

# BACHELORARBEIT

**Anforderungsprofil von ManagerInnen in  
österreichischen Primärversorgungseinheiten –  
Eine Gegenüberstellung der Managementtätigkeiten und  
des Curriculums des Studiums Gesundheits- und  
Pflegemanagement an der FH-Kärnten**

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Arts in Business

Verfasser/in: Magdalena Kaltenegger  
Personenkennzeichen: 1610285046  
Erstbetreuer/in: FH-Prof. Dr. Ralf Reiche  
FH Kärnten

Feldkirchen, Mai 2019

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit:

- dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und noch nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt habe.
- dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt, die den verwendeten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass die elektronisch abgegebene Arbeit mit der eingereichten Hardcopy übereinstimmt.
- dass ich einwillige, dass ein Belegexemplar der von mir erstellten Bachelorarbeit in den Bestand der Fachhochschulbibliothek aufgenommen und benutzbar gemacht wird (= Veröffentlichung gem. § 8 UrhG).

Feldkirchen, 15. Mai 2019

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift Studierende)

## ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel:** Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, von ManagerInnen in österreichischen Primärversorgungseinheiten beschriebenen Tätigkeiten mit dem Curriculum des Bachelorstudienganges Gesundheits- und Pflegemanagement an der FH-Kärnten zu vergleichen und gegenüberzustellen. Es sollte für die Studierenden ersichtlich sein welche Tätigkeiten und Aufgabenbereiche im Management einer Primärversorgungseinheit anfallen und für die Einheiten und Gesundheitsorganisationen sollte ersichtlich sein, ob sie sich auf die Ausbildung im Rahmen des Studiums stützen können.

**Methode:** Um die Tätigkeiten der ManagerInnen in Erfahrung zu bringen, wurden leitfadenorientierte Interviews herangezogen. Die Stichprobenauswahl begrenzt sich auf die Personen welche aktuell in den PVE's in Österreich als ManagerInnen tätig sind. Ausgewertet wurden die Interviews mit der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Die Kategorien wurden deduktiv-induktiv gebildet.

Das Curriculum des Bachelorstudiums Gesundheits- und Pflegemanagement wurde analysiert und auf die einzelnen Inhalte genauer eingegangen.

**Ergebnisse:** Es konnten fünf ManagerInnen aus fünf Bundesländern für Interviews gewonnen werden. Die Ergebnisse der Interviews gliedern sich in vier Hauptkategorien, die Inhalte und Kompetenzen des Studiums werden ebenfalls in fünf Kernbereiche aufgeteilt. Die direkte Gegenüberstellung ergibt, dass es Gemeinsamkeiten im gesundheitswirtschaftlichen Bereich des Studiums und den wirtschaftlichen Tätigkeiten der Einheiten gibt. Jedoch sind auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und sonstige Kompetenzen wichtig in der Position der ManagerInnen. Diese Kompetenzen können durch das Studium nur teilweise erworben werden, da sie stark von den individuellen Charaktereigenschaften abhängig sind.

**Schlussfolgerung:** Die ManagerInnen empfinden die Ausbildung in diesem Rahmen als sinnvoll, aber empfehlen zur adäquaten Umsetzung ihrer Tätigkeiten auch Berufserfahrung mitzubringen. Generell gilt, dass das Studium eine geeignete Basis für Managementtätigkeiten in PVE's bildet.

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this thesis is to compare the activities of managers in Austrian primary health care units with the curriculum of the bachelor program Health Care Management at Carinthia University of Applied Sciences. At the end, students should be aware of the involved activities and responsibilities in the position of management of a primary health care unit, and it should be clear to the units and health organizations whether they can rely on the study program or not.

**Methods:** In order to find out about the occupation of the managers, a guided interview was used. The sample selection was limited to the persons who work currently as managers in the primary health care units in Austria. The interviews were evaluated with the contents-structuring content analysis according to Kuckartz. The categories were formed deductive-inductive. The main categories were fixed in the beginning whereas the subcategories were found during the process of evaluation.

The curriculum of the Bachelordegree Program Health Care Management was analyzed and the individual content was discussed in more detail.

**Results:** Five managers from five Austrian federal states were interviewed. The results are divided in four main categories, the content and competencies of the study program will also be divided into five main areas. The comparison shows, that there are similarities in the health economic area of study and the economic activities of the units. However, certain personality traits and other competencies are as well really important in the position of those managers. These competencies can just be partially developed through the study program, because they are highly dependent on the individual character of one person.

**Conclusion:** The managers also recommend to have work experience in extramural health care management for suitable realization of their activities. In general, the bachelordegree program Health Care Management forms an appropriate base for management activities in Austrian primary health care units.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>8</b>
1.1	Problemstellung .....	8
1.2	Forschungsfrage .....	9
1.3	Zielsetzung.....	9
1.4	Aufbau der Arbeit .....	10
<b>2</b>	<b>Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>11</b>
2.1	Konzept der Primärversorgung.....	11
2.1.1	Begriffsbestimmung Primary Health Care .....	11
2.1.2	Internationale Anwendungsbeispiele .....	12
2.2	Primärversorgung in Österreich.....	13
2.2.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen .....	14
2.2.2	Aktuelle Versorgungsstruktur .....	15
2.2.3	Zukünftige Versorgungsstruktur .....	15
2.3	Berufsbild Gesundheitsmanagement.....	17
2.3.1	Begriffsbestimmung Gesundheitsmanagement .....	17
2.3.2	Tätigkeiten und Kompetenzen des Gesundheitsmanagements .....	17
2.3.3	Anforderungen des Managements in der Primärversorgung .....	19
<b>3</b>	<b>Methode .....</b>	<b>21</b>
3.1	Literaturrecherche .....	21
3.2	Empirischer Teil .....	22
3.2.1	Erhebungsmethode.....	22
3.2.2	Stichprobenauswahl.....	23
3.2.3	Auswertungsverfahren .....	24
<b>4</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>26</b>
4.1	IST-Zustand der Managementtätigkeiten in PVE.....	26
4.1.1	Stichprobe und Durchführung der Interviews.....	26
4.1.2	Ausbildung und Werdegang .....	28
4.1.3	Tätigkeiten und Kernbereiche.....	29

4.1.4	Benötigte Kompetenzen .....	31
4.1.5	Studium Gesundheitsmanagement .....	34
4.1.6	Zusammenfassung und Ankerbeispiele.....	35
4.2	Analyse der Inhalte des Studiums GPM an der FH-Kärnten.....	36
4.2.1	Gesundheits- und pflegewissenschaftliche Kompetenzen .....	37
4.2.2	Gesundheitsbetriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Kompetenzen.....	37
4.2.3	Sozial- und Selbstkompetenzen .....	37
4.2.4	Sonstige Kompetenzen .....	38
4.2.5	Berufspraktikum .....	38
<b>5</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>39</b>
5.1	Gegenüberstellung.....	39
5.1.1	Gemeinsamkeiten .....	39
5.1.2	Unterschiede.....	40
5.1.3	Besondere Anmerkungen.....	41
5.2	Ergänzungen der Autorin vom Primärversorgungskongress 2019.....	42
5.3	Zusammenfassung und Fazit .....	43
5.3.1	Beantwortung der Forschungsfrage .....	43
5.3.2	Ausblick .....	44
5.4	Limitationen.....	44
5.5	Empfehlungen.....	45
5.5.1	Empfehlungen für das Management von PVE's .....	45
5.5.2	Empfehlungen für die Hochschule.....	46
<b>6</b>	<b>Quellen.....</b>	<b>47</b>
6.1	Literaturverzeichnis .....	47
6.2	Rechtsquellen .....	50
6.3	Abbildungsverzeichnis.....	51
6.4	Tabellenverzeichnis .....	51
<b>7</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>52</b>

## Abkürzungsverzeichnis

BGA	Bundesgesundheitsagentur
Bzw.	beziehungsweise
CUAS	Carinthia University of Applied Sciences
EXPH	Expert Panel on effective ways of investing in Health
FH	Fachhochschule
GPM	Gesundheits- und Pflegemanagement
IAMEV	Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
ÖAK	Österreichische Ärztekammer
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OEFOP	Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen
PVE	Primärversorgungseinheit
PVZ	Primärversorgungszentrum
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## Terminologien

Zum allgemeinen Verständnis und zur einheitlichen Begriffsabgrenzung werden die unterschiedlichen Begriffe der Primärversorgung, wie sie in Österreich organisiert wird folgendermaßen verwendet:

- **Primärversorgungseinheit (PVE):** Allgemeine Bezeichnung für jegliche Art von Organisationsform in der Primärversorgung
- **Primärversorgungszentrum (PVZ):** Organisationsform an einem Standort. Alle mitarbeitenden Personen sind innerhalb einer gemeinsamen Ordination tätig.
- **Primärversorgungsnetzwerk (PVN):** Die einzelnen Akteure des Teams sind nicht alle an einem Standort, sondern auf mehrere Standorte verteilt, arbeiten jedoch an einem gemeinsamen Ziel und haben teilweise ein gemeinsames Kommunikationstool.

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung

Aufgrund der Gesundheitsreform 2013 bilden sich durch die Zielsteuerung Gesundheit gemäß den 15a Vereinbarungen seit 2014 in Österreich neue Wege und Strukturen in der Gesundheitsversorgung. Dabei sollte der niedergelassene Bereich durch Primärversorgung und interdisziplinäre Teams den stationären Bereich entlasten und die Versorgungsstruktur verbessern. (Art. 15a B-VG Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit 2013; BGA, 2014)

Die erste Anlaufstelle bei akuten oder chronischen Beschwerden sollte nun also nicht mehr nur der Hausarzt, oder das Krankenhaus sein, sondern das sollten neben dem Hausarzt auch Primärversorgungseinheiten (PVE) sein. Diese Einheiten, können entweder als Zentren (PVZ) oder als Netzwerke (PVN) organisiert sein. Natürlich ist es auch notwendig, wie in jeder (Gesundheits-)Organisation, dass diese Einheiten organisiert und verwaltet werden, damit die Kommunikation intern und extern, die Aufgabenverteilung, die Patientenbetreuung und sonstige aktuelle Themen koordiniert und effizient durchgeführt werden können. (BGA, 2014)

Auch in den Ausbildungsstätten und Hochschulen gibt es in Österreich neue Möglichkeiten sich im Gesundheitsbereich zu spezialisieren. So entwickeln sich immer mehr Ausbildungen und Studien- bzw. Lehrgänge welche sich mit dem Thema Gesundheit und Soziales beschäftigen. Eine dieser innovativen Ausbildungsmöglichkeiten in Österreich ist das Bachelorstudium Gesundheits- und Pflegemanagement (GPM) an der Fachhochschule Kärnten. (Fachhochschule Kärnten, 2019a)

Da sich die Versorgungsstruktur der Primärversorgungseinheiten in Österreich derzeit aber noch in der Aufbauphase befindet und aktuell erst wenige Einheiten tatsächlich in Betrieb genommen wurden, sowie auch der Beruf von GesundheitsmanagerInnen noch recht unbekannt und neu ist, gibt es zwar möglicherweise Bedarf an ManagerInnen für PVE's, aber noch recht wenig Erfahrung in der Umsetzung und welche Kompetenzen es für die Umsetzung der Tätigkeiten benötigt. Vor allem kleiner organisierte Zentren werden diese Verwaltungstätigkeiten nicht wie große Organisationen auf viele verschiedene Abteilungen aufgliedern, sondern eine „Rundum-Organisation“ wird von ein oder zwei MitarbeiterInnen abgedeckt werden.



## 1.2 Forschungsfrage

Aus dieser Problemstellung heraus ergibt sich für diese Arbeit folgende Forschungsfrage:

*„Ist die Ausbildung Gesundheitsmanagement an der FH-Kärnten eine geeignete Basis für die Managementtätigkeiten in österreichischen Primärversorgungseinheiten?“*

Daraus ergeben sich wiederum zwei weitere Forschungsfragen welche im Rahmen der vorliegenden Arbeit behandelt und beantwortet werden:

- Welche Tätigkeiten und Aufgabenbereiche übernehmen ManagerInnen von bereits aktiven Primärversorgungseinheiten in Österreich und welche Voraussetzungen werden dafür benötigt?
- Welche Kompetenzbereiche und Studieninhalte vermittelt das Studium Gesundheits- und Pflegemanagement an der FH Kärnten?

Aufgrund dieser Forschungsfragen sollte einerseits aufgezeigt werden, welche Tätigkeiten die ManagerInnen in österreichischen Primärversorgungseinheiten aktuell übernehmen. Durch leitfadengestützte Interviews mit ManagerInnen in bereits eröffneten PVE's sollte ein IST-Zustand erhoben werden wie die Situation in Österreich derzeit aussieht. Andererseits werden die vermittelten Inhalte und Kompetenzbereiche aus dem Curriculum des Studiums Gesundheits- und Pflegemanagement analysiert. In einer Gegenüberstellung der Ergebnisse werden die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede zwischen den Managementtätigkeiten in PVE's und dem Curriculum abgeglichen.

## 1.3 Zielsetzung

Ziel ist es mit der vorliegenden Arbeit, einen Nutzen für zwei Seiten darzustellen.

Der Nutzen für die Primärversorgungseinheiten bzw. für die dafür zuständigen Organisationen in den einzelnen Bundesländern wäre, dass sie durch diese Arbeit einen Überblick der Inhalte des Studiums Gesundheits- und Pflegemanagement erhalten. Dadurch sollen sie besser einschätzen können ob sie sich auf diese Ausbildung stützen können oder nicht, wenn es darum geht eine Stelle für Managementtätigkeiten in einem PVZ oder PVN zu besetzen.

Der Nutzen für die Personen mit der Ausbildung Gesundheitsmanagement ist es, einen Überblick über die tatsächlichen Tätigkeiten und Aufgabenbereiche zu erhalten, bzw. ebenfalls einen Überblick zu erhalten welche Kompetenzen und Soft Skills für solche Positionen benötigt werden.

## **1.4 Aufbau der Arbeit**

Der Inhalt der vorliegenden Arbeit ist neben der Einleitung, welche die Problemstellung, die Forschungsfragen und die Zielsetzung beinhaltet, in vier weitere große Bereiche aufgegliedert. Im Anschluss an die Einleitung wird der theoretische Hintergrund des Themas bearbeitet. Den LeserInnen sollte in diesem Abschnitt ein Verständnis über die Thematik der Primärversorgung und des Gesundheitsmanagements vermittelt werden. Dabei geht es um das Konzept der Primärversorgung im Allgemeinen, die Situation in Österreich und das Berufsbild von GesundheitsmanagerInnen.

Der dritte Teil der Arbeit behandelt die Methode der empirischen Datensammlung und deren Auswertung. Danach folgen die Ergebnisse mit einer einleitenden Beschreibung der durchgeführten Interviews, der deskriptiven Darstellung der Ergebnisse aus der empirischen Datenerhebung sowie aus der Analyse des Curriculums des Bachelorstudiums GPM.

Den abschließenden Teil der Arbeit bildet die Diskussion, in deren Rahmen die Resultate gegenübergestellt, zusammengefasst und ein Fazit daraus gezogen wird, um die Forschungsfrage zu beantworten. Außerdem werden dabei noch zusätzliche Ergebnisse, welche aus Hintergrundrecherchen der Autorin vom Primärversorgungskongress 2019 stammen, verschriftlicht und ein Ausblick beschrieben. Außerdem werden in der Unterüberschrift „Limitationen“ die möglichen Abweichungen, Abgrenzungen und Einflüsse der Arbeit angeführt.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Konzept der Primärversorgung

Im Jahr 1978 setzte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei der internationalen Konferenz für primäre Gesundheitsversorgung die Alma-Ata Erklärung fest, welche „zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit aller Menschen auf der Welt“ dienen sollte. Demnach ist die primäre Gesundheitsversorgung der Schlüssel für soziale Gerechtigkeit, Gesundheit, Wirtschaftlichkeit und Wohlstand in einem Land. Seit der Erklärung von Alma Ata 1978 ist die primäre Gesundheitsversorgung ein Schlüsselkonzept der WHO und sollte deswegen auch in allen ihren Mitgliedsstaaten umgesetzt werden. Alma Ata bildet die Grundlage für die Primärversorgung weltweit.

#### 2.1.1 Begriffsbestimmung Primary Health Care

Primary Health Care ist ein Kontaktpunkt eines nationalen Gesundheitssystems mit dessen Bevölkerung. Sie ist der Erstkontakt und Ausgangspunkt der Gesundheitsversorgung und sollte eine personenzentrierte, angemessene und gerechte Versorgung aus Sicht der Bevölkerung bieten. Der Mensch steht im Mittelpunkt. Ziel ist es, die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu befriedigen, Erstversorgung in Akutfällen sowie Langzeitversorgung bei chronischen Leiden zu leisten, rehabilitative und palliative Ansätze miteinzubeziehen, und Prävention und Gesundheitsförderung einzubinden. Primary Health Care deckt die Grundversorgung in allen Lebenslagen und Altersstufen der einzelnen Personen. (EXPH, 2017, S. 8)

Da die Grundversorgung von Gesundheitsleistungen einen nachweislichen Einfluss auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Bevölkerung hat, weil sie neben dem medizinischen Bedarf auch die personenabhängigen, umweltabhängigen und sozialen Kontextbedingungen miteinbezieht, ist es wichtig diese zu optimieren. Durch gute Primärversorgung lässt sich der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden einer gesamten Bevölkerung positiv beeinflussen. (Starfield, 2012 zit. nach EXPH, 2017)

Auch die OECD definiert Primärversorgung als die erste Kontaktebene der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem, die die Gesundheitsfürsorge so nah wie möglich an das Leben und Arbeiten der Menschen bringt. Sie befasst sich mit den wichtigsten Gesundheitsproblemen in der Gemeinde und bietet präventive, kurative und rehabilitative Dienstleistungen an. Diese Grundversorgung geht über die Leistungen von Hausärzten hinaus und umfasst auch Angehörige der Gesundheitsberufe wie KrankenpflegerInnen, ApothekerInnen, Hilfskräfte und Gesundheitspersonal in der Gemeinde. Die Primärversorgung als erste Anlaufstelle, an der die primärärztlichen BetreuerInnen eine personenzentrierte Versorgung leisten, hat das Potenzial, auf große

gesundheitliche Herausforderungen zu reagieren und die Gesundheit aller zu fördern. (OECD, 2019)

Die verschiedenen Erklärungen der Bedeutung des Begriffes Primärversorgung zielen auf personenzentrierte und lebensnahe Gesundheitsversorgung ab, gehen aber nicht näher auf die Organisations- und Anwendungsformen ein. Eine Ausnahme ist der Aspekt der Inklusion der Leistungen von verschiedenen Gesundheitsberufen in der Beschreibung der OECD. Demzufolge wird die Primärversorgung in jedem Land in unterschiedlichen Formen gesundheitspolitisch umgesetzt.

### 2.1.2 Internationale Anwendungsbeispiele

Starfield & Shi haben 2002 eine Studie durchgeführt, welche 13 Industrieländer in ihrer Infrastruktur der Primärversorgung mit vorgegebenen Kriterien bewertet hat. Ziel war es, die Gültigkeit der Ergebnisse von vorherigen Studien zum Thema „Primärversorgung und damit verbundene geringere Gesundheitsausgaben“ fünf bis zehn Jahre danach noch einmal auf ihre Gültigkeit zu überprüfen. Dabei wurden die 13 untersuchten Länder in einem Schritt auch in Kategorien eingeteilt.

Primary care scores

Country	System score	Practice score	Total score	Total score (average)	Health system costs (rank)
<i>Low primary care</i>					
Belgium	5.6	0.0	5.6	0.4	1693 7
France	5.0	0.0	5.0	0.3	1978 10
Germany	6.0	0.0	6.0	0.4	2222 12
United States	4.0	1.5	5.5	0.4	3708 13
<i>Intermediate primary care</i>					
Australia	10.0	7.0	17.0	1.1	1776 9
Canada	11.5	6.0	17.5	1.2	2002 11
Japan	8.5	4.0	12.5	0.8	1581 6
Sweden	10.0	4.0	14.0	0.9	1405 4
<i>High primary care</i>					
Denmark	16.0	10.0	26.0	1.7	1430 5
Finland	15.0	7.0	22.0	1.5	1389 3
The Netherlands	13.0	10.0	23.0	1.5	1756 8
Spain	12.5	8.0	20.5	1.4	1131 1
United Kingdom	18.0	11.0	29.0	1.9	1304 2

Countries are arranged in three groupings according to strength of primary care. The higher the score, the stronger the primary care.

Abbildung 1: Primary Care Scores nach dem Assessment Tool von Starfield (Starfield, 2002, S.204)

Wie man aus dieser Abbildung herauslesen kann, sind die Länder Dänemark, Finnland, die Niederlande, Spanien und das Vereinigte Königreich gut in ihrer Primärversorgung bewertet worden. Die Länder der Kategorie „high primary care“ können auf eine gute Primärversorgung zurückgreifen, welche bereits ein bestehender Teil des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik ist. Aber die Primärversorgung wird in jedem Land unterschiedlich strukturiert. In Dänemark zum Beispiel wird die Primärversorgung von den Hausärzten und von der Gemeinde übernommen. Diese örtlichen Verwaltungsbehörden sind für die häusliche Krankenpflege, Altenpflegeheime, Rehabilitation, allgemeine Prävention von Krankheiten und die zahnmedizinische Versorgung von Kindern zuständig. (OECD, 2017)

Die Organisation der Primärversorgung in den Niederlanden umfasst eine Vielzahl von Leistungserbringern, darunter Hausärzte, Physiotherapeuten, Apotheker, Psychologen und Hebammen. Die Politik zielt stark darauf ab, dem Hausarzt eine zentrale Rolle in den Gemeinden zu geben, das Selbstmanagement der Patienten zu fördern und eine Gatekeeping-Funktion für Hausärzte zu schaffen. (Kronemann et al., 2012, S. 139)

Die primäre Gesundheitsversorgung in England ist im Wesentlichen das gesamte extramurale System welches zur Verfügung steht, oft in unmittelbarer Wohnortnähe. Sie weist zwei wesentliche Merkmale auf: In den meisten Fällen ist sie die erste Anlaufstelle für Rat oder Hilfe bei gesundheitlichen Problemen. Hier bietet sie einen Zugang zu allgemeiner medizinischer Versorgung für häufig auftretende Erkrankungen und Verletzungen. Diese Aufgaben werden auch häufig von Pflegefachkräften übernommen, da diese im vereinigten Königreich umfangreichere medizinische Leistungen erbringen dürfen. Das zweite Merkmal des Systems ist die Gatekeeping-Rolle, wenn es um die Bestimmung für weitere spezialisierte, krankenhausbasierte Behandlungen geht. (Boyle, 2011, S. 224-225)

## **2.2 Primärversorgung in Österreich**

Wie in der Problemstellung eingangs schon erwähnt gibt es in Österreich seit der Gesundheitsreform 2013 die 15a Vereinbarungen welche die Primärversorgung als Mittel der Gesundheitsversorgung als notwendig erachten. (Art. 15a B-VG Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit 2013)

Seit dem Jahr 2017 wird das Thema Primärversorgung noch intensiver und genauer in den Bereichen der Gesundheitsversorgung integriert, denn sie vereint die Ziele der Zielsteuerung Gesundheit indem sie eine wohnortnahe, integrierte und umfassende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung bietet, interdisziplinäre Versorgungsmodelle darstellt, Parallelstrukturen bereinigt und gleichzeitig die

Gesundheitsausgaben eindämmen kann. (Art 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017).

Den Zusammenhang zwischen Ausbau der Primärversorgung und einer Kostenreduktion belegt auch die Studie von Starfield und Shi (2002), welche im Kapitel 2.1.2 Internationale Anwendungsbeispiele schon erwähnt wurde. Diese Studie kam zu dem Endergebnis, dass je ausgeprägter die Primärversorgung ist, desto geringer sind die Gesundheitskosten. In Ländern mit schwach ausgeprägter Primärversorgung sind auch die Leistungen in wesentlichen Gesundheitsbereichen schwächer.

Wenn man die Gesundheitsausgaben in Österreich betrachtet, liegen diese seit Jahren über 10 Prozent des Bruttoinlandkommens, was im EU-Vergleich verhältnismäßig viel ist. Trotz der hohen Kosten bietet das österreichische Gesundheitssystem der Bevölkerung nicht mehr gesunde Lebensjahre. (OECD, 2018, S. 132; Statistik Austria, 2019)

### 2.2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die Primärversorgung sollte durch die Primärversorgungseinheiten, organisiert als Zentren oder als Netzwerke, als erste Anlaufstelle bei akuten oder chronischen Beschwerden auch in Österreich zum Einsatz kommen. Dies wurde auch gesetzlich im Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (PrimVG) geregelt.

„(1) Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz ist eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§ 6) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem und hat als solche Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren.“ § 2 PrimVG

Ebenfalls gesetzlich geregelt ist, dass das Kernteam einer PVE aus AllgemeinmedizinerInnen und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bestehen muss. Je nach Bedarf und Standort der PVE sollte auch die Kinder- und Jugendheilkunde durch einen Facharzt bzw. durch eine Fachärztin abgedeckt werden. Weiters können Gesundheitsberufe wie PhysiotherapeutInnen, Hebammen oder medizinische Assistenzberufe, Sozialberufe wie SozialarbeiterInnen oder AltenfachbetreuerInnen, Apotheken sowie weitere Fachärzte und Fachärztinnen ins Team miteingebunden werden. (§ 2 PrimVG)

Die Öffnungszeiten von Montag bis Freitag, auch an Tagesrandzeiten sowie die Einbindung von telemedizinischen Diensten und ein wohnortnaher Standort mit guten

Verkehrsanbindungen zur umfangreichen Erreichbarkeit sollte ebenfalls gegeben sein, um für die PatientInnen eine umfassende Versorgung anbieten zu können. (§ 4 PrimVG)

### 2.2.2 Aktuelle Versorgungsstruktur

Stigler et al. (2013) haben in ihrer Studie erstmals die Primärversorgung in Österreich beurteilt. Unter Verwendung des Assessment Tools von Starfield (1998), welches eine einfache Herangehensweise aufweist, frei zugänglich ist wurde Österreich erstmals in Hinsicht auf die Primärversorgung beurteilt. Dieses Tool ist eine gute Methode einen ersten Einblick in diese Versorgungsstruktur zu erhalten. Dabei wurden 15 Items von sechs österreichischen Experten mit Erfahrungen und Einsicht in das Versorgungswesen und in die Allgemeinmedizin bewertet. Neun der 15 Items beziehen sich auf das Gesundheitssystem und sechs der 15 Items beziehen sich auf die Praxis der Primärversorgung. Die Möglichkeiten der Bewertung waren 0=schwach, 1=moderat und 2=gut. Nach der Auswertung der Häufigkeiten wurde die Zahl als Ergebnis der Bewertung des Items herangezogen, welche am häufigsten geantwortet wurde. Bei allen 15 Items war das deutlich erkennbar. Als Endergebnis kam heraus, dass acht Items mit „schwach“, sieben Items mit „moderat“, und kein Item mit „gut“ bewertet wurden. Daraus kann man ableiten, dass Österreich zu diesem Zeitpunkt noch Potential zum Ausbau der Primärversorgung aufweist. Stiegler et al. erwähnen dabei auch, dass wenn man Österreich mit der Studie von Starfield & Shi (2002) vergleicht, es würde in die Kategorie der „low primary care“ Länder hineinfallen.

Mit Stand April 2019 sind in Österreich laut Österreichischem Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (OEFOP) 16 Organisationseinheiten mit dem Ziel, Primärversorgung zu gewährleisten, in Betrieb. Davon sind 10 offiziell als Primärversorgungszentrum tituiert, eines als Gesundheitsnetzwerk, eines als Primärversorgungsnetzwerk, vier als Gesundheitszentrum und eines als sozialmedizinisches Zentrum.

### 2.2.3 Zukünftige Versorgungsstruktur

Laut Statistik Austria (2018) waren im Jahr 2017 von insgesamt 20.658 niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen 13.392 (zirka 65%) 50 Jahre oder älter. Nur 7266 Personen (Zirka 35%) waren jünger als 50 Jahre. Hierbei ist aber zu beachten, dass in dieser Studie alle niedergelassenen MedizinerInnen, Fachärzte und -ärztinnen sowie Allgemeinärzte und -ärztinnen, hineinfallen und nicht auf die Anzahl der Hausärzte und -ärztinnen begrenzt ist.

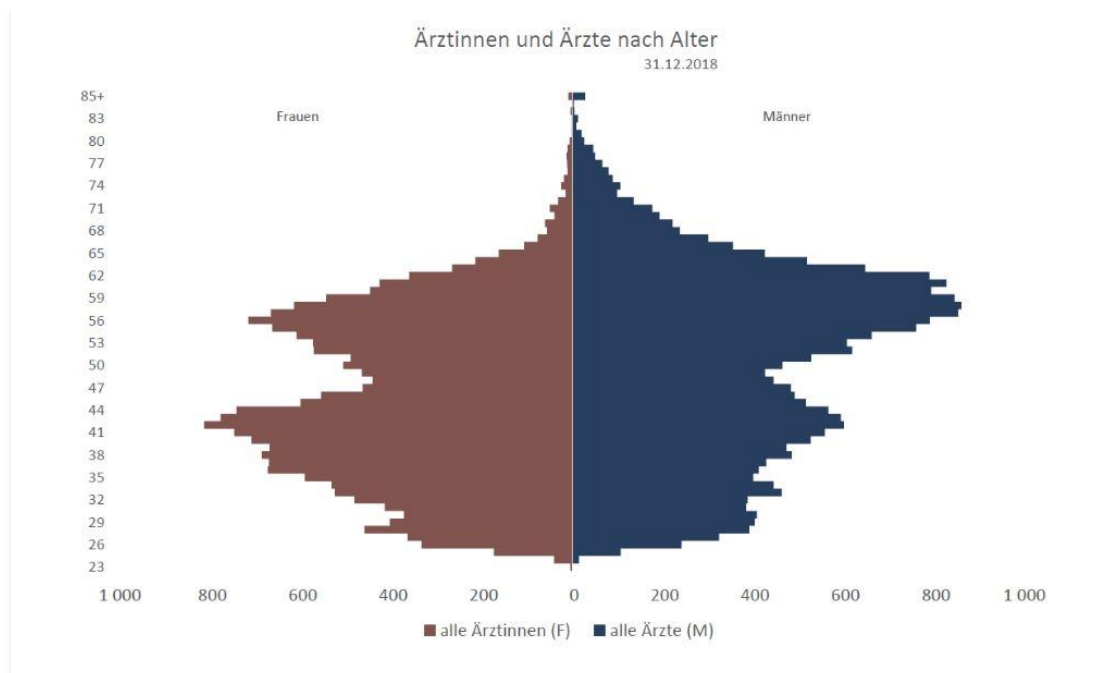


Abbildung 2: Alterspyramide der Ärzte 2018, (ÖAK, 2019)

Diese Grafik der österreichischen Ärztekammer (2019) zeigt die Altersstruktur der MedizinerInnen nach Geschlecht in Österreich. Die Pyramide lässt eine hohe Anzahl der Personen über 50 Lebensjahre auf beiden Geschlechterseiten erkennen.

Daraus lässt sich schließen, dass in den nächsten 15 bis 20 Jahren eine Pensionierungswelle kommen wird und viele niedergelassene Ärzte und Ärztinnen ihre Ordinationen als Fach-, oder Allgemeinarzt schließen werden. Die Nachbesetzung dieser Ordinationen gestaltet sich vor allem im ländlichen Raum sehr schwierig. Ursachen dafür können das finanzielle Risiko, der administrative Aufwand, die Vorteile eines Angestelltenverhältnisses, die Arbeitszeitbelastung und die Arbeitsbedingungen sein. (Hofer, 2012)

Dieser Problematik sollte die Primärversorgung ebenfalls entgegenwirken und die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Geplant sind 75 Primärversorgungseinheiten in ganz Österreich bis zum Jahr 2021. Die Standorte in den verschiedenen Regionen sind in den Landes-Strukturplänen der Bundesländer verankert. (Bundeszielsteuerungsvertrag, 2017)



## 2.3 Berufsbild Gesundheitsmanagement

### 2.3.1 Begriffsbestimmung Gesundheitsmanagement

Deutmeyer & Thiekötter (2009) erläutern den Begriff des Gesundheits- und Pflegemanagements indem sie erst die drei Kernbegriffe Gesundheit, Pflege und Management mit offiziellen Definitionen erläutern und sich daraus eine gesonderte Definition des Gesamtbegriffs ableiten.

„Gesundheits- und Pflegemanagement ist die wirtschaftlich verantwortliche Leitung und Steuerung von Prozessen in Institutionen der für die Gesellschaft bedeutsamen Bereiche Gesundheit und Pflege mit dem Ziel, die größtmögliche Wohlfahrt für alle Beteiligten zu erreichen“ (Deutmeyer & Thiekötter, 2009, S. 21)

Sie erläutern damit, dass die Handlungsfelder im Gesundheitsmanagement neben den betriebswirtschaftlichen Herausforderungen in einer Gesundheitsorganisation auch auf die volkswirtschaftlichen Bereiche ausgerichtet sind, da es um den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden einer Bevölkerung geht. Es gilt Prozesse und Aufgaben für Dienstleistungen im Gesundheitsbereich zu organisieren, Probleme und Defizite zu erkennen und daraufhin Lösungen zu entwickeln und umzusetzen. (Deutmeyer & Thiekötter, 2009, S. 21)

Die Relevanz des Managements im Gesundheitswesen wird von Busse & Schreyögg (2006, S. 6) damit begründet, dass die Beschäftigung in gesundheitsrelevanten Berufen steigt und auch einen großen Teil der Gesamtausgaben innerhalb einer Volkswirtschaft ausmacht. Diese beiden Gründe machen das Gesundheitswesen zu einem großen Wirtschaftsfaktor und dadurch wird auch das Management in diesem Bereich zunehmend benötigt.

### 2.3.2 Tätigkeiten und Kompetenzen des Gesundheitsmanagements

Allgemein werden Kompetenzbereiche in personale Kompetenzen, Handlungskompetenzen, fachlich-methodische Kompetenzen und in sozial-kommunikative Kompetenzen eingeteilt. (Erpenbeck & Von Rosenstiel, 2003, S. XVI).

Um berufliche Tätigkeiten ordnungsgemäß umsetzen zu können, benötigt es in jedem Beruf die passenden Qualifikationen der Personen. Diese Ansprüche an berufliche Qualifikationen können in Basisanforderungen, in Anforderungen im Umgang mit Anderen und in Anforderungen in speziellen Situationen eingeteilt werden. Basisanforderungen umfassen intellektuelle Kompetenzen, die Motivation und die Handlungskompetenzen. Das heißt, es benötigt zur gelungenen Umsetzung der Tätigkeiten das Können, das Wollen und charakterlichen Bedingungen. Die Anforderungen im Umgang mit Anderen betreffen Qualifikationen der internen und

externen Kommunikation. Diese werden wieder in soziale Kompetenzen, in kommunikative Kompetenzen und in Führung aufgegliedert und beziehen sich auf den Austausch von Informationen und die Bewältigung sozialer Situationen. Als drittes Anforderungsfeld werden die Anforderungen für spezielle Situationen genannt. (Eilles-Matthiessen et al., 2002, S. 29-31)

*Tabelle 1: Klassifikation der Qualifikationen nach Eilles-Matthiessen et al. (2002, S. 31-35)*

<b>Anforderungsfelder</b>	<b>Bereiche</b>
Basisanforderungen	Intellektuelle (fachliche) Kompetenzen
	Motivation/Engagement
	Handlungskompetenzen
Anforderungen im Umgang mit Anderen	Soziale Kompetenzen
	Kommunikative Kompetenzen
	Führung
Anforderungen für spezielle Situationen	Interkulturelle Kompetenzen
	Unternehmerische Kompetenzen
	Arbeitstechniken

Aus dieser Klassifikation der Qualifikationen kann man gut erkennen, dass die fachlichen und handlungsorientierten Kompetenzen zu den Basisanforderungen der gehören und die sozialen und kommunikativen Kompetenzen sich bei den Anforderungen im Umgang mit Anderen eingliedern. Die Bereiche Motivation/Engagement, Führung und Arbeitstechniken können als personale Kompetenzen zusammengefasst werden und werden in allen Anforderungsfeldern benötigt.

Das Management im Gesundheitswesen wird nach Busse & Schreyögg (2006, S. 7) in fünf Aufgabengebiete aufgeteilt. Diese Bereiche sind das Leistungsmanagement welche die betriebswirtschaftlichen Tätigkeiten umfasst, das Kundenmanagement, das Finanzmanagement, das Personalmanagement sowie das Informationsmanagement und das Controlling. Diese Tätigkeitsbereiche werden in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung benötigt, im stationären sowie im ambulanten Bereich.

Die Aufgaben sind dabei die Planung, Organisation, Steuerung und die Evaluation der Leistungen, aber auch Führungsaufgaben in der jeweiligen Organisation werden vom Management übernommen. Dabei sind Kenntnisse über Gesundheitswissenschaftliche und Gesundheitswirtschaftliche Zusammenhänge gefragt und die Fähigkeit Ressourcen (MitarbeiterInnen, PatientInnen, Materialien etc.) zu zielorientiert zu koordinieren um die Ziele der Versorgung, der Risikominimierung und der Qualitätsaufrechterhaltung zu erreichen. (Niehoff, 2007, S. 2-10)

### 2.3.3 Anforderungen des Managements in der Primärversorgung

Nancarrow et al. (2013) haben mittels qualitativer Inhaltsanalyse und einem systematischen Review zehn Prinzipien herausgearbeitet, welche eine gute Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team im Gesundheitswesen ausmachen. Als Endergebnis kam heraus, dass das Themenfeld „Führung und Management“ an oberster Stelle der Prinzipien stand. Es ist also sehr wichtig, dass man eine klar definierte Führungsposition im Team hat, welche das Team unterstützt, zuhört und es demokratisch miteinbindet. Das Management sollte eine Richtung vorgeben und für das Team in dessen Interessen sowie in den Interessen der Qualitätssteigerung und Patientenzufriedenheit handeln. Weitere Prinzipien sind zum Beispiel Kommunikation, Personalentwicklung, gute Prozesse und Strukturen, angemessene Aufgabenverteilung, oder das Betriebsklima. Auch wenn diese Ergebnisse nicht für alle interdisziplinären Teams gleichermaßen gelten, so ist es doch ein Anhaltspunkt für die Bedeutung des Managements in den interdisziplinären Teams der österreichischen Primärversorgung.

Nach dem Konzept der Primärversorgung in Österreich der BGA (2014) definiert sich die Funktion des Primärversorgungs-Managements folgendermaßen:

„Funktion des Primärversorgungs-Managements ist es vor allem, das operativ tätige Primärversorgungsteam intern zu servicieren, von organisatorischen Pflichten zu entlasten und damit die Konzentration auf die beruflichen Kernkompetenzen zu ermöglichen“ (BGA, 2014, S.19)

Im Anhang des Konzepts sind noch „Idealtypische Aufgaben des Primärversorgungs-Managements“ zu finden. Diese beinhalten:

- Informations- und Kommunikationsstrukturen (z.B. Vernetzungsarbeit, Team- und Fallbesprechungen, Qualitätszirkel etc.)
- Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung
- Patientendokumentation und Patientenmanagement (Erinnerungssysteme, Organisation von Versorgungsprogrammen, Informationen über Selbsthilfegruppen etc.)
- Datenverarbeitung inkl. Datensicherheit
- Datenanalysen zu Behandlungsprozessen
- Aus-, Fort- und Weiterbildungen
- Kontaktpflege zu Kooperationspartnern der Primärversorgungsstruktur
- Organisation der erforderlichen Infrastruktur
- Finanzplanung und Budgetverwaltung
- Personalagenden
- Planung der Versorgungsziele einer Primärversorgungsstruktur

(BGA, 2014, S. 24)

Die Funktion und die Aufgaben des Managements werden also erwähnt, jedoch wird die Position an sich nicht genau erklärt. Es geht hier nicht hervor ob diese Aufgaben von einer Person innerhalb des medizinischen, pflegerischen Teams oder von einer eigenen Management-Position, mit dafür geeigneter Ausbildung, übernommen werden sollten.

### **3 Methode**

Die Daten der vorliegenden Arbeit werden einerseits mittels Literaturrecherche erhoben, dazu zählen die Teilbereich „theoretischer Hintergrund“ sowie eine Analyse des Curriculums des Bachelorstudiums GPM und andererseits wird eine empirische Datenerhebung mittels qualitativer Interviews durchgeführt.

#### **3.1 Literaturrecherche**

Der erste Teil der Arbeit behandelt den theoretischen Hintergrund zum Thema. Ein kleiner Teil der Literatur für den Theorieteil sind Monografien und Herausgeberwerke. Dafür wurden zuallererst private Werke und Unterlagen durchstöbert. Danach wurden einerseits durch den Online Katalog der Bibliothek der FH Kärnten relevante Werke gesucht und andererseits vor Ort in der Campusbibliothek Feldkirchen recherchiert. Hauptsächlich handelt es sich bei diesen Literaturwerken um gesundheitswirtschaftliche Werke. Ein deutlich größerer Teil der Literatur für den theoretischen Teil besteht aus Berichten und Studien, welche durch einfache Internetrecherchen und systematischen Datenbankrecherchen zu diesem Thema ermittelt wurden. Viele Studien und Berichte sind aus öffentlicher Hand (Sozialversicherungen, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Konsumentenschutz und Gesundheit, OECD, WHO oder Europäische Union), einige Werke sind auch Artikel aus aktuellen wissenschaftlichen Fachzeitschriften, welche mittels Google Scholar, der Datenbankplattform EBSCOhost und nach Schneeballsystem gefunden wurden. Die verwendeten Datenbanken bei EBSCOhost waren CINAHL, EconLIT, ERIC und MEDLINE. So wurden die wirtschaftlichen, medizinischen und pflegerischen Artikel herausgefiltert.

Häufig verwendete Schlagworte bei der Recherche zur Theorie waren: Primary Health Care, Primary Health Care Center, Management, Austria, Europe, Concept primary health care, Gesundheitsmanagement und Health Care Management.

Entscheidungskriterien zur Relevanz aller Literaturwerke im theoretischen Teil waren erst ein Einblick in das Inhaltsverzeichnis bzw. die Schlüsselwörter sowie ein rasches Querlesen eines wichtig erscheinenden Kapitels bzw. des Abstracts. Wenn mehrere inhaltlich gute Werke zur Auswahl waren, wurde darauffolgend auf das Erscheinungsjahr sowie die Profession und die bereits publizierten Werke der AutorInnen zum selben Thema geachtet.

Ausschlusskriterien zur Auswahl waren Artikel welche sich auf spezielle chronische Krankheiten bezogen hatten, wenn es sich nur um den Erstkontakt mit einem Mediziner/einer Medizinerin und nicht um Primärversorgung als eigenständigen Bereich des Gesundheitssystems handelte oder wenn es eine nicht vertrauenswürdige Quelle war.

## 3.2 Empirischer Teil

### 3.2.1 Erhebungsmethode

Als Erhebungsmethode der Daten wird eine qualitative Befragung mittels Leitfadeninterview angewandt. Der Vorteil der qualitativen Datenerhebung gegenüber der quantitativen Datenerhebung ist die Verbalisierung. Bei quantitativer Forschung gibt es standardisierte Vorgaben der Antwortmöglichkeiten und diese werden als Daten in Nummern erfasst und einheitlich weiterverarbeitet. Bei qualitativer Forschung werden Erfahrungswirklichkeiten in Worten erfasst und daraufhin interpretiert. Ziel ist dabei nicht Gemeinsamkeiten in der Masse zu finden, sondern in die Tiefe zu gehen und wenig bekannte Gegenstandsbereiche systematisch zu explorieren. (Bortz & Döring, 2006, S. 296; Kelle, Reith & Metje, 2017, S. 49)

„Die Beforschten sollen die Gelegenheit haben, ihre eigene Sichtweise zu äußern, ihre Sprache anstelle von vorgegebenen Antwortkategorien zu benutzen und ihre Motive und Gründe zu äußern.“ (Kuckartz, 2012, S. 55)

Als Methode der qualitativen Befragung hat sich das Leitfadeninterview am besten angeboten da für das bevorstehende Interview ein Fahrplan zur Datenerhebung vorhanden ist, welcher flexibel eingesetzt werden kann. Dadurch behält man einen Überblick welche Themen bereits angesprochen wurden oder welche noch ausständig sind. Trotzdem bleiben der interviewten Person Offenheit und Freiheit in ihren Antwortmöglichkeiten. Und auch der Interviewer hat dadurch, wenn nötig, Einfluss auf den Inhalt oder den Ablauf der Befragung während des Gesprächs. Dadurch können wichtige Themenbereiche zur Beantwortung der Forschungsfrage nach und nach im Gespräch durchbesprochen werden. (Flick, 2016, S. 221-224)

Zur inhaltlichen Vorbereitung auf die Interviews wurden bereits gelehrte und gelernte Inhalte aus Lehrveranstaltungen und Seminararbeiten erneut durchgearbeitet und der theoretische Hintergrund für die vorliegende Arbeit mittels Literaturrecherche recherchiert und verschriftlicht. Aus diesen Vorbereitungen und mit dem Fokus auf die Beantwortung der Forschungsfrage wurde daraufhin der Leitfaden für die Interviews entwickelt, überarbeitet und fixiert. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass die „Idealtypischen Aufgaben des Primärversorgungs-Managements“ aus dem Konzept der Primärversorgung der BGA (2014) (siehe Kapitel 2.3.3 Anforderungen des Managements) keinen Einfluss auf die Leitfadengestaltung hatte. Grund dafür ist das Prinzip der Offenheit, um den Interviewpartnern jegliche Antwortmöglichkeiten offen zu halten.

### 3.2.2 Stichprobenauswahl

Im Gegensatz zur quantitativen Forschung mittels standardisierten Fragebögen, werden bei der qualitativen Befragung durch ein Leitfadeninterview keine Grenzen vorgegeben. Da es aber trotzdem wichtig ist Verzerrungen des Gegenstandsbereiches zu vermeiden, ist es notwendig das Untersuchungsfeld gut auszuwählen und auf die Forschungsfrage anzupassen. Dazu gibt es mehrere Methoden der Fallauswahl. Die Fallauswahl in der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf die Konstruktion von qualitativen Stichprobenplänen. Bei diesem Verfahren werden theoretisch relevante Merkmale der Stichprobe bereits im Vorfeld fixiert und die ProbandInnen nach diesen Kriterien ausgewählt. (Kelle, Reith & Metje, 2017, S. 50)

Aufgrund der Fragestellung kommen von vornherein nur wenige Personen für die Interviews infrage, wodurch sich automatisch die Methode der Stichprobenpläne ergeben hat.

Die Merkmale der Personen, welche interviewt werden sollten, sind:

- Arbeitsverhältnis in einer Primärversorgungseinheit in Österreich nach OEFOP
- Managementtätigkeiten als Aufgabengebiet

Merkmale, welche bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen nicht miteinbezogen werden:

- Demografische Merkmale (Familienstand, Geschlecht, Alter, Religion)
- Geografische Merkmale (Standort der PVE)
- Ausbildungshintergrund

Die organisatorische Vorbereitung fand durch einen ersten Kontakt via E-Mail aller 16 österreichischen Primärversorgungseinheiten nach Versorgungskarte des OEFOP statt.

Inhalte der E-Mails waren:

- Vorstellung der Absenderin
- Grund des Schreibens (Datenerhebung für Bachelorarbeit inkl. Thema)
- Anliegen (Bitte um ein Interview mit der zuständigen Person)
- Beschreibung der Rahmenbedingungen (Dauer, Zeitrahmen)
- Bitte um Rückmeldung sowie Terminvorschlag

Im Anhang wurde noch eine Beschreibung des Themas der Bachelorarbeit mitgesendet. Die Reaktionen auf diese Kontaktaufnahme waren entweder sehr freudig und offen formulierte Rückmeldungen welche direkt mit Terminvorschlägen seitens der MangerInnen gesendet wurden, oder es gab überhaupt keine Antwort.

### 3.2.3 Auswertungsverfahren

Die erhobenen Daten werden von der Audiodatei mit dem Transkriptionsprogramm F4 nach den semantisch-inhaltlichen Transkriptionsregeln verschriftlicht. Dialekt und Umgangssprache wurden zur allgemeinen Lesbarkeit wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. (Dresing & Pehl, 2018)

Zur Auswertung der Daten wird die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse herangezogen. Dabei ist es wichtig, sich im Vorfeld erneut die Ziele der Forschung genau durchzudenken. Danach geht es an die initiierende Textarbeit, bei der im ersten Schritt der Text inhaltlich durchgearbeitet wird. Das heißt, das Gesprochene sollte vollständig durchgelesen, markiert, bearbeitet und vor allem verstanden werden. Gleichzeitig sollte man dabei versuchen, Teile herauszufiltern welche die Forschungsfrage(n) beantworten könnten. Man kann auch auf die Sprache, die verwendeten Wörter, die Länge des Textes achten. Nach dieser ersten Textarbeit sollte pro Einzelfall eine Fallzusammenfassung aus Sicht der Forschungsfrage(n) erstellt werden, welche auf die Kernpunkte und Charakteristika des Textes eingeht. (Kuckartz, 2012, S. 55-62)

Im nächsten Schritt kommt es zur Kategorienbildung. Dazu gibt es grundsätzlich mehrere Möglichkeiten. Einerseits gibt es die deduktive Kategorienbildung, das heißt es werden Kategorien im Vorhinein schon gebildet, bevor man sich das Datenmaterial ansieht und codiert. Andererseits gibt es die induktive Kategorienbildung, bei der die Kategorien aus dem Material heraus entstehen. Als dritte Möglichkeit der Kategorienbildung gibt es noch die deduktiv-induktive Kategorienbildung welche als Mischform der beiden bereits genannten Methoden gilt. Dabei werden zuerst Kategorien aus der Theorie heraus gebildet, und im Prozess der Überarbeitung aus dem Material heraus weitere Kategorien und Subkategorien entwickelt. (Kuckartz, 2012, S. 62-73, 95)

In der vorliegenden Arbeit wird mit der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse von Kuckartz ausgewertet, da sich diese Methode für die Erforschung dieses explorativen Themengebietes besonders gut eignet, da es sehr wenig Theorie und Erfahrungen dazu gibt. Durch dieses deduktiv-induktive Verfahren kann man sich einerseits gut auf das Ziel der Forschungsfrage fokussieren und hat andererseits noch Spielraum für Themen welche in der Praxis eine wichtige Rolle spielen, jedoch in der Theorie noch wenig Platz gefunden haben. Das Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse ist dabei ein Prozess, der sich in sieben Phasen abspielt.

- 1) Initiierende Textarbeit
- 2) Entwickeln von thematischen Hauptkategorien
- 3) Codieren des Materials nach Hauptkategorien



- 4) Zusammenstellen aller gleich codierten Textstellen nach Hauptkategorien
- 5) Induktives Bestimmen von Kategorien und Subkategorien am Material
- 6) Codieren des Materials nach ausdifferenziertem Kategoriensystem
- 7) Einfache und komplexe Analyse der Kategorien

(Kuckartz, 2012, S. 100)

Mit diesem Fahrplan wurden nach der initiierenden Textarbeit die thematischen Hauptkategorien anhand der Fragestellung und des Interviewleitfadens herausgefiltert.

Die Hauptkategorien sind:

K1 - Ausbildung und Werdegang

K2 - Tätigkeiten als ManagerIn

K3 - Benötigte Kompetenzen

K4 - Studium Gesundheitsmanagement

Nachdem die Daten nach den Hauptkategorien codiert wurden, wurden die einzelnen Kategorien erneut durchgearbeitet und es haben sich daraus einige Subkategorien herausfiltern lassen. Nach erneutem Überarbeiten werden die Daten kategorienbasiert ausgewertet. Dazu bilden die oben bereits genannten Hauptkategorien die Überschriften und die Subkategorien werden inhaltlich beschrieben. (Kuckartz, 2012, S. 118)

## 4 Ergebnisse

### 4.1 IST-Zustand der Managementtätigkeiten in PVE

#### 4.1.1 Stichprobe und Durchführung der Interviews

Von den ausgesandten Anfragen via Email, konnte mit fünf Personen tatsächlich ein Interview stattfinden. Alle Interviewten entsprechen den gestellten Anforderungen und sind aktuell für die Managementtätigkeiten in österreichischen PVE's zuständig. Es konnte der IST-Zustand von zwei PVN's und sechs PVZ's aus fünf Bundesländern erhoben werden. Dabei sind vier Personen für jeweils eine Einheit zuständig und ein Team, welches telefonisch von einer Person vertreten wurde, das für vier Einheiten zuständig ist. In Summe wurden sozusagen die Managementtätigkeiten von acht der 16 betriebenen PVE's in Erfahrung gebracht.

*Tabelle 2: Übersicht der durchgeführten Interviews, eigene Darstellung*

<b>Interviewte Person</b>	<b>Primärversorgungseinheit, BUNDESLAND</b>	<b>Datum</b>	<b>Interview- dauer</b>
Frau Pichler	PVN Tennengau, SALZBURG	30. März 2019	22 min
Frau Maritsch	PVZ Mariahilf, WIEN	1. April 2019	35 min
Herr Schramhauser	PVZ Böheimkirchen, NIEDERÖSTERREICH	2. April 2019	16 min
Frau Finker	Medius Graz, STEIERMARK	10. April 2019	25 min
Frau Gruber (stellvertretend für das Team)	PVZ Enns PVZ Marchtrenk PVN Neuzeug-Sierning OBERÖSTERREICH  PVZ Schwechat NIEDERÖSTERREICH	11. April 2019	43 min

Die Interviews wurden alle telefonisch durchgeführt. Vor Beginn der Fragen wurde die interviewte Person darüber in Kenntnis gesetzt, dass das Gespräch aufgezeichnet und danach weiterverarbeitet wird und damit auch gleichzeitig mündlich die Einverständniserklärung eingeholt. Außerdem wurde die Person über die Freiwilligkeit der Teilnahme und der Anonymität bei der Datenweiterverarbeitung informiert.

Eine kurze Beschreibung der Einheiten gibt einen Überblick der Organisationsformen in den jeweiligen PVE's.

**PVN Tennengau:** Das Gesundheitsnetzwerk Tennengau gibt es seit 23 Jahren, seit 21 Jahren in Form einer Genossenschaft. Mitglieder dieses Netzwerkes sind alle sozialen Dienste des Landes Salzburg, das Krankenhaus und die Seniorenheime der Region. Seit 13 Jahren gibt es die Netzwerkkoordinatorin, welche die Netzwerkpartner nach außen hin vertritt und innerhalb des Netzwerkes die Organisation, Kommunikation und Koordination übernimmt. Seit 2017 läuft das Projekt „Gesunder Tennengau“ mit dem Auftrag das bestehende Gesundheitsnetzwerk als Primärversorgungsnetzwerk umzustrukturieren. (Pichler, o. J.)

**PVZ Mariahilf:** Die Gemeinschaftspraxis von Dr. Mayrhofer und Dr. Mückstein wurde 2010 gegründet, im Jahr 2013 kam auch Frau Dr. Lamel ins Team und es entwickelte sich aus innovativem Vorausdenken bald ein modernes vergrößertes Primärversorgungszentrum daraus. Zusätzlich zum Versorgungsauftrag ist das PVZ auch eine Lehrpraxis, welches Ärzte und Ärztinnen in ihrem klinisch praktischen Jahr sowie OrdinationsassistentInnen ausbildet. (Mayrhofer, Mückstein, Lamel, o. J.)

**PVZ Böheimkirchen:** Auch dieses PVZ entstand aus einer Gruppenpraxis heraus. Erst war es eine Praxisgemeinschaft von Dr. Chahrour und Dr. Powondra, 2017 entstand die Gruppenpraxis mit vier Gesellschaftern und seit 1. Oktober 2018 ist es nach einem halben Jahr Vorbereitungszeit als PVZ in Betrieb. (PVE Böheimkirchen, 2018)

**Medius Graz:** Das PVZ Medius hat im Dezember 2018 in Graz in unmittelbarer Nähe des Universitäts-Klinikums und der Medizinischen Universität eröffnet. Es gab davor keine bestehenden Strukturen, sondern es wurde ganz neu aufgebaut. (Medius – Zentrum für Gesundheit, 27. 11. 2018)

**PVZ Management:** Das Team von Wolfgang Gruber ist für das Zentrum Enns, das Zentrum Marchtrenk, das Netzwerk Neuzeug-Sierning sowie für das Zentrum Schwechat verantwortlich, übernimmt dessen Managementtätigkeiten und hat die Einheiten auch in ihrer Vorprojektphase unterstützt. (PVZ Management, o.J.)

Um die Anonymität der Interviewer und die Objektivität gegenüber den Inhalten zu bewahren, wurden die Interviews von I1 bis I5 nach dem Zufallsprinzip durchnummeriert. Die Interviews sind nicht nach Zeitpunkt der Durchführung beziffert.

#### 4.1.2 Ausbildung und Werdegang

Die fünf befragten Personen haben alle unterschiedliche Hintergründe, welche Ausbildung bzw. welche beruflichen Erfahrungen sie gemacht haben und wie sie dann schlussendlich zu dieser Position gekommen sind. Was alle Positionen gemein haben, ist der Fakt, dass keine dieser Stellen ausgeschrieben wurde, sondern aus Bekanntschaften und vorherigen Strukturen besetzt wurden.

*„Gut also ich bin 37 Jahre alt, habe BWL studiert, war 5 Jahre in einer Spedition in der Buchhaltung und Controlling tätig und als (unv.), bin dann in zwei größere Arztordinationen gekommen und habe dort die Prozesse verbessert und quasi ein Ordinationsmanagementsystem eingeführt. Und über einen privaten Kontakt bin ich also in das PVZ gekommen. Damals war es noch eine Gruppenpraxis und wir haben die Generalsanierung für den Umbau vorbereitet [...] Studiert habe ich wie gesagt BWL, einen Bachelor und zwei Master, in BWL und Unternehmensführung und jetzt im Moment mache ich gerade einen MSc in Health Care Management an der Donau Uni Krems.“  
(I1, Z. 9-18)*

Wenn man die Ausbildungshintergründe betrachtet, haben drei Personen ein betriebswirtschaftliches Studium abgeschlossen, eine Person hat ein sozialwissenschaftliches Studium abgeschlossen und eine Person hat keinen akademischen Hintergrund, kann sich aber auf viele Jahre Berufserfahrung im privatwirtschaftlichen Bereich sowie im Gesundheitsbereich der niedergelassenen Ärzte stützen. Die Personen sind alle bemüht, sich selber und in weiterer Folge die internen Prozesse und Strukturen laufend weiterzuentwickeln und besuchen immer wieder verschiedene Seminare, Kurse und Kongresse. Durch diese Weiterbildungen konnten sie einiges für sich und ihren beruflichen Alltag mitnehmen, jedoch wurde auch erwähnt, dass es nicht immer möglich ist etwas durch eine Ausbildung zu lernen, denn Theorie und Praxis unterscheiden sich oft und viele Kompetenzen werden erst durch den regelmäßigen Kontakt im Alltag erlernt.

Außerdem können alle Personen auf Berufserfahrungen aus verschiedenen Bereichen zurückgreifen. Beispielsweise Erfahrungen im Aufbau neuer Ordinationsstrukturen oder in der kaufmännischen Leitung einer Softwarebranche für Software von niedergelassenen Ärzten. Auch wenn die beruflichen Vorerfahrungen aus ganz unterschiedlichen Branchen (Privatwirtschaft, Hochschulwesen, Softwarebranche) stammen, so waren es alles wichtige Erfahrungen und individuell wichtig für die aktuelle Tätigkeit in der PVE.

#### 4.1.3 Tätigkeiten und Kernbereiche

Die Tätigkeiten der befragten Personen sind allesamt sehr umfangreich und vielseitig. Kein Tag gleicht dem Anderen und man kann auch nicht davon ausgehen das es einen geregelten Tagesablauf gibt. Die Tätigkeiten sind auch abhängig davon, um welche Form der Organisation (Netzwerk oder Zentrum) es sich handelt oder ob die Einheit davor schon in Form einer Gruppenpraxis bestanden hat und es nur Veränderungen in der Struktur gibt oder ob man die Primärversorgungseinheit von Null weg aufbaut.

#### **Managementtätigkeiten**

Im Bezug auf die Managementtätigkeiten sind viele Bereiche von allen befragten Personen erwähnt worden, wie Office Management und die täglichen administrativen Aufgaben, einen Überblick über die Finanzen und das Budget zu haben und der Auftrag die Qualität laufend zu evaluieren und zu verbessern. Außerdem wurde von allen Personen der Bereich Personalverantwortung genannt, das beginnt bei der Dienstplangestaltung, beinhaltet auch den gesamten Prozess der Rekrutierung und befasst sich mit der Organisation der Weiterbildung für alle beteiligten Berufsgruppen.

*„Dann kommt der große Bereich, große große Bereich Personal MitarbeiterInnen. Da geht es darum Bewerbungsgespräche zu führen, auszuschreiben, einzustellen insofern also vorbereiten wie viele Kandidatinnen sind in der Zweitrunde, Zweitrunden machen dann schon die Ärzte die letzte Entscheidung ist bei den Ärzten. Aber dann, wenn sie sagen diese Person soll es sein, dann geht es wieder darum einen Dienstvertrag zu erstellen, mit dem Steuerberater zu kommunizieren, dass die dann angemeldet wird, mit welchem Gehalt sie angemeldet wird, den Dienstvertrag dann zuzuschicken zu schauen, dass wenn die Person den ersten Tag da ist willkommen geheißen wird, wer schult ein wir läuft das, also alles was da so dazugehört. Dienstplanung, Urlaubsplanung, Freigaben, solche Geschichten ja. Das sind so die wesentlichen Dinge.“ (I2, Z. 97-107)*

#### **Interne Kommunikation**

Organisationsintern sind alle befragten ManagerInnen auch für die Kommunikation und Struktur zuständig. Sie organisieren und protokollieren regelmäßige Teammeetings und Netzwerktreffen, damit alle beteiligten internen Personen auf dem aktuellsten Stand sind. Außerdem wurde auch genannt, dass es wichtig ist genau zu definieren und auch abzugrenzen, welche Berufsgruppe welchen Zuständigkeitsbereich übernimmt, damit jede Berufsgruppe sich auf die eigenen Kernbereiche fokussieren kann. Das übergeordnete Ziel dieser internen Kommunikation ist die Gemeinschaftsarbeit bei der

Versorgung. Und auch dieser Grundgedanke muss allen MitarbeiterInnen im Team klar kommuniziert werden.

*„Es soll ja alles in eine Zugrichtung gehen und alle die gleiche Richtung ziehen. Das ist schon wichtig und auch die Zeit natürlich ist gut, wenn sie investieren fürs Unternehmen und auch für alle beteiligten. Das muss man auch bei der Gründung klar sagen, denn vor allem, wenn da Leute als Einzelkämpfer in Ordinationen kommen, die haben das nicht gewusst das man sich da eben laufend zusammensetzen und Dinge besprechen aber das braucht es schon. Muss man ehrlich sagen, kann auch extrem befruchtend sein für alle, das kommt natürlich auf die einzelnen Personen drauf an. Aber das ist schon wichtig das man da immer wieder bespricht, reflektiert und dann aber wiederum, dass die Dinge auch passieren und umgesetzt werden und da braucht sich der Arzt dann nicht kümmern.“ (14, Z. 310-320)*

Eine weitere gute Möglichkeit der internen (aber auch externen) Kommunikation ist das Wissensmanagement, welches von dem PVZ Medius in Graz angewandt wird. Da sich dieses Zentrum noch in der Aufbauphase befindet, ist es das Ziel des Wissensmanagements gemeinsam aus den bisherigen Erfahrungen zu lernen und sich dadurch weiterzuentwickeln. Das erfordert natürlich regelmäßige Kommunikation im Team über positive und negative Abläufe.

### **Externe Kommunikation**

Die Kommunikation nach außen findet einerseits mit den externen Partnern aus dem Gesundheitssystem, wie zum Beispiel mit Krankenkassen, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, beruflichen Interessensvertretungen oder der Landesregierung statt, andererseits aber auch mit externen Partnern der Privatwirtschaft, um einen funktionierenden Organisationsalltag zu gewährleisten. Beispiele dafür sind der Steuerberater, EDV Firmen oder (in PVZ's) Installateurbetriebe. Dabei ist die Vertragsgestaltung für Kaufverträge, Dienstverträge oder Gesellschaftsverträge immer wieder ein Thema, um die Finanzierung und die rechtlichen Grundlagen abzuhandeln.

### **Speziell organisationsabhängige Tätigkeiten**

Gewisse Tätigkeiten oder Herausforderungen kommen nicht in allen Einheiten gleichermaßen vor, sondern sind von Eigenschaften wie Organisationsform, Standort und Leistungsangebot abhängig. Speziell Zentren welche erst seit ein paar Monaten in Betrieb sind arbeiten noch an einer einheitlichen Organisation der täglichen Strukturen

(PVZ Medius) oder hatten vor der Inbetriebnahme mit Umbauten, Modernisierung und Renovierungsarbeiten zu tun (PVZ Böheimkirchen, PVZ Mariahilf). In der Netzwerkform ist die einheitliche Kommunikation und die Technologie dahinter eine Herausforderung, aber auch die regelmäßigen Teammeetings (PVN Tennengau). Während das PVZ Enns, welches das allererste PVZ in Österreich war, damals mit der gesamten Thematik an sich beschäftigt war und dort in der Aufbauphase auch erkannt wurde wie notwendig die Position des Managements ist. Heute sind die Herausforderungen des PVZ Enns, dass bereits Ärzte aus dem Gesellschaftsvertrag ausgeschieden und neue wieder aufgenommen werden müssen oder sie durch Veränderungen der lokalen Hausarztstruktur plötzlich viele neue PatientInnen mitbetreuen müssen.

Das Management des PVZ Mariahilf hat wieder andere tägliche Kommunikationswege und Aufgabenbereiche aufgrund der Tatsache, dass es auch als Lehrpraxis geführt wird. Es ist neben dem Auftrag der Gesundheitsversorgung auch für die Ausbildungen von jungen ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen zuständig.

#### 4.1.4 Benötigte Kompetenzen

Welche Erfahrungen und Ausbildungen benötigt es, wenn man die Stelle des/der ManagerIn in einer Primärversorgungseinheit übernehmen möchte? Alle fünf befragten Personen sind der Meinung, dass ein betriebswirtschaftlicher Hintergrund und kaufmännisches Verständnis wichtig sind für diesen Beruf. Unterschiedlich ist jedoch der Zugang dazu, ob es eine akademische Ausbildung benötige oder Zusatzausbildung beziehungsweise einen Abschluss in einer Handelsakademie ebenfalls ausreichen würde. Unabhängig von der höchsten abgeschlossenen Ausbildung wurde mehrmals erwähnt, dass eine spezialisierte Ausbildung weniger sinnvoll ist als eine generalisierte, die mehrere Bereiche aus den Wirtschafts- und Managementbereichen abdeckt. Wichtig ist außerdem Berufserfahrung aus dem Praxisalltag im niedergelassenen Bereich, Uniabgänger sind für die Aufgaben vermutlich noch nicht geeignet, da es sehr viel „learning by doing“ benötigt.

*„Für uns ist ganz viel Herausforderung einfach wirklich die ganz normale Praxisführung. Und wenn man eben bei so etwas dabei ist, dann ist es tatsächlich etwas wahnsinnig Wichtiges, das man da, wie auch immer, kann durchaus auch berufliche Erfahrung sein, einfach zu wissen wie funktioniert eine normale Hausarztpraxis.“ (I2, Z. 133-137)*

## **Persönlichkeitsmerkmale und soziale Kompetenzen**

Aus allen Gesprächen kam deutlich hervor wie wichtig die Persönlichkeitsmerkmale Kommunikationsstärke, Offenheit und Extrovertiertheit in dieser Position sind. Außerdem sind Organisationstalent, Hartnäckigkeit und ein gutes Gespür für das Gegenüber gefragt, um die täglichen Aufgaben und Tätigkeiten für die Primärversorgungseinheit im interdisziplinären Team und nach außen hin gut bewältigen zu können. Es braucht eine offene, soziale Seite und Empathie in Kombination mit strukturierter Organisation und Koordination um das Unternehmen richtig zu begleiten.

*„Und man sollte offen und kommunikativ sein. Introvertierte Menschen sind dafür sicher nicht geeignet, es muss einem gefallen Leute zu führen. Weil es geht immer darum Personen und Prozesse und Arbeitsabläufe, die kann man nur mit Kommunikation verbinden. Also jemand mit einer geschlossenen Bürotür wird in diesem Job wahrscheinlich nicht erfolgreich sein.“ (I1, Z. 99-103)*

*„man braucht ganz viel Gespür für das Gegenüber. Weil man hat mit ganz vielen verschiedenen Berufssparten zu tun mit ganz vielen verschiedenen Ebenen auch. Und da ist es ganz wichtig, dass man auf den eingehen kann. Das heißt nicht auf irgendwelchen sturen Standpunkten stehen bleiben, sondern einfach zuhören kann und dann auch versucht mit guten Argumenten das herüberzubringen was da jetzt gerade das Problem ist. Dann ist es ganz wichtig, dass man gut und gerne mit vielen Menschen reden will. Weil ein Netzwerkaufbau bedarf immer mit ganz vielen Kontakte. Je mehr Kontakte man hat und pflegt umso besser ist man vernetzt.“ (I3, Z. 197-204)*

*„Also man braucht wirklich viel viel Flexibilität, viel Hartnäckigkeit um auch dann quasi auch an seine Antworten zu kommen die man jetzt zu irgendwelchen Themen braucht. Zielstrebigkeit um all diese Dinge auch nicht aus den Augen zu verlieren. Ich weiß nicht wie man das am besten beschreibt, mit Selbstorganisation ja. Eine gute Selbstorganisation, ein gutes Zeitmanagement, weil das sich einfach diese Dinge, man muss sie hartnäckig weiterverfolgen und aber hat vielleicht 5 oder 10 oder 20 Themen auf seiner Agenda die man irgendwie parallel weitertreibt, je nachdem wie es eben gerade geht in der Kommunikation oder wo grad Zeit ist mit irgendjemanden an irgendetwas weiterzuarbeiten. Ja ich glaube Selbstorganisation ist es.“ (I5, Z. 263-271)*

Aus diesen Zitaten kann man neben den unterschiedlichen Persönlichkeitsmerkmalen und sozialen Kompetenzen auch zwischen den Zeilen die Vielfältigkeit des Alltags dieser Personen erkennen.



## **Wirtschaftskompetenzen**

Die wirtschaftlichen Kompetenzen die wieder von allen interviewten Personen erwähnt worden sind, sind Projektmanagement, Personalmanagement und Vertragswesen. Generell benötigt es ein kaufmännisches Grundwissen um die Zusammenhänge zu verstehen. Man muss sich nicht in jedem Bereich perfekt auskennen, aber man sollte ein Verständnis in diesem Bereich haben. Zum Beispiel um gewisse Kennzahlen analysieren zu können, zu wissen wie man mit der Umsatzsteuer umgeht oder wie das Budget zu verwalten und zu betreuen ist. Das langfristige Ziel des Managers ist es laut I1, unter anderem den Fortbestand des Unternehmens zu sichern.

*„Auf jeden Fall wichtig fände ich oder finde ich ein bisschen ein wirtschaftlicher Hintergrund, dass man ein bisschen ein Verständnis hat wie die Dinge zusammenspielen, wie Budgets erstellt werden, wie die Kennzahlen sind damit man auch weiß wie baut sich die Aufgabe vom Steuerberater das kann ein bisschen unterschiedlich sein. Also eine gewisse wirtschaftliche Grundkompetenz fände ich unerlässlich.“ (I2, Z. 139-144)*

## **Verständnis im Gesundheitswesen**

Neben den wirtschaftlichen Kompetenzen benötigt es auch Wissen über das Gesundheitswesen, auch wenn dieses Wissen im Alltag nicht unbedingt gebraucht wird, ist es notwendig sich in der Gesundheitslandschaft auszukennen. Vor allem wenn es um die Kommunikation nach außen hin mit Vertragspartnern oder sonstigen Stakeholdern geht. Man sollte wissen wie die Strukturen, Prozesse und die Steuerung im österreichischen Gesundheitswesen verlaufen und sich in der Materie der Primärversorgung auskennen. Wer finanziert wen, wie kommunizieren die einzelnen Partner miteinander, wie wird gesteuert, wie verlaufen die Drähte?

*„Und dann sollte man natürlich auch noch haben von der Materie das heißt, man sollte wissen was ist denn Primärversorgung und um was geht es da eigentlich. Man braucht jetzt kein Doktor sein oder eine DGKP, das denke ich ist nicht nötig, aber so die groben Inhalte sollte man schon wissen um was es da geht.“ (I3, Z. 207-211)*

*„Was natürlich auch nicht schlecht ist sind insgesamt die Kenntnisse der Gesundheitslandschaft, die Strukturen wie sie bei uns sind. Das man sagt wie ist die Struktur, [...], also bis dahin das man sich ein bisschen orientieren kann und weiß auch wie werden diese Dinge gesteuert, wer kann gegebenenfalls die Vorgaben beeinflussen, mit wem kooperiert man da also das“ (I5. Z. 220-225)*

## **Rechtswissenschaften**

Außerdem sollte man sich im gesetzlichen Bereich auskennen oder zumindest wissen wo man nachschlagen kann. Die rechtlichen Hintergründe reichen in viele Tätigkeitsbereiche des/der ManagerIn hinein. So zum Beispiel im Personalwesen oder im Vertragswesen. Man sollte wissen welche Berufsgruppe welche Tätigkeiten ausüben darf oder soll, man sollte wissen wie ein Gesellschaftsvertrag zustande kommt, man sollte sich auskennen welche Rechte und Pflichten die Arbeitnehmer im Unternehmen haben. All das benötigt rechtliches Hintergrundwissen.

*„Das ich Verträge, Verträge natürlich auch mit dem muss ich ein bisschen umgehen können, Mitarbeiterverwaltung, Arbeitsrecht ist was was wir uns gerade extrem beschäftigen, weil auch das natürlich ein Thema ist das ich meine Mitarbeiter entsprechend einsetze und plane.“ (I4, Z. 235-238)*

### **4.1.5 Studium Gesundheitsmanagement**

Aus den Interviews ist zu erkennen, dass das Studium Gesundheitsmanagement bei den meisten im Hinterkopf schon irgendwann mal gehört wurde, jedoch hatten sich die befragten Personen bis zur Interviewanfrage nicht mit diesem Studienbereich beschäftigt. Ausnahme davon war eine Person, welche selber im Moment den Masterlehrgang Health Care Management macht. Keine der befragten Personen kennt direkt das Bachelorstudium Gesundheits- und Pflegemanagement an der Fachhochschule Kärnten.

*„Gesundheitsmanagement ja, das wird wahrscheinlich ähnlich sein wie mein Studium an der Donau-Uni Health Care Management kann ich mir vorstellen. Also ich glaube das das sehr gut ist. Sie sind auch sehr breit aufgestellt, weil sie wahrscheinlich Buchhaltung, Controlling haben, Sozialfächer haben, Sie werden Persönlichkeitsentwicklung dabei haben. Ich glaube das das primär die richtige Ausbildung dafür ist.“ (I1, Z. 119-124)*

Doch obwohl dieses Studium noch recht unbekannt ist, stellt sich heraus das die Jobchancen nach dem Abschluss generell im Gesundheitsbereich oder im niedergelassenen Bereich recht gut eingeschätzt werden, da diese Ausbildung viele der wichtigen betriebswirtschaftlichen und gesundheitswirtschaftlichen Bereiche abdeckt. Ein Problem könnte aber die österreichweit fixierte Versorgungsstruktur von Primärversorgungseinheiten darstellen, welche den Bedarf eingrenzt. Auch die Tatsache, dass bisher alle ManagerInnen in PVZ's und PVN's über private Bekanntschaften an diese Stelle gekommen sind, könnte für AbsolventInnen eine

Herausforderung darstellen, wenn sie im Bereich der Primärversorgung tätig werden wollen. Der Grund dafür wird darin vermutet, dass eine Vertrauensbasis zwischen den Ärzten und Ärztinnen und den ManagerInnen essenziell und notwendig ist um gemeinsam an einem Ziel arbeiten zu können. Ein weiterer Grund könnte sein, dass sich diese Einheiten bisher alle Bottom-Up entwickelt haben und es dafür von vornherein eine Grundstruktur benötigt und die Stelle des/der ManagerIn bereits festgelegt ist bevor es überhaupt zu einem Vertragsabschluss mit den Vertragspartnern kommt.

#### 4.1.6 Zusammenfassung und Ankerbeispiele

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich der IST-Zustand der Tätigkeiten und Kompetenzen der interviewten ManagerInnen, wie es aus der Literatur davor schon zu vermuten war (Deutmeyer & Thiekötter, 2009; Busse & Schreyögg, 2006, BGA, 2014), sich aus mehreren Bereichen zusammensetzt. Zwei große Bereiche sind die fachlichen Kompetenzen aus dem Wirtschaftsbereich und die Handlungskompetenzen aus den Managementbereichen wie Personalmanagement oder Qualitätsmanagement. Diese werden von den sozialen Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeiten, Organisationsfähigkeiten und Empathie, von den personalen Kompetenzen der Persönlichkeitsmerkmale sowie von den fachlichen Kompetenzen aus dem Rechtswesen unterstützt. Über all dem stützt sich das Verständnis der Strukturen und der Kommunikation im Gesundheitswesen. Dieser Kompetenz-Mix dient als Rüstzeug für die Tätigkeiten des Managements und der Koordination sowie der internen und der externen Kommunikation.

Einige Ankerbeispiele aus den Interviews beleuchten die Position des Managements in der Primärversorgung noch einmal aus einer internen Perspektive.

*„Ja es ist umfangreich. Natürlich was ich Ihnen jetzt erzähle ist nicht alles Schlag auf Schlag in einer Stunde aber es sind etliche Termine“ (I 3, Z. 178-179)*

*„Ich sehe mich bis zu einem gewissen Grad schon als Dienstleister für das Team das an der Front sitzt. Das sind einerseits die Ärzte, andererseits die RezeptionsmitarbeiterInnen. Dass man versucht in irgendwelchen täglichen Alltagsfragen ihnen irgendwie den Rücken freizuhalten. Also ich sehe mich nicht als der Manager der oben sitzt und delegiert und jetzt irgendwelche Direktiven ausgibt, sondern wie gesagt eine starke Unterstützungsposition für die leitenden Ärzte natürlich und man zieht an einem Strang und man versucht halt die Dinge die nicht unbedingt an der Rezeption erledigt werden müssen, da also dem Team den Rücken etwas frei zu halten.“ (I 5, Z. 198-206)*

*„Ich glaube das bei so einem Managementjob, dass besonders die Social Skills wirklich wichtig sind, weil es geht ja um verschiedene Bereiche und das Führen von Menschen.“  
(I 1, Z. 27-28)*

*„In einer neuen Struktur wo noch nichts so festgeschrieben ist, ist das eine Challenge, weil gewisse Standardprozesse halt auch neu sind.“ (I 2, Z. 112-114)*

*„Also es war jetzt in zwei, fast zweieinhalb Jahren noch nicht einmal fad“ (I 4, Z. 151-152) „Also wie gesagt es war noch nicht ein einziges Mal wo ich wirklich sage ja schön langsam wiederholt sich was, garnicht sondern immer wieder was neues. Aber dafür höchstspannend und immer wieder neue Herausforderungen die es zu meistern gilt aber es macht total Spaß.“ (I 4, Z. 160-163)*

*„Also kaufmännische Komponente wichtig, Gesundheitssystem wichtig und halt dann auch mit dem gewissen Interesse für Juristerei das man sich da dann zumindest dann einlesen und aneignet was man braucht. Organisationstalent also wir wissen wirklich meistens noch nicht viel von den ganzen Themen die dann so laufend auf uns zukommen“ (I 4, Z. 245-249)*

*Also das ist wirklich breit gefächert. Also das ist nicht so Montag das, Dienstag das. Sondern es gibt unterschiedliche Perioden wo halt unterschiedliche Dinge anfallen. (I 1, Z. 45-47)*

## **4.2 Analyse der Inhalte des Studiums GPM an der FH-Kärnten**

Das Curriculum des Bachelorstudienganges Gesundheits- und Pflegemanagement wurde von der Fachhochschule im Jahr 2013 überarbeitet und akkreditiert und verfügt nach dem European Credit Transfer System (ECTS) über 180 Punkte. Dieses System ermöglicht es die akademischen Leistungen innerhalb von Europa vergleichbar zu machen, da ein Punkt umgerechnet eine festgelegte Zeit des Arbeitsaufwandes darstellt. Jede Lehrveranstaltung wird, je nach Arbeitsaufwand, mit einer gewissen ECTS Punktezahl bewertet. Das Studium Gesundheits- und Pflegemanagement beinhaltet drei Kompetenzbereiche. Erstens die gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Kompetenzen (58 ECTS), zweitens die gesundheitsbetriebswirtschaftlichen und gesundheitsökonomischen Kompetenzen (58,5 ECTS) und drittens Sozial- und Selbstkompetenzen (15,5 ECTS). Zur Vertiefung wird im fünften und sechsten Semester noch zwischen den Studienzweigen Gesundheitsmanagement und Pflegemanagement

unterschieden (51 ECTS), welche auch als Basis für die Themen der Abschlussarbeiten herangezogen werden. (Fachhochschule Kärnten, 2013)

Der Studiengang Gesundheitsmanagement bereitet die Studierenden auf vielseitige Management- und Verwaltungstätigkeiten im Gesundheitswesen vor, während der Studiengang Pflegemanagement eine „Sonderausbildung für Führungsaufgaben gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz“ bietet und sich vor allem an Personen aus dem Pflegebereich richtet. (Fachhochschule Kärnten, 2019a)

#### 4.2.1 Gesundheits- und pflegewissenschaftliche Kompetenzen

Dieser Bereich des Studiums umfasst Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens, Gesundheitsförderung, Gesundheits- und Pflegewissenschaften sowie Soziologie und Ethik und ist mit 58 ECTS Punkte bewertet. (Fachhochschule Kärnten, 2013)

Durch Fächer wie wissenschaftliches Arbeiten, quantitative sowie qualitative Methoden, Epidemiologie, Public Health – orientierte Prävention, Entwicklungspsychologie und klinische Psychologie, Settings der Gesundheitsförderung und Prävention, Ethik im Gesundheitsmanagement oder Kultur Gesellschaft Gesundheit werden diese Kompetenzen den Studierenden im Laufe der sechs Semester vermittelt. (Fachhochschule Kärnten, 2019b)

#### 4.2.2 Gesundheitsbetriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Kompetenzen

Wie die Bezeichnung des Kompetenzbereichs schon gut erkennen lässt werden in diesem Bereich betriebs- und volkswirtschaftliche Kenntnisse den Studierenden nähergebracht. Dazu gehören Lehrveranstaltungen zum österreichischen Gesundheitssystem, der Finanzierung des Gesundheitswesens, Buchhaltung und Bilanzierung, Kostenrechnung, Volkswirtschaft, Gesundheitsökonomie, Reformpotentiale im Gesundheitssystem, Innovationsmanagement, Personalmanagement, Projektmanagement sowie Qualitätsmanagement. (Fachhochschule Kärnten, 2019b)

#### 4.2.3 Sozial- und Selbstkompetenzen

Zu diesem Kompetenzbereich gehört einerseits das Kommunikations- und Konfliktmanagement, welches als Lehrveranstaltung aufbauend in drei Semestern abgehandelt wird und andererseits Informations- und Kommunikationstechnologien wo es ebenfalls in zwei Semestern darum geht, erst das Grundverständnis von MS-Office Programmen zu erlernen und danach darauf aufzubauen und die einzelnen Programme genauer kennenzulernen. (Fachhochschule Kärnten, 2019b)

#### 4.2.4 Sonstige Kompetenzen

Ein großer Teilbereich, welcher laut Curriculum in den beiden Kompetenzbereichen Gesundheitswissenschaften und Gesundheitswirtschaft integriert ist, ist das österreichische Recht. Im Laufe der sechs Semester finden folgende rechtliche Lehrveranstaltungen statt:

- Einführung in die Rechtswissenschaft und Privatrecht
- Unternehmensrecht und Krankenanstaltenrecht
- Sozialrecht
- Arbeitsrecht
- Gesundheitsrecht

So erhalten die Studierenden auch eine gute Basis für rechtliche Grundlagen in vielen relevanten Bereichen des Gesundheitswesens. Außerdem werden auch in allen Semestern Englisch mit verschiedenen Schwerpunkten, sowie gewisse Lehrveranstaltungen der Kompetenzbereiche in englischer Sprache abgehalten. (Fachhochschule Kärnten, 2019b)

#### 4.2.5 Berufspraktikum

Im fünften Semester ist es für die Studierenden verpflichtend ein zehnwöchiges Berufspraktikum zu absolvieren. Ziel ist es dabei die theoretisch gelernten Inhalte auch in der Praxis anwenden zu können und um den Studierenden einen Einblick in den Berufsalltag zu geben. Dieses Praktikum kann in den Bereichen Verwaltung und Management, Forschung, Gesundheitsförderung oder Consulting und Beratung im Gesundheitswesen eingebunden sein. Die zehn Wochen werden kompetenzorientiert und themenorientiert begleitet und im Anschluss gemeinsam mit PraktikumsbetreuerIn der Organisation, der PraktikumsbegleiterIn vom Studium und der studierenden Person reflektiert. (Fachhochschule Kärnten, 2019a)

## 5 Diskussion

### 5.1 Gegenüberstellung

#### 5.1.1 Gemeinsamkeiten

Überschneidungen sind im Bereich der gesundheitswirtschaftlichen Kompetenzen erkennbar. Zu diesen Kompetenzen gehören bei den Tätigkeiten und Anforderungen der ManagerInnen in den PVE's und bei den Inhalten und Kompetenzen des Studiums GPM das Finanzwesen und die Budgetbetreuung, das Personalwesen beginnend bei Bewerbungs- und Einstellungsverfahren und all den dazugehörigen Tätigkeiten bis hin zu Mitarbeiterbesprechungen und den Dienstplänen, weiters das Qualitätsmanagement, die regelmäßigen Evaluierungen und das Business Management. In den nachfolgenden Tabellen werden die Lehrveranstaltungen direkt den erwähnten Tätigkeiten aus den Interviews zugeordnet.

*Tabelle 3: Gegenüberstellung Gesundheitswirtschaftliche Kompetenzen, eigene Darstellung*

Tätigkeiten und Kompetenzen in PVE's	Lehrveranstaltungen im Studium GPM
<b>Gesundheitswirtschaftliche Kompetenzen</b>	
Personalmanagement	Personalmanagement Arbeitsrecht Sozialrecht Unternehmens- und Krankenanstaltenrecht
Finanzwesen und Controlling	Buchführung und Bilanzierung Kostenrechnung
Qualitätsmanagement und Evaluierungen	Qualitätsmanagement in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen Ökonomische Evaluation und Nachhaltigkeitsanalysen (Studienzweig GM)
Verständnis im Gesundheitswesen	Das österreichische Gesundheitssystem Gesundheitsrecht Sozialrecht Unternehmens- und Krankenanstaltenrecht Finanzierung eines Gesundheitssystems
Business Management und administrative Aufgaben	Gesundheitsbetriebswirtschaftslehre Volkswirtschaftslehre Gesundheitsökonomie Angewandte Informatik
Projektmanagement (Aufbauphase)	Projektmanagement Practical Project: Business Plan Development

Außerdem spielt in allen Primärversorgungszentren und –netzwerken die Kommunikation eine große Rolle, intern und extern. Dazu gehören Maßnahmen des Teambuildings, die Koordination des Teams, aber auch die Kommunikation mit externen Stakeholdern. Dafür können die Lehrveranstaltungen Kommunikation- und Konfliktmanagement vielseitig eingesetzt werden.

*Tabelle 4: Gegenüberstellung Soziale Kompetenzen und Kommunikation, eigene Darstellung*

Tätigkeiten und Kompetenzen in PVE's	Lehrveranstaltungen bei GPM
<b>Soziale Kompetenzen und Kommunikationsfähigkeiten</b>	
Kommunikation im Team und Teambuilding	Kommunikation und Konfliktmanagement 1-3 Zukunftswerkstatt
Kommunikation nach außen	Kommunikation und Konfliktmanagement 1-3 Presentation Skills

### 5.1.2 Unterschiede

Im Studium GPM werden neben den vielen wirtschaftlichen Fächern auch sehr viele Gesundheits- und Pflegewissenschaftliche Kompetenzen vermittelt. Diese Bereiche wurden bei den Interviews der ManagerInnen nicht gesondert erwähnt. Wobei man daraus nicht direkt schließen kann, dass dieses Wissen nicht auch im Management von Vorteil sein kann, wenn es um den Alltag mit PatientInnen oder allgemein gesellschaftliche Gesundheitsprobleme geht.

Lehrveranstaltungen welche nicht direkt zu Tätigkeiten und Aufgabenbereichen zuordenbar sind aber trotzdem eine gute Unterstützung sein könnten:

- Epidemiologie
- Public Health
- Anwendungsprojekt Gesundheitsförderung
- Grundlagen des Innovationsmanagements
- Innovation im Gesundheits- und Pflegewesen
- Ethik für GPM
- Krankheitslast - Ausmaß, Ursachen und Strategien

Auch werden wissenschaftliche Texte in diesen Berufen nicht direkt verfasst, sozusagen kann man den großen Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens, wie zum Beispiel den quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden und Statistik-Lehrveranstaltungen auch nur dann anwenden, wenn man neben den Tätigkeiten in der PVE noch in der Forschung tätig ist oder persönliches Interesse daran hat. Ein Basiswissen wird aber bei



möglichen Aufbereitungen für Fachkonferenzen oder für die Mitwirkung in Fachgremien und zur laufenden Weiterentwicklung des Primärversorgungssystems benötigt. Auch bei Recherchen und dem Lesen von Forschungsberichten sind diese Kompetenzen aus dem wissenschaftlichen Arbeiten notwendig zum vollständigen Verständnis der Texte.

Inhalte, welche nicht im Curriculum von GPM oder in eigenen Lehrveranstaltungen integriert sind aber für Aufgabenbereiche und Tätigkeiten im Management eines PVE wertvoll sein könnten:

- Wissensmanagement
- Eigene LV für die Aufgabenbereiche Gesundheitsberufe

### 5.1.3 Besondere Anmerkungen

In den Gemeinsamkeiten und den Unterschieden werden speziell die Tätigkeiten und Kompetenzen der ManagerInnen aus den PVE's mit den Lehrveranstaltungen des Bachelorstudiums gegenübergestellt. Jedoch benötigt es für diese Managementposition aus Sicht der interviewten Personen auch einige bestimmte Persönlichkeitsmerkmale in diesen Positionen. Dabei wurden Kompetenzen erwähnt, welche man im Studium nicht direkt als Inhalte in den Lehrveranstaltungen vermittelt bekommt.

Einige dieser Eigenschaften sind:

- Extrovertiertheit und Offenheit
- Flexibilität
- Hartnäckigkeit
- Empathie
- Organisationsfähigkeit
- Umsichtigkeit

Jedoch werden im Studium einige persönlichkeitsbildende Kompetenzen indirekt vermittelt indem sie in die Inhalte und Lehrmethoden der Lehrveranstaltungen eingebettet sind. Diese Kompetenzen werden durch verschiedene Methoden der Wissensaneignung und der Erbringung der Leistungsnachweise mitgegeben:

- Kommunikationsfähigkeit
- Selbstreflexion
- Analytisches Denken
- Präsentationsfähigkeiten und Auftreten
- Zeitmanagement
- Selbstständigkeit
- Teamarbeit

## 5.2 Ergänzungen der Autorin vom Primärversorgungskongress 2019

Von 4. bis 6. Mai fand in der Medizinischen Universität Graz der vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung organisierte Primärversorgungskongress statt. Das Thema der Veranstaltung war „Qualität in der Primärversorgung“. Am Freitag, dem 5. April 2019 war einer der Tagesordnungspunkte ein Open Space mit dem Thema „Triff die Experten/Pioniere der Pilotprojekte“. Dabei wurde erstmalig auch die Gruppe der ManagerInnen als eigens erwähnte Berufsgruppe angeführt. (IAMEV, 2019)

Da es für diesen Workshop kein offizielles Protokoll oder sonstige Quellen gibt, sind die handschriftlichen Aufzeichnungen der Autorin die einzige Quelle der nachfolgend beschriebenen Inhalte.

Die Teilnehmer dieses Open Space waren:

*Tabelle 5: Teilnehmer Open Space - Experten Management PVE, eigene Darstellung*

<b>Name ManagerIn</b>	<b>Primärversorgungseinheit</b>	<b>Ausbildungshintergrund</b>
Susanna Finker	PVZ Medius Graz	Sozialarbeiterin
Ruth Ferschli	PVN Raabthal	Marketingspezialistin
Gabriele Pichler	PVN Tennengau	Betriebswirtin und Mediatorin
Eva Czermak	Marienambulanz der Caritas in Graz	Ärztin und Friedensspezialistin
Wolfgang Gruber	Geschäftsführer der PVE's Enns, Marchtrenk, Neuzeug-Sierning und Schwechat	Keine Angabe, ehem. Geschäftsführer des eigenen Softwareunternehmens
Chrisoph Erber	PVZ St. Pölten	Betriebswirt
Wolfgang Sellitsch	SMZ Liebenau	Jurist und Mediator

Teilweise sind es dieselben, Personen welche in dieser Arbeit auch interviewt wurden oder zumindest via E-Mail kontaktiert worden sind. Teilweise sind es Personen welche in Einheiten tätig sind, die auf der Versorgungskarte des OEFOP nicht aufscheinen. Grund dafür ist, dass es sich um Einheiten handelt, die noch nicht offiziell in Betrieb sind, sondern erst im Prozess der Bewerbung und im Aufbau (PNV Raabthal) oder es handelt sich um Einheiten, deren Auftrag ist die Gesundheitsversorgung von nicht versicherten und schwer erreichbaren Personengruppen (Marienambulanz der Caritas). Wenn man auf die Ausbildungen und beruflichen Hintergründe der ManagerInnen achtet, wird erkennbar, dass sie aus unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens und der Wirtschaft sind.

Wie bei den Interviews, waren auch bei diesem Open Space die Tätigkeiten das Thema. Die erwähnten Tätigkeiten waren die Erledigung der täglichen Geschäfte, Aufgaben des

Personalmanagements und die Kommunikation und Koordination im Team. Ergänzend dazu wurden auch Beispiele und Erfahrungen genannt.

Dieser Open Space hat die Autorin im Forschungsgebiet dieser Arbeit bestätigt und Unsicherheiten bezüglich des Bedarfs dieses Schwerpunktes „Managementtätigkeiten in der Primärversorgung“ und eventuelle Verzerrungen in den Ergebnissen beseitigt. Denn die Inhalte haben sich mit den Forschungsfragen überschritten und ergänzende Ergebnisse von diesen ManagerInnen geliefert.

### **5.3 Zusammenfassung und Fazit**

Die Gegenüberstellung der Ergebnisse zeigt viele Übereinstimmungen und Gemeinsamkeiten im gesundheitswirtschaftlichen Bereich. Mit den Inhalten des Studiums werden viele dieser benötigten Kompetenzen vermittelt und man hat eine gute theoretische Basis. Abweichungen sind vor allem im gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Bereich zu finden. Diese Kompetenzen werden im Studium zirka zu gleichen Teilen wie gesundheitswirtschaftliche Kompetenzen vermittelt, finden jedoch kaum Anwendung in den Tätigkeiten und Aufgabenbereichen der interviewten ManagerInnen. Trotzdem ist die Autorin dieser Arbeit der Meinung, dass das gesundheits- und pflegewissenschaftliche Wissen einen zusätzlichen Weitblick für die Tätigkeiten generiert, die benötigten sozialen Kompetenzen unterstützt und die Tore für neue Handlungsfelder eröffnen kann.

Eine wesentliche Anforderung von vier der fünf befragten Personen war die Berufserfahrung oder zumindest das Wissen über die Arbeitsabläufe und Kommunikationswege in einer einfachen Hausarztpraxis. Diesen Anforderungen werden StudentInnen durch das Studium nur minimal gerecht, da das Berufspraktikum in vielen Bereichen des Gesundheitswesens absolviert werden kann und zusätzlich auf zehn Wochen begrenzt ist, im Fall dass sich die Studierenden nicht freiwillig für eine längere Praktikumszeit entschließen oder sich zusätzlich für freiwillige Praktika interessieren.

#### **5.3.1 Beantwortung der Forschungsfrage**

*„Ist die Ausbildung Gesundheitsmanagement an der FH-Kärnten eine geeignete Basis für die Managementtätigkeiten in österreichischen Primärversorgungseinheiten?“*

Ja die Ausbildung GPM der Fachhochschule Kärnten ist nach Meinung aller Interviewten und nach Meinung der Verfasserin eine gute Basis für die Managementtätigkeiten in den Primärversorgungseinheiten dieses Landes. Das zeigt auch die Gegenüberstellung der Tätigkeiten mit dem Curriculum. Jedoch benötigt es zusätzliche Berufserfahrungen und auch die nötigen Persönlichkeitsmerkmale, um für diese Stelle auch tatsächlich geeignet

zu sein. Hier könnten die berufsbegleitenden Studierenden einen Vorteil haben, wenn Sie bereits in niedergelassenen Ordinationen tätig waren.

Das Ziel dieser Arbeit war es, mit der Beantwortung der Forschungsfrage einen Nutzen für zwei Seiten zu generieren. Einerseits für die Studierenden des Studiums GPM und andererseits für die Organisationen und Primärversorgungseinheiten. In der Gegenüberstellung der empirisch erhobenen Daten mit der Analyse des Curriculums des Bachelorstudiums, ist es für die Organisationen und PVE's ersichtlich, welche Bereiche das Studium GPM umfasst. Für die StudentInnen dieses Studiums ist es ersichtlich, welche Kompetenzen für die Managementtätigkeiten in österreichischen PVE's benötigt werden und ob sie sich dafür geeignet fühlen oder nicht.

Ein Blick auf die Ausbildungen der angeführten ManagerInnen zeigt, dass diese aus unterschiedlichen Branchen und beruflichen Richtungen stammen. Das ist nicht nur im Ergebnisteil der vorliegenden Arbeit ersichtlich, sondern auch im ergänzenden Teil vom Primärversorgungskongress. Grund dafür ist, dass sich die Ausbildungen für solche Spezialisierungen erst in den letzten Jahren entwickelt haben.

### 5.3.2 Ausblick

Die Ausbildung GPM ist eine gute und geeignete Basis für die Managementtätigkeiten in den Zentren und Netzwerken der österreichischen Primärversorgung. Die Eröffnung neuer Qualitätsdimensionen in der Primärversorgung durch Spezialisierungen im Bereich Gesundheits- und Pflegemanagement könnten daraus resultieren.

Trotz der vielen Gemeinsamkeiten könnten die Jobaussichten jedoch begrenzt sein, da es in Österreich für PVE's eine fixierte Versorgungsstruktur gibt und der Bedarf an ManagerInnen somit ebenfalls begrenzt ist. Die gute Seite der Jobchancen ist, dass es bisher erst wenige Einheiten in Betrieb sind und es noch Kapazitäten für diese Positionen gibt. Es gilt aber zu beachten, dass bisher keine Stelle der aktiven ManagerInnen ausgeschrieben wurde, sondern sich alle Positionen aus privaten Kontakten entwickelt haben. So ist in der geplanten Versorgung der PVE's zwar Kapazität, aber es benötigt auch Eigeninitiative des Netzwerks und der Kontaktaufnahme mit Ärzten und/oder Organisationen wie den Gebietskrankenkassen welche ein PVZ oder PVN planen.

## 5.4 Limitationen

Diese Arbeit vergleicht die Tätigkeiten der interviewten Personen mit den Lehrinhalten des Bachelorstudiums GPM. Auch wenn durch die fünf Interviews Daten von acht der 16 betriebenen Einheiten erhoben werden konnten, konnte aufgrund der zeitlichen und persönlichen Ressourcen keine Vollerhebung mit Daten aller Einheiten erfolgen. Man kann die Tätigkeiten der ManagerInnen und die dafür benötigten Anforderungen nicht

verallgemeinern, sondern bekommt lediglich einen Einblick in die aktuelle Situation. Dadurch können auch Tätigkeiten zum Aufgabenbereich der ManagerInnen gehören, welche in diesen Interviews nicht zur Sprache gekommen sind. Außerdem arbeitet jede Organisation und jedes Team in unterschiedlichen Prozessen und hat eine eigene Kultur. Wenn man nun eine Managementstelle annimmt, werden wieder spezielle, auf die Organisation ausgerichtete Tätigkeiten anfallen, abhängig von Standort, Organisationsstruktur der ManagerIn selbst und dem Team, welche in dieser Arbeit nicht erwähnt worden sind.

Ein weiterer Blickwinkel, den man nicht verallgemeinern darf, sind die Aspekte des Studiums GPM. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass die AbsolventInnen des Bachelorstudiums alle Kompetenzen und Inhalte in dem benötigten Ausmaß erlernen und mitnehmen. Auch hier muss darauf geachtet werden, dass die Gegenüberstellung sich auf das Curriculum des Bachelorstudiums GPM an der FH-Kärnten begrenzt und nicht automatisch auf das Masterstudium oder sonstige verwandte Studien mit dem Schwerpunkt Gesundheitsmanagement übertragen werden darf. Obwohl man an dieser Stelle anmerken kann, dass sich diese Studien inhaltlich überschneiden können. Außerdem will die Autorin darauf hinweisen, dass diese Arbeit keine Aussage über die Qualität der Ausbildungen macht, weder zugunsten des Studiums GPM noch zugunsten anderer gleichwertiger Studien.

## **5.5 Empfehlungen**

### **5.5.1 Empfehlungen für das Management von PVE's**

Abgesehen von den beruflichen Chancen nach dem Studium bzw. mit diesem Studium wäre es für die ManagerInnen auch wichtig, wenn sie im Konzept der Primärversorgung eine fix miteingebundene Berufsgruppe sind und sich hier, wie bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe, auch ein Netzwerk bilden würde. Ein Netzwerk welches den ManagerInnen den regelmäßigen Erfahrungsaustausch und Kommunikation untereinander ermöglichen um voneinander zu lernen und es neuen ManagerInnen erleichtert in den Alltag mit all seinen Aufgaben und Tätigkeiten einzusteigen.

Als Empfehlung zum Thema Teamarbeit und interne Kommunikation gilt die Studie von Kothari et al. (2011). Das Forschungsteam hat sich damit beschäftigt, welche Methoden und Strategien des Wissensmanagements aus dem Businesssektor in den Gesundheitssektor übertragen werden können. Dabei kam heraus, dass Wissensmanagement, zum Beispiel mittels Prozessevaluierungen und Übungseinheiten vor allem in Teams von mehreren Berufsgruppen für das operative Geschäft sinnvoll eingesetzt werden kann, um sich überflüssige Kommunikationswege zu ersparen und

Teamarbeit auf Augenhöhe zu schaffen. Dieses Wissensmanagement kann als Aufgabe des Managements bei Teambuilding- und Kommunikationsinterventionen die Ziele der Zusammenarbeit unterstützen und die internen Prozesse optimieren.

#### 5.5.2 Empfehlungen für die Hochschule

Die FH Kärnten könnte Kontakte zum OEFOP oder allgemein zu einzelnen Primärversorgungseinheiten aufbauen oder falls bereits Beziehungen bestehen diese erweitern, um den Studierenden von GPM auch Praktika in diesem Bereich des Gesundheitswesens anbieten zu können. Natürlich ist es auch immer vom Interesse der Studierenden abhängig, aber da sich diese Struktur der PVE's bald österreichweit ausbreiten sollte wäre das ein spannendes Feld um Berufserfahrungen zu sammeln und um Kontakte zu knüpfen.

## 6 Quellen

### 6.1 Literaturverzeichnis

BGA (2014). Zielsteuerung Gesundheit „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Boyle, Seán (2011). United Kingdom (England) - Health system review. Health Systems in Transition, 13 (1),1–486.

Busse, Reinhard & Schreyögg, Jonas (2006). Management im Gesundheitswesen – eine Einführung in Gebiet und Buch. In: Busse, Reinhard, Schreyögg, Jonas & Tiemann, Oliver (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen. Berlin Heidelberg: Springer, 1-9.

Deutmeyer, Melanie & Thiekötter, Andrea (2009). Herausforderungen, Trends und Potentiale des Gesundheits- und Pflegemanagements im Kontext des demografischen Wandels. In: Deutmeyer, Melanie & Thiekötter, Andrea (Hrsg.), Herausforderungen, Trends und Potentiale im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Wien: facultas.wuv, 10-27.

Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten (2018). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende (8. Auflage). Marburg: Eigenverlag.

Eilles-Mathhiessen, Claudia, El Hage, Natalija, Janssen, Susanne & Osterholz, Antje (2002). Schlüsselqualifikationen in Personalauswahl und Personalentwicklung. Ein Arbeitsbuch für die Praxis (1. Auflage). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

Erpenbeck, John & von Rosenstiel, Lutz (2003). Einführung. In: Erpenbeck, John & von Rosenstiel, Lutz (Hrsg.), Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart: Schäffer-Poeschl, XI-XL.

EXPH (2017). Opinion on tools and methodologies for assessing the performance of primary care. Zugriff am 9. 4. 2019 unter: [https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/opinion\\_primary\\_care\\_performance\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/opinion_primary_care_performance_en.pdf)

Fachhochschule Kärnten (2013). Curriculum Bachelor Gesundheits- und Pflegemanagement vollzeit und berufsbegleitend. Zugriff am 14. 4. 2019 unter: [http://www.fh-kaernten.at/fileadmin/eb\\_gpm\\_curriculum\\_VZ-BB.pdf](http://www.fh-kaernten.at/fileadmin/eb_gpm_curriculum_VZ-BB.pdf)

Fachhochschule Kärnten (2019a). Studium Gesundheits- und Pflegemanagement. Zugriff am 14. 4. 2019 unter: <http://www.fh-kaernten.at/unser-studienangebot/gesundheit-soziales/ueberblick/gesundheit-soziales/bachelor/gesundheits-und-pflegemanagement/studium-gesundheits-und-pflegemanagement/>

Fachhochschule Kärnten (2019b). Studienplan Gesundheits- und Pflegemanagement. Zugriff am 14. 4. 2019 unter: <http://www.fh-kaernten.at/unser-studienangebot/gesundheit-soziales/ueberblick/gesundheit-soziales/bachelor/gesundheits-und-pflegemanagement/studienplan/>

Flick, Uwe (2016). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung (7. Auflage). Hamburg: Rowohlt.

Hofer, Karin (2012). „Traumjob: Landarzt?“ Untersuchung zur Motivation für oder gegen die Übernahme einer Kassenstelle für Allgemeinmedizin in ländlichen Regionen. Soziale Sicherheit, 2012 (10), 452–459.

IAMEV (26. 3. 2019). 4. Österreichischer Primärversorgungskongress und OEFOP Jahrestagung. Qualität in der Primärversorgung. Zugriff am 3. 5. 2019 unter: [https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/pvk-2019/pdf/%C3%96PV-Kongress\\_2019\\_Programm\\_V3\\_20190326.pdf](https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/pvk-2019/pdf/%C3%96PV-Kongress_2019_Programm_V3_20190326.pdf)

Kelle, Udo, Reith, Florian & Metje, Brigitte (2017). Empirische Forschungsmethoden. In: Schweer, Martin K. W. (Hrsg.), Lehrer-Schüler-Interaktion. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag, S. 27-63.

Kothari, Anita, Hovanec, Nina, Hastie, Robyn & Sibbald, Shannon (2011). Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: A systematic review. BMC Health Services Research, 11 (173), 1-11.



Kroneman, Madelon, Boerma, Wienke, van den Berg, Michael, Groenewegen, Peter, de Jong, Judith & van Ginneken, Ewout (2016). The Netherlands - health system review. Health Systems in Transition, 18(2), 1–239.

Kuckartz, Udo (2012). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (3. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Mayrhofer, Franz, Mückstein, Wolfgang & Lamel, Fabienne (o. J.). Primary Health Care. Zugriff am 26. 4. 2019 unter: <https://www.medizinmariahilf.at/medizin-mariahilf/primary-health-care/>

Medius – Zentrum für Gesundheit (27. 11. 2018). „Medius – Zentrum für Gesundheit“ eröffnet. Zugriff am 26. 4. 2018 unter: <https://www.medius.at/medius-eroeffnet/>

Nancarrow, Susan, Booth, Andrew, Ariss, Steven, Smith, Tony, Enerby, Pam & Roots, Alison (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. Human Resources for Health, 11 (19), 1-11.

Niehoff, Jens-Uwe (2008). Gesundheitssicherung Gesundheitsversorgung Gesundheitsmanagement. Grundlagen, Ziele, Aufgaben, Perspektiven. Berlin: MWV.

ÖAK (2019). Daten und Fakten. Zugriff am 5. 5. 2019 unter: <https://www.aerztekammer.at/daten-fakten>

OECD (2019). Primary Care. Zugriff am 29. 4. 2019 unter: <https://www.oecd.org/health/health-systems/primary-care.htm>

OECD & EU (2018). Health at a Glance Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Zugriff am: 28. 4. 2019 unter: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

OECD (2017). Primary Care in Denmark. Zugriff am 28. 3. 2019 unter: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264269453-en.pdf?expires=1556716845&id=id&accname=ocid43021296&checksum=367C5641296EA6C0CB1FCBDE14506A98>

OEFOP (2019). Versorgungskarte. Zugriff am 28. 3. 2019 unter: <https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/>

Pichler, Gabriele (o. J.). Ziele des Gesundheitsnetzwerk. Zugriff am 26. 4. 2019 unter: <https://www.gesundheitsnetzwerk.at/>

PVE Böheimkirchen (2018). Dr. Christoph Powoendra. Zugriff am 26. 4. 2019 unter: <https://www.pve-boe.at/team/aerzte/dr-christoph-powondra/>

PVZ Management (o. J.). Unsere Leistungen. Zugriff am 26. 4. 2019 unter: <https://pvz-management.at/>

Starfield, Barbara & Shi, Leiyu (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy, 60 (3), 201-218.

Starfield, Barbara, Shi, Leiyu & Macinko, James (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, 83 (3), 457-502.

Statistik Austria (12. 2. 2019). Überblick - Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA)1) 2004 – 2017. Zugriff am 28. 4. 2019 unter [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html)

Stigler, Florian, Starfield, Barbara, Sprenger, Martin, Salzer, Helmut JF & Campbell, Stephen M (2013). Assessing primary care in Austria: room for improvement. Family Practice, 30 (2), 185-189.

WHO (1979). Erklärung von Alma-Ata. Zugriff am 22. 3. 2019 unter: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1)

## **6.2 Rechtsquellen**

PrimVG Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz), Bundesgesetzblatt I Nummer 131/2017 zuletzt geändert durch Bundesgesetzblatt Nummer 100/2018.

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013.

Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGB. I Nr. 98/2017.

Zielsteuerungsvertrag 2017, Zielsteuerung-Gesundheit 2017 – 2021, abgeschlossen zwischen dem Bund, vertreten durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, vertreten durch den Vorsitzenden des Verbandsvorstandes und die Vorsitzende der Trägerkonferenz und dem Land Burgenland, Land Kärnten, Land Niederösterreich, Land Oberösterreich, Land Salzburg, Land Steiermark, Land Tirol, Land Vorarlberg, Land Wien, jeweils vertreten durch den Landeshauptmann / die Landeshauptfrau.

### **6.3 Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Primary Care Scores nach dem Assessment Tool von Starfield (Starfield, 2002, S.204).....	12
Abbildung 2: Alterspyramide der Ärzte 2018, (ÖAK, 2019).....	16

### **6.4 Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Klassifikation der Qualifikationen nach Eilles-Matthiessen et al. (2002, S. 31-35).....	18
Tabelle 2: Übersicht der durchgeführten Interviews, eigene Darstellung .....	26
Tabelle 3: Gegenüberstellung Gesundheitswirtschaftliche Kompetenzen, eigene Darstellung.....	39
Tabelle 4: Gegenüberstellung Soziale Kompetenzen und Kommunikation, eigene Darstellung.....	40
Tabelle 5: Teilnehmer Open Space-Experten Management PVE, eigene Darstellung.....	42

## 7 Anhang

### Interview Leitfaden

**Hinweis:** Das Gespräch wird mittels Recorder aufgezeichnet und die Daten werden in weiterer Folge transkribiert und weiterverarbeitet. Das Interview kann auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

**Biografie** Zu Ihrer Person, erzählen Sie mir bitte Ihren beruflichen Werdegang und wie Sie zu dieser Stelle gekommen sind.

- Erfahrungen (Bezug zum Thema Primärversorgung? Seit wann?)
- Ausbildung (Wie sind Sie zu diesem Berufsfeld bzw. zu dieser Stelle gekommen?)
- Zusatzausbildungen (Welche zusätzlichen Ausbildungen waren nötig um diesen Beruf ausüben zu können?)

**Tätigkeiten/Aufgabenbereiche** Welche Tätigkeiten und Aufgabenbereiche umfasst Ihr Job?

- Allgemein Tätigkeiten im täglichen Geschäft
- Schwerpunkte (Welche Kernbereiche umfasst das Management im PHC?)
- Nötige Kompetenzen (fachlich, sozial, interprofessionell)

**Anforderungen** Wenn Sie Ihre Stelle erneut ausschreiben würden und Sie selber als Expertin die BewerberInnen auswählen können, worauf würden Sie besonders achten?

- Allgemeine Anforderungen
- Ausbildung (Welche Ausbildung ist für diese Stelle notwendig? Welche Ausbildungen würden Sie in Betracht ziehen?)
- Persönlichkeitsmerkmale (Was benötigt es um das Management in einem PHC funktional ausführen zu können?)

**FH-Kärnten** Kennen Sie die Fachhochschule Kärnten, haben Sie einen Bezug zur FH?

- Studium (Haben Sie vom Bachelorstudium Gesundheits- und Pflegemanagement schon etwas gehört? Wenn ja was?)
- Jobchancen (Wie schätzen Sie die Chancen eines/r AbsolventIn der Studienganges Gesundheits- und Pflegemanagement ein? Wäre ein zusätzliches abgeschlossenes Masterstudium von Vorteil?)