



„Optimierung des Nahtstellenmanagements in Oberösterreich“

**Rahmensetzung
für die Arbeit in den Versorgungsregionen
„Leitlinien“, „NSM Struktur“ und „Bearbeitungsthemen“**

Endfassung
(unter Einarbeitung der Ergänzungen des Lenkungsausschusses)

Stand Dezember 2008

Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	3
I. Leitlinien	4
II. NSM Struktur	6
III. Bearbeitungsthemen	7
Entlassungsmanagement	7
Zuweisungsmanagement	9
Abstimmung intra- und extramuraler Verordnungspraxis und Heilmittelverordnung	11
Koordinationsstruktur.....	12
Fachärztliche Versorgung nach Ordinationsende	13
Freies Thema für die Pilotregionen.....	14

Einführung

In diesem NSM Rahmenpapier werden die Ergebnisse der Konzeptionsphase des NSM Landesprojektteams dargestellt, in dem die Anregungen, Änderungen und Ergänzungen des NSM Lenkungsausschusses eingearbeitet sind. Die NSM Rahmenvorgaben sind Resultat eines dialogisch offen geführten Prozesses der Mitglieder des Landesprojektteams

Mag. Renate Hackl, Land OÖ – Vertreterin für „Menschen mit Beeinträchtigung“

Dir. Ferdinand Hanl, Sonderversicherungsträger

Herr Martin König, Vertreter ARGE APH

Mag. Brigitta Schmitsberger, Vertreterin der Träger Sozialer Hilfe

Reinhard Schmidt, MAS, Vertreter LARGE

Dr. Robert Schütz, OÖ Gesundheitsfonds

Mag. Leopold Söllradl, Land OÖ – Abteilung Gesundheit

Prim. Dr. Peter Stumpner, Vertreter KA – LKH Rohrbach

Mag. Michael Wall, Land OÖ – Abteilung Soziales

Dir. Dr. Andrea Wesenauer, OÖ GKK

Dr. Wolfgang Ziegler, ÄK/Bezirksärzteevertreter

unter Begleitung durch die Berater

Prof. Dr. Ralph Grossmann, iff

DI Dr. Karl Prammer, iff/C/O/N/E/C/T/A

und des wissenschaftlichen Assistenten

Mag. Christian Neugebauer, iff

Die Entscheidungen wurden jeweils im Konsens durch alle Mitglieder des Landesprojektteams getroffen. Sie bildeten die Grundlage für die Verabschiedung des Arbeitsrahmens für die weitere Projektarbeit in Phase 2 durch den Lenkungsausschuss.

Der NSM Lenkungsausschuss hat das Rahmenpapier in der vorliegenden Fassung in seiner Sitzung am 11.11.2008 einstimmig angenommen.

I. Leitlinien

Angestrebt wird ein hoher Grad an Verbindlichkeit. Dies soll primär durch soziale Selbstverpflichtung der Key-Akteure des Vorhabens und der von Ihnen vertretenen Institutionen erzielt werden, sowie durch das explizite Treffen von Vereinbarungen zwischen den Organisationen.

Inhaltliche Ausgestaltung

Inhaltlich sollen sich die Leitlinienvorgaben an nachfolgenden Kriterien orientieren.

Die Leitlinien:

- besitzen Allgemeingültigkeit für alle beteiligten Organisationen.
- bilden ganz konkrete Anweisungen ab, die relativ detailliert die strukturellen und prozessualen Aspekte regeln und einen „Roten Faden“ durch die zu bearbeitenden Bereiche darstellen.
- formulieren konkrete Lösungsansätzen, die klare Handlungsanweisungen erkennen lassen.
- nutzen die Möglichkeiten einer komprimierten Darstellung eines „Handbuches“ („To-Do-Liste“), um die Transparenz als auch die Verständlichkeit der Handlungsanweisungen für den Handlungsalltag sicherzustellen.
- sind in einer nachvollziehbaren Art und Weise evaluier- und messbar.
- sollen eine Vorbildfunktion für andere Bundesländer haben.
- sollen IT-Unterstützung ermöglichen und nutzen.

Verbindlichkeit

Zur Sicherstellung der Verbindlichkeit der Leitlinien können mehrere Ansätze und Instrumente parallel verfolgt werden.

- Die Verbindlichkeit auf Institutionsebene wird zum Inhalt relevanter Stellenbeschreibung gemacht.
- Die Leitlinien werden zu einem Teil der in und zwischen betroffenen Institutionen getroffenen Zielvereinbarung gemacht.
- Ein NSM Preis wird ausgeschrieben und damit besonders erfolgreiche Organisationen ausgezeichnet.
- Der offene Konkurrenzdruck wird die Verbindlichkeit erhöhen.
- Die Verbindlichkeit wird durch das Commitment und die inhaltliche Zusage der obersten Instanzen der beteiligten Organisationen sichergestellt.
- Durch die innerorganisatorische Umsetzung und Implementierung der Leitlinien wird die Verbindlichkeit zusätzlich erhöht.
- Die konkrete namentliche Benennung der Verantwortlichen (Verantwortlichkeiten) innerhalb einer Organisation steigert die Verbindlichkeit.
- Der Anreiz zur Einhaltung der Verbindlichkeit wird durch finanzielle Förderungen erhöht. Es gilt daher ein spezielles NSM Anreizsystem zu entwickeln.
- Ein zentraler Aspekt der Akzeptanz ist die Eigenverpflichtung. Diese wird wiederum erreicht, durch
 - die kooperativ angelegte Gestaltung des Projektprozesses.
 - die inhaltliche und commitmentstiftende Verpflichtung der beteiligten Personen.

- die kooperative Selbstverpflichtung einer Mehrzahl der beteiligten Organisationen. Dadurch steigt automatisch der Druck zur Eigenverpflichtung für die vorerst abwartenden und abseits stehenden Organisationen.
 - die aktiv praktizierte politische Willensbildung innerhalb der Projektstruktur, wodurch eine frühzeitige Intervention in den „kritischen Kreisen“ möglich wird und absehbaren Kurs- oder Richtungsänderungen einzelner Organisationen kooperativ und konstruktiv vorgebeugt werden kann.
- Es gilt zu den Leitlinien jeweils ganz konkrete inhaltliche Maßnahmen zu vereinbaren und anzustoßen.
 - Zur nachhaltigen Sicherstellung der Verbindlichkeit wird eine permanente und passende Steuerungsstruktur erarbeitet. Diese wird parallel und im Anschluss an die Projektarbeit in den Pilotregionen durch das Landesprojektteam konzipiert.

II. NSM Struktur

Kooperationsstrukturen werden sowohl auf Bundeslandebene als auch auf der Ebene der Versorgungsregionen erarbeitet und besitzen für alle beteiligten Organisationen Gültigkeit.

Beim Aufbau der Strukturen gilt es mehrere Aspekte zu berücksichtigen:

- Die Strukturen sind partizipativ und begünstigen/ermöglichen eine gemeinsame Entscheidungsfindung.
- Die NSM Struktur braucht als oberstes Koordinationsorgan ein Kooperationsgremium mit Steuerungsfunktion (auf Bundeslandebene und wahrscheinlich auch auf Ebene der Versorgungsregionen), in dem sowohl der Sozial- als auch der Gesundheitsbereich gleichberechtigt vertreten sind. Der Vorschlag für das Koordinationsorgan und die Steuerungsstruktur nach Projektende wird durch das Landesprojektteam erarbeitet. Das oberste Organ sollte entsprechend erster diesbezüglicher Überlegungen folgende Aufgaben erfüllen:
 - Koordination der konkreten Nahtstellenarbeit
 - Evaluation, Anpassung und Weiterentwicklung der Leitlinien
 - Kontrolle der Einhaltung der Leitlinienvorgaben
- Im Sinne der kooperationsnotwendigen Transparenz braucht es innerhalb der Strukturen ganz konkrete, namentlich bekannte Ansprechpersonen, denen Verantwortlichkeiten zugeschrieben werden können.
- Für die BürgerInnen¹ ist ein beliebiger Zugang zur NSM Struktur („Eingangstür“) sicherzustellen.
- Bei Konzeption, Aufbau und Koordination der NSM Strukturen gilt es,
 - auf einen optimalen Einsatz der bestehenden Ressourcen zu achten.
 - sich auf jene Bereiche zu konzentrieren, bei denen – ohne zusätzliche Ressourcen – mit einer relativ hohen Erfolgswahrscheinlichkeit zu rechnen ist. Aber ein Blick wird auch auf jene Aspekte geworfen, bei denen Wirkungen, Engpässe oder fehlende Ressourcen sinnvoll aufgezeigt und sichtbar gemacht werden können.
 - keinesfalls Parallelstrukturen aufzubauen.
 - eine bessere Vernetzung der bestehenden Strukturen zu begünstigen aber auch eine „Rekombination“ der bestehenden Strukturen in Erwägung zu ziehen.
 - die Praxistauglichkeit auf Landes- als auch auf Versorgungsregionsebene während der Projektlaufzeit zu prüfen.
 - auf die Sicherstellung des Informationsflusses zwischen den einzelnen NSM Institutionen zu achten.

¹ „BürgerInnen“ ist als vereinheitlichter Sammelbegriff für PatientInnen, KlientInnen, BewohnerInnen usw. zu verstehen.

III. Bearbeitungsthemen

Allgemeine Anmerkungen

Der Umgang mit der Ressourcenfrage ist bei allen Bearbeitungsthemen mitzudenken und sollten sich vitale Engpässe abzeichnen, gilt es diese am Projektende aufzuzeigen. Die Politik ist sich bewusst, dass eine NSM Umsetzung auch ein Ressourcenthema ist.

Das Thema Rettungs- und Krankentransportwesen bildet, aufgrund der Entscheidung des NSM Landesprojektteams, kein eigenständiges prioritär zu bearbeitendes Thema. Aber es ist innerhalb der Pflichtthemen aktiv mit zu berücksichtigen, sofern in der Bearbeitung der Pflichtthemen relevante Querverbindungen erkennbar werden sollten.

Entlassungsmanagement

Das Thema „Entlassungsmanagement“ (EM) zielt vorrangig darauf ab, den Informationsfluss zwischen dem intramuralen medizinisch, pflegerischen Bereich und dem extramuralen medizinischen, pflegerischen als auch sozialen Bereich zu optimieren. Dabei sind neben der Optimierung des Informationsflusses zwischen den Leistungsanbietern, die Informationsbedürfnisse der PatientInnen und Angehörigen aber auch die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigung oder psychiatrischer Diagnose zu berücksichtigen.

Weiters sind Zuweisungskriterien für das Entlassungsmanagement vom akutstationären in den extramuralen Bereich als auch an den Nahtstellen zu Reha- und Kuranstalten in den Blick zu nehmen. Eine zusätzliche Berücksichtigung des Palliativaspektes ist erwünscht.

Zielsetzungen

- rasche und lückenlose Informationsweitergabe zwischen den genannten Bereichen
- Klarheit über Rollen und Zuständigkeiten der beteiligten Akteure (z.B.: Überleitungspflege/Hauskrankenpflege)
- „Frühzeitiger Start des EM“
 - bei bestimmten Diagnosen (z.B.: Schlaganfall) ist mit dem EM rechtzeitig zu beginnen.
 - Optimierung der zeitlichen Abstimmung der notwendigen Maßnahmen
- Optimierte Aufklärung und Informierung der PatientInnen/Angehörigen
- Berücksichtigung der rechtlichen Aspekte und Auswirkungen, insbesondere bei der Entwicklung neu gestalteter Informationsschreiben.

Gegenstand

- Gegenstand sind der Arztbrief (med.) und das Pflegebegleitschreiben (pfleg.)
 - Die Optimierung basiert auf bereits geleisteten Vorarbeiten
 - Zusätzlich berücksichtigt werden: bereits durchgeführte und erfolgte Interventionen/Therapien (gerade auch im psychiatrischen Bereich)
- Informationsschreiben für PatientInnen/Angehörige über Medikation, Pflegemaßnahmen usw. (Konzepterstellung als auch Praxiserprobung in den Pilotregionen)
 - In patientenfreundlicher, verständlicher Form (z.B.: Vermeidung von exzessiver Fremdwörterverwendung)

- Aufgrund möglicher operativer Zuständigkeitsüberschneidungen zwischen Hauskrankenpflege und dem Case Management-Ansatz der Sozialabteilung des Landes OÖ sind diese zu berücksichtigen und es gilt auf diesen Aspekt und mögliche Doppelgleisigkeiten bei Optimierungsvorschlägen Rücksicht zu nehmen
- Palliativaspekte und Umgang mit „Menschen am Ende des Lebens“

Qualitätskriterien

- Alle am Entlassungsmanagement mitwirkenden Organisationen und Bereiche müssen in die Pilotarbeit aktiv einbezogen werden (z.B.: auch Therapeuten)
- Es gibt eine Definition notwendiger Inhalte
- Die vorgeschlagenen, praxisorientierten Abläufe sind bis zum Projektende in den Pilotregionen getestet worden.

Zuweisungsmanagement

Die Thematik des „Zuweisungsmanagements“ (ZW) wird in zwei Bereiche differenziert:

- Zuweisungsinformationen
- Zuweisungsregeln

Die Zuweisungsregeln werden auf der Landesebene betrachtet und auf Versorgungsregionesebene ist dieser Aspekt als eine spezielle Fragestellung neben der primären Beschäftigung mit dem Aspekt Zuweisungsinformationen zu behandeln

Im speziellen werden durch die Thematik der Zuweisungsregeln folgende Aspekte berührt:

- Aufnahme und Zuweisungsrichtlinien in KH Ambulanzen, insbesondere für die Zeit an den Wochenenden
- Zuweisung in Kur-, Reha- und Pflegeeinrichtungen
- Analyse, Betrachtung und Optimierung der internen Nahtstellen für die Aufnahme in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Pflege
- Erstellung eines Regelungsvorschlages für die Problematik der fehlenden rechtlichen Befugnisse und Absicherungen zur Abweisung von PatientInnen, die nicht in das zu erbringende Leistungsprofil an der operativen Ebene passen. Das gilt insbesondere für die „Entry-Points“ im Rettungswesen.
 - Ergebnisse bestehender Arbeitsgruppen werden bei diesen Überlegungen berücksichtigt und aufgenommen
- Vorschläge für Zuweisungskriterien und deren Optimierung
 - Analyse des Bestehenden
 - Wo fehlen Kriterien?
 - Wo werden Sie nicht eingehalten?
 - Gerade die operativen Implikationen aus Bezirkssicht sind aufzuzeigen
 - Sowohl für das KH als auch für die APH
 - Erstellung einer Empfehlung für die Ausformulierung auf Landesebene

Die Optimierung der Zuweisungsinformationen stellt das primäre Bearbeitungsfeld der Pilotregionen dar und umfasst sowohl die Erstellung eines einheitlichen Einweisungsformulars (Informationsfluss) unter spezieller Berücksichtigung der besonderen Informationsflüsse bei Menschen mit psychiatrischer Diagnose oder mit Beeinträchtigung als auch die Optimierung des Informationsflusses zwischen den mobilen Diensten und den Krankenhäusern sowie die Thematik der extramuralen Befundübermittlung in die Krankenhäuser unter Einbeziehung des E-Health Schwerpunktes des Landes.

Im Folgenden geht es daher aufgrund der Differenzierung Bundesland/Versorgungsregionen um den Aspekt der Zuweisungsinformation:

Zielsetzung

- verbesserter, standardisierter Informationsfluss zwischen dem intra- und extramuralen Bereich
- Erarbeitung von konkreten Vorschlägen
- Überprüfung auf Praxistauglichkeit
- Diskussion, Analyse und Beantwortung der Fragen:
 - Wer erstellt die Befunde?
 - Wer leitet was wie weiter?
 - Wo liegen allfällige Befunde auf?
- Spezielle Zielsetzung für den medizinischen Bereich: Hausarzt als Informationsdrehscheibe für die Patienten in Bezug auf Vorbefunde und allfälligen Rückfragen

- Dieses Konzept soll kritisch aber konstruktiv analysiert werden
- Schriftlicher Konzeptvorschlag, der in weiterer Folge elektronisch umgesetzt werden soll
- Durch die Optimierungsmaßnahmen sollen kein finanzieller und administrativer Mehraufwand entstehen (ohne Kompensation bzw. ohne belegbaren Nutzen)

Gegenstand

- Medizinischer Informationsfluss:
 - Einweisungsformular (inkl. Beilagen wie z.B.: Vorbefunde)
 - Prüfung der Möglichkeit einer elektronischen Befundübermittlung von extramural nach intramural
- pflegerischer Informationsfluss:
 - Pflegebegleitschreiben (inkl. Beilagen)
- Informationsflussmaterial in schriftliche Form
- Strukturierung der Informationen
- IT Tool
 - Inhaltliche Eckpfeiler/Grobkonzeption erarbeiten und bestehendes Überprüfen
 - Das E-Health Projekt beachten und die dortigen Entwicklungen verfolgen, aber die technischen Umsetzungsansätze auch dort belassen.

Qualitätskriterien

- Alle am Zuweisungsmanagement beteiligten Organisationen und Bereiche müssen in den Pilotregionsarbeiten vertreten sein
- Die vorgeschlagenen, praxisorientierten Optimierungen sind in den Pilotregionen getestet worden

Abstimmung intra- und extramuraler Verordnungspraxis und Heilmittelverordnung

Die Thematik „Abstimmung intra- und extramuraler Verordnungspraxis und Heilmittelverordnung“ betrifft im Kontext des NSM Projektes primär zwei Nahtstellen, die es zu bearbeiten gibt. Zum einen gilt es die differenzierte Medikationspraktik zwischen intra- und extramuralen Bereich zu optimieren. Im Konkreten wird dadurch die ökonomische Verfügbarkeit von Präparaten angesprochen und dessen Asymmetrie zwischen intra- und extramuralen Bereich. Wobei auf Versorgungsregionsebene Vorschläge als Basis zur weiteren Bearbeitung auf Landesebene erarbeitet werden sollen. Zum anderen wird eine Optimierung des Informationsflusses angestrebt. Insbesondere ist der Informationsfluss bzgl. Medikation (Dosierung, Wirkstoff) zwischen intra- und extramuralen Bereich zu optimieren.

Zielsetzung

- Ökonomieprinzip wird auch im KH verbindlich, um einem Verschreibungsdruck für den niedergelassenen Bereich entgegen zu wirken
- Vorschläge zur Optimierung erarbeiten und als Empfehlung an die Landesebene weiterleiten
- Analyse der Problemmedikamente
- Abgestimmte Medikation (Dosis; Wirkstoff) bei differenzierter Verordnung zw. den Nahtstellen Krankenhaus, niedergelassene Ärzte und APH
 - Vorschläge für eine einheitliche Vorgehensweise erarbeiten

Gegenstand

- Medikamente/Rezepte
- Ökonomietool
- Heil- und Hilfsmittel
- Zielkonflikt
 - Ökonomisch gestützte Originalpräparate im KH vs. kostenintensive Originalmedikament/günstigere Generika im niedergelassenen Bereich bzw. APHs

Qualitätskriterien

- Thematisierung im Medikamentenforum
- Einbindung aller beteiligten Akteure
- Beispielhafte optimierte Anwendung anhand eines oder mehrerer „Problempräparate“

Koordinationsstruktur

Die Thematik der „Koordinationsstruktur“ zielt darauf ab, die Zusammenarbeit an den Nahtstellen zwischen den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereiches zu optimieren. Dabei geht es primär um die optimierte Entwicklung und Erprobung von Koordinationsstrukturen auf Basis schon bestehenden Strukturen auf der Ebene der Bezirke bzw. Versorgungsregionen, um Öffentlichkeitsarbeit aber auch um den internen Informationsfluss zwischen den Einrichtungen.

Als Voraussetzung für die Arbeit an den Koordinationsstrukturen braucht es eine Darstellung der gesamten Breite und Vielfalt der unterschiedlichen CM Ansätze in den Bezirken.

Kein Ergebnis soll sein:

- ein einziges übergeordnetes CMM System auf Fall- als auch auf Systemebene
- keine Kompetenzüberschreitungen zwischen den einzelnen Sektoren Gesundheit und Soziales. ABER: gezielte Aufgabenklärung und Koordination.

Zielsetzung

- Herstellung von Transparenz und Erstellung einer Übersicht über die verschiedenen existierenden CM Strukturen, Ansätze und leistungserbringenden Institutionen mit NSM Relevanz
 - Einschließlich der Ziele, Aufgaben, Methoden, Leistungen und handelnde Personen/Institutionen
- Analyse über IST Situation an den Nahtstellen
 - Anhand konkreter Fälle
- Vorschläge und erste Umsetzungsversuche über kooperative Vereinbarungen für die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen CM Systemen auf Fallebene, wobei auch der Zugang für die BürgerInnen berücksichtigt werden soll

Gegenstand

- Gegenstand dieser breit angelegten Analyse:
 - Netzwerk Hilfe
 - Sozialberatungsstellen
 - Überleitungspflege
 - Hausarzt
 - CMM Ansatz der Sozialabteilung des Landes OÖ
 - Einsatzleitungen und Case Managementstrukturen der mobilen Dienste
 - Bedarfskoordination
 - Alten- und Pflegeheime
 - Usw.

Qualitätskriterien

- Einbindung aller beteiligten und/oder betroffenen Akteure und Organisationen
- Konkrete Umsetzungsversuche der kooperativen Vereinbarungen

Fachärztliche Versorgung nach Ordinationsende

Es steht den beiden Entwicklungsteams der Pilotregionen frei, dieses Thema aufzugreifen oder rückzureihen. Aus Sicht des Landesprojektteams ist aus theoretisch konzeptiver Sicht nicht feststellbar, ob auf der Pilotregionsebene eine Optimierung zu bewerkstelligen ist. Auf Pilotregionsebene ist daher eine Analyse der gegenwärtigen organisatorischen Lösungsansätze notwendig, um das Optimierungspotenzial weiterführender Maßnahmen einschätzen zu können. Das Landesprojektteam geht von der Hypothese aus, dass eine Optimierung nur in Kooperation mit den Fachambulanzen geregelt werden kann. Insofern gilt es auch die Ergebnisse der „AG ambulanter Bereich“ zu berücksichtigen.

Zielsetzung

- IST Analyse erstellen, mit Speziellen Fokus auf die Schnittstellen in den Pilotregionen
 - Was ist in den Pilotregionen gestalt- bzw. machbar?
- Rollenklärung
 - Ambulanzen
 - Niedergelassene FA
 - Allgemeinmediziner
- Optimierter Organisationsvorschlag zur Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung innerhalb gegebener Ressourcen – insbesondere der abgestimmten Öffnungszeiten
- Vorschlag und Beschreibung der notwendigen Voraussetzung als Basis für eine Optimierung auf Landesebene. Der Vorschlag ist auf Landesebene mit dem Spezialprojekt „Ambulante Versorgung“ abzustimmen.
 - Die Ressourcenfrage ist beim Spezialprojekt „Ambulante Versorgung“ zu belassen.

Gegenstand

- Ambulanzen
- Niedergelassene FA
- Allgemeinmediziner
- „AG ambulanter Bereich“

Qualitätskriterien

- Einbindung aller betroffenen Akteure und Organisationen

Freies Thema für die Pilotregionen

Den beiden Entwicklungsteams der Pilotregionen steht es frei, aufgrund der spezifischen Eigenheiten der Versorgungsregionen Mühlviertel bzw. Wels, ein Bearbeitungsthema nach den örtlichen Notwendigkeiten auszuwählen.