

Betrachtung eines integrierten Versorgungsmodells gesetzlich
krankenversicherter, herzoperierter Patienten unter
besonderer Berücksichtigung von Behandlungsverlauf und
Zeitdauer der beruflichen Reintegration

Dissertation
Zur Erlangung des Doktorgrades

Doktor der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
(Dr. rer. pol.)

des Fachbereichs Sozialwissenschaften
der Universität Osnabrück

vorgelegt

von

Karl Wolfgang Willich

aus

Werther

Osnabrück, 2007

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	Seite
Abbildungsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	VI
	VIII

I Theoretische Grundlagen

1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung / Ausgangssituation	1
1.2 Zielsetzung der Dissertation	7
1.3 Aufbau der Dissertation	13
2 Traditionelles Versorgungssystem in Deutschland	19
2.1 Funktion der Gesundheitspolitik	19
2.2 Gesundheitssystem	20
2.2.1 Prävention und Gesundheitsförderung	21
2.2.2 Kuration	23
2.2.2.1 Leistungserstellung in der Kuration	25
2.2.2.2 Trägerschaften	28
2.2.2.3 Wesentliche Rechtsformen	30
2.2.2.4 Ziele und Zielsystem	32
2.2.3 Rehabilitation	38
2.2.3.1 Entwicklung der Rehabilitation	40
2.2.3.2 Medizinische Rehabilitation	42
2.2.3.2.1 Stationäre Rehabilitation	43
2.2.3.2.1.1 Anschlussheilbehandlung	44
2.2.3.2.1.2 Teilstationäre und ambulante Rehabilitation	45
2.2.3.2.1.3 Träger der medizinischen Rehabilitation	46
2.2.3.2.1.3.1 Gesetzliche Rentenversicherung	47
2.2.3.2.1.3.2 Gesetzliche Krankenversicherung	47
2.2.3.2.2 Berufsfördernde Maßnahmen	48
2.2.3.4 Maßnahmen sozialer Rehabilitation	48
2.2.4 Probleme der Dreigliederung	48
2.3 Gesundheitsmarkt	50
2.4 Steuerung und Planung im Gesundheitssystem	51
2.4.1 Stationäre Versorgung	53
2.4.2 Rehabilitative Versorgung	53
2.4.3 Ambulante Versorgung	54
2.5 Finanzierung des Gesundheitswesens	56
2.5.1 Die Gesetzliche Krankenversicherung	56

2.5.2	Finanzierungsprobleme und Kostenexplosion	59
2.5.2.1	Bedeutung der stationären Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland	61
2.5.2.1.1	Ursachen für die Ausgabenexplosion im stationären Sektor	62
2.5.2.1.1.1	Trennung der Sektoren	62
2.5.2.1.1.2	Vergütung von Krankenhausleistungen	63
2.5.2.1.1.3	Krankenhausfinanzierung	64
2.5.2.1.1.4	Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter	64
2.5.2.1.1.5	Trägerschaften	65
2.5.2.1.1.6	Organisationsstrukturen	66
2.5.2.1.1.6.1	Klinisches Prozessmanagement	66
2.5.2.1.1.6.2	Schnittstellenmanagement	68
2.5.2.1.1.7	Vergütungssystem	69
2.5.2.1.1.8	Qualitätsmängel im Krankenhaus	70
2.6	Gesundheitswesen und Qualität	71
2.6.1	Dienstleistung	72
2.6.1.1	Kategorien der Dienstleistungsqualität	74
2.6.1.2	Dienstleistung in der kardiologischen Rehabilitation	74
2.6.1.2.1	Exkurs: Leistungserstellung in einer Rehabilitationsklinik	75
2.6.2	Allgemeiner Qualitätsbegriff	76
2.6.2.1	Der Qualitätsbegriff in der kardiologischen Rehabilitation	78
2.6.2.1.1	Qualitätsleitlinien kardiologischer Rehabilitation	79
2.6.2.1.2	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der kardiologischen Rehabilitation	85
2.6.2.1.3	Qualitätspolitik und Rehabilitationsziele in der kardiologischen Rehabilitation	91
3	Managed Care als Lösungsansatz	100
3.1	Begriffsdarlegung sowie Grundlegende Aspekte	106
3.2	Historische Entwicklung	109
3.3	Techniken von Managed Care	111
3.3.1	Globalsteuerung	112
3.3.2	Feinsteuerung	113
3.4	Organisationsformen der Managed Care	117
3.4.1	Health Maintenance Organization	118
3.4.2	Preferred Provider Organizations (PPOs)	122
3.4.3	Point of Service Organizations (POSs)	122
3.5	Organisationen für Management und Qualität	123
3.6	Managed Care aus Ökonomischer Sicht	125
3.7	Beispiele umgesetzter Managed-Care-Strukturen	126
3.8	Auswirkungen von Managed Care	128
3.9	Managed Care – eine Option für das deutsche Gesundheitssystem	131
4	Neuartige Versorgungskonzepte der Managed- Care- Philosophie	135
4.1	Strukturverträge / Modellvorhaben	135
4.2	Disease Management Programme	136

4.3 Case Management	140
4.4 Gatekeeper	141
4.5 Integrierte Versorgung	143
4.5.1 Hintergrund	143
4.5.2 Merkmale der Integrierten Versorgung	145
4.5.3 Relevante Gesetzestexte zur Integrierten Versorgung	146
4.5.3.1 § 140 a SGB V, Integrierte Versorgung	146
4.5.3.2 § 140 b SGB V, Verträge zu integrierten Versorgungsformen	147
4.5.3.3 § 140 c SGB V, Vergütung	151
4.5.3.4 Anschubfinanzierung und Bereinigung	152
4.5.4 Derzeitiger Stand der Integrierten Versorgung in Deutschland	153
4.5.4.1 Erwartungen und Befürchtungen	153
4.5.4.2 Aktuelle Einschätzung der Situation	156
4.5.4.3 Integrierte Versorgung in sich verändernden Rahmenbedingungen	161
4.5.4.4 Neue Unternehmensformen in der Integrierten Versorgung	162
4.5.4.4.1 Prosper-Projekt	162
4.5.4.4.2 Projekt Endoprothetik Münster	164
4.5.4.4.3 Aktuelle Trends	165
4.5.4.5 Systemlücken in der Integrierten Versorgung	167
4.5.4.5.1 Qualitätsaspekte in der Integrierten Versorgung	168
4.5.4.6 Versicherungs- und Haftungsprobleme bei Integrierten Versorgungsformen	174
4.5.4.6.1 Sicht der Versicherer	174
4.5.4.6.2 Organisationsformen	175
4.5.4.6.3 Haftpflichtversicherungsschutz	177
4.5.4.6.4 Medizinische Versorgungszentren aus Sicht des Krankenhauses	180
5 Versorgung im Bereich Herz- Kreislauferkrankungen	182
5.1 Akutversorgung im Bereich Herz-Kreislaufferkrankungen	182
5.1.1 Altersstruktur der operierten Patienten	183
5.2 Rehabilitation im Bereich Herz-Kreislaufferkrankungen	183
5.2.1 Anschlussheilbehandlung	184
5.2.2 Ganztägig ambulante kardiologische Anschlussheilbehandlung	185
5.3 Integrierte Versorgungsformen im Bereich Herz-Kreislaufferkrankungen	186
5.4 Berufliche Wiedereingliederung nach kardiologischer Anschlussheilbehandlung	190
5.5 Qualitätssicherung in der kardiologischen Rehabilitation	191
6 Ökonomische Betrachtung	193
6.1 Kosten – Nutzen und Kosten – Wirksamkeitsanalyse	194

II Praktischer Teil

7	Retrospektiver Vergleich zweier Kollektive	196
7.1	Grundlegendes Versorgungskonzept der Gollwitzer-Meier-Klinik	196
7.2	Strukturelle Voraussetzungen der Klinik	198
7.2.1	Indikationen für die Behandlung in der Gollwitzer-Meier-Klinik	199
7.2.2	Diagnostik und Therapie	200
7.2.3	Qualitätsmanagement in der Gollwitzer-Meier-Klinik	202
7.3	Kriterien für die akutstationäre Behandlung	202
7.4	Stationäre Rehabilitation in der Gollwitzer-Meier-Klinik	205
7.4.1	nach Zuweisung aus einem Akutkrankenhaus	208
7.4.2	nach Übernahme aus dem eigenen Klinikbereich	209
7.5	Integriertes Versorgungsmodell der Gollwitzer-Meier-Klinik	210
7.6	Zahlen, Daten, 2004	211
7.7	Darstellung der Kollektive	217
7.7.1	Kollektiv A	221
7.7.1.1	Ermittlung des Kollektivs A	222
7.7.2	Kollektiv B	224
7.7.2.1	Ermittlung des Kollektivs B	225
8	Betrachtung und Auswertung der ermittelten Daten	227
8.1	Kollektiv A	227
8.1.1	Schnittstellen innerhalb der Gesamtbehandlungszeit	228
8.1.2	Behandlungsdauer	229
8.1.2.1	Akutmedizinisches Zentrum (Herzzentrum NRW)	229
8.1.2.2	Stationäre Weiterbehandlung in der Gollwitzer-Meier-Klinik	231
8.1.2.3	Stationäre Anschlussheilbehandlung in der Gollwitzer-Meier-Klinik	233
8.1.2.4	Gesamtbehandlungszeitraum	234
8.1.2.5	Rekonvaleszenzzeit Kollektiv A	235
8.2	Kollektiv B	237
8.2.1	Schnittstellen innerhalb der Gesamtbehandlungszeit	239
8.2.2	Behandlungsdauer	241
8.2.2.1	Akutmedizinisches Zentrum	241
8.2.2.2	Weiter behandelndes Krankenhaus	242
8.2.2.3	Ambulante hausärztliche Versorgung	244
8.2.2.4	Stationäre Anschlussheilbehandlung bzw. Rehabilitation in der Gollwitzer-Meier-Klinik	246
8.2.2.5	Gesamtbehandlungszeitraum	247
8.2.2.6	Rekonvaleszenzzeit Kollektiv B	248

9 Vergleichende (Auswertungen) der Kollektive	250
9.1 Auswertung im Hinblick auf die Zeitdauer der klinischen Behandlung	250
9.2 Auswertung im Hinblick auf die Zeitdauer der Rehabilitation	252
9.3 Auswertung im Hinblick auf die Rekonvaleszenzzeit	254
9.4 Auswertung im Hinblick auf die Gesamtbehandlungszeit (t_0 - t_3) bis zum Wiedereintritt in den Beruf	255
10 Ergebnisbetrachtung	257
10.1 Ergebnisbetrachtung unter Effizienz Gesichtspunkten	257
10.2 Ergebnisbetrachtung unter Effektivitätsgesichtspunkten	259
11 Fazit und Ausblick	263
Literaturverzeichnis	272
Erklärung über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistung	

Abbildungsverzeichnis	Seite	
Tabelle 1	Altersgruppenstatistik 2004 – Anschlussheilbehandlung / Rehabilitation	211
Tabelle 2	Altersgruppenstatistik Anschlussheilbehandlung / Rehabilitation Männer – Frauen	212
Tabelle 3	Altersgruppenstatistik 2004 – HTX	212
Tabelle 4	Altersgruppenstatistik HTX Männer – Frauen	213
Tabelle 5	Altersgruppenstatistik 2004 – Kardiologie	214
Tabelle 6	Altersgruppenstatistik Kardiologie Männer – Frauen	214
Tabelle 7	Altersgruppenstatistik 2004 gesamt Anschlussheilbehandlung /Kardiologie / HTX	215
Tabelle 8	Altersgruppenstatistik gesamt AHB / Kardiologie / HTX Männer – Frauen	216
Tabelle 9	Direktverlegte Patienten bis 60 Jahre in das „Integrierte Versorgungsmodell“ dargestellt nach Versicherungsstatus und Männer – Frauen	222
Tabelle 10	AHB Patienten bis 60 Jahre Männer – Frauen (Direktverlegungen, AHB ohne Direktverlegungen, gesetzlich versichert, privat versichert)	225
Tabelle 11	Kollektiv A – Altersstruktur Männer / Frauen	227
Tabelle 12	Anzahl Patienten innerhalb der Altersgruppen im „Integrierten Versorgungsmodell“ (Kollektiv A)	228
Tabelle 13	Behandlungsdauer Akutmedizinisches Zentrum in Tagen	229
Tabelle 14	Stationäre klinische Weiterbehandlung Gollwitzer-Meier-Klinik	231
Tabelle 15	Darstellung der fünf PatientInnen mit den kürzesten klinischen Behandlungstagen im operierenden Zentrum (Herzzentrum NRW), die Behandlungsdauer in der stationär weiter behandelnden Einrichtung (Gollwitzer-Meier-Klinik) sowie die gesamte stationäre Behandlungsdauer in Tagen	232

Tabelle 16	Daten der stationären Anschlussheilbehandlung in der Gollwitzer-Meier-Klinik	233
Tabelle 17	Gesamtbehandlungszeit Integriertes Versorgungsmodell: Herzzentrum NRW / Gollwitzer-Meier-Klinik	235
Tabelle 18	Rekonvaleszenzzeit Kollektiv A	236
Tabelle 19	Kollektiv B Altersstruktur Männer – Frauen	237
Tabelle 20	Anzahl der AHB/Reha Patienten innerhalb der Altersgruppen im Kollektiv B	238
Tabelle 21	Schnittstellen innerhalb der Behandlung im Kollektiv B	239
Tabelle 22	Graphische Darstellung der Schnittstellen innerhalb der Behandlung im Kollektiv B	240
Tabelle 23	Behandlungszeiten Akutmedizinisches Zentrum und Weiter behandelndes Krankenhaus	241
Tabelle 24	Gesamtbehandlungsdauer stationäre Versorgung (Akutmedizinisches Zentrum und Weitere stationäre Behandlung)	243
Tabelle 25	Zeitdauer der ambulanten hausärztlichen Versorgung	244
Tabelle 26	Stationäre Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation	246
Tabelle 27	Gesamtbehandlungszeit („Akutintervention“ und/oder „weitere stationäre Behandlung“ und/oder ambulante hausärztliche- bzw. fachärztliche Versorgung und AHB/Reha	248
Tabelle 28	Rekonvaleszenzzeit Kollektiv B	249
Tabelle 29	Darstellung der Zeiträume der stationären klinischen Behandlung im Akutmedizinischen Zentrum und in der stationär weiter behandelnden Klinik sowie die Differenzen in Tagen	251
Tabelle 30	Zeitdauer der stationären Rehabilitation sowie der Differenz in Tagen	252
Tabelle 31	Rekonvaleszenzzeit in Tagen	254
Tabelle 32	Darstellung der Behandlungszeiträume $t_0 - t_3$ in Tagen	255

Abkürzungsverzeichnis

ACVB	Aorto-Coronarer-Venen-Bypass
AHB	Anschlussheilbehandlung
AKE	Aortenklappenersatz
AOTR	Ambulante Orthopädisch/ Traumatische Rehabilitation
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BAT	Bundesangestelltentarif
BC	Blue Cross
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BG	Bundesgenossenschaft
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
BS	Blue Shield
CAHPS	Consumer Assessment of Health Plan Satisfaction
CMS	Center for Medicare und Medicaid Services
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
DEGEMED	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
DIN EN ISO	Deutsche Industrie Norm – Europa Norm – Internationaler Standard für eine Organisation
DGPR	Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen e.V.
DMP	Disease Management Programme
DRG	Diagnostic Related Groups
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EKG	Elektrokardiogramm
f & w	Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (Zeitschrift)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
gGmbH	Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbH	Gemeinschaft mit beschränkter Haftung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
HEDIS	Health Employer Data and Information Set
HLM	Herz-Lungen-Maschine
HMO	Health Maintenance Organization
Hrsg.	Herausgeber
HTX	Herztransplantation
IRENA	Intensivierte Reha-Nachsorge
ICD	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator
IPA	Independent Practice Association
ISO	Internationale Organisation für Normung
IV	Integrierte Versorgung

KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheit
KK	Krankenkasse
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LVA	Landesversicherungsanstalt
MBO	Musterberufsordnung
MCO	Managed Care Organization
MKE	Mitralklappenersatz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NCQA	National Committee for Quality Assurance
OP	Operation
Pat.	Patient
PGPs	Prepaid Group Practies
PKV	Private Krankenversicherung
PNN	Praxisnetz Nürnberg-Nord
POs	Point of Service Organizations
PPOs	Preferred Provider Organizations
PTCA	Perkutane Transluminale Coronare Angioplastie
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
Reha	Rehabilitation
RSA	Risikostrukturausgleich
RV	Rentenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
TKE	Trikospidalklappenersatz
TQM	Total Quality Management
TvÖD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsanstalten
WFG	Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz
WHO	Weltgesundheitsorganisation
PGPs	Prepaid Group Practies

I Theoretische Grundlagen

1 Einleitung

1.1 Problemstellung / Ausgangssituation

Im deutschen Gesundheitssystem besteht seit 1883 durch Bismarcks Sozialgesetzgebung eine Soziale Krankenversicherung, die durch das Solidaritätsprinzip¹ und eine Versicherungspflicht gekennzeichnet ist.

Gegenwärtig sind etwa 75% der Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung² (GKV) pflichtversichert.

Die Versorgung von Patienten im deutschen Gesundheitssystem erfolgt über Leistungsanbieter aus verschiedenen Sektoren³.

In diesem System besteht die freie Arztwahl.

Im ambulanten Sektor⁴ bedeutet das, dass Versicherte grundsätzlich jeden niedergelassenen Vertragsarzt⁵ aufsuchen können, d.h. einen Hausarzt ebenso wie einen Fach-(Gebiets-) arzt⁶.

Die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung wird durch die Gesamtzahl sowie die regionale Verteilung⁷ niedergelassener Ärzte gewährleistet.

¹ Solidaritätsprinzip wird im Kontext der Sozialversicherungen dahin gehend ausgelegt, dass jedes Mitglied Beiträge nach seiner Leistungsfähigkeit bezahlt und alle Versicherten im Bedarfsfall (Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit etc.) Anspruch auf die Leistungen haben, die gemeinschaftlich finanziert werden und nicht in einem direkten Verhältnis zu den eingezahlten Beiträgen stehen, sondern sich im Rahmen rechtlicher Vorschriften nach dem im Einzelfall bestehenden Bedarf befinden.

² siehe Kap. 2.2.3.2.3.2 Gesetzliche Krankenversicherung auch Kap. 2.5.1 Die Gesetzliche Krankenversicherung

³ Prävention (Gesundheitsschutz, Vorsorge), Kuration (Behandlung und Pflege), Rehabilitation (Nachsorge) sowie Forschung, Lehre und Ausbildung, vgl. Haubrock /Schär, (Hrsg.),2002, S.36ff.

⁴ siehe Kap. 2.4.3 Ambulante Versorgung

⁵ Arzt, der eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erhalten hat. Er darf dann Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbringen.

⁶ Facharzt, Synonym Gebietsarzt, bezeichnet einen Arzt nach abgeschlossener Weiterbildung und erfolgreich absolvierter Facharztprüfung

⁷ Vgl. Kap.2.4 Steuerung und Planung im Gesundheitssystem

Die stationäre Versorgung findet in Krankenhäusern statt, wobei diese entweder durch Gesetz oder durch Vertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen zur stationären Versorgung zugelassen werden⁸.

Ein besonderes Kennzeichen des deutschen Gesundheitssystems bildet der stark ausgebaute Sektor der stationären medizinischen Rehabilitation⁹. Es werden noch immer jährlich 1,5 Millionen Maßnahmen medizinischer Rehabilitation in Form stationärer Heilbehandlung durchgeführt.

In diesem System bestehen Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen, die eine Integration medizinischer Versorgung erschweren und zusätzlich vermeidbare Kosten verursachen.

Internationale Vergleiche belegen Unwirtschaftlichkeiten des deutschen Gesundheitssystems.

Deutschland liegt im europäischen Vergleich bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf an der Spitze. Eine Studie der WHO zeigt, dass diese Spitzenposition bei den einschlägigen Indikatoren für die Gesundheit der Bevölkerung und die Qualität des Gesundheitssystems nicht gehalten werden können¹⁰.

Längerfristig lassen sich diese Probleme des deutschen Gesundheitswesens nur durch eine verstärkte Integration von Institutionen und Berufsgruppen bewältigen. Dieses setzt neben gesetzlichen, finanziellen und organisatorischen Änderungen auch ein Denken in Zusammenhängen bei den Entscheidungsträgern voraus.

Die derzeitigen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland, die demographische Entwicklung, der medizinisch – technische Fortschritt in Verbindung mit einem weitgehenden Vollversicherungsschutz, resultieren in steigenden Kosten bei knapper werdenden Ressourcen¹¹.

⁸ Vgl. Kap.2.2.2 Kuration

⁹ Vgl. Kap.2.2.3.2 Medizinische Rehabilitation

¹⁰ Vgl. WHO, 2000

¹¹ Vgl. Wasem,1997, S.75

Hierzu einige Zahlen, bezüglich der Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung die die derzeitige Entwicklung deutlich machen. Pro Mitglied lagen die Leistungsausgaben im Jahre 1980 bei 2342 DM und im Jahre 1996 betrug dieser Wert 4801 DM¹².

Auch unter Berücksichtigung der Inflationsrate ist dieses eine signifikante und kritische Entwicklung in Deutschland. Unter Zugrundelegung der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2010 und der Krankenhaushäufigkeit nach Altersklassen pro 1000 Einwohner für das Jahr 1998 (Zahl der Patienten pro 1000 Einwohner), muss in diesem Fall mit einer Patientenzunahme von 0,9 Millionen gerechnet werden¹³. Allein für die Altersklasse der über 70-jährigen ist mit einem Anstieg um 1,2 Millionen Patienten zu rechnen. Dem steht ein Rückgang von 0,3 Millionen in der Altersklasse der 0 - 70-jährigen gegenüber.

Als weiteres Kriterium führt die wachsende Arbeitslosigkeit auf der Einnahmenseite zu rückläufigen Beitragseinnahmen, was die Finanzierungsproblematik der gesetzlichen Krankenversicherung noch weiter verstärkt.

In Deutschland wurde über Jahre hinweg eine ausgabenorientierte Einnahmepolitik betrieben. Durch die hierdurch eintretenden erheblichen Kostensteigerungen wurden schließlich budgetäre Maßnahmen unter Beachtung von ökonomischen Rahmenbedingungen (Beitragssatzstabilität¹⁴) ergriffen¹⁵.

Vor diesem Hintergrund einer gesetzlich verordneten Beitragssatzstabilität ist die Finanzierung der Gesundheitsleistungen in dem Ausmaß so nicht mehr durchzuhalten. Davon ist die Volkswirtschaft an sich, sowie auch der einzelne Versicherte und der Patient betroffen.

¹² www.Medizininfo.de, Stand Dezember 2005

¹³ Daten des Statistischen Bundesamtes

¹⁴ Beitragssatzstabilität meint die Stabilität des als Prozentsatz festgelegten durchschnittlichen „Beitragssatzes der Sozialversicherung insgesamt bzw. speziell der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist für die gesetzliche Krankenversicherung rechtlich in § 72 SGB V normiert. Dort heißt es: „Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen ... so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität).“

¹⁵ Vgl. Arnold, 1997, S. 210

Die finanziellen, organisatorischen, personellen und apparativen Sonderbedingungen der einzelnen Versorgungssektoren¹⁶ sowie die vertikalen und horizontalen Abgrenzungen der Aufgabenbereiche sind weitere Ursachen der GKV-Finanzkrise. Dieses schafft neben Anreizproblemen auch Defizite in der Kommunikation und Koordination der medizinischen Versorgung¹⁷.

Struktur- und Steuerungsdefizite des Gesundheitswesens sind beeinflussbar. Es sind strukturelle Überlegungen anzustellen um neue Versorgungssysteme zu erproben.

Diese Tatsachen stellen die Verantwortlichen in Politik, Wirtschaft und Wissenschaft vor neue Herausforderungen, welche die Aufdeckung von Rationalisierungsreserven durch eine Reorganisation des Gesundheitssystems als unausweichlich erscheinen lässt.

In den letzten Jahren gab es in Deutschland mehrere Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen, die mit diversen Einzelbestimmungen und Verordnungen einhergingen. Defizitäre Entwicklungen im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen konnten so aber nicht verhindert werden¹⁸.

In der sektoralen Trennung der Versorgungsbereiche wird von Fachleuten einer der wesentlichen Faktoren für Ineffizienzen und Kostensteigerungen im deutschen Gesundheitssystem gesehen.

Die Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems besteht in der Heterogenität und Vielfalt der für die Patientenversorgung zuständigen Leistungserbringer.

Die daraus resultierenden unterschiedlichen Zielstellungen der verschiedenen Interessengruppen tragen zur Desintegration der Gesundheitsversorgung bei.

Im deutschen Gesundheitssystem ist hier die Arbeitskultur durch Einzelinteressen und Optimierung von Teilbereichen der Versorgungslandschaft geprägt. Eine Bereitschaft zur ganzheitlichen Optimierung der Versorgungsprozesse im Sinne integrativer Versorgung¹⁹ ist durch die gegebenen Anreizstrukturen nur schwer zu vermitteln.

Brüche im Behandlungsprozess wirken sich negativ aus, da medizinische Leistungen nicht in optimaler Weise ihre Wirkung entfalten können. Auch werden so Leistungen

¹⁶ Vgl. Kap.2.2.1 Prävention und Gesundheitsförderung, Kap.2.2.2 Kuration sowie Kap.2.2.3 Rehabilitation

¹⁷ Vgl. Holzner, 1999, S.48

¹⁸ Vgl. Henke, 1997, S.75

¹⁹ Vgl. Kap.4.5 Integrierte Versorgung

unnötigerweise mehrfach erbracht und/oder mangels ausreichender Informationen falsch eingeschätzt.

Der Grund liegt in einer mangelnden Kooperation zwischen den Leistungserbringern der verschiedenen Sektoren sowie darin, dass sich die verschiedenen Versorgungsbereiche als Konkurrenten empfinden.

Diese Ineffizienzen an den Bruch- und Schnittstellen bewirken unter anderem, dass die knappen Ressourcen nicht zielorientiert eingesetzt werden.

Derartige Fehlsteuerungen ergeben sich aus starren Versorgungsstrukturen mit fehlender Vernetzung an den Schnittstellen sowie ineffizienter Koordination der Leistungsanbieter, die eine gut durchorganisierte Behandlungskette unmöglich machen.

An diesen sich hier ergebenden Schnittstellen werden Informationen zum aktuellen Gesundheitszustand, der Therapie und der Krankheitsgeschichte des Patienten ausgetauscht²⁰.

Kennzeichnend ist eine ausgeprägte Desintegration, die dazu führt, dass z.B. allein durch die Nichtweitergabe von Befunden Mehrfachuntersuchungen resultieren, die erhebliche Kosten verursachen²¹. Auch kommt es zu überflüssigen Krankenhauseinweisungen, da es an einer effizienten Patientensteuerung fehlt, durch die der Patient auf der jeweils medizinisch sinnvollsten Stufe des Systems versorgt bzw. behandelt werden könnte.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht einerseits eine Überversorgung der Versicherten, die sich in einer Ausweitung des Leistungsangebotes widerspiegelt²². Dieses Mengenangebot wird gestützt durch die bisherigen Honorar- und Vergütungssysteme, die keinen Anreiz zur Steigerung der Versorgungsqualität sowie der Patientenzufriedenheit bieten.

Hierzu ein Beispiel: Im Rahmen des medizinischen Fortschritts werden in vielen Fällen die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung erweitert. Dies sich hieraus ergebende zunehmende Erweiterung des Leistungsspektrum des „ambulanten Sektors“ lässt sich jedoch nicht in dem erwünschten Ausmaß realisieren, da aufgrund der sektoralen Budgetierung „das Geld nicht der Leistung folgt“. Qualitätsbewusstsein und

²⁰ Henseler & York, S. 220

²¹ Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000

²² Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001

Qualitätsstreben bringen häufig ökonomische Nachteile mit sich, da im KV-System die Leistungen nicht differenziert werden. Der Vergütungsanspruch für qualitativ minderwertige oder qualitativ hochwertige Leistungen ist derselbe²³.

Andererseits findet in diesem System eine Unterversorgung von chronisch kranken Patienten statt, die aus der mangelnden Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors resultiert²⁴.

Der Gesetzgeber hat versucht bzw. versucht durch eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen die sektorale Trennung im Gesundheitswesen zu überwinden.

Ein möglicher Ansatz ist es, Gesundheitssystemgestaltungen und deren Auswirkungen in anderen Ländern zu betrachten, um aus deren Erfahrungen Schlüsse für die eigene Gestaltung ziehen zu können. Die Ursprünge der derzeit vom Gesetzgeber forcierten Umstrukturierung im Gesundheitswesen in Richtung Vernetzung und Kooperation sind bei den Managed Care Organisationen in den USA zu finden. Ein Ansatz von Managed Care stellt die „Integrierte Versorgung“ in der Bundesrepublik Deutschland dar.

²³ Vgl. Mühlbauer, 2002, S.53

²⁴ Vgl. Glaeske, 2002, S.3

1.2 Zielsetzung der Dissertation

Eine der basalen Anforderungen die an moderne Gesundheitssysteme gestellt werden ist Effektivität – dieses Desiderat bezieht sich dabei auf die optimale Versorgung von Patienten von der Akutversorgung über die Rehabilitation bis hin in die Rekonvaleszenzzeit.

Neben der optimalen Versorgung spielt der Aspekt der Wirtschaftlichkeit, die Effizienz, die andere wesentliche Rolle in dem sich derzeit rasant verändernden Gesundheitswesen. Das Ziel einer optimalen Versorgung unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist das Ziel jeglicher Bemühungen.

Brüche im Behandlungsprozess sind aufgrund der derzeitigen Strukturen vorgegeben. Dieses Problem ist in der sozialwissenschaftlichen Debatte erkannt und es wird bereits eine längerfristige Umsteuerung der Systeme Prävention bis Nachsorge, der kurativen Medizin bis hin in den Bereich der medizinischen Rehabilitation diskutiert.

Innerhalb der bestehenden Versorgungsstrukturen im Bereich herzoperierter Patienten werden die Schnittstellenprobleme immer offenkundiger, so dass die Notwendigkeit von sektorenübergreifenden Versorgungsketten immer mehr in das Bewusstsein rückt.

„Ein wichtiger Parameter für die nahtlose Patientenversorgung an der Schnittstelle zur Rehabilitation ist die Verlegungszeit vom Akuthaus in die AHB. Für kardiologische Patienten ist der frühzeitige Beginn der motivierenden und aktivierenden medizinischen Rehabilitation innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Akutbehandlung von großer Bedeutung“²⁵.

Durch Erfahrungen der letzten zehn Jahre ist es in der Gollwitzer-Meier-Klinik aufgefallen, dass Patienten die unter unterschiedlichen Bedingungen zur Rehabilitation²⁶

²⁵ Korsukéwitz, in: Bruckenberger, 2003, S.109

²⁶ vgl. Kap.2.2.3 Rehabilitation

bzw. Anschlussheilbehandlung²⁷ in die Klinik kamen, unterschiedliche Behandlungsverläufe durchliefen, die wesentlich durch den Verlauf nach der Akutbehandlung (Herzoperationen) geprägt waren. Dabei ist zu vermuten, dass Patienten, die einen direkten Verlauf vom Akutbereich eines operierenden Zentrums in die Anschlussheilbehandlung nahmen, einen sowohl für die Kostenträger kostengünstigeren (effizienteren) als auch für die Patienten selbst günstigeren (effektiveren) Krankheitsverlauf, festgemacht am Datum der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit, nahmen, als Patienten die nach der Akutbehandlung noch Zwischenstationen in Heimatkrankenhäusern und der hausärztliche Versorgung durchliefen.

In den derzeitigen Veröffentlichungen werden diese Vermutungen beschrieben.

Nach meiner Überzeugung ist es strukturell unsinnig einen Patienten nach herzchirurgischer Operation zunächst in eine allgemeine, internistische Abteilung des „Heimatkrankenhauses“, die in der Regel Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung²⁸ sind, zu verlegen, die in dem primär breit ausgelegten Konzept medizinischer Grundversorgung nicht die Erfahrung mit postoperativen herzchirurgischen Patienten aufbauen können und aufgrund ihrer Versorgungsstufe²⁹ auch nicht über eine entsprechende spezielle rehabilitative Infrastruktur verfügen.

Danach erfolgt häufig eine mehrtägige bis mehrwöchige Entlassung in die häusliche Umgebung. Der Hausarzt, der in dieser Situation oftmals die postoperativen Befunde des Patienten noch gar nicht zusammengefasst vorliegen hat, muss jetzt für kurze Zeit bis zum Antritt der Rehabilitation zunächst dem Patienten die zuletzt notwendigen Medikamente auf Rezept verordnen.

Danach kommt der Patient in die Rehabilitationsklinik, wo ggf. im Verlauf die medikamentöse Therapie noch einmal umgestellt werden müsste. Wenn es sich jetzt um

²⁷ vgl. Kap.2.2.3.2.1.1 Anschlussheilbehandlung

²⁸ vgl. Kap.2.2.2 Kuration

²⁹ In der Krankenhausplanung der Bundesländer wird jedes im Plan aufgenommene Krankenhaus in eine von vier Versorgungsstufen eingeteilt. Unterschieden werden in der Regel die Grund-, Regel-, Zentral- und Maximalversorgung. Eine bundesweit einheitliche Definition existiert aufgrund der Länderhoheiten bei der Aufstellung des Krankenhausplanes nicht. §1 Abs.1 Satz 1 KHG NRW verlangt eine gestufte Versorgung und §25 Abs.3 KHG NRW definiert vier Anforderungsstufen. Hierzu werden jedoch keine konkreten Aussagen zu Versorgungsangeboten, sondern Finanzierungsschritte für die pauschale Förderung von Krankenhäusern nach Größe und vorgehaltenen Disziplinen festgelegt.

eine, geprägt durch Kostenspardruck „abgespeckte“, mit nur noch sehr reduziertem medizinischem Personalstamm arbeitende Rehabilitationsklinik handelt, ist es nicht unwahrscheinlich, dass bei zahlreichen Patienten interkurrente postoperative Komplikationen auftreten. Diese könnten dort nicht abgefangen werden und es würde erneut eine Verlegung in ein Akutkrankenhaus erforderlich.

Welche unnötigen und belastenden evtl. sogar für den Patienten riskanten Brüche eine solche Behandlungskette enthält erscheint evident:

Unnötige Verlegungsarten, immer wieder neue ärztliche und pflegerische Teams, die sich auf den Patienten einstellen müssen und umgekehrt, unnötige Gefahr von Informationsverlusten.

Die Wahrscheinlichkeit, dass solch eine Behandlungskette medizinisch, ökonomisch und zeitlich hinsichtlich Reintegration des Patienten in das Erwerbsleben ineffizient ist, liegt sehr nahe, ist aber derzeit in der Weise so nicht belegt worden.

Diese Arbeit soll hierzu einen Beitrag leisten und im Besonderen die zeitlichen Aspekte und Korrelationen der betroffenen Bereiche (Akutversorgung, Heimatkrankenhaus, Rehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung, Rekonvaleszenzzeit) untereinander beleuchten.

Die Gollwitzer-Meier-Klinik stellt hierfür eine geeignete Plattform dar, da sie als eine „Sonderform von Rehabilitationskliniken“ schon seit Entstehung sowohl über einen kardiologischen Akutbereich wie auch über den Bereich der Rehabilitation und damit über eine integrative, immanent gewachsene Versorgungsstruktur im Sinne „Integrativer Versorgung“³⁰ verfügt.

Somit bietet sie sowohl die Möglichkeit der direkten Übernahme vom akutversorgenden Zentrum in den klinischen Akutbereich der Gollwitzer-Meier-Klinik mit direkter Weiterleitung in die Anschlussheilbehandlung („Integrierte Versorgung“) sowie die reine Durchführung der Anschlussheilbehandlung bzw. Rehabilitation für Patienten, die von zu Hause oder aus einem Heimatkrankenhaus verlegt werden.

³⁰ Vgl. Kap. 4.5 Integrierte Versorgung

Dadurch ist es in dieser Klinik möglich in einem Kollektiv den Krankheitsverlauf von Patienten zu untersuchen, deren Verlauf durch mehrere Behandlungsbrüche gekennzeichnet ist und mit einem Kollektiv zu vergleichen, das aufgrund des „integrierten Versorgungsmodells“ der Gollwitzer-Meier-Klinik weniger Behandlungsbrüchen ausgesetzt war.

Dieses soll bewusst retrospektiv betrachtet werden.

Gründe liegen in den sich bis dahin nicht oder kaum verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen. Das Thema „Integrierte Versorgung“ war zu der Zeit noch nicht so im Focus der sich verändernden Rahmenbedingungen. So ist es möglich Patientenkollektive in einer immanent gewachsenen Struktur bei bis dahin relativ „stabilen Strukturen“ in Form einer „integrierten Versorgungskette“ mit zumindest zwei Leistungsanbietern (akutstationäre kardiologische- sowie stationäre rehabilitative kardiologische Versorgung) unter dem Dach eines Leistungsanbieters zu untersuchen.

Dabei bilden folgend aufgeführte Hypothesen den Betrachtungsgegenstand dieser Arbeit:

Betrachtung unter Effektivitätsgesichtspunkten:

- Die unmittelbare Überführung herzoperierter Patienten von der Akutversorgung in ein auf Integration von intermediärer Krankenhausmedizin und Rehabilitation ausgerichtetes Zentrum ist, bezogen auf die Zeitdimensionen, dem bisherigen Versorgungsmodell (Dreiteilung in operative Maßnahmen, Nachbehandlung im Akutkrankenhaus, ggf. hausärztliche Versorgung und anschließender Rehabilitation) überlegen.
- Die Überlegenheit einer „integrierten Versorgungskette“ zeigt sich darin, dass sich die Gesamtdauer der Behandlung (von der Akutversorgung bis hin zum Wiedereintritt in den Beruf) verkürzt.
- Das herkömmliche Versorgungsmodell führt zu einer Verlängerung der Rehabilitationszeit.
- Durch ein „integriertes Versorgungsmodell“ wird die Rekonvaleszenzzeit verkürzt.
- Eine „integrierte Versorgungskette“ führt zu einer früheren sozialen und beruflichen Integration.
- Durch eine Verkürzung von Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeitszeiten im dem „Integrierten Versorgungsmodell“ entstehen gesamtwirtschaftlich betrachtet bedeutsame ökonomische Einspareffekte.

Betrachtung unter Effizienzgesichtspunkten:

- Der Patient profitiert gesundheitlich durch eine kontinuierlichere Versorgung durch Minimierung von Behandlungsbrüchen (festgemacht am Datum der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit) .

1.3 Aufbau der Dissertation

Nach einer Einführung, erstes Kapitel, bildet die Betrachtung des Traditionellen Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland den Schwerpunkt des zweiten Kapitels.

Nach einem kurzen Diskurs über die Funktion der Gesundheitspolitik (Kap.2.1) befasst sich das Kapitel mit dem Gesundheitssystem (Kap.2.2).

Die historisch gewachsenen Strukturen Prävention, Kuration und Rehabilitation werden skizziert und soweit für diese Arbeit von Relevanz ausführlicher dargestellt.

Schwerpunkt in diesem Bereich ist die Darstellung des Bereichs der Rehabilitation und seiner Facetten. Verwirrungen in der Verwendung von Begrifflichkeiten wie z.B. Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung werden erläutert. In dem Rahmen werden auch die für diese Maßnahmen wesentlichen Träger sowie gesetzlichen Grundlagen skizziert und zum besseren Verständnis ausgeführt.

Um auf die Problematik dieser Arbeit, die Bedeutung der Schnittstellen hinzuarbeiten, werden zu Abschluss des Kapitels 2.2 die Probleme der Dreigliederung des Gesundheitssystems (Kap. 2.2.4) beleuchtet.

Die Betrachtung des Gesundheitsmarktes im folgenden Kapitel (Kap.2.3) als ein Teil eines staatlich regulierten Sicherungssystems bezieht vor allem die Perspektive des Gesundheitssystems als Wirtschaftsbereich „Kostenfaktor und Zukunftsbranche“ mit ein, der einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der Volkswirtschaft leistet.

Angebots- und Nachfrageströme so zu steuern, dass eine optimale Ressourcenallokation erreicht wird ist Gegenstand des nächsten Kapitels (Kap.2.4), welches sich im Einzelnen mit der Steuerung und Planung im Gesundheitswesen auseinandersetzt.

Wie schon angesprochen ist der Gesundheitsmarkt ein Kostenfaktor, bei dem es gilt, den Einsatz der Ressourcen in einem optimalen Verhältnis zu gestalten. Dieses setzt Kenntnisse in der Finanzierung des Gesundheitswesens voraus, die Gegenstand des Kapitels Finanzierung des Gesundheitswesens (Kap.2.4) sind. Hierbei spielt die Gesetzliche Krankenversicherung (Kap.2.5.1) die größte Rolle.

Innerhalb der Eckpunkte optimale Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, Finanzierbarkeit des Systems, wirtschaftlicher Stabilität sowie Wettbewerbsfähigkeit muss für die Zukunft gesehen in der Bundesrepublik Deutschland eine Balance gefunden werden.

Derzeit dominiert der stationäre Sektor die Ausgaben für das Gesundheitswesen. Da dieser Sektor wirtschaftlich betrachtet einen enormen Faktor darstellt, wie auch für die Gesundheit der Bevölkerung einen enormen Stellenwert darstellt soll das Kapitel Finanzierungsprobleme und Kostenexplosion (Kap.2.5.2) sich mit der Thematik auseinandersetzen und ansatzweise Lösungsvorschläge zur Effizienzsteigerung aufzeigen.

In diesem Kapitels werden Begriffe wie Schnittstellenmanagement, klinisches Prozessmanagement in der Auseinandersetzung mit z.B. Organisationsstrukturen soweit für die Thematik wesentlich mit eingebunden, aber nicht weiter explizit bearbeitet.

Innerhalb des Gesundheitswesens geht es verstärkt um die Qualität der erbrachten Leistungen. Dieses setzt eine Auseinandersetzung mit dem Bereich der Dienstleistungen (Kap. 2.6.1), speziell mit der Leistungserstellung in einer Rehabilitationsklinik (Kap. 2.6.1.2.1), dem Qualitätsbegriff (Kap. 2.6.2) sowie seinem Bezug zur kardiologischen Rehabilitation (Kap. 2.6.2.1) voraus. Qualitätsleitlinien für den Bereich der Kardiologie sowie deren Umsetzungsansätze aufgehängt an den Punkten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind Gegenstand dieses zweiten Kapitels.

Aus der Managementlehre ist bekannt, dass Organisationen besser funktionieren, wenn sie von einer gemeinsamen Unternehmensphilosophie getragen werden. Somit kann ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem im Sinne Total Quality Management (TQM) als ein erster Schritt betrachtet werden, um eine strategische Ausrichtung von Kliniken zur

Umsetzung ihrer Ansprüche an die von ihnen festzulegende Qualität der zu erbringenden Leistungen zu gestalten. Daraus leitet sich ein Exkurs in das TQM ab, der den Abschluss dieses zweiten Kapitels bildet.

Managed Care bietet einen Lösungsansatz bzw. Lösungsvorschläge um Strukturen des Gesundheitssystems im Hinblick auf die basalen Anforderungen des Gesundheitssystems Effizienz und Effektivität zu optimieren.

Dieser in den USA aufgrund von erheblichem Innovationsdruck entstandene Ansatz (Kostenexplosion der Gesundheitsausgaben) wird im dritten Kapitel ausführlich beschrieben.

Dieses gewinnt insoweit an Bedeutung, da in Deutschland viele Analogien in diesem Bezug zu den USA zu erkennen sind.

Die gleiche Triebfeder, man könnte das derzeitige Leitmotiv der Veränderungen auch „Innovation aus Mangel“ bezeichnen, führte in den USA verstärkt in den siebziger Jahren und bei uns derzeit zum Umbau der Systeme des Gesundheitswesens.

Welche Versorgungskonzepte aufgrund dieser Managed-Care-Philosophie entstanden sind werden als Gegenstand des vierten Kapitels betrachtet.

Die wesentlichen Konzepte Strukturverträge/Modellvorhaben (Kap.4.1), Disease Management Programme (Kap.4.2), Case Management (Kap.4.3), Gatekeeper (Kap.4.4) sowie Integrierte Versorgung (Kap. 4.5) werden dargestellt.

Der Schwerpunkt dieses umfassenden Kapitels liegt begründet auf dem Versorgungskonzept der Integrierten Versorgung, deren Hintergrund (Kap.4.5.1), Merkmale (Kap.4.5.2), Gesetzliche Grundlagen (Kap.4.5.3) beleuchtet werden.

In diesem Kontext ist es wesentlich den derzeitigen Stand der Entwicklungen (Kap.4.5.4), sowie die Thematik bezogen auf die sich verändernden Rahmenbedingungen sowie auch rechtliche Problemstellungen, die die Integrierte Versorgung mit sich bringt, mit einzubeziehen.

Die derzeitigen Systemlücken (Kap.4.5.4.4), Qualitätsaspekte (Kap.4.5.4.4.1) sowie Versicherungs- und Haftungsprobleme innerhalb Integrierter Versorgungsformen werden betrachtet und kurz skizziert.

Diese Kapitel liefern Argumente, die die doch „nicht so reibungslose Einführung der Integrierten Versorgung“ begründen.

Im fünften Kapitel wird die Versorgung im Bereich der Herz- Kreislauferkrankungen dargestellt.

Hier geht es primär um die derzeitige Akutversorgung (Kap.5.1), die Rehabilitation (Kap.5.2) sowie derzeitige „Integrierte Versorgungsstrukturen“(Kap.5.3).

Im sechsten Kapitel werden ansatzweise Möglichkeiten der ökonomischen Betrachtung aufgezeigt.

Die Kosten-Nutzen-Analyse sowie die Kosten-Wirksamkeits-Analyse als Möglichkeiten bzw. Instrumente der Effizienzdarstellung werden erwähnt.

Dieses hat im Rahmen dieser Arbeit nur rudimentäre Bedeutung, da die Arbeit im soziologischen Bezug sich rein auf zeitliche Komponenten und Relationen stützt um daraus Effektivitäts- sowie Effizienz Aspekte abzuleiten.

Der praktische Teil dieser Arbeit beginnt mit dem siebten Kapitel. Vorangestellt wird das Versorgungskonzept der Gollwitzer-Meier-Klinik (Kap 7.1).

Strukturelle Voraussetzungen sowie Kriterien für die Aufnahme in den akutstationären – wie auch in den rehabilitativen Teil der Klinik werden in den Kapiteln 7.2 und 7.3 erläutert.

Die Besonderheit der Klinik in ihren seit Entstehung gewachsenen Strukturen liegt in der Möglichkeit des nahtlosen Übergangs der Versorgung von der akutstationären kardiologischen Versorgung in die Rehabilitation. Diese Besonderheit der immanent gewachsenen Struktur eines „Integrierten Versorgungsmodells“ wird in Kapitel 7.4 dargestellt.

Zahlen und Daten der Klinik (Kap.7.5) belegen einerseits die Möglichkeiten der Versorgung von Patienten und andererseits das Leistungsspektrum.

Dieses liefert Hinweise auf die Kompetenzen der Klinik was z.B. Frühverlegungen von Patienten aus zuweisenden Häusern möglich macht und damit Akutzentren entlasten kann.

Das Kapitel 7.6 beschäftigt sich mit der Darstellung der zu untersuchenden Kollektive. Die Ermittlung der Patientenkollektive wird erläutert sowie deren Einschluss- und Ausschlusskriterien definiert.

Die Auswertung und Betrachtung der gewonnenen Daten werden im achten Kapitel dargestellt.

In den Unterkapiteln geht es hier u.a. um Strukturen innerhalb der Kollektive (Alter, Geschlecht), Behandlungszeiten innerhalb der verschiedenen Schnittstellen sowie um die sich daraus resultierende Berechnung von statistischen Werten.

Weiterhin werden die sich aus den Analysen ergebenden Besonderheiten sowie Gesamtbehandlungszeiträume und Rekonvaleszenzzeiten innerhalb der einzelnen Kollektive betrachtet.

Im neunten Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertungen aus den einzelnen Kollektiven miteinander verglichen. Dieses geschieht im Hinblick auf die Zeitdauer der klinischen Behandlungszeit, die Zeitdauer der Rehabilitation und im Hinblick auf die Rekonvaleszenzzeit.

Den Abschluss dieses Kapitels bildet der Blick auf die Gesamtbehandlungsdauer innerhalb der einzelnen Kollektive.

Ergebnisbetrachtung nach Effizienz Gesichtspunkten und Effektivitätsgesichtspunkten sind Schwerpunkt des zehnten Kapitels und werden anhand der anfangs gestellten Hypothesen dargestellt.

Fazit und Ausblick stellen den Abschluss dieser Arbeit im elften Kapitel dar.

Auch wird in diesem Kapitel versucht stichpunktartig Konsequenzen der derzeitigen „Bereinigungsautomatik“ auf dem Gesundheitsmarkt zu skizzieren.

Bezogen auf diese Arbeit könnte man folgenden Leitsatz formulieren:

„Der Patient im Spannungsfeld medizinischer Notwendigkeit versus politischer und wirtschaftlicher Interessen“.

Werden in Zukunft nachweislich sinnvolle Strukturen aufgrund politischer und wirtschaftlicher Interessen und somit rein aus Effizienzgesichtspunkten geopfert ohne den Blick und auch jegliches Interesse auf diese effektiven Strukturen zu richten, oder findet sich ein „Anwalt“ zu Gunsten einer nachweislich optimierten Patientenversorgung und stellt damit den Patienten und Effektivitätsgesichtspunkte in den Vordergrund und fördert solche Konzepte die sich analog auch auf andere Krankheitsbilder übertragen lassen.

2 Traditionelles Versorgungssystem in Deutschland

2.1 Funktion der Gesundheitspolitik

Aufgrund negativer Erfahrungen mit der „Freien Marktwirtschaft“ und der damit verbundenen ausschließlichen Rolle des Staates als rahmengebender Ordnungsfaktor nahm die so genannte Freiburger Schule, das Marktmodell der „Sozialen Marktwirtschaft“ auf. Bei Versagen der Marktkräfte werden dem Staat Interventionskräfte zugestanden. Die verfassungsgebende Versammlung der Bundesrepublik Deutschland übernahm diese sozialpolitische Komponente und verknüpfte im Grundgesetz rechts- und sozialpolitische Elemente miteinander. So entstanden neben dem Demokratie- und Bundesstaatsprinzip die beiden anderen Säulen des Grundgesetzes: das Rechts- und Sozialstaatsprinzip.

Die verfassungsrechtlichen Grundlagen des Sozialstaates werden aus dem Grundgesetz³¹ (GG) abgeleitet. Daraus leitet sich auch die Verpflichtung des Staates zum sozialen Handeln ab.

Die Sozialpolitik lässt sich als das politische Handeln beschreiben, das darauf abzielt, die wirtschaftliche und soziale Stellung von wirtschaftlich und/oder sozial schwachen Personen durch den Einsatz geeignet erscheinender Mittel zu verbessern bzw. den Eintritt wirtschaftlicher und/oder sozialer Schwäche zu vermeiden.

Die Struktur der Absicherung eines Bürgers in allen Lebenslagen gilt als Maxime und erfolgt über ein soziales Netz³². Es werden unterschiedliche Prinzipien (Versicherungs-, Versorgungs-, und Fürsorgeprinzip)³³ zugrunde gelegt, die sich auf sozialetische Grundentscheidungen zurückführen lassen. Dieses ist von elementarer Bedeutung, da alle drei Prinzipien unterschiedliche normative Grundpositionen beinhalten. So wird das Versicherungs- und Versorgungsprinzip grundsätzlich nach dem Solidaritätsprinzip

³¹ Verfassungsrechtliche Grundlagen des Sozialstaates u a.: Sozialstaatsprinzip Art. 20 I GG: „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“, Soziale Grundwerte Art 1 GG: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“(Abs.1),

³² Vgl. Zerche, Gründger, 1996, S. 100ff. und Zimmermann, Henke, 1999, S. 477-541

³³ Grundprinzipien sozialer Sicherung

aufgebaut. Der Solidareffekt wird jedoch beim Versicherungsprinzip durch die Versicherungspflicht sowie auch die Beitragsbemessungsgrenze geschmälert. Dem Fürsorgeprinzip liegt das Subsidiaritätsprinzip zugrunde.

Innerhalb der Sozialpolitik ist das Gesundheitssystem als ein Subsystem zu verstehen, welches die Aufgabe hat, den Rahmen für die Entfaltung der wirtschaftlichen Aktivitäten der Ärzte, Patienten, Krankenhausträger und Krankenkassen so zu gestalten, dass das gesellschaftliche Ziel einer Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung optimal erreicht wird³⁴.

2.2 Gesundheitssystem

Der Begriff Gesundheitssystem (Gesundheitswesen) (Public Health) subsumiert die Summe aller Bemühungen einer Gesellschaft, den Gesundheitszustand ganzer Bevölkerungsgruppen durch Maßnahmen einer intersektoralen Gesundheitspolitik auf regionaler Ebene zu sichern und zu verbessern³⁵.

Dabei umfasst es die Gesamtheit der Mittel, Personen und Institutionen, die zur Durchführung gesundheitsbezogener Aktionen zur Verfügung stehen sowie deren Organisation und Finanzierung³⁶.

Dabei wird das Gesundheitssystem von allen im Dienst der Gesundheit wirkenden Elementen (Personen, Sachmittel und Einrichtungen) gebildet.

In diesem Kontext befasst sich die Gesundheitssystemanalyse mit den durch Ökonomie, Gesundheitspolitik und Recht vorgegebenen Rahmenbedingungen, den Organisationsstrukturen, Zugang, Finanzierung, dem Bedarf der Verteilungsgerechtigkeit sowie der Effektivität und Effizienz der erbrachten Leistungen.

Zu den vorrangigen Zielen eines Gesundheitssystems gehören demnach:

³⁴ Vgl. Haubrock/Schär, 2002, S.42ff.

³⁵ Vgl. Siegrist, 2005, S. 290

³⁶ Vgl. Siegrist, 2005, S. 324

-
- Sicherung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, wobei Orientierung am Bedarf und Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit besondere Priorität besitzen
 - Fairness beim Zugang zu und beim Erbringen von medizinischen Leistungen, insbesondere Risikobündelung (d.h. finanzielle Belastungen der Inanspruchnahme sollten sich am verfügbaren Einkommen orientieren)
 - Klientenorientierung und Respektierung der Person und ihrer Rechte (Vertraulichkeit, Würde, Entscheidungsautonomie)

Unter dem Aspekt der unterschiedlichen Aufgabenverteilung wird es in die Sektoren Prävention, Kuration, Rehabilitation sowie Forschung, Lehre und Ausbildung eingeteilt³⁷.

2.2.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Verhütung, Erkennung und Behandlung von Erkrankungen bei einzelnen Personen, potentiellen oder aktuellen Patienten stehen in der Medizin im Vordergrund (Individualmedizin). Viele Gesundheitsprobleme lassen sich aber auch durch den auf ganze Bevölkerungsgruppen bezogenen Public-Health-Ansatz wirkungsvoll angehen. Public Health und Individualmedizin sind daher sich ergänzende Strategien.

„Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ sind Begriffe die im Schnittbereich zwischen Individualmedizin und Public Health angesiedelt sind.

Die Gesundheitsförderung impliziert alle Maßnahmen, die zu einer Stärkung der Gesundheit des Einzelnen bzw. ganzer Bevölkerungsgruppen beitragen. Es wird auf eine Verbesserung von Kompetenzen sowie einer gesundheitsbewussten Lebensweise sowie eine Förderung der Ressourcen zum Schutz der Gesundheit abgezielt.

Dabei konzentriert sich die Gesundheitsförderung nicht auf einzelne Krankheitsbilder, sondern ist vielmehr auf die Stärkung von Schutzfaktoren bzw. das Aufdecken und

³⁷ Vgl. Haubrock/ Schär, (Hrsg.) 2002, S. 36ff.

Abbauen von Risikofaktoren, die für das Verhindern bzw. die Entstehung verschiedener Krankheiten verantwortlich sind, gerichtet. Obwohl die Eigenverantwortlichkeit im modernen Verständnis von Gesundheitsförderung eine entscheidende Rolle spielt, reicht Gesundheitsförderung bis in die Gestaltung von Lebensbereichen hinein. Gesundheitsförderung ist ein partizipativer Prozess, in dem Laien und Professionelle Maßnahmen auf partnerschaftliche Weise aushandeln und praktizieren.

Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung orientieren sich an Gesundheitszielen, die ein nach Prioritäten geordnetes Programm der Gesundheitspolitik widerspiegeln.

Die Prävention umfasst in Abgrenzung zu Gesundheitsförderung diejenigen Aktivitäten, die dazu führen, dass eine Krankheit verhindert oder in ihrer Entwicklung verzögert wird. Innerhalb möglicher Krankheitsentwicklungsprozesse wird hier in die Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention unterschieden.

Dabei umfasst die Primärprävention alle Maßnahmen, die krank machende Umweltbedingungen sowie Risiken einzelner Personen oder ganzer Gruppen zu einem Zeitpunkt günstig beeinflussen, zu dem eine erkennbare Gesundheitsstörung noch nicht vorliegt.

In der Sekundärprävention werden Maßnahmen verstanden, die zur Entdeckung von Krankheitsfrühstadien geeignet sind. Ziel ist eine wirksame Frühbehandlung entsprechender Krankheiten und damit die Verhinderung von Folgeerkrankungen.

Tertiärprävention ist die Therapie manifester Krankheiten mit dem Ziel, die Krankheitsprogression zu verhindern oder abzumildern und Funktionsverluste zu verhüten. Nach diesem Verständnis umfasst Tertiärprävention sowohl die Kuration als auch die Rehabilitation.

Eine klare Abgrenzung von Sekundär- und Tertiärprävention ist bei einzelnen Krankheitsbildern oft schwierig.

Institutionen, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung befassen, gibt es auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Neben staatlichen Einrichtungen sind öffentlich-rechtliche Körperschaften sowie freie Träger für die Prävention zuständig. Trotz breit angelegter Infrastruktur entfallen nur etwa 4 % der gesamten Gesundheitsausgaben auf den Gesundheitsschutz und die Prävention was die derzeitige marginale Bedeutung dieses Bereichs widerspiegelt.

Durch Einführung eines nationalen Präventionsgesetzes und Errichtung einer Stiftung für Prävention, in deren Rahmen erhebliche Finanzmittel zur Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt werden besteht jedoch Aussicht auf positive Veränderung³⁸.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2005 mit dem Titel „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ nachdrücklich eine Stärkung der Prävention gefordert: Langfristig betrachtet müsse die Gesundheitspolitik „...stärker als bisher mit der Bildungs-, Wirtschafts-, und Sozialpolitik verknüpft werden, um die Gesundheitschancen von Individuen und Bevölkerungsgruppen zu verbessern.“

2.2.2 Kuration

Historisch betrachtet stellt die Kuration den eigentlichen Kern des Gesundheitssystems dar. Das Erkennen, Heilen, Bessern und Lindern von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden steht im Mittelpunkt der Gesundheitsfürsorge der Patienten, die das Krankenhaus aufsuchen. Es werden auch die semistationäre Krankenversorgung (z.B. Diagnostik und Therapie in Tages- oder Nachtkliniken, auch bei nur stundenweisem Aufenthalt) und die ambulante Krankenversorgung angeboten. Die stationäre kurative Behandlung erfolgt im Krankenhaus. Hierbei handelt es sich um Einrichtungen, in denen primär durch ärztliche und pflegerische Leistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden.

Das SGB V liefert eine ausführliche Definition für Krankenhäuser:

„Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuches sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-,

³⁸ Vgl. Siegrist, 2005, S. 276 ff.

Funktions-, und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können³⁹.

Der Gesetzgeber hat 1993 über das Gesundheitsreformgesetz folgende Formen der Krankenhausbehandlung vorgeschrieben:

- vollstationäre Behandlung
- teilstationäre Behandlung
- vor- und nachstationäre Behandlung
- ambulantes Operieren und andere ambulante Institutsleistungen.

Die vollstationäre Krankenversorgung steht in der betrieblichen Betätigung des Krankenhauses z.B. in Form einer Intensiv-, Normal- und Langzeitversorgung im Zentrum. Sie umfasst ärztliche Behandlung (Diagnostik und Therapie), pflegerische Betreuung, dazu in geeigneten Fällen soziale Fürsorge und seelsorgerische Hilfe, sowie Unterkunft und Verpflegung.

Das Krankenhaus unterscheidet sich von anderen Dienstleistungsunternehmen dadurch, dass die Leistung unmittelbar am Patienten ausgeübt und von den Patienten im Krankenhaus selbst konsumiert wird. Die Erstellungen von Leistungen sowie deren Inanspruchnahme erfolgen und geschehen an ein und demselben Ort.

Der Betriebsprozess wird im Krankenhaus nicht nur von ärztlichen, pflegerischem sowie medizinisch-technischen Personal sowie vom Wirtschafts- und Verwaltungspersonal der Einrichtung getragen, sondern er bindet auch den Patienten unmittelbar mit ein. In der Leistungserstellung hat diese Besonderheit einen tief greifenden Einfluss auf das gesamte Betriebsgeschehen.

³⁹ § 107 Abs.1 SGB V

In Anlehnung an die Begriffsbestimmung des §2,1 KHG wird die Aufgabenstellung im Gesamtsystem wie folgt definiert:

„Krankenhäuser sind Einrichtungen, in denen Patienten Hilfeleistungen, insbesondere ärztlich-pflegerischer Art, erhalten, durch die Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen Patienten untergebracht werden können“.

2.2.2.1 Leistungserstellung in der Kuration

Die zentralen Ziele des Krankenhausbetriebes sind die voll- und die teilstationäre Versorgung. Sie umfassen die Teilleistungen der ärztlichen Behandlung, der pflegerischen Betreuung und der sozialen Fürsorge sowie seelsorgerischen Hilfe, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie Unterkunft und Verpflegung. Die ambulante Krankenversorgung kommt ggf. zu diesen stationären Leistungen hinzu.

Aus dem Zusammenwirken der Elementarfaktoren Arbeitsleistungen, Sachgüter und Betriebsmittel ergeben sich die spezifischen Leistungen des Krankenhauses. Diese Leistungen werden durch die Krankenhausbetriebsleitung sowie ggf. durch die zuständigen Organe des Krankenhausträgers geplant, organisiert und kontrolliert. Veränderungen von Beschaffungsmerkmalen und Eigenschaften von Materialien oder Informationen sind nicht primärer Gegenstand des Betriebsprozesses, sondern Veränderungen derjenigen Personen, die als Patienten die Leistungen des Krankenhauses in Anspruch nehmen.

Ausgehend von den auch für das Betriebsgeschehen im Gesundheits- und Krankenhauswesen geltenden Wirtschaftsgrundsätzen ist der Krankenhausbetrieb bemüht, seine Leistungen mit einem möglichst günstigen Verbrauch von Einsatzfaktoren zu erbringen.

Diese Betrachtung der Krankenhausproduktion bezieht sich konkret auf die Erlöse der im „Pflegetag“ gebündelten Einzelleistungen in der Diagnostik, Therapie, Pflege und Hotelversorgung sowie auf die Kosten der ärztlichen, pflegerischen und medizinisch-

technischen Dienste, der Versorgungs- und Verwaltungsdienste, sowie auf dem bewerteten Verbrauch und Gebrauch von Sachgütern des medizinisch, technischen und wirtschaftlichen Bedarfs.

Bei allen diesen auf Krankenhausproduktion ausgerichteten Prozessen der Leistungserstellung ist dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu folgen.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist im § 12 SGB V verankert und bedeutet, dass die Leistungserstellung nach dem Rationalprinzip zu erfolgen hat.

Exkurs:

Das Rationalprinzip hat zwei Varianten: Minimal- und Maximalprinzip.

Durch Deckelung des Budgets oder Festpreise (DRG's⁴⁰) gilt im Krankenhausbereich ausschließlich das Minimalprinzip. Das heißt eine Effizienzsteigerung kann nur durch Rationalisierung oder Kostensenkung erfolgen. Eine Möglichkeit der Kostensenkung ist die Dequalifizierungsstrategie. Um Qualität zu sichern hat der Gesetzgeber 1993 den § 137 SGB V (Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern) eingeführt der in den folgenden Jahren auf die sich verändernde Situation im Krankenhausbereich angepasst wurde. Zusätzlich zu Veränderungen des § 137 ff. wurde den Gesundheitseinrichtungen auferlegt ein Qualitätsmanagementsystem⁴¹ einzurichten und zu pflegen. Dieses gilt auch für ambulante Einrichtungen.

Das bedeutet, dass der teilstationären, der vor- und nachstationären und der ambulanten Behandlung Vorrang vor der vollstationären Behandlung eingeräumt wird.

⁴⁰ Erklärung DRG siehe Fußnote 180

⁴¹ Unter dem Begriff Qualitätsmanagementsystem wird die Gesamtheit der aufbau- und ablauforganisatorischen Gestaltung, sowohl zur Verknüpfung der qualitätsbezogenen Aktivitäten untereinander sowie auch im Hinblick auf eine einheitliche, gezielte Planung, Umsetzung und Steuerung der Maßnahmen des Qualitätsmanagement in einem Unternehmen verstanden. Dieses bezieht sich nicht nur auf den Bereich der Unternehmung mit seinen vor- und nachgelagerten Bereichen, sondern schließt auch die Beziehung des Unternehmens zu seinem Umfeld mit ein. Es wird ein System vernetzter Regelkreise auf allen betrieblichen Ebenen installiert, wodurch Ziele, Strukturen, Verantwortlichkeiten, Verfahren, Prozesse und die zur Durchführung erforderlichen Mittel festgelegt werden. Somit dient ein Qualitätsmanagementsystem zur systematischen Umsetzung von Qualitätsmaßnahmen in einem Unternehmen. In welcher Art und in welchem Umfang ein Qualitätsmanagementsystem implementiert wird, hängt von den individuellen Zielsetzungen des Unternehmens ab. Aufgrund der internen und externen Einflüsse und Festlegungen sowie der unterschiedlichen Ausrichtung von Unternehmen kann es kein einheitliches Qualitätsmanagementsystem geben, vgl. Kaminske/Brauer, 1999, S.199-201

Krankenhäuser werden durch Gesetz (z.B. Universitätskliniken) oder durch Vertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen zur stationären Versorgung zugelassen. Das erfolgt nach Maßgabe der Landeskrankenhausplanung. Dazu werden von den einzelnen Bundesländern Pläne für die Vorhaltung von Krankenhausleistungen bzw. von Krankenhäusern in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich aufgestellt.

Die Trägerschaft zeichnet sich durch einen Pluralismus in öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und private Träger aus.

Krankenhäuser werden je nach Versorgungsstufe (Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung) eingeteilt. Die Versorgungsangebote werden nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität erfasst. Darauf aufbauend werden die Leistungsstrukturen, Planbettenzahlen und Behandlungsplätze festgelegt.

Mit Hilfe des Krankenhausplanes verwirklichen die Bundesländer ihren Sicherstellungsauftrag⁴² für die stationäre Versorgung der Bevölkerung. Rechtliche Grundlagen sind das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Krankenhausgesetze der Länder. Grundlegendes Ziel ist die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbständigen Krankenhäusern.

Aus den interaktiven Beziehungen zwischen den Patienten einerseits und dem Krankenhaus andererseits ergibt sich der eigentliche Versorgungsprozess. Die Versorgungsaufgaben vollziehen sich in überwiegend informellen, mehr oder weniger konkreten Interaktionen mit dem Patienten, differenziert nach den Entscheidungsbereichen Diagnostik, Therapie, Pflege und Versorgung.

Demnach ist die Krankenversorgung nicht nur als die Summe aller Interaktionen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten zu verstehen, sondern als ein geschlossenes, dynamisches System zu verstehen.

Die unterschiedlichen Ausprägungen der eingesetzten personellen Ressourcen werden vom Fachwissen und von der Erfahrung, den manuellen Fähigkeiten, dem Denk- und

⁴² Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre (Krankenhaus-) Versorgung ist gesetzlich den Bundesländern zugewiesen. Mit Hilfe der Landeskrankenhauspläne und der Investitionsprogramme haben sie nach den Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu sorgen, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten.

Einfühlungsvermögen, der Beobachtungsgabe sowie der Zuverlässigkeit des eingesetzten Personals determiniert.

Die Modernität und die Betriebssicherheit der Geräte, Einrichtungen und Ausstattungen sowie deren Zweckdienlichkeit und Qualität stehen bei den sachlichen Ressourcen im Vordergrund.

In diesem Zusammenhang ist es wesentlich, dass die Intensität der am Patienten orientierten Krankenhausarbeit maßgeblich davon abhängig ist, ob und inwieweit die am Versorgungsprozess beteiligten Entscheidungsträger die Ganzheitlichkeit der Patienten in ihre Überlegungen mit einbeziehen und sich auch dafür verantwortlich fühlen.

2.2.2.2 Trägerschaften

Bei der Betrachtung marktwirtschaftlicher Ordnungssysteme unterscheidet man in der Betriebswirtschaftslehre grundsätzlich privates und öffentliches Eigentum.

Privates Eigentum liegt vor, wenn es sich bei dem Eigentümer um eine natürliche oder juristische Person⁴³ handelt.

⁴³ Eine juristische Person bezeichnet ein Rechtssubjekt, das aufgrund gesetzlicher Anerkennung rechtsfähig ist, d. h. selbst Träger von Rechten und Pflichten sein kann, dabei aber keine natürliche Person ist. Inwieweit eine juristische Person nicht nur rechts-, sondern auch handlungsfähig ist, also selbst in der Lage ist rechtserheblich tätig zu werden und zu handeln, ist umstritten. Die Lehre von der realen Verbandspersönlichkeit, mit ihrem wichtigsten Vertreter Otto von Gierke, geht davon aus, dass die juristische Person mit dem tatsächlich vorhandenen Inbegriff ihrer Mitglieder oder Sachmittel gleichzusetzen ist. Sie kommt deshalb zu dem Ergebnis, dass eine juristische Person – vermittelt durch ihre Organe – auch gleichzeitig handeln kann.

Für die Fiktionstheorie hingegen, die gemeinhin, mit Friedrich Carl von Savigny in Verbindung gebracht wird, ist die juristische Person lediglich ein fiktiver Zurechnungsendpunkt, also ein gedachtes Etwas, des dem gemäß auch nicht handeln kann. Die juristische Person wird ihr zu Folge von ihren Organen bzw. Organverwaltern vertreten.

Beispiel: Neben der Hauptversammlung und dem Aufsichtsrat hat eine Aktiengesellschaft als Organ den Vorstand, der durch eine natürliche Person gebildet wird. Die Organe selbst können sich durch andere Personen vertreten lassen. So kann der Vorstand der Aktiengesellschaft die Vertretung der Aktiengesellschaft an einen oder mehrere Mitarbeiter, die nicht Mitglied der Organe sind, delegieren.

Juristische Personen des Privatrechts sind privatrechtliche Stiftungen und Körperschaften öffentlichen Rechts
Juristische Personen des öffentlichen Rechts sind:

Wenn die Öffentliche Hand Eigentümer eines Betriebes ist und wenn sich die wirtschaftliche Betätigung der Öffentlichen Hand in einem Wirtschaftssystem vollzieht, welches dem Grundsatz nach auf Privateigentum an den Produktionsmitteln aufbaut, spricht man von öffentlichem Eigentum.

In der Bundesrepublik Deutschland werden öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser unterschieden.

Hierbei kann die Gruppe der privaten Krankenhäuser wiederum nach gemeinnützigen und erwerbswirtschaftlich orientierten Häusern aufgeteilt werden. Die öffentlichen Krankenhäuser gehören zu einzelnen Gebietskörperschaften, Sozialleistungsträgern oder gehören Zweckverbänden von Gebietskörperschaften an.

Von freien gemeinnützigen Organisationen werden Freigemeinnützige Krankenhäuser wie z.B. von Kirchengemeinden, kirchlichen, weltlichen und karitativen Stiftungen und Einrichtungen betrieben.

Private Träger von Krankenhäusern sind z.B. juristische und/oder natürliche Personen des Privatrechts, z.B. ein Einzelkaufmann oder eine GmbH. Demnach ist der Träger eines Krankenhauses eine natürliche bzw. juristische Person des öffentlichen oder privaten Rechts.

-
- Körperschaften: (z.B. der Staat selbst), Gebietskörperschaften (Gemeinden), Handwerkskammern, Versicherungsanstalten, Universitäten,
 - Anstalten: z.B. Rundfunkanstalten
 - Stiftungen: z.B. Stiftungsuniversitäten (Universität Göttingen)

Vgl. <http://de.wikipedia.org>, Stand 2007

2.2.2.3 Wesentliche Rechtsformen

Je nach Bundesland ist die Wahl der Rechtsform den öffentlichen Krankenhausträgern freigestellt oder verbindlich vorgeschrieben. Aus der gewählten Betriebsform leiten sich unmittelbar die betriebswirtschaftlichen Konsequenzen ab.

Krankenhäuser im allgemeinen und kommunale Krankenhäuser im besonderen verfolgen Zielstellungen, die von den verschiedenen am Leistungsgeschehen interessierten Organen und Gruppierungen getragen werden. Hier zeigen sich vielfach sehr unterschiedliche Interessen. Durch das Bemühen um einen Ausgleich der Interessen der Krankenhäuser einerseits und der Krankenhausbetriebe andererseits wird die Wahl der Rechtsform bestimmt. In der Regel werden in den einzelnen Ländern kommunale Krankenhäuser in den nachfolgend beschriebenen Rechtsformen geführt.

Der Regiebetrieb ist ein unselbständiger Teil der Kommunalverwaltung und ist in deren Organisation und Rechnungslegung integriert. Das bedeutet, dass der Wirtschaftsplan und der Jahresabschluss einschließlich des Jahresberichtes Bestandteil des Haushaltsplanes des Krankenhausträgers sind und durch die Feststellungswirkung des jeweiligen Haushaltsgesetzes erfasst werden.

Krankenhäuser werden gelegentlich als Netto-Regiebetriebe bezeichnet, weil im Haushaltsplan des Krankenhausträgers nur der Saldo aus Ertrag und Aufwand des Krankenhausbetriebes ausgewiesen wird.

Durch eigene Kompetenzen und eigene Organe wird der Eigenbetrieb geleitet. Im Unterschied zum Regiebetrieb ist der Wirtschaftsplan sowie der Jahresabschluss nicht Bestandteil des Krankenhausträgers. Dieses bedeutet, dass diese Rechtsform organisatorisch unabhängiger und wirtschaftlich selbständig ist.

Die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) findet im konstitutionellen Rahmen des kommunalen Krankenhauses besonderen Zuspruch. Gekennzeichnet ist die Gesellschaftsform dadurch, dass ihr als juristische Person des Privatrechts die natürliche Handlungsfähigkeit fehlt und ihr daher per Rechtsordnung natürliche Personen zur

Verfügung gestellt werden, die im Namen der GmbH handeln und sie nach außen vertreten. Diese Aufgabe ist bei der GmbH einem oder mehreren Geschäftsführern zugeordnet und kann durch einen Aufsichtsrat, sofern ein solcher durch die Satzung oder Rechtsordnung vorgesehen ist, kontrolliert werden.

In der Rechtsform der GmbH wird der Vorteil darin gesehen, dass einerseits dezentrale Entscheidungsstrukturen für eine selbständige Betriebsführung vorgegeben werden können, andererseits aber z.B. der staatliche Einfluss im Hinblick auf die Sicherung des Versorgungsauftrages durch die Mitwirkung entsprechender staatlicher Gremien in der Gesellschafterversammlung garantiert ist und der Krankenhausträger über den Aufsichtsrat weiterhin seine strategischen Entscheidungskompetenzen wahrnehmen kann.

Bei dem Sachverhalt der rechtlichen Verselbständigung öffentlicher Einrichtungen, wie zum Beispiel die Umwandlung eines Krankenhauses aus der Rechtsform eines Eigenbetriebes in eine GmbH, handelt es sich nur um eine Privatisierung im weiteren Sinne. Von dieser formellen Privatisierung ist die Privatisierung im engeren Sinne, d.h. die materielle Privatisierung abzugrenzen. Wenn staatliche Aufgaben durch Privatpersonen organisiert werden oder der Staat sich komplett aus seiner Verantwortung für die betreffenden Aufgaben zurückzieht, ist die materielle Privatisierung gegeben.

Im Sinne der Umwandlung ergibt sich bei Beibehaltung der Gemeinnützigkeit auch die Möglichkeit der Gründung einer gemeinnützigen Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH). Im Vergleich mit anderen Rechtsformen zeigen sich aus der Sicht einer Klinik folgende Vorteile:

- klare Verteilung von Zuständigkeiten und Verantwortung in den Gesellschaftsorganen
- Budgetierung nach den Regeln des Handelsrechts und Controlling im Haushaltswesen einschließlich der Prüfung des Jahreshaupabschlusses
- Effektivere Umsetzung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit durch den Zwang zum betriebswirtschaftlichen Handeln bei entsprechender Fachkompetenz der Aufgabenträger

-
- Angemessene Reaktionen auf bereits vorhandene konkurrierende Unternehmen im eigenen Aufgabenbereich durch bessere Anpassung an die Regeln des Wettbewerbs und durch Einsatz bewährter Managementtools
 - Mehr Flexibilität im Vergabewesen
 - Möglichkeiten der Beteiligung von weiteren Gesellschaftern mit entsprechender Aufgabenerweiterung und Kapitalzuführung und weiterer sachlicher und kostentechnischer Entlastung der städtischen Verwaltung
 - Durch entsprechende Ausgestaltung des GmbH-Vertrages Gewährleistung der gesetzlich vorgeschriebenen Haftungsbeschränkung bei gleichzeitiger Sicherung des beherrschenden Einflusses der Gemeinde als Gesellschafterin
 - Ausschöpfung der in der Gemeindeordnung enthaltenen Möglichkeiten gemeindlichen Handelns durch Übernahme bewährter Unternehmensformen der Privatwirtschaft auch zur Erledigung öffentlicher Aufgaben.

2.2.2.4 Ziele und Zielsystem

Innerhalb des Krankenhauses ist das gesamte Handeln primär auf die Deckung des Bedarfs an spezifischen Leistungen ausgerichtet. Wie im Vorfeld beschrieben werden die Dienstleistungen unmittelbar am Patienten ausgeübt und konsumiert. Der Betriebsprozess ist nicht erwerbswirtschaftlich- privatwirtschaftlich, sondern bedarfswirtschaftlich-gemeinnützig geregelt.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz führt in § 1 die Aspekte aus, die mit der Einführung dieses Gesetzes erreicht werden sollten:

- Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser
- Bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen
- Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser

-
- Sozial tragbare Pflegesätze
 - Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger.

Der Krankenhausträger ist maßgeblich für die Entwicklung der betrieblichen Zielstellungen verantwortlich. Folglich leiten sich die Zielvorstellungen eines Krankenhauses aus dem Grundanliegen des Krankenhausträgers und dem institutionellen Sinn, dem die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträger ihre Existenz verdanken, ab.

Damit obliegen die Krankenhausträger richtungsweisenden Entscheidungen, in deren Rahmen die eigentliche Durchführung der Krankenhausarbeit bei der Krankenhausleitung angesiedelt ist.

Der Gesetzgeber geht bei der Fixierung der Zielvorstellungen davon aus, dass die Deckung des Bedarfs an Krankenhausleistungen das Hauptziel der betrieblichen Bedingungen ist.

Für die Art und den Umfang der Vorgaben z.B. im Bereich der Leistungserstellung sowie der Finanz- und Personalwirtschaft, ist dieses Ziel auch bestimmend.

Zwischen den Zielen des Trägers einerseits und den Zielvorstellungen der Entscheidungsinstanzen im Krankenhaus andererseits können in der Krankenhauspraxis durchaus unterschiedliche Zielvorstellungen bestehen. Neben internen Vorstellungen können auch externe Interessen Einfluss auf die Zielbildung gewinnen. Beispielsweise ist das öffentliche Interesse an der Bereitstellung der Krankenhausleistungen so groß, dass man meint, das Krankenhaus nicht sich selbst überlassen zu können, sondern seine rechtliche und organisatorische Selbständigkeit unter Umständen eingrenzen zu müssen.

Es trifft diese Aussage dort zu, wo die Krankenhäuser nicht als selbständige Betriebe, sondern in Form eines Regiebetriebs geführt werden müssen. In diesem Fall ist der Patient nun mehr nicht mehr als ein ausschließlich passives Objekt karitativer Bemühungen und strenger Regelungen zu sehen, sondern tritt verstärkt als Fordernder, als Verlangender auf und sieht sich aufgrund seiner Beitragszahlung zur Sozialversicherung bzw. seiner Selbstzahlung in der Rolle des Mitfinanzierers der Krankenhausleistungen.

Zielvorstellungen des Patienten können hierbei sehr wohl von denen des Krankenhauses abweichen.

Der heutige Patient sieht sich im Gegensatz zu früher mehr als aktives Subjekt im Rahmen des Betriebsprozesses und möchte auch auf diese Weise bei den Zielvorgaben und den Zielvorstellungen, den Abläufen und in den Entscheidungsprozessen mitbestimmen.

Es ist bei der Festlegung von Zielen darauf zu achten, dass Krankenhäuser sozial-technische, dynamisch-offene Systeme sind. Wie folgt können die Elemente dieser Aussage definiert werden:

- Krankenhäuser sind Systeme, weil sie auf einer Menge von Einzelementen beruhen, die in bestimmten Relationen und wechselseitigen Zusammenhängen korrelieren, wobei die Gesamtheit dieser Beziehungen die Struktur des Systems ausmacht.
- Krankenhäuser sind sozialtechnische Systeme, weil sich ihre Elemente als die technischen und menschlichen Produktivfaktoren Arbeitskräfte, Betriebsmittel und Sachgüter darstellen.
- Krankenhäuser sind zielgerichtete Systeme, weil die Systeme bei ihren Aktionen bestimmte Ziele verfolgen.
- Krankenhäuser sind dynamisch – offene und adaptive Systeme, weil die Elemente in einem fortschreitenden Prozess zusammenwirken, aus ihrer Umwelt Daten und Kostengüter aufnehmen, in Informationen und Leistungen transformieren und diese wiederum an ihre Umwelt abgeben. Dabei bedarf es einer ständigen Anpassung an die Veränderungen dieser Umwelt als dem ranghöheren System.⁴⁴

⁴⁴ Vgl. Schär, in: Haubrock, Schär, (Hrsg.), 2002, S.103ff

Neben der Deckung des Bedarfs an Krankenhausleistungen als Hauptziel verfolgt das Krankenhaus noch weitere, hier Nebenziele genannt, die parallel zu dem Hauptziel verfolgt werden. Beispielsweise gehören hierzu:

- Ausbildung von Krankenhauspersonal
- Medizinische Forschung in bestimmten Kliniken
- Repräsentation des Krankenhausträgers
- Verbesserung der Lebenslage des Krankenhauspersonals
- Steigerung der Anziehungskraft des Krankenhauses und Ausdehnung des Einzugsgebietes

Sollten Ziele die betrieblichen Entscheidungen sowie die Strukturen und den Ablauf determinieren, müssen sie weiter konkretisiert werden. Es werden hierzu aus den Hauptzielen Zwischen- und Unterziele abgeleitet, welche die Mittel zur Realisierung der betrieblichen Haupt- und Nebenziele darstellen.

Diese sind:

- Leistungserstellungsziel (Betriebsführung, Leistungsfähigkeit, Kostenwirtschaftlichkeit)
- Bedarfsdeckungsziel (dringlichkeitsgemäße –, räumliche – und zeitliche Bedarfskongruenz)
- Personalwirtschaftsziel (Sicherung des Personalbestandes, Sicherung der Arbeitszufriedenheit und der Leistungen des Personals, Sicherung der Personaleffizienz)
- Finanzwirtschaftsziel (Liquiditätssicherung, Sicherung der Eigenwirtschaftlichkeit, Sicherung der funktionellen Kapitalerhaltung)
- Angebotswirtschaftlichkeitsziel (Optimale Preisgestaltung, externe Kontakte und Informationen)

-
- Autonomie- und Integrationsziel (Entscheidungs- und Handlungsautonomie, Kooperation mit anderen Krankenhäusern, Medizinbetrieben und sonstigen Betrieben)

Das Leistungserstellungsziel legt fest, welche Leistungen nach Art, Qualität und Anzahl erbracht werden sollen.

Die grundsätzlichen organisatorischen und personellen Voraussetzungen für die Durchführung des betrieblichen Leistungsprozesses werden hier geschaffen. Entscheidungen über die Rechtsform, die Grundsätze der Aufbau- und Ablauforganisation, Führungsgrundsätze sowie die Bestellung der Mitglieder des Direktoriums und des sonstigen leitenden Personals werden hier getroffen.

Die Fähigkeit eines Betriebes, die hinsichtlich der Menge und Güte festgelegte Leistung unter Berücksichtigung der dem Krankenhaus zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erbringen, versteht man als Leistungsfähigkeit.

Wirtschaftlichkeit zu realisieren setzt voraus, dass nicht mehr Ressourcen eingesetzt werden als für die Hervorbringung von Sekundärleistungen erforderlich sind.

Das Leistungsangebot so zu gestalten, dass es der Dringlichkeit des Bedarfs sowie der räumlichen und zeitlichen Verteilung des Bedarfs entspricht, wird im Bedarfsdeckungsziel konkretisiert.

Die Bedingungen in der kurz- mittel- und langfristigen Finanzierung werden durch das Finanzwirtschaftsziel definiert.

Liquiditätssicherung bedeutet die Erhaltung der Zahlungsfähigkeit. Krankenhäuser als Regiebetriebe bilden hier eine Besonderheit, da diese Krankenhäuser voll in die Finanzwirtschaft des öffentlichen Krankenhausträgers eingegliedert sind, so dass sich die Liquiditätsprobleme in der Regel über den Trägerverband ausgleichen lassen.

Die Preise von Krankenhausleistungen sollen grundsätzlich die Kosten decken. Abgesehen davon, dass die damit erreichte Eigenwirtschaftlichkeit zu wirtschaftlichem Verhalten anhält, bietet sie die beste Gewähr für die Erhaltung der finanziellen und damit auch betrieblichen Autonomie des betreffenden Betriebes.

Die Sicherung der funktionellen Kapitalerhaltung soll dem Krankenhausbetrieb auf lange Sicht die notwendige Investitionskraft geben. Dabei ist die Sicherung der Funktionsfähigkeit des Krankenhauses quantitativ und qualitativ auf die im Leistungserstellungsziel festgelegten ärztlichen und pflegerischen Aufgaben beschränkt.

Das Angebotswirtschaftlichkeitsziel wird einmal hinsichtlich der Preisgestaltung des Krankenhauses und zum anderen durch dessen Kontakte zur Umwelt und deren Informationen definiert. Bestandteil dieses Ziels ist eine optimale Preisgestaltung. Hiermit verbinden sich folgende Vorstellungen:

Welchen Mengenverbrauch an Arbeitsleistungen, Sachgütern und Betriebsmitteln schließt der Kostendeckungsbegriff ein?

Wie wird der Mengenverbrauch an Arbeitsleistungen, Sachgütern und Betriebsmitteln bewertet?

Im Weiteren verbinden sich in diesem Ziel der Aufbau von Beziehungen zu den verschiedenen Umfeldgruppen. Dazu gehören u.a. der Kontakt zu den verschiedenen einweisenden Ärzten, zu den gesetzlichen Krankenkassen, die für den überwiegenden Teil der Patienten zahlungspflichtig sind, ferner zu den anderen Krankenhäusern und zu den übrigen Einrichtungen der Krankenversorgung und der Gesundheitsfürsorge sowie die Informationen der Öffentlichkeit über die Krankenhausarbeit.

2.2.3 Rehabilitation

Der Begriff der Rehabilitation leitet sich aus dem Lateinischen ab und bedeutet „Wiederherstellung, Wiedereinsetzen“.

In der Mitte des 19. Jahrhunderts war damit die Betreuung der „heilbaren Armen“ gemeint mit dem Ziel, die frühere Stellung und persönliche Würde dieser Menschen wiederherzustellen. Erst im Laufe des 19. Jahrhunderts wandelte sich die Bedeutung des Begriffs.

Für die erste gesetzliche Grundlage zur Wiedereingliederung behinderter Menschen, dem so genannten „Krüppelfürsorgegesetz“, wurde der Begriff Rehabilitation allerdings nicht verwendet. Erst in den nachfolgenden Gesetzen, z.B. in dem Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 (geänderte Fassung 1994) und im Pflegeversicherungsgesetz von 1994, das die Grundsätze „Rehabilitation vor Rente“ und Rehabilitation vor Pflege“ festschreibt, taucht der Begriff wieder auf.

1970 hat die Bundesgemeinschaft für Rehabilitation sinngemäß folgende Definition vorgelegt:

Rehabilitation: Gesamtheit aller erforderlichen Maßnahmen, um Menschen mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung bzw. drohender Behinderung und Menschen, die die Behinderung oder deren Folgen nicht selbst überwinden können, zu helfen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu entfalten und einen entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu finden. Dazu gehört vor allem die Teilnahme am Arbeitsleben⁴⁵.

Die Rehabilitation umfasst im modernen Verständnis heute weit mehr als nur die Eingliederung in das Erwerbsleben. In den verschiedenen Begriffsbestimmungen spiegelt sich die Erweiterung des Verständnisses von Rehabilitation wieder. So stuft das Schwerbehindertengesetz Behinderte⁴⁶ nicht mehr nur nach der „Minderung der

⁴⁵ Vohs, Winter, (Hrsg.), 1999, S.8-9

⁴⁶ Als Behinderung wird jede Form längerfristig bestehender körperlicher Schädigung, reduzierter geistiger Fähigkeit oder seelischer Gesundheit bezeichnet, die zu Einschränkungen des üblichen Leistungsvermögens führt und die dadurch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt oder erschwert. Somit ist Behinderung ein Phänomen, das sowohl eine intrapersonelle (die Schädigung des Organismus) als auch eine interpersonelle (die Erwartungen und Reaktionen anderer Menschen auf die Schädigung) und eine

Erwerbstätigkeit“ ein, sondern unterscheidet nach dem „Grad der Behinderung“. Somit zielt Rehabilitation demnach auf eine Reduzierung des Grades der Behinderung ab. Im Pflegeversicherungsgesetz nach dem Sozialgesetzbuch (SGB XI) werden zudem rehabilitative Maßnahmen zur Verminderung der Pflegebedürftigkeit eingefordert, so dass auch geriatrische Patienten einen Anspruch auf Leistungen aus der Rehabilitation haben. Das am 01.07.2001 in Kraft getretene „Sozialgesetzbuch (SGB IX) regelt die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in Deutschland.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben die gesetzlich festgelegte Pflicht, medizinische Leistungen zur Rehabilitation zu erbringen, um zum Beispiel Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderungen abzuwenden beziehungsweise zu vermeiden⁴⁷.

Innerhalb der Rehabilitation sind folgende Ansätze zu unterscheiden:

- Medizinische Rehabilitation
- Schulische Rehabilitation
- Berufliche Rehabilitation
- Soziale Rehabilitation.

Es geht bei der Rehabilitation grundsätzlich immer um die somatische, psychische und soziale Wiederbefähigung und Wiedereingliederung des Patienten in Alltag, Arbeit und Gesellschaft. Insofern gehören alle vier Rehabilitationsansätze eng zusammen⁴⁸.

In allen modernen Gesundheitssystemen ist die Rehabilitation eine zentrale Querschnittsaufgabe. Diese betrifft nicht nur die Zusammenarbeit verschiedener medizinischer und sozialer Therapieeinrichtungen und Berufsgruppen, sondern auch die Durchführung interdisziplinärer und multiprofessioneller Behandlungsprogramme mit dem Ziel, chronisch Kranke und Behinderte möglichst wieder in das gesellschaftliche Leben einzugliedern.

systemische (gesellschaftliche Opportunitätsstruktur, z.B. behinderungsgerechte Arbeitsplätze) Komponente enthält. Vgl. Siegrist, 2005, S. 304-305

⁴⁷ Vgl. Preusker, 2005, S.11

⁴⁸ Vgl. Vobs, Winter,1999, S. 8ff.

Die Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation lassen sich wie folgt klassifizieren:

- Sie ist auf chronifizierte Krankheitsverläufe ausgerichtet
- Sie ersetzt bzw. ergänzt akutmedizinisch – kurative Interventionen
- Sie wendet übende und verhaltensverändernde Maßnahmen an
- Sie zielt auf Wiederherstellung von Funktions- und Erwerbsfähigkeit
- Sie wird durch Maßnahmen der Nachsorge (Nahtlosigkeit und Kontinuität) ergänzt
- Sie erfolgt stationär, teilstationär oder ambulant, wobei die Nachsorge wohnortnah organisiert werden sollte⁴⁹

2.2.3.1 Entwicklung der Rehabilitation

Die Rehabilitation ist in den letzten 10 Jahren wesentlich durch Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen geprägt worden. Dabei hat das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) von 1996 die größten Veränderungen gebracht. Für die Rehabilitation der Rentenversicherungsträger wurde dabei ein Globalbudget eingeführt, das im Vergleich zum Vorjahr um ein Viertel gekürzt wurde.

Die Zahl der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen ist in der Zeit von 1995 bis 2002 von 1373 um rund 2% auf 1343 gesunken⁵⁰.

Auch kann man an der Bettenauslastung den Einschnitt des WFG deutlich erkennen. Lag die Bettenauslastung 1996 noch bei 83,2% hat sie im folgenden Jahr nur noch 62,3% betragen⁵¹. Insgesamt ist die Bettenauslastung in diesem Bereich von 1995 bis 2002 von 88,7% auf 77,3%, also um 11,4 % gefallen.

Die Regeldauer einer Maßnahme wurde auf drei Wochen festgesetzt und der Zeitraum der Wiederholung einer Maßnahme wurde nach Inkrafttreten des WFG von drei auf vier Jahre erhöht.

⁴⁹ entnommen, Siegrist, 2005, S.305-306

⁵⁰ Statistisches Bundesamt, 2005

⁵¹ ebda, 2005

Die durchschnittliche Dauer rehabilitativer Maßnahmen ist in den letzten Jahren gesunken. 1995 haben noch 72% der Maßnahmen 4 Wochen (25-31 Tage) gedauert und 2% der Maßnahmen 3 Wochen (18-24 Tage).

2002 haben 44% der Maßnahmen 3 Wochen und 44% der Maßnahmen vier Wochen gedauert⁵². So hat sich im Durchschnitt die Verweildauer von 1995 bis 2002 von 31 Tagen auf 25,5 Tage verringert⁵³.

Mit dem Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Reform 2000) sind viele der Veränderungen des WFG abgeschwächt bzw. zurückgenommen worden. So sind z.B. die Zuzahlungen für stationäre Rehabilitationseinrichtungen auf das Niveau der Zuzahlungen für Krankenhausbehandlungen abgesenkt worden. Die dreiwöchige Regeldauer ist durch indikationsspezifische Regeldauern ersetzt worden und die Budgetdeckelung in der Rehabilitation wurde an die Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt. Weiterhin wurde die Ausgestaltung der internen Qualitätssicherung in die Hände der unmittelbaren Vertragspartner gelegt.

Im Juli 2001 erschien das neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) über die „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. Mit diesem Buch ist das Recht der Rehabilitation behinderter Menschen weiterentwickelt und zusammengefasst worden. In diesem Buch sind die Zuständigkeiten und Leistungsvoraussetzungen bezüglich der Rehabilitation der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Unfallversicherung festgeschrieben worden. Hier findet sich jetzt der Rahmen für die Art und Ausführung dieser Maßnahmen. Neben der ordnenden Funktion wurden auch weitere Neuerungen eingeführt. Versicherte können jetzt im Rahmen eines persönlichen Budgets Geld- und Sachleistungen beziehen und sich Hilfen selbst organisieren bzw. organisieren lassen.

⁵² Reimann, 2003

⁵³ Statistisches Bundesamt, 2005

In der medizinischen Rehabilitation⁵⁴ haben sich die Rahmenbedingungen auch wesentlich durch die Programme zur Qualitätssicherung verändert. Mit den Programmen zur Gesetzlichen Rentenversicherung, Beginn 1994 und der Gesetzlichen Krankenversicherung, Beginn 2000, haben die beiden größten Träger rehabilitativer Leistungen weit reichende Systeme zur Qualitätssicherung gestartet. Die QS-Programme werden wissenschaftlich begleitet und im Blick auf Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität⁵⁵ beurteilt. Seit 2004 gibt es ein gemeinsames QS- Programm der GKV und der GRV für den Bereich der ambulanten Rehabilitation. Hinsichtlich der wissenschaftlichen Begleitung und dem großen Ausmaß der Implementierung sind die QS-Programme der Rehabilitation weiter fortgeschritten als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens⁵⁶.

2.2.3.2 Medizinische Rehabilitation

Den quantitativ größten Anteil aller Rehabilitationsmaßnahmen bilden die medizinischen Rehabilitationsleistungen. Hierbei stehen im Vordergrund die stationären Heilmaßnahmen in Rehabilitationskliniken. Sie werden in Deutschland bei rentenversicherten Berufstätigen von der Gesetzlichen Rentenversicherung⁵⁷, bei den übrigen Gruppen von der Gesetzlichen Krankenversicherung⁵⁸ getragen. Neuere Konzepte der teilstationären oder ambulanten Rehabilitation werden zunehmend propagiert, obwohl entsprechende interprofessionelle Versorgungsstrukturen und Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern bisher auf Modellprogramme⁵⁹ und einzelne wenige Integrierte Versorgungsverträge⁶⁰ beschränkt blieben.

⁵⁴ Vgl. Kap2.2.3.2 Medizinische Rehabilitation

⁵⁵ Vgl. Kap. 2.6 Gesundheitswesen und Qualität

⁵⁶ Vgl. Jäckel & Farin, 2004, S.47ff.

⁵⁷ Vgl. Kap. 2.2.3.2.3.1 Gesetzliche Rentenversicherung

⁵⁸ Vgl. Kap.2.2.3.2.3.2 Gesetzliche Krankenversicherung

⁵⁹ Vgl. Kap.4.1 Strukturverträge / Modellvorhaben

⁶⁰ Vgl. Kap 4.5 Integrierte Versorgung

2.2.3.2.1 Stationäre Rehabilitation

Der stark ausgebaute Sektor der stationären medizinischen Rehabilitation bildet im deutschen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich ein besonderes Kennzeichen. Dieses System wurde in Zeiten der Vollbeschäftigung von den Trägern der Gesetzlichen Rentenversicherung sowie durch den Aufbau eigener Rehabilitationskliniken sowie durch das Abschließen von Behandlungsverträgen mit privaten Klinikträgern großzügig gefördert, ohne das jemals eine evidenzbasierte Indikationsstellung bzw. ein systematischer Wirkungsnachweis erfolgte. Immer noch werden jährlich ca. 1,5 Millionen Maßnahmen medizinischer Rehabilitation in Form von stationärer Heilbehandlung durchgeführt⁶¹. Hierzu stehen ca. 1400 Rehabilitationskliniken zur Verfügung.

Exkurs:

Rehabilitationsklinik ist ein umgangssprachlich eingesetzter Begriff für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Das Statistische Bundesamt definiert den Begriff der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wie folgt:

„Krankenhäuser die nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) einschließlich der in den §§ 3 und 5 des KHG genannten Krankenhäuser und Einrichtungen, soweit sie zu den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs.2 SGB V gehören. Nach dem umfassenden Krankenhausbegriff des § 2 Nr.1 KHG handelt es sich demnach um Einrichtungen,

- in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung
- der Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie,

⁶¹ Vgl. Siegrist, 2005, S. 306ff.

ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, verbessert und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte geholfen werden soll und

- in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können⁶².

Der unter gegenwärtig starkem Kostendruck und wachsender kritischer Evaluation stehende medizinische Rehabilitationsbereich wird in naher Zukunft verstärkt schwerer Kranke, frühzeitig aus den Akutkrankenhäusern entlassene Patienten aufnehmen und damit sein Leistungsangebot modifizieren müssen. Dementsprechend ist zu erwarten, dass die genuinen Rehabilitationsstrukturen vermehrt in teilstationären oder ambulanten Organisationsformen etabliert werden.

2.2.3.2.1.1 Anschlussheilbehandlung

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme der Gesetzlichen Krankenversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung die direkt im Anschluss oder innerhalb von 14 Tagen nach einer stationären Behandlung erfolgt wird als Anschlussheilbehandlung bezeichnet. Sinn ist der zeitnahe Übergang von der Akutbehandlung in die stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Für den Begriff Anschlussheilbehandlung lässt sich auch der Begriff Anschlussrehabilitation verwenden. Durch eine Anschlussheilbehandlung soll der Patient krankheitsbedingte Fähigkeiten und Funktionen zurück erlangen bzw. sollen diese möglichst weitgehend kompensiert werden.

⁶² Statistisches Bundesamt, 2003, Fachserie 12, Reihe 6.2.2., S.3

2.2.3.2.2 Teilstationäre und ambulante Rehabilitation

Wesentliche Ziele der Rehabilitation chronischer Erkrankungen wie z.B. das Wiedergewinnen der Autonomie oder die Wiedereingliederung in Beruf und Familie können durch teilstationäre und ambulante ebenso gut wie durch stationäre Maßnahmen erreicht werden, wenn entsprechend qualifizierte Teams für die Zusammenarbeit zur Verfügung stehen.

In der ambulanten Rehabilitation hat es seit Mitte der 90er Jahre in Deutschland große Entwicklungen gegeben. Die Gesetzlichen Krankenkassen haben 1994 mit der ambulanten orthopädisch-traumatischen Rehabilitation (AOTR) eine ambulante Maßnahme entwickelt, die bis 2001 durchgeführt wurde. Etwa zur gleichen Zeit sind von der Gesetzlichen Rentenversicherung verschiedene Modellvorhaben zur nicht-stationären Rehabilitation gestartet worden, die sich an einem umfassenden, der stationären Rehabilitation entsprechenden Therapiekonzept orientiert haben. Der Schwerpunkt lag hier bei den Krankenkassen und bei den Rentenversicherungsträgern zunächst auf orthopädischen Angeboten.

Die Bundesgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat 2000 mit den „Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation“ sowohl indikationsübergreifende als auch indikationsspezifische Anforderungen an Einrichtungen formuliert, die ambulante Rehabilitationen durchführen. Diese Rahmenempfehlungen beinhalten ein ambulantes Rehabilitationskonzept an denen Rentenversicherung und Krankenversicherung mitgearbeitet haben.

In der Entwicklung der ambulanten Rehabilitation lag der Anteil der durchgeführten Maßnahmen 1995 noch bei 0,3%⁶³. Im Jahr 2003 ist der Anteil ambulanter bzw. teilstationärer Maßnahmen auf 6,7%⁶⁴ gestiegen. Für die orthopädische Rehabilitation wird in Ballungsgebieten inzwischen ein Anteil von 25% ambulanter Rehabilitation angenommen⁶⁵.

⁶³ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1996

⁶⁴ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2004

⁶⁵ Clade, 2005, S. 21ff.

Die ambulante und teilstationäre Rehabilitation ist immer noch stark durch orthopädische Angebote geprägt. Mit einem Anteil von 54%⁶⁶ im Jahr 2003 kommt mehr als die Hälfte der durch die Rentenversicherungsträger finanzierten Maßnahmen aus diesem Indikationsbereich.

2.2.3.2.3 Träger der medizinischen Rehabilitation

Zur Rehabilitation umfassen die gesetzlich definierten Leistungen medizinische Behandlung einschließlich Heil- und Hilfsmittel, berufsfördernde Leistungen sowie Leistungen zur allgemeinen sozialen Wiedereingliederung. Im Sozialgesetzbuch (SGB IX) in novellierter Form ist neuerdings das gesamte soziale Rehabilitationsrecht in Deutschland zusammengefasst⁶⁷.

Das Ziel medizinisch- rehabilitativer Maßnahmen ist die Vermeidung bzw. Beseitigung oder Reduktion erworbener chronischer Gesundheitsschäden. Eine klare Grenzziehung zwischen ambulanter oder stationärer Therapie (Kuration) und Rehabilitation ist oftmals nicht möglich, es ergeben sich jedoch Grenzziehungen aus der unterschiedlichen Zuständigkeit von Kostenträgern. Hauptträger der Stationären Rehabilitation sind die Gesetzliche Renten- und die Gesetzliche Krankenversicherung.

⁶⁶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2004

⁶⁷ Vgl. Kap. 2.2.3.1 Entwicklung der Rehabilitation

2.2.3.2.3.1 Gesetzliche Rentenversicherung

Das WFG hat in den letzten zehn Jahren die Entwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung geprägt. Von 1995 bis 2003 ist die Zahl der durchgeführten Reha-Maßnahmen um 9% zurückgegangen.

Das durchschnittliche Alter bei Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen der GRV hat sich über die Jahre kaum verändert. 1995 lag das durchschnittliche Alter bei 49,5 und im Jahr 2003 bei 49,9 Jahren⁶⁸.

Innerhalb der Altersgruppen hat es hier jedoch deutliche Verschiebungen gegeben. Der Anteil der über 60-jährigen ist von 10% (1995) auf 17% (2003) gestiegen und der Anteil der 55- bis 60-jährigen von 27% (1995) auf 18% (2003) gesunken. Auch in den absoluten Zahlen spiegelt sich die Entwicklung wieder. Die Gruppe der über 60-jährigen ist die mit der größten Steigerung von 1995 bis 2003. In dieser Gruppe sind die Reha-Maßnahmen von 92899 auf 128241 gestiegen, das entspricht einer Steigerung von 38%⁶⁹.

2.2.3.2.3.2 Gesetzliche Krankenversicherung

In der Gesetzlichen Krankenversicherung haben sich die Aufwendungen für Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen im Vergleich von 1995 bis 2003 in absoluten Zahlen kaum verändert⁷⁰. Wurden 1995 von den Gesetzlichen Krankenversicherungen noch 2,6 Mrd. € für rehabilitative und Vorsorgeleistungen aufgewendet waren es im Jahr 2003 2,57 Mrd. €

⁶⁸ Statistisches Bundesamt, 2005

⁶⁹ Vgl. Clausing, in: Preusker (Hrsg.), 2005, S.2.ff.

⁷⁰ Statistisches Bundesamt für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004

2.2.3.3 Berufsfördernde Maßnahmen

Berufsfördernde Maßnahmen beziehen sich auf Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsfindung und Umschulung. Die Bundesagentur für Arbeit ist Hauptträger dieser Maßnahmen. Zu den Einrichtungen beruflicher Rehabilitation gehören Berufsbildungs- und Förderungswerke sowie Werkstätten für Behinderte.

2.2.3.4 Maßnahmen sozialer Rehabilitation

Maßnahmen zur sozialen Rehabilitation sind derzeit gesetzlich wenig entwickelt und wenig abgesichert. Zu ihren Einrichtungen zählen u.a. Beratungsstellen, Tageskliniken, Wohnheime sowie Übergangseinrichtungen.

2.2.4 Probleme der Dreigliederung

Im deutschen Gesundheitssystem bestehen wie eingangs dieser Arbeit schon angeklungen, Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen, die eine Integration medizinischer Versorgung erschweren und zusätzlich vermeidbare Kosten verursachen.

Dabei liegt die Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems in der Heterogenität und Vielfalt der für die Patientenversorgung zuständigen Leistungserbringer. Im Bereich der niedergelassenen Ärzte werden Haus- und Fachärzte unterschieden.

Der stationäre Sektor, welcher u.a. eine fachärztliche Leistung durch Angestellte im Krankenhaus bereitstellt, unterscheidet sich durch seine Ausprägungen vom ambulanten Sektor.

Auch im Bereich der Rehabilitation werden eigene Zielstellungen verfolgt, die meistens nicht auf den vorherigen stationären Aufenthalt aufbauen.

Diese unterschiedlichen Zielstellungen der verschiedenen Interessengruppen tragen zur Desintegration der Gesundheitsversorgung bei.

Ein weiterer Grund liegt in einer mangelnden Kooperation, da sich die Leistungserbringer als Konkurrenten empfinden.

Zusammengefasst ist die Arbeitskultur im deutschen Gesundheitssystem durch Einzelinteressen und Optimierung von Teilbereichen der Versorgungslandschaft geprägt. Eine Bereitschaft zur ganzheitlichen Optimierung der Versorgungsprozesse im Sinne integrativer Versorgung ist durch die gegebenen Anreizstrukturen nur schwer zu vermitteln.

An folgenden Beispielen wird diese Problematik verdeutlicht:

Es erweisen sich z.B. Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung als dysfunktional zwischen behandelnden Ärzten (z.B. Warten auf Arztbriefe nach Krankenhausentlassung), bezüglich des Vermeidens unnötiger Untersuchungen und Kosten (z.B. doppelte Diagnostik) oder bezüglich der Verzögerung von Behandlungsschritten (z.B. Einleitung eines Rehabilitationsverfahrens). Weitere Kritikpunkte bilden auch die Behandlungsdiskontinuität infolge Einschränkung des Belegarztsystems in Krankenhäusern sowie mangelnde Verlaufskontrollen stationär eingeleiteter Therapiemaßnahmen (z.B. in Form von katamnestischer Studien).

Dieses lässt sich auf das deutsche Gesundheitssystem für die Zukunft betrachtet nur durch eine verstärkte Integration von Institutionen und Berufsgruppen bewältigen. Dieses setzt ein Denken in Zusammenhängen voraus und bezieht sich auf :

- Die funktional aufeinander aufbauenden Versorgungsbereiche des Gesundheitssystems
- Die Arbeitsteilung und Kooperation zwischen den an der Versorgung beteiligten ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen
- Die Beziehung zwischen ressourcenbezogenem Input und Output (z.B. Gesundheitszustand, Behandlungsergebnisse).

2.3 Gesundheitsmarkt

Im Gegensatz zur herkömmlichen Betrachtungsweise des Gesundheitswesens als Teil eines staatlich regulierten sozialen Sicherungssystems bezieht die Betrachtung des Gesundheitsmarktes vor allem auch die Perspektive eines Wirtschaftsbereiches mit ein, der einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der gesamten Volkswirtschaft leistet.

Der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ hat diesen Paradigmenwechsel insbesondere in seinem 1997 erstatteten Sondergutachten „Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche“⁷¹ eingeleitet. Dort heißt es unter anderem: „Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in der Volkswirtschaft dar. Es dient nicht nur zur Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung von Gesundheit, sondern trägt mit den direkt und indirekt rund vier Millionen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten und den von ihnen erbrachten Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung und vor allem zu wünschenswerten Wirkungen auf den Arbeitsmärkten bei. Unter neuen Finanzierungsmodalitäten und unter wettbewerblichen Bedingungen können steigende Umsätze, Beschäftigungszahlen und Gewinne unter gesamtwirtschaftlichen Aspekten auch im Gesundheitswesen als Erfolgsmeldung gesehen werden. Das sich abzeichnende strukturelle Wachstum verbunden mit dem zunehmenden Anteil älterer Menschen lässt neue Berufe entstehen und öffnet neue Tätigkeitsfelder. Wohlfahrt, Wachstum und Beschäftigung sind die tragenden Zieldimensionen und Wirkungen des Gesundheitswesens“⁷².

⁷¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1997

⁷² Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sondergutachten, S.77

2.4 Steuerung und Planung im Gesundheitswesen

Die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen, die von den Leistungsanbietern des Gesundheitswesens angeboten werden und von den Bürgern in Anspruch genommen werden, ist durch eine Vielzahl von demographischen, wirtschaftlichen und sozialen Determinanten beeinflusst. Die Entscheidungen der Anbieter und Konsumenten dieser Güter entwickeln sich aus einem Zusammenspiel von z.B. ökonomischen und verhaltensbezogenen Einflüssen. Eine eindeutige Zuordnung der Determinanten in Richtung einer angebots- bzw. nachfrageseitigen Beeinflussung der Inanspruchnahme der Gesundheitsgüter ist hier nicht möglich. Ein steigendes Volkseinkommen erzeugt eine quantitativ und qualitativ bessere Ausstattung mit Personal und Sachkapital. Dabei erhöhen sich mit steigendem Lebensstandard aber auch die Ansprüche der Versicherten gegenüber dem Angebot an Gesundheitsleistungen.

Die wesentliche Aufgabe des Gesundheitsmarktes ist nun darin zu sehen, dass die Angebots- und Nachfrageströme so gesteuert werden, dass eine optimale Ressourcenallokation erreicht wird. Das bedeutet, die Gesundheitsgüter so einzusetzen, dass die bestehenden Bedürfnisse, die im Verhältnis zu den Gütern einen weitaus größeren Umfang haben, optimal befriedigt werden.

In einer Marktwirtschaft erfolgt die Steuerung von Angebot und Nachfrage über den Preis. Bei der Analyse des Gesundheitssystems ist festzustellen, dass der Preismechanismus so gut wie ausgeschlossen ist. Das bedeutet, dass die derzeitigen Steuerungsmechanismen im Gesundheitssystem anderen Regeln folgen müssen.

Diese sind derzeit:

- Planung
- Gruppenverhandlung und
- Verhaltensabstimmung.

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Steuerung unter dem Terminus „Krankenhaus(bedarfs)planung“⁷³ realisiert. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) schreibt in § 6 (Krankenhausplanung und Investitionsprogramme) für die Krankenhauslandschaft vor, dass die Länder zur Verwirklichung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern u.a. Krankenhaus- und Investitionsprogramme aufstellen müssen. Mittels dieser Pläne wird versucht das Angebot an Krankenhäusern dem Bedarf anzupassen. Das Ziel der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung soll mit dieser Krankenhausplanung nach § 1 KHG erreicht werden.

Eine weitere Aufgabe der Krankenhausplanung ist es, das Krankenhauswesen so zu entwickeln, dass der Bedarf der Bevölkerung nach Leistungen jederzeit zu sozial tragbaren Preisen befriedigt werden kann. Die Gewährung staatlicher Mittel ist von der Aufnahme in den Krankenhausplan abhängig. Dieser liegt im Hoheitsbereich der Bundesländer.

⁷³ Von den Bundesländern werden im Rahmen der Krankenhausplanung aufzustellende Rahmenpläne für die Vorhaltung von Krankenhausleistungen bzw. von Krankenhäusern in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich geplant. Dabei werden die Krankenhäuser nach Versorgungsstufen eingeteilt. Die Versorgungsbereiche werden nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität erfasst. Leistungsstrukturen, Planbettzahlen und Behandlungsplätze werden darauf aufbauend festgelegt. Die Bundesländer verwirklichen mit der Krankenhaus(bedarfsplanung) ihren Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung der Bevölkerung.

2.4.1 Stationäre Versorgung

Kernstück der Entscheidungsabläufe ist die Ermittlung des zukünftig zu erwartenden Bedarfs an Krankenhausleistungen und seiner regionalen Verteilung.

Die Umsetzung der Planungen geschieht in mehreren Stufen. In der ersten Stufe werden die Kapazitäten disziplin- und regionenbezogen festgelegt. In der zweiten Stufe erfolgt die Zuordnung von Teilkapazitäten zu Versorgungsstufen (vertikale Differenzierung) und Krankenhäusern (horizontale Differenzierung)⁷⁴.

Die Zulassung der Krankenhäuser nach den §§ 108-110 SGB V erfolgt durch den Versorgungsvertrag, welcher gemeinsam von den Verbänden der Ersatzkassen und den Landesverbänden der Krankenkassen mit dem Krankenhausträger abgeschlossen wird.

Bei Hochschulkliniken und Plankrankenhäusern gilt die Aufnahme in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes beziehungsweise die Aufnahme der zugehörigen Hochschule in das Hochschulverzeichnis als Abschluss eines Versorgungsvertrages, das jeweilige Krankenhaus ist damit zugelassen. Damit ist auch die Zulassung für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich. Somit unterliegen die Krankenkassen insofern einem Kontrahierungszwang.

2.4.2 Rehabilitative Versorgung

Für den Bereich der Rehabilitation gelten andere Regelungen: Hier gibt es die beschriebene Automatik der Aufnahme in den Landeskrankenhausplan und damit den Zwang zum Abschluss eines Versorgungsauftrages nicht. Vielmehr muss jede Rehabilitationsklinik mit den verschiedenen Krankenkassen-Verbänden Versorgungsverträge bzw. Belegungsvereinbarungen schließen.

⁷⁴ Vgl. Haubrock, Schär (Hrsg.), 2002. S. 29ff.

2.4.3 Ambulante Versorgung

Im Rahmen der ambulanten Bedarfsermittlung gelten zunächst die Regelungen des Gesetzes zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung vom 01.01.1987. Mit der Einführung des Sozialgesetzbuches V (SGB V) zum 01. Januar 1989 sowie der Ergänzungen gelten die Regelungen der §§ 98 bis 105 des Gesetzes. So haben nach § 99 SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie im Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der von den Bundesausschüssen erlassenen Richtlinien auf Landesebene zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Bedarfsplan aufzustellen und der Entwicklung jeweils anzupassen.

Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen nach Maßgabe des § 103 SGB V fest, ob eine Überversorgung vorliegt. Hierbei orientieren sich die Ausschüsse an den Richtlinien, die zwischen den Krankenkassen und den Ärzten beschlossen worden sind. Wenn der bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 % überschritten ist spricht man von einer Überversorgung. Der bedarfsgerechte Versorgungsgrad ergibt sich aus dem numerischen Verhältnis von Ärzten zur Einwohnerzahl. Liegt eine Überversorgung vor werden vom Landesausschuss nach § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen angeordnet um den Anstieg der Arztzahlen einzudämmen. Zulassungsbeschränkungen sind hierbei räumlich zu begrenzen und arztgruppenspezifisch und unter angemessener Berücksichtigung der Besonderheiten bei den Kassenarten anzuordnen. Aufgehoben werden Zulassungsbeschränkungen wenn die Überversorgung entfällt.

Bei einer Unterversorgung⁷⁵ ist es die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung diese in einer angemessenen Frist abzubauen. Von einer Unterversorgung spricht man, wenn in der allgemeinärztlichen Versorgung der Bedarf um 25 % und in der fachärztlichen Versorgung der Bedarf um 50 % unterschritten wird.

⁷⁵ Unterversorgung wird vom „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion“ wie folgt definiert: „Die teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs. Obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem Netto-Nutzen und bei medizinisch gleichwertigen Leistungsalternativen in effizienter Form, also i. e. S. „wirtschaftlich“, zur Verfügung stehen, ist eine Unterversorgung“. (Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III: „Über-, Unter- und Fehlversorgung“, Gutachten 2000/2001, Ausführliche Zusammenfassung, S. 31)

Eine weitere wichtige Größe im Zusammenspiel der Kostenträger und der Anbieterseite ist die Gruppenverhandlung. Hier werden in den Vertragsverhandlungen die Kompetenzen von der Versicherten-/Arzzebene (Mikroebene) durch Sozialwahlen auf die Verbandsebene (Makroebene) übertragen. Die Verbandsebene verhandelt im Sinne ihrer Mitglieder.

Die Gesundheitsreformgesetzgebungen von 1989, 1993, 1997 und 2000 lassen den Trend erkennen, wichtige Entscheidungen der Selbstverwaltungsorgane auf die höchste Verbandsebene zu verschieben. Ein Indiz für diese Entwicklung sind die zweiseitigen (§112 SGB V) und die dreiseitigen (§115ff. SGBV) Verträge. Im Rahmen dreiseitiger Verträge zwischen Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhausseite sind u.a. Regelungen über die Leistung „Ambulantes Operieren“ vereinbart worden. Diese Kollektivverträge haben bindende Wirkung für die Betroffenen. Im Rahmen von zweiseitigen Verträgen sind z.B. die Preise für Sonderentgelte und Fallpauschalen festgelegt worden.

In diesen Kontext passen auch die Vorschriften des GKV-Reformgesetzes vom 01. Januar 2000, die z.B. die Festlegung von Qualitätsnormen nach den §§ 137 ff. SGB V den Bundesvertretern der Krankenhäuser, der Krankenkassen, der Ärzte sowie der Pflegeverbände übertragen hat.

Im Rahmen des Krankversicherungskostendämpfungsgesetzes wurde die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ ins Leben gerufen. Die Vorstellung war, im Rahmen eines Runden- Tisch- Gesprächs alle wesentlichen Berufsgruppen des Gesundheitswesens auf eine vom Staat mit beeinflusste gesundheits- und finanzpolitische Richtung festzulegen. Mit der gemeinsam erarbeiteten Orientierung soll u.a. die Schere zwischen der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der Krankenkassen geschlossen werden. Die Einzelheiten werden in den §§ 141, 142 SGB V für die Arbeit der Konzertierten Aktion geregelt.

Zwei wesentliche Komplexe sind Aufgaben der Mitglieder der Konzertieren Aktion:

- Entwicklung von Orientierungsdaten und
- Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit⁷⁶.

2.5 Finanzierung des Gesundheitswesens

Das deutsche Gesundheitssystem dient der Versorgung und Versorgungssicherheit der Bevölkerung im Krankheitsfall.

Neben privaten⁷⁷ und sonstigen Sicherungssystemen⁷⁸ spielt hierbei die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)⁷⁹ mit 90% der Versicherten die größte Rolle. Dieses hat auch den größten Ausgabenanteil zur Folge.

2.5.1 Die Gesetzliche Krankenversicherung

Die seit 1883 bestehende Soziale Krankenversicherung ist durch das Solidaritätsprinzip (Solidarität vor allem zwischen jung und alt, gesund und krank, kinderreich und kinderlos) und eine Pflichtversicherung gekennzeichnet. Hierbei sind Pflichtversicherte Erwerbstätige, deren regelmäßiges Einkommen eine bestimmte Höhe (Pflichtversicherungsgrenze) nicht überschreitet. Darüber hinaus existiert eine

⁷⁶ Vgl. Haubrock, in: Haubrock, Schär, (Hrsg.) 2002, S. 17ff.

⁷⁷ In der Privatversicherung sind Versicherte mit einem risikoabhängigen Beitrag versichert. Zwischen den Leistungserbringern und den Versicherten erfolgt ein Austausch medizinischer Dienstleistungen gegen Geld. Das vom Versicherten bezahlte Geld wird nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen vom Versicherer zurückerstattet.

⁷⁸ Z.B. Renten- und Unfallversicherung, Sozialhilfe, Beihilfe, Heilfürsorge von Bundeswehr und Polizei

⁷⁹ Krankenversicherungen im Sinne des SGB V sind Betriebskrankenkassen (BKK), Ortskrankenkassen (AOK), Ersatzkassen der Angestellten und Arbeiter (VdAK), Innungskrankenkassen (IKK), Landwirtschaftskasse, Bundesknappschaft und Seekasse.

Beitragsbemessungsgrenze⁸⁰, die als der höchste Einkommensanteil definiert ist, von dem die prozentualen Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung einbehalten werden. Darüber hinaus werden keine Beiträge mehr einbehalten.

Zu den wichtigsten Grundsätzen der Sozialversicherung gehört auch die Mitversicherung der Familienangehörigen. Es bleiben auch Rentner nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben weiterhin Mitglieder in der Sozialversicherung. Da die Wahl der Krankenkasse den Versicherten prinzipiell offen steht, variiert der Beitragssatz entsprechend der Risikostruktur ihrer Versicherten. Über den so genannten Risikostrukturausgleich wird versucht, die finanziellen Belastungen und das Leistungsspektrum zwischen den verschiedenen Kassen auszugleichen.

Der 1994 durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte Risikostrukturausgleich (RSA) sollte im Vorfeld der Einführung der Kassenfreiheit gleiche Chancen im Wettbewerb unter den Krankenkassen um die Versicherten garantieren. Durch den Risikostrukturausgleich sollen insbesondere die finanziellen Folgen von historisch gewachsenen unterschiedlichen Mitgliederstrukturen der verschiedenen Krankenkassen untereinander ausgeglichen werden. Dazu wird ein Vergleich der Finanzkraft der Kassen mit ihrem Beitragsbedarf vorgenommen. Die Finanzkraft ergibt sich aus den beitragspflichtigen Einnahmen, die mit dem so genannten Ausgleichsbedarfssatz multipliziert werden. Darunter versteht man das Verhältnis der Beitragsbedarfssumme aller Krankenkassen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder.

Zwischen den einzelnen Kassen besteht ein Wettbewerb um Mitglieder, wobei neben den Regelleistungen auch vereinzelt Mehrleistungen zu Wettbewerbszwecken erbracht werden. Seit Öffnung der Gesetzgebung im Rahmen integrierter Versorgungsverträge hat der Aspekt des Wettbewerbs der Gesetzlichen Krankenkassen untereinander eine andere Dimension angenommen.

⁸⁰ In der gesetzlichen Krankenversicherung wie allgemein in der Sozialversicherung wird der Beitrag bisher als prozentualer Anteil des Arbeitsentgeltes des Mitgliedes berechnet. Dabei müssen jedoch bestimmte Einkommens - Höchstgrenzen berücksichtigt werden, bis zu denen das jeweilige Einkommen für die Berechnung des tatsächlich zu zahlenden Beitrages herangezogen werden darf. Diese Höchst- bzw. Beitragsbemessungsgrenze wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jährlich neu festgelegt.

Gesetzliche Krankenkassen sind historisch aus der genossenschaftlichen Selbstverwaltung hervorgegangen. Sie bilden heute staatsunabhängige Organisationen mit Verbandsstruktur, in der Regel Körperschaften Öffentlichen Rechts, in der Versicherte und Arbeitgeber paritätisch vertreten sind. Geführt werden sie nach den Grundsätzen der Selbstverwaltung. In den letzten hundert Jahren ist der Leistungskatalog der GKV kontinuierlich erweitert worden. 2004 wurde mit der Gesundheitsreform diese Phase beendet. Einige Leistungen wurden seither aus dem Leistungsspektrum herausgenommen und entweder in die Eigenverantwortung der Patienten oder anderer Kostenträger überantwortet. Regelleistungen werden weiterhin von allen gesetzlichen Kassen gewährt, wobei derzeit eine Selbstbeteiligung der Versicherten vorgesehen ist.

Regelleistungen sollen den Versicherten nach den Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und einer erreichbaren medizinischen Qualität in ausreichendem Maße im Rahmen der notwendigen medizinischen Versorgung angeboten werden. Derzeit umfasst das Leistungsspektrum:

- Maßnahmen zur Krankenbehandlung (ärztliche ambulante und stationäre Behandlung sowie zahnärztliche Behandlungen einschließlich Versorgung mit Zahnersatz)
- Versorgung mit Arznei-, Heil-, und Hilfsmitteln
- Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe (bei kurzfristiger Pflegebedürftigkeit)
- Medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsförderung.

Bestimmte Regelleistungen wie das Sterbe- und Entbindungsgeld, Sehhilfen, Krankentransport zur ambulanten Behandlung sowie Kosten für Sterilisationen wurden aus dem Regelleistungskatalog entfernt.

Andere Leistungen wie z.B. Mutterschaftsgeld, Schwangerschaftsabbruch werden in Zukunft nicht mehr über paritätisch finanzierte Beiträge der GKV sondern über Steuermittel finanziert werden müssen. Darüber hinaus werden für einige Leistungen wie

z.B. Zahnersatz, Krankengeld zusätzliche Beiträge von den Versicherten verlangt, sodass diese Leistungen im Grunde nicht mehr paritätisch, sondern nur noch über die Arbeitnehmer finanziert werden.

Die Einnahmen jeder GKV werden von ihr in eigener Verantwortung festgesetzt. Nach den gegenwärtig geltenden Bestimmungen werden die Beiträge vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu je 50 % bezahlt. Damit wirkt sich die Höhe des Versicherungsbeitrags, gegenwärtig ca. 14 % des Bruttolohns, auf die Lohnnebenkosten aus⁸¹.

Das Recht der GKV wird im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. In den § 1 und 2 SGB V sind die Aufgaben definiert:

§ 1:

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgaben, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. ...

§ 2:

„Die Krankenkassen stellen den Versicherten die ... Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung, ... Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapieeinrichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten medizinischen Fortschritt zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen⁸².

2.5.2 Finanzierungsprobleme und Kostenexplosion

Die Auswirkungen der neuen Vergütungsformen im Krankenhaussektor, das Arbeitszeitgesetz und das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) prägen zur Zeit maßgeblich die öffentliche Diskussion. In diesem Zusammenhang stellen sich die Fragen, weshalb es durch den Gesetzgeber zu diesen Reformgesetzen kam, ob sie bereits

⁸¹ Vgl. Siegrist, 2005, S. 324ff.

⁸² SGB V, § 1 und § 2

ausreichend sind und welche sozial-, gesellschafts- und ordnungspolitischen Neuausrichtungen mit diesen Maßnahmen verfolgt werden.

In unserer sozialen Marktwirtschaft führen hohe Ausgaben für das Gesundheitswesen zwangsläufig zu hohen Lohnnebenkosten und damit zur Einschränkung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit. Es entsteht ein hoher Rationalisierungsdruck, da höhere Personalkosten in die Preise kalkuliert werden müssen und somit die Herstellungskosten von Waren und Dienstleistungen verteuern. Wird eine kritische Marke überschritten, führt ein zu teures soziales Sicherungssystem zur Massenarbeitslosigkeit. Eine Konsequenz, mit der wir in Deutschland seit nahezu 10 Jahren konfrontiert werden.

Der Druck auf das deutsche Gesundheitssystem wird in den kommenden Jahren noch weiter ansteigen, weil aufgrund der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung die durch Umlage finanzierte Einnahmeseite der GKV wegbricht. Eine immer größere Gruppe von Leistungsbeziehern steht einer immer kleiner werdenden Gruppe von Beitragszahlern gegenüber.

Innerhalb der Eckpunkte:

- Optimale Gesundheitsversorgung der Bevölkerung,
- Finanzierbarkeit des Systems
- sowie wirtschaftlicher Stabilität und Wettbewerbsfähigkeit

muss in der Bundesrepublik Deutschland ein Gleichgewicht geschaffen werden. Diese Balance zu finden, zu festigen und im Rahmen gesamtwirtschaftlicher Entwicklung zu fördern und weiterzuentwickeln ist eine der größten Herausforderungen, der sich unsere Gesellschaft in den kommenden Jahren zu stellen hat.

Derzeit werden als mögliche Problemlösungskomponenten Ausgabensenkungen über Leistungsreduktion (Rationierung), Heben von Wirtschaftlichkeitsreserven (Rationalisierung) oder eine Kombination aus beiden gesehen.

Bei der Rationierung wird durch den Gesetzgeber festgelegt, welche Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen überhaupt noch finanziert werden dürfen.

Bei der Rationalisierung wird davon ausgegangen, dass die Leistungserbringer durch neue Methoden oder eine effektivere Prozesssteuerung die Leistungen wesentlich wirtschaftlicher erbringen können. Häufig ist dies aber nur mit einem deutlichen Stellenabbau verbunden. Weniger Mitarbeiter müssen die gleiche Leistung erwirtschaften. Jede der denkbaren Alternativen kann zur Folge haben, dass der soziale Frieden gefährdet wird. In dessen Gefolge besteht die Gefahr, dass der Wirtschaftsstandort Deutschland, der im Ausland bisher als relativ sicher und stabil galt, an Attraktivität verliert.

2.5.2.1 Bedeutung der stationären Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

2001 betragen die Gesundheitsausgaben in Deutschland insgesamt 225,9 Mrd. Euro. Mit Abstand stellt hier der Krankenhaussektor den größten Einzelposten bei den Gesundheitsausgaben dar. So wurden im Jahr 2001 allein für stationäre Ausgaben 61,961 Mrd. Euro aufgewandt⁸³. Die Ausgaben erhöhten sich in der Zeit von 1992 bis 2000 um insgesamt 22,4 Mrd. Euro bzw. 35,7%⁸⁴. Die Ursachen des Kostenanstiegs sind vielfältig und sollen im Folgenden dargestellt werden, um fundierte Lösungsansätze für Organisations- und Entscheidungsstrukturen daraus ableiten zu können.

Dieses ist umso wesentlicher, wenn man bedenkt, dass die gesamtwirtschaftliche Bedeutung dieses Sektors nicht nur wegen seiner Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung einen hohen Stellenwert, sondern auch als ein immens hoher Wirtschaftsfaktor zu bewerten ist. So sind Lösungsvorschläge zur Effizienzsteigerung auch unter dem Blickwinkel zu bewerten welche gesamtwirtschaftlichen Effekte damit einhergehen. Hierbei darf auch die Perspektive der Patienten aus Sicht der zu bewertenden Versorgungsqualität nicht vergessen werden.

⁸³ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, 2003

⁸⁴ Vgl. Cordes, Zifonun, 2002, S. 17

2.5.2.1.1 Ursachen für die Ausgabenexplosion im stationären Sektor

Unter diesem Punkt werden punktuell einige wesentliche Ursachen angesprochen, die innerhalb der Versorgungsstrukturen wirken und sich im Ergebnis mit für die Ausgabenexplosion im stationären Sektor verantwortlich machen lassen.

2.5.2.1.1.1 Trennung der Sektoren

Ein Kernproblem der stationären Versorgung in Deutschland ist die starre Trennung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsstrukturen⁸⁵.

Häufig werden Untersuchungen allein deshalb mehrfach durchgeführt, weil der Datenaustausch und die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen nur unzureichend oder auch gar nicht stattfinden.

Dieses soll an einem Beispiel⁸⁶ eines Patienten mit Kniespiegelung verdeutlicht werden.

Der Patient sucht den Hausarzt auf, der den Patienten danach zu einem Spezialisten; in diesem Fall einem Orthopäden überweist. Dieser bestätigt den Befund und überweist den Patienten an das Krankenhaus. Der Patient wird stationär aufgenommen, die notwendige Kniespiegelung findet statt und anschließend wird der Patient entlassen. Gegebenenfalls folgt noch eine nachstationäre Kontrolle.

Schon an diesem einfachen Beispiel wird deutlich welche Mehrkosten ein solches System verursacht. Sowohl der Hausarzt als auch der Orthopäde erhalten für ihre Diagnosen eine Vergütung. Die Untersuchungen werden – u.a. auch aus haftungsrechtlichen Gründen - im Krankenhaus wiederholt, bevor die Kniespiegelung erfolgt. Der Vorgang wird somit wiederholt.

Es wäre auch eine andere Versorgungsvariante denkbar:

Der Patient sucht den Hausarzt auf, der als „Lotse“ fungiert und ihn nach seiner Diagnose zu einem Spezialisten überweist. Dieser bestätigt oder verwirft die Diagnose und

⁸⁵ siehe auch Kap. 2.2.4 Probleme der Dreigliederung

⁸⁶ Vgl. Keller, in: Preusker, 2005, S. 6ff.

behandelt, bzw. spiegelt das Knie in seiner Praxis. Nach der Spiegelung geht der Patient wieder nach Hause und die Leistung des Orthopäden wird durch eine Fallpauschale vergütet.

Schon aus diesem einfach und sehr reduziertem Beispiel wird klar, dass hier Mehrfachuntersuchungen, sowie eine stationäre Behandlung entfallen. Auch mit der Vermeidung von Überweisungen ist in der Regel auch eine schnellere Behandlung möglich.

Aufwendungen in einem System, das bisher keine Anreize für effizientere Leistungserbringung kennt, führen zu beträchtlichen Mehrausgaben, ohne dass die Versorgungsqualität für den Patienten steigt.

2.5.2.1.1.2 Vergütung von Krankenhausleistungen

In der Vergütung von Krankenhausleistungen ist ein weiterer Faktor zu sehen, der im Gefolge zu Rationalisierungsmaßnahmen führt, die sich nachteilig auf die Infrastrukturen und Leistungsfähigkeit der stationären Einrichtungen auswirken können.

Die Höhe der Vergütung orientierte sich in der Vergangenheit an der Grundlohnsummenentwicklung der Bevölkerung. Dadurch bedingt erhöhten sich die Krankenhausbudgets nur in dem Maße, wie sich die allgemeine Grundlohnsumme der Bevölkerung erhöhte. Die Personal- und Sachkosten in den Krankenhäusern steigen jedoch oft schneller als die allgemeine Grundlohnsumme der Bevölkerung. Das bewirkt höhere Kosten im Vergleich zu den Erlösen. Diese Schere bewirkt einen Rationalisierungsdruck, dem nicht in jedem Fall sachgerecht begegnet wird. Aus sozial- und kommunalpolitischen Gründen führt diese Ausgabenschere dazu, dass Ersatzinvestitionen nicht oder zu spät getätigt werden, Restrukturierungsmaßnahmen zu spät eingeleitet und Marktberäumungsprozesse zu spät wirksam oder gar nicht eingeleitet werden⁸⁷.

⁸⁷ Vgl. Trömel, in: Handelsblatt v. 27.11.2002, Nr. 229, S.17

2.5.2.1.1.3 Krankenhausfinanzierung

Die Finanzierung der Krankenhäuser in der Bundesrepublik erfolgt seit 1972 dualistisch. Das heißt: Die Aufwendungen für die Krankenhausleistungen am Patienten werden in der Regel durch die Krankenkassen, die Investitionsaufwendungen der Krankenhäuser dagegen aus Steuermitteln durch die Bundesländer aufgebracht⁸⁸. Die Grundtendenz der rein steuerfinanzierten Investitionspolitik liegt darin, die Steuern tendenziell konsumtiv statt investiv zu verwenden. Das heißt Steuermittel werden immer mehr für die Subventionierung der Defizite bei den Sozialaufwendungen und nicht mehr für dringend benötigte Investitionen der Infrastruktur eingesetzt. Die Investitionsquote sank im Krankenhaussektor von 1972 bis 2001 von 17% auf 9%. Dagegen lag die Investitionsquote in der Industrie im Vergleichszeitraum konstant bei 15% bis 20%. Für das Jahr 2010 geht Bruckenberger für Krankenhäuser in öffentlich- rechtlicher Trägerschaft nur noch von einer Investitionsquote von 4,6% aus. Bei einer momentanen Investitionsquote von 9% kann man davon ausgehen, dass dringend benötigte Investitionen in Gebäude und Sachmittel zurückgehalten werden. Dieser Investitionsstau wirkt sich kostentreibend auf die Personalkosten aus, da unwirtschaftliche Strukturen nicht abgelöst werden können⁸⁹.

2.5.2.1.1.4 Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter

Ein weiteres Problem ist in der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu sehen. Auch hier fehlen Investitionsmittel. Bei Plankrankenhäusern sind es bundesweit im Durchschnitt 40% bis 50% des wirklichen Bedarfs. Eine Studie des Oppenheimer Research bezifferte den Investitionsstau bundesweit mit 30Mrd €⁹⁰. Mittlerweile wird der Investitionsstau auch schon bei 50Mrd € gesehen⁹¹. Eine Folge sind hohe Personal- und Sachkosten aufgrund veralteter Medizintechnik, zu geringer Einsatz moderner

⁸⁸ Vgl. Bruckenberger, 2002, S.2

⁸⁹ Vgl. ebda. S.2

⁹⁰ Vgl. a.a.O. S.15

⁹¹ Müschenich, in: Arnold, Klauber, Schellschmidt, (Hrsg.), 2003, S. 133

Informationstechnologien und hohe Instandhaltungs- und Wartungskosten, da die Investitionsmittel für mögliche Effizienzsteigerungen durch neue Gebäude und moderne Medizintechnik fehlen.

2.5.2.1.1.5 Trägerschaften

Trägerschaften von Krankenhäusern führen zu Wettbewerbsverzerrungen. In Deutschland gibt es unterschiedliche Krankenhausträger die unter sehr verschiedenen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen agieren. Die größten Gruppen sind hier Private-, Öffentliche- und Freigemeinnützige Träger. Über Jahre hinweg wurden Defizite der Krankenhäuser von Gemeinden oder Landkreisen durch hohe Sach- und Investitionskostenzuschüsse subventioniert, deren Finanzierung aus Steuermitteln erfolgt⁹². Begründet wird dieses damit, dass die Kommunalpolitik ein Mitsprache- und Gestaltungsrecht in Fragen der Krankenversorgung bzw. Krankenhausführung wünscht⁹³. Eine echte Deregulierung im Krankenhausmarkt die mit tiefgreifenden Reformen einhergeht ist erst dann zu erreichen, wenn alle Krankenhäuser unter vergleichbaren wettbewerbspolitischen Rahmenbedingungen agieren.

⁹² Vgl. Trömel, in: Handelsblatt v. 27.11.2002, Nr. 229 S.17

⁹³ Vgl. Rocke, in: Das Krankenhaus, 2002, Nr.10, S.779 ff.

2.5.2.1.1.6 Organisationsstrukturen

Organisationsstrukturen in Krankenhäusern sind ein weiterer Kostentreiber. Innerhalb des Krankenhauses unterhält jeder Chefarzt oftmals noch seine eigene Klinik, die alles vorhält. So gibt es einen eigenen Aufnahmebereich, eine eigene Funktionsdiagnostik, eigene OP-Säle, eigene Intensiv-, Intermediate-care- und Normalstationsbereiche. In größeren Krankenhäusern wie z.B. Universitätskliniken werden zusätzlich mehrere chirurgische Abteilungen bzw. Kliniken vorgehalten, ohne dass diese die vorhandene Infrastruktur gemeinsam nutzen. Jede Klinik hat eigene Ambulanzen, Operationssäle und Intensivstationen.

In diesen Bereichen liegt ein enormes Einsparpotenzial da Fragen des Prozessmanagements, bisher erst am Anfang eines dynamischen Entwicklungsprozesses stehen⁹⁴.

2.5.2.1.1.6.1 Klinisches Prozessmanagement

Im Zuge der Einführung des DRG – basierten Fallpauschalen-Vergütungssystems rücken diese Versorgungsprozesse und deren Veränderung stärker in das Bewusstsein der Verantwortlichen. Hierbei spielt das Management klinischer Prozesse (Prozessmanagement) eine immer größere Rolle. Dieses meint neben der Steuerung vor allem die Um- und Neugestaltung sowie eine abteilungsübergreifende Betrachtung sowie Gestaltung, da diese Prozesse die Kernprozesse des Dienstleistungsunternehmens Krankenhaus darstellen. Die Betrachtung der Behandlungs- und Versorgungsprozesse stellt für die Organisation Krankenhaus insofern eine tiefgreifende Neuerung dar, als die Organisationsstruktur bisher vor allem nur abteilungs- bzw. funktionsbezogen betrachtet wurde und sich die Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Teilen der Organisationseinheit Krankenhaus an den Grenzen der Abteilungsstrukturen sowie der

⁹⁴ Vgl. Eichhorn, Greiling, in: Arnold, Klaubergen, Schellschmidt, (Hrsg.), 2003, S. 38ff.

Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Verwaltung) ausrichtete. In dem Sinne bestimmen die Strukturen die Versorgungsprozesse einer Klinik.

Bei der Betrachtung eines Versorgungsprozesses kann aber keine Rücksicht auf starre säulenartige Organisationsstrukturen bzw. die Grenzen zwischen organisatorischen Strukturen oder Berufsgruppen genommen werden. Ein Versorgungsprozess erfordert zwingend die bereichs- bzw. abteilungsübergreifende sowie die berufsgruppenübergreifende Betrachtung, weil ein Patient im Rahmen seines Krankenhausaufenthaltes immer mit verschiedenen Teilen der Organisation Krankenhaus, der Medizin, Pflege und Verwaltung in Berührung kommt. Die Prozesse müssen die Strukturen bestimmen.

Im Management Handbuch Krankenhaus heißt es hier zu dieser neuen Betrachtungsweise: „Der Schlüssel zur Kostensenkung im Krankenhaus liegt nicht nur in der Reduzierung der Kosten, sondern vielmehr in der Veränderung der Organisation eines Krankenhauses. Durch eine intelligente Aufbau- und Ablauforganisation könnten 10 bis 20 Prozent der Kosten reduziert werden, ohne dass die Versorgungsqualität verloren gehen würde. Prozessmanagement bietet durch seine ablaufbezogene Sichtweise einen aktuellen Lösungsansatz. In den Mittelpunkt der Betrachtung rücken die Behandlungsprozesse, die das gesamte Leistungsspektrum eines Krankenhauses erfassen. Die Orientierung auf diese Leistungen kann gleichzeitig eine Zusammenführung der Qualitätsperspektive mit der Kostenseite eines Krankenhauses fördern und einen Blick für Teilprozesse schärfen. Hierbei werden Schnittstellen und Schwachstellen im Behandlungsverlauf sichtbar, die durch Maßnahmen des Krankenhausmanagements beseitigt werden könnten“⁹⁵.

⁹⁵ Zapp, in: Fischer, et.al., 2004, Ziff. 2186, Randziffern 1 und 2

2.5.2.1.1.6.2 Schnittstellenmanagement

Die zentrale Frage im Kontext des Kulturwandels im Krankenhaus ist, wie es zu einer Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen den verschiedenen Organisationseinheiten eines Krankenhauses kommen kann. Durch Einführung von „Behandlungspfaden“ soll erreicht werden, dass im Regelfall bereits mit der Aufnahme Klarheit darüber besteht, welche Behandlungsschritte den Patienten erwarten. Vor der Entlassung wird im Rahmen eines professionellen Entlassungsmanagements festgelegt, was mit dem Patienten nach dem stationären Aufenthalt geschieht. In einem so geplanten Behandlungskonzept kann es zu einer spürbaren Qualitätsverbesserung kommen, obwohl der Patient möglicherweise in unterschiedlichen Abteilungen eines Krankenhauses oder sogar in verschiedenen Versorgungseinrichtungen behandelt wurde. Mit einem solchen systematisch geplanten Verlauf kann folgendes erreicht werden:

- klare, kurze Funktionsabläufe,
- Vermeidung eines innerklinischen Verlegungskarussells,
- Verringerung unnötiger Doppeluntersuchungen,
- Verbesserung des Behandlungserfolgs,
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit und -bindung sowie
- verkürzte Liegezeiten.

Durch die krankheitsorientierte Bündelung des Know-hows der verschiedenen Fachbereiche mit ihren entsprechenden Erfahrungen kommt es zur Entstehung eines Kompetenzzentrums, das zu Qualitätssteigerungen, bezogen auf die o.g. Punkte führt. Damit gewinnt das jeweilige Krankenhaus eine größere Attraktivität für den Patienten⁹⁶.

Eine klare Definition der Kernkompetenz eines Krankenhauses ist verbunden mit einer klaren Definition der Versorgungsstufe. Die Leistungstiefe des Krankenhauses muss klar definiert sein, d.h. jedes Krankenhaus muss einer bestimmten Versorgungsstufe zugeordnet

⁹⁶ Siess, in: Arnold, Klauber, Schellschmidt, (Hrsg.), 2003, S.143 ff.

werden, um die Versorgungsqualität zu verbessern und um Fehlsteuerung von knappen Investitionsmitteln zu vermeiden⁹⁷.

2.5.2.1.1.7 Vergütungssystem

Die Personalkosten im Krankenhausbereich verursachen etwa 70% der Krankenhauskosten. Effizienzsteigerungen in diesem Bereich bewirken in diesem Bereich somit den größten wirtschaftlichen Effekt⁹⁸.

Zum großen Teil werden Mitarbeiter in Krankenhäusern nach dem Bundesangestelltentarif (BAT), heute nach dem TvÖD bezahlt. In den Strukturen dieser Verträge wird der persönliche Einsatz von Mitarbeitern kaum honoriert. Als Schwachstellen sind hier u.a. zu nennen:

- keine Unterschiede in der Vergütungsgruppe, wenn die gleiche Arbeit mit unterschiedlicher Leistungsbereitschaft erbracht wird,
- keine Leistungszu- und -abschläge,
- kaum Honorierung persönlicher Verantwortungsbereitschaft.

Unter Fachleuten werden diese Strukturen als Innovationshemmnis bezeichnet, da er jegliche flexiblere Organisationsstrukturen erschwert und einen wirtschaftlicheren Einsatz von Personal wegen des Fehlens von Leistungsanreizen verhindert. In modernen Vergütungssystemen werden Mitarbeiter am Erfolg des Unternehmens beteiligt. Das führt dazu dass Mitarbeiter sich an den Überlegungen zur Sachkostensenkung, z.B. im Bereich des medizinischen Bedarfs beteiligen. Entsprechend günstig arbeiten Krankenhausketten,

⁹⁷ Eichhorn, Greiling, in: Arnold, Klauber, Schellschmidt, (Hrsg.),2003, S. 38ff.

⁹⁸Vgl. Creutzberg, in: Handelsblatt v. 4.12.2002, Nr. 234, S. 7.

die sich in der Vergütung an solchen Anreizsystemen orientieren und diese in Anwendung bringen⁹⁹.

2.5.2.1.1.8 Qualitätsmängel im Krankenhaus

Im internationalen Vergleich zeigte sich, dass die erreichten Qualitätsstandards und das Niveau des Qualitätsmanagements in Deutschland noch unterentwickelt ist.

Daten zu Behandlungsfehlern sind heutzutage nur partiell verfügbar. Die Zahl vermuteter und angezeigter Behandlungsfehler wird in Deutschland gegenwärtig auf 40000 pro Jahr und die anerkannten Schadensersatzansprüche auf ca. 12000 pro Jahr geschätzt¹⁰⁰.

Genauere Daten liegen nicht vor, weil es einer mächtigen Lobby in der Vergangenheit immer wieder gelang, entsprechende Berichtssysteme über Behandlungsfehler mit dem Datenschutzargument in Frage zu stellen¹⁰¹. Das in Deutschland entwickelte System des Datenschutzes verhindert einen direkten Zugriff auf relevante Gesundheitsdaten. Das Argument des Datenschutzes dient häufig als Scheinargument dafür, die notwendigen Voraussetzungen für mehr Datentransparenz zu schaffen. Standesdenken gepaart mit Datenschutz ist der ideale Nährboden dafür, dass Selbstverständlichkeiten nicht getan und die notwendigen Voraussetzungen für mehr Transparenz nicht geschaffen werden. Beschränkungen im Wettbewerbsrecht, Standesrecht und durch eine überzogene Auslegung von Datenschutzgesetzen werden Leistungsvergleiche zum Teil bewusst erschwert oder gar unmöglich gemacht¹⁰².

Eine weitere häufige Fehlerquelle bei Fehlbehandlungen sind Kommunikations- und Koordinationsdefizite. Der Grund hierfür ist meist eine ineffiziente Prozessorganisation¹⁰³. Es fehlen standardisierte Ablaufpläne und interne Leitlinien. Weiterhin kommt es oft zur Behinderung von Kooperation und Informationsweitergabe, was häufig auf ein mangelndes

⁹⁹ Vgl. Keller, in : Preusker (Hrsg.), 2006, S. 12ff.

¹⁰⁰ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003, S. 56

¹⁰¹ Vgl. ebda., S.56

¹⁰² Vgl. Hauf, <http://trm.web.med.uni-muenchen.de/datzuinf.html>

¹⁰³ Vgl. Kap. 2.5.2.1.1.6.1 Klinisches Prozessmanagement

Schnittstellenmanagement zwischen den beteiligten Organisationseinheiten zurückzuführen ist¹⁰⁴.

Die Kosten, die durch Qualitätsdefizite im Krankenhaus entstehen sind enorm. Vergleiche mit Studien, die in den USA erhoben wurden, auf bundesdeutsche Verhältnisse übertragen, würden zu dem Ergebnis kommen, dass bei rund 16,5 Millionen Krankenhausbehandlungen im Jahre 2001 zwischen 31600 und 83000 Todesfälle aufgrund unerwünschter Ereignisse (adverse events) medizinischer Interventionen im Krankenhäusern stattfinden¹⁰⁵.

2.6 Gesundheitswesen und Qualität

Der Begriff der Qualität schwingt derzeit durch alle Bereiche zu optimierender Strukturen im Gesundheitswesen. Dabei ist es wesentlich, dass es sich im Gesundheitswesen um Dienstleistungen handelt, die als intangible Leistungen einen anderen Anspruch an den Leistungserbringer stellen, als zum Beispiel das Herstellen eines Autos.

Wer Begriffe wie Leistungserstellung einer Klinik oder Rehabilitationsklinik, Qualität, Dienstleistung, Dienstleistungsqualität, Qualitätsmanagement etc. betrachtet, der sollte wissen, wie diese Begriffe benutzt werden, welche Zusammenhänge bestehen und welche impliziten Standpunkte und Konzepte jeweils dahinter stehen.

Dieses Kapitel soll zum Verständnis der Leistungserstellung im Gesundheitswesen und damit auch zur Betrachtung des Qualitätsbegriffs in diesem Bereich beitragen.

¹⁰⁴ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, S.59

¹⁰⁵ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, S. 57ff.

2.6.1 Dienstleistung

Dienstleistungen haben grundsätzlich *immateriellen Charakter*, somit ist die eigentliche Kernleistung nicht greifbar – „intangible“. Das bedeutet jedoch nicht, dass Dienstleistungen ohne Sachleistungsanteile darstellbar wären. Das Ergebnis vieler Dienstleistungen ist zum einen untrennbar mit Sachleistungsanteilen verbunden (z.B. Autoreparatur unter Verwendung von Neuteilen), zum anderen benötigen viele Dienstleistungen zwingend eine Sachleistungsinfrastruktur (z.B. Telekommunikationsleistungen in den Funknetzen D1 und D2), der Sachleistungsanteil macht die Dienstleistung zumindest komfortabler (z.B. Ausstattung eines Sprechzimmers beim Arzt).

Ein weiteres Kriterium einer Dienstleistung ist die *Intangibilität*. So kann die Qualität vor der Erstellung und somit vor dem Kauf nur bedingt sinnlich wahrgenommen werden, in manchen Fällen erschließt sie sich nicht einmal während des Dienstleistungsprozesses oder an dessen Ende. Auch sind Dienstleistungen im Gegensatz zu Sachgütern *unteilbar*, so dass Produktion und Konsumtion simultan erfolgen („uno-actu-Prinzip“); ein Merkmal, das schließlich auch das Kriterium der *Vergänglichkeit* bestimmt. So können Dienstleistungen aufgrund der Gleichzeitigkeit von Herstellung und Verwertung nicht gelagert werden.

Ein direkter Kontakt zwischen Anbieter und Nachfrager ist grundsätzlich erforderlich, wobei hier wie z.B. im Finanzdienstleistungsbereich auch Formen indirekter Kundenbeziehungen zu finden sind. Im Zusammenhang mit einer Dienstleistung spricht man auch von der Notwendigkeit der Integration eines *externen Faktors*. So wird eine Dienstleistung entweder am Kunden selbst oder an einem Gegenstand aus dem Besitz des Kunden durchgeführt. Diese Besonderheit führt zu einem weiteren Kriterium der *Standortgebundenheit*; was bedeutet, dass eine Dienstleistung nicht transportiert werden kann. Auch ist die *Individualität bzw. Variabilität* als Konsequenz aus der Gleichzeitigkeit von Produktion und Konsumtion ein Abgrenzungskriterium, das Dienstleistungen und Sachleistungen trennt. Eine Dienstleistung wird für jeden Kunden jeweils neu erstellt, so

dass sowohl unter statischen als auch unter dynamischen Gesichtspunkten der Leistungsumfang und dessen Qualität individuell verschieden sein kann¹⁰⁶.

Aufgrund der Spezifika von Dienstleistungen führt eine weite Auffassung des Qualitätsbegriffs aus Kundensicht unter Berücksichtigung der Wettbewerbs- und Unternehmensperspektive am weitesten. Dienstleistungen können die zwar an sie gestellten Anforderungen – Produkt bezogen – erfüllen. Werden sie dann aber anderen Anforderungen aus Kundensicht nicht gerecht, so kann nicht von guter Dienstleistungsqualität gesprochen werden. Ein technisch und fliegerisch perfekter Flug kann für einen Geschäftsreisenden von unzureichender Qualität und damit vollkommen wertlos sein, wenn er aufgrund einer Verspätung einen vereinbarten Termin nicht erreichen kann.

Meffert/Bruhn definieren Dienstleistungsqualität wie folgt: „Dienstleistungsqualität ist die Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen und der Kundenbeteiligung bedürftigen Leistung aufgrund der Kundenerwartung auf einem bestimmten Anforderungsniveau zu erstellen. Sie bestimmt sich aus der Summe der Eigenschaften bzw. Merkmale von Dienstleistungen, bestimmten Anforderungen gerecht zu werden“¹⁰⁷.

Nach dieser Definition versteht sich Dienstleistungsqualität als die Beschaffenheit einer Leistung, die ein bestimmtes Leistungsniveau (exzellent bis außerordentlich schlecht) repräsentiert. Erwartungen an das Leistungsniveau werden aus Sicht des Kunden festgelegt. Aus diesem Grund kann ein absoluter Qualitätsbegriff im Dienstleistungsbereich nicht befriedigen, er wird den subjektiven und damit auch relativen Ansprüchen – den Einzelanforderungen an die Beschaffenheit einer Einheit – nicht gerecht¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Vgl. Bruhn, 1996, S. 9-13

¹⁰⁷ Meffert/Bruhn, 1995, S.199

¹⁰⁸ Vgl. Bruhn, 1996, S.26-34

2.6.1.1 Kategorien der Dienstleistungsqualität

Die Mehrdimensionalität dessen, was unter Qualität verstanden wird, macht es notwendig, relevante Kategorien der Dienstleistungsqualität festzulegen, die dadurch bestimmt werden, wie die unterschiedlichen externen Zielgruppen die Qualitätsmerkmale wahrnehmen. Dabei können – ausgehend von der Dienstleistungsdefinition nach Potentialorientierung, Prozessorientierung und Ergebnisorientierung – drei Kategorien unterschieden werden:

- Strukturqualität
Wahrnehmen der Strukturen und Potentiale des Dienstleistungsbetriebes (sachliche und personelle Ressourcen)
- Prozessqualität
Einschätzung der Prozesse der Dienstleistungserstellung
- Ergebnisqualität
Beurteilung des Leistungsergebnisses¹⁰⁹

2.6.1.2 Dienstleistung in der kardiologischen Rehabilitation

In der kardiologischen Rehabilitation finden sich überwiegend Prozesse bilateraler personenbezogener Dienstleistung (z.B. das therapeutische Gespräch, die Visite). Diese Art von Dienstleistung gilt als die klassische Dienstleistung. Durch die Immaterialität der Dienstleistung wird die Objektivierung der Leistung schwierig und eine subjektive

¹⁰⁹ Vgl.Eichhorn, 1997, S.21

Qualitätssicht rückt stärker als z.B. in der industriellen Produktion in den Vordergrund. Somit dominiert eine kundenorientierte Qualitätsperspektive¹¹⁰.

2.6.1.2.1 Exkurs: Leistungserstellung in einer Rehabilitationsklinik

Leistungen einer Rehabilitationsklinik sind zu den Dienstleistungskategorien zu zählen, bei denen der Dienstleistungsbetrieb seine Leistungen vorwiegend am Patienten, dem Hauptkunden der Klinik, erbringt. Im Wesentlichen beruht hier der Leistungsprozess auf der Interaktion zwischen Menschen – der Klinik und seinen Mitarbeitern als Leistungserbringer und dem Patienten als Leistungsempfänger.

Das bestimmende Element beim Vollzug der Dienstleistung bleibt das Personal, obwohl bei Erstellung von Leistungen in mehr oder weniger großem Umfang auch medizintechnische und betriebstechnische Einrichtungen und Ausstattungen eingesetzt werden.

Klinikleistungen lassen sich nur unter Patientenkontakt realisieren. Sie können also nicht auf Vorrat produziert werden, sondern werden auf Abruf erbracht. Diese Leistungen entstehen in einem zeitlich und räumlich synchron verlaufenden Interaktionsprozess zwischen der Klinik und seinen Patienten. Das entscheidende Kriterium ist das unmittelbare Einbeziehen des Patienten in den Prozess der Dienstleistungserstellung. Wenn der Patient die Rehabilitationsklinik verlässt ist die Dienstleistung erbracht. Leistungserstellung und Leistungsnutzen vollziehen sich also *uno acto*¹¹¹.

¹¹⁰ Vgl. Janssen, 1996, S.17

¹¹¹ Vgl. Eichhorn, 1997, S.7

2.6.2 Allgemeiner Qualitätsbegriff

Der Begriff Qualität ist seit dem Altertum bekannt. Er ist ableitbar aus dem lateinischen „qualitas“ und bedeutet soviel wie Eigenschaft oder Beschaffenheit¹¹². Hinter dem Begriff verbirgt sich ein vielschichtiger Komplex von Themen, der in der Literatur weder scharf umrissen wird, noch von einer allgemein anerkannten Lehrmeinung festgelegt ist. Breitausgelegte Definitionen wie „Beschaffenheit eines Gutes“ oder „Qualität ist die Gesamtheit aller Eigenschaften, durch die sich Güter voneinander unterscheiden“ stehen engen Definitionen wie „Qualität als störungsfreie Funktion eines Gutes“ gegenüber.

Früher bezog sich „Qualität“ auf den Zeitpunkt der Inbetriebnahme, heute umfasst „Qualität“ auch die Veränderungen im Verhalten auf Zeit und auch die Zuverlässigkeit.

Qualität wurde bis in die 60er Jahre ausschließlich aus Sicht des Herstellerbetriebes als einwandfreies Funktionieren, gute technische Eigenschaften und eine lange Lebensdauer – verbunden mit Freisein von Fehlern – verstanden. Dementsprechend galt die Einhaltung technischer Normen und Spezifikationen als Maß der Qualität.

Diese Wertigkeit verschob sich in den 70er Jahren. Die Akzentuierung der Qualitätsdefinition richtete sich immer mehr auf die Nutzwerte von Produktion und auch Dienstleistungen. Qualität wird im materiellen Bereich ausgelegt als technische produktbezogene Leistungseffizienz. Sie umfasst dann vielmehr auch die Fähigkeit der Produkte und Dienstleistungen, ein möglichst hohes Maß an subjektivem Nutzen für den Anwender oder Konsumenten zu stiften. Es entscheidet nicht der herstellende Betrieb über die Qualität des von ihm entwickelten und hergestellten Produktes, sondern der Anwender entscheidet, ob und wie sich das Produkt für den vorgesehenen Verwendungszweck eignet. Diese Begriffsdefinitionen wurden im Laufe der Zeit erweitert. Weitere Definitionen wie die Problematik der Qualitätsmessung kamen dazu.

Vergleiche mit technischen Normen und Spezifikationen reichen nicht mehr aus um den Grad der Eignung eines Gutes für den Verwendungszweck allein zu beschreiben, insbesondere dann, wenn es sich um Konsumgüter handelt.

¹¹² Vgl. Linnert, 1992, S.12

Auch wurde die Qualitätsdefinition erweitert. Als Maßstab für die zu beurteilenden Eigenschaften wurde nicht mehr nur der Verwendungszweck eines Produktes oder einer Dienstleistung, sondern der Kunde mit seinen Bedürfnissen herangezogen.

Somit kamen jetzt auch neben technischen Eigenschaften und der Funktion eines Gutes auch weitere Qualitätsdimensionen wie Handhabung und Ästhetik ins Spiel.

Qualität hat nicht nur einen sachlichen Wert, sondern auch einen emotionalen Hintergrund und ist ebenso mit Werten wie Kompetenz, Auftreten, Serviceverhalten, Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit des Dienstleistungspersonals gegenüber dem Kunden verbunden. Das bedeutet, dass es keine absolute, sondern nur eine relative auf den Kunden zugeschnittene Qualität geben kann.

Durch Bestrebungen nationaler und internationaler Organisationen, einheitliche Normen zu erreichen, wurde Qualität in der internationalen Norm DIN EN ISO 8402 wie folgt definiert [ISO 95]:

Qualität: Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen¹¹³.

Qualität soll als Erfüllung der geforderten oder vereinbarten Eigenschaften angesehen werden¹¹⁴. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass der Kunde mit seinen Anforderungen und Wünschen im Vordergrund steht. Somit ist das Streben nach einer dauerhaften Kundenzufriedenheit untrennbar mit dem Qualitätsbegriff verbunden. Die Qualität eines Erzeugnisses oder einer Dienstleistung kann daran gemessen werden, inwieweit der Nutzen oder ein gewisser Verwendungszweck entsteht.

Die aktuelle Qualitätsdiskussion konzentriert sich auf die produkt- und kundenorientierte Sichtweise¹¹⁵. Qualität stellt bestimmte Anforderungen an ein Produkt oder eine Dienstleistung. Es muss unterschieden werden, um was für ein Produkt es sich handelt, wessen Anforderungen erfüllt werden sollen, ob eventuell mehrere Anforderungen gleichzeitig erfüllt werden sollen, und wie das Ausmaß der Übereinstimmung erzielt werden soll und kann.

¹¹³ Vgl. Kaminske / Brauer, 1999, S.159ff.

¹¹⁴ Vgl. Zink, 1992, S.18

¹¹⁵ Vgl. Witte, 1993, S.9

2.6.2.1 Der Qualitätsbegriff in der kardiologischen Rehabilitation

In Konsensusgruppen wie der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-erkrankungen (DGPR), der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsanstalten (VDR) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird der Qualitätsbegriff nicht explizit verwandt. Es wird jedoch mit der Modernisierung von Behandlungsprogrammen gezielt an Strategien zur Qualitätsverbesserung gearbeitet.

Die Rehabilitation muss sich mit dem Qualitätsbegriff auseinandersetzen, da auch in diesem Bereich der Druck, die Qualität der Dienstleistung zu dokumentieren und präzise Qualitätsanforderungen zu formulieren, zunimmt. Der stellvertretende Direktor der Landesversicherungsanstalt (LVA) Württemberg pointiert die Qualität der Versorgung mit den Worten: „Die Rehabilitationsqualität orientiert sich am Auftrag der Rentenversicherungsträger, nämlich der Vermeidung vorzeitiger Berufs- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit“¹¹⁶.

Fachgesellschaften der kardiologischen Rehabilitation formulieren mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebenserwartung und der Lebensqualität weitergehende Qualitätsaspekte als die der beruflichen Wiedereingliederung. Die Verbesserung der Lebensqualität soll auf der Grundlage einer umfassenden kardiologischen Rehabilitation erfolgen. Danach rücken nicht nur physische, psychische und soziale Qualitätskomponenten in den Blickwinkel rehabilitativer Dienstleistung, sondern auch die Berufs-, Alltags- und Lebensbedingungen der Rehabilitanden.

Als weitere Besonderheit lässt sich die Kundenorientierung herausarbeiten. Die kardiologische Rehabilitation übernimmt die Versorgung chronisch Kranker¹¹⁷. Im Vergleich zur Kuration rücken hier stärker interaktive Qualitätsaspekte in den Vordergrund. Die Qualitätsanforderungen in der Versorgung chronisch Kranker divergieren stark von denen der Akutmedizin. Während der Patient im Akutbereich mehr einen passiven Status einnimmt, ist der Patient in der Rehabilitation eher aktiver Teilnehmer, der Dienstleistungen nachfragt. Demnach stellt die Rehabilitationsmedizin eine stärker nachfrageorientierte Dienstleistung dar. Das heißt, in der Rehabilitation wird

¹¹⁶ Schneider, 1995, S. 203

¹¹⁷ Die koronare Herzerkrankung wird nach der DGPR (1993) als chronische Erkrankung definiert.

die Qualität einer Dienstleistung¹¹⁸ in starkem Maße vom Patienten (Kunden) mit definiert¹¹⁹.

2.6.2.1.1 Qualitätsleitlinien kardiologischer Rehabilitation

Um die Qualität in der kardiologischen Rehabilitation genauer darzustellen, sollen im Folgenden die zentralen Qualitätsleitlinien¹²⁰ kardiologischer Rehabilitation betrachtet werden:

- Das Phasenmodell kardiologischer Rehabilitation nach WHO
- Das soziopsychosomatische bzw. biopsychosoziale Paradigma und
- Die Leitlinien kardiologischer Rehabilitation Phase II nach WHO

Phasenmodell kardiologischer Rehabilitation nach WHO

Nach dem Phasenmodell kardiologischer Rehabilitation nach WHO wird die Rehabilitation von Herzpatienten als lebenslanger Prozess definiert, als solcher international anerkannt wie praktiziert und nach WHO¹²¹ in drei Phasen untergliedert¹²²:

Phase I:

Die Rehabilitation im Akutkrankenhaus: Nach Überwindung der lebensbedrohlichen Situation sollte der Patient frühmobilisiert werden und sich selbst versorgen können.

¹¹⁸ Vgl. Kap.2.6.1 Dienstleistung

¹¹⁹ Vgl. Janßen, 1996, S.37-39

¹²⁰ Vgl.Häussler,B. / Jakob,M., 1993, S.16f.

¹²¹ Vgl. Denolin, H., 1985, S.1ff.

¹²² Halhuber, M. 1989, S.1.ff., auch WHO, 1987, S.36ff.

Phase II:

Der Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum oder in ambulanter Rehabilitation: Die durch Krankheit bedingte „kardiopulmonale Leistungseinbuße und die durch Immobilisation hervorgerufene körperliche Dekonditionierung“ sollen ausgeglichen, „Weichen zur Lebensstiländerung“ gestellt und neue „Verhaltensweisen eingeübt“ werden.

Phase III:

Lebenslange „Erhaltungsphase“: Stabilisierung des körperlichen Leistungsvermögens, Risikofaktoren sollen weiter reduziert und es soll auf die Verbesserung der Prognose hingearbeitet werden.

In der Phase III soll und muss der in der Phase II erarbeitete gesundheitsfördernde Lebensstil dann am Wohnort über einen langen Zeitraum stabilisiert und sichergestellt werden. Um die nötige Kontinuität in der langfristigen Behandlung von Herzpatienten sicherzustellen, sollte ihre dafür in der Phase III erforderliche Weiter- und Langzeitbetreuung aber bereits in der Phase II in die Wege geleitet werden. Dieses bedeutet praktisch, dass bereits während der Rehabilitationsbehandlung ein enger Kontakt zu den am Wohnort weiterbehandelnden Ärzten und den jeweiligen ambulanten Herzgruppen aufzubauen ist¹²³.

In Deutschland wird die Phase II überwiegend als Rehabilitation im Verfahren einer Anschlussheilbehandlung mit stationärer Unterbringung in eigens dafür bereitgestellten Kliniken angeboten. Die Mehrzahl dieser Kliniken befindet sich in privater Trägerschaft.

Nach erfolgter Akutversorgung wird die Phase II als die wesentliche Phase des Prozesses herausgestellt, da hier ganz wesentliche Weichenstellung in Richtung Lebensstiländerung erfolgen soll. Auch die Tatsache, dass national hohe Ressourcen (Kliniken) hierfür bereitgestellt werden, unterstreicht ihre Gewichtung, die international in der Form so nicht zu finden ist. Während national eine starke Konzentration auf die Institution und deren

¹²³ Vgl. Schweizerische Herzstiftung, 2002, S.2ff.

Dienstleistung im Phasenmodell erfolgt, konzentriert man sich international allem Anschein nach, stärker auf den Prozess. So spricht Sauer in Abgrenzung zu Brusis, der hier die vorangestellten drei Phasen angibt von einem kardialen Rehabilitationsprogramm, welches sich über alle drei Phasen erstreckt¹²⁴. Hierbei ist entscheidend, dass die Phase II integraler Teil des gesamten Rehabilitationsgeschehens ist und damit die Verlaufsperspektive bzw. die „Langzeitperspektive“ und „Präventionsstrategien“ die wesentlichen Qualitätskomponenten im Phasenmodell sind.

Das soziopsychosomatische bzw. biopsychosoziale Paradigma

Auf Grundlage einer umfassenden Betreuung (comprehensive cardiac care) wird die kardiologische Rehabilitation durchgeführt. Das impliziert die physischen, psychischen und sozialen Qualitätsmerkmale von Gesundheit und Krankheit.

Rehabilitation wird häufig in Abgrenzung zur Akutmedizin definiert. Während die kurative Medizin auf die „Behandlung der Erkrankung und die Behebung des Gesundheitsschadens ausgerichtet ist, konzentriert sich die Rehabilitation insbesondere auf die Stärkung bzw. bestmögliche Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Alltags- und Berufsleben“¹²⁵. Kennzeichen der Rehabilitation ist die Ausrichtung des Behandlungsprogramms am soziopsychosomatischen¹²⁶ bzw. biopsychosozialen Paradigma von Gesundheit und Krankheit. Hierbei werden Gesundheit und Krankheit als komplexes Ineinandergreifen physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge verstanden¹²⁷.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) formuliert zusammenfassend: „Rehabilitation, will sie den Herausforderungen demographischer Entwicklungen wie auch denen eines sich wandelnden Krankheitspanoramas gerecht werden, hat auf der Grundlage eines ganzheitlichen Verständnisses menschlicher Gesundheit zu erfolgen. Ausgangspunkt muss dabei ein biopsychosoziales Krankheitsmodell sein, welches neben den physischen und psychischen in gleicher Weise die sozialen Aspekte von Gesundheitsbeeinträchtigungen umfasst. Die Umsetzung eines solchen, auch den Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation entsprechenden

¹²⁴ Sauer, H., 1993, S.64ff.

¹²⁵ VDR, Bericht der Reha-Kommission, 1991, S.177

¹²⁶ Vgl. Badura, B. et al., 1987

¹²⁷ Vgl. VDR, Bericht der Reha-Kommission, 1991, S.177, auch Fliedner, T.M./Gerdes, N., 1998, S.227ff.

Rehabilitationsverständnisses hat nur dann Erfolg, wenn Rehabilitation als lückenloser Prozess einer umfassenden Gesundheitsversorgung verstanden wird. Einen überaus wichtigen Beitrag leistet die fachübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit der am Rehabilitationsgeschehen beteiligten Berufsgruppen und Institutionen¹²⁸.

Aus dem biopsychosozialen bzw. soziopsychosomatischen Paradigma sind analog die Qualitätsleitlinien abzuleiten. Nach der BAR sind die Ganzheitlichkeit, Kontinuität und Interdisziplinarität die zentralen Grundgedanken der Rehabilitation¹²⁹.

In einem Konsensuspapier hat die WHO die Definition und Zielbestimmung kardiologische Rehabilitation um die Komponente der sekundären Prävention erweitert:

„The rehabilitation of cardiac patients is the sum of activities required to influence favourably the underlying cause of disease, as well as to ensure the patients the best possible physical, mental and social conditions so that they may, by their own efforts, preserve, or resume when lost, as normal a place as possible in the life of the community. Rehabilitation cannot be regarded as an isolated form of therapy, but must be integrated with the whole treatment, of which it forms only one facet”¹³⁰.

Qualitätsanforderungen einer ganzheitlichen Behandlung, einer sozialen Integration, einer Reduktion des kardiovaskulären Risikos, einer Eigenaktivierung des Patienten und einer Wahrung von Behandlungskontinuität lassen sich aus dieser Begriffsbestimmung ableiten.

¹²⁸ BAR, 1993, S.3ff.

¹²⁹ Vgl. ebda., S.23

¹³⁰ WHO, 1993, S.5

Die Leitlinien kardiologischer Rehabilitation Phase II nach WHO

In der Versorgung chronisch Herzkranker geben international die WHO, national der VDR, die BAR sowie die DGPR die Leitlinien zur Herstellung und Gewahrung von Qualität vor.

Die DGPR gibt vier Komponenten an, die die Qualität in der Phase II leiten sollen. Die Komponenten konzentrieren sich in der Mehrheit auf die Instrumentarien, die auf der Ebene der Strukturqualität bereitgestellt werden sollen:

- Abgestufte kardiologische Funktions- und Leistungsdiagnostik in Ergänzung und/oder Erweiterung zur Diagnostik in der Akutklinik. Bereitstellung einer diagnostisch und therapeutisch vollständig ausgerüsteten Intensivabteilung für kardiologische Notfälle
- Bewegungstherapie in der kardiologischen Rehabilitation
- Sozialmedizinische Strukturen und Inhalte zur Beurteilung und Förderung der beruflichen und sozialen Reintegration chronisch Herzkranker
- Strukturen und Inhalte eines Gesundheitstrainings mit verhaltensmedizinischer Intervention¹³¹

An die medizinisch - technische Ausstattung sind die Anforderungen relativ genau gestellt und stehen an erster Stelle. In der Komponentenreihenfolge nimmt der Allgemeinheitsgrad zu, so dass insbesondere in den Anforderungen an dritter und vierter Stelle eine weitergehende Spezifizierung zu begrüßen wäre. Die Gewichtung sowie Interaktion der Komponenten wird nicht thematisiert. Aus der Präzision und Reihenfolge der Anforderungen abgeleitet, scheint die erstgenannte Komponente die relevanteste zu sein¹³².

¹³¹ Die Komponenten einer umfassenden kardiologischen Rehabilitation in der Phase II nach WHO

¹³² Vgl. Janssen, H., 1996, S.45ff

In den Abschlussberichten legt die Reha-Kommission des VDR ein kardiologisches Rehabilitationskonzept vor. „Um die Rehabilitationsleistungen für den Patienten optimal zu gestalten, ist es erforderlich, die Rehabilitationskonzepte detailliert auszuarbeiten. Sie dienen gleichzeitig der Entwicklung von Anforderungsprofilen und Qualitätsstandards für Rehabilitationseinrichtungen“¹³³. Die relevanten Qualitätsstandards (Soll) der Dienstleistung können aus den Rehabilitationskonzepten entnommen werden und der Ist-Situation vergleichend gegenüber gestellt werden. Von zahlreichen Experten und insbesondere klinischen Rehabilitationskardiologen wurde die kardiologische Rehabilitationskonzeption zusammengestellt. Inhaltlich werden Struktur- und Prozessmerkmale spezifiziert: Therapie, Diagnostik, Behandlungsdauer sowie Schnittstellen und Ausstattung¹³⁴.

Die WHO beschreibt die Inhalte einer komprehensiven kardiologischen Rehabilitation wie folgt: „A comprehensive CR should include endurance training, educational counselling, risk factor behaviour modification, vocational guidance, relaxation and training in stress management and where appropriate, drug therapy“¹³⁵.

Die WHO bringt im Vergleich zu den nationalen Konsensusgruppen (DGPR, VDR) medizinisch-technische Aspekte am Ende einer Liste von Leistungskomponenten. Zum Leistungskatalog der kardiologischen Rehabilitation Phase II zählen diagnostische Maßnahmen hier nicht. Unterschiede in weiteren Qualitätsvorgaben wie z.B. in der Zusammensetzung eines interdisziplinären Behandlungsteams werden evident¹³⁶.

¹³³ VDR/Empfehlungen der Reha-Kommission, 1992, S.148

¹³⁴ Vgl. Janssen, H., 1996, S.44

¹³⁵ WHO, 1993, S.6

¹³⁶ Vgl. Janssen, 1996, S.43-44

2.6.2.1.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der kardiologischen Rehabilitation

Strukturqualität

Der Versicherungsträger stellt auf der Strukturebene die Qualität systematisch sicher. Die Klinikkonzepte werden im Rahmen der Belegungsverträge einer Prüfung durch den Versicherungsträger unterzogen (Zulassungsverfahren). Zu den strukturellen Voraussetzungen gehören:

- Bauliche Voraussetzungen
- Ausstattung mit Geräten und technischen Einrichtungen
- Konzeptionell-organisatorische Voraussetzungen
- Personelle Voraussetzungen

In diesem Zusammenhang konstatieren Herschbach/Vogel kritisch, dass „einheitliche und allgemein akzeptierte Standards für die strukturellen Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen“¹³⁷ fehlten.

Heterogenitäten in der Strukturqualität geben auch Heilmeyer/Wendl¹³⁸ an, da z.B. die privaten Kliniken in personeller Ausstattung und Belegungsziffer „Gewinnspannen“ einbauen bzw. einbauen können. Die Kontrolle zur personellen Ausstattung erfolgt nur anhand einer schriftlichen Anfrage. Schließlich ist, so die Autoren, der Personalbestand in nationalen Reha-Kliniken zu hoch angesetzt, so dass die privaten Anbieter auch bei vergleichsweise geringerer personeller Besetzung noch gewinnbringend arbeiten können. Weidemann et al.¹³⁹ informieren nur kurz über die strukturellen Voraussetzungen innerhalb der kardiologischen Rehabilitationsklinik. Hierbei werden folgende Strukturmerkmale dokumentiert: die Maßnahmen, die Struktur der Kostenträger, die Art und die Häufigkeit medizinisch-technischer Ausstattung sowie Programmstruktur und personelle Ausstattung.

¹³⁷ Herschbach, M./Vogel, H., 1993, S.67

¹³⁸ Heilmeyer, P./Wendl, M., 1992, S.146ff.

¹³⁹ Vgl. Weidemann, H., et al., 1992

Aus dem Qualitätsbericht Rehabilitation 2004 vom AOK Bundesverband, Geschäftsstelle Gesundheit¹⁴⁰ geht hervor, dass bezogen auf die rehaspezifischen Anforderungen mit Blick auf die Strukturqualität teilweise Mängel auftreten:

- Ärzte mit geforderter Zusatzbezeichnung „Rehawesen“ oder „Sozialmedizin“ fehlen
- Interdisziplinäres Rehateam ist unvollständig: Ergotherapeuten oder Sozialarbeiter fehlen

Prozessqualität

Innerhalb der Prozessanalyse geht es um die Beschreibung und Dokumentation der Ablauforganisation. Das „Wie“ steht im Wesentlichen im Focus der Durchführung der Versorgung. In der Prozessqualität findet sich noch ein großes Manko. Ausdifferenzierte Prozessmerkmale liegen kaum vor. Empirische Ansätze in der Prozessqualität finden sich bei Weidemann et al. und Häußler/Jakob. Letztgenannte formulieren mit dem Ziel der Verbesserung einiger Prozesselemente. Diese sind zum Beispiel: Erhöhung des Informationsstandes des Arztes, gute Vorbereitung des Patienten und die Forderung, dass invasive Eingriffe im Akutkrankenhaus erfolgen sollten. Die Erhebung der Prozessqualität bereitet allen Beteiligten noch erhebliche Schwierigkeiten¹⁴¹.

Eine Erhebung des AOK-Bundesverbandes im Qualitätsbericht 2004¹⁴² stellt „gravierende Mängel“ im Bereich der Prozessqualität für die Kardiologie heraus.

Dort wurden zur Beurteilung der Prozessqualität über ein Peer-Review-Verfahren anonymisierte Patientenunterlagen, dokumentierte Behandlungsprozesse sowie eine Bewertung durch geschulte Rehabilitationsmediziner („Peers“) vorgenommen.

Die Mängel beziehen sich auf verschiedene Bereiche, die im folgenden kurz aufgeführt werden:

¹⁴⁰ Vgl. AOK-Bundesverband, Geschäftsbereich Gesundheit

¹⁴¹ Vgl. Schneider, J., 1995, S.203ff.

¹⁴² AOK-Bundesverband, Qualitätsbericht 2004

-
- Bereich: Anamnese
 - Merkmal: Subjektive Einschätzung der Aktivität / Partizipation im Alltag
 - Merkmal: Häusliche Versorgung

 - Bereich: Diagnostik
 - Merkmal: Fähigkeitsstörungen

 - Bereich: Therapieziele und Therapie
 - Merkmal: Individuelle Erwartungen und Ziele des Patienten dargelegt
 - Merkmal: Ziele adäquat für Reha-Problem des Patienten
 - Merkmal: Motivation und Kooperation

 - Bereich: Klinische Epikrise
 - Merkmal: Patientenselbsteinschätzung

 - Bereich: Sozialmedizinische Epikrise
 - Merkmal: Teilhabe am Leben der Gesellschaft

 - Bereich: Nachsorgekonzept
 - Merkmal: Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Leben der Gesellschaft

Ergebnisqualität

Die Frage der Ergebnisqualität ist immer auch eine Frage nach den Zielen der Rehabilitation sowie deren Konkretisierung. Derzeit sind Rehabilitationsziele recht abstrakt und heterogen gehalten und lassen sich teilweise nur als Lippenbekenntnisse lesen. So fehlen auch in erheblichem Maße Outcome-Studien.

Die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (DGPR) benennt das Ziel der kardiologischen Rehabilitation „die Verbesserung der Lebenserwartung und Lebensqualität eines Herzpatienten sowie die krankheits- und behinderungsgerechte Reintegration in sein soziales und berufliches Umfeld nach dem Grundsatz Rehabilitation vor Rente“¹⁴³.

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ mit der Vermeidung bzw. Verminderung von Pflegebedürftigkeit rückt bei älteren Patienten in den Vordergrund.

Als primäres Ziel kardiologischer Rehabilitation formuliert die DGPR zum einen das Konzept der Lebensstiländerung¹⁴⁴ und zum zweiten die betriebspolitischen Ziele der maßgeblichen Versicherungsträger kardiologischer Rehabilitation: „Reha vor Rente“ (RV) und „Reha vor Pflege“ (KV).

In seiner Empfehlung einer Versorgungskonzeption für die kardiologische Rehabilitation mit der „Langzeitperspektive“ stellt das Expertengremium der Reha-Kommission des VDR das primäre Behandlungsziel einer Rehabilitation heraus. Die Behandlung in der kardiologischen Rehabilitation der Phase II¹⁴⁵ hat sich an einer „langfristigen Strategie zur Bewältigung einer chronischen Erkrankung“¹⁴⁶ zu orientieren.

Der Rehabilitations-Kardiologe Halhuber formuliert eine patienten- und handlungsbezogene Definition: „Rehabilitation bedeutet ‚Leben lernen mit einer Dauerbehinderung oder chronischen Krankheit‘“¹⁴⁷. Halhuber übernimmt auch die Ziele

¹⁴³ Weidemann et al., 1991, S.337ff.

¹⁴⁴ Im Risikofaktorenmodell koronarer Herzerkrankung gründet das Konzept der Lebensstiländerung. Im Risikofaktorenmodell ist zwischen dem traditionellen oder medizinischen und dem erweiterten oder soziopsychosomatischen Ansatz zu differenzieren. Daraus leiten sich divergierende Strategien zur Lebensstiländerung ab, vgl. insbesondere Badura, B. / Müller-Mundt, G., 1992, S.73ff.

¹⁴⁵ Vgl. Kap.2.6.2.1.1 Qualitätsleitlinien kardiologischer Rehabilitation

¹⁴⁶ VDR/ Abschlussberichte Band III.1, 1991, S.260f.

¹⁴⁷ Halhuber, M.,1982. S.18. , dieser Leitsatz rehabilitativer Leistungen wird auch vom Rentenversicherungsträger in der Standortbestimmung der Rehabilitation gewählt, vgl.Clausing, P./Wille, G.,1992, S.369

der DGPR¹⁴⁸. Er unterstreicht auch, dass erfolgreiche Studien der vergangenen Jahre das Konzept der Lebensstiländerung als Ziel und Behandlungsstrategie rehabilitativer Versorgung heute aktueller denn je machen. Er gibt an, dass die Konzeption der Lebensstiländerung in der kardiologischen Rehabilitation nicht adäquat umgesetzt werden konnte¹⁴⁹.

Das Konzept der Lebensstiländerung fußt auf der Anforderung, dass der Patient „mündig und Spezialist in seiner eigenen Krankheit“¹⁵⁰ werden sollte. Dieses impliziert interventionsstrategische Ziele und Haltungen, wie sie der amerikanische Kardiologe Elliot formuliert hat und von Halhuber in das nationale Rehabilitationswesen eingebracht wurden¹⁵¹:

- Annahme der Krankheit
- Jenes Wissen von der Krankheit, das dem Patienten erlaubt, bessere Entscheidungen für seine eigene Zukunft zu treffen (Information)
- Emotionale, seelische Unterstützung (mitmenschliche Geborgenheit)
- Therapietreue und dauerhafte Verhaltensdisziplin
- Erreichen des bestmöglichen Niveaus aller Funktionen

Im multidisziplinären Gefüge einer Rehabilitationsklinik sollten diese Behandlungsziele handlungsleitend auf jede Interventionsstrategie übertragen werden¹⁵².

Die Rehabilitation in der Phase II ist ein Teil des Krankheitsbewältigungsprozesses und auch bei dieser Anforderung kommt dem Patienten als „Kotherapeuten“ eine Schlüsselrolle in der Leistungserstellung zu. Explizit unterstreicht auf der Verbandsebene lediglich die BAR die Patientenanforderungen und seine Teile am Leistungserstellungsprozess. Sie formuliert: „Die stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen sollen nicht als singuläres Ereignis, sondern als (erster) Schritt zur langfristigen, dauerhaften Verbesserung

¹⁴⁸ siehe Halhuber, C./Halhuber, M.J., 1990, S.79ff.

¹⁴⁹ Vgl. Halhuber, M.J., 1994, S.67f., er verweist z.B. auf die empirischen Studien von Ornish, D. et al., 1992 und Schuler, G. et al., 1992

¹⁵⁰ Halhuber, M.J., 1982, S.166

¹⁵¹ Vgl. ebda., auch Wille, G., 1995, S.102

¹⁵² Vgl. Weidemann, H./Meyer, K., 1990, S.60ff.

von krankheits- und gesundheitsbezogenen Einstellungen, Lebens- und Verhaltensweisen verstanden werden. Ziel der medizinischen Rehabilitation muss auch sein, das Herausführen aus der gelernten, traditionellen Patientenrolle, die sich am passiven behandelt werden orientiert, hin zum aktiven, in der eigenen Rehabilitation Mitbehandelnden¹⁵³. Das Konzept der Lebensstiländerung als Zielsetzung für die Rehabilitation wird auch von der BAR in den Focus gestellt, wobei im Besonderen Ziele und Aufgabe der Phase II langfristig („Langzeitperspektive“) und am Patientenverhalten auszurichten sind.

Die Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen ist in weiten Teilen weder evaluiert noch gesichert. Der stellvertretenden Geschäftsführer der LVA Baden-Württemberg benennt den Status quo aus seiner Sicht: „Wir müssen deshalb feststellen, dass wir die Effektivität einer Rehabilitationsmaßnahme derzeit nicht messbar nachweisen können, erst recht nicht ihre Effizienz“¹⁵⁴.

Dieses ist jedoch nicht so ganz richtig, denn Effektivitätsstudien und Effizienzanalysen werden zu dem vom Kostenträger formulierten Hauptziel (Rehabilitationsqualität, Rückkehr zur Arbeit) vorgenommen. Diese Rehabilitationsqualität betrifft jedoch nur ca. die Hälfte der Rehabilitanden, da der Anteil der Nicht-Berufstätigen weiter zunimmt¹⁵⁵.

Zusammengefasst definiert sich die Qualität rehabilitationsmedizinischer Dienstleistung über die ihr zugeschriebenen Attribute. Da im Gesundheitswesen eine Vielzahl von Akteuren die Qualität rehabilitationsmedizinischer Dienstleistung definieren können bzw. auch mitbestimmen, ist die Qualität der Versorgung abhängig von den Interessen dieser Akteure. Konsensusgruppen und Experten geben als Qualitätsleitlinie ein soziopsychosomatisches bzw. biomechanisches Paradigma von Krankheit und Gesundheit

¹⁵³ BAR, 1993, S.23

¹⁵⁴ Schneider, J., 1995, S.202

¹⁵⁵ Vgl. Janßen, H., 1996, S.45.ff.

vor. Eine weitere Ausdifferenzierung leistet das allgemein anerkannte Analysemodell der Differenzierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die WHO legt einen am Patienten orientierten Qualitätsbegriff in der Rehabilitation nahe¹⁵⁶.

2.6.2.1.3 Qualitätspolitik und Rehabilitationsziele in der kardiologischen Rehabilitation

Die kardiologische Rehabilitation ist durch eine Vielfalt beteiligter Träger, Berufs- und Interessensgruppen gekennzeichnet. Die Auswirkungen sind Heterogenität, Unübersichtlichkeit und schließlich Unklarheit darüber, was unter Rehabilitation zu verstehen ist. Der Chefarzt einer Rehabilitationsklinik schreibt: „Es liegt zweifelsfrei am bisherigen Rehabilitationsverständnis, dass man selbst Ärzten heutzutage noch oft erklären muss, weshalb Patienten in eine Reha-Klinik kommen und was dort zu welchem Zweck gemacht wird“¹⁵⁷. Weiterhin wird bemängelt, dass es keine Theorie der Rehabilitation geben würde¹⁵⁸. Es fehlt an einer konzeptionellen Einbindung von Rehabilitationsmaßnahmen und damit auch an einer klaren, einheitlichen Zielformulierung rehabilitativer Dienstleistung. Um Aussagen zur Qualität der Versorgung machen zu können, bedarf es einer klaren eindeutigen Zielformulierung und daraus abzuleitender Attribute.

Als Ergebnis der Zielanalyse finden wir einerseits Verwirrung und Heterogenität und andererseits Eindeutigkeit in der Formulierung des Hauptziels, welches sich aus dem gesetzlichen Auftrag ableitet. „Das Ziel der medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung besteht im Kern darin, einer (drohenden oder eingetretenen)

¹⁵⁶ Vgl. Janßen, H., 1996, S.49

¹⁵⁷ Wirth, A., 1993, S.45f.

¹⁵⁸ Das Fazit einer Betrachtung verschiedener Strömungen in der Rehabilitation: „Bislang gibt es keine Theorie der Rehabilitation bzw. der Rehabilitationswissenschaften, vgl. Buschmann-Steinhage, R., 1993, S.224ff., Wirth, A., 1993, S.47

Minderung im Erwerbsleben zu begegnen¹⁵⁹. Das Hauptziel der Rehabilitation ist die berufliche Wiedereingliederung. Damit gilt es, die grundsätzlich verankerte Verpflichtung zur „soziale Teilhabe“ zu bewerkstelligen. Dieses Hauptziel wird jedoch derzeit nicht nur von einem wenig zufriedenstellenden ordnungs- wie gesundheitspolitischem Problem (Institutionelle Barrieren sowie Trägervielfalt) begleitet, sondern bestimmt auch das mittlerweile tradierte Instrumentarium (Versorgungsqualität) der kardiologischen Rehabilitation. Die Rentenversicherung formuliert zudem als Hauptleistungsträger primär ein somatisches Verständnis von kardiologischer Rehabilitation. Konsensus- wie Experten (-gruppen) sehen in der sozialen (Re-)Integration und in den Behandlungsstrategien zur Lebensstiländerung die Hauptziele rehabilitativer Bemühungen. Allem Anschein nach haben jedoch die Zielempfehlungen der Experten und Konsensusgruppen (WHO) für die Praxis wenig Verbindlichkeit. Die berufspolitischen Ziele der zahlreichen Berufsgruppen im Rehabilitationsprozess Phase II sowie die Ziele der Patienten kommen dazu. Weitere Wurzeln für eine „Zielungenauigkeit“ oder sogar „Zielverwirrung“ werden in einer bislang unzulänglichen bzw. fehlenden semantischen Differenzierung des Begriffs Rehabilitation gesehen. In den Einrichtungen definieren Leitende Ärzte mit dem Hauptziel die Lebensstiländerung, die sich in der Formel: „Leben lernen mit der chronischen Erkrankung“ artikuliert. Diese Zielsetzung bleibt jedoch als abstrakte Formulierung stehen, wenn sie nicht mit Kennziffern gefüllt, d.h. operationalisiert und messbar gemacht wird. Aus der im Vorfeld beschriebenen Zieldiagnostik werden auf der Ebene der Qualitätsplanung und -politik im Wesentlichen zwei Quellen „minderer“ Qualität deutlich:

- Zum Einen das Fehlen einer gemeinsamen Zielrichtung innerhalb der kardiologischen Rehabilitation und zum Anderen
- Eine zielwidrige Unternehmenskultur bzw. das Fehlen einer Rehabilitationskultur.

¹⁵⁹ VDR/Abschlussberichte, Band III.1,1991, S.31

Aus der Management- und Betriebswirtschaftslehre ist bekannt, dass Organisationen besser funktionieren, wenn sie von einer gemeinsamen Unternehmensphilosophie getragen werden.

Somit kann die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems¹⁶⁰ im Sinne TQM als erster Schritt für eine strategische Ausrichtung von Rehabilitationskliniken mit der „Formulierung von Vision, Mission, Zwecken und Grundsätzen“¹⁶¹ angesehen werden, einschließlich der daraus abgeleiteten Formulierung von „lang-, mittel- und kurzfristigen Zielen“¹⁶². Im Total Quality Management (TQM) wird eine gemeinsame Zielrichtung vorgegeben sein, in die sich alle Teile der Leistungserstellung (bzw. alle Prozesse) einfügen. Auf diesem Wege könnte sich eine neue Rehabilitationskultur etablieren. Kliniken, die TQM implementieren, „treffen Aussagen zur angestrebten Qualität ihrer Leistungen in ihrer Unternehmensphilosophie in ihren obersten Unternehmenszielen. Es werden Strategien formuliert, wie die angestrebten Ziele in bestimmten Zeiträumen erreicht werden sollen“¹⁶³.

Exkurs: Total Quality Management

Um ein umfassendes Qualitätsmanagement zu entwickeln und umzusetzen wird von der Philosophie ausgegangen, dass es zur Sicherung bzw. zur Verbesserung von Qualität unabdingbar ist, dass Führungskräfte und Mitarbeiter auf allen Ebenen eines Unternehmens gemeinsam die Verantwortung für das Qualitätsmanagement übernehmen. Diesen Grundgedanken spiegelt das Konzept des Total Quality Management (TQM) wieder.

Nach Erhard¹⁶⁴ ist der Mensch innerhalb des Qualitätsmanagements zugleich elementares Erfolgs- und Störpotential. Die starke Einbeziehung der Mitarbeiter zur Verbesserung der Qualität ist daher im Unterschied zu anderen Konzepten des Qualitätsmanagements ein wichtiges Merkmal im TQM. Wesentlich im TQM ist eine umfassende Qualifizierung, da die notwendige Einbindung und Mitwirkung aller Mitarbeiter nur zu erreichen ist, wenn sie

¹⁶¹ Oess, A., 1994, S.213

¹⁶² ebda.

¹⁶³ Vgl. Janßen, H., 1996, S.160-164

¹⁶⁴ Vgl. Erhart, 1998, S.5

über die Inhalte des Konzeptes informiert sind und Methoden und Techniken zur Umsetzung anwenden können¹⁶⁵.

TQM wird von dem Lenkungsausschuss Gemeinschaftsarbeit der Deutschen Gesellschaft für Qualität e.V. wie folgt definiert: „Total Quality Management ist eine auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder beruhende Führungsmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenheit der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt“. Oess erweitert diese Definition:

„Unter Total Quality Management werden alle Strukturen, Abläufe, Vorschriften, Regeln, Anweisungen und Maßnahmen verstanden, die dazu dienen, die Qualität von Produkten und Dienstleistungen einer Unternehmung in allen Funktionen (...) und allen Ebenen durch die Mitwirkung aller Mitarbeiter termingerecht und zu günstigen Kosten zu gewährleisten sowie kontinuierlich zu verbessern, um eine optimale Bedürfnisbefriedigung der Konsumenten und der Gesellschaft zu ermöglichen“¹⁶⁶.

Nach dieser Definition ist TQM nicht nur ein Bestandteil eines Unternehmensführungskonzeptes, sondern es dominiert vielmehr sämtliche Managementprozesse.

Qualität wird zum wichtigsten Erfolgsfaktor in einem Unternehmen. Somit handelt es sich beim Total Quality Management nicht nur einfach um ein Qualitätskonzept, sondern das ganze Unternehmen einschließende Qualitätsphilosophie¹⁶⁷.

Total bezieht sich dabei auf den Einsatzbereich der Strategie, die sämtliche Stakeholder – Gruppen eines Unternehmens umfasst, also Mitarbeiter, Kunden, Aktionäre, Lieferanten und Partner sowie die Gesellschaft¹⁶⁸.

Der Begriff Quality soll zum Ausdruck bringen, dass sich ein Unternehmen konsequent an den Qualitätsanforderungen der internen und externen Kunden orientiert¹⁶⁹.

Management beinhaltet die Vorbildfunktion und das Commitment der Führungsebene, die sich darum bemühen muss, sämtliche Mitarbeiter in den Prozess zu integrieren.

¹⁶⁵ Vgl. Schildknecht, 1992, S.142ff.

¹⁶⁶ Oess, 1993, S.89

¹⁶⁷ Vgl. Döttinger/ Klaiber, 1994, S.258

¹⁶⁸ Vgl. Haller, 2002, S.273

¹⁶⁹ Vgl. Bruhn, 1997, S.124

Gleichzeitig kann der Ansatz nur umgesetzt werden, wenn ein hohes Maß an Verantwortung von jedem Mitarbeiter getragen wird¹⁷⁰.

Dieses Konzept lässt sich in seiner historischen Entwicklung nach Japan zurückverfolgen. Obwohl nach Ende des Zweiten Weltkrieges amerikanische Qualitätsexperten wie Juran (1951), Feigenbaum (1961) und Deming (1982) sowie auch in Deutschland Masing (1980) auf große Beachtung für ihre umfassenden Methoden der Qualitätssicherung stießen, hat sich der Gedanke in der Praxis in Europa und den USA jedoch nur allmählich durchgesetzt¹⁷¹. In westlichen Unternehmen war das Qualitätswesen eine meist durch Techniker besetzte Fachabteilung, während sich Qualität in Japan eher als eine unternehmensintern und –extern gerichtete Managementaufgabe entwickelt hat.

Im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements sind in der Folgezeit zahlreiche Konzepte entstanden, die sich unter dem Oberbegriff TQM zusammenfassen lassen. Diese sind:

- Deming

Er hat versucht im Rahmen eines 14 Punkte – Programms die Zielsetzung der Verbesserung von Qualität und Produktivität zu dokumentieren.

Seine Konzentration auf statistisch orientierte Prozess- und Verfahrenssteuerung beruht auf der Erkenntnis, dass Qualität nicht erprüfbar ist, sondern im Ablauf eines Prozesses entsteht.

Mit jeder Verbesserung von Produkten, Prozessen und Potentialen beginnt der Kreislauf der Planung, Lenkung, Sicherung und Verbesserung von neuem. Jede Einheit, jedes Verfahren und jede Aktivität kann ständig weiterentwickelt und verbessert werden. Dieses beruht auf der Erkenntnis, dass selbst Ziele und die daraus abgeleiteten Standards nicht als statische sondern als dynamisch veränderbare Größe aufzufassen sind. Jeder Vorgang wird als Prozess betrachtet und als solcher schrittweise über die Teilschritte Planen (plan), Ausführen (do), Überprüfen (check) und Verbessern (act) qualitativ weiterentwickelt¹⁷².

¹⁷⁰ Vgl. Wyckhoff, 1988, S.92

¹⁷¹ Vgl. Schildknecht, 1992, S62ff.

¹⁷² Vgl. Haubrock/ Schär,(Hrsg.), 2002, S.135-136

Deming entzieht sich einer genauen Definition zur Beurteilung der Qualität mit dem Verweis auf die Subjektivität von Qualitätsbeurteilungen und überlässt Qualität der individuellen Beurteilung des Preis- Leistungs- Verhältnisses durch den Kunden¹⁷³.

- **Juran**

Juran schlägt ebenfalls eine kundenorientierte Definition der Qualität von Produkten und Dienstleistungen vor. Er erweitert in seinem Konzept den Kundenbegriff um die Komponente des internationalen Kunden, so dass hier der Qualitätsprozess zur abteilungsübergreifenden Aufgabe wird.

- **Feigenbaum**

Bei Feigenbaum finden Inhalte eines Total Quality Management- Konzeptes erstmals konkrete Anwendung. Es werden Schwerpunkte in der interfunktionalen Zusammenarbeit der Unternehmensbereiche und der Verantwortung sämtlicher Mitarbeiter für die Produktqualität - verstanden als Erfüllung der Verbrauchererwartungen - gesetzt¹⁷⁴.

- **Ishikawa**

Das japanische Konzept der CWQC (Company Wide Quality Control) wurde vor allem von Ishikawa entwickelt. In Erweiterung der bereits o.g. Konzepte wird hier insbesondere ein partizipatives Management – mit besonderer Betonung der Mitarbeitermotivation und -schulung gefordert. Qualität bedeutet die Erfüllung von Kundenerwartungen, dessen grundlegendes Ziel die langfristige, kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist.

¹⁷³ Vgl. Bruhn, 2003, S.49-50

¹⁷⁴ Vgl. Feigenbaum, 1989, S.7ff.

- **Cosby**

Bei Cosby wird kein Schwerpunkt mehr im technischen Bereich gesetzt, sondern er versteht Qualitätsmanagement als ein unternehmensweites Konzept, das explizit Verwaltungsbereiche und Dienstleistungsorganisationen mit einschließt. Den Aufbau einer qualitätsorientierten Unternehmenskultur sieht er als originäre Aufgabe der Unternehmensleitung an.

- **Neuere TQM - Konzepte**

Zu den neueren Erweiterungen der TQM – Konzepte zählen die Taguchi – Philosophie, die eine gesellschaftspolitische Qualitätsdimension mit einführt, das Prozessmanagement, und das Kaizen – Konzept bei dem es sich um den Ansatz einer permanenten, konsequenten Verbesserungsorientierung sämtlicher Prozesse im Unternehmen handelt¹⁷⁵.

Zu den umfassenden Qualitätsmanagementsystemen zählt u.a. die DIN EN ISO (Deutsche Industrie Norm, Europa Norm, Internationaler Standard für eine Organisation) 9001:2000. Die DIN EN ISO Norm legt die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem für den Fall fest, dass eine Organisation ihre Fähigkeit darlegen muss, Produkte bereitzustellen, welche die Anforderungen der Kunden und allfällige behördliche Anforderungen erfüllen, und anstrebt, die Kundenzufriedenheit zu erhöhen. Diese Norm beschreibt modellhaft das gesamte Qualitätsmanagementsystem und ist Basis für ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem.

¹⁷⁵ Vgl. Bruhn, 2003, S.47ff.

Die acht Grundsätze des Qualitätsmanagements:

1. Kundenorientierung
2. Verantwortlichkeit der Führung
3. Einbeziehung der beteiligten Personen
4. Prozessorientierter Ansatz
5. Systemorientierter Managementansatz
6. Kontinuierliche Verbesserung
7. Sachbezogener Entscheidungsfindungsansatz
8. Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems ist eine strategische Entscheidung für eine Organisation.

Wenn eine Organisation sich stärker an ihren Kunden orientieren will, um Wettbewerbsvorteile zu erlangen, hat sie mit dieser Norm einen Mantel, mit dem sie sich kleiden kann. Die Norm gibt nur einen bestimmten Rahmen vor, der viel weiter gefasst ist als die Vorgängernormen.

Der prozessorientierte Ansatz basiert auf den vier Hauptprozessen einer Organisation, welche einen Input in einen Output umwandeln.

Die acht Hauptkapitel der Norm sind:

Kap. 1 – 3: Vorwort und Allgemeines

Kap.4: Qualitätsmanagementsystem (allgemeine Anforderungen, dokumentierte Anforderungen, QM - Handbuch, Lenkung von Dokumenten, Lenkung von Aufzeichnungen)

Kap.5 : Verantwortung der Leitung

Kap.6: Management von Ressourcen

Kap.7: Produktrealisierung

Kap.8: Messung, Analyse und Verbesserung

Die Norm betrachtet diese Prozesse (Vorgänge) und vergleicht die Eingabe mit der Ausgabe.

Die aktuelle EN ISO 9001 wurde letztmalig im Jahr 2000 überarbeitet (9001:2000).

Weitere Verfahren neben anderen, die im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter explizit ausgeführt werden, sind u.a. das:

- EQR-Verfahren (EQR = Excellente Qualität in der Rehabilitation)
- KTQ-Verfahren (KTQ = Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
- Degemed (Rehaspezifische Aspekte werden mit dem Verfahren der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitation explizit bedient)

3 Managed Care als Lösungsansatz

Dieses Kapitel bietet eine Einleitung in den in den USA entwickelten Managed Care Ansatz, der in den folgenden Unterkapiteln differenzierter ausgeführt wird.

Managed Care ist die derzeitige Regelversorgung in den USA.

Kennzeichnend für das amerikanische Gesundheitssystem ist eine fehlende bundeseinheitliche Gesetzgebung für weite Teile der Gesundheitsversorgung. Es existiert keine gesetzliche Krankenversicherungspflicht.

Das System ist in den USA aufgrund eines erheblichen Innovationsdrucks auf die Krankenversicherungen entstanden.

Der konventionelle Versicherungstyp in reiner Form ist mittlerweile in dieser Form fast vom Markt verschwunden. Dieser wies Merkmale der strikten bilateralen Vertragsbeziehungen, freie Arztwahl, Kostenerstattungsprinzip sowie Einzelleistungsvergütung auf. Der behandelnde Arzt hatte seine professionelle Autonomie, in der jede begründete Leistung als legitim galt und auch finanziert wurde. Diese Form ist einem marktwirtschaftlichen System gewichen, in dem Managed-Care-Organisationen (MCOs) dominieren¹⁷⁶.

Motor der Reformen war der rasante Anstieg der Gesundheitsausgaben. Seit den siebziger Jahren belief sich der Ausgabenzuwachs jährlich auf 8 bis 10%. Diese Entwicklung begründet sich auf verschiedene Variablen wie höhere Lebenserwartung, einem gewachsenen Gesundheitsbewusstsein sowie den Innovationen im Bereich der Medizintechnik. Dazu kommen noch die hohen Arzthonorare, Verwaltungskosten sowie das Überangebot von Leistungserbringern. Ein hoher Spezialisierungsgrad der Ärzte im ambulanten Bereich ist als ein weiterer kostentreibender Faktor zu sehen.

Das dortige Gesundheitssystem besteht auf einer Vielzahl von Subsystemen, die einzelne Bevölkerungsschichten in unterschiedlicher Weise absichert. Es gibt eine Basisversorgung

¹⁷⁶ Vgl. Haubrock, in: Haubrock, Schär, (Hrsg.), 2007, S.218

von Bedürftigen mit niedrigem Einkommen (Medicaid¹⁷⁷) und von über 65-jährigen (Medicare¹⁷⁸). Weiterhin existiert eine Versorgung von Militärangehörigen (Tricare)¹⁷⁹.

Nach Einführung der Programme Medicare und Medicaid kam es zu einem Anstieg der Gesamtkosten im Gesundheitssystem. Zur Reduzierung der gestiegenen Kosten wurde 1983 in den USA die diagnosebezogene Fallpauschale, Diagnostic Related Group (DRG) für den stationären Bereich eingeführt. Diese DRG's bilden auch in Deutschland die Grundlage für das neue pauschalierte Entgeltsystem¹⁸⁰.

In den USA wurde zusätzlich die Ressource Based Relative Value Scale eingeführt, die, verwendet als Bewertungsmaßstab ärztlicher Leistungen, die Gesamtkosten ärztlicher Leistungen kontrolliert. Es wurde eine kostenbezogene Gebührenordnung entwickelt sowie ein Budget für die ärztliche Versorgung festgelegt, um teure medizinische Leistungen zu reduzieren sowie Leistungszunahmen einzuschränken.

¹⁷⁷ Medicaid bezeichnet ein Krankenversicherungssystem in den USA, welches von den Bundesstaaten organisiert und paritätisch von Bundesstaat und Bundesregierung finanziert wird. Zielgruppe sind Personenkreise mit geringem Einkommen, ältere Menschen, Kinder und Menschen mit Behinderungen. Durch die Gesetzgebung im Rahmen des Social Security Act entstand Medicaid 1965. Jeder Bundesstaat hat ein eigenes Medicaid-Programm, welches zentral von den Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) überwacht wird. Die einzelnen Bundesstaaten organisieren ihre Medicaid-Programme sehr unterschiedlich. Es werden teilweise private Versicherungsgesellschaften mit der Abwicklung beauftragt, manchmal nimmt der Bundesstaat Leistungserbringer wie Ärzte auch direkt unter Vertrag. Die Programme werden in den einzelnen Bundesstaaten verschieden benannt: „Medi-Cal“ in Kalifornien, „TennCare“ in Tennessee, „MassHealth“ in Massachusetts.

Medicaid ist eine sozialhilfeartige Leistung und setzt als Kriterium für die Bedürftigkeit eine signifikante Verarmung des Empfängers voraus.

¹⁷⁸ Medicare ist die öffentliche Krankenversicherung für ältere und/oder behinderte Mitbürger. Medicare wurde am 30. Juli 1965 durch Zusätze zur Social Security Gesetzgebung eingeführt. Jeder Bürger ab dem Alter von 65 Jahren bzw. jeder als „behindert“ anerkannte Bürger kann Medicare in Anspruch nehmen. Medicare kennt Beiträge, Selbstbehalte und Vorleistungen wie eine klassische Krankenversicherung.

¹⁷⁹ Vortrag Dr. Plamper, Dozentin für Gesundheitsökonomie, Köln, ohne Jahresangabe

¹⁸⁰ Seit dem 1.1.2003 wird im Akutbereich schrittweise ein Vergütungssystem eingeführt, welches sich an den Diagnostic Related Groups (DRG) orientiert. Patienten werden dabei auf Grundlage der zu behandelnden Körperregion, der Therapie, des Schweregrades der Erkrankung sowie evtl. Komplikationen zu DRG's zusammengefasst, die im statistischen Mittel eng umgrenzte Fallkosten aufweisen. Die Krankenkassen bezahlen für jede DRG den Krankenhäusern auf der Ebene der Bundesländer prospektiv eine festgelegte Fallpauschale, die sich an den durchschnittlich kalkulierten Behandlungskosten pro Fall in deutschen Krankenhäusern orientiert. Ergänzend zu den festgelegten Fallpauschalen treten einige Flexibilisierungsinstrumente auf. Diese sehen beispielsweise vor, dass Patienten mit einer außergewöhnlich hohen Verweildauer oder mit besonders teuren Therapien, wie zum Beispiel Bluter, höher vergütet werden. Durch die Konvergenzphase, die in der gegenwärtigen Gesetzgebung bis 2009 angelegt ist, entfalten die DRG-Fallpauschalen nach und nach ihre Wirkung hinsichtlich einer massiven Änderung der Anreizstruktur für die Leistungserbringung im Krankenhaus. Vgl. hierzu Foit, K. / Vera, A., Anreizorientierte Krankenhausvergütung mit Fallpauschalen. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 11/ 2006, S.245ff.

Der private Versicherungssektor ist durch kommerzielle Versicherungsgesellschaften, gemeinnützige Versicherungen, wie Blue Cross und Blue Shield, sowie durch HMOs und andere unabhängige Träger gekennzeichnet. Dort steht die privatärztliche Praxis im Mittelpunkt der Leistungserstellung, die auch die Krankenhausversorgung koordiniert. Die Gewährleistung ambulanter ärztlicher Leistungen geht oft mit einer Selbstbeteiligung der Versicherten einher und erfolgt nach dem Kostenerstattungsprinzip. Die Vergütung erfolgt mittels Einzelleistungsvergütung oder auch über Pauschalen.

In den USA dominiert das Subsidiaritätsprinzip, was bedeutet, dass es individuelle Aufgabe eines jeden Einzelnen ist, die Art und den Umfang seiner Krankenversicherung zu bestimmen und für seine Krankheitsfolgen aufzukommen. Das hat zur Folge, dass viele Bewohner der USA nur eine eingeschränkte bzw. keine medizinische Versorgung haben. Die Ursachen hierfür sind vielfältig.

15 % der Bevölkerung sind nicht krankenversichert. Dieses betrifft hauptsächlich die unteren sozialen Schichten. Die Mehrzahl der Personen gehört den „working poor“ an, wobei es sich um Personen handelt, die zwar Arbeit haben, aber deren Einkommen jedoch nur knapp über der Armutsgrenze liegt. Hierunter fallen auch Menschen, die wegen ihres hohen Krankheitsrisikos aus den privaten Krankenversicherungen ausgeschlossen sind, sowie Arbeitnehmer in Kleinbetrieben, die keinen Versicherungsschutz anbieten sowie Freiberufler, die die hohen Versicherungsprämien nicht zahlen können.

Der Anteil der an einen Arbeitsplatz gebundenen Krankenversicherungen beträgt im Verhältnis zum privaten Versicherungsbestand um die 80%. Der Großteil der US-Amerikaner und ihrer Angehörigen genießen nur im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses Versicherungsschutz. Den größeren Teil der Versicherungsprämie für den Arbeitnehmer zahlt in der Regel der Arbeitgeber. Größe und Risikostruktur der Belegschaft sind ausschlaggebend für die Höhe der Prämie. Faktoren wie Alter, Geschlecht und Gefahrengrad der Tätigkeit bestimmen die Risikostruktur.

Der Versicherungsschutz des Arbeitnehmers endet mit dem Verlust des Arbeitsplatzes und geht mit einer Eigenverantwortung für die Absicherung im Krankheitsfall einher.

Managed Care ist zwar in den USA in einem irregulierten und hoch kompetitiven Gesundheitsmarkt entstanden, dennoch kann Managed Care auch auf andere Gesundheitssysteme übertragen werden.

Die Gesundheitssysteme in Europa und den USA weisen sehr unterschiedliche Strukturen und Prozesse auf¹⁸¹. Das amerikanische Gesundheitssystem ist sehr marktwirtschaftlich orientiert und unterscheidet sich deshalb erheblich in Bezug auf Kontrahierungspflicht, Prämienkalkulation und Datenmanagement von anderen Gesundheitssystemen¹⁸².

Bisherige Erfahrungen mit der Einführung von Managed-Care-Elementen – wie zum Beispiel in den Niederlanden oder der Schweiz – haben aber gezeigt, dass diese ursprünglich in den USA entwickelten Konzepte auch in völlig anders strukturierte Gesundheitssysteme übertragbar sind¹⁸³. Diese Erfahrungen machten aber auch deutlich, dass die Einführung von Managed-Care-Konzepten in ein bisher eher traditionell organisiertes Gesundheitssystem an wichtige Voraussetzungen gebunden ist.

Die rechtlichen Voraussetzungen in Deutschland zur Umsetzung von Managed Care sind im Jahr 1997 mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz und im Jahr 2000 mit der GKV-Gesundheitsreform geschaffen worden. In mehreren Untersuchungen wurde dargestellt, dass mit den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen wichtige Managed-Care-Konzepte in Deutschland umgesetzt werden¹⁸⁴. Erste Erfahrungen mit den neuen Versorgungsmodellen und die ersten Auswertungen bezüglich Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserung lassen eine intelligente und selektive Einführung von Managed Care in Deutschland als möglich und sinnvoll erscheinen¹⁸⁵.

Die Einführung von Managed Care kann die Gesundheitsversorgung kostengünstiger gestalten. Dieses haben empirische Untersuchungen aus anderen Ländern gezeigt. Durch den Einsatz der verschiedenen Techniken¹⁸⁶ von Managed Care konnten bis zu 30 Prozent

¹⁸¹ Vgl. Schneider, 1998, S.78ff.

¹⁸² Vgl. Böcken, Butzlaff, Esche, (Hrsg.), 2000, auch Kruse, 1997, sowie OECD Health Data 2000

¹⁸³ Vgl. Böhlert, 1997, 59, S.488-494, sowie Böhlert, 1997,59, S.555-560, auch Braun 1995, 63 (7/8), S.200-209, sowie Frey,1996, 4, S.54, sowie Huber, 1998, 2, S.21-22, auch Huber, Heß, in: Eichhorn, Schmidt – Rettig, 1998

¹⁸⁴Vgl. Fischer, 1998, 1, S.37-39, sowie Hauck, 2000, sowie Orłowski, 2000, 5, S.191-199, sowie Schönbach, 1997, 11/12, S.64-71, sowie Wiechmann, 2003

¹⁸⁵ siehe Greve, 2000, 7, S.198-202, sowie König, Seitz,1999, 61, S.483-488, sowie Müller, Richard, Schönbach, 1999, 12, S.585-590, auch Schindler,1997, 5, S.159-163

¹⁸⁶ Vgl. Kap.3.3 Techniken von Managed Care

niedrigere Versorgungskosten erreicht werden¹⁸⁷. Die Ausgaben pro Versicherten konnten in einigen Managed-Care-Organisationen (Health Maintenance Organizations, HMOs) gegenüber konventionellen Versicherungsmodellen um 11 bis 13 Prozent reduziert werden¹⁸⁸. Allein durch den Einsatz von Arzneimittelrichtlinien ließen sich die Arzneimittelkosten um über zehn Prozent senken¹⁸⁹. In Managed-Care-Modellen konnten eine bis zu 40 Prozent geringere Rate an Einweisungen in Krankenhäuser¹⁹⁰ und eine bis zu 35 Prozent verkürzte Verweildauer der Patienten im Krankenhaus erreicht werden¹⁹¹. Im europäischen Ausland wie auch in den USA wurden vergleichbare Ergebnisse beobachtet. Ob sich die hier gezeigten kurz- und mittelfristigen Kosteneinsparungen auch langfristig realisieren lassen, müssen weiter reichende Untersuchungen zeigen. Neben Kosteneinsparungen kann es in Teilbereichen von Managed Care auch zu Kostensteigerungen kommen. Gründe hierfür werden in den Qualitätssicherungsprogrammen bei Betreibern von Managed-Care-Modellen gesehen, die zu steigenden Verwaltungskosten führen können¹⁹².

Die Qualität der medizinischen Versorgung muss sich mit Managed Care nicht zwangsläufig verschlechtern, sondern kann bei richtiger Anwendung sogar verbessert werden¹⁹³. Zusätzlich zur Reduktion der Versorgungskosten durch effizientere Behandlungsprozesse und effizientere Anreizstrukturen kann die Qualität der medizinischen Versorgung durch den Einsatz von Managed Care verbessert bzw. auf einem hohen Niveau gehalten werden. Durch empirische Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Managed-Care-Modelle bezüglich Prozess- und Ergebnisqualität¹⁹⁴

¹⁸⁷ siehe Lubeck, Brown, Holman, 1985, 23 (3), S. 266-277, sowie Manning, Leibowitz, 1984, 310 (23), S. 1505-1510

¹⁸⁸ siehe Miller, Luft, 1980, 19, S. 1512-1519

¹⁸⁹ Vgl. Navarro, in: Kongstvedt, 2001

¹⁹⁰ Vgl. Freund, Rossiter, Fox, 1989, 11 (6), S. 81-97, auch Greenfield, Nelson, 1992, 267 (12), S. 1624 -1630

¹⁹¹ Bradbury, Golec, 1991, 28 (1), S. 87-93, sowie Rapoport, Gehlbach, 1992, 152 (11), S. 2207-2212

¹⁹² Vgl. <http://www.aerzteblatt.de> (Stand 29.5.2007)

¹⁹³ Cangialose, Cary, 1997, 3, S. 1153-1170, auch Miller, Luft, 1997, 16 (5), S. 7-25, auch Robinson, Steiner, 1998

¹⁹⁴ Vgl. Kap. 2.6.1.1 Kategorien der Dienstleistungsqualität

mindestens genauso gute Ergebnisse liefern können¹⁹⁵. Die Voraussetzung hierfür ist jedoch ein ausgeprägtes Qualitätsmanagementsystem¹⁹⁶.

Neben o.g. Vorteilen bezüglich der Struktur- und Prozessqualität in Managed-Care-Modellen gegenüber dem traditionellen Versorgungssystem¹⁹⁷ konnte auch eine deutlich bessere Dokumentation und Datenqualität nachgewiesen werden. Auch waren die Leistungserbringer besser ausgebildet und höher qualifiziert. Die Kontrolle und Behandlung von z.B. kardiovaskulären Risikofaktoren (Nikotinabusus, Hyperlipidämie und Hypertonie) wurde in vielen Managed-Care-Modellen konsequenter und häufiger durchgeführt¹⁹⁸.

Präventionsmaßnahmen (Krebsvorsorgen, Impfungen, Suchtentwöhnungen) wurden um bis zu 50 Prozent häufiger durchgeführt als in traditionellen Versorgungsmodellen¹⁹⁹.

Die Einhaltung der gesetzlichen Leitlinien und Standards wird konsequenter überprüft²⁰⁰.

In mehreren großen Übersichtsarbeiten konnten insgesamt keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Versorgungsqualität zwischen Managed-Care-Modellen und traditionellen Versorgungsformen gefunden werden. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass die Betreuung bestimmter Patientengruppen, vor allem älterer und chronisch kranker Patienten, in Managed-Care-Modellen nicht immer den geforderten Qualitätskriterien entspricht²⁰¹.

Zumindest scheinen in den USA bestimmte Strukturmerkmale der Versorgungssysteme, wie zum Beispiel Krankenhauszusammenschlüsse, negativ mit der Versorgungsqualität assoziiert zu sein²⁰².

¹⁹⁵ Vgl. Carlisie, Siu, in: American Journal of Public Health 1992, 82 (12), S.1626-1630, auch Greenfield, 1995, 274 (18), S.1436-1444, auch Kertesz, 1996, 2 (1), S.14-19, auch Preston, Retchin, in: Journal of the American Geriatric Society 1991, 39 (7), S.683-690, sowie auch Udvarhelyi, Jennison, in: Annals of internal Medicine 1991, 115 (5), S.394-400

¹⁹⁶ Vgl. Kap. 2.6 Gesundheitswesen und Qualität, auch Siren, Laffel, in: Kongstvedt, 2001

¹⁹⁷ Vgl. Kap.2 Traditionelles Versorgungssystem in Deutschland

¹⁹⁸ Vgl. Preston, Retchin, in: Journal of the American Geriatric Society 1991, 39 (7), S.683-690

¹⁹⁹ Vgl. Preston, Retchin, in: Journal of the American Geriatric Society 1991, 39 (7), S.683-690, sowie auch Udvarhelyi, Jennison, in: Annals of internal Medicine 1991, 115 (5), S.394-400

²⁰⁰ Vgl. Carlisie, Siu, in: American Journal of Managed Care 1992, 82 (12), S.1626- 1630

²⁰¹ Vgl. Hellinger, in: Arch Int Med 1998, 158, S.833-841, auch Miller, Luft, in: Health affairs 1997, 16 (5), S.7-25

²⁰² Vgl. Sari, in Health Economics 2002, 11, S.571-584

3.1 Begriffsdarlegung sowie Grundlegende Aspekte

Managed Care bezeichnet ein in den USA entwickeltes Strukturprinzip zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung soll durch die systematische Steuerung der Versorgungsprozesse gesteuert werden, wobei Prinzipien und Instrumente des betrieblichen Managements auf die medizinische Versorgung angewandt werden. Krankenversicherer sind meistens die treibende Kraft der Initiierung, da sie die Gesundheitsversorgung finanzieren²⁰³.

Ganz allgemein bedeutet Managed Care die Anwendung von Managementprinzipien, die zumindest partielle Integration der Leistungsfinanzierung und -erstellung sowie das selektive Abschließen von Verträgen der Leistungserbringer mit ausgewählten Leistungsfinanzierern²⁰⁴.

Daraus ergibt sich, dass Managed Care keine in sich geschlossene Theorie, sondern eine Sammlung verschiedenartiger Managementinstrumente und Organisationsformen ist.

Hauptziel von Managed Care ist die Senkung der Kosten bzw. diese zumindest auf gleichem Niveau zu halten und dabei gleichzeitig die Qualität zu steigern²⁰⁵.

Managed Care geht von der Annahme aus, dass ein „...unkoordiniertes System der Einzelleistungsvergütung zu einer ineffizienten und teuren Versorgung führt“²⁰⁶.

Eine allgemein gültige Definition des Begriffs lässt sich nicht festlegen, da Managed Care mit sehr unterschiedlichen Finanz- und Organisationsmodellen agiert. Auch befindet sich Managed Care in den letzten zwanzig Jahren in einem stetigen Anpassungs- und Entwicklungsprozess in dem sich ständig die Komponenten ändern welches eine eindeutige Definition erschwert²⁰⁷.

Im Kern der Managed-Care-Philosophie steht die „Verbetrieblichung medizinischer Arbeit“. Das bedeutet eine zunehmende Standardisierung, höhere Arbeitsteilung, Kontrolle und Steuerung durch ein Management und eine tendenzielle Deprofessionalisierung. Die Vielfalt von Managed Care soll anhand der folgenden Definitionen verdeutlicht werden:

²⁰³ Vgl. Preusker, 2005, S.1

²⁰⁴ Vgl. Amelung, 2000, S.575ff.

²⁰⁵ Vgl. ebda., S.581

²⁰⁶ Haubrock, in: Haubrock/Schär (Hrsg.), 2002, S.157

²⁰⁷ Vgl. ebda. S.156ff.

-
- „Die beiden grundlegenden Funktionsprinzipien von Managed Care sind der Marktmechanismus und die Doppelfunktion einer Funktion als Versicherer und Leistungserbringer. Die Durchsetzung der Instrumente von Managed Care und die Effizienz des ganzen Systems basiert auf dem Zusammenspiel dieser Prinzipien“²⁰⁸.
 - „Unter Managed Care werden Prozesse und Techniken verstanden, die Organisationen einsetzen, um die Qualität, den Zugang, die Inanspruchnahme, Kosten und Preise oder Ergebnisse von Leistungen der Gesundheitsversorgung zu steuern oder zu beeinflussen“²⁰⁹.
 - „Management meint zunächst nichts anderes als Erkennen, Nutzen und Lenken aller verfügbaren Kräfte und Ressourcen einer Organisation zur Erreichung definierter Ziele. Entsprechend bedeutet Managed Care zum einen die Anwendung von Managementprinzipien auf die medizinische Versorgung, besonders auf die ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten und das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten, zum anderen meint es die Integration der Funktionen Versicherung und Versorgung.“²¹⁰
 - „Managed Care bedeutet Gestaltung von Versorgungsabläufen aus der Perspektive des Kostenträgers, d.h. mit dem Interesse, bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven in der medizinischen Versorgung zu erschließen.“²¹¹

²⁰⁸ Seng, 1997, S. 289

²⁰⁹ Definition der American Medical Association

²¹⁰ Kühn, 1997, S. 7

²¹¹ Stillfried, 1997, S.7

Ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitssystem ist Voraussetzung für ein Managed-Care-System, in dem Leistungserbringer sowie Managed-Care-Organisationen hinsichtlich Preis und Leistungsangebot im Wettbewerb stehen sollten. Ein ausreichend großes Netz von Versicherten und Leistungsanbietern (Krankenhäuser, Ärzte u.a.) sind eine weitere Voraussetzung. Nur wenn eine Managed-Care-Organisation über eine starke Wettbewerbsposition verfügt, können weitere Versicherte und Anbieter gewonnen werden, indem Kostenvorteile und Serviceleistungen werbewirksam genutzt werden. Qualitativ hochwertige und effiziente Ergebnisse in einer Managed-Care-Organisation bedingen geeignete Leistungserbringer. In diesem Kontext gilt es zu überlegen, ob und wie Leistungen selektiert werden und ob das Leistungsspektrum erweitert werden soll. Zudem ist es wesentlich, ein alle Leistungsanbieter umfassendes Informationssystem aufzubauen um eine optimale Verzahnung der Behandlungsschritte gewährleisten zu können.

Ziel von Managed Care ist es, die Versorgung durch ein Management der Preise und Leistungsanspruchnahme zu kontrollieren. Hierbei sind besonders Art, Häufigkeit, Niveau und Finanzierung der Behandlung von Interesse, wobei auch die Dominanz auf dem Markt als Zielstellung im Vordergrund steht.

In der deutschen Sprache ist für den Begriff Managed Care kein vergleichender Begriff zu finden. Managed Care könnte sinngemäß mit „geleiteter Versorgung“ übersetzt werden.

Patienten sollen einerseits zu ihrem passenden Leistungserbringer geleitet werden und andererseits sollen Leistungserbringer dahin motiviert werden, die gewünschten Leistungen zu erbringen. Die Steuerung erfolgt hierbei direkt oder indirekt über finanzielle Anreize. Hierbei versuchen Organisations- und Finanzmodelle von Managed Care durch strukturelle Änderungen des Versorgungssystems eine möglichst kostengünstige medizinische Versorgung auf qualitativ hohem Niveau zu realisieren. Zugunsten einer funktionsübergreifenden Steuerung mit dem Ziel der Kostenreduzierung wird eine scharfe Trennung zwischen medizinischem Verantwortungsbereich und Finanzierungs- und Verwaltungsaufgaben aufgehoben. Hier liegt die dirigierende Funktion in den Händen der Kostenträger, die entweder direkt oder indirekt oder vertreten durch den Versicherungsträger die betriebswirtschaftliche Führung übernehmen.

Damit steht Managed Care für eine Organisationsform in der Gesundheitsversorgung, in der die Steuerung vom Kosten- oder Versicherungsträger ausgeht. In diesem System

dominiert nicht mehr der Arzt als Anbieter medizinischer Leistungen, sondern der Kostenträger die Leistung.

3.2 Historische Entwicklung

Die Anfänge von Managed Care entstammen aus den USA und gehen auf das Jahr 1910 zurück. Dort wurde den Angestellten einer Klinik für einen geringen Monatsbeitrag medizinischer Schutz angeboten.

Der eigentliche Wegbereiter für Managed Care wurde in dreißiger Jahren durch Versicherungsmodelle gelegt. In diesem Zusammenhang kommt den Prepaid Group Practices (PGPs) besondere Bedeutung zu. Es waren Modelle zur privaten Gesundheitssicherung, bei denen die Mitglieder durch vorherige Bezahlung an den Leistungserbringer Anspruch auf medizinische Behandlung erwarben und im Falle einer Erkrankung keine weiteren Leistungen anfielen. In diesem System waren die Leistungserbringer meist Gruppenpraxen. Für diese war daher nicht die Erkrankung ihrer Patienten sondern ihre Gesundheit lukrativ. Die PGPs waren aufgrund ihrer Größe in der Lage sich auf Prävention und ganzheitliche medizinische Versorgung hin zu konzentrieren. In dem gleichen Zeitraum entstanden auch die Non-Profit-Krankenversicherungen Blue Cross (BC), die auf eine bestimmte Zielgruppe ausgerichtet war und die Blue Shield (BS), die zehn Jahre später entstand und nicht mehr auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet war. In beiden Formen war monatlich ein bestimmter Beitrag zu entrichten. Diese beiden Formen der Krankenversicherungen breiteten sich in der Folge im Gegensatz zu den PGPs landesweit aus.

Zu den weiteren Wegbereitern von Managed Care gehören ebenfalls Profit-Krankenversicherungen die im ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts entstanden, die die Beitragsberechnung vom individuellen Gesundheitszustand des Versicherten abhängig gemacht hatten.

Diese Ansätze wurden kontinuierlich weiterentwickelt. Henry Kaiser war der erste Unternehmer in den USA, der versuchte die medizinische Versorgung seiner Mitarbeiter

durch Verträge mit Ärzten sicherzustellen. Diese Grundstruktur ist bis heute für die Organisationen kennzeichnend.

In den USA ist der Krankenversicherungsschutz bis heute an ein Arbeitsverhältnis geknüpft, wobei der Arbeitgeber den größten Anteil der Versicherungsbeiträge leisten muss. Das erfolgt in der Regel in einer betrieblichen Gruppenversicherung. In den USA ist der Arbeitgeberanteil nicht durch den Gesetzgeber vorgegeben, wie dies in vielen Ländern Europas der Fall ist. Diese werden vielmehr von den Verhandlungspartnern ausgehandelt. Ein rasanter Kostenanstieg im Gesundheitssystem führte in den sechziger Jahren zu einem starken Wettbewerbsdruck unter den Versicherungen. Die Kosten wurden auf die Versicherungsteilnehmer umgelegt, mit der Konsequenz, dass die Versicherungsprämien stiegen. Das belastete die Arbeitgeber so, dass sie teilweise den Versicherungsschutz ihrer Angestellten nicht mehr anbieten konnten.

Auf Grundlage der Erfahrungen des betrieblichen Krankenversicherungsschutzes in den dreißiger Jahren entwickelte Paul M. Ellwood in den siebziger Jahren ein Konzept welches er unter dem Namen Health Maintenance Organization (HMO) verbreitete. Dieses entsprach im Wesentlichen den PGPs. Dieses Konzept wurde durch die Manager großer Unternehmen begrüßt, da es ihrer wirtschaftlichen Denk- und Handlungswelt entsprach. Die gesetzliche Grundlage der HMOs wurde 1973 mit einem Gesetz dem „Health Maintenance Act“ geschaffen. Die HMOs breiteten sich anfänglich nur schleppend aus, obwohl diese begünstigt wurden. Gründe wurden darin gesehen, das z.B. Ärzte ihre professionelle Autonomie und die Versicherten ihre freie Arztwahl nicht aufgeben wollten. Ein starker Zuwachs dieser Modelle wurde erst in den achtziger Jahren verzeichnet, was einerseits in der staatlichen Förderung und andererseits in der Höhe der Beiträge begründet lag. Die Beiträge in dieser Versicherungsform lagen unter denen der traditionellen Indemnity Health Insurance. Zwischen 1988 und 1996 fiel der Marktanteil der traditionellen Versicherungen in den USA von über 70% auf einen Anteil von unter 30% ab.

Eine breite Bewegung in den USA sprach sich in den achtziger Jahren gegen eine staatliche Subventionierung sozialer Leistungen, aber für privatwirtschaftliche Mechanismen im Gesundheitswesen aus. Zu diesen neoliberalen Vorstellungen versuchte die damalige Regierung Ronald Reagan, den Wettbewerb im sozialen Bereich zu fördern,

sowie auch staatliche Sozialausgaben einzusparen. HMOs wurden zu erwerbswirtschaftlichen Versicherungsunternehmen, da private Investoren Kapital einbrachten, die von immer mehr Versicherten in Anspruch genommen wurden.

Das US-amerikanische Gesundheitssystem von heute wird zunehmend von privaten Investitionen, Zusammenschlüssen, Ankäufen und den Kampf um Marktanteile bestimmt. Es müssen möglichst viele Stufen einer Versorgungskette abgedeckt werden, um regionale Märkte unter Kontrolle zu bringen. In der Folge entstanden recht schnell oberflächliche Netzwerke, wobei große Zusammenschlüsse ihre Kaufkraft entsprechend einsetzten. Die Formen von Managed Care werden sich in den nächsten Jahren auch ohne gravierende Eingriffe weiter ausbreiten. Diese Ansicht herrscht unter den meisten US-amerikanischen Gesundheitsökonomen vor. Angenommen wird, dass sich der Konkurrenzkampf auf dem Gesundheitsmarkt verstärken wird, wobei sich die Formen von Managed Care verwischen werden. Immer neue Organisationsformen drängen auf den Markt und lösen alte Formen ab, bzw. entstehen parallel dazu. Wichtig ist es, aber auch in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass zur gleichen Zeit in den USA Widerstand gegen die Managed-Care-Organisationen entstand. So wandten sich im Staat Massachusetts beispielsweise Ende 1997 über 2000 Ärzte und Pflegekräfte mit dem Slogan: „For our patients – not for profits“ an die Öffentlichkeit. Damit sollte über diesen Aufruf das Geschäftsgebaren einiger Managed-Care-Organisationen angeprangert werden²¹².

3.3 Techniken von Managed Care

Die einzelnen Versicherungsformen, die von den Versicherten gekauft werden können, lassen sich als Managed-Care-Produkte bezeichnen. Innerhalb dieser Managed-Care-Produkte werden Managed-Care-Techniken angewandt.

Dabei steht die Kontrolle über die Arzt-Patienten-Beziehung im Zentrum aller Anstrengungen, die medizinische Versorgung nach wirtschaftlichen Kriterien zu steuern.

²¹² Vgl. Haubrock, in: Haubrock, Schär (Hrsg.), 2002, S.156ff.

Folgende Techniken, die sich auf Global- und Feinsteuerung beziehen werden eingesetzt um die primären Ziele von Managed Care, Effizienzerhöhung und Qualitätsverbesserung zu erreichen.

3.3.1 Globalsteuerung

Techniken der Globalsteuerung wirken regulierend auf makroökonomischer Ebene. Der Markt sowie die potentielle Nachfrage von Leistungen wird von Krankenversicherungsunternehmen analysiert. Aufgrund dieser Analyse werden dann gezielt Gesundheitsleistungen gekauft und durch die Einkaufsmacht der Unternehmen Kosten und Leistungen gezielt gesteuert. Leistungserbringer werden nur dann an Managed-Care-Organisationen gebunden, wenn der Auslastungsgrad als hoch eingestuft wird.

Das Network Management und das Produktmanagement fallen unter die Globalsteuerung. Beim Network Management werden je nach Organisationsform der MCO einzelne Ärzte, Ärzteguppen oder -vereinigungen, Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer zu einem Versorgungsnetzwerk zusammengeschlossen. Wirtschaftliche und qualitative Gesichtspunkte bestimmen die Auswahl der Leistungserbringer. Innerhalb dieses Netzes werden die Strukturen und Angebote aufeinander abgestimmt und die Versorgung der Versicherten wird durch ein funktionierendes Informationssystem transparent gestaltet. Es bedarf eines gezielten *Network Managements*, um die Versorgung innerhalb dieses Netzwerks zu gestalten. Ziel ist es, neben einer hohen qualitativen Versorgung, die Ausgaben für Gesundheitsleistungen zu senken.

Das *Network Management* stellt eine organisatorische Verbindung von Finanzierung und Leistungsangebot dar, mit dem Ziel qualitativ hohe Leistungen zu einem möglichst niedrigen Preis zu erbringen.

Die Herstellung und den Ablauf einzelner Produkte zu koordinieren und weiterzuentwickeln bzw. durch neue Produkte zu ersetzen ist Gegenstand des *Produktmanagements*. Für den Versicherten hängt die Attraktivität von Versicherungsprodukten nicht allein am Preis, sondern muss auf die Bedürfnisse des

Versicherten zugeschnitten sein. Attraktive Produkte führen dazu, dass neue Mitglieder zur Versicherungsgemeinschaft dazu gewonnen werden. Somit sinken die Ausgaben pro Mitglied in der Versicherungsgemeinschaft da das Versicherungsrisiko mit steigender Anzahl von Mitgliedern sinkt, was in der Konsequenz zu einer Absenkung der Versicherungsprämie pro Mitglied führt. Das wiederum erhöht die Attraktivität für neue Mitglieder²¹³.

3.3.2 Feinsteuerung

Im Mittelpunkt des Bemühens bei der Feinsteuerung liegt auch die Sicherung von Wirtschaftlichkeit und Qualität für eine zweckmäßige Gesundheitsversorgung. Dabei geht es hier im Besonderen um die individuellen Regelungen, die auf die besonderen Interessen der einzelnen Beteiligten abgestimmt sind. Der Ansatzpunkt ist hier in der Beziehung zwischen MCO, dem Leistungserbringer und dem Versicherten zu sehen, wobei die Instrumente der Feinsteuerung hauptsächlich beim Leistungserbringer ansetzen. Über Anreize finanzieller Art oder Restriktionen wird versucht, die Versicherten zu ausgewählten Leistungserbringern zu dirigieren. Dabei trägt der Versicherte bei der Leistungsinanspruchnahme einen Teil der Leistungskosten in Form einer Eigenbeteiligung selbst. Je nach Organisationsform der MCO variiert die Eigenbeteiligung. Dabei gilt der Grundsatz, je höher die Wahlfreiheit des Versicherten, umso höher die Eigenbeteiligung bzw. Versicherungsprämie. Die niedrigsten Versicherungsprämien sind folglich dann gegeben, wenn der Versicherte die Leistungen des Netzwerks in Anspruch nimmt.

Von den Versicherten wird neben einem umfassenden Leistungsangebot bei möglichst niedrigen Prämien ein hohes qualitatives Niveau erwartet. Diese Erwartungshaltung bedingt zur Überprüfung der Behandlungsqualität Instrumente der Qualitätssicherung, die von den MCOs im Rahmen der Feinsteuerung genutzt werden. Qualitativ hochwertige Leistungen sind effizient und werbewirksam und werden in die Unternehmensphilosophie

²¹³ Vgl. Haubrock, in: Haubrock, Schär (Hrsg.), 2002, S.156ff

mit einbezogen. Die Langzeitqualität der Leistungen bzw. der Versorgung hat Priorität und bedingt eine ständige Qualitätskontrolle der Leistungs-, Qualitäts- und Kostenprofile innerhalb des Versorgungsprozesses. Dabei wird sich nach den Kriterien des *Total Quality Managements* (TQM)²¹⁴ orientiert.

Jede MCO kann aus ihren festgelegten Indikatoren Qualitätsstandards entwickeln. Für Kunden wird es so schwierig einen Qualitätsvergleich zwischen verschiedenen Anbietern durchzuführen. Das macht eine externe Qualitätssicherung notwendig, indem über ein Programm von Indikatoren die Leistungsfähigkeit verschiedener MCOs vergleichbar gemacht wird. Seit der Einführung 1995 wurde in mehrfacher Überarbeitung versucht der Ergebnisqualität mehr Beachtung zu schenken. Kritiker bemerken zu dem System, dass die Indikatoren zu oberflächlich gehalten sind, und die Kundenbedürfnisse nur unzureichend Berücksichtigung finden. Gegenüber Mitbewerbern verschafft das Qualitätsmanagement Vorteile, setzt aber hohe Investitionskosten voraus.

Ein weiteres Instrument im Rahmen der Feinsteuerung ist das *Cost Management*. Hier geht es um die Frage der Finanzierung medizinischer Leistungen. Eine Abrechnungsform ist die Einzelleistungsvergütung. Leistungen, die außerhalb des Netzwerks erbracht werden, bieten ökonomisch betrachtet wenig Anreiz für eine MCO, da sie nur geringe Einflussmöglichkeiten in Bezug auf die Kostensteuerung bedeutet. Ein wesentliches Merkmal ist die Übertragung des wirtschaftlichen Risikos auf die Leistungserbringer. Die mangelnde Möglichkeit der Kostensteuerung der Einzelleistungsvergütung führt dazu, dass die MCOs Leistungen nicht mehr einzeln bezahlen, sondern pauschal zu honorieren sind.

Das *Prospective Payment* oder auch *Capitation* ist ein erwartetes Budget in Form von Kopfpauschalen innerhalb eines definierten Zeitraums. Dieses wird dem Arzt zur Verwaltung im Voraus zur Verfügung gestellt. Bei dieser Form der Vergütung ist der Arzt am Versicherungsrisiko beteiligt. Diese Kopfpauschale wird meist monatlich bezahlt. Der Arzt hat einen bestimmten Patientenstamm, für den er nach bestimmten Kriterien (z.B. Alter, Geschlecht, Risikopotential) vertraglich fixierte Pauschalen erhält, die mit steigendem Risiko entsprechend höher gestaltet sind. Dieses System birgt den Anreiz, bei

²¹⁴ siehe Kap.2.6.2.1.3 Qualitätspolitik und Rehabilitationsziele in der kardiologischen Rehabilitation, Exkurs Total Quality Management

hoher qualitativer Gesundheitsversorgung niedrige Kosten zu produzieren und vermehrt präventiv tätig zu werden. Es gilt: Je geringer der Behandlungsaufwand desto höher das Einkommen des Arztes. Daher wird ein Arzt versuchen über Aufklärungen, Schulungen und der Optimierung von Behandlungsabläufen die Arztbesuche zu reduzieren. Bei diesem System ist zur Sicherung der Behandlungsqualität eine Überwachung notwendig. Wesentlich ist, dass hier die Zahlung der Pauschalen unabhängig von der Menge der in Anspruch genommenen Leistungen stets konstant ist.

Ob eine Behandlung erfolgreich und effizient war, wird nach einer Leistungserbringung nach dem *Retrospective Review* überprüft. Die Effizienzprüfung steht im Vordergrund des Interesses, wobei auf die erbrachten Leistungen geachtet wird und ob die Höhe der Kosten angemessen ist.

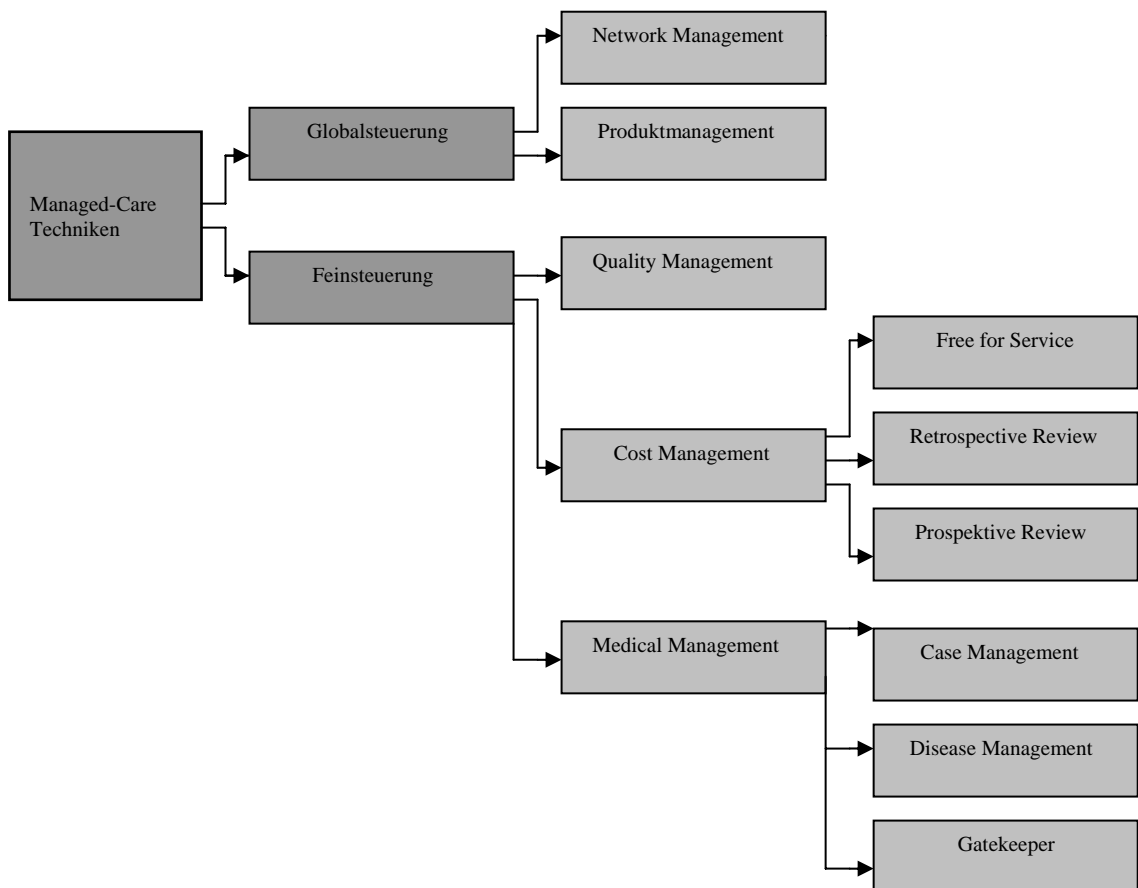
Case Management²¹⁵, das Disease Management²¹⁶ sowie der Gatekeeper²¹⁷ gehören zum *Medical Management*.

²¹⁵ Vgl. Kap.4.3 Case Management

²¹⁶ Vgl. Kap.4.2 Disease Management Programme

²¹⁷ Vgl. Kap.4.4 Gatekeeper

Unten aufgeführte Abbildung stellt die Managed-Care-Techniken in übersichtlicher Weise dar.



Übersicht der Managed-Care-Techniken (Quelle: Haubrock, M.; Vorlesungsskript Gesundheitsökonomie, Fachhochschule Osnabrück; 1999)

3.4 Organisationsformen der Managed Care

Institutionen, die Managed-Care-Techniken einsetzen sowie zu einem gewissen Grad die Funktionen Versicherung und Leistungserstellung integrieren, werden als Managed-Care-Organisationen (MCOs) verstanden.

Das Grundprinzip dieser Organisationen ist die Vereinigung von Versicherung und Leistungserstellung.

Neben diesen MCOs existieren Institutionen, die im Managed-Care-Umfeld agieren. Insbesondere gehören hierzu spezialisierte Unternehmensberatungen, die bei der Entwicklung und Umsetzung der Managed-Care-Instrumente behilflich sind, auch respektive Beratungsleistungen zum Umgang mit Managed-Care-Instrumenten anbieten.

MCOs bieten ihren Versicherten zu einem bestimmten, prospektiv festgelegten Preis ein bestimmtes Leistungsspektrum an. Die Risikostruktur der Versicherungsgemeinschaft bestimmt die Höhe der einheitlichen Versicherungsprämie pro Kopf. Dabei können bestimmte Personengruppen, die z.B. zu kostenintensiv scheinen, von der Aufnahme in solch eine Versicherungsgemeinschaft ausgeschlossen werden. MCOs gehen zum Zweck der medizinischen Versorgung Beziehungen mit ausgewählten Anbietern ein. Diese Versorgungsleistungen werden von Anbietern erbracht, die entweder mit einem festen Gehalt bei der MCO angestellt sind oder über einen Versorgungsvertrag an die Organisation gebunden sind. Die MCO sind erwerbswirtschaftlich orientiert und stehen im Wettbewerb zueinander. In diesem System können z.B. Leistungsanbieter für mehrere MCOs tätig sein, sofern sie nicht eine direkte Festanstellung an eine Organisation haben.

In den MCOs ist das Spektrum der organisatorischen Möglichkeiten sehr vielfältig, wobei allen jedoch einige Merkmale gemeinsam sind. Die prospektive Finanzierungsform ist ein Merkmal, die das wirtschaftliche Behandlungsrisiko von der Versicherung auf den Leistungserbringer überträgt. Aus einem fest definierten Budget müssen die Versicherten umfassend medizinisch versorgt werden, wobei das Ausmaß der Behandlung und damit auch das Ausmaß der Kosten unerheblich ist. Daraus ergibt sich der Gewinn oder Verlust eines Leistungserbringers.

3.4.1 Health Maintenance Organization

Die Health Maintenance Organization (HMO) ist die typische Form einer Medical Care Organization und weit in den USA verbreitet. Diese Organisationsform hebt die Trennung zwischen Leistungsfinanzierung und Leistungserbringung partiell auf. Diese Organisationen bieten den Versicherten genau definierte Leistungspakete medizinischer Leistungen an. Diese Leistungspakete, die als Gegenleistung eine Einhaltung der Vorschriften (festgelegte Arztwahl) bedeuten, können für den Versicherten von bis zu 30% Kostenvorteile gegenüber der herkömmlichen Versicherung ausmachen. Neben diesen werden häufig auch nicht-ärztliche Gesundheitsleistungen, wie z.B. Physiotherapie, Optikerleistungen oder die Medikamentenversorgung über Apotheken angeboten²¹⁸.

Diese Leistungen werden entweder aus der eigenen Organisation oder durch angestellte Leistungserbringer erbracht.

Dabei wird unterschieden, dass über organisatorische und/oder vertragliche Regelungen die Verantwortung für die medizinische Versorgung an das Netz der Leistungserbringer übertragen wird, was einerseits die freie Arztwahl der Versicherten in unterschiedlichem Maße einschränkt, andererseits die Leistungserbringer als Gruppe für die Kosten ihrer Behandlung haften lässt. Medizinische Verantwortlichkeit und Finanzierung in diesem System werden so unter eine gemeinsame Zuständigkeit gebracht. Die HMO muss nicht nur die Finanzierungsform übernehmen, sondern auch die medizinische Versorgung selbst oder über die Hinzuziehung außenstehender Ärzte und Krankenhäuser garantieren.

HMOs verlangen keine bzw. nur geringe Selbstbeteiligungen. Diese Selbstbeteiligungen werden nur dann erhoben, wenn Leistungen von Leistungsanbietern außerhalb des HMO-Netzwerks in Anspruch genommen werden. Die im Voraus festgesetzte Versicherungsprämie ist um ca. 20% niedriger als bei anderen Versicherungsmodellen.

In der Regel werden von HMOs Tarifkonditionen mit dem Arbeitgeber des Versicherten ausgehandelt. Nach geographischer Besonderheit des Versorgungsangebots, sowie Berufsrisiko erhebt eine HMO unterschiedliche Tarife. In diesem Modell kann ein Mitglied nur Leistungen von einem Arzt des Netzwerks in Anspruch nehmen, sonst verliert er einen

²¹⁸ Vgl. Mühlenkamp, 2000, S.35ff.

Teil seines Versicherungsschutz oder muss Zuzahlungen leisten. Innerhalb der HMO sind Primärärzte unter den Vertragsärzten der erste Anlaufpunkt für einen Patienten. Ihnen obliegt die Koordination der Behandlung.

Eine HMO kann eigenständig auf dem Markt agieren, da sie eine Versicherungslizenz besitzt.

HMO-Modelle sind For-profit-Unternehmen, die mehrere Modellvarianten umfassen, die in der Literatur nicht einheitlich abgegrenzt sind.

Im geschlossenen Modell (Closed Panel) darf ein Leistungserbringer nur Mitglieder der vertraglich festgelegten HMO behandeln. Die Staff HMO ist die älteste Form einer HMO. In diesem System sind die Ärzte Angestellte der HMO. Budgetvorgaben sind in diesem Modell üblich. Die Ärzte bekommen pro Versicherten eine bestimmte Summe, die Kopfpauschale bzw. Capitation, von der die Facharztgebühren und die Kosten der Krankenhausbehandlung gezahlt werden müssen. Die Pauschale ist unabhängig von der Leistungsanspruchnahme des Patienten. Das lässt eine Reglementierung der Behandlungsautonomie des Arztes durch die HMO, wenn gewollt, zu, da sie der Arbeitgeber des Arztes ist. Aus diesem Grund ist bei Ärzten dieses Modell äußerst unbeliebt. Bei den Versicherten ist dieses Modell auch nicht sehr populär, da das Vertrauensverhältnis zu einem angestellten Arzt geringer ist, als zu einem frei praktizierenden.

In diesem Modell besteht der Anreiz der Mengenausweitung nicht, jedoch aber der Anreiz der Leistungsvorenthaltung, was in der Konsequenz zu einer internen und äußeren Kontrolle bedarf.

Im Group Modell werden durch die HMO Versicherungsverträge mit Arztgruppen verschiedener Fachrichtungen abgeschlossen, die Angestellte einer Gruppenpraxis sind. Personal, medizinische Einrichtung sowie Administration werden von dieser Gruppe gemeinsam genutzt. Formal bleiben die Ärzte selbständig. Die Versicherten werden mit den vertraglich vereinbarten Leistungen versorgt, dazu verpflichten sich die Arztgruppen. Die Vergütung erfolgt pro Monat und Patient. Weiterhin werden Gehälter in Abhängigkeit von den jeweiligen Qualifikationen der Ärzte gezahlt.

In den offenen Systemen (Open Panel) werden durch den Arzt Patienten aus unterschiedlichen Versicherungsverhältnissen behandelt.

In diesen Systemen stehen den Patienten eine größere Auswahl an Leistungserbringern zur Verfügung als in geschlossenen Systemen. Hierbei findet sich ein Zusammenschluss selbständiger Ärzte in freier Zusammenarbeit mit einem Versicherungsunternehmen. Es stellt den Ärzten frei auch mit anderen Versicherungsunternehmen ähnliche Rahmenverträge abzuschließen. Durch die unterschiedlichen Verträge müssen die Ärzte bei den Patienten je nach Versicherungsunternehmen verschiedene Behandlungsvorgaben anwenden, da unterschiedliche Anbieter oft auch unterschiedliche Therapiestandards haben. Die Ärzte haben die Möglichkeit, neben den HMO-Mitgliedern, die über einen Gatekeeper²¹⁹ zugewiesen werden, auch Patienten außerhalb der HMO zu behandeln. Fachärztliche Leistungen werden einzeln vergütet.

Die offenen Systeme verzeichnen zur Zeit ein starkes Wachstum, da die HMO die ärztliche Behandlungsautonomie in diesem System nur begrenzt einschränkt.

In der Independent Practice Association (IPA) schließen Krankenversicherungsanbieter Verträge mit ausgewählten Ärztegruppen/Gruppenpraxen, zum Teil auch Einzelpraxen. Diese praktizieren in eigenen Räumlichkeiten und auch mit eigenem Personal sowie eigener Ausstattung. Im Unterschied zu dem Group Modell können die Ärzte auch Patienten außerhalb der HMO behandeln. Die professionelle Autonomie der Ärzte bleibt weitgehend bestehen. Mit dieser Vereinigung schließen die HMOs Versorgungsverträge ab. Eine Vergütung erfolgt nach dem Capitation Verfahren, nach Einzelleistungsvergütung oder nach ausgehandelten Pauschalen. Eine Pauschalvergütung, die unabhängig von der Leistungsanspruchnahme der HMO-Versicherten gezahlt wird, ist jedoch üblich. Diese Form der HMO hat derzeit den größten Marktanteil und nimmt weiter zu.

Bei einem Direct Contract Modell werden von den HMOs direkt mit einzelnen, unabhängigen Ärzten Behandlungsverträge abgeschlossen, die keiner Ärztevereinigung angehören. Die Vergütung der Leistungserbringer erfolgt wie in der IPA.

²¹⁹ Vgl. Kap.4.4 Gatekeeper

Es gibt auch Mischformen der Open Panel- und Closed Panel Modelle, die aus einer Kombination von mindestens zwei Vertragsformen, die zu einer gemeinsamen Form zusammengeschmolzen sind. Diese werden Mixed Models genannt.

Neben dem Wachstum von IPAs kam es vor allem zur Verbreitung von Network-HMOs. Im Network-Modell schließen Krankenversicherungsanbieter Verträge mit ausgewählten Ärztegruppen/Gruppenpraxen, zum Teil auch Einzelpraxen und sonstigen Leistungserbringern ab, um einen ausreichend geographischen Abdeckungsgrad zu erreichen.

Die HMO übernimmt hier die Steuerung, Kontrolle sowie die Koordination der einzelnen Mitglieder, die über Pauschalentgelte vergütet werden. Im Unterschied zu dem Group Modell können die Ärzte auch Patienten außerhalb der HMO behandeln. Patienten wählen einen Arzt des Netzwerkes als Gatekeeper, der falls notwendig an Spezialisten oder Krankenhäuser überweist, die ebenfalls mit dem HMO vertraglich in Verbindung stehen. Das Network Modell stellt eine Kombination und einen Zusammenschluss verschiedener Group- und IPA-Modelle dar, in dem alle Gestaltungsmöglichkeiten gegeben sind²²⁰.

²²⁰ Vgl. Haubrock, in: Haubrock, Schär (Hrsg.), 2007, S.213ff.

3.4.2 Preferred Provider Organizations (PPOs)

Ca. 10 Jahre nach Einführung der HMOs wurden von Seiten der konventionellen Krankenversicherungen und Ärzten die PPOs gegründet. Obwohl viele Gemeinsamkeiten bestehen, unterscheiden sich die PPOs in drei wesentlichen Merkmalen von den HMOs:

- Das Gatekeeper Prinzip wird kaum angewendet
- Ärzte sind nicht am Risiko des Versicherungsplans beteiligt
- Generelle Einzelleistungsvergütung mit Preisabschlägen für den ambulanten Sektor sowie Fallpauschalen für den stationären Sektor.

Über die ersten zwei Punkte werden Bestrebungen deutlich, in Abgrenzung zu den HMOs mehr Freiheiten sowohl für den Patienten (deutlich mehr Wahlfreiheit) als auch für die Ärzte anbieten zu können. Kostenersparnisse sollen durch Preisrabatte und vermehrte Eigenbeteiligung der Versicherten erzielt werden. In dieser Organisationsform spielt auch die Kontrolle der Kosten sowie der Leistungen eine wesentliche Rolle. Die sich hieraus ergebende Leistungstransparenz soll der Garant sein, dass es weder zu unnötigen Mengenausweitungen noch zu Qualitätseinbußen kommt. Die Versicherungsprämien liegen im Vergleich zu den HMOs etwas höher.

3.4.3 Point of Service Organizations (POSs)

Eine Mischform aus HMOs und PPOs stellen die POSs dar. Hier kann der Versicherte wählen, ob er Leistungen in einem HMO in Anspruch nimmt oder ob er gegen Zuzahlungen Leistungen außerhalb des Netzwerks in Anspruch nehmen möchte. Innerhalb des Netzwerkes wird der Behandlungsverlauf über Gatekeeper gesteuert. Im Vergleich zu

den HMOs sind POSs weniger kostenträgergetrieben, d.h. sie werden weniger intensiv durch Qualitätsmanagement und Kostenkontrolle gesteuert²²¹.

3.5 Organisationen für Management und Qualität

Aufgrund eines immer stärker werdenden Wettbewerbsdrucks zeichnet sich eine Entwicklung dahingehend ab, sich mit Hilfe immer professionellerer Managementorganisationen Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Dabei fährt das Management das Prinzip der immer weiteren Ausdifferenzierung. Es findet eine immer stärkere Spezialisierung statt. Zum einen gibt es Krankenhäuser, die sich auf einzelne Indikationsgebiete spezialisiert haben. Zum anderen werden Formen von Integration angestrebt. Mittels Fusionen und Aufkäufen wird versucht, ein möglichst vollständiges Spektrum von Gesundheitsleistungen anzubieten. Initiatoren für derartige Managementorganisationen, die das Ziel der Leistungsintegration verfolgen, können, wie bereits angesprochen, entweder Krankenhäuser, Versicherungsunternehmen oder Ärztgruppen sein. Neben diesen traditionellen Marktteilnehmern nimmt aber auch die Zahl neuer Unternehmensformen zu. Neben sogenannten Wall-Street-Unternehmen²²², die als neuentstandene Unternehmensformen eindeutige Vorteile gegenüber den Non-Profit-Unternehmen haben, entwickeln sich hochspezialisierte Service-Unternehmen, die einzelne Teilleistungen, wie zum Beispiel Entwicklung von Leitlinien oder Kosten-Nutzen-Analysen²²³ anbieten.

Auf dem Gebiet der Erstellung von Patientenklassifikationssystemen, die jedem Versicherten gemäß seinem Versorgungsrisiko einen entsprechenden Budgetanteil

²²¹ Anmerkung des Verfassers: Wenn man sich die Entwicklung der Modelle betrachtet, so scheint einem Aspekt besondere Bedeutung zuzukommen: der Wahlfreiheit. War diese im Rahmen der HMOs sowohl für die Patienten als auch für die Leistungserbringer deutlich eingeschränkt, ist man im Verlauf dazu übergegangen einige der Strukturen aufzuweichen (PPOs). Einige Untersuchungen zeigen, dass durch die PPOs zwar ein Rückgang der Gesundheitsausgaben in den USA zu verzeichnen ist, aber nicht in dem Ausmaß wie es die HMOs bieten. Das bedeutet, je straffer die Struktur desto höher die Kosteneinsparungen, je mehr Wahlfreiheit geboten wird, desto höher die Kosten.

²²² Vgl. Kuttner, 1999, S.15ff

²²³ Vgl. Kap.6 Ökonomische Betrachtung

zuweisen, sind die USA führend. Hier bedient man sich der Adjusted Clinical Groups, anhand derer die Kostenträger risikogewichtete Versicherungspauschalen zur Vergütung innerhalb der integrierten Versorgungssysteme berechnen²²⁴.

Die USA machen seit Beginn der 90er Jahre Erfahrungen mit Verfahren und Instrumenten der externen Qualitätssicherung von MCOs. Hieran ist im wesentlichen das National Committee for Quality Assurance (NCQA) beteiligt²²⁵. Diese Organisationen bedienen sich zur Abbildung der Versorgungsqualität eines standardisierten Kataloges von ca. 65 Struktur- Prozess- und Ergebnisindikatoren (Health Employer Data and Information Set- HEDIS-Indikatoren)²²⁶, die in über 90 % der MCOs angewendet werden²²⁷. Aufgrund der erhobenen Daten konnte gezeigt werden, dass deutliche Verbesserungen der Behandlungsqualität innerhalb der MCOs erreicht wurden.

Ein weiteres Instrument zur Evaluation der Qualität innerhalb der Gesundheitssysteme, bzw. deren Leistungsanbietern sind in den USA die Consumer Assessment of Health Plan Satisfactions (CAHPS) – Kriterien, welche die Patientenzufriedenheit bestimmen sollen.

In der Datenbank Quality Compass sind HEDIS-Ergebnisse und Angaben über den Zertifizierungsstatus mehrerer hundert MCOs enthalten. Die Daten sind als nicht repräsentativ für alle MCOs anzusehen, da sie freiwillig erhoben worden sind, sowie nicht von allen Organisationen Daten vorliegen. Dennoch erlauben sie wichtige Einblicke²²⁸. Es zeigt sich, dass zertifizierte MCOs deutlich bessere Ergebnisse bezüglich z.B. der Patientenzufriedenheit aufweisen.

Die genannten Organisationen und Messinstrumente stellen neben vielen anderen nur einen begrenzten Teil der in den USA existierenden Kontrollinstanzen dar und sollen im Rahmen dieser Arbeit darauf hinweisen, dass im Rahmen von Managed Care die Bemühungen dahin gehen, Prozess-, Struktur-, und Ergebnisqualität zu überwachen und ggf. zu

²²⁴ Vgl. Preuß, 2000, S.47

²²⁵ Vgl. Tucker D.A. & Schilling, B., The National Committee for Quality Assurance, ohne Jahresangabe

²²⁶ Vgl. ebda.

²²⁷ Schell, Lauterbach, 2000, S.46ff.

²²⁸ Vgl. Courté-Wienecke, 2002; 7, S.52-59

verbessern. Die Ergebniskontrolle spielt zunehmend eine wesentliche Rolle. So werden die MCOs zunehmend dazu verpflichtet die Wirksamkeit ihrer Programme nachzuweisen²²⁹.

3.6 Managed Care aus ökonomischer Sicht

Managed Care zeichnet sich durch neue Vergütungsformen aus.

Bei Managed Care handelt es sich um Strategien zu einer geführten Krankenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung durch eine Neuordnung von Finanzierung und Vergütung, Organisation und Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Ziel ist es die beiden Instrumente, die Leistungs- und die Finanzierungsverantwortung, in einer Hand anzusiedeln und dabei eine Kostenkontrolle durch Beschränkungen im Zugang und der Leistungen unter Beibehaltung der Versorgungsqualität beizubehalten.

Bisher war die Vergütung dadurch gekennzeichnet, dass an der Krankheit des Patienten und nicht an dessen Gesundheit verdient wurde. Im Managed Care Ansatz wird versucht, Vergütungssysteme zu gestalten, die Anreize bieten, die Versorgung des Patienten effektiv zu gestalten und dabei Mengenausweitungen zu vermeiden.

In diesem System ist die Koordination zwischen ärztlicher Praxis, stationärer Versorgung, Pflege und Rehabilitation, eine sektorübergreifende Versorgung „aus einem Guss“ und „aus einer Hand“, die Aufrechterhaltung von Wahlmöglichkeiten für den Versicherten und Vertrags- und Vergütungsstrukturen essentiell. Ökonomisches Kernelement sind eine begrenzte Auswahl der Leistungsanbieter, Anreize für kostengünstigere Behandlung und eine unterschiedliche Ausgestaltung der Anreizsysteme für Ärzte und Versicherte.

Eine Mindestmenge an Patientenzahlen, ein Genehmigungsverfahren vor terminierbaren Eingriffen (Zweitmeinung) kann optional vorgegeben werden²³⁰.

²²⁹ Preuß, 2000, S.47

²³⁰ Vgl. www.springerlink.com/index/7873681560288661.pdf

3.7 Beispiele umgesetzter Managed-Care-Strukturen

Durch Selektieren kann eine MCO die Vertragspartner nach ihren Fähigkeiten und ihrer Reputation hinsichtlich des Qualitätsniveaus beeinflussen. Dazu werden die Leistungsanbieter bzw. die es werden wollen, in der Regel durch die MCO einem Bewertungsverfahren unterzogen.

Ziel ist es, Aufschlüsse über die Arbeitsqualität eines Vertragspartners zu gewinnen. Zunächst geht es darum, die formale Qualifikation eines Arztes zu überprüfen. Dabei lassen es viele MCOs bewenden. Einige überprüfen weitere Qualifikationskriterien. So werden u.a. die Praxisräume sowie deren Auslastung inspiziert. Zudem wird Einsicht in die Krankenakten genommen. Fort- und Weiterbildungen sind von den jeweiligen Ärzten nachzuweisen.

Die Ursprünge der Überprüfungen liegen in den Kostendämpfungsgesetzen, die Anfang der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts durch Präsident Nixon verabschiedet wurden. Er richtete eine Organisation ein, um die Versorgung von Medicaid-Versicherten und Medicare-Versicherten zu überprüfen.

Diese Idee hat sich heute zum Utilization Review weiterentwickelt. Das Management einer MCO, die ja ein personenbezogenes Dienstleistungsunternehmen ist, muss im Prinzip darauf angelegt sein, nicht nur die Entscheidungen der Ärzte, sondern auch die der Patienten im Sinne der Unternehmensziele zu steuern. Dieses geschieht mittels eines entsprechenden Utilization Review, welches Beobachtungs- und Beeinflussungsinstrumente beinhaltet. Zunächst kontrolliert ein Gatekeeper den Zugang zu allen stationären und ambulanten Leistungen. Kostspielige Maßnahmen beinhalten eine Genehmigung durch das Management. Damit wird die Arzt-Patientenbeziehung von der Kostenseite her kontrolliert. Diese wird meistens von Utilization Review Organizations durchgeführt. Anhand von Leistungsdaten werden Leistungsanbieter dahingehend verglichen, indem im Sinne eines Benchmarking Kosten, Qualität und Inanspruchnahme beleuchtet werden.

Die Methode des Health Risk Appraisal analysiert die Risikofaktoren einer speziellen Versichertengruppe hinsichtlich der Ausgabenverteilung. Hierüber soll Aufschluss gewonnen werden, welche Versicherten mit welchen Risikofaktoren welche

Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. So wird eine bestimmte Gruppe von Versicherten im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung nach Risikoparametern eingeteilt. Die Analyse der Ausgabenverteilung zeigt, dass bei einer geringen Anzahl der Versicherten in der Regel überproportional hohe Kosten anfallen. Die Vorsorgeuntersuchung ist präventiv angelegt, um festzulegen, welcher Versorgungsbedarf in der nächsten Zeit entsteht, und welche Ausgaben damit verbunden sein können. Risikoauffällige Patienten sollen dann gezielt in Präventionsmaßnahmen eingebunden oder einem Case Management²³¹ zugeführt werden. Ziel soll sein, der Unübersichtlichkeit des Behandlungsgeschehens entgegenzuwirken, welcher sich durch die Anbietervielfalt und die unterschiedlichen Vertragsverhältnisse darstellt. Der Behandlungsprozess soll durch eine verbesserte Kommunikation der Beteiligten an Qualität gewinnen, da einzelne Elemente besser aufeinander abgestimmt werden können. Dem Case Manager obliegt die Aufgabe, den individuellen Behandlungsprozess eines Patienten vorausschauend zu unterstützen, zu begleiten und zwar schon beginnend bei der Konsultation des niedergelassenen Arztes. Zu diesem Zweck soll der Case Manager vor Ort präsent sein, nicht nur in den Krankenhäusern, sondern auch in den Arztpraxen. Sie sollen Ansprechpartner für die Versicherten, die sich in Behandlung begeben haben, und sich auch als organisatorische Assistenten für die Ärzte sehen.

Neu auf dem Managed-Care-Markt sind die Provider Sponsored Organizations. Die Leistungsanbieter integrieren hier die Versicherungsfunktion, indem sie direkt Verträge mit Arbeitgebern oder staatlichen Organisationen schließen. Für Ärzte hat das den Vorteil, dass sie die vollen Prämien bekommen, ohne einen gewissen Anteil (15-20 Prozent) an die Versicherungsgesellschaft zu verlieren. Damit werden sie von Partnern zu Konkurrenten der Versicherungsanbieter²³².

²³¹ Vgl. Kap.4.3 Case Management

²³² Vgl. Haubrock, in: Haubrock, Schär (Hrsg.), 2007, S 217ff.

3.8. Auswirkungen von Managed Care

Welche Auswirkungen stellten sich in den USA ein? Wie ist das System unter Effizienz- und Effektivitätsgesichtspunkten zu bewerten?

Auch wenn über die Literatur ersichtlich ist, dass es einige Kritiker bezüglich der Effizienz und Effektivität von Managed Care gibt und auch zu berücksichtigen ist, dass oft nur Teilbereiche von Versorgungseinheiten betrachtet werden, so hat sich doch in den meisten Fällen gezeigt, dass der jährliche Ausgabenzuwachs mit der Einführung von Managed Care deutlich eingedämmt werden konnte. Bei gleicher Risikostruktur sind HMOs grundsätzlich in der Lage, niedrigere Gesamtkosten von 10 bis 40 % je Versicherten zu erreichen²³³.

Tatsächlich hört sich die Entwicklung von Managed Care in den USA wie eine „Erfolgstory“ an:

Deckten 1986 nur 14 Prozent aller Versicherten ihr Krankheitsrisiko über Managed-Care-Unternehmen ab, so waren es 1996 bereits 55 Prozent. Ein wesentlicher Grund ist in den niedrigen Versicherungsprämien im Vergleich zur klassischen prämiensorientierten Krankenversicherung zu sehen.

Wo Managed Care in den USA eingesetzt wurde, konnte es dazu beitragen, die Gesundheitsausgaben zu senken – allerdings ausgehend von einem im internationalen Vergleich sehr hohen Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von über 14 Prozent. In Südkalifornien beispielsweise – mit einem überdurchschnittlichen Anteil Managed-Care-Versicherter – sanken die Gesundheitsausgaben von 1994 auf 1995 um 5,2 Prozent, während sie im US-Durchschnitt um 4,8 Prozent anstiegen²³⁴.

Diese nackten Zahlen lassen „Managed Care“ als interessanten Lösungsansatz für die heimischen Krankenkassen erscheinen.

Allerdings hat diese „Erfolgsstory“ auch ihre Schattenseiten. Sie stellt lediglich auf die Kostensenkungspotenziale, nicht aber auf die qualitative und soziale Dimension ab. Nachdem von Seiten der Versicherten und der Behörden zunehmend kritisiert worden ist, dass viele MCOs ihre Patienten zu restriktiv betreuen würden, sind in verschiedenen Bundesstaaten der USA Gesetze zur Mindestbehandlung erlassen worden.

²³³ Vgl. www.aerztekammer-berlin.de/05

²³⁴ Vgl. Puke, 2000, S.4

Der harte Wettbewerb, der Managed Competition, der unter den amerikanischen MCOs herrscht, soll diese dazu zwingen, so ökonomisch zu arbeiten, dass mit den Behandlungskosten auch die Versicherungsprämien reduziert werden können. Zahlreiche MCOs sind aber Aktiengesellschaften, die an der Börse notiert sind und vor allem profitorientiert zu funktionieren haben²³⁵.

Weiterhin zeigt sich, dass es durch Managed Care zu einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor kommt. Vor allem die Einsparungen bei den Kosten für Krankenhausbehandlungen tragen wesentlich zu dem Rückgang der Gesundheitsausgaben bei²³⁶.

Eine positiv zu bewertende Auswirkung, die sich aus den Qualitätsmanagementbestrebungen ergibt, ist darin zu sehen, dass es zu einer deutlich verbesserten Datentransparenz gekommen ist. Gerade diese Auswirkung von Managed Care stellt einen wesentlichen Bereich dar, da es in Deutschland nachweisbar oftmals schwierig ist an Daten zu gelangen²³⁷.

Zu verzeichnen ist auch, dass es zu einer positiven Beziehung zwischen Leistungs- und Kostenreduzierung gekommen ist.

Der Nachweis der Effizienz allein reicht jedoch nicht aus, viel wichtiger ist der Blick auf die Effektivität: Was hat sich für den Patienten verändert? Konnte die Behandlungsqualität verbessert werden?

Positiv lässt sich vermerken, dass es zum einen vielfach zu einem Rückgang von medizinisch nicht indizierten Behandlungen und Kapazitäten gekommen ist²³⁸.

Aus Patientensicht ist eine der erfreulichen Auswirkungen die stärkere Ausrichtung auf die Behandlung chronisch kranker Patienten sowie die intensive Förderung von Präventionsmaßnahmen.

Kritisiert werden seitens der Patienten der eingeschränkte Zugang zu Spezialisten sowie die eingeschränkten Krankenhausaufenthalte. Die eingeschränkte Arztwahl und die daraus

²³⁵ Vgl. Hagenbuch, 2001, S.2

²³⁶ Plamper, Mühlbacher, Berger Studiendokumentation, www.spw.de/125/GKVProgramme.htm.

²³⁷ Berger Roland Strategy Consultants, 2002,

²³⁸ Vgl. ebda.

resultierende unbefriedigende Arzt-Patienten-Beziehung sind jedoch Hauptkritikpunkt. Dieses führte, wie schon im Vorfeld beschrieben, zu einer Weiterentwicklung von Managed-Care Organisationen, die dem Patienten mehr Wahlfreiheit bieten, für die er dann auch bereit sein muss, höhere Kosten zu tragen. Dieses wird auch darüber deutlich, dass es zu einer deutlichen Verschiebung der Mitgliederzahlen in Richtung der Organisationen, die mehr Wahlfreiheit bieten, gegeben hat.

Unerwünschte Effekte von Managed Care sind derart zu beobachten, dass im Managed Care eine Risikoselektion beobachtet werden kann. Versicherungsunternehmen tendieren dahin, Patienten mit einem hohen Risikoprofil nicht zu versichern.

Ein weiterer Kritikpunkt geht in Richtung der eingeschränkten Behandlungsfreiheit, die zum Teil verbindlich sind und bei Nichteinhaltung zu finanziellen Einbußen führen.

In diesem Kontext sollten der erhöhte Verwaltungsaufwand sowie die Erfordernis von Datenschutzmechanismen, die sich aus dem für eine strukturierte und effektive Behandlung notwendigen elektronischen Datenaustausch ergeben, nicht außer Acht gelassen werden.

Ein weiterer Kritikpunkt wird darin gesehen, dass Managed-Care-Versicherer auf Grund ihres schnellen Wachstums ihre Prozesse nicht mehr vernünftig steuern und kontrollieren konnten, was wiederum Fehler bei der Leistungsabwicklung zur Folge haben kann.

Hinzu kommt bei Managed-Care-Organisationen eine veränderte Sichtweise. So erlauben mittlerweile eine ganze Reihe MCOs ihren Mitgliedern wieder den direkten Zugang zu Fachärzten, sodass diese erneut verstärkt in Anspruch genommen werden.

Ob die Einführung von Managed-Care-Elementen tatsächlich zur Kostendämpfung beitragen konnte, ist angesichts der Tatsache, dass das US-Gesundheitssystem gemessen an seinem Anteil am Bruttoinlandsprodukt immer noch zu den teuersten der Welt gehört, fragwürdig. Es ist jedoch davon auszugehen, dass MCOs die ihnen zur Verfügung stehenden Einsparungspotenziale nicht ausreichend ausgeschöpft haben²³⁹.

²³⁹ Vgl. Haubrock, in: Haubrock, Schär (Hrsg.), 2007, S.205ff.

3.9. Managed Care – eine Option für das deutsche Gesundheitssystem

Motor der Managed Care ist der Wettbewerb, der Krankenversicherungen und Leistungsanbieter veranlasst, nach möglichst effizienten Formen der Gesundheitsversorgung zu suchen. Verschiedene Varianten der „gemanagten Gesundheit“ haben in den letzten 10 Jahren in den USA einen Boom erlebt. So stieg unter den amerikanischen Arbeitnehmern, die über ihren Arbeitgeber krankenversichert sind, der Anteil der Managed-Care-Versorger zwischen 1988 und 1995 von 29 auf 73 Prozent. Dort sehen vor allem die Arbeitgeber Managed Care als Instrument und als attraktive Variante um ihre Lohnnebenkosten zu senken.

Seit dem Beginn der Diskussionen um die dritte Stufe der Gesundheitsreform wird auch hierzulande über die Möglichkeit der Einführung von Managed Care diskutiert.

Klassische Managed Care in Reinkultur – die vollständige Integration von Versicherung und Leistungserbringung in einer einzigen Organisation, der Health Maintenance Organization (HMO) mit angestellten Ärzten ist auch heute noch selten. An ihre Stelle sind detaillierte vertragliche Beziehungen zwischen Versicherungen und unabhängigen Ärzten bzw. Arztgruppen sowie auch die virtuelle Integration durch leistungsfähige Informationssysteme getreten. Innerhalb von Managed-Care-Organisationen haben sich drei Hauptstrategien aufgrund dieser Basis herauskristallisiert, um eine effiziente Versorgung zu möglichst niedrigen Kosten zu gewährleisten: Das Leistungsgeschehen wird nach der Primärarztstruktur organisiert, es werden ökonomische Anreize gesetzt und sie greifen direkt in das Leistungsgeschehen ein.

Der Primärarzt ist ein vertraglich vorgeschriebener Hausarzt, der die erste verbindliche Anlaufstelle für den Versicherten darstellt, zuständig in Sachen Überweisung zum Spezialisten und zugleich Koordinator sämtlicher anfallenden Versorgungsleistungen. Im Prinzip Primärarzt wird die freie Arztwahl eingeschränkt, verhindert wird damit aber auch ein medizinisch ungerechtfertigtes Spezialisten-Hopping. In Deutschland wird mit der Einführung des Primärarztssystems schon heftig geliebäugelt, da die Institution des

Hausarztes dem deutschen Patienten ja geläufig ist. Hierzu liefern zum Beispiel das AOK-Hausarztmodell in Hessen Erfahrungswerte.

Eine Vergütung nach Stückzahlen, per Kopf oder Fallpauschalen, sowie Gewinnbeteiligung, schiene den Ökonomen prinzipiell durchaus geeignet, sowohl die Defizite, die sich in Deutschland aus der Einzelleistungsvergütung mit Anreiz zur Mengenausweitung ergeben, als auch ambulant-stationäre Schnittstellenprobleme zu mindern. Eine Rosskur, die allerdings mit einem hohen Risiko der Unterversorgung und der Selektion der Versicherten mit niedrigen zu erwartenden Versorgungskosten einhergehen könnte.

Von der Praxis des direkten Eingreifens in das Leistungsgeschehen nach Managed Care Organisationsmanier, etwa durch Auswahl der Leistungserbringer nach bestimmten Kriterien, Vorgabe von Behandlungsleitlinien, Durchführung von Einzelfall- und Durchschnittsprüfungen oder die Forderung, vor chirurgischen Eingriffen eine Zweitmeinung einzuholen, sind die deutschen Krankenkassen, von Ausnahmefällen abgesehen, weit entfernt. Die Kasse kann sich zum einen nicht aussuchen, mit welchen Ärzten, Heilpraktikern, etc. sie zusammenarbeitet. Ihr alleiniger Vertragspartner auf Seiten der Leistungserbringer sind die Kassenärztlichen Vereinigungen. Zum anderen bräuchte sie den weitgehend uneingeschränkten Zugriff auf Patientendaten für ein Kontrollmandat. Diese sind hierzulande datenschutzrechtlich betrachtet weitgehend abgeschirmt. Eine wirksame zentrale Leistungsüberwachung wäre vielleicht noch realisierbar, wenn der Versicherte der Erhebung und Erfassung seiner personenbezogenen Daten, über die gesetzliche Norm hinaus, freiwillig zustimmte. Dieses lässt sich vielleicht im Rahmen von Modellvorhaben andeuten, auf breiter Basis jedoch, wird der „gläserne Patient“ kaum zu verwirklichen sein.

Das größte Problem wäre allerdings, Wettbewerb und das in Deutschland geltende Solidaritätsprinzip unter einen Hut zu bekommen. Allein mit der Einführung der freien Krankenkassenwahl ist in Deutschland noch keineswegs das freie Unternehmertum etabliert. Vertragsfreiheit, individueller Gestaltungsfreiraum beim Leistungspaket und

risikoadäquate Versicherungsprämien gehören zu einem echten gesundheitsökonomischen Wettbewerb. Hier erweist sich zunächst die Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen als massives Hindernis, die sich bisher allenfalls in Modellprojekten versuchsweise umschiffen lässt. Im Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherungen haben ferner alle Versicherten einen Anspruch auf ein einheitliches, umfassendes Paket von gesetzlich vorgegebenen Leistungen mit ebenso gesetzlich geregelten Zuzahlungen. Auch der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen kann von den gesetzlichen Krankenkassen nicht nach eigenem Gutdünken gestaltet werden.

Für eine freie Gestaltung des Leistungspakets, das im übrigen leicht auf Kosten der Überschaubarkeit für den Versicherten geht und in eine Vorherrschaft von „Mc-Spar-Gesundheitspaketen“ bei gleichzeitigem Abbau hochqualifizierter, aufwendiger Versorgungsleistungen münden könnte, bleibt nicht viel Raum. Mit der wettbewerblich angezeigten Durchsetzung des Risikoäquivalenzprinzips verhält es sich ähnlich. Auf einem „freien Kassenmarkt“ hätte der Anbieter, der mit Hochprämienstruktur medizinische Maximalversorgung finanziert, kaum eine Chance. Der schlagwortartige Begriff der Gesundheitskasse erführe eine sehr buchstabengetreue Neuinterpretation dahingehend, dass diese sich nur noch dem Gesunden, da Niedrigbeitragzahler, öffnet. Damit wäre das Solidaritätsprinzip ausgehebelt.

Ausgehend von der Überlegung, dass eine Kostenreduktion, wie unabdingbar auch, nicht das alleinige Ideal einer ihren Klienten verpflichteten Krankenversicherung sein kann, plädieren Seitz und König²⁴⁰ für Systemvielfalt. Managed Care übertragen 1:1 auf das deutsche Gesundheitssystem würde, so argumentieren sie, nicht nur wesentliche Änderungen im Sozialrecht voraussetzen, sondern letztlich auch die Neufassung des Solidaritätsbegriffs erfordern. Würde man allerdings regulative Vorgaben wie ein standardisiertes Grundleistungspaket und Risikostrukturausgleich als gegeben annehmen, könnten ausgewählte Managed-Care-Instrumente wie primärärztliche Versorgungsformen

²⁴⁰ Vgl. Seitz, König, Abteilung Gesundheitsökonomie, Universität Ulm, ohne Jahresangabe

und pauschalierte Vergütungsregelungen durchaus übernommen werden. Letztlich sollten die Versicherten selbst die Möglichkeit haben, zwischen ausgewählten Managed-Care-Verträgen und der herkömmlichen Versorgung frei zu wählen²⁴¹.

²⁴¹ Vgl. Seitz, König, Abteilung Gesundheitsökonomie, Universität Ulm, ohne Jahresangabe

4 Neuartige Versorgungskonzepte der Managed – Care – Philosophie

4.1 Strukturverträge / Modellvorhaben

Die Integration der Hausärzte in kooperative Praxisformen (z.B. Praxisnetze) ist ein Ansatz der Gesundheitsreform 2000. Diese Strukturen stellen für Patienten sicher, dass ihnen der Weg zum Facharzt nicht verwehrt bleibt. Diese Form der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten konnte bereits vor dem 01.01.2000 durch sogenannte Modellversuche und Strukturverträge vereinbart werden. Vertraglich wurden zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern Projekte mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen. Dabei können die Vertragspartner von den wichtigen Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes abweichen. Das bietet ihnen die Möglichkeit neue Versorgungs-, Vergütungs- und Strukturmodelle zu erproben, die sonst im Rahmen der Regelversorgung nicht zulässig wären.

In § 63 SGB V werden die Grundsätze für Modellvorhaben wie folgt festgelegt:

(1)“Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach §64 vereinbaren.“

(2)“Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen, zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach den Vorschriften

dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.“

Nach dem Gesetzbuch § 65 SGB V ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben vorgeschrieben. Die Ergebnisse bzw. Berichte der Auswertungen müssen veröffentlicht werden.

Beispiele waren das BKK-Netz Berlin, die medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg oder das Praxisnetz Kiel. Diese Praxisnetze waren auf die horizontale Kooperation der ambulanten Leistungserbringer ausgerichtet, um eine bessere und effizientere Versorgung in der betroffenen Region zu erreichen. Später wurden diese Netze aufgrund neuerer Erkenntnisse verändert bzw. ersetzt, die davon ausgingen, dass die Patientenversorgung nur in Kooperation mit den regionalen Krankenhäusern verbessert werden kann.

Heute²⁴² ist die Bedeutung von Modellvorhaben für die Weiterentwicklung der Versorgung stark eingeschränkt, da auch das Konzept der „Integrierten Versorgung“²⁴³ die Möglichkeiten vorsieht von den Vorschriften der GKV-Regelversorgung abzuweichen.

4.2 Disease Management Programme

Disease Managementprogramm bezeichnet ein strukturiertes Behandlungsprogramm. Durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm soll eine insbesondere für chronisch Kranke bessere kontinuierliche und zwischen den einzelnen Versorgungsangeboten koordinierte Versorgung erreicht werden.

Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Krankheitsrisiko stehen im Mittelpunkt des Disease Managements. Hierzu gehören chronische Erkrankungen wie Herz- und Nierenerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus sowie

²⁴² Stand 10/06

²⁴³ Vgl. Kap. 4.5 Integrierte Versorgung

Atemwegserkrankungen. Diese Patientengruppen gehören zu einem relativ kleinen Teil der Versicherten, auf die ein Großteil der Gesundheitsausgaben fällt. 5% der Bevölkerung verursachen 60 % der Gesundheitsausgaben²⁴⁴. Daher ist es zunächst sinnvoll bei dieser Bevölkerungsgruppe Rationalisierungsansätze zu realisieren. Für diese Krankheitsbilder werden standardisierte Behandlungen konzipiert bei denen Behandlungsstrategie, Eingriffe, Kontroll- und Messverfahren festgelegt sind. Ein Disease Management Programm soll die gesundheitliche Versorgung von Patienten über den gesamten Verlauf der Erkrankung und deren Behandlung über sektorale Grenzen hinweg begleiten und koordinieren. Im Gegensatz zum Case Management steht beim Disease Management nicht der kostenintensive Einzelfall sondern die von einer bestimmten Erkrankung betroffene Patientengruppe im Mittelpunkt. Der Focus beim Disease Management konzentriert sich auf Prävention, Früherkennungsdiagnostik, Schulung, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge spezieller Krankheitsbilder. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis soll durch effiziente Versorgung und Vermeidung unnötiger Behandlungsschritte möglichst optimiert werden. Dabei ist es wesentlich zu sehen, dass der Erfolg einzelner Leistungen innerhalb des Versorgungsprozesses nicht nur an wirtschaftlichen Gesichtspunkten gemessen, sondern auch an der Steigerung der Patientenzufriedenheit, an der Steigerung der Lebensqualität, Linderung der Krankheitssymptome etc. zu bewerten ist. Das bedingt eine umfassende Analyse und genaue Kenntnisse der Erkrankung, des Verlaufs, der Merkmale sowie auch der Kalkulation der Kosten für die Behandlung. Daher sind beim Disease Management gut funktionierende Informationssysteme, die relevante Daten liefern, von größter Wichtigkeit um Leitlinien als Hilfestellung für Ärzte und Patienten zu entwickeln.

Leitlinien sind in diesem Zusammenhang systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten, die eine qualitativ hochstehende Behandlung sichern sollen. Aufgrund der Basis wissenschaftlicher Evidenz stellen sie eine Orientierungshilfe dar, ohne jedoch starre Vorgaben angesichts der Streubreite individueller Problemstellungen zu machen.

²⁴⁴ Vgl. Koch –Suna, 2000, S.33

Mit Hilfe solcher Leitlinien sollen:

- Unterschiede der Qualität medizinischer Behandlung nach Region, Arztgruppe, Versorgungssektor etc. planmäßig verringert werden
- Über-, Unter- und Fehlversorgung abgebaut werden
- Mittelbare (Lebensqualität, Funktionseinschränkung, Schmerz) und langfristige Therapiewirkungen (Rezidivneigung, Verschlimmerung von Krankheiten, Letalität) verbessert werden
- Transparenz zwischen den Leistungsträgern sowie Informierung der Betroffenen und ihrer Angehörigen verbessert werden.

Die Gesetzliche Basis der Disease Management Programme (DMP) ist das Anfang 2002 in Kraft getretene Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA)²⁴⁵ in der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit ist die rechtliche Voraussetzung für DMP-Programme geschaffen worden. Auch wurde bestimmt, dass die gesetzlichen Krankenkassen für alle in den DMP-Programmen erfassten Versicherten, die an einer chronischen Erkrankung leiden, in einer bestimmten Höhe Rückerstattungen aus dem Risikostrukturausgleich erhalten.

Nach den gesetzlichen Vorgaben muss eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz ermöglicht werden.

Derzeit gibt es DMP-Programme zu bestimmten chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) sowie weitere, die sich noch in Erarbeitung befinden.

²⁴⁵ Risikostrukturausgleich (RSA) wurde 1994 durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt und sollte im Vorfeld der Einführung der Kassenfreiheit gleiche Chancen im Wettbewerb unter den Gesetzlichen Krankenkassen um die Versicherten garantieren. Insbesondere sollen die finanziellen Folgen von historisch gewachsenen unterschiedlichen Mitgliederstrukturen der verschiedenen Krankenkassen untereinander ausgeglichen werden. Ein Vergleich der Finanzkraft der Kassen mit ihrem Beitragsbedarf wird dazu vorgenommen. Seit Anfang 2002 existiert außerdem ein vom Gesetzgeber vorgeschriebener und von allen Krankenkassen gemeinsam finanzierter Risikopool für Kranke. Daraus werden den Krankenkassen 60% aller Jahresausgaben für Versicherte oberhalb von 20450€pro Versichertem für Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Krankengeld, Sterbegeld und seit 2003 nichtärztliche Dialysesachleistungen erstattet. Weiterhin werden seit 2002 Versicherte, die an DMP-Programmen teilnehmen, im RSA durch eine höhere Beitragsbedarfszuweisung besonders berücksichtigt. Das bedeutet, dass Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen chronisch kranken Versicherten, die an DMP-Programmen teilnehmen, höhere Zahlungen aus dem RSA erhalten

Im Unterschied zu den Verträgen zur Integrierten Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)²⁴⁶ bei Disease Management Programmen (DMP) originärer Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen. Der detaillierte Regelungsrahmen stellt eine weitere Besonderheit der DMP-Programme dar, den der Gesetzgeber erlassen hat. DMP-Verträge müssen über das Bundesversicherungsamt akkreditiert werden. Außerdem werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)²⁴⁷ die inhaltlichen Vorgaben für DMP-Programme festgelegt, die dann vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS)²⁴⁸ in Form von Rechtsverordnungen in allgemeingültige Vorschriften umgesetzt werden. Für Patienten ist die Teilnahme an DMP-Programmen freiwillig.

²⁴⁶ Kassenärztliche Vereinigung ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts, deren Mitglieder per Gesetz alle zugelassenen Vertragsärzte sind, welche im Geltungsbereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung praktizieren. Kassenärztliche Vereinigungen sind Bestandteil der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung und Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen. Grundsätzliche Aufgabe ist die Erfüllung der durch das Sozialgesetzbuch (SGB) V übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere z.B. Erfüllung des Sicherstellungsauftrags sowie Aufgaben des Qualitätsmanagements

²⁴⁷ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein seit Anfang 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführtes Spitzengremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen, Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen für die gesetzliche Krankenversicherung. Er besteht Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einem Vertreter der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Vertretern der Ortskrankenkassen, Vertretern der Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen und Knappschaftlichen Krankenversicherung. Die Aufgabe ist es zu konkretisieren, welche ambulanten, stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Weiterhin definiert er Anforderungen an das Qualitätsmanagement, und Qualitätssicherungsmaßnahmen für die verschiedenen Leistungssektoren des Gesundheitswesens.

²⁴⁸ Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) war in der 15. Legislaturperiode bis zum Herbst 2005 eines von insgesamt 13 Bundesministerien. In dieser Form existierte es seit 2002, als das bis dahin existierende Bundesministerium für Gesundheit um die Zuständigkeit für die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung erweitert wurde. Außer für die Arbeitslosenversicherung war es damit seither für die übrigen vier Zweige der Sozialversicherung (Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung) zuständig. Das (BMGS) wurde nach der vorgezogenen Bundestagswahl am 18. September 2005 und der nachfolgenden Regierungs-Neubildung aufgeteilt. Während die Zuständigkeit im Gesundheitsbereich sowie für die Pflegeversicherung dem Bundesministerium verblieben, wurden die Zuständigkeit für die Renten- und Unfallversicherung dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zugeschlagen.

4.3 Case Management

Beim Case Management werden risikoreiche Versicherte erfasst. Patienten werden für den Zeitraum einer Krankheitsepisode durch den Behandlungsablauf geführt. Dabei geht es darum alle Abläufe so optimal wie möglich zu koordinieren. Ziel des Case-Managements ist es, sowohl den zeitlichen Ablauf zu koordinieren, als auch die Kosten einer Behandlung so günstig wie möglich zu gestalten. Dabei werden idealer Weise nicht nur stationäre Aufenthalte berücksichtigt, sondern auch mittel- und längerfristige Aspekte sowie die Compliance des Patienten mit seiner familiären und sozialen Umgebung mit einbezogen. Beim Case Management werden systematisch risikoreiche Versicherte erfasst, die einer individuellen, aufwendigen und kostenintensiven Gesundheitsversorgung bedürfen. Patienten mit medizinisch komplexen Problemen sind in der Regel Zielgruppe. In Deutschland werden heute sowohl von Gesundheitsunternehmen als auch von den Krankenkassen Case-Manager eingesetzt. Diese sollen auf Kassen-Seite insbesondere im Rahmen von Disease Management²⁴⁹ Programmen chronisch Kranken helfen die Behandlung zu optimieren. Entsprechend den individuellen Gesundheitsbedürfnissen der Patienten wird der Versorgungsprozess durch den Case-Manager festgelegt und unterstützt. Die Therapie wird koordiniert und begleitet, Rehabilitationsmaßnahmen werden eingeleitet sowie für die Kontinuität der Therapie gesorgt. Ziel ist es Hilfestellung bei der zweckmäßigen und effizienten Versorgung zu geben. Durch die Auswertung von Patientendaten wird versucht Erkenntnisse über die Erfolg versprechenden und günstigen Behandlungsmethoden zu gewinnen. Von diesen Ergebnissen werden dann standardisierte Behandlungsabläufe abgeleitet, die den behandelnden Ärzten als Musterlösung nahegelegt werden. Die Erkenntnisse werden auch genutzt um den Patienten über seine Erkrankung zu informieren sowie ihn auch in der Handhabung seiner Erkrankung zu schulen.

²⁴⁹ Vgl. Kap. 4.2 Disease Management Programme

4.4 Gatekeeper

Im Gegensatz zur freien Arztwahl, sowie dem direkten Zugang zu Spezialisten wird ein Gatekeeper in den meisten Managed-Care-Organisationen in erster Instanz von den Versicherten aufgesucht, der soweit, bis zur Grenze seiner fachlichen Kompetenz möglich, die Versorgung der Patienten übernimmt. Das Prinzip des Schleusenwärters (gatekeeping) ist für Managed-Care-Organisationen charakteristisch. Dieser koordiniert und organisiert entlang der Behandlungsabläufe und stellt eine Versorgung sicher.

Dem Versicherten steht eine Liste von Primärärzten zur Verfügung, aus denen er auswählen kann. An den Primärarzt ist er für eine gewisse Zeit gebunden. Eine günstige Versicherungsprämie ist durch die Einschränkung der freien Arztwahl verbunden, die das Gatekeeper-Prinzip für den Arbeitgeber und den Versicherten attraktiv macht. Neben der direkten medizinischen Leistungserbringung liegen die Aufgaben des Gatekeepers auch in der Koordination aller anderen notwendigen Behandlungsschritte, über die er jederzeit informiert ist. So liegt der Behandlungsverlauf in einer Hand und soll so zu einer effizienten und qualitativ hochwertigen Versorgung führen. Eine Weiterbehandlung bei einem Facharzt kann der Versicherte nur über den Gatekeeper erhalten, der wiederum eine Krankenhauseinweisung in der Regel nicht selbst veranlassen kann. Dieses ist dem weiterbehandelnden Facharzt vorbehalten. Der Anreiz des Prinzips liegt für den Gatekeeper darin, dass er durch finanzielle Anreize dazu veranlasst wird, möglichst wenige Überweisungen zu Spezialisten vorzunehmen. Die Einbehaltung eines Teils seines Honorars welches zum Jahresende nur ausgezahlt wird, wenn er Vorgaben über die Anzahl von Überweisungen nicht überschritten hat. Das soll die medizinische Versorgung auch nach Kostengesichtspunkten optimieren, indem Diagnostik, Spezialbehandlungen und Krankenhausaufenthalte optimiert werden.

Innerhalb des Behandlungsverlaufs übernehmen Krankenversicherungen nicht mehr nur die Rolle der Zahlstelle sondern sind aktiver, mitgestaltender Teil in diesem System. Diese Tatsache bedeutet eine mögliche zunehmende Machtposition der Krankenversicherungen, die diese dazu nutzen können, die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu steuern und somit über die Existenz von Krankenhäusern und Ärzten mitbestimmen. Für die Patienten bedeutet das keine wesentliche Qualitätseinbuße für die Behandlung, für die Ärzte

hingegen ergeben sich deutliche Einschränkungen in ihrer Behandlungsautonomie. Sie sind dazu angehalten, die Patienten nach vorgeschriebenen Behandlungsschemata zu therapieren. Konkret kann das auch heißen, dass Ärzte, die Mitglieder verschiedener Versicherungsorganisationen behandeln, im Rahmen ihrer Patientenversorgung unterschiedliche Therapiekonzepte anwenden müssen.

4.5 Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung überwindet die sonst in der gesetzlichen Krankenversicherung übliche Abgrenzung von Sektoren, etwa zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern. Die Versorgung der Versicherten erfolgt unter anderem durch niedergelassene bzw. Krankenhausärzte sowie Therapeuten, die ursprünglich verschiedenen Leistungssektoren angehört und sich im Rahmen der Integrierten Versorgung zu einer Anbietergemeinschaft zusammengeschlossen haben.

Eine klare Definition der integrierten Versorgung durch das Gesetz besteht nicht.

Integrierte Versorgung ist Teil des Vertragswettbewerbs.

4.5.1 Hintergrund

Im Jahre 2000 schaffte die Regierung mit der gesetzlichen Manifestation der Integrierten Versorgung (IV) in den §§ 140 a-h die erste Grundlage zur Einführung von Leistungssektoren übergreifende Versorgungsformen für gesetzlich versicherte Patienten. Der Grundgedanke der Regierung war, dass der Patient im Mittelpunkt der medizinischen Behandlung steht und um ihn herum die medizinische Versorgung mit den unterschiedlichen Leistungsanbietern aufgebaut wird.

Die strenge Trennung der Sektoren, des ambulanten und stationären medizinischen Sektors entstand mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883. Den Patienten wurde neben der Möglichkeit einer ambulanten ärztlichen Behandlung einschließlich medikamentöser Versorgung auch die Möglichkeit eines Krankenhausaufenthaltes mit freier Kur und Verpflegung geboten.

Unter den alten gesetzlichen Rahmenbedingungen ab dem Jahre 2000 (§§ 140 a-h SGB V, alt) haben nur wenige Leistungsanbieter von den neuen Handlungsspielräumen Gebrauch gemacht, obwohl der Gesetzgeber durch die Schaffung integrierter Versorgungsformen die

Überwindung der seit einem Jahrhundert geschaffenen sektoralen Grenzen zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern erhoffte.

Hier wird die mögliche Ursache in der sektoralen Budgetierung und der damit in der Vergangenheit verbundenen Bereinigung (§ 140f SGB V, alt) der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Budgets der Krankenhäuser gesehen.

Derzeitige politische These ist, dass durch sektorales Anspruchsdenken zur Gewinnoptimierung angebotsinduzierte medizinische Behandlungsnachfrage und Doppeluntersuchungen im Rahmen der Patientenversorgung verursacht werden²⁵⁰.

Ein Aufweichen der sektoralen Grenzen durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) soll nun einerseits zu einer verbesserten Versorgungsqualität der Patienten führen. Andererseits erhofft man sich durch eine Optimierung der Behandlungskonzepte eine Reduktion der Gesundheitskosten.

Mit der Neuregelung der Integrierten Versorgung durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das am 19. November 2003 im Bundesgesetzblatt (BGBl.)²⁵¹ veröffentlicht wurde und größtenteils zum 01. Januar 2004 in Kraft trat, wird von Seiten des Gesetzgebers verdeutlicht, dass er die Integrierte Versorgung auch weiterhin als Versorgungsmodell der Zukunft betrachtet. Die neuen Rahmenbedingungen für die Integrierte Versorgung ermöglichen nun neben einem rein vertikalen Zusammenschluss (unterschiedliche Leistungserbringungsstufen bzw. Versorgungsstufen) zur medizinischen Leistungserbringung (z.B. stationäre und vertragsärztliche Versorgung), auch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung.

²⁵⁰ Vgl. Drumm, Achenbach in : Hellmann (Hrsg.), 2005, S. 13

²⁵¹ Vgl. BGBl. I Nr.55, Seite 2190-2258

Eine horizontale Vernetzung der Leistungserbringung (gleiche Leistungserbringungsstufen bzw. Versorgungsstufen) sind jetzt Bestandteil der Integrationsversorgung, woraus sich die folgenden Alternativen für ein integriertes Versorgungsmodell ergeben:

- Die ambulante Behandlung durch verschiedenartige Fachdisziplinen
- Die Leistungserbringung innerhalb eines stationären Behandlungsfalles von der vor- bis zur nachstationären Patientenbehandlung,
- Die Zusammenarbeit zweier Fachdisziplinen verschiedener Krankenhäuser

4.5.2 Merkmale der Integrierten Versorgung

Die Integrierte Versorgung orientiert sich an folgenden Kriterien:

- Im Mittelpunkt der Behandlung steht der Patient.
- Es wird ein medizinischer Versorgungskreis um den Patienten aufgebaut.
- Der Versorgungskreislauf besteht aus unterschiedlichen Sektoren übergreifenden und/oder interdisziplinär-fachübergreifenden Leistungserbringern, welche für die Behandlung des Patienten erforderlich sind.
- Der Leistungserbringer ist Vertragspartner des Kostenträgers.
- Die aufbau- und ablauforganisatorischen Voraussetzungen zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung müssen durch den Leistungserbringer geschaffen werden.

4.5.3 Relevante Gesetzestexte zur Integrierten Versorgung²⁵²

4.5.3.1 § 140a SGB V Integrierte Versorgung

Krankenkassen und Leistungserbringer schließen autonom Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrags nach § 75 Abs.1. Die Versorgung wird auf einzelvertraglicher Grundlage und nicht im Rahmen eines kollektivvertraglich vereinbarten Normensystems durchgeführt.

Die Anbindung der Integrierten Versorgung an das Versorgungsgeschehen im Rahmen des Kollektivvertragsystems und insbesondere an den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen unterbleibt. Die bislang nach geltendem Recht vorgesehene Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der einzelvertraglichen Absprache zur Integrierten Versorgung machte die Rechtslage und die Abwicklung der vertraglichen Rechtsbeziehungen unübersichtlich und unberechenbar. Sie erweist sich so als ein Hindernis für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung. Aus diesem Grunde wird die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten allein in die Verantwortung der Vertragspartner gegeben. Die Einflussnahme Dritter, etwa über die bisherigen Rahmenvereinbarungen nach § 140d, scheidet aus. Den Vertragspartnern wird so die Bedeutung ihrer alleinigen Verantwortung für die Versicherten verdeutlicht. Die an dem Aufbau integrierter Versorgung Beteiligten erhalten Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume, in denen innovatives und unternehmerisches Handeln gefordert und auch notwendig ist. Der Wettbewerb um eine sachangemessene und sinnvolle Integration der verschiedenen Leistungsbereiche setzt voraus, den Akteuren vor Ort Freiheit zur Gestaltung in Eigenverantwortung einzuräumen.

Die Versicherten haben Anspruch auf eine umfassende Unterrichtung durch ihre Krankenkasse.

²⁵² Stand 01.01.2004

4.5.3.2 §140b SGB V Verträge zu integrierten Versorgungsformen

Im Rahmen der Integrierten Versorgung wird der Kreis der potentiellen Vertragspartner der Krankenkassen erweitert.

Ärzte werden jetzt nicht mehr nur als Mitglieder einer Gemeinschaft als Vertragspartner zur Integrierten Versorgung zugelassen.

Der Inhalt der Verträge zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen zur Integrationsversorgung kann:

- eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär – fachübergreifende Versorgung beinhalten oder
- eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende und interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung beinhalten.

Unter dem Ansatz, sektorübergreifend zu arbeiten wird in diesem Kontext verstanden, dass es eine Kooperation zwischen Prävention, Kuration und Rehabilitation bzw. zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen geben kann. Ausreichend ist es, wenn ein Leistungsanbieter mehrere Sektoren überschreitet. Dieses ist zum Beispiel gegeben, wenn ein Krankenhausträger eine stationäre und eine rehabilitative Versorgung anbietet²⁵³. Von einer fachübergreifenden, interdisziplinären Versorgung wird gesprochen, wenn die Versorgung mindestens zwei medizinische Fachbereiche im Sinne der Weiterbildungsverordnung umfasst.

Krankenkassen können auch mit Trägern von Medizinischen Versorgungszentren und mit Trägern, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer (Managementgesellschaften) Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen. Diese Verträge können von den Leistungserbringern gegenüber den Krankenkassen als Einzelne in Form eines mehrseitigen Vertrages oder als einheitliche

²⁵³ Vgl. Haubrock, in Haubrock, Schär (Hrsg.), 2007, S.220ff.

Vertragspartner in Form eines zweiseitigen Vertrages (Verbundlösung) abgeschlossen werden.

Die Ausdehnung des Kreises der Vertragspartner dient dazu, in Berücksichtigung der vielfältigen Interessen der Beteiligten die Möglichkeiten für eine spezielle integrierte Versorgung zu erweitern.

Indem Beteiligte in unterschiedlichster Gesellschaftsform an einer Integrierten Versorgung teilnehmen können, wird der Wettbewerb gestärkt. Leistungserbringer können entweder einzeln, als Vertragspartner oder gemeinsam organisiert als Verbund agieren. Im Falle eines Verbundes stehen sämtliche Gesellschafts- und Rechtsformen zur Verfügung. Beschränkungen hierbei können sich allerdings aus dem Berufsrecht der möglichen Vertragspartner ergeben.

Als Organisationsformen stehen hierbei grundsätzlich alle allgemein zulässigen Formen zur Verfügung. Es können z.B. die Gesellschaft bürgerlichen Rechts, der Verein, die Gesellschaft mit beschränkter Haftung, die Stiftung sowie auch die Aktiengesellschaft gewählt werden. In diesem Kontext sind im Innenverhältnis die Vergütungsverteilung, die Haftung, der Datenschutz, die Schweigepflicht, die Regelung des Eintritts neuer und des Austritts alter Gemeinschaftsmitglieder sowie auch die gemeinsame Willensbildung zu regeln.

Integrierte Versorgungsverträge können nur mit unmittelbaren Leistungserbringern, deren Gemeinschaften oder Trägern, die zwar nicht selbst Versorger sind, aber eine Versorgung durch die dazu autorisierten Leistungserbringer anbieten, abgeschlossen werden.

Mögliche Vertragspartner sind u.a. :

- Vertrags (zahn) ärzte (§ 95 Abs. 1.SGB V),
- Ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen (§95 Abs.1/ SGB V),
- Zugelassene oder ermächtigte Psychotherapeuten (§95 Abs.10/11 SGB V),
- Belegärzte (§103 Abs.7 SGB V),
- Krankenhäuser (gemäß §§ 108 SGB V, 109 SGB V),
- Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs.1 SGB V),
- Träger von Einrichtungen, die bereits einen Integrierte Versorgung nach § 140a /SGB V durch berechnigte Leistungserbringer anbieten,
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§107 Abs.2, § 111 SGB V),
- Ambulante Rehabilitationseinrichtungen (§107 Abs.2 Nr.2 SGB V),
- Hochschulambulanzen / Polikliniken (§ 117 SGB V),
- Psychiatrische Institutionsambulanzen (§ 118 SGB V),
- Sozialpädiatrische Zentren (§119 SGB V)
- Leistungserbringer von Heilmitteln (§124 SGB V),
- Leistungserbringer von Hilfsmitteln (§126 SGB V),
- Haushaltshilfen (§132 SGB V)
- Soziotherapie (§ 132b SGB V)
- Krankentransportleistungen (§ 133 SGB V),
- Hebammenleistungen (§ 134 SGB V)
- Apotheken (§ 129 Abs. 5b SGB V).

Um Vertragsabschlüssen zur integrierten Versorgung den Weg zu bereiten, wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ausdrücklich unterbrochen. Dieses hat den Grund, dass die Vertragspartner der Krankenkassen ein unternehmerisches Risiko eingehen und der Abschluss eines Vertrages zur Integrierten Versorgung in aller Regel bedingt, dass die Leistungserbringer erhebliche Investitionskosten aufbringen müssen. Dieses gilt

insbesondere für Konzeption und Ausarbeitung – ggf. unter Hinzuziehung und Hilfe Dritter – der Rechtsform der Gemeinschaften, der Organisation der Binnenstrukturen, der Vergütungsanforderungen der Gemeinschaft wie aber auch der Entwicklung eines internen Vergütungssystems für alle an der integrierten Versorgungsleistung Beteiligten, der vertraglichen Leistungsbeschreibung einschließlich arbeitsteiliger Behandlungskonzepte. Weitere Einflussfaktoren, die den Abschluss von integrierten Verträgen nicht gerade vereinfachen, sind auch die Beteiligung externer, vertraglich angebundener Leistungserbringer, das Betriebs-, Qualitäts-, und Leistungsmanagement einschließlich Datenschutz- und Datensicherungssystemen wie auch die sektorenübergreifende Gestaltung der Versorgungsprozesse.

Sinn der Integrierten Versorgung ist vor allem, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen. Priorität hat hier die medizinische Orientierung des Leistungsgeschehens. Anstrengungen zur Qualitätssicherung und zur optimierten, die Leistungssektoren übergreifende Arbeitsteilung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgesichtspunkten sollen gefördert und nicht durch bestehende Zulassungsbeschränkungen behindert werden.

Für den Versicherten ist die Teilnahme an der Integrierten Versorgung freiwillig. Diese haben somit ein Wahlrecht. Sie können weiterhin die Regelversorgung der Krankenkasse in Anspruch nehmen oder auch einen „Integrationstarif“ (Wahltarif) in Anspruch nehmen. Bei der Wahl des Integrationstarifs müssen die Versicherten ihre Einwilligung geben, damit die betreffenden Befunde und Behandlungsdaten den Leistungserbringern zugänglich gemacht werden können.

Die Vertragspartner der Kassen müssen sich dazu verpflichten, eine qualitätsgesicherte, zweckmäßige, wirksame, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu erreichen. Weiterhin gilt auch die Gewährübernahme für die Erfüllung der organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie der medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen. Diese orientieren sich an dem allgemein anerkannten Stand

der medizinischen Erkenntnisse sowie des medizinischen Fortschritts. Weiterhin schließen sie eine am medizinischen Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten ein. Die medizinische und pflegerische Versorgung hat sich analog zu dieser Regelung an internen Leitlinien bzw. an den Kriterien der Evidence Based Medicine²⁵⁴ zu orientieren.

4.5.3.3 §140c SGB V Vergütung

Der Inhalt der Verträge zur Integrierten Versorgung ist die Festlegung der Leistungsvergütung.

Der Bemessungsmaßstab für die Vergütung erstreckt sich auf sämtliche Leistungen, auf die sich der vertragliche Versorgungsauftrag erstreckt. Der Umfang des Versorgungsangebotes muss in den geschlossenen Verträgen genau beschrieben werden. Die Vergütung umfasst alle Leistungen, die im Rahmen der integrierten Versorgung in Anspruch genommen werden. Hierbei kann eine auf die einzelne Leistung bezogene Vergütung (Komplexpauschale/Einzelleistungsvergütung) oder eine pauschalierte Vergütung (Kopfpauschale) festgelegt werden, da die Vertragspartner nicht an eine bestimmte Vergütungssystematik gebunden sind. Diese Vergütungen sind frei verhandelbar.

So ist z.B. auch eine Vergütung in Anlehnung an bestehende Vergütungssysteme (EBM, DRG) möglich.

Auch Leistungen von teilnehmenden Leistungserbringern, die nicht an der Integrierten Versorgung teilnehmen, sind zu vergüten, wenn die Versicherten berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Hierbei ist es wesentlich, auf

²⁵⁴ Evidence Based Medicine (EbM): - ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der best verfügbaren Evidenz aus systematischer Forschung . (Zitat: David L. Sackett et al. Was ist evidenz-basierte Medizin und was nicht ?)

- bewusste, ausdrückliche und wohlüberlegte Nutzung der besten Informationen für die Entscheidungsfindung über die Behandlung eines Patienten, Gutachtenbasierte Medizin (Zitat:Deutsche Nationalbibliothek)

eine genaue und saubere Definition der Systemgrenzen (Leistungsbeschreibung) des Integrationsvertrages zu achten, um das Risiko nicht einkalkulierter Zusatzleistungen für die Partner des Leistungsverbundes gering zu halten²⁵⁵.

4.5.3.4 Anschubfinanzierung und Bereinigung

Die gesetzliche Einführung der Anschubfinanzierung erfolgte mit der Neuregelung des GMG. Mit der Finanzierung dieser Anschubfinanzierung sind jedoch keine zusätzlichen Gelder bereitgestellt worden. Es werden vorhandene Mittel umverteilt, indem den Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2006 eine bis zu 1%ige Einbehaltungsmöglichkeit von der an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütung sowie den Krankenhausrechnungen für alle voll- und teilstationär erbrachten Behandlungsleistungen ermöglicht wird (§140d Abs.1 Satz 1 SGB V). Die Rechnungskürzung betrifft im Krankenhaus alle Fälle, die ab dem Abzugsdatum aufgenommen werden. Für die Einbehaltung der Finanzmittel ist die Voraussetzung, dass diese zur Finanzierung geschlossener Integrationsverträge verwendet werden (§140d Abs.1 Satz 3 SGB V), d.h. vom Gesetzgeber wird hier eine eindeutige Zweckbindung der einbehaltenen Gelder vorgeschrieben. Es wird auch über die Gesetzgebung klargestellt, dass einbehaltene Mittel die innerhalb von drei Jahren nicht für den vorgesehenen Zweck verwendet wurden, anteilig an die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenhausträger unverzinst zurückgezahlt werden müssen (§ 140d Abs.1 Satz 5 SGB V).

Diese Regelung impliziert für die teilnehmenden Krankenhäuser, dass die Krankenhausbudgets nicht um die Leistungen bereinigt werden, die ein Krankenhaus in der Integrationsversorgung erbringt. Die darüber hinausgehenden vereinbarten Leistungen werden unmittelbar über die pauschal einbehaltenen Mittel vergütet. Beispielsweise standen für das Jahr 2004 bis zu 700 Millionen Euro zur Verfügung.

²⁵⁵ Vgl. Drumm, Achenbach, 2005, S.18ff.

4.5.4 Derzeitiger Stand der IV in Deutschland

Von Krankenhäusern wird verstärkt seit drei Jahren (2004) die Möglichkeit genutzt, sich Partner in anderen Sektoren der Gesundheitsversorgung zu suchen und gemeinsam mit ihnen Verträge zur Integrierten Versorgung abzuschließen. Sind die bisherigen Grenzen zwischen den verschiedenen Bereichen inzwischen durchlässiger geworden? Welche typischen Probleme ergeben sich für die Vertragspartner? Wer dominiert die Verträge? Wie könnte und sollte es mit der Integrierten Versorgung weitergehen? Die folgenden Abschnitte sollen sich mit Facetten dieser sehr aktuellen Fragen auseinandersetzen und den aktuellen Stand der Diskussion abbilden²⁵⁶.

4.5.4.1 Erwartungen und Befürchtungen

Seit dem 01.01.2000 ist der eigens für die integrierte Versorgung geschaffene § 140a ff im Sozialgesetzbuch, zum 01.01.2004 hat der Gesetzgeber noch einen „Booster“ in Form des 1%-Rechnungsabzugs zur Anschubfinanzierung hinzugeschaltet. Zum 30. Juni 2005 vermerkte die Registrierungsstelle zur Umsetzung des § 140 insgesamt 841 gemeldete Verträge mit einem Vergütungsvolumen von insgesamt 278,2 Millionen €

Je nach Standpunkt kann nun der Betrachter diese Meldung als Erfolg oder Enttäuschung werten.

²⁵⁶ Anmerkung des Verfassers: Im Folgenden werden verschieden motivierte Einschätzungen von Facetten im Focus der Integrierten Versorgung ausgeführt, die differenziert, kritisch betrachtet und bewertet werden sollten.

Erwartungen:

Gesundheitsökonomien, Krankenkassen und Gesundheitspolitiker starteten mit der Erwartung eines flexibleren Vertragswettbewerbs und dem Ziel der gleichen Qualität bei einem niedrigerem Preis.

K. Jakobs hat in seinem Aufsatz: „Wettbewerbsperspektive der Integrierten Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“²⁵⁷ geäußert: „Eine Sichtung der Mehrzahl der bis dato abgeschlossenen IV-Verträge lasse eine gewisse Ernüchterung aufkommen. Nach wie vor beherrschen die Endoprothetik-Verträge mit einfach konstruierten Komplexpauschalen über Akut- und Reha-Teil zu etwa 40% das Feld und zögen ihren Nutzen für die Krankenkassen vorwiegend aus Marketing-Effekten sowie kleinen Variationen an den Budgetgrenzen der Akuthäuser und besserer Transparenz des Ablaufs für die Patienten.“

Viele Krankenkassen hatten und haben große Schwierigkeiten sich selbst zu positionieren und ihre eigenen Mitarbeiter auf die Vertragsgestaltung vorzubereiten. IV- Verträge sind als frei gestaltete Vertragswerke sehr verschieden von den klassischen körperschaftlich geregelten Vertragsformen, die doch zum großen Teil sehr schematisch bearbeitet werden konnten. IV- Verträge haben dagegen erwünschte wie auch nicht erwünschte Steuerungs- und Anreizwirkungen. Viel Mühe bereitete auch die Kalkulation der bis zu 1 % Abzüge. Datenschutzfragen und vor allem Unsicherheiten über die eigene Datenlage, wenn jetzt anders als früher einmal übersektoral kalkuliert werden sollte, stellten und stellen Herausforderungen dar, die die Verfahren nicht gerade beschleunigen.

Krankenhäuser und organisierte Gruppen der anderen Leistungserbringer begrüßten ebenfalls mehrheitlich die Abkehr von der Versorgung in den historisch gewachsenen Strukturen hin zu Integrierten Versorgungsstrukturen. Ihre Erwartungen waren meist darauf ausgerichtet, die engen Budgetgrenzen mittels separater IV-Verträge aufzubrechen. Sie mussten erfahren, dass viele Krankenkassen mit ihren Vorstößen und Ideen zu IV-Verträgen wenig anzufangen wussten, dass sie bei den falschen Ansprechpartnern landeten und sich die Zeitaufwände bis zum Abschluss eines Vertrages schnell auf neun bis fünfzehn Monate hin ausdehnten. Eine Kosten-Nutzen-Rechnung des Aufwandes und des

²⁵⁷ Gesundheitsökonomische Beiträge 22, 2004

Ertrages eines IV-Vertrages führte dann häufig erst recht zu einer Enttäuschung, etwa wenn die Zahlen der Einschreibungen durch die Patienten gering blieben, die Niedergelassenen eine Kooperation verweigerten oder sich die intern erforderlichen Veränderungen der Abläufe als aufwändiger als gedacht herausstellten²⁵⁸.

Es gab auch Fachkrankenhäuser und Universitätskliniken die deutliche Umsatzsteigerungen außerhalb des Budgetdeckels erfuhren und die schon für das Jahr 2005 mehr als fünf Millionen Euro Mehrumsatz aus IV-Verträgen einnahmen.

Befürchtungen

Auf dieser Seite des Spektrums trafen sich vor allem die Rehabilitationskliniken, die kleineren Akutkrankenhäuser und die kleineren Krankenkassen.

Die Rehabilitationskliniken befürchteten mit Recht, dass die IV-Verträge Patientenflüsse von ihnen weg zu anderen Anbietern kanalisieren könnten. Bei bestimmten Klienten führte das zu bis zu 50 % Auslastungsverlusten.

Kleinere Krankenhäuser sahen sich damit konfrontiert, dass die Mindestmengenverordnung und Integrierte Versorgung z.B. bei den Endoprothesen Hand in Hand gingen mit der Folge, dass sich die bei ihnen vorgenommenen Eingriffsmengen weiter reduzierten. Gleichzeitig mussten sie erfahren, dass die Krankenkassen die Vorschläge der kleineren Häuser aus Gründen der mangelnden Fallzahlen und damit auf Grund eines ungünstigeren Kosten-Nutzen-Verhältnisses schneller zur Seite legten, bzw. abschlägig beschieden.

Ähnlich negative Erfahrungen machten kleine Krankenkassen. Warum sollte ein Leistungserbringer aufwändige Vertragsverhandlungen mit Krankenkassen durchführen, wenn im Endergebnis nicht mehr als fünf Patienten pro Monat zu erwarten waren?

²⁵⁸ Vgl. Hildebrandt, Bischoff-Everding, in: KU-Sonderheft 10/ 2005, S. 6ff.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen hegten ähnliche Befürchtungen.

Mit der in der großen Koalition beschlossenen Änderung zum 1. Januar 2004 waren sie als IV-Vertragspartner ausgeschlossen worden. Managementgesellschaften war dafür ausdrücklich der Weg frei gemacht worden. Die logische Folgerung war, dass mittels Gründung von Tochtergesellschaften als KV-Consult und Parallelgründungen wie den Medi Ärztegenossenschaften versucht wurde, sich doch noch in das Geschehen hinein zu begeben. In einem Beispiel wurde sogar unter tätiger Hilfe einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eine Aktiengesellschaft gegründet, die laut Satzung nur Ärzten und Mitarbeitern der Kassenärztlichen Vereinigung offen steht, ihre Räume in der KV hat und mit dem Slogan „Mit dem Know-How Ihrer KV“ ihre Services ausdrücklich, auch jedem außerhalb der KV anbietet.

Demnach kann als ein erstes Ergebnis der sich verändernden Organisations- und Vertragsformen schon festgestellt werden, dass die als Körperschaften öffentlichen Rechts organisierten Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen immer mehr unternehmerische Züge entwickeln.

4.5.4.2 Aktuelle Einschätzung der Situation

Es lässt sich jedoch tendenziell feststellen, dass sich neben den Integrationsverträgen der „ersten Generation“ zunehmenden Verträge mit komplexeren Versorgungsinhalten zum Beispiel aus den Bereichen der Kardiologie, Onkologie oder Palliativmedizin entwickeln. Die Verträge der „ersten Generation“ orientierten sich noch an den bekannten alten Strukturen des Gesundheitssystems²⁵⁹. Derzeit werden zunehmend auch Verträge mit komplexeren Versorgungsinhalten geschlossen. Auch zeichnet sich ab, dass die Zahl der überregionalen und bundesweiten Integrationsverträge steigt.

²⁵⁹ Vgl. Kap. 2.2 Gesundheitssystem

Es ist positiv zu werten, dass zum 30 Juni 2005 877 gemeldete Verträge mit einem Vergütungsvolumen von 300 Millionen € bestanden, die von rund 2,2 Millionen Versicherten in Anspruch genommen werden können.

Dabei gibt es regional große Unterschiede. Die Gründe hierzu sind derzeit noch nicht genau untersucht worden. Betrachtet man die unterschiedlichen Vertragspartner innerhalb der geschlossenen Verträge, so machen niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser etwa 50% aus. Krankenhäuser fungieren häufig als Generalunternehmen, die niedergelassenen Ärzte kommen häufig als Partner oder Subunternehmer hinzu. Eine Reihe von Beispielen zeigt auch, dass Netzwerke von Niedergelassenen Ärzten Verträge ohne Krankenhäuser abgeschlossen haben. Knapp 20 % der Verträge bestehen zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationsanbietern – meist auf dem Fachgebiet der Orthopädie.

Dennoch sind insgesamt alle Sektoren in unterschiedlichem Maße an der Vertragsgestaltung beteiligt. Der niedergelassene Arzt als „Einzelkämpfer“ ist in diesem Kontext benachteiligt. Ihm fehlt oft die Entwicklungs- und Managementkompetenz bei sehr knappen Zeitkontingenten, da alle Verträge davon abhängig sind, dass Leistungserbringer Vorarbeiten erbringen, in Vorlage gehen.

Wenn Vertragspartner mehrere und womöglich noch sehr unterschiedliche Verträge unterschrieben haben, dann stellt sich für die Leistungsanbieter sehr schnell die Frage des Managements. Je mehr Verträge, je unterschiedlicher die Leistungsanbieter, desto komplexer die Organisation auch vor dem Hintergrund, dass eben spezifische Vereinbarungen umgesetzt werden müssen. Man benötigt also ein sehr gutes Umsetzungsmanagement. Die Vertragsgestaltung sollte so sein, dass sich bestimmte Muster wiederfinden lassen und nur einige Abweichungen organisiert werden sollten.

Festgestellt wurde auch, dass die Organisationen, z.B. Krankenhäuser, bisher eben nur zwei Kategorien von Patienten kannten – den gesetzlich versicherten Patienten und den Privatpatienten. Jetzt kommt der gesetzlich versicherte Patient mit abweichenden Konditionen „integriert“ hinzu. Diese aus integrierten Versorgungsmodellen zu versorgenden Patienten erwarten dann auch, was ihre Krankenkassen an Leistungen für sie eingekauft haben.

Hier besteht eine Komplexität, die es so bisher nicht gab, wenn die tatsächliche Inanspruchnahme zunimmt. Bisher ist das Konstrukt der Integrierten Verträge bei den Versicherten so noch nicht richtig angekommen. Erst langsam sickert durch, was Integrierte Versorgung überhaupt ist. Das macht auch eine gewisse Steuerung von Patienten notwendig, damit namhafte Fallzahlen zustande kommen und sich die Entwicklungsarbeit lohnt. Hier ist Marketing wichtig. Eine Vielzahl von Verträgen verfügt bisher nicht über so viel eingeschriebene Versicherte, wie es sich die Vertragspartner erhofft haben. Das ist natürlich indikationsspezifisch unterschiedlich.

Auch ist zu verzeichnen, dass niedergelassene Ärzte zunehmend Patienten in Integrierte Verträge steuern.

Beobachtet wird auch ein zunehmender Wettbewerb der Krankenkassen untereinander. So scheint die Möglichkeit des Beitritts anderer Kassenarten oder Krankenkassen zu einem laufenden Integrationsvertrag kein generelles Tabu mehr zu sein. Dies dürfte nicht allein eine ökonomisch bedingte, sondern gleichermaßen eine am Versicherten orientierte Entwicklung sein. Gerade bei einer Integrierten Versorgung von Patienten mit schwer belastenden oder lebensverändernden Erkrankungen dürfte es nicht vermittelbar sein, dass sich Krankenkassen im Versorgungsangebot exklusiv unterscheiden. Die Entwicklung eines innovativen Versorgungskonzeptes sowie deren Umsetzungsbewährung bedingt die Exklusivität eines innovativen Versorgungsvertrages.

Seit April 2005 werden quartalsweise die Auswertungen zu Vertragsmeldungen von der Registrierungsstelle veröffentlicht. Diese Informationen tragen zur Transparenz des Vertragsgeschehens bei. Hier ist die Forderung nach inhaltlicher Transparenz der Integrationsverträge ein Diskussionspunkt. So ist zu beobachten, dass der Verdacht einer „Mogelpackung“ gehegt wird, wenn für einen Vertrag die maximal mögliche Kürzung von 1% beansprucht wird. Die Mitanbieter sind dann auch daran interessiert, ob die Bezeichnung des Vertrages dann auch tatsächlich „Integrierte Versorgung“ beinhaltet. Für Verträge, die nur innerhalb eines Leistungssektors geschlossen werden, gilt das gleiche. In diesem Kontext kommen sich der Wunsch nach Transparenz und das freie Spiel der Kräfte des Vertragswettbewerbs in die Quere. Wer versucht, ein perfekt transparentes, sprich kontrolliertes System zu entwickeln, der läuft Gefahr ein bürokratisches Monster

hervorzubringen. Beispiele hierfür gibt es in der vielfach kritisierten Bürokratisierung der Disease-Management-Programme. Es ist aber darüber nachzudenken wie Sicherheiten eingebaut werden können um Fehlentwicklungen zu vermeiden.

Das für die Abzugsquote maßgebliche Finanzierungsvolumen kann bei Abschluss eines Integrierten Versorgungsvertrages lediglich auf Schätzungen beruhen. Das tatsächlich benötigte Volumen ist abhängig von der konkreten Umsetzung und der Zahl der teilnehmenden Versicherten. Von der Krankenkasse werden die einbehaltenen und ausgegebenen Mittel buchmäßig im Kontenrahmen der GKV erfasst. In diesem Kontext könnte überlegt werden, dass beispielsweise die vertragsschließenden Krankenkassen jährlich die Verwendung der jeweils einbehaltenen Mittel im Rahmen des Melde- und Auskunftsverfahrens der Registrierungsstelle melden.

An einigen Stellschrauben muss auch der Gesetzgeber noch drehen. Die Mehrwertsteuerpflichtigkeit muss noch bei Gesellschaften geklärt werden, die als Managementgesellschaften Integrierte Versorgung entwickeln und anbieten möchten. Krankenhäuser und Arztpraxen erbringen ja auch organisatorische Leistungen, ohne dass sie selbst Mehrwertsteuer abführen müssen.

Derzeit ist das Interesse an Integrierten Verträgen sowohl bei den Leistungsanbietern als auch bei den Krankenkassen unterschiedlich. Dieses ist sowohl in den einzelnen Bundesländern als auch auf regionaler Ebene unterschiedlich. Große Krankenkassen stehen vor der Herausforderung, dass sie eine bestimmte Flächendeckung für ihre Konzepte erreichen müssen. Eine kleinere Krankenkasse kann gezielt regionale Angebote schaffen, während im Gegensatz dazu eine große Kasse andere Dimensionen beachten muss. Es gibt derzeit Bundesländer, wo es auffällig wenig Integrierte Verträge gibt. Hierzu zählt z.B. Thüringen.

Integrierte Versorgung prospektiv als Standardversorgung zu sehen ist davon abhängig wie sich in Zukunft die Verträge entwickeln. Dazu müssten erst unterschiedliche Formen entwickelt werden. In diesem Bezug spielt auch die Anzahl der Patienten die sich den

Verträgen anschließen eine wesentliche Rolle und sind ausschlaggebend für den Erfolg eines Vertrages.

Für kleine Krankenhäuser kann die Integrierte Versorgung, je nach regionalen Besonderheiten, eine Chance sein, z.B. absehbar wegbrechende stationäre Behandlungen durch Integrierte Verträge zu ersetzen. In Flächenländern wo das nächste Krankenhaus weit weg ist, muss man sich auch immer die Frage stellen, ob sie tatsächlich nötig sind. Die Frage ist dann, ob ich überhaupt neue Verträge haben muss, wenn ich auch im Sektoralen ganz gut lebe.

Im Kontext zu Integrierten Verträgen ist auch das Problem der nicht ausreichenden Patientenzahlen inzwischen erkannt. Dazu wird derzeit beobachtet, dass sich einzelne Kassen anderen Verträgen anschließen. Auf Kassenseite entstehen so Vertragsgemeinschaften, so dass sich die Fallzahlen erhöhen.

Im Trend zeigt sich, dass anfangs noch Integrierte Verträge aus Marketinggründen mit Alleinvertretungsanspruch abgeschlossen wurden. Setzen sich diese Versorgungskonzepte aber durch, werden Versicherte anderer Kassen aufgenommen, was die Versichertenzahlen steigen lässt bzw. andere Kassen übernehmen derartige Versorgungskonzepte.

Von diesen Versorgungskonzepten profitieren am Ende auch die Versicherten, wenn über Integrierte Versorgungsverträge z.B. ein Case Management möglich ist, weil man die erfolgreichen Elemente der Verträge ausweitet²⁶⁰.

²⁶⁰ Vgl. Gardain, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV), in: Ku-Sonderheft Integrierte Versorgung, 9/ 2005, S.2-4

4.5.4.3 Integrierte Versorgung in sich verändernden Rahmenbedingungen

Für die Perspektiven der Integrierten Versorgung sind zwei Termine entscheidend: Die Neuwahl des Bundestages und der 31. Dezember 2006, mit dem die Anschubfinanzierung nach derzeitigem Gesetz endet.

Eine prioritäre Aufgabe der Entscheidungsträger muss es sein, entweder das Ende der Anschubfinanzierung zu bestätigen oder rechtzeitig deren Fortsetzung zu beschließen. Dabei muss man sich darüber im Klaren sein, dass nur eine gesetzlich geregelte Finanzierung den Vertragswettbewerb in Schwung gebracht hat. Nun kann man sicherlich trefflich darüber streiten, ob ein gesetzlich verordneter kollektiver Pauschalabzug zur Finanzierung des Einzelvertragswettbewerbs der Königsweg ist. Aber was wäre die Alternative? Finanzmittel über Budgetbereinigungen oder die Vereinbarung eines gemeinsamen Budgets umzuverteilen, haben sich in der Vergangenheit als nicht realisierbar erwiesen.

Sollte man sich für eine Fortsetzung der Anschubfinanzierung aussprechen, so ist auch die Höhe und die Dauer zu regeln. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist es schwierig zu entscheiden, wie lange eine Anschubfinanzierung de facto erforderlich ist. Dieses hängt zum einen von der qualitativen Entwicklung der Integrationsversorgung ab und zum anderen von dem Anteil der Integrationsversorgung an der bisherigen medizinischen Regelversorgung. Die Höhe der Anschubfinanzierung richtet sich in erster Linie nach dem voraussichtlich erforderlichen Finanzvolumen. Hier kann der bisherige Umfang der Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung lediglich als Anhaltspunkt herangezogen werden. Danach war für die Finanzierung der bis zum 30. Juni 2005 registrierten Verträge lediglich knapp die Hälfte der möglichen Finanzmittel erforderlich. Angesichts einer höheren Anzahl von Vertragsabschlüssen mit zum Teil komplexeren Versorgungsinhalten prognostizieren einige Krankenkassen die Notwendigkeit eines höheren Finanzierungsvolumens. Bei der Bemessung einer pauschalen Größenordnung darf aber der Zeitraum einer möglichen Verlängerung nicht außer Acht gelassen werden. Je länger

eine Finanzierung erfolgen soll, desto mehr Sicherheiten müssen auch bei der Höhe eingebaut werden, um Schätzungen der Realität anpassen zu können²⁶¹.

4.5.4.4 Neue Unternehmensformen in der Integrierten Versorgung

Krankenkassen sind neben den Kassenärztlichen Vereinigungen aktiv auf der Suche nach dem Aufbau neuer Unternehmensformen, mit denen sie sich selbst in die Rolle integrierter Dienstleistungserbringer begeben wollen, d.h. als Managementgesellschaften²⁶² ihren Auftrag um die Einbringung von Leistungen erweitern wollen.

Das Vorbild in Deutschland ist dabei die Bundesknappschaft mit ihrem Prosper-Projekt unter dem Motto: „Prosper – gesund im Verbund“.

Mit diesem Projekt hat die Bundesknappschaft versucht die Ziele der Gesundheitsreform umzusetzen.

4.5.4.4.1 Prosper – Projekt

Anstoß für die Einrichtung dieses Netzwerks gab 1999 eine Analyse der Unternehmensberatung McKinsey. Diese kam zu dem Ergebnis, dass knapp ein Viertel der Kosten im Gesundheitssystem mit vier Maßnahmen eingespart werden könnten:

²⁶¹ Ausführungen repräsentieren den Stand 2006, Mit der Gesundheitsreform 2007 soll es zum 01.04.2007 Verbesserungen im Schnittstellenmanagement und an den Übergängen im Versorgungssystem geben. Die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung wird verlängert, um insbesondere großräumige Integrationsprojekte zu fördern. Die Pflegeversicherung wird an der Integrierten Versorgung beteiligt. Krankenkassen und Leistungserbringer müssen beim Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen (z.B. zwischen ambulant und stationär, Akutversorgung, Reha und Pflege) wirkungsvolle Maßnahmen zum Lösen von Schnittstellenproblemen organisieren.

²⁶² Eine Managementgesellschaft bezeichnet im Rahmen der Integrierten Versorgung einen Vertragspartner von Leistungserbringern, z.B. Ärzten, Krankenhäusern etc. und Krankenkassen. In Deutschland gilt dies seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes am 1. Januar 2004. Das Konstrukt der Managementgesellschaft ermöglicht den Abschluss von Kollektivverträgen. Ohne die Zwischenschaltung einer Managementgesellschaft müssten die Ärzte einen Direktvertrag mit der Krankenkasse abschließen.

Einweisungen ins Krankenhaus verringern, Medikamente zentral einkaufen, Doppeluntersuchungen vermeiden und die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern verbessern.

Das Netzwerk hat für Patienten viele Vorteile. Es entfallen unter anderem Praxisgebühren und unnötige Doppeluntersuchungen. Weitere Argumente für den Eintritt in den Verbund waren für Patienten der schnelle Informationsfluss zwischen den behandelnden Ärzten. Durch die elektronische Patientenakte wird z.B. doppeltes Röntgen oder Blut abnehmen vermieden. Genau festgelegte Behandlungspfade regeln, wer bei bestimmten Krankheitsbildern welche Art von Untersuchung macht, wie und mit welchen Medikamenten der Patient zu behandeln ist. So ist es möglich bestimmte Untersuchungen vor einer Operation ambulant oder in dem Praxisnetzwerk durchzuführen. Diese Absprachen zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Kollegen im Krankenhaus erspart dem Patienten unnötig lange Aufenthalte auf der Station – das ist auch für die Klinik von Vorteil.

Mittels „Prosper“ verfügt das Knappschaftskrankenhaus über einen festen Kundenstamm. „Dank unseres Konzepts konnten wir unseren Patienten eine qualitativ hochwertige Behandlung bieten und zugleich unsere Kosten um zehn Prozent senken. Das sind pro Patient und Jahr etwa 320 Euro.“ Diese Aussage machte hierzu Hans Adolf Müller von der Bundesknappschaft.

Auch niedergelassene Knappschaftsärzte sehen Vorteile durch die Teilnahme am Prosper – Modell. Sie müssen keine Kassengebühren verwalten und sparen hierdurch Zeit, die anders besser eingesetzt werden kann. Es garantiere ihnen weiterhin einen festen Kundenstamm und steigere das Vertrauen zwischen Arzt und Patienten. Durch regen Austausch zwischen den niedergelassenen und den Krankenhausärzten würden gegenseitiges Misstrauen und Vorurteile abgebaut. Das Netzwerk funktioniert, weil alle in einem Boot sitzen und am Erfolg oder Misserfolg teilhaben. Niedergelassene Ärzte können in diesem Konstrukt mitgestalten, haben weniger Bürokratie und Anonymität sowie zufriedene Patienten.

Dieses Netzwerk erfordert Engagement und Disziplin. Laut Aussage der Chefarztin Fr.Dr.Hennings ist ständig Input nötig, um das Netz am Leben zu erhalten. Die Beteiligten treffen sich regelmäßig. Das Krankenhaus und die Ärzte lassen sich zertifizieren.

Regelmäßige Weiterbildung wird von den Ärzten gefordert und neue Behandlungspfade festgelegt.

Die Beitritte von Patienten in dieses Projekt hat sich verdoppelt. Krankenkassen - wie die AOK - und andere interessieren sich für das Prosper-Netzwerk, um eigene Konzepte im Bereich der Integrierten Versorgung auszuloten.

Nach jetzt mehr als vier Jahren Erfahrung wird mit dem Netzwerk eine positive Bilanz gezogen. Die Zahl der Netzversicherten hat sich seit Januar verdoppelt und die Zahl der Austritte aus dem Netz liegt unter 0,1% auch wenn sich die Versicherten durch den Eintritt in das Netzwerk mit einer eingeschränkten freien Arztwahl konfrontiert sehen.

4.5.4.4.2 Projekt Endoprothetik Münster

Das Institut für Strategieentwicklung der Universität Witten/Herdecke hatte im Auftrag der Barmer Ersatzkasse, der St. Franziskus-Stiftung und der Inoges AG erstmals ein Projekt zur Integrierten Versorgung einer wissenschaftlichen Evaluation unterzogen. Das Endoprothetikprojekt in Münster ist eines der ersten und bis heute größten Integrationsprojekte im deutschen Gesundheitswesen. In diesem Projekt wurden in einer breit angelegten Patientenbefragung sämtliche Patienten, die an der Integrationsversorgung teilgenommen hatten, sowie eine Vergleichsgruppe von Patienten der Regelversorgung schriftlich befragt.

Im Ergebnis zeigte sich, dass alle Patienten, die an der Integrierten Versorgung teilgenommen hatten, in allen Stufen des Behandlungsprozesses signifikant zufriedener waren und auch die Entwicklung ihres Gesundheitszustandes erheblich besser beurteilten als vergleichbare Patienten der Regelversorgung. Die Behandlungskosten sanken im gesamten Behandlungszeitraum pro Patient im Durchschnitt um 10 Prozent.

Diese Kostenreduktion ist unter anderem auf die Optimierung aller Schnittstellen des Behandlungsprozesses zurückzuführen, was sich beispielsweise in einer deutlichen Verkürzung der durchschnittlichen Liegezeiten zeigt, bei gleichzeitig gesteigener Patientenzufriedenheit. Hierzu führt Manuel Dolderer vom Institut für

Strategieentwicklung aus: „Damit wird deutlich, dass die Integrierte Versorgung als innovative Versorgungsform helfen kann, die Gesundheitsversorgung in Deutschland auf ein neues Qualitätsniveau zu heben“²⁶³.

4.5.4.4.3 Aktuelle Trends

Im Dezember 2004 brachte die Barmer Ersatzkasse mit ihrem Barmer-Hausarzt- und Hausapothekervertrag erstmals einen bundesweit Flächen deckenden Vertrag gemäß §§ 140 a ff. auf den Markt, der ähnlich einigen landesweiten Hausarztverträgen der AOK eine Koppelung aus DMP-Einschreibung Hausarztvertrag und Rabattvereinigungen mit Dritten darstellt²⁶⁴. Mit inzwischen über einer Million Versicherten, 34500 Hausärzten und 17000 teilnehmenden Apotheken bis Ende Juni 2005 dürfte dieser Vertrag einer der größten derzeit bestehen IV-Verträge sein.

Für Krankenkassen ist das ökonomische Kalkül hinter solchen Verträgen vielfältig: Es verbindet sich darin die Hoffnung auf eine Organisationsalternative zur Kassenärztlichen Vereinigung (der Hausarztverband bzw. eine von ihm gegründete Managementgesellschaft) mit einem Versuch der ökonomisch erfolgreichen Incentivierung der Niedergelassenen zur DMP-Einschreibung und Erhöhung der Generikaquote. Der Wunsch nach einem Marketingtool zur Zurückhaltung jüngerer Versicherter vor einem Wechsel spielt eine Rolle sowie das Ziel, Mengenrabatte zu bekommen.

Letzteres ist bereits erfolgreich mit mehreren Generikaunternehmen verhandelt worden, die jeweils 3 bis 5 % Rabatt auf ihre Grundumsätze bei den angeschlossenen niedergelassenen Ärzten an die Krankenkasse geben und 10% Rabatt auf die Mehrumsätze bezogen auf die Relation zum Vorjahr.

Die spannende Frage ist, ob sich angesichts der nicht unerheblichen Zusatzvergütungen an die Ärzte und des Verzichts auf die 30 Euro Praxisgebühr der Versicherten der Vertrag für

²⁶³ www.innovations-report.de/html/berichte/studien/bericht-70601.html (Stand 2007)

²⁶⁴ www.hausaerzteverband.de (Stand 2006)

die Barmer Ersatzkasse letztendlich lohnt. Die ersten Ergebnisse weisen ambivalente Ergebnisse auf: So ist der Altersdurchschnitt der eingeschriebenen Versicherten mit 58,3 Jahren recht jung. Die versorgungsintensiveren Versicherten werden eher unterproportional erreicht²⁶⁵.

In diesem Zusammenhang wird das Controlling der Ergebnisse zunehmend von Bedeutung.

Während anfangs nur Einschreibungen bewertet wurden, zeigt sich jetzt ein zunehmendes Interesse an einer sorgfältigen Kalkulation der Effekte.

Die Einbindung der medizintechnischen und im besonderen der pharmazeutischen Industrie, u.a. mit Rabattverträgen wie bei dem Barmer-Vertrag, ist einer der Trends in der integrierten Versorgung. Derzeitige Erfahrungen weisen neben den flächendeckenden Verträgen insbesondere auf gute Kooperationsmöglichkeiten zwischen Industrie und größeren Krankenhäusern, mit einem besonderen Akzent noch bei den Universitätskliniken hin.

Im Bereich der IV-Verträge zur interventionellen Kardiologie, derzeit von der Häufigkeit die zweitgrößte Indikation für IV-Verträge, gibt es so bereits eine Reihe von Beispielen, wie Innovationen in der Medizin, hier vor allem beschichtete Stents mit garantierter geringerer Häufigkeit von Reststenosen, die in intelligenter Zusammenarbeit zwischen Industrie, Krankenhäusern und Krankenkassen umgesetzt werden.

Weitere aufwändigere Verträge sind in letzter Zeit für die Rheumatologie, die Schmerztherapie, die Brachytherapie, die Demenz, die Sucht und verschiedene psychiatrische Indikationen geschlossen worden.

Zwei in die Zukunft weisende Lösungen wurden in Köln und Nürnberg erarbeitet:

- In Köln hat die Barmer Ersatzkasse mit der Universitätsklinik Köln mit ihrem Centrum für integrierte Onkologie für die Behandlung von

²⁶⁵ Vgl. Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, in : Integrierte Versorgung, 2005. S. 6ff.

definierten Karzinomen erstmalig Jahrespauschalen ausgehandelt. Hierzu wurden in einem mehrmonatigen Verfahren entsprechende den Schwerestufen der Erkrankungen angepasste Kostenkalkulationen vorgenommen und auch mit den Werten der Krankenkassen verglichen. Im Ergebnis wurden hier nach Schwerestufen gegliederte Jahrespauschalen vereinbart, die auch spezifische ambulante Nachbehandlungen umfassen.

- Unter der Bezeichnung „Qualität und Effizienz“ hat das Praxisnetz Nürnberg-Nord – PNN eine Lösung entwickelt, die als Populationsmodell bezeichnet werden kann, allerdings mit Selektion arbeitet. Hier können sich Patienten der beteiligten Ärzte in einen IV-Vertrag einschreiben und erhalten ein höheres Maß an Begleitung (Coaching), Steuerung und Aufmerksamkeit bzgl. der längerfristigen Einwicklung und Karriere ihrer jeweiligen Erkrankungen inklusive der begleitenden Medikation. Die sich hieraus ergebenden Einsparungen sollen aufgeteilt werden. Noch nicht sicher gelöst ist, die saubere und für beide Seiten eindeutig kalkulierbare Berechnung der Einsparungen und ihrer Indexierung mit der Entwicklung der „normalen“ Versorgungskosten.

4.5.4.5 Systemlücken in der Integrierten Versorgung

In der Umsetzung der bisherigen Integrationsverträge sind einige Unklarheiten und Systemlücken deutlich geworden, die bei einer Verlängerung der Anschubfinanzierung diskutiert werden müssten.

Die Anschubfinanzierung wird derzeit ausschließlich von den Krankenhäusern und der Vertragsärztlichen Gesamtvergütung gespeist. Es partizipieren aber alle Leistungsbereiche, die nach §140b Abs.1 SGB V Vertragspartner sein können, von dem Geld der Anschubfinanzierung. Die derzeitige Auswertung der Registrierungsstelle zeigt, dass neben den Vertragsärzten und Krankenhäusern auch andere Vertragspartner in den IV-

Verträgen vertreten sind. Die so de facto erfolgte Quersubventionierung dieser Leistungsbereiche erzeugt den Unmut derjenigen, die in den Topf einzahlen müssen. In diesem Sinn ist über eine Ausweitung des Kreises der Einzahler nachzudenken.

Ein wesentliches Kriterium ist in einem gebremsten Leistungswettbewerb zu sehen. Die Fesseln der sektorbezogenen Leistungsberechtigung bremsen nach wie vor die strukturverändernden Leistungskonzepte. Anders als bei der Ausgestaltung des §116b SGB V soll allein der Abschluss eines Integrationsvertrages beispielsweise ein Krankenhaus nicht dazu berechtigen, ambulante Leistungen selbst erbringen zu können. Das Versorgungsspektrum des Krankenhauses bleibt im ambulanten Bereich folglich auf Ermächtigungsleistungen und auf Leistungen nach § 115b SGB V beschränkt. Damit werden letztendlich die traditionellen Sektoren in der Integrationsversorgung aufrechterhalten. Dies ist ein Anachronismus. Wenn in der Integrationsversorgung völlig neue Organisationsformen entwickelt und erprobt werden sollen, müssen dazu auch die rechtlichen Möglichkeiten eröffnet werden²⁶⁶.

4.5.4.5.1 Qualitätsaspekte in der Integrierten Versorgung

Beleuchtet man die Integrierte Versorgung in bezug auf medizinische und pflegerische Qualität gibt es viel ungenutzten Spielraum. Die Chance liegt in der Freiheit, konkrete Vereinbarungen zur Qualität zu schließen und dabei auch die betroffenen Patienten mit einzubeziehen. Diese Möglichkeiten werden zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch kaum genutzt.

Wenn es in den derzeitigen Diskussionen in Bezug auf die Gesundheitsreform um Qualität geht, herrscht beinahe babylonische Sprachverwirrung, da der Begriff mit unterschiedlichsten Bedeutungen verbunden wird.

Qualität hat mit den Anforderungen zu tun. Nach einer weit akzeptierten Definition wird die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung durch die Anforderungen bestimmt,

²⁶⁶ Vgl. Renzewitz, in: KU-Sonderheft, Integrierte Versorgung, 2006, S.10ff.

die damit verknüpft werden. Qualität wird dennoch erst dann erkennbar, wenn Anforderungen definiert werden. Sie sind der Maßstab, an dem Qualität gemessen werden sollte. Das gilt auch für die Integrierte Versorgung.

Innerhalb der Diskussion um die Integrierte Versorgung wird zuerst an die Eckpfeiler, die der Gesetzgeber mit dem §§ 140 a ff. SGB V festgelegt hat, gedacht. Die IV soll verschiedene Leitungssektoren übergreifen, interdisziplinär- fachübergreifend für die Versicherten freiwillig sein. Das Gesetz fordert auch:

- Die Vereinbarung von Qualitätsstandards,
- Ein Informationsrecht der Versicherten über diese Qualitätsstandards
- Und die Verpflichtung der Vertragspartner zu einer qualitätsgesicherten Versorgung.

Zunächst war für die IV-Verträge die ökonomische Motivation führend. Kostenträger wollten die 1 % -Regelung des §1 140d SGB V für Rechengskürzungen ausschöpfen. Leistungserbringer wollten den Kürzungsbetrag zurückgewinnen. Aber die „qualitative Motivation“ hinkt hinterher. Allgemeine Bekenntnisse zur Qualität schmücken vermutlich jeden IV-Vertrag. Aber werden denn auch konkrete Qualitätsziele formuliert, die eine wirkliche Verbesserung im Vergleich zur Regelversorgung bedeuten?

Die IV bietet die Möglichkeit und damit die Chance konkrete Vereinbarungen zur Qualität für Vertragsinhalte von der Zielsetzung bis zum Umsetzungscontrolling zu schließen. Hierbei können die Vertragsinhalte durch folgende Fragen geleitet werden:

Vertragsinhalte	Fragen
Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Werden definierte Versorgungsziele verfolgt? • Soll ein Versorgungsproblem gelöst werden? • Werden Verbesserungen gegenüber der Regelversorgung angestrebt? • Werden konkrete Qualitätsziele festgelegt?
Mitwirkende	<ul style="list-style-type: none"> • Wird dargelegt, wer an der Vertragsentwicklung beteiligt ist? • Werden Betroffene, Patientenorganisationen oder Beratungsinstitutionen einbezogen? • Wirken fachliche Experten aus Medizin und Pflege mit? • Sind Dienstleistungsunternehmen oder Hersteller von Arzneimitteln oder Medizinprodukten beteiligt?
Wissensbasis	<ul style="list-style-type: none"> • Werden die fachlichen Grundlagen für die vereinbarte Versorgung dargestellt? • Werden Leitlinien oder andere fachliche Empfehlungen als Grundsätze der Versorgung festgelegt? • Wird der Einsatz bestimmter Dienstleistungen, Arzneimittel und Medizinprodukte fachlich begründet? • Wird die Evidenzlage für die vereinbarte Versorgung dargestellt?
Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Werden die Qualitätsziele vereinbart für... • - „Strukturen“ wie Personal, Fachkunde, Räume, Ausstattung? • - „Prozesse“ wie Gestaltung des Versorgungsablaufs und Schnittstellen? • - „Outcome“ wie Patientenzufriedenheit, medizinische und pflegerische Ergebnisse?
Qualitätsdarstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Wird festgelegt, wie Nachweise zur

	<p>Strukturqualität erbracht werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werden konkrete Rechenregeln und Kennzahlen festgelegt? • Werden die für die Berechnung erforderlichen Daten definiert?
Berichterstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Erfolgt eine Berichterstattung über die Qualität der Versorgung? • Erhalten die Patienten Einsicht in „ihre“ Daten? • Erhalten die Leistungserbringer Einsicht in „ihre“ Ergebnisse? • Werden Berichte über die Qualität der Versorgung öffentlich zugänglich gemacht?
Umsetzungscontrolling	<ul style="list-style-type: none"> • Werden Leistungserbringer nach Qualitätskriterien für die Teilnahme ausgewählt? • Wird systematisch beobachtet, ob die Qualitätsziele erreicht werden? • Wird eine Entgeltbemessung nach Qualitätskriterien vorgesehen? • Werden die Konsequenzen von fehlenden Nachweisen oder auffälligen Ergebnissen festgelegt?

Checkliste zur Versorgungsqualität in IV- Verträgen²⁶⁷

Diese Möglichkeiten der Umsetzung wurden derzeit nur vereinzelt genutzt.

²⁶⁷ entnommen Ku-Sonderheft, Integrierte Versorgung, 9 / 2005, S.22

In diesem Kontext liegt die wesentlichste Frage nach der Qualität: Für wen?

Qualität aus Sicht der Kostenträger mit Blick auf den Faktor Wirtschaftlichkeit, Qualität aus Sicht des Patienten mit Blick auf eine optimale Versorgung oder Qualität aufgrund von „Kriterien eines zu optimierenden Versorgungsmodells“ in dem die Qualitätsanforderungen Synergismen aus Patientenbedürfnissen, Vorstellungen der Kostenträger und Leistungserbringern darstellen²⁶⁸.

Derzeit werden die IV-Verträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern geschlossen. Betrachtet man bezogen auf die Qualität dabei aber das wesentlichste Merkmal: den Patienten, spielt dieser keine Rolle. Die Betroffenen kommen nicht zu Wort. Dabei sollte sich die Qualität der Versorgung doch auch an den Anforderungen der Betroffenen orientieren. In diesem Kontext gilt es die Ziele der Leistungserbringer, der Kostenträger und der weiteren Teilnehmer mit den Betroffenen abzustimmen. Dabei müssen die Zielkonflikte über einen aktiven Diskurs ausgetragen werden.

Beispiele solch konstruktiver Mitarbeit finden sich z.B. bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS). Hier wirken seit 2004 Vertreter der Patienten an der inhaltlichen Arbeit mit. Sie beraten gemeinsam mit ärztlichen und pflegerischen Fachexperten über Qualitätsziele, Messverfahren und Ergebnisse der Krankenhausversorgung. Die Beiträge und Hinweise der Patientenvertreter erweitern den Erfahrungshorizont der BQS- Fachgruppen. Wollen IV-Vertragspartner eine konsequente Patientenorientierung, können sie sich dieses Modells bedienen und Patienten bzw. ihre Organisationen in die Verhandlungen einbeziehen.

Perspektivisch gesehen gilt es auch hier Qualitätsanforderungen zu vereinheitlichen. Die derzeit erzielte und erwünschte Vertragsvielfalt birgt ein Risiko. Zu denselben Sachverhalten werden in den Verträgen höchst unterschiedliche Qualitätsanforderungen vereinbart. Dadurch wird die medizinische und pflegerische Qualität, die eigentlich einheitlich für alle Versorgungssektoren, Vertrags- und Abrechnungsarten sein sollte, fragmentiert.

²⁶⁸ Anmerkung des Verfassers

Die Voraussetzungen müssen verbessert werden, um Qualitätsziele übergreifend für die gesamte Versorgung formulieren zu können, das heißt, dass übergreifend für die ganze Gesundheitsversorgung Qualitätsziele definiert werden müssen. Das umfasst die ambulante ärztliche Versorgung, die stationäre Versorgung, Ambulantes Operieren nach §115b SGB V, Disease Management Programme, die Rehabilitation und die Integrierte Versorgung.

Dabei sollte sich das Augenmerk auf die Entwicklung folgender Punkte richten:

- Leitlinien und vergleichbare fachliche Empfehlungen müssen zur Wissensgrundlage für die Versorgung in der Fläche ausgebaut werden.
- Qualitätsanforderungen von Gesunden, Kranken und Fachexperten müssen mit den Anforderungen der Selbstverwaltungsorgane, Interessengruppen und wirtschaftlichen Parteien verknüpft werden.
- Ein Register bereits entwickelter Qualitätsindikatoren muss aufgebaut werden. Es kann als „Qualitäts-Katalog“ für IV-Vertragspartner dienen, um Erfolg darlegen und auch vergleichbar und messbar machen zu lassen²⁶⁹.

²⁶⁹ Vgl. Mohr, Geschäftsführer BQS, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, www.bqs-online.de (Stand 18.12.06)

4.5.4.6 Versicherungs- und Haftungsprobleme bei Integrierten Versorgungsformen

Die Einführung von Integrierten Versorgungsformen, medizinischen Versorgungszentren und anderen Konstrukten konfrontiert die Versicherungswirtschaft mit neuen, bislang unbekanntem Risiken, für die es derzeit nur geringe bis keine Erfahrungswerte gibt. Dadurch können die Leistungserbringer keineswegs davon ausgehen, dass sich der Haftpflichtversicherungsschutz automatisch den neuen Vertragsverhältnissen anpasst. Der Versicherungsschutz muss bezogen auf jeden einzelnen Fall geprüft werden.

4.5.4.6.1 Sicht der Versicherer

Im Hinblick auf die Integrationsversorgung (§140a ff. SGB V) ist aus Sicht der Versicherer zunächst die Frage der Haftung der Leistungserbringer zu prüfen. Im Verhältnis „Leistungserbringer – Patienten“ begründet sich die Haftung im Zivilrecht grundsätzlich entweder

- aus einem Vertrag (vertragliche Haftung gemäß §§ 276 ff. BGB)
- oder auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen (deliktische Haftung, insbesondere § 823 ff. BGB).

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wer im Rahmen der Integrationsversorgung der Vertragspartner der Patienten ist. Ist es der einzelne Leistungserbringer, die Leistungserbringergemeinschaft oder gar ausschließlich das Krankenhaus, welches regelmäßig als Gesamtschuldner gegenüber den Krankenkassen auftritt? Hier wird es im Einzelfall auf die Sichtweise des Patienten ankommen, wenn klare vertragliche Regelungen fehlen.

4.5.4.6.2 Organisationsformen

Die Versicherungswirtschaft muss sich in dieser Fragestellung zwangsläufig auch mit Organisationsformen, in denen sich die Ärzte beruflich betätigen dürfen, und den zulässigen Gesellschaftsformen der Integrierten Versorgung vertraut machen. Den Ärzten ist es auf Grundlage der Muster-Berufsordnung (MBO 2004 - die rechtsverbindliche Umsetzung der Musterberufsordnung muss durch die Landesärztekammern vorgenommen werden, was bislang noch nicht in allen Bundesländern erfolgt ist) zurzeit lediglich gestattet, ihren Beruf in

- Berufsausübungsgemeinschaften,
- Organisationsgemeinschaften,
- Medizinischen Kooperationsgemeinschaften und
- Praxisverbänden auszuüben.

Derzeit unterscheidet man bei möglichen IV-Modellen zwischen:

- Gesellschaftsmodell,
- Kooperationsmodell,
- den Einkaufsmodellen I und II.

Unter Umständen kann aus dem gewählten IV-Modell bereits abgeleitet werden, wie der Haftpflichtversicherungsschutz im Einzelfall zu gestalten ist. Zum besseren Verständnis wird hier kurz auf die einzelnen Modelle eingegangen. Am Ende ist für die Haftpflichtversicherung nur interessant, welche Leistungserbringer den Behandlungsvertrag mit dem Patienten schließen und/oder wer tatsächlich die fehlerhafte Behandlung durchgeführt hat. Die folgend aufgeführten Modelle unterscheiden sich deshalb danach, wer den Behandlungsvertrag abschließt und ob der Beruf der Leistungserbringer gemeinsam ausgeübt oder in Kooperationsverhältnissen nur miteinander abgestimmt wird.

Gesellschaftsmodell

Der IV-Vertrag wird zwischen der Leistungserbringergesellschaft und der Krankenkasse abgeschlossen. Die Leistungserbringergesellschaft erbringt die IV-Leistungen aufgrund des IV-Vertrages. Nur wenn ausschließlich Ärzte beteiligt sind, kommt eine gemeinsame Berufsausübung der Krankenkassenvertragspartner in Frage. Sind neben den Ärzten auch andere Leistungserbringer (Krankenhäuser, Sanitätshäuser, Reha-Kliniken etc.) beteiligt, muss die Berufsausübung jeder der beteiligten Gruppen berufsrechtlich getrennt und in eigener Verantwortung durchgeführt werden. Als Rechtsformen kommen beispielsweise die GbR, der Verein oder in bestimmten Bundesländern auch die Kapitalgesellschaft in Frage. Dabei ist stets zu unterscheiden, dass sich alle Beteiligten gegenüber der Krankenkasse gemeinsam zur Erfüllung des IV-Vertrages verpflichten können, der Behandlungsvertrag jedes Leistungserbringers mit der Krankenkasse jedoch getrennt abgeschlossen wird.

Kooperationsmodell

In diesem Modell werden die Verträge von einer Krankenkasse mit verschiedenen Leistungserbringern abgeschlossen. Im Innenverhältnis werden sich die Leistungserbringer zu einer Gesellschaft zusammenschließen oder einen Kooperationsvertrag abschließen.

Einkaufsmodell I („reine Managementgesellschaft“)

Die Krankenkasse schließt in diesem Modell einen Vertrag mit einer „reinen“ Managementgesellschaft ab. Die GKV-Leistungen werden wiederum grundsätzlich bei anderen Leistungserbringern eingekauft. In einer „reinen“ Managementgesellschaft ist jede Rechtsform denkbar. Der mit den Leistungserbringern geschlossene Vertrag wird regelmäßig ein Dienst- oder Kooperationsvertrag sein.

Einkaufsmodell II („gemischte Leistungserbringergesellschaft“)

Hier erfolgt der Vertragsabschluss zwischen der Krankenkasse und der Leistungserbringergesellschaft. Einen Teil der Leistungen erbringt die Leistungserbringergesellschaft selbst, kauft aber weitere zusätzlich bei anderen Leistungserbringern ein. Der hinzugezogene Leistungserbringer kann hier im Außenverhältnis auch direkt in den Behandlungsvertrag mit Patienten einbezogen sein, auch wenn er selbst keinen unmittelbaren Patientenkontakt hat (Beispiel: Laborleistungen).

4.5.4.6.3 Haftpflichtversicherungsschutz

Im Versicherungsschein ist die gesetzliche Haftpflicht des versicherten Risikos (Arzt, Reha-Klinik, Pflegedienst, Krankenhaus usw.) versichert. Mitversichert ist üblicherweise die persönliche gesetzliche Haftpflicht der Beschäftigten für Schäden, die sie in Ausübung ihrer Dienstaufgaben für das versicherte Risiko (z.B. Krankheitsfall) verursachen. Ohne besondere Vereinbarung gewährt der Versicherer also keinen Versicherungsschutz für die gesamte Versorgungskette bzw. für die gesamte Leistungserbringergemeinschaft.

Daher ist bei Abschluss eines IV-Vertrages unbedingt zu prüfen, ob die Haftpflicht-Versicherung überhaupt die Leistungen berücksichtigt, die Gegenstand des Vertrages sind. Zum Beispiel kann es im Schadensfall zu Deckungsproblemen kommen, wenn ein Krankenhaus eine orthopädische Leistung im Rahmen eines IV-Vertrages in Anspruch genommen hat und die Orthopädie bislang nicht beim Versicherer angemeldet war.

Krankenhäuser übernehmen im Rahmen eines Integrationsvertrages auf Vertragsbasis regelmäßig Garantieleistungen, die über die gesetzlichen Haftpflichtbestimmungen hinausgehen. Innerhalb der Haftpflicht-Versicherung besteht für diese ebenfalls kein Versicherungsschutz, da es sich um eine vertragliche Zusage des Krankenhauses handelt. Hingegen muss sich der Haftpflichtversicherer ausschließlich mit gesetzlichen Haftpflichtansprüchen privatrechtlichen Inhalts befassen. Versicherer sind zu einer Deckungserweiterung ausnahmslos nicht bereit.

Aus den im Vorfeld beschriebenen IV-Modellen sind folgende Vertragsbeziehungen zwischen Patienten und Leistungserbringern denkbar:

- Es werden jeweils eigene Verträge zwischen Leistungserbringern und Patienten abgeschlossen. In versicherungstechnischer Hinsicht ist diese Fallkonstellation unproblematisch. Versicherungsschutz für die gesetzliche Haftpflicht des Leistungserbringers bestehen im vereinbarten Umfang, in diesem Fall über die sicherlich vorhandene Haftpflichtversicherung des Leistungserbringers (Vertragsarzt, Krankenhaus, Medizinisches Versorgungszentrum, Reha-Einrichtung etc.). Vertraglich gegebene Zusagen sind regelmäßig nicht Gegenstand der Haftpflichtversicherung.
- Ein Leistungserbringer (z.B. Reha-Klinik) ist alleiniger Vertragspartner des Patienten für die „gesamte Versorgungskette“. Tritt die Leistungserbringergesellschaft (z.B. GbR) oder ein Leistungserbringer gewollt oder ungewollt als alleiniger Vertragspartner des Patienten für die gesamte Versorgungskette auf, ist im Hinblick auf den Haftpflichtversicherungsschutz unmittelbar Handlungsbedarf gegeben. In diesem Fall würde die GbR oder der Leistungserbringer (Vertragspartner des Patienten) für die gesamte Versorgungskette haften, Versicherungsschutz ist aber nur für das im Versicherungsschein beschriebene Risiko (z.B. Krankenhausbetrieb, Reha-Klinik, Arztrisiko) gegeben. Haftung und Deckung im Rahmen des Versicherungsschutzes klaffen damit gefährlich auseinander – hier besteht akuter Handlungsbedarf für die beteiligten Leistungserbringer.

Haben sich diese, z.B. als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) aufgestellt, kommt eine gesamtschuldnerische Haftung zum Tragen, sofern nicht der einzelne Gesellschafter ein Handeln für die Gesellschaft ausgeschlossen hat. Wenn ein Gesellschafter (z.B. Reha-Klinik) aufgrund dieser Konstellation vom Patienten für einen Schaden in Anspruch genommen, den aber tatsächlich ein anderer Gesellschafter (z.B. Krankenhaus) verursacht hat, wird der eigene

Haftpflichtversicherer nicht leisten können, da der eingetretene Schaden nicht dem versicherten Betrieb zuzuordnen ist. Über einen bei der GbR im Innenverhältnis zwischen den Gesellschaftern möglichen Ausgleichsanspruch gemäß § 426 BGB kann sich der betroffene Gesellschafter schadlos halten, was aber im Einzelfall mühsam ist und eine bis dahin partnerschaftliche Zusammenarbeit der Leistungserbringer erschweren bzw. unmöglich machen kann. Von Beginn an sollten hier Leistungserbringer eindeutig regeln, wie und in welcher Weise sie im Außenverhältnis gegenüber den Patienten, auftreten wollen. In diesem Sinne muss auch der Haftpflichtversicherungsschutz gestaltet und aufeinander abgestimmt sein.

Folgende Unterlagen werden zur Beurteilung des Versicherungsschutzes und der Haftungssituation benötigt:

- Integrationsversorgungsvertrag mit der/ den Krankenkassen,
- Anlage zum Vertrag über evtl. zugesagte Garantieleistungen,
- Vertragliche Regelungen zwischen den Leistungserbringern,
- Aufnahmevereinbarungen/ -verträge mit den Patienten.

4.5.4.6.4 Medizinische Versorgungszentren aus Sicht des Krankenhauses

Als Leistungserbringer innerhalb einer Integrierten Versorgungskette kann ebenfalls ein Medizinisches Versorgungszentrum²⁷⁰ (MVZ - § 95 SGB V) auftreten. Da es sich um ein neues Rechtsgebilde handelt, wird hier kurz auf die spezielle Haftungssituation eines MVZ eingegangen.

Im Unterschied zu einer Kooperation mit niedergelassenen Ärzten im ambulanten Bereich, bei der die Ärzte selbst haftpflichtversichert sind, obliegt die Haftung und damit auch die Pflicht für die Sicherstellung des benötigten Haftpflichtversicherungsschutzes bei dem Träger des MVZ.

Das Krankenhaus erweitert sein Leistungsspektrum auf die vertragsärztliche Versorgung mit der Gründung in Form einer eigenständigen GmbH. So wird das MVZ als niedergelassener Arzt tätig. Schon aus dem Grund besteht über die Betriebshaftpflichtversicherung eines Krankenhauses kein Versicherungsschutz, da als versicherter Betrieb ausschließlich das Krankenhaus gilt.

Wird von Ärzten ein MVZ gegründet, können auch diese nicht unterstellen, dass ihre Berufs-Haftpflichtversicherung den Versicherungsschutz für das neu gegründete Medizinische Versorgungszentrum mit einschließt. In diesem Fall ist es notwendig und sinnvoll eine eigene Haftpflichtversicherung für das MVZ abzuschließen.

Für den Patienten wird jeweils das MVZ Vertragspartner und nicht die Angestellten und/oder Vertragsärzte. Versichert gelten muss daher im Rahmen einer zu gestaltenden

²⁷⁰ Medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden zu den neuen Versorgungsformen gezählt und stellen eine zusätzliche Form der ärztlichen Tätigkeit in der ambulanten ärztlichen Versorgung dar. Diese Organisationsform wurde Anfang 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) geschaffen. Diese Form der Versorgung wird vom Sozialgesetzbuch (§ 95 Abs. 1 SGB V) als „fachübergreifend ärztlich geleitete Einrichtung“ beschrieben, in denen Ärzte als Angestellte oder als Vertragsärzte tätig sein können. Danach können Träger und Gründer zum Beispiel Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, oder auch Krankenhäuser und Apotheker sein. In dieses Konstrukt können auch nichtärztliche Berufsgruppen miteingebunden sein. Ein medizinisches Versorgungszentrum muss durch einen Zulassungsausschuss zugelassen sein. Nach dem Gesetzeswortlaut müssen in diesen Einrichtungen ÄrztInnen von mindestens zwei oder mehr Fachrichtungen zusammenarbeiten und ein solches Zentrum muss von einem Arzt geleitet sein. So muss dieses bereits in den jeweiligen Verträgen zur Gründung eines MVZ festgeschrieben werden, zum Beispiel in einem Gesellschaftervertrag. In solch einem Medizinischen Versorgungszentrum können Patienten die dort tätigen ÄrztInnen ebenso in Anspruch nehmen wie in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Im Unterschied hat das Medizinische Versorgungszentrum mindestens zwei Fächer unter einem Dach, das Behandlungsangebot ist also größer. Ende März 2005 waren in Deutschland 129 solcher Zentren zugelassen, davon 90 durch Ärzte betrieben und 27 von Krankenhäusern

Haftpflichtversicherung die gesetzliche Haftpflicht aus dem Betrieb und der Unterhaltung dieses Zentrums. Dabei muss die persönliche gesetzliche Haftpflicht der Angestellten und der Vertragsärzte mit erfasst sein.

Sollten Kooperationsverträge mit Vertragsärzten geschlossen werden, ist eine Abstimmung der Deckungsinhalte zwischen der Betriebshaftpflichtversicherung des MVZ und der Berufs-Haftpflichtversicherung des Vertragsarztes zu empfehlen.

Bei einer versicherungstechnischen Einstufung des MVZ orientieren sich die Versicherer nachvollziehbar am Prämientarif der niedergelassenen Ärzte. Somit ist die Prämienhöhe abhängig von den vorgehaltenen Fachrichtungen und der Anzahl der tätigen Ärzte (Angestellte und Vertragsärzte) je Fachrichtung.

Für die korrekte Gestaltung des Versicherungsschutzes ist bei den MVZ wichtig, dass der Versicherungsbetreuer die konkreten vertraglichen Regelungen, die Aufnahmevereinbarungen mit den Patienten usw. kennt²⁷¹.

Fazit: In der deutschen Gesundheitswirtschaft erfordern die Strukturveränderungen, insbesondere die große Gestaltungs-/Vertragsfreiheit bei IV-Verträgen eine hohe Sachkompetenz auf Seiten der Versicherungsbetreuer. Der Abschluss einer Haftpflichtversicherung auf der Grundlage eines standardisierten Versicherungstarifs ist schlechterdings unmöglich geworden, da die individuellen Bedürfnisse der Leistungserbringer auch aus Haftungsgründen zu berücksichtigen sind. Versicherungsmakler müssen sich mit den gegebenen Ansprüchen auseinandersetzen und für die Leistungserbringer Lösungen bereithalten²⁷².

²⁷¹ Vgl. Hingst, in: Ku-Sonderheft Integrierte Versorgung, 9 / 2005, S.30 ff.

²⁷² Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass sich die Ausführungen in erster Linie mit der Haftung und damit der Haftpflichtversicherung innerhalb von Integrierten Versorgungsformen befasst. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums wird darüber hinaus den Abschluss weiterer Versicherungen erfordern, deren theoretische Erläuterungen aber nicht Gegenstand dieser Arbeit sein können. Auch wird auf eine Darstellung von haftungsrechtlichen Aspekten im Hinblick auf die Private Krankenversicherung im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen. Anmerkung des Verfassers

5 Versorgung im Bereich Herz- Kreislauferkrankungen

Die Versorgung im Bereich der Herz- und Kreislauferkrankungen sowie statistische Daten werden in dieser Arbeit ohne Anspruch auf Vollständigkeit und nur insoweit dargestellt, wie Relevanz zum Thema besteht²⁷³.

5.1 Akutversorgung im Bereich Herz – und Kreislauferkrankungen

In Deutschland waren nach den Daten der Bundesärztekammer am 31.12.2005 (31.12.2003) insgesamt 605 (512) Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Herzchirurgie und 86 (112) mit der Schwerpunktbezeichnung Thorax- und Kardiovaskularchirurgie berufstätig, davon 526 (419) bzw. 77 (98) in Krankenhäusern. Die dichteste Versorgung mit Herzchirurgien haben Hamburg, Bremen und das Saarland zu verzeichnen.

2005 (2004) waren in Deutschland insgesamt 78 (79) herzchirurgische Zentren in Betrieb. Die Zahl der Herzoperationen mit und ohne Herz-Lungen-Maschine (HLM) hat sich seit 1980 von 14767 auf 147507 pro Jahr erhöht. Damit hat sich die Zahl der Herzoperationen pro 1 Million Einwohner von 577 auf 1789 erhöht. Dabei haben die Bundesländer Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern den höchsten, Berlin und Hessen des geringsten Anstieg zu verzeichnen.

Seit etwa 2001 hat sich die Zahl der Herzoperationen mit und ohne HLM auf hohem Niveau stabilisiert. Die Zahl der Koronaroperationen mit und ohne HLM ist im Zeitraum von 1980 bis 2005 von 5021 auf 67336, die Herzklappenoperationen von 3884 auf 19203 angestiegen.

Im Bereich der Kombinationseingriffe (Koronaroperation kombiniert mit Klappenoperation) ist die Zahl der Eingriffe seit 1986 kontinuierlich von 929 auf 11475 d.h. um das rund Elffache angestiegen.

²⁷³ Die Daten und Zahlen sind aus der aktuellen Literatur zu dem Themengebiet entnommen. Ich möchte darauf hinweisen, dass ich für die Echtheit sowie die Vollständigkeit der Zahlen keine Gewähr geben kann, da ich nicht weiß unter welchen Gegebenheiten sie ermittelt wurden und wie die Statistiken erstellt wurden. Anmerkung des Verfassers

5.1.1 Altersstruktur der operierten Patienten

Die Altersstruktur hat sich seit 1990 bei den operierten Herzpatienten deutlich verändert. Die Operationstätigkeit verlagerte sich zunehmend mehr in die höheren Altersgruppen. So hat sich der Anteil der Patienten in der Altersgruppe der 40-50jährigen von 9,4% auf 4,9%, in der Altersgruppe der 50-60jährigen von 28,7% auf 13,5% und der 60-70jährigen von 37,0% auf 31,7% reduziert. Der Anteil der Patienten in der Altersgruppe der 70-80jährigen ist demgegenüber von 12,4% auf 34,9% und in der Altersgruppe der über 80-jährigen von 1,0% auf 8,0% angestiegen.

5.2 Rehabilitation im Bereich Herz – Kreislauferkrankungen

Am 31.12.2004 wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in Deutschland insgesamt 1294 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit 176473 Betten betrieben. In diesen Einrichtungen wurden 2004 1.889.362 Fälle behandelt und 47.441.534 Pflegetage erbracht. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 25,1 Tage. Auf die Abteilungen Kardiologie entfielen 10483 Betten, 127501 vollstationäre Fälle und 2.727.954 Pflegetage. Die Verweildauer in den 112 Abteilungen für Kardiologie betrug 21,4 Tage.

Für die Behandlung kardiologischer Patienten steht in Deutschland eine umfassende und differenzierte rehabilitative Versorgungsstruktur zur Verfügung, die der beruflichen, häuslichen und sozialen Reintegration der Betroffenen dient. Das entscheidende Ziel der Rentenversicherung ist die möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben der Betroffenen. Insgesamt erbringt die gesetzliche Rentenversicherung derzeit im Jahr 804700 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 und § 31 SGB VI.

Fortschritte in der Medizin und ein verändertes therapeutisches Vorgehen haben sich auf alle Bereiche des gegliederten Systems der medizinischen Versorgung ausgewirkt. Innerhalb der Rehabilitation zeigen sich Veränderungen vor allem in einer konzeptionellen und strukturellen Weiterentwicklung. Der Focus der inhaltlichen Ausgestaltung der

Rehabilitation liegt auf einem interdisziplinären Ansatz, der die Multimorbidität, dem Arbeitsbezug und dem Transfer der erreichten Rehabilitationsziele in den Lebensalltag Rechnung trägt.

5.2.1 Anschlussheilbehandlung

Insgesamt wurden im Jahr 2005 durch die Deutsche Rentenversicherung Bund 102326 (Vorjahr 105016) Anschlussheilbehandlungen (AHBen) bewilligt. Die im Auftrag der Krankenversicherungen durchgeführten AHBen weisen seit 1997 eine rückläufige Tendenz auf. Waren die gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahr 1997 noch hälftig (47%) an der AHB beteiligt, so reduzierte sich ihr Anteil auf nur noch 8% (7773 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) im Jahre 2005. Die Anzahl der AHBen unter Leistungsträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung Bund ist dagegen bis 2004 kontinuierlich gestiegen. Die lang anhaltende Zunahme ist erstmals 2005 zum Stillstand (94553 AHBen gegenüber 94770 im Jahr 2004) gekommen.

Innerhalb der AHB-Verfahren ist der Bereich der Herz-Kreislauferkrankungen nach orthopädischen und onkologischen Krankheiten weiterhin die dritthäufigste Indikation. Die Anzahl kardiologischer AHBen ist seit Mitte der 90er Jahre zunächst annähernd konstant geblieben, seit 2002 sind leichte Rückgänge zu verzeichnen. Im Jahr 2005 wurden 10210 AHBen durchgeführt, das entspricht einem Anteil von 51% an allen kardiologischen Rehabilitationen.

Innerhalb der AHB-Entlassungsberichte werden die AHB-Diagnosen verschlüsselt. So ist eine Spezifikation der Einzeldiagnosen möglich. Die koronare Herzkrankheit war die häufigste Diagnose. Für insgesamt 5068 von 10210 (49%) der Rehabilitanden war die ischämische Herzkrankheit die sozialmedizinisch relevante und rehabilitationsbegründende Diagnose. Hier reichte das vorausgegangene Therapiespektrum von der rein konservativen Therapie über interventionelle Verfahren bis hin zur Bypass-Operation. Die zweithäufigste Indikation in 2005 war der akute Myokardinfarkt einschließlich akuter Ereignisse mit nachfolgender Rekanalisierung der Koronararterien (PTCA), Stentimplantation oder auch

Bypass-Operation. Der Anteil der Rehabilitanden mit kardialen oder vaskulären Implantaten bzw. Transplantaten betrug 10%. Diese Gruppe rehabilitationsbegründender Diagnosen liefert einen Hinweis auf Eingriffe die im Rahmen von Akutbehandlungen notwendig werden und eine funktionsstabilisierende Anschlussheilbehandlung erfordern. Von den kardiologischen AHB-Patienten der Deutschen Rentenversicherung Bund waren 2005 drei Viertel Männer, die mit einem Durchschnittsalter von 52,8 Jahren 1,7 Jahre älter waren als Frauen. Innerhalb des Diagnosespektrums fallen geschlechtsspezifische Besonderheiten auf. Die koronare Herzkrankheit war für Männer und Frauen mit Abstand die häufigste kardiologische AHB-Indikation, wobei diese Erkrankung unter den behandelten Männern einen deutlich höheren Stellenwert (Männer 53%, Frauen 41%) hatte. Bei der rehabilitationsbegründenden Diagnose Herzinfarkt lagen Männer mit 18% geringfügig häufiger vor Frauen mit 16%. Bei den Frauen liegt der Anteil der Herzklappenerkrankungen sowie auch der Anteil in der Diagnosegruppe „Andere Herzerkrankungen“ höher.

5.2.2 Ganztägig ambulante kardiologische AHB

Ein Netzwerk von Einrichtungen ermöglicht bundesweit die ganztägig ambulante Rehabilitation im Anschluss an die Akutbehandlung definierter kardiologischer Erkrankungen. Im Jahr 2005 lag die Entfernung zwischen Wohnort und Rehabilitationseinrichtung für die stationäre kardiologischen AHB bei durchschnittlich 62 km und für die ambulante kardiologische AHB bei durchschnittlich 10 km.

Auch wenn derzeit die Absolutzahl ambulanter Rehabilitationsleistungen noch nicht hoch ist, zeigt sich jedoch ein deutlicher Trend in diese Richtung. Dem Hausarzt, den Angehörigen und den weiteren Nachsorgestrukturen ermöglicht die Wohnortnähe mit in den Rehabilitationsprozess einbezogen zu werden um dann den Transfer von verändernden Verhaltensweisen unmittelbar in den Alltag vorzubereiten und einzubeziehen.

Auf den Erfahrungen aus Modellprojekten zur ambulanten Rehabilitation in den vergangenen Jahren und den Ergebnissen rehabilitationswissenschaftlicher

Untersuchungen basierend ist der weitere bedarfsorientierte Ausbau der ambulanten kardiologischen Rehabilitation vorgesehen. Ziel ist ein möglichst flächendeckendes ambulantes Behandlungsangebot. Von Jahr zu Jahr wird die Zahl der ambulanten kardiologischen Rehabilitationszentren erhöht, um dieses Ziel zu erreichen. Im Jahr 2005 bestanden insgesamt 34 Belegungsverträge der Deutschen Rentenversicherung Bund mit ausschließlich ambulant arbeitenden Rehabilitationszentren. Weiterhin bieten fast alle von der Deutschen Rentenversicherung zum AHB-Verfahren zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen auch die ambulante Behandlungsform an.

Ambulante Versorgungsstrukturen werden in Abhängigkeit von Versorgungsstruktur und Erreichbarkeit überwiegend in großstädtischen Ballungsräumen in Anspruch genommen. 2005 kam es im Vergleich zum Vorjahr zu einer deutlichen Steigerung des Anteils ambulanter AHBen auf 7% (in Ballungsräumen 11%) aller AHB-Bewilligungen.

5.3 Integrierte Versorgungsstrukturen im Bereich Herz - Kreislauferkrankungen

In der medizinischen Rehabilitation wurden in den letzten Jahren die Bemühungen zur Verbesserung der Qualität ständig ausgeweitet. Über sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen soll das Ziel einer prozessorientierten²⁷⁴ Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, beispielsweise bei der Behandlung von Patienten mit Herzerkrankungen erreicht werden, zumal die Schnittstellenprobleme zwischen den bestehenden Versorgungsstrukturen immer offenkundiger und die Notwendigkeit von sektorenübergreifenden Versorgungsketten immer mehr in das Bewusstsein treten. Dieses wird wie schon im Vorfeld beschrieben durch entsprechende Gesetzesöffnungen ermöglicht.

Selbst wenn man realistischerweise berücksichtigt, dass wegen der regional teilweise stark differenzierten Bedürfnisse der Betroffenen, der unterschiedlichen Morbidität und der nicht gleichmäßigen Strukturen keine überall umsetzbaren Ideallösungen realisiert werden

²⁷⁴ Vgl. Kap. 2.5.2.1.1.6.1 Klinisches Prozessmanagement

können, ist die Verbesserung der Versorgungsstrukturen herzkranker Patienten ein sinnvoller und zukunftsweisender Beitrag. Dabei haben freiwillige vertragliche Regelungen erfahrungsgemäß nicht selten eine größere Realisierungschance als die mit einem enormen bürokratischen Aufwand verbundenen gesetzlichen Vorgaben.

Im Sinne einer unmittelbaren baulich-betriebenen Verbindung eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses und einer nach § 111 SGB V anerkannten Rehabilitationseinrichtung gibt es derzeit schon im Sinne „Integrierter Herzzentren“. Dieses ist derzeit u.a. in Bad Bevensen, Rotenburg an der Fulda und Odenburg möglich.

Um auch Patienten anderer herzchirurgischer Zentren gleichgeartete Angebote anbieten zu können, ist es sinnvoll, dass herzchirurgische Zentren mit Rehabilitationseinrichtungen entsprechende verbindliche vertragliche Kooperationsvereinbarungen abschließen, wie dies beispielsweise seit langem in Niedersachsen mit der Kirchberg-Klinik, Bad Lauterberg und der Klinik Fallingbostal erfolgt. Von den Kostenträgern werden derartigen patientenorientierten integrierten Angebotsstrukturen aus „wettbewerblichen Gründen“ nicht immer ausreichend Rechnung getragen. Die Behauptung, dass ein derartiges „wettbewerbliches Verhalten“ zwangsläufig wirtschaftlichere Strukturen zur Folge habe, ist genau so „ideologisch“ begründet, wie die Behauptung, dass das Fehlen eines Wettbewerbs automatisch und ausschließlich zu unwirtschaftlichen und unqualifizierten Angebotsstrukturen führe²⁷⁵.

Eine umfassende kardiologische Rehabilitation sollte überdies neben den somatischen auch psychosoziale und insbesondere gesundheitsfördernde Komponenten (Sekundärprävention) enthalten, die von gleichrangiger Bedeutung sind wie die medikamentöse, interventionelle oder operative Maßnahmen.

In Bezug auf die Finanzierung zeigt die Erfahrung, dass der Weg von den derzeitigen Fallpauschalen zu Fallkomplexpauschalen führen wird, in die neben der Krankenhausbehandlung auch die Rehabilitation mit integriert wird.

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation hat die Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussrehabilitation²⁷⁶ große Bedeutung. Wesentlich ist es für eine schnelle, möglichst

²⁷⁵Vgl. Bruckenberg, 2005, S.129

²⁷⁶ siehe Kap. 2.2.3.2.1.1 Anschlussheilbehandlung

reibungslose und nahtlose Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung zur Fortführung der Behandlung zu sorgen²⁷⁷.

Ein Indikator für die nahtlose Patientenversorgung an der Schnittstelle zur Rehabilitation ist die Verlegungszeit vom akut behandelnden Zentrum in die Anschlussheilbehandlung. Für kardiologische Patienten ist der frühzeitige Beginn der motivierenden, aktivierenden medizinischen Rehabilitation innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Akutbehandlung von immenser Bedeutung. In den letzten Jahren konnten die Verlegungszeiten deutlich verkürzt werden, so dass etwa 80 % der kardiologischen Patienten direkt aus einem Akutkrankenhaus in eine AHB-Einrichtung verlegt bzw. innerhalb einer Woche nach ihrer Entlassung aufgenommen werden konnten.

Zur Stabilisierung und Sicherung des Rehabilitationserfolgs ermöglicht das SGB VI neben der stationären und ambulanten Rehabilitation auch Nachsorgeleistungen. Dabei kann es sich, je nach örtlichen Gegebenheiten sowie individuellen Bedürfnissen um ergänzende Leistungen wie beispielsweise den Rehabilitationssport unter ärztlicher Leitung oder auch um das von der Deutschen Rentenversicherung Bund angebotene Reha-Nachsorgeprogramm IRENA (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge) handeln. Ziel der Nachsorge ist es, die Patienten dabei zu unterstützen, in der Rehabilitation erzielte Behandlungserfolge zu stabilisieren und Kompensationsstrategien bzw. Verhaltensänderungen nachhaltig zu entwickeln.

Im Oktober 1998 erfolgte die Vorstellung der Rahmenkonzeption von IRENA durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Allen für diesen Rentenversicherungsträger tätigen Rehabilitationseinrichtungen wurde mitgeteilt, dass voraussichtlich ab 01.01.1999 ein zweijähriges Modellprojekt für die Indikationen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Bewegungsorgane, Neurologische Erkrankungen eingeführt werden soll. Ziel der IRENA ist es, mit unterschiedlichen indikationsbezogenen Schwerpunkten den Rehabilitationsprozess zur Sicherung des Rehabilitationserfolges entsprechend dem Bedarf des Versicherten fortzusetzen und die bereits während der Rehabilitation erreichten Rehabilitationsergebnisse zu festigen. Das Anliegen der BfA zielt darauf ab, in der Abschlussphase einer stationären Rehabilitationsmaßnahme mit den Versicherten in einem

²⁷⁷ Vgl. Bruckenberg, 2005, S.129

klärenden Gespräch IRENA vorzustellen und für die Versicherten individuell die Art der Leistung sowie den Umfang und den Ort der Durchführung der intensivierten Rehabilitationsnachsorge festzulegen. Die/der Versicherte soll nach Abschluss der stationären Rehabilitation den Kontakt zur ausgewählten Rehabilitationsnachsorgeeinrichtung aufnehmen, die im Einzelfall, soweit die Voraussetzungen, wie z.B. Wohnortnähe gegeben sind, wiederum die Klinik, in der die stationäre Maßnahme durchgeführt wurde, sein kann.

Die Notwendigkeit für eine intensiviert Rehabilitationsnachsorge kann sich aus folgenden, während der medizinischen Rehabilitation gewonnenen Aspekte, ergeben. Zum Beispiel Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit, Trainingsbedarf bei fortbestehenden Einschränkungen. Die therapeutischen Leistungen werden orientiert am Reha-Nachsorgeziel individuell und variabel aus vier Therapiefeldern als Leistungspakete zusammengestellt. Hierbei handelt es sich bei der Indikation Herz-Kreislauf-Erkrankungen um:

- Kontrolliertes, individuell organisiertes Ergometertraining
- Kontrollierte Krankengymnastik
- Medizinische Trainingstherapie als Übungstherapie
- Entspannungstraining
- Problemorientierte Gruppenarbeit wie Nichtrauchertraining, Übergewichtigen-Gruppe und Stressmanagement-Gruppe
- Information, Motivation und Schulung

Wer entscheidet über die Teilnahme? Dem leitenden Arzt obliegt federführend - unter Beteiligung der nichtärztlichen Therapeuten - die Erstellung des Rehabilitationsnachsorge-Therapieplanes, seine Überprüfung und Anpassung im Rahmen des Programms. Das Ergebnis der Rehabilitationsnachsorge wird in einer Abschlussdokumentation unter Berücksichtigung des Eingangsbefundes (Prä-/Post-Vergleich) des Rehabilitationsverlaufs sowie wichtiger Empfehlungen dokumentiert. Die Integration in anschließend ambulante Maßnahmen der Nachsorge, z.B. Herz-Sportgruppe soll aktiv betrieben werden.

Kooperative Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten des Patienten, seinen Angehörigen sowie berufsbezogenen Ansprechpartnern ist wesentliche Aufgabe aller Beteiligten. Leistungen zur IRENA sollen im Anschluss an eine Rehabilitationsleistung wenn möglich nahtlos, spätestens drei Monate nach Beendigung der Maßnahme beginnen. Häufigkeit, Dauer und tageszeitliche Organisation richten sich nach Indikation, Konzept und individueller Situation des Patienten. Seitens des ambulanten Reha-Zentrums wird nach Beendigung der zweimonatigen intensivierten Reha-Nachsorge ein Abschlussbericht erstellt, der sowohl der BfA als auch dem behandelnden Arzt zur Kenntnis gegeben wird²⁷⁸.

8% der Rehabilitanden der kardiologischen AHB nehmen derzeit eine Nachsorgeleistung in Anspruch. Davon handelt es sich bei zwei Dritteln der Fälle um Rehabilitationssport im Rahmen von ambulanten Herzsportgruppen.

5.4 Berufliche Wiedereingliederung nach kardiologischer Anschlussheilbehandlung

Der Verbleib der Rehabilitanden im Erwerbsleben ist das wesentlichste Ziel der medizinischen Rehabilitation. Die Deutsche Rentenversicherung Bund erstellt jährliche Auswertungen, die Auskunft über den weiteren sozialmedizinischen Verlauf nach einer Rehabilitation geben.

Nachweisliche Einflussgrößen, die den sozialmedizinischen Zwei-Jahres-Verlauf der Rehabilitanden in Bezug auf die berufliche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben negativ beeinflussen sind unter anderem hohes Alter, Art und Schweregrad der Erkrankung mit verbleibenden gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen, Qualifikationsdefizite, längere Dauer der Arbeitslosigkeit, aktuelle Arbeitsmarktsituation und Geschlecht.

²⁷⁸ IRENA, Modellprojekt der BfA, 2001

Im Bereich der Deutschen Rentenversicherung Bund sind im Beobachtungszeitraum von 2001 bis 2003 Beitragszahlungen der AHB-Rehabilitanden mit den Diagnosegruppen: -nach akutem Herzinfarkt oder -mit koronarer Herzkrankheit ohne Herzinfarkt, geleistet worden. Diese betragen zwischen 77 und 80%. Das unterstreicht die Kosten-Nutzen-Bilanz der kardiologischen AHB und zeigt, dass für den überwiegenden Anteil der AHB-Patienten die Ziele „Erhalt der Erwerbstätigkeit“ und „Vermeidung von Frühberentung“ erreicht wurden.

Innerhalb der dargestellten Diagnosegruppen „Herzinfarkt“ und „koronare Herzkrankheit ohne Herzinfarkt“ gibt es leichte Unterschiede. Nach einem Herzinfarkt stellt sich der sozialmedizinische Zwei-Jahres-Verlauf etwas positiver dar, als bei den AHB-Rehabilitanden mit koronarer Herzkrankheit (KHK), wobei die Klientel der Herzinfarktpatienten im Durchschnitt eineinhalb Jahre jünger ist.

Die sozialmedizinische Prognose bei Frauen stellt sich insgesamt gesehen schlechter dar (geringerer Anteil lückenloser Beitragszahler, höherer Anteil von Frühberentungen). Mögliche Gründe können in den unterschiedlichen Krankheitsverläufen oder einer ungünstigeren Arbeitsmarktsituation zu sehen sein.

5.5 Qualitätssicherung in der kardiologischen Rehabilitation

Von der deutschen Rentenversicherung wurde die Qualitätssicherung 1994 in allen federführend belegten Rehabilitationseinrichtungen stufenweise eingeführt sowie kontinuierlich weiterentwickelt. Wichtigstes Ziel war es hier einen qualitätsorientierten Wettbewerb auf Grundlage von Klinikvergleichen anzuregen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund betreute 361 der an dem Programm teilnehmenden Einrichtungen.

Dazu werden von der Deutschen Rentenversicherung regelmäßig an alle von ihr federführend belegten Einrichtungen „Berichte zur Qualitätssicherung“ mit Ergebnissen aus den verschiedenen Verfahren, wie der „Experteneinschätzung der Prozessqualität“ (Peer Review) und der „Rehabilitandenbefragung“ gemacht. Weitere Themen wie

„Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL)“, Rehabilitandenstrukturen und sozialmedizinischer Verlauf nach Rehabilitation werden behandelt. Neben den klinikeigenen Ergebnissen werden auch die Vorergebnisse sowie die Ergebnisse einer Vergleichsgruppe indikationsgleicher Einrichtungen mitgeteilt.

6 Ökonomische Betrachtung

Innerhalb der Leistungserstellung im Gesundheitssystem geht es im Prinzip um zwei erfolgsversprechende Wettbewerbspotentiale:

- die Qualität und
- die Kosten der zu erstellenden Leistungen.

Mit dem Ziel der Qualität werden jegliche Leistungsanbieter im Gesundheitssystem vor die Aufgabe gestellt, Leistungen durch Mitwirkung der Führungskräfte und Mitarbeiter zu günstigen Kosten kontinuierlich zu gewährleisten bzw. zu verbessern. In der Gegenüberstellung von Qualität zu Kosten geht es also um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung.

In diesem Zusammenhang bedeutet Effektivität die Wirksamkeit im Hinblick auf verfolgte Ziele. Effizienz bedeutet die Einhaltung des Rationalprinzips, das in wirtschaftlicher Ausprägung als ökonomisches- oder Wirtschaftlichkeitsprinzip bezeichnet wird.

Unter dem Aspekt begrenzter Finanzmittel im Gesundheitsbereich ist es elementar, objektive Bewertungskriterien für die Entscheidungen über den Einsatz der knappen Güter zu treffen. In diesem Kontext können Kosten-Nutzen-Untersuchungen herangezogen werden, bei denen auf „rationale Entscheidungshilfen“ hingewiesen wird, um:

- Kosten und Nutzen von Maßnahmen zu messen und zu bewerten
- Unnötige Leistungen auszuschließen und
- Wirtschaftlichkeitsreserven zu aktivieren.

Der Einsatz von Gesundheitsgütern/Leistungen verursacht auf der einen Seite Ressourcenverbrauch/Kosten und stiftet auf der anderen Seite einen Nutzen. Auf dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen im Gesundheitssystem um dem Vorrang Rationalisierung vor Rationierung sollen durch ökonomische Evaluationen die effizienten Einsätze von Gesundheitsgütern überprüft und verglichen werden.

Entscheidend ist die Perspektive der Nutzenbetrachtung. Aus Sicht der Kostenträger stellt sich ein Nutzen anders dar als aus der Perspektive des Patienten. Diese beiden Nutzenperspektiven zeigen sich in den Varianten der Kosten-Nutzen- und der Kosten-Wirksamkeitsanalyse.

6.1 Kosten – Nutzen- und Kosten - Wirksamkeitsanalyse

Beide Verfahren definieren sich über ein mehrdimensionales Zielsystem als Ordnungsgrundlage. Komplexe Handlungsalternativen müssen anhand eines Zielsystems in eine vorgedachte Ordnung gebracht werden. Aus den Handlungsalternativen ist die beste Alternative auszuwählen.

Bei beiden Verfahren werden die Kosten beispielsweise einer Behandlung oder Schulung an einem System monetär ausgedrückt.

Bei der Kosten-Nutzen-Analyse wird der Nutzen ebenfalls in Geldeinheiten ausgedrückt. Der Nutzen wird hier durch die sogenannten direkten und/oder indirekten Kosten ermittelt. Mit direkten Kosten sind hier die Kosten gemeint, die Krankenkassen oder Patienten für die Behandlung eines Krankheitsbildes (Behandlung, Medikamente, Fahrtkosten) zu bezahlen haben.

Bei indirekten Kosten spricht man von den volkswirtschaftlich relevanten Kosten (z.B. Lohnfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber). Durch einen Zeit- oder Alternativvergleich werden die Nutzenveränderungen ermittelt. Das Ergebnis ist entweder Nutzenzuwachs oder Nutzenentgang.

Da die Behandlung oder auch Schulung Kosten verursacht hat, müssen diese Kosten mit den Nutzengrößen verrechnet werden. Das Ergebnis bildet die absolute Effizienz. Diese Effizienz entscheidet über den Einsatz oder den Nichteinsatz von Gesundheitsleistungen.

Die Kosten – Wirksamkeitsanalyse ermittelt den Nutzen durch nicht monetäre Größen. Der Nutzen wird hier in Parametern wie z.B. Patientenzufriedenheit, Lebensqualität ausgedrückt.

Werden diese Nutzenparameter den Kosten gegenübergestellt, ergeben sich die relativen Effizienzen. Sie bilden damit die Entscheidung für oder gegen ein System.

II Praktischer Teil

7 Retrospektiver Vergleich zweier Kollektive

7.1 Grundlegendes zum Versorgungskonzept der Gollwitzer – Meier – Klinik

Die Gollwitzer-Meier-Klinik gehört zu den kardiologischen Rehabilitationskliniken in Deutschland.

Namensgeberin ist die 1954 verstorbene Balneologin Prof. Dr. Klothilde Gollwitzer-Meier, die seinerzeit das Institut für experimentelle Pathologie und Balneologie in Hamburg mit einer Zweigstelle in Bad Oeynhausen leitete. Die kardiologische Ausrichtung des nach ihr benannten Instituts erfolgte unter Prof. Dr. U. Gleichmann, dem späteren Chefarzt der Kardiologie des Herz- und Diabeteszentrums in Bad Oeynhausen, der in den Jahren 1972 – 1984 die Linksherzkatheteruntersuchung und innovative Therapien wie die Ballondilatation von Herzgefäßverengungen einführte sowie Prof. Siegwart, der an der Entwicklung in der invasiven Koronardiagnostik und -therapie beteiligt war.

Mit der Eröffnung des Herzzentrums NRW in Bad Oeynhausen ergaben sich weitere Nutzungsmöglichkeiten auf dem Gebiet der kardiologischen Nachsorge.

Seit der Gründung im September 1987 liegt der Schwerpunkt der Gollwitzer-Meier-Klinik in der Behandlung und Betreuung von Patienten mit Herz- und Gefäßerkrankungen vor geplanten und nach durchgeführten Herzoperationen sowie die Weiterbehandlung nach Herztransplantationen und die Rehabilitation dieser Patientengruppen im Mittelpunkt.

Bei wachsender Leistungsdichte in den Zentren der Maximalversorgung kam und kommt komplementär dieser Aufgabenstellung eine unverzichtbare und zunehmende Bedeutung zu.

Zwischen dem in unmittelbarer Nähe gelegenen Herz- und Diabeteszentrum und der Gollwitzer-Meier-Klinik besteht ein ständiger Erfahrungsaustausch sowie eine enge Kooperation²⁷⁹.

So vertritt die Gollwitzer-Meier-Klinik seit ihrer Entstehung ein integriertes, variabel auf die zentralen medizinischen Bedürfnisse der Patienten und auf effizienten ökonomischen Ressourcengebrauch ausgerichtetes, flexibel reagierendes zukunftsweisendes Versorgungskonzept²⁸⁰.

Dieses Konzept vermittelt in idealer Weise auch zwischen finanziellen Interessen von Krankenhäusern und Rentenversicherungskostenträgern²⁸¹.

Bei dem Versorgungskonzept spielen folgende Aspekte eine wichtige Rolle:

- Postoperative kardiochirurgische Patienten stellen eine spezifische Patientengruppe dar, deren Behandlung am effizientesten in einem Zentrum mit diesbezüglich großer Erfahrung durchgeführt werden kann.
- Das kardiochirurgische Patientenkollektiv wird im Durchschnitt immer älter und bringt entsprechend eine wachsende Komorbidität mit sich. Krankenhaus-relevante Behandlungsnotwendigkeiten treten gehäuft in der postoperativen Phase auf. Das maximalversorgende herzchirurgische Zentrum darf dadurch aber nicht in einem Auftrag und seiner Bereitschaft, möglichst ohne Wartezeiten neue kardiochirurgische Behandlungsfälle zu versorgen, blockiert werden.
- Die Trennlinie zwischen Notwendigkeit zur Behandlung im Akutkrankenhaus und stationärer Rehabilitation im Bereich postoperativer kardiochirurgischer Patienten

²⁷⁹ Vgl. Qualitätsbericht Gollwitzer-Meier-Klinik GmbH, 2005

²⁸⁰ Dieses modellhafte Konzept einer „Integrierten Versorgung“ existiert seit Beginn der Klinik und ist nicht als Produkt der derzeitigen Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt entstanden, Anmerkung des Verfassers

²⁸¹ Vgl. Klinik-interne Leitlinien für die Aufnahme in akutstationäre Krankenhausbehandlung und für die Erfassung von akutstationären Aufwands-relevanten Haupt- und Nebendiagnosen.

verläuft in den meisten Fällen nicht scharf, sondern stellt einen individuell variablen Übergang dar.

Träger der Gollwitzer-Meier-Klinik ist die Gollwitzer-Meier-Klinik GmbH Bad Oeynhausen. Die Gesellschafter sind das Land Nordrhein-Westfalen (60%) und die Stadt Bad Oeynhausen (40%).

7.2 Strukturelle Voraussetzungen der Klinik

Die Klinik verfügt über insgesamt 215 Betten. Seit Januar 1991 sind hiervon 30 Betten im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen enthalten. Durch die gleichzeitige Vorhaltung von stationären Klinik- und Rehabilitationsbetten unter einem gemeinsamen Träger, als „integriertes Versorgungsmodell“, wird modellhaft die frühestmögliche Übernahme von Patienten nach Herzoperationen, nach Infarkt, nach Operationen der peripheren Gefäße sowie nach Herztransplantation ermöglicht und der Übergang in die Rehabilitationsbehandlung flexibel und ohne Therapielücken gewährleistet.

Für dieses Konzept stehen 30 Betten (davon 12 Überwachungs-Betten) im Krankenhausbereich und 185 Betten im Anschlussheilbehandlungsbereich zur Verfügung. Zusätzlich werden für die ambulante Rehabilitation 5 Plätze vorgehalten.

7.2.1 Indikationen für die Behandlung in der Gollwitzer-Meier-Klinik

Die Hauptindikationen der Fachbereiche stellen sich wie folgt dar:

- Indikationen Bereich Krankenhaus
 - Krankheiten des Herz-/Kreislaufsystems
 - Krankheiten der arteriellen Gefäße

- Indikationen Bereich Anschlussheilbehandlung (AHB)
 - Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung und andere entzündliche Herzerkrankungen bzw. Kardiomyopathien
 - Konservative Behandlung bei koronarer Herzerkrankung und Herzrhythmusstörungen
 - Bluthochdruck mit sekundären Folgeschäden an Herz und Kreislauf
 - Postoperative Weiterbehandlung und Rehabilitationen nach Gefäßerkrankungen

Mit der Anschlussheilbehandlung wird eine möglichst weitgehende Wiederherstellung der kardialen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung aller psychosozialen Aspekte angestrebt. Ziel ist es, dem Patienten die Reintegration in sein soziales und ggf. berufliches Umfeld zu ermöglichen und bei chronisch Kranken eine drohende Pflegebedürftigkeit abzuwenden²⁸².

²⁸² Vgl. Qualitätsbericht Gollwitzer-Meier-Klinik, 2005

7.2.2 Diagnostik und Therapie

Entsprechend dem interdisziplinären Behandlungsansatz gliedert sich das therapeutische Spektrum in medizinische, bewegungsspezifische, psychologische, diätetische und sozialmedizinische Therapieangebote.

Von Ärzten und ausgebildeten Fachkräften wird ein umfangreiches Schulungs- und Trainingsprogramm durchgeführt, in dem die für Herzranke wichtigen Kenntnisse und Verhaltensweisen in Form von Vorträgen, Seminaren, praktischen Übungen und Anwendungen vermittelt werden.

Die medizinisch technische Ausstattung der Klinik gewährleistet eine umfassende Diagnostik von Herz- und Kreislauferkrankungen einschließlich Verlaufskontrollen und Erfolgsbeurteilungen nach einer Herzoperation²⁸³.

Im Bereich der 12-Betten Intermediate-Care-Station befinden sich Monitoring Einheiten an jedem Bettplatz. Invasives Monitoring mit zentralvenösem Druck, pulmonalarteriellen Druck, arteriellem Druck, sowie Herzzeitvolumenmessungen sind möglich.

Es existiert eine stationseigene Reanimationseinheit mit biphasischem Defibrillations- und Kardioversionssystem. Beatmungsgerät für überbrückende maschinelle Beatmung sowie Anschlüsse für Sauerstoff und Druckluft sind an jedem Bettplatz vorhanden. Die CPAP-Atemtherapie-Einheit, fahrbare Röntgeneinheit, tragbares Echokardiographiegerät sowie mobile Sonographieeinheit sind Ausstattungsgegenstände.

Es existiert ein stationseigenes Labor für wesentliche Untersuchungsparameter wie z.B. Blutbild-, Blutgas-, Blutzucker-, Gerinnungs-, Elektrolytkontrollen sowie Schnelltests für kardiales Troponin, um im Notfall schnell und adäquat reagieren zu können. Darüber hinaus gibt es eine 24 Stunden Notfall-Labor-Anbindung an das Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen mit Befundtransfer per Telefax.

Auf der Station gibt es eine feste Stationsarztzuordnung.

Zwei tägliche Visiten durch den Oberarzt, Stationsarzt und diensthabenden Bereitschaftsarzt von Montag bis Freitag und einmal täglich am Samstag und Sonntag.

²⁸³ Vgl. Qualitätsbericht, Gollwitzer-Meier-Klinik, 2005

Das Pflorgeteam besteht zu 100 % aus Fachkräften, wobei ein großer Teil über weitere Qualifikationen wie Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivmedizin, Mentorenausbildung, Wundmanagementweiterbildung etc. verfügt.

Damit ist eine kontinuierliche Versorgung rund um die Uhr gewährleistet.

Auf der Station ist ein stationseigenes Physiotherapieteam innerhalb der Woche sowie auch am Wochenende eingesetzt.

Der übrige zentrale 18-Betten Krankenhausbereich liegt in direkter räumlicher Nähe zur Intermediate-Care-Station. Auch dieser Bereich ist entsprechend ausgestattet, um die Patienten behandeln zu können.

Im Weiteren sind derzeit noch 8 Telemetrieplätze vorhanden, um Patienten mit Herzrhythmusstörungen auch außerhalb der Intermediate-Care-Station überwachen zu können.

Der Klinik steht eine leistungsfähige Diagnostikabteilung zur raschen Klärung des medizinischen Status sowie stringente Therapiesteuerung mittels EKG-, Langzeit-EKG inklusive Herzfrequenzvarianz-Analyse, Schrittmacher-Langzeit-EKG, Kontroll-Einheiten für Schrittmacherkontrolle und -einstellung multipler Systeme, ICD-Abfrage, Ruhespirometrie, Spiroergometrie, Rechtsherzkatheter-Meßplatz, Stressechokardiographie und Transoesophageale Echokardiographie, Doppler- und Duplexsonographie hirnversorgender sowie peripherer Arterien und Venen, Röntgenstativ- und Durchleuchtungs-Anlage, Abdomen-Duplexsonographie sowie Ösophago-Gastro-Duodenoskopie zur Verfügung.

Eine ständige Hausanwesenheit eines Arztes außerhalb der normalen Dienstzeiten und Hintergrunddienst eines kurzfristig verfügbaren Oberarztes (Facharztstatus Kardiologie/Innere Medizin) sind gewährleistet²⁸⁴.

²⁸⁴ Vgl. Klinik-interne Leitlinien für die Aufnahme in akutstationäre Krankenhausbehandlung und für die Erfassung von akutstationären Aufwands-relevanten Haupt- und Nebendiagnosen.

7.2.3 Qualitätsmanagement in der Gollwitzer-Meier-Klinik

Der Aufbau eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements wurde zuletzt im Dezember 2004 zur Bearbeitung der 8 Elemente in Richtung der DIN EN ISO Norm 9001²⁸⁵ verändert. Die Erstzertifizierung nach DIN EN ISO erfolgte.

Gleichzeitig konnten die Kriterien für die Zertifizierung nach Degemed, EQR und somit auch KTQ²⁸⁶ erfüllt werden.

Die Philosophie hinsichtlich einer Mehrfachzertifizierung besteht in der Gollwitzer-Meier-Klinik darin, dass das QM-System nach DIN EN ISO 9001: 2000 so breitflächig ausgelegt ist, dass die Kriterien der anderen Zertifizierungssysteme mit erfüllt werden. Somit wird sowohl aufgrund gesetzlicher Verpflichtung (§137 SGB V, §20 SGB IX, § 80 SGB XI und § 113 PQsG) als auch aus Marketing-Gründen erreicht, dass je nachdem, wer welches System kennt, er sich in dem QM-System der Gollwitzer-Meier-Klinik wiederfindet²⁸⁷.

7.3 Kriterien für die akutstationäre Behandlung

Grundlage für die Behandlung eines Patienten als akutstationärer Fall ist die Notwendigkeit einer ärztlich-therapeutischen Versorgung, die nur mit den Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann. Für die intermediäre Behandlung akutstationärer frühpostoperativer Fälle liegt ohnehin praktisch durchgängig eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit vor, die, falls noch keine AHB-Fähigkeit gegeben ist, nicht anders als akutstationär erfolgen kann.

²⁸⁵ Vgl. Kap.2.6.2.1.3. Qualitätspolitik und Rehabilitationsziele in der kardiologischen Rehabilitation, Exkurs Total Quality Management

²⁸⁶ ebda.

²⁸⁷ Qualitätsbericht Gollwitzer-Meier-Klinik, 2006

Gründe für die akutstationäre Behandlung:

- Ausgeprägte körperliche Schwäche und postoperativen Schmerzen nach kardiochirurgischer Operation mit eingeschränkter Mobilität, die eine stationäre Anschlussheilbehandlung sowie eine ambulante Therapie nicht zulassen
- Wundversorgung und Versorgung von Wundheilungsstörungen mit zum Teil unvorhersehbar fulminanter Entwicklung
- Frühpostoperativer Status in Verbindung mit komplizierten Komorbiditäten insbesondere bei den überwiegend älteren Patienten (z.B. Exazerbation von obstruktiven Bronchialerkrankungen, kompromittierte Nierenfunktion, Aggravation orthopädischer Begleiterkrankungen)
- Drohende oder manifeste stationär überwachungspflichtige Herzrhythmusstörungen, die beim frühpostoperativen Patienten eine deutlich höhere Inzidenz aufweisen.
- Stoffwechsel- und Elektrolytentgleisungen sowie Störungen des Körperflüssigkeitshaushaltes, die beim frühpostoperativen kardiochirurgischen Patienten ein höheres Risikopotential aufweisen als unabhängig davon (hohe Anfälligkeit von Herzrhythmusstörungen)
- Intensive Überwachung und Steuerung der postoperativ erschwert einstellbaren - aber zur Vermeidung fataler Ischämie oder Blutungskomplikationen - extrem wichtigen Antikoagulation (z.B. bei Patienten mit frisch eingesetzten mechanischen Herzklappen, postoperativem Vorhofflimmern oder hochgradig eingeschränkter Ventrikelfunktion)
- Ausschwemmung von mit Lungenatelektasen einhergehenden postoperativen Pleuraergüssen durch sequentielle Nephronblockade mit Kaliumsubstitution gesteuert nach engmaschiger Elektrolytüberwachung (verschärfte Relevanz postoperativ), Cortisonstoßtherapie unter kurzfristiger echokardiographischer Kontrolle und Ulcusprotektion, sowie Punktion bei medikamentös therapiefraktären Ergüssen oder akuter respiratorischer Insuffizienz. Analoges gilt für die

Behandlung und Überwachung von Perikardergüssen, die oft rasch zu einem hämodynamisch relevanten Postcardiotomiesyndrom eskalieren können.

- Intensive Atemtherapien (CPAP, Vibrax, Absaugen, physikalisch durch Atemtherapie mit Triflo-Atemtrainern unterstützt, inhalativ mehrmals täglich, medikamentös) zur Behandlung von postoperativen Lungen-Belüftungsstörungen und zur Vermeidung von Pneumonien.
- Rhythmusmonitoring am Bettplatz oder telemetrisch bei Gefahr kreislaufrelevanter oder maligner Arrhythmien
- Rhythmusüberwachung unmittelbar nach Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren sowie in der Aufsättigungsphase von hochpotenten Antiarrhythmika
- Kostaufbau bei postoperativen Darmregulationsstörungen (z.B. Z.n. Darmteilresektion bei postoperativer Darmischämie, postoperative Subileuszustände oder Darmatonien)
- Kardiologisch kontrollierte Ausleitung parenteraler Perfusormedikation bei Patienten mit hochgradig eingeschränkter Pumpfunktion nach kardialer Dekompensation und überwachte Umstellung auf ein orales Medikationsschema
- Spezifische kardiologische Mobilisierung inaktivitätsatrophierter Patienten
- Renale Einfuhr-Ausfuhr-Bilanzierung bei hochgradiger Herzinsuffizienz und /oder renaler Insuffizienz
- Stationäre Weiterbehandlung von Patienten nach Implantation von kardialen Pumpunterstützungssystemen mit Verbandswechseln an der Systemanschlussstelle extrakoporal und Medikamenteneinstellung bis zum Erreichen eines ambulant fähigen Status.
- Weiterbehandlung von frisch herztransplantierten mit notwendiger Gabe von Spezialmedikamenten zur Verhinderung und / oder Behandlung bakterieller, viraler und / oder mykotischer Infektionen bei Immunsuppression
- Behandlung von Patienten mit neurologischen Begleitkomplikationen nach kardiochirurgischer Operation
- Periinterventionelle Überwachung und überbrückende Therapie von Hochrisikopatienten (z.B. vor Klappenersatzoperation bei höchstgradig

gefährdenden Vitien, noch bestehenden Infektionen oder gastrointestinalen Ulzerationen bis zum Operationstermin, analog vor Koronarbybypassoperation bei kritischer Hauptstammstenose und Begleitkomplikationen präoperativ, vor und unmittelbar nach Implantation von biventrikulären Schrittmacher-ICD-Systemen bei Patienten mit hochgradig reduzierter Pumpleistung)

- Frühe stationäre Weiterbehandlung nach Myocardinfarkt²⁸⁸

7.4 Stationäre Rehabilitation in der Gollwitzer-Meier-Klinik

Die stationäre Rehabilitation in der Gollwitzer-Meier-Klinik wird ganz wesentlich von der frühen Anschlussbehandlung für Patienten nach akuter Erkrankung bzw. Operation im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems bestimmt.

Die sogenannten stationären Heilverfahren stellen zahlenmäßig einen vergleichsweise geringen Anteil und konzentrieren sich auf komplexe Fälle, die selektiert aufgrund der anerkannten Kompetenz der Gollwitzer-Meier-Klinik zugewiesen werden, um bei langjährigen und komplizierten Verläufen noch Optionen für eine Stabilisierung von Patienten in ihrem sozialen Umfeld und hinsichtlich der Vermeidung akuter Krankheitsexazerbationen zu erarbeiten, z.B. bei chronisch schwerer Herzinsuffizienz oder bei Koronarer Herzkrankheit im Endstadium ohne Möglichkeit erneuter operativer bzw. interventioneller Therapie.

Die Aufgabenstellung und auch der sozialmedizinische Auftrag bei der stationären Anschlussheilbehandlung von Herz- Kreislauf-Patienten erfordert sowohl seitens der Leistungserbringer als auch seitens der Kostenträger eine im Vergleich zu anderen quantitativ bedeutsamen Rehabilitationsfeldern wie z.B. der orthopädischen Rehabilitation

²⁸⁸ Vgl. Klinik- interne Leitlinien für die Aufnahme in akutstationäre Krankenhausbehandlung und für die Erfassung von akutstationären aufwandsrelevanten Haupt- und Nebendiagnosen

eine sehr differenzierte Betrachtungsweise. Dies bezieht sich sowohl auf therapeutische Schwerpunkte als auch auf den sozialmedizinischen und volkswirtschaftlich zu erzielenden Nutzen.

Mechanistische, leichter quantifizierbare Behandlungskriterien der AHB aus dem Bereich von Erkrankungen des Bewegungsapparates prägen historisch auf Seiten der Patienten die Vorstellung von Rehabilitationskliniken mit Focus auf physikalische Anwendungen und Bäder, klingen vordergründig aber auch immer noch im sozialmedizinischen Begriff der Teilhabe an.

Eine wesentliche Rolle medizinischer Behandlungsansätze wird in der stationären AHB eher als Kriterium fehlerhaft konzipierter Aufgabenstellung gesehen. In der Herz-Kreislauf-Medizin stellt sie aber eine wesentliche Voraussetzung zur Optimierung der Relation zwischen eingesetzten Ressourcen und medizinischem sowie sozioökonomischem Erfolg dar.

Medikamentöse leitliniengerechte und individuell abgestimmte Sicherung der durch die Akutintervention ermöglichten gesundheitlichen Potentiale kann aufgrund der strukturellen und patientenbezogenen Gegebenheiten mit ihrer zeitlichen Dynamik kaum in der akutstationären kardiologisch-angiologischen und noch schwerer in der herzchirurgischen bzw. gefäßchirurgischen Primärversorgung erwartet werden. Es ist aber der Anspruch der Gollwitzer-Meier-Klinik, dass möglichst jeder Patient mit AHB mit Herz-Kreislauf-Indikation nicht nur hinsichtlich der Aufarbeitung und Beseitigung primär noch bestehender Defizite und Risiken, sondern auch unter sekundärpräventiven Gesichtspunkten optimal versorgt die medizinische ‚Werkstatt‘ verlässt. Auch die medizinischen Funktionsdiagnostik ist in diesem Zusammenhang überaus wichtig, um eine valide Grundlage zur Risikobeurteilung und therapeutischen Einstellung und Belastbarkeit zu schaffen.

Der Arzt-Patienten-Beziehung kommt in der Herz-Kreislauf-Rehabilitation ein quantitativ höherer Stellenwert als in anderen Rehabilitationsformen zu, die überwiegend von

Kontakten mit verschiedenen Physiotherapeuten geprägt sind. In der Gollwitzer-Meier-Klinik werden deshalb in der stationären Rehabilitation fest 3 Visiten pro Woche bei jedem Patienten durchgeführt.

Die medizinisch erklärende und edukative Behandlung hat ebenfalls bei der Sekundärprävention und Lebensstilumstellung eine zentrale Bedeutung. Deshalb finden neben den Einzelvisiten ärztlich geleitete Schulungen und Seminare in kleinen Gruppe sowie Vortrags- und Informationsveranstaltungen für die Patienten statt.

Die Betonung der ärztlichen Rolle in der kardiovaskulären Rehabilitation schmälert in der Praxis der Gollwitzer-Meier-Klinik in keiner Weise den Stellenwert der Pflege, der Physiotherapie, der Ernährungsfachleute, der Psychologen und der Sozialberatung. Fest organisierte und darüber hinaus im Einzelfall zusätzliche unbürokratische Abstimmung zwischen den Therapieteams prägen den multidisziplinären Ansatz zum Wohl des Patienten. Die Physiotherapie muss neben der Beseitigung postoperativer Bewegungs- und Mobilitätsdefizite bei zunehmend älteren und polymorbiden herzoperierten Patienten Herz-Kreislauf-Sport auch als beständiges Element der Prophylaxe im Leben der Patienten etablieren.

Neben stationären Rehabilitationen führt die Gollwitzer-Meier-Klinik bei geeigneten Patienten mit ausreichender Mobilität auch teilstationäre Rehabilitationen durch, die meist primär stationär und dann teilstationär verlaufen. Bei der Prüfung, ob ein ambulanter bzw. teilstationärer Rahmen für die Anschlussheilbehandlung eines Herz-Kreislauf-Patienten genutzt werden kann, müssen neben dem körperlichen Rekonvaleszenzzustand ganz wesentlich auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt werden, die gerade auch für den noch jüngeren Patienten mit zukünftig noch langfristiger Berufskarriere einen durch stationäre Bedingungen geschützten Freiraum zur gesundheitlichen Neuausrichtung zulassen.

7.4.1 nach Zuweisung aus dem Akutkrankenhaus

Häufig handelt es sich nicht um Direktverlegungen, sondern um Patienten, die nach der Entlassung und vor Antritt des stationären Anschlussheilverfahrens für einige Tage zu Hause verbracht haben. Dadurch stellt sich - leider nicht selten - das Problem unnötiger Unterbrechungen und Verzögerungen des Behandlungsverlaufs mit einer Schnittstellenproblematik wie folgt dar: Der Patient hat einen handschriftlichen Kurzbefehl des Heimatkrankenhauses beim Hausarzt abgegeben. Diese hat dem Patienten die dort empfohlenen Medikamente bzw. Analogpräparate verordnet, die dann vom Hausarzt als Großpackung verschrieben werden. Zum Teil ist auch ein Rückgriff auf präoperative Vormedikation erfolgt, zum Teil auch eine vom Patienten nicht nachvollzogene Durchmischung präoperativer und postoperativer Medikamentenkonzepte. Das Heimatkrankenhaus war auch nicht das Zentrum der Herzoperation, sondern die intermediär akutmedizinisch nachbehandelnde Klinik, wo der dort seltene frühpostoperative herzchirurgische Patient gemischt neben dem klassischen allgemeinen Patientengut einer internistischen Krankenhausabteilung 7-14 Tage behandelt wurde, ohne dass eine auf die Notwendigkeiten der frühpostoperativen Nachbehandlung spezialisierte Struktur besteht. Der AHB-Klinik liegt oft überhaupt kein Arztbericht vor. Das einzige Dokument ist für den in der AHB-Klinik aufnehmenden Arzt häufig der AHB-Antrag mit einer schlecht lesbaren handschriftlichen AHB-Diagnose. Fachinformationen über den Verlauf und die Entlassungsmedikation in der Herzchirurgie über den Verlauf in dem nachbehandelnden Heimatkrankenhaus und die dort verordnete Entlassungsmedikation mit gegebenenfalls den Gründen für Therapieumstellungen werden zumeist unzureichend vermittelt. Gleiches gilt für objektive medizinische Befunde aus der präoperativen Phase mit Ausgangs- und Indikationslage. Vielfach sind auch die Patienten nicht in der Lage verwertbare medizinische Informationen zu geben. Der Patient befindet sich in dem Behandlungsverlauf einer konkreten Herzerkrankungsbehandlungskette inzwischen in der Hand des 3. bis 5. Behandlungsteams, wo beide sich erst wieder neu kennen lernen und aufeinander einstellen müssen, von Transportwegen und räumlichen Umstellungen für den Patienten ganz zu schweigen. Aus noch bestehenden Schwankungen und Anpassungsvorgängen hinsichtlich Herzpumpfunktion, Herzrhythmus, Blutdrucklage und

Stoffwechsellage kann das jetzt in Form von Medikamentengroßpackungen verordnete Schema selten beibehalten werden.

Erst einmal muss der Arzt in der AHB-Klinik hinter Vorbefunden her telefonieren. Es wird wertvolle Arbeitszeit vergeudet. An dieser Stelle kann man bereits resümieren: unnötige Reibungsverluste, Zeitverluste, Informationsverluste und Geldverluste. Die Risiken der Schnittstellenproblematik sind etwas pointiert gezeichnet. Sie stellen aber keine Ausnahme dar.

Mit dem integrierten Versorgungskonzept der Gollwitzer-Meier-Klinik sind dagegen durch Verminderung und Optimierung der Schnittstellen eine Reduzierung der beschriebenen Verluste angestrebt und möglich.

Der Anspruch besteht darin, den Behandlungsverlauf eines herzchirurgischen Patienten in der Gesamtschau zusammenzufassen, in einem möglichst nahtlosen Übergang von frühpostoperativer akutklinischer Behandlung zur Rehabilitation frühpostoperative Risiken und Beeinträchtigungen zu erkennen und zu beseitigen und nach Einsatz einer operativen Hochleistungsmedizin die postoperative medikamentöse und verhaltensabhängige Feineinstellung des Patienten vorzunehmen, um einen möglichst langfristigen Erfolg für den Patienten und das Gesundheitssystem zu sichern. Es geht um eine möglichst hohe Effizienz bei der Durchführung einer speziellen Aufgabe mit qualitativ und quantitativ wachsender Bedeutung: der frühpostoperativen Nachbehandlung des großen Kollektivs von herzchirurgischen Patienten.

7.4.2 nach Übernahme aus dem eigenen Klinikbereich

Die strukturellen Voraussetzungen in der intermediate-care Akutabteilung der Gollwitzer-Meier-Klinik wurden bereits beschrieben. Die Integration von intermediate-care und stationärer Rehabilitation in der Gollwitzer-Meier-Klinik liefern die Voraussetzungen, die Risiken und Reibungsverluste durch unnötige Schnittstellen in der Behandlungskette zu minimieren. Erfahrene Ärzte evaluieren den klinischen Zustand des Patienten aus der Herzchirurgie. Abgestimmt nach der individuellen Situation kann der Patient einige Tage

noch mit akutmedizinischem Schwerpunkt überwacht und behandelt werden. Nahtlos kann dann möglichst rasch die Übernahme in die stationäre Rehabilitation erfolgen, wobei die Abläufe so organisiert sind, dass der gleiche Arzt den Patienten weiterbehandelt, der ihn in der Krankenhaus-Phase versorgt hat. Das fördert die Kontinuität der Behandlung. In der akutmedizinischen Phase stehen frührehabilitative Potentiale zur Verfügung und in der Rehabilitation kann der Patient und auch der Kostenträger davon profitieren, dass nicht seltene interkurrente klinische Probleme ohne die Notwendigkeit einer Verlegung in ein Akutkrankenhaus (zum großen Teil in der Gollwitzer-Meier-Klinik) gelöst werden. Diese integrierte Behandlungskette entspricht weit mehr der medizinischen Wirklichkeit der Patienten als eine meist nur in der Theorie existierende Trennung von frühpostoperativer akutmedizinischer intermediate-care und stationärer Rehabilitation. Kostbare Ressourcen der maximal versorgenden Herzchirurgie werden durch flexibilisierte Übernahmemöglichkeiten geschont und bei Bedarf ist durch Kooperation mit dem Herzzentrum Nordrhein-Westfalen der Rückgriff auf die dortigen Kapazitäten möglich.

7.5 Integriertes Versorgungsmodell der Gollwitzer – Meier – Klinik

Für eine effiziente Versorgung postoperativer kardiochirurgischer Patienten ist eine spezialisierte Klinik erforderlich, die Erfahrung in der Behandlung solcher Patienten besitzt und vom ersten Tage nach Übernahme des Patienten strukturell und personell so ausgerichtet ist, dass sie rehabilitative und noch notwendige akutmedizinische Therapie ineinandergreifend durchführen kann.

Die Gollwitzer-Meier-Klinik bietet diese Vorteile, da sie, bezugnehmend auf das „Drei-Phasen-Modell“ der WHO²⁸⁹ die spezielle Kompetenz in intermediärer Akutmedizin (Phase I) mit der stationären bzw. teilstationären Rehabilitation postoperativer herzchirurgischer Patienten (Phase II) verbinden kann. Dadurch können therapeutische Notwendigkeiten ohne unnötige inhaltliche und logistische Brüche erfüllt werden.

²⁸⁹ Vgl. Kap. 2.6.2.1.1 Qualitätsleitlinien kardiologischer Rehabilitation

7.6 Zahlen, Daten 2004

Im Folgenden wird das Leistungs- sowie Altersspektrum der Gollwitzer-Meier-Klinik in Zahlen dargestellt. Hierbei ist das gesamte Spektrum der Klinik über AHB/Reha²⁹⁰, Kardiologie und HTX der Vollständigkeit halber aufgeführt und kurz erläutert.

Altersgruppenstatistik 2004 – Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation							
Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
<40	<40	<60	<60	<80	<80	>80	>80
51	30	681	217	1228	605	83	100
AHB Patienten gesamt in 2004				2995			

Tabelle 1 Altersgruppenstatistik 2004 – Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation
Quelle: Eigene Erstellung

Wie aus Tabelle 1 zu ersehen ist, haben 2995 Patienten die AHB/Reha in der Gollwitzer-Meier-Klinik durchgeführt. Die Tabelle bildet das Altersspektrum der Patienten geclustert nach Altersgruppen und Geschlecht ab.

²⁹⁰ Aus Vereinfachungsgründen werden die Begriffe Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation synonym verwandt, da sich dahinter die gleiche Maßnahme verbirgt, lediglich der Zeitpunkt des Beginns der Maßnahme entscheidend ist ob die Maßnahme Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation genannt wird.
Anmerkung des Verfassers

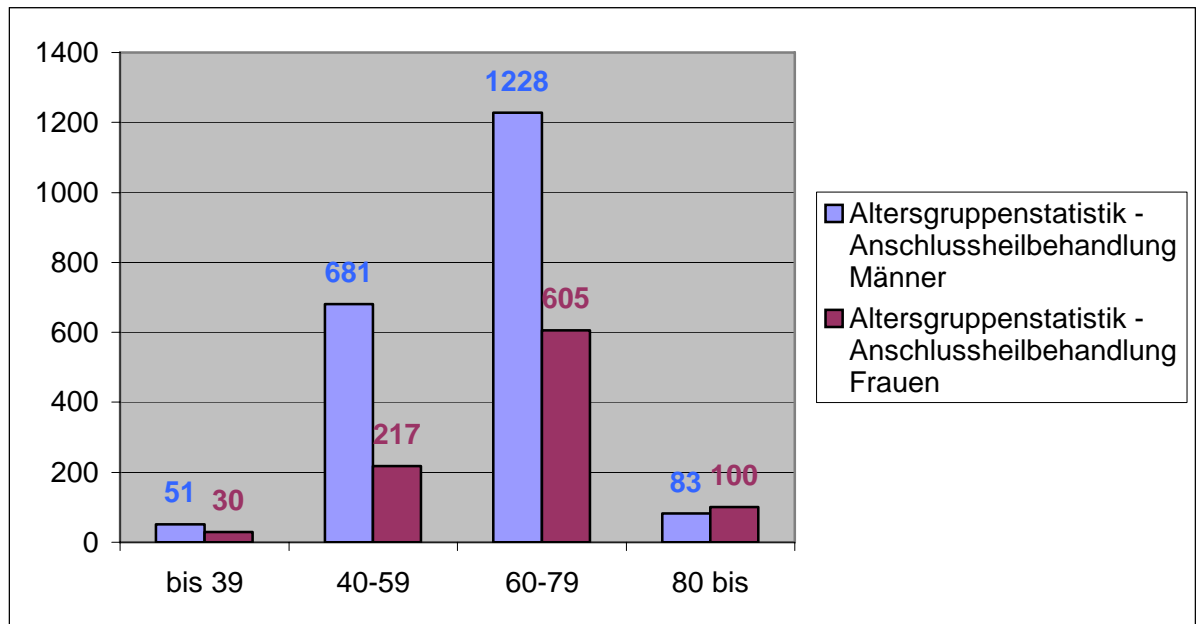


Tabelle 2 Altersgruppenstatistik Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation Männer – Frauen
Quelle Eigene Erstellung

Die Altersverteilung innerhalb der AHB/Reha bildet Tabelle 2 ab. Hier wird ersichtlich, dass die größte Anzahl der Patienten sich im Altersspektrum zwischen 60 und 80 Jahren befindet. Im Jahr 2004 lag der Altersdurchschnitt dieser Patientengruppe in der Gollwitzer-Meier-Klinik bei 70 Jahren.

Altersgruppenstatistik 2004 - HTX

Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
<40	<40	<60	<60	<80	<80	>80	>80
2	1	14	2	19	1	0	0
HTX-Patienten gesamt in 2004				39			

Tabelle 3 Altersgruppenstatistik 2004 – HTX
Quelle: Eigene Erstellung

Ein weiterer Leistungsbereich, in Tabelle 3 dargestellt, ist der Bereich der HTX-Patienten. 39 Patienten aus dem Bereich wurden in der Klinik in 2004 behandelt. HTX subsumiert Patienten, die stationär auf die Transplantation warten sowie auch Patienten die nach Herztransplantation in der Klinik behandelt werden.

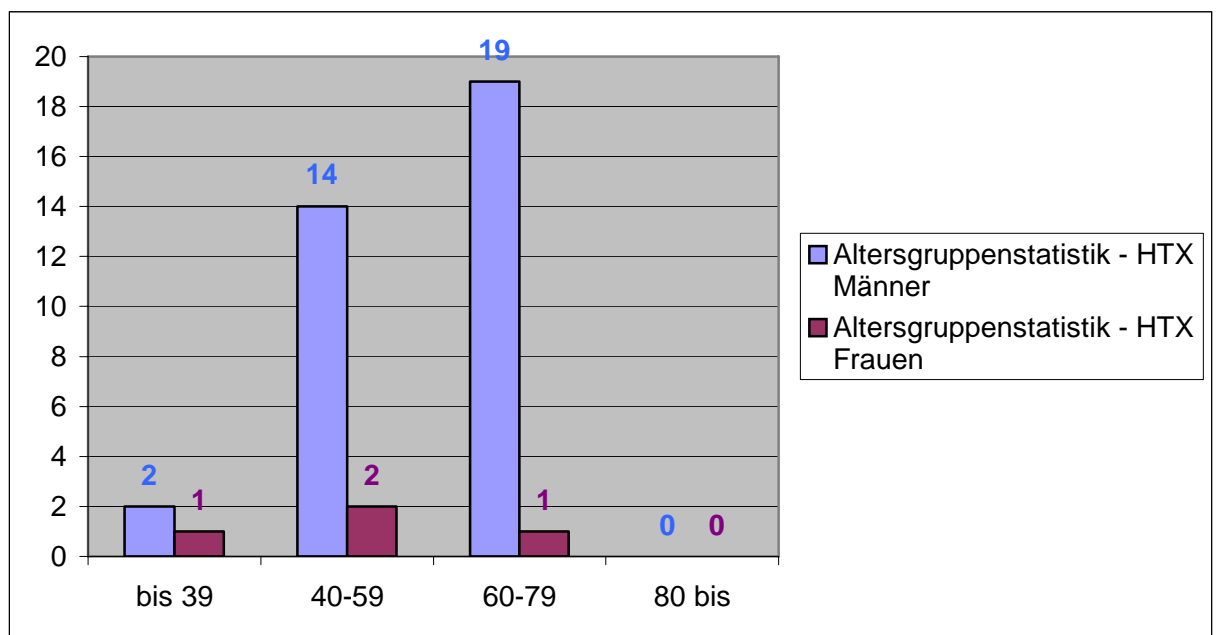


Tabelle 4 Altersgruppenstatistik HTX Männer – Frauen
Quelle: Eigene Erstellung

Auch im Bereich der HTX-Patienten (Tabelle 4) liegt die Mehrzahl der behandelten Fälle im Alter zwischen 60 und 80 Jahren, wobei auffällt, dass sowohl in dieser Altersspanne wie auch in den anderen überproportional viel Männer behandelt worden sind.

Altersgruppenstatistik 2004 - Kardiologie

Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
<40	<40	<60	<60	<80	<80	>80	>80
11	10	181	48	677	380	41	69
Kardiologische Patienten gesamt in 2004				1417			

Tabelle 5 Altersgruppenstatistik 2004 -Kardiologie
Quelle: Eigene Erstellung

Tabelle 5 bildet den Altersdurchschnitt der stationär behandelten kardiologischen Patientengruppe ab. Auch hier wird ersichtlich, dass sich der Großteil dieser Patientengruppe im Alter zwischen sechzig und achtzig Jahren bewegt.

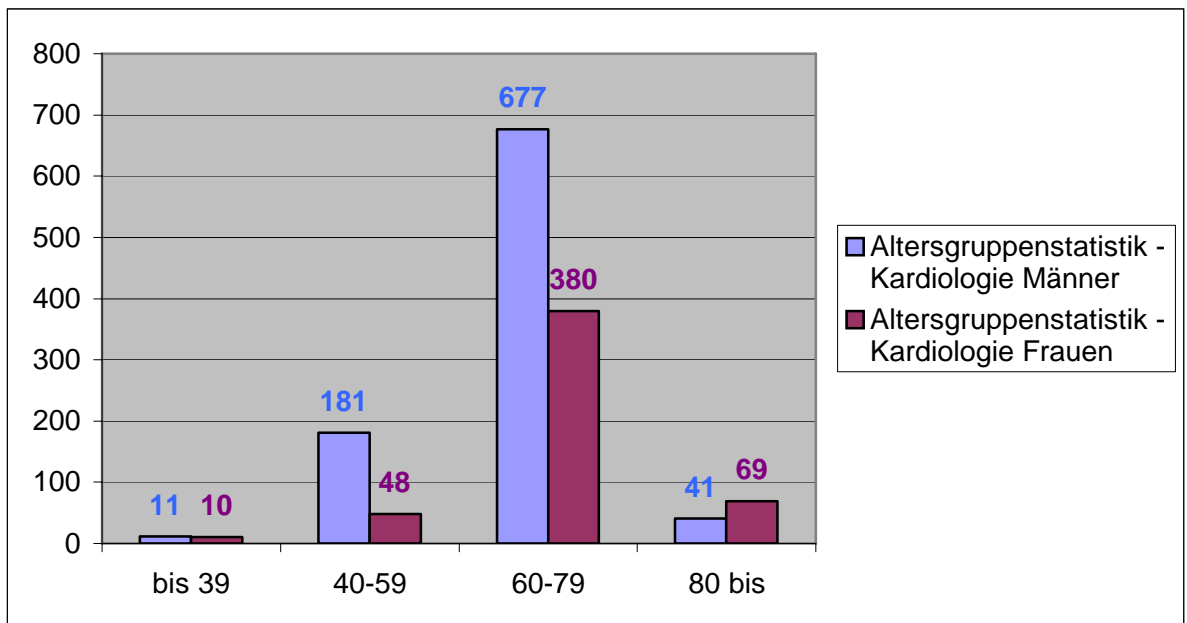


Tabelle 6 Altersgruppenstatistik Kardiologie Männer-Frauen
Quelle: Eigene Erstellung

Im Bereich der kardiologisch betreuten Klinikpatienten liegt das Durchschnittsalter bei 70 Jahren. Auch in dieser Patientengruppe sind überproportional mehr Männer behandelt worden, was aus der Tabelle 6 ersichtlich wird.

Altersgruppenstatistik 2004 Gesamt - Anschlussheilbehandlung / Kardiologie / HTX							
Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
<40	<40	<60	<60	<80	<80	>80	>80
64	41	876	267	1924	986	124	169
Patienten gesamt in 2004				4451			

Tabelle 7 Altersgruppenstatistik 2004 gesamt Anschlussheilbehandlung / Kardiologie / HTX
Quelle: Eigene Erstellung

Wie aus Tabelle 7 zu ersehen ist, sind insgesamt 4451 Patienten und Patientinnen im Jahr 2004 aus den dargestellten Indikationsbereichen behandelt worden. Innerhalb der Gruppen wird die größte Gruppe von den zwischen sechzig bis achtzig-jährigen Patienten gebildet.

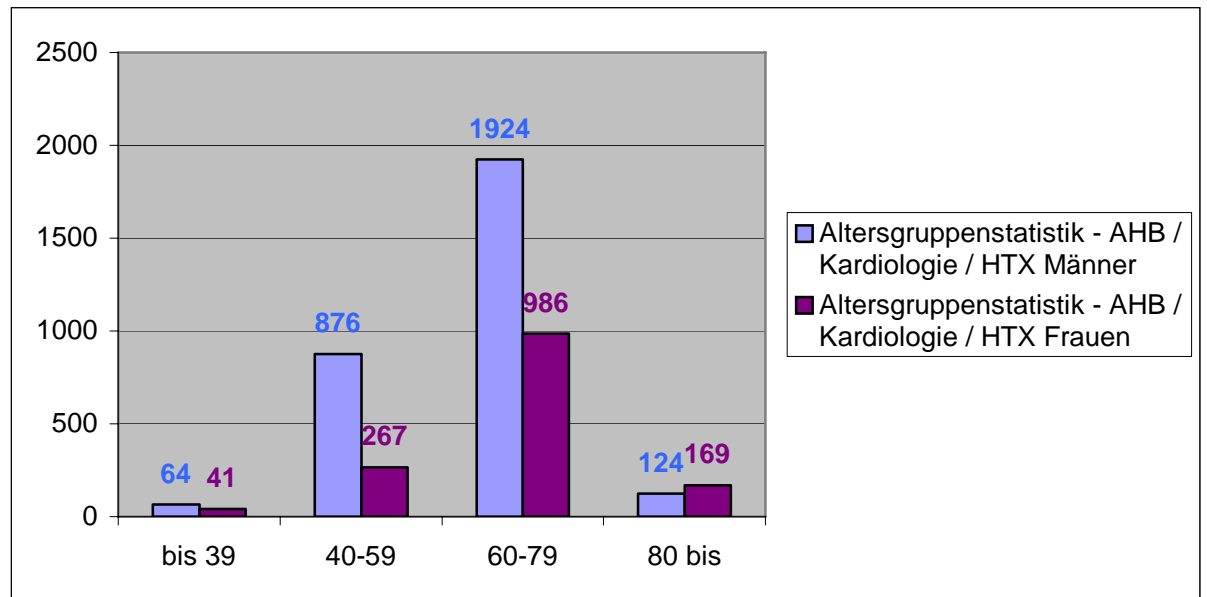


Tabelle 8 Altersgruppenstatistik gesamt AHB / Kardiologie / HTX Männer-Frauen
Quelle: Eigene Erstellung

Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung fällt auf, dass, betrachtet über alle Gruppen, überproportional mehr Männer behandelt worden sind (Tabelle 8).

7.7 Darstellung der Kollektive

Forschungsdesign

In dieser Arbeit geht es, wie in der Einleitung schon angeklungen, nicht darum festzustellen, ob eine Behandlungsart besser ist als eine andere.

Beim Angehen dieser Fragestellung, nach der Qualität der Behandlung, stellt sich das Problem PatientInnen per Zufall den „Behandlungsarten“ zuzuführen, sowie dieses auch messen zu können.

Innerhalb der Kardiologie, in der Akutversorgung sowie der Kardiologischen Rehabilitation, gibt es verschiedene Therapieansätze, die eine Objektivierung der Therapie sowie deren Bewertung schwierig machen. Diese Problematik ist im 2. Kapitel ausführlich dargestellt worden. Somit kommt ein experimentelles Design als Nachweis der Effekte nicht in Frage.

Es geht in dieser Arbeit darum ob durch Minimierung bzw. Optimierung von Schnittstellen, wie sie Integrierte Versorgungsmodelle mit sich bringen können, Effekte innerhalb der Gesamtbehandlung von herzoperierten Patienten entstehen.

Als Parameter der messbar ist sollen hier mittels Zeitachse der Gesamtbehandlungsverlauf der herkömmlichen Versorgungskonzeption mit der Versorgungskonzeption eines „Integrierten Versorgungsmodells“ verglichen werden. Gemessen und verglichen werden können die Behandlungszeiten in Tagen bei dem jeweiligen Leistungserbringer sowie die Gesamtbehandlungszeitdauer.

Die einzelnen Behandlungsanteile der Leistungserbringer innerhalb der Gesamtbehandlung lassen sich miteinander vergleichen. Erkenntnisse hieraus lassen keine direkten Aussagen in Bezug auf die Qualität der Behandlung zu. Sie liefern jedoch Hinweise und Indizien, die in weiteren Studien herangezogen werden können um die aufgezeigten Schnittstellen bzw. die Sinnhaftigkeit der Schnittstellen bzw. der Akteure am Behandlungsprozess im Kontext der Versorgung herzoperierter Patienten genauer zu untersuchen.

Um die Auswirkungen bzw. Effekte der verschiedenen Leistungserbringer im Behandlungsprozess herzoperierter Patienten darzulegen wurde in dieser Arbeit ein quasi – experimentelles Design gewählt.

Bei Quasi-Experimenten bestimmen bereits vorhandene Eigenschaften der Versuchspersonen ob sie zur Experimental- (Patienten im Integrierten Versorgungsmodell) oder zur Kontrollgruppe (Patienten im durch Sektoren geprägten Versorgungsmodell) gezählt werden. Die unabhängige Variable wird nicht manipuliert.

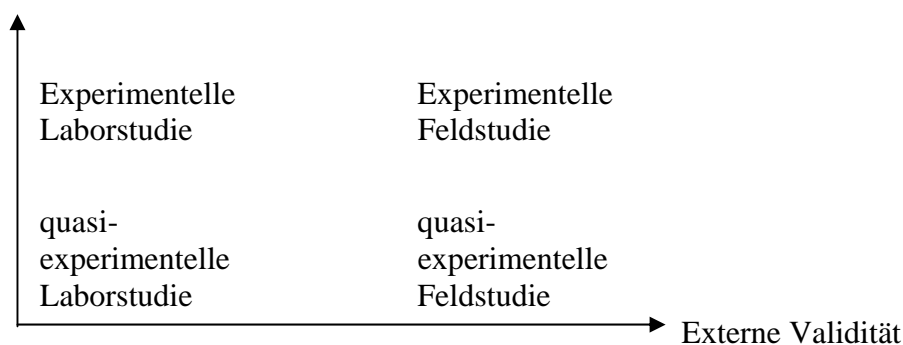
Im Quasi-Experiment erfolgt die Zuordnung aufgrund festgestellter Eigenschaften der Versuchsobjekte.

Interne und Externe Validität beim Quasi-Experiment

Interne Validität liegt vor, wenn die Veränderung der abhängigen Variable eindeutig auf die Variation der unabhängigen Variablen zurückgeführt werden kann. Es gibt keine Alternativerklärung.

Externe Validität oder auch Allgemeingültigkeit, Verallgemeinerungsfähigkeit bezeichnet die Übereinstimmung von tatsächlichem und intendiertem Untersuchungsgegenstand. Hier stellt sich die Frage nach der Generalisierbarkeit.

Interne Validität



Quasi – experimentelle Untersuchungen ermöglichen keinen Rückschluss auf kausale Zusammenhänge, da nicht feststellbar ist, ob die unabhängige Variable die abhängige bedingt oder umgekehrt und ob beide Ereignisse konfundiert sind.

Damit lässt das gewählte Forschungsdesign keine direkten Aussagen hinsichtlich der internen und externen Validität (Gütekriterium) zu.

Stichprobenziehung

Retrospektiver Vergleich zweier vergleichbarer Kollektive von Patienten, die im Herzzentrum NRW in Bad Oeynhausen oder in einem anderen operativen Zentrum im Jahr 2004 operiert wurden.

Kollektiv A (n = 100) erhielt eine Klinik- und Anschlussheilbehandlung in der Gollwitzer-Meier-Klinik. Diese Klinik bietet das integrierte Versorgungsmodell, da hier ein direkter Übergang von der Herzchirurgie (Herzzentrum NRW) in dieses auf Integration von intermediärer Krankenhausmedizin und Rehabilitation ausgerichtete Zentrum möglich ist.

Kollektiv B (n = 100) wurde nach der Herzoperation in das Heimatkrankenhaus zurückverlegt und von dort, ggf. noch mit vorgeschaltetem Heimataufenthalt zur Anschlussheilbehandlung bzw. Rehabilitation in die Gollwitzer-Meier-Klinik vermittelt. Dieses ist das bisher übliche Versorgungsmodell.

Einschlusskriterien:

- Alter 20 – 60
- Bypass- u./o. Herzklappenoperation
- EF > 40 % (Ejektionsfraktion = Maß für die Pumpkraft des Herzens)

Ausschlusskriterien:

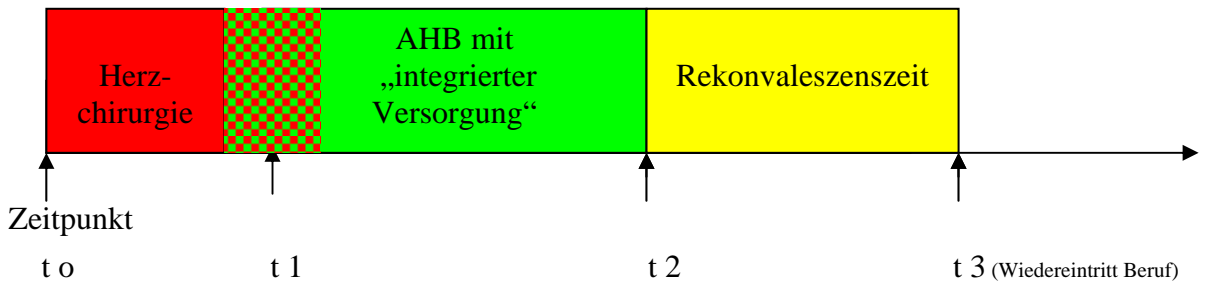
- Bedeutsame Wundheilungsstörungen
- Postcardiotomiesyndrom mit größerem Perikarderguss

Begründung der Stichprobenziehung

Um in einem Experiment eine möglichst hohe interne Validität zu erreichen müssen Störvariablen kontrolliert werden bzw. können sie über verschiedene Methoden wie Elimination, Randomisierung, Konstanthaltung und Parallelisierung ausgeschaltet werden. Die folgend genannten Punkte sind in diesem Kontext bei der Auswahl der Stichproben ausschlaggebend gewesen:

- Retrospektiv (um die Ergebnisse nicht beeinflussen zu können)
- Jahr 2004
 - Erhebungszeitraum der noch nicht lange vergangen war (Aktualität)
 - Eingeführtes Qualitätsmanagement (QM)
 - Verbesserte Datenlage in der Klinik
 - Verbesserte Patientenkontakte über Befragungen im Rahmen des QM zur Vereinfachung der Datenerhebung
 - Stabile Bedingungen in der Klinik
 - personelle Besetzung (Therapeutisches Team)
 - sonstige Ausstattung
- DRG-Fallpauschalensystem wirkte noch nicht auf das Verlegungsverfahren welches die Verlegungsmodalitäten in die „weitere stationäre Behandlung“ verändert hätte können. (2003 bzw. 2004 begann im deutschen Gesundheitssystem die Umstellung auf das DRG-Fallpauschalensystem, welches nach 2004 Einfluss auf die Verlegungspraxis gehabt haben könnte)
- Beide Kollektive gleichzeitig ab dem Aufnahmedatum 01.01.04 beginnen zu lassen um die Variablen die durch die Klinik vorgegeben sind (Urlaubszeiten, Krankheitsausfälle etc.) für beide Kollektive gleich zu halten.

7.7.1 Kollektiv A



Zeiträume für das Kollektiv A

In diesem Kollektiv werden die Zeiträume und damit die Behandlungstage dargestellt und mit den Zeiträumen des unten aufgeführten Kollektivs B verglichen.

t_0 und t_1

Zeitdauer der Krankenhausbehandlung hier Herzchirurgie und Gollwitzer – Meier – Klinik in Tagen

Der kleinkarierte Bereich stellt die Vernetzung von Akutmedizin und Anschlussheilbehandlung im Sinne des „**Integrierten Versorgungsmodells**“ in der Gollwitzer-Meier-Klinik dar, wobei vor dem Zeitpunkt t_1 der Schwerpunkt in der Klinikbehandlung mit rehabilitativen Anteilen und nach dem Zeitpunkt t_1 der Schwerpunkt auf der Anschlussheilbehandlung mit klinischen Behandlungsanteilen liegt.

t_1 und t_2

Zeitdauer der Rehabilitation in Tagen

t_2 und t_3

Zeitdauer der Rekonvaleszenzzeit in Tagen

t_0 und t_3

Gesamtdauer der Behandlungszeit in Tagen

t_3

Zeitpunkt Wiedereintritt in den Beruf

7.7.1.1 Ermittlung des Kollektivs A

Vorgehen:

1. Grundlage zur Ermittlung dieses Patientenkollektivs war die Gesamtaufstellung aller im Jahr 2004 direktverlegten Patienten.

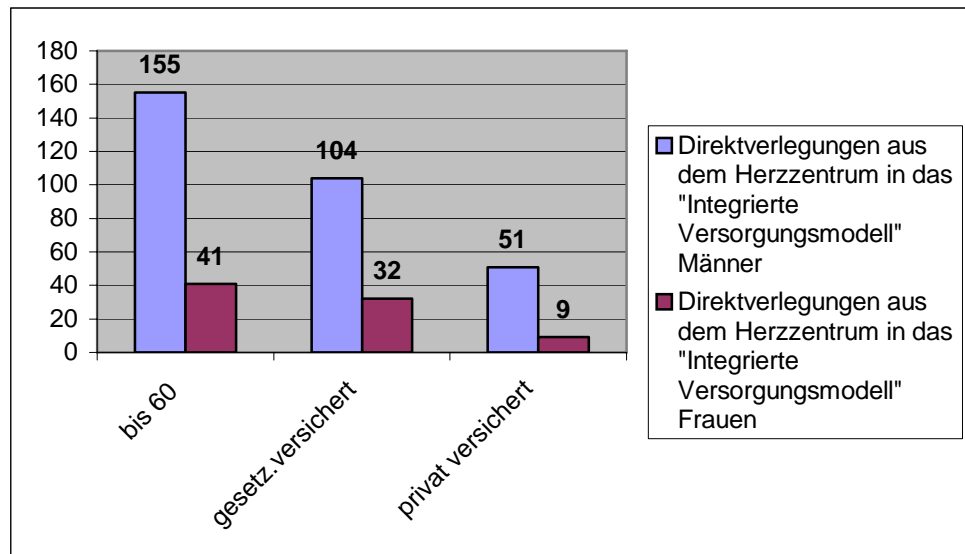


Tabelle 9 Direktverlegte Patienten bis 60 Jahre in das „Integrierte Versorgungsmodell“ dargestellt nach Versicherungsstatus und Männer - Frauen
Quelle: Eigene Erstellung

Tabelle 9 ist die Darstellung der direkt verlegten Patienten mit den Diagnosen Bypass- und/oder Herzklappenoperation, die vom Herzzentrum NRW in das „Integrierte Versorgungsmodell“ der Gollwitzer-Meier-Klinik im Jahr 2004 verlegt wurden.

2. Aus dieser Gesamtaufstellung wurden ab Aufnahmedatum 01.01.04 alle Patienten fortfolgend ab Lfd. Nr. 1 aufwärts durchnummeriert, die die Kriterien Alter und Diagnose erfüllten. Diese Kriterien erfüllten 196 Patienten. Nach Sichtung der Kostenträger dieser Patienten wurden 60 Patienten aussortiert, die privat

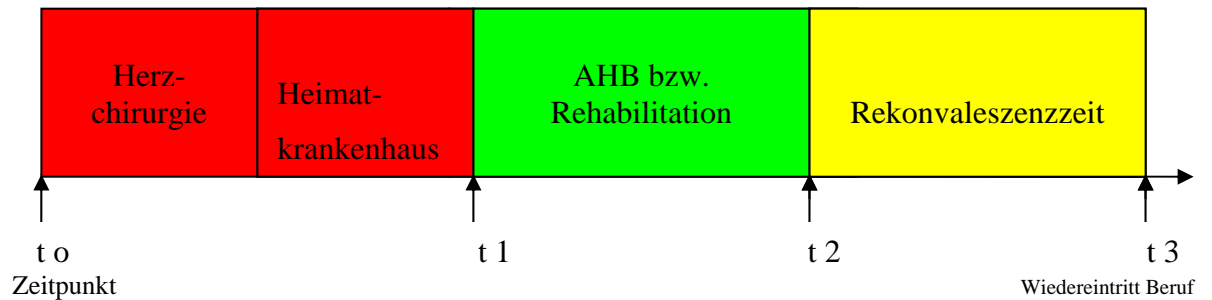
krankenversichert waren. Zur Bildung des Kollektivs verblieben 136 Patienten, von denen 104 Männer und 32 Frauen waren.

3. Im nächsten Schritt wurden die Patientenakten gesichtet und durchgearbeitet, dabei die Patienten aus der Liste genommen, wo definierte Ausschlusskriterien²⁹¹ zu finden waren. Für jeden ausgeschlossenen Patienten rückte der nächste Patient auf der nummerierten Liste nach.

4. Die Akten wurden so lange gesichtet, bis das Kollektiv die Zahl 100 erreicht hatte.

²⁹¹ Vgl. Kap. 7.7 Darstellung der Kollektive

7.7.2 Kollektiv B



Zeiträume für das Kollektiv B

t_0 und t_1	Zeitdauer der Krankenhausbehandlung hier Herzchirurgie und Heimatkrankenhaus in Tagen
t_1 und t_2	Zeitdauer der AHB/Rehabilitation in Tagen
t_2 und t_3	Zeitdauer der Rekonvaleszenzzeit in Tagen
t_0 und t_3	Gesamtdauer der Behandlungszeit in Tagen
t_3	Wiedereintritt in den Beruf

In diesem Kollektiv könnte es zum Zeitpunkt t_1 noch einen weiteren Bruch geben, wenn Patienten vom Heimatkrankenhaus bis zum Beginn der Anschlussheilbehandlung bzw. Rehabilitation nach Hause verlegt worden sind. Dieses könnte den Gesamtbehandlungsverlauf noch weiter beeinflussen.

7.7.2.1 Ermittlung des Kollektivs B

Vorgehen:

1. Grundlage war die Gesamtdarstellung aller Patienten, die im Jahr 2004 zur Anschlussheilbehandlung (AHB)/ Rehabilitation (Reha)²⁹² in die Gollwitzer-Meier-Klinik aufgenommen wurden.

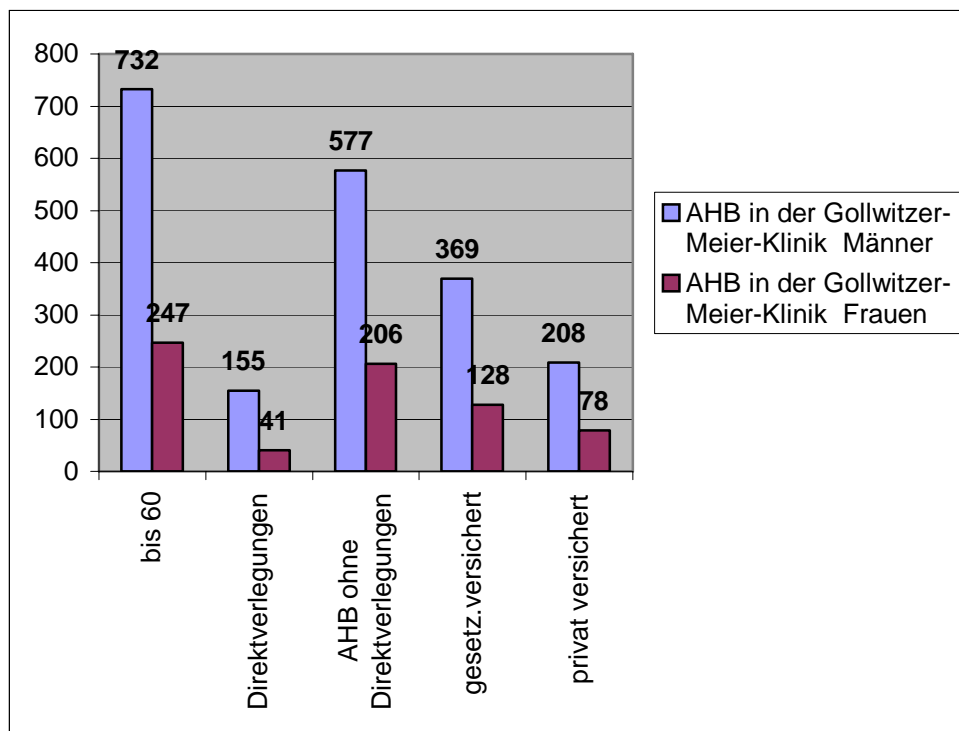


Tabelle 10 AHB Patienten bis 60 Jahre Männer - Frauen (Direktverlegungen, AHB ohne Direktverlegungen, gesetzlich versichert, privat versichert)

Quelle: Eigene Erstellung

²⁹² Aus Vereinfachungsgründen werden im Kollektiv B die Begriffe Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation synonym benutzt. Eine scharfe Trennung der Begrifflichkeiten in diesem Kontext ist nicht möglich, da man enggenommen bei Patienten, die innerhalb von 14 Tage nach Akutintervention die Maßnahme angetreten haben von Anschlussheilbehandlung und bei den anderen, die die Maßnahme erst 14 Tage nach Akutintervention angetreten haben, von Rehabilitation sprechen müsste. Anmerkung des Verfassers

Tabelle 10 bildet die gesamten Patienten im Alter bis 60 Jahren ab, die im Jahr 2004 im Rahmen ihrer AHB/Reha in der Gollwitzer-Meier-Klinik behandelt worden sind. Die Gesamtzahl beläuft sich auf 979 Patienten, wobei 732 Männer und 247 Frauen behandelt wurden.

2. Aus dieser Gesamtdarstellung wurden ab Aufnahmedatum 01.01.2004 alle Patienten fortlaufend ab Lfd.Nr. 1 durchnummeriert, die die Kriterien Alter und Kostenträger [Gesamtzahl aller Patienten (979) minus Gesamtzahl der privat krankenversicherten Patienten (286)] erfüllten. Diese Kriterien erfüllten 693 Patienten. Die Diagnosen waren über die Listen der Gesamtaufstellung der AHB/Reha Patienten 2004 der Gollwitzer-Meier-Klinik nicht ersichtlich.
3. Im nächsten Schritt wurden die Patienten aus der Liste entfernt, die als Direktverlegungen aus dem Herzzentrum zur AHB in die Gollwitzer-Meier-Klinik verlegt worden waren²⁹³. Hier handelte es sich um 196 Patienten (693 Patienten minus 196 direkt verlegte Patienten). Zur Bildung des Kollektivs verblieben 497 Patienten, bei denen es sich um 369 Männer und 128 Frauen handelte.
4. Im nächsten Schritt wurden die Patientenakten gesichtet und dabei die Patienten aus der Liste genommen wo die Diagnosen (Bypass und/oder Herzklappenoperation) nicht stimmten und/oder definierte Ausschlusskriterien²⁹⁴ zu finden waren. Für jeden ausgeschlossenen Patienten rückte der nächste auf der nummerierten Liste stehende Patient nach.
5. Die Akten wurden so lange gesichtet bis das Kollektiv die Zahl 100 erreicht hatte.

²⁹³ Die direkt verlegten Patienten finden sich im Kollektiv des „Integrierten Versorgungsmodells“, Kollektiv A, wieder.

²⁹⁴ Vgl. Kap. 7.7 Darstellung der Kollektive

8 Betrachtung und Auswertung der ermittelten Daten

Im Folgenden werden die gewonnenen Daten der beiden Kollektive dargestellt.

8.1 Kollektiv A

<i>Kollektiv A</i>		
<i>Alter</i>	<i>Männer</i>	<i>Frauen</i>
bis 20	0	0
20-30	1	1
31-35	2	0
36-40	0	3
41-45	1	2
46-50	16	3
51-55	24	5
56-60	39	3
gesamt	83	17

Tabelle 11 Kollektiv A – Altersstruktur Männer / Frauen
Quelle: Eigene Erstellung

Über Tabelle 11 wird das Verhältnis von Männern zu Frauen und die Altersstruktur dargestellt.

Von den 100 Patienten sind 83 männlich (83%) und 17 weiblich (17%).

Innerhalb der Altersstruktur wird deutlich, dass sich der Großteil der Patienten im Alter von 46 bis 60 befindet.

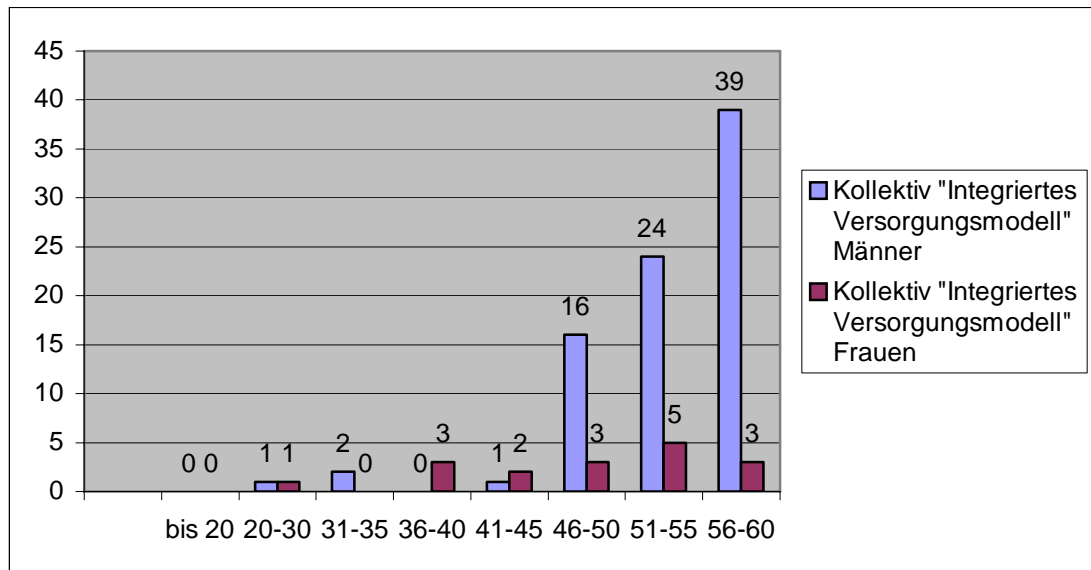


Tabelle 12 Anzahl Patienten innerhalb der Altersgruppen im „Integrierten Versorgungsmodell“, Kollektiv A

Quelle: Eigene Erstellung

Die Verteilung von Männern zu Frauen innerhalb der Altersgruppen wird über die Tabelle 12 abgebildet.

8.1.1 Schnittstellen innerhalb der Gesamtbehandlungszeit

In dem Kollektiv der direkt verlegten Patienten waren die Patienten zwischen der Akutversorgung und der Verlegung in das „Integrierte Versorgungsmodell“ der Gollwitzer-Meier-Klinik keiner weiteren Zwischenbehandlung ausgesetzt.

Die weitere akutmedizinische Versorgung sowie die AHB in derselben Klinik wurden von denselben Therapeutenteams durchgeführt, so dass es zu keinem weiteren Behandlungsbruch kam.

Alle 100 Patienten haben vom Zeitpunkt der akutmedizinischen Versorgung bis zur AHB eine Schnittstelle bzw. einen Behandlungsbruch mit Therapeutenwechsel durchlebt.

8.1.2 Behandlungsdauer

8.1.2.1 Akutmedizinisches Zentrum (Herzzentrum NRW)

Akutmedizinisches Zentrum (Herzzentrum NRW)	
gestutztes Mittel (Tage)	11,37
Arithmetisches Mittel (Tage)	11,58
Median (Tage)	12
Maximum (Tage)	30
Minimum (Tage)	5
Spannweite (Tage)	25
Mittlere Abweichung (Tage)	2,43
Varianz	11,03
Standardabweichung (Tage)	3,31
Variationskoeffizient	0,29

Tabelle 13 Behandlungsdauer Akutmedizinisches Zentrum in Tagen
Quelle: Eigene Erstellung

Die Behandlungsdauer innerhalb der akutinterventionellen Versorgung (Herzklappen- und/oder Herzbybassoperation) hat im Mittel (Median²⁹⁵) 12 Tage gedauert. Dieses bildet die Tabelle 13 ab.

²⁹⁵ Der Median oder Mittelwert trennt eine Häufigkeitsverteilung in zwei gleich große Teile. Er steht damit im Mittelpunkt der Verteilung und darf von der Hälfte der Werte nicht unter- und nicht überschritten werden. Der Median wird auch als das 50.Quantil (Hundertstel) bezeichnet, was bedeutet, dass links vom Median 50% der Fälle aus der Häufigkeitsverteilung liegen. Der Median legt die Mitte eigentlich an recht äußerlichen Merkmalen fest. Das macht dann Sinn, wenn sich die Häufigkeiten nicht in der Mitte des Wertebereichs verteilen, wenn es die sogenannten Ausreißer nach oben und nach unten gibt. Der Median geht nicht auf die Inhalte der Werte ein.

Das arithmetische Mittel²⁹⁶ beträgt in dieser Gruppe 11,58 Tage²⁹⁷.

Dabei schwankte die Spanne von 5 Tage im Minimum bis zu 30 Tagen im Maximum. Die Spannweite zwischen kürzester und längster Behandlungsdauer beträgt 25 Tage.

Um Extremwerte, die ggf. das Bild des Mittelwertes verzerren könnten, auszugrenzen, ist der Wert des gestutzten Mittels²⁹⁸ berechnet worden, der bei 11,37 Tagen liegt. Hierbei sind die Werte um insgesamt 10% an den Endpunkten der Wertereihe um die Extremwerte bereinigt.

Dabei fällt auf, dass das gestutzte Mittel mit 11,37 Tagen nicht wesentlich vom arithmetischen Mittelwert 11,58 Tagen abweicht.

Um herauszufinden wie sich die Daten verteilen und um Mittelwerte richtig einordnen zu können ist die Mittlere Abweichung²⁹⁹ berechnet worden, die 2,43 beträgt.

Das besagt in diesem Fall, dass die Dauer der Akutversorgung durchschnittlich 2,43 Tage vom arithmetischen Mittel 11,58 Tage abweicht.

Die Varianz³⁰⁰ dieser Gruppe liegt bei 11,03, die Standardabweichung³⁰¹ bei 3,31 Tagen und der Variationskoeffizient³⁰² bei 0,29.

²⁹⁶ Arithmetisches Mittel bezeichnet den Gesamtwert aller Elemente (hier Tage Behandlung) dividiert durch die Anzahl der Elemente

²⁹⁷ gerundet auf 2 Stellen hinter dem Komma

²⁹⁸ Gestutztes Mittel bezeichnet den gestutzten Mittelwert aus einer Zahlenreihe, die an den Endpunkten um 10% der Extremwerte bereinigt ist.

²⁹⁹ Diese mittlere Abweichung (auch durchschnittliche Abweichung) berechnet die Streuung, indem sie die Abweichung aller Werte vom gemeinsamen Mittelwert (Median) misst.

³⁰⁰ Varianz ermittelt die Summe der Quadrate der Abweichungen aller Werte vom arithmetischen Mittel, dividiert durch die Anzahl der Werte. Durch das Quadrieren werden große Abweichungen stärker berücksichtigt als kleine. Dadurch hat die Varianz eine ganz andere Dimension als die Werte selbst.

³⁰¹ Die Standardabweichung ist die Quadratwurzel aus der Varianz. Sie wird benötigt um den Variationskoeffizienten zu berechnen. Im Normalfall wächst die Streuung mit der Größe der Merkmalswerte. Ist das nicht der Fall, muss eine größenunabhängige Streuung ermittelt werden. Dazu bedient man sich des Variationskoeffizienten.

³⁰² Der Variationskoeffizient ergibt sich indem das Streuungsmaß durch den Mittelwert dividiert wird.

8.1.2.2 Stationäre Weiterbehandlung in der Gollwitzer-Meier-Klinik

Stationäre Weiterbehandlung Gollwitzer-Meier-Klinik	
gestutztes Mittel (Tage)	4,13
Arithmetisches Mittel (Tage)	4,4
Median (Tage)	3
Maximum (Tage)	13
Minimum (Tage)	1
Spannweite (Tage)	12
Mittlere Abweichung (Tage)	2,13
Varianz	8,02
Standardabweichung (Tage)	2,82
Variationskoeffizient	0,64

Tabelle 14 Stationäre klinische Weiterbehandlung Gollwitzer-Meier-Klinik
Quelle: Eigene Erstellung

Die Tabelle 14 spiegelt die Zeit der weiteren stationären Behandlung innerhalb der „Integrierten Versorgung“ in der Gollwitzer-Meier-Klinik wieder. Dabei lag die Zeitspanne der klinischen Weiterbehandlung zwischen einem und 13 Tagen. Bereinigt um 10 % der Extremwerte nach oben und unten betrug die Behandlungsdauer im gestutzten Mittel 4,13 Tage. Im arithmetischen Mittel betrug die Behandlungsdauer 4,4 Tage. Die Mittlere Abweichung betrug in dieser Gruppe 2,13 Tage. Varianz, Standardabweichung und Variationskoeffizient sind aus o.g. Tabelle ersichtlich und wurden im Vorfeld in den Fußnoten erläutert.

Betrachtet man die Zeitspannen der klinischen Weiterbehandlung nach Akutintervention im Herzzentrum NRW, korrelieren häufiger kurze Behandlungszeiten im operierenden Zentrum mit entsprechend längeren klinischen Behandlungszeiten in der weiteren stationären Behandlung innerhalb der Gollwitzer-Meier-Klinik. Betrachtet man innerhalb der untersuchten Patientengruppe die Patienten, die die kürzesten Behandlungszeiten

innerhalb des operierenden Zentrums verbracht haben, so korrelieren diese in drei der fünf Fälle mit längeren Behandlungszeiten im weiter behandelnden Zentrum als im arithmetischen Mittel der untersuchten Gruppe. Diese Behandlungsdauern werden über die Tabelle 15 dargestellt.

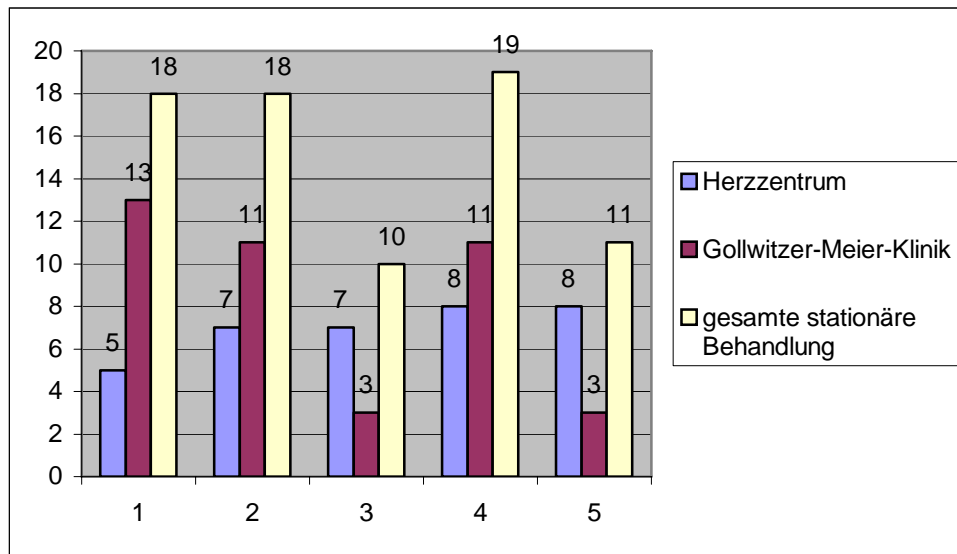


Tabelle 15 Darstellung der fünf Patienten mit den kürzesten klinischen Behandlungstagen im operierenden Zentrum (Herzzentrum NRW), die Behandlungsdauer in der stationär weiter behandelnden Einrichtung (Gollwitzer-Meier-Klinik) sowie die gesamte stationäre Behandlungsdauer in Tagen
Quelle: Eigene Erstellung

Die durchschnittliche gesamte stationäre Behandlungszeit (Herzzentrum NRW und Gollwitzer-Meier-Klinik) über die gesamte untersuchte Patientengruppe beträgt im arithmetischen Mittel 15,98 Tage³⁰³.

³⁰³ Addition der arithmetischen Mittel 11,58 des akutmedizinischen Zentrums und 4,40 Tage des weiter behandelnden Krankenhauses, vgl. Tabelle 13 und Tabelle 14

8.1.2.3 Stationäre Anschlussheilbehandlung in der Gollwitzer-Meier-Klinik

Stationäre Anschlussheilbehandlung in der Gollwitzer-Meier-Klinik	
gestutztes Mittel (Tage)	21,39
Arithmetisches Mittel (Tage)	21,55
Median (Tage)	21
Maximum (Tage)	35
Minimum (Tage)	14
Spannweite (Tage)	21
Mittlere Abweichung (Tage)	1,95
Varianz	8,23
Standardabweichung (Tage)	2,85
Variationskoeffizient	0,13

Tabelle 16 Daten der stationären Anschlussheilbehandlung in der Gollwitzer-Meier-Klinik
Quelle: Eigene Erstellung

Die stationäre AHB betrug in der untersuchten Patientengruppe zwischen 14 und 35 Tagen. Im arithmetischen Mittel beträgt die Behandlungsdauer 21,55 Tage. Vermindert um 10% der Extremwerte nach oben und unten beträgt die Behandlungsdauer im gestutzten Mittel 21,39 Tage. Die Mittlere Abweichung vom arithmetischen Mittel beträgt 1,95 Tage. Varianz, Standardabweichung und Variationskoeffizient bildet Tabelle 16 ab.

Die Behandlungsdauer der AHB innerhalb dieser Patientengruppe wird durch die Kostenträger vorgegeben, wobei Verlängerungen bei den Kostenträgern beantragt werden müssen. Der Extremwert dieser Patientengruppe nach oben mit 35 Tagen ist dadurch begründet, dass die 51 jährige Patientin ihre AHB aufgrund von Komplikationen (Pneumothorax) verlängern musste. Der unterste Wert mit 14 Tagen begründet sich in privaten Gründen, die dazu führten, dass die AHB vorzeitig beendet worden ist. Weitere Ausreißer sowohl nach oben wie auch nach unten sind bei den 100 Patienten nicht zu

finden. Dieses wird ja auch über den Wert des o.g. gestutzten Mittels (21,39 Tage) deutlich, welches nicht wesentlich vom arithmetischen Mittel (21,55 Tage) abweicht.

8.1.2.4 Gesamtbehandlungszeitraum

Der Gesamtbehandlungszeitraum umfasst die gesamten Zeiträume der stationären Behandlung bis zum Abschluss der stationären AHB. Hierunter werden die Zeiträume der akutinterventionellen Versorgung (Bypass- und/oder Herzklappenoperation) im Herzzentrum NRW, die weitere stationäre Behandlung in der Gollwitzer-Meier-Klinik sowie die stationäre AHB in der Gollwitzer-Meier-Klinik subsumiert. Diese Daten werden über die Tabelle 17 abgebildet.

Die Gesamtbehandlungszeit betrug in der Patientengruppe zwischen 29 Tagen im Minimum und 61 Tagen im Maximum. Das bedeutet eine Spannweite von 32 Tagen. Nach Bereinigung um die Extremwerte von 10% nach oben und unten beträgt die Dauer im gestutzten Mittel 36,9 Tagen. Die mittlere Abweichung beträgt 3,28. Varianz, Standardabweichung sowie Variationskoeffizienten bildet Tabelle 17 ab.

Gesamtbehandlungszeit im „Integrierten Versorgungsmodell“	
gestutztes Mittel (Tage)	36,9
arithm.Mittel (Tage)	37,38
Median (Tage)	36,5
Maximum (Tage)	61
Minimum (Tage)	29
Spannweite (Tage)	32
Mittlere Abweichung (Tage)	3,28
Varianz	25,21
Standardabweichung (Tage)	5,00
Variationskoeffizient	0,13

Tabelle 17 Gesamtbehandlungszeit Integriertes Versorgungsmodell: Herzzentrum NRW / Gollwitzer-Meier-Klinik
Quelle: Eigene Erstellung

8.1.2.5 Rekonvaleszenzzeit Kollektiv A

Die Rekonvaleszenzzeit umfasst in diesem Kontext den Zeitraum von der Entlassung aus der stationären AHB bis zum Eintritt in den Beruf.

In dieser Gruppe wurden die Patienten zu dem Zeitpunkt des Wiedereintritts in den Beruf befragt. Daraus leitet sich mit dem Entlassungsdatum aus der AHB die Rekonvaleszenzzeit ab.

Von 100 Patienten antworteten 58 Patienten (58%). Die Zeiträume der Rekonvaleszenzzeit werden über die Tabelle 18 abgebildet. Die Patienten waren nach der AHB bis zum Wiedereinstieg in den Beruf zwischen 0 und 21 Tagen arbeitsunfähig geschrieben. Hier gibt es Indizien dafür, dass die Zeitspannen der Arbeitsunfähigkeitszeiten in Zusammenhang mit den beruflichen Tätigkeiten stehen. Körperlich anstrengendere

Tätigkeiten führten zu einer längeren Zeitspanne der Arbeitsunfähigkeit. Dieses kann über die ermittelten Daten nicht signifikant nachgewiesen werden. Patienten, die beruflich einer extrem körperlichen Belastung (z.B. Dachdecker, Maurer) ausgesetzt sind, sind in dieser Patientengruppe nicht zu finden. Bei der Untersuchung einer solchen Patientengruppe müsste vermutet werden, dass sich die Rekonvaleszenzzeiten länger gestalten als bei der hier untersuchten Patientengruppe. Bei der hier untersuchten Gruppe handelt es sich zu 97% um BfA Patienten, da dieser Kostenträger Hauptbeleger der Gollwitzer-Meier-Klinik ist.

Im arithmetischen Mittel waren die Patienten dieser Gruppe 8,78 Tage nach AHB noch berufsunfähig. Die Varianz (28,53) und Standardabweichung (5,29 Tage) machen deutlich, dass die Werte doch erheblich streuen.

Langfristige Aussagen über das Verbleiben im Beruf können über diese Erhebung nicht gemacht werden.

Rekonvaleszenzzeit Kollektiv A	
gestutztes Mittel (Tage)	8,65
Arithmetisches Mittel (Tage)	8,78
Median (Tage)	7
Maximum (Tage)	21
Minimum (Tage)	0
Spannweite (Tage)	21
Mittlere Abweichung (Tage)	4,46
Varianz	28,53
Standardabweichung (Tage)	5,29
Variationskoeffizient	0,60

Tabelle 18 Rekonvaleszenzzeit Kollektiv A
Quelle: Eigene Erstellung

8.2 Kollektiv B

Kollektiv B		
Alter	Männer	Frauen
bis 20	0	0
20-30	4	1
31-35	3	0
36-40	5	2
41-45	14	4
46-50	14	7
51-55	16	6
56-60	17	7
gesamt	73	27

Tabelle 19 Kollektiv B Altersstruktur Männer – Frauen
Quelle: Eigene Erstellung

Über Tabelle 19 wird das Verhältnis von Männern zu Frauen und die Altersstruktur im Kollektiv B dargestellt.

Von den 100 Patienten sind 73 männlich (73%) und 17 weiblich (27%).

Innerhalb der Altersstruktur wird deutlich, dass sich der Großteil der Patienten im Alter zwischen 41 bis 60 befindet.

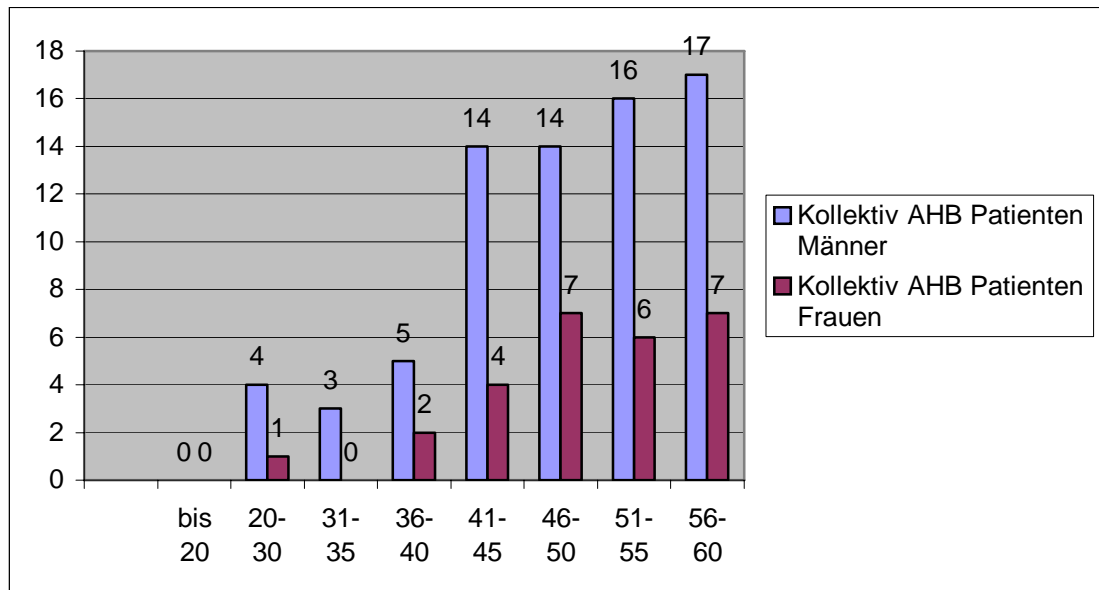


Tabelle 20 Anzahl der AHB/Reha Patienten innerhalb der Altersgruppen im Kollektiv B
Quelle: Eigene Erstellung

Die Verteilung von Männern zu Frauen innerhalb der Altersgruppen verdeutlicht
Tabelle 20.

8.2.1 Schnittstellen innerhalb der Gesamtbehandlungszeit

<i>Kollektiv B</i>			
	<i>Gesamt</i>	<i>Männer</i>	<i>Frauen</i>
Akutmedizinisches Zentrum	100	73	27
Weiterbehandelndes Krankenhaus nach Akutversorgung	63	42	21
Ambulante Versorgung zu Hause	66	56	10
Weiterbehandelndes Krankenhaus und ambulante Versorgung zu Hause	37	27	10
Direktverlegung aus anderem akutmedizinischem Zentrum	10	9	1
Rehabilitation	100	73	27

Tabelle 21 Schnittstellen innerhalb der Behandlung im Kollektiv B

Quelle: Eigene Erstellung

Die Tabelle 21 veranschaulicht die Schnittstellen bzw. wie vielen Behandlungsbrüchen diese Patientengruppe ausgesetzt war. Dabei soll Behandlungsbruch nicht negativ wertend sein. Es bedeutet lediglich, dass die Patienten sich mit neuen Therapeuten bzw. Therapeutenteams sowie räumlichen Gegebenheiten auseinandersetzen mussten. Von den 100 Patienten dieser Gruppe wurden 63 Patienten (42 Männer und 21 Frauen) nach der Akutintervention (Bypass- und/oder Herzklappenoperation) zur weiteren stationären Behandlung in ein anderes Krankenhaus weiterverlegt und stationär weiter behandelt. Bei der Betrachtung der weiterversorgenden Häuser innerhalb dieser Patientengruppe fällt auf, dass sich diese allen Versorgungsstufen³⁰⁴ zuordnen lassen. Die Mehrzahl der weiterbehandelnden Krankenhäuser bilden jedoch Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, welche keinen speziellen Versorgungsauftrag für diese Patientengruppe besitzen.

66 Patienten (56 Männer und 10 Frauen) des Kollektivs wurden nach Akutintervention und/oder stationär weiterbehandelndem Krankenhaus noch für einen Zeitraum bis zur AHB/Reha nach Hause in die ambulante ärztliche Versorgung entlassen.

37 Patienten (27 Männer und 10 Frauen) des Kollektivs haben bis zur AHB/Reha nach Akutintervention sowohl noch einen Aufenthalt im weiterbehandelnden Krankenhaus als auch die ambulante Versorgung durchlebt.

³⁰⁴ Vgl. Kapitel 2.2.2 Kuration

Aus diesem Kollektiv sind 10 Patienten (9 Männer und 1 Frau) direkt aus einem Zentrum nach Bypass- und/oder Herzklappenoperation zur AHB in die Gollwitzer-Meier-Klinik verlegt worden.

Tabelle 22 stellt die oben beschriebenen Schnittstellen im Zusammenhang graphisch dar.

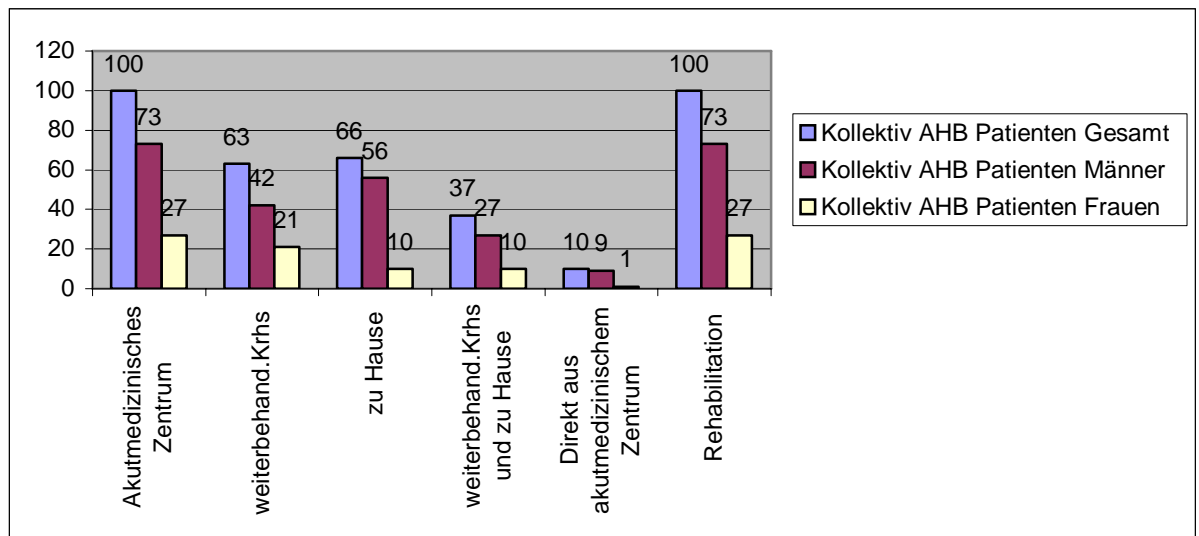


Tabelle 22 Graphische Darstellung der Schnittstellen innerhalb der Behandlung im Kollektiv B
Quelle: Eigene Erstellung

Innerhalb dieses Kollektivs waren die Patienten bis zur AHB mindestens einem Behandlungsbruch (Akutmedizinisches Zentrum - AHB) ausgesetzt. Hiervon waren 10 Patienten (9 Männer und 1 Frau) betroffen.

Maximal waren die Patienten drei Behandlungsbrüchen (Akutmedizinisches Zentrum – weiterbehandelndes Krankenhaus – ambulante Versorgung zu Hause – stationäre AHB/Rehabilitation) ausgesetzt. Hiervon waren 37 Patienten (27 Männer und 10 Frauen) betroffen.

8.2.2 Behandlungsdauer

	<i>Akutmedizinisches Zentrum</i>	<i>Weiter behandelndes Krankenhaus</i>
gestutztes Mittel (Tage)	11,8	6,84
arithm.Mittel (Tage)	12,07	7,11
Median (Tage)	11	7
Maximum (Tage)	26	21
Minimum (Tage)	4	3
Spannweite (Tage)	22	18
Mittlere Abw. (Tage)	2,73	2,06
Varianz	13,5	9,81
Standardabweichung (Tage)	3,66	3,11
Variationskoeffizient	0,30	0,44

Tabelle 23 Behandlungszeiten Akutmedizinisches Zentrum und Weiter behandelndes Krankenhaus
Quelle: Eigene Erstellung

Über die Tabelle 23 wird die gesamte stationäre Behandlung (Akutintervention und weitere stationäre Behandlung) abgebildet.

8.2.2.1 Akutmedizinisches Zentrum

Die Behandlungsdauer innerhalb der akutinterventionellen Versorgung (Herzklappen- und/oder Herzbypassoperation) hat im Mittel (Median siehe Tabelle 23) 11 Tage gedauert. Das arithmetische Mittel beträgt in dieser Gruppe 12,07 Tage.

Dabei schwankte die Spanne von 4 Tagen im Minimum bis zu 26 Tagen im Maximum. Die Spannweite zwischen kürzester und längster Behandlungsdauer beträgt 22 Tage.

Um Extremwerte auszugrenzen, ist der Wert des gestutzten Mittels berechnet worden, der bei 11,8 Tagen liegt. Hierbei sind die Werte um insgesamt 10% an den Endpunkten der Wertereihe um die Extremwerte bereinigt.

Dabei fällt auf, dass das gestutzte Mittel mit 11,8 Tagen nicht wesentlich vom arithmetischen Mittelwert 12,07 Tagen abweicht.

Um herauszufinden, wie sich die Daten verteilen und Mittelwerte richtig einordnen zu können, ist die Mittlere Abweichung berechnet worden, die 2,73 beträgt.

Das besagt in diesem Fall, dass die Dauer der Akutversorgung durchschnittlich 2,73 Tage vom arithmetischen Mittel 12,07 Tage abweicht.

Die Varianz dieser Gruppe liegt bei 13,5 die Standardabweichung bei 3,66 Tagen und der Variationskoeffizient bei 0,30.

8.2.2.2 Weiter behandelndes Krankenhaus

Von den Patienten der untersuchten Gruppe sind 63 nach Akutintervention in ein Krankenhaus zur weiteren stationären Behandlung verlegt worden. Dieses wird über die Tabelle 22 dargestellt.

Die Dauer der Behandlung betrug im Mittel 7 Tage. Das arithmetische Mittel wurde mit 7,11 berechnet.

Die Spanne der Behandlung in den weiter behandelnden Krankenhäusern schwankte zwischen 3 und 21 Tagen. Die Daten werden über Tabelle 23 ersichtlich.

Hierzu führten folgende Gründe innerhalb der untersuchten Gruppe:

Bei einem Patienten (21 Tage weiterbehandelndes Krankenhaus) führte eine Komplikation (Divertikulitis) unabhängig von der Herzerkrankung zu einer Verlängerung der stationären Behandlung.

In dieser Patientengruppe gibt es Indizien dafür, dass die lange Liegedauer im weiter behandelnden Krankenhaus mit einer kürzeren Liegedauer im Akutmedizinischen Zentrum

korreliert. Dieses Indiz bestätigt sich bei den 5 Patienten, die die kürzesten Behandlungszeiten in der akutmedizinischen Versorgung verbracht hatten. Folgende Liegezeiten werden hier über die Tabelle 24 deutlich:

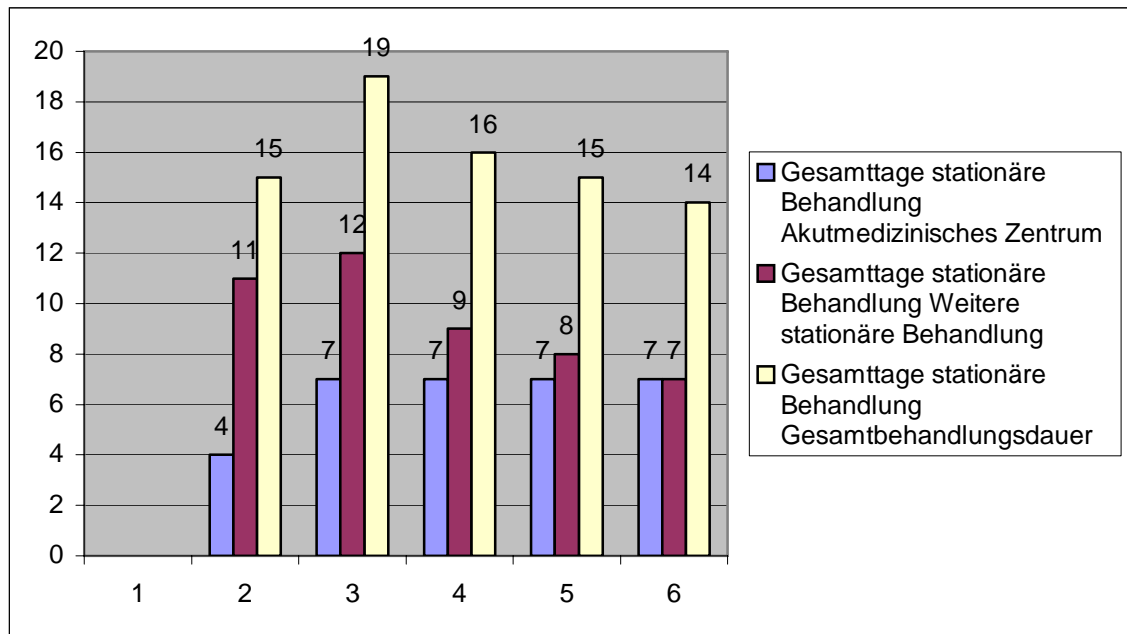


Tabelle 24 Gesamtdauer stationäre Versorgung (Akutmedizinisches Zentrum und Weitere stationäre Behandlung)

Quelle: Eigene Erstellung

Die 5 Patienten haben zwischen 4 und 7 Tage Liegezeit in der akutinterventionellen Versorgung verbracht. Die Liegezeiten in der weiteren stationären Versorgung waren bei 4 der 5 Patienten mit 8 bis 12 Tagen deutlich höher als das arithmetische Mittel (7,11) der Vergleichsgruppe. Betrachtet man die Krankenhäuser in denen die weitere stationäre Versorgung stattgefunden hat, so finden sich in 4 der 5 Fälle Krankenhäuser der Schwerpunkt- (3 Fälle) und Maximalversorgung (1 Fall). In diesen Fällen wurden die Patienten in der entsprechenden Fachdisziplin, der Kardiologie stationär weiterbetreut.

In einem Fall wurde in einem Krankenhaus der Regelversorgung stationär weiterbehandelt. Hier wurde über die Patientenakte ersichtlich, dass der Patient in einer Inneren Abteilung ohne erkennbare kardiologische Spezifika weiterbehandelt worden ist.

Die durchschnittliche gesamte stationäre Behandlungszeit (Akutmedizinisches Zentrum und weiter behandelndes Krankenhaus) beträgt im arithmetischen Mittel 19,18 Tage³⁰⁵.

8.2.2.3 Ambulante hausärztliche Versorgung

Ambulante hausärztliche Versorgung	
gestutztes Mittel (Tage)	9,48
arithm. Mittel (Tage)	9,74
Median (Tage)	8
Maximum (Tage)	24
Minimum (Tage)	3
Spannweite (Tage)	21
Mittlere Abweichung (Tage)	4,27
Varianz	26,35
Standardabweichung (Tage)	5,09
Variationskoeffizient	0,52

Tabelle 25 Zeitdauer der ambulanten hausärztlichen Versorgung
Quelle: Eigene Erstellung

³⁰⁵ Addition der arithmetischen Mittel 12,07 des akutmedizinischen Zentrum und 7,11 Tage des weiter behandelnden Krankenhauses, vgl. Tabelle 23

Von den 100 Patienten der Gruppe wurden 66 Patienten (56 Männer und 10 Frauen)³⁰⁶ nach akutinterventioneller - und/oder weiterer stationärer Behandlung vor der AHB/Reha noch ambulant weiterbetreut. Die Daten hierzu liefert die Tabelle 22.

Die ambulante hausärztliche- bzw. fachärztliche Weiterbetreuung dauerte im Minimum 3 und im Maximum 24 Tage. Die Spannweite über die gesamte Patientengruppe beträgt 21 Tage. Der Median dieser Gruppe liegt bei 8 Tagen, das arithmetischen Mittel bei 9,74 Tagen. Die Mittlere Abweichung liegt bei 4,27 Tagen. Varianz, Standardabweichung sowie der Variationskoeffizient sind aus der Tabelle 25 ersichtlich.

Gründe für die ambulante Weiterbehandlung sowie für die unterschiedlichen Dauern der ambulanten Weiterbehandlung werden über die Informationen aus den Patientenakten nicht richtig deutlich. In einigen Fällen haben die Patienten keinen früheren Termin für die AHB/Reha bekommen und sind zur Überbrückung noch ambulant weiterbetreut worden. Weitere Gründe sind in den individuellen Wünschen zu sehen, noch einmal zu Hause zu sein, bevor sich die AHB/Reha anschließt. Diese Gründe werden nur punktuell über das Studium der Akten deutlich, besitzen jedoch keine Signifikanz und sind lediglich als Indizien zu werten.

³⁰⁶ Vgl. Tabelle 16 Schnittstellen in der Behandlung

8.2.2.4 Stationäre Anschlussheilbehandlung bzw. Rehabilitation in der Gollwitzer-Meier-Klinik

Die Daten bezogen auf die stationäre AHB/Reha sind aus Tabelle 26 ersichtlich.

Stationäre Anschlussheilbehandlung/ Rehabilitation	
gestutztes Mittel (Tage)	22,3
arithm.Mittel (Tage)	22,2
Median (Tage)	21
Maximum (Tage)	29
Minimum (Tage)	12
Spannweite (Tage)	17
Mittlere Abweichung (Tage)	2,0
Varianz	6,95
Standardabweichung (Tage)	2,62
Variationskoeffizient	0,12

Tabelle 26 Stationäre Anschlussheilbehandlung/ Rehabilitation
Quelle: Eigene Erstellung

Die Dauer der AHB/Reha lag in dieser Patientengruppe zwischen 12 und 29 Tagen. Das macht eine Spannweite von 17 Tagen. Der Median liegt bei 21 und das arithmetische Mittel bei 22,2 Tagen. Die Mittlere Abweichung liegt bei 2,0 Tagen.

Varianz, Standardabweichung und Variationskoeffizienten bildet ebenfalls Tabelle 26 ab.

Die Dauer der AHB/Reha wurde in dieser Patientengruppe über den Kostenträger in der Regel verbindlich vorgegeben. Gründe, die zu einer Verkürzung der AHB/Reha führten sind in einem Fall der Abbruch der AHB/Reha aufgrund von Differenzen zwischen den Zielstellungen der Klinik und den Zielstellungen der Patientin nach 12 Tagen, und in

einem zweiten Fall der Abbruch der AHB/Reha aufgrund eines akuten familiären Ereignisses auf eigenen Wunsch (Sterbefall in der Familie) nach 14 Tagen.

Gründe, die zu einer Verlängerung der AHB/Reha führten (auf im Maximum 29 Tagen Gesamtdauer in dieser Gruppe), sind über medizinische Gründe indiziert gewesen und über eine entsprechende Begründung gegenüber dem Kostenträger beantragt worden.

8.2.2.5 Gesamtbehandlungszeitraum

Der Gesamtbehandlungszeitraum umfasst die gesamten Zeiten der stationären und/oder ambulanten Behandlungszeiträume bis zum Abschluss der stationären AHB/Reha. Hierunter werden die Zeiträume der akutinterventionellen Versorgung (Bypass- und /oder Herzklappenoperation), die weitere stationäre Behandlung, die ambulante haus- bzw. fachärztliche Betreuung sowie die stationäre AHB/Reha subsumiert. Diese Daten werden über die Tabelle 27 abgebildet.

Die Gesamtbehandlungszeit betrug in der Patientengruppe zwischen 28 Tagen im Minimum und 69 Tagen im Maximum. Das bedeutet eine Spannweite von 41 Tagen. Nach Bereinigung um die Extremwerte von 10% nach oben und unten beträgt die Dauer im gestutzten Mittel 44,27 Tagen. Die mittlere Abweichung beträgt 6,49. Varianz, Standardabweichung sowie Variationskoeffizienten bildet Tabelle 27 ab.

Gesamtbehandlungszeit	
gestutztes Mittel (Tage)	44,27
arithm.Mittel (Tage)	44,7
Median (Tage)	43
Maximum (Tage)	69
Minimum (Tage)	28
Spannweite (Tage)	41
Mittlere Abweichung (Tage)	6,49
Varianz	68,96
Standardabweichung (Tage)	8,26
Variationskoeffizient	0,18

Tabelle 27 Gesamtbehandlungszeit („Akutintervention“ und /oder „weitere stationäre Behandlung“ und /oder ambulante hausärztliche- bzw. fachärztliche Versorgung und AHB/Reha)
Quelle: Eigene Erstellung

8.2.2.6 Rekonvaleszenzzeit Kollektiv B

Die Rekonvaleszenzzeit umfasst wie auch im Kollektiv A den Zeitraum von der Entlassung aus der stationären AHB/Reha bis zum Wiedereintritt in den Beruf. In dieser Gruppe wurden die Patienten zu dem Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach AHB/Reha befragt.

Von 100 Patienten antworteten 48 Patienten (48%). Die Tabelle 28 bildet die Werte der Rekonvaleszenzzeit ab. Diese Patientengruppe war nach der AHB/Reha bis zum Wiedereinstieg in den Beruf zwischen 0 und 31 Tagen arbeitsunfähig geschrieben. Indizien sprechen dafür, dass die Zeitspannen der Arbeitsunfähigkeitszeiten in Zusammenhang mit den Belastungen in den beruflichen Tätigkeiten stehen. Dieses kann über die ermittelten Daten aber nicht signifikant nachgewiesen werden. Von der

untersuchten Gruppe handelt es sich bei der untersuchten Patientengruppe zu 97% um BfA Versicherte.

Im arithmetischen Mittel waren die Patienten dieser Gruppe 10,6 Tage nach AHB/Reha noch berufsunfähig. Das die Werte der Rekonvaleszenzzeiten in dieser Gruppe doch sehr streuen wird über die Werte Varianz (34,92) und Standardabweichung (5,85 Tage) doch sehr deutlich.

Langfristige Aussagen über das Verbleiben im Beruf können über diese Erhebung nicht gemacht werden.

Rekonvaleszenzzeit Kollektiv B	
gestutztes Mittel (Tage)	10,39
Arithmetisches Mittel (Tage)	10,6
Median (Tage)	10
Maximum (Tage)	31
Minimum (Tage)	0
Spannweite (Tage)	31
Mittlere Abweichung (Tage)	4,71
Varianz	34,93
Standardabweichung (Tage)	5,85
Variationskoeffizient	0,55

Tabelle 28 Rekonvaleszenzzeit Kollektiv B

Quelle: Eigene Erstellung

9 Vergleiche (Auswertungen) der Kollektive

9.1 Auswertung im Hinblick auf die Zeitdauer der klinischen Behandlung

Über die Tabelle 29 werden die Zeiträume der gesamten stationären klinischen Behandlung dargestellt, die sich aus den Zeiträumen der Akutintervention im Akutmedizinischen Zentrum und den Zeiträumen im stationär weiter behandelnden Krankenhaus zusammensetzt. Die Tabelle spiegelt die Zeiträume im arithmetischen Mittel in Tagen wieder. Die Zeitspanne der Versorgung im akutmedizinischen Zentrum ist im arithmetischen Mittel bei der Versorgung im Kollektiv A („Integriertes Versorgungsmodell“) um 0,49 Tage kürzer als im Kollektiv B. Die stationäre Behandlungsdauer in der weiter behandelnden Klinik fällt im Kollektiv A „Integrierten Versorgungsmodell“ mit 2,71 Tagen gegenüber dem Kollektiv B kürzer aus. Bezogen auf die klinische Gesamtbehandlungszeit (Zeitraum $t_0 - t_1$)³⁰⁷ fällt die stationäre Behandlung im Kollektiv A mit 15,98 Tagen um 3,2 Tage kürzer aus als im Kollektiv B.

Kostentechnisch führt die um 3,2 Tage verkürzte Liegedauer bei der stationären klinischen Behandlung zu bedeutsamen Einsparungen im Kollektiv A.

³⁰⁷ Vgl. Kap.7.7.1 Kollektiv A und Kap.7.7.2 Kollektiv B

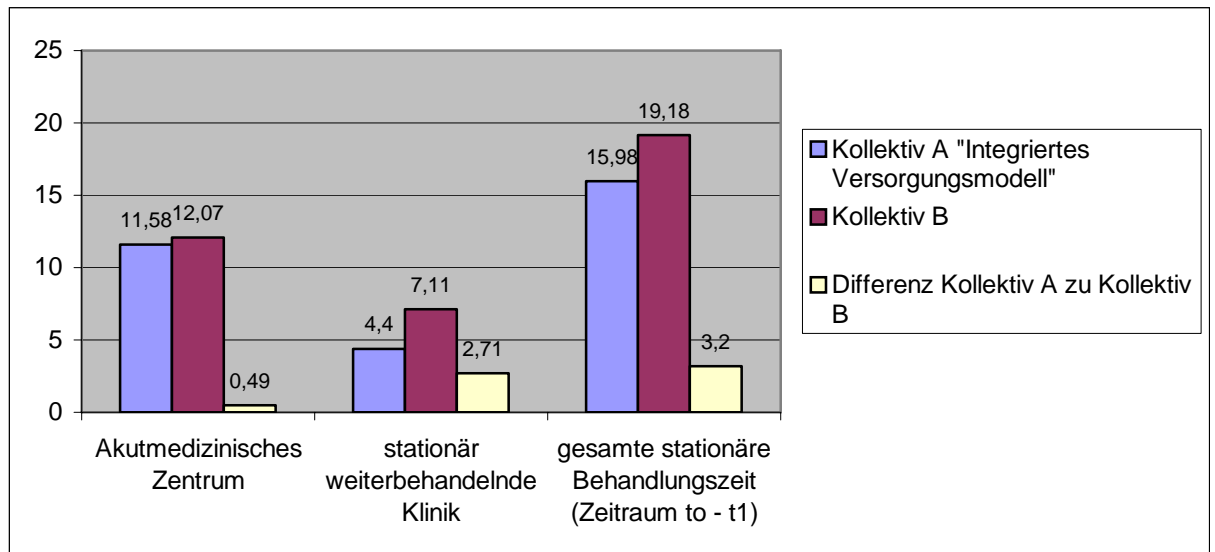


Tabelle 29 Darstellung der Zeiträume der stationären klinischen Behandlung im akutmedizinischen Zentrum und in der stationär weiter behandelnden Klinik sowie der Differenzen in Tagen
Quelle: Eigene Erstellung

Die Zeiträume bezogen auf die Versorgung im Akutmedizinischen Zentrum fallen in beiden Patientengruppen etwa gleich aus. In beiden Patientengruppen korrelieren kürzere Behandlungszeiten im Zentrum nach Akutintervention mit längeren stationären Behandlungszeiten in der weiter versorgenden Einrichtung. Dabei fiel auf, dass Frühverlegungen sowohl im Kollektiv A „Integriertes Versorgungsmodell“ wie auch im Kollektiv B vornehmlich dorthin stattfanden, wo die weiter behandelnde Einrichtung über ein entsprechendes „Know How“ verfügten.

Im Kollektiv A begründen sich Frühverlegungen aufgrund der besonderen Struktur der Gollwitzer-Meier-Klinik³⁰⁸, die eine entsprechende frühzeitige stationäre kardiologische Weiterbehandlung ermöglichen.

Im Kollektiv B begründen sich die Frühverlegungen aufgrund der Versorgungsstufen der weiterbehandelnden Krankenhäuser, die in den untersuchten Fällen entsprechende Fachabteilungen vorhalten können³⁰⁹.

³⁰⁸ Vgl. Kap. 7.2 Strukturelle Voraussetzungen der Klinik

³⁰⁹ Vgl. Kap. 8.2.2.2 Weiter behandelndes Krankenhaus

9.2 Auswertung im Hinblick auf die Zeitdauer der Rehabilitation

Die Dauern der stationären Anschlussheilbehandlungen liegen im Kollektiv A (Integriertes Versorgungsmodell) im Mittelwert (arithmetisches Mittel) bei 21,55 Tagen und im Kollektiv B bei 22,2 Tagen (siehe Tabelle 30).

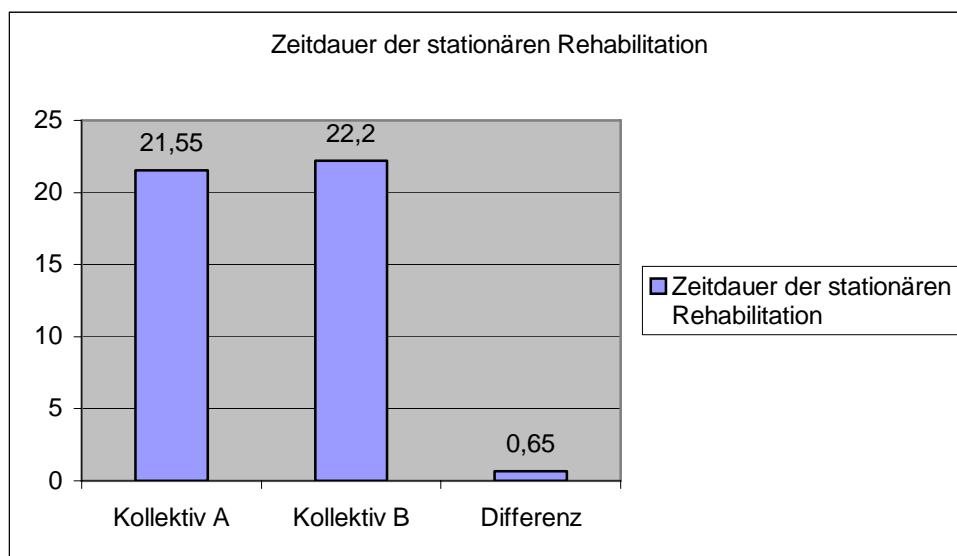


Tabelle 30 Zeitdauern der stationären Rehabilitation sowie der Differenz in Tagen
Quelle: Eigene Erstellung

Die Differenz beträgt 0,65 Tage. Um zu überprüfen ob die Differenz einer um 0,65 Tage kürzeren Zeitdauer bei der AHB/Reha der Patienten im Kollektiv B nur zufällig ist wurde mittels statistischem t-Test die Hypothese der Zufälligkeit überprüft. Zu testen ist mit einem zweiseitigen Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ die Hypothese, dass die beiden Stichprobenmittelwerte (21,55 und 22,2) nur zufällig voneinander abweichen. Dieses wurde über den Student'schen t-Test ermittelt. Der ermittelte Wert beträgt 0,098. Das entspricht einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 9,8 % und ist damit größer als das vorgegebene Signifikanzniveau von 5%. Damit wird die Nullhypothese³¹⁰ bestätigt. Das

³¹⁰ Bei der Arbeit mit Stichproben liegt ein Problem darin, dass es nicht so ohne weiteres klar ist, ob eine Stichprobe eine gute Schätzung des Populationsmittelwertes darstellt. Nimmt man an, dass alle Stichproben

bedeutet, dass die Zeitdauern der Anschlussheilbehandlungen bzw. Rehabilitationen zufällig voneinander abweichen³¹¹.

Die Dauer der AHB/Reha wird wesentlich durch die Kostenträger reglementiert. Veränderungen dieser vorgegebenen Zeiten in Bezug auf Verlängerungen der Anschlussheilbehandlungen bzw. Rehabilitationen aufgrund medizinischer Indikationsstellungen sind möglich und werden gemacht.

Die kürzere Zeit der Anschlussheilbehandlung kann lediglich als Indiz dafür sprechen, dass im Kollektiv A (Integrierten Versorgungsmodell)³¹² die Überleitung bzw. Schnittstelle von der stationären klinischen Behandlung in die Anschlussheilbehandlung fließend verläuft und der Patient schon während der stationären Behandlung von rehabilitativen Behandlungsanteilen partizipiert, welches im Ergebnis zu weniger Verlängerungen der Anschlussheilbehandlung und somit zu einer, über das gesamte Kollektiv A betrachtete, im Mittelwert kürzeren Behandlungsdauer innerhalb der Anschlussheilbehandlung führt. Indirekt wäre das als qualitativer Aspekt im Hinblick auf die Effektivität der Versorgung zu werten.

den gleichen Mittelwert (arithmetisches Mittel) haben, so ist die Streuung gleich 0. Dieses ist in der Praxis nicht so. Die Abweichung nennt man Streuung oder auch Standardfehler. Er ist auch klein, wenn die Grundgesamtheit (Population) keine große Streuung hat. Da aber Streuungen von Populationen nicht bekannt sind, kann nur geschätzt werden. Dies ist möglich auf Basis der Varianz der Stichprobe. Anders als bei der Varianzformel steht hier im Nenner nicht n , sondern $n-1$. Werden die Varianzen aller möglichen Stichprobenvarianzen gemittelt, dann wird die Populationsvarianz um $(n-1)/n$ unterschätzt. Dabei muss eine gewisse Irrtumswahrscheinlichkeit berücksichtigt werden, da der Stichprobenmittelwert nicht zur Population gehört. Diese Irrtumswahrscheinlichkeit kann mit z.B. 10% angenommen werden. Jetzt kann überprüft werden, ob sich der Mittelwert nicht vom Mittelwert der Grundgesamtheit unterscheidet. Dieses wird in der Statistik als Nullhypothese bezeichnet. Wird diese verworfen, so gilt die Alternativhypothese. In solch einem Fall sagt man auch, dass die Stichprobe statistisch signifikant ist. Kann die Nullhypothese nicht verworfen werden, so ist die Stichprobe nicht statistisch signifikant. Als Nullhypothese wird also bezeichnet, dass die Differenz zwischen dem hypothetisch festgelegten Wert der Grundgesamtheit und dem empirisch festgestellten Stichprobenwert lediglich auf die Zufallseinflüsse des Stichprobenverfahrens zurückzuführen ist.

³¹¹ Die Annahme eines Signifikanzniveaus von 5% ist üblich. Es ist jedoch möglich ein anderes Signifikanzniveau zugrunde zu legen (1% sehr signifikant oder auch 10%). Welches Signifikanzniveau gewählt wird hängt von den Konsequenzen einer falschen Entscheidung ab, da bei jedem Signifikanztest zwei Entscheidungsfehler möglich sind. Ich entscheide mich für die Beibehaltung der Nullhypothese, obwohl die Alternativhypothese richtig ist. Dies ist der beta-Fehler. Ich kann mich auch gegen die Nullhypothese entscheiden, obwohl sie richtig ist. Dies ist der alpha-Fehler, der festgelegt werden kann, da der Signifikanztest eine spezifische Hypothese – die Differenz zwischen zwei Mittelwerten ist null – überprüft. Durch eine genügend große Stichprobe durch in diesem Fall Erhöhung der Versuchspersonenzahl lassen sich beliebig kleine Unterschiede signifikant machen ohne dass diese Unterschiede praktisch von Bedeutung sind.

³¹² Vgl. Kap. 7.5 Integriertes Versorgungsmodell der Gollwitzer-Meier-Klinik

Kürzere Verweildauern bedeuten unter Effizienz - Gesichtspunkten für die Kostenträger Einsparungen.

9.3 Auswertung im Hinblick auf die Rekonvaleszenzzeit

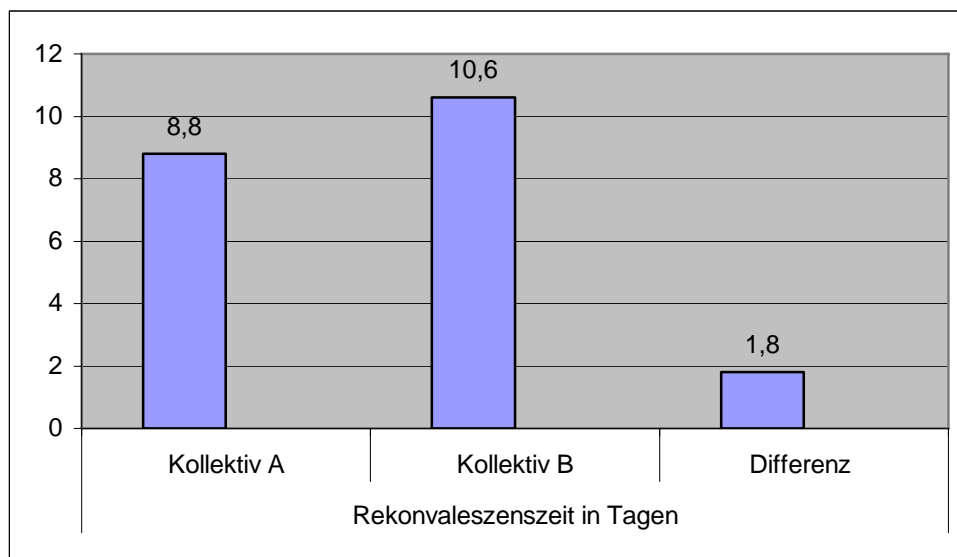


Tabelle 31 Rekonvaleszenzzeit in Tagen
Quelle: Eigene Erstellung

Die Dauer der Rekonvaleszenzzeit im Kollektiv A betrug im arithmetischen Mittel 8,8 Tage und im Kollektiv B 10,6 Tage. Bei der Ermittlung der Daten haben aus Kollektiv A 58 Patienten (58%) und aus Kollektiv B 48 Patienten (48%) Auskunft zum Zeitpunkt des Wiedereintritts in den Beruf gegeben. Vergleicht man die Ergebnisse miteinander so waren die Patienten des Kollektivs A im Durchschnitt 1,8 Tage kürzer arbeitsunfähig geschrieben als im Kollektiv B. Über den Student'schen - t-Test wurde die Signifikanz ermittelt. Das Ergebnis lag bei 0,098. Die Überschreitungswahrscheinlichkeit von 9,8 % und ist damit größer als das vorgegebene Signifikanzniveau von 5%³¹³ und weist aus, dass die Zeitdauern der Rekonvaleszenzzeiten zufällig voneinander abweichen. Das Ergebnis lässt keine eindeutigen Schlüsse bzw. Interpretationen zu.

³¹³ vgl. Fußnote 311

Zu vermuten ist, dass die Kontinuität der Behandlung im Integrierten Versorgungsmodell dazu geführt haben könnte, dass sich die Rekonvaleszenzzeit verkürzt. Aus der Datenlage und durch die Befragung der Patienten und Patientinnen ist dieses aber nicht schlüssig zu begründen.

Die verkürzte Rekonvaleszenzzeit von 1,8 Tagen im „Integrierten Versorgungsmodell“ ist bezüglich der Effizienz für den Kostenträger evident.

9.4 Auswertung im Hinblick auf die Gesamtbehandlungszeit bis zum Wiedereintritt in den Beruf (to – t3)

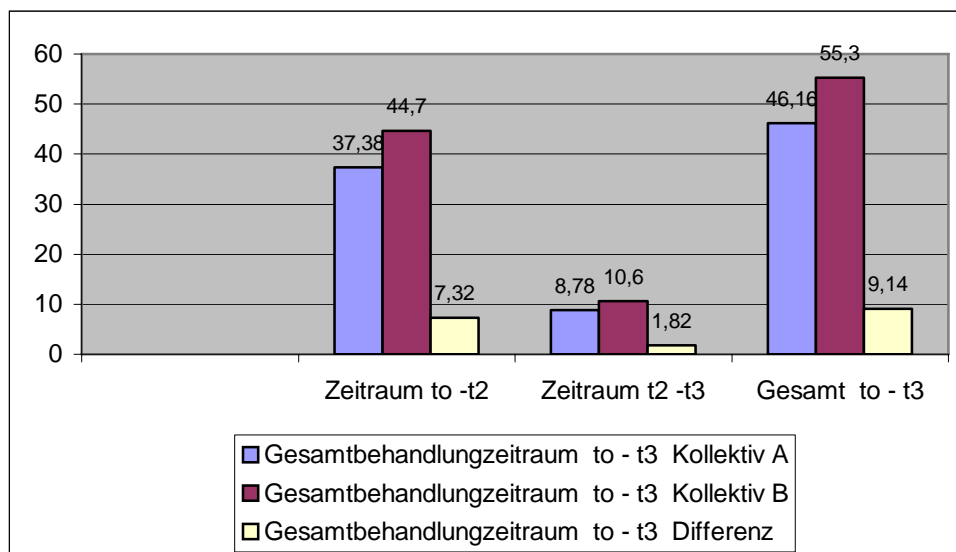


Tabelle 32 Darstellung der Behandlungszeiträume t0 –t3 in Tagen
Quelle: Eigene Erstellung

Über die Tabelle 32 werden die Behandlungszeiten dargestellt.

Innerhalb der Schnittstellen to- t2 wird der Behandlungszeitraum von der Akutintervention bis zum Abschluss der rehabilitativen Maßnahme abgebildet. Bis zu diesem Zeitpunkt haben die Patienten im Kollektiv A „Integriertes Versorgungsmodell“ eine im

arithmetischen Mittel 7,32 Tage kürzere Behandlungszeit als die Patienten im Kollektiv B „herkömmliches Versorgungsmodell“ hinter sich.

Betrachtet man die gesamte Dauer vom Beginn der Behandlung bis zum Wiedereinstieg in den Beruf ($t_0 - t_3$), so haben die Patienten des „Integrierten Versorgungsmodells“ eine im Durchschnitt 9,14 Tage kürzere Gesamtbehandlungszeit gebraucht als die Patienten im herkömmlichen Versorgungsmodell.

Über den Student'schen - t-Test wurde die Signifikanz ermittelt. Das Ergebnis lag bei $3,052E-12$ (Ergebnis über Excel). Die Überschreitungswahrscheinlichkeit ist damit wesentlich kleiner als das vorgegebene Signifikanzniveau von 5% und weist aus, dass die Zeitdauern der Gesamtbehandlungszeiten nicht zufällig voneinander abweichen.

10 Ergebnisbetrachtung

10.1 Ergebnisbetrachtung unter Effizienz Gesichtspunkten

In diesem Punkt werden die Ergebnisse, betrachtet unter Effizienz Gesichtspunkten, an den anfangs gestellten Hypothesen³¹⁴ aufgehängt.

- Die Überlegenheit einer „integrierten Versorgungskette“ zeigt sich darin, dass sich die Gesamtdauer der Behandlung (von der Akutversorgung bis hin zum Wiedereintritt in den Beruf) verkürzt.

Die Gesamtdauer der Behandlung von der Aufnahme zur akuten Intervention (Bypass- und/oder Herzklappenoperation) bis zum Wiedereintritt in den Beruf beträgt im „Integrierten Versorgungsmodell“ im Durchschnitt 46,16 Tage. Dieses ist eine Differenz von 9,14 Tagen zu dem herkömmlichen Versorgungsmodell mit 55,3 Tagen.

Die im Durchschnitt 9,14 Tage kürzere Berufsunfähigkeitsdauer durch die im „Integrierten Versorgungsmodell“ behandelten Patienten bedeutet unter Effizienz Gesichtspunkten aus Sicht des Kostenträgers eine Reduzierung von Kosten.

- Durch ein „integriertes Versorgungsmodell“ wird die Rekonvaleszenzzeit verkürzt.

Die Rekonvaleszenzzeit der Patienten im „Integrierten Versorgungsmodell“ gestaltete sich im Durchschnitt um 1,8 Tage kürzer als bei den Patienten im „herkömmlichen Versorgungsmodell“.

Damit ist die Effizienz nachgewiesen, da auch hier die Verkürzung der Rekonvaleszenzzeit Einsparungen auf Kostenträgerseite bewirkt.

³¹⁴ Vgl. Kap.1.2 Zielsetzung der Dissertation

-
- Durch eine Verkürzung von Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeitszeiten im dem „Integrierten Versorgungsmodell“ entstehen gesamtwirtschaftlich betrachtet bedeutsame ökonomische Einspareffekte.

Das gemessene Ergebnis bzw. der Nutzen der verkürzten Gesamtbehandlungsdauer im „Integrierten Versorgungsmodell“ von 9,14 Tagen könnte über volkswirtschaftlich relevante- oder auch indirekte Kosten (z.B. Lohnfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber) ausgedrückt werden und den Behandlungskosten gegenübergestellt werden. Die Berechnung der absoluten Effizienz über eine Kosten- Nutzenanalyse³¹⁵ wäre das Ergebnis³¹⁶.

Die schon über ein kleines Patientenkollektiv nachgewiesene Effizienz, hochgerechnet auf die Gesamtzahl der Patienten in Deutschland, würde gesamtwirtschaftlich betrachtet große Einsparpotentiale bedingen.

³¹⁵ Vgl. Kap .6.1 Kosten – Nutzen – und Kosten – Wirksamkeitsanalyse

³¹⁶ Anmerkung des Verfassers: Die Erstellung einer Kosten-Nutzen- bzw. Kostenwirksamkeitsanalyse war nicht Aufgabenstellung dieser Dissertation

10.2 Ergebnisbetrachtung unter Effektivitätsgesichtspunkten

Effektivität ist ein Kriterium welches sich in diesem Kontext auf eine „optimale Versorgung von Patienten“ bezieht.

Betrachtet man die Ergebnisse der quantitativen Erhebung in dieser Arbeit, so lassen sich Zeitdimensionen darstellen, die eng gefasst keine qualitativen Aussagen bezogen auf eine „optimale Versorgung von Patienten“ zulassen.

Aussagen von Patienten, die sich qualitativ auswerten lassen, setzen z.B. Vergleichsmöglichkeiten für Patienten voraus, die in diesem System durch die Vorgaben der Versicherungsträger z.B. in Bezug auf die Auswahl der Rehabilitationsklinik so nicht gegeben sind.

Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualitäten innerhalb der kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen sowie deren Ressourceneinsatz und individuellen Zielstellungen folgen zwar gewissen Vorgaben seitens der Kostenträger, werden aber trotzdem sehr unterschiedlich gehandhabt.

Eine Vergleichbarkeit der Behandlungen und ein Bewerten der Ergebnisse sowie dessen Vergleiche sind wie im Vorfeld hinreichend dargelegt nicht so einfach möglich.

Ein direkter Ursache – Wirkungszusammenhang (Kausalität) dass das „Integrierte Versorgungsmodell“ besser ist als die herkömmliche Versorgung wurde, wie schon unter dem Punkt Forschungsdesign dargelegt, nicht festgestellt.

Dennoch liefern die gewonnenen Daten dieser Arbeit Indizien, die unter Effektivitätsgesichtspunkten betrachtet werden könnten. Folgende anfangs dieser Arbeit gestellten Hypothesen greifen diese Qualitätsaspekte auf:

- Die unmittelbare Überführung herzoperierter Patienten von der Akutversorgung in ein auf Integration von intermediärer Krankenhausmedizin und Rehabilitation ausgerichtetes Zentrum ist, bezogen auf die Zeitdimensionen, dem bisherigen Versorgungsmodell (Dreiteilung in operative Maßnahmen, Nachbehandlung im Akutkrankenhaus, ggf. hausärztliche Versorgung und anschließender Rehabilitation) überlegen.

-
- Eine „integrierte Versorgungskette“ führt zu einer früheren sozialen und beruflichen Reintegration.

Die Reintegration herzoperierter Patienten in ihr berufliches und soziales Umfeld weist eine inverse Korrelation zur Dauer der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit auf. Sie wird mit zunehmender Krankheitsdauer erschwert.

Vor diesem Hintergrund ist eine mögliche Verkürzung krankheitsbedingter Ausfallzeiten nach Herzoperation wünschenswert.

Die Versorgung im „Integrierten Versorgungsmodell“ wie über diese Arbeit belegt, führt zu einer Verkürzung der Gesamtbehandlungszeit und damit zu einer früheren sozialen wie beruflichen Integration.

In diesem Zusammenhang ist der in diesem Modell durch die kürzere Gesamtbehandlungszeit frühere Zeitpunkt der „Wiederaufnahme der Berufstätigkeit“ als Indiz zu werten, der die „Qualität“ bzw. die Überlegenheit einer „Integrierten Behandlungskette“ deutlich werden lässt, was demnach als Qualitätskriterium unter Effektivitätsgesichtspunkten gewertet werden muss.

Vermutet werden folgende Faktoren, die die kürzere Gesamtbehandlungszeit innerhalb des „Integrierten Versorgungsmodells“ begünstigen:

- Schnittstellenminimierung

Durch eine Schnittstellenminimierung im Integrierten Versorgungsmodell³¹⁷ werden nachweislich inhaltliche sowie logistische Brüche vermieden. Dieses wird durch einen direkten Übergang von der stationären klinischen Versorgung in die AHB gewährleistet. Das Behandlungsteam, welches die stationäre klinische Behandlung durchführt, ist auch für die weitere kardiologische Anschlussheilbehandlung zuständig³¹⁸.

Argumente für die Integration von zwei Leistungsanbietern unter einem Dach wie im „Integrierten Versorgungsmodell der Gollwitzer-Meier-Klinik“ liefern auch die Ausführungen der Erfahrungen der Bundesknappschaft mit dem Prosper-Projekt³¹⁹.

Hier finden sich z.B:

- schnellerer Informationsfluss zwischen den behandelnden Ärzten (in der Gollwitzer-Meier-Klinik betreut der Arzt, der den Patienten in die stationäre Behandlung aufnimmt, auch in der anschließenden Rehabilitation weiter, mit der Konsequenz, dass Daten und Unterlagen sofort verfügbar sind und es so zu keinen unnötigen Behandlungsbrüchen und Verzögerungen kommt)
- Im Rahmen der Schnittstellenminimierung kann der richtige Zeitpunkt des Übergangs von der stationären Behandlung in die Rehabilitation ganz individuell auf den Patienten angepasst und eingeleitet werden, da der Arzt sowie das Behandlungsteam den Patienten kennen. Dieses ist für den Patienten ein qualitativ zu wertender Vorteil.

³¹⁷ Vgl. Kap. 7.5 Integriertes Versorgungsmodell der Gollwitzer-Meier-Klinik

³¹⁸ Vgl. Kap. 7.4.2 nach Übernahme aus dem eigenen Klinikbereich

³¹⁹ Vgl. Kap. 4.5.4.4.1 Prosper-Projekt

-
- Aufgrund der Verfügbarkeit von Informationen brauchen verschiedene Untersuchungen aufgrund fehlender Befunde nicht doppelt durchgeführt und damit der Patient nicht unnötig belastet werden.
 - Durch die Integration der beiden Leistungsanbieter der stationären klinischen Behandlung und der Rehabilitation unter einem Dach können und werden schon speziell auf die Kardiologie ausgerichtete rehabilitative Behandlungsanteile während der stationären klinischen Behandlungszeit durch das Behandlungsteam eingepflegt, von denen der Patient partizipiert und in die Lage versetzt wird, schon wesentlich früher und schneller Fortschritte machen zu können. Patienten, die im herkömmlichen Versorgungsmodell in weiter behandelnde Krankenhäuser verlegt werden, haben diesen Vorteil nicht, da die weiter behandelnden Krankenhäuser in der Regel die hierfür nötigen Strukturen nicht vorhalten können.

Das Endoprothetik Projekt in Münster³²⁰ weist ebenso die Optimierung der Schnittstellen als einen wesentlichen Grund für die von ihnen nachgewiesene signifikant bessere Patientenzufriedenheit wie auch die Senkung von Kosten an.

³²⁰ Vgl. Kap. 4.5.4.4.2 Projekt Endoprothetik Münster

11 Fazit und Ausblick

Fazit

In der spätmodernen Gesellschaft wird Gesundheit immer wichtiger – ein Hinweis darauf ist das seit Anfang der 60er – Jahre des letzten Jahrhunderts beschleunigte Wachstum der Krankenhausbehandlungssysteme.

Wie eingangs dieser Arbeit angesprochen, stellt sich vor dem Hintergrund knapper werdender öffentlicher Mittel in dieser modernen Gesellschaft die Frage, wie nach wie vor mit der ungebrochenen Dynamik dieser Systeme umgegangen werden soll.

Vor diesem Hintergrund stellen sich Steuerungsfragen auf allen Ebenen. Sie werden und wurden auch in den letzten Jahren in der Bundesrepublik Deutschland zunehmend diskutiert.

In diesem Zusammenhang befasst sich die Gesundheitssystemanalyse:

„ ... mit den durch Ökonomie, Recht und Gesundheitspolitik vorgegebenen Rahmenbedingungen, den Merkmalen des Versorgungssystems (Organisationsstrukturen, Zugang, Finanzierung), dem Bedarf, der Verteilungsgerechtigkeit sowie der Effektivität und Effizienz der erbrachten Leistungen“³²¹.

Dabei wird vor allem die Makro-Ebene der Gesundheitspolitik und ihre Beziehung zum Krankenhausbehandlungssystem fokussiert.

Inhalte sind meist die Auswirkungen institutioneller Arrangements konkreter Programme und spezifischer Entscheidungen auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im System, auf Leistungsumfang, Effektivität, Qualität und Zugänglichkeit, vor allem aber auf Kosten und Effizienz.

³²¹ Siegrist, 2005, S.324

„Effektivität und Effizienz“ sind die beiden basalen Anforderungen in der heutigen Zeit unter deren Blickwinkel sich bestehende und neu zu gestaltende Versorgungsstrukturen betrachten und auch überprüfen lassen müssen.

Dabei bezieht sich die Effizienz auf eine unverzichtbare Wirtschaftlichkeit im Hinblick auf zu erbringende Leistungen, deren Qualität dadurch nicht gemindert werden sollte.

Effektivität ist die andere wesentliche Anforderung, die an moderne Gesundheitssysteme gestellt wird – dieses Desiderat bezieht sich dabei auf die optimale Versorgung von Patienten.

Dass innerhalb der Patientenversorgung logistische wie auch inhaltliche Brüche entstehen, ist nicht nur über die mediale Berichterstattung bekannt, sondern wird aus der Praxis betrachtet für die Patienten nicht nur sprichwörtlich am eigenen Leibe erfahren und ist in Teilen dieser Arbeit immer wieder thematisiert worden.

In der medizinsoziologischen Debatte und zum Teil auch in der sozialwissenschaftlichen Debatte ist dieses Problem bekannt und es wird bereits eine längerfristige Umsteuerung der Systeme der Prävention bis Nachsorge, der kurativen Medizin bis in den Bereich der medizinischen Rehabilitation diskutiert. Die ausschließlich iatrogene Sichtweise wird zur Disposition gestellt.

Veränderungen von Verantwortlichkeiten, andere - vor allem patientenzentrierte - Arbeitsweisen der in all diesen Bereichen Tätigen, Umorganisation und ggf. Vernetzungen der Institutionen werden gefordert. Dazu gehört auch die Einbeziehung der Betroffenen - also der Patienten - in die Entscheidungsprozesse.

Von einem so orientierten Gesundheitssystem wird erwartet, dass es die Reibungsverluste durch das Effizienzgebot zu bereinigen in der Lage ist, ohne zu dessen Kosten zu gehen.

Über die qualitativen Beziehungen von Angebot, Nachfrage und Bedarf an Gesundheitsleistungen hinaus steht deren Qualität im Zentrum des Entwicklungsbedarfs. Determinanten medizinischer Versorgungsqualität setzen bei der Ausbildung, den Ressourcen, den Versorgungsstrukturen und den Kooperationsstrukturen an.

Innerhalb der Versorgungsstrukturen wurden im Kontext dieser Arbeit die Schnittstellenproblematik und die dadurch geschaffenen Hemmnisse optimaler Versorgungsqualität immer wieder deutlich.

Hierzu gehörten u.a. Fragestellungen nach der Sinnhaftigkeit von Verlegungen in stationär weiter behandelnde Krankenhäuser, die aufgrund ihrer Versorgungsstufe nicht auf die entsprechende Behandlung der in dieser Arbeit beschriebenen Patientenkollektive ausgerichtet sind. Vielleicht mag das im Einzelfall sinnvoll sein, bietet aber keinen Hinweis auf eine nachprüfbar zielgerichtete und optimale Patientenversorgung.

Ebenso stellt sich die Sinnhaftigkeit der ambulanten Weiterbehandlung als weitere Schnittstelle vor dem stationären Rehabilitationsaufenthalt.

Hierdurch wird deutlich, dass Optimierungen im Schnittstellenmanagement an den Übergängen im Versorgungssystem in Zukunft stärker als bisher in den Focus der Verantwortlichen im Kontext der Reformen des Gesundheitswesens gestellt werden müssen.

In dieser Arbeit haben grundsätzliche Analysen, basierend auf theoretischen und empirischen Betrachtungen, die logistischen Vorteile einer strukturell integrierten Nachsorge frisch herzoperierter Patienten sowohl in medizinischer (indirekt) als auch ökonomischer Hinsicht nahe gelegt.

Die vorliegende Arbeit liefert Indizien für die verfahrenstechnische Überlegenheit des integrierten Behandlungskonzeptes am Beispiel der frühpostoperativen herzchirurgischen Nachsorge in der Gollwitzer-Meier-Klinik, Bad Oeynhausen.

Eine qualitative Bewertung des Integrierten Versorgungskonzeptes konnte nicht direkt nachgewiesen werden und stützt sich lediglich auf Indizien und Literaturstudien.

Sparzwänge führen zu immer rascheren Veränderungsprozessen in der medizinischen Versorgungslandschaft. Sparerfolg kann und darf aber nicht rein zahlenmäßig an der Höhe von Ausgaben-Summen beurteilt werden, frei nach dem Motto „billig muss es sein!“. Wirklich ökonomischer Umgang mit Geldmitteln wird sich nicht nur an der Quantität, sondern immer auch an der Qualität der Ausgaben messen, also am Preis-Leistungs-Verhältnis.

Sparsamer Umgang mit Finanzmitteln bedeutet, möglichst große Anteile des Budgets auf hochwertige unverzichtbare Leistungen zu konzentrieren und möglichst wenig Geld für minderwertige Leistungen auszugeben, sowie gar kein Geld für unnötige Leistungen.

Intelligentes Sparen setzt an erster Stelle strukturelle Analysen und Konzepte mit der Frage nach den leistungsstärksten und zukunftsgerichteten Leistungsangeboten voraus. Sonst besteht unweigerlich die Gefahr, dass dem Rotstift die oberflächlich betrachtet etwas teureren, aber im eigentlichen Kern wertvollsten und effizientesten Leistungsstrukturen zum Opfer fallen.

Dieses Primat des strukturellen übergeordneten Konzepts muss bewusst gewählt und hergestellt werden.

In diesem Bereich ist und muss es Aufgabe der Anbieter „Integrierter Versorgungskonzepte“ bzw. auch jeglicher Leistungsanbieter sein, unter der Prämisse von „Qualität“ seine Strukturen und Prozesse zu optimieren und darstellen zu können. Wesentlich ist hier auch der Nachweis der erbrachten quantitativen und qualitativen Ergebnisse um gegenüber den Kostenträgern Argumente für die Rechtfertigung ihres Handelns - letztendlich ihrer Existenz - zu haben.

Die Landschaft der Kostenträger mit Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern, weiter aufgesplittert durch die regionalen und lokalen Arbeitsebenen sowie die Versorgungssektoren Akut- und Rehabilitationsmedizin, ambulant, stationär und teilstationär ist sehr kompliziert.

Im Alltagsgeschäft wird der Ausgaben-Controller auf der unteren Arbeitsebene an der Summe der verhinderten Ausgaben in seinem Bereich gemessen werden.

Ob es zeitnah oder längerfristig zeitversetzt zu Kostenverschiebungen in andere Bereiche oder gar Mehrausgaben an anderer Stelle kommt, lässt sich anhand solcher Zahlenbilanzen nicht ablesen.

Bei dem hohen Kostendruck im Gesundheitswesen kann man sich aber gerade für den Bereich der stationären Nachsorge-Medizin in der Alltagspraxis oft nicht des Eindrucks und der Sorge erwehren, dass ein vordergründiges Billigpreisdiktat Billigleistungsanbieter begünstigt und Spitzenleistungsanbieter benachteiligt, wenn nicht gefährdet.

Je billiger der Not des Preisdruckes gehorchend aber eine Leistung angeboten wird, umso mehr wird die Frage berechtigt, welcher Wert tatsächlich noch dahinter stehen kann. Qualität hat ihren Preis.

Konzentration auf diese qualitativ hochwertigen Leistungen führt insgesamt zu Ausgabeneinsparungen bei steigender Versorgungsqualität.

Wenn es um sinnvolle und nachhaltige Einsparungen im Gesundheitswesen geht, müssen in erster Linie vorbildliche Strukturen gefördert werden. Dazu möchte diese Arbeit einen Baustein liefern.

Medizin und Kostenträger sind partnerschaftlich gefordert, Strukturen, die Qualität einerseits unter Effizienz-, aber genauso unter Effektivitätsgesichtspunkten im Sinne „optimaler“ Patientenversorgung in den Mittelpunkt rücken, zu stärken, auszubauen und im Spannungsfeld medizinischer Notwendigkeit und politischer Entscheidungen zu verteidigen.

Das strukturell integrierte Versorgungsmodell der Gollwitzer-Meier-Klinik für die frühpostoperative herzchirurgische Nachsorge hat u.a. gezeigt, dass sich der Patient im „integrierten Versorgungsmodell“ zu jeder Zeit in dem Behandlungsprozess auf der strukturell betrachtet richtigen Versorgungsstufe befindet und dadurch nicht den Zwischenbehandlungen in „Heimatkrankenhäusern“ und der ambulanten Versorgung vor der Rehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung ausgesetzt ist.

Wenn eine Einrichtung unabhängig von der Gollwitzer-Meier-Klinik im Rahmen integrierter Versorgung zwei oder mehr Versorgungsstufen, die auch inhaltlich aufeinander aufbauen, vorhält, damit Schnittstellen minimiert sowie Behandlungsbrüche eliminiert und dadurch für eine kontinuierliche Versorgung führt, kann das nur positive Auswirkungen für die Patienten haben und ein Plädoyer für eine „Integrierte Versorgung“ sein.

Bezogen auf die Qualität der Versorgung innerhalb der Leistungsanbieter im Kontext des Gesamtbehandlungsprozesses lässt das Forschungsdesign dieser Arbeit eng betrachtet keine Kausalaussagen zu.

Ursache-Wirkungszusammenhänge qualitativer Art, ob und warum das integrierte Versorgungsmodell besser ist, können nicht dargestellt werden und stützen sich soweit möglich, auf Indizien und Literaturstudien.

Um dieses darzustellen hätte der qualitative Aspekt in den Focus der Arbeit gerückt werden, und das Forschungsdesign Experiment gewählt werden müssen.

Das hätte auch Aussagen in Bezug auf die interne und externe Validität zugelassen die so kaum möglich sind.

Ausblick

Die Qualität der eigentlichen Versorgung des Patienten, die Schnittstellen und im Besonderen die Gestaltung des Übergangs an den Schnittstellen von einem zum anderen Leistungserbringer im Kontext der Gesamtbehandlung sind Gebiete auf denen qualitative Erhebungen gemacht werden müssten.

Auch müsste die Sinnhaftigkeit der Versorger im Kontext von Gesamtbehandlungsprozessen stärker als derzeit geschehen, in den Focus der Bemühungen gestellt werden.

Aufgrund medizinischer Fortschritte, demographischer Entwicklungen und Ausbau von ambulanten Nachsorgeeinrichtungen wird sich die stationäre Nachsorge in Zukunft zunehmend auf komplexere Fälle verdichten.

Die moderne stationäre Nachsorgeeinrichtung sollte nicht nur ein hohe strukturelle und personelle rehabilitative Kompetenz bereit stellen, sondern auch möglichst im Versorgungsbereich intermediäres akutmedizinisches Potential, um bei hoher Leistungsdichte der Aufgabe eines weitgehend nahtlos integrierenden Bindegliedes zur operativen und interventionellen Maximalmedizin gerecht zu werden.

Nach der gezielten Intervention in der Akutklinik (Phase I) mit Frühmobilisation und psychischer Betreuung wird die Behandlung in der Phase II mit einer zu optimierenden medikamentösen Therapie und falls nötig, Anleitungen zu Lebensstilmodifikationen wie Rauchstopp, herzgesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Stressmanagement und Entspannung sowie, wenn angezeigt, einer psychosozialen Intervention fortgesetzt. Diese angesprochenen „kausalen Therapieansätze bilden daher das zentrale Maßnahmen-Set der kardialen Rehabilitation“³²².

Allerdings sollte und darf in diesem Kontext nicht vergessen werden, dass sich die kardiale Rehabilitation nicht nur mit den Erfolgen der Maßnahmen in der Phase II³²³ (Phasenmodell kardiologischer Rehabilitation nach WHO) zufrieden geben sollte.

Nach meinem Verständnis muss die Langzeitperspektive nach Rehabilitation, die lebenslange „Erhaltungsphase“³²⁴ (Phase III) viel stärker als derzeit geschehen, in den Focus der Zielstellungen von rehabilitierenden Klinik gerückt werden.

Qualitätsdarstellungen einer Klinik, unter dem Dach eines umfassenden Qualitätsmanagementsystem im Sinne eines TQM, zertifiziert nach verschiedensten Normen wie DIN EN ISO, KTQ etc. sind zwar Aushängeschilder für Kliniken und weisen eine „Art Qualität“ aus, sind aber noch lange kein Garant dafür, dass das für den Patienten anzustrebende Ergebnis nach Rehabilitation, die langfristige Verhaltensveränderung im Sinne des „Konzeptes der Lebensstiländerung“ als Qualitätsparameter dauerhaft im Focus der Kliniken steht.

³²² Die Rehabilitation und Nachsorge von Herzpatienten , 2002, S.2

³²³ Vgl. Kap.2.6.2.1.1 Qualitätsleitlinien kardiologischer Rehabilitation

³²⁴ Vgl. ebda.

Gründe liegen, wie schon im Vorfeld³²⁵ ausgeführt, in der Vielfalt der Akteure, die die Qualität rehabilitationsmedizinischer Dienstleistung definieren und auch mitbestimmen können. Im Ergebnis sind „...Heterogenität und Zielverwirrung Kennzeichen der Rehabilitation“³²⁶.

Ein weiterer Grund ist darin zu sehen, dass in der Rehabilitation das Leitbild der Akutmedizin dominiert. „Das Leitbild der Akutmedizin durchdringt die Struktur und den Prozess der Dienstleistung. Es vergegenständlicht sich in den Kliniken mit einer primär (bio)medizinischen Aufgabendefinition von Rehabilitation mit einer akutkrankenhausähnlichen Versorgungskonzeption, in der Technisierung der Rehabilitation und schließlich im Management zentraler Behandlungsmethoden. Damit wird auch die Behandlung in der Rehabilitation von der Basis einer naturwissenschaftlichen – somatischen Medizin getragen“³²⁷.

In der Herz-Kreislauf-Medizin ist dieses zwar eine wesentliche Voraussetzung zur Optimierung der Relation zwischen eingesetzten Ressourcen und medizinischem sowie sozioökonomischem Erfolg, trotzdem muss auch hier der Focus stärker als derzeit geschehen auf die Langzeitperspektive (Phase III) gelegt werden.

Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass „...ohne eine langfristige und adäquate Weiterbetreuung der rehabilitierten Patienten im Alltag ein Teil der günstigen Rehabilitationsresultate oft nur von kurzer Dauer ist, gleichgültig ob ein Patient stationär oder ambulant rehabilitiert wurde“³²⁸.

Eine prospektive Studie aus Deutschland, die insgesamt 68 Rehabilitationskliniken und 1074 Patienten einschloss, kommt zu den Schlussfolgerungen, dass die effizientesten Maßnahmen der kardiovaskulären Sekundärprävention nur dann aufrecht erhalten werden können, wenn die Verbindungen zwischen den kardiovaskulären Rehabilitationszentren, dem behandelnden Arzt und den Strukturen der Phase III verstärkt werden³²⁹.

³²⁵ Vgl. Kap. 2.6.2.1.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der kardiologischen Rehabilitation

³²⁶ Vgl. Janßen, H.1996, S.341-342

³²⁷ Vgl. Janßen, 1996, S.342

³²⁸ Knoglinger, E. et al., 2000, S.339f.

³²⁹ Vgl. Gühlich, M.et al., 2001, S.331-332

In der Phase III soll und muss der in der Phase II erarbeitete und gesundheitsfördernde Lebensstil dann am Wohnort über einen längeren Zeitraum stabilisiert und sichergestellt werden. Um die nötige Kontinuität in der langfristigen Behandlung der Herzpatienten sicherzustellen, sollte ihre dafür in der Phase III erforderliche Weiter- und Langzeitbetreuung aber bereits in der Phase II in die Wege geleitet werden.

Praktisch bedeutet dies, dass bereits während der Rehabilitationsbehandlung ein enger Kontakt zu den am Wohnort weiterbehandelnden Ärzten und den jeweiligen ambulanten Herzsportgruppen aufzubauen ist.

Die Praxis sieht derzeit so aus, dass nur 8% der Rehabilitanden der kardiologischen Rehabilitation eine Nachsorgeleistung in Anspruch nehmen. Dabei handelt es sich bei zwei Drittel der Fälle um Rehabilitationssport im Rahmen von ambulanten Herzsportgruppen.

Literaturverzeichnis

Amelung, V. E. / Schumacher, H. (2004) :

Managed Care - Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 3. Aufl., Wiesbaden, Gabler

Andersen, H. / Schwarze, J. (1999) :

Der Versicherten-Report – Die Novitas-Befragung 1998. Die Betriebskrankenkasse; 2: 87–97

Arnold, M. / Lauterbach, K. W. / Preuß, K. J. (Hrsg.) (1997) :

Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, Stuttgart: Schattauer

Arnold, M. (1996) :

Managed Care Prinzipien Effekte Grenzen. Führen und Wirtschaften; 13(1): 8–12.

Berger Roland Strategy Consultants (2002) :

Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukteindustrie

Bernardi-Schenkluhn, B. (1992) :

Das Gesundheitssystem der Schweiz. Akteure Strukturen Prozesse und Reformstrategien. Schriftenreihe der SGGP, S.24

Bey, Tareg (2001) :

Managed Care in den USA: Übermacht der Versicherungen. In: Deutsches Ärzteblatt 98, Heft 51-52 vom 24.12.01

Böcken, J. / Butzlaff, M. / Esche, A. (Hrsg.) (2000):

Reformen im Gesundheitswesen. Gütersloh, Bertelsmann

Böhlert, I. (1997) :

Das Schweizer Gatekeeping-System – Ein Modell zur Verbesserung der Leistungsentwicklung und Wirtschaftlichkeit. Gesundheitswesen, 59, S.488–494

Böhlert, I. (1997) :

Voraussetzung zur erfolgreichen Umsetzung von Managed Care-Gatekeeper-Systemen nach dem Schweizer Muster in Deutschland. Gesundheitswesen, 59, S.555–560.

Bradbury, R. / Golec, J. (1991) :

Comparing hospital length of stay in independent practice associations HMOs and traditional insurance programs. Inquiry 1991; 28 (1) S.87–93.

Brandt, Elmar (Hrsg.) (2001):

Qualitätsmanagement & Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Handbuch zur EFQM-Einführung. Neuwied, Krißel

Braun, T. (1996) :

Die neue Schweizerische Krankenversicherungslösung per 1. 1. 1996: Neue Chancen, um die uns das Ausland beneidet. SVZ 1995; 63 (7/8) S.200–209.

Breyer, F. / Zweifel, P. (1992) :

Gesundheitsökonomie, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo

Bruckenberg, Ernst (2002) :

Die Folgen des Fallpauschalengesetzes für die Krankenhausfinanzierung. Hannover, S.2

Bruckenberg, Ernst (2001) :

Das Krankenhaus im DRG – Zeitalter. Hannover, S.8

Bruckenberg, Ernst (2004) :

Herzbericht 2003 mit Transplantationschirurgie. 16.Bericht

Bruckenberg, Ernst (2005) :

Herzbericht 2004 mit Transplantationschirurgie. 17.Bericht

Bruckenberg, Ernst (2006) :

Herzbericht 2005 mit Transplantationschirurgie, 18.Bericht

Bruhn, Manfred (1994) :

Anforderungen des Marktes. In: Masing, Walter (Hrsg.): Handbuch Qualitätsmanagement. 3.Aufl., München u. a. , S. 331 -354

Bruhn, Manfred (1996) :

Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden. Berlin, Heidelberg, New York,
S. 9-13, S. 26-34

Bruhn, Manfred (1997) :

Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. 2.Aufl., Wiesbaden, S.124

Bruhn, Manfred (2003) :

Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden. Berlin, Heidelberg, New York, S.47-50,S.149-153, S.266ff.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1997):

Arbeitshilfe für die Rehabilitation Koronarkranker. In: Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 2 /1997, Frankfurt/Main

Bünting, Frank (1995) :

Qualitätsmanagement in der Produkt- und Prozessplanung. Stand der Realisation am Beispiel der deutschen Elektro- und Elektronikindustrie. Frankfurt/Main u. a., S. 28

Calhoun, Craig (2001):

Methoden der Sozialforschung. In: Joas, Hans (Hrsg.): Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt am Main, S 39 - 62

Cangialose, C. / Cary, L. (1997) :

Impact of managed care on quality of health care: Theory and evidence. American Journal of Managed Care 1997; 3: S. 1153–1170.

Carlisle, D. / Siu, A. (1992) :

HMO vs fee-for-service care of older persons with acute myocardial infarction. American Journal of Public Health; 82 (12): 1626–1630

Cassel, Dieter (2003) :

Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf. Wettbewerb auf dem GKV-Leistungsmarkt. In: Arnold, M. / Klauber, J. / Schellschmidt, H. (Hrsg.) : Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart, S. 16

Clade, H. (2005):

Medizinische Rehabilitation. Konjunkturbedingte Rückgänge. Deutsches Ärzteblatt, 102: A636-A637

Clausing, P. (2005):

Zukunft der Rehabilitation – Vision und Wirklichkeit. In: Preusker (Hrsg.): Lexikon Gesundheitsmarkt, 2006, S.2.ff.

Cordes, M. / Zifonun, N. (2002) :

Gesundheit, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden , S. 17, S. 31

Courté-Wienecke, S. (2002) :

Externe Qualitätssicherung für Managed-Care-Organisationen – Erfahrungen aus den USA. 7, S.52-59

Creutzberg, Dietrich (2002) :

Kliniken und Kassen leiden unter dem starren Tarifkorsett. In: Handelsblatt v. 4.12.2002, Nr. 234, S. 7.

Creutzberg, Dietrich / Thelen, Peter (2002) :

Das Gesundheitssystem gerät aus den Fugen. In: Handelsblatt v. 21.11.2002, Nr. 225, S. 5

Deming, W.E. (1982):

Quality, Productivity and Competitive Position, Cambridge, Mass.

Deutsche Gesellschaft für Qualität (1993) :

Begriffe zum Qualitätsmanagement, DGQ-Schrift Nr. 11-04 , 5. Aufl., Berlin, Wien, Zürich

Deutsche Gesellschaft für Qualität (1996) :

Qualitätsmanagement bei Dienstleistungen. DGQ-Band 30-01, 1.Aufl., Berlin, Wien, Zürich

Deutsches Institut für Normung (1995) :

Qualitätsmanagement und Statistik. 2.Aufl., Berlin,Wien, Zürich

Döttinger,K. / Klaiber,E. (1994) :

Realisierung eines wirksamen Qualitätsmanagementsystems im Sinne des Total Quality Managements. In: Strauss,B. (Hrsg.): Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Wiesbaden, S. 258

Drumm, Achenbach (2005) :

Integrierte Versorgung mit Klinischen Pfaden erfolgreich gestalten. In: in Hellmann (Hrsg.), S. 13

Eichhorn, Siegfried (1997) :

Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus.: Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements. Stuttgart, Berlin, Köln, S.3ff.

Eichhorn, Peter / Greiling, Dorothea (2003) :

Das Krankenhaus als Unternehmen. Einführung von Managementinstrumenten. In : Arnold, Michael / Klauber, Jürgen / Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart, S. 38ff.

Erhard, Karl J. (1998) :

Qualitätsmanagement am Wirtschaftsstandort Europa. In: Kaminske, Gerd F. (Hrsg.): Der Weg zur Spitze. München u. a., S.1 -12

Fischer, N. (1998) :

Modellvorhaben und Strukturverträge. Die Ersatzkasse 1998; 1, S 37–39.

Freund, D. / Rossiter, L. / Fox, P. (1989) :

Evaluation of the Medicaid competition demonstrations. In: Health Care Financing Review, 11 (6), S. 81–97

Frey, W. (1996) :

HMO- und Hausarztmodelle in der Schweiz. KSG aktuell 1996; 4, S. 54

Garber, Thorsten (2004) :

Aufbruch einer Zukunftsbranche. Wettbewerb und Marketing halten Einzug im Markt für Gesundheit. In: Absatzwirtschaft, Sonderausgabe zum Deutschen Marketing-Tag, 2004

Gardain T. -F. (2005) :

Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV). In: Ku-Sonderheft : Integrierte Versorgung, 9/ 2005, S.2-4

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-

Modernisierungsgesetz – GMG). BTd 15/1525

Gesundheitsökonomische Beiträge 22 (2004):

Baden-Baden, Nomos Verlag

GKV-Gesundheitsreform (2000):

Das Krankenhaus, Redaktionsbeilage

Glaeske, G. (2002) :

Integrierte Versorgung in Deutschland – Rahmenbedingungen für mehr Effektivität und Effizienz. Managed Care, Schattauer Verlag

Greenfield, S. / Nelson, E. (1992) :

Variations in resource utilization among medical specialities and systems of care. In: Results from the medical outcomes study. JAMA; 267 (12), S.1624–1630

Greenfield, S. (1995) :

Outcomes of patients with hypertension and non-insulin-dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialities. In: Results from the Medical Outcomes Study. JAMA; 274 (18): S. 436–1444

Greve, G. (2000) :

Kooperation ambulant-stationär: Das Praxisnetz Bottrop. Kompass, 7, S.198–202.

Gutenbrunner, C. et al. (2001) :

Kontrollierte prospektive Studie über die Wirksamkeit stationärer Heilverfahren auf metabolische und Kreislaufisikofaktoren. In: Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis, Frankfurt/Main, S.329-330

Gühlich, M. et al. (2001) :

Nachhaltigkeit der Sekundärprävention in der kardiologischen Rehabilitation – Einfluss von Patientenschulung und optimiertem Schnittstellenmanagement. In: Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis, Frankfurt/Main. S.331-332

Hagenbuch, R. (2001) :

Managed Care oder Competition?, In: „check up“, Informationsschrift der Ärztekasse, Nr. 10/2001

Haubrock, M./ Schär, W. (Hrsg. (2002):

Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, 3., vollst. überarb. und erw. Aufl., Bern 2002

Haubrock, M./ Schär, W. (Hrsg.) (2007):

Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, 4., vollst. überarb. und erw. Aufl., Bern 2007

Hauck, K. (2000) :

Sozialgesetzbuch V. Gesetzliche Krankenversicherung – Kommentar. Berlin, Schmidt

Hauf, G.: (2006):

Vom Datengrab zum Info-Management. <http://trm.web.med.uni-muenchen.de/datzuinf.html>

Henke, K-D. / Rich, R. F. / Stolte, H. (2004) :

Integrierte Versorgung. und Neue Vergütungsformen in Deutschland

Hildebrandt, Dr.med. Bischoff-Everding, (2005) :

Der Fortschritt ist eine Schnecke. In : KU-Sonderheft: Integrierte Versorgung , 9/ 2005, S.6ff.

Hingst, U. (2005) :

Neue Risiken anders absichern. In: Ku-Sonderheft: Integrierte Versorgung, 9 / 2005, S.30ff.

Holzner, A. / P.W. / Prof.Meyer,A. (1999) :

Managed Care und Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitswesen – Vom Qualitätsmodell eines Gesundheitssystems zur Integrierten Versorgung, FGM-Verlag, 1999

Huber, F. (1998) :

Die erste ärzteigene HMO. In: Managed Care, 2, S.21–22

Huber, F. / Heß, K. (1998) :

HMO-Praxis – Ein alternatives Krankenversicherungsmodell. In: Eichhorn, S., Schmidt-Rettig, B.: Chancen und Risiken von Managed Care: Perspektiven der Vernetzung des Krankenhauses mit Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Krankenkassen. Stuttgart: Kohlhammer 1998

Janssen, Heinz (1996) :

Qualitätsmanagement in der kardiologischen Rehabilitation. Neuwied, Kriftel, Berlin, S.17, S.36-39, S.90-91

Jäckel, W.H. / Farin, E. (2004) :

Qualitätssicherung in der Rehabilitation: Wo stehen wir heute? Die Rehabilitation, 43, S. 271-283

Kaminske,G. F. / Brauer, J.- P. (1999) :

Qualitätsmanagement von A – Z. 3.vollst. überarb. und erw. Aufl., München, Wien, S.159ff.

Kaminske,G.F. / Brauer, J.-P. (1993) :

Qualitätsmanagement von A-Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements, München, Wien, S.9

Keller, E. (2005) :

Das Krankenhaus der Zukunft oder: Der Prozess bestimmt die Stuktur. In: Preusker Lexikon Gesundheitsmarkt, S. 6ff

Kertesz, L. (1996) :

Studies show HMO payoff. Modern Healthcare 1996; 2 (1) S.14–19

Krankenhausrecht (KrankHR) (2004) :

SGB V, 2.Aufl.

Knoglinger, E. et al. (2000) :

Nachsorgeverhalten nach koronarer Bypass-Operation. In: Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Individualität und Reha-Prozess, Frankfurt/Main, S.339ff.

Koch – Suna, B. (2000) :

Diplomarbeit, Fachhochschule Osnabrück, Osnabrück

Kongstvedt,P. / Yates,P. (1999) :

Steckt Managed Care in den USA in der Sackgasse? In: Managed Care, 3, S.35-39

Korsukéwitz, C. (2003) :

Medizinische Rehabilitation: In: BfA (Hrsg.): Herzbericht 2003, S.109

König, H. / Seitz, R. (1999) :

Managed Care in Deutschland – Sozialrechtliche und ökonomische Aspekte der Übertragbarkeit. In: Gesundheitswesen 1999; 61, S.483–488

Kruse, J. (1997) :

Das Krankenversicherungssystem der USA : Ursachen einer Krise und Reformversuche. Baden-Baden, Nomos

Kuhlmann, J. M. (2004) :

Vertragliche Regelungen und Strukturen in der integrierten Versorgung. Reader. Management Center of Competence, Köln

Kühn, H. (1997) :

Managed Care: Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung am Beispiel USA, Berlin

Lehnert. P. (1999) :

Das Münchner Qualitätsnetz (MQM) GmbH. Perspectives on Managed Care 1999, 4, S. 49–50.

Linnert, Peter (1992):

Größere Markterfolge durch Total Quality Management. Wien, S.12

Lubeck, D. / Brown, B. / Holman, H. (1985) :

Chronic disease and health system performance. Medical Care, 23 (3), S.266–277.

Lüscher, Th. (1998):

Die Kardiologie vor neuen Herausforderungen. Steigende Möglichkeiten und begrenzte Ressourcen. Neue Zürcher Zeitung vom 25.03.1998, S.70f.

Manning, W. / Leibowitz, A. (1984) :

A controlled trial of the effects of a prepaid group practice on use of services. NEJM 1984; 310 (23), S. 1505–1510

Meffert, H. / Bruhn, M. (1995) :

Dienstleistungsmarketing. Grundlagen, Konzepte, Methoden , 1.Aufl., Wiesbaden, S.199

Meffert, H./ Bruhn M. (2000) :

Dienstleistungsmarketing. Grundlagen, Konzepte, Methoden. 3.Aufl., Wiesbaden, S. 255ff.

Miller, R. / Luft, H. (1997) :

Does managed care lead to better or worse quality of care ? Health Affairs 1997; 16 (5), S7–25.

Miller, R. / Luft, H. (1994) :

Managed Care-Plan Performance since 1980. JAMA 1994; 19, S. 1512–1519.

Mohr, Dr. V., (2006) :

Geschäftsführer BQS, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, www.bqs-online.de
(Stand 18.12.06)

Mühlbauer, A. (2002) :

Integrierte Versorgung – Management und Organisation, Bern

Mühlenkamp, H. (2000) :

Die Rolle von Managed Care. Universität Hohenheim

Müller, M. / Richard, S. / Schönbach, K. (1999) :

Praxisnetz Berliner Ärzte und BKK/TK – Erste Jahresbilanz zeigt: Kombiniertes Budget hat sich bewährt. In: Die Betriebskrankenkasse, 1999, 12, S.585–590.

Müschenich, M. (2003):

Freigemeinnützigkeit im Wettbewerb der Krankenhausträger. Strategien im Wettbewerb. In: Arnold, M. / Klauber, J. / Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report : Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart, S. 133

Navarro, R. (2001) :

Prescription Drug Benefits In Managed Care. In: Kongstvedt P: The Managed Healthcare Handbook. Gaithersburg, Aspen Publishers, 2001

Oberender, Peter / Hebborn Ansgar / Zerth, Jürgern (2002) :

Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart. S.112ff. S.203ff.

OECD Health Data (2000)**Orlowski, U. (2000) :**

Integrationsversorgung. BKK 2000, 5, S. 191–199.

Pföhler, Wolfgang (2003) :

4 Thesen zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung durch kommunale Krankenhäuser.
In: Das Krankenhaus, 95. Jg., Heft 8, S.611

Poensgen, Andreas (2003) :

Konsequent die Zukunft des Gesundheitswesens gestalten. Transparenz, Qualität und klare Verantwortlichkeit, Hamburg, S.11ff.

Pieper, C. (2000) :

Fachärzte in den USA sind begehrt wie nie zuvor. In: Ärzte-Zeitung 11./12.2:10

Pinter, E. u.a. (1995) :

DIN ISO 9004 Teil 2 als Leitlinie für ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement im Krankenhaus. In: KU-Spezial, S.2-3

Preuß, K.-J., (2000) :

Managed Care, S.47

Preusker, U. K. (Hrsg.) 2006 :

Lexikon Gesundheitsmarkt, 4.Aktualisierung, Okt.2006

Ramthun, Christian (2002) :

Dirigistische Keule. Statt mehr Einnahmen muss eine Reform des Gesundheitswesens mehr Transparenz und Leistungsanreize bringen. In: Wirtschaftswoche, 2002, Nr.46. S.24f.

Rapoport, J. / Gehlbach, S. (1992) :

Resource utilization among intensive care patients Managed Care versus traditional insurance. Archives of internal Medicine 1992, 152 (11), S. 2207–2212

Reimann, A. (2003) :

Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation. VDR-Presseseminar 2003.
<http://www.vdr.de> (6.04.2005)

Renzewitz, S. (2006) :

KU-Sonderheft, Integrierte Versorgung, S.10ff.

Robinson, R. / Steiner, A. (1998) :

Managed Health Care: US evidence and lessons for the National Health Service. Philadelphia, Buckingham, 1998

Rocke, B. (2002) :

Die Zukunft der öffentlichen Krankenhäuser. In : Das Krankenhaus, 2002, Nr.10, S.779 ff.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997) :

Sondergutachten „Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche“, Bonn

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997) :

Sondergutachten „Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche“, Band II „Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung (Kurzfassung), Bonn, S.77

-
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) :**
Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: „Über-, Unter- und Fehlversorgung“,
Gutachten 2000/2001, Ausführliche Zusammenfassung, S. 31
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: (2003) :**
Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band 1: Finanzierung und Nutzerorientierung,
Baden-Baden, 2003, S. 56
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: (2003) :**
Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band 1: Finanzierung und Nutzerorientierung,
Baden- Baden, 2003, S.59
- Schell, H., Lauterbach K. (2000):**
Evaluation, Benchmarking, Qualitätsmanagement und Zertifizierung als Instrumente für eine
evidenzbasierte Gesundheitspolitik. In: Managed Care
- Schindler,H. (1997) :**
Medizinische Qualitätsgemeinschaft – Vernetzte Praxen im Ried. Ein Modellprojekt der
Ersatzkassenverbände in Hessen. In: Die Ersatzkasse,1997, 5, S.159–163
- Schneider, J. (1995) :**
Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation – aus Sicht eines
Rentenversicherungsträgers. In: f&w 2, 12, S.201 - 206
- Schneider, M. (1998) :**
Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Augsburg, BASYS, 1998
- Schöffski, O. (2002) :**
Gesundheitsökonomische Evaluation, 2.Aufl., Studienausgabe
- Schölkopf, Martin / Stap-Finé, Heinz (2003) :**
Die Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich. Zahlen, Fakten, Trends,
Düsseldorf, 2003, S. 61ff.
- Schönbach, K. (1997) :**
Strukturverträge und Modellvorhaben in der GKV. In : Arbeit und Sozialpolitik, 11/12, S. 64–
71
- Seitz, R. , Dr.König, H.-H. (2006) :**
Managed Care – an Option for the German Health Care System, Abteilung
Gesundheitsökonomie, Universität Ulm
- Seng, T. (1997) :**
Managed Care – Instrumente und institutionelle Grundlage. In: Sozialer Fortschritt, 12, S.
289-293

Siess, M. (2003) :

In: Arnold, M. / Klauber, J. / Schellschmidt, H. (Hrsg.) :Universitätsklinik im Wettbewerb. Krankheitsorientierte Versorgungsstrukturen. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Krankenhaus-Report 2002. Stuttgart, S.143 ff.

Siegrist, J. (2005) :

Medizinische Soziologie, 6. Aufl., Urban & Fischer, S.267ff.

Siren, P. , Laffel, G. (2001) :

Quality Management In Managed Care. In: Kongstvedt P: The Managed Healthcare Handbook. Gaithersburg, Aspen Publishers, 2001

Sozialgesetzbuch (2004) :

31. Auflage, Deutscher Taschenbuchverlag

Statistisches Bundesamt (2003):

Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2003, Fachserie 12, Reihe 6.2.2., S.3

Stillfried, D. (1997) :

Managed Care im Wandel, Beobachtungen aus den USA. In: Die Ersatzkasse, 3, S.41-47

Tausch, B. (1997) :

Qualitätszirkel in der hausärztlichen Versorgung: Modellprojekt Südbaden mit guten Ergebnissen. In: Deutsches Ärzteblatt,1997; 94: A 204–205 [Heft 59].

Tillmann (1989) :

Sozialisationstheorien, Reinbek bei Hamburg, 1989

Trömel, A. (2002) :

In : Handelsblatt v. 27.11.2002. Jeder zehnten Akut-Klinik droht das Aus, Nr. 229, S.17

Udvarhelyi, I. / Jennison, K. (1991) :

Comparison of the quality of ambulatory care for fee-for-service and prepaid patients. In: Annals of internal Medicine,1991, 115 (5), S.394–400

Vohs,M. / Winter,I. (Hrsg) (1999) :

Fachpflege Rehabilitation, Urban & Fischer, München/Jena, 1.Aufl.1999, S.8ff.

Walker, Bernhard (2003) :

Eine Stiftung Warentest fürs Gesundheitswesen. In: Badische Zeitung vo. 7.1.2003, S. 12

Wasem, J. (1997) :

Die Ursachen der Ausgabenanstieg in der medizinischen Versorgung. In : Arnold, M. / Lauterbach, K. W. / Preuss, K.-J. (Hrsg.): Manged Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte , Stuttgart / New York, S. 75ff.

Wasem J (1999) :

Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitssystem – Eine repräsentative Studie. In: Die Betriebskrankenkasse, 1999, 9, S.434–440.

Wendt, Th. et al. (1998):

Ambulante und teilstationäre Phase-II-Rehabilitation Herzkranker im Ballungsraum Rhein-Main, In: Schmidt-Ohlemann, M. et al.: Ambulante wohnortnahe Rehabilitation. Konzepte für Gegenwart und Zukunft, Ulm, 1998, S.107-123

Wiechmann, M. (2001) :

Die integrierte Versorgung. In: Der niedergelassene Arzt, 2001, 5, S.28–30

Wilbert, U. et al. (2000) :

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Entwicklung körperlicher Belastbarkeit und Befindlichkeit während stationärer kardiologischer Rehabilitation. In: Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 9.Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Individualität und Reha-Prozess, Frankfurt/Main, S.343ff.

Witte, Andreas (1993) :

Integrierte Qualitätssteigerung im Total Quality Management. Dissertation, Münster u. a., S. 9

Zapp, W. (2004) :

Prozessanalyse auf der Intensivstation. In: Fischer, H., et. al. : Management Handbuch Krankenhaus, Heidelberg, Ziff. 2186, Randziffern 1 und 2

Zerche, J., Gründger,F. (1996) :

Sozialpolitik. Einführung in die ökonomische Theorie der Sozialpolitik, 2. neubearb. und erw. Aufl., Düsseldorf

Zimmermann, H., Henke, K.-D. (1994) :

Finanzwissenschaft, 7.Aufl., S. 143 - 153

Zink, K. J. (1992) :

Total Quality Management. In: Zink, Klaus J. (Hrsg): Qualität als Managementaufgabe. Total Quality Management. 2.Aufl., Landsberg/ Lech, S.18

Zink, K. J. (1995) :

TQM als integriertes Managementkonzept. Das europäische Qualitätsmodell und seine Umsetzung. München u. a., S.30

Internetquellen:

www.medizininfo.de

<http://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-2003-40388>

<http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/dmw/doi/10.1055/s-2003-40388>

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=38578>

<http://www.deutsche-rentenversicherung.de>

<http://www.google.de/search?hl=de&q=Langzeiterfolge+Rehabilitation+Kardiologie&meta=>

www.aok-gesundheitspartner.de/he/krankenhaus/qualitaetssicherung/qsr/

www.aok-bv.de/gesundheit/versorgung/index.html

http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/integrierte_versorgung.html

http://www.gesundheitspolitik.net/01_gesundheitssystem/integrierte-versorgung/c_integrierte-versorgung_index.html

<http://www.krankenkassenratgeber.de/iv.php>

<http://www.dgiv.org/>

http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Leistungen_20und_20Beitr_C3_A4ge/Leistungen_20von_20A-Z/Int_20Versorgung/Int_20VersorgungCID_31240.html

http://www.wdr.de/themen/gesundheit/gesundheitswesen/prosper_modell/ZZ_DRUCKVERSION/index_druck.jhtml

<http://www.medinfoweb.de/article.php?articleID=11639&cat01=2&cat04=2>

<http://www.univie.ac.at/lbimsgs/projekte/fb7.html>

<http://www.bruckenberg.de/doc/herz/hzb03.htm>

<http://www.cardiovasc.de/hefte/2005/07/16.html>

<http://hp.83026inntal-apotheke.gesundheitpro.de/Herzbericht-Bessere-Behandlung-und-Herzinfarkt-A061009ELPEP033900.html>

<http://www.gesundheitpro.de/Herzbericht-Bessere-Behandlung-und-Herzinfarkt-A061009ELPEP033900.html>

<http://www.aerztekasse.ch/de/p12001624.html>

[http://www.medizinische-berufe.de/lexikon/Medizin/Mediziner/Mediziner_\(20._Jh.\)/Johannes_Siegrist.html](http://www.medizinische-berufe.de/lexikon/Medizin/Mediziner/Mediziner_(20._Jh.)/Johannes_Siegrist.html)

<http://www.bar-frankfurt.de/Startseite.BAR>

<http://www.dgpr.de/>

http://de.wikipedia.org/wiki/Juristische_Person

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>

http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_18764/SharedDocs/de/Navigation/Rehabilitation/leistungen/med_reha_node.html_nnn=true

<http://www.klinikheute.de/html/bereiche/rehabilitation-liste.htm>

www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/.../übersicht_ergebnisse_umsetzungen

www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/befragung/id-nummern/295.pdf

www.rentenversicherung.de/.../Presse/Pressemitteilung/Archiv_VDR_aktuell/2002/2002_Index.html

www.svr-gesundheit.de/Informationen/pm03.pdf

www.ikk.de/ikk/generator/ikk/unternehmen/politik-und-positionen/6410.pdf

<http://www.beitragsbemessungsgrenze.com/>

www.springerlink.com/index/A0120526T148QLJ4.pdf

www.medizininfo.de/quality/html/hausarztmodell3.html

www.bpb.de/themen/WZDR7I,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?lt=AAA397&guid=AAA252

www.kaufmännischekrankenkasse.de/.../fileserverserver/kkh/BROCHURES/Broschuere327.pdf&pkf=327&ftype=b

www.medizinundgewissen.de/pdfs/glaeske.pdf

<http://trm.web.med.uni-muenchen.de/datzuinf.html>

<http://www.tqm.com/>

www.quality.de/lexikon/tqm.htm

www.crmmanager.de/ressourcen/glossar_357_tqm_total_quality_management.html

www.gesundheitswirtschaft.info/docs/leseproben/Amelung_Probekapitel.pdf

[www.gsk-sh.de/\(S\(1c24qmbeuuzixmytgcjadsu4\)\)/File_435/vonstackelberg.pd](http://www.gsk-sh.de/(S(1c24qmbeuuzixmytgcjadsu4))/File_435/vonstackelberg.pd)

[www.bundestag.de/.../27_sitzung_29_-_31_sitzung/Stellungnahmen/Bundesverband **Managed Care** III.pdf](http://www.bundestag.de/.../27_sitzung_29_-_31_sitzung/Stellungnahmen/Bundesverband_Managed_Care_III.pdf)

[www.bvmed.de/themen/DMP_-_Disease_Management_Programme/pressemitteilung/BVMed-Sonderveranstaltung_zur Int...](http://www.bvmed.de/themen/DMP_-_Disease_Management_Programme/pressemitteilung/BVMed-Sonderveranstaltung_zur_Int...)

http://www.gesundheit.nrw.de/content/e16/e3526/e3529/index_ger.html

www.hausaerzteverband.de

www.bqs-online.de