

Ernst Bühler (Hrsg.)

# Überleitungs- management und Integrierte Versorgung

Brücke zwischen Krankenhaus  
und nachstationärer Versorgung

2., überarbeitete und  
erweiterte Auflage

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**



Ernst Bühler (Hrsg.)

# Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung

Brücke zwischen Krankenhaus und  
nachstationärer Versorgung







2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

## Übersicht Piktogramme

-  Information
-  Gesetzestext
-  Achtung
-  Merke
-  Beispiel
-  Definition

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2013

Alle Rechte vorbehalten

© 2006/2013 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-021879-6

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-024022-3

# Inhalt

Vorwort .....	7
<b>1 Durch Kooperation fit für die Zukunft .....</b>	<b>9</b>
<i>Ernst Bühler</i>	
1.1 Allgemeine Vorbemerkungen .....	9
1.2 Organisationsgrade im Gesundheitssystem .....	11
1.3 Integrierte Versorgung nach dem GMG .....	20
1.4 Vom Überleitungsmanagement zum Versorgungsmanagement .....	23
1.5 Politische Rahmenbedingungen .....	24
1.6 Rolle des Krankenhauses bei der Umsetzung eines Versorgungsmanagements .....	25
1.7 Vernetzung – Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches Versorgungsmanagement .....	31
1.8 Die Zukunft hat bereits begonnen – Trends im Versorgungsmanagement .....	34
Literatur .....	35
<b>2 Umsetzung multiprofessioneller regionaler Netzwerke am Beispiel der SAPV .....</b>	<b>38</b>
<i>Martin Ehmer, Antje Kössl und Stefan Joneleit</i>	
2.1 Vorüberlegungen .....	39
2.2 Wie kommt man zusammen? .....	40
2.3 Umgang mit scheinbarer Konkurrenz .....	41
2.4 Finanzierung der Gründungsphase .....	41
2.5 Kontinuität und Wandel in der Entwicklungsphase ...	42
2.6 Festlegung des Versorgungsgebiets .....	44
2.7 Führungsstil .....	44
2.8 Zeitachse .....	45
2.9 Kostenträger .....	46
2.10 Kooperation Pflegeheim – SAPV .....	47
2.11 Brückenpflege und SAPV .....	47
2.12 Struktur und Psychologie .....	48
Literatur .....	49

<b>3</b>	<b>Brückenpflege – der Sonderweg in Baden-Württemberg. Wie hat sich daraus die SAPV weiterentwickelt? . . . . .</b>	<b>50</b>
	<i>Irene Wandel</i>	
3.1	Brückenpflege . . . . .	50
3.2	Besonderheiten bei der Überleitung und Versorgung von Palliativpatienten . . . . .	52
3.3	Von der Brückenpflege zur SAPV . . . . .	56
3.4	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) .	60
	Zusammenfassung und Beurteilung . . . . .	64
	Literatur . . . . .	68
<b>4</b>	<b>Sektorenübergreifende Kooperation . . . . .</b>	<b>70</b>
	<i>Antje Kössl, Martin Ehmer und Stefan Joneleit</i>	
4.1	Grundlagen im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung . . . . .	70
4.2	Umsetzung . . . . .	79
4.3	Herausforderungen in der praktischen Umsetzung . . .	80
	Literatur . . . . .	92
<b>5</b>	<b>Aufbau der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Landkreis Esslingen (Erfahrungen und Anregungen) . . . . .</b>	<b>93</b>
	<i>Florian Bochtler</i>	
5.1	Ausgangssituation . . . . .	94
5.2	Herangehensweise . . . . .	96
5.3	Erfahrungen und Anregungen . . . . .	112
	Fazit und Ausblick . . . . .	113
	<b>Ausblick: SAPV – Modell für eine »echte« integrierte Versorgung. Was lernen wir daraus? . . . . .</b>	<b>115</b>
	<i>Ernst Bühler</i>	
	Projektplanung . . . . .	119
	Kosten-Nutzen-Bewertung . . . . .	121
	<b>Linksammlung . . . . .</b>	<b>124</b>
	<b>Autorenverzeichnis . . . . .</b>	<b>126</b>
	<b>Stichwortverzeichnis . . . . .</b>	<b>127</b>

## Vorwort

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich mitten im Umbruch. Noch nie gab es so viele strukturelle Veränderungen wie in der letzten Zeit. Es entsteht jetzt eine völlig neue Versorgungslandschaft. Dabei haben die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre gezielt auf eine Veränderung der Angebotsstrukturen in der ärztlichen Versorgung hingearbeitet. Die kollektivvertragliche Regelversorgung bekommt zunehmend Konkurrenz durch Einzel- und Gruppenverträge. Einzelpraxen werden zum Auslaufmodell. Es entstehen neue Netzwerke, die den Menschen eine reibungslose und ineinandergreifende Versorgung mit hoher Versorgungssicherheit bieten. Als Beispiel dafür dient die Palliativversorgung in Deutschland. Mit Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wurde ein gesetzlicher Rahmen zur Umsetzung einer integrierten Versorgung für eine eng umschriebene Patientengruppe geschaffen und mit finanziellen Ressourcen ausgestattet. In solchen Netzwerken liegt die Zukunft der medizinischen Versorgung.

In einer Gesellschaft des längeren Lebens, in der chronische Krankheiten und Multimorbidität zunehmen, werden Zusammenarbeit und Koordination der Leistungen immer wichtiger. Man hätte erwartet, dass sich Modellprojekte zur integrierten Versorgung zuerst in der Geriatrie oder aus der Geriatrie her entwickeln würden. Dem war aber nicht so. Cicely Saunders, die Begründerin der Palliativbewegung in England, hat die Gründe klar erkannt. »Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen« (Steuer 2008, S. 9). Eine umfassende, flächendeckende Verbesserung der Versorgung alter Menschen muss an der Komplexität der Aufgabe und den Eigeninteressen der Akteure zum gegenwärtigen Zeitpunkt scheitern.

Wir haben deshalb in der neuen Auflage den Modellcharakter der SAPV aufgegriffen. Es gilt nun, die Ansätze der neuen Versorgungsmodelle, die überall in Deutschland entsprechend der lokalen Unterschiede etwas anders ausgestaltet sind, weiter zu entwickeln. Um Schnittstellen in der Versorgung zu überwinden, brauchen wir eine verstärkte Entwicklung hin zu umfassenderen Verträgen zur integrierten Versorgung der großen Volkskrankheiten und von multimorbiden Patienten. Wie Studien (Barnett 2012) zeigen, nimmt die Multimorbidität nicht nur im Alter zu,



sondern auch in jüngeren Jahren. Betrachtet man die Absolutzahlen, dann gibt es mehr multimorbide Menschen unter als über 65 Jahren. Indikationsbezogene Verträge müssen deshalb breiter angelegt sein. Es ist zu erwarten, dass in den nächsten Jahren weitere Bewegung in die Versorgungsstrukturen kommen wird.

## Literatur

- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. In: *The Lancet*, DOI:10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
- Steuer, J. (Hrsg.) (2008). *Palliative Care in Pflegeheimen: Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte*. Hannover: Schlütersche.

# 1 Durch Kooperation fit für die Zukunft

Ernst Bühler

## 1.1 Allgemeine Vorbemerkungen

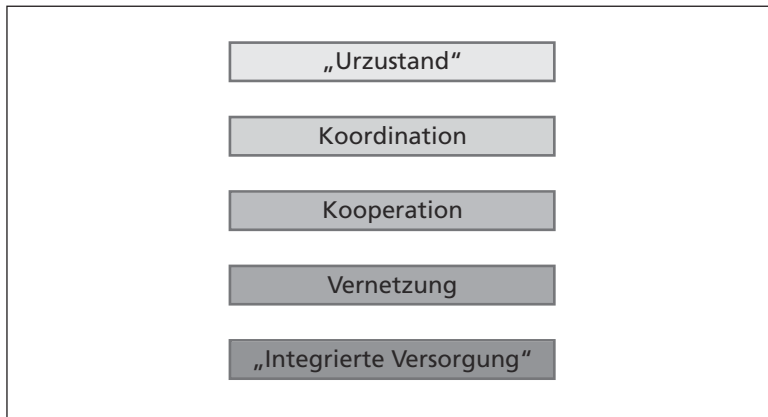
Das Gesundheitssystem in Deutschland befindet sich in einem tiefgreifenden Umbruch. Die ambulante sowie die stationäre Versorgung sollen grundlegend neu geordnet und die Stellung der Hausärzte gestärkt werden. Politik und gesetzliche Krankenkassen streben unter dem Diktat der leeren Kassen eine *bessere Vernetzung* der ambulanten und stationären Versorgung an. Die Ziele sind unter anderem: Doppeluntersuchungen vermeiden, regionale ärztliche Überversorgung abbauen und Kosten reduzieren. Unter dem Druck der Wirtschafts- und Finanzpolitiker nehmen Gesundheits- und Sozialpolitiker auf Partikularinteressen kaum mehr Rücksicht. Alle Parteien stehen vor demselben Problem. Das Wirtschaftswachstum in Deutschland wird in den nächsten Jahren zwischen 0 und 3 % pendeln. Die finanziellen Ressourcen reichen somit nicht aus, die jetzigen ambulanten und stationären Strukturen mit dem erforderlichen Geld auszustatten. Die bisherigen Maßnahmen in der Gesundheitspolitik, vorneweg die zunehmende Selbstbeteiligung, können das System nicht auf Dauer stabilisieren. Es ist zu befürchten, dass statt einer Trendwende eher das Gegenteil eintritt. Dass die medizinische Versorgung eher schlechter und teurer als besser und günstiger wird. Nach Kondratieff (2000) ist der Wirtschaftsmotor Nummer eins in der jetzigen Dekade die Gesundheit. Mit planwirtschaftlichen Maßnahmen wird der »startende Motor« aber nicht zum Laufen gebracht. Überbordende bürokratische Maßnahmen im Gesundheitssystem und in der Altenhilfe führen zu einem unnötigen Ressourcenverbrauch und unzufriedenen »Kunden«. Patienten werden sich bei steigender Selbstbeteiligung überlegen, ob sie den Hausarzt oder den Facharzt aufsuchen, wenn sie aus der eigenen Tasche dafür aufkommen müssen. Auch bei den Privatversicherungen wird angesichts kontinuierlich steigender Beiträge die *Tendenz zu höherer Selbstbeteiligung* steigen und damit die Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Auch von unternehmerischer Seite stehen Ärzte und hier insbesondere die Fachärzte unter zunehmendem Druck. Bei stagnierenden Erlösen nehmen die Kosten und Investitionsvolumina gravierend zu. Die Betriebskosten zehren einen großen Teil des Umsatzes auf. Nicht anders ergeht es den Kliniken. Angesichts dieser Tendenzen stellt sich die Frage,

ob durch Kooperationen Synergieeffekte erzielt und damit der wirtschaftliche Erfolg gesichert werden kann.

- Kooperationsformen Welche Kooperationsformen sind möglich? Nicht-fachübergreifende Gemeinschaftspraxen werden auf Dauer voraussichtlich keinen Bestand haben: Die Kosten sinken nicht im notwendigen Umfang. Ebenso sind Praxisnetze kritisch zu betrachten. Sie drücken zwar die Ausgaben der Krankenkassen, führen aber selten zu den nötigen Kostenreduzierungen für die Praxisinhaber. Deshalb sind effizientere und finanzkräftigere Kooperations- und Gesellschaftsformen notwendig. Falls die Hausärzte in Zukunft die *Gatekeeper-Funktion* im ambulanten Sektor bekommen sollten, wird sich der *Trend zu Praxiskooperationen aber auch zu Kooperationen mit anderen Berufsgruppen* zwangsläufig verstärken. Der Hausarzt kann und muss nicht alle Aufgaben der medizinischen, pflegerischen (Behandlungspflege z. B. Verbandswechsel, Katheterwechsel etc.) und sozialen Versorgung selbst übernehmen. Er muss sich vom »Alleinunterhalter« zum »Dirigenten« weiter entwickeln. Verschiedene Kooperationsformen in Deutschland zeigen, dass Effizienz, wirtschaftliche Zukunftsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit möglich sind. Polikliniken sind bereits jetzt erheblich kostengünstiger zu betreiben als Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Deshalb wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche medizinische Versorgungszentren, Praxiskliniken, Kompetenz- und Facharztzentren eröffnet. Die Zusammenarbeit über die bisher getrennten ambulanten und stationären medizinischen Sektoren hinweg wird zunehmen. Dieser Trend wurde durch die Einführung der DRGs noch verstärkt. Die Frage ist, ob die Kliniken in Zukunft den niedergelassenen Ärzten als Konkurrenten gegenüberstehen werden und sich selbst stärker im ambulanten Sektor engagieren oder ob sich zwischen beiden Kooperationsformen entwickeln. Die niedergelassenen Ärzte haben prinzipiell keine schlechte Verhandlungsposition. Einerseits haben sie als Einweiser für die Kliniken eine gewisse Marktmacht, andererseits stehen die Klinikambulanzen bei Kassen- wie Privatpatienten in keinem guten Ruf. In der Regel ist es so, dass Patienten am liebsten zum Hausarzt oder gleich zu einem Facharzt gehen. Klinikambulanzen werden lediglich im Notfall aufgesucht. Die Klinikambulanzen müssen in Hinblick auf Kundenfreundlichkeit noch erheblich dazulernen. Bei Wartezeiten von teilweise mehreren Stunden (Berichte von Patienten aus dem Mittleren Neckarraum) muss sich an der Einstellung der Kliniken noch viel ändern.
- Partikularinteressen dominieren Auf dem Weg zu einer engeren Zusammenarbeit der einzelnen Sektoren gibt es noch viele Hindernisse. Besonders gravierend ist die *mangelnde Bereitschaft* vieler Ärzte zur Teamarbeit. Wie aus einzelnen Praxisnetzen berichtet wird (Netzwerkertreffen auf der Messe Medizin 2009 in Stuttgart), steigen niedergelassene Ärzte zwar in Kooperationsformen ein, die Partikularinteressen dominieren aber weiterhin. Solange die Einzelpraxis Maßstab für die Honorare im Kassenarztsystem bleibt

und die Ständesvertretungen dem Qualitätswettbewerb keine höhere Priorität einräumen, bleibt die Motivation zur Kooperation größeren Maßstabs eher gering. Wichtig ist: Die aufgezeigte Entwicklung ist nicht mehr aufzuhalten. Die Kooperation in Fachärztezentren und die *Bildung interdisziplinärer Teams* ist in vollem Gang, was in den folgenden Kapiteln am Beispiel der SAPV deutlich wird. Der Prozess wird schneller ablaufen, als viele meinen. Ob die Ärzte die Entwicklung selbst mitbestimmen oder gezwungen werden, wird davon abhängen, ob sie sich informieren, positionieren – und damit auch mitbestimmen können.

## 1.2 Organisationsgrade im Gesundheitssystem



**Abb. 1.1:** Organisationsgrade im Gesundheitssystem

Nicht nur für Außenstehende scheint es sich beim Gesundheitssystem um ein chaotisches System zu handeln. Die einzelnen Leistungserbringer sind in ihren Entscheidungen frei und orientieren sich an privatwirtschaftlichen Kriterien. Kooperationen zwischen verschiedenen Leistungserbringern, z. B. zwischen Hausarzt und Facharzt, hängen stark vom Engagement der Einzelpersonen ab. Geregelte Strukturen sind nur zum Teil ersichtlich (► **Abb. 1.2**).

Dieser »chaotische Zustand« wird für die Verschwendung von Ressourcen z. B. infolge von Doppel- und Mehrfach-Untersuchungen, unkoordinierten Medikamentenverordnungen usw. verantwortlich gemacht. Den Mangel an Koordination wollte die Politik durch *Disease-Management-Programme* beheben. Über Koordinationsmaßnahmen wurden die einzelnen Leistungserbringer gezielt in ein Versorgungskonzept eingebunden. Als Steuerungsinstrument wird das Case Management, ein »Werkzeug« aus der Sozialarbeit, verwendet. Diese Methode

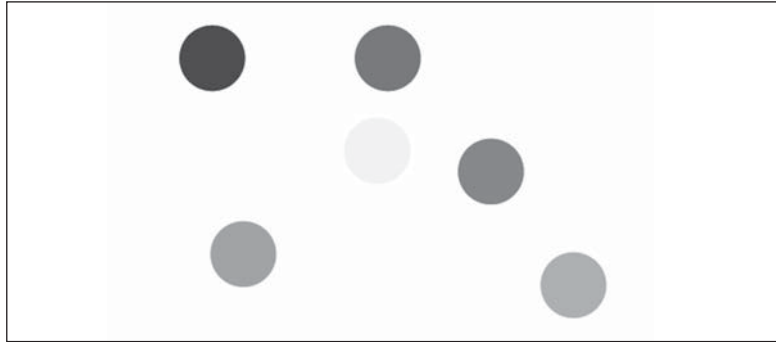


Abb. 1.2: Status quo

hat sich zwar in bestimmten Bereichen bewährt, es ist aber noch nicht erwiesen, dass sie sich für einen umfassenden, flächendeckenden Einsatz eignet. Wie sich bei den bestehenden Disease-Management-Projekten zeigt, ist der bürokratische Aufwand immens, und die Kosten stehen in keiner Relation zu den Vorteilen. Amerikanische Krankenversicherungsgesellschaften haben sich bereits wieder von den Disease-Management-Projekten verabschiedet und begrenzen deren Einsatz auf kosten-trächtige Hochrisiko-Gruppen. Dies entspricht auch der Entwicklung in Deutschland (z. B. SAPV, Wundnetzwerke, Demenznetzwerke etc.). Eine weitere Möglichkeit, die Versorgungsstrukturen zu optimieren, ist der Aufbau von Kooperationen. Die Leistungserbringer verpflichten sich, entsprechend getroffener Vereinbarungen, ihre Leistungen abzustimmen und sich gegenseitig zu unterstützen. Hier werden keine neuen Schnittstellen durch einen Koordinator aufgebaut, sondern die Leistungserbringer regeln die Zusammenarbeit partnerschaftlich. Ein Vergleich aus dem Sport, der zugegebenermaßen sehr plakativ ist, soll die Unterschiede verdeutlichen (► Abb. 1.3). Eine Rudermannschaft wird koordiniert durch den Steuermann.

Es handelt sich beim Rudern um eine sehr gleichförmige Leistungserbringung durch die Ruderer. Eine Koordination der Leistungserbringer ist somit relativ einfach. Anders sieht es in Mannschaftssportarten wie Fußball oder Handball aus, in denen jeder Akteur seine definierte Funktion hat (► Abb. 1.4). Jeder Spieler ist während des Spiels in seinen Entscheidungen frei. Je besser die einzelnen Spieler miteinander kooperieren, umso harmonischer und Kräfte sparender verläuft das Spiel. Der Trainer ist während des Spielverlaufs am Spielfeldrand und kann das Spiel nur marginal beeinflussen. Seinen Einfluss muss er bereits in der Trainings- und Vorbereitungsphase geltend machen. Nicht zuletzt gehört zu seinen Aufgaben, den Teamgeist der Mannschaft zu fördern und sie damit zum Erfolg zu führen. Fragt sich jetzt nur, welche Funktion hat der Hausarzt? Ist er Steuermann oder Teammitglied? Wer hat dann die Funktion des Trainers, des Moderators und des Organitors? In zunehmendem Maß übernehmen in Ärztenetzen Managementgesellschaften oder Krankenkassen (DMP) diese Funktion.