

Reformpoolprojekt der



Zentrale Interdisziplinäre Aufnahmestation

LK WV Horn – Modellregion Waldviertel

(IAS Horn)

# Evaluations- Bericht

St. Pölten, Dezember 2008

Im Auftrag der NÖ. Gesundheitsplattform

**Projektleiter:**

**Dr. Andreas Reifschneider**

**Verfasser des Berichts:**

**Prof. Dr. Heiko Burchert  
Bielefeld**

St. Pölten,

Vorgelegt im Dezember 2008

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
Executive Summary.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	9
Tabellenverzeichnis.....	10
Abbildungsverzeichnis.....	11
1. Einführung.....	12
1.1 Auftrag.....	12
1.2 Methodik des Vorgehens.....	12
2. Vom Problem zur Idee.....	12
2.1 Veränderung der intramuralen Kapazitäten in Niederösterreich.....	12
Abbildung 2: Karte des Waldviertels in Niederösterreichs.....	12
2.2 Absehbare Konsequenzen dieser Veränderungen.....	12
2.3 Idee einer Interdisziplinären Aufnahmestation.....	12
3... Das Konzept der Interdisziplinäre Aufnahmestation im Landesklinikum Waldviertel Horn.....	12
3.1 Organisation der Behandlungsverläufe.....	12
3.2 Räumliche Aspekte.....	12
3.3 Daten-Management-Konzept der IAS.....	12
3.4 Personalwirtschaftliche Überlegungen.....	12
3.5 Öffentlichkeitsarbeit für die IAS.....	12
3.6 Finanzierungskonzept.....	12
4. Die Ergebnisse.....	12
4.1 Quantitative Auswertungen.....	12
4.1.1 Methoden und Daten.....	12
4.1.1.1 Methoden.....	12
4.1.1.2 Daten.....	12
4.1.2 Belagstageveränderungen in den Spitälern Niederösterreichs.....	12
4.1.3 Veränderungen im LK WV-377 Horn.....	12
4.1.4 Veränderung der Ordinationshäufigkeiten (in der Autorenschaft der NÖGKK mit Anmerkungen des NÖGUS).....	12
4.1.4.1 Vorbemerkungen.....	12
4.1.4.2 Vorgehensweise.....	12
4.1.4.3 Datengrundlage.....	12
4.1.4.4 Einzugsgebiet.....	12
4.1.4.5 Methodik.....	12
4.1.4.6 Kontakthäufigkeit im Einzugsgebiet.....	12
4.1.4.7 Kontakthäufigkeit der Kontrollgruppe.....	12
4.1.4.8 Prognose des Mengengerüsts.....	12
4.1.4.9 Effekte der einzelnen Träger.....	12
4.1.4.10 Gesamteffekt aller Träger.....	12
4.1.4.11 Zum Vergleich: Einzugsgebiet von 30 Minuten.....	12
4.1.4.12 Ergebnisdiskussion und Resümee.....	12
4.1.5 Berechnungen unter Einsatz von Rechenmodellen (RPM, AHB 200).....	12
4.1.5.1 Vorbemerkungen.....	12
4.1.5.2 Die Rechenmodelle.....	12
4.1.5.3 Berechnung Hebel 1 und 2: Verweildauerreduktion.....	12
4.1.5.4 Berechnung Hebel 3: Betrieb Aufnahmestation.....	12
4.1.5.5 Berechnung Hebel 4-8: Verschiebungen extramuraler Bereich ...	12
4.2 Qualitative Auswertungen.....	12

4.2.1	Methoden und Daten.....	12
4.2.2	Akzeptanz der IAS bei den Patienten.....	12
4.2.2.1	Überblick.....	12
4.2.2.2	Die soziodemographischen Daten der Patienten.....	12
4.2.2.3	Fragen zur Zuweisung zur IAS Horn.....	12
4.2.2.4	Einschätzung der Service-Qualität.....	12
4.2.2.5	Einschätzung der Kompetenzen des Personals in der IAS Horn.....	12
4.2.2.6	Fragen zur Gesamteinschätzung.....	12
4.2.2.7	Kenntnis der Rufnummer des Ärztenotdienstes.....	12
4.2.3	Sicht der niedergelassenen Ärzte.....	12
4.2.3.1	Überblick.....	12
4.2.3.2	Strukturdaten der teilnehmenden Ärzte.....	12
4.2.3.3	Zur Informiertheit über die IAS Horn.....	12
4.2.3.4	Über die Gründe für die Zuweisung in die IAS Horn.....	12
4.2.3.5	Über die Zusammenarbeit mit der IAS Horn.....	12
4.2.3.6	Fragen zur Gesamteinschätzung.....	12
4.2.4	Akzeptanz der IAS bei den Beschäftigten.....	12
4.2.4.1	Überblick.....	12
4.2.4.2	Berufsdaten der befragten Mitarbeiter.....	12
4.2.4.3	Verschiedene Aspekte der Zufriedenheit der befragten Mitarbeiter.....	12
4.2.4.4	Kenntnisse über Reaktionen oder Beschwerden bezüglich der IAS.....	12
4.2.4.5	Meinungen der Mitarbeiter zur IAS und ihre Motivationen zur Teilnahme an dieser Befragung.....	12
5.	Fazit.....	12
	Literaturverzeichnis.....	12
	Anhang 1.....	12
	Hypothese:.....	12
	Datengrundlage:.....	12
	Methodik:.....	12
	Ergebnisse:.....	12
	Zuweisungsart:.....	12
	Transporte:.....	12
	Labor:.....	12
	EKG:.....	12
	Infusion:.....	12
	Aufnahme-Analyse:.....	12
	Diagnosen:.....	12
	Besuchszeiten:.....	12
	Resümee:.....	12
	Anhang 2:.....	12
	Auswertung der Patientenbefragung und zugehöriger Fragebogen.....	12
	Tabellenverzeichnis.....	12
	Abbildungsverzeichnis.....	12
	1. Vorbemerkungen.....	12
	1. Vorbemerkungen.....	12
	2. Zu den soziodemographischen Daten der Teilnehmer an der Befragung.....	12
	2.1 Geschlecht und Alter der Patienten.....	12

2.2 Wohnort der Patienten .....	12
3. Fragen zur Zuweisung .....	12
3.1 Struktur der Zuweiser .....	12
3.2 Beweggründe für den Besuch der IAS Horn .....	12
4. Fragen zur Service-Qualität .....	12
4.1 Wartezeiten und Behandlungsdauer .....	12
4.1.1 Dauer bis zum Behandlungsbeginn .....	12
4.1.2 Dauer bis zum Erstkontakt mit der jeweiligen Berufsgruppe .....	12
4.1.3 Behandlungsdauer .....	12
4.2 Informiertheit der Patienten .....	12
4.2.1 Über den Fortgang der Behandlung .....	12
4.2.2 Im Vorfeld der Untersuchungen .....	12
4.2.3 Über Folgebehandlungen außerhalb der IAS Horn .....	12
4.2.4 Informiertheit der Patienten in der Gesamtschau .....	12
5. Fragen zur Kompetenz des Personals .....	12
5.1 Fähigkeit der Beruhigung des Patienten .....	12
5.2 Fähigkeit, zuzuhören .....	12
5.3 Fähigkeit, den Patienten in Entscheidungen einzubeziehen .....	12
6. Fragen zur Gesamteinschätzung .....	12
6.1 Gefühl einer fachlich guten Behandlung .....	12
6.2 Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes .....	12
6.3 Vertrauen zur Medizin .....	12
6.4 Erfüllung der Erwartungen von der IAS Horn .....	12
6.5 Weiterempfehlung der IAS Horn .....	12
6.6 Zusammenfassung der Einzelaspekte der abschließenden Gesamteinschätzungen .....	12
7. Spektrum der positiven und negativen Anmerkungen .....	12
8. Frage nach der Rufnummer des Ärztenotdienstes .....	12
Literaturverzeichnis .....	12
Anhang: Patientenfragebogen .....	12
Anhang 3: .....	12
Auswertung der Befragung der niedergelassenen Ärzte und zugehöriger Fragebogen .....	12
Tabellenverzeichnis .....	12
Abbildungsverzeichnis .....	12
1. Vorbemerkungen .....	12
2. Strukturdaten der teilnehmenden Ärzte .....	12
2.1 Fachrichtung und Vertragsstatus .....	12
2.2 Sitz der Ordination .....	12
3. Informiertheit über die IAS Horn .....	12
3.1 Kenntnisse über das Leistungsangebot .....	12
3.2 Einschätzung des Umfangs und der Qualität des medizinischen Leistungsangebotes der IAS Horn .....	12
3.3 Bisherige Informationsquellen .....	12
3.4 Kenntnis des Konsensuspapiers .....	12
4. Gründen für eine Zuweisung von Patienten zur IAS Horn .....	12
4.1 Gründe im allgemeinen .....	12
4.2 Gründe im Detail .....	12
4.2.1 Entsprechung von Krankheitsbild und Leistungsangebot .....	12
4.2.2 Informiertheit der Patienten nach dem Aufenthalt in der IAS Horn .....	12

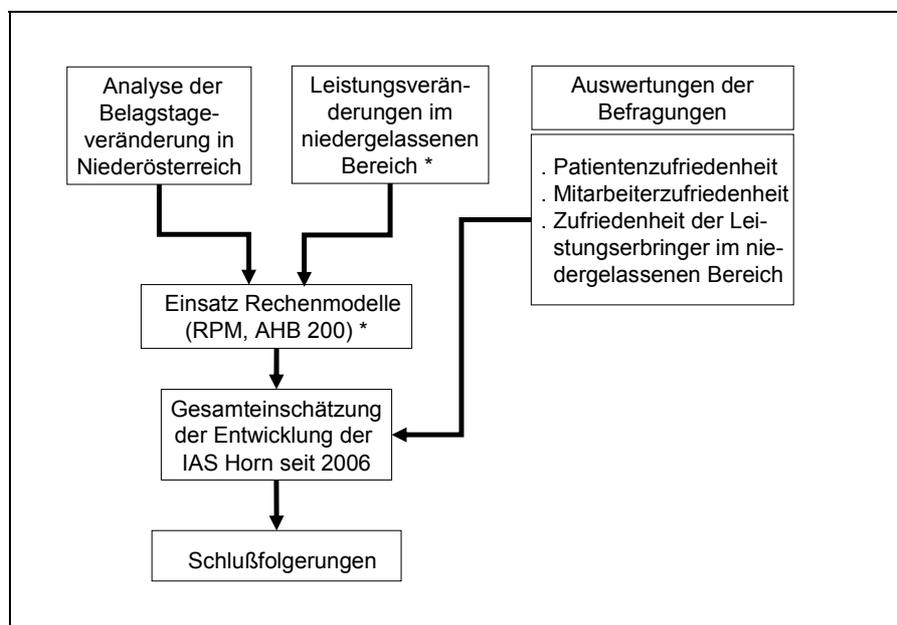
4.2.3 Gefühl einer fachlich guten Behandlung in der IAS Horn .....	12
4.2.4 Administrative Abwicklung der Patienten in der IAS Horn .....	12
5. Einschätzung der Zusammenarbeit mit der IAS Horn.....	12
5.1 Gesamteindruck von der Zusammenarbeit .....	12
5.2 Einzelaspekte der Zusammenarbeit.....	12
5.3 Noch zu erfüllende und schon erfüllte Voraussetzungen .....	12
5.4 Ambulanzkarte – ein die Zusammenarbeit unterstützendes Medium.....	12
5.5 Wirtschaftliche Folgen der Zusammenarbeit.....	12
6. Fragen zur Gesamteinschätzung.....	12
6.1 Einschätzung des Landesklinikums Horn.....	12
6.2 Selbstnutzung der IAS Horn.....	12
6.3 Erfüllung der Erwartungen von der IAS Horn .....	12
7. Spektrum der positiven und negativen Anmerkungen .....	12
Anhang: Fragebogen für die niedergelassenen Ärzte .....	12
Anhang 4: .....	12
Auswertung der Mitarbeiterbefragung und zugehöriger Fragebogen .....	12
Tabellenverzeichnis .....	12
Abbildungsverzeichnis.....	12
1. Vorbemerkungen .....	12
2. Berufsdaten der Befragungsteilnehmer .....	12
3. Verschiedene Aspekte der Zufriedenheit der Beschäftigten .....	12
3.1 Zufriedenheit mit der Arbeit und dem Betriebsklima .....	12
3.2 Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten .....	12
3.3 Eindruck von der Zeit für den und den Wünschen des Patienten .....	12
3.4 Eindruck von der Zusammenarbeit mit anderen Bereichen .....	12
3.5 Eindrücke über die Zuweisungen von Patienten.....	12
4. Kenntnisse über Reaktionen oder Beschwerden bezüglich der IAS.....	12
4.1 Reaktionen oder Beschwerden von seiten der Patienten .....	12
4.2 Reaktionen oder Beschwerden von zuweisenden Ärzten.....	12
5. Meinung der Mitarbeiter zur IAS und zur Motivation für die Teilnahme an dieser Befragung .....	12
6. Methodische Anmerkungen zum Fragebogen .....	12
Anhang: Fragebogen für die Mitarbeiter der Interdisziplinären Aufnahmestation (IAS) .....	12

## Executive Summary

Das im Jahre 2006 gestartete Reformpoolprojekt „Interdisziplinäre Aufnahmestation“ (IAS) des Landesklinikums Waldviertel in Horn entstand aus einer Situation heraus, in der einem drohenden Versorgungsproblem „proaktiv“ und nicht erst „reaktiv“ zu begegnen war. Es war abzusehen, dass die Reduzierung von stationären Versorgungskapazitäten in Allentsteig und Eggenburg zu einer Nachfragesteigerung bei den verbleibenden Krankenhäusern führen würde und dass auf Grund begrenzter Ressourcen möglicherweise eine Unter-, Fehl- oder Schlechtversorgung eintritt.

Das Ziel war also, ein an der Schnittstelle zwischen der extramuralen und intramuralen Versorgung (letztere am Beispiel des LK WV-377<sup>1</sup>) angesiedeltes Versorgungskonzept zu entwickeln, auszufeilen und im Rahmen eines Reformpoolprojektes zu erproben. Dabei stand insbesondere die Vermeidung möglicher Unter-, Fehl- oder Schlechtversorgungen im Mittelpunkt. Genauer gesagt, sollten mit diesem innovativen Versorgungskonzept eine Vermeidung von stationären Aufnahmen im LK WV-377 erreicht werden, ohne gleichzeitige Patientenverschiebungen in die nächstgelegenen Krankenhäuser oder Zurücküberweisungen in den extramuralen Bereich mit der Konsequenz, daß es dort auf Grund einer steigenden Nachfrage und begrenzter Ressourcen zu Unter-, Fehl- oder Schlechtversorgungen kommt. Gegen Ende der Laufzeit des Reformpoolprojektes sollten im Rahmen einer Evaluation durch das Zusammenwirken aller Projektpartner die eingetretenen Effekte quantitativ und qualitativ nachgewiesen werden.

Die folgende Abbildung verdeutlicht das Vorgehen und die Bestandteile der Evaluation:



Legende: \* Diese Berichtsteile liegen außerhalb der Verantwortung des Autors des Evaluationsberichtes.

<sup>1</sup> K377 ist die bundesweite Nummer des Landesklinikums Waldviertel Horn (einschließlich Allentsteig und Eggenburg zum Zeitpunkt 2005) laut Österreichischem Krankenanstaltenkataster.

Die Ausgangspunkte stellten im Bereich der quantitativen Analyse einerseits die Veränderungen der Belagstage in Niederösterreich und andererseits die Leistungsveränderungen im niedergelassenen Bereich Niederösterreichs dar. Deren Ergebnisse sind für sich genommen bereits auswertbare Daten, sie gehen allerdings zudem in die Berechnungen der volkswirtschaftlichen Effekte mittels dem Reformpool-Manager und dem AHB-Modell ein. Auf der Seite der qualitativen Analysen wurde Befragungen der die IAS Horn nutzenden Patienten, der dortigen Mitarbeiter und der Leistungserbringer im niedergelassenen Bereich, die ihre Patienten gezielt der IAS Horn zuweisen, durchgeführt. Im Mittelpunkt dieser Befragungen standen im weitesten Sinne die Zufriedenheit der jeweils befragten Gruppe mit diesem innovativen Versorgungskonzept, die Motivation der Inanspruchnahme dieses Leistungsangebotes und mögliche Auswirkungen für die jeweils befragte Gruppe.

**Die quantitative Evaluation** zeigt, daß es im LK WV-377 zu einer deutlichen Reduzierung nicht nur der Belagstage, sondern auch der stationären Aufnahmen gekommen ist. Mit Blick auf die nächstgelegenen Krankenhäuser kann zudem kein auf Grund der Wirksamkeit der IAS beobachteter Nachfrageanstieg konstatiert werden. Gleiches gilt für ausgewählte Fachrichtungen im extramuralen Bereich. Während es bei den Allgemeinmedizinern zu einer Reduktion der Inanspruchnahmehäufigkeit kam, wurde z.B. bei den niedergelassenen Internisten, Neurologen und Radiologen eine Frequenz- und Kostensteigerung festgestellt. Die ökonomische Bewertung der Wirksamkeit der IAS Horn mit den Rechenmodellen Reformpool-Manager und AHB-200 weist **gesamtwirtschaftliche Einsparungen** von **€1.435.250,- im Jahr 2006** und von **€919.308,- im Jahr 2007** aus.

**Die qualitative Evaluation** brachte folgende positive Beurteilungen.

Aus den Befragungen bei den **Patienten** wurde deutlich, daß eine sehr hohe Zufriedenheit mit diesem Leistungsangebot besteht. Der Anteil der Patienten, die auf Grund der dort erfahrenen sehr guten Qualität der (Gesamt)Versorgung in einer mehrheitlich als sehr kurz empfunden Behandlungsdauer den Weg zur IAS direkt einschlagen ohne ihren Hausarzt oder niedergelassenen Facharzt aufzusuchen, beträgt knapp 50 %. Genau 95 % der Patienten würde die IAS weiterempfehlen.

Die **niedergelassenen Ärzte**, die zum Teil ihre Patienten der IAS zuweisen, führen dafür durch Patienten oder Kollegen gesammelten positiven Eindrücke oder Erfahrungen an. Die befragten zuweisenden Ärzte schätzen sogar zu 100 % die Qualität und den Umfang der in der IAS erbrachten Leistungen als gut und besser ein. Dies ist besonders hoch zu bewerten, wenn die zuweisenden Ärzte mehrheitlich eine unklare Diagnose als Grund für eine Zuweisung angeben, denn die Zufriedenheit des Patienten dürfte mit einem erfolgreichen Behandlungsabschluß um so höher ausfallen. Zugleich verspüren mehr als dreiviertel der Ärzte keine negativen wirtschaftlichen Auswirkungen durch die Wirksamkeit der IAS. Und knapp 90 % der befragten Ärzte würden sogar im Bedarfsfall das IAS-Angebot selbst nutzen wollen.

Die **befragten Mitarbeiter**, von denen ein Dreiviertel ihre Tätigkeit in der IAS bereits seit 2006 ausübt, sind nahezu vollständig sehr zufrieden mit den unterschiedlichsten Facetten ihrer Beschäftigung in der IAS. Zudem sind sie in einem hohen Maße in der Lage, auf noch bestehende Schwachpunkte hinzuweisen und in frei formulierten Antworten Ansatzpunkte für die Lösung noch bestehender Probleme zu benennen, was für eine vergleichsweise hohe Motivation steht.

## Abkürzungsverzeichnis

abs.	absolut
AHB-Modell	Rechenmodell, benannt nach dem Autor Andreas H. Birner, NÖGUS
E	Einzugsgebiet
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Echokardiogramm
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
ggf.	gegebenenfalls
HWS	Halswirbelsäule
IAS Horn	Interdisziplinäre Aufnahmestation Horn (oftmals auch nur IAS)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KHH	Krankenhaushäufigkeit
KoG	Kooperationsgruppe
LK WV-377	Landeskrankenhaus Waldviertel an den drei Standorten Horn, Allentsteig und Eggenburg im Jahr 2005
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
NÖ	Niederösterreich
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
Nr.	Nummer
NSM	Nahtstellenmanagement
o. AU	ohne Augenabteilung
OA	Oberarzt
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OH	Ordinationshäufigkeit
OP	Operation
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit (Stand Juli 2006)
PLZ	Postleitzahlen
rel.	relativ
RPM	Rechenmodell Reformpool-Manager
RTA	Röntgen-Technischer Assistent
UAG	Unterarbeitsgruppe

## Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Absolute Veränderung der Belagstage in den Spitälern Niederösterreichs .....	12
Tabelle 2: Epidemiologische Tabelle 1 .....	12
Tabelle 3: Epidemiologische Tabelle 2 .....	12
Tabelle 4: Vergleich von Aufnahmen und Belagstage (2005-2007).....	12
Tabelle 5: Anzahl der vermiedenen Aufnahmen.....	12
Tabelle 6: Ableitung der der IAS zugeordneten vermiedenen Belagstage .....	12
Tabelle 7: Struktur bzw. Aufteilung der vermiedenen Belagstage in den Jahren 2006 und 2007.....	12
Tabelle 8: Trägerzugehörigkeit der NÖ-Anspruchsberechtigten.....	12
Tabelle 9: Kontakte im Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten.....	12
Tabelle 10: Kontakte NÖ ohne das Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten .....	12
Tabelle 11: Kontakte im Einzugsgebiet von 30 Fahrminuten.....	12
Tabelle 12: Kontakte im Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten.....	12

## Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Methodik des Vorgehens .....	12
Abbildung 2: Karte des Waldviertels in Niederösterreichs .....	12
Abbildung 3: Einsatzzeiten und Anzahl der anwesenden Ärzte .....	12
Abbildung 4: Einsatzzeiten und Anzahl der anwesenden Pflegekräfte .....	12
Abbildung 5: Vorgehen bei der Gruppeneinteilung im Jahr 2005 .....	12
Abbildung 6: Gruppeneinteilung im Jahr 2007 .....	12
Abbildung 7: Veränderungen der Krankenhaushäufigkeiten auf Basis des 50- Minuten-Modells .....	12
Abbildung 8: Veränderungen der Krankenhaushäufigkeiten auf Basis der Versorgungsquote .....	12
Abbildung 9: Veränderung der Krankenhaushäufigkeit von 2005 auf 2007 .....	12
Abbildung 10: Vergleich der Entwicklungen (2005-2007) zu den Rechenszenarien .....	12
Abbildung 11: Gesamtes Einzugsgebiet der IAS Horn (logarithmische Darstellung) .....	12
Abbildung 12: Einzugsgebiet der IAS Horn (lineare Darstellung) .....	12
Abbildung 13: Anteil der Anspruchsberechtigten auf Fahrtzeitzone .....	12
Abbildung 14: Kontaktveränderung 05 auf 06 in NÖ ohne das Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten .....	12
Abbildung 15: Kontaktveränderung 06 auf 07 in NÖ ohne das Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten .....	12
Abbildung 16: Differenz zum Sollwert für das Jahr 2006 .....	12
Abbildung 17: Differenz zum Sollwert 2007 .....	12
Abbildung 18: Honorare der Fachgruppen (Mischsatz) .....	12
Abbildung 19: Mengen- bzw. monetärer Effekt der NÖGKK .....	12
Abbildung 20: Mengen- bzw. monetärer Effekt der BVA .....	12
Abbildung 21: Mengen- bzw. monetärer Effekt der SVA .....	12
Abbildung 22: Mengen- bzw. monetärer Effekt der SVB .....	12
Abbildung 23: Abbildung 10: Mengen- bzw. monetärer Effekt der VAEB .....	12
Abbildung 24: Mengen- bzw. monetärer Effekt aller Träger .....	12
Abbildung 25: Altersstruktur der Befragten .....	12
Abbildung 26: Beweggründe für die Inanspruchnahme der IAS Horn von den Patienten mit einer Zuweisung durch den Hausarzt oder ohne Zuweisung .....	12
Abbildung 27: Vergleich der Wartezeiten aus der KBV-Versichertenbefragung mit den Daten der IAS Horn .....	12
Abbildung 28: Weiterempfehlung der IAS Horn .....	12
Abbildung 29: Kenntnis der Rufnummer des Ärztenotdienstes .....	12
Abbildung 30: Informiertheit über das Leistungsangebot der IAS Horn .....	12
Abbildung 31: Einschätzung von Umfang und Qualität des Leistungsangebotes .....	12
Abbildung 32: Kenntnis des Konsensuspapiers .....	12
Abbildung 33: Zusammenarbeit mit der IAS Horn .....	12
Abbildung 34: Wirtschaftliche Folgen einer Zusammenarbeit mit der IAS Horn für die eigene Ordination .....	12
Abbildung 35: Selbstnutzung der IAS Horn .....	12
Abbildung 36: Berufsgruppenbezogene Gründe für eine Tätigkeit in der IAS .....	12

Abbildung 37: Die Einschätzung der verfügbaren Zeit für die Patienten nach Berufsgruppen .....	12
Abbildung 38: Zusammenarbeit mit Chirurgischen Ambulanz nach Berufsgruppen .	12
Abbildung 39: Güte der Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten .....	12
Abbildung 40: Reaktionen oder Beschwerden der Patienten.....	12

# 1. Einführung

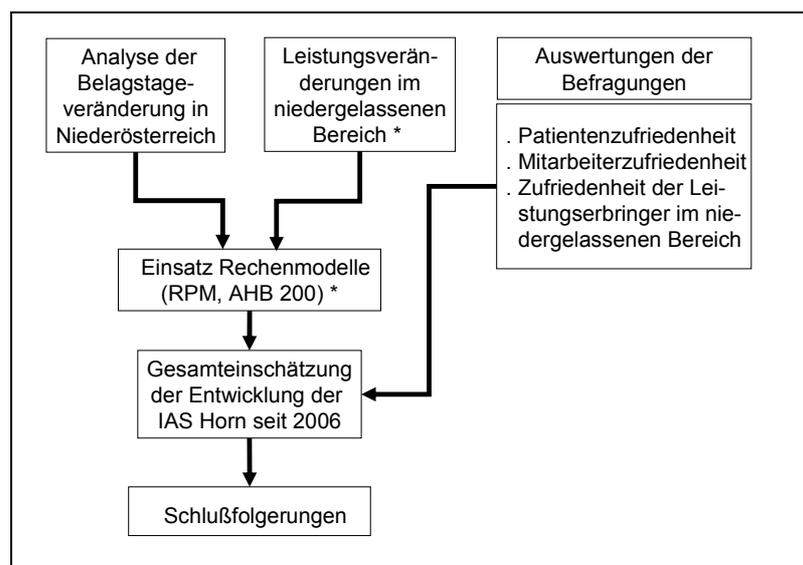
## 1.1 Auftrag

Laut Vereinbarung gemäß Artikel 15 a Bundes-Verfassungsgesetz über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Gültigkeitsdauer 2005 bis 2008) sollen Möglichkeiten wahrgenommen werden, um insbesondere eine integrierte Planung und Steuerung aller Gesundheitsbereiche zu erreichen und das Nahtstellenmanagement zu verbessern. Dazu wird im Artikel 16 (Aufgaben der Gesundheitsplattformen auf Länderebene im Rahmen der Landesgesundheitsfonds) unter Absatz 1 Punkt 11 auch die Realisierung von Modellversuchen zur integrierten fachärztlichen Versorgung im Bereich der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs durch Entwicklung neuer Kooperationsmodelle und/oder Ärztezentren etc. betont.

Das Reformpoolprojekt IAS Horn ist als Angebot des LK WV Horn an der Nahtstelle zum niedergelassenen Bereich gedacht. Im wesentlichen sollen ambulante Leistungen erbracht werden und nur in Einzelfällen ein Aufenthalt über Mitternacht (beispielsweise zu Beobachtungszwecken) möglich sein. Ziel ist es, eine möglichst treffsichere Einteilung in notwendigerweise stationär und optional ambulant zu versorgende Patienten vornehmen zu können, um die zu erwartende Patientenzahl durch bessere gegenseitige Abstimmung ohne weiteren Ausbau von stationären, aber auch ambulanten Ressourcen behandeln zu können.

## 1.2 Methodik des Vorgehens

Die vorliegende Evaluation ist wie in der Abbildung 1 abgebildeten Struktur aufgebaut:



\* Die Erhebung und Interpretation der Leistungsveränderungen im niedergelassenen Bereich sowie die Verknüpfung der Daten mit den Rechenmodelle RPM und AHB 200 erfolgen außerhalb der Verantwortung des Autors dieses Evaluationsberichtes.

**Abbildung 1: Methodik des Vorgehens**

Aus den Bestandteilen: Analyse der Belagstageveränderung, Analyse der Veränderungen im ambulanten Bereich, deren Ergebnisse mit den Rechenmodellen Reformpool-Manager (RPM) und AHB 200 in einem weiteren Schritt zu bewerten sind, sowie der Auswertungen einer Patienten-, Mitarbeiter- und Leistungserbringerbefragung insbesondere nach der wahrgenommenen Qualität der in der IAS Horn erbrachten Leistungen ergibt sich eine Gesamteinschätzung der Entwicklung der IAS Horn seit 2006. Hieraus werden Schlußfolgerungen für die Weiterentwicklung dieses Kooperationsmodells gezogen.

Um die gesamten Darstellungen richtig einzubetten, wird eingangs die Genese der IAS Horn ausgehend vom damals akut zu lösenden Problem bis hin zur Idee (vgl. Kapitel 2) und dessen Umsetzung in Form eines Konzeptes (vgl. Kapitel 3) veranschaulicht. Das Kapitel 4 enthält die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Evaluation. Aus der Sicht der quantitativen Evaluation wird dreigeteilt vorgegangen. Nachdem auf die Veränderungen im extramuralen Bereich eingegangen wird, folgt die Darstellung der intramuralen Veränderungen zunächst in den Spitälern Niederösterreichs und dann im LK WV-377 selbst. In der qualitativen Evaluation sind die Zusammenfassungen der Auswertungen der drei Befragungen Gegenstand der Darstellungen. Die Ausführungen enden im Kapitel 5 mit einem Fazit.

## **2. Vom Problem zur Idee**

### **2.1 Veränderung der intramuralen Kapazitäten in Niederösterreich**

An den Standorten Eggenburg und Allentsteig wurden in den letzten Jahren vor 2006 zwei versorgungswirksame akutstationäre Einrichtungen geschlossen oder in Spezialeinrichtungen umgewandelt, vgl. die grün eingefärbten Krankenanstalten in der Karte des Waldviertels in der Abbildung 2. Damit wurden 70 Akutbetten, in denen jährlich ca. 2.000 Patienten für eine stationäre Versorgung unterkamen, aus der regionalen Versorgung genommen.

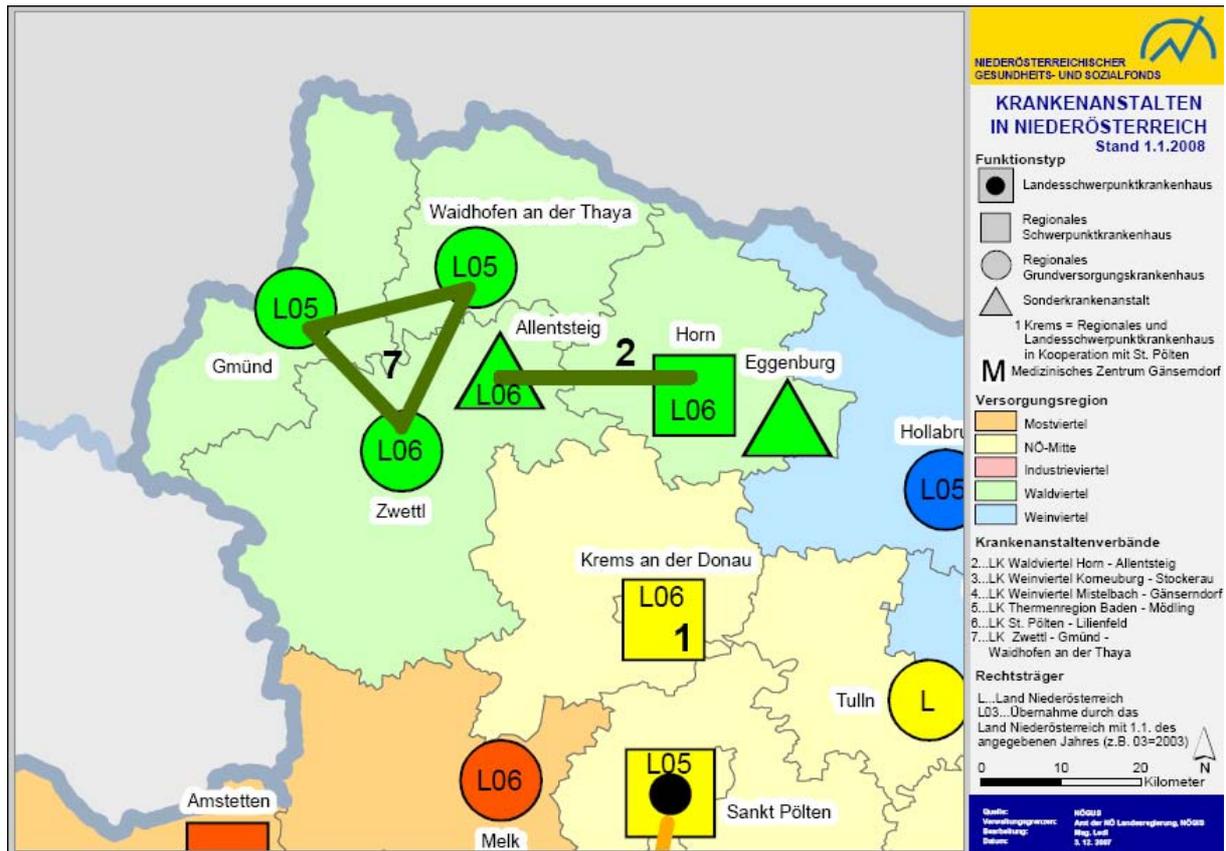


Abbildung 2: Karte des Waldviertels in Niederösterreichs

Laut Angaben des ÖBIG betrug im Jahr 2004 die Krankenhaushäufigkeit im Einzugsgebiet des LK WV-377 112 Prozent des Bundesdurchschnitts. Zu dieser erhöhten Krankenhaushäufigkeit (KHH) kommt erschwerend hinzu, daß das Waldviertel schneller „überaltert“ als die anderen Regionen Niederösterreichs.

## 2.2 Absehbare Konsequenzen dieser Veränderungen

Durch die Schließung versorgungswirksamer Einrichtungen einerseits und demographische Veränderungen andererseits wäre es ohne begleitende Maßnahmen am Standort Horn in absehbarer Zeit zu einer Überlastung der stationär verfügbaren Kapazitäten kommen. Laut den ÖBIG-Berechnungen hätte es bei einer Fortschreibung der damaligen KHH und einer Beibehaltung der stationären Versorgungen spätestens im Jahr 2007 zu einem Ausbau der Akutbetten am Standort Horn kommen müssen, um eine entsprechende Versorgungssicherheit zu gewähren.

Es standen nun im wesentlichen zwei Möglichkeiten zur Verfügung: Errichten von neuen Bettenkapazitäten am Standort Horn, räumlich wäre dafür Platz gewesen, oder aber zu versuchen, die KHH zu reduzieren, in dem eine bessere Selektion der stationär versorgungspflichtigen von den nicht-stationär versorgungspflichtigen Patienten vorgenommen wird – also zu versuchen, mehr ambulant oder tagesklinisch versorgbare Patienten nicht immer zwangsläufig stationär zu behandeln.

Das einzige, dem entgegenstehende Problem sind die aktuellen ökonomischen Anreizsysteme. Im LKF-Modell werden bspw. wider einer gesamtwirtschaftlichen Sicht die stationäre Behandlungen „belohnt“ und die „ambulante“ Versorgung „bestraft“.

Den ÖBIG-Berechnungen zur Folge, die mittels eigener Modelle auch dem ÖSG 2006 zugrunde lagen, könnte man jedoch mit den Bettenkapazitäten des Standortes Horn auskommen, wenn potentiell vermeidbare Aufnahmen vermieden werden und das sogenannte „Null-Tages-Potential“ (also Patienten, die zwar aus historischen und strukturellen Gründen im Krankenhaus behandelt werden, deren Behandlung aber aus medizinischen Gründen einen Spitalsaufenthalt über 24 Stunden nicht rechtfertigt) ausschöpft. „Vermeidbare Aufnahmen“ werden durch Patienten erzeugt, die bei Reduktion auf die österreichweite KHH nicht (mehr) „entstehen dürften“.

### 2.3 Idee einer Interdisziplinären Aufnahmestation

Die Leitung des LK WV-377 und das Regionalmanagement Waldviertel haben entschieden, den durch Expertenvorschläge gestützten Weg zu gehen, keine neuen Bettenkapazitäten zu errichten, sondern dem intamuralen (inklusive den Fachambulanzen) Bereich eine Versorgungseinrichtung, im Sinne einer abgestufte Versorgungseinrichtung vorzulagern. Es wurde erwartet, daß dadurch einerseits die stationäre Aufnahmen vermieden werden können, andererseits krankenhausesintern jene Ressourcen frei würden, die benötigt werden, um die internen Prozesse so optimieren (z. B. Fehlbelegungen durch ein besseres Bettenmanagement etc.), daß genug „Reserven“ vorhanden sind, um alle stationär versorgungspflichtigen Patienten der Region unabhängig des Erfolges der IAS adäquat behandeln zu können.

Die Arbeiten zum Modellprojekt „Zentrale Interdisziplinäre Aufnahmestation Horn“ (IAS Horn) betrafen den Aufbau einer neuartigen Angebotsstruktur zwischen dem intra- und extramurale Bereich. Die IAS Horn sollte an der Nahtstelle zum niedergelassenen Bereich fungieren und war als Angebot des LK WV-377 an der Nahtstelle zum niedergelassenen Bereich angedacht.

Im wesentlichen sollten ambulante Leistungen erbracht werden und nur in Einzelfällen ein Aufenthalt über Mitternacht in einer sogenannten Kurzlieger-Station (bspw. zu Beobachtungszwecken) möglich sein.

Ziel war es, eine möglichst wirksame Triage von notwendigerweise stationär und optional ambulant zu versorgenden Patienten vornehmen zu können, um die zu erwartende Patientenzahl durch bessere gegenseitige Abstimmung der Versorgungsbereiche stationär und ambulant ohne weiteren Ausbau von stationären und ambulanten Ressourcen behandeln zu können. Vorrangiges Ziel der IAS Horn war daher die Vermeidung bzw. Reduktion von stationären Aufnahmen durch gezielte Zuweisung in den richtigen Versorgungsbereich (stationär oder ambulant).

Um dieses Ziel zu erreichen, war es nötig, die Leistungserbringer beider Bereiche (ambulant: intramurale und extramurale Anbieter sowie stationär: nur intramurale Anbieter) in die Konzeption einzubinden und entsprechende Regelwerke einzuführen.

### 3. Das Konzept der Interdisziplinäre Aufnahme-Station im Landeskrankenhaus Waldviertel Horn

#### 3.1 Organisation der Behandlungsverläufe

Unter der Leitung des LK WV-377 (hier insbesondere OA Dr. Peter Liebhart, Facharzt für Innere Medizin und Ing. Alexander Bernegger, Stabstelle Informationstechnologie) wurden mehrere Arbeitsgruppen mit der genauen Beschreibung der IAS eingerichtet. Das Ergebnis dieser Arbeiten war ein in einem Konsensuspapier festgehaltenes Regelwerk mit folgenden Punkten:

- Detaillierte Darstellung des Leistungsgeschehens der Aufnahme-Station auf Basis eines Leistungskataloges;
- Dokumentationsregeln in der Aufnahme-Station;
- Zuweisungsregeln zwischen Aufnahme-Station und niedergelassenem Bereich, den Fachambulanzen und dem stationären Bereich;
- Abgrenzungsregeln zum Leistungsgeschehen des niedergelassenen Bereichs, zu den Fachambulanzen und zum stationären Bereich;
- Rolle der sogenannten „technischen Fächer“ (z. B. Labor, Radiologie);
- Eckpunkte der Kooperationsregeln zwischen extra- und intramuralem Bereich;
- Eckpunkte der Kommunikationsregeln sowie
- Evaluierungsregeln.

Entsprechend dem Regelwerk wurde ein Organisationskonzept entwickelt, daß unter dem Titel „Dokumentationsregeln“ dem Konsensuspapier als Anhang beigefügt ist. Neben den dort festgelegten Abläufen wurden zudem unter dem Kapitel „Kooperationsregel/Nahtstellenmanagement“ Instrumente vereinbart, die die Zusammenarbeit mit dem extramuralen Bereich festigen sollte. Für nähere Details sei an dieser Stelle auf das dem Projekt zugrundeliegende Konsensuspapier verwiesen.

#### 3.2 Räumliche Aspekte

Entsprechend den Patientenflüssen, dem erwarteten Behandlungsbedarf und den Behandlungsoptionen wurde ein Raumkonzept entwickelt, daß eine abgestufte Versorgung ermöglichen soll. Dazu wurden im wesentlichen drei unterschiedliche Behandlungsräume entworfen und ausgestattet.

1. Behandlungszimmer: Es wurden drei Behandlungszimmer wie „Allgemeinmediziner-Praxen“ ausgestattet. Der große Unterschied zu einer Allgemeinmediziner-Praxis ist die EDV-Ausstattung, die im Sinne einer „ELGA“<sup>2</sup>, eine Betrachtung aller Befunde des Patienten aus dem LK WV-377 erlaubt.
2. Behandlungskojen: Patienten, die eine längere Therapie benötigen (z. B. Infusionen o. ä.) oder über wenige Stunden zu beobachten sind, können in bequemen Therapiesesseln aufgenommen werden.
3. Kurzlieger-Station: Patienten, die über einen längeren Zeitpunkt beobachtet werden müssen, bevor die Entscheidung fällt, ob eine stationäre Aufnahme nötig ist oder nicht, können in richtigen Krankenhausbetten gelagert werden. Wenn eine stationäre Aufnahme nötig wird, wird der Patient bereits liegend

---

<sup>2</sup> Zum Stichwort ELGA vgl. auch die Ausführungen im folgenden Abschnitt 3.3.

verlegt. Die Kurzlager-Station ist die Schnittstelle zwischen der IAS und den Stationen.

Alle Räumlichkeiten, die für den Betrieb dieses Konzepts nötig waren, einschließlich einem Warteraum und einem Administrationsbereich sowie der Aufenthaltsräume des Personals und entsprechend dimensionierter Zugangswege etc. wurden so angeordnet, daß der Patientenfluß weder in der IAS selbst noch im LK WV-377 gestört wird, und die Wege für das Personal so kurz wie möglich gehalten werden konnten.

### 3.3 Daten-Management-Konzept der IAS

Die IAS wird im wesentlichen durch zwei Daten-Management-Konzepte optimal unterstützt. Einerseits ist dies ein Patientendaten-Verwaltungssystem, mit welchem nicht nur die papiergebundene Dokumentation aller Patientendaten, Labor- und Bild- diagnostik- sowie Befundberichte durch eine elektronische Patientenakte abgelöst wurde, sondern zugleich auch der aktuelle „Standort“ eines Patienten bei einem Aufenthalt in der IAS verfolgt werden kann. Zudem verfügt die IAS an der Schnittstelle zu den Stationen des LK WV-377 über ein Bettenmanagement-System, welches den aktuellen Belegungsstand der einzelnen Stationen verdeutlicht und auf in Kürze freiwerdende Betten-Kapazitäten hinweist.

Die vorliegende elektronische Patientenakte in Verbindung mit dem der IAS Horn zugrundeliegenden Versorgungskonzept konnte im März 2008 als hervorragendes Exempel für eine Kosten-Nutzen-Analyse der im Jahre 2012 bevorstehenden Einführung einer österreichweiten elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) genutzt werden. Die Voraussetzung dafür war die mit der IAS Horn bereits vorhandene, in Österreich allerdings erst zukünftig mit entsprechenden Anreizstrukturen herbeizuführende ideale Verknüpfung des extra- und intramuralen Bereiches des Gesundheitssystems.

Betrachtungs- und damaliger Analysegegenstand waren die sich auf Grund des ständigen Vorhandenseins und für die entsprechenden Leistungserbringer im Gesundheitswesen verfügbaren „Krankheitsgeschichte“ der Patienten veränderten Versorgungs- oder Behandlungsverläufe und der sich daraus ergebenden Kosteneinsparungen und Nutzenzuwächse. Diese konnten am Beispiel der in der IAS Horn versorgten Patienten erhoben und modellhaft auf gesamt Österreich hochgerechnet. Zu Details hierzu vergleiche entsprechende Publikationen im Literaturverzeichnis.

Unter dem Gesichtspunkte einer ökonomischen fundierten Analyse insbesondere einrichtungsübergreifender elektronischer Patienten- oder Gesundheitsakten ist die IAS Horn daher als ideales Erkenntnisobjekt nutzbar und europaweit einzigartig.

### 3.4 Personalwirtschaftliche Überlegungen

Die IAS wurde bei Inbetriebnahme mit folgenden Stellen ausgestattet:

- 4,5 Stellen für Ärzte,
- 14,0 Stellen für pflegerisches Personal sowie
- 2,25 Stellen für Verwaltungspersonal.

**Das Verwaltungspersonal** ist werktäglich von 7.00 bis 15.30 Uhr in der IAS anzutreffen und kümmert sich um die Aufnahmen sowie Entlassung der Patienten. Stän-

dig trifft dies für 1,75 Stellen zu, ggf. kann dieses Potential im Bedarfsfall um 0,5 Stellen eines „Springers“ ergänzt werden.

Mit Blick auf die Personaleinsatzplanung des pflegerischen und ärztlichen Personals bedurfte es einer gewissen Anlaufphase, in der das Patientenaufkommen über die Woche verteilt analysiert wurde, um dazu passend das erforderliche pflegerische und ärztliche Personal bereitzustellen. Im Ergebnis hat sich herausgestellt, daß die folgende Personalverteilung über die Woche hinweg, die höchste Versorgungssicherheit gewährt, Nachfragespitzen abfängt und -flauten berücksichtigt.

**Das ärztliche Personal** ist montags und dienstags in der Zeit von 7.30 bis 13.30 Uhr mit drei Ärzten vertreten. Mittwochs bis freitags sind in der gleichen Zeit zwei Ärzte an. In der gesamten anderen Zeit – also auch an den Wochenenden – kann in der IAS ein Arzt angetroffen werden, vgl. auch die folgende Abbildung.

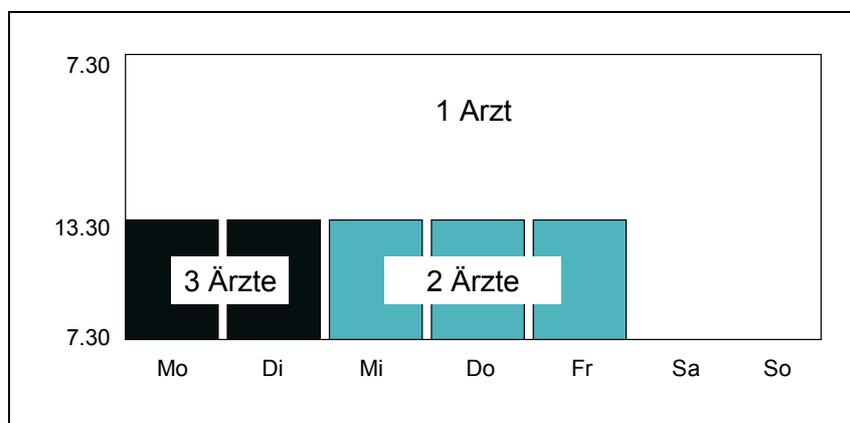


Abbildung 3: Einsatzzeiten und Anzahl der anwesenden Ärzte

**Das pflegerische Personal** ist mit besetzten Stellen werktags in der Zeit von 7.00 bis 13.00 Uhr in der IAS vertreten. Die pflegerische Stationsleitung versieht ihren Dienst bis 15.30 Uhr. Bis 19.30 Uhr täglich es dann noch drei Pflegekräfte, die in der IAS ihrem Dienst nachgehen. Eine halbe Stunde vor deren Dienstschluß kommen die beiden Pflegekräfte des Nachtdienstes, um die Patienten adäquat zu übernehmen.

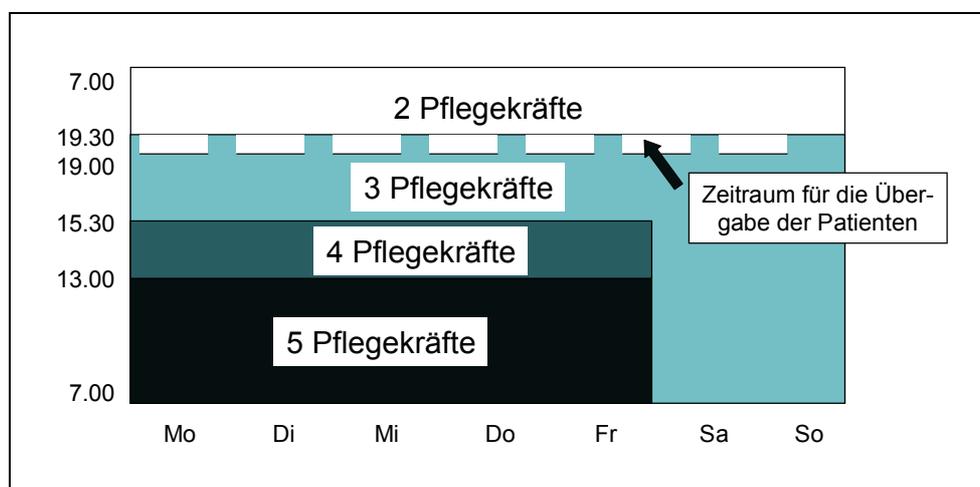


Abbildung 4: Einsatzzeiten und Anzahl der anwesenden Pflegekräfte

Aus dieser zeitlichen Personalverteilungsplanung, die sich auf den konkreten Bedarf hin ausgerichtet hat,<sup>3</sup> wird eines besonders deutlich. Eine IAS, wie sie im LK WV-377 vorzufinden ist, ist keine Notdiensteinrichtung für Unfälle oder Zeiten, in denen die niedergelassenen Ärzte nicht mehr in ihren Ordinationen anzutreffen sind. Vielmehr kann es nur als ein zeitlich gesehenes Parallelangebot betrachtet werden.

Im ärztlichen Bereich konnte bisher keine außerordentliche Fluktuation beobachtet werden. Die Dauersekundärärzte bleiben ohnehin nur über einen kurzen Zeitraum bis sie entweder einen freien Ausbildungsplatz gefunden haben oder eine eigene Praxis eröffnen.

Beim Pflege- sowie Verwaltungspersonal ist eine sehr geringe Fluktuation seit der Eröffnung zu erkennen, die jedoch kurzfristig ausgeglichen werden konnte und keinerlei Einschränkungen in puncto Versorgungssicherheit zur Folge hatte. Dies wird auch durch die Befragung der Mitarbeiter der IAS bestätigt, in welcher 12 der den 14 Stellen zugeordneten Mitarbeiter in der Pflege angaben, bereits seit 2006 in der IAS beschäftigt zu sein. Bezogen auf das Verwaltungspersonal gaben dies 2 der den 2,25 Stellen zugeordneten Mitarbeiter an. In der nächsten Zeit ist kein personeller Ausbau der IAS vorgesehen.

### 3.5 Öffentlichkeitsarbeit für die IAS

Die Öffentlichkeit für das Konzept der Interdisziplinären Aufnahmestation im Landes-  
klinikum Waldviertel in Horn umfaßt ein breites Spektrum an Aktivitäten. Eine Aus-  
wahl der bemerkenswerten Aktivitäten sei hier aufgelistet:

- Berichte über die Einrichtung, den Ausbau und die erzielten Erfolge der IAS in diversen Medien:
  - Klinikum aktuell (= Mitarbeiterzeitung, die regelmäßig auch an einweisende Ärzte versandt wird),
  - Zeitung INTERN (= Mitarbeiterzeitung der Niederösterreichischen Landes-  
kliniken-Holding),
  - ORF-Bericht in der Sondersendung „Report“ zum Thema „Gesundheits-  
wesen“ vom 4. November 2008 (Kann auch im Internet abgerufen werden.)  
sowie
  - Berichte in der lokalen Presse (z. B. in den Niederösterreichischen Nach-  
richten).
- Erstellung eines Informations-Faltblattes über die Neuorganisation der Aufnahme durch Inbetriebnahme der IAS,
- Tag der offenen Tür (2007),
- eine sich jährlich wiederholende Vorstellung der IAS bei drei Bezirksärztere-  
sammlungen im Dezember 2006, Juli 2007 und im April 2008 sowie
- die persönlichen Einladungen an die zuweisenden Ärzte zur Informationsver-  
anstaltung anlässlich der Eröffnung am 3. Juli 2006.

---

<sup>3</sup> Vgl. hierzu auch die Ergebnisse aus der Studie der NÖGKK (Hollerer, 2008) in der Anlage 1 zu diesem Bericht, welche auf einer Befragung von Patienten der IAS Horn beruhte und u. a. auf eine Frage nach dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme der IAS beinhaltete. Siehe insbesondere die Abbildung, welche die Besuchszeiten verdeutlicht.

Zudem wurden Ressourcen dafür aufgewandt, andere individuell und quasi vor Ort über das IAS-Konzept zu informieren. Interessierten stand das Landeskrankenhaus Waldviertel Horn für Besuche der und Führungen durch die IAS mit entsprechenden Gesprächspartnern zur Verfügung. So weilten u. v. a. folgende Interessenten in Horn:

- Vertreter des Landeskrankenhauses in Krems (sogar zweimal),
- Vertreter des Landeskrankenhauses in Tulln (ebenfalls zu zwei Besuchen),
- Vertreter des Landeskrankenhauses Scheibbs,
- Vertreter des Landeskrankenhauses Zwettl,
- Mitglieder der ARGE der Kaufmännischen Direktoren aus Wien,
- eine Delegation aus der Steiermark
- eine Delegation aus dem Burgenland
- Kaufmännische Direktion Wolfsberg (Kärnten) sowie
- eine ausländische Delegation aus Malaysia.

### 3.6 Finanzierungskonzept

Da seinerzeit entschieden wurde, die IAS zu errichten, bevor die sogenannten Reformpools eingerichtet waren, stellte sich die Finanzierung der IAS als ungeklärt heraus. Daher war geplant, die IAS aus den laufenden LKF-Einnahmen zu finanzieren. Für diesen Fall waren jedoch die Überlegungen, insbesondere was die damit verbundene Dokumentation und die Abstimmung mit dem extramuralen Bereich anbetrafen, unausgereift.

Mit der Einrichtung der Reformpoolprojekte wurde dann eine Option eröffnet, die IAS als abgestufte Versorgungseinrichtung im heute vorliegenden Konzept zu planen. Die Projektkosten trägt somit die Landesgesundheitsplattform. Bei positiver Evaluierung ist eine Überführung in die Regelfinanzierung vorgesehen. Genaue Aussagen dazu sind nicht bekannt.

## 4. Die Ergebnisse

### 4.1 Quantitative Auswertungen

#### 4.1.1 Methoden und Daten

Ziel der quantitativen Evaluierung war es, die quantitativen Veränderungen der Versorgungssituation durch die Einrichtung der IAS darzustellen. Die Evaluierung durfte jedoch nicht nur die rein retrospektive Sicht einnehmen, sondern sollte „virtuelle“ Prognoserechnungen enthalten, um darzustellen, was passiert wäre, wenn die IAS nicht errichtet worden wäre und statt dessen neue Betten in Horn eingerichtet worden wären.

Zudem wird die Betrachtung der direkten Effekte der IAS Horn quantitativ bewertet erfolgen und ausgeschlossen, daß etwaige krankenhausinterne Reorganisationen oder Optimierungen (wie z. B. die optimierte Versorgung der Augenpatienten oder die Einrichtung einer onkologischen Tagesklinik) die Evaluationsberechnungen zur IAS Horn beeinträchtigen. Die Veränderungen sollen schließlich unter Einsatz eigens für Reformpoolprojekte entwickelter Rechenmodelle (wie z. B. den Reformpool-Manager oder das Modell AHB 200) außerhalb der Verantwortung des Verfassers dieses Evaluationsberichtes monetär bewertet werden. Damit werden die gesamt-ökonomischen Auswirkungen des Reformpoolprojektes IAS Horn dargestellt, vgl. Kapitel 4.1.5.

##### 4.1.1.1 Methoden

###### Intramural

Die Schwierigkeit einer solchen Betrachtung liegt darin, in der Prognose eine Kontrollregion zu berücksichtigen, die einen Rückschluß erlaubt, was passiert wäre, wenn die IAS Horn nicht ins Leben gerufen worden wäre. Die Abgrenzung einer solchen Kontrollregion ist sehr schwierig, da mitten in Niederösterreich die Bundeshauptstadt Wien mit ihrer hohen Attraktivität liegt. In Summe werden nur etwa drei Viertel aller Niederösterreicher in Niederösterreich behandelt.<sup>4</sup> Je näher man nach Wien kommt, desto geringer wird die Versorgungsquote der Niederösterreicher in Niederösterreich. Durch diese „Gast-Patienten-Situation“ entstehen Verzerrungen der Versorgungswirksamkeit der einzelnen Dienstleister, je näher man an Wien herankommt. Um nun möglichst geringe Verzerrungen zu erreichen, wurde der Weg über eine „innere Kontrollgruppe“ gewählt.

Der Vorteil einer „inneren Kontrollgruppe“ ergibt sich dadurch, daß keine Vergleichsregion zu wählen ist. Die Definition einer Vergleichsregion würde voraussetzen, daß diese Region von der Versorgungsstruktur (also im Hinblick auf die Ausstattung mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten) ähnlich ist, als auch die demographischen Bedingungen annähernd gleich sind und schließlich, die Patientenströme mit anderen Bundesländern („Gast-Patienten-Situation“)<sup>5</sup>, denen der zu untersuchen-

<sup>4</sup> Patientenstrommatrix ÖSG 2005.

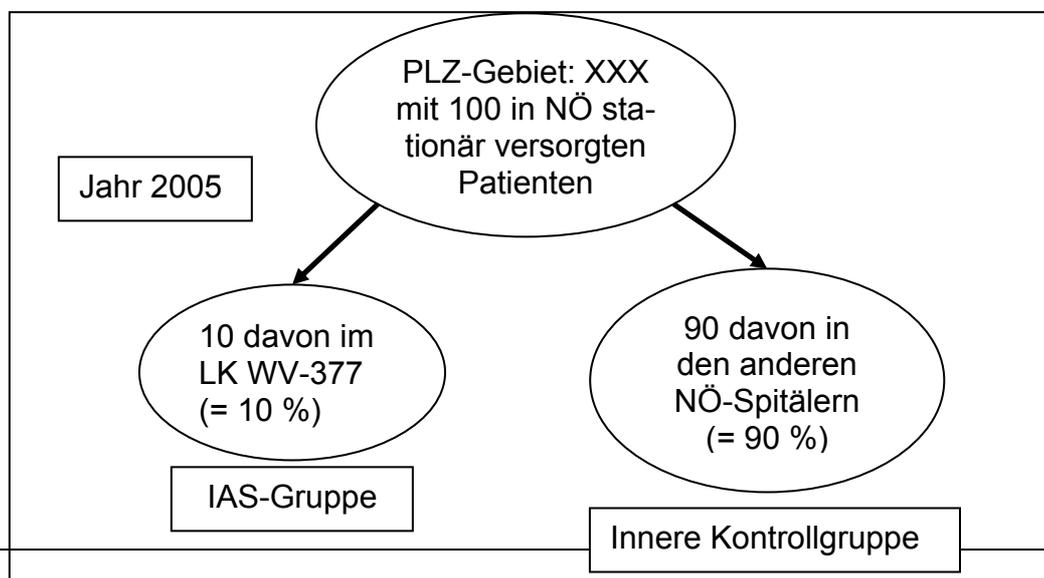
<sup>5</sup> Mit Gastpatienten werden in der österreichischen Gesundheitspolitik und Legistik „inländische Patienten“ bezeichnet, die in einem anderen Bundesland ambulant und stationär versorgt und statistisch ausgewiesen werden.

den Region vergleichbar sind. Eine solche Region ist nicht auszumachen. Entweder beeinflußt die Nähe zu Wien oder die Bevölkerungsstruktur unterscheidet sich zu sehr (andere Verteilung von soziodemographischen Faktoren: Alter, Geschlecht, Bildungsabschluß, Familienstand, Einkommen usw.), oder die Ausstattung mit Krankenhäusern bleibt unvergleichlich.

Eine „innere Kontrollgruppe“ hingegen versucht jene Patienten zu isolieren, die aus der zu untersuchenden Region stammen, also jene sozioökonomischen Faktoren mitbringen, die auch in der Untersuchungspopulation zu finden ist, und die gleiche Ausstattung vorfinden, aber eben nicht an einem der drei Standorte des LK WV-377 (Horn, Eggenburg, Allentsteig) behandelt wurden. Diese „innere Kontrollgruppe“ ergibt sich also aus jenen niederösterreichischen Patienten, die in Niederösterreich aber nicht an einem der drei Standorte des LK WV-377 stationär behandelt wurden, aber an einem Ort wohnen, von dessen PLZ wenigstens ein weiterer Patient in der IAS, und/oder an einem der drei Standorte des LK WV-377 behandelt wurde. Alle anderen Patienten werden – wie in Fußnote 6 bereits ausgeführt – als inländische „Gast-Patienten“ bezeichnet.

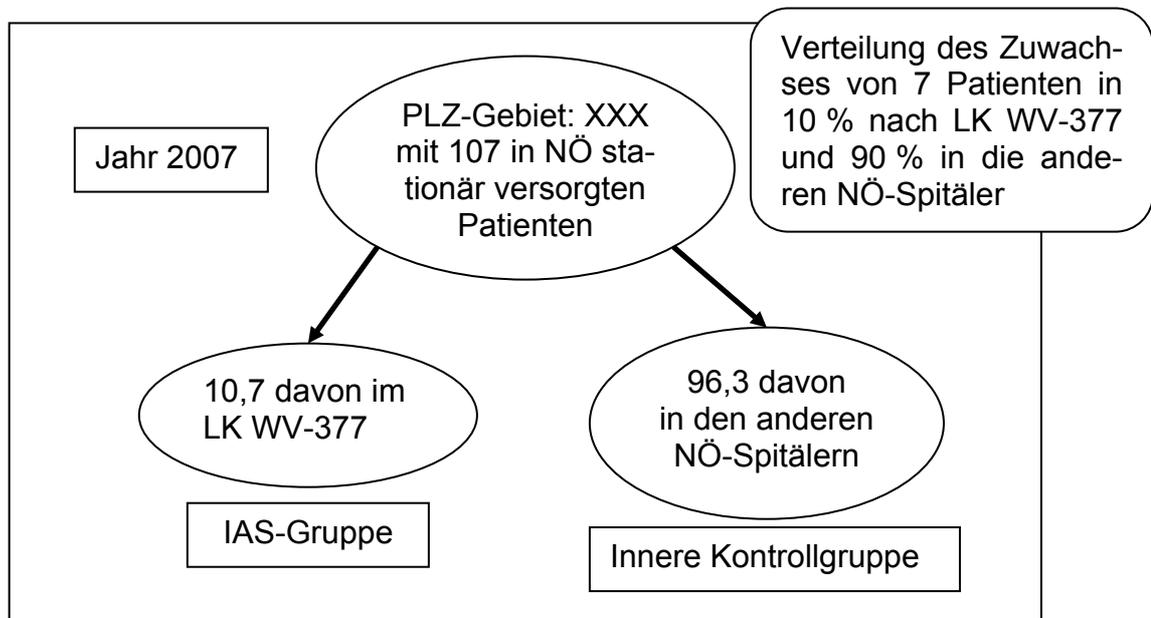
Verglichen werden also jene Patienten, die quellbezogen aus der gleichen Region stammen, aber entweder im LK WV-377 behandelt wurden, oder aber eben nicht dort behandelt wurden. Aus dem Verhältnis „im LK WV-377 behandelt/nicht im LK WV-377 behandelt“ ergibt sich eine Versorgungsquote, die dann zur Gewichtung der Berücksichtigung der Veränderungen herangezogen werden kann. Werden die Ergebnisse der Berechnung in Relation zur Versorgungsquote gesetzt, kann man ablesen, inwieweit, die IAS eine Auswirkung gehabt hat. Anders ausgedrückt, werden Korrelationen zwischen dem Inanspruchnahmeverhalten von Patienten einer bestimmten PLZ und der Versorgungswirksamkeit des LK WV-377 in dieser PLZ gesucht. Je höher die Versorgungswirksamkeit (dargestellt in der sogenannten stationären Versorgungsquote) ist, desto stärker werden Maßnahmen des LK WV-377 das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen können, je geringer, desto stärker werden andere, nicht durch Maßnahmen des LK WV-377 beeinflusste Faktoren wirksam werden.

**Ein Beispiel:** Aus der PLZ XXX wurden 2005 100 Niederösterreicher in Niederösterreich behandelt. 10 davon im LK WV-377, 90 an anderen Standorten.



**Abbildung 5: Vorgehen bei der Gruppeneinteilung im Jahr 2005**

Die Veränderung der Patientenzahl der PLZ XXX von 2005 auf 2006 betrug 5 %, von 2006 auf 2007 2 %, so daß 2007 ca. 107 Patienten behandelt wurden.

**Abbildung 6: Gruppeneinteilung im Jahr 2007**

Zur Errechnung der Veränderungen der Patientenzahlen im Einzugsbereich des LK WV-377 werden statistisch nur 10 % von 7 Patienten herangezogen, während die anderen Patienten der Veränderung der „inneren Kontrollgruppe“ zugerechnet werden. Durch in Relation stellen, kommt es so zu einer Veränderung in Prozent in der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe, die je nach Versorgungsquote mehr oder weniger durch die IAS beeinflusst sein konnte.

Für die Prognose wurden dann die Werte des LK WV-377 2005 mit den Veränderungsraten der Kontrollgruppe, die ja nun durch die Maßnahmen des LK WV-377 nicht beeinflusst wurden, multipliziert und die Differenz als jene ausgewiesen, die eingetreten wäre, wenn nichts passiert wäre. Pro PLZ konnte das eine Steigerung oder Reduktion ergeben. Im Falle einer Steigerung könnte dies natürlich auf eine Unterversorgung der Region schließen lassen, die durch die IAS behoben wurde. Da jedoch die hohen Krankenhaushäufigkeiten der Region einen solchen Schluß nur bedingt erlauben, wurden für die Wirkung der IAS diese Fälle nicht weiter betrachtet. Im Falle einer Reduktion wurden diese Fälle den Patienten der IAS gegenübergestellt und angenommen, daß die Reduktion durch die IAS stattgefunden hat. Die Ergebnisse sind im Kapitel 4.1.3 dargestellt.

Durch die Veränderungen im LK WV-377 (also sowohl das Schließen bzw. Umwidmen der Standorte Eggenburg und Allentsteig als auch die Errichtung der IAS) sowie auch weitere Maßnahmen, die durch die IAS nicht berührt wurden, war es nötig, weitere Abgrenzungen vorzunehmen. Um eine Verzerrung durch Maßnahmen

der Augenabteilung (Optimierung der Versorgung durch Prozeßoptimierung) im vorhinein auszuschließen, wurde vereinbarungsgemäß (vereinbart zwischen den Vertretern des Landes und denen der SV) das Datenmaterial um jene Fälle reduziert, die Patienten der Augenheilkunde betrafen. Zudem wurden im extramuralen Bereich Zahnarzt-Patienten nicht in die Evaluierung aufgenommen. Im intramuralen Bereich wurden diese belassen, da sie nur eine sehr geringe Quantität darstellen und so die Ergebnisse kaum verzerren.

Als wesentliche Frage stand jedoch im Raum, ob es durch Veränderungen im LK WV-377 zur Verdrängung von Patienten in andere Standorte gekommen sein könnte. Um diese Frage zu beantworten, wurde ein epidemiologischer Ansatz gewählt. Dazu wurden alle Niederösterreicher, die in einem niederösterreichischen Standort behandelt wurden entsprechend ihrer PLZ einer Gemeinde zugeordnet. Durch diese Zuordnung konnte man quellbezogen (unter der vereinbarten zielbezogenen Einschränkung, daß nur Niederösterreicher in Niederösterreich betrachtet werden) Krankenhaushäufigkeiten errechnen und betrachten, inwieweit die Veränderungen im LK WV-377 zu Veränderungen in den einzelnen Gemeinden Niederösterreichs geführt haben.

Die Daten wurden in zweifacher Weise dargestellt: Erstens wurde die Einteilung der Gemeinden nach der Versorgungsquote des LK WV-377 geordnet, und zweitens nach Erreichbarkeitsgrenzen. Durch diese Betrachtungen konnte festgestellt werden, inwieweit es eben zur Verdrängung von Patienten gekommen sein könnte. Sollte es Verdrängungen geben, müßten diese natürlich gegengerechnet werden. Als Plausibilitätstest wurde auch die absolute Situation über ganz Niederösterreich dargestellt. Die Ergebnisse sind im Kapitel 4.1.2. dargestellt.

### **Extramural**

Ursprünglich war wohl angedacht (vgl. Protokollbeilage 5 der KoG vom 14. November 2007), den gleichen Weg auch im extramuralen Bereich zu beschreiten. Da jedoch für eine solche Betrachtung ein kompletter Datensatz über die extramurale Situation (analog der intramuralen Daten) nötig gewesen wäre, aber bis zum 19. November 2008 nur eine eingeschränkte Datenlage zur Verfügung stand (nur NÖGKK-Patienten mit PLZ, die im Umkreis von 50 Fahrminuten lagen – damit standen nur 102 PLZ zur Verfügung, im Gegensatz zu den Daten der IAS und des intramuralen Bereichs, in dem keine diesbezügliche Einschränkung vorgenommen wurde – IAS-Patienten kamen aus 229 PLZ, LK WV-377-Patienten aus 436 PLZ und NÖ-Patienten aus 736 PLZ), konnte somit nur eine deutlich geringer tiefe Analyse durchgeführt werden. Da entsprechend dem Auftrag jedoch ohnehin nur eine methodische Hilfestellung vereinbart wurde, sollten die Analyse und der darin vorgeschlagene Weg ausreichen, den extramuralen Bereich ebenso dahingehend zu untersuchen, welche Auswirkung durch die Veränderungen im LK WV-377 zu beobachten sind.

Im extramuralen Bereich wurden die NÖGKK-Ordinationshäufigkeiten (OH) pro NÖGKK-Versichertem pro PLZ errechnet, aufgeschlüsselt nach Fächern. Um festzustellen, welchen Einfluß die Maßnahmen des LK WV-377 auf das extramurale Inanspruchnahmeverhalten entfaltet hat, mußten die veränderten OH in eine Relation zum LK WV-377 gebracht werden. Da anzunehmen war, daß die größten extramuralen Effekte durch die Versorgungswirksamkeit der IAS entstehen werden (sei

es, daß Patienten häufiger zu niedergelassenen Ärzten verwiesen werden oder aber die IAS in der ambulanten Versorgung wirksam wird und so im extramuralen Bereich geringere Steigerungen oder sogar Rückgänge in der Inanspruchnahme bewirkt), schien es vernünftig, eine Relation zur IAS herzustellen. Für diese Relation wurde die Versorgungsquote errechnet, die angibt, in welchem Verhältnis die IAS-Kontakte der NÖGKK-Versicherten zur Zahl der Arzt-Kontakte der NÖGKK-Versicherten steht. Je höher diese Versorgungsquote ist, desto größer müßten daher die Auswirkungen der IAS auf den extramuralen Bereich sein, je geringer diese ist, desto wichtiger sind Faktoren, die nicht durch die IAS beeinflußt werden können.

Die errechneten OH pro PLZ wurden dann einerseits nach dieser Versorgungsquote eingeteilt, andererseits wurden Gruppen gebildet, die rund 20.000 Versicherte zusammenfassen. Die Ergebnisse sind unter Punkt 4.1.4 dargestellt

#### 4.1.1.2 Daten

**Für die intramuralen stationären Berechnungen** standen vollständige Datensätze über alle Fälle in Niederösterreich, aufgegliedert nach PLZ, Funktionscode (zur Zuordnung auf Fächer) der entlassenden Abteilung, Sozialversicherungsträger, Quartalen für 2005 bis 2007 zur Verfügung.<sup>6</sup> Die Daten wurden durch den NÖGUS bereitgestellt.

**Für die IAS-Berechnungen** standen vollständige Datensätze über alle Patienten aufgegliedert nach PLZ, Sozialversicherungsträger, Quartalen für 2005 bis 2007 zur Verfügung. Die Daten wurden durch das LK WV-377 bereitgestellt.

**Für den extramuralen Bereich** standen, wie in der Projektarbeitsgruppe vereinbart, Datensätze zur Verfügung, die ausschließlich die NÖGKK-Patienten nach Kontakten der einzelnen Fachgruppen nach Postleitzahlen (des definierten Einzugsgebietes) enthielten und deren Effekte für die bundesweiten Träger hochgerechnet wurden. Als Kontakt ist laut Honorarordnung der NÖGKK folgendes definiert:

- 1 *Tagesvisite an Werktagen,*
- 2 *Dringend verlangte und sofort getätigte Visite an Werktagen,*
- 3 *Nachtordination (20 Uhr bis 7 Uhr),*
- 4 *Nachtvisite (Berufung ab 20 Uhr und Vollendung vor 7 Uhr),*
- 5 *Visite an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen bzw. während des Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienstzeitraumes (nur Erstvisite oder im Bereitschaftsdienst, bei eigenen Fällen nur nach Berufung),*
- 6 *Ordination an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen (bei eigenen Fällen nur bei Unfällen oder unabweisbaren Fällen mit Begründung) bzw. während des Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienstzeitraumes. Ordinationen, die an solchen Tagen in die ordentlichen Sprechstunden fallen, können nicht nach dieser Position verrechnet werden (gilt nur für eigene Patienten),*
- 8 *Dringend verlangte Tagesordination außerhalb der üblichen Sprechstunde (Uhrzeit ist anzugeben),*

---

<sup>6</sup> In einem ersten Versuch wurden auch Halbjahreswerte berechnet. Diese sind jedoch offenbar so großen saisonalen Schwankungen unterworfen, daß eine nähere Betrachtung nicht sinnvoll erschien und daher auf Jahreswerte übergegangen wurde.

- 9 *Ordination mit eingeschränktem Leistungsumfang – darunter sind jene ärztlichen Leistungen in der Ordinationsstätte des Arztes zu verstehen, die weder Ordination (Position 12) noch ärztliches Gespräch sind (z. B. Verordnungen, Überweisungen, Rezeptausstellungen),*
- 10 *Konsilium am Krankenbett über Berufung und im Beisein des behandelnden Arztes, von beiden Ärzten verrechenbar, bei Tag (zusätzliche Tagesvisite ist nicht verrechenbar)*
- 11 *Konsilium am Krankenbett über Berufung und im Beisein des behandelnden Arztes, von beiden Ärzten verrechenbar, bei Nacht (zusätzliche Nachtvisite ist nicht verrechenbar)*
- 12 *Ordination – darunter sind jene persönlichen ärztlichen Leistungen zu verstehen, die für die Diagnose oder Therapie in der Ordinationsstätte des Arztes erbracht werden. Limit-Bestimmungen pro Arzt für Allgemeinmedizin und Quartal: Verhältnis der Position 9 zu Position 12 maximal 30 : 70. Übersteigt die Anzahl der Position 12 diese Relation, erfolgt eine Umwandlung derart, daß zwischen den Positionen 9 und 12 das Verhältnis 30 : 70 hergestellt ist. Limit-Bestimmungen aller Ärzte pro Jahr: Die Summe der Positionen 9 und 12 darf das Dreifache der Fälle mit Grundvergütung nicht überschreiten. Die Verrechnung der Positionen 9 oder 12 ist bei alleiniger Erbringung von Physioleistungen nicht möglich.*

Zudem wurde mitgeteilt, daß sowohl bei der Position 50 (Labor) als auch bei der Position 14 (Radiologie) ein oder mehrere Leistungen pro Tag jeweils als ein Kontakt gezählt werden.

**Für die epidemiologischen Analysen** im intramuralen Bereich und der IAS standen Gemeindedaten zur Verfügung, die durch den NÖGUS bereitgestellt wurden. Für die extramuralen Analysen wurde durch die NÖGKK eine Tabelle mit der Anzahl der Versicherten pro PLZ geliefert.

#### **4.1.2 Belagstageveränderungen in den Spitälern Niederösterreichs**

Um Aussagen über die Veränderungen im LK WV-377 darzustellen, ist es wesentlich, herauszufinden, ob es eine Verlagerung von Patienten in andere Standorte gab. Als erste Annäherung wurden die absoluten Zahlen aller Standorte herangezogen und in einer Tabelle (siehe Tabelle 1) zusammengefaßt. Demnach sanken die absoluten Belagstage zwischen 2005 und 2007 um 13.694 und die Zahl der Aufnahmen um 1.377. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Aufnahmen in den übrigen Waldvierteler Krankenhäusern (Waidhofen/T., Gmünd, Zwettl – bezeichnet als die „angrenzenden Krankenhausstandorte in der Region Waldviertel“, da sie ebenfalls im Waldviertel liegen, obwohl die rein verkehrstechnische Erreichbarkeit in etwa gleich ist wie zu den Krankenhäusern in anderen Versorgungsregionen, vgl. Abbildung 2) um 1.799 bei gleichzeitiger Senkung der Belagstage um 3.550. In den Krankenhäusern Krems, Hollabrunn (bezeichnet als die „angrenzenden Krankenhausstandorte außerhalb der Region Waldviertel“, da sie außerhalb des Waldviertels liegen, vgl. ebenfalls Abbildung 2) stieg die Zahl der Belagstage um 14.492 und die Zahl der Aufnahmen um 1.928. Auf den ersten Blick könnte es daher zu einer Verdrängung gekommen sein.

Bei einem Vergleich mit Gesamt-Niederösterreich jedoch relativiert sich dieser Eindruck stark. Beide Krankenhausgruppen weisen nämlich eine geringere Steigerung als im Rest von Niederösterreich auf, so daß der Schluß, daß es zur Verdrängung von Patienten kam, nicht offensichtlich ist. Vielmehr dürften diese sogar geringeren Steigerungen auf andere Effekte zurückzuführen sein. Inwieweit dies durch andere Reformpoolprojekte in der Versorgungsregion Waldviertel bzw. durch knapper werdende Ressourcen (sei es durch grenzwertige Belegung oder Umbaumaßnahmen) erklärbar ist, ist nicht Teil dieses Evaluationsberichtes.

Allerdings muß einschränkend gesagt werden, daß bei einer dermaßen groben Analyse natürlich nur in groben Größenordnungen gedacht werden kann. Verdrängungen im kleinen Rahmen sind natürlich nicht nachzuweisen.

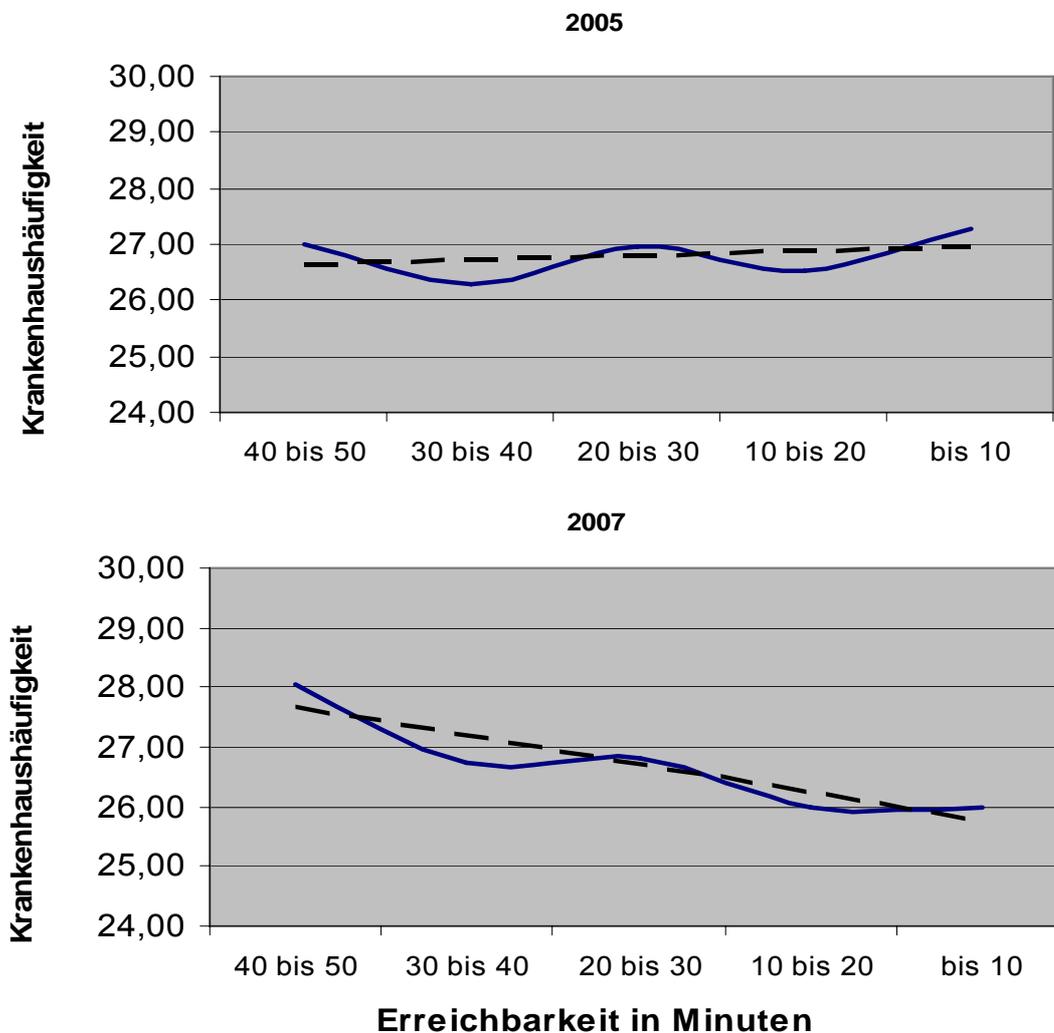
		Ganz NÖ		Alle außer LK WV-377 und angrenzende KH		LK WV-377 (Allentsteig, Horn, Eggenburg)		angrenzende KH im WV (Waidhofen/T, Gmünd, Zwettl)		angrenzende KH außerhalb WV (Krems, Hollabrunn)	
Mittelwerte aus den Jahren 2005 bis 2007	Belagstage	1.987.304		1.538.305		83.007		187.268		178.723	
	Anzahl	339.862		260.680		13.392		31.125		34.665	
Veränderungen von 2005 auf 2006	Belagstage	<b>62.571</b>	3,1%	<b>61.439</b>	4,0%	<b>-13.059</b>	<b>-16,6%</b>	<b>3.749</b>	2,0%	<b>10.442</b>	5,8%
	Anzahl	<b>17.274</b>	5,0%	<b>15.179</b>	5,7%	<b>- 900</b>	<b>-6,8%</b>	<b>1.597</b>	5,1%	<b>1.398</b>	4,0%
Veränderungen von 2006 auf 2007	Belagstage	<b>59.620</b>	2,9%	<b>63.504</b>	4,0%	<b>- 635</b>	<b>-0,8%</b>	<b>- 7.299</b>	<b>-4,0%</b>	<b>4.050</b>	2,2%
	Anzahl	<b>4.536</b>	1,3%	<b>4.281</b>	1,6%	<b>- 477</b>	<b>-3,7%</b>	<b>202</b>	0,6%	<b>530</b>	1,5%
<b>Veränderungen von 2005 auf 2007</b>	<b>Belagstage</b>	<b>122.191</b>	6,0%	<b>124.943</b>	7,8%	<b>-13.694</b>	<b>-17,5%</b>	<b>- 3.550</b>	<b>-1,9%</b>	<b>14.492</b>	7,8%
	<b>Anzahl</b>	<b>21.810</b>	6,3%	<b>19.460</b>	7,2%	<b>- 1.377</b>	<b>-10,8%</b>	<b>1.799</b>	5,7%	<b>1.928</b>	5,4%
Veränderungen vom Mittelwert auf 2007	Belagstage	<b>60.604</b>	3,0%	<b>62.816</b>	3,9%	<b>- 4.776</b>	<b>-6,1%</b>	<b>- 3.616</b>	<b>-2,0%</b>	<b>6.181</b>	3,3%
	Anzahl	<b>8.782</b>	2,5%	<b>7.914</b>	2,9%	<b>- 618</b>	<b>-4,8%</b>	<b>667</b>	2,1%	<b>819</b>	2,3%
	Vwd.05	5,89		<b>5,93</b>		6,50		6,24		5,08	
	Vwd.06	5,78		<b>5,82</b>		5,95		6,04		5,17	
	Vwd.07	5,87		<b>5,96</b>		6,12		5,78		5,21	

Anzahl = Anzahl der stationären Aufnahmen

Quelle: NÖGUS, stationäre Aufnahmen 2005 bis 2007, alle Krankenhäuser in NÖ

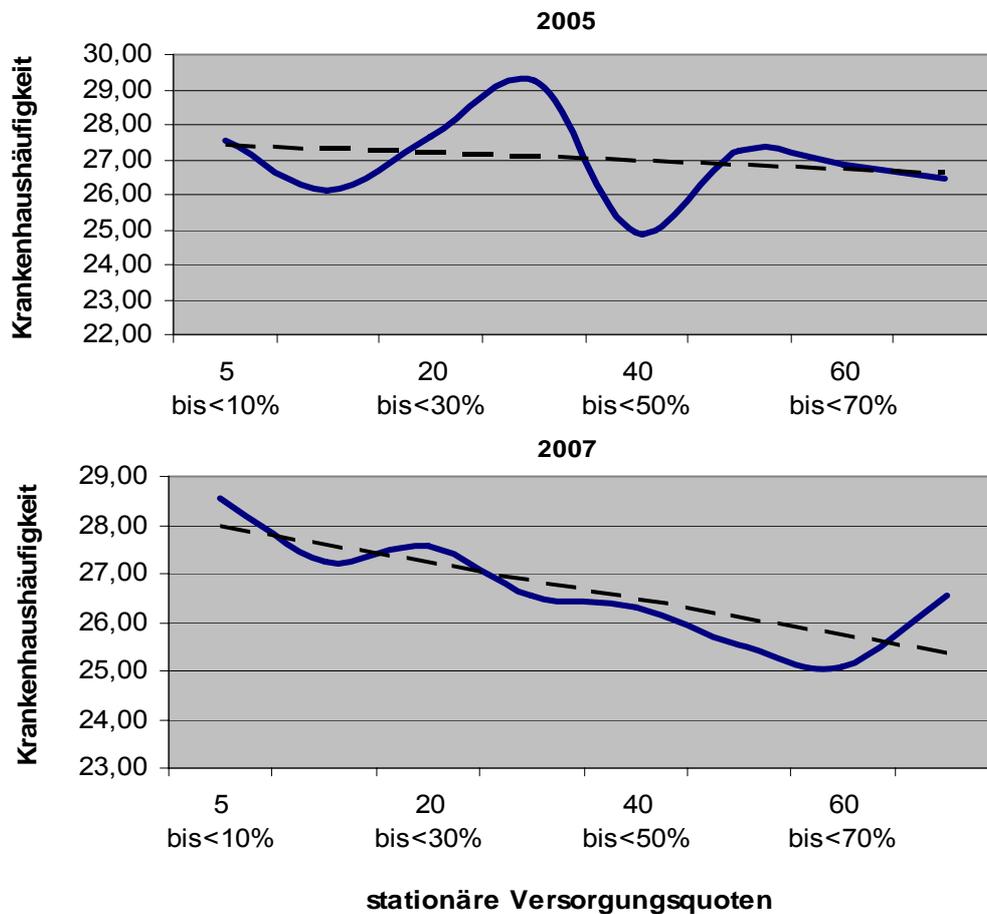
**Tabelle 1: Absolute Veränderung der Belagstage in den Spitälern Niederösterreichs**

Um die Verdrängung exakter ausschließen zu können, wurde die Krankenhaushäufigkeit auf Einwohner der Gemeinden untersucht. Als erster Schritt wurden Gruppen gebildet, die sich an der stationären Versorgungswirksamkeit des LK WV-377 orientierten und als zweiter Schritt über die Erreichbarkeit, eingeschränkt auf jene PLZ, für die das LK WV-377 wenigstens eine 5 %-Versorgungsquote erreicht.



Legende: Durchgezogene Linie: tatsächlich beobachtete Werte; gestrichelte Linie: Trendlinie

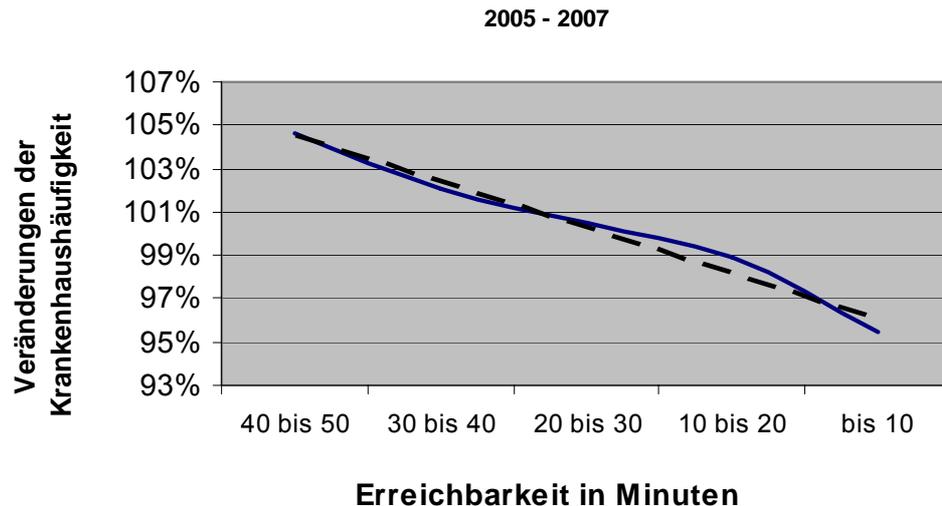
**Abbildung 7: Veränderungen der Krankenhaushäufigkeiten auf Basis des 50-Minuten-Modells**



Legende: Durchgezogene Linie: tatsächlich beobachtete Werte; gestrichelte Linie: Trendlinie

**Abbildung 8: Veränderungen der Krankenhaushäufigkeiten auf Basis der Versorgungsquote**

Man erkennt an den Trendlinien (gestrichelte Linien = linearer Trend), daß im Jahr 2005 die Krankenhaushäufigkeit im 50-Minuten-Umkreis vom LK WV-377 verhältnismäßig konstant ist, vgl. oberes Bild in den Abbildungen 7. Die extremen Sprünge in den Berechnungen der Krankenhaushäufigkeit im Jahr 2005 nach dem Versorgungsquoten-Modell (vgl. im oberen Bild in der Abbildung 8) sind auf auffällige Zahlen in der Gemeinde Retzbach und den anschließenden Gemeinden zurückzuführen. Da diese Gemeinde in der Erreichbarkeitsrechnung nach dem 50-Minuten-Modell mit anderen Gemeinden zusammenfällt, sind hier die Sprünge geringer. Vermutlich liegen hier falsche Zuordnungskriterien vor. Mit dem Jahr 2007 sind offenbar diese Zuordnungsprobleme behoben. Man kann erkennen, daß die Krankenhaushäufigkeit sinkt, je größer die Versorgungsquote ist, bzw. je näher man an Horn herankommt. Trägt man die Veränderungsdaten gegen die Erreichbarkeit auf, dann wird diese Situation noch deutlicher (siehe Abbildung 9)



**Abbildung 9: Veränderung der Krankenhaushäufigkeit von 2005 auf 2007**

Aus der Gegenüberstellung beider theoretischer Berechnungsansätze (50-Minuten-Einzugsgebiet versus Versorgungsquoten-Modell in den Abbildungen 7 und 8) können folgende Beobachtungen angestellt werden:

- Die Trendlinien nach beiden Berechnungsmodellen sind grundsätzlich vergleichbar.
- Die Trendwerte liegen in den Berechnungen nach dem 50-Minuten-Modell sowohl im Jahr 2005 als auch 2007 unter denen die nach dem Versorgungsquoten-Modell ermittelt wurden.
- Das Patientenverhalten innerhalb des 50-Minuten-Erreichbarkeitsradius ist inhomogen, aber signifikant korreliert mit der Nähe und der stationäre Versorgungswirksamkeit des Standortes Horn des LK WV-377

Unabhängig davon gibt es grundsätzliche Anmerkungen zur methodischen Tauglichkeit des 50-Minuten-Modells. Die Versorgungswirksamkeit der IAS und deren Auswirkungen auf die Krankenhaushäufigkeit ist wie in den beiden oberen Abbildungen zu sehen, auf ein Einzugsgebiet bezogen, welches im Hinblick auf eine aufzuwendende Fahrtzeit im Umfang von 50 Minuten definiert wurde.

Methodisch wirft dies zwei grundlegende Probleme auf, insbesondere wenn epidemiologisch an diese Analysen herangegangen wird, was der methodisch saubere Ansatz einer an die klassische Versorgungsforschung anzulehnenden Evaluation eines innovativen Versorgungskonzeptes wäre. Eine Definition eines Einzugsgebietes bedeutet,:

- 1) daß der Bevölkerung sowohl inner- als auch außerhalb des Einzugsgebietes ein identisches Verhalten bezogen auf die Inanspruchnahme von extramuralen und intramuralen Gesundheitsdienstleistungen zugesprochen werden kann und
- 2) daß sowohl das Einzugsgebiet als auch das Nicht-Einzugsgebiet eine in sich homogene Struktur (Ausstattung mit Leistungsanbietern, Verkehrsinfrastruktur etc) aufweist, wodurch das identische Verhalten der jeweiligen Bevölkerungsgruppe bestimmt wird.

Beides ist mit der Realität nicht in Übereinstimmung zu bringen. Die Bevölkerung (vgl. Punkte 1) ist aus den Gründen: Geschlecht, Alter, Bildungsabschluß, Höhe des Einkommens, Wohnsituation, Familienstrukturen, Kassenzugehörigkeit und bisherige Erfahrungen mit der Inanspruchnahme von intramuralen und/oder extramuralen Gesundheitsleistungen in ihrem Verhalten im allgemeinen und in ihrem Gesundheitsverhalten im besonderen individuell geprägt und nicht in einer Gruppen zusammenfaßbar. So weisen Frauen eine höhere Symptomsensibilität auf als Männer, ältere Menschen nehmen Gesundheitsleistungen naturgemäß häufiger in Anspruch als jüngere. Je höher der Bildungsabschluß desto bewußter ist der Umgang mit der eigenen Gesundheit und bei einem entsprechenden Einkommen auch die Bereitschaft bspw. im präventiven Bereich Selbstzahlerleistungen zu nutzen. In Mehrgenerationenhaushalten, in denen die gegenseitige Fürsorge und Versorgung noch funktioniert, kommt es nur in Krankheitsphasen, die nicht mehr mit dem Wissen und Können der anderen beherrschbar scheint, zu einem Arztkontakt. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenversicherung führt bei entsprechendem Marketing der Kasse zu intendierten Mitglieder-Verhaltensweisen. Ein Patient, der einmal selbst auf Grund eines akuten Krankheitsereignisses intramural versorgt werden mußte, kontaktiert daraufhin tendenziell häufiger einen Arzt. Unter Umständen abgeschwächt ist dies zu beobachten, wenn es sich um schwerwiegende Krankheitserlebnisse von Familienangehörigen handelt. Diese Dimensionen berücksichtigen zu wollen, würde in der Endkonsequenz zu so kleinen Gruppengrößen führen, die keine methodisch sicheren Auswertungen mehr zulassen.

Die Modellierung eines Einzugsgebietes (vgl. Punkt 2) würde deren homogene Struktur voraussetzen. Dies ist jedoch weder innerhalb des angesprochenen 50-Minuten-Radius um das LK WV-377 herum noch in den restlichen Regionen Niederösterreichs außerhalb dieses 50-Minuten-Radius möglich. Besonders deutlich wird dies am Beispiel des Raumes außerhalb des angesprochenen 50-Minuten-Radius um das LK WV-377 herum. Im Südosten dieses Raumes liegt Wien mit seinen auf die Erfordernisse eines Ballungszentrums qualitativ und quantitativ ausgerichteten extra- wie intramuralen Einrichtungen im Gesundheitswesen. Wien selbst weist – ohne es definieren zu müssen – infrastrukturell unterfüttert ein Einzugsgebiet mit einem deutlich größeren Radius und einer deutlich größeren „Sogwirkung“ als jede andere Region Österreichs auf.

Methodisch sauberer wäre es daher, zu einem Ansatz zu gelangen, der keine externe Zuschreibung von Eigenschaften vornimmt, sondern die beobachtbaren Verhaltensweisen der Bevölkerung hier mit Blick auf die Inanspruchnahme von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen bewußt nutzt. Insofern ein solches Inanspruchnahmeverhalten vom Angebot abhängt, kann auch von der Versorgungswirksamkeit des entsprechenden Angebotes gesprochen werden.

Aus Gründen der Vereinheitlichung der einerseits bei den Sozialversicherungen und andererseits im LK WV-377 genutzten unterschiedlichen methodischen Analyse-Ansätze wurde vereinbart, sich trotz der angesprochenen methodischen Mängel für der extramuralen Bereich auf das 50-Minuten-Modell zu verständigen.

Die Abbildung 7 stellt die Veränderungen der Krankenhaushäufigkeit im 50-Minuten-Einzugsgebiet der IAS Horn von 2007 im Vergleich zu 2005 dar. Innerhalb dieses Einzugsgebietes kann keine Verdrängung in quantitativ bedeutender Größenordnung festgestellt werden. Für die weiteren Analysen wird davon ausgegangen, daß es

keine Verdrängung gibt. Die folgenden beiden Tabellen enthalten die den Berechnungen zugrundeliegenden Daten.

stationäre Versorgungsquote niedersterreichischer Patienten in NO	KHH/100 Pop 2005	KHH/100 Pop 2006	KHH/100 Pop 2007	KHH/100 Pop Mittelwert	5 auf 6	6 auf 7	5 auf 7	7 auf Mittelwert	KHH Mittelwert zu NÖ-Durchschnitt Mittelwert	Versorgungsquote Mittelwert Fälle	IASH(06-08) /100 Pop
0%	18,40	19,29	19,69	19,12	106%	102%	108%	103%	83%	0%	0,01
>0 bis <1%	21,04	21,55	21,87	21,49	103%	102%	105%	102%	93%	0%	0,03
1 bis <5%	24,64	25,13	25,54	25,10	102%	102%	104%	101%	109%	2%	0,31
5 bis <10%	27,54	28,55	28,57	28,22	104%	100%	104%	101%	123%	7%	1,40
10 bis <20%	26,11	27,54	27,24	26,97	106%	99%	104%	101%	117%	14%	3,68
20 bis <30%	27,65	28,40	27,56	27,87	104%	97%	101%	99%	121%	24%	9,54
30 bis <40%	29,28	27,35	26,53	27,72	95%	97%	91%	95%	121%	34%	10,28
40 bis <50%	24,93	26,39	26,30	25,87	106%	100%	106%	102%	113%	46%	24,63
50 bis <60%	27,28	27,81	25,53	26,87	104%	92%	96%	95%	117%	55%	30,25
60 bis <70%	26,87	27,43	25,09	26,47	104%	92%	95%	95%	115%	66%	27,84
>70%	26,45	27,04	26,55	26,68	103%	99%	101%	100%	116%	75%	35,45

Tabelle 2: Epidemiologische Tabelle 1

Erreichbarkeit in Minuten (eingeschänkt auf VQ >5%)	KHH/100 Pop 2005	KHH/100 Pop 2006	KHH/100 Pop 2007	KHH/100 Pop Mittelwert	5 auf 6	6 auf 7	5 auf 7	7 auf Mittelwert	KHH Mittelwert zu NÖ-Durchschnitt Mittelwert	Versorgungsquote Mittelwert Fälle	IASH(06-08) /100 Pop
60 bis 70	26,60	28,68	29,62	28,30	108%	103%	112%	105%	123%	5%	0,79
50 bis 60	27,24	28,23	28,79	28,09	104%	102%	106%	103%	122%	6%	0,98
40 bis 50	26,99	27,88	28,04	27,64	104%	101%	105%	102%	120%	7%	1,42
30 bis 40	26,27	26,84	26,75	26,62	103%	100%	102%	100%	116%	9%	1,95
20 bis 30	26,97	27,92	26,80	27,23	105%	96%	101%	99%	118%	37%	14,45
10 bis 20	26,51	27,01	26,00	26,51	103%	97%	99%	98%	115%	65%	31,06
bis 10	27,29	25,64	25,99	26,31	94%	101%	96%	99%	114%	77%	41,50

Tabelle 3: Epidemiologische Tabelle 2

### 4.1.3 Veränderungen im LK WV-377 Horn

Die Darstellung der Patienten- und Belagstageveränderung ist eine der Kernaufgaben der Evaluierung. Da nun davon ausgegangen wird, daß es keine quantitativ bedeutenden Verlagerungen in andere Standorte gab, besteht die Aufgabe festzustellen, welche Veränderungen unmittelbar mit der IAS in Verbindung stehen. Der Weg, dies festzustellen, geht über die Veränderungen der Aufnahmen.

Dabei soll jedoch nicht nur die absolute Zahl der vermiedenen Aufnahmen (absolute Veränderungen zwischen 2005 und 2007) bewertet werden, sondern auch jene Aufnahmen ins Kalkül gezogen werden, die man relativ zur Entwicklung verhindern konnte (siehe Methoden-Kapitel 4.1.1.1). Das bedeutet, daß die IST-Situation nicht nur mit der Ausgangssituation (2005) verglichen werden soll, sondern zudem mit einer SOLL-Situation. Die SOLL-Situation soll auch jene Veränderungen berücksichtigen, die im Umfeld, außerhalb der Einflußmöglichkeiten des LK WV-377 beobachtet werden können. Wesentlicher Einfluß für die Veränderungen sind neben den demographischen Entwicklungen auch finanzierungsrelevante Einflüsse, die durch das LKF-System und die LKF-Systemänderungen provoziert werden, Reformdiskussionen, die zu veränderten Entscheidungen auf Standortebene führen, Veränderungen von Leistungsangeboten, die Patientenströme auslösen, Kapazitätsfehlallokationen, die entweder zu einer erzwungenen Reduktion der Aufnahmen oder aber einer angebotsinduzierten Steigerung führen, etc. All diese Einflüsse führen dazu, daß es sich um ein komplexes, nicht linear verlaufendes System handelt.

Als komplexitätssteigernd kommt – wie bereits weiter oben dargestellt – in Niederösterreich hinzu, daß Wien einen erheblichen Anteil der Bevölkerung Niederösterreichs versorgt (ca. 25 %), diese Patienten jedoch nicht homogen auf Niederösterreich verteilt sind. Je nach der Nähe zu Wien weisen die einzelnen PLZ einen unterschiedlichen Grad an „ausgewanderten Gastpatienten“ (vgl. Fußnote 6) auf.

Die Analyse erfolgt auf Ebene „NÖ-Gesamt“ als auch der PLZ. Da Informationen über alle Niederösterreicher, die in Niederösterreich behandelt wurden, vorlagen, kann man pro PLZ sowohl die Veränderungen der Krankenhaushäufigkeit (ausdifferenziert nach Aufnahmen und Belagstagen) beobachten als auch die Patienten den verschiedenen Krankenhäusern zuordnen und so Versorgungsquoten der einzelnen Krankenhäuser errechnen. Die Beobachtung über drei Jahre läßt daher eine detaillierte Zeitreihenbeobachtung pro PLZ und Krankenhaus zu. Pro PLZ können Veränderungen von Jahr zu Jahr beobachtet werden.

Diese Information wurde nun genutzt, um einerseits für NÖ-Gesamt, und andererseits für jede einzelne PLZ eine SOLL-Situation für das LK WV-377 zu errechnen. Da davon ausgegangen wird, daß es keine substantielle Verdrängung gab, wurde die Versorgungsquote 2005 als Basis herangezogen. Diese Basis wurde mit den jährlichen Veränderungen der Gesamtzahl der Aufnahmen pro PLZ multipliziert und ergab so eine SOLL-Zahl für das LK WV-377.

Als Ergebnis erhält man SOLL-Zahlen für NÖ und für jede PLZ. Betrachtet man nur die PLZ, erhält man klarerweise ein Ergebnis, daß versucht die Realität auf PLZ-Ebene darzustellen. Die Summe dieser PLZ-Ergebnisse ist jedoch nicht die gleiche wie in NÖ-Gesamt, da die Daten auf PLZ-Ebene durch eine Fülle von Faktoren (z. B.

unterschiedliche Krankenhaushäufigkeiten, unterschiedlichem Einweisungsverhalten der extramuralen Ärzte etc.) beeinflußt sind, die in NÖ-Gesamt anders ausfallen.

Da es sich bei beiden Zahlen um Prognosen handelt, kann weder die eine Zahl, noch die andere Zahl als die „richtige“ gewertet werden. Es ist daher sinnvoll, die Ergebnisse als Bandbreite der Veränderungen („weniger“ Aufnahmen/Belagstage) bezogen auf das Jahr 2005 unter Einberechnung des veränderten Umfeldes (also die Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit in Niederösterreich) zu betrachten (vgl. Abbildung 8 – Szenarien).

Durch einfache Subtraktion der SOLL-Zahlen von den IST-Zahlen wird die Zahl ermittelt, die darstellt, welche Quantitäten real „weniger“ erbracht wurden, als hätte erbracht werden müssen, wenn im LK WV-377 keine Maßnahmen zu ihrer Vermeidung durchgeführt worden wären (vgl. Tabelle 4).

	NÖ o.AU 2005	NÖ o.AU 2006	NÖ o.AU 2007	LKWV_o.AU 2005	LKW_o.AU 2006	LKW_o.AU 2007	Effekte	SOLL 06	SOLL 07	"weniger" Aufnahmen/ Belagstage 2006	"weniger" Aufnahmen/ Belagstage 2007
Aufnahmen	335.977	346.457	350.206	14.151	13.251	12.774	Bezogen auf PLZ	14.367	14.139	1116	1366
							Bezogen auf NÖ	14.592	14.750	1341	1976
							Mittelwert	14.480	14.445	1229	1671
Belagstage	1.969.469	1.993.646	2.049.076	91.925	78.866	78.231	Bezogen auf PLZ	91.170	93.489	12304	15259
							Bezogen auf NÖ	93.053	95.641	14187	17410
							Mittelwert	92.112	94.565	13246	16334

Legende: o. AU = ohne Abteilung/en für Augenheilkunde

Quelle: NÖGUS; stationäre Aufnahmen in NÖ und im LK WV-377 (bereinigt um inländische Gastpatienten und Augen-Patienten) für die Jahre 2005 bis 2007; eigene Berechnungen

**Tabelle 4: Vergleich von Aufnahmen und Belagstage (2005-2007)**

Zur Erläuterung sei hier kurz ausgeführt woraus sich in der Zeile „Aufnahmen“, „Bezogen auf PLZ“ die Zelle „Soll 2006“ bzw. „Soll 2007“ ergibt.

Nach den obig beschriebenen Rechenschritten wird pro PLZ ein Prognosewert erzeugt, die Summe dieser Werte ergibt die „Soll“-Zahlen. Es wird angenommen, daß einzelne PLZ klein genug sind, um als homogen betrachtet werden zu können. Wenn beispielsweise in einer PLZ die Krankenhaushäufigkeit besonders stark steigt, könnte das auf eine lokal begrenzte Krankheitswelle zurückzuführen sein, oder aber auch auf andere Faktoren, wie die Eröffnung oder Erweiterung eines Pflegeheimes, oder eine Veränderung des Zuweisungsverhaltens niedergelassener Ärzte durch Personalveränderungen, Veränderungen des Leistungsspektrum von Leistungserbringern etc. Diese Häufung wird dabei mitberücksichtigt, aber nur in dem Ausmaß, in dem das LK WV-377 in dieser PLZ auch Versorgungswirksam wurde. Eine Hochrechnung auf das ganze Einzugsgebiet findet nicht statt. Allerdings wird bei dieser Betrachtung natürlich ein erhöhtes Gewicht auf jene PLZ gelegt, die höher Versorgungswirksam sind. Das ist insofern wichtig, als bei Aussagen „bezogen auf PLZ“ es zu Rückkoppelungen der Auswirkungen der IAS Horn kommt. Oder anders ausgedrückt, wird bei so einer Betrachtung der „steady state“ (also eine Versorgungsdichte,

die notwendig ist, um die regionale Bevölkerung zu versorgen da die IAS ja nur bis zu einem bestimmten Punkt Aufnahmen verhindern kann) rasch abgebildet wird.

Bei der Betrachtung „bezogen auf NÖ“ wird die Versorgungswirksamkeit des LK WV-377 dann auf ganz NÖ bezogen. Dabei gehen natürlich die Informationen pro PLZ verloren und es wird angenommen, daß die Einflußfaktoren wie oben angedeutet im gesamten Versorgungsgebiet „homogen“ waren. Rückkoppelungen der IAS Horn, wie bei „bezogen auf PLZ“ sind daher auch deutlich schwächer ausgeprägt.

Welche der beiden Zahlen nun die „richtige“ ist, kann nicht gesagt werden. Beide haben nicht vermeidbare Fehlerquellen. „bezogen auf PLZ“ berücksichtigt mehr Informationen, die jedoch sicher nicht alle „regelmäßig“ sind. Da aber diese Fehler pro PLZ auftreten, werden sie nicht übermäßig schlagend. „bezogen auf NÖ“ unterbindet diese Detailinformationen bzw. nimmt an, daß die größere Stichprobe, aus den Detailinformationen „regelmäßige“ Veränderungen „macht“, was natürlich auch nicht stimmt. Wie oben bereits dargestellt ist die Annahme des Mittelwertes aus beiden wohl jene Zahl, die die geringsten Fehler haben wird.

Um herauszufinden, welche der „weniger“ Aufnahmen durch die IAS vermieden werden konnten, wurde die errechnete Zahl der PLZ-Liste der IAS-Patienten gegenübergestellt. Dort, wo es zu einer Reduktion kam und gleichzeitig IAS-Patienten in der Liste vermerkt waren, wurde unterstellt, daß die Reduktion um die Zahl der Patienten, die in der IAS waren, der IAS zuzuschreiben ist. Es wurde also pro PLZ eine Schnittmenge aus „weniger“ Aufnahmen und IAS-Kontakten gebildet, die die „vermiedenen Aufnahmen“ enthält.

Effekte	"weniger" Aufnahmen 2006	"weniger" Aufnahmen 2007	"vermiedene Aufnahmen" 2006	"vermiedene Aufnahmen" 2007	IAS-Kontakte 2006	IAS-Kontakte 2007
Bezogen auf PLZ	1116	1366	<b>988</b>	<b>1.280</b>	5601	11356
Bezogen auf NÖ	1341	1976				
Mittelwert	1229	1671				

Quelle: LK WV-377; IAS-Kontakte für die Jahre 2006 und 2007; eigene Berechnungen

**Tabelle 5: Anzahl der vermiedenen Aufnahmen**

Die „vermiedenen Aufnahmen“ stellen eine Schnittmenge aus „realen“ Zahlen der IAS und „virtuellen“ Zahlen der Prognosewerte dar. Da es real nur eine Zahl geben kann, gibt es eben auch nur eine Zahl.

Wie zu ersehen ist, konnte die Zahl der „vermiedenen Aufnahmen“ 2007 zwar gesteigert, aber nicht, wie zu erwarten war, analog der IAS-Kontakte verdoppelt werden.

Da vermiedene Aufnahmen naturgemäß keine Belagstage erzeugen, ist eine Annahme zu treffen, wie die „weniger“ Belagstage der IAS zugerechnet werden können. Hier wurde ein pragmatischer, keinesfalls wissenschaftlich belegbarer Weg gegang-

gen, der die Relation, mit der die IAS an den „weniger“ Aufnahmen beteiligt war, auf die Belagstage überträgt. Damit ergibt sich folgendes Ergebnis.

Effekte	"weniger" Aufnahmen 2006	"weniger" Aufnahmen 2007	"vermiedene Aufnahmen" 2006	"vermiedene Aufnahmen" 2007	2006 der IAS zuzuschreiben in %	2007 der IAS zuzuschreiben in %	"weniger" Belagstage 2006	"weniger" Belagstage 2007	"vermiedene Belagstage" 2006	"vermiedene Belagstage" 2007
Bezogen auf PLZ	1116	1366	988	1.280	88,5%	93,7%	12304	15259	10.887	14.291
Bezogen auf NÖ	1341	1976			73,6%	64,8%	14187	17410	10.444	11.274
Mittelwert	1229	1671			81,0%	79,2%	13246	16334	10.736	12.938

**Tabelle 6: Ableitung der der IAS zugeordneten vermiedenen Belagstage**

Eine Stichprobenanalyse in der IAS Horn (NÖGKK)<sup>7</sup> im Auftrag der Projektarbeitsgruppe belegt diese Tendenzen der Reduzierung stationärer Aufnahmen. In einer Analyse einer Stichprobe von IAS-Patienten der NÖGKK ergab sich, daß bei 69,92 % von ihnen durch die IAS Horn eine stationäre Aufnahme vermieden worden sei. Vertiefend hierzu vgl. Anlage 1.

Die Zahl der durch die IAS reduzierten Belagstage (genaugenommen jener Belagstage, die reduziert werden konnten, ohne daß die Region „unterversorgt“ war) liegt 2006 zwischen 10.444 und 10.887 (Mittelwert 10.736) und im Jahr 2007 zwischen 11.274 und 14.291 (Mittelwert 12.938). Da hinter diesen Zahlen bereits eine Fülle von Annahmen steht, ist eine weitere Konkretisierung nicht möglich.

Die folgende Tabelle zeigt die vermiedenen Belagstage aufgeteilt nach Fächern. Diese Daten sind in die entsprechenden Rechenmodelle (RPM und AHB 200) einzufügen. Dafür sollte untenstehender Fächerschlüssel verwendet werden, der vermutlich die Realität am besten widerspiegelt, da er der Verteilung der Belagstage im LK WV-377 entspricht. Dies bedeutet, daß die im LK WV-377 im Jahre 2006 beobachtete Verteilung der Belagstage dem folgenden Schlüssel entspricht:

- 58 % aller Belagstage im LK WV-377 wurde in der Inneren Medizin gezählt,
- 28 % der Belagstage fielen auf die Chirurgie und
- 14 % auf die Neurologie.

Vermiedene Belagstage		2006	2007
Innere Medizin	58 %	6.227	7.504
Chirurgie	28 %	3.006	3.623
Neurologie	14 %	1.503	1.811
Summe	100 %	10.736	12.938

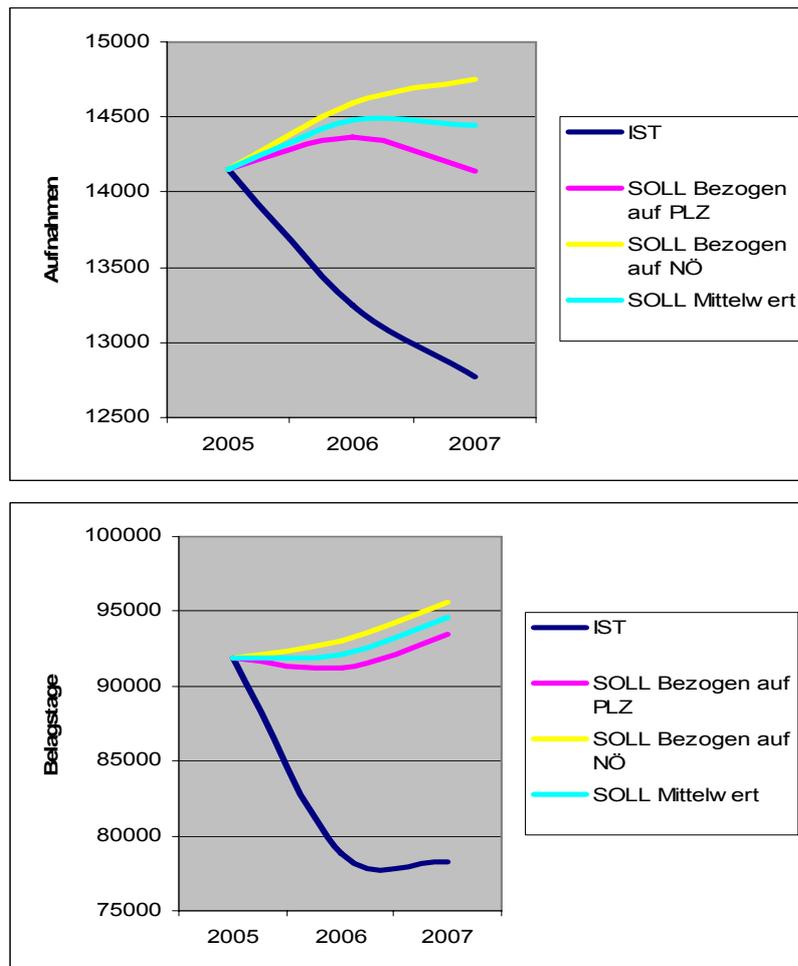
**Tabelle 7: Struktur bzw. Aufteilung der vermiedenen Belagstage in den Jahren 2006 und 2007**

Mangels eines anderen Schlüssels wurde dieser auf das LK WV-377 übertragen und die Zahl der laut den Berechnungen ermittelten vermiedenen Belagstage (10.736

<sup>7</sup> Vgl. Literaturverzeichnis „Stichprobenanalyse der NÖGKK“ (2008).

Belagstage im Jahr 2006 und 12.938 Belagstage im Jahr 2007) diesen drei Fächern zugeschrieben. Unterstellt wurde weiterhin, daß diese Aufteilung auch für das Jahr 2007 gilt.

Die tatsächlich beobachteten Aufnahmen und Belagstage im LK WV-377 im Vergleich zur in Anlehnung an die im Jahre 2005 absehbaren Veränderungen in Niederösterreich prognostizierten Entwicklung der Aufnahmen und Belagstage im LK WV-377 dargestellt verdeutlicht die Abbildung 10.



**Abbildung 10: Vergleich der Entwicklungen (2005-2007) zu den Rechenszenarien**

In der Abbildung 10 werden die eingetretenen Reduzierungen bei den stationären Aufnahmen im LK WV-377 im oberen Bild und bei den Belagstagen (vgl. unteres Bild) erkennbar an der dunklen „IST-Funktion“ mit den zum Zeitpunkt 2005 für die Jahre 2006 und 2007 errechneten Szenarien gegenübergestellt. Es handelt sich dabei um die graphische Verdeutlichung der bereits in der Tabelle 4 dargestellten Daten. Der 2005er Wert ist der gemeinsame Ausgangspunkt aller vier Funktionen.

#### **4.1.4 Veränderung der Ordinationshäufigkeiten (in der Autorenschaft der NÖGKK mit Anmerkungen des NÖGUS)**

##### **4.1.4.1 Vorbemerkungen**

Das Kapitel 4.1.4 dieses Evaluationsberichtes ist nicht vom Berichtsauteur Prof. Dr. Heiko Burchert verfaßt, sondern ist ein von den Kooperations- und Finanzierungspartnern beim Reformpoolprojekt IAS Horn (Land Niederösterreich/NÖGUS und nÖ. Krankenversicherungsträger) gelieferter Beitrag. Das deshalb, weil die Datenbestände für den extramuralen Bereich es erforderten, eine intensive, vor Ort in St. Pölten stattfindende Diskussion der Partner über Daten, Methodik und Interpretationen zum Thema Veränderung der Ordinationshäufigkeiten durchzuführen.

Das vorliegende Kapitel 4.1.4 gibt somit die vereinbarte Vorgangsweise der Kooperations- und Finanzierungspartner wieder.

Anlässlich der Arbeitsgruppensitzung am 27.11.2008 zum Evaluationsbericht (Teilnehmer waren: Projektleiter Dr. Andreas Reifschneider, Ing. Alexander Bernegger, AL Franz Palkovits, Ing. Michael Neuhauser, Mag. Erwin Zeiler und AL-Stv. Mag. Christian Ruh) wurde vereinbart, dass folgende Effekte im extramuralen Bereich nicht detailliert dargestellt und bewertet werden:

- Einsparungen durch Reduktion der Diagnostikaufwendungen im extramuralen Bereich
- Einsparungen durch Reduktion der Diagnostikaufwendungen und Therapieaufwendungen im extramuralen Bereich
- Mehraufwand für (Sekundär-)Kontakte bei Allgemeinmediziner
- Mehraufwand für (Sekundär-)Kontakte bei Fachärzten
- Mehraufwand für Koordinierung durch den Hausarzt/Allgemeinmediziner

Auf Grund der zur Verfügung stehenden Daten ist dies derzeit nicht möglich. Diese Effekte entsprechen den Hebeln 4 bis 8 im Rechenmodell Reformpool-Manager. (siehe Kapitel 4.1.5).

Zur Feststellung der Mengeneffekte wird die nachfolgend beschriebene Vorgangsweise gewählt.

##### **4.1.4.2 Vorgehensweise**

Es werden die Kontakthäufigkeiten in den jeweiligen Fachgruppen untersucht. Dabei wird zwischen der Inanspruchnahme der Allgemeinmediziner bzw. Fachärzte im Einzugsgebiet der IAS Horn von 50 Fahrminuten (Individualverkehr) bzw. der Inanspruchnahme im Rest von Niederösterreich (Kontrollgruppe) unterschieden.

##### **4.1.4.3 Datengrundlage**

In der Unterarbeitsgruppe Evaluierung IAS Horn am 9.10.2008 wurde vereinbart, für die Feststellung der extramuralen Ordinationshäufigkeiten im Zusammenhang mit der IAS Horn ausschließlich das Datenmaterial der NÖGKK heranzuziehen und die Ergebnisse auf die nÖ. KV-Träger SVB, BVA, VAEB und SVA hochzurechnen. Gründe dafür waren der hohe Bearbeitungsaufwand und weiters die Annahme, dass davon ausgegangen werden kann, dass bei den Versicherten der genannten nÖ. KV-

Träger ein vergleichbares Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf Allgemeinmediziner bzw. Fachärzte wie bei den NÖGKK-Versicherten vorherrscht.

Als Datenbasis dienen das FOLgeKOSTensystem (FOKO) der NÖGKK und die Kontaktdaten der IAS Horn. Das FOKO enthält die abgerechneten Leistungen (Arzteigenkosten und Folgekosten) bzw. auch die Kosten für verordnete Heilmittel, Heilbehelfe/Hilfsmittel, Transporte und KH-Aufenthalte.

Die Kontakte laut Honorarordnung der NÖGKK sind unter Punkt 4.1.1.2 dargestellt.

#### 4.1.4.4 Einzugsgebiet

Aus den Stammdaten der Anspruchsberechtigten wird der Wohnort (PLZ) der Patienten der IAS Horn bestimmt. Eine erste Analyse mit Hilfe eines geografischen Informationssystems (GIS) soll Aufschluss über das mögliche Einzugsgebiet geben.

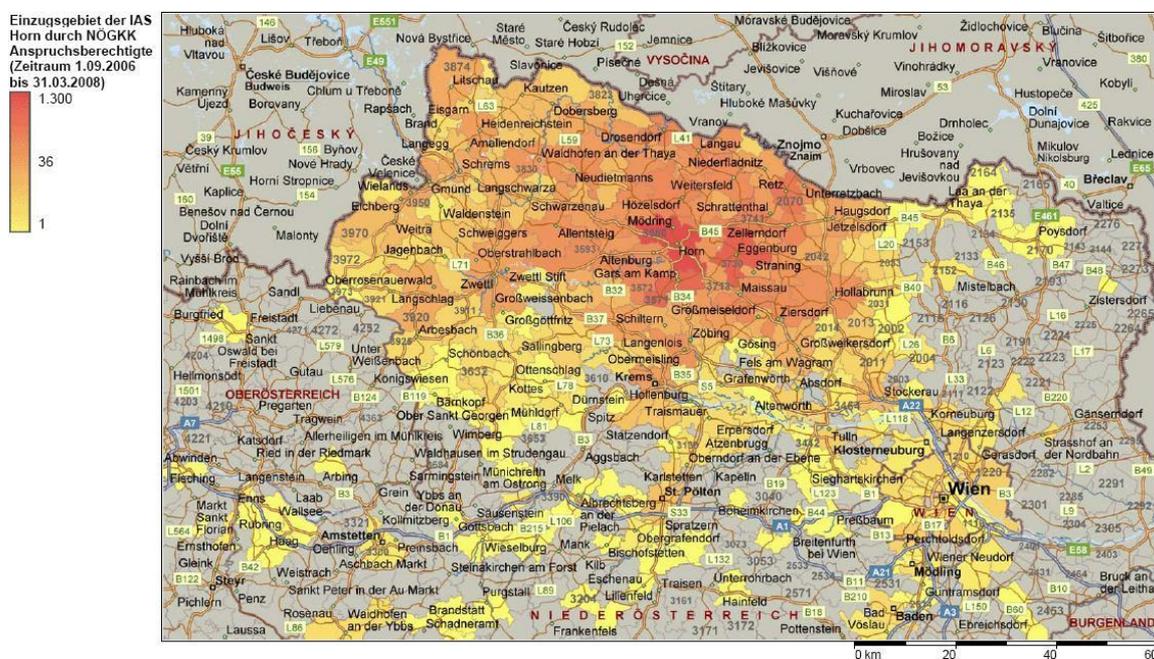


Abbildung 11: Gesamtes Einzugsgebiet der IAS Horn (logarithmische Darstellung)

Da das Einzugsgebiet sehr weit streut, werden die Wohnorte (Postleitzahl PLZ) ausgeschieden, die weniger als fünf Kontakte in der IAS Horn aufweisen. Durch die Definition von so genannten „Fahrzeitminuten“ (Abbildung 12: Einzugsgebiet der IAS Horn (lineare Darstellung)) im Umkreis der IAS Horn soll der Einzugsbereich eingeschränkt werden.

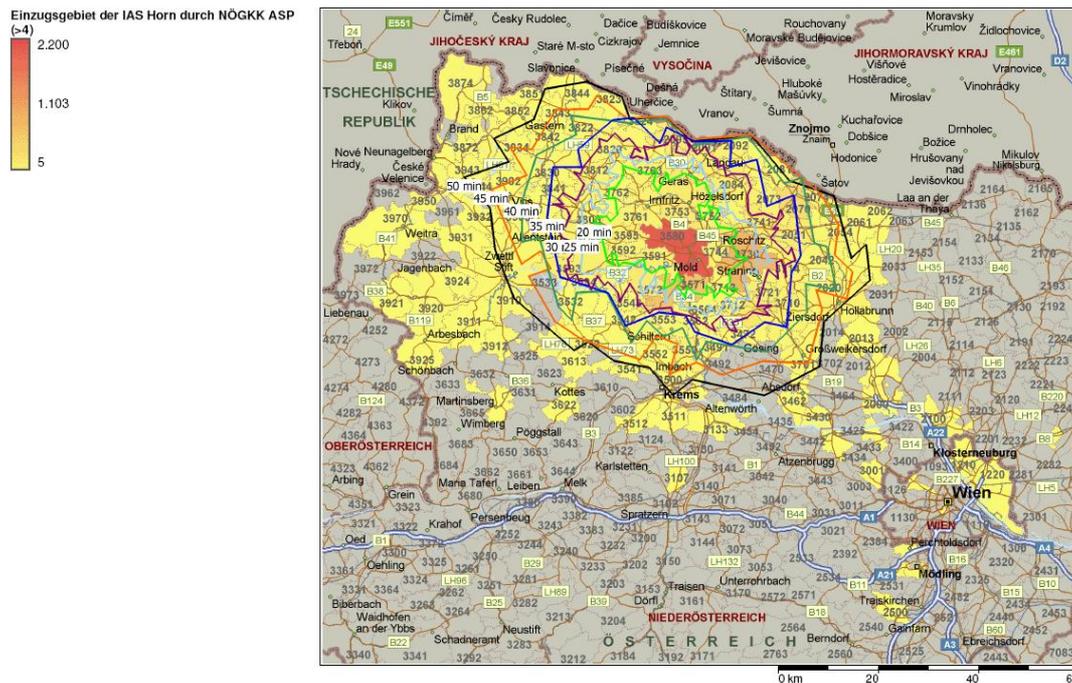


Abbildung 12: Einzugsgebiet der IAS Horn (lineare Darstellung)

Um feststellen zu können, welche Fahrminuten für das Einzugsgebiet relevant sind, wird der Anteil der Besucher (Abbildung 13: Anteil der Anspruchsberechtigten auf Fahrtzeitzone) der IAS Horn, die der entsprechenden „Fahrzeitzone“ zuordenbar sind, bestimmt.

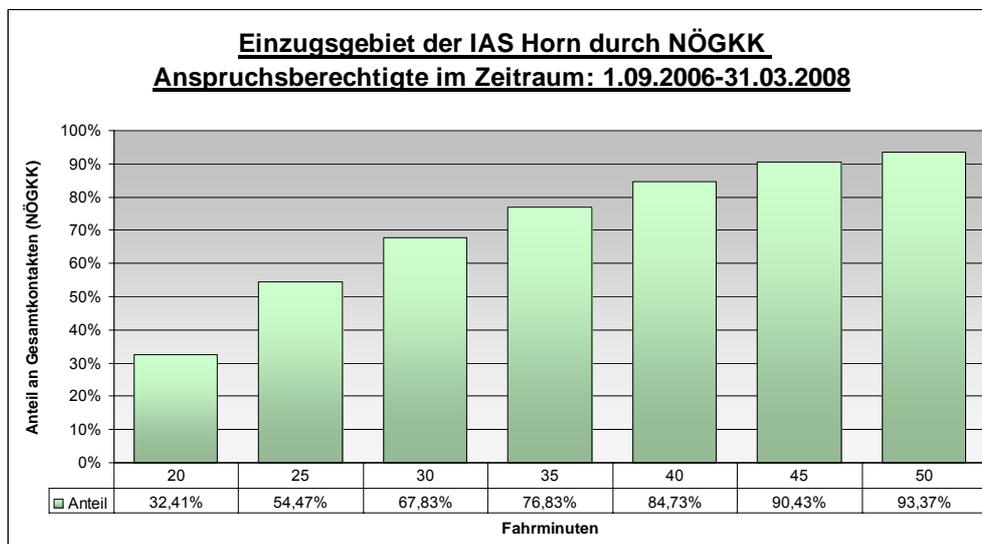


Abbildung 13: Anteil der Anspruchsberechtigten auf Fahrtzeitzone

Bereits ab einer Fahrzeit von 35 Minuten deckt man ungefähr  $\frac{3}{4}$  der Gesamtkontakte der NÖGKK-Anspruchsberechtigten in einem Zeitraum vom 1.9.2006 bis 31.3.2008 ab.

Die Zuordnung der Patienten der IAS Horn über die Postleitzahl dient primär dazu, das „Patientenvolumen“ jeder Fahrzeitzone zu bestimmen.

Um die entsprechenden Gemeinden, die in diese Zonen fallen, zu bestimmen, wurde eine Liste aller Gemeinden (<http://www.noel.gv.at>) von Niederösterreich in das grafische Informationssystem importiert und die unter das entsprechende Einzugsgebiet fallenden Postleitzahlen wieder in Excel exportiert.

### Exkurs zum Einzugsgebiet

Die Planungsrichtwerte im ÖSG-Österreichischer Strukturplan Gesundheit (Juli 2006) sehen für Patienten die Erreichbarkeit bettenführender Strukturen in Krankenanstalten im Straßenverkehr in folgenden zeitlichen Distanzen vor (wobei die regionale Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte zu berücksichtigen sind), z. B. für:

#### KH-Fachrichtung    Soll-Erreichbarkeit in

Innere Medizin        30 Minuten

Chirurgie              30 Minuten

Neurologie             45 Minuten

Diese Werte sind somit auch für das Einzugsgebiet der IAS Horn anwendbar, wobei die topographischen Verhältnisse des Waldviertels (insbesondere im Winter mit häufigen Straßenglättchen, Schneeverwehungen bei weiten Siedlungsdistanzen auf Hochplateaugelände) auch etwas längere Fahrzeiten zur Folge haben können.

#### 4.1.4.5        **Methodik**

Die Effekte, die auf die IAS Horn zurückgeführt werden können, errechnen sich aus der SOLL-Kontaktentwicklung im Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten und den tatsächlich im Einzugsgebiet dokumentierten Kontakten. Die SOLL-Kontakthäufigkeit ergibt sich aus der Kontakthäufigkeitsentwicklung in der Kontrollgruppe

Die Ergebnisse, die auf Basis der Daten der NÖGKK errechnet werden, müssen dann auf sämtliche niederösterreichische Krankenversicherungsträger (BVA, SVA, SVB und VAEB) hochgerechnet werden. Dafür wird die Struktur der Versicherten, die im Zeitraum vom 1.7.2006 bis 31.12.2007 Kontakt zur IAS Horn hatten herangezogen.

Versichertenschlüssel IAS 1.07.06-31.12.07	
NÖGKK	61,66%
SVB	15,60%
BVA	11,71%
VAEB	5,36%
SVA	5,68%

**Tabelle 8: Trägerzugehörigkeit der NÖ-Anspruchsberechtigten**

#### 4.1.4.6 Kontakthäufigkeit im Einzugsgebiet

Die in der Tabelle 9: Kontakte im Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten angeführten Kontakte bzw. Veränderungen in Prozent zum Vorjahr beziehen sich auf die NÖGKK-Anspruchsberechtigten die innerhalb der 50 Fahrminuten wohnhaft sind.

		2005	2006	2007	2005-2006	2006-2007
FG	Bezeichnung	AnzKontakte	AnzKontakte	AnzKontakte	Delta %	Delta %
1	Allgemeinmedizin	1.034.529	1.000.767	1.036.639	-3,26%	3,58%
3	Augenheilkunde	42.222	43.594	46.419	3,25%	6,48%
4	Chirurgie	8.947	9.498	9.189	6,16%	-3,25%
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	35.967	38.049	40.945	5,79%	7,61%
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	28.082	28.256	28.387	0,62%	0,46%
7	Innere Medizin	28.113	29.739	31.920	5,78%	7,33%
8	Kinder- und Jugendheilkunde	26.145	26.704	26.495	2,14%	-0,78%
9	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	20.180	20.661	21.942	2,38%	6,20%
10	Lungenkrankheiten	9.913	10.340	11.001	4,31%	6,39%
11	Neurologie und Psychiatrie	18.873	19.352	20.127	2,54%	4,00%
12	Orthopädie	42.700	43.429	42.834	1,71%	-1,37%
14	Radiologie	42.372	43.761	46.531	3,28%	6,33%
16	Urologie	16.086	16.377	16.958	1,81%	3,55%
50	Labor + Wien	34.139	36.653	39.284	7,36%	7,18%
<b>Gesamtergebnis</b>		<b>1.388.268</b>	<b>1.367.180</b>	<b>1.418.671</b>	<b>-1,52%</b>	<b>3,77%</b>

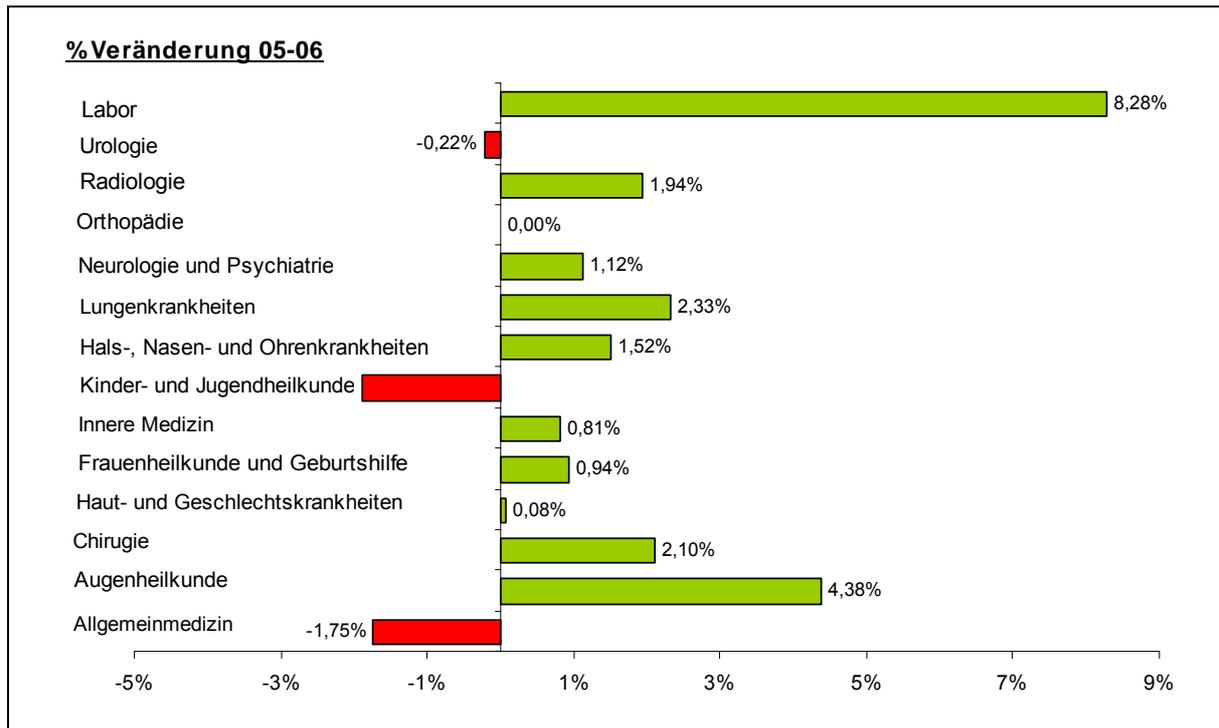
Tabelle 9: Kontakte im Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten

#### 4.1.4.7 Kontakthäufigkeit der Kontrollgruppe

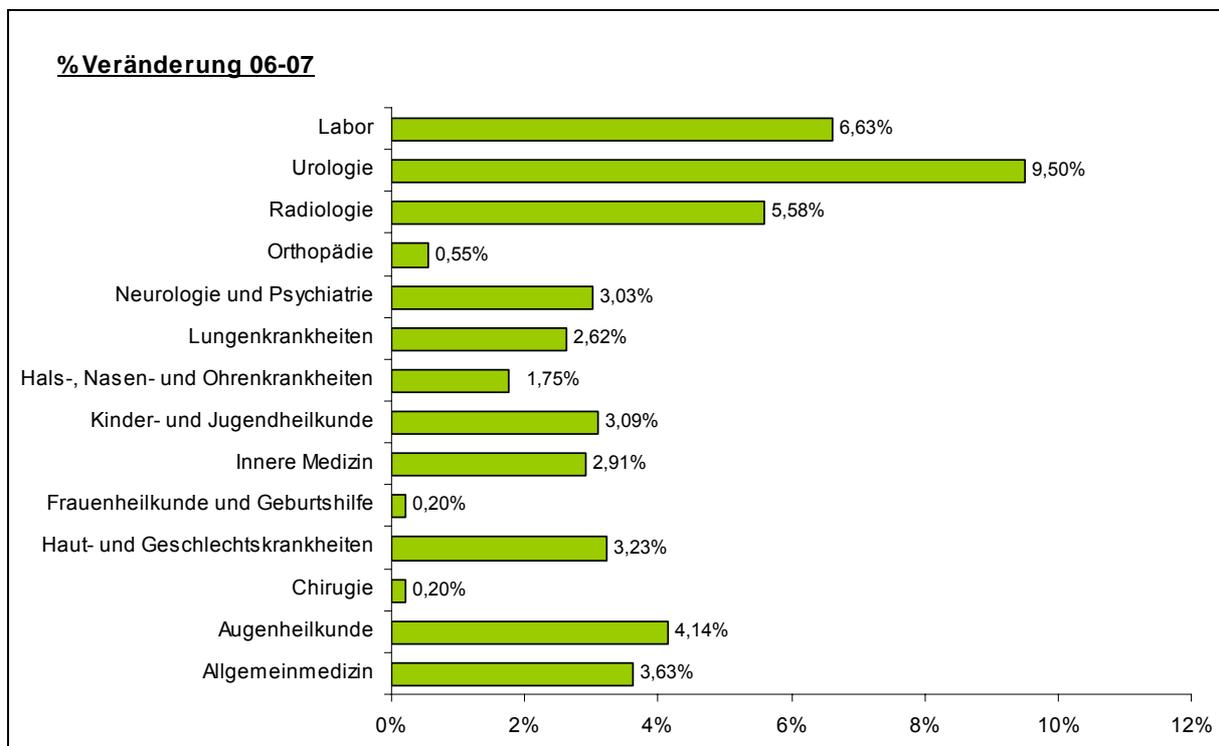
Die in der Tabelle 10: Kontakte NÖ ohne das Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten angeführten Kontakte bzw. Veränderungen in Prozent zum Vorjahr beziehen sich auf die NÖGKK-Anspruchsberechtigten aus Niederösterreich, die aber nicht im Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten wohnen.

		2005	2006	2007	2005-2006	2006-2007
FG	Bezeichnung	AnzKontakte	AnzKontakte	AnzKontakte	Delta %	Delta %
1	Allgemeinmedizin	8.143.857	8.001.725	8.291.993	-1,75%	3,63%
3	Augenheilkunde	322.627	336.746	350.696	4,38%	4,14%
4	Chirurgie	88.077	89.923	90.102	2,10%	0,20%
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	251.796	251.992	260.125	0,08%	3,23%
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	264.404	266.883	267.421	0,94%	0,20%
7	Innere Medizin	298.926	301.342	310.120	0,81%	2,91%
8	Kinder- und Jugendheilkunde	189.808	186.243	191.999	-1,88%	3,09%
9	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	152.329	154.642	157.346	1,52%	1,75%
10	Lungenkrankheiten	74.091	75.820	77.803	2,33%	2,62%
11	Neurologie und Psychiatrie	124.633	126.026	129.842	1,12%	3,03%
12	Orthopädie	216.839	216.842	218.045	0,00%	0,55%
14	Radiologie	315.812	321.945	339.916	1,94%	5,58%
16	Urologie	106.393	106.161	116.241	-0,22%	9,50%
50	Labor + Wien	340.721	368.936	393.395	8,28%	6,63%
<b>Gesamtergebnis</b>		<b>10.890.313</b>	<b>10.805.226</b>	<b>11.195.044</b>	<b>-0,78%</b>	<b>3,61%</b>

Tabelle 10: Kontakte NÖ ohne das Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten



**Abbildung 14: Kontaktveränderung 05 auf 06 in NÖ ohne das Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten**



**Abbildung 15: Kontaktveränderung 06 auf 07 in NÖ ohne das Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten**

#### 4.1.4.8 Prognose des Mengengerüstes

Um Veränderungen im extramuralen Bereich messen zu können, gilt folgende Annahme bzw. Prognose: Wie hätte sich das Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten entwickelt, ohne den Einfluss der IAS Horn und wenn sich die Region um Horn, wie das restliche Niederösterreich (gleiche Steigerungsraten) entwickelt hätte. Die Differenz zum Echtwert spiegelt den Effekt in der jeweiligen Fachgruppe wider und soll über entsprechende Honorare je Kontakt monetär (siehe Abbildung 18: Honorare der Fachgruppen (Mischsatz)) bewertet werden.

FG	Bezeichnung	IST 2005	PROGNOSE 2006	IST 2006	Differenz
1	Allgemeinmedizin	1.034.529	1.016.474	1.000.767	-15.707
3	Augenheilkunde	42.222	44.070	43.594	-476
4	Chirurgie	8.947	9.135	9.498	363
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	35.967	35.995	38.049	2.054
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	28.082	28.345	28.256	-89
7	Innere Medizin	28.113	28.340	29.739	1.399
8	Kinder- und Jugendheilkunde	26.145	25.654	26.704	1.050
9	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	20.180	20.486	20.661	175
10	Lungenkrankheiten	9.913	10.144	10.340	196
11	Neurologie und Psychiatrie	18.873	19.084	19.352	268
12	Orthopädie	42.700	42.701	43.429	728
14	Radiologie	42.372	43.195	43.761	566
16	Urologie	16.086	16.051	16.377	326
50	Labor + Wien	34.139	36.966	36.653	-313
	<b>Summe</b>	<b>1.388.268</b>	<b>1.376.640</b>	<b>1.367.180</b>	<b>-9.460</b>

Abbildung 16: Differenz zum Sollwert für das Jahr 2006

FG	Bezeichnung	IST 2006	PROGNOSE 2007	IST 2007	Differenz
1	Allgemeinmedizin	1.000.767	1.037.071	1.036.639	-432
3	Augenheilkunde	43.594	45.400	46.419	1.019
4	Chirurgie	9.498	9.517	9.189	-328
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	38.049	39.277	40.945	1.668
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	28.256	28.313	28.387	74
7	Innere Medizin	29.739	30.605	31.920	1.315
8	Kinder- und Jugendheilkunde	26.704	27.529	26.495	-1.034
9	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	20.661	21.022	21.942	920
10	Lungenkrankheiten	10.340	10.610	11.001	391
11	Neurologie und Psychiatrie	19.352	19.938	20.127	189
12	Orthopädie	43.429	43.670	42.834	-836
14	Radiologie	43.761	46.204	46.531	327
16	Urologie	16.377	17.932	16.958	-974
50	Labor + Wien	36.653	39.083	39.284	201
	<b>Summe</b>	<b>1.367.180</b>	<b>1.416.171</b>	<b>1.418.671</b>	<b>2.500</b>

Abbildung 17: Differenz zum Sollwert 2007

Da es sich bei diesen Daten nur um Daten der NÖGKK handelt wird das Mengengerüst auf Grund des Trägerschlüssels für die Region auf die anderen Träger hochgerechnet. Die monetäre Bewertung dieser Mengengerüste erfolgt auf Basis von Honoraren pro Kontakt für jede Fachgruppe, die von jedem Träger im Vorfeld für die entsprechenden Jahre übermittelt wurden<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Basis für das Honorar/Kontakt für Labor ist der Wert der NÖGKK.

Dabei wurde für die einzelnen Fachgruppen ein Mischsatz für die Honorare pro Kontakte gebildet. Hinweis: Die monetäre Bewertung basiert auf Basis der Honorare pro Kontakt des entsprechenden Trägers.

Fachgebiet		Durchschnittshonorar je Kontakt		
		2005	2006	2007
1	Arzt für Allgemeinmedizin	€ 13,23	€ 13,68	€ 13,80
3	Augenärzte	€ 37,68	€ 37,88	€ 38,43
4	Chirurgen	€ 45,78	€ 48,35	€ 49,98
5	Dermatologen	€ 20,79	€ 21,34	€ 22,13
6	Frauenärzte	€ 33,12	€ 33,07	€ 33,47
7	Internisten	€ 50,20	€ 51,93	€ 53,24
8	Kinderärzte	€ 21,85	€ 22,20	€ 22,87
9	HNO	€ 34,38	€ 34,32	€ 35,16
10	Lungenärzte	€ 59,74	€ 60,44	€ 60,95
11	Neurologie u. Psychiatrie	€ 37,26	€ 37,75	€ 38,48
12	Orthopäden	€ 36,69	€ 36,52	€ 37,31
14	Röntgenologen	€ 82,22	€ 80,13	€ 80,44
16	Urologen	€ 41,20	€ 41,77	€ 42,12
50	Labor + Wien	€ 19,20	€ 20,07	€ 21,64

Abbildung 18: Honorare der Fachgruppen (Mischsatz)

#### 4.1.4.9 Effekte der einzelnen Träger

Die saldierten Mengeneffekte bewertet mit den Honoraren pro Kontakt ergeben für die niederösterreichischen Krankenversicherungsträger folgende Mehraufwendungen.

NOGKK		Mengeneffekt		monetärer Effekt	
FG	Bezeichnung	2006	2007	2006	2007
1	Allgemeinmedizin	-15.707	-432	-188.451	-5.221
3	Augenheilkunde	0	0	0	0
4	Chirurgie	363	-328	16.858	-15.709
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	2.054	1.668	41.201	34.669
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	-89	74	-2.790	2.323
7	Innere Medizin	1.399	1.315	65.531	63.110
8	Kinder- und Jugendheilkunde	1.050	-1.034	22.838	-23.133
9	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	175	920	5.613	29.988
10	Lungenkrankheiten	196	391	11.842	23.740
11	Neurologie und Psychiatrie	268	189	9.834	7.070
12	Orthopädie	728	-836	25.070	-29.351
14	Radiologie	566	327	41.730	23.979
16	Urologie	326	-974	11.053	-32.992
50	Labor + Wien	-313	201	-6.282	4.350
		-8.984	1.481	54.047	82.823
				136.870	

Abbildung 19: Mengen- bzw. monetärer Effekt der NÖGKK

<b>BVA</b>		<b>Mengeneffekt</b>		<b>monetärer Effekt</b>	
FG	Bezeichnung	2006	2007	2006	2007
1	Allgemeinmedizin	-2.983	-82	-58.132	-1.619
3	Augenheilkunde	0	0	0	0
4	Chirurgie	69	-62	3.727	-3.389
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	390	317	9.496	8.253
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	-17	14	-702	610
7	Innere Medizin	266	250	16.775	16.660
8	Kinder- und Jugendheilkunde	199	-196	4.483	-4.439
9	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	33	175	1.301	7.271
10	Lungenkrankheiten	37	74	2.177	4.476
11	Neurologie und Psychiatrie	51	36	2.157	1.562
12	Orthopädie	138	-159	5.667	-6.751
14	Radiologie	108	62	11.809	7.115
16	Urologie	62	-185	3.647	-11.371
50	Labor + Wien	-59	38	-1.193	826
		-1.706	281	1.213	19.203
				<b>20.416</b>	

Abbildung 20: Mengen- bzw. monetärer Effekt der BVA

<b>SVA</b>		<b>Mengeneffekt</b>		<b>monetärer Effekt</b>	
FG	Bezeichnung	2006	2007	2006	2007
1	Allgemeinmedizin	-1.447	-40	-32.539	-918
3	Augenheilkunde	0	0	0	0
4	Chirurgie	33	-30	2.062	-2.029
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	189	154	5.733	4.818
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	-8	7	-417	359
7	Innere Medizin	129	121	10.132	9.832
8	Kinder- und Jugendheilkunde	97	-95	3.127	-3.240
9	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	16	85	784	4.352
10	Lungenkrankheiten	18	36	1.228	2.578
11	Neurologie und Psychiatrie	25	17	1.077	804
12	Orthopädie	67	-77	3.586	-4.158
14	Radiologie	52	30	6.658	4.004
16	Urologie	30	-90	2.012	-6.061
50	Labor + Wien	-29	19	-579	401
		-827	136	2.865	10.741
				<b>13.607</b>	

Abbildung 21: Mengen- bzw. monetärer Effekt der SVA

<b>SVB</b>					
FG	Bezeichnung	Mengeneffekt		monetärer Effekt	
		2006	2007	2006	2007
1	Allgemeinmedizin	-3.974	-109	-47.678	-1.321
3	Augenheilkunde	0	0	0	0
4	Chirurgie	92	-83	4.265	-3.975
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	520	422	10.424	8.771
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	-23	19	-706	588
7	Innere Medizin	354	333	16.579	15.967
8	Kinder- und Jugendheilkunde	266	-262	5.778	-5.853
9	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	44	233	1.420	7.587
10	Lungenkrankheiten	50	99	2.996	6.006
11	Neurologie und Psychiatrie	68	48	2.488	1.789
12	Orthopädie	184	-211	6.343	-7.426
14	Radiologie	143	83	10.558	6.067
16	Urologie	82	-246	2.796	-8.347
50	Labor + Wien	-79	51	-1.589	1.101
		-2.273	375	13.674	20.954
				<b>34.628</b>	

Abbildung 22: Mengen- bzw. monetärer Effekt der SVB

<b>VAEB</b>					
FG	Bezeichnung	Mengeneffekt		monetärer Effekt	
		2006	2007	2006	2007
1	Allgemeinmedizin	-1.365	-37	-31.120	-859
3	Augenheilkunde	0	0	0	0
4	Chirurgie	32	-28	1.758	-1.661
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	178	145	4.400	3.697
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	-8	6	-314	265
7	Innere Medizin	122	114	8.667	8.200
8	Kinder- und Jugendheilkunde	91	-90	2.468	-2.660
9	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	15	80	620	3.388
10	Lungenkrankheiten	17	34	954	1.872
11	Neurologie und Psychiatrie	23	16	991	709
12	Orthopädie	63	-73	3.196	-3.680
14	Radiologie	49	28	4.669	2.726
16	Urologie	28	-85	1.647	-4.953
50	Labor + Wien	-27	17	-546	378
		-781	129	-2.608	7.422
				<b>4.814</b>	

Abbildung 23: Abbildung 10: Mengen- bzw. monetärer Effekt der VAEB

alle Träger		Mengeneffekt		monetärer Effekt	
FG	Bezeichnung			2006	2007
1	Allgemeinmedizin	-25.475	-700	-357.920	-9.938
3	Augenheilkunde	0	0	0	0
4	Chirurgie	590	-532	28.670	-26.763
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	3.331	2.705	71.255	60.209
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	-145	120	-4.929	4.145
7	Innere Medizin	2.269	2.132	117.686	113.769
8	Kinder- und Jugendheilkunde	1.703	-1.678	38.694	-39.324
9	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	283	1.492	9.738	52.585
10	Lungenkrankheiten	317	633	19.197	38.672
11	Neurologie und Psychiatrie	435	307	16.548	11.935
12	Orthopädie	1.181	-1.356	43.862	-51.366
14	Radiologie	918	531	75.424	43.890
16	Urologie	529	-1.580	21.155	-63.725
50	Labor + Wien	-508	326	-10.189	7.055
		-14.571	2.402	69.191	141.143
				<b>210.334</b>	

Abbildung 24: Mengen- bzw. monetärer Effekt aller Träger

#### 4.1.4.10 Gesamteffekt aller Träger

Träger	2006	2007	Summe
NÖGKK	54.047	82.823	136.870
BVA	1.213	19.203	20.416
SVA	2.865	10.741	13.607
SVB	13.674	20.954	34.628
VAEB	-2.608	7.422	4.814
Summe	69.191	141.143	<b>210.334</b>

#### 4.1.4.11 Zum Vergleich: Einzugsgebiet von 30 Minuten

Um die Auswirkungen der IAS Horn in einem engeren Einzugsgebiet von 30 Minuten im Vergleich zu 50 Minuten zu überprüfen wurde nachfolgenden Tabellen 11 und 12 erstellt. Daraus ist ersichtlich, dass sich das Anspruchsverhalten bei den niedergelassenen Ärzten sehr unterschiedlich darstellt.

Die Vertreter des NÖGUS und der KV-Träger haben dazu festgestellt, dass für den Evaluationsbericht der IAS Horn 2006/2007 das Einzugsgebiet von 50 Minuten als Ist-Stand bei der Evaluation zu verwenden ist. Hingegen soll in Zukunft bei allfälligen Ausrollungen des IAS-Modells auf andere Krankenanstalten diese unterschiedliche Situation zwischen 30 und 50 Minuten beobachtet werden, um Überschneidungen von Einzugsgebieten von zweien oder mehreren IAS Einrichtungen zu verhindern.

		2005	2006	2007	2005-2006	2006-2007
FG	Bezeichnung	AnzKontakte	AnzKontakte	AnzKontakte	Delta %	Delta %
1	Allgemeinmedizin	241.558	233.965	240.665	-3,14%	2,86%
3	Augenheilkunde	7.817	8.119	8.726	3,86%	7,48%
4	Chirurgie	2.099	2.007	1.883	-4,38%	-6,18%
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	7.468	8.760	9.297	17,30%	6,13%
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4.433	4.349	4.323	-1,89%	-0,60%
7	Innere Medizin	6.312	6.683	7.715	5,88%	15,44%
8	Kinder- und Jugendheilkunde	6.238	6.286	6.454	0,77%	2,67%
9	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	5.103	5.013	5.521	-1,76%	10,13%
10	Lungenkrankheiten	2.298	2.407	2.537	4,74%	5,40%
11	Neurologie und Psychiatrie	4.353	4.185	4.288	-3,86%	2,46%
12	Orthopädie	9.847	9.793	9.308	-0,55%	-4,95%
14	Radiologie	9.244	9.511	9.939	2,89%	4,50%
16	Urologie	4.974	4.829	4.874	-2,92%	0,93%
50	Labor + Wien	3.829	4.342	4.605	13,40%	6,06%
<b>Gesamtergebnis</b>		<b>315.573</b>	<b>310.249</b>	<b>320.135</b>	<b>-1,69%</b>	<b>3,19%</b>

Tabelle 11: Kontakte im Einzugsgebiet von 30 Fahrminuten

		2005	2006	2007	2005-2006	2006-2007
FG	Bezeichnung	AnzKontakte	AnzKontakte	AnzKontakte	Delta %	Delta %
1	Allgemeinmedizin	1.034.529	1.000.767	1.036.639	-3,26%	3,58%
3	Augenheilkunde	42.222	43.594	46.419	3,25%	6,48%
4	Chirurgie	8.947	9.498	9.189	6,16%	-3,25%
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	35.967	38.049	40.945	5,79%	7,61%
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	28.082	28.256	28.387	0,62%	0,46%
7	Innere Medizin	28.113	29.739	31.920	5,78%	7,33%
8	Kinder- und Jugendheilkunde	26.145	26.704	26.495	2,14%	-0,78%
9	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	20.180	20.661	21.942	2,38%	6,20%
10	Lungenkrankheiten	9.913	10.340	11.001	4,31%	6,39%
11	Neurologie und Psychiatrie	18.873	19.352	20.127	2,54%	4,00%
12	Orthopädie	42.700	43.429	42.834	1,71%	-1,37%
14	Radiologie	42.372	43.761	46.531	3,28%	6,33%
16	Urologie	16.086	16.377	16.958	1,81%	3,55%
50	Labor + Wien	34.139	36.653	39.284	7,36%	7,18%
<b>Gesamtergebnis</b>		<b>1.388.268</b>	<b>1.367.180</b>	<b>1.418.671</b>	<b>-1,52%</b>	<b>3,77%</b>

Tabelle 12: Kontakte im Einzugsgebiet von 50 Fahrminuten

#### 4.1.4.12 Ergebnisdiskussion und Resümee

Die sehr starke Verringerung der Kontakte zu den Allgemeinmedizinern könnte auch zu einem Teil auf die Einführung der e-Card Ende des Jahres 2005 bzw. Anfang 2006 zurückzuführen sein. Der Rückgang im Jahr 2006 in der Höhe von rund 25.000 Kontakten im niedergelassenen Bereich in der Fachgruppe der Allgemeinmediziner, ist durch die rund 6.000 Kontakte der IAS Horn im Jahr 2006, auf jeden Fall nicht erklärbar.

In Analogie zur Vorgangsweise im intramuralen Bereich wäre es denkbar, als Wirkung der IAS Horn auf die Kontakte der Allgemeinmediziner die tatsächlichen Kontakte in der IAS Horn je Träger im jeweiligen Beobachtungszeitraum als Rechengröße heranzuziehen, wenn die errechnete Verringerung der Kontakte größer als die Zahl der Kontakte der IAS Horn ist.

Die Veränderungen bei den allgemeinen Fachärzten ohne das Fach Augenheilkunde ergeben für 2006 einen Mehraufwand von € 361.875,00 und für das Jahr 2007 einen

Mehraufwand von € 100.137,00. Auffällig sind im Jahr 2007 die Rückgänge der Kontakte in den Fächern Kinder- und Jugendheilkunde, Orthopädie und Urologie.

Die Veränderungen im Bereich der bildgebenden Diagnostik zeigen, dass es weder 2006 noch 2007 Einsparungen gegeben hat. Aus den Berechnungen ergibt sich für das Jahr 2006 ein Mehraufwand von rund € 75.000,00; und für das Jahr 2007 ein Mehraufwand von rund € 44.000,00.

Die Veränderungen im Bereich der Labordiagnostik zeigen, dass es im Beobachtungszeitraum 2006 eine Einsparung von rund € 10.000,00 gegeben hat, während im Jahr 2007 ein Mehraufwand von rund € 7.000,00 zu verzeichnen war.

Bei der vorangegangenen Berechnung der ökonomischen Bewertung der Effekte der IAS Horn (Rentabilität) ist vom gegenständlichen Projekt in seinem speziellen regionalen Umfeld und Kontext ausgegangen worden. Diese Berechnung darf somit nicht verallgemeinert werden.

Die Tiefe der Analyse und Isolation der einzelnen Hebel sind beim IAS Horn nicht weit genug fortgeschritten, um bei der Implementierung ähnlicher IAS-Einrichtungen auf anderen Standorten in Anwendung zu kommen.

Bei der allfälligen Ausrollung dieses erfolgreichen IAS-Modells Horn muss auf die Verschiebungserfordernisse in der Leistungserbringung zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung Bedacht genommen werden. Es müssen Fall für Fall entsprechende Umfeldanalysen und Methodiken entwickelt werden.

Bestehende Anreizsysteme sind in der Lage, erzielte Effekte in der ökonomischen Bewertung stark zu beeinflussen.

#### **4.1.5 Berechnungen unter Einsatz von Rechenmodellen (RPM, AHB 200)**

##### **4.1.5.1 Vorbemerkungen**

Das Kapitel 4.1.5 des Evaluationsberichtes ist nicht vom Berichtsautor Prof. Dr. Heiko Burchert verfaßt, sondern ist ein von den Kooperations- und Finanzierungspartnern beim Reformpoolprojekt IAS Horn (Land Niederösterreich/NÖGUS und nö. Krankenversicherungsträger) gelieferter Beitrag. Das war notwendig, weil der Einsatz der Rechenmodelle für Reformpoolprojekte nur beim NÖGUS und bei der NÖGKK in St. Pölten möglich ist. Hier werden die entsprechenden projektspezifischen Daten aus dem intramuralen und extramuralen Bereich in die Rechenmodelle eingepflegt.

Das vorliegende Kapitel 4.1.5 gibt die im Bereich der Kooperations- und Finanzierungspartner berechneten und verhandelten ökonomischen Projektergebnisse wieder.

#### 4.1.5.2 Die Rechenmodelle

Für die ökonomische Evaluierung von Reformpoolprojekten in Niederösterreich, somit auch des RPP IAS Horn standen – historisch betrachtet – folgende Instrumente zur Verfügung:

- zu Beginn 2006 war es das „Rechenmodell der Integrierten Versorgung“ (sogenanntes Roland-Berger-Modell),
- welches ab 2007 zum „Reformpool-Manager“ (RPM) weiter entwickelt wurde;
- ab 2007 wird das „Modell AHB-200“ zusätzlich hinzu gezogen.

In der 2. Sitzung der NÖ Gesundheitsplattform am 19. April 2006 wurde zur volkswirtschaftlichen Bewertung der Reformpoolprojekte der Einsatz des „Rechenmodells der Integrierten Versorgung“ beschlossen, welches auch Prognoserechnungen ermöglichte. Die Entwicklung dieses Modells erfolgte durch die Firma Roland Berger. Im Modell werden über definierte „Hebel“ projektbedingte Einsparungen oder zusätzlicher Aufwand ermittelt und die gesamtökonomische Rentabilität des Projektes dargestellt.

Dieses Modell wurde 2007 zum „Reformpool-Manager“ (RPM) mit zusätzlichen neuen Funktionen wie z. B. einem Projekt-Controlling weiterentwickelt. Diese Weiterentwicklung erfolgte gemeinsam durch NÖGUS und die nö. KV-Träger.

Schließlich wurde 2007 im NÖGUS das betriebswirtschaftliche Modell AHB-200 entwickelt. Es wird zur Bewertung der Einsparung von Belagstagen in Krankenanstalten durch Reformpoolprojekte eingesetzt. Das Modell AHB-200 wurde von den Finanzierungspartnern anerkannt und von der Gesundheitsplattform zum Einsatz freigegeben.

#### 4.1.5.3 Berechnung Hebel 1 und 2: Verweildauerreduktion

Einleitend ist festzustellen, dass an den Krankenhausstandorten Allentsteig und Eggenburg in den Perioden vor Inbetriebnahme der IAS Horn (Juli 2006) ausschließlich internistische Leistungen erbracht wurden.

Die von Prof. Dr. Burchert im Kapitel 4.1.2 ermittelten vermiedenen Belagstage in Horn (LK WV-377) beziehen sich auf die regionale Versorgung des Fachbereiches Innere Medizin und zusätzlich der Fächer Chirurgie und Neurologie.

Für den Einsatz des ABH-200 ist es somit erforderlich, eine Differenzierung der summarischen Werte der vermiedenen Belagstage für 2006 und 2007 zwischen diesen drei Fächern durchzuführen. Der Schlüssel für die Differenzierung entspricht den im Kapitel 4.1.3, Tabelle 7 ausgewiesenen Werten, die sich im Unterschied zu den bisherigen Prognosewerten nunmehr auf Realzahlen stützen:

	<u>Prognose</u>	<u>Realwerte 2006/2007</u>
Innere Medizin	61 %	58 %
Chirurgie	27 %	28 %
Neurologie	12 %	14 %

Die aus diesen Werten ermittelten vermiedenen Belagstage pro Jahr und Fach werden in das AHB-200 eingepflegt. Dabei ergibt sich folgende Situation:

Innere Medizin:	2006 – vermiedene Belagstage: 6.227 2007 – vermiedene Belagstage: 7.504
Chirurgie:	2006 – vermiedene Belagstage: 3.006 2007 – vermiedene Belagstage: 3.623
Neurologie	2006 – vermiedene Belagstage: 1.503 2007 – vermiedene Belagstage: 1.811

Die derzeit zur Verfügung stehende Version des AHB-200 berechnet die Belagstagsreduktion auf Basis der Endkosten der Fondkrankenanstalten für das Jahr 2006. Zur Bewertung der vermiedenen Belagstage im Jahr 2007 wird der von AHB-200 ermittelte Tagsatz um einen Kostensteigerungsfaktor von 3,3% erhöht. Auf diesen Kostensteigerungsfaktor von 3,3% im intramuralen Bereich haben sich die Finanzierungspartner am 14.11.2007 in der Kooperationsgruppe geeinigt.

Ad Innere Medizin:

Trotz der Schließung der internistischen Abteilungen in Allentsteig und Eggenburg kam es aufgrund der Einrichtung der IAS Horn im KH WV 377-Horn zu keinem Aufbau von internistischen Betten.

Bei einer Einsparung von über 9.415 Belagstagen sieht das AHB-200 vor, dass eine Bettenstation geschlossen werden kann. Dieser Wert wurde im Projekt nicht erreicht. Vereinbarungsgemäß wurde jedoch bei der Befüllung des AHB-200 in diesem Sonderfall von einer Stationsschließung ausgegangen und wurde der höchste Tagsatz für die weiteren Berechnungen eingesetzt, womit keine Remanenzkosten zum Tragen kommen.

Tagsatz 2006: € 298,00

Tagsatz 2007: € 307,00

Ad Chirurgie:

Die von Prof. Dr. Burchert ermittelten vermiedenen Belagstage für das Fach Chirurgie werden im AHB-200 mit folgendem Tagsatz bewertet.

Tagsatz 2006: € 142,00

Tagsatz 2007: € 147,00

Ad Neurologie:

Die von Prof. Dr. Burchert ermittelten, vermiedenen Belagstage für das Fach Neurologie werden im AHB-200 mit folgendem Tagsatz bewertet.

Tagsatz 2006: € 135,00

Tagsatz 2007: € 139,00

377 Horn			Erwartete Veränderung der Belagstage		Veränderung der lfd. Kosten pro Jahr nach der Fristigkeit der möglichen Realisierung					
Betten-führende Sonderfächer	Ausgangssituation (2006)				2006			2007		
	Belags-tage	Tatsächl. Betten	2006	2007	kurzfristig	mittel- bis langfristig	gesamt	kurzfristig	mittel- bis langfristig	gesamt
Chirurgie	13.301	56	3.006	3.623	€ 426.852	€	€ 426.852	€ 531.443		€ 531.443
Innere Medizin	23.868	96	6.227	7.504	€ 647.608	€ 1.201.811	€ 1.849.419	€ 806.170	€ 1.496.065	€ 2.302.235
Neurologie	8.291	28	1.503	1.811	€ 202.905	€	€ 202.905	€ 252.553		€ 252.553
<b>Summe</b>	<b>81.894</b>	<b>316</b>	<b>10.736</b>	<b>12.938</b>	<b>€ 1.277.365</b>	<b>€ 1.201.811</b>	<b>€ 2.479.176</b>	<b>€ 1.590.166</b>	<b>€ 1.496.065</b>	<b>€ 3.086.231</b>

### Resümee zur Berechnung

Bei der vorangegangenen Berechnung der ökonomischen Bewertung der Effekte der IAS Horn (Rentabilität) ist vom gegenständlichen Projekt in seinem speziellen regionalen Umfeld und Kontext ausgegangen worden (effektive Schließung zweier internistischer Einrichtungen in Allentsteig und Eggenburg). Diese Berechnung darf somit nicht verallgemeinert werden.

Die Tiefe der Analyse und Isolation der einzelnen Hebel sind beim IAS Horn nicht weit genug fortgeschritten, um bei der Implementierung ähnlicher IAS-Einrichtungen auf anderen Standorten in Anwendung zu kommen.

Bei der allfälligen Ausrollung dieses erfolgreichen IAS-Modells Horn muss auf die Verschiebungserfordernisse in der Leistungserbringung zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung Bedacht genommen werden. Es müssen Fall für Fall entsprechende Umfeldanalysen und Methodiken entwickelt werden.

Bestehende Anreizsysteme sind in der Lage, erzielte Effekte in der ökonomischen Bewertung stark zu beeinflussen.

#### 4.1.5.4 Berechnung Hebel 3: Betrieb Aufnahmestation

Im Hebel 3 werden die Gesamtkosten für den Betrieb der Aufnahmestation ausgewiesen. Die Gesamtkosten beinhalten die Kosten für ärztliches und pflegerisches Personal, Sachkosten sowie die Diagnostikkosten.

Laut Abrechnung des Landeskrankenhauses Horn für die Jahre 2006 und 2007 stellen sich die Kosten der IAS Horn wie folgt zusammen:

	2006	2007
Personalkosten	684.641,90	1.319.566,00
sonst. Kosten	113.223,40	115.040,00
Diagnostikkosten	183.859,94	591.173,00
<b>Gesamtaufwand</b>	<b>981.725,24</b>	<b>2.025.779,00</b>

Tabelle 15: Betrieb Aufnahmestation laut Abrechnung KH WV 377-Horn (Quelle: NÖGUS)

#### 4.1.5.5 Berechnung Hebel 4-8: Verschiebungen extramuraler Bereich

Auf Grund der zur Verfügung stehenden Daten ist die geplante Beurteilung der einzelnen Hebel im extramuralen Bereich derzeit nicht möglich und muss zu einem Hebel zusammengefasst werden (siehe Kapitel 4.1.4).

Es werden die Kontakthäufigkeiten in den jeweiligen Fachgruppen untersucht. Dabei wird zwischen der Inanspruchnahme der Allgemeinmediziner bzw. Fachärzte im Einzugsgebiet der IAS Horn von 50 Fahrminuten (Individualverkehr) bzw. der Inanspruchnahme im Rest von Niederösterreich (Kontrollgruppe) unterschieden.

Die saldierten Mengeneffekte bewertet mit den Honoraren pro Kontakt ergeben für die nÖ. Krankenversicherungsträger folgende Mehraufwendungen:

Träger	2006	2007	Summe
NOGKK	54.047	82.823	136.870
BVA	1.213	19.203	20.416
SVA	2.865	10.741	13.607
SVB	13.674	20.954	34.628
VAEB	-2.608	7.422	4.814
<b>Summe</b>	<b>69.191</b>	<b>141.143</b>	<b>210.334</b>

Tabelle 16: Monetäre Verschiebung nach Kostenträger (Quelle: NÖGKK)

Fach	2006		2007	
	Menge	Effekt	Menge	Effekt
Allgemeinmedizin	-25.475,65	-357.920,00	-699,88	-9.938,00
Augenheilkunde	-771,64	0,00	1.652,91	0,00
Chirurgie	589,55	28.670,00	-531,85	-26.763,00
Haut- und Geschlechtskrankheiten	3.331,51	71.254,00	2.705,39	60.208,00
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	-144,83	-4.929,00	120,09	4.145,00
Innere Medizin	2.268,77	117.684,00	2.132,41	113.769,00
Kinder- und Jugendheilkunde	1.703,15	38.694,00	-1.677,61	-39.325,00
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	283,16	9.738,00	1.491,77	52.586,00
Lungenkrankheiten	317,37	19.197,00	633,48	38.672,00
Neurologie und Psychatrie	434,78	16.547,00	306,60	11.934,00
Orthopädie	1.181,45	43.862,00	-1.355,85	-51.366,00
Radiologie	918,26	75.424,00	530,80	43.891,00
Urologie	528,88	21.155,00	-1.579,79	-63.724,00
Labor + Wien	-507,74	-10.189,00	326,10	7.056,00
<b>Gesamt</b>	<b>-14.571,32</b>	<b>69.187,00</b>	<b>2.401,65</b>	<b>141.145,00</b>

**Tabelle 17: Monetäre Verschiebung nach Fachbereichen** (Quelle: NÖGKK, Berechnungen durch NÖGUS; im Vergleich zu Tabelle 16 und 18 sind Rundungsdifferenzen zu beachten)

Folgende Annahmen wurden im Rechenmodell RPM für die Hebel 5 bis 8 getroffen:

#### **Hebel 4: Reduktion Diagnostikkosten**

Da der Probetrieb der IAS bereits Aussagen über die ambulante Versorgungswirksamkeit (damit ist jene Versorgungswirksamkeit gemeint, die über Patienten erzielt wird, die ohne einen Erstkontakt mit einem extramuralen Arzt in die IAS kommen) zulässt, können die Kosten für Diagnoseerstellung in Fällen ohne Zuweisung (Primärkontakt), die in der IAS diagnostiziert werden (aktuell ca. 700 Fälle pro Monat - das ist abgerundet etwa 8.000 p.a.) als potenzielle Kostenreduktion im extramuralen Bereich angenommen werden. Technisch bedeutet das eine Verlagerung der Leistung von extramural nach intramural.

#### **Hebel 5: Reduktion Therapiekosten**

Da der Probetrieb der IAS bereits Aussagen über die ambulante Versorgungswirksamkeit (damit ist jene Versorgungswirksamkeit gemeint, die über Patienten erzielt wird, die ohne einen Erstkontakt mit einem extramuralen Arzt in die IAS kommen) zulässt, können Kosten für Therapie bei Fällen ohne Zuweisung (Primärkontakt), die in der IAS zu Ende behandelt werden (aktuell etwa 300 im Monat - das ist abgerundet 3.500 p.a.) als potenzielle Kostenreduktion im extramuralen Bereich angenommen werden. Technisch bedeutet das eine Verlagerung der Leistung von extramural nach intramural.

#### **Hebel 6: Kosten durch vermehrte Koordinierungsaufgaben des Hausarztes**

Da die Patienten nach der Untersuchung/Behandlung in der IAS weniger stationär behandelt werden, ist anzunehmen, dass die Koordinierung der Patienten, die durch die IAS ambulant behandelt werden, einen höheren Aufwand verursacht.

#### **Hebel 7: Kosten durch vermehrte Hausarztkontakte im extramuralen Bereich**

Bei 10% (aktuelle Zahlen aus dem Probetrieb) aller prognostizierten IAS-Patienten mit Zuweisung und ohne stationäre Behandlung sind bei einer Überweisung von Patienten durch die IAS an den extramuralen Hausarzt Zusatzkosten in der Therapie und Kosten für zusätzliche Visiten zu erwarten.

#### **Hebel 8: Kosten durch vermehrte Facharztkontakte im extramuralen Bereich**

Bei 5% (aktuelle Zahlen aus dem Probetrieb) aller prognostizierten IAS-Patienten mit Zuweisung und ohne stationäre Behandlung sind bei einer Überweisung von Patienten durch die IAS an den extramuralen Facharzt Zusatzkosten in der Therapie und Kosten für zusätzliche Visiten zu erwarten.

Nr.	Akteur	Maßnahme	Leistung	Juli – Dezember 2006			2007		
				Kosten	Menge	Gesamt	Kosten	Menge	Gesamt
Leistungen									
1+2	intramural	Vermeidung stationäre Aufnahmen	Verweildauerreduktion durch vermeidbare Aufenthalte	230,92	-10.736,00	-2.479.176,00	238,56	-12.937,00	-3.086.231,09
3	intramural	Prozess-optimierung Patientenaufnahme	Betrieb Aufnahmestation	974.734,19	1,00	974.734,19	2.025.779,11	1,00	2.025.779,11
4-8	extramural	Leistungserbringung in anderen Sektoren	Diagnose und Therapie für Fälle ohne Zuweisung	69.187,00	1,00	69.191,00	141.145,00	1,00	141.143,00
GESAMTSUMME						-1.435.250,81			-919.308,98

Tabelle 18: Monetäre IST-Effekte auf Grund der Evaluierungsergebnisse (Quelle: Nögus)

Nr.	Akteur	Maßnahme	Leistung	Juli - Dezember 2006						2007					
				Kosten pro Leistung		Menge		Leistungsverschiebung		Kosten pro Leistung		Menge		Leistungsverschiebung	
				SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL	IST
Leistungen															
1	intramural	Vermeidung stationäre Aufnahmen	Verweildauerreduktion durch vermeidbare Aufenthalte	150,00	230,92	-28.800,00	-10.736,00	-4.320.000,00	-2.479.176,00	209,00	238,56	-24.000,00	-12.937,00	-5.016.000,00	-3.086.231,09
3	intramural	Prozessoptimierung Patientenaufnahme	Betrieb Aufnahmestation	1.868.626,00	974.734,19	1,00	1,00	1.868.626,00	974.734,19	1.964.201,80	2.025.779,11	1,00	1,00	1.964.201,80	2.025.779,11
4	Hausarzt	Leistungserbringung in anderen Sektoren	Diagnose und Therapie für Fälle ohne Zuweisung	20,00		-8.000,00		-160.000,00		20,66		-7.800,00		-161.148,00	
5	Hausarzt	Leistungserbringung in anderen Sektoren	Diagnose und Therapie für Fälle ohne Zuweisung	50,00		-3.500,00		-175.000,00		51,65		-2.100,00		-108.465,00	
6	Hausarzt	Verwaltungs- und Managementkosten	Koordinierungskosten durch Hausarzt	11,00		3.840,00		42.240,00		11,00		2.650,00		29.150,00	
7	Hausarzt	Leistungserbringung in anderen Sektoren	Patientenkontakt durch Hausarzt	50,00		480,00		24.000,00		50,00		1.800,00		90.000,00	
8	Facharzt	Leistungserbringung in anderen Sektoren	Patientenkontakt durch Facharzt	50,00		240,00		12.000,00	69.191,00	50,00		900,00		45.000,00	141.143,00
GESAMTSUMME								-2.708.134,00	-1.435.250,81					-3.157.261,20	-919.308,98

**Tabelle 19: Vergleich der SOLL- und IST-Werte auf Basis RPM(Quelle: Nögus)**

Auffällig ist, dass die in Hebel 1 (zusammengefasst mit Hebel 2) die prognostizierten Sollwerte bei den eingesparten Belagstagen nicht im erwarteten Ausmaß eingetreten sind und somit die Einsparungseffekte niedriger ausgefallen sind:

- Jahr **2006**: Soll-Einsparung € 4.320.000,00 vs. Ist-Einsparung € 2.479.176,00;
- Jahr **2007**: Soll-Einsparung € 5.016.000,00 vs. Ist-Einsparung € 3.086.231,09).

Als Gründe dafür wurden von den Finanzierungs- und Kooperationspartnern am 10.12.2008 folgende Punkte erkannt:

- Für das Jahr 2006 war im Rechenmodell der Full-Year-Effekt angesetzt, hingegen war Start des IAS-Betriebes erst im Juli 2006
- Im Rechenmodell wurde bei der Prognoserechnung von einer durchschnittlichen Verweildauer von 6 vermeidbaren Belagstagen ausgegangen. Hingegen hat sich im Echtbetrieb gezeigt, dass die durch IAS-Horn vermiedenen Aufnahmen, aufgrund des geringeren Schweregrades der Erkrankung oder Verletzung, eine wesentlich kürzere Verweildauer verursacht hätten.

## 4.2 Qualitative Auswertungen

### 4.2.1 Methoden und Daten

Zur Abrundung, Verstärkung oder Erklärung beobachtbarer quantitativer Veränderungen wurde Befragungen der die IAS Horn nutzenden Patienten, der niedergelassenen Ärzte, die ihrer Patienten in die IAS Horn zur Weiterbehandlung schicken, und schließlich der in der IAS Horn beschäftigten Mitarbeiter des LK WV-377 durchgeführt. Die folgende Tabelle gibt die wesentlichen Charakteristika dieser drei Befragungen wieder.

Merkmal	Befragung der ... Patienten	Niedergelassenen Ärzte	Mitarbeiter
Befragungszeitraum	Ende Juli bis Ende August 2008	15. Juli – 12. Sept. 2008	August 2008
Vorgehen	Übergabe des Fragebogens am Ende der Behandlung	Versand des Fragebogens in die Ordination	am Arbeitsplatz ausgeteilte Fragebögen
Organisation des Rücklaufs	Frankierter Rückumschlag Verschlossener Briefkasten	Frankierter Rückumschlag	Verschlossener Briefkasten
Umfang der Grundgesamt	500	71	34
Rücklaufquote (abs./rel.)	92 / 18,4 %	29 / 40,8 %	26 / 76,5 %
Anteil der Bögen, in denen alle Fragen beantwortet wurden (abs./rel.)	73 / 79,3 %	23 / 79,3 %	6 / 23,1 %
Anzahl der Fragen	24	23	23
Anteil der offenen Fragen (abs./rel.)	1 / 4,2 %	2 / 8,7 %	6 / 26,1 %

**Tabelle 20: Daten zu den Befragungen**

Alle drei Befragungen wurden in einem nahezu identischen Zeitraum durchgeführt, so daß es bezogen darauf kaum zu einem strukturellen Fehler wegen unterschiedlicher Zeiträume zur Beantwortung durch die unterschiedlichen Gruppen der Befragten kommen konnte. Die aus den empirischen Sozialwissenschaften bekannten Rücklaufquoten sind in ihrer Höhe und Relation zueinander erreicht. Die Rücklaufquote bei einer Befragung von Mitarbeitern schwankt für gewöhnlich zwischen 60 % und 80 %. Zudem sinkt sie über die betrachteten Gruppen Mitarbeiter, Lieferanten (niedergelassene und somit zuweisende Ärzte) und Kunden (in diesem Fall die Patienten) hinweg erfahrungsgemäß ab.

Ebenso entspricht die Ausfülldisziplin den Erwartungen. Bei unternehmensexternen Teilnehmern an einer Befragung durch ein Unternehmen ist die Ausfülldisziplin höher

als bei unternehmensinternen Teilnehmern. Insofern bei dieser Gruppe die Möglichkeit der personenbezogenen Zuordnung von den Teilnehmern als wahrscheinlicher vermutet wird als bei unternehmensexternen Teilnehmern, kommt es häufiger vor, daß auf „sensible“ Fragen, also Fragen, die eine persönliche Einschätzung bezogen auf Unternehmensangelegenheiten erwarten die zudem eventuelle Risiken für das Beschäftigungsverhältnis mit sich bringen können, entweder „sozial erwünscht“ oder nicht geantwortet wird.

Unabhängig davon kann ein weiterer Grund für die geringe Quote der Bögen, in denen alle Fragen beantwortet wurden, im Anteil der offenen Fragen liegen. Mit mehr als 26 % war der Anteil der offenen Fragen im Fragenbögen, der an die Mitarbeiter gerichtet wurde, am höchsten.

Die Fragebögen sind im Anhang dieses Evaluationsberichtes mit ausführlichen Erläuterungen und methodischen Anmerkungen zu finden. In den nachfolgenden drei Abschnitten werden nun die Auswertungen jede dieser drei Befragungen zusammengefaßt. Die ausführlichen Auswertungen jeder Befragung sind ebenfalls Bestandteil des Anhangs des Evaluationsberichtes.

## **4.2.2 Akzeptanz der IAS bei den Patienten**

### **4.2.2.1 Überblick**

Die Auswertung der Befragung der Patienten erfolgt nach den vier Themenschwerpunkten:

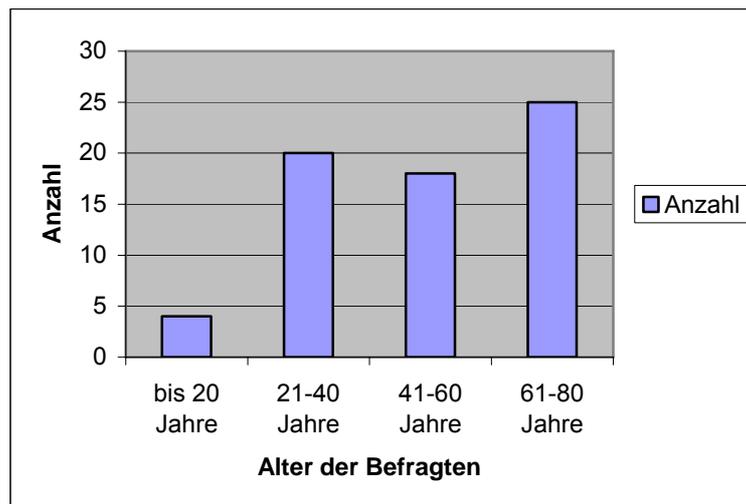
- Fragen der Zuweisung zur IAS Horn,
- Einschätzung der Service-Qualität in der IAS Horn,
- Einschätzung der Kompetenz des Personals in der IAS Horn sowie
- Fragen zur Gesamteinschätzung.

Abgerundet werden diese Themen durch Einblicke in die soziodemographischen Daten der befragten Patienten sowie deren positive und negative Anmerkungen zum Konzept der IAS. Abschließend wird die Frage nach der Bekanntheit der Rufnummer des Ärztenotdienstes ausgewertet.

### **4.2.2.2 Die soziodemographischen Daten der Patienten**

Rund 42 % der Befragungsteilnehmer waren männlich und 58 % weiblich. Dies entspricht empirischen Befunden, denen zur Folge Frauen eine höhere Symptomsensibilität aufweisen, was sich auch in einer höheren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und somit der bekannten höheren Lebenserwartung zeigt. Diese höhere Sensibilität für gesundheitliche Belange wird auch durch die höhere Beteiligung an entsprechenden Befragungen, wie der vorliegenden, bestätigt.

Das Alter der an der Befragung teilnehmenden Patienten wies die aus der Abbildung 8 zu ersehenden Häufigkeitsverteilung auf:



**Abbildung 25: Altersstruktur der Befragten**

Deutlich wird, daß die Patienten eine Altersstruktur aufweisen, die mit 25 von 67 Teilnehmern oder 37,3 % einen Schwerpunkt bei den über 61jährigen hat. Die bis 20jährigen Patienten machen mit 4 Teilnehmern nicht einmal einen Anteil von 6 % aus. Diese Altersstruktur nimmt damit im groben die Züge der zukünftigen Bevölkerungspyramide vorweg.

Zur Identifizierung des Wohnortes der die IAS Horn besuchenden Patienten wurde die Postleitzahl ihrer Wohnadresse abgefragt und bei der Datenerfassung in Wohnorte übertragen. Deren Auswertung ergibt folgendes Bild:

Wohnort	Häufigkeit	
	abs.	rel.
Horn	40	53,3 %
Hollabrunn	23	31 %
Wien und Umgebung	4	5,3 %
Waidhofen an der Thaya	3	3,9 %
Tulln	2	2,6 %
Zwettl	2	2,6 %
Krems	1	1,3 %
Summe	75	100 %

**Tabelle 21: Entfernung des Wohnortes der Patienten der IAS und die Häufigkeit ihres Besuches**

In einem Anteil von 84 % stammten die befragten Patienten aus Horn und Hollabrunn. Die Bedeutung insbesondere der einen vergleichsweise langen Weg bis zur IAS Horn in Kauf nehmen, wird deutlich, wenn in den anschließenden Analysen bezogen auf diese Teilgruppe die Beweggründe für das Aufsuchen der IAS Horn besonders in den Blick genommen werden, vgl. hierzu Abschnitt XX.

#### 4.2.2.3 Fragen zur Zuweisung zur IAS Horn

Befragt danach, wer den befragten Patienten zur IAS Horn verwiesen hat, wurden folgende Akteure benannt:

Zuweiser	Anzahl absolut	Anteil in %
Hausarzt	41	46,5
Keine Zuweisung	40	45,4
Facharzt	6	6,8
Notarzt	1	1,3
Summe	88	100,00

Tabelle 22: Struktur der Zuweiser

Fast im ausgewogenen Verhältnis (genauer 55 % : 45 %) verteilt sich eine Zuweisung des Patienten und keine Zuweisung. Eine Beantwortung mit dem Hinweis darauf, daß „keine Zuweisung“ erfolgte, ist gleichzusetzen mit einer Selbstzuweisung. Eine Selbstzuweisung liegt vor, wenn der Patient ohne den klassischen Überweisungsschein, einen Arzt in der IAS Horn konsultieren will. Fraglich bleibt, ob es bei den 46,5 % der Befragten, die angaben, eine Zuweisung durch einen Hausarzt erhalten zu haben, wirklich um eine Zuweisung handelte. Denkbar ist, daß hier die Zuweisung mit einer Empfehlung gleichgesetzt wurde. Mit Blick auf den dahinterliegenden Versorgungspfad käme es ansonsten nämlich zu einer Überweisung vom niedergelassenen Hausarzt zum „Hausarzt“ in der IAS, denn der ärztliche Erstkontakt in der IAS Horn erfolgt stets durch einen Allgemeinmediziner.

Sollte bei diesen 46,5 % in der Tat eine Zuweisung durch einen Hausarzt vorliegen, müssten die Versorgungsstrukturen diesbezüglich verbessert werden. Daher bietet es sich an, die Zuweisungsstrukturen mit den Gründen für die Inanspruchnahme der IAS Horn zu verknüpfen. Daher wurde die Analyse der Beweggründe nur auf die Gruppen „Zuweisung durch Hausarzt“ und „Keine Zuweisung“ bezogen.

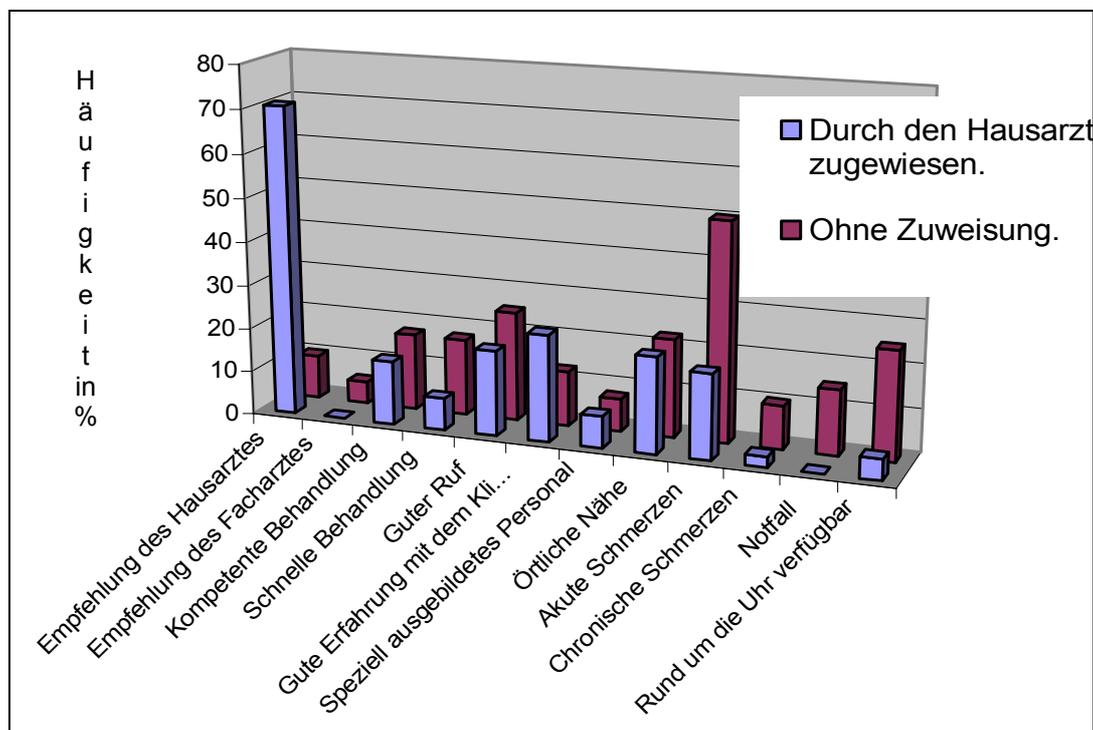


Abbildung 26: Beweggründe für die Inanspruchnahme der IAS Horn von den Patienten mit einer Zuweisung durch den Hausarzt oder ohne Zuweisung

Die vordere Säulenreihe stellt die Antworten der Patienten, die durch den Hausarzt zugewiesen wurden, dar. Die hintere Säulenreihe ist die der „Selbstzuweiser“. Deutlich ist zu erkennen, daß sich das „Hauptmotiv“ bei den beiden Gruppen unterscheidet. Rund 70 % der Patienten, die durch den Hausarzt zur IAS Horn zugewiesen worden, gaben als Beweggrund die „Empfehlung durch den Hausarzt“ an.<sup>9</sup> Bei genau 50 % der Selbstzuweiser war ein akutes Schmerzproblem der Grund für den Besuch der IAS Horn. Insofern lediglich 10 % der Selbstzuweiser angaben, auf Grund einer Empfehlung des Hausarztes diesen Weg eingeschlagen zu haben, wird aus dieser Analyse ein u. U. einzelwirtschaftlich optimales aber systemineffizientes Verhalten der Hausärzte sichtbar. Dies ist nachvollziehbar, wenn die Steuerungsmechanismen im österreichischen Gesundheitswesen dies zulassen.

Weiterhin läßt sich die These ableiten, daß im Falle eines einmal erlebten Akut-Schmerz-Problems verbunden mit einer „Weiterleitung“ an die IAS Horn, sich die Patienten im Wiederhol falle am Hausarzt vorbei direkt zur IAS Horn begeben. Diese These wird dadurch bekräftigt, weil immerhin 25 % der Selbstzuweiser wußten, daß die IAS Horn rund um die Uhr verfügbar ist. 22,5 % wußten sowohl die IAS Horn in örtlicher Nähe als auch vom guten Ruf dieser Einrichtung. Diese Patienten verfügen wahrscheinlich über einen entsprechenden und positiven Erfahrungshintergrund. Diese These kann jedoch nur dann vollständig bestätigt werden, wenn eine Frage danach, ob es der Erst- oder ein wiederholter Kontakt mit der IAS Horn war, gestellt worden wäre.

#### **4.2.2.4 Einschätzung der Service-Qualität**

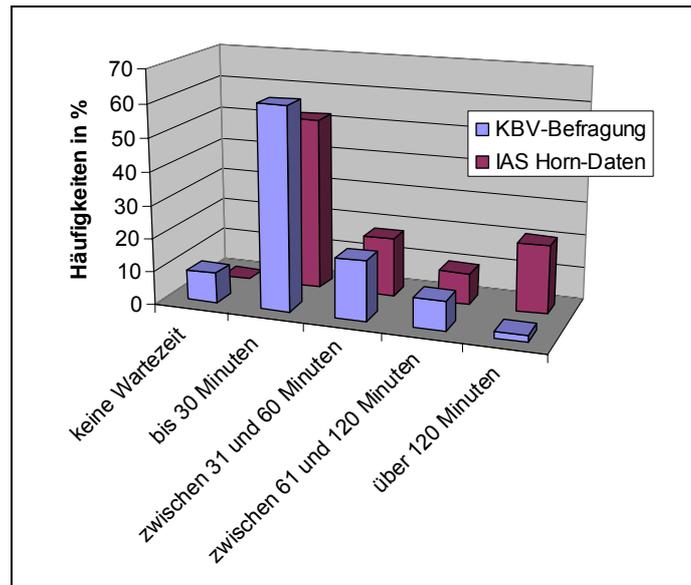
Der Komplex der Einschätzung der Service-Qualität in der IAS Horn teilt sich auf in den Teil Wartezeiten und Behandlungsdauer sowie die Informiertheit der Patienten.

Eine Einschätzung der Service-Qualität beginnt mit der Wartezeit. So auch im Rahmen der Befragung der Patienten in der IAS Horn. Mehr als die Hälfte der Patienten wartete nicht länger als eine halbe Stunde. Dabei war es unerheblich, ob es Patienten waren, die vom Hausarzt zugewiesen wurden oder von selbst gekommen sind. Um in puncto Wartezeiten und Service-Qualität eine abgesicherte Einschätzung treffen zu können, seien die Daten aus der IAS Horn mit den Daten der repräsentativen Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Bundesrepublik Deutschland (KBV) aus dem Jahr 2006<sup>10</sup> verglichen. Bei 3.529 Befragten ergab sich bezogen auf die Frage nach den Umfang der Wartezeit bei ihrem letzten Hausarztbesuch im Vergleich zu den Einschätzungen der IAS-Patienten das folgende Bild:

---

<sup>9</sup> Daß die Summe der Anteile größer als 100 % ist, liegt an der Möglichkeit, drei Antwortvorgaben auf die Frage nach Beweggründen auswählen zu dürfen.

<sup>10</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006), S. 12.



**Abbildung 27: Vergleich der Wartezeiten aus der KBV-Versichertenbefragung mit den Daten der IAS Horn**

Bei einem Vergleich beider Datensätze kann festgestellt werden, daß sich beide im großen und ganzen ähneln, woraus sich schließen läßt, daß die in der IAS Horn vorgefundenen Beobachtungen keine Besonderheiten im negativen Sinne darstellen. Nur in zwei Punkten gibt es Unterschiede:

- 1) Bei der KBV-Befragung wurde von 9 % der Befragten angegeben, daß sie beim letzten Praxisbesuch nicht warten brauchten. Daß bei der IAS Horn hier der Wert Null steht, hängt damit zusammenhängen, daß bei der Datenerfassung die Antwort „keine Wartezeit“ in das Zeitintervall „bis 30 Minuten“ aufgenommen wurde.
- 2) Während bei der KBV-Befragung nur 2 % der Befragten angaben, länger als zwei Stunden gewartet zu haben, waren dies in der IAS Horn etwas mehr als 20 %. Hierzu ist zu sagen, daß bei der KBV-Befragung der Besuch einer normalen Hausarztpraxis im Mittelpunkt des Interesses stand. Wenn an dessen Ende die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung durch einen Facharzt offenbar wird, so ist dies i. d. R. mit einem erneuten Weg zum entsprechenden Arzt und einer Wartezeit bis zum nächsten verfügbaren Termin verbunden. Bei der IAS Horn ist bezogen auf letzteren Aspekt der Kontakt zum Facharzt inklusive anzusehen.

Somit können die Wartezeiten in der IAS Horn als durchaus überdurchschnittlich kurz angesehen werden, was für einen positiven Beitrag zu einer hohen Service-Qualität spricht.

Während sich die Wartezeit auf die Dauer bis zum Beginn der Behandlung bezieht, wurde zusätzlich auch die empfundene Dauer der Behandlung abgefragt. Hier konnte festgestellt werden, daß knapp drei Viertel (72,5 %) der Befragten angaben, daß sie die gesamte Behandlungsdauer (also einschließlich der Wartezeit) „eher kurz“ oder „kurz“ empfunden haben. Lediglich einem Viertel der Befragten war die Behandlung „eher lang“ (18,75 %) oder „lang“ (8,75 %). Eine solche Einschätzung deckt sich mit der über die Wartezeit und kann somit als überdurchschnittlich positiv angesehen werden.

Die Informiertheit der Patienten in bezug auf das Geschehen während ihres Aufenthaltes in der IAS Horn ist der zweite Punkte, mit dem die Service-Qualität der IAS Horn eingeschätzt werden kann. Dabei wurden insbesondere die von einem Arzt erhaltenen Informationen:

- vor der unmittelbaren Untersuchung,
- über den unmittelbaren Fortgang der Behandlung in der IAS Horn und
- im Hinblick auf Folgebehandlungen außerhalb der Behandlungen erfaßt.

Die gewählten drei Informationsaspekte decken den gesamten Zeitraum und entscheidende Ereignisse optimal ab. Daß die Informiertheit über die Behandlung hinweg knapp zwei Drittel der Befragten als gegeben eingeschätzt wurde, bestätigt, daß es ausreichend ist, über das konkrete Geschehen in der entsprechenden Situation informiert zu sein oder werden. Insofern zu den entsprechenden Situationen (vor einer Untersuchung und die Folgebehandlungen nach dem Verlassen der IAS) knapp 84 % bzw. mehr als 96 % angaben, informiert gewesen zu sein, kann von einem sehr guten Beitrag zur Service-Qualität ausgegangen werden.

#### **4.2.2.5 Einschätzung der Kompetenzen des Personals in der IAS Horn**

Da eine beliebige Person nur solche in einer Interaktion erlebte Kompetenzen des Gegenübers einzuschätzen vermag, wurde in der Befragung nach den Kompetenzen:

- den Patienten beruhigen zu können,
- zuhören zu können und
- den Patienten in eine Entscheidung mit einbeziehen zu können,

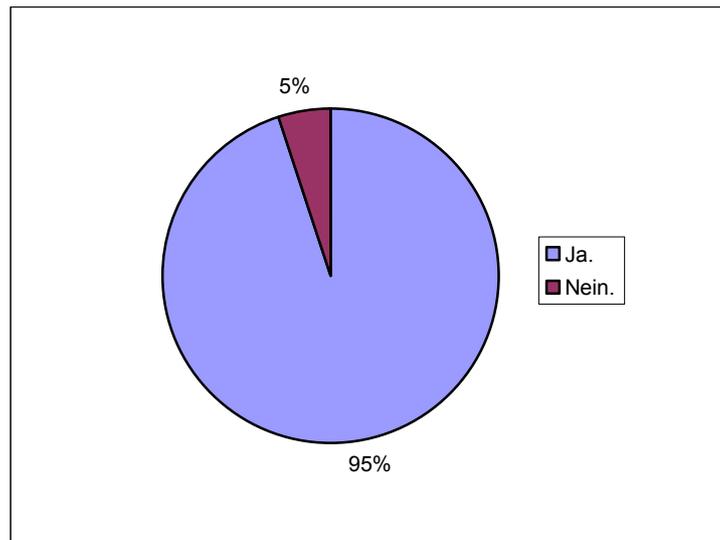
abgefragt. Als die Person des Gegenübers wurden das Aufnahmepersonal, das pflegerische sowie das ärztliche Personal in den Blick genommen.

In der Gesamtschau kann festgestellt werden, daß maximal 5 % der Befragten angaben, daß sie den Eindruck vom entsprechenden Interaktionspartner hatten, nicht die entsprechenden Kompetenzen aufzuweisen. Bezogen auf die Frage nach der Kompetenz, den Patienten in Entscheidungen mit einzubeziehen, wird deutlich, daß insbesondere die Ärzte der IAS Horn die Fähigkeit besitzen, insbesondere Patienten mit einem hohen Gesundheitsbewußtsein (nämlich Frauen und die Selbstzuweiser) in Entscheidungen über bevorstehende therapeutische Maßnahmen einzubeziehen. Diese Fähigkeit ist jedoch noch auf die Interaktionen mit den weniger gesundheitsbewußten Patienten zu übertragen.

#### **4.2.2.6 Fragen zur Gesamteinschätzung**

Wie bereits aus dem Antwortverhalten bezogen auf die Frage nach dem Gefühl, in der IAS Horn gut behandelt worden zu sein, und die Frage danach, inwiefern die Erwartungen an die IAS Horn erfüllt wurden, kann in einer weitergehenden Analyse festgestellt werden, daß 93,6 % bzw. 93,8 % der Befragten angaben, sowohl ein „eher gutes“ und besseres Gefühl einer fachlich guten Behandlung gehabt zu haben als auch ihre Erwartungen von der IAS Horn „eher erfüllt“ und „erfüllt“ wurden.

Vergleichbar (95 % Zustimmung) fiel die Antwort auf die Frage nach der Weiterempfehlung der IAS Horn aus. Die folgende Abbildung verdeutlicht das Ergebnis.



**Abbildung 28: Weiterempfehlung der IAS Horn**

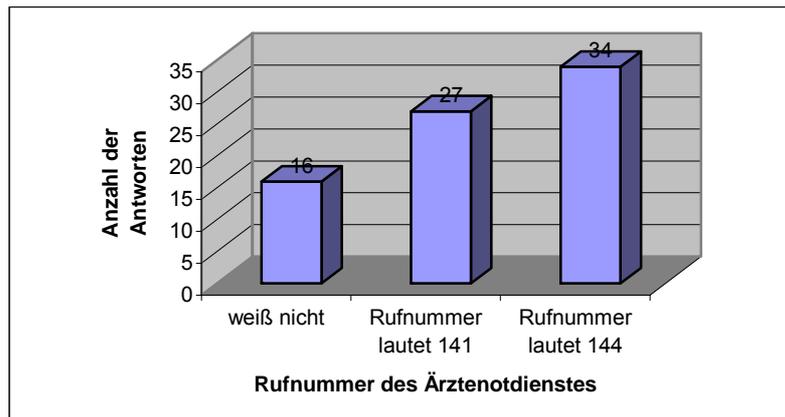
Die inhaltlichen Gegenstände der abschließend eingeräumten Möglichkeit, Anmerkungen positiver oder negativer Art vornehmen zu dürfen, waren zusammengefaßt bei den positiven Anmerkungen auf das Personal und die erfahrene Atmosphäre ausgerichtet. Bei den negativen Anmerkungen stand das individuelle Leid im Mittelpunkt. Zudem erfolgte dies teilweise unreflektiert, da bei einer negativen Einschätzung einer langen Wartezeit nicht das Pendant im extramuralen Bereich in Betracht gezogen worden. Hieraus läßt sich ein Informationsbedarf der Patienten im Hinblick auf die Einordnung des IAS-Konzeptes in das Gesamtsystem der medizinischen Versorgung ableiten, sofern die Patienten in den Situationen, in denen sie die Leistungsangebote der IAS Horn in Anspruch nehmen, dafür überhaupt zugänglich sind.

#### **4.2.2.7 Kenntnis der Rufnummer des Ärztenotdienstes**

Nach Absprache mit den Beteiligten der UAG wurde die Frage nach der Rufnummer des Ärztenotdienstes als Frage 3 unvermittelt in den Fragebogen aufgenommen. Die Befragungsteilnehmer standen vor der Aufgabe, von den Telefonnummern 121, 131, 141, 122, 133 sowie 144 diejenige anzukreuzen, von welcher sie glaubten, daß es die aktuelle Rufnummer des Ärztenotdienstes sei. Weiterhin bestand die Möglichkeit, direkt anzugeben, daß man die Rufnummer nicht kannte.

Ziel dieser Frage war es, den Kenntnisstand bezogen auf die Telefonnummer 141 zu testen. Mit dieser Telefonnummer läßt sich in Erfahrung bringen, welcher Hausarzt außerhalb der regulären Öffnungszeiten (in den Abendstunden und an den Wochenenden) Bereitschaft hat.

77 der 92 Teilnehmer der Befragung beantworteten diese Frage mit folgendem Ergebnis:



**Abbildung 29: Kenntnis der Rufnummer des Ärztenotdienstes**

Insofern lediglich 27 von 77 Antwortenden (35,1 %) die Telefonnummer 141 richtig erkannt haben, kann im Umkehrschluß davon ausgegangen werden, daß knapp zwei Drittel der Teilnehmer, die Ärztenotdienst-Nummer nicht kennen. Ein Drittel verwechselt den Ärztenotdienst mit dem Rettungsdienst, was darauf hindeutet, daß ihnen wohl der Unterschied nicht bekannt ist. In welche Richtung die Auswertung auch erfolgt, offenbar erfolgte (und erfolgt) nur eine unzureichende Vermittlung und Information über Ziel und Zweck dieser Ärztenotdienst-Rufnummer und der Telefonnummer selbst.

## 4.2.3 Sicht der niedergelassenen Ärzte

### 4.2.3.1 Überblick

Die Auswertung der Befragung der niedergelassenen Ärzte erfolgt nach den vier Themenschwerpunkten:

- Informiertheit über die IAS Horn,
- Gründe für eine Zuweisung von Patienten zur IAS Horn,
- Einschätzung der Zusammenarbeit mit der IAS Horn sowie
- Fragen zur Gesamteinschätzung.

Abgerundet werden diese Themen durch Einblicke in die Strukturdaten der an der Befragung teilnehmenden Ärzte sowie deren positive und negative Anmerkungen am Schluß des Fragebogens.

### 4.2.3.2 Strukturdaten der teilnehmenden Ärzte

Von den 29 an der Befragung teilnehmenden Ärzten waren 27 oder 93,1 % Allgemeinmediziner. Ebenso fand sich auch nur 1 Wahlarzt unter den Antwortenden. Die anderen 96,4 % waren Vertragsärzte. Die Standorte der Ordinationen der an der Befragung teilnehmenden niedergelassenen Ärzte werden an dieser Stelle zur Verstärkung ihrer Aussagekraft mit der Herkunft der befragten Patienten verknüpft. Somit ergibt sich das folgende Bild:

Gemeinde	rel. Anteil der IAS-Patienten aus dieser Gemeinde	rel. Anteil der Ordinationen der in die IAS zuweisenden Ärzte in dieser Gemeinde
Horn	53,3 %	41,4 %
Hollabrunn	31,0 %	20,7 %
Waldhofen/Thaya	3,9 %	13,8 %
Krems	1,3 %	10,3 %
Zwettl	2,6 %	10,3 %
Gmünd	-	3,5 %
Wien und Umgebung	5,3 %	-
Tulln	2,6 %	-
Summe	100,0 %	100,0 %

**Tabelle 23: Vergleich der Patientenherkunft und Ordinationssitze der zuweisenden Ärzte**

Sicher läßt sich aus dem in der Tabelle 12 ablesbaren Analyseergebnis ablesen, daß sowohl mit Blick auf die Herkunft der Patienten als auch der Ordinationssitze der zuweisenden Ärzte in einer deutlichen überwiegenden Zahl aus Horn und Hollabrunn stammen. Bei den Patienten beträgt deren Anteil 84,3 %. Die zuweisenden Ärzte haben zu 62,1 % ihren Ordinationssitz in derselben Region. Alle anderen Abweichungen sind erstens kleinerer Art und können zweitens mit dem unterschiedlichen Engagement an der Teilnahme an der Befragung zusammenhängen.

#### **4.2.3.3 Zur Informiertheit über die IAS Horn**

Im Punkt Informiertheit der niedergelassenen Ärzte über die IAS Horn wurde der Kenntnisstand der Ärzte über das Leistungsangebot der IAS Horn abgefragt und um eine entsprechende Bewertung des Umfangs und der Qualität des Leistungsangebotes gebeten. Dem schloß sich die Frage nach der verfügbaren Quelle der niedergelassenen Ärzte von Informationen über die IAS Horn an. Abschließend wurde der Kenntnisstand bezogen auf das Konsensuspapier in den Blick genommen.

Besonders deutlich wird, daß kein niedergelassener Arzt angegeben hat, sich „nicht ausreichend“ informiert zu fühlen, vgl. Abbildung 15.

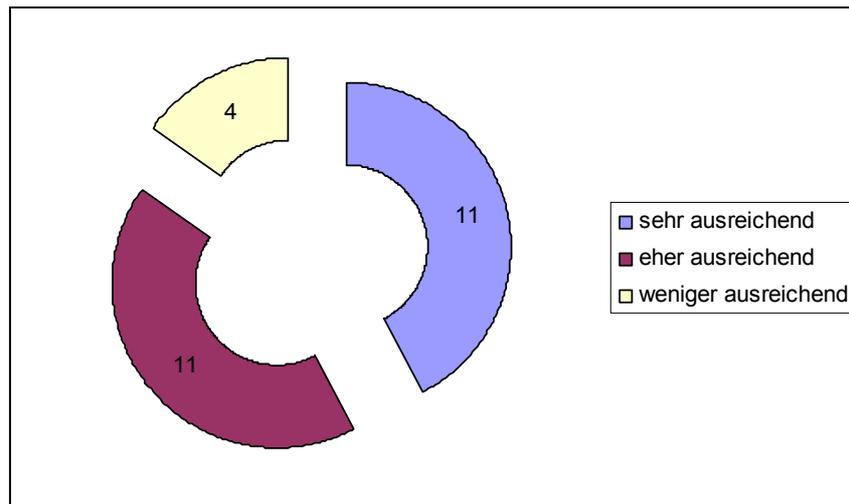


Abbildung 30: Informiertheit über das Leistungsangebot der IAS Horn

Die Antworten erstrecken sich lediglich über die unterschiedlichen Informiertheitsstufen. „Weniger ausreichend“ informiert fühlen sich 4 der 26 Teilnehmer. „Eher ausreichend“ und „sehr ausreichend“ informiert fühlen sich 22 oder knapp 85 % der befragten niedergelassenen Ärzte, was auf ein gutes Marketing der IAS Horn schließen läßt.

Bezogen auf den Umfang und die Qualität der in der IAS erbrachten Leistungen wird deutlich, daß alle an der Befragung teilgenommenen niedergelassenen Ärzte sowohl den Umfang als auch die Qualität als „eher gut“ und besser einschätzen. Die Urteile „weniger gut“ und „nicht gut“ wurde nicht zur Einschätzung genutzt. Dies spricht für eine klare Wertschätzung dieses Leistungsangebotes, vgl. die Abbildung 16.

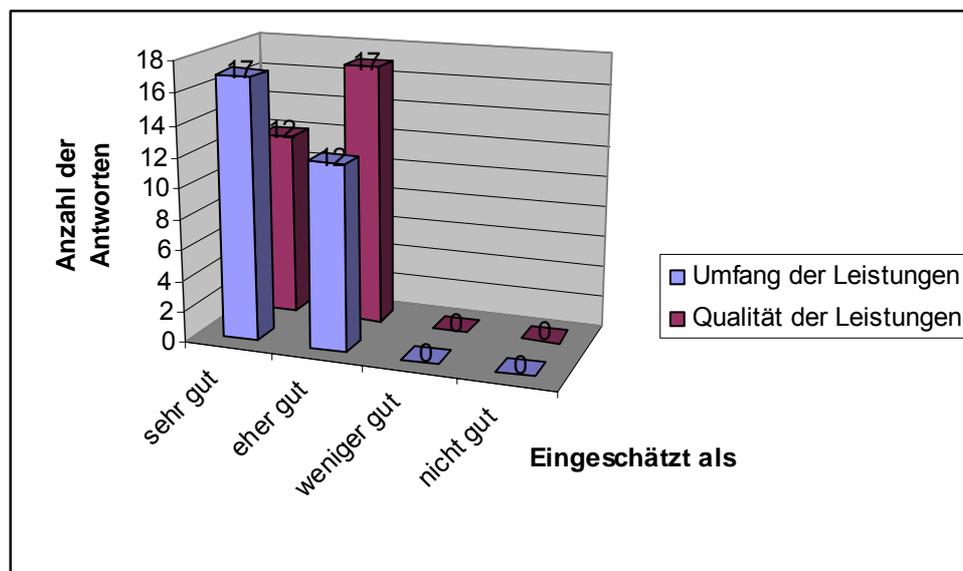


Abbildung 31: Einschätzung von Umfang und Qualität des Leistungsangebotes

Die Angabe von Quellen von Informationen über die IAS Horn kann unter zwei Aspekten von Interesse für die weitere Öffentlichkeitsarbeit des Landesklinikums Waldviertel in Horn sein:

- 1) Die Kenntnis genutzter Quellen kann marketingseitig dazu genutzt werden, die am häufigsten genutzten Quellen zu identifizieren und zukünftig diese stets rechtzeitig mit entsprechenden Informationen zu beliefern.
- 2) Analysiert man dies in Verbindung mit dem Inhalt der weitergereichten Informationen und des daraus abgeleiteten Verhaltens (wie zum Beispiel Zuweisung/Nichtzuweisung usw.), liefert dies Aussagen über mögliche Eigeninteressen der von den niedergelassenen Ärzten genutzten Informationsquellen.

Die niedergelassenen Ärzte wurden weiterhin danach befragt, woher sie ihre Informationen, welche ihnen die obigen Urteile über den Umfang und die Qualität der in der IAS erbrachten Leistungen ermöglichen, erhalten. Insofern alle 29 Teilnehmer diese Frage bearbeitet haben, wurde das maximale Antwortpotential von 87 – bei der eingeräumten Möglichkeit bis maximal drei Antworten anzugeben – nicht ausgeschöpft. Es konnten lediglich 62 Antworten gezählt werden. Das Antwortspektrum zeigt folgendes Bild:

Informationsquelle	Antworten absolut	Anteil in % von 29
○ direkt aus dem LK Horn	16	55,2
○ Patient	14	48,3
○ Kollegen	11	37,9
○ Ärztstammtisch	8	27,6
○ Konsensuspapier	5	17,2
○ Qualitätszirkel	5	17,2
○ sonstige	3	10,3
○ Fortbildungsseminar	0	0
○ Internet	0	0
Summe	62	

**Tabelle 24: Informationsquellen der niedergelassenen Ärzte**

Die mit 55,2 % der Antworten am meisten genutzte Informationsquelle über das Leistungsangebot der IAS Horn sind die Informationen, die das LK WV-377 selbst an die niedergelassenen Ärzte gibt. Gefolgt wird dies durch Hinweise der behandelten Patienten, die im Laufe der Behandlungen mal ihren behandelnden Hausarzt auf das Angebot der IAS Horn aufmerksam machen. Erst an dritter Stelle mit Blick auf die Häufigkeit der gewählten Antwort kommen die Kollegen als Informationsquelle. Zugleich wird allerdings auch deutlich, daß der niedergelassene Arzt initiativ keine Informationen über die IAS Horn sucht. Er bemüht weder das Internet, noch sucht er entsprechende Fortbildungsangebote nach.

Damit beruht die Einschätzung des niedergelassenen Arztes nicht auf einer eigenen Erfahrung oder Überzeugung heraus, sondern auf einer Fremdwahrnehmung oder dem sogenannten „Hörensagen“. Inwiefern dies ausreichend reflektiert wird, bleibt offen. So haben 16 Ärzte, die sich auf die Informationen aus dem LK WV-377 berufen, die Qualität der dort erbrachten Leistungen als „eher gut“ und besser eingeschätzt. Damit lassen sich klare Überlegungen für ein gezieltes Marketing der IAS Horn ableiten.

Das zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und der IAS Horn im Landes-  
klinikum Waldviertel vereinbarte Konsensuspapier wurde am Juni 2006 unterzeich-  
net. Es dient zur Abstimmung des Vorgehens im Umgang mit den IAS-Patienten. Es  
enthält Dokumentations- und Zuweisungsregeln, Kommunikations- und Koopera-  
tionsregeln, Definitionen der Rollenbilder der verschiedenen Berufsgruppen, Ärzte  
(im intra- und extramuralen Bereich) und Patienten, Evaluierungsregeln sowie einen  
gemeinsam abgestimmten Leistungskatalog.

Die niedergelassenen Ärzte danach befragt, ob sie dieses Konsensuspapier kennen,  
führte zu folgendem Ergebnis:

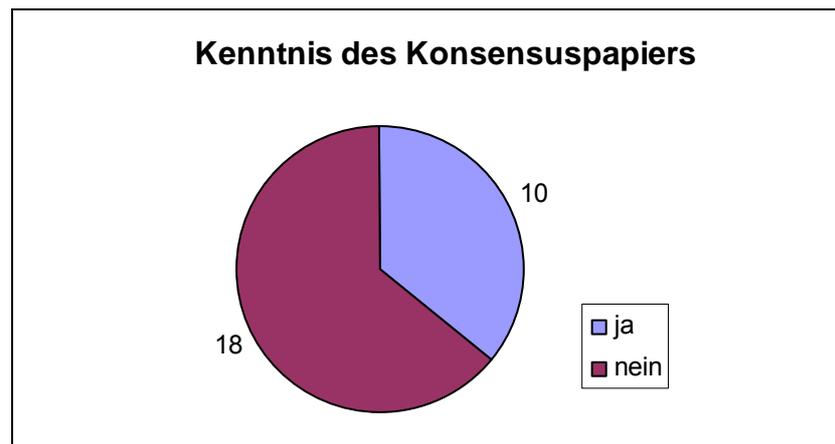


Abbildung 32: Kenntnis des Konsensuspapiers

Von den 28 antwortenden Ärzten kannten zehn (35,7 %) das Konsensuspapier. Diese zehn weiterhin danach befragt, ob dies ihrer Meinung nach die Grundlage für die Überweisung ausgewählter Patienten in die IAS Horn bildet, gaben sieben an, daß dies „überwiegend“ der Fall sei. Einer gab sogar „immer“ als Antwort an. Lediglich bei einem Arzt sei dies eher „selten“ der Fall, was nicht mit einem kategorischen Ausschluß dieses Zusammenhanges gleichzusetzen ist. Insofern kann festgehalten werden, daß bei nahezu allen die Kenntnis des Konsensuspapiers bejahenden Befragungsteilnehmer dieses eine bestimmte – wenngleich in unterschiedlicher Gewichtung – eine Rolle bei der Überweisung von Patienten in die IAS Horn spielt.

#### 4.2.3.4 Über die Gründe für die Zuweisung in die IAS Horn

Auf die Frage nach den Gründen für eine Zuweisung der Patienten zur IAS Horn konnten die niedergelassenen Ärzte aus einer Liste von Antwortvorgaben maximal drei auswählen. Zudem bestand die Möglichkeit, „sonstige“ Gründe anzugeben. Da alle Teilnehmer der Befragung diese Frage bearbeiteten und jedem drei Antwortmöglichkeiten eingeräumt wurden, konnten 87 Antworten erwartet werden. Genau 90 wurden abgegeben. Bezogen auf die Antwortvorgaben kam es zur folgenden Häufung der Gründe für eine Zuweisung zur IAS Horn:

Grund	Antworten absolut	Anteil in %
○ unklare Diagnostik	17	58,6
○ breites Leistungsspektrum	11	37,9
○ örtliche Nähe	10	34,5
○ gute Erfahrungen	10	34,5
○ Spezialisten in der IAS Horn	9	31,0
○ kurze Verweildauer	8	27,6
○ Kompetenz	7	24,1
○ Zuverlässigkeit	7	24,1
○ hohe Qualität	5	17,2
○ guter Ruf	3	10,3
○ auf Wunsch des Patienten	2	6,9
○ sonstige	1	3,4
○ Serviceleistungen (Sonderleistungen)	0	0
○ moderne Behandlungsmethoden	0	0
Summe	90	

**Tabelle 13: Gründe für eine Zuweisung**

Das Antwortverhalten läßt vielfältige Rückschlüsse zu. Verkürzt gesagt wurde angegeben, daß man im Falle einer unklaren Diagnose (58,6 %) auf Grund des in der IAS Horn vorhandenen breiten Leistungsspektrums (37,9 %) sowie der guten Erfahrungen (34,5 %) mit den dortigen Spezialisten (31 %) und der ohnehin gegebenen örtlichen Nähe (34,5 %) die Patienten dorthin verwiesen werden. Andersherum kann auch festgestellt werden, daß sich das bei der Frage nach den Informationsquellen offenbare Verhalten des sich Informationen nicht aktiv zu suchen, sondern zutragen zu lassen, noch dadurch verstärkt wird, daß das Überweisen zur IAS Horn die ideale Problemlösung darstellt. Um es nach außen hin nicht so deutlich werden zu lassen, wird es in Komplimente gepackt.

Die detaillierten Nachfragen nach:

- der Entsprechung von Krankheitsbild und Leistungsspektrum,
- der Informiertheit der Patienten nach dem Aufenthalt in der IAS Horn,
- dem Gefühl einer fachliche guten Behandlung in der IAS Horn sowie
- einer adäquaten administrativen Abwicklung der Aufnahme auf die und die Entlassung aus der IAS Horn

bestätigen diesen Eindruck auf eine nachhaltige Art und Weise.

#### **4.2.3.5 Über die Zusammenarbeit mit der IAS Horn**

Mit der Frage 13 wurden die teilnehmenden Ärzte gebeten, einzuschätzen, wie positiv sie die Zusammenarbeit zwischen sich selbst und der IAS Horn beurteilen. Die Antworten auf diese Frage, die jeder der 29 Teilnehmer an der Befragung abgaben, sind aus der folgenden Abbildung zu ersehen.

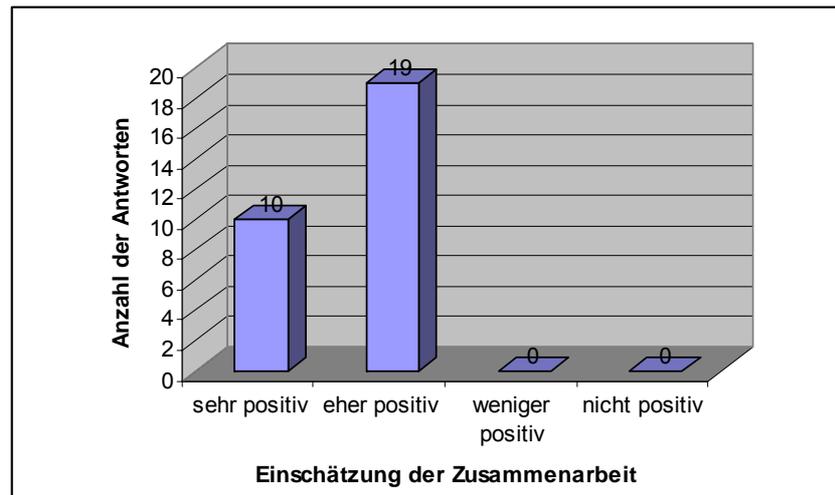


Abbildung 33: Zusammenarbeit mit der IAS Horn

Alle Antwortenden schätzen die Zusammenarbeit zwischen sich und der IAS Horn als „eher positiv“ oder „sehr positiv“ ein. Keiner der Ärzte wußte die Zusammenarbeit negativ einzuschätzen. Selbst im Hinblick auf Einzelaspekte der Zusammenarbeit (Information/Auskünfte, Kommunikation sowie den Nutzen der Ambulanzkarte als unterstützendes Medium) kam von jeweils mehr als 90 % der Antwortenden die Einschätzung, daß diese „eher gut“ oder sogar „sehr gut“ seien.

#### 4.2.3.6 Fragen zur Gesamteinschätzung

Die Gesamteinschätzung sei in diesem Rahmen an den Antworten von zwei ausgewählten Fragen des Fragebogens verdeutlicht: 1) die Frage nach den wirtschaftlichen Folgen der Zusammenarbeit mit der IAS Horn für den Arzt in der Ordination und 2) einer ggf. Selbstnutzung dieses Leistungsangebotes. Das Ergebnis auf den ersten Punkt sieht wie folgt aus:

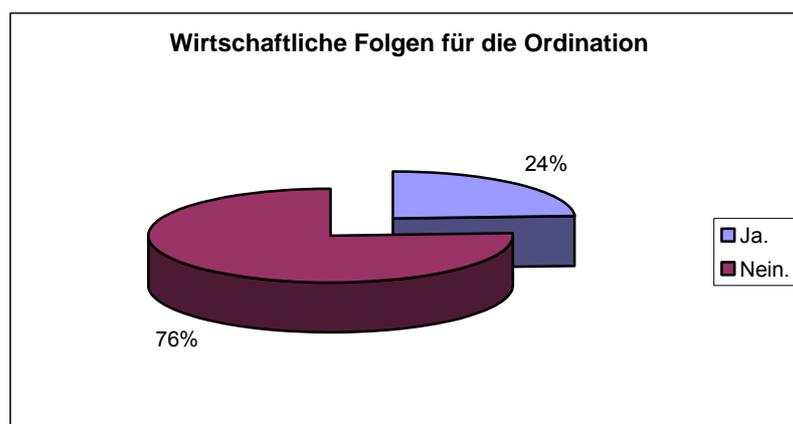


Abbildung 34: Wirtschaftliche Folgen einer Zusammenarbeit mit der IAS Horn für die eigene Ordination

Die Fragestellung zu den wirtschaftlichen Folgen war gestuft. Zunächst wurde erfaßt, ob überhaupt Auswirkungen zu beobachten seien. Von allen 29 antwortenden Ärzten gaben sieben (24,1 %) an, daß sie Auswirkungen verspüren würden. Die restlichen 22 oder mehr als drei Viertel verneinten diese Frage.

Denjenigen, welche mit „Ja.“ antworteten, wurde die Möglichkeit eingeräumt, zu beschreiben, worin diese Auswirkungen bestanden. Das Spektrum der Anmerkungen auf die Frage nach den Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der IAS Horn läßt sich in folgende Gruppen zusammenfassen:

- Befürchtete Einkommensminderung für den niedergelassenen Arzt (Fragebogen-Nr. 10, 14, 23),
- Die Anmerkung aus dem Fragebogen mit der Nr. 11 zeigt auf, daß nur die Entfernung zur IAS Horn die Praxis vor wirtschaftlichen Auswirkungen schützt. Ansonsten wäre diese Anmerkung wohl auch in die Gruppe der Einkommensminderung für den niedergelassenen Arzt einzuordnen.
- Befürchtete Kostenbelastung für die Gesellschaft (Fragebogen-Nr. 16, 19),
- Negativer „Rundumschlag“ (Fragebogen-Nr. 6),
- Gesamtkostenreduzierung und Verbesserung der Patientenversorgung (Fragebogen-Nr. 7).

Vier der Antwortenden sehen wirtschaftlich negative Folgen für die eigene Ordination. Einer befürchtet negative wirtschaftliche Folgen für die gesamte Gesellschaft. Dem letzteren steht genau eine gegensätzliche Meinung gegenüber.

Den Blick von den wirtschaftlichen Folgen auf den Nutzen eines solchen Leistungsangebotes für die eigene Gesundheit des befragten Arztes gerichtet, ergibt auch hier ein sehr eindeutiges Bild:

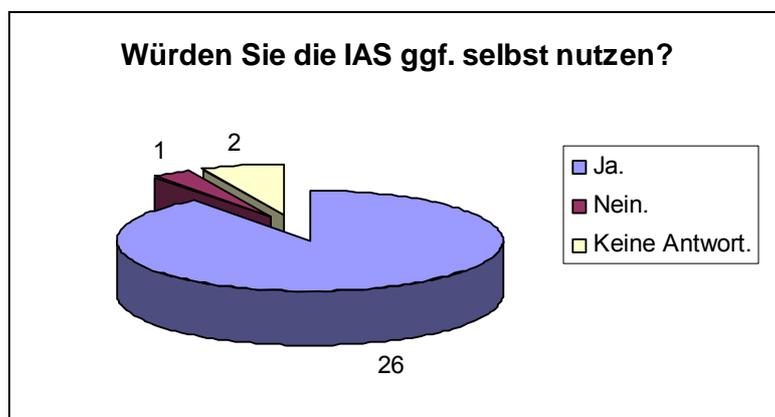


Abbildung 35: Selbstnutzung der IAS Horn

Knapp 90 % der Beteiligten gaben an, daß sie gegebenenfalls selbst die Leistungen in Anspruch nehmen würden. Somit sieht sogar ein Teil derer, die wirtschaftlichen negativen Folgen für die eigene Ordination erwarten, in der IAS Horn, ein durchaus nutzenswertes Leistungsangebot.

Den befragten niedergelassenen Ärzten wurde abschließend Platz eingeräumt, um bei Interesse freiformulierte positive oder negative Anmerkungen vorzunehmen. Insgesamt wurde diese Möglichkeit von 10 oder 34,5 % der Befragten genutzt. Davon gaben drei ausschließlich positive Anmerkungen. Sieben der niedergelassenen Ärzte hatten einen Grund, eine negative Rückmeldung zu geben.

Mit Blick auf die negativen Anmerkungen handelt es sich größtenteils um Wiederholungen der bereits an verschiedenen Stellen im Fragebogen eingefügten Anmerkungen. Zum Teil verdeutlichen sie auch, daß die Anmerkenden die Problematik, die

wirtschaftlich gesehen auf sie selbst zukommen wird, erkannt aber noch nicht das richtige Mittel gefunden haben, darauf zu reagieren.

Die positiven Anmerkungen lassen den versorgungsverbessernden Blick auf das mit der IAS Horn erprobte Herangehen an die Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung nicht nur erkennen. Vielmehr wird ein solcher Beitrag individuell aber auch grundlegend gewürdigt.

#### 4.2.4 Akzeptanz der IAS bei den Beschäftigten

##### 4.2.4.1 Überblick

Die Auswertung der Befragung der Mitarbeiter der IAS Horn erfolgt nach den drei Themenschwerpunkten:

- verschiedene Aspekte der Zufriedenheit der Beschäftigten,
- Kenntnisse über Reaktionen oder Beschwerden bezüglich der IAS sowie
- die Meinungen der Mitarbeiter zur IAS und ihre Motivationen zur Teilnahme an dieser Befragung.

Abgerundet werden diese Themen durch Einblicke in die Berufsdaten der an der Befragung teilnehmenden Mitarbeiter aus den Bereichen der Verwaltung sowie dem pflegerischen und ärztlichen Personal der IAS.

##### 4.2.4.2 Berufsdaten der befragten Mitarbeiter

Die Berufsdaten der Befragungsteilnehmer umfassen die ersten drei Fragen. Im Mittelpunkt stehen der Einstieg in die Beschäftigung in der IAS Horn, die Zugehörigkeit zu einer vorgegebenen Berufsgruppe und die Motivation für die Aufnahme einer Beschäftigung in der IAS Horn.

Um die Aussagekraft der Analyse zu erhöhen, wurde bei der Analyse der Beschäftigungsaufnahme in der IAS unmittelbar die Zugehörigkeit zu einer der Berufsgruppen (Verwaltung, Pflege oder ständig anwesende Ärzte) mit ausgewertet. Die nachfolgende Tabelle gibt das Ergebnis an.

Jahr des Eintritts in die IAS	Beschäftigt in der ... /als ...			Summe
	Verwaltung	Pflege	Ständig anwesender Arzt	
2006	2	12	4	18
2007	1	1	3	5
2008	-	1	1	2

**Tabelle 26: Berufsdaten der Befragungsteilnehmer**

Von den 25 Teilnehmern gaben 18 (72 %) an, daß sie entweder von Beginn oder im Verlauf des ersten Jahres ihrer Tätigkeit in der IAS Horn aufnahmen. Die in den Jahren 2007 oder 2008 nachrückenden Beschäftigten sind ein Zeichen für den kontinuierlichen Ausbau der IAS Horn und nicht etwa das Ergebnis einer erfolgreichen Wiederbesetzung einer auf Grund einer beruflichen Fluktuation zwischenzeitlich bereits freigewordenen Stelle.

Werden diese Daten mit den angegebenen Gründen für eine Tätigkeit in der IAS verknüpft, so ergibt sich folgendes Bild, vgl. Abbildung 21:

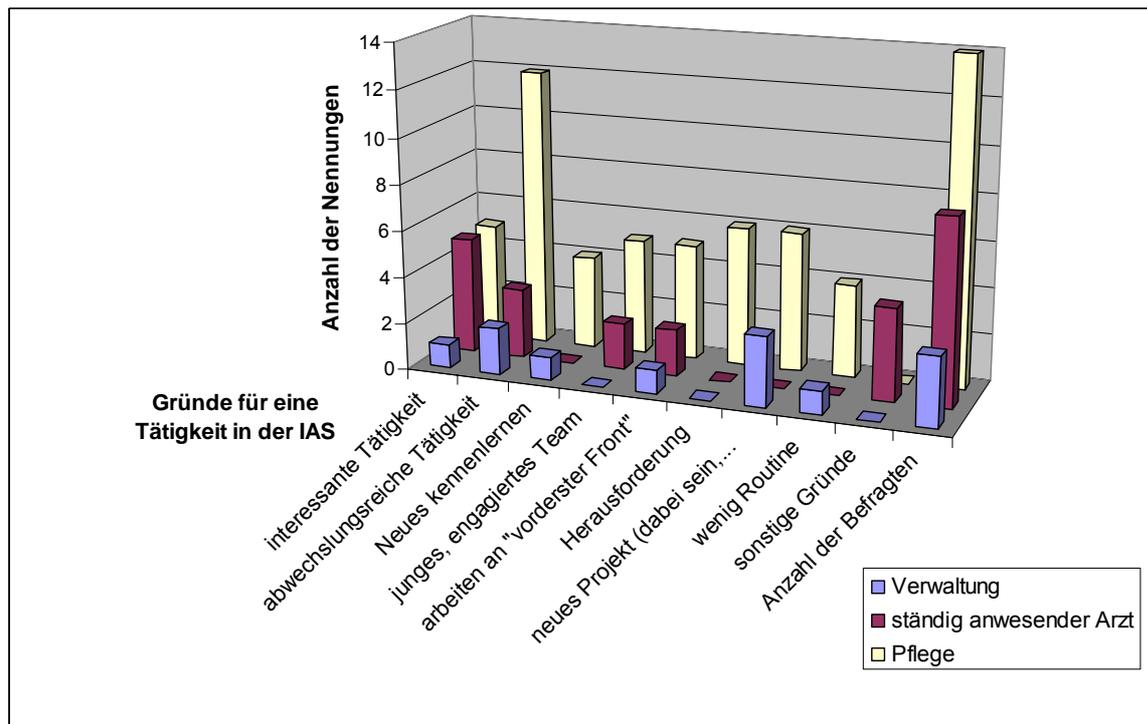


Abbildung 36: Berufsgruppenbezogene Gründe für eine Tätigkeit in der IAS

Über alle drei Berufsgruppen gesehen zeigt sich eine deutlich positiv motivierte Erwartungslage mit Blick auf eine Tätigkeit in der IAS Horn. Die in der vordersten Balkenreihe verdeutlichten Gründe der drei Verwaltungsangestellten belegen das Interesse an einer neuen, abwechslungsreichen Tätigkeit an „vorderster Front“ mit wenig Routine. In der zweiten Balkenreihe ist die Sicht der Ärzte abgebildet. Auch hier liegt eine vergleichbare Motivationslage vor. Ebenso zeigt sich dies in der Pflege.

Zusammen betrachtet kann festgehalten, daß rund zwei Drittel aller Befragten die Interdisziplinäre Aufnahmestation als eine abwechslungsreiche und interessante Tätigkeit ansehen. Insofern sie diese Frage bis zu drei Jahren nach der Aufnahme ihrer Tätigkeit beantwortet haben, muß sich darin wohl auch die aktuelle Zufriedenheitslage widerspiegeln.

#### 4.2.4.3 Verschiedene Aspekte der Zufriedenheit der befragten Mitarbeiter

In diesem Abschnitt werden verschiedene Aspekte der Zufriedenheit der Mitarbeiter zusammengefaßt dargestellt. Darüber hinaus wird auf die Patienten reflektiert und die Akteure einer Zusammenarbeit in den Blick genommen. Für detaillierte Informationen sei an dieser Stelle wiederholt auf die vollständige Auswertung der Befragung verwiesen, die im Anhang des Evaluationsberichtes nachzulesen ist.

In der nachfolgenden Tabelle sind einige der erfaßten Zufriedenheitsgrößen abgebildet. Dabei ist es beliebig, auf welche Größe das Augenmerk gerichtet wird, die so gemessene Zufriedenheit der Mitarbeiter ist selbstredend.

Zufriedenheit mit ...	Zufrieden	Eher zufrieden	Eher nicht zufrieden	Nicht zufrieden
Güte des Verhältnisses zu ...	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Schlecht
... der Arbeitszeit	20	5	0	0
... der Arbeit	15	8	2	0
... dem Betriebsklima	18	8	0	0
... den Kollegen in der IAS	20	5	0	0
... dem unmittelbar Vorgesetzten	22	4	0	0

**Tabelle 27: Zufriedenheiten und Güte des Verhältnisses**

Mit Blick auf den Patienten wurde im Fragebogen auf den Eindrücke der Mitarbeiter bezogen auf die den Patienten gewidmete Zeit und des Eingangs auf dessen Wünsche reflektiert.

Auf die Frage danach, ob auf die Wünsche der Patienten ausreichend eingegangen wurde, antworteten 19 (82,6 %) der Befragten mit „ja“ und 4 mit „nein“, was auf als zufrieden eingeschätzte Patienten schließen läßt. Auf die Frage nach der dem Patienten gewidmeten Zeit gaben 11 Befragte an, daß diese ausreichend sei. Als nicht ausreichend schätzten dies 13 der Antwortenden ein.

Verknüpft betrachtet sind 10 Befragte der Auffassung, den Patienten sowohl ausreichend Zeit gewidmet zu haben, als auch auf deren Wünsche ausreichend eingegangen zu sein. Es ist also eine optimale Sorge um den Patienten festzustellen. Ein Antwortender vertritt die Meinung, daß zwar nicht ausreichend auf die Wünsche der Patienten eingegangen wurde, dies aber zeitlich ausreichend. Acht Antwortende schätzten ein, die Wünsche der Patienten ausreichend berücksichtigt zu haben, jedoch in einem nicht ausreichenden zeitlichen Umfang. Bei vier Antwortenden (16,7 % der Antwortenden) besteht der Eindruck einer im doppelten Sinne sub-optimalen Sorge um den Patienten. Sie wird weder als zeitlich ausreichend noch als ausreichend auf die Wünsche der Patienten eingehend angesehen.

Dieses Antwortverhalten weist erstmals auf einen „Makel“ hin. Wird insbesondere dem Eindruck vom Zeitfaktor detaillierter nachgegangen, indem bspw. die Berufsgruppzugehörigkeit der Antwortenden zusätzlich in den Blick genommen wird, so ergibt sich das in der Abbildung 22 abzulesende Meinungsbild:

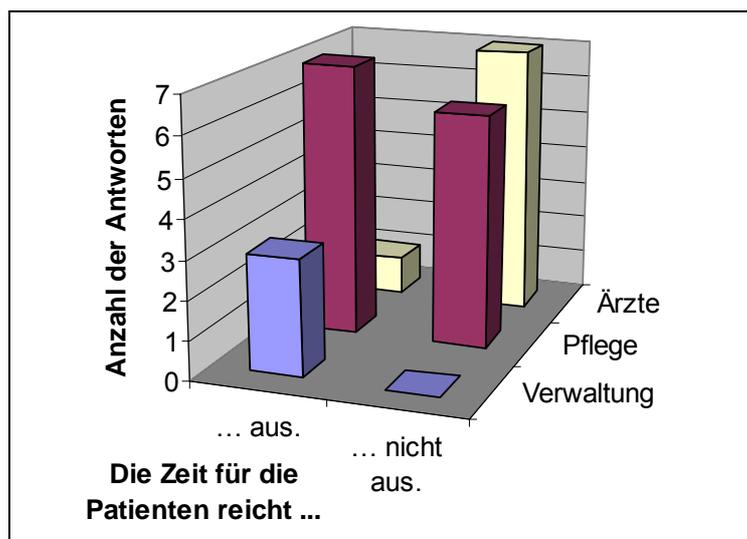


Abbildung 37: Die Einschätzung der verfügbaren Zeit für die Patienten nach Berufsgruppen

Das Meinungsbild bezogen auf diese Frage geht berufsgruppenbezogen deutlich auseinander. Während bei den Pflegenden die Mehrheit (knapp 54 %) noch der Auffassung sind, daß sie ausreichend Zeit für den Patienten haben. Sind dies bei den Ärzten nur noch einer oder 12,5 % der Antwortenden.

Eine weitere Säule einer Zufriedenheit am Arbeitsplatz ist die Zusammenarbeit im Rahmen der Berufstätigkeit. Im Fragenbogen wurde darum gebeten die Güte der Zusammenarbeit mit einer ganzen Reihe von potentiellen Akteuren (die verschiedenen Bereiche aus dem Landesklinikum Waldviertel Horn und die Rettungsorganisationen) einzuschätzen. Die folgende Tabelle verdeutlicht das Ergebnis.

Zusammenarbeit mit der/dem ...	Anzahl der Antworten				Summe	Rangpunkte
	sehr gut	eher gut	eher schlecht	schlecht		
Chemischen Labor	23	2	0	0	25	48
Küche	20	0	0	0	20	40
OP-Gehilfen	16	8	1	0	25	39
Internen Station	14	10	0	0	24	38
Internen Ambulanz	13	11	1	0	25	36
Anästhesie	13	9	1	0	23	34
Rettungsorganisationen	11	12	1	1	25	31
Neurologischen Ambulanz	12	10	2	1	25	30
Radiologie	7	15	2	1	25	25
Neurologischen Station	8	13	3	1	25	24
Chirurgischen Station	5	15	4	0	24	21
Chirurgischen Ambulanz	3	9	6	7	25	- 5

Tabelle 28: Empfundene Güte der Zusammenarbeit

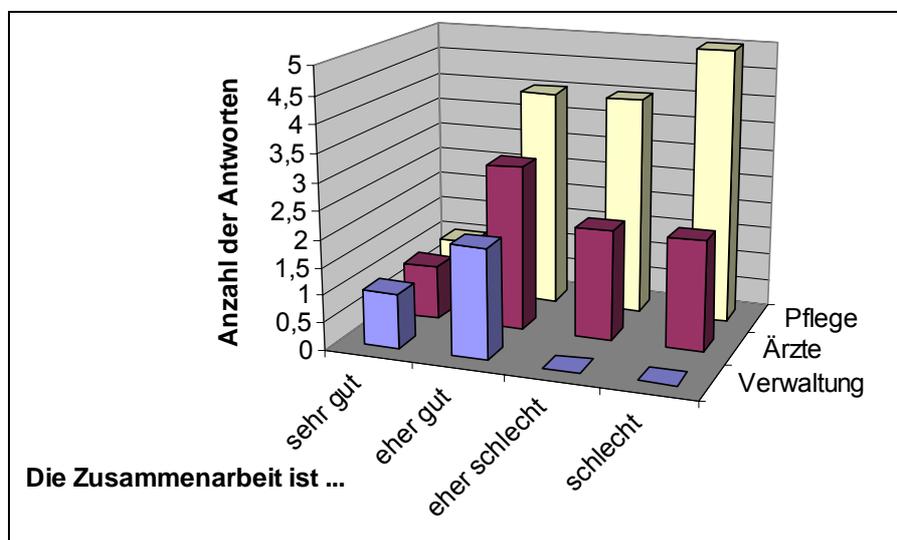
Neben einer Liste potentieller Partner in einer Zusammenarbeit von der IAS aus gesehen waren wiederum vier Antwortvarianten vorgegeben, mit denen die Güte der Zusammenarbeit eingeschätzt werden konnte. Die Tabelle 21 enthält die Auswertung dieser Antworten. Zudem sind der Tabelle aus der Spalte „Summe“ die Anzahl der

abgegebenen Bewertungen zu ersehen. Die Spalte „Rangpunkte“ ist eine Hilfsspalte, die eingefügt wurde, um die Partner der Zusammenarbeit hinsichtlich ihrer Güte zu ordnen. Die Rangpunkte ergeben sich dabei aus der Summe der Bewertungen der Antworten je Gütemaß. Dabei wurde eine Antwort mit „sehr gut“ mit dem Faktor 2 bewertet. Eine Einschätzung mit „gut“ erhielt den Faktor 1. Analog erhielt „eher schlecht“ den Faktor – 1 und „schlecht“ den Faktor – 2. So kommen bspw. für die Zusammenarbeit mit dem Chemischen Labor die Rangpunkte wie folgt zustande:

$$23 \cdot 2 + 2 \cdot 1 + 0 \cdot (-1) + 0 \cdot (-2) = 48.$$

Deutlich wird, daß mit Ausnahme der Chirurgischen Ambulanz alle anderen potentiellen Partner einer Zusammenarbeit als positiv eingeschätzt wurden. Die positive Zusammenarbeit selbst streut auch breit. So wird bspw. die Zusammenarbeit mit der Radiologie, der Neurologischen und Chirurgischen Stationen zwar auch als „eher gut“ aber nur halb so gut wie mit dem Chemischen Labor eingeschätzt. Neben dem Chemischen Labor wird die Zusammenarbeit mit der Küche durchweg mit „sehr gut“ bewertet. Mehrheitlich „sehr gut“ wird die Zusammenarbeit mit den OP-Gehilfen, der Internen Station und Ambulanz sowie mit der Anästhesie angesehen. Als überwiegend „eher gut“ wird die Zusammenarbeit zu den Rettungsorganisationen, zur Neurologischen Ambulanz, zur Radiologie, zur Neurologischen sowie zur Chirurgischen Station gesehen.

Um der deutlich schlechteren Bewertung der Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Ambulanz mit den Möglichkeiten dieses Fragebogens auf den Grund zu gehen, kann eine Analyse der Bewertung dieser Zusammenarbeit nach Berufsgruppen vorgenommen werden. Es zeigt sich somit das in der folgenden Abbildung erkennbare Bild.



**Abbildung 38: Zusammenarbeit mit Chirurgischen Ambulanz nach Berufsgruppen**

Die Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Station nach Berufsgruppen betrachtet verdeutlicht, daß dies eindeutig auf einen hohen Anteil von Schlecht-Bewertungen zurückzuführen ist, die durch die befragten Pflegenden vergeben wurden. Ebenso ist allerdings auch den Ärzten eine solche Einschätzung nicht fremd.

Der Einschätzung der Zusammenarbeit mit hausinternen Partnern steht die Kooperation mit externen Partnern gegenüber. Im Fragebogen wurde dazu nach der empfundenen Güte der Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten gefragt.

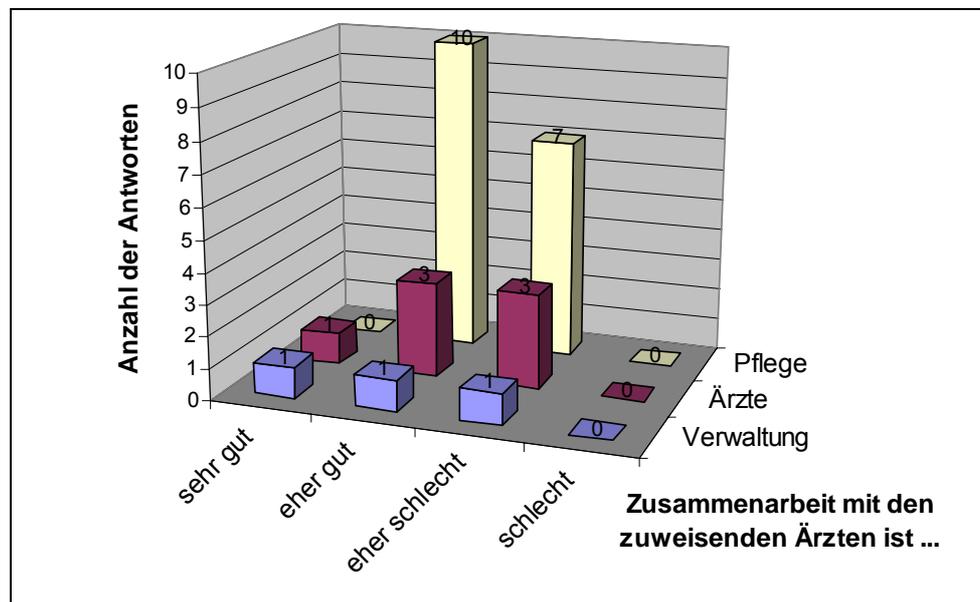


Abbildung 39: Güte der Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten

Die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten danach eingeschätzt, ob sie von den Beschäftigten der IAS „sehr gut“, „eher gut“, „eher schlecht“ oder „schlecht“ empfunden wird, ergibt das aus der obigen Abbildung zu ersehende Meinungsbild. Es ist grundsätzlich ausgewogen mit einer geringen Tendenz zum Positiven. Im Vergleich zur Tabelle 21, in welcher die Beurteilungen der Zusammenarbeit zu Bereichen im LK WV-377 Horn aufgelistet und mit Rangpunkten bewertet wurde, hätte die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten mit 11 Punkten ( $2 \cdot 2 + 14 \cdot 1 + 7 \cdot (-1) + 0 \cdot (-2) = 11$ ) den zweitschlechtesten (aber noch positiven Wert) erhalten. Die in der Abbildung 24 vorgenommene Unterteilung der Einschätzung der Güte der Zusammenarbeit nach Berufsgruppen bringt keinen weiteren Erkenntnisgewinn, denn dieser Eindruck wird von allen drei Berufsgruppen geteilt.

Von der Möglichkeit, verbale Anmerkungen über besonders guten oder störenden Erfahrungen über die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten zu ergänzen, machten 11 Antwortende Gebrauch. Eine positive Rückmeldung gab nur einer davon, während zehn Antwortende (40 %) etwas Negatives anzumerken hatten. Üblicherweise gibt es dafür zwei Erklärungsmöglichkeiten: 1) entweder es gab wirklich verhältnismäßig mehr Negatives als Positives anzumerken oder 2) dies ist wiederum ein Beleg dafür, daß sich Negatives schneller oder nachhaltiger „herumspricht“ als Positives. In jedem Fall lassen sich die Anmerkungen nutzen, um im Kontakt mit den zuweisenden Ärzten oder zum Teil sogar mit den Patienten die Problempunkte anzusprechen und so zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit und damit zur weiteren Umsetzung des IAS-Konzeptes beizutragen.

#### 4.2.4.4 Kenntnisse über Reaktionen oder Beschwerden bezüglich der IAS

Die befragten Mitarbeiter können im Kontakt mit den Patienten oder in der Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten von Reaktionen oder Beschwerden bezogen auf das im LK WV-377 gelebte IAS-Konzept erfahren haben.

Wird der Blick auf das gerichtet, was die Mitarbeiter mitbekommen konnten, so wurde nach folgenden Aspekten gefragt:

- die empfundene Dauer der Wartezeit,
- die Informiertheit der Patienten über den Grund der Wartezeiten,
- die Informiertheit der Patienten über die Behandlungsart sowie
- die empfundene Dauer der gesamten Behandlung.

Bei den Fragen nach der empfundenen Dauer wurde vorausgesetzt, daß es hier zu einer Reaktion von seiten der Patienten kommt. Daher wurde hier gleich abgefragt, wie die Patienten die entsprechenden Dauern empfunden haben. Die beiden anderen Fragen hatten lediglich im Sinne einer Bestandsaufnahme zum Inhalt, ob es diesbezüglich zu einer Reaktion oder Beschwerde kam.

- An Reaktionen oder Beschwerden von Patienten bezogen auf Informationen über den Grund der Wartezeit konnten sich 7 Mitarbeiter (36,8 %) erinnern. Zwölf gaben an, darüber im Patientenkontakt nichts vernommen zu haben.
- Daß sich Patienten auf die Behandlungsart bezogen gegenüber den Mitarbeitern der IAS geäußert haben, davon wußten 9 der 20 antwortenden Mitarbeiter (45 %) zu berichten. Den anderen 11 ist dazu nichts „zu Ohren gekommen“.
- Äußerungen von Patienten über die empfundene Dauer der Wartezeit erhielten 20 Mitarbeiter, über die empfundene Dauer der Behandlung insgesamt nur 16. Wie die Patienten dies jeweils empfunden hätten, wird aus der nachfolgenden Abbildung deutlich.

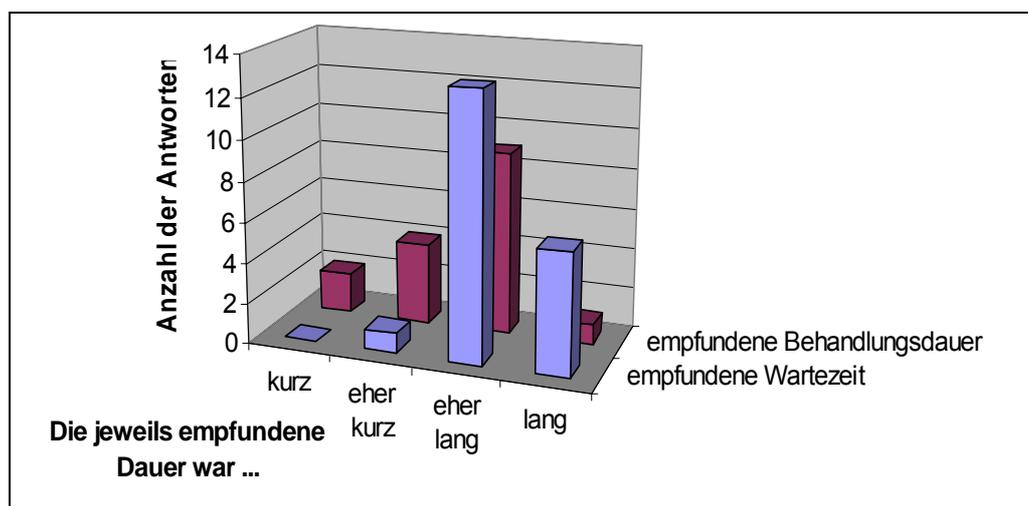


Abbildung 40: Reaktionen oder Beschwerden der Patienten

Deutlich mehr Mitarbeiter wissen davon zu berichten, daß sich Patienten bei ihnen über die Wartezeit beschweren, weniger aber über die gesamte Dauer der Behandlung. Daß es bezogen auf die Wartezeiten wirklich „Beschwerden“ sind, wird daran sichtbar, daß sich mehr über zu lange, denn zu kurze Wartezeiten äußern. Bei den Rückkopplungen bezogen auf die gesamte Behandlungsdauer ist der Schwerpunkt zwar nach wie vor im „Zu-lang-Bereich“. Es konnte jedoch

sechs Mitarbeiter darüber berichten, daß sich ihnen gegenüber Patienten über „eher kurze“ oder „kurze“ Behandlungsdauern geäußert haben.

Die Frage 20 des Fragebogens beschäftigte sich mit den Reaktionen oder Beschwerden von zuweisenden Ärzten, soweit die Mitarbeiter davon zum Zeitpunkt der Befragung berichten konnten oder wollten. Hier wurde ausschließlich die Möglichkeit der Äußerung verbaler Anmerkungen eingeräumt. Genau sechs Mitarbeiter wußten diesbezüglich Angaben zu machen, vgl. die folgende Tabelle.

Nummer des Fragebogens	Anmerkungen über die Reaktionen oder Beschwerden der zuweisenden Ärzte
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• positiv: wegen Mailbox guter Infofluß</li> <li>• negativ: weil Pat "zur stat. Aufnahme" auch abgewiesen werden</li> <li>• negativ: weil wir in den niedergelassenen Bereich rücküberweisen</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir untersuchen zuviel.</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Großteils Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit.</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einige Kolleginnen sind zwar nicht mit unseren Entscheidungen (v. a. ob eine stationäre Aufnahme erfolgen muss bzw. wenn Pat. außerhalb behandelt werden) einverstanden.</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei einem Telefonat wurde Dr. xxx von Fr. Dr. yyy grauslich beschimpft - war mit Entlassung eines Patienten nicht einverstanden.</li> </ul>
23	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschwerde, warum Patienten nicht aufgenommen werden.</li> </ul>
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einer gewünschten stationären Aufnahme wurde nicht entsprochen (Dr. Fink)</li> </ul>

**Tabelle 29: Reaktionen und Beschwerden der zuweisenden Ärzte**

Bis auf zwei positive Rückmeldungen ist den Anmerkungen hauptsächlich zu entnehmen, daß sich die niedergelassenen Ärzte darüber beschweren, daß die IAS zwar behandelt, aber nicht für eine stationäre Aufnahme der zugewiesenen Patienten sorgt und statt dessen sogar zurücküberweisen. Daraus wird deutlich, daß die niedergelassenen Ärzte entweder das Konzept der IAS nicht verstanden haben oder nicht akzeptieren wollen.

Die Analysen in diesem Abschnitt sind lediglich Wiedergaben von Reaktionen anderer, wie z. B. von Patienten oder den zuweisenden Ärzten. Insofern dies auf dem sogenannten „Hörensagen“ beruht, kann es lediglich ansatzweise als „Gegenfolie“ für die Auswertungen der Befragungen der Patienten oder der niedergelassenen Ärzte genutzt werden, um damit einen dort analysierten Tatbestand vorsichtig zu bestätigen oder zu widerlegen.

#### **4.2.4.5 Meinungen der Mitarbeiter zur IAS und ihre Motivationen zur Teilnahme an dieser Befragung**

Im fünften Abschnitt der Auswertung der Mitarbeiterbefragung richte sich der Blick wieder auf die Mitarbeiter und deren Meinungsbild. Mit der Frage 21 wurden die Befragten eingeladen, daß mitzuteilen, was sie über die IAS kundtun wollten. In die gleiche Richtung geht die letzte Frage, mit welcher die Motivationen zur Bearbeitung des Fragebogens abgefragt wurden. Genau 14 Mitarbeiter nutzten die Gelegenheit, sich zum Teil sehr ausführlich mit dem Konzept der IAS auseinanderzusetzen. Aus den Anmerkungen wird deutlich, daß bis auf zwei Ausnahmen eine gute Einschätzung des Konzeptes vorgenommen oder sogar ein Lob dafür abgegeben wird.

Die letzte hier zur Auswertung anstehende Frage, ist die nach der Motivation, diesen Fragebogen überhaupt auszufüllen. In der nachfolgenden Tabelle finden sich die Antworten der zwölf auf diese Frage antwortenden Mitarbeiter.

<b>Nummer des Fragebogens</b>	<b>Die Motive zur Beantwortung des Fragebogens</b>
2	Feedback ist wichtig für Qualitätssicherung
3	Weil ich hier arbeite
4	Aus eigenem Interesse
5	Um meine Meinung Kund zu tun
9	Hoffe zur Verbesserung beitragen zu können
15	Wurde in einem Begleitbrief ersucht - darin wurde auch erwähnt, dass auf die Anregungen reagiert und eingegangen wird.
17	Um die Arbeit an der IAS noch schöner zu machen
18	möchte meine Meinung preisgeben
19	Mithilfe als zufriedener Arbeitnehmer
23	Weil es eine gute Idee ist
25	Beitrag zu Verbesserungen "Durchsichtigkeit" Verbessern (Vorschläge sammeln)
26	ohne tatkräftige Mitarbeit kann man keine Veränderungen erzielen

**Tabelle 30: Motive zur Beantwortung des Fragebogens**

Aus den Antworten spricht überwiegend Zufriedenheit mit der Arbeit in der IAS. Zudem ist ablesbar, daß mit der Beantwortung dieses Fragebogens die Möglichkeit eingeräumt wurde, dies nicht nur zum Ausdruck bringen zu können, sondern gegebenenfalls auch zur Optimierung des IAS-Konzeptes beitragen zu können. Die Bewertung dieser Antworten verknüpft mit denen zur zuvor dargestellten Frage 21 zeugt von einer hohen Identifikation der Mitarbeiter mit dem gelebten Konzept der IAS.

## 5. Fazit

Die Interdisziplinäre Aufnahmestation am Landeskrankenhaus Waldviertel in Horn hat sich allen Ergebnissen nach als erfolgreiches innovatives Konzept an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung erwiesen. Sowohl die in den einzelnen quantitativen als auch in den in den Hebeln 1 bis 8 (vgl. Kapitel 4.1.5) zusammengefaßten monetären Daten ist dieser Erfolg ablesbar.

So ist es im LK WV-377 zu einer deutlichen Reduzierung nicht nur der Belagstage, sondern auch der stationären Aufnahmen gekommen ist. Mit Blick auf die nächstgelegenen Krankenhäuser kann zudem kein auf Grund der Wirksamkeit der IAS beobachteter Nachfrageanstieg konstatiert werden. Gleiches gilt für ausgewählte Fachrichtungen im extramuralen Bereich. Während es bei den Allgemeinmedizinerinnen zu einer Reduktion der Inanspruchnahmehäufigkeit kam, wurde z.B. bei den niedergelassenen Internisten, Neurologen und Radiologen eine Frequenz- und Kostensteigerung festgestellt.

Die ökonomische Bewertung der Wirksamkeit der IAS Horn mit den Rechenmodellen Reformpool-Manager und AHB-200 weist gesamtökonomische Einsparungen von € 1.435.250,-- im Jahr 2006 und von € 919.308,-- im Jahr 2007 aus.

Bei der ökonomischen Bewertung ist zu beachten, dass bei der IAS Horn vom singulären regionalen Umfeld und Kontext ausgegangen wurde, insbesondere der Schließung zweier internistischer Einrichtungen in Allentsteig und Eggenburg. Diese Berechnung darf somit nicht verallgemeinert werden. Zudem sind die Tiefe der Analyse und Isolation der einzelnen Hebel beim IAS Horn nicht weit genug fortgeschritten, um bei der Implementierung ähnlicher IAS-Einrichtungen auf anderen Standorten in Anwendung zu kommen.

Der Projekterfolg in Horn kann weiterhin auch aus den Meinungen von befragten IAS-Patienten, zuweisenden Ärzten und den Mitarbeitern der IAS eindrucksvoll herausgelesen werden.

Seitens der Patienten besteht eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot der IAS. Der Anteil der Patienten, die auf Grund der dort erfahrenen sehr guten Qualität der (Gesamt)Versorgung in einer mehrheitlich als sehr kurz empfundenen Behandlungsdauer den Weg zur IAS direkt einschlagen ohne ihren Hausarzt oder niedergelassenen Facharzt aufzusuchen, beträgt knapp 50 %. Genau 95 % der Patienten würde die IAS weiterempfehlen.

Die niedergelassenen Ärzte, die zum Teil ihre Patienten der IAS zuweisen, führen dafür durch Patienten oder Kollegen gesammelten positiven Eindrücke oder Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der IAS Horn an. Die befragten zuweisenden Ärzte schätzen sogar zu 100 % die Qualität und den Umfang der in der IAS erbrachten Leistungen als gut und besser ein. Dies ist besonders hoch zu bewerten, wenn die zuweisenden Ärzte mehrheitlich eine unklare Diagnose als Grund für eine Zuweisung angeben, denn die Zufriedenheit des Patienten dürfte mit einem erfolgreichen Behandlungsabschluß um so höher ausfallen. Zugleich verspüren mehr als drei Viertel der Ärzte keine negativen wirtschaftlichen Auswirkungen für ihre Praxis durch

die Wirksamkeit der IAS. Und knapp 90 % der befragten Ärzte würden sogar im Bedarfsfall dieses Leistungsangebot selbst nutzen wollen.

Die befragten Mitarbeiter, von denen drei Viertel ihre Tätigkeit in der IAS bereits seit 2006 ausübt, sind nahezu vollständig sehr zufrieden mit den unterschiedlichsten Facetten ihrer Beschäftigung in der IAS. Zudem sind sie in einem hohen Maße in der Lage, auf noch bestehende Schwachpunkte hinzuweisen und in frei formulierten Antworten Ansatzpunkte für die Lösung noch bestehender Probleme zu benennen, was für eine vergleichsweise hohe Motivation steht.

Wie bereits aus der Gestaltung des Berichtes, in welchem Teile – zugeliefert von den Kooperations- und Finanzierungspartnern (NÖGUS und nÖ. Krankenversicherungsträgern) – zu finden sind, wird diese Einschätzung grundsätzlich auch von den beteiligten Kooperations- und Finanzierungspartnern mitgetragen, worin eine Bestätigung des Erfolgs dieses Vorhabens zu sehen ist.

Aus diesen Gründen heraus kann konstatiert werden, daß das Konzept der IAS Horn als ein sehr effizienter Beitrag zur Lösung der demographischen und der sich daraus ergebenden ökonomischen Probleme der Zukunft der Gesellschaft, wie dies nicht nur im Österreichischen Gesundheitssystem beobachtet werden kann, einzuschätzen ist.

Als Autor dieses Berichtes bleibt mir abschließend nur noch, allen Beteiligten bei der Übertragung dieses Konzeptes auf andere Teile des Österreichischen Gesundheitssystems besten Erfolg zu wünschen. Mit dem Konzept einer Interdisziplinären Aufnahmestation werden zwar in erster Linie gesundheitliche Probleme von Patienten gelöst. Insofern dies wie in diesem Bericht nachgewiesen in einer gesamtwirtschaftlich sehr effizienten Form erfolgt, werden zugleich auch ein nicht unwesentlicher Teil der ökonomischen Probleme gelöst.

Der an der einen oder anderen Stelle „erhobene Zeigefinger“ sei als ein unterstützendes Symbol dahingehend zu verstehen, daß alle beteiligten Kooperations- und Finanzierungspartner, das im Rahmen des Evaluationsprozesses dieses Vorhabens bereits mit Projektstart begonnene gemeinsame Lösen der Probleme, nicht nur nicht aus den Augen verlieren, sondern erfolgreich fortsetzen mögen. Viel Glück dabei!

## Literaturverzeichnis

*BURCHERT, HEIKO UND ERNEST PICHLBAUER: Der Nutzen elektronischer Patientenakten. Wien im April 2008.*

*BURCHERT, HEIKO UND DEBOLD & LUX BERATUNGSGESELLSCHAFT FÜR INFORMATIONSSYSTEME UND ORGANISATION IM GESUNDHEITSWESEN MBH: ELGA – Quantifizierung der Kosten und des Nutzens der Kernanwendungen mit den Methoden einer Kosten-Nutzen-Analyse, Bielefeld und Hamburg im Mai 2008.*

*Stichprobenanalyse der NÖGKK in der IAS Horn im Auftrag der Projektarbeitsgruppe. St. Pölten, 12. November 2008.*

## **Anhang**

**Anhang 1. Stichprobenanalyse in der IAS Horn im Auftrag der Projektarbeitsgruppe**

**Anhang 2. Auswertung der Patientenbefragung und zugehöriger Fragebogen**

**Anhang 3. Auswertung der Befragung der niedergelassenen Ärzte und zugehöriger Fragebogen**

**Anhang 4. Auswertung der Mitarbeiterbefragung und zugehöriger Fragebogen**

# ANHANG 1 ZUM EVALUATIONSBERICHT



## REFORMPOOL- PROJEKT

### IAS HORN

## STICHPROBENANALYSE IN DER IAS HORN IM AUFTRAG DER PROJEKTARBEITSGRUPPE



Im Auftrag der nÖ. Gesundheitsplattform

St. Pölten, 01. Dezember 2008

## **INHALTSVERZEICHNIS:**

Hypothese: .....	12
Datengrundlage: .....	12
Methodik: .....	12
Ergebnisse: .....	12
Resümee: .....	12

Die IAS Horn verzeichnete in einem Zeitraum von 1.9.2006 bis 31.3.2008 eine Kontakthäufigkeit von 10.614 (nur NÖGKK). Eine detailspezifische Analyse für den intramuralen bzw. extramuralen Bereich dieser Kontakte erscheint als unmöglich, daher soll eine repräsentative Stichprobe aus der Gesamtheit der Kontakte den Datenpool für weitere Analysen bilden.

### **Hypothese:**

In den üblichen Aufnahmeambulanzen von Krankenhäusern, ausgenommen sind Unfallambulanzen und Spezialambulanzen, wird aufgrund einer klinischen Untersuchung die Entscheidung getroffen, ob ein Patient einer stationären Behandlung bedarf oder ob er wieder in häusliche Pflege entlassen werden kann.

In der IAS Horn kann über die klinische Untersuchung hinaus eine umfassende Basisdiagnostik durchgeführt werden. Im Bedarfsfall stehen auch fachärztliche Begutachtungen aus den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie und Neurologie zur Verfügung. Da auch durch die angeschlossene Kurzliegerstation medizinische Kurzinterventionen und Observanz möglich sind, ist anzunehmen, dass viele Fälle, die früher zur Beobachtung oder Durchuntersuchung aufgenommen werden mussten, nach der entsprechenden Abklärung wieder entlassen werden können.

### **Datengrundlage:**

Um diese Arbeitshypothese zu stützen, wurden rund 200 typische Ambulanzpatienten<sup>11</sup> durch Clusterbildung der zugrunde liegenden Daten der IAS Horn (siehe Tabelle 14: Dateninhalt) ausgewählt. Die Unterlagen zu den 403 Ambulanzkontakten dieser Patienten wurden händisch gesichtet. Dabei mussten vier Patienten mit je einem Kontakt ausgeschieden werden, da sich in den Ambulanzunterlagen keine Kontakte zur IAS fanden und offensichtlich storniert worden waren. Es verblieben 195 Patienten die insgesamt 399 Kontakte zur Aufnahmestation hatten. Es wurden in allen Fällen die Ambulanzprotokolle, die erhobenen Befunde und die Arztbriefe der Patienten gesichtet und die Ergebnisse statistisch erfasst. Bei Patienten, die stationär aufgenommen wurden, ist auch Einsicht in die Visitendekurse und die Entlassungs- beziehungsweise Transferierungsberichte genommen worden. Es wurde weiters versucht, in jedem der 399 Fälle, auf der Basis der protokollierten Beschwerden zum Zeitpunkt der Aufnahme, zu entscheiden, ob es ohne weitere Diagnostik zu einer stationären Aufnahme gekommen wäre.

### **Methodik:**

Das Prinzip der Stichprobenbildung beruht auf der Bildung von Cluster (Klassen), die in so genannte Codes (Kombinationen) aus Zahlen und Buchstaben zusammengefügt

---

<sup>11</sup> Ursprünglich 300 (aufgrund fehlender Zeitressourcen minimiert)

werden. Die Klassenbildung mit den zugewiesenen Schlüsseln sind in der Tabelle 15: Stichprobenclustering dargestellt.

Ein Score (Reihung), der diese Codes auf Grund ihrer Häufigkeit reiht, ist Grundlage für die Bildung der repräsentativen Stichprobe (siehe Tabelle 16: Code- und Scorebildung). Der Umfang der Stichprobe wurde auf eine Anzahl von 200 Kontakten begrenzt, um in der späteren Analyse der Leistungsdaten des intra- bzw. extramuralen Bereiches eine zeitliche Durchführbarkeit zu garantieren.

- Aufnahme datum
- Aufnahmezeit
- Geburtsdatum
- Sozialversicherungsnummer
- Patientenalter
- Geschlecht (m/w)
- Zuweisung durch niedergelassenen Allgemeinmediziner oder Facharzt (ja/nein)
- Priorität bei der Aufnahme
  - Akut
  - Heute OP
  - Kind
  - Liegend Transport
  - Notarzt
  - Rettung
  - Standard
- Laborleistungen (ja/nein)
- radiologische Leistungen (ja/nein)
- Fachärztliche Begutachtung im Rahmen des IAS Aufenthaltes (ja/nein)
- Aufnahme auf Kurzliegerstation (ja/nein)
- ICD 10 Entlassungsdiagnose (ICD 10-Codierung)
- Stationäre Aufnahme (ja/nein)
- IAS Entlassungskennzeichen
  - Behandlungsende
  - Fachärztliche Kontrolle
  - Zuweisung
  - Kontrolle beim Facharzt
  - Geplante stationäre Aufnahme
  - Stationär IAS
  - Stationäre Aufnahme
  - Wiederbestellt zur Fachambulanz
  - Entlassung ohne Weiteres
  - Wiederbestellung bei Beschwerden
  - Telephonische Vereinbarung
  - Behandlungsdauer (Minuten)

Tabelle 14: Dateninhalt

<b>3 Altersklassen:</b>	0-15	16-55	56-...						
Codierung	0	1	2						
<b>2 Zuweisungsarten</b>	nein	ja							
Codierung	0	1							
<b>4 Leistungsklassen</b>	0 keine Leistung 1 Leistungspkt. (Fachärztliche Begutachtung, Labor od. Röntgen) 2 zwei Leistungspunkte 3 drei Leistungspunkte								
<b>3 Entlassungs-kennzeichen</b>	Behandlungsende		Kontrolle Hausarzt		Fachärztliche Kontrolle		Zuweisung		
Codierung	0/1		0/1		0/1		0/1		
<b>4 Behandlungsdauer</b>	0-60		61-120		121-180		> 180		
Codierung	0		1		2		3		
<b>9 Aufnahmequartale</b>	2Q06	3Q06	4Q06	1Q07	2Q07	3Q07	4Q07	1Q08	2Q08
Codierung	a	b	c	d	e	f	g	h	i

Tabelle 15: Stichprobenclustering

Altersklasse Zuweisung Leistung Behandlungsende Kontrolle Hausarzt Fachärztliche Kontrolle Zuweisung Behandlungsdauer Aufnahmequartal			
a b c d e f g h i	Anzahl der Patienten	Anzahl der Stichprobe (ohne Runden)	Anzahl der Stichprobe (gerundet)
	<b>2.949</b>		<b>300</b>
1 0 0 1 0 0 0 0 e	36	8,40	8
1 0 0 0 1 0 0 0 e	27	6,30	6
0 0 0 1 0 0 0 0 f	25	5,84	6
1 0 1 1 0 0 0 3 f	25	5,84	6
1 0 2 1 0 0 0 3 b	25	5,84	6
1 0 0 1 0 0 0 0 f	24	5,60	6
1 0 0 0 1 0 0 0 f	24	5,60	6
1 0 1 1 0 0 0 1 e	24	5,60	6
1 0 1 0 1 0 0 1 e	24	5,60	6
2 0 0 1 0 0 0 0 f	24	5,60	6
1 0 1 1 0 0 0 1 f	21	4,90	5
0 0 0 1 0 0 0 0 e	21	4,90	5
1 0 0 0 0 1 0 0 f	21	4,90	5
1 0 2 1 0 0 0 3 e	21	4,90	5
1 0 0 0 0 1 0 0 b	21	4,90	5
1 0 0 1 0 0 0 0 c	20	4,67	5
1 0 2 1 0 0 0 3 f	20	4,67	5
1 0 0 0 1 0 0 0 b	20	4,67	5
1 0 1 1 0 0 0 2 f	20	4,67	5
1 0 1 1 0 0 0 3 e	20	4,67	5
1 0 1 0 1 0 0 1 f	19	4,44	4
...	...	...	...

Tabelle 16: Code- und Scorebildung

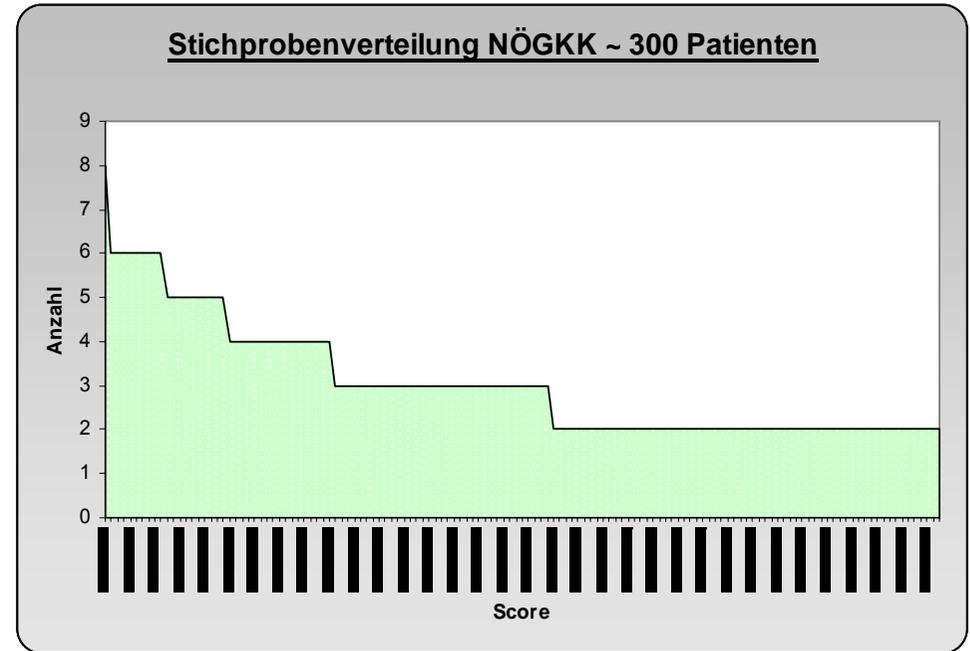


Abbildung 41: Stichprobenverteilung

## Ergebnisse:

Anzahl der Kontakte	399
Anzahl der Patienten	195
Kontakt/Patient	2,05

Tabelle 17: Grunddaten

## Zuweisungsart:

ohne	mit	Gesamt
314	85	399
78,70%	21,30%	100,00%

Tabelle 18: Zuweisungsart

## Transporte:

Privat	Rettung	NAW	Gesamt
309	62	28	399
77,44%	15,54%	7,02%	100,00%

Tabelle 19: Transporte

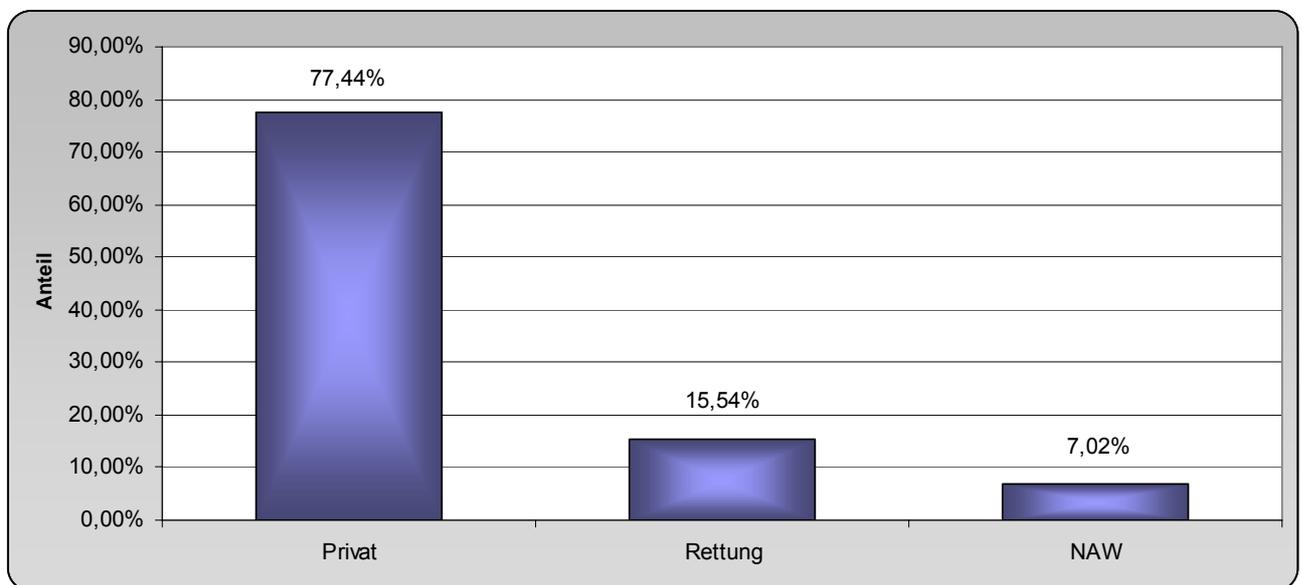


Abbildung 42: Transporte

**Labor:**

ja	nein	Gesamt
245	154	399
<b>61,40%</b>	<b>38,60%</b>	100,00%

Tabelle 20: Labor

nur Labor	mit spez. Labor	
165	80	245
<b>67,35%</b>	<b>32,65%</b>	

Tabelle 21: spezielles Labor

**EKG:**

ja	nein	Gesamt
203	196	399
<b>50,88%</b>	<b>49,12%</b>	100,00%

Tabelle 22: EKG

**Infusion:**

ja	nein	Gesamt
87	312	399
<b>21,80%</b>	<b>78,20%</b>	100,00%

Tabelle 23: Infusion

**Aufnahme-Analyse:**

ohne IAS keine stat.	ohne IAS stat.	keine Aussage	Gesamt
78	279	42	399
<b>19,55%</b>	<b>69,92%</b>	<b>10,53%</b>	100,00%

Tabelle 24: Aufnahme-Analyse

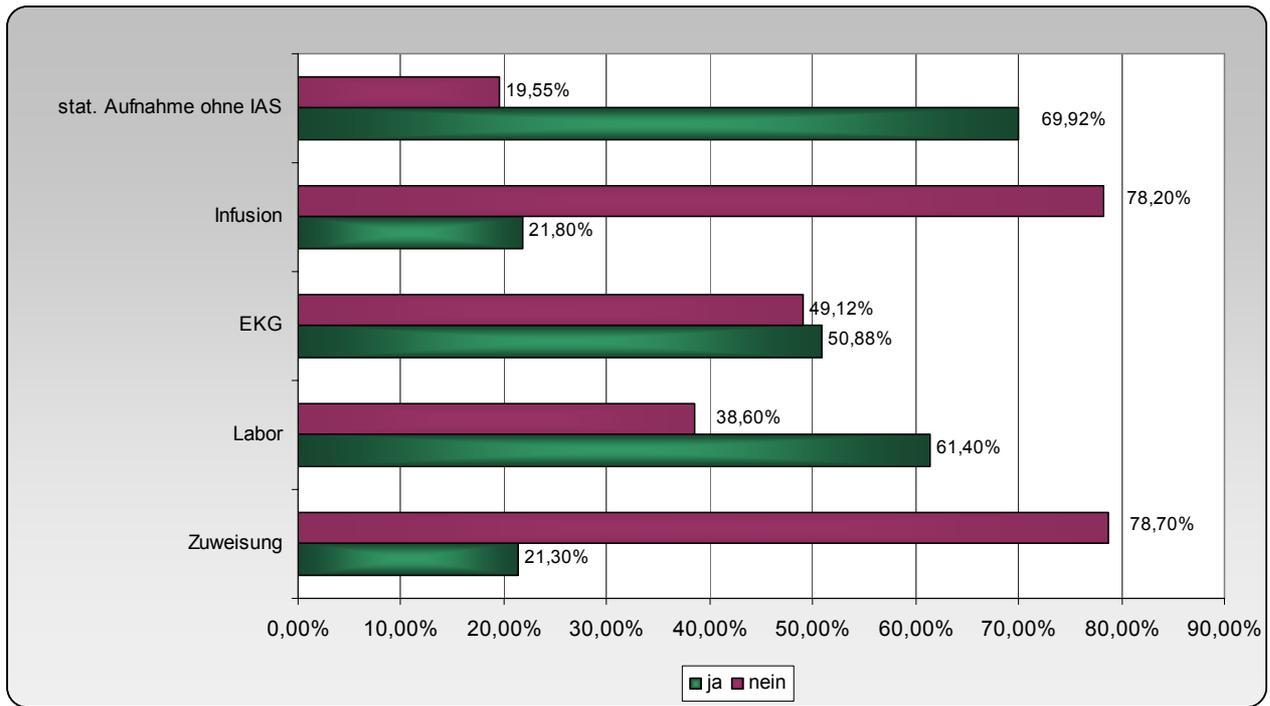


Abbildung 43: Gesamtanalyse

**Diagnosen:**

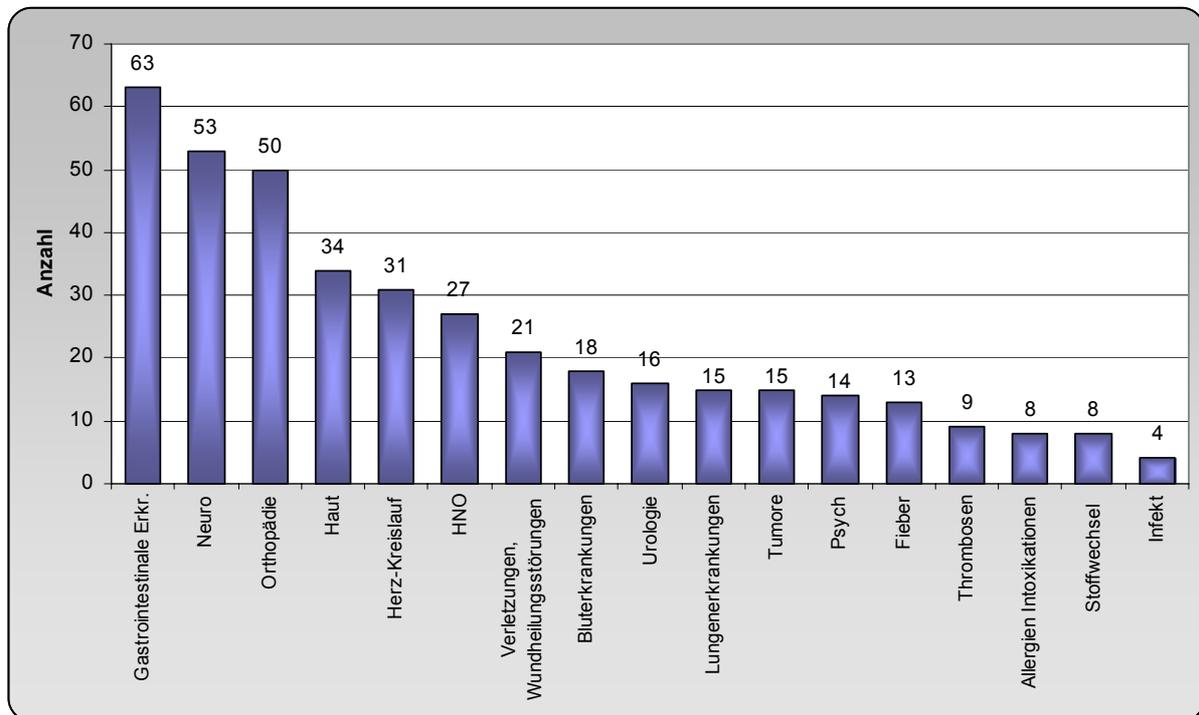


Abbildung 44: Diagnosen

## Besuchszeiten:

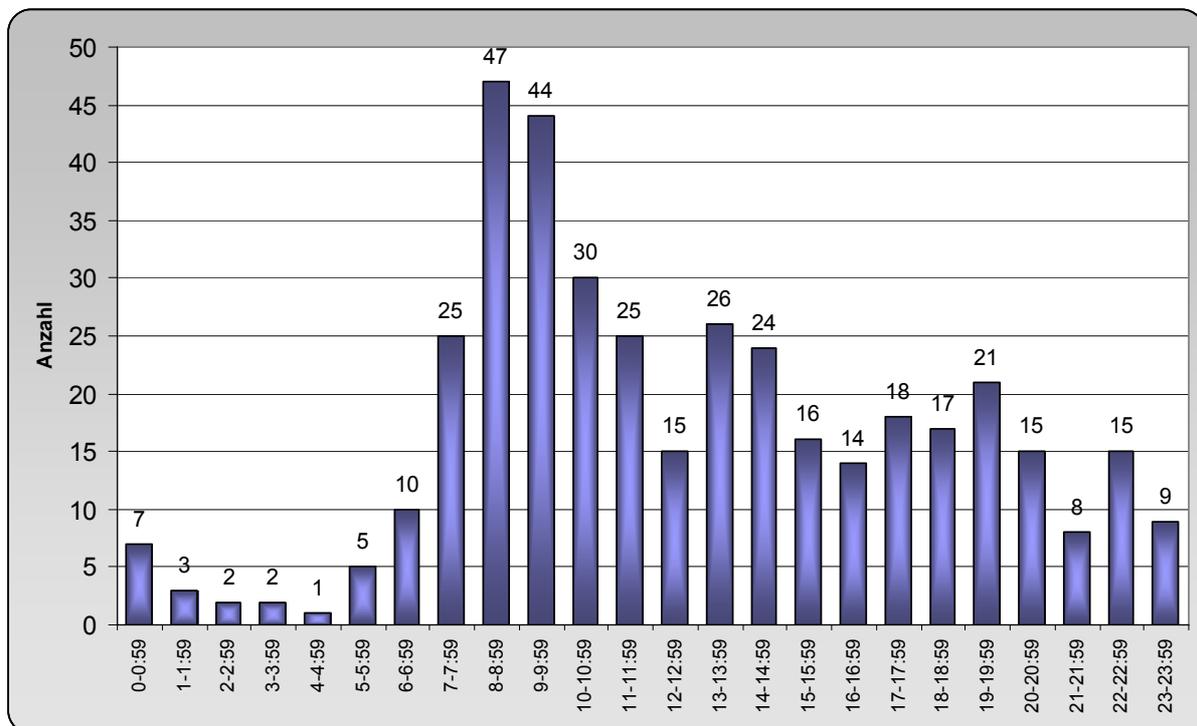


Abbildung 45: Besuchszeiten

## Resümee:

Zusammenfassend ergibt sich, dass bei den 399 Kontakten in 118 Fällen eine stationäre Aufnahme erfolgte. Davon waren 12 Aufnahmen geplant und die Aufnahmeroutine wurde über die IAS abgewickelt.

In den 279 Fällen, die nicht aufgenommen wurden, wäre es in 190 Fällen vor dem Bestehen der IAS vermutlich zu einer stationären Abklärung des Zustandsbildes gekommen. Von der IAS wurden nach entsprechender Abklärung 124 Fälle ohne weitere Betreuungsnotwendigkeit entlassen. In 33 Fällen wurden die Patienten zu hausärztlichen Kontrollen in 23 Fällen an einen Facharzt verwiesen. Fünf Fälle wurden in die IAS wiederbestellt, weitere 5 Fälle wurden an Spezialambulanzen anderer Krankenhäuser verwiesen.

Unter den 78 Fällen die auch vor Bestehen der IAS keiner stationären Behandlung bedurft hätten, finden sich 13 Verbandwechsel, und 6 geplante Infusionstherapien. Die übrigen Fälle sind größtenteils harmlose Hautaffektionen, wie Insektenstiche und banale Infekte, besonders solche der oberen Luftwege.

## **Anhang 2:**

# **Auswertung der Patientenbefragung und zugehöriger Fragebogen**

### **Inhaltsverzeichnis**

	Seite
Tabellenverzeichnis .....	12
Abbildungsverzeichnis .....	12
1. Vorbemerkungen .....	12
2. Zu den soziodemographischen Daten der Teilnehmer an der Befragung .....	12
2.1 Geschlecht und Alter der Patienten .....	12
2.2 Wohnort der Patienten .....	12
3. Fragen zur Zuweisung .....	12
3.1 Struktur der Zuweiser .....	12
3.2 Beweggründe für den Besuch der IAS Horn .....	12
4. Fragen zur Service-Qualität .....	12
4.1 Wartezeiten und Behandlungsdauer .....	12
4.1.1 Dauer bis zum Behandlungsbeginn .....	12
4.1.2 Dauer bis zum Erstkontakt mit der jeweiligen Berufsgruppe .....	12
4.1.3 Behandlungsdauer .....	12
4.2 Informiertheit der Patienten .....	12
4.2.1 Über den Fortgang der Behandlung .....	12
4.2.2 Im Vorfeld der Untersuchungen .....	12
4.2.3 Über Folgebehandlungen außerhalb der IAS Horn .....	12
4.2.4 Informiertheit der Patienten in der Gesamtschau .....	12
5. Fragen zur Kompetenz des Personals .....	12
5.1 Fähigkeit der Beruhigung des Patienten .....	12
5.2 Fähigkeit, zuzuhören .....	12
5.3 Fähigkeit, den Patienten in Entscheidungen einzubeziehen .....	12
6. Fragen zur Gesamteinschätzung .....	12
6.1 Gefühl einer fachlich guten Behandlung .....	12
6.2 Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes .....	12
6.3 Vertrauen zur Medizin .....	12
6.4 Erfüllung der Erwartungen von der IAS Horn .....	12
6.5 Weiterempfehlung der IAS Horn .....	12
6.6 Zusammenfassung der Einzelaspekte der abschließenden Gesamteinschätzungen .....	12
7. Spektrum der positiven und negativen Anmerkungen .....	12
8. Frage nach der Rufnummer des Ärztenotdienstes .....	12
Literaturverzeichnis .....	12
Anhang: Patientenfragebogen .....	12

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 26: Entfernung des Wohnortes der Patienten der IAS und die Häufigkeit ihres Besuches .....	12
Tabelle 27: Struktur der Zuweiser.....	12
Tabelle 28: Wartezeit in der Praxis aus der KBV-Versichertenbefragung 2006.....	12
Tabelle 29: Wartezeit bis zum Erstkontakt mit den unterschiedlichen Berufsgruppen .....	12
Tabelle 30: Vom Personal vermitteltler Eindruck der Fähigkeiten der Beruhigung von Patienten .....	12
Tabelle 31: Fähigkeiten des Personals, zuzuhören .....	12
Tabelle 32: Liste der positiven und negativen Rückmeldungen.....	12

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 26: Altersstruktur der Befragten .....	12
Abbildung 27: Beweggründe für die Inanspruchnahme der IAS Horn .....	12
Abbildung 28: Beweggründe für die Inanspruchnahme der IAS Horn von den Patienten mit einer Zuweisung durch den Hausarzt oder ohne Zuweisung.....	12
Abbildung 29: Häufigkeitsverteilung bezogen auf die Dauer der Wartezeit .....	12
Abbildung 30: Vergleich der Wartezeiten aus der KBV-Versichertenbefragung mit den Daten der IAS Horn .....	12
Abbildung 31: Subjektives Empfinden der Behandlungsdauer .....	12
Abbildung 32: Gefühl einer guten Behandlung in der IAS Horn.....	12
Abbildung 33: Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes.....	12
Abbildung 34: Vertrauen zur Medizin im allgemeinen.....	12
Abbildung 35: Erwartung von der IAS Horn .....	12
Abbildung 36: Weiterempfehlung der IAS Horn .....	12
Abbildung 37: Kenntnis der Rufnummer des Ärztenotdienstes.....	12

## 1. Vorbemerkungen

Die Befragung der Patienten fand in der Zeit von Ende Juli bis Ende August 2008 statt. An der Befragung nahmen 500 Patienten teil. Die Gruppe der Patienten setzte sich aus den Patienten zusammen, die am Ende der Behandlung als nicht stationär behandlungsbedürftig galten. Daher erhielten die betreffenden Patienten auch erst zu diesem Zeitpunkt den Fragebogen ausgehändigt. Von diesen 500 Patienten gaben 92 ihren Fragebogen ausgefüllt zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 18,4 %. Eine Analyse der zurückgegebenen Fragebogen ergab, daß von den 92 Fragebögen 73 vollständigen ausgefüllt waren. Bei 19 Fragebögen war mindestens eine Frage nicht beantwortet.

In der ersten Hälfte des Befragungszeitraumes wurden die Bögen mit nach Hause gegeben, dort ausgefüllt und im frankierten Rückumschlag zurückgesandt. Auf Grund des geringen Rücklaufes kam es in der Mitte des Befragungszeitraumes zur Änderung des Verfahrens. Von nun an wurden die Patienten gebeten, nach Abschluß der Behandlung ihren Bogen beim Verlassen der IAS Horn am Empfang in einen bereitgestellten Postkasten zu werfen.

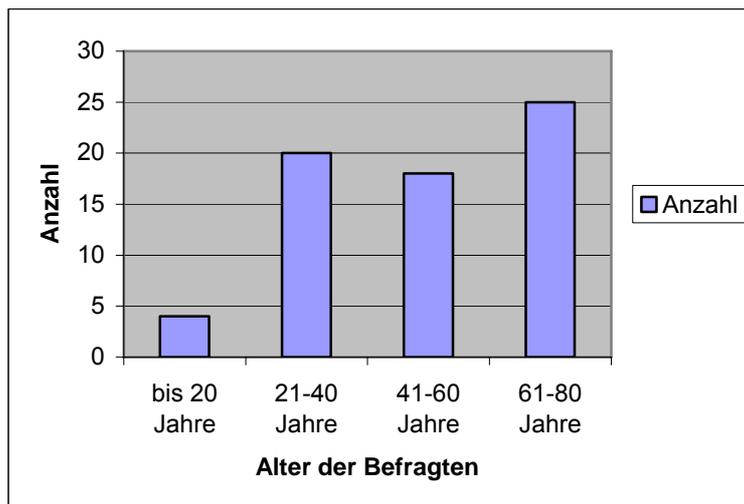
Der Fragebogen hatte einen Umfang von 24 Fragen auf drei Seiten. Bis auf wenige Ausnahmen waren die Fragen mit vorstrukturierten Antwortvorgaben versehen. Im Falle der Verwendung von Likert-Skalen standen vier Werte zur Auswahl, um eine entscheidungsfreie „Wahl der Mitte“ nicht zuzulassen. Am Ende des Fragebogens erfolgte die Abfrage von Daten zur Person (Geschlecht, Geburtsjahr und Postleitzahl des Wohnortes).

## 2. Zu den soziodemographischen Daten der Teilnehmer an der Befragung

### 2.1 Geschlecht und Alter der Patienten

Die Patienten wurden gebeten, ihr Geschlecht und das Geburtsjahr anzugeben. Rund 42 % der Befragungsteilnehmer waren männlich und 58 % weiblich. Dies entspricht den empirischen Befunden, daß Frauen eine höhere Symptomsensibilität aufweisen, was sich auch in einer höheren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und somit der bekannten höheren Lebenserwartung zeigt. Diese höhere Sensibilität für gesundheitliche Belange wird auch durch die höhere Beteiligung an entsprechenden Befragungen, wie der vorliegenden, bestätigt.

Das Alter der an der Befragung teilnehmenden Patienten wies die aus der Abbildung 1 zu ersehenden Häufigkeitsverteilung auf:



**Abbildung 46: Altersstruktur der Befragten**

Deutlich wird, daß die Patienten eine Altersstruktur aufweisen, die mit 25 von 67 Teilnehmern oder 37,3 % einen Schwerpunkt bei den über 61jährigen hat. Die bis 20jährigen Patienten machen mit 4 Teilnehmern nicht einmal einen Anteil von 6 % aus. Diese Altersstruktur nimmt damit im groben die Züge der zukünftigen Bevölkerungspyramide vorweg.

Zur Ermittlung des Alters wurde in der Frage 23 um die Angabe des Geburtsjahres gebeten. Bei der Dateneingabe wurde dann zum einen aus dem Geburtsjahr das aktuelle Alter des Befragten abgeleitet und das Alter der jeweiligen Alterstufe (bis 20 Jahre, zwischen 21 und 40 Jahre, zwischen 41 und 60 Jahre sowie zwischen 61 und 80) zugeordnet. Damit ist leider keine Auswertung des jüngsten und ältesten Teilnehmers an der Befragung mehr möglich.

## 2.2 Wohnort der Patienten

Zur Identifizierung des Wohnortes der die IAS Horn besuchenden Patienten wurde die Postleitzahl ihrer Wohnadresse abgefragt. Deren Auswertung ergibt folgendes Bild:

PLZ	Wohnort	Häufigkeit	
		abs.	rel.
	Horn	40	53,3 %
	Hollabrunn	23	31 %
	Wien und Umgebung	4	5,3 %
	Waidhofen an der Thaya	3	3,9 %
	Tulln	2	2,6 %
	Zwettl	2	2,6 %
	Krems	1	1,3 %
	Summe	75	100 %

**Tabelle 25: Entfernung des Wohnortes der Patienten der IAS und die Häufigkeit ihres Besuches**

In einem Anteil von 84 % stammten die befragten Patienten aus Horn und Hollabrunn. Die Bedeutung insbesondere der einen vergleichsweise langen Weg bis zur IAS Horn in Kauf nehmen, wird deutlich, wenn in den anschließenden Analysen

bezogen auf diese Teilgruppe die Beweggründe für das Aufsuchen der IAS Horn besonders in den Blick genommen werden, vgl. hierzu Abschnitt 3.2.

### 3. Fragen zur Zuweisung

#### 3.1 Struktur der Zuweiser

Befragt danach, wer den befragten Patienten zur IAS Horn verwiesen hat, wurden folgende Akteure benannt:

Zuweiser	Anzahl Absolut	Anteil in %
Hausarzt	41	46,5
Facharzt	6	6,8
Notarzt	1	1,3
Keine Zuweisung	40	45,4
Summe	88	100,00

**Tabelle 26: Struktur der Zuweiser**

Eine Beantwortung mit dem Hinweis darauf, daß „keine Zuweisung“ erfolgte, ist gleichzusetzen mit einer Selbsteinweisung. Eine Selbstzuweisung liegt vor, wenn der Patient ohne den klassischen Überweisungsschein, einen Arzt in der IAS Horn konsultieren will. Fraglich bleibt, ob es bei den 46,5 % der Befragten, die angaben, eine Zuweisung durch einen Hausarzt erhalten zu haben, wirklich um eine Zuweisung handelte. Denkbar ist, daß hier die Zuweisung mit einer Empfehlung gleichgesetzt wurde. Mit Blick auf den dahinterliegenden Versorgungspfad käme es ansonsten nämlich zu einer Überweisung von einem Hausarzt zu einem anderen, denn der ärztliche Erstkontakt in der IAS Horn erfolgt stets durch einen Allgemeinmediziner.

Sollte bei diesen 46,5 % in der Tat eine Zuweisung durch einen Hausarzt vorliegen, deutet dies auf ineffiziente Versorgungsstrukturen hin. Den Gründen dafür sollte dringend nachgegangen werden, denn es betrifft knapp die Hälfte der IAS-Patienten.

#### 3.2 Beweggründe für den Besuch der IAS Horn

Die Beweggründe für die Inanspruchnahme der IAS Horn wurden in der Frage 2 erfaßt. Es waren Antwortvorgaben vorhanden, von denen bis zu drei angekreuzt werden konnten. Die Frage 2 ist die einzige Frage im 24 Fragen umfassenden Fragebogen, die von allen Teilnehmern beantwortet wurde. Daraus allein leitet sich ab, daß die Beantwortung dieser Frage allen Teilnehmern gleichermaßen wichtig erschien. In der Gesamtschau ergibt sich das Ergebnis, wie es in der Abbildung 2 zu entnehmen ist.

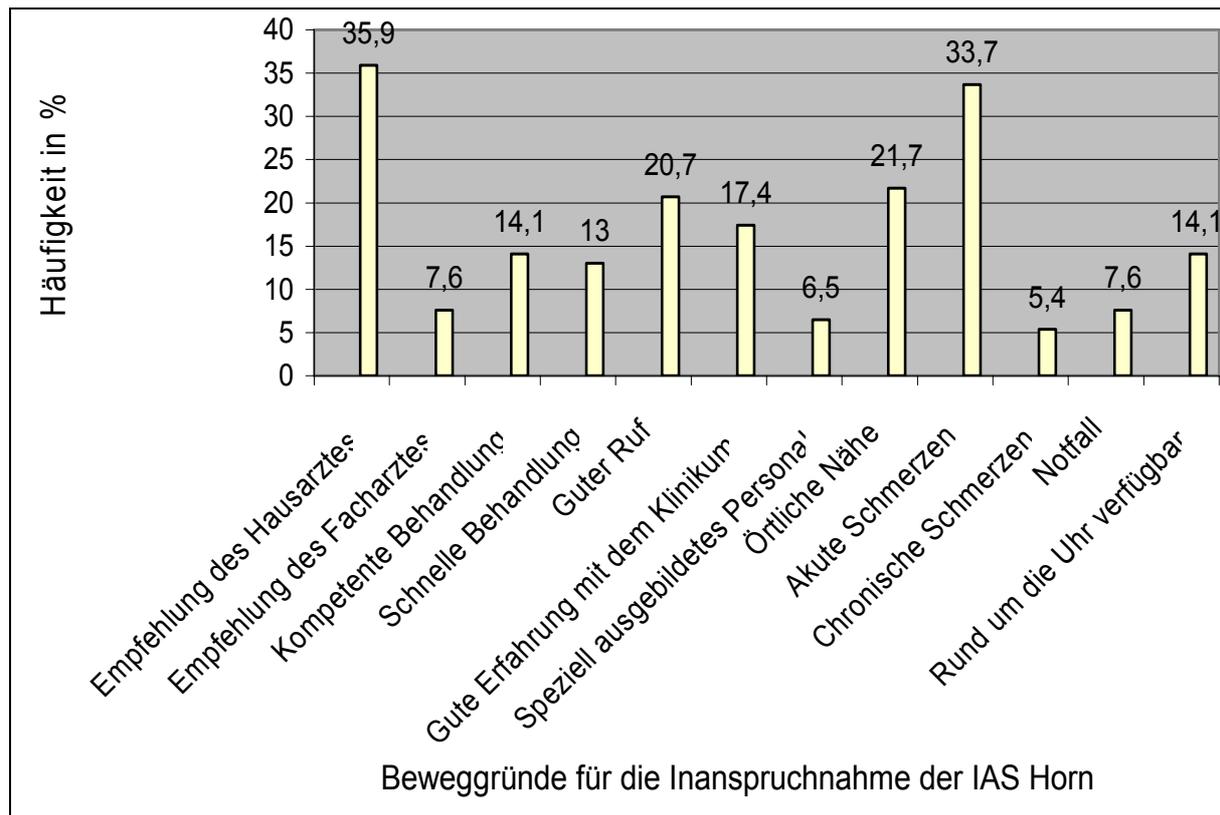


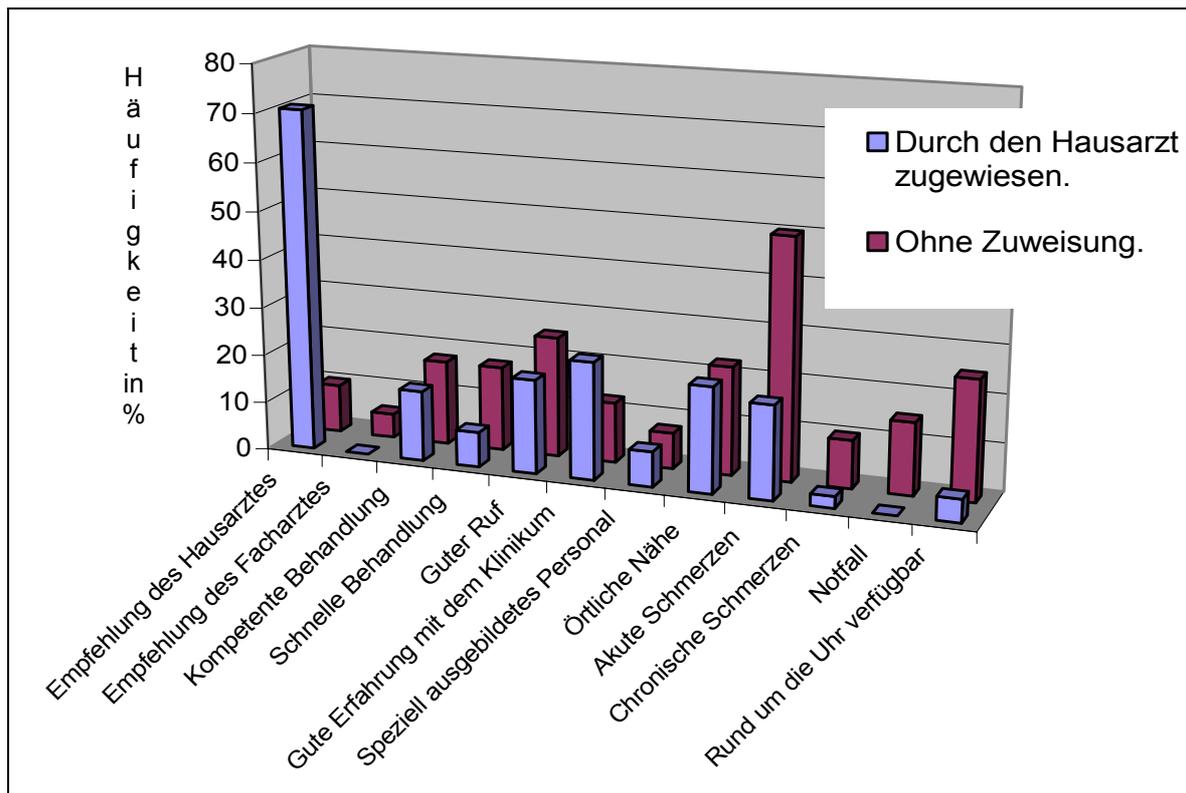
Abbildung 47: Beweggründe für die Inanspruchnahme der IAS Horn

Die am häufigsten genannte Beweggründe, die IAS Horn aufzusuchen, waren mit 35,9 % eine Empfehlung des Hausarztes und mit 33,7 % ein akutes Schmerzproblem. Mit einem gewissen Abstand folgen mit 21,7 % der Antworten die örtliche Nähe und 20,7 % der gute Ruf der IAS Horn. Zusammengefaßt kann dies auf den Nenner gebracht werden, daß man als naher Anlieger bei einem akuten Schmerzproblem Bewohner sofort die IAS Horn aufsuchen sollten. Dies sagen auch die Hausärzte. Zudem wird das durch den guten Ruf des Hauses bestätigt.

Aus der Perspektive einer optimalen Gestaltung eines gestuften Versorgungssystems ist dies mit einem Problem verbunden, wenn die Frage der Zuweisung zu dieser Analyse mit hinzugenommen wird. Wenn knapp die Hälfte der Patienten durch Hausärzte zugewiesen wurden, um dort ihr akutes Schmerzproblem behandeln zu lassen, dann ist dies aus Patientensicht zwar zuträglicher, sich bei einem akuten Schmerzproblem in der IAS Horn gut versorgt zu wissen (vgl. Seite 63, Absatz 2)

Um dem auf den Grund zu gehen, wurden in einem zweiten Analyseschritt nur die Beweggründe für die Inanspruchnahme der IAS Horn von den Befragten in den Blick genommen, die entweder eine Zuweisung des Hausarztes hatten, oder von sich aus direkt – weil bspw. erfahrungsunterstützt – den Weg in die IAS Horn eingeschlagen haben.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> In diesem Zusammenhang wäre eine ergänzende Recherche danach kennntnisfördernd, ob die Befragten bisher noch nicht oder bereits zum wiederholten Male die IAS Horn aufgesucht haben. Auf diese Weise würde sich klären lassen, ob es ein eigener Erfahrungshintergrund oder der Zuspruch eines anderen war, der die Patienten hat zur IAS Horn gehen lassen.



**Abbildung 48: Beweggründe für die Inanspruchnahme der IAS Horn von den Patienten mit einer Zuweisung durch den Hausarzt oder ohne Zuweisung**

Die vordere Säulenreihe stellt die Antworten der Patienten, die durch den Hausarzt zugewiesen wurden, auf die Frage nach ihren Beweggründen dar. Die hintere Säulenreihe ist die der „Selbstzuweiser“. Deutlich ist zu erkennen, daß sich das „Hauptmotiv“ bei den beiden Gruppen unterscheidet. Rund 70 % der Patienten, die durch den Hausarzt zur IAS Horn zugewiesen worden, gaben als Beweggrund die „Empfehlung durch den Hausarzt“ an. Bei genau 50 % der Selbstzuweiser war ein akutes Schmerzproblem der Grund für den Besuch der IAS Horn

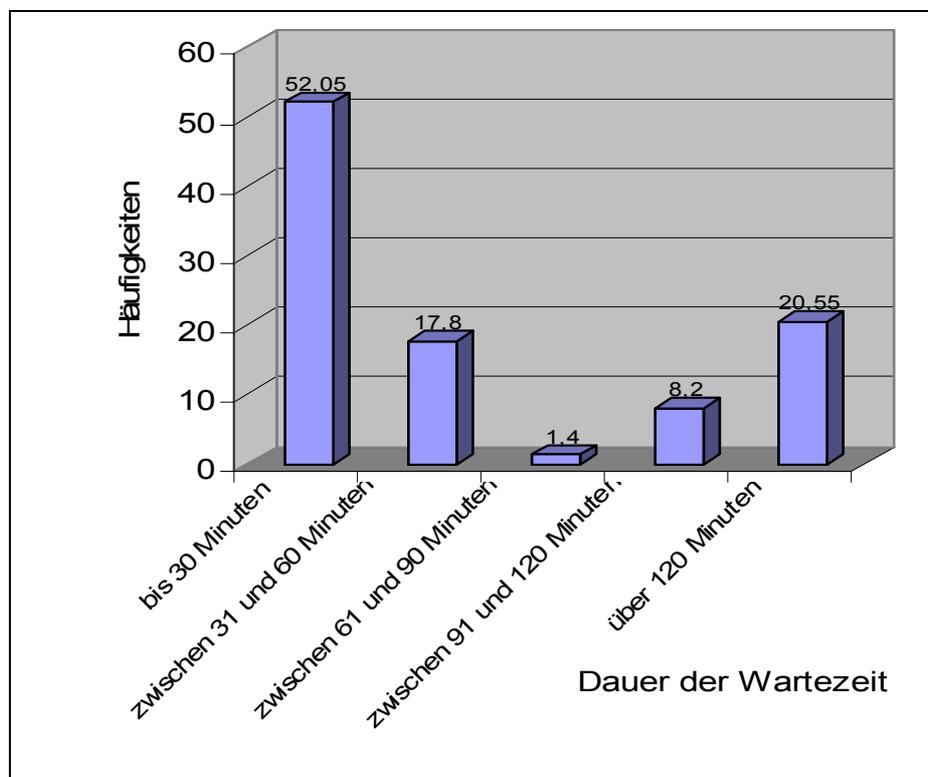
Weiterhin läßt sich die These ableiten, daß im Falle eines einmal erlebten Akut-Schmerz-Problems verbunden mit einem „Abschieben“ an die IAS Horn, sich die Patienten im Wiederholffalle am Hausarzt vorbei direkt zur IAS Horn begeben. Diese These wird dadurch bekräftigt, weil immerhin 25 % der Selbstzuweiser wußten, daß die IAS Horn rund um die Uhr verfügbar ist. 22,5 % wußten sowohl die IAS Horn in örtlicher Nähe als auch vom guten Ruf dieser Einrichtung. Wie bereits weiter oben dargestellt, kann diese These jedoch nur dann vollständig bestätigt werden, wenn eine Frage danach, ob es der Erst- oder ein wiederholter Kontakt mit der IAS Horn war, gestellt worden wäre.

## 4. Fragen zur Service-Qualität

### 4.1 Wartezeiten und Behandlungsdauer

#### 4.1.1 Dauer bis zum Behandlungsbeginn

Service-Qualität beginnt mit der Wartezeit. So auch im Rahmen der Befragung der Patienten in der IAS Horn. Befragt nach der Dauer der gesamten Wartezeit, vgl. Frage 4, gaben die Befragten ein breites Spektrum an Wartezeiten an. Bei einem Minimum von unter einer halben Stunde und mehr als zwei Stunden<sup>13</sup> stellte sich die folgende Verteilung ein, vgl. Abbildung 4.



**Abbildung 49: Häufigkeitsverteilung bezogen auf die Dauer der Wartezeit**

Mehr als die Hälfte der Patienten wartete nicht länger als eine halbe Stunde. Dabei war es unerheblich, ob es Patienten waren, die vom Hausarzt zugewiesen wurden, oder von selbst gekommen sind. (vgl. Seite 64, Abs. 2)

Eine Frage nach der Dauer der Wartezeit beim Arzt, die dem Patienten erst am Ende der Behandlung gestellt wird, führt lediglich zur Einschätzung einer empfundenen Wartezeit. Dies ist aus verschiedenen Gründen keine Frage, mit welcher die Servicequalität einer Einrichtung der Gesundheitsversorgung beschreiben läßt, weil diese Empfindungen insbesondere von Gründen, die der Person des befragten Patienten

---

<sup>13</sup> Die Patienten wurden zwar gebeten, ihre Wartezeit in Stunden und Minuten einzugeben. Bei der Erfassung wurde diese Angaben jedoch den 30-Minuten-Intervallen: weniger als 30 Minuten, zwischen 31 und 60 Minuten, zwischen 61 und 90 Minuten usw. zugeordnet.

zuzuschreiben sind, positiv wie negativ beeinflusst werden. So wird je nach Behandlungsergebnis oder je nach Perspektive des weiteren Vorgehens die Erinnerung an den Zeitpunkt des Aufsuchens des Arztes überlagert oder geschärft.

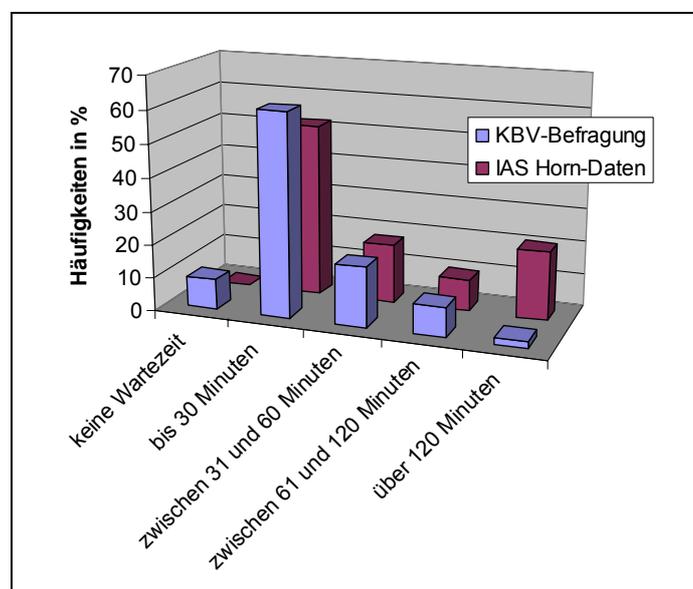
Hier wäre es sinnvoller gewesen, im Befragungszeitraum allen Patienten bei ihrer Anmeldung in der IAS Horn den Fragebogen in die Hand zu geben, und ihn beim Verlassen wieder entgegenzunehmen.

Um in puncto Wartezeiten und Service-Qualität eine abgesicherte Einschätzung treffen zu können, seien die Daten aus der IAS Horn mit den Daten der repräsentativen Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 2006<sup>14</sup> verglichen. Bei 3.529 Befragten ergab sich bezogen auf die Frage nach den Umfang der Wartezeit bei ihrem letzten Hausarztbesuch folgendes Bild der Tabelle 4:

Wartezeit	rel. Anteil an der Grundgesamtheit in %
Keine	9
Bis 15 Minuten	31
Bis 30 Minuten	30
Bis 60 Minuten	18
Bis 2 Stunden	9
Über 2 Stunden	2

**Tabelle 27: Wartezeit in der Praxis aus der KBV-Versichertenbefragung 2006**

Mit den Daten der IAS Horn verglichen sieht das Bild wie folgt aus:



**Abbildung 50: Vergleich der Wartezeiten aus der KBV-Versichertenbefragung mit den Daten der IAS Horn**

Bei einem Vergleich beider Datensätze kann festgestellt werden, daß sich beide im großen und ganzen ähneln, woraus sich schließen läßt, daß die in der IAS Horn

<sup>14</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006), S. 12.

vorgefundenen Beobachtungen keine Besonderheiten im negativen Sinne darstellen. Nur in zwei Punkten gibt es Unterschiede:

- 3) Bei der KBV-Befragung wurde von 9 % der Befragten angegeben, daß sie beim letzten Praxisbesuch nicht warten brauchten. Daß bei der IAS Horn hier der Wert Null steht, kann damit zusammenhängen, daß „keine Wartezeit“ in das Zeitintervall „bis 30 Minuten“ aufgenommen wurde.
- 4) Während bei der KBV-Befragung nur 2 % der Befragten angaben, länger als zwei Stunden gewartet zu haben, waren dies in der IAS Horn etwas mehr als 20 %. Hierzu ist zu sagen, daß bei der KBV-Befragung der Besuch einer normalen Hausarztpraxis im Mittelpunkt des Interesses stand. Wenn an dessen Ende die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung durch einen Facharzt offenbar wird, so ist dies i. d. R. mit einem Weg und einer Wartezeit bis zum nächsten verfügbaren Termin verbunden. Bei der IAS Horn ist bezogen auf letzteren Aspekt der Kontakt zum Facharzt inklusive anzusehen.

Somit können die Wartezeiten in der IAS Horn als durchaus überdurchschnittlich kurz angesehen werden, was für einen positiven Beitrag zu einer hohen Servicequalität spricht.

### **4.1.2 Dauer bis zum Erstkontakt mit der jeweiligen Berufsgruppe**

Die methodische Kritik an der Frage nach der gesamten Wartezeit in der IAS Horn läßt sich aus den bereits genannten Gründen auch auf die Frage 5, in welcher nach der Dauer der Wartezeit bis zum Erstkontakt mit dem Aufnahmenpersonal, einem Arzt oder einer Pflegekraft. Dies zeigt sich auch an der Anzahl der Befragten, die überhaupt hierzu Angaben machen konnten oder wollten, vgl. Tabelle 4. Die Frage nach der Dauer bis zum Erstkontakt mit einer Pflegekraft ist dabei die Frage des gesamten Fragebogens, die von den wenigsten beantwortet wurde. Dies eventuell damit zusammenhängen kann, daß die Betroffenen eventuell gar keinen Kontakt mit einer Pflegekraft hatten, was jedoch als sehr unwahrscheinlich einzuschätzen ist, als Vertreter einer klassischen und notwendigen Gruppe des „medizinischen Hilfspersonals“ ist eine Pflegekraft i. d. R. eine das ärztliche Handeln abrundende oder ergänzende Kraft. Wahrscheinlicher ist hier die Wahrnehmung des Patienten, der einen „unvermeidlichen“ Kontakt mit dem Aufnahmepersonal und den „ersehten“ und „heilsbringenden“ Kontakt zum Arzt hatte. Alles andere wird „ausgegrenzt“.

Bezogen auf die unterschiedlichen Berufsgruppen, mit denen die Patienten der IAS Horn bei einem Besuch in Kontakt kommen, wurden nur die Gruppe in den Blick genommen, die weniger als eine halbe Stunde bis zu einem entsprechenden Erstkontakt gewartet hat. Dementsprechend wurde nur der Umfang dieser Gruppe analysiert.

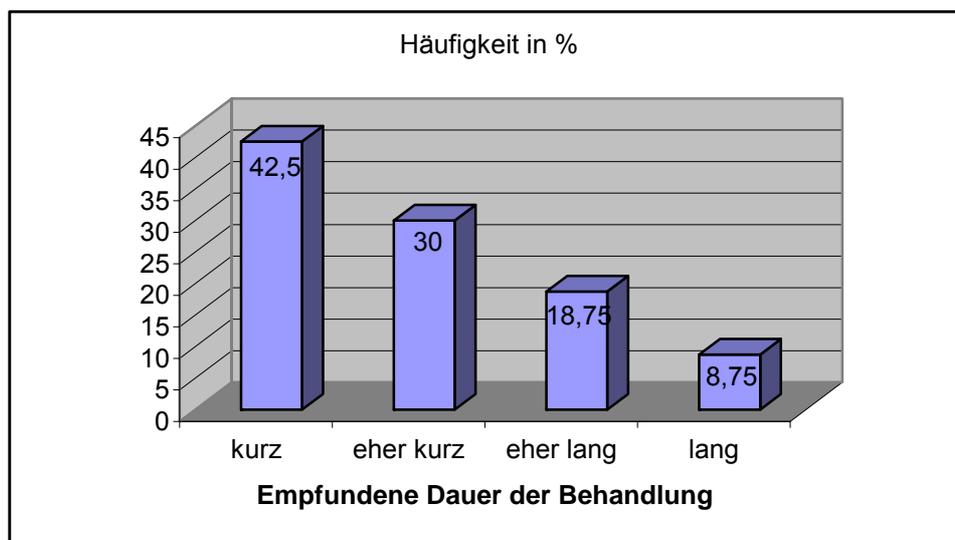
Berufsgruppe	Beantwortet von ...	Anteil der Patienten, die nicht länger als 30 Minuten warteten
Aufnahmepersonal	78,2 %	97,2 %
Pflegepersonal	56,5 %	96,1 %
Ärztliches Personal	76,1 %	88,6 %

**Tabelle 28: Wartezeit bis zum Erstkontakt mit den unterschiedlichen Berufsgruppen**

Ableiten daraus läßt sich, daß nahezu 90 % der Patienten innerhalb einer halben sowohl die Anmeldeformalitäten bewältigen konnten als auch den Erstkontakt mit einem Arzt hatten.

### 4.1.3 Behandlungsdauer

Die Patienten wurden in der Frage 8 nach ihrem subjektiven Befinden bezogen auf die gesamte Behandlungsdauer gefragt. Als Antwort konnte eine der folgenden Vorgaben angekreuzt werden: „kurz“, „eher kurz“, „eher lang“ und „lang“. Die Abbildung 6 verdeutlicht die Häufigkeit der Wahl der entsprechenden Antwortvorgabe.



**Abbildung 51: Subjektives Empfinden der Behandlungsdauer**

Insofern mit 72,5 % knapp drei Viertel der Patienten „kurz“ oder „eher kurz“ als empfundene Behandlungsdauer ankreuzten, kann dies als ein Hinweis auf eine von der Masse der Patienten als sehr gute Service-Qualität angesehen werden kann.

## 4.2 Informiertheit der Patienten

### 4.2.1 Über den Fortgang der Behandlung

Auf die Frage, ob die Patienten während ihrer Wartezeit kontinuierlich den weiteren Fortgang der Behandlungen, über sich möglicherweise einstellende Verzögerungen im Ablauf oder über andere behandlungsrelevante Sachverhalte informiert wurden,

gaben 64,4 % der Befragten an, daß dies jederzeit der Fall gewesen wäre. Lediglich 35,6 % meinten, daß sie nicht informiert wurden.

### **4.2.2 Im Vorfeld der Untersuchungen**

Auf die Frage, ob die Patienten im Vorfeld der Untersuchung von einem Arzt bspw. über den Ablauf, die zu erwartenden Schmerzen oder bestimmte Risiken aufgeklärt wurden, gaben 83,75 % der Befragten an, daß dies der Fall gewesen sei. Nur 16,25 % verneinten diese Frage.

### **4.2.3 Über Folgebehandlungen außerhalb der IAS Horn**

Auf die Frage, ob die Patienten über erforderliche medizinische Folgebehandlungen nach Entlassung aus der IAS Horn informiert wurden, gaben 96,25 % der Befragten „Ja“ als Antwort an. Bei knapp 4 % der Befragten sei dies nicht so gewesen.

### **4.2.4 Informiertheit der Patienten in der Gesamtschau**

Mit dem Fragebogen wurde die Informiertheit der Patienten in bezug auf das Geschehen während ihres Aufenthaltes, vor der unmittelbaren Untersuchung und im Hinblick auf Folgebehandlungen außerhalb der Behandlungen erfaßt. Die gewählten drei Zeitpunkte decken den gesamten Zeitraum und entscheidende Ereignisse optimal ab. Daß die Informiertheit über die Behandlung hinweg von den wenigsten (lediglich knapp zwei Drittel der Befragten) als gegeben eingeschätzt wurde, bestätigt, daß es ausreichend ist, über das konkrete Geschehen in der entsprechenden Situation informiert zu sein oder werden. Insofern zu den entsprechenden Situationen (vor einer Untersuchung und die Folgebehandlungen nach Verlassen der IAS) knapp 84 % bzw. gut 96 % angaben, informiert gewesen zu sein, kann von einem sehr guten Beitrag zur Service-Qualität ausgegangen werden.

## **5. Fragen zur Kompetenz des Personals**

Verschiedene Fragen des Fragebogens beschäftigten sich mit der Erfassen des Eindrucks der Patienten, den sie von den beobachtbaren Kompetenzen der in der IAS Horn Beschäftigten, wie zum Beispiel beruhigen können, zuzuhören oder den Patienten in Entscheidungen einzubeziehen, gewinnen konnten. Im folgenden werden diese ausgewertet.

### **5.1 Fähigkeit der Beruhigung des Patienten**

Die Frage 7 beschäftigte sich mit der Einschätzung der Fähigkeit der Beruhigung des Patienten durch die entsprechende Personalgruppe. Wie zu erwarten, wird von den meisten der Befragten diese Fähigkeit den Ärzten zugeschrieben. Am zweithäufigsten schätzt man bei den Pflegekräfte diese Fähigkeit als gegeben ein. In Zahlenwerten ist dies der Tabelle 5 zu entnehmen.

Berufsgruppe	Einschätzung der Fähigkeit							
	positiv		eher positiv		eher negativ		negativ	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Aufnahmepersonal	65	73,8	18	20,5	3	3,5	2	2,2
Pflegepersonal	61	80,3	13	17,1	1	1,3	1	1,3
Ärztliches Personal	72	81,8	13	14,8	2	2,2	1	1,2

Legende: „positiv“ = beruhigend und kompetent  
 „negativ“ = nicht beruhigend oder nicht kompetent

**Tabelle 29: Vom Personal vermitteltler Eindruck der Fähigkeiten der Beruhigung von Patienten**

## 5.2 Fähigkeit, zuzuhören

In den Fragen 11 und 12 wurden die Patienten befragten, wie sie die Fähigkeiten der Ärzte und Pflegenden einschätzen, zuzuhören und auf ihre Probleme einzugehen. Im Ergebnis kann festgehalten werden, daß mehr als 90 % der Befragten der Auffassung waren, daß sowohl die Ärzte als auch das Pflegepersonal die erforderlichen Fähigkeiten besäßen, den Patienten zuzuhören und auf deren Probleme einzugehen. Die Ergebnisse im einzelnen finden sich in der folgenden Tabelle.

Berufsgruppe	Einschätzung der Fähigkeit							
	gut		eher gut		eher schlecht		schlecht	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Ärztliches Personal	58	67,4	25	29,2	1	1,2	2	2,2
Pflegepersonal	52	72,2	18	25,0	0	0	2	2,8

**Tabelle 30: Fähigkeiten des Personals, zuzuhören**

## 5.3 Fähigkeit, den Patienten in Entscheidungen einzubeziehen

Mit der Frage 13 wurde die Befragten gebeten, anzugeben, ob sie in die Entscheidungen hinsichtlich der anstehenden therapeutischen Maßnahmen innerhalb der IAS Horn einbezogen wurden oder nicht. Von 92 Befragten beantworteten nur 70 diese Frage. Dies ist die zweitniedrigste Teilnahme an der Beantwortung einer Frage, was darauf deutet, daß die Einbeziehung in diese Entscheidung wohl nicht erwartet wird. Wird zudem das Antwortverhalten berücksichtigt: 55 Befragte antworteten mit „Ja“ und 15 mit „Nein“, so kann gemutmaßt werden, daß bei einem Drittel diese Erwartung nicht ausgeprägt ist.

Wird der Frage nachgegangen, welche Patientengruppe diese Erwartung hat, in die Entscheidung über eine anstehende therapeutische Maßnahme einbezogen zu werden, so wird folgendes deutlich:

- Doppelt so viele Frauen als Männer bemängelten, nicht in die Entscheidung eingebunden worden zu sein, was das höhere Gesundheitsbewußtsein bei Frauen bestätigt.
- Anderthalb mal mehr Patienten ohne Zuweisung als Patienten, die eine Zuweisung zur IAS Horn von ihrem Hausarzt hatten, wurden seitens der Ärzte in die Entscheidungen über die bevorstehenden therapeutischen Maßnahmen einbezogen. Dies läßt vermuten, daß Patienten ohne Zuweisung im Gespräch mit dem

Arzt ihre stärker Erwartungen, als die Patienten, die nur deswegen zur IAS, weil ihre Hausärzte es ihnen gesagt haben.

Somit kann festgehalten werden, daß die Ärzte der IAS Horn die Fähigkeit besitzen, insbesondere die Patienten, die ein höheres Gesundheitsbewußtsein aufweisen, nämlich Frauen und die Selbstzuweiser, in die Entscheidungen über die bevorstehenden therapeutischen Maßnahmen einzubeziehen.

## 6. Fragen zur Gesamteinschätzung

### 6.1 Gefühl einer fachlich guten Behandlung

Die Einschätzung des Gefühls, in der IAS Horn fachlich gut behandelt worden zu sei, war Gegenstand der Frage 15. Die von 81 der 92 Teilnehmer beantwortet. Das Ergebnis sieht wie folgt aus:

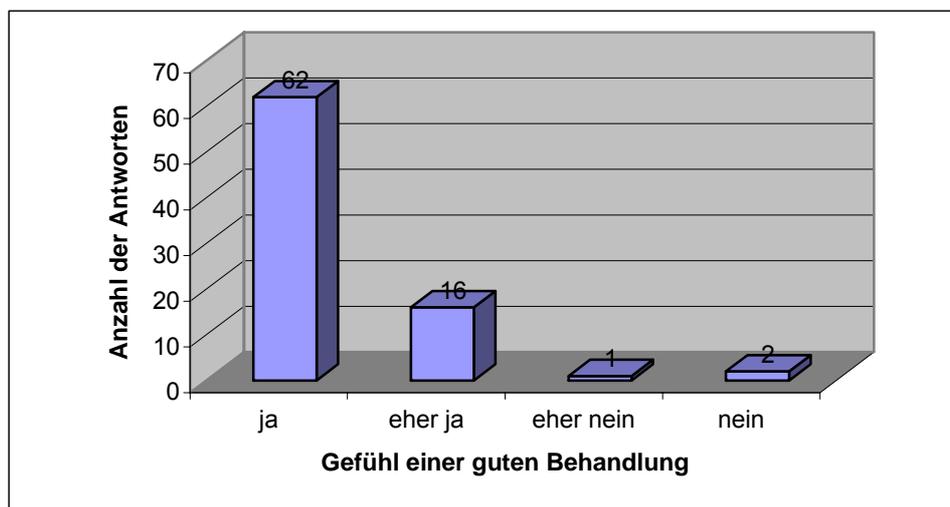
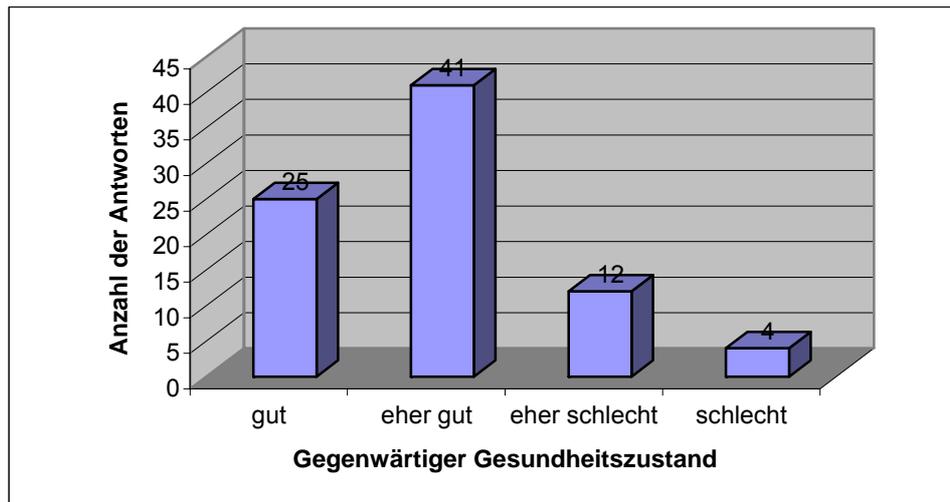


Abbildung 52: Gefühl einer guten Behandlung in der IAS Horn

Genau 78 der 81 Teilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, hatten ein gutes Gefühl, als sie an die Behandlung in der IAS Horn zurückdachten. Dies macht einen Anteil von 96,3 % aus. Lediglich drei Patienten verließen die IAS Horn eher mit keinem guten Gefühl.

### 6.2 Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes

Um die Tendenz bestimmter Antworthäufigkeiten kontrollieren zu können, wurde mit der Frage 16 eine Frage nach dem aktuellen Gesundheitszustand in den Fragebogen aufgenommen. Von den 92 beantworteten Fragebögen fand sich in 82 darauf eine Antwort.

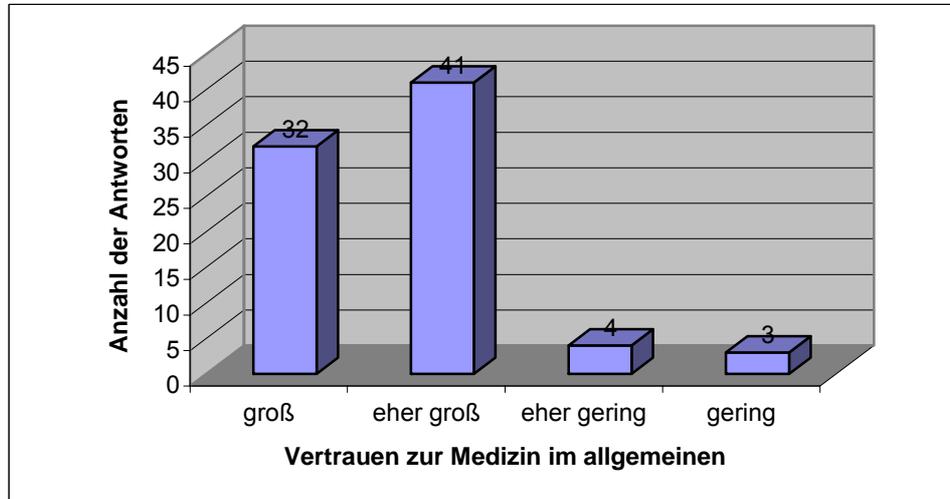


**Abbildung 53: Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes**

Über einen eher guten und guten Gesundheitszustand berichteten 66 Befragte oder 72,3 % der Befragten. Die anderen 17,7 % schätzten ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand eher schlecht und schlechter ein.

### 6.3 Vertrauen zur Medizin

Die Frage nach dem Vertrauen zur Medizin im allgemeinen (vgl. Frage 17 des Fragebogens) erbrachte folgendes Bild:



**Abbildung 54: Vertrauen zur Medizin im allgemeinen**

Von den 80 Teilnehmern, die diese Frage beantwortet haben, waren 73 (91,25 %) der Auffassung, daß ihr Vertrauen zur Medizin eher groß und besser ist. Eine solche Auswertung ruft danach, anderen Auswertungen gegenübergestellt zu werden, vgl. hierzu Abschnitt 6.6 der Auswertung des Fragebogens.

### 6.4 Erfüllung der Erwartungen von der IAS Horn

Die Frage 18 möchte von den Befragten wissen, ob deren Erwartungen von der IAS Horn erfüllt wurden. Von den 92 Teilnehmern beantworteten 81 auch diese Frage mit folgendem Ergebnis:

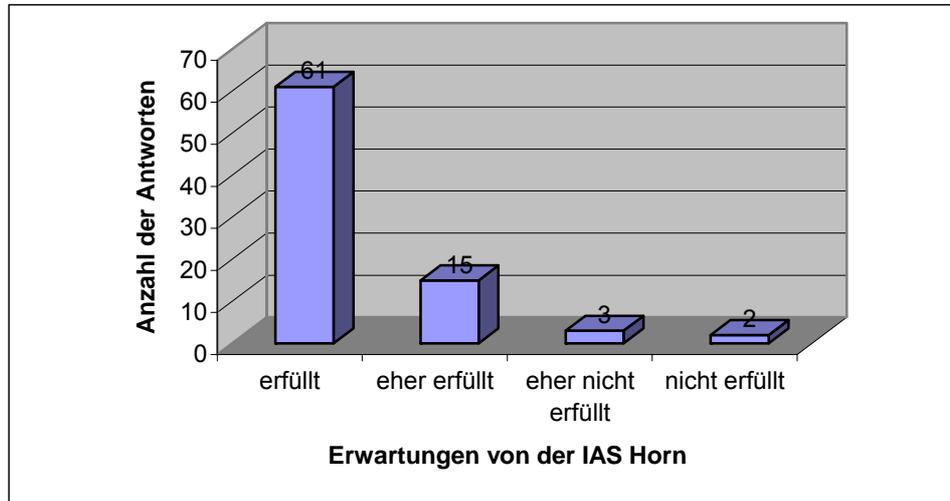


Abbildung 55: Erwartung von der IAS Horn

Genau 76 der 81 Patienten, die diese Frage beantwortet haben, gaben an, daß ihre Erwartungen an die IAS Horn eher erfüllt oder besser waren. Dies entspricht einem Prozentwert von 93,8 %.

### 6.5 Weiterempfehlung der IAS Horn

Die Frage nach der Weiterempfehlung der IAS Horn ist die letzte Frage bevor die Teilnehmer an der Befragung die Gelegenheit eingeräumt erhielten, positive und negative Anmerkungen zu notieren. Für gewöhnlich münden Fragen zur Zufriedenheit mit einem Leistungsangebot mit genau einer solchen Frage.

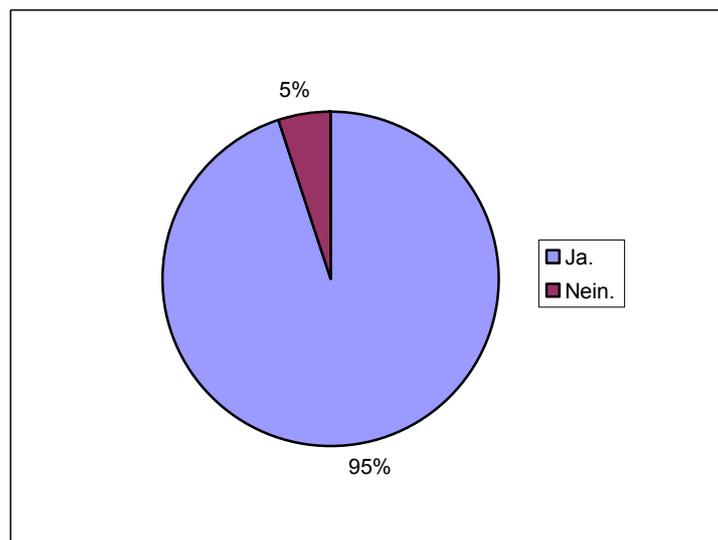


Abbildung 56: Weiterempfehlung der IAS Horn

Von den 80 Antwortenden konnte 76 (oder 95 %) mit einem „Ja“ antworten. Lediglich 5 % waren der Auffassung, daß die IAS Horn nicht weiterzuempfehlen ist.

### 6.6 Zusammenfassung der Einzelaspekte der abschließenden Gesamteinschätzungen

Mit Blick auf die Fragen zur Gesamtschätzung kann festgestellt werden, daß sie nur von max. 89,1 % der Teilnehmer an der Befragung beantwortet wurden.

Wie bereits aus dem Antwortverhalten bezogen auf die Frage nach dem Gefühl, in der IAS Horn gut behandelt worden zu sein, und die Frage danach, inwiefern die Erwartungen an die IAS Horn erfüllt wurden, kann in einer weitergehenden Analyse festgestellt werden, daß von den 78 Teilnehmer, die diese beiden Fragen beantwortet haben, 73 angaben, sowohl ein eher ein gutes und besseres Gefühl gehabt als auch ihrer Erwartungen eher und erfüllt bekommen haben. Dies entspricht 93,6 %.

Genau 72 der 76 Teilnehmer, welche die Frage nach dem Gefühl, in der IAS Horn gut behandelt worden zu sein, und die Frage nach der Weiterempfehlung beantwortet haben – dies entspricht 94,7 % –, gaben an, 1) eher ein gutes und besseres Gefühl gehabt zu haben und 2) die IAS Horn weiterempfehlen zu würden.

## 7. Spektrum der positiven und negativen Anmerkungen

Den befragten Patienten wurde am Ende des Fragebogens Platz eingeräumt, um bei Interesse freiformulierte positive oder negative Anmerkungen vorzunehmen. Insgesamt wurde diese Möglichkeit von 23 Teilnehmern oder 25 % der Befragten genutzt. Rund 60 % davon gaben ausschließlich positive Anmerkungen. 21,7 % der befragten Patienten hatten einen Grund, eine negative Rückmeldung zu geben. Sowohl etwas Positives als auch Negatives vermerkten 13 % der Befragten.

Die Rückmeldungen im einzelnen waren:

#### Inhalte der positiven Anmerkungen

Sehr nette Behandlung, wunderbare, gute Behandlung. Ein Spital, wo man sich wohl fühlt.

Soweit man das von einem KH behaupten kann, ist Horn ein Ort zum "Wohlfühlen". Komme seit einem Jahr mit meinem Vater zur Augenambulanz. Immer alles bestens. Danke.

Alles positiv.

Die Ärzte und das Personal sind sehr bemüht. Die Aufenthaltszeit war etwas länger, aber daß muß bei gewissen Untersuchungen so sein. Ich war sehr zufrieden.

Nein.

Von allen Spitälern, die ich kenne, ist

#### Inhalte der negativen Anmerkungen

Die Wartezeit nach der Untersuchung war sehr lang.

Nach Zuweisung für HWS-Röntgen wurde mir von der behandelten Ärzten ca. 1h Wartezeit vorausgesagt für das Röntgen. Eine befreundete Unfallröntgen-Mitarbeiterin (RTA) fragte bei der IAS-Anmeldung nach, ob sie mich gleich untersuchen könne. Eine DGKS bei der Anmeldung sagte daraufhin sinngemäß, sie wollte mich absichtlich länger warten lassen, da Nackenschmerzen kein Grund seien, ins Krankenhaus zu kommen. Die Unfallröntgen-Mitarbeiterin untersuchte mich danach gleich zu meiner vollsten

das in Horn am empfehlenswertesten.  
Ärzte und Pflegepersonal sind immer  
freundlich und aufgeschlossen.  
Keine Wartezeit.  
Keine lange Wartezeit.  
Ich bin erleichtert.  
Angenehme Atmosphäre, nur bei der  
letzten Behandlung sehr lange Wartezeit  
(viele Patienten)  
Ärzte - sehr kompetent, großes  
Verständnis besonders für alte  
Menschen - Tagesambulanz, Mitgefühl

Bis jetzt bin und war ich stets sehr  
zufrieden mit dem Ärztlichen Personal  
und Pflegepersonal. PS: Ein jeder  
Mensch hat Stärken und Schwächen.  
Wir sind Menschen mit verschiedenen  
Charakteren .....wenn mein "Inneres" in  
Ordnung ist – so geb´ ich auch nach  
außen ein "LÄCHELN" ab! Mir persönlich  
haben "Notärzte" sowie "Spital" aus der  
"Patsche" geholfen. Danke!

sehr empfehlenswertes Krankenhaus  
Hautarzt war in Urlaub, Pflegepersonal  
keines gebraucht  
Kein Hausarzt war im Dienst! Sehr nettes  
Pflegepersonal, kalt im Warteraum,  
wenig ärztepersonal  
Hausarzt war nicht verfügbar.  
Behandlung 1A !!!  
Für Untersuchungen, wo ich beim  
Hausarzt lange warten muss, bekomme  
ich bei Ihnen in der kurzen Zeit (Labor,  
Röntgen, EKG .....)

### **Tabelle 31: Liste der positiven und negativen Rückmeldungen**

Im Bereich positiver Anmerkungen dominiert die gute Einschätzung der Leistungen der IAS Horn. Die negativen Anmerkungen werden dominiert von Meinungen bezogen auf eine lange Wartezeit. zum Verhältnis von positiven zu negativen Meinungen kann festgehalten werden, daß es deutlich mehr positive Rückmeldungen gibt.

Wird von der These ausgegangen, daß sich schlechte Nachrichten schneller verbreiten als gute, so leiten sich daraus zwei Aspekte ab. Einerseits gab es vergleichsweise nicht so viel Schlechtes zu erleben oder zu beobachten wie Gutes. Andererseits muß das, was als positiv so positiv gewesen sein, als das es haften geblieben ist und im Fragebogen rückgemeldet werden konnte.

Zufriedenheit. Auch DGKS bei der Anmeldung sollten Beschwerden der Patientinnen ernst nehmen und sie nicht länger auf notwendige Behandlungen warten lassen als notwendig. Bitte ein vielfältigeres Zeitschriftenangebot zur Verfügung stellen, spez. bei langen Wartezeiten wichtig.

Kein Kontakt mit dem Ärztlichen Personal - die Behandlung wurde nicht aufgenommen, da wir in ein anderes Krankenhaus gefahren sind. Werden Hausarzt bitten, keine Patienten nach Horn zu schicken.

Angenehme Atmosphäre, nur bei der letzten Behandlung sehr lange Wartezeit (viele Patienten)

Auf das chir. Konsil mußte ich ca. 5 Stunden warten, Information über Vorgehensweise bzw. Verzögerungen nicht zufriedenstellend. Viel zu lange Wartezeiten für eine 89-jährige Patientin. Keine realistische Angabe über die Dauer der voraussichtlichen Wartezeit, aus 3 min. sind 3 Stunden geworden.  
Nein.

Wartezeit negativ.

Kein Hausarzt war im Dienst! Sehr nettes Pflegepersonal, kalt im Warteraum, wenig ärztepersonal

## 8. Frage nach der Rufnummer des Ärztenotdienstes

Nach Absprache mit den Beteiligten der UAG wurde die Frage nach der Rufnummer des Ärztenotdienstes als Frage 3 unvermittelt in den Fragebogen aufgenommen. Die Befragungsteilnehmer standen vor der Aufgabe, von den Telefonnummern 121, 131, 141, 122, 133 sowie 144 diejenige anzukreuzen, von welcher sie glaubten, daß es die aktuelle Rufnummer des Ärztenotdienstes sei. Weiterhin bestand die Möglichkeit, direkt anzugeben, daß man die Rufnummer nicht kannte.

Ziel dieser Frage war es, den Kenntnisstand bezogen auf die Telefonnummer 141 zu testen. Mit dieser Telefonnummer läßt sich in Erfahrung bringen, welcher Hausarzt außerhalb der regulären Öffnungszeiten (in den Abendstunden und an den Wochenenden) Bereitschaft hat.

77 der 92 Teilnehmer der Befragung beantworteten auch diese Frage mit folgendem Ergebnis:

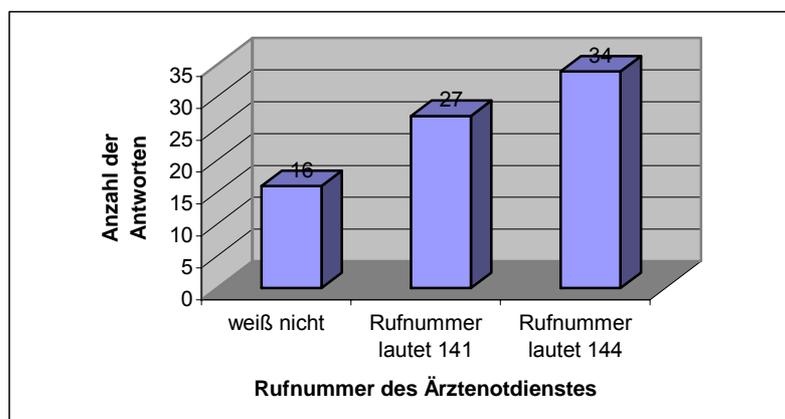


Abbildung 57: Kenntnis der Rufnummer des Ärztenotdienstes

Insofern lediglich 27 von 77 Antwortenden (35,1 %) die Telefonnummer 141 richtig erkannt haben, kann im Umkehrschluß davon ausgegangen werden, daß knapp zwei Drittel der Teilnehmer, die Ärztenotdienst-Nummer nicht kennen. Ein Drittel verwechselt den Ärztenotdienst mit dem Rettungsdienst, was darauf hindeutet, daß ihnen wohl der Unterschied nicht bekannt ist. In welche Richtung die Auswertung auch erfolgt, offenbar wird eine unzureichende Vermittlung und Information.

## Literaturverzeichnis

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage von Mai/Juni 2006.

## Anhang: Patientenfragebogen

# Patientenbefragung

1. Wer hat Sie zur IAS Horn zugewiesen?

<input type="radio"/> Hausarzt	<input type="radio"/> Notarzt
<input type="radio"/> Facharzt	<input type="radio"/> keine Zuweisung

2. Welche Beweggründe veranlaßten Sie die IAS Horn in Anspruch zu nehmen?  
(max. 3 Antworten)

<input type="radio"/> Empfehlung des Hausarztes	<input type="radio"/> speziell ausgebildetes Personal
<input type="radio"/> Empfehlung des Facharztes	<input type="radio"/> örtliche Nähe
<input type="radio"/> Kompetente Behandlung	<input type="radio"/> akute Schmerzen
<input type="radio"/> schnelle Behandlung	<input type="radio"/> chronische Schmerzen
<input type="radio"/> guter Ruf	<input type="radio"/> Notfall
<input type="radio"/> gute Erfahrung mit dem Klinikum	<input type="radio"/> Rund um die Uhr verfügbar
<input type="radio"/> Sonstiges: _____	

3. Bitte kreuzen Sie die Rufnummer des Ärztenotdienstes an:

<input type="radio"/> 121	<input type="radio"/> 131	<input type="radio"/> 141
<input type="radio"/> 122	<input type="radio"/> 133	<input type="radio"/> 144
<input type="radio"/> weiß nicht		

4. Wie lange mussten Sie insgesamt in der IAS Horn warten?

ca. \_\_\_\_\_ Stunden

ca. \_\_\_\_\_ Minuten

5. Wie lange mußten Sie auf den Erstkontakt mit folgenden Berufsgruppen warten?

Verwaltung (Aufnahmepersonal)

ca. \_\_\_\_\_ Minuten

Pflegepersonal

ca. \_\_\_\_\_ Minuten

Ärztliches Personal

ca. \_\_\_\_\_ Minuten

6. Wurden Sie während Ihrer Wartezeit laufend über die weitere Vorgehensweise bzw. Verzögerungen etc. informiert?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------------------	----------------------------

7. Welchen Eindruck haben Sie vom Personal der IAS Horn gewonnen?

Verwaltung:

<input type="radio"/> positiv (beruhigend, kompetent)	<input type="radio"/> eher positiv	<input type="radio"/> eher negativ	<input type="radio"/> negativ (nicht beruhigend, nicht kompetent)
---	------------------------------------	------------------------------------	---

Ärzte:

<input type="radio"/> positiv (beruhigend, kompetent)	<input type="radio"/> eher positiv	<input type="radio"/> eher negativ	<input type="radio"/> negativ (nicht beruhigend, nicht kompetent)
---	------------------------------------	------------------------------------	---

Pflegepersonal:

<input type="radio"/> positiv (beruhigend, kompetent)	<input type="radio"/> eher positiv	<input type="radio"/> eher negativ	<input type="radio"/> negativ (nicht beruhigend, nicht kompetent)
---	------------------------------------	------------------------------------	---

8. Wie empfanden Sie die Behandlungsdauer insgesamt?

<input type="radio"/> kurz	<input type="radio"/> eher kurz	<input type="radio"/> eher lang	<input type="radio"/> lang
----------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------

8a. Wie lange dauerte Ihre Behandlung insgesamt?

ca. \_\_\_\_\_Stunden    ca. \_\_\_\_\_Minuten

9. Wurden Sie im Vorfeld der Untersuchungen von einem Arzt aufgeklärt?  
(Ablauf, Schmerz, Risiko, etc.)

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------------------	----------------------------

10. Hat ein Arzt mit Ihnen nach den Untersuchungen über die Ergebnisse gesprochen?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------------------	----------------------------

11. Wie beurteilen Sie die Fähigkeit der Ärzte zuzuhören und auf Ihre Probleme einzugehen?

<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> eher schlecht	<input type="radio"/> schlecht
---------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

12. Wie beurteilen Sie die Fähigkeit des Pflegepersonals, zuzuhören und auf Ihre Probleme einzugehen?

<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> eher schlecht	<input type="radio"/> schlecht
---------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

13. Wurden Sie in die Entscheidung hinsichtlich der therapeutischen Maßnahmen in der IAS Horn mit einbezogen?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------------------	----------------------------

14. Wurden Sie über die weitere notwendige medizinische Folgebehandlung nach der Entlassung aus der IAS Horn informiert?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------------------	----------------------------

15. Haben Sie das Gefühl, in der IAS Horn fachlich gut behandelt worden zu sein?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> eher ja	<input type="radio"/> eher nein	<input type="radio"/> nein
--------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------

16. Wie schätzen Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand ein?

<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> eher schlecht	<input type="radio"/> schlecht
---------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

17. Wie groß ist im Allgemeinen Ihr Vertrauen in die Medizin?

<input type="radio"/> groß	<input type="radio"/> eher groß	<input type="radio"/> eher gering	<input type="radio"/> gering
----------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------

18. Wurden Ihre Erwartungen von der IAS Horn erfüllt?

<input type="radio"/> erfüllt	<input type="radio"/> eher erfüllt	<input type="radio"/> eher nicht erfüllt	<input type="radio"/> nicht erfüllt
-------------------------------	------------------------------------	--	-------------------------------------

19. Würden Sie die IAS Horn weiter empfehlen?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------------------	----------------------------

20. Raum für sowohl positive als auch negative Anmerkungen:

---

---

---

**Abschließend ersuchen wir Sie um folgende statistische Angaben:**

21. Postleitzahl Ihrer Wohnadresse: \_\_\_\_\_

22. Geschlecht: 

<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich
--------------------------------	--------------------------------

23. Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

DANKE FÜR IHRE MITHILFE!

## **Anhang 3:**

# **Auswertung der Befragung der niedergelassenen Ärzte und zugehöriger Fragebogen**

## **Inhaltsverzeichnis**

III. Auswertung der Befragung der niedergelassenen Ärzte und zugehöriger Fragebogen .....	12
Tabellenverzeichnis .....	12
Abbildungsverzeichnis .....	12
1. Vorbemerkungen .....	12
2. Strukturdaten der teilnehmenden Ärzte .....	12
2.1 Fachrichtung und Vertragsstatus .....	12
2.2 Sitz der Ordination.....	12
3. Informiertheit über die IAS Horn .....	12
3.1 Kenntnisse über das Leistungsangebot .....	12
3.2 Einschätzung des Umfangs und der Qualität des medizinischen Leistungsangebotes der IAS Horn .....	12
3.3 Bisherige Informationsquellen .....	12
3.4 Kenntnis des Konsensuspapiers .....	12
4. Gründen für eine Zuweisung von Patienten zur IAS Horn .....	12
4.1 Gründe im allgemeinen .....	12
4.2 Gründe im Detail .....	12
4.2.1 Entsprechung von Krankheitsbild und Leistungsangebot .....	12
4.2.2 Informiertheit der Patienten nach dem Aufenthalt in der IAS Horn .....	12
4.2.3 Gefühl einer fachlich guten Behandlung in der IAS Horn.....	12
4.2.4 Administrative Abwicklung der Patienten in der IAS Horn .....	12
5. Einschätzung der Zusammenarbeit mit der IAS Horn .....	12
5.1 Gesamteindruck von der Zusammenarbeit .....	12
5.2 Einzelaspekte der Zusammenarbeit.....	12
5.3 Noch zu erfüllende und schon erfüllte Voraussetzungen .....	12
5.4 Ambulanzkarte – ein die Zusammenarbeit unterstützendes Medium .....	12
5.5 Wirtschaftliche Folgen der Zusammenarbeit .....	12
6. Fragen zur Gesamteinschätzung .....	12
6.1 Einschätzung des Landesklinikums Horn.....	12
6.2 Selbstnutzung der IAS Horn.....	12
6.3 Erfüllung der Erwartungen von der IAS Horn .....	12
7. Spektrum der positiven und negativen Anmerkungen .....	12
Anhang: Fragebogen für die niedergelassenen Ärzte.....	12

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 33: Anzahl der Ärzte nach der Anzahl der jährlich zugewiesenen Patienten	12
Tabelle 34: Informationsquellen der niedergelassenen Ärzte .....	12
Tabelle 35: Gründe für eine Zuweisung .....	12
Tabelle 36: Anmerkungen zur Frage 8 .....	12
Tabelle 37: Einschätzung von Einzelaspekten der Zusammenarbeit.....	12
Tabelle 38: Noch zu erfüllende und schon erfüllte Voraussetzungen .....	12
Tabelle 39: Umfang und Inhalt der Ambulanzkarte .....	12
Tabelle 40: Anmerkungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen .....	12
Tabelle 41: Liste der positiven und negativen Abschlußrückmeldungen .....	12

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 53: Anzahl der überweisenden Ärzte nach Bezirken.....	12
Abbildung 54: Informiertheit über das Leistungsangebot der IAS Horn .....	12
Abbildung 55: Einschätzung von Umfang und Qualität des Leistungsangebotes .....	12
Abbildung 56: Kenntnis des Konsensuspapiers.....	12
Abbildung 57: Antworten auf die Frage: Überweisung zur IAS Horn, wenn Entsprechung von Krankheitsbild und Leistungsangebot .....	12
Abbildung 58: Verknüpfung von Frage 5 und 7 .....	12
Abbildung 59: Informiertheit der Patienten.....	12
Abbildung 60: Einschätzung der Behandlungsgüte in der IAS Horn .....	12
Abbildung 61: Abwicklung der Aufnahme in die und Entlassung aus der IAS Horn..	12
Abbildung 62: Zusammenarbeit mit der IAS Horn.....	12
Abbildung 63: Form der bereitgestellten Ambulanzkarte .....	12
Abbildung 64: Beurteilung des LK Horn im Vergleich zu anderen Krankenhäusern .	12
Abbildung 65: Selbstnutzung der IAS Horn.....	12
Abbildung 66: Erfüllung der Erwartungen von der IAS Horn.....	12

## 1. Vorbemerkungen

Die Befragung der niedergelassenen Ärzte fand über einen Zeitraum von acht Wochen in der Zeit vom 15. Juli bis 12. September 2008 statt. In die Befragung eingebunden wurden all diejenigen niedergelassenen Ärzte, die jährlich zehn oder mehr Patienten in die IAS Horn überweisen. Aus folgender Analyse wird die Zahl dieser Ärzte und die Zahl, der durch sie pro Jahr in die IAS Horn überwiesenen Patienten.

Anzahl der überwiesenen Patienten pro Jahr	Anzahl der Ärzte
40 und mehr	40
20 und mehr	20
10 und mehr	11
weniger als 10	181
Summe:	252

**Tabelle 32: Anzahl der Ärzte nach der Anzahl der jährlich zugewiesenen Patienten**

Unter Beachtung des eingangs skizzierten Filters wurden 71 Ärzte in die Befragung eingebunden. Zur Befragung wurden die Bögen per Post und unter Zugabe eines frankierten Rückumschlages an die Teilnehmer versandt. Es antworteten 29, was einer Rücklaufquote von 40,8 % entspricht.

Der Fragebogen, vgl. Anhang, umfaßte 23 mehrheitlich geschlossene Fragen auf vier DIN A4-Seiten. Insofern eine Bewertung abgegeben werden sollte, fand eine vierstufige Likert-Skala Verwendung, mit welchem vermieden werden sollte, daß entscheidungsunfreudige Teilnehmer sich für den unkritischen Wert in der Skalenmitte entscheiden.

In mindestens 19 der 29 Fragebögen wurden eine oder mehr Fragen nicht beantwortet. Die Zahl der Fragen, die mindestens einmal nicht beantwortet wurden, beläuft sich auf sechs von 23 Fragen. Dies läßt auf eine hohe Disziplin bei der Bearbeitung der Fragebögen schließen.

## 2. Strukturdaten der teilnehmenden Ärzte

### 2.1 Fachrichtung und Vertragsstatus

Auf die Frage danach, ob die Befragten Allgemeinmediziner oder Fachärzte wären, vgl. Frage 1, antworteten 27 damit, daß sie Allgemeinmediziner ankreuzten. Lediglich 2 der 29 antwortenden Ärzte waren Fachärzte.

Die Frage 2 behandelte ihren Status als Vertrags- oder Wahlarzt. Von den 28 Antwortenden, gaben 27 an, ein Vertragsarzt zu sein. Lediglich einer war Wahlarzt, der sich nach eigenen Angaben zur Gruppe der Allgemeinmediziner zählt.

## 2.2 Sitz der Ordination

Die Ordinationen der an der Befragung teilnehmenden Ärzte liegen in den folgenden Bezirken:

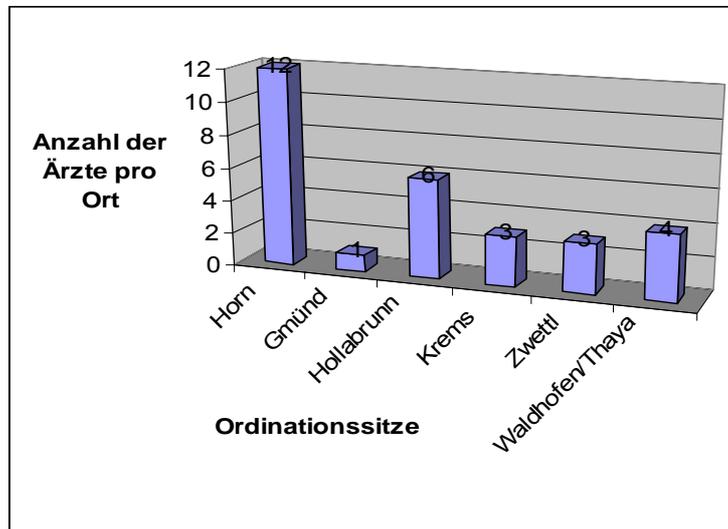


Abbildung 58: Anzahl der überweisenden Ärzte nach Bezirken

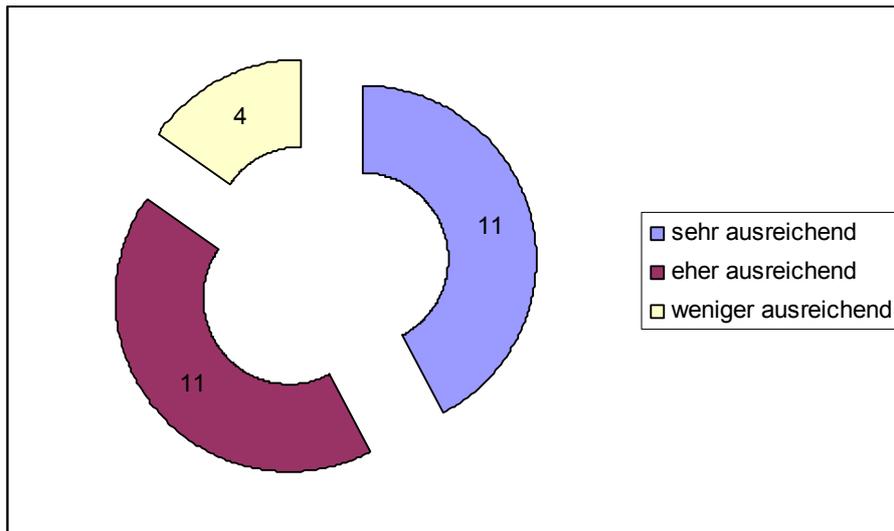
Deutlich wird zudem aus der Abbildung 1, wieviele überweisende Ärzte es in dem jeweiligen Bereich gibt. Mit 18 von 29 teilnehmenden Ärzten sitzen 62,1 % der Ärzte in Horn oder Hollabrunn und schicken von dort aus, ihre Patienten in die IAS Horn.

## 3. Informiertheit über die IAS Horn

Im Punkt Informiertheit der niedergelassenen Ärzte über die IAS Horn wird der Kenntnisstand der Ärzte über das Leistungsangebot der IAS Horn abgefragt (vgl. 3.1) und um eine entsprechende Bewertung des Umfangs gebeten (vgl. 3.2). Dem schließt sich die Einschätzung der Qualität der in der IAS Horn erbrachten Leistung an, vgl. 3.3. Im Abschnitt 3.4 wird nach der Informationsquelle der niedergelassenen Ärzte gefragt. Im Sinne eines Übergangs zum Hauptpunkt (4.), der sich detailliert mit den Gründen einer Zuweisung zur IAS Horn beschäftigt, wird der Kenntnisstand bezogen auf das Konsensuspapier in den Blick genommen, vgl. 3.5.

### 3.1 Kenntnisse über das Leistungsangebot

Auf die Frage, ob sich die niedergelassenen Ärzte ausreichend über das Leistungsangebot informiert fühlen, antworteten 26 der 29 Teilnehmer. Dies ist die zweitgrößte Anzahl der Nichtbeantwortung einer Frage. Das Antwortspektrum der Teilnehmer sieht wie folgt aus.



**Abbildung 59: Informiertheit über das Leistungsangebot der IAS Horn**

Besonders deutlich wird, daß kein niedergelassener Arzt angegeben hat, sich „nicht ausreichend“ informiert zu fühlen. Die Antworten erstrecken sich lediglich über die unterschiedlichen Informiertheitsstufen. „Weniger ausreichend“ informiert fühlen sich 4 der 26 Teilnehmer. „Eher“ und „sehr ausreichend“ informiert fühlen sich 22 oder knapp 85 % der befragten niedergelassenen Ärzte, was auf ein gutes Marketing der IAS Horn schließen läßt.

Zu dieser Frage sind methodisch gesehen zwei Punkte anzumerken: 1) die Frage hätte explizit das „medizinische“ Leistungsangebot in den Mittelpunkt stellen sollen und 2) wäre es ausreichend gewesen, die Frage mit „Ja“, „Nein“ und „Weiß nicht“ beantworten zu lassen.

### 3.2 Einschätzung des Umfangs und der Qualität des medizinischen Leistungsangebotes der IAS Horn

Die Frage nach dem Urteil über „den Umfang des gesamten medizinischen Leistungsangebotes“ (vgl. Frage 4 b) und die Frage nach dessen Qualität (vgl. Frage 4 c) sind im Fragebogen Unterfragen zur vorherigen Frage, die im Fragebogen mit 4. beziffert ist. Das Spektrum der Antworten auf diese Fragen, die jeweils von allen Teilnehmern beantwortet wurden, sieht wie folgt aus, vgl. Abbildung 3.

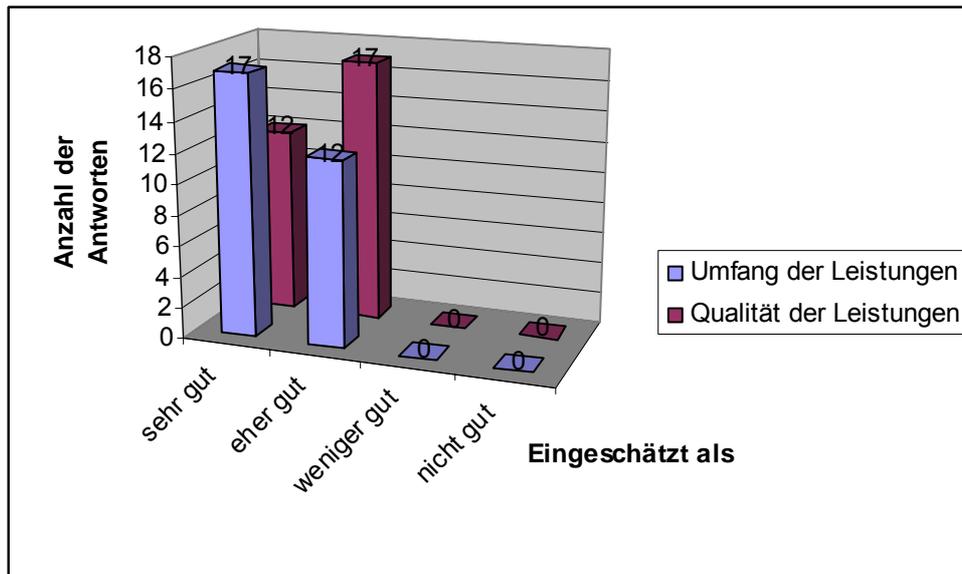


Abbildung 60: Einschätzung von Umfang und Qualität des Leistungsangebotes

Deutlich wird, daß die alle an der Befragung teilnehmenden niedergelassenen Ärzte sowohl den Umfang als auch die Qualität als „eher gut“ und besser einschätzen. Die Urteile „weniger gut“ und „nicht gut“ wurde nicht zur Einschätzung genutzt. Dies spricht für eine klare Wertschätzung dieses Leistungsangebotes.

### 3.3 Bisherige Informationsquellen

Die Angabe von Informationsquellen kann unter zwei Aspekten von Interesse für die weitere Öffentlichkeitsarbeit des Landesklinikums Waldviertel in Horn sein:

- 3) Die Kenntnis genutzter Quellen kann marketingseitig dazu genutzt werden, die am häufigsten genutzten Quellen zu identifizieren und zukünftig stets rechtzeitig mit entsprechenden Informationen zu beliefern.
- 4) Analysiert man dies in Verbindung mit dem Inhalt der weitergereichten Informationen und des daraus abgeleiteten Verhaltens (wie zum Beispiel Zuweisung/Nichtzuweisung usw.), liefert dies Aussagen über mögliche Eigeninteressen der von den niedergelassenen Ärzten genutzten Informationsquellen.

Die niedergelassenen Ärzte wurden in der Frage 4 a danach befragt, woher sie ihre Informationen, welches ihnen die obigen Urteile (vgl. die Abschnitte 3.1-3.2) ermöglichen, erhalten. Insofern alle 29 Teilnehmer diese Frage bearbeitet haben, wurde das maximale Antwortanzahl: 87 – bei der eingeräumten Möglichkeit bis maximal drei Antworten anzugeben – nicht ausgeschöpft. Es konnten lediglich 62 Antworten gezählt werden.

Informationsquelle	Antworten absolut	Anteil in % von 29
○ direkt aus dem LK Horn	16	55,2
○ Patient	14	48,3
○ Kollegen	11	37,9
○ Ärzttestammtisch	8	27,6
○ Konsensuspapier	5	17,2
○ Qualitätszirkel	5	17,2
○ sonstige	3	10,3
○ Fortbildungsseminar	0	0
○ Internet	0	0
Summe	62	

**Tabelle 33: Informationsquellen der niedergelassenen Ärzte**

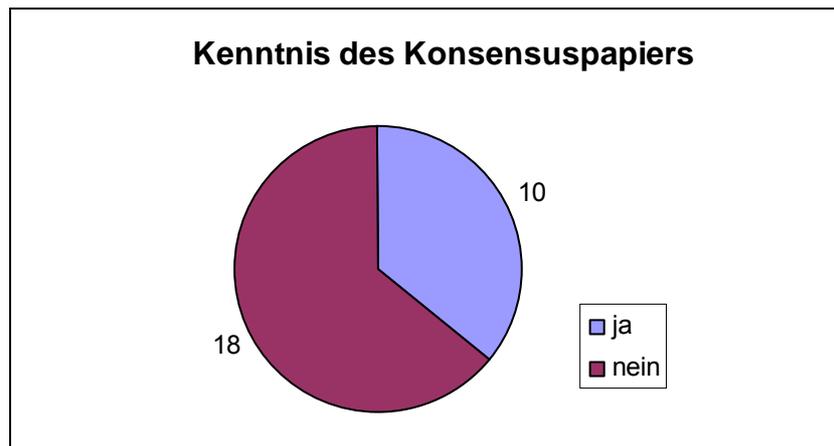
Die mit 55,2 % der Antworten am meisten genutzte Informationsquelle über das Leistungsangebot der IAS Horn, sind die Informationen, die das LK WV-377 selbst an die niedergelassenen Ärzte gibt. Gefolgt wird dies durch Hinweise der behandelten Patienten, die im Laufe der Behandlungen mal ihren Arzt auf das Angebot der IAS Horn hinweisen. Erst an dritter Stelle mit Blick auf die Häufigkeit der gewählten Antwort kommen die Kollegen als Informationsquelle. Zugleich wird allerdings auch deutlich, daß der niedergelassene Arzt initiativ keine Informationen über die IAS Horn sucht. Er bemüht weder das Internet, noch sucht er entsprechende Fortbildungsangebote nach.

Damit beruht die Einschätzung des niedergelassenen Arztes nicht aus einer eigenen Erfahrung oder Überzeugung heraus, sondern auf einer Fremdwahrnehmung oder dem sogenannten „Hörensagen“. Inwiefern dies ausreichend reflektiert wurde, bleibt offen. So haben 16 Ärzte, die sich auf die Informationen aus dem LK WV-377 berufen, die Qualität der dort erbrachten Leistungen als „eher gut“ und besser eingeschätzt. Damit lassen sich klare Überlegungen für ein gezieltes Marketing der IAS Horn ableiten.

### 3.4 Kenntnis des Konsensuspapiers

Das zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und der IAS Horn im Landesklinikum Waldviertel vereinbarte Konsensuspapier wurde am Juni 2006 unterzeichnet. Es dient zur Abstimmung des Vorgehens im Umgang mit den IAS-Patienten. Es enthält Dokumentations- und Zuweisungsregeln, Kommunikations- und Kooperationsregeln, Definitionen der Rollenbilder der verschiedenen Berufsgruppen, Ärzte (im intra- und extramuralen Bereich) und Patienten, Evaluierungsregeln sowie einen gemeinsam abgestimmten Leistungskatalog.

Die niedergelassenen Ärzte danach befragt, vgl. Frage 6, ob sie dieses Konsensuspapier kennen, führte zu folgendem Ergebnis:



**Abbildung 61: Kenntnis des Konsensuspapiers**

Von den 28 antwortenden Ärzten kannten zehn das Konsensuspapier. Diese zehn weiterhin danach befragt, vgl. Frage 6 b, ob es ihrer Meinung nach die Grundlage für die Überweisung ausgewählter Patienten in die IAS Horn bildet, gaben sieben an, daß dies „überwiegend“ der Fall ist. Einer gab sogar „immer“ als Antwort an. Lediglich bei einem Arzt ist dies eher „selten“ der Fall, was nicht mit einem kategorischen Ausschluß dieses Zusammenhanges gleichzusetzen ist. Letzteres würde zutreffen, wenn „nie“ angekreuzt worden wäre. Insofern kann festgehalten werden, daß bei allen Antwortenden die Kenntnis des Konsensuspapiers eine bestimmte – wenngleich auch in einer unterschiedlichen Gewichtung – eine Rolle bei der Überweisung von Patienten in die IAS Horn hat.

## **4. Gründen für eine Zuweisung von Patienten zur IAS Horn**

### **4.1 Gründe im allgemeinen**

Auf die Frage nach den Gründen für eine Zuweisung eines Patienten zur IAS Horn, vgl. Frage 5, konnten die niedergelassenen Ärzte aus einer Liste von Antwortvorgaben maximal drei auswählen. Zudem bestand die Möglichkeit, „sonstige“ Gründe anzugeben. Da alle Teilnehmer der Befragung diese Frage bearbeitet haben, konnten 87 Antworten erwartet werden. Genau 90 wurden abgegeben. Bezogen auf die Antwortvorgaben kam es zur folgenden Häufung der Gründe für eine Zuweisung zur IAS Horn:

Grund	Antworten	Anteil
	absolut	in %
○ unklare Diagnostik	17	58,6
○ breites Leistungsspektrum	11	37,9
○ örtliche Nähe	10	34,5
○ gute Erfahrungen	10	34,5
○ Spezialisten in der IAS Horn	9	31,0
○ kurze Verweildauer	8	27,6
○ Kompetenz	7	24,1
○ Zuverlässigkeit	7	24,1
○ hohe Qualität	5	17,2
○ guter Ruf	3	10,3
○ auf Wunsch des Patienten	2	6,9
○ sonstige	1	3,4
○ Serviceleistungen (Sonderleistungen)	0	0
○ moderne Behandlungsmethoden	0	0
Summe	90	

**Tabelle 34: Gründe für eine Zuweisung**

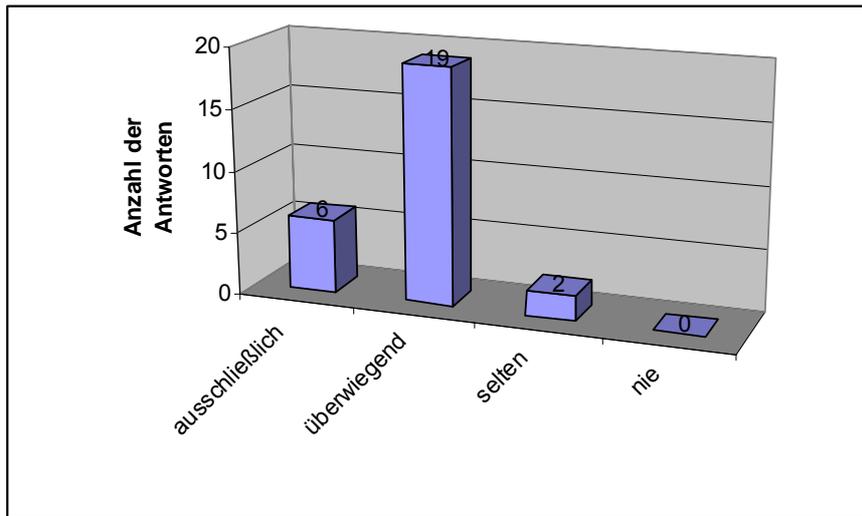
Das Antwortverhalten läßt vielfältige Rückschlüsse zu. Verkürzt gesagt wurde angegeben, daß man im Falle einer unklaren Diagnose (58,6 %) auf Grund des in der IAS Horn vorhandenen breiten Leistungsspektrums (37,9 %) sowie der guten Erfahrungen (34,5 %) mit den dortigen Spezialisten (31 %) und der ohnehin gegebenen örtlichen Nähe (34,5 %) die Patienten dorthin verwiesen werden. Andersherum kann auch festgestellt werden, daß sich das bei der Frage nach den Informationsquellen offenbare Verhalten des sich Informationen nicht aktiv zu suchen, sondern zutragen zu lassen noch dadurch ergänzt wird, daß das Überweisen zur IAS Horn die ideale Problemlösung darstellt.

Der einzige Antwortende (Fragebogen-Nr. 22), der einen „sonstigen“ Grund für die Zuweisung zur IAS Horn anführte, führte wörtlich aus: „Es bleibt einem gar nichts übrig, Patienten müssen die IAS durchlaufen, um an ein Bett im LK WV-377 zu kommen.“ Prüft man diese Antwort mit den Antworten auf die Frage, ob das Konsenspapier bekannt ist, so hat dieser Antwortende in der Frage nachweislich entweder angegeben, es nicht zu kennen, oder sich der Antwort enthalten, was die Bedeutung dieser Anmerkung deutlich relativiert.

## 4.2 Gründe im Detail

### 4.2.1 Entsprechung von Krankheitsbild und Leistungsangebot

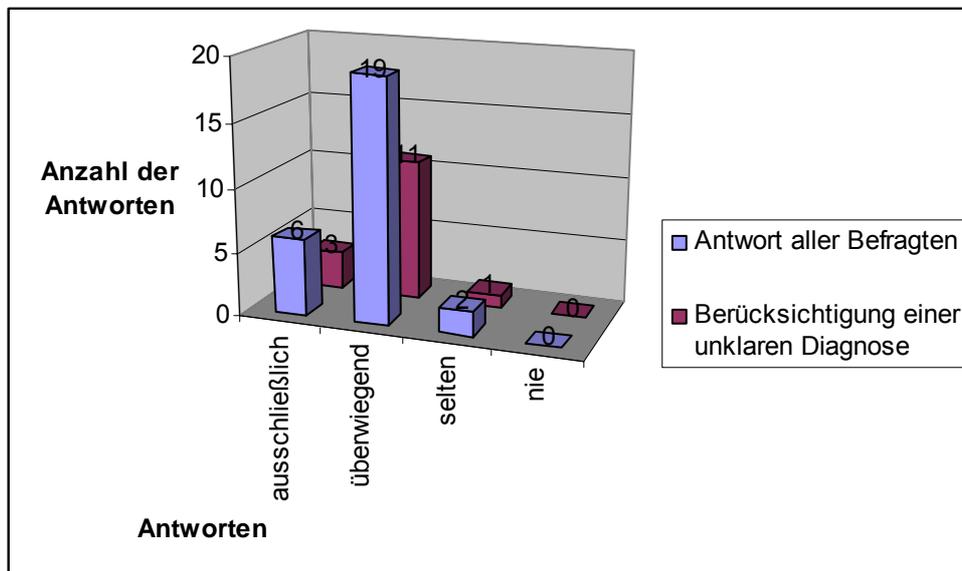
In der Frage 7 danach befragt, ob die niedergelassenen Ärzte zur IAS Horn überweisen, wenn aus deren Sicht eine Entsprechung zwischen dem Krankheitsbild des Patienten und dem Leistungsangebot der IAS Horn gegeben ist, antworteten die 27 sich an dieser Frage beteiligten Ärzte mit:



**Abbildung 62: Antworten auf die Frage: Überweisung zur IAS Horn, wenn Entsprechung von Krankheitsbild und Leistungsangebot**

Alle Befragten gaben an, daß sie ihrer Überweisungsentscheidung den beobachteten Zusammenhang zwischen dem Krankheitsbild des Patienten und dem Leistungsangebot der IAS Horn zugrunde legen. Sie unterscheiden sich nur hinsichtlich seiner Gewichtung.

Wird dieses Antwortverhalten auf diejenigen 17 Teilnehmer begrenzt, die zuvor angegeben haben, daß sie insbesondere bei einer unklaren Diagnose ihren Patienten an die IAS Horn weiterleiten, so haben 15 (oder 88,3 %) mit der Beantwortung dieser Frage erklärt, die sie genau nicht deswegen an die IAS Horn überweisen, weil sie eine Übereinstimmung von Krankheitsbild und Leistungsspektrum der IAS Horn feststellen konnten. Dies trifft – so die Ergebnisse der Befragung – unabhängig von der Gewichtung bei mehr als der Hälfte der Fälle zu, vgl. Abbildung 6.



**Abbildung 63: Verknüpfung von Frage 5 und 7**

#### 4.2.2 Informiertheit der Patienten nach dem Aufenthalt in der IAS Horn

Ein weiterer Detail-Grund für eine Überweisung zur IAS Horn kann in der Informiertheit der Patienten nach dem Abschluß der dortigen Behandlung angesehen werden. Die Frage 8

hatte dies genau im Blick. Insgesamt beantworteten alle Teilnehmer diese Frage. „Nicht gut“ wird von keinem der Befragten die Informiertheit der Patienten nach dem Abschluß der Behandlung in der IAS Horn angegeben, vgl. Abbildung 7.

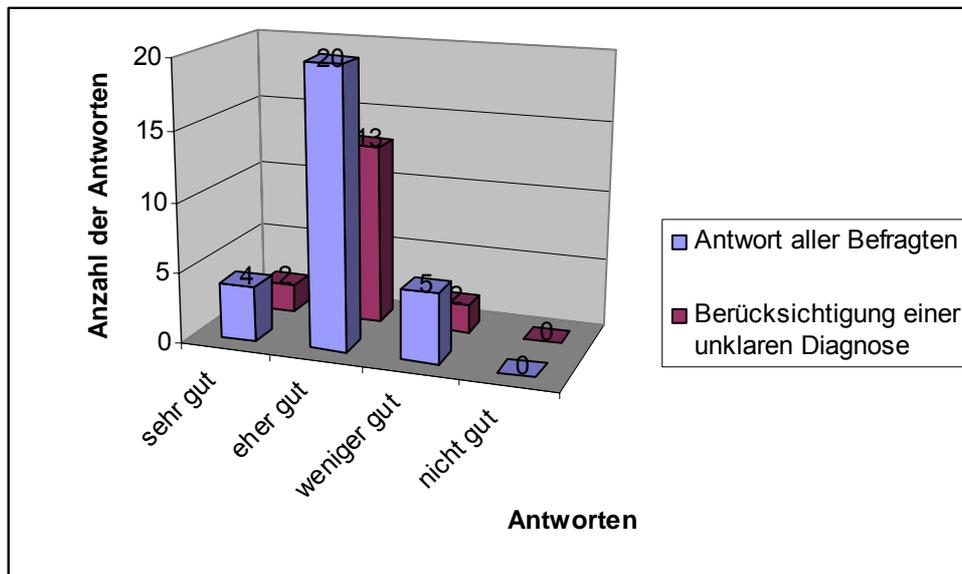


Abbildung 64: Informiertheit der Patienten

Als weiteren Analyseansatz wurden auch hier, vgl. die hintere Balkenreihe, die Antworten derer besonders betrachtet, die ihre Patienten wegen einer unklaren Diagnose in die IAS Horn schicken. Wie vorhin bereits dargestellt, trifft dies wiederum für mehr als die Hälfte der Ärzte zu. Im Falle einer als „eher gut“ eingeschätzten Informiertheit des Patienten liegt der Anteil sogar bei genau 65 %. Eine anfänglich unklare Diagnose wurde im Rahmen eines Besuches in der IAS Horn in einen mehrheitlich „eher gut“ informierten Patienten verwandelt.

Die weiterhin bestehende Möglichkeit des Eintragens einer Anmerkung:

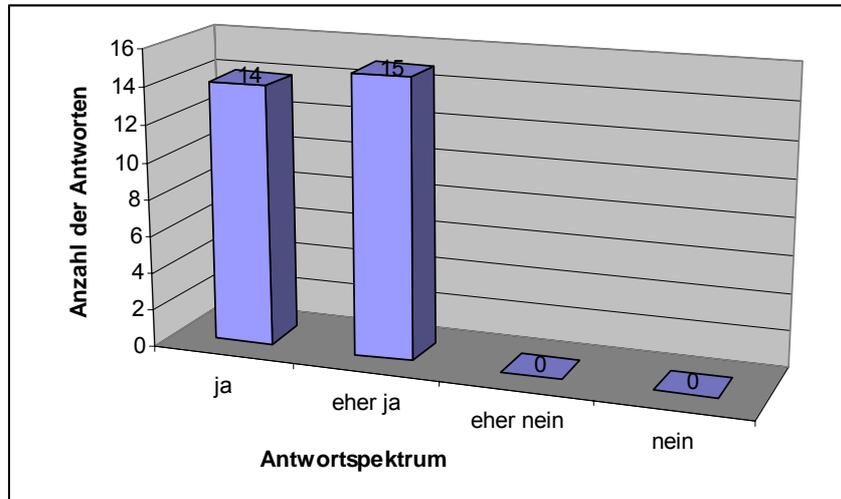
Nr. des Fragebogens	Text der Anmerkung
7	Ich bin über ihre Arbeit positiv überrascht.
6	Viel teure - manchmal nicht indizierte Diagnostik, wenig Anamnese.
22	<b>Patienten-Zitat: "Herr Doktor, erklären sie mir bitte, was mit mir im Krankenhaus passiert ist?"</b>
26	Sie wissen meistens nicht, dass sie (die Patienten, d. V.) zum Hausarzt gehen sollen, um die Therapie zu besprechen.

Tabelle 35: Anmerkungen zur Frage 8

Besonders hervorgehoben wurde die Anmerkung aus dem Fragebogen mit der Nr. 22. Eine Kommentierung dieser Anmerkung erübrigt sich, zieht man die bereits weiter oben erfolgte Kommentierung einer Anmerkung aus diesem Fragebogen auf die Frage 5, vgl. Abschnitt 4.1.

### 4.2.3 Gefühl einer fachlich guten Behandlung in der IAS Horn

Mit der Frage 9 wurden die niedergelassenen Ärzte um ihre Meinung bezogen darauf zu gebeten, ob ihre Patienten in der IAS Horn fachlich gut behandelt wurden. Alle Befragten beteiligten sich an dieser Frage. Das Antwortspektrum ist der Abbildung 8 zu entnehmen.



**Abbildung 65: Einschätzung der Behandlungsgüte in der IAS Horn**

Mit graduellen Unterschieden sind alle Antwortenden der Auffassung, daß die Patienten in der IAS Horn fachlich gut behandelt werden. Aus dem Fragebogen Nr. 6 konnte zudem eine ergänzende Anmerkung folgenden Inhalts entnommen werden: „Im Sinne einer evidence based medicine-Ausschlußdiagnostik“. Inhaltlich bedeutet dies, daß der Anmerkende die Leistungen der IAS Horn auf diagnostische Leistungen reduzieren möchte.

### 4.2.4 Administrative Abwicklung der Patienten in der IAS Horn

Mit den Fragen 10 und 11 wurde die beiden letzten – wenngleich auch nur nachrangigen – Aspekte abgefragt, die ein Detail-Grund für die Zuweisung von Patienten zur IAS Horn darstellen können.

- Frage 10: Wie beurteilen Sie die Abwicklung der Aufnahme Ihrer Patienten durch die IAS Horn?
- Frage 11: Wie beurteilen Sie die Abwicklung der Entlassung Ihrer Patienten durch die IAS Horn?

Beide Fragen wurden von allen Teilnehmern beantwortet. Die Antworten finden sich aufbereitet in der Abbildung 9.

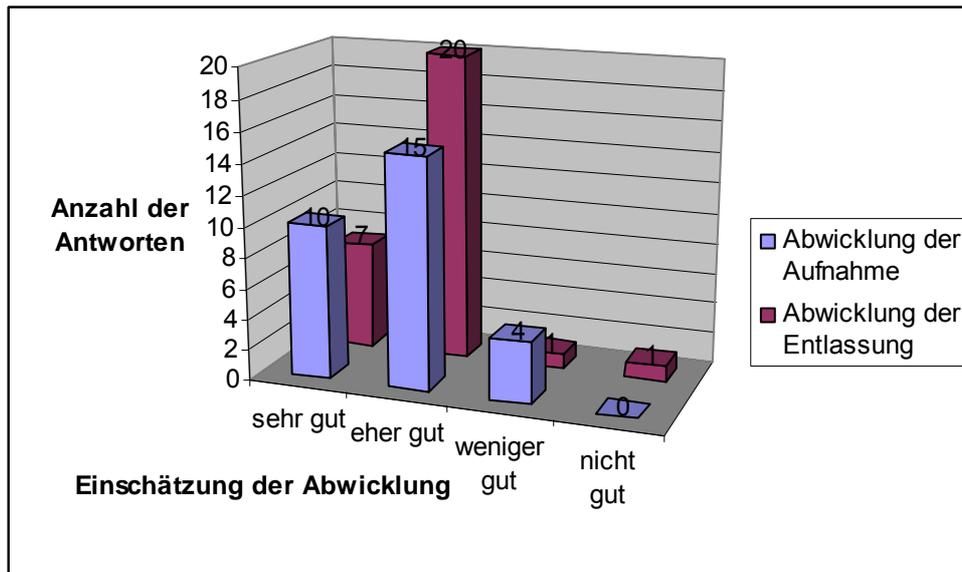


Abbildung 66: Abwicklung der Aufnahme in die und Entlassung aus der IAS Horn

Die Antworten zu beiden Fragen geben ein überwiegend positives Bild von der Abwicklung der Aufnahme in die und die Entlassung aus der IAS Horn wieder, welches die Ärzte von ihren Patienten haben. Im Falle der Beurteilung der Abwicklung der Aufnahme sind es 86,2 % der Befragten, die dies mit „eher gut“ und besser einschätzten. Für die gleiche Qualität der Abwicklung der Entlassung aus der IAS Horn votierten sogar 93,1 %.

Dem Fragebogen mit der Nummer 6 war bezogen auf die Frage 10 eine ergänzende Anmerkung mit folgendem Wortlaut zu entnehmen: „Oft sehr lange Wartezeit, bis ein Facharzt organisiert wird (2-3 Stunden).“ Grundsätzlich kann davon ausgegangen, daß selbst eine Wartezeit von zwei bis drei Stunden in der IAS Horn gegenüber einer Terminvereinbarung mit einem Facharzt im extramuralen Bereich von im besten Fall durchschnittlich 14 Tagen aus Patientensicht vergleichsweise sehr angenehm empfunden werden dürfte, weil nach zwei bis drei Stunden eine Klarheit über die vorliegende Erkrankung besteht.

## 5. Einschätzung der Zusammenarbeit mit der IAS Horn

Im folgenden wird die Güte der Zusammenarbeit hinsichtlich einiger Aspekte, wie bspw. auch der Voraussetzungen und der Bedeutung der bisher genutzten Ambulanzkarte, eingeschätzt und abschließend im Hinblick auf die wirtschaftlichen Folgen dieser Zusammenarbeit für die Ordination eingeschätzt.

### 5.1 Gesamteindruck von der Zusammenarbeit

Mit der Frage 13 wurden die teilnehmenden Ärzte gebeten, einzuschätzen, wie positiv sie die Zusammenarbeit zwischen sich selbst und der IAS Horn beurteilen. Methodisch etwas ungewöhnlich wurden die folgenden Antwortmöglichkeiten zur Auswahl gestellt: „sehr positiv“, „eher positiv“, „weniger positiv“ und „nicht positiv“. Die Antworten auf diese Frage, die jeder der 29 Teilnehmer an der Befragung abgaben, sind aus der Abbildung 10 zu ersehen.

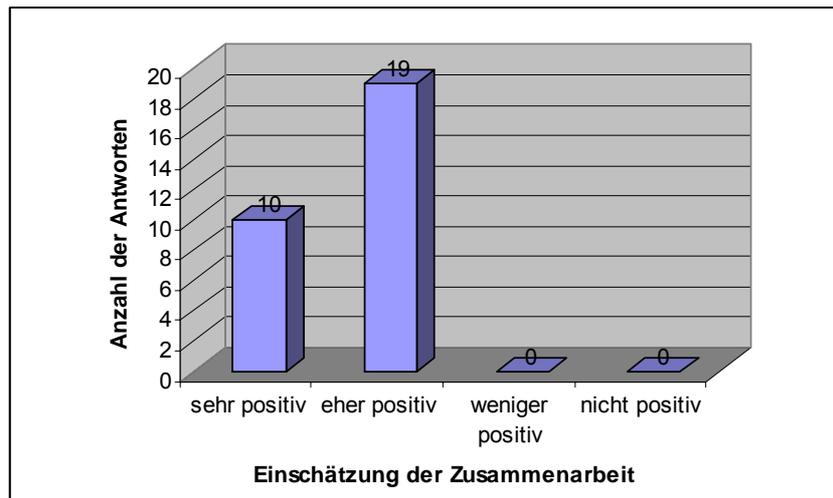


Abbildung 67: Zusammenarbeit mit der IAS Horn

Alle Antwortenden schätzen die Zusammenarbeit zwischen sich und der IAS Horn als „eher positiv“ und besser ein.

## 5.2 Einzelaspekte der Zusammenarbeit

Eine Zusammenarbeit zwischen zwei Partner lebt von einer gegenseitigen Bereitstellung von Informationen und Auskünften, der Kommunikation an sich und von Vorschlägen – in diesem Fall – über die künftige Behandlung. Bei genauerer Betrachtung wird die Zusammenarbeit in diesem Fragebogen nur eindirektional, nämlich ausgehend von der IAS Horn in Richtung des niedergelassenen Arztes, betrachtet.

Zur Beurteilung der beiden Einzelaspekten Informationen/Auskünfte sowie Kommunikation haben alle 29 Teilnehmer eine Antwort abgegeben. Bei den Vorschlägen über die künftigen Behandlungen kamen Antworten von nur 12 teilnehmenden Ärzten. Die Antworten selbst sind in der Tabelle 5 zusammengestellt.

Antwortmöglichkeit	Information/Auskünfte	Kommunikation	Vorschläge über die künftige Behandlungen
Sehr gut	15 (51,7 %)	14 (48,3 %)	3 (25,0 %)
Eher gut	12 (41,4 %)	13 (44,8 %)	8 (66,7 %)
Weniger gut	2 (6,9 %)	2 (6,9 %)	1 (8,3 %)
Nicht gut	0	0	0
Nicht geantwortet	0	0	17

Tabelle 36: Einschätzung von Einzelaspekten der Zusammenarbeit

Zwei Punkte gibt es auszuwerten:

1. Mit Blick auf die drei Einzelaspekte ist das Antwortverhalten durchaus identisch einzuschätzen. Jeweils mehr als 90 % der Antworten beurteilten die Aspekte Information/Auskünften, Kommunikation und die Vorschlägen über die künftige Behandlung als „eher gut“ und besser, was als erfreulich angesehen werden kann.

- Die Beurteilung der Vorschläge wurde nur von 12 Ärzten vorgenommen. Sofern kein Datenerfassungsproblem dafür ursächlich ist, was nicht erkennbar ist, gibt es derzeit keinerlei Erklärung für diesen immensen Nichtbeantwortungsumfang.

### 5.3 Noch zu erfüllende und schon erfüllte Voraussetzungen

Um die Qualität einer Zusammenarbeit zu prüfen, ist eine Einschätzung der bereits erfüllten sowie noch zu erfüllender Voraussetzungen erforderlich. Beides war Gegenstand der Fragen 14 und 15. In jedem Fall wurden die gleichen acht Antwortkategorien sowie die Rubrik „Sonstiges“ zur Auswahl gestellt. Die Anzahl der Antworten wurden im Gegensatz zu den bisherigen Fragen mit Mehrfachantwortmöglichkeiten nicht begrenzt. Die identische Struktur macht es einfach, mögliche Lücke und den Bedarf, diese Lücken zu schließen, zu erkennen. Die Tabelle 6 stellt beides gegenüber.

Art der Voraussetzung	Noch zu erfüllen	Schon erfüllt	Differenz
○ gute Kommunikation	20	13	7
○ gegenseitige Wertschätzung	19	13	6
○ Vertrauen	18	15	3
○ rasche gute Information	18	18	0
○ Verlässlichkeit	15	18	-3
○ laufende Information über Veränderungen	11	6	5
○ hohes Qualitätsangebot	10	12	-2
○ Offenheit/Ehrlichkeit	9	6	3
○ Sonstiges	2	1	1
Summe	122	102	20

**Tabelle 37: Noch zu erfüllende und schon erfüllte Voraussetzungen**

In der Gesamtschau kann festgehalten werden, daß bei der Frage nach den noch zu erfüllenden Voraussetzungen mit 122 Antworten im Vergleich zu 102 Antworten auf die Frage nach den schon erfüllten Voraussetzungen ein deutlich höheres Antwortbedürfnis zu beobachten ist. Bereits daraus leitet sich ein noch bestehender Handlungs- oder Gestaltungsbedarf ab. Ein deutlicher Handlungsbedarf wird in der Verbesserung der Kommunikation zwischen der IAS Horn und den niedergelassenen Ärzten gesehen, vgl. den Differenzwert von 7. Gefolgt wird dies an zweiter Stelle (Differenzwert = 6) von einem Nachholbedarf bei der gegenseitigen Wertschätzung. An Platz 3 (Differenzwert = 5) findet sich der Einschätzung der niedergelassenen Ärzte nach die laufende Information über Veränderungen. Bei allen anderen Voraussetzungen einer erfolgreichen Zusammenarbeit kann auf Grund einer relativen geringen Schwankung zwischen 3 und -3 von einem ausgeglichenen Verhältnis, also keinem Nachholbedarf ausgegangen werden. Besonders deutlich wird dies, weil ein Differenzwert in Höhe von Null vorliegt, bei der Voraussetzungsart „rasche gute Information“.

### 5.4 Ambulanzkarte – ein die Zusammenarbeit unterstützendes Medium

Die Ambulanzkarte ist ein Kurzarztbrief, den der niedergelassene Arzt nach Abschluß der Behandlung seines zugewiesenen Patienten erhält. Dies kann in der herkömmlichen Papierform oder in elektronischer Form erfolgen.

Die Fragen 16 und 17 beschäftigen sich mit diesem die Kommunikation zwischen der IAS Horn und dem niedergelassenen Arzt unterstützenden Medium. In der Abbildung 11 ist

das Ergebnis bezogen auf die genutzte Form der Ambulanzkarte dargestellt. Die anschließende Tabelle 7 verdeutlicht die Beurteilung von Umfang und Inhalt der Ambulanzkarte, wobei die Urteilmöglichkeiten „sehr gut“, „eher gut“, „weniger gut“ und „nicht gut“ vorgegeben waren.

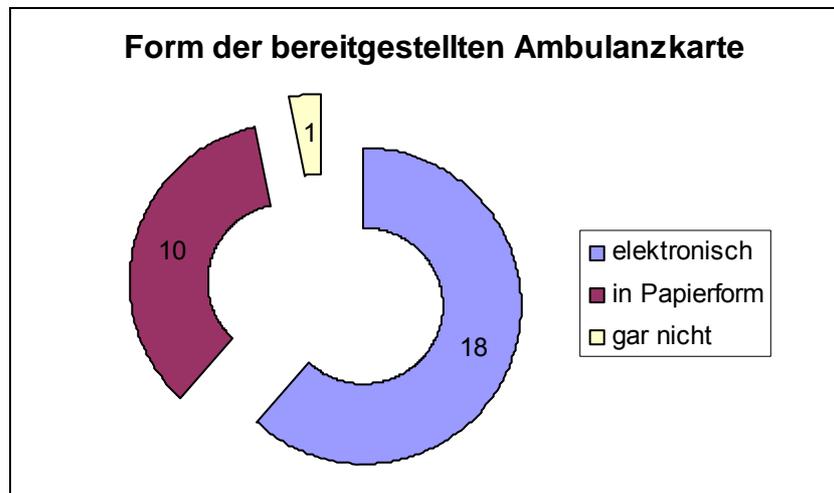


Abbildung 68: Form der bereitgestellten Ambulanzkarte

18 der 29 (oder 62,1 %) antwortenden niedergelassenen Ärzte erhalten die Ambulanzkarte in elektronischer Form. Genau 10 der 29 Antwortenden (34,5 %) erhalten sie in konventioneller Papierform. Bei einem, der die Antwortmöglichkeit „gar nicht“ angekreuzt hatte, wird nicht deutlich, ob er die Ambulanzkarte gar nicht erhält oder nicht nutzt.

Form der Ambulanzkarte	Beurteilung von Umfang / Inhalt			
	sehr gut	eher gut	weniger gut	nicht gut
Elektronisch	10 / 7	7 / 9	1 / 1	- / -
In Papierform	3 / 4	6 / 6	1 / -	- / -
Gar nicht	1 / -	- / 1	- / -	- / -

Tabelle 38: Umfang und Inhalt der Ambulanzkarte

Mehr als 95 % der teilnehmenden niedergelassenen Ärzte schätzen unabhängig von der Form der Ambulanzkarte deren Umfang und Inhalt als „eher gut“ und besser ein. Diese Beurteilung ist zudem mit Blick auf die elektronische Form deutlich besser als bei der papiernen Form der Ambulanzkarte.

Inwiefern eine gar nicht erhaltene Ambulanzkarte hinsichtlich ihres Umfangs als „sehr gut“ und des Inhalts als „eher gut“ beurteilt werden kann, verschließt sich dem Betrachter, und braucht wohl daher auch nicht weiter analysiert werden.

### 5.5 Wirtschaftliche Folgen der Zusammenarbeit

Die letzte Frage im Rahmen der Beurteilung der Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen Arzt und der IAS Horn ist die nach den wirtschaftlichen Folgen des Arztes in der Ordination. Die Fragestellung in der Frage 18 war gestuft. Zunächst wurde erfaßt, ob überhaupt Auswirkungen zu beobachten waren. Von allen 29 antwortenden Ärzten gaben sieben (24,1 %) an, daß sie Auswirkungen verspüren würden. Die restlichen 22 oder mehr als drei Viertel verneinten diese Frage.

Diejenigen, welche mit „Ja.“ antworteten, wurde die Möglichkeit eingeräumt, zu beschreiben, worin diese Auswirkungen bestanden. Von den sieben Ärzten nutzten acht (sic!) diese Möglichkeit und gaben folgende Einblicke, vgl. Tabelle 8:

Nr. des Fragebogens	Beschreibung der Auswirkungen
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Als Hausarzt, der das systemische Umfeld und die Patientenseite viele Jahre kennt, habe ich ein Wissen über die Patienten, daß mit moderner Überdiagnostik nicht zu erlangen ist.</li> <li>• Die IAS entlastet zwar die Stationen, ist sehr engagiert und kompetent, ich glaube jedoch nicht, daß die IAS, so wie sie konzipiert ist, Menschen wertvolle Heilungs- oder Behandlungsimpulse geben kann, weil die IAS diagnostiziert, was sehr teuer ist und noch lange nicht zur Heilung, Lebensstiländerung oder Behandlungsbereitschaft motiviert.</li> <li>• Das Angebot einer raschen, guten ..... ist prinzipiell gut. Die Kooperation, Gesprächsbereitschaft, Zusammenarbeit mit Hausärzten lässt sich deutlich verbessern – auch die gegenseitige Wertschätzung.</li> </ul>
7	Wenn ich mit dem örtlichen Facharzt wegen dessen Überlastung (Termine fehlen) eine unklare oder höchst suspekta Situation nicht abklären kann, gleichzeitig aber meine, daß eine stationäre DU noch nicht indiziert ist, so wende ich mich an die IAS. Das klappt sehr gut und spart Zeit.
10	Die Patientenarzthauskonsultationen gehen zurück.
11	Keine, da zu weit entfernt.
14	Pat. wählen manchmal von sich aus, die IAS zu besuchen, ohne Allgemeinmediziner zu kontaktieren (niedere Schwelle).
16	Patienten gehen zu jeder Tages- und Nachtzeit wegen Banalitäten ins Krankenhaus (Bsp: Supermarktsuche, dann noch schnell ins Krankenhaus, außerhalb).
19	Es werden kaum Generika verordnet.
23	Verminderung der Laborleistungen.

**Tabelle 39: Anmerkungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen**

Das Spektrum der Anmerkungen auf die Frage nach den Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der IAS Horn läßt sich in folgende Gruppen zusammenfassen:

- Einkommensminderung für den niedergelassenen Arzt (Nr. 10, 14, 23),
- Gesamtkostenreduzierung und Verbesserung der Patientenversorgung (Nr. 7),
- Kostenbelastung für die Gesellschaft (Nr. 16, 19),
- „Rundumschlag“ (Nr. 6),
- Die Anmerkung aus dem Fragenbogen Nr. 11 zeigt auf, daß nur die Entfernung zur IAS Horn die Praxis vor wirtschaftlichen Auswirkungen schützt. Ansonsten wäre diese Anmerkung wohl auch in die Gruppe der Einkommensminderung für den niedergelassenen Arzt einzuordnen.

## 6. Fragen zur Gesamteinschätzung

### 6.1 Einschätzung des Landeskrankenhauses Horn

Die Frage 19 des Fragebogens löst sich von der IAS nimmt das Landeskrankenhauses Horn (LK WV-377) als ganzes in den Blick. Die niedergelassenen Ärzte wurden gebeten, das Landeskrankenhaus Horn im Vergleich zu anderen Krankenhäusern zu beurteilen, in welche sie auch Patienten einweisen. Die Frage wurde von allen Teilnehmern beantwortet. Die Abbildung 12 stellt die Beurteilungen zusammen:

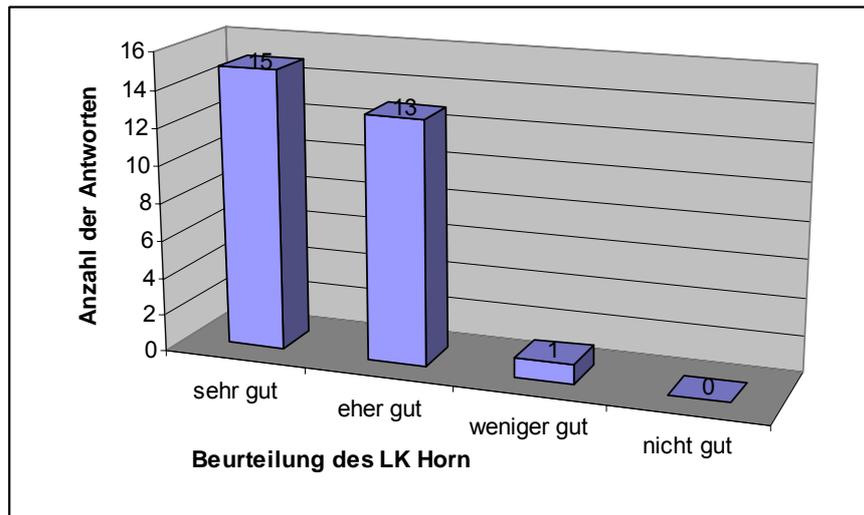


Abbildung 69: Beurteilung des LK Horn im Vergleich zu anderen Krankenhäusern

Deutlicher kann die Einschätzung eines Krankenhauses kaum ausfallen. Genau 96,55 % der befragten niedergelassenen Ärzte sind der Auffassung, daß das Landeskrankenhaus Horn im Vergleich zu anderen Krankenhäusern, die von deren Patienten auch genutzt wurden, als „eher gut“ und besser zu beurteilen ist.

### 6.2 Selbstnutzung der IAS Horn

Eine beliebte Frage, um beurteilen zu können, wie ehrlich es die Antwortenden mit ihren Urteilen meinen, ist die Frage nach der Selbstnutzung insbesondere einer einzuschätzenden Dienstleistung. Die Frage 20, die ebenfalls von allen Teilnehmern beantwortet wurde, hatte genau dies zum Ziel. Die Abbildung 13 präsentiert das Ergebnis.

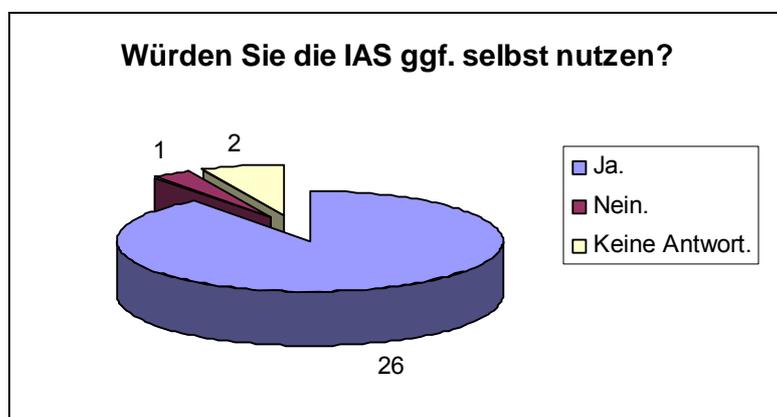


Abbildung 70: Selbstnutzung der IAS Horn

Ähnlich wie bei der Frage zuvor fällt auch hier das Urteil sehr deutlich aus. Knapp 90 % der Beteiligten gaben an, daß sie gegebenenfalls selbst die Leistungen in Anspruch nehmen würden.

### 6.3 Erfüllung der Erwartungen von der IAS Horn

Eine letzte Frage zur Gesamteinschätzung der IAS Horn war die nach der Erfüllung der Erwartungen von der IAS Horn. Die Antworten auf diese Frage (vgl. Frage 21), an der sich wiederum alle beteiligt haben, zeigt die Abbildung 14.

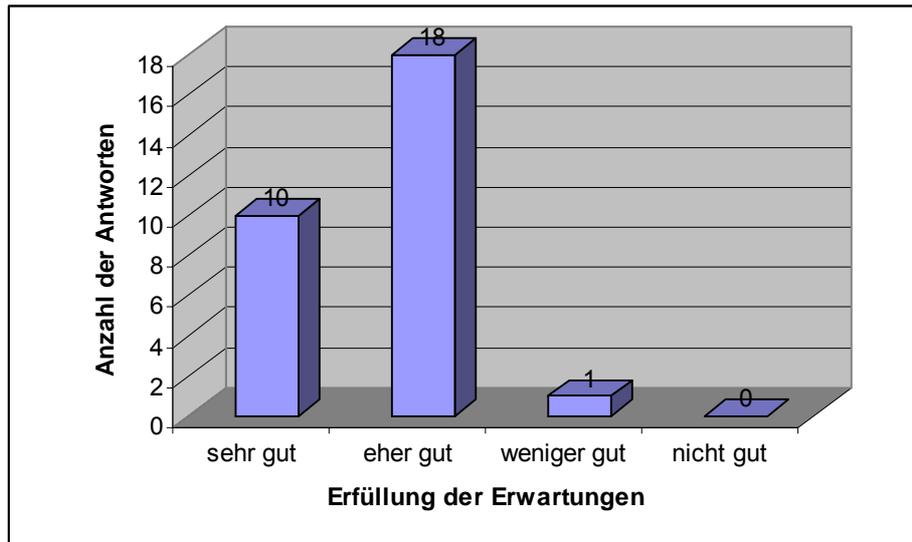


Abbildung 71: Erfüllung der Erwartungen von der IAS Horn

Selbst mit dieser Frage wird des durchaus positiven Charakters der Beurteilung der IAS Horn bestätigt. Genau 96,55 % der Befragten trafen die Einschätzung, daß ihre Erwartungen von der IAS als „eher positiv“ oder besser erfüllt wurden.<sup>15</sup>

## 7. Spektrum der positiven und negativen Anmerkungen

Den befragten niedergelassenen Ärzten wurde am Ende des Fragebogens Platz eingeräumt, um bei Interesse freiformulierte positive oder negative Anmerkungen vorzunehmen. Insgesamt wurde diese Möglichkeit von 10 oder 34,5 % der Befragten genutzt. Davon gaben drei ausschließlich positive Anmerkungen. Sieben der niedergelassenen Ärzte hatten einen Grund, eine negative Rückmeldung zu geben. Alle Anmerkungen sind in der Tabelle 9 nachzulesen. Die Rückmeldungen im einzelnen waren:

---

<sup>15</sup> Im Fragebogen folgt nach dieser Frage die Frage danach, ob Interesse an den Ergebnissen dieser anonymen Befragung besteht. Obgleich dies ein Widerspruch in sich ist, antworteten alle 29 beteiligten niedergelassenen Ärzte auf diese Frage. 26 beantworteten diese Frage – vermutlich versehen mit einem Augenzwinkern – sogar mit „ja“. Aus nachvollziehbaren Gründen dürfte diese Randbemerkung dazu vollkommen ausreichen.

### Inhalte der positiven Anmerkungen

Zusammenarbeit mit IAS hat sich stets freundlich, kompetent und unkompliziert ergeben.

Obwohl ich das Angebot bloß rund 10x pro Jahr erst genützt habe, meine ich, dass eine IAS eine gute Sache ist, wenn eine Kassenärztliche ambulante Abklärung mit den regionalen Fachärzten nicht möglich ist, dem Patienten nicht zumutbar ist (soziale, pflegerische und organisatorische Gründe) oder wenn eine stationäre Abklärung noch nicht indiziert ist. Also ich finde die IAS super !!

Patienten schätzen die freundliche Betreuung. Dieser "Prototyp" von Schnittstelle zwischen niedergelassenen und stationären Bereich würde sich für evaluierende Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge so ideal anbieten. Geschieht da irgendwas?

Wichtige Informationen würden von begleitenden wissenschaftlichen Untersuchungen zu erwarten sein, wenn man sich mit dem Spektrum der Gesundheitsstörung befassen würde, insbesondere sollten getrennt die Zuweisungsformen (selbst, HA, FA, etc) analysiert werden, etc. etc.

### Inhalte der negativen Anmerkungen

NUR: Bitte weiterhin nur auf (haus)ärztliche exakte Zuweisung arbeiten. Nicht selber "aktiv" werden!

Auch zuweisende Ärzte dürfen telefonisch kontaktiert werden. Nicht jeder junge Patient mit Thoraxschmerz braucht Troponin, Herzenzyme, Herz-Echo, CT. Bessere Aufklärung von Patienten über IAS (nicht gedacht für "Banalitäten" ... Täglich ein Praktiker im Sprengel bis 19:00 Uhr erreichbar – bitte Patienten dorthin zurückschicken.

Zugangsregelung wäre zu überlegen  
Patienten kommen gelegentlich erst nach mehreren Tagen oder gar nicht mit dem Untersuchungsergebnis zumr HA

Gelegentlich warten Patienten mit akuter, lebensgefährlicher Krankheit bis zu 5 Stunden ohne spezielle Therapie.

Das Problem für die niedergelassenen stellen nicht die von uns zugewiesenen Patienten dar, sondern die Patienten, welche wegen Lapalien die IAS aufsuchen und dann "übertherapiert oder überdiagnostiziert" werden.

Außerdem sind beim Erstkontakt oft Turnusärzte und nicht Fachärzte dabei. Und genau der Erstkontakt ist eine der anspruchsvollsten Leistungen ärztlichen Handelns – Interdisziplinarität – der fachübergreifende Wissen kann ein Turnusarzt nicht haben, auch nicht ein spezialisierter Internist.

### **Tabelle 40: Liste der positiven und negativen Abschlußrückmeldungen**

Mit Blick auf die negativen Anmerkungen handelt es sich größtenteils um Wiederholungen der bereits an verschiedenen Stellen im Fragebogen eingefügten Anmerkungen. Zum Teil verdeutlichen sie auch, daß die Anmerkenden die Problematik, die wirtschaftlich gesehen auf sie selbst zukommen wird, erkannt aber noch nicht das richtige Mittel gefunden haben, darauf zu reagieren.

Die positiven Anmerkungen lassen den versorgungsverbessernden Blick auf das mit der IAS Horn erprobte Herangehen an die Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung nicht nur erkennen. Vielmehr wird ein solcher Beitrag individuell aber auch grundlegend gewürdigt.

## Anhang: Fragebogen für die niedergelassenen Ärzte

# Befragung der niedergelassenen Ärzte

1. Sind Sie

<input type="radio"/> Allgemeinmediziner	<input type="radio"/> Facharzt für
--	------------------------------------

2. Sind Sie

<input type="radio"/> Vertragsarzt	<input type="radio"/> Wahlarzt
------------------------------------	--------------------------------

3. Ich habe meine Ordination im folgenden Bezirk: \_\_\_\_\_

4. Fühlen Sie sich ausreichend über das Leistungsangebot der IAS Horn informiert?

<input type="radio"/> sehr ausreichend	<input type="radio"/> eher ausreichend	<input type="radio"/> weniger ausreichend	<input type="radio"/> nicht ausreichend
--	--	---	---

a. Woher beziehen Sie Ihre Informationen über unser Leistungsangebot?  
(Mehrfachantworten möglich!)

<input type="radio"/> Ärztestammtisch	<input type="radio"/> Patient
<input type="radio"/> Kollegen	<input type="radio"/> Internet
<input type="radio"/> Konsensuspapier	<input type="radio"/> direkt aus dem LK Horn
<input type="radio"/> Qualitätszirkel	<input type="radio"/> Sonstiges: _____
<input type="radio"/> Fortbildungsseminar	

b. Wie beurteilen Sie den Umfang des gesamten medizinischen Leistungsangebotes?

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> nicht gut
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

c. Wie beurteilen Sie die Qualität des gesamten medizinischen Leistungsangebotes?

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> nicht gut
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

5. Welche der angeführten Punkte sind für Sie ausschlaggebend, Patienten in die IAS Horn zuzuweisen? (bitte max. 3 Antworten!)

<input type="radio"/> Kompetenz	<input type="radio"/> auf Wunsch des Patienten
<input type="radio"/> Zuverlässigkeit	<input type="radio"/> Serviceleistungen (Sonderleistungen)
<input type="radio"/> breites Leistungsspektrum	<input type="radio"/> moderne Behandlungsmethoden
<input type="radio"/> hohe Qualität	<input type="radio"/> örtliche Nähe
<input type="radio"/> Spezialisten in der IAS Horn	<input type="radio"/> guter Ruf
<input type="radio"/> kurze Verweildauer	<input type="radio"/> gute Erfahrungen
<input type="radio"/> unklare Diagnostik	<input type="radio"/> Sonstiges: _____

6. Kennen Sie das Konsensuspapier, das zwischen der Ärztekammer für NÖ und der IAS Horn abgeschlossen wurde?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------------------	----------------------------

6a. Wenn ja, bildet das Konsensuspapier für Sie eine Grundlage für die Überweisung in die IAS Horn?

<input type="radio"/> immer	<input type="radio"/> überwiegend	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> nie
-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------------

7. Überweisen Sie Patienten zu uns, soweit deren Krankheitsbild unserem Leistungsangebot entspricht?

<input type="radio"/> ausschließlich	<input type="radio"/> überwiegend	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> nie
--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------------

8. Wie umfassend sind Ihre Patienten nach einem Aufenthalt in der IAS Horn über ihre Erkrankung bzw. Behandlung informiert?

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> nicht gut
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

9. Haben Sie das Gefühl, daß Ihre Patienten in der IAS Horn fachlich gut behandelt werden?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> eher ja	<input type="radio"/> eher nein	<input type="radio"/> nein
--------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------

10. Wie beurteilen Sie die Abwicklung der Aufnahme Ihrer Patienten durch die IAS Horn?

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> nicht gut
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

11. Wie beurteilen Sie die Abwicklung der Entlassung Ihrer Patienten durch die IAS Horn?

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> nicht gut
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

12. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit der IAS Horn bezüglich:

Information/Auskünfte:

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> nicht gut
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Kommunikation:

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> nicht gut
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Vorschläge über künftige Behandlungen:

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> nicht gut
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

13. Beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und der IAS Horn positiv?

<input type="radio"/> sehr positiv	<input type="radio"/> eher positiv	<input type="radio"/> weniger positiv	<input type="radio"/> nicht positiv
------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

14. Welche Voraussetzungen müssen aus Ihrer Sicht für eine erfolgreiche Partnerschaft zwischen Ihnen und der IAS Horn erfüllt sein?

<input type="radio"/> Vertrauen	<input type="radio"/> rasche gute Information
<input type="radio"/> gegenseitige Wertschätzung	<input type="radio"/> gute Kommunikation
<input type="radio"/> Verlässlichkeit	<input type="radio"/> Offenheit/Ehrlichkeit
<input type="radio"/> hohes Qualitätsangebot	<input type="radio"/> Sonstiges: _____
<input type="radio"/> laufende Information über Veränderungen	

15. Welche dieser Voraussetzungen sind für Sie schon erfüllt?

<input type="radio"/> Vertrauen	<input type="radio"/> rasche gute Information
<input type="radio"/> gegenseitige Wertschätzung	<input type="radio"/> gute Kommunikation
<input type="radio"/> Verlässlichkeit	<input type="radio"/> Offenheit/Ehrlichkeit
<input type="radio"/> hohes Qualitätsangebot	<input type="radio"/> Sonstiges: _____
<input type="radio"/> laufende Information über Veränderungen	

16. In welcher Form erhalten Sie die Ambulanzkarten (Kurzarztbrief) der IAS Horn?

<input type="radio"/> elektronisch	<input type="radio"/> in Papierform	<input type="radio"/> gar nicht
------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

17. Wie beurteilen Sie die Ambulanzkarten hinsichtlich:

Umfang:

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> nicht gut
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Inhalt:

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> nicht gut
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

18. Haben Sie persönlich durch die Zusammenarbeit mit der IAS Horn wirtschaftliche Auswirkungen feststellen können?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------------------	----------------------------

Wenn ja, beschreiben Sie diese kurz:

---

---

19. Im Vergleich zu anderen Krankenhäusern, in die Sie ebenfalls Patienten einweisen, beurteilen Sie das Landesklinikum Horn insgesamt:

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> nicht gut
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

20. Würden Sie sich selbst im Falle einer Erkrankung in der IAS Horn therapieren lassen, sofern wir diese Leistung anbieten?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> keine Antwort
--------------------------	----------------------------	-------------------------------------

21. Wurden Ihre Erwartungen von der IAS Horn erfüllt?

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> eher gut	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> nicht gut
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

22. Haben Sie Interesse am Ergebnis dieser Umfrage? anonymer Fragebogen?!

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------------------	----------------------------

23. Raum für sowohl positive als auch negative Anmerkungen:

---

---

---

---

## **Anhang 4:**

# **Auswertung der Mitarbeiterbefragung und zugehöriger Fragebogen**

### **Inhaltsverzeichnis**

Seite

Tabellenverzeichnis .....	12
Abbildungsverzeichnis .....	12

1. Vorbemerkungen .....	12
2. Berufsdaten der Befragungsteilnehmer .....	12
3. Verschiedene Aspekte der Zufriedenheit der Beschäftigten .....	12
3.1 Zufriedenheit mit der Arbeit und dem Betriebsklima .....	12
3.2 Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten .....	12
3.3 Eindruck von der Zeit für den und den Wünschen des Patienten .....	12
3.4 Eindruck von der Zusammenarbeit mit anderen Bereichen .....	12
3.5 Eindrücke über die Zuweisungen von Patienten .....	12
4. Kenntnisse über Reaktionen oder Beschwerden bezüglich der IAS .....	12
4.1 Reaktionen oder Beschwerden von seiten der Patienten .....	12
4.2 Reaktionen oder Beschwerden von zuweisenden Ärzten .....	12
5. Meinung der Mitarbeiter zur IAS und zur Motivation für die Teilnahme an dieser Befragung .....	12
6. Methodische Anmerkungen zum Fragebogen .....	12

Anhang: Fragebogen für die Mitarbeiter der Interdisziplinären Aufnahmestation (IAS)12

## Tabellenverzeichnis

Seite

Tabelle 42: Berufsdaten der Befragungsteilnehmer.....	12
Tabelle 43: Das Verhältnis zu den Kollegen und zum unmittelbaren Vorgesetzten.....	12
Tabelle 44: Eingehen auf die Patienten nach Berufsgruppen.....	12
Tabelle 45: Empfundene Güte der Zusammenarbeit.....	12
Tabelle 46: Wörtliche Anmerkungen zur Zusammenarbeit.....	12
Tabelle 47: Anmerkungen zur Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten.....	12
Tabelle 48: Wörtliche Anmerkungen über die Reaktionen und Beschwerden der Patienten .....	12
Tabelle 49: Reaktionen und Beschwerden der zuweisenden Ärzte.....	12
Tabelle 50: Anmerkungen der Mitarbeiter zur IAS.....	12
Tabelle 51: Motive zur Beantwortung des Fragebogens.....	12

## Abbildungsverzeichnis

Seite

Abbildung 67: Berufsgruppenbezogene Gründe für eine Tätigkeit in der IAS.....	12
Abbildung 68: Zufriedenheit mit der Arbeit in der IAS.....	12
Abbildung 69: Sorge um den Patienten.....	12
Abbildung 70: Die Einschätzung der verfügbaren Zeit für die Patienten nach Berufsgruppen.....	12
Abbildung 71: Zusammenarbeit mit Chirurgischen Ambulanz nach Berufsgruppen.....	12
Abbildung 72: Empfundener Anteil der zugewiesenen und nicht zugewiesenen Patienten.....	12
Abbildung 73: Güte der Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten.....	12
Abbildung 74: Informiertheit über die medizinischen Belange der zugewiesenen Patienten.....	12
Abbildung 75: Reaktionen oder Beschwerden der Patienten.....	12

## 1. Vorbemerkungen

Die Befragung der Mitarbeiter der Interdisziplinären Aufnahmestation im Landeskrankenhaus Waldviertel in Horn wurde den August 2008 über durchgeführt. Die Fragebögen wurden den Beschäftigten am Arbeitsplatz in einem Briefumschlag mit der Bitte um Beantwortung übergeben. In der IAS wurde ein verschlossener Briefkasten aufgestellt, in welchen die ausgefüllten Bögen eingeworfen werden konnten.

In die Befragung wurden alle 34 in der IAS Horn Beschäftigten einbezogen, und zwar unabhängig davon, ob der Verwaltung, dem pflegerischen oder ärztlichen Personal zuzurechnen waren. Von diesen 34 Beschäftigten gaben 26 ihren ausgefüllten Fragebogen zurück, was einer Rücklaufquote von 76,5 % entspricht. Von diesen 26 Bögen wurden lediglich in sechs Fragebögen alle Fragen beantwortet.

Der Fragebogen hatte einen Umfang von 23 Fragen auf fünf Seiten. Sechs der Fragen liefen auf offenen Antworten hinaus, was zur Folge hatte, daß entsprechender Platz zur Beantwortung eingeräumt wurde. Bis auf diese Ausnahmen waren die Fragen mit vorkonstruierten Antwortvorgaben versehen. Im Falle der Verwendung von Likert-Skalen standen vier Werte zur Auswahl, um eine entscheidungsfreie „Wahl der Mitte“ nicht zuzulassen.

Um die Anonymität der Mitarbeiter zu wahren, wurde in diesem Fragebogen darauf verzichtet, am Ende des Fragebogens die Daten zur Person (Geschlecht, Geburtsjahr und Postleitzahl des Wohnortes) abzufragen.

## 2. Berufsdaten der Befragungsteilnehmer

Die Berufsdaten der Befragungsteilnehmer umfassen die ersten drei Fragen. Im Mittelpunkt stehen der Einstieg in die Beschäftigung in der IAS Horn, die Zugehörigkeit zu einer vorgegebenen Berufsgruppe und die Motivation für die Aufnahme einer Beschäftigung in der IAS Horn.

Um einschätzen zu können, welche Aussagekraft ein bestimmtes Antwortverhalten hat, ist es in der Regel üblich, über die Frage nach der Dauer der Beschäftigung oder ähnlichem herauszubekommen, inwieweit der Befragte überhaupt in der Lage war, sich eine fundierte Meinung von dem zu machen, was er nun im Rahmen einer solchen Befragung einzuschätzen gebeten wird. Die Befragten wurde gebeten die Zahl des Jahres anzukreuzen, in welchem sie ihre Tätigkeit in der IAS aufgenommen haben.

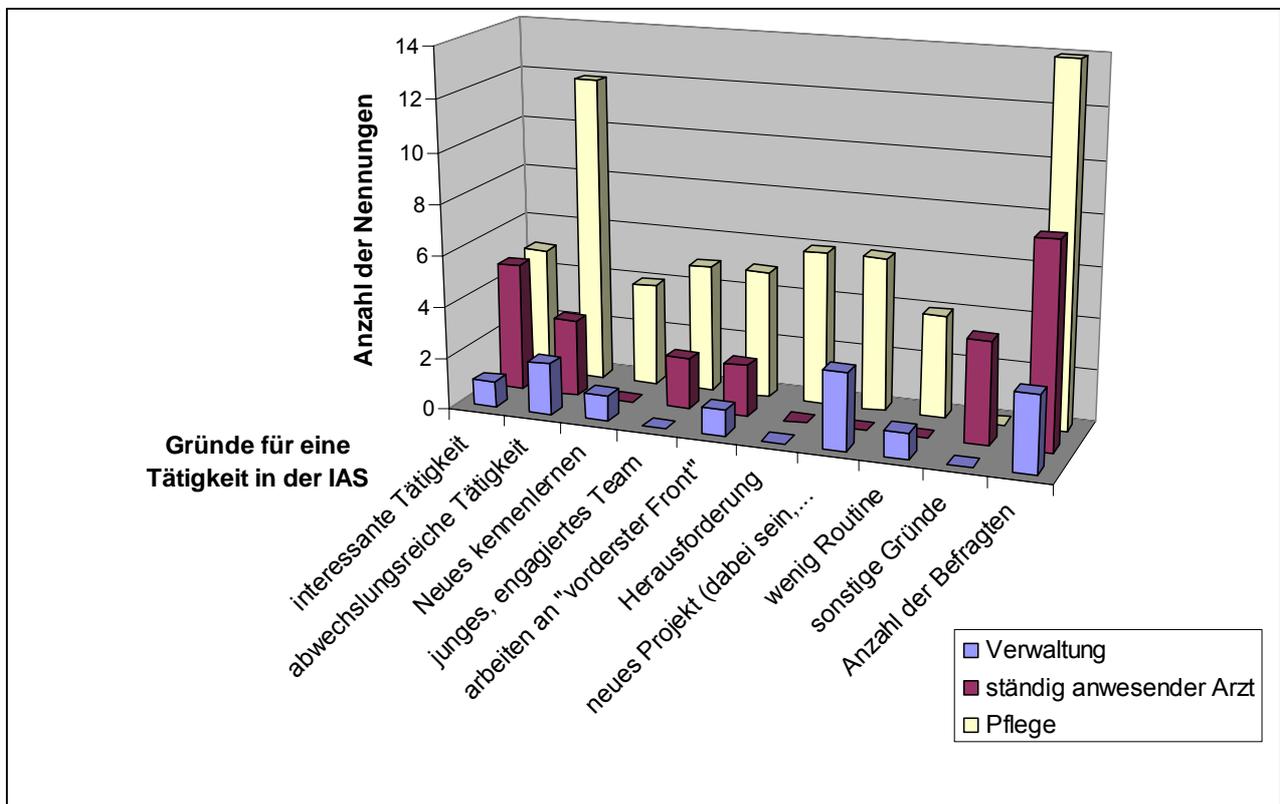
Um die Aussagekraft der Analyse zu erhöhen, wurde unmittelbar die Zugehörigkeit zu einer der Berufsgruppen (Verwaltung, Pflege oder ständig anwesende Ärzte) mit ausgewertet. Die nachfolgende Tabelle gibt das Ergebnis an.

Jahr des Eintritts in die IAS	Beschäftigt in der ... /als ...			Summe
	Verwaltung	Pflege	Ständig anwesender Arzt	
2006	2	12	4	18
2007	1	1	3	5
2008	-	1	1	2

**Tabelle 41: Berufsdaten der Befragungsteilnehmer**

Von den 25, die die beiden ersten Fragen beantwortet haben, gaben 18 (72 %) an, daß sie entweder von Beginn oder im Verlauf des ersten Jahres ihrer Tätigkeit in der IAS Horn aufgenommen haben. Die in den Jahren 2007 oder 2008 nachrückenden Beschäftigten sind ein Zeichen für den kontinuierlichen Ausbau der IAS Horn und nicht etwa Ersatz für auf Grund einer Fluktuation eine zwischenzeitlich freigewordenen Stelle.

Werden diese Daten mit den Antworten auf die Frage 3: „Warum haben Sie sich für die Arbeit in der IAS entschieden?“ verknüpft, so ergibt sich folgendes Bild, vgl. Abbildung 1:



**Abbildung 72: Berufsgruppenbezogene Gründe für eine Tätigkeit in der IAS**

Über alle drei Berufsgruppen gesehen zeigt sich eine deutlich positiv motivierte Erwartungslage mit Blick auf eine Tätigkeit in der IAS Horn. Die in der vordersten Balkenreihe verdeutlichten Gründe der drei Verwaltungsangestellten belegen das Interesse an einer neuen, abwechslungsreichen Tätigkeit an „vorderster Front“ mit wenig Routine. In der zweiten Balkenreihe ist die Sicht der Ärzte abgebildet. Auch hier eine vergleichbare Motivationslage. Ebenso zeigt sich dies in der Pflege. Zusammen betrachtet kann festgehalten, daß rund zwei Drittel aller Befragten die Interdisziplinäre Aufnahmestation als eine abwechslungsreiche und interessante Tätigkeit sehen. Insofern sie diese Frage bis zu drei Jahren nach der Aufnahme ihrer Tätigkeit beantwortet haben, muß sich darin

wohl auch die aktuelle Zufriedenheitslage widerspiegeln, vgl. hierzu die Ausführungen im Abschnitt 3.

### 3. Verschiedene Aspekte der Zufriedenheit der Beschäftigten

Die empfundene Zufriedenheit der Beschäftigten wird in mehrere Bereiche unterteilt. Der Blick wird dabei auf den eigenen Stand, auf die Zusammenarbeit mit Kollegen und auf die IAS bzw. des LK WV insgesamt gerichtet.

#### 3.1 Zufriedenheit mit der Arbeit und dem Betriebsklima

Befragt nach der Zufriedenheit mit ihrer Arbeit in der IAS (vgl. Frage 4) und mit der damit verbundenen Arbeitszeit (vgl. Frage 5) gaben bezogen auf die Arbeitszeit alle Antwortenden an, damit „eher zufrieden“ oder gar „zufrieden“ zu sein. Bei der Frage nach ihrer Arbeit, betrug dieses Maß der Zufriedenheit „nur“ 96,2 %, vgl. Abbildung 2.

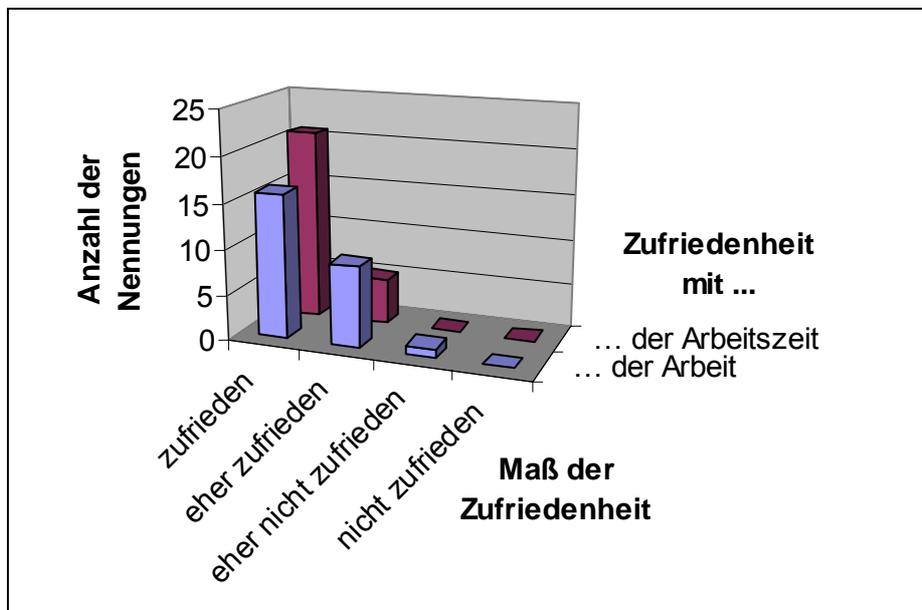


Abbildung 73: Zufriedenheit mit der Arbeit in der IAS

Auf die Frage nach dem Betriebsklima (vgl. Frage 6) antworteten alle 26 Teilnehmer an der Befragung. Von den vier Antwortmöglichkeiten: „ausgezeichnet“, „eher gut“, „eher schlecht“ sowie „schlecht“ wählten 18 „ausgezeichnet“ und die restlichen acht „eher gut“. Dies bestätigt das bereits zuvor festgestellte hohe Maß der Zufriedenheit.

### 3.2 Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten

Eine weitere Größe im Rahmen der Zufriedenheit von Beschäftigten ist das Verhältnis zu den Kollegen und Vorgesetzten. Beides wurde mit den Fragen 7 und 8 abgefragt. Die Tabelle 2 präsentiert die Antworten:

Die Güte des Verhältnisses zu ...	... den Kollegen in der IAS ist ...	... dem unmittelbaren Vorgesetzten ist ...
... sehr gut.	20	22
... eher gut.	5	4
... eher schlecht.	0	0
... schlecht.	0	0

**Tabelle 42: Das Verhältnis zu den Kollegen und zum unmittelbaren Vorgesetzten**

Alle Antwortenden gaben an, daß das Verhältnis – sei es nun zu den Kollegen oder zum unmittelbar Vorgesetzten – „eher gut“ und besser sei. Ein marginaler Unterschied zwischen beiden Antworten besteht lediglich darin, daß ca. 10 % mehr Antwortende angaben, ein „sehr gutes“ Verhältnis zu ihrem unmittelbaren Vorgesetzten zu haben.

Mit der Frage 9 wurde das Verhältnis zum unmittelbaren Vorgesetzten auf den Informationsfluß bezogen. Danach befragt, wie die Befragten ihrer Meinung nach die Güte dieses Informationsflusses einschätzten, teilten 15 von 25 (60 %) mit, einen „sehr guten“ Informationsfluß zu beobachten. Die restlichen 10 (40 %) Antwortenden schätzten diesen „eher gut“ ein. Lediglich in der Berufsgruppe der Pflegenden verteilt sich diese Einschätzung ausgewogen mit je 50 % der Nennungen.

### 3.3 Eindruck von der Zeit für den und den Wünschen des Patienten

Mit den Frage 10 und 11 wurden die Mitarbeiter der IAS gebeten, ihren Blick auf den Patienten zu richten. Gefragt wurde danach, ob den Patienten der Meinung der befragten Mitarbeiter nach ausreichend Zeit gewidmet und ob ausreichend auf deren Wünsche eingegangen wird. Die Abbildung 3 stellt die Antworten der beiden Fragen, auf welche nur mit „ja“ oder „nein“ geantwortet werden konnte, miteinander verknüpft zusammen, denn wenn keine ausreichende Zeit verblieb, um sich um den Patienten zu kümmern, konnte u. U. nicht im ausreichenden Umfang auf dessen Wünsche eingegangen werden.

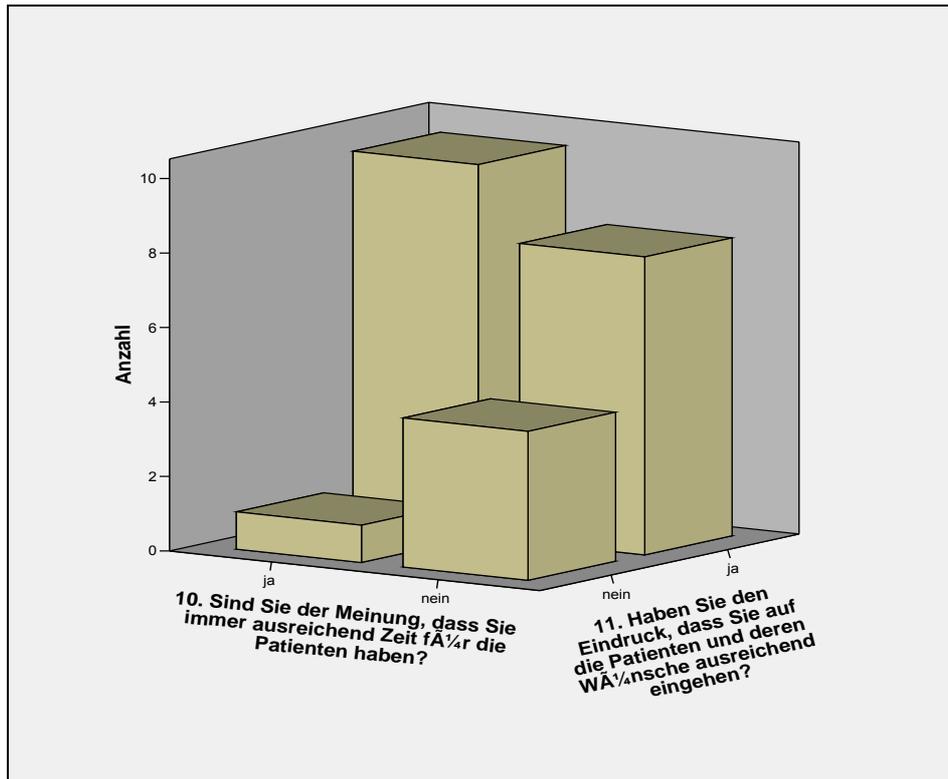


Abbildung 74: Sorge um den Patienten

Die Frage danach, ob auf die Wünsche der Patienten ausreichend eingegangen wurde, antworteten 19 (82,6 %) der Befragten mit „ja“ und 4 mit „nein“, was als zufrieden eingeschätzte Patienten schließen lässt. Auf die Frage nach der dem Patienten gewidmeten Zeit gaben 11 Befragte an, daß diese ausreichend sei. Als nicht ausreichend schätzten dies 13 der Antwortenden ein.

Verknüpft betrachtet sind 10 der Auffassung, den Patienten sowohl ausreichend Zeit gewidmet zu haben, als auch auf deren Wünsche ausreichend eingegangen zu sein. Es ist also eine optimale Sorge um den Patienten festzustellen. Ein Antwortender vertritt die Meinung, daß zwar nicht ausreichend auf die Wünsche der Patienten eingegangen wurde, dies aber zeitlich ausreichend. Acht Antwortende schätzten ein, die Wünsche der Patienten ausreichend berücksichtigt zu haben, jedoch in einem nicht ausreichenden zeitlichen Umfang. Bei vier Antwortenden (16,7 % der Antwortenden) besteht der Eindruck einer im doppelten Sinne suboptimalen Sorge um den Patienten. Sie wird weder als zeitlich ausreichend oder ausreichend auf die Wünsche der Patienten eingehend angesehen.

Dieses Antwortverhalten weist erstmals auf einen „Makel“ hin. Wird insbesondere dem Eindruck vom Zeitfaktor detaillierter nachgegangen, indem bspw. die Berufsgruppenzugehörigkeit der Antwortenden zusätzlich in den Blick genommen wird, so ergibt sich das in der Abbildung 4 abzulesende Meinungsbild:

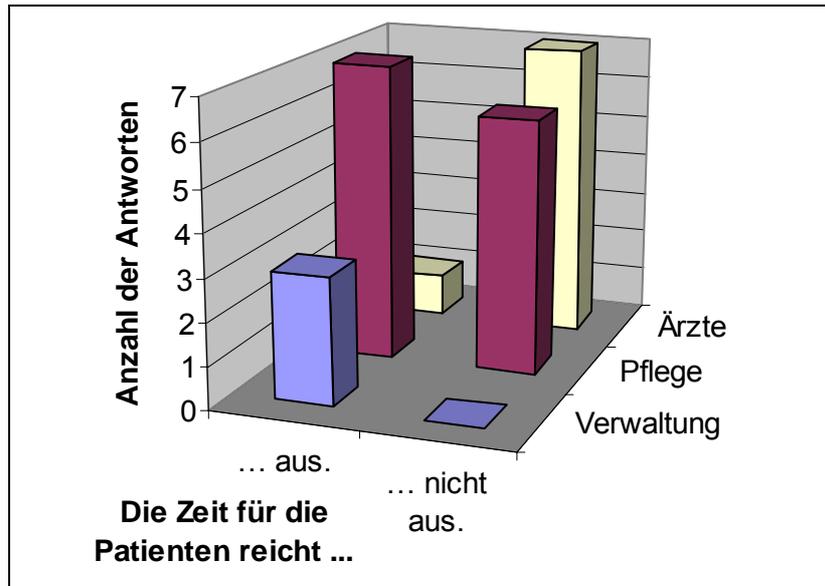


Abbildung 75: Die Einschätzung der verfügbaren Zeit für die Patienten nach Berufsgruppen

Das Meinungsbild bezogen auf diese Frage geht berufsgruppenbezogen deutlich auseinander. Während bei den Pflegenden die Mehrheit (knapp 54 %) noch der Auffassung sind, daß sie ausreichend Zeit für den Patienten haben. Sind dies bei den Ärzten nur noch einer oder 12,5 % der Antwortenden.

Wird noch die Analyse der Frage nach dem Umfang der Wünsche, auf die eingegangen wird, berufsgruppenbezogen nachgeliefert, so erfährt das Meinungsbild bei den Pflegenden eine eindeutige Tendenz. Bei den Ärzten verkehrt sich die vorherige Nicht-Zustimmung zu einer deutlichen Zustimmung, vgl. Tabelle 3.

Auf die Patienten und deren Wünsche wird durch die...	... ausreichend eingegangen.	... nicht ausreichend eingegangen.
... Verwaltung ...	3	0
... Pflege ...	11	2
... Ärzte ...	5	3

Tabelle 43: Eingehen auf die Patienten nach Berufsgruppen

### 3.4 Eindruck von der Zusammenarbeit mit anderen Bereichen

Die Fragen 12 und 13 ranken sich um die empfundene Güte von der Zusammenarbeit mit anderen Bereichen im Landesklinikum Waldviertel Horn und den Rettungsorganisationen.

Zusammenarbeit mit der/dem ...	Anzahl der Antworten				Sum- me	Rang- punkte
	sehr gut	eher gut	eher schlecht	schlecht		
Chemischen Labor	23	2	0	0	25	48
Küche	20	0	0	0	20	40
OP-Gehilfen	16	8	1	0	25	39
Internen Station	14	10	0	0	24	38
Internen Ambulanz	13	11	1	0	25	36
Anästhesie	13	9	1	0	23	34
Rettungsorganisationen	11	12	1	1	25	31
Neurologischen Ambulanz	12	10	2	1	25	30
Radiologie	7	15	2	1	25	25
Neurologischen Station	8	13	3	1	25	24
Chirurgischen Station	5	15	4	0	24	21
Chirurgischen Ambulanz	3	9	6	7	25	- 5

**Tabelle 44: Empfundene Güte der Zusammenarbeit**

Neben einer Liste potentieller Partner in einer Zusammenarbeit von der IAS aus gesehen waren wiederum vier Antwortvarianten vorgegeben, mit denen die Güte der Zusammenarbeit eingeschätzt werden konnte. Die Tabelle 4 enthält die Auswertung dieser Antworten. Zudem sind der Tabelle in der Spalte „Summe“ die Anzahl der abgegebenen Bewertungen zu ersehen. Die Spalte „Rangpunkte“ ist eine Hilfsspalte, die eingefügt wurde, um die Partner der Zusammenarbeit hinsichtlich ihrer Güte zu ordnen. Die Rangpunkte ergeben sich dabei aus der Summe der Bewertungen der Antworten je Gütemaß. Dabei wurde eine Antwort mit „sehr gut“ mit dem Faktor 2 bewertet. Eine Einschätzung mit „gut“ erhielt den Faktor 1. Analog erhielt „eher schlecht“ den Faktor - 1 und „schlecht“ den Faktor - 2. So kommen bspw. für die Zusammenarbeit mit dem Chemischen Labor die Rangpunkte wie folgt zustande:  $23 \cdot 2 + 2 \cdot 1 + 0 \cdot (-1) + 0 \cdot (-2) = 48$ .

Deutlich wird, daß mit Ausnahme der Chirurgischen Ambulanz alle anderen Partner einer Zusammenarbeit als positiv eingeschätzt wurden. Die positive Zusammenarbeit selbst streut auch breit. So wird bspw. die Zusammenarbeit mit der Radiologie, der Neurologischen und Chirurgischen Stationen zwar auch als „eher gut“ aber nur halb so gut wie mit dem Chemischen Labor eingeschätzt. Neben dem Chemischen Labor wird die Zusammenarbeit mit der Küche durchweg mit „sehr gut“ bewertet. Mehrheitlich „sehr gut“ wird die Zusammenarbeit mit den OP-Gehilfen, der Internen Station und Ambulanz sowie mit der Anästhesie angesehen. Als überwiegend „eher gut“ wird die Zusammenarbeit zu den Rettungsorganisationen, zur Neurologischen Ambulanz, zur Radiologie, zur Neurologischen sowie zur Chirurgischen Station gesehen.

Um der deutlich schlechteren Bewertung der Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Ambulanz mit den Möglichkeiten dieses Fragebogens auf den Grund, kann eine Analyse der Bewertung dieser Zusammenarbeit nach Berufsgruppen vorgenommen werden. Es zeigt sich somit das in der Abbildung 5 erkennbare Bild.

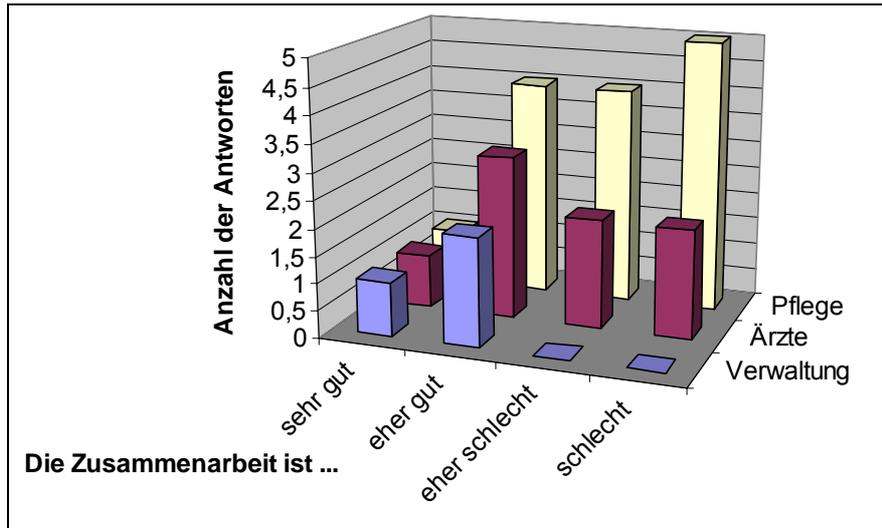


Abbildung 76: Zusammenarbeit mit Chirurgischen Ambulanz nach Berufsgruppen

Die Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Station nach Berufsgruppen betrachtet verdeutlicht, daß die eindeutig auf die Schlecht-Bewertungen zurückzuführen ist, die durch die befragten Pflegenden vergeben wurden. Ebenso ist allerdings auch den Ärzten eine solche Einschätzung nicht fremd.

Neben dieser Einschätzung mit Antwortvorgaben war den Befragungsteilnehmern die Möglichkeit eingeräumt worden, ihre Einschätzungen auch niederzuschreiben. Von den 26 diese Frage Beantwortenden nutzten 12 diese weitere Möglichkeit mit dem in der Tabelle 5 folgenden Inhalt.

Nr. des Fragebogens	Anmerkungen zur Zusammenarbeit
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>gelegentliche Diskussion bzgl. freier Betten (wieso wir und nicht die anderen.....)</li> <li>werden gelegentlich als "Patientendepot" bezeichnet, was auch unsere Kapazität überfordert</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interne, Chir., Anästh., -Ambulanz wollen oft Arbeit, die eindeutig in deren Tätigkeitsbereich entfallen, abschieben</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chirurg. Amb. ist desorganisiert, die "Zusammenarbeit chaotisch, unstrukturiert, der Aufgabenbereich der chirurg. Ambulanz scheint nicht klar definiert; eine Definition, welche "chirurg. akut Pat" auf der IAS und welche auf der chirurg. Amb. beh. werden sollen, gehört schriftlich und von oberster Stelle festgelegt. Das Procedere über chirurg. Begutachtungen und OP-Terminvergabe sollte festgelegt werden (schriftlich) und von allen Beteiligten incl. chirurg. OA und chirurg. Amb.-Schwestern berücksichtigt werden</li> <li>ewige Konfliktpunkte sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>chirurg. Begutachtung und OP Terminvergabe OP6 kl. Eingriffe</li> <li>chirurg. Begutachtung und OP Terminvergabe OP6 elektive Eingriffe (z.B. CHE)</li> <li>Pat., die primär vom HA auf die Chirur. Amb. zugewiesen werden landen, meist auf der IAS</li> </ul> </li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mich stört das ewige Warten auf die neurol. Ärzte.</li> <li>Mich stört das Rechtfertigen bei der Int II, warum sie schon wieder einen Patient bekommen.</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insgesamt recht gute Zusammenarbeit.</li> <li>Zunehmend wird die IAS für alle Probleme anderer Abt. und Amb. "missbraucht" - im Zweifelsfall, falls sich niemand zuständig fühlt - an die IAS. Dies verursacht viel</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>zusätzliche Bürokratie und Arbeit</li> <li>fragl. Sinnhaftigkeit, dass geplante Aufnahmen über die IAS laufen - admin. Aufwand</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>Küche und Labor: IMMER freundlich, keine Probleme</li> <li>Röntgen: teilw. lange Wartezeit auf Befunde, manchmal werden Untersuchungen abgelehnt</li> <li>Neuro und Anästhesie: Räuml. Probleme - Infusionstherapien auf IAS</li> <li>Chirurg. Amb.: Pat. ist dort behandelt worden - wird zur Terminvereinbarung für PE auf die IAS geschickt, trotz Zuweisung von Chirurg. FA Pat. auf die IAS verwiesen</li> <li>15:30 Dienstende - IAS zum Glück 24 Std. besetzt</li> </ul>
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Nachmeldungen im Labor oder in der Küche - wird alles prompt und freundlich erledigt.</li> <li>An manchen Tagen wartet man übertrieben lange auf Rö-Befunde, die nicht immer netten Reaktionen der Pat. müssen wir ertragen.</li> </ul>
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zusammenarbeit ist sehr flexibel.</li> </ul>
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unwilligkeit bei den Kollegen von der Neurologie und Chirurgie. Diese geben einem zeitweise das Gefühl, als ob die IAS von ihnen als Störfaktor empfunden wird.</li> </ul>
23	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chirurg. Amb. gibt sehr viel an die IAS ab - schlechte Zusammenarbeit</li> <li>Küche und Labor sind immer freundlich und zuvorkommend</li> <li>schlechte Organisation bei Pat. mit Verbandwechsel während der Feiertage (chirurg. Amb.)</li> </ul>
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiologie: Ablauf unnötig verkompliziert</li> <li>Super Zivis</li> <li>Labor und Küche: unbürokratisch, unkompliziert - Zusammenarbeit wie es sein soll</li> <li>Stationen manchmal völlig unflexibel</li> <li>Chirurg. Amb: verweigert jegliche Zusammenarbeit</li> </ul>
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>Man fühlt sich von manchen Bereiche als Lückenbüßer</li> </ul>

**Tabelle 45: Wörtliche Anmerkungen zur Zusammenarbeit**

Aus den wörtlichen Rückmeldungen werden die beiden aus der vorherigen Analyse bereits erkennbaren „Ausreißer“ näher erläutert. Dies betrifft sowohl die gute Zusammenarbeit mit der Küche und dem Labor aber auch die schlechte Zusammenarbeit insbesondere mit der Chirurgischen Ambulanz. Aus den Anmerkungen über die aus der Sicht der IAS unzureichenden Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Ambulanz lassen sich die Problempunkte genau identifizieren: entweder mangelnde Könnens- oder Willenskompetenz im Hinblick auf die Umsetzung des mit der IAS im LK WV-377 verfolgten Gesamtkonzeptes. Diese Problempunkte können als durchaus lösbar eingeschätzt werden.

### 3.5 Eindrücke über die Zuweisungen von Patienten

Danach befragt, vgl. Frage 14, wie hoch sie den Anteil der Patienten mit und ohne Zuweisung einschätzen, gaben die antwortenden Beschäftigten der IAS folgendes Antwortspektrum:

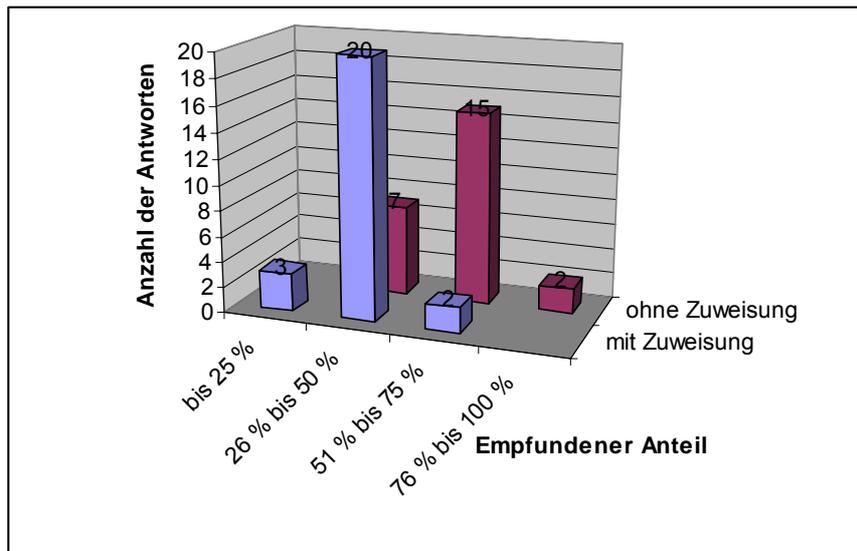


Abbildung 77: Empfundener Anteil der zugewiesenen und nicht zugewiesenen Patienten

Insgesamt betrachtet würde sich der Anteil der Patienten mit oder ohne Zuweisung hälftig verteilen. Anzumerken ist bei dieser Frage, warum bereits auf die Übernahme der genau angegebenen Prozentwerte in die Auswertung verzichtet und bei der Datenübernahme zu dieser Clusterung übergegangen wurde.

Eng mit diesem Aspekt sind Fragen über die Zusammenarbeit mit dem zuweisenden Arzt. In diesem Kontext wurden die Beschäftigten nach der Güte der Zusammenarbeit mit dem zuweisenden Arzt (vgl. Frage 15) und ihrer durch den zuweisenden Arzt vorgenommenen Informiertheit über die medizinischen Belange der zugewiesenen Patienten (vgl. Frage 16). Zudem hatten die Antwortenden die Möglichkeit, letztere auch verbal einzuschätzen.

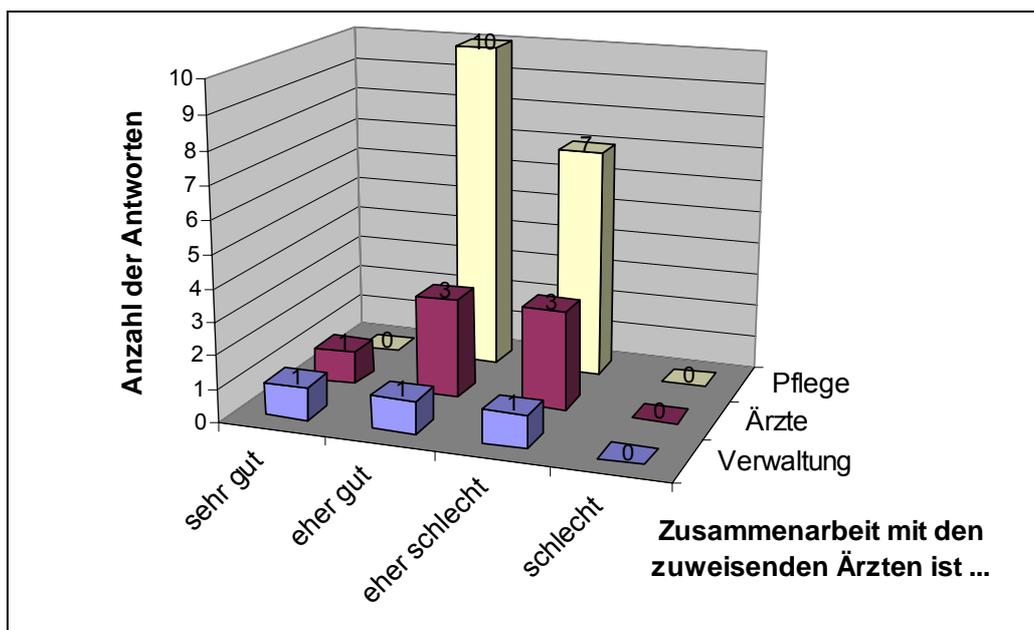


Abbildung 78: Güte der Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten

Die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten danach eingeschätzt, ob sie von den Beschäftigten der IAS „sehr gut“, „eher gut“, „eher schlecht“ oder „schlecht“ empfunden wird, ergibt das aus der Abbildung 7 zu ersehende Meinungsbild. Es ist grundsätzlich ausgewogen mit einer geringen Tendenz zum Positiven. Im Vergleich zur Tabelle 4, in welcher die Beurteilungen der Zusammenarbeit zu Bereichen im LK WV-377 aufgelistet und mit Rangpunkten bewertet wurde, hätte die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten mit 11 Punkten ( $2 \cdot 2 + 14 \cdot 1 + 7 \cdot (-1) + 0 \cdot (-2) = 11$ ) den zweitschlechtesten (aber noch positiven Wert) erhalten. Die in der Abbildung 7 vorgenommene Unterteilung der Einschätzung der Güte der Zusammenarbeit nach Berufsgruppen bringt keinen weiteren Erkenntnisgewinn.

Ebenso verhält es sich bei der Frage nach der Informiertheit über die medizinischen Belange der zugewiesenen Patienten. Die Berufsgruppen der Ärzte und Pflegenden geben wiederum ein ausgeglichenes Meinungsbild mit einer geringen Tendenz zum Positiven ab, vgl. Abbildung 8.

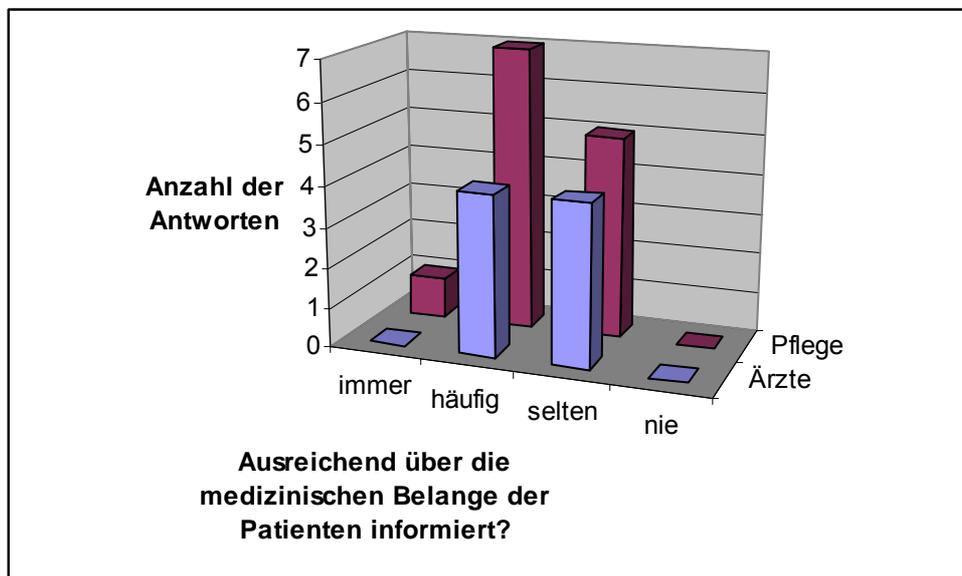


Abbildung 79: Informiertheit über die medizinischen Belange der zugewiesenen Patienten

Von der Möglichkeit, verbale Anmerkungen über besonders guten oder störenden Erfahrungen über die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten zu ergänzen (vgl. Frage 17), machten 11 Antwortende Gebrauch. Die Antworten sind in der Tabelle 6 bereits nach der Güte der Erfahrungen zusammengestellt.

Nummer des Fragebogens	Anmerkungen zur Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten
Eher positive Anmerkung	
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>Besonders gut: tel. Vorankündigung des Pat. durch HA und Schilderung des Problems bei besonderen Umständen</li> </ul>
Eher schlechte Anmerkung	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unverständnis der einweisenden HA, wenn Patient nach Durchuntersuchung wieder entlassen wird, obwohl HA-Aufnahme wünscht</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patienten werden oft zu ungenau voruntersucht</li> <li>zu wenig Informationen auf Zuweisung</li> </ul>

3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fehlzweisungen, die wichtige Info fehlt oft bzw. geht nicht heuer</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lange Wartezeiten auf die Fachärzte</li></ul>
8	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ich glaube, die Hausärzte wissen nicht womit (mit welchen Diagnosen) sie die Patienten auf die IAS schicken können.</li></ul>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>• Von manchen Kollegen werden schwierige Patienten gerne an die IAS zugewiesen (Infusionstherapie, psych. Probleme)</li><li>• Oft Zuweisungen an die IAS ohne Rücksichtnahme auf die Ambulanzzeiten, planbare Termine werden nicht vereinbart sondern einfach an die IAS geschickt.</li><li>• Oft auch Zuweisung von Pat., die andere Fachabteilungen gehören wurden (HNO, Ortho.)</li></ul>
15	<ul style="list-style-type: none"><li>• Termine (Gastro, Colo, 24h-EKG) könnten schon vom Hausarzt organisiert werden</li><li>• Pat. werden auf Neuro oder Chir. Amb. zugewiesen - landen auf IAS, da für Spezial-Amb. Termine nötig sind</li><li>• Pat. sollten mehr an FA (Neuro, HNO, ...) zugewiesen werden</li></ul>
17	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mangelnde Zuweisung zu Spezialambulanzen und die damit verbundenen Termine selbst auszumachen</li></ul>
23	<ul style="list-style-type: none"><li>• oft unübersichtliche Zuweisungen, Pat. hat keine Medikamentenliste mit</li></ul>
24	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manche Pat. wissen bis heute nicht, was welche Ambulanz macht, wer für was zuständig ist, z.B. dass für chir. und neurol. Amb. eine tel. Terminvereinbarung nötig ist, da ansonsten alle Pat. auf IAS landen</li></ul>

**Tabelle 46: Anmerkungen zur Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten**

Von der Möglichkeit, positive Anmerkung zu geben, machte nur ein Antwortender Gebrauch. Während zehn Antwortende (40 %) etwas Negatives anzumerken hatten. Üblicherweise gibt es dafür zwei Erklärungsmöglichkeiten: 1) entweder es gab wirklich verhältnismäßig mehr Negatives als Positives anzumerken oder 2) dies ist wiederum ein Beleg dafür, daß sich Negatives schneller oder nachhaltiger „herumspricht“ als Positives. In jedem Fall lassen sich die Anmerkungen nutzen, um im Kontakt mit den zuweisenden Ärzten oder zum Teil sogar mit den Patienten die Problempunkte anzusprechen und so zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit und damit zur weiteren Umsetzung des IAS-Konzeptes beizutragen.

## 4. Kenntnisse über Reaktionen oder Beschwerden bezüglich der IAS

### 4.1 Reaktionen oder Beschwerden von seiten der Patienten

In der Frage 18 danach befragt, ob den Beschäftigten Reaktionen oder Beschwerden von Patienten bezogen auf die IAS zuteil wurden, gaben alle drei Verwaltungsmitarbeiter, alle 14 Pflegekräfte und sechs Ärzte an (in Summe bei 92 % der Antwortenden), daß dies bereits der Fall gewesen sei. Lediglich bei zwei Ärzten (8 % der Antwortenden) wäre dies noch nicht vorgekommen. Dies spricht dafür, daß – großzügig betrachte – nahezu alle Mitarbeiter Reaktionen oder Beschwerden von seiten der Patienten gehört haben.

Wird der Blick auf das gerichtet, was die Mitarbeiter mitbekommen konnten, so wurde nach folgenden Aspekten gefragt:

- die empfundene Dauer der Wartezeit,
- die Informiertheit der Patienten über den Grund der Wartezeiten,
- die Informiertheit der Patienten über die Behandlungsart sowie
- die empfundene Dauer der gesamten Behandlung.

Bei den Fragen nach der empfundenen Dauer wurde vorausgesetzt, daß es hierzu eine Reaktion von seiten der Patienten kommt. Daher wurde hier gleich abgefragt, wie die Patienten die entsprechenden Dauern empfunden haben. Die beiden anderen Fragen hatten lediglich im Sinne einer Bestandsaufnahme zum Inhalt, ob es diesbezüglich zu einer Reaktion oder Beschwerde kam.

- An Reaktionen oder Beschwerden von Patienten bezogen auf Informationen über den Grund der Wartezeit konnten sich 7 Mitarbeiter (36,8 %) erinnern. Zwölf gaben an, darüber im Patientenkontakt nichts vernommen zu haben.
- Daß sich Patienten auf die Behandlungsart bezogen gegenüber den Mitarbeitern der IAS geäußert haben, davon wußten 9 der 20 antwortenden Mitarbeiter (45 %) zu berichten. Den anderen 11 ist dazu nichts „zu Ohren gekommen“.
- Äußerungen von Patienten über die empfundene Dauer der Wartezeit erhielten 20 Mitarbeiter, über die empfundene Dauer der Behandlung insgesamt nur 16. Wie die Patienten dies jeweils empfunden hätten, wird aus der Abbildung 9 deutlich.

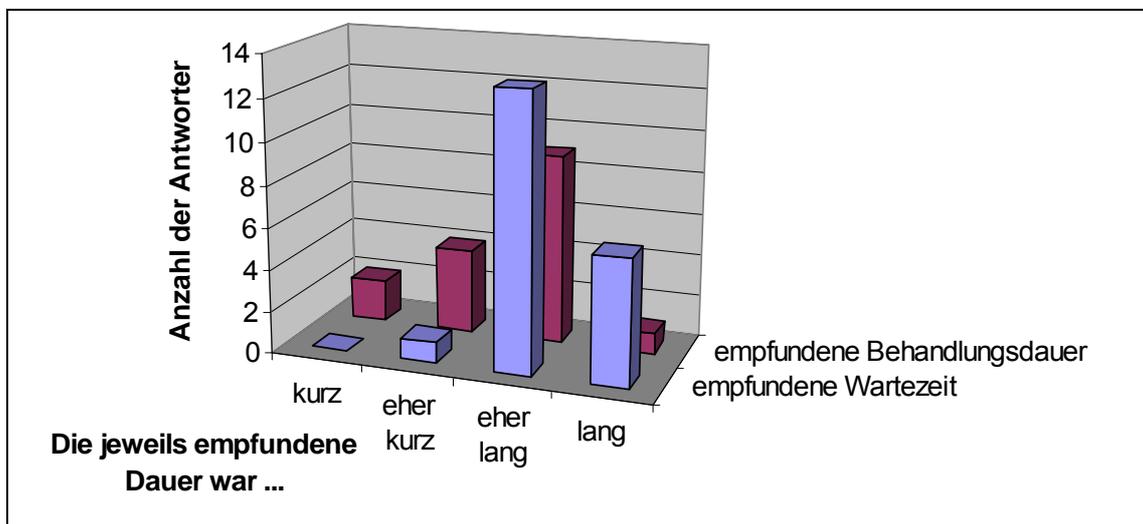


Abbildung 80: Reaktionen oder Beschwerden der Patienten

Deutlich mehr Mitarbeiter wissen davon zu berichten, daß sich Patienten bei ihnen über die Wartezeit beschwerten, weniger über die gesamte Dauer der Behandlung. Daß es bezogen auf die Wartezeiten wirklich „Beschwerden“ sind, wird daran sichtbar, daß sich mehr über zu lange, denn zu kurze Wartezeiten äußern. Bei den Rückkopplungen bezogen auf die gesamte Behandlungsdauer ist der Schwerpunkt zwar nach wie vor im „Zu-lang-Bereich“. Es konnte jedoch sechs Mitarbeiter darüber berichten, daß sich ihnen gegenüber Patienten über „eher kurze“ oder „kurze“ Behandlungsdauern geäußert haben.

Neben der Möglichkeit, Antwortvorgaben zu nutzen, konnten die Mitarbeiter ihre Eindrücke über oder Patientenreaktionen direkt niederschreiben. Die Tabelle 7 enthält alle entsprechenden Anmerkungen.

Nummer des Fragebogens	Anmerkungen über die Reaktionen oder Beschwerden der Patienten
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten, die viele Untersuchungen bei uns bekommen, können die lange Aufenthaltsdauer nicht verstehen.</li> <li>• Zunehmend fordernde Patienten.</li> <li>• Zunehmende Tendenz zur schnellen Abklärung auf die IAS zu kommen ohne den HA vorher zu konsultieren "ich hab mir gedacht, ich lasse das einmal anschauen".</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassung nach Hause, obwohl Angehörige stationären Aufenthalt wünschen (bzw. Patient)</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu kalt in der Kurzbehandlung</li> <li>• Manche Pat. machen keinen begeisterten Eindruck, wenn sie entlassen werden.</li> </ul>
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschwerden wg. Dauer oft unbegründet, dauert beim Hausarzt länger.</li> <li>• Pat. werden manchmal persönlich, man wird beschimpft</li> </ul>
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein 2 Tage alter Sonnenbrand wurde um 3 Uhr in der Nacht laut Pat. nicht ernst genommen.</li> </ul>
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pat., die keinen stat. Aufenthalt vorziehen, sind sehr zufrieden und dankbar für die rasche Diagnostik und Therapievorschläge.</li> <li>• Pat., die stat. Aufenthalt begehren und aufgrund der Befunde entlassen werden, sind eher unzufrieden, oft sogar enttäuscht und beleidigt - man hört öfter - früher durfte ich 1 Woche im KH bleiben, jetzt nicht mehr.</li> </ul>

**Tabelle 47: Wörtliche Anmerkungen über die Reaktionen und Beschwerden der Patienten**

Von den 20 Mitarbeitern, die auf diesen Fragenkomplex (Fragen 18 und 19) antworteten, konnten 6 auch verbal formulierte Anmerkungen mitteilen. Aus diesen Anmerkungen geht hervor, daß die empfundene Dauer von Wartezeit oder Behandlungsdauer – wie nicht anders zu erwarten – von den individuellen Erwartungen der Patienten abhängen. Wird diesen Erwartungen nicht entsprochen, z. B. Wunsch nach einer stationären Aufnahme, werden teilweise die Mitarbeiter der IAS sogar persönlich beschimpft. Eine Reaktion oder Beschwerde von Patienten nur bezogen auf die Dauer der Wartezeit oder Behandlung und ohne diesen Bezug auf die individuellen Erwartungen ist nicht erkennbar.

## 4.2 Reaktionen oder Beschwerden von zuweisenden Ärzten

Die Frage 20 des Fragebogens beschäftigte sich mit den Reaktionen oder Beschwerden von zuweisenden Ärzten, soweit die Mitarbeiter davon zum Zeitpunkt der Befragung berichten konnten oder wollten. Hier wurde ausschließlich die Möglichkeit der Äußerung verbaler Anmerkungen eingeräumt. Genau sechs Mitarbeiter wußten diesbezüglich Angaben zu machen, vgl. Tabelle 8.

Nummer des Fragebogens	Anmerkungen über die Reaktionen oder Beschwerden der zuweisenden Ärzte
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• positiv: wegen Mailbox guter Infoflu</li> <li>• negativ: weil Pat "zur stat. Aufnahme" auch abgewiesen werden</li> <li>• negativ: weil wir in den niedergelassenen Bereich ruckuberweisen</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir untersuchen zuviel.</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Großteils Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit.</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einige Kolleginnen sind zwar nicht mit unseren Entscheidungen (v. a. ob eine stationäre Aufnahme erfolgen muss bzw. wenn Pat. außerhalb behandelt werden) einverstanden.</li> </ul>

15	• Bei einem Telefonat wurde Dr. Szabo v. Fr. Dr. Wanek grauslich beschimpft - war mit Entlassung eines Patienten nicht einverstanden.
23	• Beschwerde, warum Patienten nicht aufgenommen werden.
24	• Einer gewünschten stationären Aufnahme wurde nicht entsprochen (Dr. Fink)

**Tabelle 48: Reaktionen und Beschwerden der zuweisenden Ärzte**

Bis auf zwei positive Rückmeldungen ist den Anmerkungen hauptsächlich zu entnehmen, daß sich die niedergelassenen Ärzte darüber beschweren, daß die IAS zwar behandelt, aber nicht für eine stationäre Aufnahme der zugewiesenen Patienten sorgt und statt dessen sogar zurücküberweisen. Daraus deutlich wird, daß die niedergelassenen Ärzte das Konzept der IAS noch besser verstehen lernen und akzeptieren müssen.

Die Analysen in diesem Abschnitt sind lediglich Wiedergaben von Reaktionen anderer, wie z. B. von Patienten oder den zuweisenden Ärzten. Insofern dies auf dem sogenannten „Hörensagen“ beruht, kann es lediglich ansatzweise als „Gegenfolie“ für die Auswertungen der Befragungen der Patienten oder der niedergelassenen Ärzte genutzt werden, um damit einen dort analysierten Tatbestand vorsichtig zu bestätigen oder zu widerlegen.

## 5. Meinung der Mitarbeiter zur IAS und zur Motivation für die Teilnahme an dieser Befragung

Im fünften Abschnitt der Auswertung der Mitarbeiterbefragung richte sich der Blick wieder auf die Mitarbeiter und deren Meinungsbild. Mit der Frage 21 wurden die Befragten eingeladen, daß mitzuteilen, was sie über die IAS kundtun wollten. In die gleiche Richtung geht die Frage 23, mit welcher die Motivationen zur Bearbeitung des Fragebogens abgefragt wurden.

Die Frage 22 fragte danach, ob der Fragebogen zu lang oder zu kompliziert war. Bezogen auf die Länge des Fragebogens antworteten 22 Mitarbeiter, daß er „gerade richtig“ gewesen sein. Nur zwei Mitarbeitern war er „zu lang“. Ebenfalls 22 Mitarbeiter empfanden ihn als „einfach“ und wiederum zwei als „kompliziert“.

Doch zurück zur Frage 21. Hier bestand ebenfalls nur die Möglichkeit verbale Anmerkungen vorzunehmen. Genau 14 Mitarbeiter nutzten die Gelegenheit, sich zum Teil sehr ausführlich mit dem Konzept der IAS auseinanderzusetzen. In der Tabelle 9 sind alle Anmerkungen zusammengestellt.

Nummer des Fragebogens	Anmerkungen zur IAS
1	• Hier wurde mir bewußt, wie wenig Menschen bereit sind, Eigenverantwortung zu übernehmen, z. B. Kreuzschmerzen lieber Infusion anstatt Bewegung.
2	• Gute Einrichtung mit klaren Strukturen, die aber Gefahr läuft, von anderen Disziplinen mit Problemen, die sie nicht lösen können überhäuft zu werden. • Aufklärungsbogen für Gastro/Colo bei uns • Lumbalpunktionen; Pleurapunktionen, Schmerzdienst-Infusionen, Administration für Gyn. und Augen, Rheuma Ambulanz Infusionen • Neuro-Ambulante Infusionen • Vorbereitung Leber-Biopsien andere Häuser • Röntgen
3	• Routine, Routine, Routine, u. a. Vormittag "Mädchen für alles"

## Auswertung der Mitarbeiterbefragung

5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgangston von Konsiliar-Ärzten teilweise nicht angebracht</li> <li>• Kontrolle, ob IAS-Planungsziel erreicht und noch halten kann</li> <li>• tlw. Überforderung von Ärzten/PD vom ganzen Haus</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich war schon auf einer anderen Station und das ist kein Vergleich. Mir gefällt es sehr gut, das Team ist nett, die Führung ist nett, die Ärzte sind nett. Die Stationen sind oft sehr unfreundlich, wenn man Pat. raufschicken möchte. Und viele Pat. kommen zu uns, obwohl das Problem zum Hausarzt gehört. (meist weil der HA im Urlaub ist oder man die Vertretung nicht mag.)</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Entlohnung der IAS Ärzte steht meiner Meinung nach in keiner Relation zur getragenen Verantwortung. Wir arbeiten sehr eigenständig und entlassen auch Pat. oft eigenverantwortlich, dazu viel Routinetätigkeit für andere Abteilungen. Dies wird nicht honoriert (ein "normaler" Stationsarzt trägt vergleichsweise wenig Verantwortung).</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habe die IAS auch von anderer Seite kennengelernt (Angehöriger - Pat.) Finde es ist eine tolle Einrichtung.</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht nur Chir., Int. und Neuro-Patienten werden behandelt, zu uns kommen auch stationäre Unf.-Pat zum Ausnüchtern.</li> <li>• Wir sind auch verantwortl., wenn Gyn.-Ärzte nicht in Amb. kommen und dort Blutende vor der Tür kollapieren.</li> <li>• früher Pleurapunktionen von stat. Pat in Int. Amb. - jetzt auf IAS</li> <li>• keine Administrations-Besetzung am Wochenende und nachmittag Mitbetreuung von Aufnahme 1, da diese nicht besetzt ist</li> <li>• Manche Stationen wollen Begründung für Aufnahmen - warum nicht andere Station - nervig wenn viele Aufnahmen kommen</li> </ul>
16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• enorme Vernetzung</li> <li>• schlechte Bezahlung</li> </ul>
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Konsiliarärzte manchmal sehr lange brauchen, bis sie bei den Pat. sind – Wartezeit</li> <li>• Manche Stationen glauben, sie sind die einzigen, die viele Aufnahmen von uns bekommen, und sich auch noch im Ton vergreifen.</li> </ul>
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sehr wichtige Einrichtung</li> <li>• Akzeptanz im Haus eher gering</li> <li>• Tolles Team, tolle Führung</li> </ul>
23	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich persönlch finde, dass die IAS eine wichtige Einrichtung des KH ist</li> <li>• Somit muss nicht jeder Pat. stationär aufgenommen werden</li> <li>• Leider "nutzen" manche Pat. die IAS aus und gehen anstatt zum HA gleich ins KH</li> </ul>
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IAS wird als "Mädchen für alles" missbraucht - alles was keiner machen will oder wofür sich niemand zuständig fühlt müssen die auf der IAS machen</li> <li>• z.B. div. Duertherapien für Neurologie oder Interne, Pleurapunktionen,.... Motto:"Im Zweifel auf die IAS"</li> <li>• Wir fühlen uns oftmals im Stich gelassen, quasi als "Trotteln der Nation"</li> <li>• Von uns wird Flexibilität erwartet, aber keine Flexibilität entgegengebracht - trotzdem habe ich noch keinen Tag bereut</li> </ul>
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sehr hohes Maß an Flexibilität, Selbständigkeit und organisatorischen Fähigkeiten wird vom gesamten Personal der IAS erwartet und auch eingefordert und auch erbracht</li> </ul>

**Tabelle 49: Anmerkungen der Mitarbeiter zur IAS**

Aus den Anmerkungen wird deutlich, daß bis auf wenige Ausnahmen (vgl. Fragebogen 3 und 6) eine gute Einschätzung des Konzeptes oder sogar ein Lob dafür abgegeben wird.

Die letzte hier zur Auswertung anstehende Frage, ist die nach der Motivation, diesen Fragebogen überhaupt auszufüllen. In der Tabelle 10 finden sich die Antworten der zwölf auf diese Frage antwortenden Mitarbeiter.

Nummer des Fragebogens	Die Motive zur Beantwortung des Fragebogens
2	Feedback ist wichtig für Qualitätssicherung
3	Weil ich hier arbeite
4	Aus eigenem Interesse
5	Um meine Meinung Kund zu tun
9	Hoffe zur Verbesserung beitragen zu können
15	Wurde in einem Begleitbrief ersucht - darin wurde auch erwähnt, dass auf die Anregungen reagiert und eingegangen wird.
17	Um die Arbeit an der IAS noch schöner zu machen
18	möchte meine Meinung preisgeben
19	Mithilfe als zufriedener Arbeitnehmer
23	Weil es eine gute Idee ist
25	Beitrag zu Verbesserungen "Durchsichtigkeit" Verbessern (Vorschläge sammeln)
26	ohne tatkräftige Mitarbeit kann man keine Veränderungen erzielen

**Tabelle 50: Motive zur Beantwortung des Fragebogens**

Aus den Antworten spricht überwiegend Zufriedenheit mit der Arbeit in der IAS und mit der Beantwortung dieses Fragebogens dies nicht nur zum Ausdruck bringen zu können, sondern gegebenenfalls auch zur Optimierung des IAS-Konzeptes beitragen zu können. Die Bewertung dieser Antworten verknüpft mit denen zur zuvor dargestellten Frage 21 zeugt von einer hohen Identifikation der Mitarbeiter mit dem gelebten Konzept der IAS.

## 6. Methodische Anmerkungen zum Fragebogen

Mit Blick auf die Konstruktion des Fragebogens sei an dieser Stelle nur eine methodische Anmerkung gegeben. Bei den Fragen 6, 7, 8, 9, 12, 13 und 15 ist ein Punkt kritisch anzumerken: Die beiden Gegenpole der Skalierung der Antwortvorgaben sind mit einem unterschiedlichen Aussagewert verbunden. Während der negative Pol lediglich mit „schlecht“ bezeichnet wurde, findet sich beim positiven Pol in den Frage 7, 8, 9, 12, 13 und 15 neben der Bezeichnung „gut“ noch das verstärkende Adjektiv „sehr“. In der Frage 6 ist es sogar die Bezeichnung „ausgezeichnet“, welches einem „schlecht“ gegenübersteht. Somit erscheint die positive Seite in ihrer Aussage stärker gewichtet als die negative Seite, was angesichts der beobachtbaren eher positiven Einschätzung der Situation durch die Mitarbeiter „nicht nötig gewesen wäre“.

## **Anhang: Fragebogen für die Mitarbeiter der Interdisziplinären Aufnahmestation (IAS)**

### **24. Wie lange arbeiten Sie schon in der IAS?**

2006

2007

2008

### **25. Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?**

Verwaltung

Pflege

Arzt ständig anwesend - dienstzugeteilt

Arzt oft anwesend - Konsiliararzt

Arzt selten anwesend - Konsiliararzt

### **26. Warum haben Sie sich für die Arbeit in der IAS entschieden? (max. 3 Antworten)**

Interessante Tätigkeit

Abwechslungsreiche Tätigkeit

Neues Kennenlernen

Junges, engagiertes Team

Arbeiten an „vorderster Front“

Herausforderung

Neues Projekt (dabei sein, mitgestalten)

wenig Routine

Sonstiges

### **27. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit in der IAS?**

zufrieden

eher zufrieden

eher nicht zufrieden

nicht zufrieden

### **28. Wie zufrieden sind Sie generell mit Ihrer Arbeitszeit?**

zufrieden

eher zufrieden

eher nicht zufrieden

nicht zufrieden

### **29. Wie empfinden Sie das Betriebsklima?**

ausgezeichnet

eher gut

eher schlecht

schlecht

### **30. Beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihren Kolleginnen und Kollegen in der IAS!**

sehr gut

eher gut

eher schlecht

schlecht





**18. Sind Ihnen Reaktionen/Beschwerden von Patienten bezüglich der IAS bekannt?**

ja

nein

Wenn Ja:

**19. Worauf beziehen sich diese?**

**Auf die Wartezeit**

Kurz

eher kurz

eher lang

lang

**Auf die Informationen über den Grund der Wartezeit?**

ja

nein

**Auf die Behandlungsart?**

Ja

nein

**Auf die Behandlungsdauer?**

kurz

eher kurz

eher lang

lang

**Sonstige Reaktionen/Beschwerden? Beschreiben Sie diese kurz.**

---

---

---

---

**20. Sind Ihnen Reaktionen/Beschwerden von zuweisenden Ärzten bekannt bezüglich IAS**

**Beschreiben Sie diese kurz!**

---

---

---

---

---

---

**21. Wollen Sie uns noch etwas zur IAS mitteilen?**

---

---

---

---

---

---

---

**22. Wie empfanden Sie den Fragebogen?**

<b>Umfang</b>	zu lang	gerade richtig	zu kurz
<b>Inhalt</b>	einfach	kompliziert	

**23. Warum haben Sie den Fragebogen ausgefüllt? (max. 3 Antworten)**

---

---

---

---

Danke für Ihre Mithilfe!

Stand: 16. Juni 2008