

1 Einleitung

1.1 Themeneinführung

Das deutsche Gesundheitssystem ist in verschiedene Sektoren unterteilt. Zu diesen zählen der ambulante und stationäre Bereich, wobei der Stationäre sich weiter in den Akut- und Rehabilitationsbereich gliedert. Diese Sektoren stehen nebeneinander und es besteht derzeit keine ausreichende Verzahnung untereinander. Aufgrund dieser Konstellation entstehen durch so genannte „Doppeluntersuchungen“ und fehlende bzw. mangelnde Kommunikation erhöhte Kosten. Ein Patient¹, der in ein Krankenhaus aufgenommen wird, erhält durchaus die Diagnostik erneut, die bereits beim Hausarzt durchgeführt wurde. Der Effekt des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen wird noch weiter verstärkt.

Um das Gesundheitssystem auch in den nächsten Jahrzehnten finanzieren zu können, ist zum 01.01.2004 das Gesundheitsmodernisierungsgesetz in Kraft getreten. Damit sollen u. a. die nebeneinander agierenden Sektoren zur Kooperation ermutigt bzw. bewegt werden. Durch eine Verzahnung der Sektoren und der damit verbundenen verbesserten Zusammenarbeit erhofft sich die Regierung, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken.

Für einen optimalen Prozessablauf muss der Prozess die Struktur bestimmen. Im Gesundheitswesen dominiert aber zurzeit immer noch die Aufbaustruktur den Prozess. Um diesen Wandel im deutschen Gesundheitswesen zu realisieren, muss ein Umdenken stattfinden. Aktuell denken die einzelnen Sektoren zu sehr in Funktionseinheiten, d. h. sie haben ihren eigenen Bereich vor Augen und blicken zu wenig über diese Grenzen hinaus auf andere Sektoren oder Abteilungen, um so einen für den Patienten optimierten, qualitativ hochwertigen und auch möglichst kostengünstigen Prozessablauf zu gestalten. Durch die Einführung der G-DRG müssen die Einrichtungen kostendeckend arbeiten, auch der Wettbewerbsdruck nimmt spürbar zu. Um sich in dem bestehenden und zukünftigen Markt der Gesundheitswirtschaft positionieren zu können, sind optimierte Prozesse ein wichtiger Bestandteil zur Existenzsicherung und zum Wachstum.

1 Wenn bei der Bezeichnung von Personengruppen die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

1.2 Zielsetzung und Aufbau des Buches

Das vorliegende Buch befasst sich nicht nur mit den DRGs des Akutkrankenhauses, sondern geht eine „Entwicklungsstufe“ weiter. Diese beinhaltet die Betrachtung der gesamten Behandlungskette vom Hausarzt, Facharzt über das Akutkrankenhaus bis hin zur Rehabilitation und wieder zurück. Dies geschieht aus dem Grund, da neben den Pflegesatzverhandlungen vermehrt Verträge der integrierten Versorgung mit den häufig vorzufindenden „Komplexpauschalen“ ausgehandelt werden. Das bedeutet, dass alle an dem Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsunternehmen ein pauschalisiertes Entgelt erhalten. Hier ist es von noch größerer Bedeutung, dass die Prozessabläufe zwischen den einzelnen Versorgungseinrichtungen besser – und damit kostengünstiger – koordiniert werden. Dieses wird anhand eines Beispiels des Behandlungspfades der Knie-TEP dargestellt, da bei dieser Therapie verschiedene Gesundheitsunternehmen beteiligt sind.

Im folgenden Kapitel finden sich Ausführungen zum deutschen Gesundheitswesen. Im Anschluss daran wird der Begriff „Behandlungspfad“ erläutert, bevor auf die Entwicklung der Entgelte in Deutschland eingegangen wird. In Kapitel 5 erfolgt die Begriffsdefinition der „Integrierten Versorgung“ sowie welche Ziele damit verfolgt werden und welche Gesetze zugrunde liegen.

Das Krankheitsbild aus medizinischer Sicht des betrachteten Behandlungspfades wird in Kapitel 7 kurz erläutert. Im Anschluss daran werden die einzelnen Schnittstellen zwischen den Sektoren identifiziert und deren Problematik herausgearbeitet, um in einem letzten Schritt eine beispielhafte Geschäftsprozess-Vereinbarung aufzuzeigen. Abschließend wird ein „SOLL-Konzept“ auf der Grundlage des Behandlungspfades erstellt, um so in einem ersten Schritt die Auswirkungen einer Optimierung der medizinischen und pflegerischen Dokumentation innerhalb der Integrierten Versorgung aufzuzeigen.

2 Das deutsche Gesundheitssystem

2.1 Allgemeine Grundlagen

Der Artikel 2 des Grundgesetzes spricht jedem Bundesbürger ein Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit zu, sofern er dadurch keine Rechte eines anderen Menschen verletzt. Weiterhin hat jeder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.² Damit der Staat den Bürgern diese körperliche Unversehrtheit gewährleisten kann, muss er Voraussetzungen dafür schaffen, dass der Bürger im Falle einer Krankheit die entstehenden Kosten nicht selber zu tragen hat. Diese hat er mit dem Krankenversicherungssystem, welches auf dem Solidargedanken basiert, geschaffen. Der Grundsatz des Solidargedankens ist, dass im Falle einer Not – in diesem Fall eine Krankheit – die Solidargemeinschaft einspringt und die anfallenden Kosten trägt.

Nach § 1 SGB V hat die Krankenversicherung u. a. die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Versicherten sind aber für die Erhaltung ihrer Gesundheit mitverantwortlich. Dies bedeutet, dass sie durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, Teilnahme an Präventionsmaßnahmen und ihre aktive Mitwirkung dazu beitragen, dass der Eintritt von Krankheit und Behinderung nach Möglichkeit vermieden werden kann, oder aber die Folgen überwunden werden können.³

2 Vgl. Bundesregierung: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland – I. Die Grundrechte. Im Internet: http://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_2.html [zuletzt gesichtet am: 26.06.2008].

3 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung: Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung. Im Internet: http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/index.html [zuletzt gesichtet am: 26.06.2008]

2.2 Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems

2.2.1 Geschichtliche Entwicklung

2.2.1.1 Charakteristika

Das deutsche Gesundheitswesen repräsentiert einen mittleren Weg zwischen einem staatlichen Versorgungssystem, wie beispielsweise dem britischen Gesundheitswesen, und einer primär marktwirtschaftlichen Versorgung, wie es zum Beispiel in der Schweiz oder den USA der Fall ist. Die zentrale Institution ist die gesetzliche Krankenversicherung, der rund 85 bis 90 Prozent der Bevölkerung angehören.⁴ Die restlichen zehn bis fünfzehn Prozent sind in der Privaten Krankenversicherung versichert.

Als herausragendes Charakteristikum ist die hohe Strukturkontinuität anzusehen, welche sich über Regierungswechsel hinweg, durchgesetzt hat. Am 31.05.1883 wurde das Krankenversicherungsgesetz verabschiedet. Damit wurde die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Kaiserreich eingeführt und war in der Weimarer Republik ebenso die Schlüsselinstitution wie heutzutage in der Bundesrepublik Deutschland.⁵

Die Anzahl der Krankenkassen ist bei wachsender Versichertenzahl mit der Zeit stark gesunken. So gab es Anfang des 20. Jahrhunderts über 21.000 Krankenkassen. Heute existieren noch 257 Krankenkassen, wobei die Betriebskrankenkassen mit über 200 Verschiedenen immer noch den größten Anteil ausmachen.⁶

2.2.1.2 Leistungskatalog

Der Leistungskatalog wurde seit seiner Einführung im Jahre 1883 wiederholt erweitert und modifiziert. Es wird grundsätzlich zwischen Regel- und Mehrleistungen unterschieden. Zu den Regelleistungen zählen alle gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen. Die Unterscheidung der Leistungskataloge zwischen den Krankenkassen erfolgt über die Mehrleistungen, welche in den Satzungen der Krankenkassen festgesetzt sind, aber auf freiwilliger Basis beruhen.⁷

2.2.1.3 Mitgliederkreis

Bei dem Mitgliederkreis muss zwischen den Pflichtversicherten, den freiwillig Versicherten und den Familienversicherten unterschieden werden.

4 Vgl. Alber (1992) S. 17.

5 Vgl. Alber a.a.O. S. 19f.

6 Vgl. o.V.: Liste aller Krankenkassen. Im Internet: <http://www.krankenkassentarife.de/baseportal/kassenliste> [zuletzt gesichtet am: 26.06.2008].

7 Vgl. Alber a.a.O. S. 52.

Bei den Pflichtversicherten handelt es sich um die Arbeitnehmergruppe von Arbeitern, Angestellten und Auszubildenden, die unter der Pflichtversicherungsgrenze mit einem sozialversicherungspflichtigen Bruttoarbeitseinkommen in Höhe von derzeit 4.012,50 Euro liegen. Für Arbeitnehmer mit einem höheren Bruttoeinkommen besteht die Wahlmöglichkeit zwischen einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer Mitgliedschaft in der privaten Krankenversicherung (PKV).⁸

Als weiteren Mitgliederkreis gibt es die Familienversicherten. Hierzu zählen alle Familienangehörigen von gesetzlich Versicherten, die nicht selber freiwillig oder pflichtversichert sind.

2.2.1.4 Finanzierungsweise

Die Finanzierung erfolgt über die Beiträge der versicherten Arbeitnehmer, der Arbeitgeber, Studenten und Rentner. Die Höhe des studentischen Beitrages ist bei allen Krankenkassen identisch. Die Beitragshöhe von Arbeitnehmern, Arbeitgebern und Rentnern richtet sich nach dem jeweiligen Einkommen. Die Berechnung der Beitragshöhe erfolgt vom Bruttoeinkommen des Versicherten mit Hilfe des prozentualen Beitragssatzes der jeweiligen Krankenkasse bis zur Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 3.600,00 Euro. Das bedeutet, dass nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zur Ermittlung der Höhe des Beitrages berücksichtigt wird. Der derzeitige allgemeine Beitragssatz liegt bei 13 bis 14 Prozent.

2.2.2 Zukünftige Entwicklung

Das deutsche Gesundheitswesen wird von kundigen Beobachtern aus dem Ausland als vorbildlich in Reichweite und Abdeckung, in Bezug auf den Leistungsumfang sogar als luxuriös eingeschätzt. Es hat in dem World Health Report der WHO den vierten Platz in der Qualität der Leistungserbringung erreicht und wurde dabei nur von den USA, der Schweiz und Luxemburg übertroffen.⁹

Es muss die langfristige Finanzierbarkeit sichergestellt werden, da die Kosten für das deutsche Gesundheitswesen in den nächsten Jahren weiter ansteigen werden. Die Ursachen für den Kostenanstieg werden unter Abschnitt 2.3 näher erläutert. In Tabelle 1 ist die stetige Steigerung der Ausgaben im Gesundheitswesen zu erkennen. Die für dieses Buch bedeutenden Sektoren wurden grau hinterlegt.

8 Vgl. <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/beitragsbemessungsgrenze.html> [zuletzt gesichtet am: 26.06.2008].

9 Salfeld; Wertke (2001) S. 1.

Tab. 1 Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen in Mio. Euro
 Quelle: In Anlehnung an das Statistische Bundesamt Deutschland.
 Im Internet: <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab6.php>
 [zuletzt gesichtet am: 28.02.07]

Gegenstand der Nachweisung	2001	2002	2003
Einrichtungen insgesamt	227 788	234 967	239 703
Gesundheitsschutz	4 207	4 410	4 520
öffentlicher Gesundheitsdienst	1 990	2 082	2 082
sonstige Einrichtungen	2 218	2 382	2 438
ambulante Einrichtungen	105 380	108 542	111 896
Arztpraxen	30 804	31 530	32 474
Zahnarztpraxen	14 844	14 797	15 120
Praxen sonstiger med. Berufe	5 399	6 008	6 313
Apotheken	30 981	32 275	33 048
Gesundheitshandwerk/ -einzelhandel	16 172	16 487	17 322
ambulante Pflege	6 054	6 257	6 375
sonstige Einrichtungen	1 126	1 187	1 244
stationäre/teilstationäre Einrichtungen	87 578	90 031	91 027
Krankenhäuser	62 249	64 126	64 688
Vorsorge-/ Rehabilitationseinrichtungen	7 563	7 581	7 558
stationäre/teilstationäre Pflege	16 320	16 809	17 194
berufliche/soziale Rehabilitation	1 445	1 516	1 586
Krankentransporte/Rettungsdienste	2 195	2 339	2 452
Verwaltung	12 862	13 623	14 166
sonstige Einr. und private Haushalte	8 640	8 964	9 059
Ausland	406	443	419
Investitionen	6 519	6 614	6 163
Nachrichtlich:			
Gesamtgesundheitsausgaben (OECD)	223 689	230 592	235 324
laufende Gesundheitsausgaben (OECD)	217 169	223 978	229 161
Einkommensleistungen	67 687	67 425	65 264
Aktualisiert am 15. März 2007			

In Zukunft wird immer weniger Geld in die Kassen der Sozialsysteme und damit auch des Gesundheitswesens fließen, da eine rückläufige Geburtenentwicklung zu verzeichnen ist. Zusätzlich steigt die Anzahl der Rentner, da die Menschen immer älter werden. Somit wird es hinsichtlich der Einhaltung des Generationenvertrages immer schwieriger werden, dessen Finanzierung zu sichern. Eine gute Gesundheitspolitik wird gefordert, die Humanität, Effektivität und Effizienz vereint.

2.3 Finanzierung des Gesundheitssystems

Die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems erfolgt, wie unter 2.2.1.4 erläutert, zum Teil aus den Krankenkassenbeiträgen der Bevölkerung. Im stationären Bereich gilt das Prinzip der dualen Finanzierung. Hierbei werden die allgemeinen Krankenhausleistungen von den Krankenkassen und damit den Beiträgen der Versicherten und z. B. die Instandhaltung der Krankenhäuser aus Steuergeldern finanziert.

Da die Einnahmen aus den Beiträgen und auch die Steuerzahlungen nicht unbegrenzt sind, handelt es sich um eine knappe Ressource, was Ökonomie im Gesundheitssystem zwingend erforderlich macht. Dieser Aspekt wird in Zukunft eine wachsende Rolle spielen, da in den letzten Jahren die Ausgaben für das Gesundheitswesen stetig gestiegen sind. Dies wird in Abbildung 1 veranschaulicht. Demnach sind die pro-Kopf-Ausgaben in den Jahren 1992–2003 von 2.020 Euro auf 2.900 Euro gestiegen.

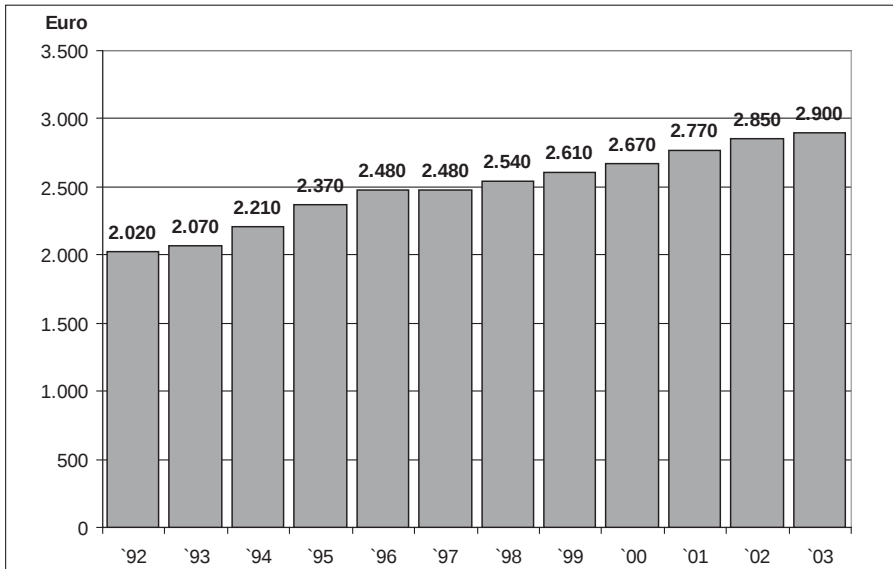


Abb. 1 Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Euro je Einwohner
 Quelle: Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland. Im Internet:
<http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesugra3.php> [zuletzt gesichtet
 am: 26.02.07]

Dies liegt zum einen an der kostenintensiven, modernen Gerätemedizin, aber auch an der demografischen Entwicklung, weil die Menschen älter und damit multimorbider werden, was sich wiederum dementsprechend auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung niederschlägt. Die Krankheitskosten steigen bei älteren Patienten sehr stark an, wie Abbildung 2 verdeutlicht.¹⁰

¹⁰ Vgl. Flatten (1988) S. 16.

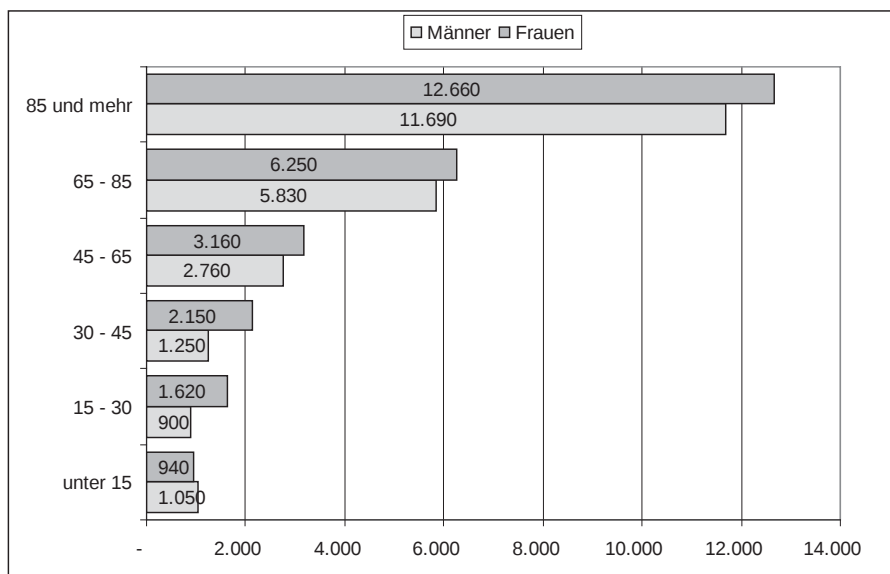


Abb. 2 Krankheitskosten 2002 nach Geschlecht und Alter (Euro je Einwohner)
 Quelle: Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland. Im Internet: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2004/krankheitskosten_2002i.pdf [zuletzt gesichtet am: 26.02.05]

2.4 Ausgaben für den stationären Bereich

Bis zum 31. Dezember 2003 gab es eine andere Art der Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems als das DRG-System. Das DRG-System wird unter 4.2 näher erläutert.

Die Vergütung bis Ende 2003 setzte sich aus mehreren Arten zusammen, wie z. B. die tagesgleichen Pflegesätze gemäß § 13 BPflV. Bei diesen gab es zum einen den Basispflegesatz, welcher die so genannten Hotelleistungen vergütete. Das waren Leistungen, die nicht durch ärztliche und pflegerische Tätigkeiten veranlasst wurden, wie z. B. Unterkunft und Verpflegung. Zu diesem Basispflegesatz kam noch der Abteilungspflegesatz für medizinisch-pflegerische Leistungen der Fachabteilungen oder der teilstationäre Pflegesatz, sofern die Leistungen teilstationär erbracht wurden, dazu. Eine weitere Art der Vergütung bestand in den Fallpauschalen nach § 11 BPflV, Abs. 1. Mit ihnen wurden die allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Allgemeine Krankenhausleistungen umfassen alle medizinisch erforderlichen und in ausreichender Versorgung getroffenen Maßnahmen, die bei einer Erkrankung notwendig sind.

Weiterhin waren die Sonderentgelte nach § 11 BPflV, Abs. 2 eine mögliche Art der Vergütung. Sonderentgelte waren für bestimmte, zum Teil besonders aufwändige Operationen, wie z. B. große Bauchoperationen, vorgesehen. Die Sonderentgelte wurden neben den Pflegesätzen abgerechnet. Auch für die vor-

und nachstationären Leistungen gemäß § 115a SGB V bekam das Krankenhaus Entgelte.

Da die meisten Fälle im Krankenhaus über Pflegesätze abgerechnet wurden, kam es für die Höhe der Vergütung nicht auf die Diagnose, sondern auf die Fachabteilung und die Verweildauer an. Je länger ein Patient im Krankenhaus lag, desto mehr Geld bekam das Krankenhaus von der Krankenkasse.

2.5 Problem der sektoralen Abgrenzung

Durch die sektorale Abgrenzung im deutschen Gesundheitswesen ergibt sich eine Vielzahl von Problemen. Diese liegen zum einen darin begründet, dass es zu erhöhten Ausgaben der Krankenkassen kommt, da jeder Sektor über sein eigenes Budget verfügt, welches er komplett auszuschöpfen versucht. Dadurch kommt es auch zu den sog. „Doppeluntersuchungen“. Dabei handelt es sich um diagnostische Untersuchungen, die ein Patient bereits beim Hausarzt erhalten hat und welche das Krankenhaus erneut durchführt.

Zum anderen sind die Doppeluntersuchungen aber auch die Folge fehlender, bzw. mangelnder Kommunikation zwischen den Sektoren. Dies liegt darin begründet, dass jeder „abgeschottet“ in seinem Bereich arbeitet und nicht ausreichend kooperativ und aktiv mit den anderen Sektoren zusammen.

3 Behandlungspfad

3.1 Allgemeine Grundlagen

Bislang war es so, dass mit „Erstaunen und Ehrfurcht“ auf die Therapien und deren Erfolge geschaut wurde. Durch die starke Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, welche nun einen Höhepunkt erreicht hat, ist aber erkannt worden, dass die Art und Weise, wie die Leistungen im Gesundheitswesen erbracht werden, zu verändern sind, da ansonsten die medizinische Versorgung in einem erheblichen Umfang rationiert werden muss.

Ein mögliches Instrument hierzu sind die interdisziplinären Behandlungspfade, die es den Einrichtungen des Gesundheitswesens erleichtern sollen, die neuen Aufgaben und Probleme bewältigen zu können.¹¹ Ein Vergleich mit einem Maurer, der sein Werkzeug zum Bauen einer Mauer nutzt, ist möglich. Der Maurer beherrscht das Bauen einer Mauer. Er benutzt zur Unterstützung das Werkzeug und zwar so, wie er es für richtig hält. Das Werkzeug kann dem Arbeiter aber nicht vorschreiben, wie er es zu benutzen hat. Bei der Verwendung von Werkzeugen ist zu erwarten, dass die eine oder andere Tätigkeit einfacher, schneller und wirksamer ausgeführt werden kann. Bei dem Transfer dieses Beispiels auf die interdisziplinären Versorgungspfade ist das Werkzeug der Behandlungspfad und die Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind die Maurer. Das Team kann die interdisziplinären Behandlungspfade wie ein Werkzeug benutzen, um die Dienstleistung zu erbringen, wobei es sich aber nicht um verbindliche Vorschriften handelt, da interdisziplinäre Behandlungspfade Konzepte einer Handlungsempfehlung sind. Daher ist die Darstellung auch jeder Situation angepasst, in der die Behandlungspfade eingesetzt werden.¹²

Es finden sich in der Literatur verschiedene synonyme Begriffe für interdisziplinäre Behandlungspfade. Einige Beispiele sind in Tabelle 2 aufgelistet.

Tab. 2 Verschiedene Bezeichnungen für interdisziplinäre Behandlungspfade
Quelle: In Anlehnung an Berger (2003) S. 44.

Interdisziplinäre Behandlungspfade	clinical pathways
Integrierte Versorgungspfade	medical pathways
Integrierte Patientenpfade	critical pathways

11 Vgl. Dykes; Wheeler (2002) S. 24.

12 Vgl. Johnson (2002) S. 25.