

Tobias F. Beck

**Managed Care in
der stationären
Leistungserbringung**

**Innovative Integrierte
Versorgung als Chance für
Krankenhäuser**

Tobias F. Beck

Managed Care in der stationären Leistungserbringung
Innovative integrierte Versorgung als Chance für Krankenhäuser

IGEL Verlag

Tobias F. Beck

**Managed Care in der stationären Leistungserbringung
Innovative integrierte Versorgung als Chance für Krankenhäuser**

1. Auflage 2008 | ISBN: 978-3-86815-952-3

© IGEL Verlag GmbH, 2008. Alle Rechte vorbehalten.

Dieses eBook wurde nach bestem Wissen und mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Im Hinblick auf das Produkthaftungsgesetz weisen Autoren und Verlag darauf hin, dass inhaltliche Fehler und Änderungen nach Drucklegung dennoch nicht auszuschließen sind. Aus diesem Grund übernehmen Verlag und Autoren keine Haftung und Gewährleistung. Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Managed Care	5
2.1 Begriffsbestimmung	5
2.2 Entstehungsgeschichte in den USA	7
2.3 Versicherungsorientierte Organisationen und -Produkte	8
2.3.1 Health Maintenance Organization (HMO)	8
2.3.2 Point-of-Service-Produkte (POS-Produkte)	10
2.4 Anbieterorientierte Organisationen und -Produkte	11
2.4.1 Independant Practice Association (IPA)	12
2.4.2 Preferred Provider Organizations (PPOs)	12
2.4.3 Provider Sponsored Organizations (PSOs)	13
2.4.4 Networks	14
2.4.5 Integrated Delivery Systems (IDS)	15
2.4.6 Physician Hospital Organizations (PHOs)	16
2.5 Managed-Care-Instrumente	17
2.6 Bewertung des amerikanischen Gesundheitssystems	17
2.7 Entwicklung von Managed Care in Deutschland	19
2.8 Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen	22
3 Integrierte Versorgung	24
3.1 Begriff und Zielsetzung der Integrierten Versorgung	24
3.2 Die rechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen	29
3.2.1 Gesundheitsreformgesetz 2000	29
3.2.2 Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) 2004	29
3.2.3 Gesundheitsreform 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungs-gesetz)	32
3.3 Vertragsparteien, Vertragsarten und Vergütung	32
3.3.1 Vertragsparteien	32
3.3.2 Vertragsarten der Integrierten Versorgung	33
3.3.3 Vergütung zwischen den Vertragsparteien	35
3.4 Sozialrechtlich und parallel zulässige Versorgungsformen	36
4 Rahmenbedingungen, Chancen und Erfolgsfaktoren	40
4.1 Betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen	40
4.2 Chancen und Perspektiven für Krankenhäuser	43
4.3 Erfolgsfaktoren zur Umsetzung	51
4.3.1 Genaue Analyse und vorausschauende Planung	54

4.3.2	Strategie der umfassenden Kostenführerschaft	56
4.3.3	Strategie der Konzentration auf Schwerpunkte	57
4.3.4	Kooperationen und Netzwerkbildung	57
4.3.5	Strategische Ergänzung durch ein MVZ	59
4.3.6	Instrumente und Methoden zur Prozessoptimierung	61
4.3.6.1	Institutionelle Leitlinien	62
4.3.6.2	Behandlungspfade	62
4.3.6.3	Case Management	64
4.3.6.4	Disease Management	64
5	Innovative Versorgungsmodelle	66
5.1	Ein Medizinisches Versorgungszentrum am Krankenhaus	66
5.1.1	Entstehungsgeschichte	66
5.1.2	Konzeption der Versorgung	67
5.1.3	Management und Vergütung	68
5.1.4	Ergebnisse für das Klinikum und das MVZ	69
5.2	Vollversorgungsprojekt „Gesundes Kinzigtal“	70
5.2.1	Einsparcontracting	71
5.2.2	Leistungsinhalte des Vertrages	72
5.2.3	Management des Kinzigtal-Vertrages	73
5.2.4	Informationstechnische Anforderungen und Lösungen	74
6	Berufsspezifische Relevanz und kritische Aspekte	76
6.1	Relevanz für das Krankenhausmanagement	76
6.2	Relevanz für die Profession der Pflege	79
6.3	Kritische Aspekte und ethische Spannungsfelder	82
7	Fazit und Ausblick	86
	Glossar	94
	Literaturverzeichnis	97
	Anhang	108

Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
e.V.	eingetragener Verein
ff.	fortfolgende
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz
HEDIS	Health Employer Data and Information Set
HMO	Health Maintenance Organization
HMOs	Health Maintenance Organizations
HNO	Hals-Nasen-Ohren
ICN	International Council of Nurses
IDS	Integrated Delivery Systems
IPA	Independent Practice Association
MCOs	Managed-Care-Organisationen
MQNK	Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal
MSO	Management Service Organization
MSOs	Management Service Organizations
NCQA	National Institute of Quality Assurance
PHOs	Physicians Hospital Organizations
POS	Point-of-Service
PSO	Provider Sponsor Organization
PSOs	Provider Sponsor Organizations
SGB V	fünftes Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
US	United States
USA	United States of America
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
www	World wide web
z.B.	zum Beispiel
§	Paragraph
§§	Paragraphen
%	Prozent

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben	19
Abbildung 2: Organisationsgrade im Gesundheitssystem	25

1 Einleitung

Die starren Grenzen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, knapper werdende finanzielle Ressourcen, mangelnde Effizienz, medizinisch-technischer Fortschritt, ein sich veränderndes Krankheitsspektrum und nicht zuletzt die immer älter werdende Bevölkerung und das sich verändernde soziokulturelle Umfeld führen zu wachsenden Problemen im deutschen Gesundheitswesen. Die Suche nach einem Weg aus dieser Krise ist eine der größten sozialpolitischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. In der Vergangenheit konnten die Reformbemühungen in Deutschland nur zu kurzfristigen Kostendämpfungen und zu keinen echten Strukturveränderungen führen. Die bisherigen Gesundheitsreformen erschienen mit ihren begrenzt greifenden Maßnahmen wie blinder Aktionismus, während die Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Krankenkassen und die Pharmaindustrie ihre Pfründe und Privilegien verteidigten. Durch die daraus resultierenden Kostendämpfungen wurde das Auseinanderdriften von Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verhindert. Alle Versuche, die umfassenden Probleme zu lösen, erwiesen sich bisher als wenig erfolgreich.

Bei der Suche nach neuen Konzepten, Ideen und Organisationsformen der Leistungserbringung wurde der Blick daher auf das überwiegend marktwirtschaftlich gesteuerte Gesundheitssystem der USA gerichtet. Das in den USA entwickelte Konzept „Managed Care“ bietet Chance und Perspektive zugleich, die Probleme unseres Gesundheitssystems durch selektive anwendungsbezogene Übertragung auf das deutsche Gesundheitswesen und die Umsetzung von integrierten Versorgungskonzepten zu lösen. Die Integrierte Versorgung (IV) mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist eine Strategie, die vom deutschen Gesetzgeber mit der Gesundheitsreform 2000 in den §§ 140a ff. (siehe Anhang) des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) gesetzlich verankert wurde und dem Managed-Care-Ansatz entstammt (vgl. Haubrock u.a. 2000, 11; Stock u.a. 2005, 5). Die enorme Attraktivität des Managed-Care-Ansatzes liegt in der Erwartung, dass durch den Einsatz geeigneter Organisationsformen und Managementprinzipien sowohl die Kosten begrenzt werden können, als auch die Qualität der medizinischen Leistungserbringung erhöht werden kann und sich dadurch die kritische Situation

des deutschen Gesundheitssystems verbessert (vgl. Amelung u.a. 2004, IX)

Die Integrierte Versorgung kam aufgrund fehlender ökonomischer Anreize und einer bürokratischen Finanzierung nach ihrem Start 2000 nicht richtig in Schwung. Deshalb wurden vom Gesetzgeber mit dem Inkraft treten des GKV-Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GKV-GMG) am 01.01.2004 neue finanzielle Anreize und bessere Rahmenbedingungen für eine weitreichendere Durchlässigkeit zwischen dem ambulanten und stationären Sektor geschaffen. So stehen seit 2004 jährlich bis zu 1% der jeweiligen Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausvergütungen als Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung zur Verfügung. Nach Beseitigung dieser Hemmnisse hat die Integrierte Versorgung in Deutschland im zweiten Anlauf an Fahrt gewonnen (vgl. [www.die-gesundheitsreform.de /gesundheitsreform/themen/thema.4ml?thema=integrierte_versorgung](http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsreform/themen/thema.4ml?thema=integrierte_versorgung) vom 01.08.07).

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 beginnt eine neue Ära in der deutschen Sozialgesetzgebung. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bewegt in unserem Gesundheitssystem mehr als jede Reform zuvor. Die Reformen in den Strukturen, in der Organisation und in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Veränderungen in der privaten Krankenversicherung führen zu einem bisher nicht gekannten Wettstreit zugunsten der Patientinnen und Patienten. In Bezug auf die Integrierte Versorgung sollen sich die zukünftigen Verträge zur Integrierten Versorgung insbesondere auf eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der medizinischen Versorgung beziehen. Darunter sind Versorgungsmodelle zu verstehen, bei denen in einer größeren Region (zum Beispiel mehrere Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (zum Beispiel Diabetes, Schlaganfall, Bandscheibenerkrankungen) vernetzt wird oder – auch in kleineren Regionen – die Behandlung des Krankengeschehens im Rahmen der Integrierten Versorgung erfolgt (vgl. www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsreform/themen/thema.4ml?thema=integrierte_versorgung vom 01.08.07).

Der Strukturwandel, ausgelöst durch den wirtschaftlichen Druck und rückläufige Verweildauern als Ergebnis des medizinischen Fortschritts, bleibt nicht ohne negative Auswirkungen auf die Anzahl der stationären Einrichtungen. Studien prognostizieren, dass

aufgrund der Verlagerung in den ambulanten Sektor, mangelnder technologischer Ausstattung, begrenzter Innovationsbereitschaft sowie unterdurchschnittlicher Wirtschaftlichkeit viele Krankenhäuser schließen müssen oder in andere Trägerschaft übergehen (vgl. Böhlke u.a. 2005, 10). Diese Veränderungen gehen auch an dem Berufsbild der Pflege nicht spurlos vorüber. Leistungsverdichtung, Flexibilisierung und neue Aufgaben stehen auf der Tagesordnung. In der Veränderung liegen dennoch Chancen, gerade für die Krankenhäuser und die Profession der Pflege. Es bedarf aber immer auch der Veränderung von Strukturen und Prozessen, um diese Chance nutzen zu können (vgl. Debatin 2006, XIX). Unter diesem Aspekt eröffnet die Integrierte Versorgung mit ihren Möglichkeiten zu strukturellen und prozessorientierten Veränderungen dem „Leistungserbringer Krankenhaus“ die Chance, weiterhin wirtschaftlich zu bleiben und sich im zunehmenden Wettbewerb gegenüber der Konkurrenz zu behaupten. So ermöglicht z.B. die Gründung Medizinischer Versorgungszentren nach den §§ 95 ff. SGB V (siehe Anhang) den Krankenhäusern mehr als bisher, ambulant-fachärztliche Leistungen zu erbringen und damit durch strukturelle Veränderungen in Konkurrenz zu Leistungsanbietern anderer Sektoren zu treten. Für die Profession der Pflege eröffnet die Integrierte Versorgung die Möglichkeit zur Übernahme von neuen, vormals „rein ärztlichen“ Aufgaben und bewirkt eine Öffnung für neue Berufsbilder (vgl. Debatin 2006, XIX; Schnellschmidt u.a. 2006, 3).

Ihr strukturelles Potenzial und die organisatorische Kompetenz macht es Krankenhäusern zukünftig möglich, die komplexe Aufgabe einer weiter gehenden Integration zu lösen und vertragspolitisch in die Verhandlungen mit Krankenkassen einzutreten (vgl. Schnellschmidt u.a. 2006, 3). Eine zentrale Voraussetzung, um die Ziele der Integration zu erreichen, ist allerdings die synchrone Integration von Behandlung, betrieblicher Organisation und Vergütung. Diese Einheit kann das Krankenhaus nur als ein Unternehmen erreichen, das die verschiedenen zu integrierenden Versorgungsbereiche in seiner Direktionshoheit umschließt. Dieses Unternehmen ist dann allerdings etwas anderes als das klassische Krankenhaus. Es ist ein modernes „Dienstleistungsunternehmen“ im Gesundheitswesen (vgl. Schröder u.a. 2006, 55).

Ziel der Untersuchung ist es, aufzuzeigen, was sich hinter dem Begriff der Integrierten Versorgung verbirgt und warum die Teilnahme an der Integrierten Versorgung für Krankenhäuser angesichts der

schwierigen betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen Sinn macht. Die Untersuchung möchte weiterhin verdeutlichen, warum in diesem Zusammenhang gerade die dem Managed-Care-Ansatz entlehnte Integrierte Versorgung neue Chancen und Perspektiven für Krankenhäuser bietet und warum es für eine gelungene Umsetzung sinnvoll ist, bestimmte „Erfolgsfaktoren“ zu beachten. Zwei Praxisbeispiele sollen hier verdeutlichen, wie solch eine erfolgreiche Umsetzung konkret aussehen kann. Da die mit der Integrierten Versorgung einher gehenden Veränderung nicht ohne Folgen für die Führungsebene und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleibt, ist die weitere Intention, diese Relevanz für das Krankenhausmanagement und die Profession der Pflege darzustellen. Abschließend ist es das Ziel, neben aller „Euphorie“ und positiver Aspekte auch die kritischen Seiten und ethischen Spannungsfelder dieser neuen Versorgungsform aufzuzeigen. Dies soll zeigen, dass es immer wieder einer kritischen Begutachtung bedarf, um möglichen Fehlentwicklungen rechtzeitig vorbeugen oder entgegenlenken zu können.