheitliche Pflegebegleitschreiben zwar eine Gliederung (Inhalte) vom LA im September 2011 beschlossen wurde, die Umsetzung in Form eines Formulars – sowohl für IT- als auch Nicht-IT-unterstützte Bearbeitung - derzeit noch in Arbeit ist,
- sich die Problemfall-Datei in Vorbereitung befindet und bis zu den 4. BKT-Sitzungen im Herbst 2012 bereitstehen soll und
- am einheitlichen ärztlichen Entlassungsbrief noch gearbeitet wird.

Der LRH sah in der erfolgten Benennung von Themenverantwortlichen einen wesentlichen Schritt, diese Werkzeuge rasch fertig zu stellen und umzusetzen.

Evaluierung

- 21.1.** Die Abschlussberichte der Phasen I und II enthalten über 60 Empfehlungen für die Weiterentwicklung des NSM-Projektes. Diese betreffen sowohl Änderungen der Koordinationsstruktur als auch inhaltliche Modifikationen.
- 21.2.** Der LRH stellte fest, dass die Empfehlungen zum weiteren Projektverlauf zu etwa 90 Prozent weiterführend diskutiert wurden. Er wies aber darauf hin, dass einige dieser Empfehlungen durch die BKT erst noch umzusetzen sind.

Folgende sechs Vorschläge (10 Prozent) wurden im weiteren Verlauf des Projektes nicht weiterverfolgt:

- Sicherstellen strukturierter NSM-Umsetzungsplanungen in den Krankenhäusern,
- Festlegen der extramuralen Befunde, welche als Informationsbasis für das Entlassungsmanagement im Krankenhaus durch die zuweisenden Einrichtungen mitgegeben werden sollen,
- Sicherstellen einheitlicher NSM-Leistungsberichte bei allen Krankenhausträgern,
- Anbieten einer ÜLP an sieben Tagen pro Woche im Krankenhaus,
- Bereitstellen der Ressourcen zur Sicherung des lückenlosen Betreuungsüberganges zwischen stationärer und ambulanter Pflege,
- Darstellen der Auswirkungen der Finanzierungsunterschiede für Patienten im Gesundheits- und Sozialbereich.

Die drei letztgenannten Vorschläge liegen außerhalb der Projektkompetenz des NSM. Wichtig war dem LRH darauf hinzuweisen, dass ausgewogene und bedarfsgerechte Ressourcen und Strukturen bei den Krankenanstalten, im Bereich der niedergelassenen Medizin und im Pflege- und Sozialbereich vorhanden sein müssen, damit das NSM-Projekt seine volle Wirkung entfalten kann.

Ausgaben

22.1. Die Finanzierung des Projektes erfolgte aus Mitteln des Fonds. Dazu wurden jährliche Budgets veranschlagt⁷. Eine mehrjährige finanzielle Betrachtung war laut den Protokollen kein Thema bzw. wurde ein Gesamtausgabenrahmen für das Projekt in der Plattform nicht beschlossen. Ein aktueller Überblick über die Gesamtausgaben lag zum Prüfungszeitpunkt beim Fonds nicht vor. Im Abschlussbericht der Phase III wird angeführt, dass „der Bericht des LRH eine genaue Auflistung der tatsächlich angefallenen Kosten bietet“.

Weiters wird im Abschlussbericht angeführt, dass „der Nutzen im NSM-Projekt bzw. in der Phase III kaum darstellbar und schon gar nicht berechenbar ist. Monetäre Zahlen sind aktuell schwer definierbar bzw. noch zu früh. Einstweilen ist der Nutzen für die Organisationen, Akteure und Klienten nicht quantifizierbar, da die BKT in der Phase III die Leitlinienimplementierung noch nicht vollzogen haben. Den Nutzen wird man auch zukünftig schwer in Zahlen messen können, jedoch kann in Zusammenhang mit der Evaluierung 2013 die Patientenzufriedenheit, Qualität aber auch eine Reduktion des Verwaltungsaufwandes erhoben werden. Jede beteiligte Organisation zieht ihren eigenen Nutzen aus dem NSM-Projekt und kann auf standardisierte, erprobte Idealprozesse zurückgreifen“.

Die Folgekosten des NSM-Projektes bezifferte der Geschäftsführer des Fonds mit jährlich rd. 50.000 Euro.

22.2. Der LRH ermittelte die direkt zurechenbaren Ausgaben für das NSM-Projekt (Phase I bis III) mit rd. 600.000 Euro (inkl. Strukturmittel). Positiv beurteilte der LRH die Prüfung der widmungsgemäßen Verwendung dieser Mittel durch die Direktion Soziales und Gesundheit.

Unter Berücksichtigung der vom LRH näherungsweise berechneten kalkulatorischen Personalkosten⁸ von rd. 300.000 Euro beliefen sich die Projektkosten bis zum Prüfungszeitpunkt auf insgesamt rd. 900.000 Euro.

Kritisch beurteilte der LRH vor allem, dass

- ein aktueller Gesamtausgaben-Überblick fehlte und die finanzielle Ausstattung des Projektes ausschließlich je Projektphase betrachtet wurde,
- ein quantifizierbarer Nutzen bisher nicht feststellbar war,
- qualitative Wirkungen bislang nicht ausreichend thematisiert wurden.

7 Der erste Voranschlag lag 2009 vor und belief sich auf 140.000 Euro. 2010 waren es 550.000 Euro und 2011 wurden 150.000 Euro budgetiert. Für 2012 (Phase IV) wurden 150.000 Euro vorgesehen. Insgesamt somit 990.000 Euro.

8 Rd. 7.608 Anwesenheitsstunden bei Sitzungen mal durchschnittlichem Stundensatz von rd. 38 Euro.

Dadurch reduzierten sich seiner Meinung nach die Steuerungsmöglichkeiten bei diesem Projekt. Der LRH empfahl bei länger dauernden Projekten Mehrjahresbudgets zu erstellen, die Gesamtausgaben sowie den Nutzen und die Wirkungen zu beachten und daraus entsprechende Handlungsoptionen abzuleiten.

- 22.3.** *Der Fonds teilte mit, dass ein exakter Überblick über die externen Ausgaben (Beraterhonorare) jederzeit verfügbar war. Die Zuordnung der internen Kosten (GF Schütz) für die Anteile am NSM wurden nicht laufend zugeordnet, bildeten aber als Summe einen fixen Bestandteil der budgetierten Kosten für die Geschäftsführung. Das NSM-Vorhaben wurde in Phasen entwickelt, daher wurden auch die erforderlichen Budgetmittel jeweils für die einzelnen Phasen geplant. Ein Mehrjahresbudget über die einzelnen Phasen hinweg ist demnach nicht möglich. Ob sich Ausgaben und Wirkungen in einer günstigen Relation zeigen, ist wohl nur mittelfristig zu beurteilen – wenn die Kooperation in den Betreuungsprozessen nachhaltig gelingt, übertreffen die Wirkungen deutlich die Ausgaben.*
- 22.4.** Der LRH stellte nie in Frage, dass der Fonds einen Überblick über seine Ausgaben für Beraterhonorare hatte. Vielmehr bemängelte er, dass der Fonds keinen aktuellen Überblick über die Gesamtausgaben des NSM-Projekts hatte. Die dem Projekt zurechenbaren Ausgaben für den Geschäftsführer ermittelte der LRH erstmalig im Zuge der Prüfung.

Beurteilung des Projektes durch die BKT-Mitglieder

- 23.1.** Der LRH versendete in Zusammenarbeit mit der Abteilung Statistik beim Amt der Oö. Landesregierung im Dezember 2011 einen Fragebogen (siehe Anlage 2) an alle Mitglieder der Bezirkskoordinationsteams. Insgesamt wurden 356 Fragebögen verschickt, die Rücklaufquote betrug 62 Prozent.
- 23.2.** Der LRH beurteilte die Ergebnisse aufgrund der erzielten Rücklaufquote als repräsentativ und ihre weitere Verwendung damit als zulässig.
- 24.1.** Die Befragten stimmten zu 86 Prozent zu, dass alle relevanten Organisationen in den BKT vertreten sind und in den Gremien auch aktiv mitarbeiten. 88 Prozent fühlten sich soweit gut informiert, um selbst Informationen weitergeben zu können. Vergleichbar positiv wurde die Arbeitsfähigkeit der BKT hinsichtlich Gruppengröße, Teilnahme relevanter Mitglieder und Frequenz der Treffen beurteilt.

Die Zustimmung der Befragten zur Angemessenheit der Entscheidungsstruktur lag bei 76 Prozent. Jeweils etwa 75 Prozent gaben an, im BKT Verhandlungskompetenz für ihre Organisation und Umsetzungsverantwortung in der eigenen Organisation zu besitzen.

Gefiltert nach einzelnen statistischen Gruppen, ergeben sich jedoch unterschiedliche Wahrnehmungen der Beteiligten:

- Die befragten BKT-Mediziner gaben im Vergleich mit den übrigen Professionen zu einem geringeren Anteil an, selbst Verhandlungskompetenz (51 Prozent) und Umsetzungsverantwortung (55 Prozent) für ihre Organisation innezuhaben.
- 34 Prozent der Pflegekräfte konnten laut eigener Angabe nicht beurteilen, ob in ihrem BKT Personen beteiligt sind, die die Arbeit am NSM-Projekt verzögern.

24.2. Der LRH anerkannte eine grundsätzlich positive Stimmung der Befragten zu dem Projekt. Er merkte an, dass diese Einstellung die Erzielung konkreter Umsetzungsergebnisse begünstigt.

25.1. Die Angemessenheit der Projektdauer und den Fortschritt beurteilten die Befragten zu 67 bzw. 60 Prozent positiv. 48 Prozent meinten, dass ihnen das NSM-Projekt vor ihrer eigenen Mitarbeit unbekannt gewesen sei. 67 Prozent stießen in den Jahren 2011 und 2010 zum Projekt.

Die individuelle Analyse statistischer Gruppen lässt wiederum abweichende Meinungen erkennen:

- Die Befragten in Linz-Stadt sahen die Angemessenheit der Entscheidungsstruktur und des Projektfortschritts kritischer als die übrigen BKT: 45 bzw. 41 Prozent beurteilen diese beiden Punkte als angemessen.
- Mediziner äußerten sich in Bezug auf Struktur und Fortschritt skeptischer als die übrigen Professionen.
- Ein höherer Prozentsatz (56 Prozent) der befragten Pflegemitarbeiter gab an, das Projekt vor der eigenen Mitarbeit nicht gekannt zu haben.

25.2. Dem LRH schien es auf Basis dieser Befragungsergebnisse wichtig, das NSM-Projekt rasch in den Regelbetrieb zu überführen. Bestehenden Bedenken zum Projektfortschritt kann damit entgegnet und die positive Grundstimmung der BKT-Mitglieder genutzt werden.

26.1. Als wesentliche Vorteile des NSM-Projektes nannten die Befragten steigende Patientenzufriedenheit und die Vernetzung an den Nahtstellen. 24 Prozent der Befragten orteten keinen Nutzen für die eigene Organisation. Die interne zeitliche Belastung nahmen 46 Prozent als nachteilig wahr.

Die freiwillige Selbstverpflichtung hielten 69 Prozent der Befragten für einen geeigneten Weg zur Fortsetzung der Zusammenarbeit nach dem offiziellen Projektende. Bei den Medizinerinnen fiel dieser Anteil mit 56 Prozent geringer aus.

26.2. Unter Berücksichtigung des Kooperationsgrundsatzes der freiwilligen Selbstverpflichtung sah der LRH die Kommunikation klar identifizierter Vorteile als entscheidenden Anreiz für die Organisationen bei der Umsetzung des NSM. Er empfahl daher dem LPT stärker als bisher auf eine effektive und effiziente Öffentlichkeitsarbeit durch die BKT zu achten.

27.1. Zur umfassenden Beurteilung des Projektes interviewte der LRH – neben der Erhebung mittels Fragebogen – die ÜLP und beteiligten Ärzte sämtlicher Oö. Fondskrankenanstalten.

27.2. Dabei stellte der LRH fest, dass die in den Interviews geäußerten Meinungen teilweise im Widerspruch zu den Ergebnissen der Befragung standen. Insbesondere beurteilten die Interviewten das Projekt an sich, dessen Dauer, die Anzahl der Beteiligten, den Projektfortschritt sowie die Entscheidungsfindung kritischer.

ENTLASSUNGSMANAGEMENT IN DEN OÖ. FONDSKRANKENANSTALTEN

Ist-Situation

- 28.1.** Beginnend ab 1997 richteten alle oö. Fondskrankenanstellen eine Überleitungs- bzw. Übergangspflege ein. Sie ist großteils der Pflegedirektion direkt unterstellt. Hauptaufgabe der Überleitungspflege ist es, gemeinsam mit Patienten und deren Angehörigen eine optimale Versorgung in pflegerischen Belangen nach dem Krankenhausaufenthalt zu organisieren. In einigen Krankenhäusern wird sie dabei durch Diplom-Sozialarbeiter unterstützt. Diese decken soziale Angelegenheiten ab. Die Mehrheit der ÜLP-Mitarbeiterinnen hat eine Ausbildung im Case- und Care-Management absolviert und in diesem Rahmen den Entlassungsprozess im eigenen Krankenhaus weiterentwickelt und festgeschrieben.
- 28.2.** Der LRH anerkannte die Bemühungen der Fondskrankenanstellen zur Sicherstellung der Betreuung und Pflege von Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt. Er sah darin einen Beitrag zur Entlastung des stationären Bereichs. Die räumliche und technische Ausstattung beurteilte der LRH in den meisten Fällen als geeignet für die Aufgabenerfüllung. Er anerkannte, dass schriftliche Verfahrensregeln vorliegen, bemängelte aber, dass die Aufgaben der beteiligten Ärzte darin meist nicht festgehalten sind.
- 29.1.** Der LRH hat zur Feststellung des Ist-Prozesses in allen oö. Fondskrankenanstellen Gespräche mit den in den BKT vertretenen Mitarbeiterinnen der ÜLP bzw. Ärztinnen und Ärzten geführt und Strukturdaten erhoben. Weiters ersuchte der LRH die Interviewten um eine Einschätzung zum NSM-Projekt.
- 29.2.** Der LRH hat aus den erhobenen Strukturdaten Kennzahlen errechnet, die in der folgenden Tabelle⁹ dargestellt sind:

Oö. Fondskrankenanstellen (ohne Sierning)	Mittelwert	Median	Minimum	Maximum
Anzahl der KH Betten je VZÄ ÜLP (Jahr 2011)	229	202	91	462
ÜLP-Personal Anteil an den gesamt VZÄ (Jahr 2011)	0,25%	0,24%	0,10%	0,47%
Anteil der ÜLP-Entlassungen (Jahr 2011)	3,73%	3,37%	1,18%	7,20%
Anteil der ÜLP-Entlassungen (Jahr 2008)	3,07%	2,94%	0,91%	7,50%
Entlassungen durch ÜLP je VZÄ ÜLP (Jahr 2011)	492	516	86	772
Entlassungen durch ÜLP je VZÄ ÜLP (Jahr 2008)	487	422	72	862

Die Auswertung der Strukturdaten zeigt, dass einerseits die Anzahl der betreuten Betten je ÜLP-Vollzeitäquivalent (VZÄ), und andererseits der Anteil der ÜLP am Gesamtpersonal je Krankenanstalt stark streut. Ein Schlüssel für Personalausstattung besteht – mit Ausnahme für AG/R-Leistungen – nicht. Vergleicht man die Jahre 2008 und 2011, zeigt sich ein steigender Anteil an Patienten, die bei der Entlassung durch die ÜLP begleitet werden. Eine ÜLP-Vollzeitkraft begleitete 2011 verglichen mit 2008 im Durchschnitt mehr Entlassungen.

⁹ Die Daten des KH Sierning wurden wegen seines Schwerpunktes auf Akutgeriatrie/Remobilisation bei der Kennzahlenberechnung nicht berücksichtigt.

Die interviewten ÜLP sahen überwiegend einen personellen Mehrbedarf. Als Gründe wurden insbesondere komplexere Fälle und kürzere Verweildauern genannt.

- 30.1.** Die ÜLP sind in den Oö. Fondskrankenanstalten abhängig von den personellen Ressourcen von Montag bis Freitag anwesend. An Wochenenden besteht keine Anwesenheit.

In zwei Häusern waren keine Stellvertretungen für die ÜLP festgelegt. ÜLP und (sofern vorhanden) diplomierte Sozialarbeit werden in der Regel in den Häusern nicht als eine gemeinsame Organisationseinheit gesehen. Für die Tätigkeit der ÜLP werden in den Krankenanstalten unterschiedliche Zulagen gewährt.

- 30.2.** Der LRH merkte kritisch an, dass mangels durchgängiger Anwesenheit und Stellvertretung keine lückenlose Betreuung der Patienten mit Betreuungsbedarf durch die Überleitungspflege gewährleistet ist. Er empfahl, ÜLP und Diplom-Sozialarbeiter organisatorisch zusammenzuführen und durchgängig Stellvertretungen festzulegen.

- 31.1.** Die Mehrzahl der ÜLP erstellt für eigene Zwecke Leistungsstatistiken und übermittelt diese der jeweiligen Pflegedirektion. Darin sind insbesondere die Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten sowie die erbrachten Leistungsarten enthalten. Inwieweit sie für Steuerungszwecke verwendet werden, war den ÜLP nicht bekannt.

Bei einem Träger wurden entsprechende Aufzeichnungen im Krankenhausinformationssystem generell eingestellt.

- 31.2.** Der LRH war der Ansicht, dass Leistungsstatistiken für eine objektive Abschätzung des Ressourcenbedarfes unbedingt notwendig sind. Nach Möglichkeit sollten die daraus entwickelten Kennzahlen landesweit vergleichbar sein.

Soll-Entlassungsprozess

- 32.1.** Im Rahmen des NSM-Projektes definierten die Projektbeteiligten einen Entlassungsprozess (Soll-Prozess), der folgende sechs Schritte umfasst:

- Anfangsscreening durchführen und Entlassungsprognose erstellen
- Entlassungsvorbereitende Aktionen auf den Stationen
- Entlassungsvorbereitende Aktionen bei Kategorie III-Patienten¹⁰ durch ÜLP
- Entlassungsakt
- Transport
- Abschluss des Betreuungsfalles bei Kategorie III-Patienten

In den NSM-Leitlinien sind diese Schritte näher ausgeführt. Die Krankenhausträger verpflichteten sich, diese freiwillig umzusetzen.

- 32.2.** Der LRH begrüßte den Beschluss einheitlicher Leitlinien, weil diese eine landesweit vergleichbare Behandlung der Patienten gewährleisten können. Allerdings stellte er fest, dass von Beginn der ersten ÜLP bis zur Beschlussfassung der einheitlichen Leitlinien mehr als zehn Jahre vergingen.

10 Kategorie III-Patienten benötigen Information und Unterstützung in der Organisation der Nachbetreuung.

Soll-Ist-Vergleich des Entlassungsprozesses

- 33.1.** Im Rahmen der Prüfung führte der LRH einen Vergleich des in den NSM-Leitlinien definierten Soll-Prozesses mit den tatsächlichen Prozessen in den einzelnen Krankenanstalten durch.
- 33.2.** Dabei stellte er maßgebliche Abweichungen fest. Selbst innerhalb eines Krankenanstaltenträgers läuft der Entlassungsprozess uneinheitlich ab.

Dem LRH ist bewusst, dass die Leitlinienumsetzung verschoben wurde und offiziell erst im Rahmen der Projektphase IV stattfinden soll. Trotzdem hätten die Krankenanstaltenträger, die alle im Lenkungsausschuss vertreten sind, die Möglichkeit gehabt, die Leitlinien in ihren Häusern bereits umzusetzen. Einen möglichen Grund für die verzögerte Umsetzung sah der LRH in der freiwilligen Selbstverpflichtung und den nicht vorhandenen Sanktionsmöglichkeiten.

Die vom LRH festgestellten Abweichungen betrafen folgende Prozessschritte:

Anfangsscreening durchführen und Entlassungsprognose erstellen

- 34.1.** Als wesentliche Aufgaben dieses Schrittes definiert die Leitlinie eine verpflichtende Erstanamnese mit Kategorisierung. Bei Einstufung in Kategorie III ist unverzüglich die Überleitungspflege beizuziehen. Bei Patienten, die beispielsweise aus Alten- und Pflegeheimen zugewiesen werden, ist die ÜLP nur bei verändertem Betreuungsbedarf einzuschalten.
- 34.2.** Der LRH stellte fest, dass das Anfangsscreening in den Krankenanstalten zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt wird. Nach Auskunft der ÜLP gelten aus Alten- und Pflegeheimen kommende Patienten in manchen Häusern jedenfalls nicht als Kategorie III-Fälle. Sie werden unabhängig von ihrer Erkrankung nicht an die ÜLP zugewiesen. Einige ÜLP-Mitarbeiterinnen konnten nicht ausschließen, dass Kategorie III-Patienten ohne ihre Einbeziehung entlassen werden. Das bedeutete für den LRH, dass die Betreuung durch die ÜLP nicht für alle relevanten Patienten gesichert ist.

Entlassungsvorbereitende Aktionen bei Kategorie III-Patienten durch ÜLP

- 35.1.** Die Entlassungsvorbereitung erfolgt laut NSM-Leitlinie bei Kategorie III-Patienten durch die Überleitungspflege. Nach einer ergänzenden Sozialanamnese hat die ÜLP mit dem Patienten ein Beratungsgespräch über Nachsorgenotwendigkeiten zu führen. Sie bespricht mit der Station, dem Patienten und den Angehörigen die Entlassungsplanung und kontaktiert zum frühest möglichen Zeitpunkt die extramuralen Nachsorgeeinrichtungen (Alten- und Pflegeheime, Mobile Dienste, niedergelassene Ärzte).
- 35.2.** Der LRH stellte fest, dass die ÜLP in allen oö. Fondkrankenanstalten eine Sozialanamnese durchführen. Die dabei verwendeten Erhebungsinstrumente unterscheiden sich allerdings in Form und Inhalt. Nach Ansicht des LRH war damit nicht gewährleistet, dass Patienten mit gleichem Betreuungsbedarf die selbe Entlassungsplanung erhalten.

Die Interviews mit den ÜLP ergaben, dass sie nicht immer rechtzeitig vom bevorstehenden Entlassungstermin informiert werden und damit eine entsprechende Entlassungsplanung erschwert wird. Dies hat in Einzelfällen zur Folge, dass Patienten länger als geplant im Krankenhaus verbleiben, weil eine Entlassung grundsätzlich erst dann erfolgt, wenn die poststationäre Versorgung gesichert ist. Darüber hinaus führten die ÜLP an, dass sie bei der Abstimmung des Entlassungstermins unterschiedlich stark einbezogen werden.

- 36.1.** Als Unterstützungsleistungen durch die ÜLP beschreibt die NSM-Leitlinie die Organisation der Medikamentenversorgung, sowie der Heilbehelfe und Hilfsmittel. Weiters definiert sie Unterstützungsleistungen für Spezialfälle (z.B. Patienten mit 24-Stunden-Betreuungsbedarf, mit Regelungsbedarf nach dem Sozialversicherungsgesetz oder mit Reha-Bedarf).
- 36.2.** Der LRH stellte fest, dass sich die von der ÜLP erbrachten Leistungen stark voneinander unterscheiden. Das Leistungsangebot richtet sich nach den vorhandenen Ressourcen, dem Grad der Einbeziehung der Angehörigen, der Abteilungsstruktur des jeweiligen Krankenhauses, der Anzahl zugewiesener Patienten und dem Selbstverständnis der ÜLP-Mitarbeiterinnen.
Um eine landesweit gleichwertige Patientenversorgung zu sichern, bedarf es nach Ansicht des LRH eines einheitlichen Produktkatalogs für deren Leistungsangebot.
- 37.1.** Voraussetzung für das Tätigwerden der ÜLP ist, dass mit den Patienten und Angehörigen Einvernehmen über die vorgeschlagene Entlassungsplanung erzielt wird. Das Einvernehmen wird durch unterschiedliche Faktoren verhindert: Kosten der Pflege, soziales Stigma, familiäre Uneinigkeit, individuelle Ablehnung.
- 37.2.** Die Interviewten teilten dem LRH mit, dass die Patienten bei Nichteinigung in dem Wissen entlassen werden, dass aufgrund der Unter- oder Fehlversorgung eine neuerliche Aufnahme in das Krankenhaus in kurzer Frist wahrscheinlich ist. In derartigen Fällen beginnt der Behandlungsprozess von Neuem.
- 38.1.** Die NSM-Leitlinie hält fest, dass Kontinuität der Medikation sowie der Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln sicherzustellen ist. Im Normalfall ist die Medikation im (Kurz-)Arztbrief enthalten. Im Bedarfsfall ist dem Patienten eine Mindestausstattung für 2-3 Tage mitzugeben.
In mehreren BKT wurden Subarbeitsgruppen zu diesem Themenbereich eingerichtet.
- 38.2.** Die Prüfung zeigte, dass sich die Organisation der poststationären Medikamenten-, Heil- und Hilfsmittelversorgung stark unterscheidet. Selbst innerhalb eines Krankenhauses werden unterschiedliche Vorgangsweisen praktiziert.

Medikamente werden – abweichend von der Bestimmung der NSM-Leitlinie – in rund der Hälfte der Krankenanstalten aus ökonomischen Gründen ausschließlich für den Entlassungstag mitgegeben. Diesbezüglich gaben einige Krankenhausleitungen und/oder ihre Träger entsprechende Anweisungen. Bei der Mitgabe von Heilbehelfen und Hilfsmitteln stellte der LRH ähnliche Abweichungen fest. Er empfahl daher, die NSM-Leitlinie in diesen Punkten auf ihre Umsetzbarkeit zu überprüfen und eine landesweit verbindliche Klarstellung zu treffen.

- 39.1.** Die NSM-Leitlinie sieht vor, dass im Entlassungsbericht sowohl die vorangegangene Medikation des extramuralen Bereichs, als auch die im Krankenhaus neu verordneten Medikamente anzuführen sind.
- 39.2.** Die Prüfung zeigte, dass die im (Kurz-)Arztbrief enthaltene Medikation in der Regel nur den Status bei der Entlassung, nicht aber die Zuweisungsmedikation umfasst.

Entlassungsakt

- 40.1.** Die Entlassung umfasst neben der administrativen Abmeldung die Übergabe der Entlassungspapiere. Diese bestehen im Wesentlichen aus Kurzarztbrief, Rezepten und Pflegebegleitschreiben inkl. Wundblatt und ÜLP-Dokumentation. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme ist laut NSM-Leitlinie im Pflegebegleitschreiben eine Kontakttelefonnummer der Überleitungspflege zu vermerken.

Das NSM-Handbuch nennt ein einheitliches Pflegebegleitschreiben und einen einheitlichen Entlassungsbrief („Kurzarztbrief“) als wesentliche NSM-Instrumente im Bereich des Entlassungsaktes.

- 40.2.** Aus den Interviews ging hervor, dass einheitliche Mindeststandards als sinnvoll erachtet werden. Allerdings sollte der Grundsatz „Inhalt vor Form“ berücksichtigt werden, um Kosten für IT-Systemumstellungen möglichst zu vermeiden. Weiters ergab die Prüfung des LRH, dass nicht in allen Pflegebegleitschreiben eine Kontakttelefonnummer der ÜLP angegeben wird.

Abschluss des Betreuungsfalles bei Kategorie III-Patienten

- 41.1.** Die NSM-Leitlinie sieht vor, dass die Nachsorgeeinrichtungen eine Rückmeldung an die ÜLP geben, mit der der Entlassungsprozess endet. Bei unbefriedigend gelösten Fällen hat die ÜLP eine Fallevaluation durchzuführen. Die Ergebnisse sind in eine web-basierte „Problemfall-Datei“ einzuspeisen und von den BKT-Mitgliedern weiter zu bearbeiten.

Bei der Fallevaluation sieht das NSM-Handbuch abweichend von der Leitlinie vor, dass sich Überleitungspflege und nachsorgende Einrichtung gegenseitig über unbefriedigend gelöste Fälle informieren.

- 41.2.** Der LRH stellte fest, dass die ÜLP nach der Entlassung nach unterschiedlichen Kriterien mit den nachsorgenden Einrichtungen bzw. Patienten und deren Angehörigen Kontakt aufnehmen. Als Kriterien werden Fallkomplexität, persönliche Einschätzung der ÜLP oder eine Stichprobenauswahl herangezogen.

Zahlreiche ÜLP gingen davon aus, dass sich Nachsorgeeinrichtungen melden, wenn Versorgungsprobleme auftreten.

Die für unbefriedigend gelöste Fälle vorgesehene Problemfall-Datei bestand zum Zeitpunkt der Prüfung noch nicht.

Sonstiges

42.1. Im Rahmen der Prüfung haben die Interviewpartner folgende weitere nahtstellenrelevante Aspekte thematisiert:

- Insbesondere in Linz fehlen effektive Kommunikationsstrukturen zur Vermeidung von Kostennachteilen durch Drehtürpatienten und Krankenhaustourismus. Die Folge sind unnötige Krankenhausaufenthalte, Doppelbefundungen und wiederholte Prozessabläufe. Das Linzer Aufnahmeamt wirkt nicht entgegen. Ein elektronischer Informationsaustausch in dieser Hinsicht unter allen Linzer Krankenhäusern fehlt (nur Einzelnetzwerke z.B. Barmherzige Brüder und Barmherzige Schwestern).
- Die ÜLP und die beteiligten Ärzte nannten teilweise die Vergabepaxis von Plätzen in Alten- und Pflegeheimen: Demnach werden Patienten primär im Heimbezirk untergebracht. Freie Kapazitäten in benachbarten Bezirken werden in der Regel nicht genutzt. Dies hat zur Folge, dass sich die Verweildauer im Krankenhaus verlängert.
- In der aktuellen Situation sehen einige Krankenhäuser ein Spannungsfeld zwischen den Zielen des NSM-Projektes, den verfügbaren intramuralen Strukturen sowie den erlebten Versorgungsengpässen im Bereich der externen Versorgung (Alten- und Pflegeheime, Mobile Dienste, 24-Stunden-Pflege).

2 Anlagen

2 Beilagen

Linz, am 24. April 2012

Dr. Helmut Brückner
Direktor der Oö. Landesrechnungshofes