

# Die Nahtstelle zwischen hausärztlicher Versorgung und häuslicher Pflege

Im Kontext einer adäquaten Versorgung werden seit rund eineinhalb Dekaden unterschiedliche Problematiken an der Nahtstelle zwischen Gesundheits- und Pflegewesen diskutiert (Mayr und Lehner 2008, Amelung et al. 2021).

*Text: Monika Riedel, Markus Kraus, Institut für Höhere Studien<sup>1</sup>*

## Hintergrund und Status quo der Nahtstelle in Österreich

Im Fokus stehen dabei z.B. die nahtlose Verzahnung der Versorgung, der ungehinderte Informationsfluss zwischen allen am Versorgungsprozess beteiligten Versorgungseinheiten und die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten, zur Illustration siehe Abbildung. Vor dem Hintergrund eines steigenden Anteils älterer Personen an der Bevölkerung und eines wachsenden Anteils mehrfach chronisch kranker Personen ist selbst bei Bemühungen um Gesundheitsförderung und Prävention mit einem stetig steigenden Pflege- und Betreuungsaufwand zu rechnen. Daraus entsteht vielfacher Koordinationsbedarf der einzelnen Versorgungsleistungen innerhalb des Gesundheits- und Pflegesystems und zwischen den beiden Systemen.

Im österreichischen Gesundheits- und Pflegesystem muss dieser Koordinationsbedarf nicht nur die organisatorische, sondern häufig auch eine finanzielle Nahtstelle zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung überbrücken. In der Abbildung stellen Pfeile die Nahtstellen dar, wobei das Überschreiten finanzieller Zuständigkeitsabgrenzungen farblich gekennzeichnet ist.

Das vorliegende HSW fokussiert sich auf die Nahtstelle zwischen hausärztlicher Versorgung und der häuslichen Pflege (= mobile Dienste), weil zu den konkreten Problematiken an dieser Nahtstelle relativ wenig ak-

tuelle Informationen gesammelt vorliegen. Aufgrund der Platzbeschränkung im vorliegenden HSW konnte auf weitere Nahtstellen, wie z.B. jene mit der Palliativversorgung, nicht eingegangen werden.

## Die Nahtstelle medizinische Hauskrankenpflege und Hauskrankenpflege





Eine mögliche Nahtstelle innerhalb eines einzelnen Hausbesuches einer diplomierten Pflegekraft verläuft zwischen medizinischer Hauskrankenpflege und Hauskrankenpflege. Aufgrund dieses Spezifikums und weil die Trennung auch in der praktischen Durchführung nicht immer klar ist, lohnt ein kurzer Blick in die definitorische Unterscheidung.

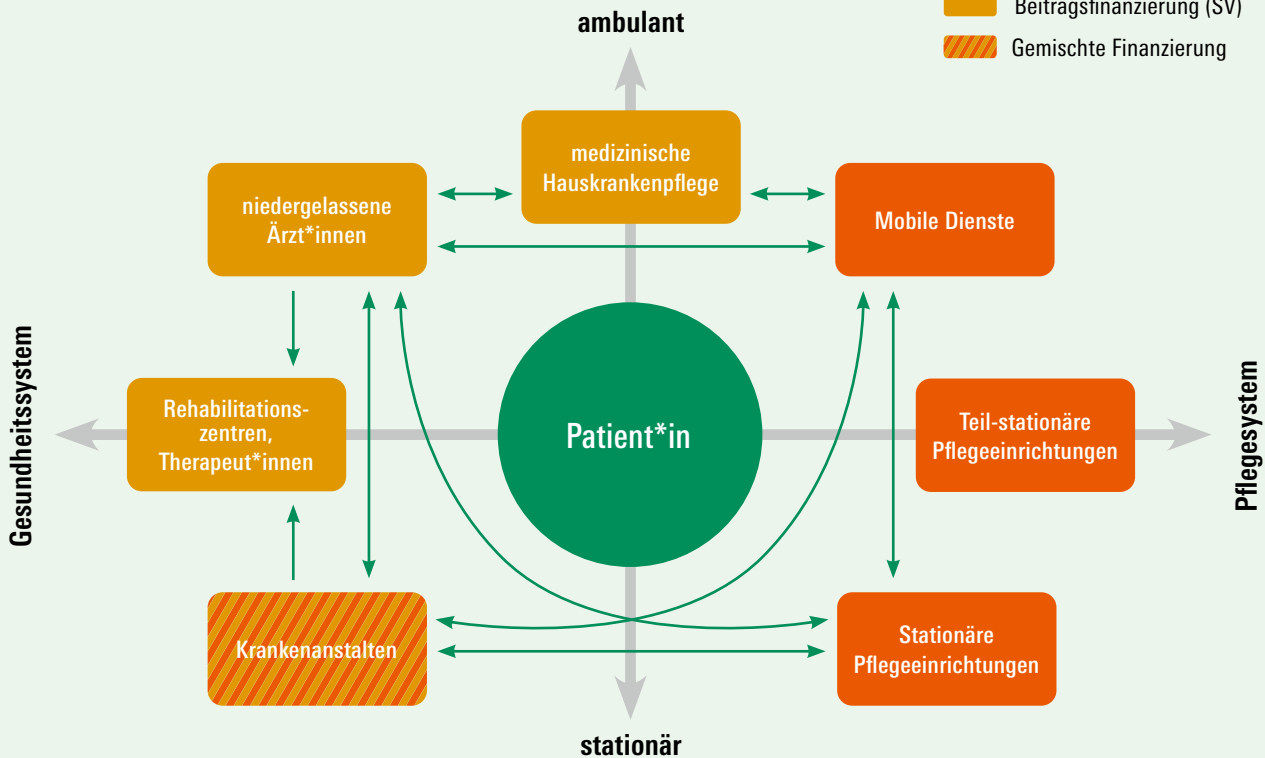
Medizinische Hauskrankenpflege (im Folgenden medHKP) im Sinne des Sozialversicherungsrechts<sup>2</sup> wird ausschließlich auf ärztliche Anordnung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erbracht. Das Gesetz beschränkt die Inanspruchnahme von medHKP zeitlich im Allgemeinen auf vier Wochen pro Versicherungsfall; eine Verlängerung bedarf einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes. Die Tätigkeit der medHKP ist laut Gesetz krankenhausersetzend und umfasst medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung. Die

Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung gehören nicht zu den Tätigkeiten der medHKP und sind explizit ausgeklammert. Als Grundpflege werden z.B. Haut-, Haar- und Zahnpflege, Reichen der Leibschüssel, Hilfestellung bei täglichen Bedürfnissen angesehen. Allerdings geht ein Bedarf an medHKP häufig mit einem Bedarf an Grundpflege einher und die Nahtstelle zwischen beiden konzeptionell und juristisch unterschiedlichen Arten der Hauskrankenpflege kann somit innerhalb eines einzelnen Hausbesuchs einer diplomierten Pflegekraft verlaufen. Je nach Regelung im Bundesland übernimmt auch eine diplomierte Pflegekraft die medHKP und eine andere Pflegekraft in einem separaten Hausbesuch die Grundpflege.

Die Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung für medHKP wachsen überproportional: Von 2009 bis 2020 wuchsen sie um 72 Prozent, die Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen hingegen um 45 Prozent, ähnlich wie die Gesamtheit der Versicherungsleistungen (46 Prozent). Trotz dieses stärkeren Wachstums macht die medHKP nach wie vor mit 26 Millionen EUR nur einen marginalen Anteil (konkret 0,14 Prozent) an den gesamten Ausgaben aus, während auf ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Jahr 2020 26 Prozent der Ausgaben für Versicherungsleistungen entfielen (Hauptverband 2010, Dachverband

## Abbildung: Schnittstellen im Gesundheits- und Pflegesystem in Österreich

-  Schnittstelle
-  Steuerfinanzierung
-  Beitragsfinanzierung (SV)
-  Gemischte Finanzierung



Quelle: IHS-Darstellung 2021.

2020). Ein überproportionales Wachstum der medHKP ist durchaus plausibel unter dem Aspekt, dass medHKP als krankenhausersetzende Maßnahme angesehen wird: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer fiel im Zeitraum 2009–2016 von 5,52 auf 5,30 Tage (ohne sogenannte 0-Tagesaufenthalte und Langzeitaufenthalte), während gleichzeitig der Anteil der 0-Tagesaufenthalte an allen stationären Aufenthalten der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten von 18,5 Prozent (2010) auf 24,9 Prozent (2016)<sup>3</sup> stieg (BMSGPK 2021). Somit ist ein gesteigener Bedarf an medizinisch-pflegerischer Betreuung zu Hause naheliegend, welcher Effizienzpotenziale in dem Ausmaß hebt, in dem dadurch nicht notwendige Belagstage in akutstationären Krankenhäusern vermieden werden können. Im Kontext der gesamten Pflegeausgaben betrachtet, kommt den Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung für medHKP nur eine marginale Bedeutung zu.

### Identifizierte Problematiken an der Nahtstelle

Die theoretischen Vorteile funktionsorientierter – im Idealfall aus Sicht der Patient\*innen/Klient\*innen<sup>4</sup> nicht wahrnehmbarer – Nahtstellen sind in der Literatur zur integrierten Versorgung gut belegt (Leijten et al. 2018, Czipionka et al. 2020, Amelung et al. 2021). Um die realen Problematiken an der Nahtstelle von hausärztlicher und pflegerischer Versorgung in Österreich zu beleuchten, wurde ein explorativer Ansatz gewählt, indem mit Vertreter\*innen beider Versorgungsbereiche – hausärztliche Praxis und häusliche Pflege – Interviews geführt wurden. Es wurden insgesamt sieben Interviews mit Personen geführt, die als Hausarzt\*innen (Einzelpraxis mit Kassenvertrag oder PVE) tätig oder in Einrichtungen von mobilen Diensten, insbesondere in Leitungsfunktionen, beschäftigt sind. Ergänzend wurden zu ausgewählten Aspekten Gespräche mit einer erfahrenen Entlassungsmanagerin sowie mit zwei in der

Österreichischen Gesundheitskasse beschäftigten Personen geführt, um das Verständnis einzelner regulatorischer Aspekte zu ergänzen. Die interviewten Personen sind in den Bundesländern Oberösterreich, Steiermark, Tirol sowie Wien beschäftigt. Aus Ressourcengründen musste für die Auswahl der Interviewten größtenteils auf das bestehende Netzwerk der beiden

<sup>1</sup> Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>

Ein besonderer Dank gilt allen Interviewpartner\*innen für Ihre Unterstützung! Ohne deren Interviewbereitschaft hätte das vorliegende Forschungsvorhaben nicht umgesetzt werden können.

<sup>2</sup> § 151 ASVG, § 94 BSVG, § 71 B-KUVG, § 99 GSVG.

<sup>3</sup> Ein Vergleich mit Zahlen ab 2017 wäre durch das mit 01.01.2017 eingeführte, bundeseinheitliche Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten verzerrt. Das Modell wurde unter anderem mit dem Ziel der Reduktion von medizinisch nicht indizierten (stationären) Null-/Eintagesaufenthalten eingeführt, die sich jetzt auch statistisch stark niederschlagen.

<sup>4</sup> Da im Gesundheitswesen zumeist die Bezeichnung Patient\*innen, im Pflegewesen Klient\*innen verwendet wird, wird in diesem HSW übergreifend der Begriff „Betroffene“ verwendet, um beide Rollen abzudecken.

Autor\*innen zurückgegriffen werden, sodass die Auswahl nicht als repräsentativ für die abgebildeten Berufsgruppen angesehen werden kann und eine überproportionale Repräsentanz des Wiener Raumes konstatiert werden muss.

Die Interviews wurden in Form von zirka einstündigen Gesprächen via Telefon (zwei Gespräche) oder Video-Konferenz-Tools unter Verwendung eines Leitfadens geführt, wobei, von zwei Ausnahmen abgesehen, beide Autor\*innen bei sämtlichen Gesprächen anwesend waren. Alle videogestützten Interviews wurden nach Zustimmung der Interviewten aufgezeichnet, um spätere Unklarheiten klären zu können. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach Mayring (2010).

Im Zuge der Interviews kristallisierten sich sehr schnell drei große Problemfelder heraus, die einerseits den Arbeitsalltag der Pflegekräfte und Hausärzt\*innen besonders belasten und andererseits für die Versorgung der Betroffenen nachteilig sind, nämlich bürokratische Hürden im Versorgungsprozess, fehlende oder unzugängliche Versorgungsleistungen sowie Schwierigkeiten bei der poststationären Versorgung. Im Folgenden werden diese ausführlich dargestellt und im Detail diskutiert.

### **Bürokratische Hürden im Versorgungsprozess**

Die Interviewten benannten aus dem Versorgungsprozess vor allem die folgenden bürokratische Hürden.

### **Fehlende Möglichkeit zur Weiterverordnung**

Die interviewten Pflegekräfte nannten übereinstimmend als eines der zentralen Probleme an der Nahtstelle die fehlende Möglichkeit zur Weiterverordnung von Medizinprodukten durch diplomierte Pflegekräfte. Nach §15a GuKG ist zwar bereits jetzt nach ärztlicher Anordnung in Bereichen wie Nahrungsaufnahme, Inkontinenzversorgung oder Verbandsmaterialien

eine Weiterverordnung durch Angehörige des gehobenen Diensts rechtlich zulässig, allerdings bedürfe es, um die Medizinprodukte von der Sozialversicherung finanziert zu bekommen, auch bei Weiterverordnungen einer ärztlichen Anordnung. Insofern

verordnet würden, was derzeit nicht immer der Fall sei.

### **Ärztliche Anordnung**

Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege benötigen für die Erhebung und

## Die interviewten Pflegekräfte nannten übereinstimmend als eines der zentralen Probleme an der Nahtstelle die fehlende Möglichkeit zur Weiterverordnung von Medizinprodukten durch diplomierte Pflegekräfte.

handle es sich bei der in § 15a GuKG geschaffenen Möglichkeit der Weiterverordnung um „totes“ Recht. Dieses Faktum kritisierten die interviewten Pflegekräfte durchgängig, weil die tatsächliche Umsetzung dieses Gesetzes zur Wiederverordnung von Medizinprodukten die Effizienz, den Interviewten zufolge, deutlich steigern könnte.

Im Kontext dieser Problematik wurde von zwei Interviewten (eine Pflegekraft, ein Arzt) der Wunsch geäußert, die Möglichkeit zur Erstverordnung von „pflegespezifischen“ Medizinprodukten durch diplomierte Pflegekräfte zu schaffen. Aus ärztlicher Sicht würde das dazu beitragen, bestehende Ineffizienzen im System zu reduzieren. Der Umgang mit „pflegespezifischen“ Medizinprodukten, wie z.B. Inkontinenzeinlagen, liege nicht in der Kernkompetenz der hausärztlichen Versorgung. Daher bestünden bei einer Reihe von Hausärzt\*innen Informationsdefizite hinsichtlich Innovationsfortschritten in diesem Bereich. Dies führe zu Fehlverordnungen durch die Ärzt\*innen, was einen Korrekturreigen der Verordnung seitens der Pflegekräfte mit sich bringe. Wenn die Möglichkeit zur Erstverordnung jedoch bei den Pflegekräften liegen würde, könnte weitgehend gewährleistet werden, dass zum einen die richtigen und zum anderen die jeweiligen state-of-the-art Produkte

Durchführung bestimmter medizinischer Diagnostiken und Therapien (siehe § 15 Abs. 4 GuKG) eine ärztliche Anordnung.<sup>5</sup> Die Ausgestaltung dieser Anordnung wurde von den interviewten Pflegekräften einhellig als ein weiteres zentrales Problem an der Nahtstelle beschrieben. Besonders herausfordernd seien in diesem Zusammenhang folgende Umstände:

- 1. Fehlende ärztliche Anordnung bei Krankenhausentlassungen an Freitagen, Wochenenden und (vor) Feiertagen**  
Eine genauere Diskussion siehe „Post-stationäre Versorgung und (fehlendes) Entlassungsmanagement“
- 2. Unklare ärztliche Anordnung**  
Vorliegende ärztliche Anordnungen seien öfter unklar bzw. lückenhaft. Konkret fehlten oft Angaben zur Dosierung und zur Verabreichung verordneter Heilmittel. Daraus resultiere ein deutlicher Mehraufwand (u.a. durch eine zusätzliche Koordinierung mit der/dem zuständigen Ärztin/Arzt) für die mobilen Dienste, um zu einer ausreichend spezifizierten ärztlichen Anordnung zu kommen, ohne welche die Pflegekräfte notwendige Leistungen nicht erbringen dürfen.
- 3. Einheitliche ärztliche Anordnung**  
Es mangle an einem standardisierten Formular für die ärztliche Anordnung. In Wien z.B. verwen-

deten die einzelnen Anbieter von mobilen Diensten unterschiedliche Formulare. Das berge insofern eine Fehlerquelle, als die verantwortlichen Ärzt\*innen das Formular entsprechend den Besonderheiten der einzelnen mobilen Dienste ausfüllen sollten. Der sich daraus ergebende zusätzliche Aufwand für Beschäftigte bei mobilen Diensten, um zu vollständigen bzw. korrekten ärztlichen Anordnungen zu kommen, könnte mittels eines standardisierten Formulars vermieden werden.

#### 4. Fehlende Digitalisierung der ärztlichen Anordnung

Derzeit sei eine digitale Übermittlung einer ärztlichen Anordnung nicht möglich. Dieser Umstand stelle eine nicht zu vernachlässigende Problem- und Fehlerquelle dar, z.B. durch Verlust von und Abschreibfehler bei ärztlichen Anordnungen. Auch das bedeute einen Mehraufwand für die Beschäftigten von mobilen Diensten, um schlussendlich eine korrekte ärztliche Anordnung vorliegen zu haben. Eine digitale Lösung könnte dieser häufig thematisierten Quelle der Ineffizienz entgegenwirken und somit eine Effizienzsteigerung erreichen. Im Sinne des zuvor Ausgeführten wäre hier eine österreichweit einheitliche sowie gesundheits- und pflegesystemübergreifende Lösung anzustreben.

#### Weiterverordnung von medHKP

Ein Faktum, das von mehreren Interviewten angesprochen wurde, war die fehlende Möglichkeit einer digitalen Verlängerung der medHKP. Derzeit erfolgen Verlängerungen ausschließlich analog durch die verordnenden Ärzt\*innen. Da diese Weiterverordnung oftmals durch Beschäftigte von mobilen Diensten oder im Rahmen der Betreuung chronisch kranker Kinder durch ehrenamtliche Unterstützer\*innen eingeholt werde, könnte die dafür aufzubringende Zeit durch eine digitale Lösung reduziert

und die gewonnenen Zeitrressourcen anders genutzt werden.

#### Nutzung von ELGA

Ein weiterer Punkt, der in den Interviews wiederkehrend von den Pflegekräften angesprochen wurde, ist die fehlende Nutzung von ELGA. ELGA könnte als zentrale Informationsdrehscheibe zwischen Gesundheits- und Pflegesystem verwendet werden und damit bestehende Nahtstellen entschärfen. Derzeit sei dieses Potenzial aber weitestgehend ungenutzt, was vor allem auf zwei Gründe zurückzuführen sei:

1. Fehlende Einbindung der mobilen Dienste in das ELGA-System (derzeit verfügten mobile Dienste weder über Schreib- noch Leserechte für die ELGA ihrer Betroffenen).
2. Fehlende Nutzung der ELGA durch jene Gesundheitsdiensteanbieter\*innen, die Schreib- und Leserechte besitzen.

#### Fehlende bzw. gedeckelte Verordnungsmöglichkeiten von Medizinprodukten

Im Rahmen der Interviews wurde mehrmals eine Problematik thematisiert, die nicht unmittelbar die Nahtstelle hausärztliche Versorgung und mobile Dienste betrifft, aber dennoch im Kontext der bürokratischen Hürden des Gesundheits- und Pflegesystems erwähnenswert erscheint: Es fehle des Öfteren an der Möglichkeit, einerseits adäquate Medizinprodukte zu verordnen, weil sie nicht Gegenstand des Leistungskataloges der Sozialversicherung seien<sup>5</sup>, und andererseits die ausreichende Menge an Produkten zu verordnen, weil die Menge im Leistungskatalog eine Obergrenze habe. Als Beispiel für Ersteres wurde genannt, dass Betroffenen das Medizinprodukt A verordnet werde, obwohl Medizinprodukt B der Erfahrung nach bessere Erfolge erziele, welches jedoch nicht im Leistungskatalog enthalten sei. Als Beispiel für die zweitgenannte Sachlage wurde angeführt, dass die verordnbare Menge gewisser Verbandsmate-

rialen limitiert sei, was sich insbesondere bei Kindern als problematisch erweise. Bei Kindern sei in der Regel ein häufigerer Verbandwechsel z.B. durch Spielen oder wiederholtes „Herunterreißen“ des Verbandes notwendig, was in den Limits jedoch nicht abgebildet sei. Derartige Regelungen würden sich, wie von den Interviewten mehrfach betont, negativ auf die Versorgung auswirken. Ebenfalls problematisch sei die Koppelung zwischen finanzierter Menge von Inkontinenzprodukten und den Aufzeichnungen über Trinkmengen.

#### Missing Links in der Versorgung

In den Interviews haben sich zwei unterschiedliche Gruppen von Versorgungslücken herauskristallisiert, die von mehreren Interviewten thematisiert wurden: Zum einen bestehen einige Angebote zwar „am Papier“, die aus unterschiedlichen Gründen für die Betroffenen aber in so geringem Ausmaß nutzbar sind, dass statt der Angebote häufig eine Versorgungslücke wahrgenommen wird. Zum anderen bestehen echte Versorgungslücken, worunter zu verstehen ist, dass die aktuellen Versorgungssysteme gewisse Leistungen gar nicht als Angebot vorsehen.

#### Faktische Versorgungslücken in der (haus-)ärztlichen Versorgung

Das Sozialversicherungsrecht sieht seit langem nicht ausschließlich die ärztliche Praxis als den Ort vor, an

<sup>5</sup> Gemäß § 49 Abs. 3 ÄrzteG 1998 können Ärzt\*innen im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen ärztliche Tätigkeiten übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Sie tragen die Verantwortung für die Anordnung. Die ärztliche Aufsicht entfällt, sofern die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine ärztliche Aufsicht vorsehen.

<sup>6</sup> Im Rahmen des Reviewprozesses wiesen Vertreter\*innen der Sozialversicherung darauf hin, dass die Aufnahme von Heilbehelfen und Hilfsmitteln in die Leistungskataloge der einzelnen Sozialversicherungsträger in fachlicher und medizinischer Hinsicht nach evidenzbasierten Kriterien erfolge.

dem Leistungen erbracht werden, sondern bei entsprechendem Bedarf – wie Bettlägerigkeit oder andere Formen körperlicher Immobilität – auch den Wohnort der Betroffenen. In der Allgemeinmedizin sowie der (fachärztlichen) Versorgung von Kindern waren ärztliche Hausbesuche – jedenfalls vor einigen Jahrzehnten – gängige Praxis.

Dem entgegen konstatierten sämtliche interviewten Pflegekräfte, dass die Bereitschaft der Hausärzt\*innen mit Kassenverträgen, Hausbesuche durchzuführen, rückläufig sei und diese fehlenden Hausbesuche die Zusammenarbeit erschwerten. Einige Personen mit Pflegebedarf – sei es post-stationär oder langfristig – seien aber für eine adäquate Versorgung auf Hausbesuche angewiesen, weil ihnen der Besuch einer Praxis nicht möglich sei. Bei Pflegeleistungen, für die eine ärztliche Anordnung und/oder Diagnose notwendig sei, blieben ohne ärztliche Hausbesuche somit nur zwei Möglichkeiten: Entweder die ärztliche Ferndiagnose/Verordnung oder der Entfall der ausreichenden Versorgung. Im ersten Fall stellen die Kassenärzt\*innen aus formalen Gründen medizinisch-pflegerischen Bedarf fest, ohne die entsprechenden Betroffenen persönlich zu sehen. Sie könnten sich somit nur auf die Berichte der formellen oder informellen Pflege- und Betreuungspersonen, auf ihre eigene Kenntnis der Patientengeschichte sowie je nach Kontext auf ergänzende Unterlagen wie z.B. Fotos einer zu versorgenden Wunde verlassen. Im letztgenannten Fall stehe die Befürchtung im Raum, dass hiermit einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation Vorschub geleistet werden könnte, die schlussendlich eine stationäre (Wieder-)Aufnahme erfordere.

Als weitere faktische Lücke in der ärztlichen Versorgung wurde die Verfügbarkeit von (Fach-)Ärzt\*innen mit psychiatrisch-neurologischer Spezialisierung genannt. Durch das breite Aufgabengebiet könnten nicht alle

Allgemeinmediziner\*innen Spezialisierungen wie z.B. Demenzversorgung aufweisen. Die Wartezeit auf einen Termin in einer entsprechenden fachärztlichen Kassenpraxis betrage des Öfteren mehrere Monate, Hausbesuche seien in diesem Fachgebiet überdies extrem selten. Somit ergebe sich aus Sicht der interviewten Pflegekräfte häufig die Situation, dass ältere Betroffene eine suboptimale Versorgung mit Antidementiva erfahren, die dementsprechend zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes in einer nicht verhältnismäßigen Geschwindigkeit führe. Daraus resultiere ein ebenso schneller Anstieg des Pflegebedarfes.

#### Faktische Versorgungslücken in der häuslichen Pflege

Nach den geltenden Regeln sollte es für die Bevölkerung in jeder Situation möglich sein, bei gegebenem Bedarf auf öffentlich (ko-)finanzierte Formen von häuslicher Pflege zuzugreifen: entweder in Form von medHKP oder Hauskrankenpflege.

In der Praxis werden hier jedoch an mehreren Nahtstellen Probleme beobachtet. Die Abgrenzung zwischen medHKP und Hauskrankenpflege sei nicht immer so eindeutig, dass in allen Fällen die Zuständigkeit unzweifelhaft ist. Beispielsweise sei nicht eindeutig definiert, die Versorgung welcher Wunden konkret der medHKP zufalle. Die Bestimmungen ließen hier unterschiedliche Interpretationen zu, sodass von Betroffenen berichtet wird, die sich gezwungen sehen, sich selbst zu versorgen, da beide Stellen, Krankenkasse und mobile Dienste, sich nicht als zuständig für die Finanzierung der professionellen Pflege sehen.

Die fehlende Präzisierung der Anspruchsgrundlage für medHKP führe zu einer weiteren faktischen Versorgungslücke. Die interviewten Pflegekräfte berichteten, dass eine erneute Bewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst nach den ersten 28 Tagen in vergleichbaren Situatio-

nen nicht unbedingt einheitlich entschieden werde. Dies wird nicht nur über Bundesländergrenzen hinweg berichtet.

Die Interviewten berichteten außerdem, dass sie häufig einen früheren Beginn der Inanspruchnahme von mobilen Diensten empfehlen würden. Mobile Dienste würden häufig erst in Anspruch genommen, wenn die Belastung der pflegenden Angehörigen bereits sehr hoch sei. In solchen Fällen könne schlussendlich eine Überlastung mit der häuslichen Situation früher eintreten, was in weiterer Folge zum meist unerwünschten Transfer in eine stationäre Pflegeeinrichtung führe, welcher bei zeitnäherer Inanspruchnahme hätte verhindert werden können. Die Ursache dafür werde aber explizit nur sehr eingeschränkt in einer zu späten „Zuweisung“ durch beispielsweise Hausärzt\*innen gesehen. Die individuelle häusliche Situation sei den Hausärzt\*innen aber nicht immer bekannt und nicht jeder Anregung seitens der Hausärzt\*innen werde von den Betroffenen auch Folge geleistet. Die Interviewten thematisierten hier die Notwendigkeit, das Bewusstsein für Pflegethemen und Unterstützungsmöglichkeiten in der Bevölkerung zu stärken, um damit auch den Zugang zu Unterstützungsleistungen niederschwelliger zu machen. Als Lösungsmöglichkeiten wurden hier zwei aus anderen Ländern bekannte Ansatzpunkte ins Treffen geführt: die im aktuellen Regierungsprogramm und dem Bericht der Taskforce Pflege angekündigte Community Nurse einerseits und präventive Hausbesuche bei der älteren Bevölkerung andererseits. Dieser Aspekt führt unmittelbar zum Thema der gegenwärtig noch fehlenden Versorgungsangebote.

#### Echte Versorgungslücken

Von mehreren Interviewten, sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Seite, wurden insbesondere drei Themen hervorgehoben: (1) die fehlende Möglichkeit der Abrech-



Oft benötigen ältere und mehrfach chronisch kranke Personen sowohl medizinische Behandlung als auch Pflege. Dadurch entsteht vielfacher Koordinationsbedarf der einzelnen Versorgungsleistungen innerhalb des Gesundheits- und Pflegesystems und zwischen den beiden Systemen.

nung pflegerischer Hausbesuche als Ergänzung zur hausärztlichen Versorgung, also bei Indikationen, die nicht notwendigerweise der Langzeitpflege zuzurechnen sind, (2) die Einbindung der Sozialarbeit sowie damit verbunden, (3) eine einheitliche Kontaktstelle für pflegebedürftige Personen, die nicht nur als Informationsbasis für lokale Versorgungsmöglichkeiten die-

nen, sondern auch bei der Organisation der jeweiligen Versorgungs- und/oder Unterstützungsleistungen aktiv unterstützen soll.

Die interviewten Hausärzt\*innen äußerten sich sehr positiv über die Erfahrungen aus der engen Zusammenarbeit mit diplomierten Pflegekräften am Praxisstandort. Angesichts der steigenden Zahl älterer, oft alleinle-

bender Personen sehen sie aber die notwendige Ergänzung der pflegerischen Versorgung, insbesondere beim Wundmanagement, per Hausbesuch als unbedingte Notwendigkeit an. Ein Hausarzt merkte an, dass die Zusammenarbeit mit diplomierten Pflegekräften eine bessere häusliche Versorgung gewährleisten könne. So hätten Pflegekräfte einen größeren

Überblick über mögliche pflegerische Maßnahmen zu Hause. Diese spezielle Fachkenntnis habe in der Vergangenheit bereits mehrmals einen vom Hausarzt angedachten Transfer von Betroffenen in eine stationäre Pflegeeinrichtung verhindern können. Die Abrechnungsmöglichkeiten für Hausbesuche durch diplomierte Pflegekräfte werden in Primärversorgungseinrichtungen (PVE) und Einzelpraxen derzeit unterschiedlich wahrgenommen: Aus einer PVE wurde berichtet, Hausbesuche durch diplomierte Pflegekräfte könnten in gleicher Weise abgerechnet werden wie jene durch Hausärzt\*innen. Eine hausärztliche Einzelpraxis aus einem anderen Bundesland konnte das hingegen nicht bestätigen. Diese Berichte zeigen verschiedene Gepflogenheiten in der gelebten Abrechnungspraxis auf, was unter anderem auf nicht vereinheitlichte Honorarordnungen und eine fehlende explizite Regelung für Hausbesuche durch Pflegekräfte zurückzuführen ist.

Einhellig wurde von Interviewten aus mehreren Bundesländern der Wunsch geäußert, bei der Versorgung der Betroffenen das Spektrum der involvierten Berufsgruppen zu erweitern, insbesondere wurde die Sozialarbeit mehrfach genannt. Auch hier zeige sich der Bedarf an Unterstützung besonders deutlich bei Personen, die allein und ohne sonstiges soziales Netz leben. Eine Interviewte meinte plakativ, dass es immer wieder Fälle gebe, in denen erst nach einiger, in Haushaltsorganisation in-

vestierter Zeit mit der eigentlichen Pfl egetätigkeit begonnen werden könne, was mit der Hygiene und der Haushaltsorganisation in Zusammenhang stehe. Es gebe immer wieder Fälle, bei denen der mobile Dienst den einzigen Kontakt außerhalb des Haushaltes darstelle. In solchen Fällen würden Beschäftigte der mobilen Dienste mit viel Engagement auch Aufgaben ausführen, die ganz klar nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, aber sonst „von niemandem“ erledigt würden, was zum Teil auf Kosten der eigentlich geplanten Tätigkeiten gehe. Auch die interviewte Hausärztin findet sich bei ihren Hausbesuchen gelegentlich in derartigen Situationen. Die Kontaktbeschränkungen im Zuge der COVID-19-Maßnahmen verstärkten diese Problematik.

Als fehlend werde eine einheitliche Kontaktstelle wahrgenommen, welche die vorhandenen Versorgungsangebote kenne und abgestimmt auf die individuelle Bedarfslage der Betroffenen koordiniere. Das Kontaktieren und Koordinieren unterschiedlicher Versorgungsleistungen bei u.U. unterschiedlichen Anbieterorganisationen stelle für Betroffene bzw. ihre pflegenden Angehörigen eine zusätzliche Belastung dar. In diesem Kontext wurde in den Interviews ein ganzheitlicher Blick auf die individuelle Situation gewünscht, der nicht nur auf akuten Bedarf reagiere, sondern auch Präventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten im Blick habe und gegebenenfalls initiiere. Gelegentlich entstände der Eindruck, dass

Rehabilitationsmaßnahmen derzeit vor allem dann durchgeführt würden, wenn Betroffene und Angehörige diese dezidiert einfordern.

### Post-stationäre Versorgung und (fehlendes) Entlassungsmanagement

Alle interviewten Pflegekräfte gaben an, dass es regelmäßig zu Versorgungsproblemen nach stationären Aufenthalten komme, besonders wenn die Entlassung an Freitagen, Wochenenden und (vor) Feiertagen erfolge, sowie wenn die häusliche Pflege nicht rechtzeitig in die Wege geleitet worden sei. Konkret wurden hier von den Interviewten einhellig folgende Probleme angeführt:

- Es würden nicht immer Rezepte für (neu) verordnete Heilmittel mitgegeben, oder diese in adäquater Menge bis zum nächstmöglichen Besuch der Hausärzt\*innen ausgehändigt.
- Die ärztlichen Anordnungen für notwendige pflegerische Maßnahmen würden teils als Empfehlung statt als Anordnung formuliert, teils nicht ausreichend genug spezifiziert (wann und wie oft ist konkret was zu tun oder welche Dosierung wovon zu verabreichen). In beiden Fällen reichten die Angaben aus dem sogenannten Arztbrief rechtlich nicht aus, um die Durchführung durch Pflegekräfte der mobilen Dienste zu legitimieren.
- Der mobile Dienst werde zu kurzfristig (am Entlassungstag) von der Entlassung informiert, sodass die notwendigen Vorbereitungen für die häusliche Pflege kaum noch durchführbar seien.
- Die Pflegepläne, die im Krankenhaus für die häusliche Versorgung erstellt werden, seien häufig unrealistisch: Teils überschätzten Betroffene ihre eigenen Fähigkeiten nach einem stationären Aufenthalt, teils bestünde später Besorgnis seitens der Betroffenen, ob die Inanspruchnahme mobiler Dienste im geplanten Ausmaß leistbar sei. Eine Entlassungsmanagerin wies zusätzlich darauf hin, dass häufig konträre

Einhellig wurde von Interviewten aus mehreren Bundesländern der Wunsch geäußert, bei der Versorgung der Betroffenen das Spektrum der involvierten Berufsgruppen zu erweitern, insbesondere wurde die Sozialarbeit mehrfach genannt.

Aussagen oder Einschätzungen der Betroffenen selbst und ihrer Angehörigen bezüglich der in der häuslichen Umgebung vorhandenen Ressourcen sowie Präferenzen in der Versorgung (durch Angehörige oder mobile Dienste) gemacht würden, was die Planung weiter erschwere.

- Eine Hausärztin kritisierte, dass der Arztbrief in weit mehr Fällen fehle, als er ausgehändigt werde. Auch ELGA erfülle nur sehr selten die diesem System zugedachte Funktion einer Informationsdrehzscheibe, weil viel zu wenige Befunde integriert würden. Dies sei nicht nur der Versorgungskontinuität abträglich, sondern fördere auch die Erhebung von Doppelbefunden.

Für Wien wurde berichtet, dass die mobilen Dienste in Fällen fehlender oder unzureichender ärztlicher Anordnungen für die pflegerische Versorgung zu Hause bei Unerreichbarkeit der Hausärzt\*innen nur zwei Möglichkeiten hätten, um die Kontinuität der Versorgung nicht zu gefährden: Entweder es werde der Ärztedienst für die ärztliche Anordnung hinzugezogen oder (!) der/die Betroffene werde wieder ins Krankenhaus eingewiesen.

Die auftretenden Probleme in der post-stationären Versorgung gründen oft in einem fehlenden Entlassungsmanagement. Diese wahrgenommene Lücke dürfte auch ein Mitgrund sein, warum die Kritik seitens der Interviewten hierzu sehr einhellig und massiv war. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass einige der Interviewten betonten, dass nicht alle Krankenhäuser diesbezüglich gleichartig agierten. Mit manchen Krankenhäusern oder Abteilungen hätte sich inzwischen eine gute, funktionierende Kooperation etabliert (siehe Abschnitt „Lösungsansätze im österreichischen Kontext“). Außerdem wurde betont, dass bei denjenigen Krankenhaus-episoden, in denen dezidierte Entlassungsmanager\*innen involviert waren, solche Probleme praktisch

nicht vorhanden seien: Daraus kann abgeleitet werden, dass die Probleme nicht im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement auftreten, sondern bei seinem Fehlen.

Von mehreren Interviewten wurde darauf hingewiesen, dass es einen gültigen Qualitätsstandard für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich gebe (BMASGK 2018), der aber offenbar zu wenig bekannt oder nicht ausreichend in die täglichen Abläufe umgesetzt sei. Trotz des gültigen Qualitätsstandards berichten die interviewten Pflegekräfte aber auch Hausärzt\*innen von regelmäßigen Problemen mit unzureichendem Entlassungsmanagement. Diese dürften daher vor allem bei jenen Krankenhausentlassungen auftreten, in denen es zu einer Entlassung ohne Involvierung dezidiert entlassungsmanager\*innen käme. Mehrere Gründe seien hierfür denkbar:

- Die Pflegedienstleitung der Station unterschätze den Bedarf für professionelle pflegerische Versorgung zu Hause bzw. überschätze die Kapazität der Angehörigen oder Betroffenen selbst und veranlasse daher auch nicht die Involvierung des Entlassungsmanagements.
- Die Betroffenen lehnten ab, die Organisation der (professionellen) häuslichen Versorgung abzuwarten, sobald die medizinische Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes nicht mehr gegeben sei. Dies könne insbesondere zu „nicht gemanagten“ Entlassungen direkt vor oder am Wochenende führen.
- Das Entlassungsmanagement empfehle Maßnahmen, die von den Betroffenen aber abgelehnt würden; dann müsse die Empfehlung sowie die Ablehnung aber im Pflegebrief-Entlassung vermerkt sein.

In welchem Ausmaß Fehleinschätzungen bei den Pflegeplänen, Patient\*innen-Präferenzen, Kapazitätsfragen des Entlassungsmanagements oder anderen, hier nicht genannten Gründen die Ursache für fehlendes

Entlassungsmanagement sind und in welchem Ausmaß sich derartige Probleme in den einzelnen Bundesländern darstellen, kann im Rahmen des vorliegenden HSW nicht erörtert werden.

### **Lösungsansätze im österreichischen Kontext**

Die Zusammenschau der berichteten Problematiken an der untersuchten Nahtstelle führt zu Lösungsansätzen, die häufig mehrere der Problematiken gleichzeitig tangieren. Auffallend ist, dass in einigen Fällen „das Rad nicht neu erfunden“ werden müsste, sondern bereits eine stärkere Nutzung bestehender Instrumente und Regelungen Probleme entschärfen oder sogar beheben könnte.

Vorweg sei festgehalten, dass in den Interviews u.a. die Frage gestellt wurde, ob PVE als positiver Effekt für die Versorgung an der Nahtstelle wahrgenommen würden. Die interviewten Pflegekräfte konnten jedoch keine derartige Erfahrung berichten, wobei auch die derzeit geringe Verbreitung von PVE angeführt wurde.

### **Potenzial der Digitalisierung ausschöpfen**

Bald nach Einsetzen der COVID-19-Pandemie hat sich durch stärkere Nutzung von Telemedizin (z.B. e-Rezept, Telefonkonsultation) gezeigt, wie sehr der gezielte Einsatz telemedizinischer Anwendungen Arbeitsabläufe vereinfachen, und dabei gleichzeitig administrative Abläufe für Betroffene verkürzen kann. Derartige Entwicklungen sollten gezielt genutzt werden, um die Kommunikation zwischen den einzelnen Beteiligten zu erleichtern. Vereinheitlichte Abläufe und Formulare stellen hierbei, wenn auch nach einer Phase der Umgewöhnung, eine Erleichterung für Pflegekräfte wie auch Ärzt\*innen dar, bedürfen aber erfahrungsgemäß solider Vorbereitung, wobei die Überzeugungsarbeit bei denjenigen, welche diese Tools anwenden (sollen), nicht außer Acht gelassen werden darf. Empfohlen



wird ein frühzeitiges Einbinden der Anwender\*innen in die Entwicklung der Tools, um die Usability sicherzustellen. Kandidat\*innen für vereinheitlichte digitale Lösungen finden sich sowohl in der Kommunikation zwischen Versorgungseinrichtungen (Beispiel: ärztliche Anordnungen für die Pflege), aber auch in der Kommunikation zwischen Betroffenen und „dem System“ (Beispiel: Verlängerungsanträge für medHKP bei Kindern, die von ihren Eltern über das Portal „MeineSV“ eingereicht werden könnten).

Auch ein stärkerer Einsatz von ELGA würde die in diesem HSW erörterte Nahtstelle entlasten, insbesondere wenn auch den diplomierten Pflegekräften der Zugang zum ELGA-System offen stünde. Dies entspricht implizit einer Aufwertung des Berufes und leitet gleichzeitig zum nächsten Themenbereich über.

#### **Potenzial unterschiedlicher (Gesundheits-)Berufe ausschöpfen**

Ein Teil der beschriebenen bürokratischen Hürden im Versorgungsprozess wäre überbrückbar, wenn berufsberechtigte Personen ihr gesetzlich zuerkanntes Potenzial auch ausleben dürften, z.B. hinsichtlich der Weiterverordnung von Medizinprodukten. Hand in Hand mit der Anerkennung

ihrer Fachkompetenz muss aber auch die Finanzierung ihrer Leistungen gehen, etwa bezüglich der pflegerischen Hausbesuche.

In den Interviews hat sich gezeigt, dass für eine Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen an der Nahtstelle von Gesundheits- und Pflegesystem eine Fokussierung allein auf die beiden bereits genannten Bereiche der hausärztlichen und pflegerischen Versorgung zu kurz gegriffen ist. In beiden Berufsgruppen werden bekanntlich Personal- und Nachwuchsmangel beklagt, während sowohl Pflegekräfte als auch Hausärzt\*innen häufig angeben, aus Zeitnot Behandlung kaum in dem (zeitlichen) Umfang und damit der Qualität erbringen zu können, die ihrem Berufsethos entspräche. Verstärkt wird die Zeitnot, wenn sich Angehörige dieser Berufsgruppen genötigt sehen, berufsfremde Aufgaben zu übernehmen, die problemlos von Personen ohne medizinisch-pflegerische Ausbildung übernommen werden könnten, was aber mangels sozialen Netzes der Betroffenen nicht umgesetzt werden kann. Das folgende Beispiel soll dies illustrieren: „Wir hatten einen Fall, da hat die Pflegerin einen neuen Kühlschrank für eine Betroffene gekauft. Das ist natürlich

nicht ihr Job, aber wer hätte es sonst gemacht?“ Als konkreter Lösungsweg bietet sich an, z.B. Sozialarbeiter\*innen für derartige Aufgaben u.a. in der Haushaltsorganisation vorzusehen, die, wenn sie unerledigt bleiben, die Lebenssituation einschließlich des Gesundheitszustandes der Betroffenen verschlechtern und u.U. auch den Transfer in eine stationäre Pflegeeinrichtung erfordern können. Der steigende Anteil alleinlebender Personen wird die Notwendigkeit solcher Unterstützungsleistungen weiter steigen lassen. Laut Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria stieg der Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Haushalten in Österreich von 1990 bis 2020 markant an, von 28 auf 38 Prozent. In der älteren Bevölkerung betrifft dies vor allem Frauen, die ab einem Alter von 75 Jahren überdurchschnittliche Anteile alleinlebender Personen verzeichnen. Bei über 90-jährigen Frauen beträgt der Anteil der Alleinlebenden 68 Prozent.

#### **Bestehende Regelungen bei Krankenhausentlassungen umsetzen**

Das Thema Entlassungsmanagement ist keineswegs neu. Bereits 2012 wurde ein Qualitätsstandard für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement entwickelt und seine Anwendung durch die Bundesgesundheitskommission beschlossen. Im Zuge dessen wurde festgehalten, dass die Festschreibung der konkreten Verantwortlichkeiten, der Kostentragung und Ressourcenplanung bzw. -sicherstellung auf Landesebene zu erfolgen habe. Eine aktualisierte Fassung dieses Standards, in die unter anderem die Erfahrungen aus Pilotprojekten eingingen, wurde im Jahr 2018 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen, eine Evaluierung der Umsetzung ist für 2023 vorgeschlagen (BMASGK 2018).

Die Erfahrungen aus den Pilotprojekten legen nahe, dass jene Formen des Entlassungsmanagements, die aufwändiger gestaltet sind, auch zu

### **Zusammenfassung**

Vielfach benötigen ältere und mehrfach chronisch kranke Personen sowohl medizinische Behandlung als auch Pflege. Dadurch entsteht vielfacher Koordinationsbedarf der einzelnen Versorgungsleistungen innerhalb des Gesundheits- und Pflegesystems und zwischen den beiden Systemen. Das vorliegende HSW greift hierbei die Nahtstelle zwischen hausärztlicher Versorgung und häuslicher Pflege (= mobile Dienste) in Österreich heraus. Mithilfe von Interviews werden aus Sicht von Pflegekräften und Hausärzt\*innen existierende Problemfelder an dieser Nahtstelle identifiziert. Beispiele zeigen, wie die Koordination innerhalb des bestehenden Rahmens verbessert werden kann und welche Weiterentwicklungen im Versorgungssystem zum Abbau der Problematiken an der Nahtstelle beitragen könnten, wovon außer den Betroffenen selbst auch die Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegesektor vor allem durch effizientere Gestaltung der Abläufe und zielgerichteter Abgrenzung der Zuständigkeiten profitieren könnten.

günstigeren Ergebnissen hinsichtlich Wiederaufnahmeraten oder Nutzung niedergelassener ärztlicher Leistungen führten (BMG 2015). Entlassungsmanagement kostet Ressourcen und muss daher auf Personen mit komplexem Bedarf konzentriert werden.

Aber auch ohne das sogenannte indirekte Entlassungsmanagement einzusetzen, kann die Nahtstelle zur häuslichen Versorgung bereits durch die Einhaltung des § 24 Abs. 2 KA-KuG verbessert werden. Das generelle und zeitgerechte Einhalten der darin enthaltenen Vorgaben könnte bereits einige der bestehenden Probleme in der post-stationären pflegerischen Versorgung beenden: Schließlich sind gesetzlich bereits ärztliche Anordnungen, nicht nur Empfehlungen, vorgesehen, soweit die Wahrung der Betreuungskontinuität medizinisch notwendig ist. Dies trifft z.B. auf Insulin- oder Antikoagulationstherapien zu, aus diesen Bereichen wird von den interviewten Pflegekräften jedoch von Problemen berichtet.

Von einem mobilen Dienst wurde von einer Übereinkunft mit einem Krankenhaus berichtet, die zur Entschärfung dieser Probleme beigetragen hat: Die Entlassungsbriefe aus diesem Krankenhaus beinhalten nun auch die Anmerkung: „Weitere empfohlene Maßnahmen: Therapieempfehlungen gelten als ärztliche Anordnung bis zum nächstmöglichen Hausarztbesuch (max. 3 Werktage).“ Diese einfache Maßnahme ermächtigt die Beschäftigten der mobilen Dienste, entsprechend der Empfehlung aktiv zu werden, ohne dass das Krankenhaus befürchten muss, die ärztliche Freiheit in der hausärztlichen Versorgung einzuschränken.

Im Rahmen des vorliegenden HSW kann allerdings nicht geklärt werden, warum derartige scheinbar einfache Lösungen, Heilmittelrezepte und Anordnungen statt bloßer Therapieempfehlungen zu verordnen, nicht in breiterem Umfang umgesetzt werden. Hierzu wäre eine gezielte Be-

fragung in jenen Einrichtungen, die auf diese Weise vorgehen, dringend anzuraten.

### Fazit

Die Probleme an der Nahtstelle zwischen hausärztlicher Versorgung und häuslicher Pflege konzentrieren sich laut der interviewten Personen aus der Praxis auf drei Bereiche, nämlich bürokratische Hürden im Versorgungsprozess, fehlende oder unzugängliche Versorgungsleistungen sowie Schwierigkeiten bei der poststationären Versorgung, insbesondere, wenn die Entlassung aus dem Krankenhaus und somit die häusliche Versorgung unzureichend vorbereitet wurden. All dies erschwert nicht nur die Arbeit der Beschäftigten von mobilen Diensten, sondern führt auch zu einer verzögerten Versorgung der Betroffenen, die dadurch wiederum häufig mit höheren Kosten als notwendig konfrontiert sind. Zudem ergibt sich daraus ein inadäquater Einsatz der Beschäftigten, u.a. durch das Einholen von Weiterverordnungen, das Vervollständigen ärztlicher Anordnungen, andere „Zettelwirtschaft“ und fehlende digitale Lösungen, der sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten auswirkt.

In einigen Bereichen erfordert ein Abbau bestehender Versorgungshemmnisse an den Nahtstellen neue Angebote, wie eine einheitliche Kontaktstelle für sämtliche Bedarfe mehrfach chronisch kranker und pflegebedürftiger Personen, die nicht nur Informationen vermitteln, sondern auch direkt beim Zugang zu den Leistungen helfen. In anderen Bereichen hingegen bestehen Versorgungslücken, die schon durch eine stärkere Nutzung bestehender Instrumente und Regelungen entschärft oder sogar behoben werden könnten. Die Knackpunkte liegen hier nicht allein in der Finanzierung. Es wird vielmehr notwendig sein, das bestehende Fachpersonal finanziell und organisatorisch darin zu bestärken, die eigenen Kernkompetenzen auszuüben,

und auf Augenhöhe mit den Angehörigen anderer Berufsgruppen zu kooperieren, wobei hier neben Medizin und Pflege auch andere Gesundheitsberufe sowie Sozialarbeit einzubinden sind. Je besser die Abläufe durch digitale Lösungen unterstützt werden, desto mehr ihrer Zeit können die Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegesektor dem widmen, was für die meisten das Hauptmotiv für ihre Berufswahl gewesen sein dürfte: der Arbeit mit den Personen, die ihre medizinisch-pflegerische Fachkompetenz benötigen. —

## Literaturverzeichnis

- Amelung, V; Stein, V; Suter, E; Goodwin, N; Nolte, E; Balicer, R [Eds.] (2021): Handbook Integrated Care. 2<sup>nd</sup> Edition, Springer International Publishing.
- BMASGK (2018): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien.
- BMG (2015): Analyse regionaler Pilotprojekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.
- BMSGPK (2021): Krankenanstalten in Zahlen (<http://www.kaz.bmg.gv.at>). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien.
- Czypionka, T; Kraus, M; Reiss, M; Baltaxe, E; Roca, J; Ruths, S; Stokes, J; Struckmann, V; Haček, R; Zemplényi, A, et al. (2020): The patient at the centre: evidence from 17 European integrated care programmes for persons with complex needs. BMC Health Services Research, 20 (1102).
- Dachverband der Sozialversicherungsträger (2020): Statistische Daten aus der Sozialversicherung – Vorläufige Gebarungsergebnisse 2020, Erstellungsmontat Februar 2021. Dachverband der Sozialversicherungsträger.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2010): Vorläufige Erfolgsrechnung 2010. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Leijten, F; Struckmann, V; van Ginneken, E; Czypionka, T; Kraus, M; Reiss, M; Tsiachristas, A; Boland, M; de Bont, A; Bal, R, et al. (2018) The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: development and description. Health Policy, 122 (1), pp. 12–22.
- Mayr, M; Lehner, M (2008): Zwischen mobiler Pflege und Krankenhaus. Eine prekäre Schnittstelle der Versorgung im Alter. Gesundheitswissenschaften, Band 33.
- Mayring, P (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage, Beltz Verlag.
- Statistik Austria (2021): Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung.