

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft & Soziales

Department Pflege & Management

MBA Sozial- und Gesundheitsmanagement

Die integrierte Versorgung als
Gestaltungsrahmen zur Verbesserung der
ambulanten Versorgung von Wunden

Master-Thesis

Tag der Abgabe: 22.09.2011

Vorgelegt von: Roland Lapschieß

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Knut Dahlgaard

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Peter Stratmeyer

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1. Einleitung.....	1
1.2 Aufbau der Masterthesis.....	4
2. Grundlagen der integrierten Versorgung	6
2.1 Begriffsklärung.....	6
2.2 Rechtliche Grundlagen	10
2.3 Gestaltungsmöglichkeiten.....	14
3. Vorhandene Konzepte der integrierten ambulanten Versorgung von Wunden..	20
3.1 Das Konzept der Medical Networks CJ GmbH & Co KG	20
3.2 Das Konzept des Netzwerkes Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung e.V.....	24
4. Entwicklung eines eigenen Konzeptes zur integrierten ambulanten Wundversorgung	29
4.1 Projekt „Integrierte ambulante Versorgung von Wunden“	29
4.2 Entwicklung eines ambulanten Muster-Behandlungspfades.....	31
4.3 Entwicklung eines prozessorientierten modularen Vergütungssystems	38
4.4 Prozesscontrolling und Qualitätsmanagement	45
4.5 Projektstand.....	46
6. Anforderungen an ein modernes Versorgungskonzept für Wunden	50
6.1 Anforderungen an das medizinisch-pflegerische Konzept.....	50
6.2 Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem.....	57
7. Hindernisse bei der Realisierung integrierter Versorgungskonzepte	59
8. Fazit und Ausblick	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Integrierte Versorgung auf der Basis des SGB V	11
Abbildung 2:	Gestaltungsoptionen der integrierten Versorgung	15
Abbildung 3:	Versorgungsmodule Medical Networks CJ GmbH & Co KG	22
Abbildung 4:	Vertragsgestaltung bei Beteiligung einer Managementgesellschaft	23
Abbildung 5:	Schnittstellen bei der integrierten Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms	26
Abbildung 6:	Skizze des Versorgungsnetzwerks	31
Abbildung 7:	Hauptprozesse	33
Abbildung 8:	Hauptprozess „Aufnahme“ (Ausschnitt)	34
Abbildung 9:	Teilprozess „Therapie planen“	36
Abbildung 10:	Aggregation der Prozesskosten	39
Abbildung 11:	Kalküle der Krankenkassen und Leistungserbringer	56

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kalkulation des Teilprozesses „Wundversorgung durchführen“	41
Tabelle 2:	Modellrechnung Ulcus cruris venosum	42
Tabelle 3:	Prozesskostensätze	43
Tabelle 4:	Berechnung der Behandlungskosten	44
Tabelle 5:	Vergleich der vorgestellten Konzepte	49

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BKK	Betriebskrankenkasse
BQS	Bundesstelle Qualitätssicherung
BMC	Bundesverband Managed Care e.V.
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EN	Europäische Norm
GK	Gesamtkosten
ISO	International Organization for Standardization
IVS	Integrierte Versorgungsstrukturen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
Imi	Leistungsmengeninduziert
Imn	Leistungsmengenneutral
ml	Milliliter
Mrd	Milliarden
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
Pat	Patient
PKS	Prozesskostensatz
SGB	Sozialgesetzbuch
Stck	Stück
TV / VKA	Tarifvertrag / Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber
Wd	Wunde
Wt	Wundtherapeut

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Fragestellung

In Deutschland leiden etwa 1 - 1,2 Millionen Menschen an komplizierten oder chronischen Wunden.^{1,2} Chronische Wunden sind Hautdefekte, die über einen längeren Zeitraum nicht abheilen und auch keine Heilungstendenzen zeigen. In der Medizin gibt es bisher keine einheitliche Definition einer chronischen Wunde.^{3,4} DISSEMOND schlägt vor „ ... eine Wunde als komplizierte Wunde zu bezeichnen, wenn diese mindestens drei Wochen besteht, und den Terminus chronische Wunde ab einem Zeitraum von drei Monaten zu verwenden“.⁵

Typische Krankheitsbilder sind das diabetische Fußsyndrom, Dekubitus und Ulcus cruris.⁶ Betroffen sind in der Regel ältere Menschen. Wenn keine adäquaten therapeutischen Maßnahmen eingeleitet werden, drohen der Verlust der betroffenen Extremität oder andere weitreichende Komplikationen, die zum Tode führen können. Wundpatienten sind Schwerkranke, deren Prognose mit onkologischen Patienten vergleichbar ist.⁷ Die Patienten leiden vor allem unter Schmerzen und Funktionseinschränkungen. Die notwendigen Behandlungen in Arztpraxen und Kliniken belasten die Patienten sehr. Zudem beeinträchtigen der Geruch der Wunde und des Wundexsudats das soziale Zusammenleben.⁸

Die ambulante Versorgung der Wundpatienten erfolgt in den meisten Fällen durch niedergelassene Allgemeinmediziner und ambulante Krankenpflegedienste. Die medizinische Behandlung liegt üblicherweise in der Verantwortung des Hausarztes. Er verordnet die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes und verschreibt die seines Erachtens notwendigen Medikamente und Verbandstoffe.

¹ Vgl. Becker, Kröger 2011, 18

² Anm.: Becker/Kröger haben begründete Zweifel an der häufig genannten Zahl von über vier Millionen Erkrankten. Ihre Schätzung, auf Grundlage einer Modellrechnung, ergibt eine Zahl von höchstens 1 - 1,2 Millionen Wundpatienten.

³ Vgl. Dissemond 2006, 55

⁴ Vgl. Becker, Kröger 2011, 15

⁵ Dissemond 2006, 55

⁶ Vgl. Becker, Kröger 2011, 15f

⁷ Vgl. Debus, Augustin 2009, 39

⁸ Vgl. Becker, Kröger 2011, 18

Den Ärzten stehen zur Versorgung von Wundpatienten die Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris sowie die Versorgungsleitlinie des diabetischen Fußes zur Verfügung.⁹ In wieweit die Leitlinien angewendet werden, ist bisher kaum erforscht.¹⁰ Eine erste Studie zur Versorgungsqualität und zur leitliniengerechten Therapie des Ulcus Cruris zeigt, dass die Leitlinienstandards bei 38,2% der Wundpatienten (n = 502) nur unzureichend angewendet wurden.¹¹

Eine Befragung des Kieler Instituts für Gesundheitssystemforschung aus dem Jahr 2006 kommt zu dem Ergebnis, dass selbst die behandelnden Ärzte die Qualität der Versorgung von Wundpatienten als „tendenziell schlecht“ einschätzen.¹² Lediglich 16% von 835 niedergelassenen Ärzten beurteilen die Versorgung chronischer Wunden als „sehr gut“ (2,2%) und „gut“ (14,1%). 24,2% der Befragten betrachten die Versorgungsqualität sogar als ungenügend.¹³ „Häufig sind chronische Wunden nur deshalb therapieresistent, weil mit obsoleten, nachweislich wundheilungshemmenden Lokalthérapeutika behandelt wird, keine entsprechende Diagnostik getrieben und somit auch keine kausale Therapie ermöglicht wird.“¹⁴

Seit 1962 ist wissenschaftlich belegt, dass die sogenannte „moderne Wundversorgung“, also die Schaffung eines feuchten Wundmilieus durch Verwendung von Folienverbänden, die Heilungsdauer verkürzt, dennoch werden in Deutschland nur etwa 20% der Wundpatienten „modern“ versorgt.¹⁵ Viele Ärzte verschreiben keine modernen Verbandstoffe, weil sie befürchten, bei Überschreitungen ihres Arznei- und Verbandmittelbudgets in Regress genommen zu werden.^{16,17}

⁹ Vgl. Debus, Augustin 2009, 33

¹⁰ Vgl. Debus, Augustin 2009, 37

¹¹ Vgl. Augustin 2009, 60f

¹² Vgl. Rüggeberg, Golbach 2007, 332

¹³ Vgl. Rüggeberg, Golbach 2007, 328f

¹⁴ Karl, Gussmann, Storck 2007, 235

¹⁵ Vgl. Wozniak, et. al. 2011, 281

¹⁶ Vgl. Rüggeberg, Golbach 2007, 332

¹⁷ Vgl. Sellmer 2009, 18

Nach Meinung der Ärzte bildet der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), der als Grundlage für die Abrechnung ärztlicher Leistungen dient, den Aufwand für die Versorgung chronischer Wunden nur unzureichend ab.¹⁸

Ambulante Krankenpflegedienste erhalten für die Durchführung eines Verbandwechsels eine pauschale Vergütung. Das Entgelt ist vom tatsächlichen Aufwand unabhängig und unterscheidet sich je nach Region und Krankenkasse. SELLMER hat ein durchschnittliches Entgelt in Höhe von 10,86 € errechnet.¹⁹

Für die Leistungserbringer ist die Behandlung von Wunden unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten defizitär.²⁰

Eine weitere wesentliche Ursache für die schlechte Versorgung von Wundpatienten ist die Schnittstellenproblematik, die sich aus der sektoralen Aufteilung des deutschen Gesundheitssystems ergibt. Ein besonders kritischer Moment ist die Überleitung der Wundpatienten von der stationären in die ambulante Versorgung und umgekehrt, weil die Gefahr besteht, dass die begonnene Behandlung nach der Überleitung nicht fortgeführt wird.²¹ Die Versorgungsleistungen der Akteure im ambulanten Sektor sind bisher kaum auf die Bedürfnisse chronisch Kranker abgestimmt.²² Auf Dauer angelegte Kooperationen zwischen Ärzten und Pflegediensten sind Ausnahmen. Konflikte entstehen immer wieder, weil gut ausgebildete pflegerische Wundexperten ärztliche Anordnungen umsetzen sollen, die den Standards moderner Wundversorgung nicht mehr entsprechen.²³

Die direkten Kosten für die medizinische Versorgung von Wundpatienten in Deutschland werden für das Jahr 2002 auf 4,25 Mrd. Euro geschätzt. Zusätzlich fallen indirekte Kosten, beispielsweise für Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung, Umschulungen und Lohnfortzahlungen an.²⁴ Die erste deutsche Krankheitskostenstudie zum Ulcus Cruris aus dem Jahr 2007 ergab durchschnittliche Gesamtkosten in Höhe von 9.596,00 € pro Jahr und Patient.

¹⁸ Vgl. Rüggeberg, Golbach 2007, 332

¹⁹ Vgl. Sellmer 2009, 18

²⁰ Vgl. Debus, Augustin 2009, 39

²¹ Vgl. SVR 2005, 344

²² Vgl. SVR 2009, 134

²³ Vgl. Becker, Kröger 2011, 19

²⁴ Vgl. Debus, Augustin 2009, 38

Der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherungen an den Gesamtkosten beträgt 7.631,00 €. Von den Patienten müssen durchschnittlich Kosten in Höhe von 1.027,00 € aufgebracht werden. Der restliche Kostenanteil in Höhe von 911,00 € sind indirekte Kosten.²⁵

Die Höhe der Gesamtkosten des einzelnen Behandlungsfalles ist vor allem davon abhängig, ob moderne Verbandstoffe zum Einsatz kommen. Im Vergleich zur konventionellen Wundtherapie können durch modernes Wundmanagement durchschnittlich 1500,00 € eingespart werden.²⁶ Für die geringeren Kosten sind in erster Linie die deutlich kürzere Behandlungsdauer sowie die dadurch eingesparten Personalkosten verantwortlich.²⁷

Zusammenfassend kann die gegenwärtige Versorgungssituation von Patienten mit Wunden als Unterversorgung bezeichnet werden. „Unterversorgung besteht bei professionell, individuell und wissenschaftlich anerkanntem Bedarf, der verweigert wird oder nicht (zumutbar) zur Verfügung gestellt wird, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem gesundheitlichem Nutzen und einer akzeptablen Kosten-Nutzen-Relation vorhanden sind. Eine Unterversorgung liegt auch dann vor, wenn die Reduktion medizinischer Leistungen zu höheren Folgekosten in Zukunft führt.“²⁸

Die vorliegende Arbeit untersucht, welchen Beitrag die integrierte Versorgung zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Wundpatienten leisten kann.

1.2 Aufbau der Masterthesis

Kapitel 2: In diesem Kapitel werden die Grundlagen der integrierten Versorgung erläutert. Der Grundgedanke der integrierten Versorgung ist die Förderung der Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen, um die Versorgungsqualität zu verbessern und die Ressourcen effizienter einzusetzen. Der gesetzliche Rahmen der integrierten Versorgung ist im Sozialgesetzbuch V abgesteckt.

²⁵ Vgl. Augustin 2009, 58f

²⁶ Vgl. Janßen, Becker 2011, 14

²⁷ Vgl. Janßen, Becker 2011, 13

²⁸ Offermanns 2011, 25

Die Gestaltungsmöglichkeiten werden anhand der Dimensionen Integrations-tiefe, Indikationsbreite und Vergütungsform vorgestellt. Desweiteren müssen bei der Entwicklung eines Versorgungskonzeptes betriebswirtschaftliche und juristische Fragen bearbeitet werden.

Kapitel 3: Zwei bereits etablierte Versorgungskonzepte werden in diesem Abschnitt ausführlich dargestellt. Die Medical Networks CJ GmbH & Co KG ist eine Managementgesellschaft, deren Versorgungsleistungen bundesweit durch Ärzte und ambulante Pflegedienste erbracht werden. Das Netzwerk diabetischer Fuß - Köln und Umgebung e.V. ist ein regionaler Zusammenschluss von Ärzten zur Versorgung diabetischer Wundpatienten. Beschrieben werden die Strukturen der Netze, der Versorgungsumfang sowie das jeweilige Qualitätsmanagement.

Kapitel 4: Kapitel vier beschreibt die Entwicklung eines eigenen Konzeptes zur integrierten ambulanten Versorgung von Wunden. Merkmale dieses Konzeptes sind die Leistungserbringung durch ein Versorgungsteam, die Nutzung eines ambulanten Behandlungspfades sowie ein prozessorientiertes modulares Vergütungssystem. Das Versorgungskonzept liefert eine Vielzahl von Daten, die für das Prozesscontrolling und das Qualitätsmanagementsystem genutzt werden können. Das Kapitel endet mit einer Darstellung des Projektstandes.

Kapitel 5: Die in Kapitel drei und vier vorgestellten Konzepte werden als unterschiedliche Möglichkeiten zur Gestaltung integrierter Versorgungskonzepte diskutiert. Am Ende des Abschnittes werden die Konzepte einander gegenüber gestellt.

Kapitel 6: Die Anforderungen an ein modernes Konzept zur integrierten ambulanten Wundversorgung werden im sechsten Kapitel formuliert. Das medizinisch-pflegerische Konzept muss die evidenzbasierte Versorgung der Wunden gewährleisten und soll zu einer verbesserten Lebensqualität der Patienten beitragen. Das Vergütungssystem soll sicherstellen, dass die Leistungen aufwandsgerecht erfasst und angemessen entgolten werden. Den Leistungserbringern soll die Vergütung einen Anreiz zu effizientem und effektivem Handeln bieten.

Kapitel 7: In diesem Abschnitt wird zunächst die Entwicklung der integrierten Versorgung in Deutschland dargestellt. Die politischen Rahmenbedingungen werden als Einflussfaktor für die Investitionsbereitschaft von Krankenkassen und Leistungserbringer diskutiert. Die Innovationsbereitschaft der Leistungserbringer wird zusätzlich durch betriebswirtschaftliche Faktoren beeinflusst. Impulse zur Entwicklung innovativer Versorgungsangebote könnten auch vom Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ausgelöst werden.

Kapitel 8: Im letzten Kapitel wird aufgezeigt, welche Verbesserungen bisher durch die integrierte ambulante Wundversorgung erreicht werden konnten. Ein Ausblick zeigt, in welcher Weise zukünftige Versorgungskonzepte gestaltet werden können, um weitere Verbesserungen zu erreichen.

2. Grundlagen der integrierten Versorgung

2.1 Begriffsklärung

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist stark fragmentiert. Die sektorale Trennung der Versorgungs- und Finanzierungsbereiche einerseits, und die Spezialisierung einzelner Leistungserbringer auf die Diagnostik und die Therapie bestimmter Erkrankungen andererseits, führen zu zahlreichen Schnittstellen, die überbrückt werden müssen.²⁹ Patienten, die von einem Leistungserbringer zu einem anderen überwiesen werden, müssen deren Zusammenarbeit häufig selbst koordinieren. Die Folgen sind Informationsverluste, die nicht nur zu unnötigen Doppeluntersuchungen, sondern auch zu gefährlichen Situationen, wie z.B. lebensbedrohlichen Arzneimittelwechselwirkungen führen können.

Die Patientenversorgung leidet darunter, dass eingeleitete Therapien unterbrochen oder Therapiepläne geändert werden.³⁰ Verzögerungen entstehen auch, weil Patienten bei Überweisungen auf Termine zur Diagnostik oder zur Fortsetzung der Behandlung beim neuen Leistungserbringer warten müssen.³¹

²⁹ Vgl. Güssow 2007, 33

³⁰ Vgl. Tigges 2009, 110

³¹ Vgl. Tigges 2009, 109

Neben den Nachteilen für die Patienten entstehen durch die beschriebenen Defizite vermeidbare Kosten. „Diese tradierten Strukturen entziehen sich der Sachlogik medizinischer Versorgungsprozesse. Sie haben sich aus verteilungs-, macht- und statuspolitischen Gründen zementiert und sind auch auf Grund der Einwirkungen der unterschiedlichen und einflussreichen Interessenverbände nur schwierig aufzubrechen.“³²

Die hier beschriebenen Nachteile sollen durch das integrierte Versorgungsmanagement ausgeglichen werden.³³

Die integrierte Versorgung kann als ein Instrument des Managed Care-Ansatzes aufgefasst werden.^{34,35} AMELUNG definiert den Begriff Managed Care wie folgt: „Managed Care ist die Anwendung von Management-Prinzipien, die zumindest partielle Integration der Leistungsfinanzierung und -erstellung sowie das selektive Kontrahieren der Leistungsfinanzierer mit ausgewählten Leistungserbringern. Ziel ist die effiziente Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen.“³⁶

Der Grundgedanke der integrierten Versorgung ist die koordinierte Zusammenarbeit der Akteure verschiedener Sektoren, Fachgebiete und Berufsgruppen, die an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind. Im Mittelpunkt steht dabei der Patient, der wirksam und erfolgsorientiert therapiert werden soll.³⁷

Nach der Definition des NEU KALIßER-KREISES beinhaltet die integrierte Versorgung „ ... den gesamten Behandlungs- und Versorgungsumfang der Patienten in einem bestimmten Leistungsspektrum mit folgenden Kernelementen:

- verschiedene Leistungssektoren und/oder fachübergreifende Versorgung
- außerhalb des Sicherstellungsauftrages

³² Güssow 2007, 33

³³ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2008, 160

³⁴ Vgl. Amelung et al. 2006, 10

³⁵ Vgl. Kranzer 2007, 45

³⁶ Amelung 2007, 7

³⁷ Vgl. Kranzer 2007, 47

- auf einzelvertraglicher Grundlage.³⁸

Charakteristisch für die integrierte Versorgung ist, dass Leistungserbringer sich vernetzen, um die medizinische Versorgung einer bestimmten Patientengruppe gemeinsam sicherzustellen. Ein abgestimmter Behandlungsplan, der auf evidenzbasierten Leitlinien beruhen sollte, dient der Koordination der schnittstellenübergreifenden Zusammenarbeit.³⁹ Unumgänglich ist der Einsatz von elektronischen Informationssystemen, die der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern sowie der Dokumentation der erbrachten Leistungen dienen.⁴⁰ Der Behandlungsprozess orientiert sich an den Bedürfnissen des Patienten und ist auf den größten Nutzen für den Patienten auszurichten.⁴¹

Der Leistungsumfang sowie die Vergütung werden zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern gesondert vereinbart. Üblicherweise werden Vergütungsformen festgelegt, die das ökonomische Behandlungsrisiko teilweise oder vollständig auf die Leistungserbringer übertragen. Die Leistungserbringer tragen damit die Verantwortung sowohl für das medizinische als auch für das ökonomische Ergebnis des Behandlungsprozesses.⁴² Leistungserbringer sollen dadurch angeregt werden, neue innovative Versorgungskonzepte zu entwickeln.⁴³

Der integrierten Versorgung als typischem Managed Care-Ansatz liegt die Überzeugung zu Grunde, dass es möglich ist, Qualitätsverbesserungen bei gleichzeitiger Senkung der Kosten zu erreichen.⁴⁴

Dieses Ziel soll vor allem durch die „sektorübergreifende Optimierung der Behandlungspfade“⁴⁵ erreicht werden.

³⁸ Neu Kalißer Kreis 2005, zitiert nach Amelung et. al. 2006, 16

³⁹ Vgl. Kranzer 2007, 46

⁴⁰ Vgl. Kranzer 2007 50

⁴¹ Vgl. Offermanns 2011, 42

⁴² Vgl. Kranzer 2007, 47

⁴³ Vgl. Kranzer 2007, 47

⁴⁴ Vgl. Amelung et al. 2006, 25

⁴⁵ Güssow 2007, 36

Der Nutzen der integrierten Versorgung besteht für die Krankenkassen vorrangig in Einsparungen durch den effizienteren Einsatz vorhandener Ressourcen. Darüber hinaus reduziert eine bessere medizinische Versorgung Kosten, die in Folge von Komplikationen bei Unter- oder Fehlversorgungen entstehen. „Schließlich verändert sich auch die Rolle der Krankenkassen, die von bloßen Leistungszahlern zu Einkäufern von qualitativ hochwertigen Versorgungselementen werden.“⁴⁶ Die Krankenversicherungen können selektiv Verträge schließen, um gezielt innovative Versorgungsstrukturen zu fördern. Im Wettbewerb um Mitglieder könnte ein exklusives Leistungsangebot einer Krankenkasse als Argument für einen Krankenkassenwechsel genutzt werden.⁴⁷

Leistungserbringer können höhere Gewinne erwirtschaften, indem sie Netzwerke bilden und die Behandlungsprozesse optimieren. Weitere wirtschaftliche Potenziale liegen in der gemeinsamen Nutzung von kostenintensiven medizinisch-technischen Einrichtungen.⁴⁸ Innovative Versorgungsangebote sind Einzelstellungsmerkmale, die den Leistungserbringern Wettbewerbsvorteile bieten.

Die Interessen des Gesetzgebers sind die Beseitigung von Defiziten in der Gesundheitsversorgung sowie die Förderung des Wettbewerbs.⁴⁹ Damit sind Erwartungen verknüpft, die Qualität der Versorgung zu verbessern und gleichzeitig die Ausgaben für das Gesundheitssystem zu senken.

Die Teilnahme der Patienten an der integrierten Versorgung ist freiwillig. Falls sich ein Patient bei seiner Krankenversicherung in einen Vertrag zur integrierten Versorgung eingeschrieben hat, ist die Möglichkeit der freien Arztwahl für die Vertragsdauer eingeschränkt.⁵⁰ Andererseits ergeben sich viele Vorteile aus der Kontinuität der Behandlung und der besseren Abstimmung der Einzelleistungen auf die Bedürfnisse der Patienten.

Präventionsleistungen und Patientenschulungen sollten Bestandteile patientenorientierter Versorgungsangebote sein. Krankenkassen gewähren Patienten

⁴⁶ Kranzer 2007, 42

⁴⁷ Vgl. Mittendorf, Schmidt, 2006, 16

⁴⁸ Vgl. Kranzer 2007, 47

⁴⁹ Vgl. Kranzer 2007, 47f

⁵⁰ Vgl. Steinbrück 2007, 885f

finanzielle Anreize wie z.B. Erstattungen oder Befreiungen von Zuzahlungen, wenn sie sich in Integrationsverträge einschreiben.⁵¹

Dass die integrierte Versorgung immer wieder „Versorgungsform der Zukunft“⁵² genannt wird, zeigt welche hohen Erwartungen an den Erfolg geknüpft werden.

2.2 Rechtliche Grundlagen

Der Gesetzgeber hat den Begriff „integrierte Versorgung“ nicht definiert. Im Gesetz wird dieser Terminus ausschließlich für Versorgungsverträge nach §§ 140a-d SGB V verwendet.⁵³ Das SGB V enthält jedoch weitere Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens und der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit.⁵⁴ Abbildung 1 zeigt, welche neuen Versorgungsformen unter dem Begriff „integrierte Versorgung“ subsumiert werden. Die Versorgungsverträge nach §§ 140a-d SGB V sind demnach nur eine mögliche Form der rechtlichen Ausgestaltung der integrierten Versorgung.⁵⁵

Im Fokus der Ausführungen dieses Abschnittes stehen die rechtlichen Grundlagen zur Verwirklichung von Versorgungskonzepten nach §§ 140a-d. Die anderen in Abbildung 1 dargestellten Versorgungsformen werden nur insoweit erläutert, wie dies zum Verständnis der historischen Entwicklung erforderlich ist.

Die ersten Versuche, neue Versorgungsformen im deutschen Gesundheitssystem einzuführen hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 und den beiden 1997 folgenden Neuordnungsgesetzen unternommen.⁵⁶ Seit 1997 können im Rahmen von wissenschaftlich begleiteten Modellvorhaben nach §§ 63 - 65 SGB V neue Versorgungs-, Finanzierungs-, Organisations- und Vergütungsformen erprobt werden.⁵⁷

⁵¹ Vgl. Kranzer 2007, 42

⁵² zum Beispiel: Risse, Hochlehnert 2010, 102

⁵³ Vgl. SVR 2009, 378

⁵⁴ Vgl. SVR 2009, 378

⁵⁵ Vgl. Kranzer 2007, 45

⁵⁶ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2008, 161

⁵⁷ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2008, 161

Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf eine Laufzeit von acht Jahren begrenzt.⁵⁸ Verträge über Modellvorhaben konnten ursprünglich nur mit Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung von zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden.⁵⁹

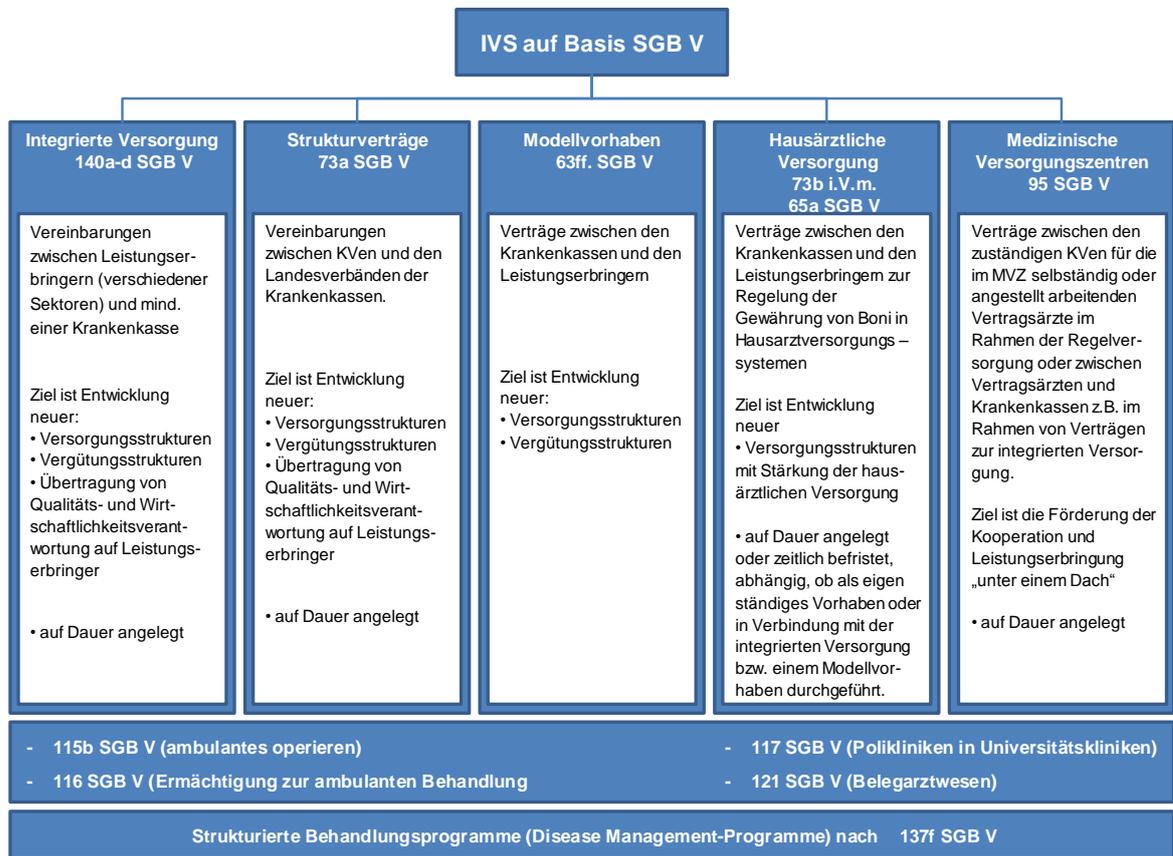


Abbildung 1: Integrierte Versorgungsstrukturen auf der Basis des SGB V⁶⁰

Der Abschluss von Strukturverträgen nach § 73a SGB V ist eine weitere Möglichkeit, die bereits seit 1997 besteht. Strukturverträge haben entweder den Aufbau von Praxisnetzwerken oder Verfahren zur Arztwahlsteuerung zum Gegenstand.⁶¹ Eine sektorenübergreifende Versorgung ist auf der rechtlichen

⁵⁸ Vgl. Güssow 2007, 50

⁵⁹ Vgl. Güssow 2007, 50f

⁶⁰ Güssow 2007, 46

⁶¹ Vgl. Güssow 2007, 52

Grundlage des § 72a nicht möglich. Vertragspartner sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen.⁶²

Diese gesetzlichen Möglichkeiten wurden zunächst kaum genutzt. Ein wesentliches Problem war, dass „... der Gesetzgeber sich nicht entscheiden konnte, zu einem wettbewerblichen System überzugehen, sondern die neuen Möglichkeiten überwiegend in die kollektiven Verhandlungsstrukturen eingebunden und vor allem keine verbindlichen Finanzierungsregeln vorgesehen hat ...“⁶³.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 wurde ein entscheidender Schritt getan, um die sektorenübergreifende Kooperation zwischen den Leistungserbringern zu ermöglichen.⁶⁴ Der Gesetzgeber hat die integrierte Versorgung nach § 140a-h SGB V mit der Absicht eingeführt, den Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt zu stärken, die Kosten zu senken und gleichzeitig die Qualität der Versorgung zu verbessern.⁶⁵ Das Fehlen einer verbindlichen Finanzierungsregelung, hat auch hier dazu geführt, dass zunächst nur wenige Verträge abgeschlossen wurden.⁶⁶ Der erste Vertrag auf der Grundlage der §§ 140a ff. wurde im November 2002 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, der BKK Lübeck und dem Marienkrankenhaus Lübeck abgeschlossen. Bis zum Jahresende 2003 hatte das Bundesversicherungsamt insgesamt 342 Verträge registriert.⁶⁷

Neue Impulse für die integrierte Versorgung brachte das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesundheitsmodernisierungsgesetz. Der Gesetzgeber ermöglichte den Leistungserbringern, Verträge mit einzelnen Krankenkassen zu schließen.⁶⁸ Kassenärztliche Vereinigungen durften nicht mehr als Vertragspartner auftreten.⁶⁹

⁶² Vgl. Stähr 2007, 105

⁶³ Hajen, Paetow, Schumacher 2008, 161

⁶⁴ Vgl. Mittendorf, Schmidt 2006, 2

⁶⁵ Vgl. Mittendorf, Schmidt 2006, 1f

⁶⁶ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2008, 161

⁶⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2008, Infografik Integrierte Versorgung

⁶⁸ Vgl. Mittendorf, Schmidt 2006, 4

⁶⁹ Vgl. Steinbrück 2007, 880

Mit der 1%igen Anschubfinanzierung wurde ein wirksamer Anreiz für die Leistungserbringer geschaffen, sich an Verträgen zur integrierten Versorgung zu beteiligen.⁷⁰

Eine weitere Novellierung der integrierten Versorgung im Jahr 2007 sollte den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern verstärken, in dem die Vertragsfreiheit für Krankenkassen erweitert wurde.⁷¹ Seit dem 1. April 2007 können Integrationsverträge auch zwischen zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sowie versicherungsübergreifende Verträge geschlossen werden.⁷² Außerdem wurde die Anschubfinanzierung bis zum 31.12.2008 verlängert.⁷³ Diese Änderungen führten dazu, dass die Zahl der registrierten Integrationsverträge bis zum Dezember 2008 auf 6407 angestiegen war.⁷⁴

Gesetzesänderungen, die nach dem 1. Januar 2007 eingebracht wurden, beziehen sich auf Sachverhalte, die für die weiteren Ausführungen in diesem Kontext ohne Bedeutung sind und bleiben deshalb hier unerwähnt.

Der rechtliche Rahmen der §§ 140a-d SGB V bietet die Möglichkeit, Versorgungsverträge direkt zwischen den Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften und Krankenkassen zu vereinbaren. Zu den möglichen Vertragspartnern gehören neben den nach SGB V zugelassenen Leistungserbringern auch Managementgesellschaften, die durch angestellte oder kooperierende Leistungserbringer tätig werden.⁷⁵

Ambulante Pflegedienste kommen als Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140b SGB in Frage, sofern sie Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V § 37 erbringen. Pflegeeinrichtungen können auch auf der Grundlage des § 140b SGB V in Verbindung mit § 92b SGB XI als Vertragspartner auftreten, wenn die Integration ebenfalls Pflegeleistungen nach SGB XI umfasst.⁷⁶

⁷⁰ Vgl. Mittendorf, Schmidt 2006, 4

⁷¹ Vgl. Steinbrück, 2007, 884

⁷² Vgl. Hajen; Paetow; Schumacher 2008, S.293

⁷³ Vgl. Steinbrück 2007, 885

⁷⁴ Vgl. Grothaus 2009, 67

⁷⁵ Vgl. Steinbrück 2007, 880

⁷⁶ Vgl. Theuerkauf, Kaune 2010, 44

Die Verträge zur integrierten Versorgung können eine sektorenübergreifende Kooperation zwischen Leistungserbringern (z.B. aus dem ambulanten und stationären Sektor) oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit beinhalten.⁷⁷ Der Versorgungsumfang sowie die Vergütung können frei zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern verhandelt werden.⁷⁸

Die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern kann durch Verträge geregelt werden. Bei umfassenden Kooperationen, die auf Dauer angelegt sind und mit einem erheblichen Risiko für die Leistungserbringer verbunden sind, ist die Gründung eines Unternehmens mit einer haftungsbeschränkenden Rechtsform eine Alternative.

Dritte können einem Vertrag zur integrierten Versorgung nur mit dem Einverständnis aller Vertragspartner beitreten.⁷⁹

Einen besonderen Stellenwert hat die Qualität der Versorgungsleistungen. Die Vertragspartner der Krankenversicherungen müssen sich „... zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten“⁸⁰. Die Dokumentation muss so erfolgen, dass alle relevanten Informationen für alle an der Versorgung Beteiligten zugänglich sind.⁸¹

2.3 Gestaltungsmöglichkeiten

Die im Folgenden beschriebenen Gestaltungsmöglichkeiten beschränken sich auf die Vertragsform der integrierten Versorgung nach §§140a-d SGB V.

Der rechtliche Gestaltungsrahmen der integrierten Versorgung bietet den Leistungserbringern vielfältige Möglichkeiten innovative Versorgungskonzepte zu entwickeln und zu erproben.⁸² Der Ausgangspunkt für die Bildung eines

⁷⁷ Vgl. Steinbrück 2007, 881

⁷⁸ Vgl. Steinbrück 2007, 881

⁷⁹ Vgl. Amelung et. al. 2006, 25

⁸⁰ § 140b Abs 3 SGB V

⁸¹ Vgl. § 140b Abs 3 SGB V

⁸² Vgl. Amelung et. al. 2006, 25

Versorgungsnetzwerkes ist ein gemeinsames Versorgungsziel der Leistungserbringer.⁸³

Die Gestaltungsoptionen der integrierten Versorgung sind durch die Dimensionen Integrationstiefe, Indikationsbreite und Vergütungsform beschrieben (siehe Abbildung 2).⁸⁴

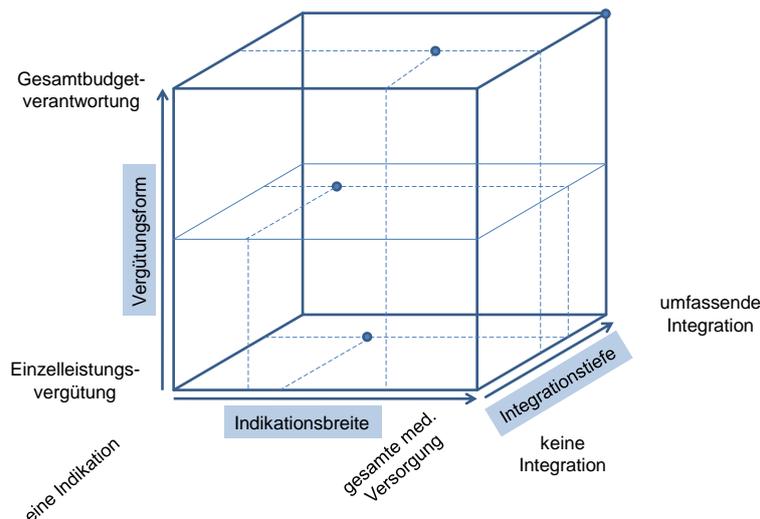


Abbildung 2: Gestaltungsoptionen der integrierten Versorgung⁸⁵

Die Integrationstiefe beschreibt, wie viele Leistungsstellen an der Versorgung mitwirken. Eine umfassende Integration liegt vor, wenn die Leistungserbringer die Versorgung einer bestimmten Gruppe von Patienten über den gesamten Krankheitsverlauf gemeinsam sicherstellen.

Des Weiteren lassen sich vertikale und horizontale Integrationstypen unterscheiden.⁸⁶ Vertikale Integration bedeutet, dass Leistungserbringer verschiedener Sektoren, die in der Versorgungskette einander vor- oder nachgelagert sind, kooperieren.⁸⁷ Eine typische Form der vertikalen Vernetzung ist die Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte mit Krankenhäusern und Reha-kliniken zur Versorgung einer bestimmten Gruppe von Patienten.

⁸³ Vgl. Güssow 2007, 34f

⁸⁴ Vgl. Güssow 2007, 63

⁸⁵ In Anlehnung an Franz 2006, 29

⁸⁶ Vgl. Franz 2006, 30

⁸⁷ Vgl. Amelung, Janus 2006, 15

Kooperieren Leistungserbringer interdisziplinär-fachübergreifend innerhalb eines Sektors, so liegt eine horizontale Integration vor.⁸⁸ Diese Form der Integration besteht, wenn zum Beispiel niedergelassene Ärzte mit ambulanten Krankenpflegediensten und Fachärzten gemeinsam eine bestimmte Patientengruppe versorgen.

Nach der Binnenstruktur können zentrale und polyzentrische Netzwerke unterschieden werden. Ein zentrales Versorgungsnetz wird von einem oder wenigen Netzwerkpartnern dominiert.⁸⁹ Typische zentrale Netzwerke entstehen, wenn Managementgesellschaften als Vertragspartner der Krankenkassen auftreten und ihre Leistungen durch Kooperationspartner wie niedergelassene Ärzte und Pflegedienste erbringen lassen.

In polyzentrischen Netzwerken sind die Partner gleichberechtigt.⁹⁰ Dies ist der Fall, wenn Ärzte Gemeinschaften bilden und strategische Entscheidungen gemeinsam treffen und den Krankenkassen gegenüber gleichberechtigt auftreten.

Die Indikationsbreite beschreibt die Zahl der Krankheitsbilder, die in das Versorgungskonzept einbezogen sind. Die Indikationsbreite ist eng, wenn ausschließlich Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild versorgt werden. Zu diesem indikationsbezogenen Typus integrierter Versorgung, gehören transsektorale Versorgungskonzepte, die auf chronische Erkrankungen (wie z.B. Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und Koronare Herzkrankheit) spezialisiert sind.⁹¹ In Bezug auf die Indikationsbreite sind weitere Versorgungskonzepte denkbar, die besondere Indikationsgruppen, ein Fachgebiet, ein bestimmtes Bevölkerungssegment oder die gesamte medizinische Versorgung der Bevölkerung in einer Region umfassen.⁹²

⁸⁸ Vgl. Franz 2006, 30

⁸⁹ Vgl. Güssow 2007, 34

⁹⁰ Vgl. Güssow 2007, 34

⁹¹ Vgl. Franz 2006, 30

⁹² Vgl. Güssow 2007, 63

Die Indikationsbreite der überwiegenden Zahl der Verträge zur integrierten Versorgung ist eng, also auf die Versorgung von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern oder Diagnosen beschränkt.⁹³

Die Vergütung der integrierten Versorgung ist zwischen den Vertragspartnern frei verhandelbar. Mit der Vereinbarung der Vergütungsform werden das Ausmaß der Budgetverantwortung und der Risikoübernahme durch die Leistungserbringer definiert.⁹⁴ Die Krankenkassen bevorzugen pauschale prospektive Vergütungen, weil diese den Leistungserbringern einen Anreiz zur Effizienzsteigerung bieten.⁹⁵

Mögliche Vergütungsformen sind:

- Fallpauschalen
Die Vergütung erfolgt auf Grundlage der Diagnose. Krankheitsbilder werden auf Grund ähnlichen Ressourcenbedarfs, einer Diagnosegruppe zugeordnet (z.B. im Rahmen der Krankenhausfinanzierung).
Die Krankenkasse zahlt einen Festpreis, unabhängig von den tatsächlich erbrachten Leistungen. Das ökonomische Risiko trägt der Leistungserbringer.
- Komplexfallpauschalen
Die Leistungen verschiedener Leistungserbringer werden zu Komplexen zusammengefasst und in Form einer Pauschale vergütet. Komplexfallpauschalen werden z.B. für operative Eingriffe und die anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen gezahlt. Dabei übernehmen die Leistungserbringer auch das Gewährleistungsrisiko, wenn z. B. ein zweiter Eingriff notwendig wird.⁹⁶

⁹³ Vgl. Steinbrück 2007, 879

⁹⁴ Vgl. Güssow 2007, 64

⁹⁵ Vgl. Güssow 2010, 168f

⁹⁶ Vgl. Güssow 2007, 65

- **Kopfpauschalen**
Mit der Kopfpauschale werden sämtliche Leistungen in einer definierten Periode abgegolten. Das Morbiditäts- und das Therapierisiko trägt der Leistungserbringer. Bei der Festlegung der Kopfpauschale müssen der Umfang und die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Leistungen eingeschätzt werden.⁹⁷ In Großbritannien werden die Leistungen der Primärärzte durch Kopfpauschalen abgegolten. Die Primärärzte stellen innerhalb des britischen Gesundheitssystems die hausärztliche Versorgung sicher und steuern die Inanspruchnahme weiterer Leistungserbringer.⁹⁸
- **Modulare Abrechnungseinheiten**
Modulare Abrechnungseinheiten sind auf der Basis eines verbindlichen Behandlungsablaufs gebildete Leistungskomplexe, die pauschal vergütet werden.⁹⁹ Voraussetzung für die Anwendung dieser Vergütungsform ist die sorgfältige Dokumentation der erbrachten Leistungen.
- **Episodische Abrechnungseinheiten**
Die Vergütungspauschale umfasst sämtliche Leistungen, die für den Patienten bezogen auf eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines zeitlich begrenzten Behandlungsabschnittes erbracht werden. Diese Vergütungsform kommt vor allem für die Behandlung chronisch Kranker in Frage.¹⁰⁰
- **Erfolgsorientierte Vergütungen**
Die Höhe der Vergütung knüpft in diesem Fall an das Eintreten eines zuvor definierten Erfolges an. Die Anwendung setzt voraus, dass der Behandlungserfolg objektiv messbar ist.¹⁰¹ In der Praxis werden erfolgs-

⁹⁷ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2008, 156

⁹⁸ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2008, 261

⁹⁹ Vgl. Güssow 2007, 226f

¹⁰⁰ Vgl. Güssow 2007, 227

¹⁰¹ Vgl. Güssow 2007, 228

orientierte Vergütungen üblicherweise mit anderen Vergütungsformen kombiniert.¹⁰²

Integrationstiefe, Indikationsbreite und Vergütungsform sind spezifische, aus dem Gesetz abgeleitete Gestaltungsoptionen für die integrierte Versorgung. Das Ziel des Gesetzgebers, populationsbezogene Versorgungsangebote mit einer großen Integrationstiefe und einem Gesamtbudget zu etablieren, konnte bisher nicht erreicht werden.

Weitere wichtige Fragestellungen, die in Bezug auf die Ausgestaltung des Konzeptes geklärt werden müssen sind:

- Fragestellungen, die mit der Entwicklung des Fachkonzeptes verbunden sind, wie die Frage welche Leistungen integriert werden sollen und welche Leistungserbringer als Kooperationspartner in Frage kommen.
- Juristische Fragen in Bezug auf Haftungsrecht, Standesrecht und Vertragsrecht.
- Steuerrechtliche Fragen, vor allem, unter welchen Umständen eine Umsatzsteuerpflicht der Leistungserbringer entsteht.
- Fragen des Datenschutzes, die durch den Einsatz moderner Informationstechnologien und die Weitergabe von Daten zwischen den Leistungserbringern entstehen.
- Betriebswirtschaftliche Fragen wie die verursachungsgerechte Verteilung von Aufwänden und Erträgen sowie die Preiskalkulation.

Die Entwicklung eines marktfähigen Versorgungsangebotes ist somit ein komplexes Vorhaben, das die Anwendung der Methoden des Projektmanagements erfordert.

Noch bevor mit der eigentlichen Entwicklungsaufgabe begonnen werden kann, muss ein Grobkonzept erstellt werden, das die Versorgungsidee beschreibt und die Zielgruppe festlegt. Außerdem muss eine Bedarfsanalyse durchgeführt werden, denn der wirtschaftliche Erfolg des Versorgungsangebotes hängt

¹⁰² Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher 2008, 261

entscheidend von der Zahl potenzieller Nutzer ab.¹⁰³ Diese hängt wiederum von der Mitgliederzahl sowie der Mitgliederstruktur der Krankenkasse ab, die als Vertragspartner gewonnen werden kann.

Das Grobkonzept sollte bereits in dieser frühen Phase den Krankenkassen vorgestellt werden, die als Vertragspartner in Frage kommen. Wenn die Krankenkassen kein Interesse an dem Versorgungsangebot haben, muss entschieden werden, ob das Projekt abgebrochen wird oder ob das Konzept nach den Hinweisen der Krankenkassen modifiziert werden kann.

Falls ein grundsätzliches Interesse an dem Versorgungskonzept besteht, ist es jetzt Aufgabe der Initiatoren, ein Projektteam zu bilden. Die Idee muss zu einem marktfähigen Versorgungsangebot entwickelt werden, das auch bei den Versicherten Akzeptanz findet.

Selbst wenn kein neues Unternehmen gegründet werden soll, ist es hilfreich für das neue Versorgungsangebot einen Businessplan auszuarbeiten. Die Erstellung des Businessplans fördert die systematische Auseinandersetzung mit den Chancen und Risiken des Vorhabens.

Auf die weiteren Schritte zur Realisierung des Versorgungskonzeptes kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Eine handlungsanleitende Hilfestellung zur Projektdurchführung und detaillierte Hinweise zur Erstellung eines Businessplans geben AMELUNG ET. AL. 2006.

3. Vorhandene Konzepte der integrierten ambulanten Versorgung von Wunden

3.1 Das Konzept der Medical Networks CJ GmbH & Co KG

Die Medical Networks CJ GmbH & Co KG ist eine Managementgesellschaft im Sinne des § 140b SGB V. Das Unternehmen wurde im Jahr 2005 gegründet, um Versorgungsverträge mit Krankenkassen und Leistungserbringern abzuschließen. Nach den Angaben auf der Internetseite der Medical Networks CJ GmbH & Co KG bestehen gegenwärtig Verträge mit über 4.000 Leistungser-

¹⁰³ Vgl. Gersch 2011, 23

bringen, über 150 Krankenkassen und über 90.000 Patienten. Neben dem Konzept zur Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden bietet die Firma Medical Networks weitere Versorgungskonzepte, vor allem im Bereich des ambulanten Operierens, an.¹⁰⁴

Das Konzept zur Versorgung von chronischen Wunden ist Gegenstand von Verträgen nach §§ 140a-d, die mit verschiedenen Krankenkassen deutschlandweit geschlossen wurden. Die indikationsbezogenen Integrationsverträge sind auf die ambulante Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden gerichtet. Eine chronische Wunde ist vereinbarungsgemäß eine verzögert heilende Wunde, deren Heilung mehr als vier Wochen in Anspruch nimmt. Die eingeschlossenen Wundenarten sind im Vertrag aufgezählt. Es handelt sich dabei z.B. um Dekubitalgeschwüre, Ulcus cruris, diabetisches Fußsyndrom aber auch um unfallbedingte Verletzungen.¹⁰⁵ Von der Versorgung ausgeschlossen sind Alkoholranke, unheilbar Kranke im Endstadium ihrer Erkrankung sowie Diabetiker, deren Blutzuckerwerte therapeutisch nicht eingestellt werden können sowie Patienten, die nicht ausreichend an der Therapie mitwirken. Außerdem sind Patienten ausgeschlossen, bei denen nach zwölfwöchiger Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung noch keine Verbesserung eingetreten ist.¹⁰⁶

Zu den Versorgungsleistungen gehören ambulante fachärztliche Leistungen, ambulante Krankenpflegeleistungen sowie die Versorgung mit Verbandmitteln und Hilfsmitteln. Leistungserbringer sind Fachärzte für Chirurgie, Dermatologen sowie Allgemeinärzte, die über eine Zusatzqualifikation im Bereich Wundversorgung verfügen. Ambulante Pflegedienste, die im Rahmen des Integrationsvertrags Leistungen erbringen, müssen über mindestens eine Gesundheits- und Krankenpflegekraft mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Wundpatienten verfügen.^{107, 108}

Die Behandlungsschritte sind in einem Behandlungsmanual beschrieben, das die Leistungserbringer als Anlage 1 zum Vertrag erhalten. Die Einzelleistungen

¹⁰⁴ <http://www.medicalnetworks.de>, Zugriff 7.08.2011

¹⁰⁵ Vgl. Medical Networks GmbH & Co KG et. al 2008, 3f

¹⁰⁶ Vgl. Medical Networks GmbH & Co KG et. al 2008, 5

¹⁰⁷ Anm.: Detailliertere Festlegungen können der Anlage 3 des Vertrags entnommen werden.

¹⁰⁸ Vgl. Medical Networks GmbH & Co KG et. al 2008, Anlage 3

sind den Leistungserbringern zugeordnet und zu Versorgungsmodulen zusammengefasst. Nach dem unterschiedlichen Ressourcenverbrauch werden insgesamt sechs Versorgungsmodule unterschieden.

Die beiden Module der Wundgrundversorgung umfassen eine Zeitspanne von acht Wochen und werden danach unterschieden, ob eine Kompressionstherapie durchgeführt wird oder nicht. Die vier Module der Wundfolgeversorgung dauern vier Wochen und unterscheiden zusätzlich mobile und immobile Patienten (siehe Abbildung 3).¹⁰⁹

Wundgrundversorgung (Dauer 8 Wochen)			
Modul a ohne Kompressionstherapie		Modul c mit Kompressionstherapie	
Wundfolgeversorgung (Dauer 4 Wochen)			
Modul b mobiler Patient ohne Kompressions- therapie	Modul e immobiler Patient ohne Kompressions- therapie	Modul d mobiler Patient mit Kompressions- therapie	Modul f immobiler Pat. mit Kompressions- therapie

Abbildung 3: Versorgungsmodule der Medical Networks CJ GmbH & Co KG¹¹⁰

Bei der Behandlung sind vertragsgemäß „modernste Wundheilungsprodukte“¹¹¹ einzusetzen. Im Idealfall endet die Behandlung, wenn die Wunde abgeheilt ist. Falls nach einer Behandlungsdauer von zwölf Wochen kein Erfolg eingetreten ist, entscheiden die Vertragspartner, ob der Vertrag weiterhin angewendet werden soll.¹¹² Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die Patientendokumentation nach den Vorgaben der Managementgesellschaft zu führen. Die Dokumentation erfolgt in einer Internetdatenbank, die von der Managementgesellschaft administriert und regelmäßig ausgewertet wird.¹¹³

Die Versorgungsmodule dienen als Abrechnungseinheiten und werden mit Komplexfallpauschalen abgegolten. Die Managementgesellschaft rechnet die

¹⁰⁹ Vgl. Medical Networks GmbH & Co KG et. al 2008, Anlage 1a-f

¹¹⁰ Eigene Darstellung nach Medical Networks GmbH & Co KG et. al 2008, 3

¹¹¹ Medical Networks GmbH & Co KG et. al 2008, Anlage 1

¹¹² Vgl. Medical Networks GmbH & Co KG et. al 2008, 5

¹¹³ Vgl. Medical Networks GmbH & Co KG et. al 2008, 10

Komplexfallpauschalen mit den Krankenkassen ab. Die Leistungserbringer erhalten schließlich die mit Medical Networks CJ GmbH & Co KG vereinbarte Vergütung.

Vertragspartner der integrierten Versorgung sind die Krankenkassen und die Managementgesellschaft. Die Leistungserbringer schließen Kooperationsverträge mit der Managementgesellschaft ab. Es besteht kein direktes Vertragsverhältnis zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen (siehe Abbildung 4).

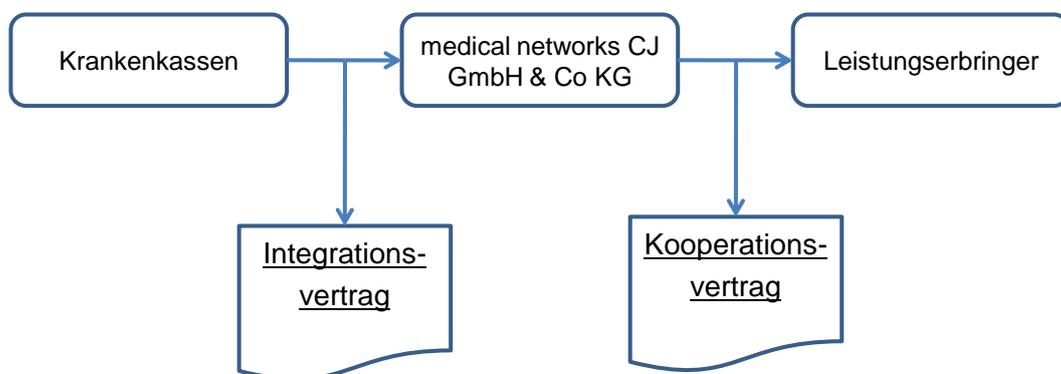


Abbildung 4: Vertragsgestaltung bei Beteiligung einer Managementgesellschaft¹¹⁴

Das Versorgungsnetzwerk ist ein fokales Netzwerk, das von der Medical Networks GmbH & Co KG dominiert wird.

Im Rahmen des Qualitätsmanagements müssen die Leistungserbringer ihre Qualifikationen gegenüber der Managementgesellschaft nachweisen. Die Leistungserbringer müssen sich vertraglich verpflichten, ihren gesetzlichen Obliegenheiten zur Qualitätssicherung nachzukommen sowie „ ... regelmäßig - mindestens alle zwei Jahre - eine Fortbildungsveranstaltung oder einen Qualitätszirkel zur Wundversorgung zu besuchen“¹¹⁵.

Das Institut für Gesundheit und Pflegeökonomie der Hochschule Bremen führt seit 2006 eine gesundheitsökonomische Begleitstudie durch. Erste Ergebnisse zeigen, dass durch die integrierte Versorgung eine deutliche Verkürzung der

¹¹⁴ Eigene Darstellung in Anlehnung an Amelung et al., 2006, 26

¹¹⁵ Medical Networks GmbH & Co KG et. al 2008, 9

Behandlungsdauer erreicht, die Lebensqualität der Patienten verbessert und Kosten eingespart werden können.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer, die bei konventioneller Behandlung bei 43 Wochen liegt, konnte auf 13,1 Wochen verkürzt werden.¹¹⁶

Ein Vergleich der direkten Tageskosten zeigt einen deutlich höheren Aufwand für die integrierte Wundversorgung. Während die konventionelle Versorgung etwa 20,00 € pro Tag kostet, müssen für die moderne Wundversorgung nach Berechnungen von JANßEN / BECKER täglich 36,50 € aufgewandt werden.¹¹⁷ Die Einsparungen bei den Gesamtkosten von durchschnittlich etwa 1500,00 € resultieren in erster Linie aus der erheblichen Verkürzung der Behandlungsdauer.¹¹⁸ Zur Studie von JANßEN / BECKER ist kritisch anzumerken, dass unklar bleibt, welches Behandlungsregime genau mit „konventioneller“ bzw. „traditioneller“ Wundbehandlung gemeint ist.

3.2 Das Konzept des Netzwerkes Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung e.V.

Das Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung wurde im Jahr 2002 als eingetragener Verein gegründet. Der ursprüngliche Vereinszweck war die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Ärzten bei der Versorgung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom. Bereits bei Gründung des Vereins wurden von den Mitgliedern verbindliche Regelungen zu Dokumentation, Teilnahme an Qualitätszirkeln und Benchmarking festgelegt.¹¹⁹

Im Jahr 2003 hat das Netzwerk erste Gespräche mit den Krankenkassen zur Vereinbarung eines Integrationsvertrags aufgenommen. Der Verein hat dabei die Rolle des Verhandlungspartners übernommen und die Interessen seiner Mitglieder gegenüber den Krankenkassen vertreten. Der Vertrag zur integrierten Versorgung des diabetischen Fußsyndroms nach §§ 140a-d SGB V wurde im April 2005 geschlossen. Vertragspartner waren zu diesem Zeitpunkt acht

¹¹⁶ Janßen , Becker 2011, 12

¹¹⁷ Vgl. Janßen, Becker 2011, 13

¹¹⁸ Vgl. Janßen, Becker 2011, 13f

¹¹⁹ Vgl. Netzwerk diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 15

ambulant tätige Diabetologen, zwei ambulant tätige Chirurgen, drei Krankenhäuser und neun Krankenkassen.¹²⁰

Das übergeordnete Qualitätsziel des Netzwerkes wurde im Jahr 2005 wie folgt formuliert: „Das Krankheitsbild ‚Diabetischer Fuß‘ soll in seinen schweren Ausprägungen und damit in seinen schwerwiegenden Konsequenzen und der Rezidivhäufigkeit zurückgedrängt werden. Dem Krankheitsbild soll so seine Dramatik genommen werden.“¹²¹

Der Integrationsvertrag ist indikationsbezogen. Vertragsgegenstand ist die ambulante Versorgung von Patienten, die am diabetischen Fußsyndrom leiden. Patienten können sich einschreiben, wenn sie die Einschlusskriterien erfüllen und Mitglied einer Krankenkasse sind, die dem Integrationsvertrag beigetreten ist.¹²²

Das Netzwerk beschränkte seine Aktivitäten zunächst auf die Region Köln-Leverkusen. Der Beschluss, die Versorgung auf das gesamte Land Nord-Rhein-Westfalen auszudehnen, wurde im Jahr 2008 gefasst.¹²³ Bis zum 31.12.2008 wurden insgesamt 4797 Patienten von den Ärzten des Netzwerkes behandelt.¹²⁴

Im Jahr 2010 waren fast alle Krankenkassen dem Integrationsvertrag beigetreten.¹²⁵ 50 Ärzte aus dem ambulanten und stationären Sektor sind Mitglieder des Netzwerkes.¹²⁶ Die Vereinsmitgliedschaft und die damit verbundene Vertragspartnerschaft sind Ärzten vorbehalten.¹²⁷

Das Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung e.V. ist ein gutes Beispiel für ein polyzentrisches Netzwerk. Wesentliche Entscheidungen werden von den Vereinsmitgliedern gemeinsam getroffen. Die Interessen der Mitglieder gegenüber den Krankenkassen vertritt der Verein.

Abbildung 5 skizziert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern des Netzwerkes und den Kooperationspartnern. Kooperationsverträge werden nur mit

¹²⁰ Vgl. Netzwerk diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 15

¹²¹ Netzwerk diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 32

¹²² Vgl. Netzwerk diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 58

¹²³ Vgl. Netzwerk diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 107

¹²⁴ Vgl. Risse, Hochlenert 2010, 104

¹²⁵ Vgl. Risse, Hochlenert 2010, 101

¹²⁶ Vgl. Risse, Hochlenert 2010, 103

¹²⁷ Vgl. Risse, Hochlenert 2010, 104

zuverlässigen Pflegediensten, orthopädischen Schuhmachern und Podologen geschlossen, die sich zur Einhaltung von Qualitätsmerkmalen verpflichten.¹²⁸

Die Aufgaben der einzelnen Akteure sind in den Behandlungsleitlinien, der Schnittstellenbeschreibung, dem Behandlungspfad und den Kooperationsvereinbarungen des Netzwerkes verbindlich festgelegt.¹²⁹ Die Versorgungsqualität und die Effizienz der Einrichtungen werden dadurch gesteigert, dass die Akteure „... tun, was sie besonders gut können, als auch dadurch, dass sie weglassen, was andere besser abbilden können“.¹³⁰

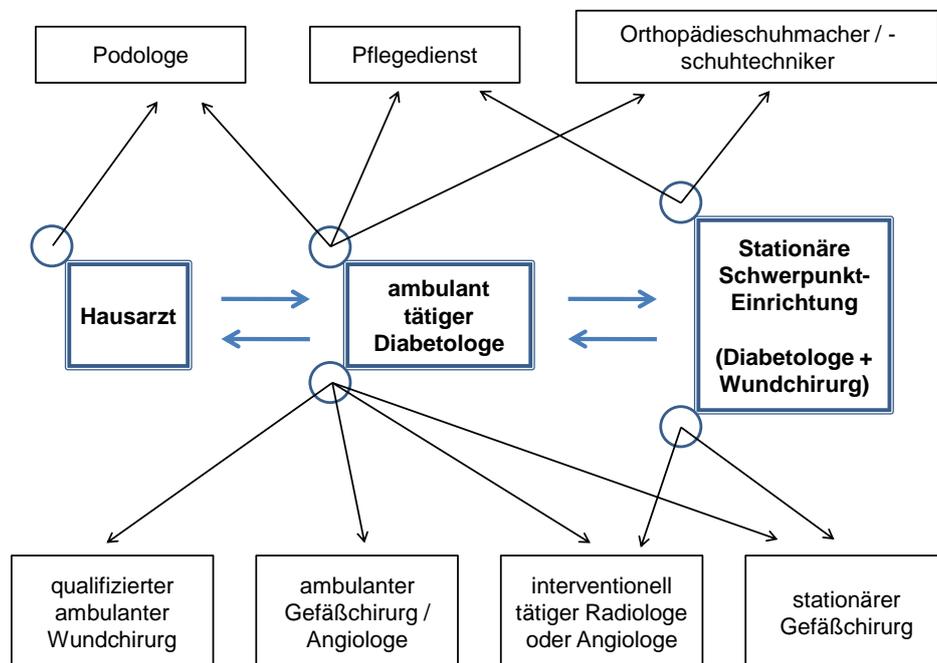


Abbildung 5: Schnittstellen bei der integrierten Versorgung des diabetischen Fußsyndroms¹³¹

Die ambulante Behandlung der Patienten mit diabetischem Fußsyndrom wird durch prospektive Fallpauschalen vergütet. Die Höhe der Fallpauschale ist vom Schweregrad des Fußsyndroms bei Beginn der Behandlung abhängig. Die Kalkulation der Pauschalen erfolgt anhand des zeitlichen Aufwandes des Arztes auf der Grundlage des verbindlich festgelegten Behandlungspfadens.¹³² Die

¹²⁸ Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 17

¹²⁹ Vgl. Risse, Hochlenert 2010, 103

¹³⁰ Risse, Hochlenert 2010, 103

¹³¹ Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 17

¹³² Vgl. Hochlenert, Engels 2007, 43

Behandlung endet, wenn ein belastungsstabiler Wundverschluss erreicht ist.¹³³ Patienten deren Knochen oder Gelenke in Mitleidenschaft gezogen sind, können nicht mehr im Rahmen des Integrationsvertrages versorgt werden.¹³⁴

Das Netzwerk hat sich bereits vor der Gründung des Vereins durch die Festlegung von Dokumentationsstandards, die Einrichtung eines Qualitätszirkels sowie die Einführung eines Benchmarkings, um die Verbesserung der Versorgungsqualität bemüht.¹³⁵

Der Qualitätszirkel des Netzwerkes ist ein Gremium, in dem die Vereinsmitglieder gemeinsam Entscheidungen bezüglich der Weiterentwicklung des Versorgungskonzeptes treffen. Feste Bestandteile sind medizinische Fachvorträge und Fallbesprechungen. Die Sitzungen des Qualitätszirkels finden alle drei Monate statt.¹³⁶ Die Teilnahme an mindestens zwei Sitzungen jährlich ist für die Mitglieder verpflichtend.¹³⁷

Ein wichtiges Element der Qualitätssicherung sind Hospitationen, die jährlich von den Ärzten untereinander durchgeführt werden. Die Hospitationspartner werden per Los bestimmt. Die Hospitation umfasst eine Besichtigung der Praxisräume sowie die Einsichtnahme in zehn zufällig ausgewählte Patientendokumentationen. Die Ergebnisse der Hospitationen werden protokolliert und in den Qualitätszirkelsitzungen diskutiert.¹³⁸

Das Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung e.V. verfügt über eine Software zur Datenerhebung und Auswertung, die speziell für das Netzwerk entwickelt wurde. Bereits seit 2003 werden regelmäßig Daten zur Qualitätssicherung erfasst. Neun Parameter zum Schweregrad der Erkrankung und sechs Parameter zur Ergebnisqualität sowie ein Foto der Wunde aus der ersten Behandlungswoche werden erhoben. Die Daten werden quartalsweise an die

¹³³ Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 59

¹³⁴ Vgl. Hochlehner, Engels 2007, 43

¹³⁵ Vgl. Netzwerk diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 15

¹³⁶ Vgl. Risse, Hochlehner 2010, 103

¹³⁷ Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 71

¹³⁸ Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 23

Datensammelstelle übermittelt, dort ausgewertet und für das Benchmarking aufbereitet.¹³⁹

Die Ergebnisse werden in den Qualitätszirkelsitzungen präsentiert und mit dem Ziel diskutiert, Verbesserungen daraus abzuleiten.¹⁴⁰

Im Jahr 2009 wurde die Firma Centrum für Integrierte Diabetesversorgung GmbH von zwei Mitgliedern des Netzwerkes gegründet und mit der Datenerhebung und Auswertung beauftragt.¹⁴¹

Die Ergebnisqualität des Versorgungskonzeptes hat das Netzwerk Diabetischer Fuß in zwei umfangreichen Qualitätsberichten dargelegt, die im Jahr 2006 und 2009 im Internet veröffentlicht wurden.

Das übergeordnete, qualitativ formulierte Qualitätsziel (siehe Seite 25) wurde in acht messbaren Zielsetzungen konkretisiert.

Das Ziel Majoramputationen, also Amputationen oberhalb des Knöchels, als schwere Folge des Diabetischen Fußsyndroms zu vermeiden, konnte erreicht werden. Im Zeitraum 2005 bis 2008 wurden bei 3277 Behandlungsfällen 82 Majoramputationen durchgeführt. Die Amputationsrate liegt damit bei 2,5% und somit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von über 5%. Bei Patienten, deren Therapie im Jahr 2007 begonnen hat, wurden 28 Amputationen vorgenommen, obwohl nach statistischen Berechnungen 102 Amputationen zu erwarten gewesen wären.¹⁴²

Ein weiteres Ziel ist, dass keine Majoramputation ohne vorherige Darstellung der Blutgefäße durchgeführt werden soll. Dieses Ziel wurde erreicht, weil alle Krankenhäuser, die mit dem Netzwerk kooperieren, diese Regel eingehalten haben. Lediglich in 5 von 82 Fällen wurde in Krankenhäusern außerhalb des Netzwerkes ohne vorherige Gefäßdarstellung amputiert.¹⁴³ Zudem konnten die Rezidivrate verringert und stationäre Behandlungen vermieden werden.¹⁴⁴

¹³⁹ Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 22

¹⁴⁰ Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 22

¹⁴¹ Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 23

¹⁴² Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 32

¹⁴³ Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 33

¹⁴⁴ Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung 2009, 36f

Die Ergebnisse zeigen den Erfolg der integrierten Versorgung. Es ist allerdings nicht in jeder Hinsicht möglich, die Daten des Netzwerkes mit vorhandenen Daten zu vergleichen, weil dazu bundesweit gültige Dokumentationstandards fehlen.

4. Entwicklung eines eigenen Konzeptes zur integrierten ambulanten Wundversorgung

4.1 Projekt „Integrierte ambulante Versorgung von Wunden“

Das Projekt „Integrierte ambulante Versorgung von Wunden“ wurde vom Autor gemeinsam mit dem Leiter einer ambulanten Pflegeeinrichtung im Jahr 2008 initiiert. Der Pflegedienst gehört einem gemeinnützigen Trägerverband an, dessen Mitgliedsorganisationen bundesweit Pflegeeinrichtungen betreiben. Das Versorgungsgebiet des Pflegedienstes ist eine norddeutsche Stadt mit etwa 50.000 Einwohnern. Neben den Bürgern der Stadt zählen auch Kurgäste, die zeitweise Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, zu den Nutzern.

Die ambulante Pflegeeinrichtung beschäftigt 20 Pflegekräfte, die überwiegend in Teilzeit berufstätig sind. Neben 15 Pflegefachkräften sind fünf Pflegehilfskräfte für den Pflegedienst tätig. Vier Pflegefachkräfte haben eine zertifizierte Ausbildung zum Wundtherapeuten absolviert.

Das Projektziel war die Verbesserung der Versorgung von Wundpatienten durch ein strukturiertes Behandlungsregime auf der Basis evidenzbasierter Behandlungsleitlinien und Standards. Vor diesem Hintergrund wurde eine Projektgruppe bestehend aus der Pflegedienstleitung, zwei Wundtherapeuten und zwei externen Beratern gebildet.

Zu Beginn des Projektes wurden die wesentlichen Merkmale des Versorgungskonzeptes skizziert:

- Bildung eines interprofessionellen Versorgungsteams

- koordinierte Zusammenarbeit mit Krankenhäusern; Pflegeeinrichtungen, Ärzten, Physiotherapeuten und Sanitätshäusern;
- herstellerunabhängige Verwendung von Verbandstoffen;
- engmaschige ärztliche Überwachung der Wundverhältnisse und des Heilungsverlaufs durch telemedizinische Technologien;
- elektronische Dokumentation mit konsequenter Fotodokumentation der Wundverhältnisse;
- Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001 sowie
- Qualitätssicherung durch interdisziplinäre Verlaufsvsiten und Fallkonferenzen.

Das interprofessionelle Versorgungsteam sollte aus einem niedergelassenen Facharzt für Chirurgie, einem Apotheker sowie den Wundtherapeuten der Pflegeeinrichtung gebildet werden. Die Leistungserbringer strebten den Abschluss eines Integrationsvertrags mit den Krankenkassen an.

Das Versorgungsteam sollte gemeinsam mit weiteren Kooperationspartnern ein Netzwerk bilden. Als Netzwerkpartner sollten niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Physiotherapeuten, Pflegeeinrichtungen und Sanitätshäuser in Frage kommen. Die Zusammenarbeit sollte auf der Grundlage von Kooperationsvereinbarungen erfolgen. Abbildung 6 zeigt eine Skizze des Netzwerks.

Langfristiges Ziel der Projektgruppe war die Entwicklung eines Versorgungskonzeptes, das die ambulante Behandlung von Wunden unabhängig von ihrer Entstehung und ihrer Anzahl ermöglicht.

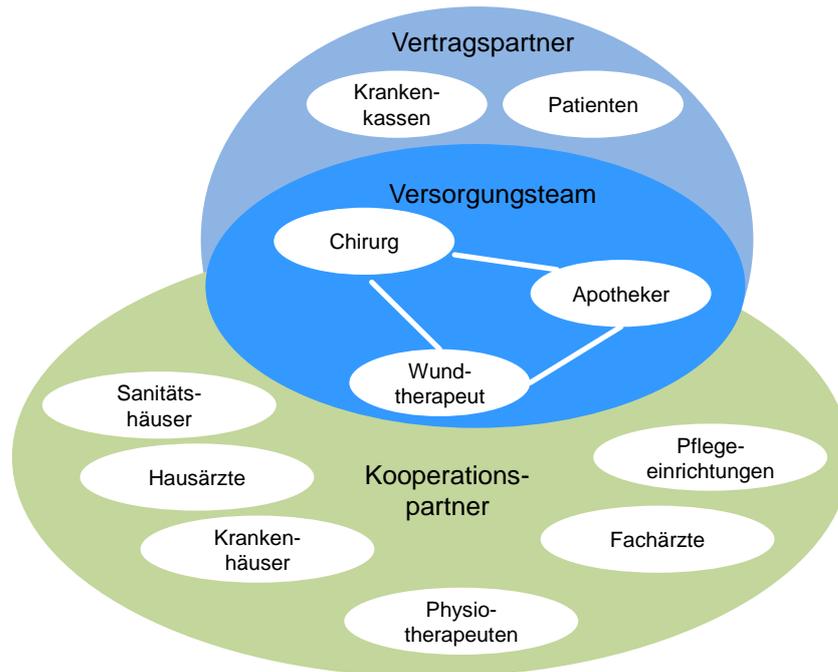


Abbildung 6: Skizze des Versorgungsnetzwerks¹⁴⁵

Das Projektteam hat einen Muster-Behandlungspfad zur Versorgung von Patienten mit Ulcus cruris venosum sowie ein Vergütungssystem entwickelt, die als Grundlage für die Verhandlungen mit den Krankenkassen dienen.

4.2 Entwicklung eines ambulanten Muster-Behandlungspfades

Der ambulante Muster-Behandlungspfad sollte als Grundlage für die Integration medizinisch-pflegerischer Leistungen dienen.

„Ein ambulanter Behandlungspfad ist ein auf den ambulanten Sektor beschränkter netzartiger berufsübergreifender Behandlungsablauf auf evidenzbasierter Grundlage (Leitlinie) der Patientenerwartungen, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen berücksichtigt, und auf ein homogenes Patientenkollektiv ausgerichtet ist. Denn er dient der Standardisierung von Behandlungsprozessen zu definierten Diagnosen. Für die behandelnden Personen ist er verbindlich, was ein Abweichen vom Pfad nicht ausschließt, sofern dies begründet wird.“¹⁴⁶

¹⁴⁵ Eigene Darstellung

¹⁴⁶ Hellmann 2010, 37

Der Behandlungspfad kann als spezifische Form einer Prozessbeschreibung im Bereich der medizinischen Versorgung betrachtet werden. Gemäß DIN EN ISO 9000:2005 ist ein Prozess ein „Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt“.¹⁴⁷

Der Behandlungsprozess ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Der Beginn der Behandlung wird durch ein definiertes Ereignis ausgelöst.¹⁴⁸
- Der Behandlungspfad beschreibt „... das konkrete raumzeitliche Zusammenwirken von Mensch, Maschine, Methode und Mittel ...“¹⁴⁹.
- Die Behandlung ist wertschöpfend. Die Produktion der Dienstleistung „Wundversorgung“ erzeugt einen Mehrwert für die Leistungserbringer und einen Nutzen für den Patienten.¹⁵⁰
- Der Behandlungsprozess ist auf das Erreichen eines konkreten Prozessziels, nämlich den belastungsstabilen Wundverschluss, ausgerichtet.¹⁵¹

Der Behandlungspfad ist das zentrale Instrument zur Koordination der Zusammenarbeit im Versorgungsteam und wurde deshalb gemeinsam entwickelt. Das Ziel war, einen Muster-Behandlungspfad zur Versorgung eines Patienten mit Ulcus cruris venosum zu modellieren, der in dieser Form noch nicht existierte. Einzelne bereits bestehende Teilprozesse und Aktivitäten sollten möglichst optimal angeordnet und miteinander verknüpft werden.

Eine bewährte Methode zur Entwicklung von Behandlungspfaden ist die grafische Prozessmodellierung. In diesem Fall wurde die Software VIFLOW[®] der Firma ViCON zur Prozessmodellierung eingesetzt. Die Software ermöglicht eine übersichtliche Darstellung des Behandlungspfades und die Dokumentation von Zeiten, Kosten sowie zusätzlichen Informationen.¹⁵²

¹⁴⁷ DIN 2005, S. 23

¹⁴⁸ Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2006a, 24

¹⁴⁹ Dahlgaard, Stratmeyer 2006a, 24

¹⁵⁰ Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2006a, 25

¹⁵¹ Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2006a, 24f

¹⁵² Ertner, Anwand 2010, 74

Der Gliederung des Behandlungspfades in drei Hauptprozesse folgte der Überlegung, dass die Prozesse „Aufnahme“ und „Entlassung/Überleitung“ unabhängig von der Art, der Größe und dem Zustand der Wunde standardisiert werden können. Der Prozess Wundversorgung wurde im Hinblick auf das Ziel, verschiedene Wundarten zu versorgen, variabel gestaltet.

Die Hauptprozesse wurden weiter in Teilprozesse und Aktivitäten untergliedert. Abbildung 7 zeigt die Hauptprozesse auf der ersten Prozessebene.



Abbildung 7: Hauptprozesse¹⁵³

Der Aufnahmeprozess wird durch die Anfrage eines Patienten ausgelöst. Das Prozessziel ist die Einschreibung des Patienten in den Integrationsvertrag. Im Rahmen eines Erstgesprächs, das in der Praxis des Hausarztes stattfinden sollte, nehmen der Arzt und der Wundtherapeut eine Einschätzung des Versorgungsbedarfs mit Hilfe eines Klassifizierungssystems für Wunden vor. Damit zwischen den Vertragspartnern keine Missverständnisse aufkommen, wurden eindeutige Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Aufnahme von Patienten in die integrierte Versorgung definiert. Wenn die Zugangsvoraussetzungen erfüllt sind, erstellt der Arzt einen patientenbezogenen Kostenplan für die Krankenkasse. Nach der Genehmigung des Therapie- und Kostenplans durch die Krankenkasse kann der Patient sich in die integrierte Versorgung einschreiben.

Die Abbildung 8 zeigt am Beispiel des Hauptprozesses „Aufnahme“, die Prinzipien dieser Art der grafischen Prozessdarstellung.

¹⁵³ Eigene Darstellung

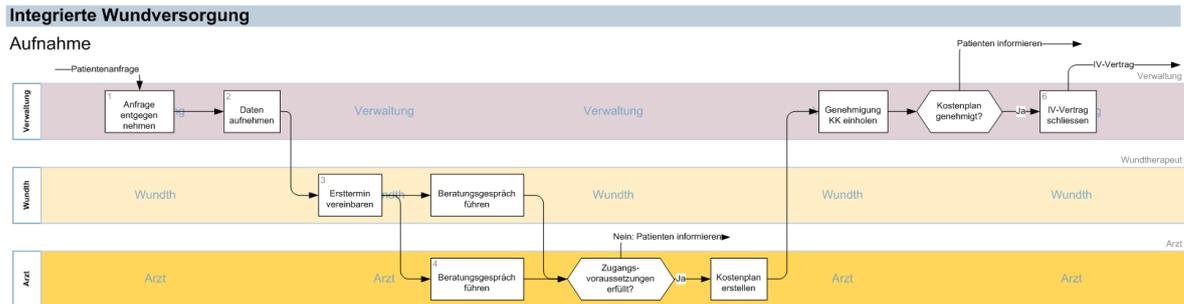


Abbildung 8: Hauptprozess „Aufnahme“ (Ausschnitt)¹⁵⁴

Die beteiligten Organisationsbereiche beziehungsweise Berufsgruppen werden als Bereiche (sog. Swimlanes) abgebildet, denen die Durchführungsverantwortungen für einzelne Aktivitäten zugeordnet sind. Aktivitäten werden als Rechtecke dargestellt, Entscheidungspunkte als Sechsecke. Die Pfeile zeigen die Richtung des Datenflusses und somit den zeitlogischen Ablauf des Prozesses an.¹⁵⁵

Der Prozess „Aufnahme“ wird durch eine Kundenanfrage ausgelöst. Die erste Aktivität „Anfrage entgegen nehmen“ fällt in den Bereich der Verwaltung des Pflegedienstes. Neben der Kundenanfrage sind der Patient, das Personal und die Infrastruktur des Pflegedienstes Eingaben (= Inputs) für den Prozess.¹⁵⁶

Der gesamte Versorgungsprozess wurde in dieser Weise gegliedert und abgebildet. Mit jeder Aktivität wurde ein Datensatz angelegt, dem weitere Informationen zugefügt werden können. Darüber hinaus können die Symbole mit Dokumenten verlinkt werden.¹⁵⁷

Das Ergebnis (= Output) des Hauptprozesses „Aufnahme“, nämlich die Einschreibung des Patienten in den Integrationsvertrag, löst als Input den Hauptprozess „Wundversorgung“ aus.

¹⁵⁴ Eigene Darstellung

¹⁵⁵ Vgl. Ertner, Anwand 2010, 74

¹⁵⁶ Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2006a, 24f

¹⁵⁷ Vgl. Ertner, Anwand 2010, 74

Der entstandene Muster-Behandlungspfad zur ambulanten Versorgung von Patienten mit Ulcus cruris venosum umfasst eine Behandlungsdauer von zwölf Wochen.¹⁵⁸

Bei der Entwicklung des Muster-Behandlungspfades wurden die Leitlinie der AWMF zur Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum¹⁵⁹ sowie der Expertenstand des DNQPs zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden¹⁶⁰ als Vorgaben berücksichtigt.

Der Hauptprozess „Wundversorgung“ besteht aus den folgenden sechs Teilprozessen:

- Wundanamnese erheben
- Therapie planen
- Wundversorgung durchführen
- Visite durchführen
- Evaluation durchführen
- Therapie überwachen

Im Verlauf der Behandlung kommen diese Teilprozesse teilweise mehrfach zur Anwendung.

Die „Anamnese“ ist das Ergebnis (Output) des Prozesses „Wundanamnese“ und der Auslöser (Input) des Prozesses „Therapie planen“. Der letzte Prozessschritt ist die Freigabe des Therapieplans durch den Arzt. Der Therapieplan ist der Output des Prozesses und wiederum Input für den Prozess „Wundversorgung durchführen“ (siehe Abbildung 9).

¹⁵⁸ Anm.: Die Studie von Janßen/Becker zeigt, dass bei 75% der Patienten mit chronischen Wunden innerhalb von 90 Tagen abgeheilt sind. (Janßen/Becker 2011, 12)

¹⁵⁹ AWMF 2008

¹⁶⁰ DNQP 2009

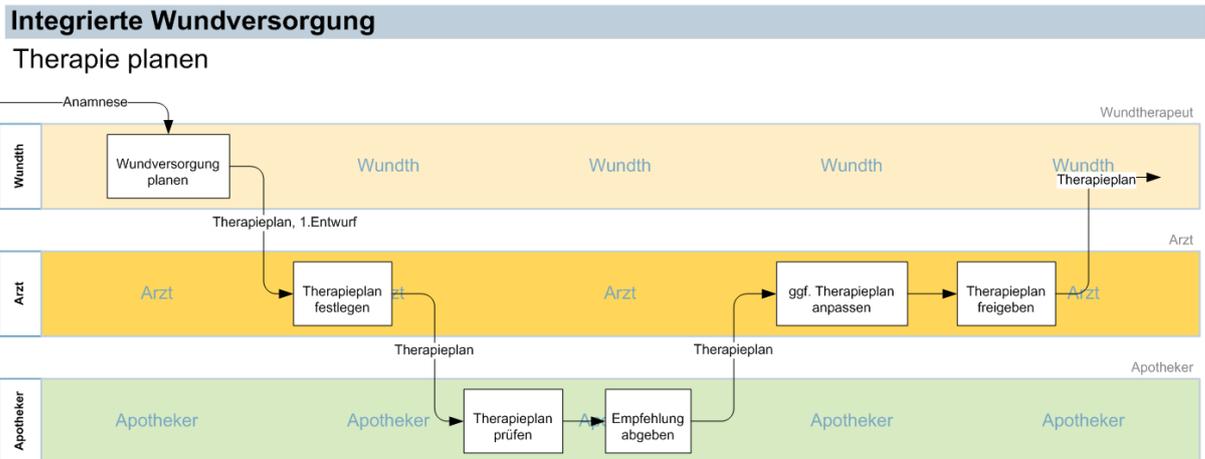


Abbildung 9: Teilprozess „Therapie planen“¹⁶¹

Die Gesamtverantwortung für den Versorgungsprozess trägt der Arzt. In der Rolle des Prozesseigners trifft er Entscheidungen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind.¹⁶² Dies umfasst die Planung des Behandlungspfades sowie die Auswahl und Umsetzung der relevanten Leitlinien und Standards. Der Arzt ist auch für die Freigabe des individuellen Behandlungs- und Kostenplans verantwortlich. Den Hausärzten steht der Arzt des Versorgungsteams für Auskünfte zur Verfügung. Die Therapie der Grundkrankheiten des Patienten bleibt die Aufgabe des Hausarztes. Der Arzt des Versorgungsteams gibt den Hausärzten kollegiale Behandlungsempfehlungen und informiert sie regelmäßig über den Heilungsverlauf.

Dem pflegerischen Wundtherapeuten kommt im Versorgungsprozess die Rolle des Prozessmanagers zu. Er ist derjenige, „... der die Versorgung des Patienten von Anfang an in der Hand hat, die wesentlichen Informationen über den Prozess hat, Teile der Prozesse selber durchführt und den Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung begleitet“.¹⁶³ Der Wundtherapeut hat während der Versorgung den häufigsten Kontakt zum Patienten. Er kennt den Gesundheitszustand und das häusliche Umfeld des Patienten am besten.

¹⁶¹ Eigene Darstellung

¹⁶² Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2006a, 43f

¹⁶³ Dahlgaard, Stratmeyer 2006b, 17

Wenn Störungen oder Fehler im Versorgungsprozess auftreten, ist es seine Aufgabe, die erforderlichen Korrekturen durchzuführen bzw. einzuleiten, um das Behandlungsziel zu erreichen.¹⁶⁴

Der Apotheker hat die Rolle eines Fachexperten, der den Arzt und den pflegerischen Wundtherapeuten beratend unterstützt. Die Beratung bei der Auswahl geeigneter Arzneimittel und Verbandstoffe ist fester Bestandteil des Versorgungskonzeptes.

Der Hauptprozess „Wundversorgung“ endet entweder, wenn die Wunde belastungsstabil abgeheilt ist oder nach einer Behandlungsdauer von zwölf Wochen. Das Eintreten des Behandlungserfolges löst den Hauptprozess „Entlassung/Überleitung“ aus. Der Prozess umfasst den Abschluss der Patientendokumentation, das Erstellen eines Überleistungsbogens sowie ein ausführliches Abschlussgespräch, in dem der Patient auf Möglichkeiten der Rezidivprävention aufmerksam gemacht wird. Der Prozess „Entlassung/Überleitung“ endet mit der Überweisung des Patienten an seinen Hausarzt.

Sollte die Wunde nach zwölf Wochen noch nicht abgeheilt sein, wird mit der Krankenkasse abgestimmt, ob die Versorgung im Rahmen des Integrationsvertrages fortgesetzt oder der Patient wieder in die Regelversorgung übergeleitet wird.

Die Standardisierung des Behandlungspfades ist grundsätzlich nur bis zu einem bestimmten Grad möglich, weil sich die medizinisch-pflegerische Versorgung am individuellen Bedarf der Patienten orientieren muss.

Das hier skizzierte Behandlungskonzept ermöglicht eine Kombination der Behandlungsmodule, die auf die konkreten Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden kann. Die Behandlungsdauer und die Kosten werden in Abhängigkeit vom geschätzten Versorgungsaufwand prospektiv festgelegt.

¹⁶⁴ Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2006b, 16f

4.3 Entwicklung eines prozessorientierten modularen Vergütungssystems

Wie bereits an anderer Stelle dargestellt, können die Vertragspartner die Vergütung für die integrierte Versorgung frei vereinbaren. Das Versorgungsteam stand damit vor der ungewohnten und schwierigen Aufgabe, den Preis der Leistungen selbst zu kalkulieren.

Nicht sinnvoll wäre, die Erstattungsbeträge für die integrierten Regelleistungen auf der Grundlage des Muster-Behandlungspfades zu addieren, weil diese Beträge das Ergebnis von Preisverhandlungen sind und nicht den tatsächlichen Ressourcenverzehr abbilden.¹⁶⁵ Außerdem enthält das Versorgungskonzept Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen und deshalb bisher nicht vergütet wurden. Eine geeignete Grundlage für die Preiskalkulation sind die Plankosten. Das sind die Kosten, die voraussichtlich anfallen, wenn der Muster-Behandlungsplan wie vorgesehen umgesetzt wird. Um die Gesamtkosten zu berechnen, wurden die Plankosten der einzelnen Behandlungsmodule ermittelt.

Die Prozesskostenrechnung ist ein geeignetes Verfahren, um Dienstleistungen verursachungsgerecht zu kalkulieren.¹⁶⁶ Das Grundprinzip der Prozesskostenrechnung ist die Aufspaltung der Kosten in leistungsmengeninduzierte (Imi) Kosten, die durch die Ausführung der Prozesse verursacht werden, sowie in leistungsmengenneutrale (Imn) Kosten, die unabhängig von der Leistungserbringung anfallen.¹⁶⁷

Die Ermittlung der leistungsmengeninduzierten Kosten folgte dem bottom-up-Ansatz.¹⁶⁸ Die Erfassung der Kosten begann auf der untersten Prozessebene. Die Kosten der Aktivitäten wurden auf der Ebene der Teilprozesse aggregiert. Der Kostensatz des Hauptprozesses ist wiederum die Summe der Kostensätze der Teilprozesse. Abbildung 11 zeigt das Vorgehen schematisch.

¹⁶⁵ Vgl. Güssow 2010, 174

¹⁶⁶ Vgl. Paul, Reckenfelderbäumer 2001, 645f

¹⁶⁷ Vgl. Coenenberg 1999, 232

¹⁶⁸ Vgl. Güssow 2007, 325

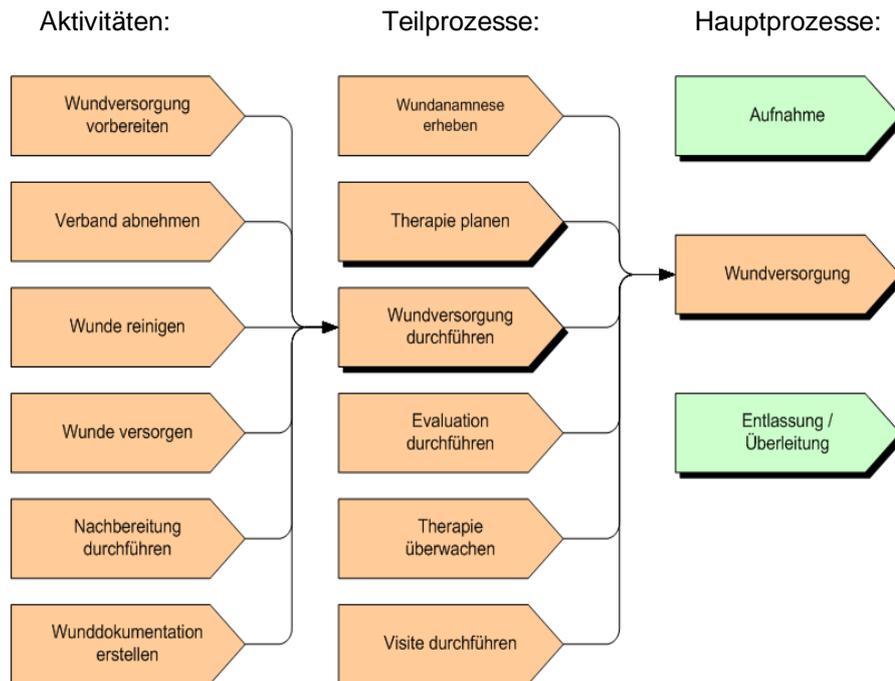


Abbildung 10: Aggregation der Prozesskosten¹⁶⁹

Die Teilprozesse sind repetitive Prozesse, deren Art und Anzahl von bestimmten Maßgrößen, den sogenannten Kostentreibern (Cost Drivers) abhängt.¹⁷⁰ Die Kostentreiber beeinflussen den Ressourcenverbrauch und damit die Höhe der Prozesskosten. Bei der Anwendung der Prozesskostenrechnung auf medizinische Versorgungsprozesse bietet es sich an, Patienten als Kostentreiber zu verwenden.¹⁷¹ Bei der Versorgung von Wundpatienten dienen auch die Wunden als Kostentreiber, weil die Anzahl der Wunden den Ressourcenverbrauch entscheidend beeinflusst.

Der erste Schritt zur Ermittlung der leistungsmengeninduzierten Prozesskosten war die mengenmäßige Erfassung des durchschnittlichen Ressourcenverbrauchs. Der zeitliche und materielle Aufwand für die Tätigkeiten in der Verwaltung wurde durch Interviews erhoben. Den Ressourcenverbrauch bei der pflegerischen Versorgung erfasste ein fachkundiger Berater durch Beobachtungen und Zeitmessungen. Des Weiteren wurden Daten aus dem Rechnungswesen des

¹⁶⁹ Eigene Darstellung in Anlehnung an Remer 2005, 243

¹⁷⁰ Vgl. Remer 2005, 30

¹⁷¹ Vgl. Güssow 2007, 321

ambulanten Pflegedienstes genutzt, um die durchschnittlichen Kosten der einzelnen Aktivitäten zu bestimmen.

Der Umstand, dass kein bestehender Behandlungspfad untersucht wurde, sondern ein innovatives Behandlungskonzept, das auf einem fiktiven Muster-Behandlungspfad beruhte, erschwerte die Ermittlung der erforderlichen Ressourcen. Sofern der Ressourcenbedarf einzelner Aktivitäten nicht empirisch erhoben werden konnte, wurden Schätzungen vorgenommen, die auf den Erfahrungswerten der Mitglieder des Projektteams beruhten. Alle leistungsmengeninduzierten Prozesse wurden auf diese Weise untersucht.

Der nächste Schritt war die finanzielle Bewertung der Ressourcen. Die Materialkosten konnten zum größten Teil direkt der Kostenrechnung des ambulanten Pflegedienstes entnommen werden. Die Kosten für moderne Wundverbände, die bisher keine Anwendung fanden, wurden durch Internetrecherchen ermittelt. Die Höhe der Personalkosten wurde ausgehend von den Bruttopersonalkosten berechnet. Die Personalkosten für den Arzt wurden beispielsweise auf der Grundlage des Tarifvertrages des Marburger Bundes¹⁷² berechnet. Ausgehend von Bruttopersonalkosten in Höhe von 70.840,66 €¹⁷³ und einer Jahresarbeitszeit von 84.000 Minuten (= 1400 Stunden) ergaben sich Kosten von 0,84 € / Minute. Die Personalkosten für den Apotheker wurden in gleicher Höhe in die Kalkulation einbezogen. Die Personalkosten für die Wundtherapeuten in Höhe von 0,40 € und die Verwaltungsmitarbeiter in Höhe von 0,38 € entsprechen den Ist-Kosten des Pflegedienstes.

Tabelle 1 zeigt die Berechnung der leistungsmengeninduzierten Plankosten des Teilprozesses „Wundversorgung durchführen“. In der gleichen Weise wurden die Plankostensätze aller Prozesse ermittelt und berechnet.

¹⁷² Marburger Bund, Änderungsstarifvertrag vom 9. Juni 2010

¹⁷³ Anm.: Dies entspricht einem Facharztgehalt von monatlich 4930,79 € (Entgeltgruppe II, Entgeltstufe 1, Tabelle TV-Ärzte/VKA gültig ab 1. Mai 2010)

Aktivität	Prozess- verantw.	Kosten- treiber		Personalkosten			Materialkosten				PKS (Imi)	
		Art	Menge	Standard		Summe	Standard			Summe		
				Pers	Min		€/Min	Materialart	Menge			€/Stck
1 Wundversorgung vorbereiten	Wund- therapeut	Pat	1	Wt	10	0,40 €	4,00 €	Händedesinfektionsmittel	5 ml	0,05 €		5,22 €
								Einmalhandschuhe, unst.	1 Paar	0,12 €		
								Mundschutz	1 St	0,35 €		
								Wundunterlage	1 St	0,35 €		
								Einmalwaschlappen	1 St	0,12 €		
								Einmalschürze	1 St	0,15 €		
								Abwurf	1 St	0,08 €		
										4,00 €		
2 Verband abnehmen	Wund- therapeut	Wd	1	Wt	2	0,40 €	0,80 €	Pinzette	1 St	0,49 €		1,29 €
3 Wunde reinigen	Wund- herapeut	Wd	1	Wt	5	0,40 €	2,00 €	Händedesinfektionsmittel	5 ml	0,05 €		3,78 €
								Einmalhandschuhe, steril	1 St	0,30 €		
								Octenisept	5 ml	0,04 €		
								Tupfer, steril	5 St	0,50 €		
								Spritze, 5ml	1 St	0,12 €		
								Aufziehkanüle	1 St	0,03 €		
								Spüllösung NaCL 0,9%	50 ml	0,74 €		
										2,00 €		
4 Wunddokumentation erstellen	Wund- therapeut	Wd	1	Wt	5	0,40 €	2,00 €					2,00 €
5 Wunde versorgen	Wund- therapeut	Wd	1	Wt	4	0,40 €	1,60 €	Holzspatel, steril	1 Stck	0,05 €		12,05 €
								Wundtherapeutikum	5 g	1,95 €		
								Hydrokolloider Verband	10 x10cm	8,45 €		
						1,60 €					10,45 €	
6 Nachbereitung durchführen	Wund- herapeut	Wd	1	Wt	3	0,40 €	1,20 €					1,20 €
Fahrkosten (20km * 0,5€)								Fahrtkostenpauschale			10,00 €	10,00 €
Prozesskosten, gesamt												35,54 €

Tabelle 1: Kalkulation des Teilprozesses „Wundversorgung durchführen“¹⁷⁴

Der Muster-Behandlungsfall dient als Kostenträger. Die Höhe der leistungsmengeninduzierten Kosten ergibt sich aus der Anzahl der zur Versorgung des Wundpatienten erforderlichen Prozesse. Diese hängen wiederum von der Anzahl der Wunden ab, die versorgt werden müssen (siehe Tabelle 2).

¹⁷⁴ Eigene Darstellung

Prozesse		PKS (Imi)	Anzahl	Anzahl x PKS (Imi)
I.	Aufnahme	38,65 €	1	38,65 €
II.	Wundversorgung			
II.1	Wundanamnese erheben	84,92 €	1	84,92 €
II.2	Therapie planen	29,27 €	1	29,27 €
II.3	Wundversorgung durchführen	35,54 €	45	1599,30 €
II.4	Visite durchführen	33,95 €	3	101,85 €
II.5	Evaluation durchführen	3,97 €	3	11,91 €
II.6	Therapieplan überwachen	4,22 €	2	8,44 €
III.	Entlassung/Überleitung	60,76 €	1	54,19 €
				1928,53 €

Tabelle 2: Modellrechnung Ulcus cruris venosum¹⁷⁵

Neben den Kosten, die direkt in Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen stehen, mussten auch Gemeinkosten verrechnet werden. Dabei handelte es sich beispielsweise um Kosten für Verwaltungstätigkeiten, Fortbildungen und Abschreibungen für die Abnutzung von Investitionsgütern. Die Gemeinkosten des Pflegedienstes betragen insgesamt 326.000,00 € jährlich. Diese Kosten fallen unabhängig von den Leistungen des Pflegedienstes an und waren als prozentuale Zuschläge auf die Behandlungsfälle zu verrechnen.¹⁷⁶ Dazu wurde zunächst ermittelt, welcher Anteil der leistungsmengenneutralen Kosten auf die Wundpatienten entfällt.

Der Pflegedienst versorgte im Jahresdurchschnitt 60 Patienten, die an Wunden leiden, das entsprach einem Anteil von 8% aller Patienten. Von den Wundpatienten mussten 26.080,00 € Kosten getragen werden. Dieser Betrag wurde zunächst um Verwaltungskosten in Höhe von 1350,08 € bereinigt, die bereits als leistungsmengeninduzierte Kosten verrechnet wurden.

Auf jeden Wundpatienten entfielen somit leistungsmengenneutrale Kosten in Höhe von 412,17 €. Diese Kosten wurden nicht als Pauschale, sondern propor-

¹⁷⁵ Eigene Darstellung

¹⁷⁶ Vgl. Coenenberg, Fischer, Günther 2009, 159

tional zu den leistungsmengeninduzierten Kosten verrechnet.¹⁷⁷ Zur Berechnung des Umlagesatzes wurden die leistungsmengenneutralen Kosten pro Patient ins Verhältnis zu den leistungsmengeninduzierten Kosten der Modellrechnung gesetzt:

$$\text{Umlagesatz} = \frac{\text{Prozesskosten (lmn)}}{\text{Prozesskosten (lmi)}} = \frac{412,17}{1928,53} \times 100 = 21,37\%$$

Der sich aus der Berechnung ergebende Umlagesatz beträgt 21,37%. Zur Kalkulation der Prozesskostensätze (PKS) wurde ein Umlagesatz von 22% verwendet.

Prozesse		PKS (lmi)	Umlage (lmn) 22%	PKS
I.	Aufnahme	38,65 €	8,50 €	47,15 €
II.	Wundversorgung		- €	- €
II.1	Wundanamenese erheben	84,92 €	18,68 €	103,60 €
II.2	Therapie planen	29,27 €	6,44 €	35,70 €
II.3	Wundversorgung durchführen	35,30 €	7,77 €	43,07 €
II.4	Visite durchführen	33,95 €	7,47 €	41,42 €
II.5	Evaluation durchführen	3,97 €	0,87 €	4,84 €
II.6	Therapieplan überwachen	4,22 €	0,93 €	5,14 €
III.	Entlassung/Überleitung	60,76 €	13,37 €	74,12 €

Tabelle 3: Prozesskostensätze¹⁷⁸

Die Prozesskostensätze sind die Grundlage des prozessorientierten, modularen Vergütungssystems. Die drei Hauptprozesse „Aufnahme“, „Wundversorgung“ und „Entlassung / Überleitung“ werden als Behandlungsmodulare aufgefasst, die sich verbindlich am Behandlungspfad orientieren.¹⁷⁹ Die Behandlungsmodulare

¹⁷⁷ Vgl. Coenenberg, Fischer, Günther 2009, 159

¹⁷⁸ Eigene Darstellung

¹⁷⁹ Vgl. Güssow 2007, 226

bilden die Grundlage für die Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen mit den Kostenträgern im Rahmen der integrierten Versorgung.¹⁸⁰

Die Prozesse „Aufnahme“ und „Entlassung / Überleitung“ bilden zwei Behandlungsmodulen, deren Preise als Pauschalen in die Kalkulation übernommen werden, weil sie jeweils nur einmal anfallen. Der Prozess „Wundversorgung“ besteht aus sechs Behandlungsmodulen (= Teilprozessen), die mit einem pauschalen Preis berechnet werden und je nach Versorgungsbedarf des Patienten unterschiedlich häufig zur Anwendung kommen.

Der patientenbezogene Therapieplan orientiert sich systematisch am Muster-Behandlungspfad. Die patientenbezogenen Behandlungskosten werden prospektiv kalkuliert. Die individuellen Therapie- und Kostenpläne werden während des Aufnahmeprozesses bei der Krankenkasse zur Genehmigung eingereicht.

Prozesse (= Behandlungsmodule)		Maßgröße	Preis / Prozess	Anzahl der Prozesse	Gesamt- preis
I.	Aufnahme	Patient	54,22 €	1	54,22 €
II.	Wundversorgung				- €
II.1	Wundanameneese erheben	Patient	119,14 €	1	119,14 €
II.2	Therapie planen	Patient	41,06 €	1	41,06 €
II.3	Wundversorgung durchführen	Wunde	49,53 €	45	2.228,78 €
II.4	Visite durchführen	Patient	47,64 €	3	142,91 €
II.5	Evaluation durchführen	Patient	5,56 €	3	16,69 €
II.6	Therapieplan überwachen	Patient	5,92 €	2	11,83 €
III.	Entlassung/Überleitung	Patient	85,24 €	1	85,24 €
					<u>2699,88 €</u>

Tabelle 4: Berechnung der Behandlungskosten¹⁸¹

Tabelle 4 zeigt den Therapie- und Kostenplan, der dem Muster-Behandlungspfad entspricht, einschließlich eines Gewinnaufschlags von 15%.

¹⁸⁰ Vgl. Güssow 2010, 174

¹⁸¹ Eigene Darstellung

Die Modellrechnung weist einen Preis aus, der deutlich unter 3.000,00 € liegt, obwohl das Versorgungskonzept Leistungen umfasst, die gegenwärtig nicht zur Regelversorgung gehören. Sollte die Heilungsdauer den veranschlagten Zeitraum überschreiten, erfolgt eine erneute Behandlungsplanung mit prospektiver Berechnung der Kosten.

Das prozessorientierte modulare Vergütungssystem ermöglicht die Kalkulation einer pauschalen Vergütung, die sich am konkreten Versorgungsbedarf des Patienten orientiert. Die integrierte Versorgung ist damit nicht nur auf Patienten eingeschränkt, die vorgegebenen Kategorien zugeordnet werden können. Ein Nachteil des Vergütungssystems ist, dass bei den Krankenkassen durch die Genehmigung der individuellen Behandlungs- und Kostenpläne zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht.

4.4 Prozesscontrolling und Qualitätsmanagement

Die Prozessdokumentation und die Prozesskostenrechnung erzeugen ein hohes Maß an Transparenz und liefern eine Vielzahl von Informationen, die dem Controlling dienen können. Das Prozesscontrolling hat die Aufgabe qualitative und quantitative Prozessdaten zu erfassen, zu verdichten und für das Prozessmanagement aufzubereiten.¹⁸²

Die Datenerhebung durch Prozessmessungen setzt die Festlegung von Messpunkten im Prozessablauf sowie die Definition geeigneter Beurteilungskriterien voraus. DAHLGAARD / STRATMEYER schlagen vor, dazu die Aspekte Kosten (z.B. Materialkosten für Wundverbände), Zeit (z.B. Dauer des präventiven Abschlussgesprächs) und Qualität (z.B. Zufriedenheit der Patienten) zu nutzen.¹⁸³ Kriterien, die zur Beurteilung der Ergebnisqualität herangezogen werden müssen, sind die Wundheilungsdauer, die Rezidivquote und in welchem Ausmaß es gelungen ist, Krankenhausaufenthalte zu verhindern.

Die Prozesskostenrechnung bildet eine ideale Grundlage für detaillierte ökonomische Analysen. Regelmäßige Soll-Ist-Vergleiche auf Ebene der Teilprozesse

¹⁸² Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2006a, 33

¹⁸³ Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2006a, 33

zeigen, welche Potenziale genutzt werden können, um die Effizienz der Prozesse zu verbessern. Die Soll-Prozesskosten können durch die Multiplikation der Ist-Kostentreibermenge mit den Plan-Prozesskosten ermittelt werden.¹⁸⁴ Die Ex-post-Betrachtung sollte auch die Nachkalkulation des gesamten Behandlungspfades umfassen, um die Plan-Prozesskostensätze zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Statistische Auswertungen zeigen, wie häufig bestimmte Prozessvarianten genutzt werden und ob die Entwicklungen neuer Varianten des Behandlungspfades sinnvoll sind.¹⁸⁵

4.5 Projektstand

Die Projektgruppe hatte im Sommer 2008 Gelegenheit, das Versorgungskonzept den Mitarbeitern einer Krankenkasse zu präsentieren. In der anschließenden Diskussion bekundeten die Krankenkassenmitarbeiter ihr grundsätzliches Interesse an der Umsetzung des Konzeptes. Die Projektgruppe wurde aufgefordert, den Muster-Behandlungsplan und das Vergütungssystem zur Prüfung vorzulegen.

Nach eingehender Prüfung des Versorgungskonzeptes wurde der Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung mit der Begründung abgelehnt, dass im Hinblick auf die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 eine Finanzierung der Investitionskosten im erforderlichen Umfang nicht möglich sei. Der Projektgruppe wurde in Aussicht gestellt, das Konzept zu einem späteren Zeitpunkt erneut aufzugreifen.

Der ambulante Pflegedienst hat einzelne Ideen des Versorgungskonzeptes umgesetzt, das Projekt aber insgesamt beendet.

Das hier dargestellte Konzept entspricht weitgehend der ursprünglichen Fassung. Lediglich einige Kostendaten wurden aktualisiert.

¹⁸⁴ Vgl. Remer 2005, 164f

¹⁸⁵ Vgl. Güssow 2010, 175

5. Diskussion der dargestellten Konzepte

Die dargestellten Beispiele zeigen verschiedene Möglichkeiten der Gestaltung von Konzepten zur integrierten Versorgung von Wundpatienten.

Die Medical Networks CJ GmbH & Co KG ist eine gewinnorientierte Managementgesellschaft, die ihre Versorgungskonzepte deutschlandweit anbietet. Die Integration beschränkt sich auf die Bündelung von ambulanten ärztlichen und pflegerischen Einzelleistungen zu Leistungsmodulen. Die Integration stationärer Leistungen in das Versorgungskonzept ist nicht vorgesehen. Versorgt werden verzögert heilende Wunden, die seit mehr als vier Wochen bestehen.

Die Rechte und Pflichten der Leistungserbringer ergeben sich aus den Dienstleistungsverträgen, die sie mit der Managementgesellschaft geschlossen haben. Die Rolle der Leistungserbringer unterscheidet sich insofern kaum von Ärzten und Pflegediensten, die ihre Leistungen direkt mit den Krankenkassen abrechnen.

Ein wesentlicher Vorteil gegenüber der Regelversorgung ist die exakte Festlegung des Leistungsumfangs und der anzuwendenden Verbandmaterialien. Der für Ärzte und Pflegekräfte verbindliche Behandlungsplan, bietet insbesondere den Krankenpflegediensten Orientierung.

Die Vergütung in Form von Komplexfallpauschalen fördert die Effizienz der Versorgungsprozesse, aber nicht zwangsläufig deren Effektivität.¹⁸⁶ Die fachlich-interdisziplinäre Zusammenarbeit beschränkt sich auf bilaterale, einzel-fallbezogene Kooperationen der Fachärzte mit Krankenpflegediensten. Ein organisierter regelmäßiger Austausch der Leistungserbringer zur Qualitätsentwicklung und Verbesserung der Zusammenarbeit gehört nicht zum Versorgungskonzept.

Die Qualitätssicherung vor Ort bleibt den Leistungserbringern überlassen. Sie werden vertraglich auf Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften verpflichtet.¹⁸⁷

¹⁸⁶ Vgl. Güssow 2010, 168

¹⁸⁷ Vgl. Medical Networks GmbH & Co KG et. al 2008, 8

Welche konkreten Aufgaben die Managementgesellschaft im Rahmen des Qualitätsmanagements übernimmt, wird aus den öffentlich zugänglichen Dokumenten nicht deutlich. Ein positiver Aspekt ist die wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für Gesundheit und Pflegeökonomie der Hochschule Bremen.¹⁸⁸

Das Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung e.V. ist aus einer Gruppe von Ärzten hervorgegangen, deren Anliegen die Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom ist. Der Integrationsvertrag wurde erst später geschlossen. Die Indikationsbreite der integrierten Versorgung ist sehr eng gefasst. Versorgt werden nur Wunden an den unteren Extremitäten, die auf der Grundlage von Diabetes mellitus Erkrankungen entstanden sind. Die Ärzte als Mitglieder des Netzwerkes sind auf die medizinische Versorgung von Diabetikern spezialisiert.

Die Integration ist auf ambulante ärztliche Leistungen beschränkt. Ein Vorteil des Netzwerkes ist, dass einige Mitglieder als Krankenhausärzte auch ambulant tätig sind, so dass die transsektorale Grenze zu diesen Krankenhäusern kein Hindernis bei der Zusammenarbeit mit dem Netzwerk darstellt. Nichtärztliche Leistungserbringer sind durch Kooperationsverträge mit dem Netzwerk verbunden. Ihr Status entspricht dem bevorzugter Lieferanten. Eine echte Beteiligung der Kooperationspartner an der integrierten Versorgung ist nicht gegeben. Bedauerlich ist, dass nur Vereinsmitglieder, also Ärzte, an den Qualitätszirkelsitzungen des Netzwerkes Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung e.V. teilnehmen dürfen.¹⁸⁹ Ein besonders positiver Aspekt ist der hohe Stellenwert der Qualitätsentwicklung in diesem Konzept. Die Vergütung auf der Basis von Fallpauschalen bietet einen Anreiz zur effizienten und erfolgsorientierten Versorgung der Patienten.

Das in Kapitel vier dargestellte eigene Konzept zur integrierten ambulanten Versorgung von Wunden ist ebenfalls ein horizontales, auf den ambulanten Sektor beschränktes Konzept. Die Integration umfasst ärztliche, pflegerische und pharmazeutische Leistungen. Grundsätzlich können alle Wundpatienten, also

¹⁸⁸ Vgl. <http://www.medicalnetworks.de>, Zugriff 7.08.2011

¹⁸⁹ Vgl. Risse, Hochlenert 2010, 104

auch Patienten nach Operationen, nach diesem Konzept integriert versorgt werden.

Ein Vorteil gegenüber den anderen Konzepten ist die Bildung eines interprofessionellen Versorgungsteams, dessen Zusammenarbeit auf Dauer angelegt ist. Der ambulante Pflegedienst ist in diesem Konzept, gemeinsam mit dem Arzt und dem Apotheker, Vertragspartner der Krankenkassen. Dem pflegerischen Wundtherapeuten kommt als Manager des Versorgungsprozesses eine Schlüsselrolle zu. Die Weiterentwicklung des Versorgungskonzeptes ist eine permanente Aufgabe des Versorgungsteams.

Das modulare prozessorientierte Vergütungssystem erlaubt eine differenzierte prospektive Kalkulation der Kosten. Die Indikationsbreite ist dadurch weitergefasst als bei dem Konzept der Medical Networks CJ GmbH & Co KG. Ein Nachteil, der sich aus dem Vergütungssystem ergibt, ist die Notwendigkeit, die Behandlungs- und Kostenpläne vor der Einschreibung des Patienten in das Versorgungskonzept mit den Krankenkassen abzustimmen.

	Medical-Networks CJ GmbH & Co KG	Netzwerkes Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung e.V.	Eigenes Konzept
Vertragspartner	Managementgesellschaft	Ärzte	Amb. Pflegedienst, Arzt, Apotheker
Binnenstruktur des Netzwerkes	Zentrales Netzwerk	Polyzentrisches Netzwerk	Polyzentrisches Netzwerk
Integrationsart	Horizontal	Horizontal	Horizontal
Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte • Pflegedienste 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte des Netzwerkes 	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsteam (Arzt, Pflegedienst, Apotheker)
Integrierte Leistungen / Integrationstiefe	<ul style="list-style-type: none"> • amb. ärztliche Leistungen • amb. Krankenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> • amb. ärztliche Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • amb. Krankenpflege • amb. ärztliche Leistungen • pharmazeut. Beratung
Kooperationspartner	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhäuser • amb. Pflegedienste • orthopäd. Schumacher • Podologen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanitätshäuser • Hausärzte • Krankenhäuser • Physiotherapeuten • Fachärzte • Pflegeeinrichtungen
Indikationsbreite	Verzögert heilende Wunden (> 4 Wo.)	Eingeschränkt auf diabetisches Fußsyndrom	Wunden, unabhängig von der Entstehung
Vergütungssystem	Komplexpauschalen	Fallpauschalen	Prozessorientierte, modulare Vergütung

Tabelle 6: Vergleich der vorgestellten Versorgungskonzepte

Tabelle 6 zeigt einen zusammenfassenden Vergleich der dargestellten Versorgungskonzepte.

6. Anforderungen an ein modernes Versorgungskonzept für Wunden

6.1 Anforderungen an das medizinisch-pflegerische Konzept

Die wesentlichen Anforderungen an ein modernes medizinisch-pflegerisches Versorgungskonzept sind:

- Interprofessionelle Teamarbeit,
- Kontinuierliche Fortbildung des Teams,
- Vernetzung mit weiteren Akteuren und Versorgungseinrichtungen,
- Definition des Versorgungskonzeptes auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien,
- Verwendung geeigneter Verbandstoffe und Arzneimittel,
- Elektronisches Informations- und Dokumentationssystem,
- Bereitstellung geeigneter Infrastrukturen,
- Wirksames Qualitätsmanagement,
- Patientenorientierung.

Die ambulante Versorgung von Wunden ist eine komplexe Aufgabe, die nur erfolgreich bewältigt werden kann, wenn Ärzte, Pflegefachkräfte und Apotheker kooperieren. Die integrierte Versorgung bietet die Möglichkeit, ein interprofessionelles Konzept zur Versorgung von Wundpatienten zu entwickeln. Die gemeinsame Erstellung eines Versorgungskonzeptes ist der erste Schritt, um die gegenseitige Akzeptanz von Ärzten und Pflegefachkräften zu fördern. Insbesondere Ärzten fällt es immer noch schwer, die Fachkompetenz von Pflegekräften in medizinischen Fragen zu akzeptieren.¹⁹⁰

¹⁹⁰ Vgl. Becker, Kröger 2011, 19

Im Hinblick auf das nahezu unüberschaubare Angebot an Verbandstoffen und Arzneimitteln, sollte auch ein Apotheker Mitglied des Versorgungsteams sein. Der Apotheker beteiligt sich an der Therapieplanung und nimmt an Fallkonferenzen teil.

Die Mitglieder des Versorgungsteams sollten neben ihrer Basisqualifikation als Arzt, Pflegefachkraft oder Apotheker über eine Zusatzqualifikation zur Versorgung von Wundpatienten verfügen. Ein Konzept, das sich sowohl an Ärzte als auch an Pflegekräfte richtet ist das Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. für „Fachpersonal Wundheilung und Wundbehandlung“. Das Curriculum umfasst zwei Ausbildungsstufen (Wundassistent und Wundtherapeut), die jeweils mit der Prüfung durch eine akkreditierte Zertifizierungsstelle abgeschlossen werden können.¹⁹¹

Eine andere Möglichkeit zur Qualifizierung sind interne Fortbildungsprogramme, die speziell auf das Versorgungskonzept abgestimmt sind. Beispielhaft hierfür ist das Qualifizierungskonzept des Netzwerkes Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung.¹⁹²

Zur Aufrechterhaltung der Qualifikationen muss ein verbindliches Fortbildungsprogramm aufgestellt werden. Wichtig sind vor allem regelmäßige interprofessionelle Fortbildungen, um gleichzeitig kooperative und kommunikative Kompetenzen zu fördern.¹⁹³

Die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren und Versorgungseinrichtungen ist eine Notwendigkeit, insbesondere, wenn sich die integrierte Versorgung auf Patienten mit Wunden konzentriert. Zunächst sollte das Wundversorgungskonzept allen relevanten Akteuren in der Region vorgestellt werden.

Die wichtigsten Partner sind Hausärzte, deren Vertrauen gewonnen werden muss. Hausärzte leiten Patienten nur über, wenn sie von der Fachkompetenz des Versorgungsteams überzeugt sind und nicht befürchten müssen, ihre Patienten durch die Überweisung zu verlieren. Insofern ist eine klare Abgrenzung der Aufgaben zwischen dem Versorgungsteam und den Hausärzten

¹⁹¹ Vgl. Deutsche Akkreditierungsstelle 2010

¹⁹² Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß – Köln und Umgebung e.V. 2009, 20f

¹⁹³ Vgl. Dahlgaard, Strutmeyer 2007, 71

erforderlich. Das integrierte Versorgungsangebot sollte von den Hausärzten nicht als Konkurrenz, sondern als fachspezifische Ergänzung und Entlastung wahrgenommen werden. Zur Überleitung der Patienten sollte ein standardisiertes Verfahren festgelegt werden, dass sowohl für das Versorgungsteam als auch für die Hausärzte gilt. Regelmäßige Informationen über die Therapie und den Heilungsverlauf festigen das Vertrauen der Hausärzte. Die Behandlung der Grundkrankheiten sollte weiterhin hausärztliche Aufgabe bleiben. Der Arzt des Versorgungsteams sollte den Hausärzten als fester Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Die transsektorale Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern sollte durch den Arzt des Versorgungsteams koordiniert werden. Wenn sich die regionalen Krankenhäuser nicht an der integrierter Versorgung beteiligen, muss das Behandlungsregime zumindest mit ihnen abgestimmt werden, damit alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen rechtzeitig durchgeführt werden, aber unnötige Maßnahmen unterbleiben.

Hilfreich ist auch hier die Festlegung eines Überleitungsstandards, der von beiden Seiten als verbindlich anerkannt wird. Eine wirksame Maßnahme des fachlichen Austauschs und zur Förderung informeller Kontakte mit den Kooperationspartnern sind gemeinsame Fortbildungen sowie die Mitarbeit von Mitgliedern des Versorgungsteams in lokalen Ausschüssen und Gremien.

Weitere Partnerschaften, zum Beispiel mit Physiotherapeuten, Sanitätshäusern und Podologen, könnten auf der Basis von Kooperationsverträgen geschlossen werden. Das Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung hat beispielsweise Qualitätskriterien für die Zusammenarbeit und ein Verfahren zum Abschluss von Kooperationsverträgen festgelegt.¹⁹⁴

Wichtige Eingaben für das Versorgungskonzept sind die evidenzbasierten Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und die Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

¹⁹⁴ Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß – Köln und Umgebung e.V., 18

„Leitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten, anderen im Gesundheitswesen tätigen Personen und Patienten. Das Ziel ist eine angemessene gesundheitsbezogene Versorgung in spezifischen klinischen Situationen.“¹⁹⁵ Im Gegensatz zu Richtlinien sind Leitlinien nicht rechtsverbindlich und müssen nicht befolgt werden.¹⁹⁶

„Die nationalen Expertenstandards des DNQP sind evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten.“¹⁹⁷ Die Anwendung der Expertenstandards ist zugelassenen Pflegeeinrichtungen seit 2008 gesetzlich vorgeschrieben.¹⁹⁸

Die folgenden Leitlinien und Standards müssen bei der ambulanten Versorgung von Wunden berücksichtigt werden:

- Leitlinie Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum,¹⁹⁹
- Nationale Versorgungsleitlinie zum diabetischen Fuß,²⁰⁰
- Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden,²⁰¹
- Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege.²⁰²

In das Konzept fließen ebenfalls die Erfahrungen der Mitglieder des Versorgungsteams ein. Eine Daueraufgabe des Versorgungsteams ist die systematische Weiterentwicklung des medizinisch-pflegerischen Konzeptes.

Der Einsatz von Verbandstoffen und Arzneimitteln sollte im Versorgungsteam abgestimmt werden. Eine wichtige Rolle kommt dabei dem Apotheker zu, der nach den Hinweisen des Arztes und der Pflegefachkräfte geeignete Produkte

¹⁹⁵ Deutsches Cochrane Zentrum, www.cochrane.de/leitlinien

¹⁹⁶ Vgl. Deutsches Cochrane Zentrum, www.cochrane.de/leitlinien

¹⁹⁷ DNQP 2011, 3

¹⁹⁸ Vgl. DNQP 2011, 2

¹⁹⁹ Vgl. AWMF 2008

²⁰⁰ Vgl. AWMF 2010

²⁰¹ Vgl. DNQP 2009

²⁰² Vgl. DNQP 2010

auswählen und empfehlen sollte. Ein Qualitätskriterium ist eine herstellerunabhängige Auswahl der Verbandstoffe.

Die Nutzung moderner Informationstechnologien ist eine wesentliche Voraussetzung für die Zusammenarbeit im Rahmen der integrierten Versorgung.²⁰³ Ein elektronisches Informations- und Dokumentationssystem gewährleistet einen einfachen und schnellen Datentransfer zwischen den Akteuren. Alle patientenbezogenen Daten sollten in einer elektronischen Patientenakte gespeichert werden, die für die Mitglieder des Versorgungsteams jederzeit zugänglich ist.²⁰⁴ Ein nicht zu unterschätzender Vorteil gegenüber einer handschriftlichen Dokumentation ist die bessere Lesbarkeit der Dokumente. Die Verwendung einer Software zur Wunddokumentation erleichtert die standardisierte Beschreibung der Wundverhältnisse und des Behandlungsverlaufs.²⁰⁵

Die elektronische Datenerfassung erleichtert die Analyse, Verdichtung und Interpretation von Informationen für die Qualitätssicherung und die betriebswirtschaftliche Steuerung.

In Zukunft gewinnt die Telemedizin besondere Bedeutung bei der ambulanten Versorgung von Patienten. Telemedizin ist die „... Diagnostik, Behandlung oder Betreuung von Patienten über eine räumliche, zeitliche Distanz hinweg“.²⁰⁶ Im Bereich der ambulanten Wundversorgung bieten telemedizinische Technologien die Möglichkeit, Ärzte durch die Übertragung von Wundfotos und diagnostischen Parametern von der Durchführung von Hausbesuchen zu entlasten. Die Versorgung der Patienten könnte so weitgehend von pflegerischen Wundtherapeuten durchgeführt werden. Die telemedizinische Überwachung der Therapie erfolgt durch den Arzt, der gegebenenfalls unverzüglich therapeutische Maßnahmen veranlassen kann, die von den pflegerischen Wundtherapeuten eingeleitet werden.

²⁰³ Vgl. Amelung et. al. 2006, 41

²⁰⁴ Vgl. Kranzer 2007, 50

²⁰⁵ Vgl. Tigges, 2009, 112

²⁰⁶ Stratmann, Philipp, Kottmair 2010, 186

Bei der Nutzung elektronischer Informationssysteme müssen die rechtlichen Vorschriften zum Datenschutz beachtet werden. Die elektronische Datenverarbeitung ist nur mit dem vorherigen Einverständnis der Patienten möglich.²⁰⁷

Die Umsetzung eines Konzeptes zur integrierten Versorgung setzt die Bereitstellung der erforderlichen Infrastruktur voraus. Welche zusätzlichen räumlichen und technischen Einrichtungen benötigt werden, hängt vor allem davon ab, über welche Ressourcen die Akteure bei der Bildung des Versorgungsteams bereits verfügen. Zwingend notwendig dürfte die Beschaffung der erforderlichen Informationstechnologie-Infrastruktur sein. Darüber hinaus entsteht aus der Umsetzung der Leitlinien und Standards weiterer Bedarf an Ausrüstungsgegenständen.

Die Einführung eines internen Qualitätsmanagementsystems ist eine gesetzliche Pflicht für alle Leistungserbringer im Bereich des SGB V. Ein wirksames Qualitätsmanagementsystem setzt die Festlegung einer Qualitätspolitik sowie die Definition messbarer Qualitätsziele voraus. Ein wesentlicher Aspekt ist, die Prozesse so zu organisieren, dass sie „unter beherrschten Bedingungen“²⁰⁸ durchgeführt werden. Beherrschte Bedingungen umfassen unter anderen Festlegungen in Bezug auf das eingesetzte Personal, das verwendete Material sowie den Gebrauch von Arbeitsanweisungen.²⁰⁹ Darüber hinaus muss das Qualitätsmanagementsystem Regelungen umfassen, wie Fehlerinformationen und Beschwerden zu nutzen sind, um daraus Verbesserungen abzuleiten. Zur Qualitätssicherung sollten Kriterien definiert werden, die in gleicher Weise die Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen. Die so gewonnenen Informationen sollten konsequent zur Qualitätsentwicklung genutzt werden.

Zur Überwachung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagements sollten regelmäßig interne Audits oder Hospitationen durchgeführt werden. Eine zentrale Aufgabe des Qualitätsmanagements ist, den interprofessionellen Austausch durch gemeinsame Qualitätszirkel, Fallkonferenzen und die Weiterentwicklung

²⁰⁷ Vgl. Stratmann, Philipp, Kottmair 2010, 189

²⁰⁸ Deutsches Institut für Normung 2008, 35

²⁰⁹ Vgl. Deutsches Institut für Normung 2008, 35

der Behandlungsstandards zu fördern.²¹⁰ Weitere operative Maßnahmen, die auch dem Qualitätsmanagement zugeordnet werden könnten, wurden bereits an anderer Stelle in diesem Kapitel dargestellt.

Patientenorientiertes Handeln beginnt bereits bei der umfassenden Information der Patienten und gegebenenfalls ihrer Angehörigen vor der Einschreibung in den Versorgungsvertrag. Selbst wenn sich die Versorgung auf die Wunde konzentriert, darf sich die Anamneseerhebung nicht nur auf den Zustand der Wunde beschränken. Bei der Therapieplanung sind die psychosoziale Situation des Patienten, die Ressourcen zur Selbstpflege und gegebenenfalls die Ressourcen pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Die aktive Mitwirkung von Patienten und Angehörigen setzt eine adressatengerechte Information über die Erkrankung und deren Entstehung voraus. Nur so können gemeinsam mit dem Patienten Therapieziele festgelegt werden.

Patientenschulungen sollten feste Bestandteile integrierter Versorgungskonzepte sein. Dazu müssen Schulungskonzepte entwickelt werden, die an die Lernfähigkeit älterer Menschen angepasst sind und in kleinen Schritten zu wirksamen Erfolgen führen. Patienten sollten lernen, Veränderungen ihres Gesundheitszustands frühzeitig zu erkennen und wissen, bei welchen Anzeichen sie die Wundtherapeuten informieren müssen.²¹¹ Überdies sollten Patienten erfahren, mit welchem Verhalten sie den Heilungsprozess beeinflussen und durch welche Maßnahmen sie aktiv zu ihrer Genesung und zur Prävention beitragen können.²¹² Eine gemeinsam mit dem Patienten durchgeführte Nachsorgeplanung sowie die regelmäßigen Nachuntersuchungen können das Auftreten von Rezidiven verhindern.²¹³

Die Mitwirkung der Patienten hat nicht nur wesentlichen Einfluss auf die Heilungsdauer und den Erfolg der Behandlung, sondern auch auf die Kosten der Versorgung von Wunden. Eine Kostenanalyse von JANßEN / BECKER zeigt, dass Patienten mit mangelnder Compliance zusätzliche Kosten verursachen. Verantwortlich für die Mehrkosten sind vor allem ein höherer Personalaufwand sowie

²¹⁰ Vgl. Tigges 2009, 108

²¹¹ Vgl. Protz 2009, 3

²¹² Vgl. Protz 2009, 4f

²¹³ Vgl. Karl, Gussmann, Storck 2007, 234

zusätzlich benötigtes Verbandmaterial, weil Verbandwechsel bei Patienten mit mangelnder Compliance häufiger als bei kooperativen Patienten durchgeführt werden müssen.²¹⁴

6.2 Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem

Ein modernes Vergütungssystem muss für eine faire Risikoverteilung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sorgen. Die Versicherungskassen dürfen einerseits nicht durch überhöhte Ausgaben belastet werden, die Leistungserbringer haben andererseits einen Anspruch auf ein angemessenes Einkommen.²¹⁵

Die Kalküle der Krankenkassen und der Leistungserbringer sind in Abbildung 11 dargestellt.

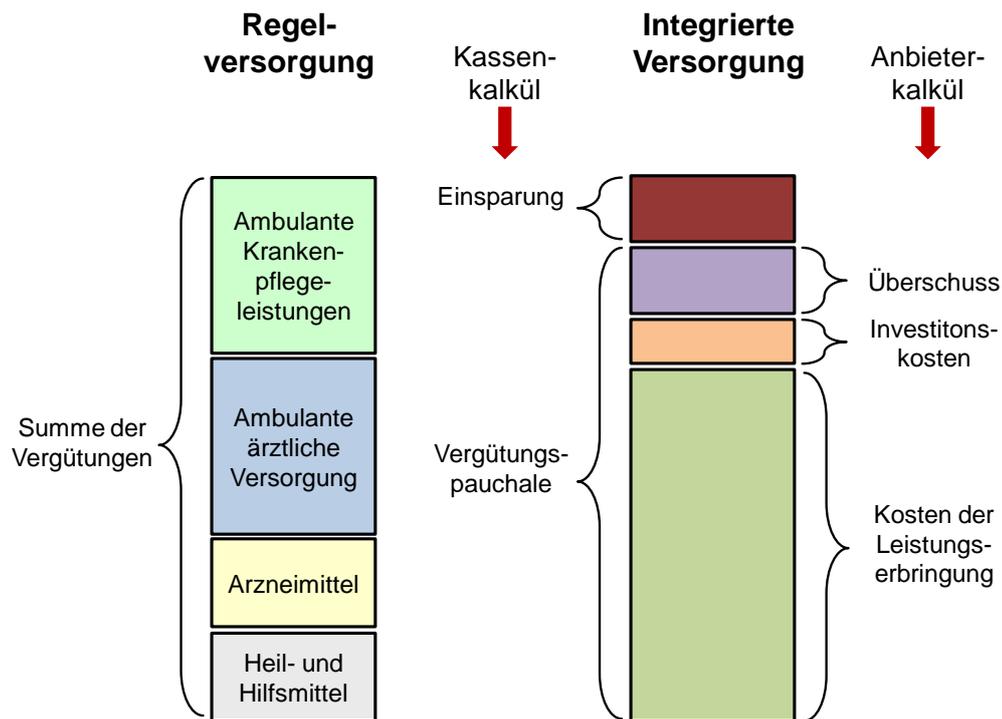


Abbildung 11: Kalküle der Krankenkassen und Leistungserbringer²¹⁶

²¹⁴ Vgl. Janßen, Becker 2008, 923

²¹⁵ Vgl. Amelung 2007, 139

²¹⁶ In Anlehnung an Jacobs, Schulze 2004, 100

Die Krankenkassen erwarten ein transparentes Vergütungssystem, das nachvollziehbar darlegt, welche Leistungen mit der Vergütungspauschale abgegolten sind. Der Abschluss eines Integrationsvertrags ist für Krankenkassen interessant, wenn die Vergütungspauschale niedriger ist als die Summe der Einzelleistungen. Die Einsparungen kann die Krankenkasse nutzen, um den eingeschriebenen Versicherten eine Beitragsrückvergütung zu gewähren.²¹⁷

Wettbewerbsvorteile für die Krankenkassen entstehen, wenn das Leistungsangebot für die Versicherten so attraktiv ist, dass sie bereit sind, die Krankenkasse zu wechseln, um das Versorgungsangebot nutzen zu können.

Aus der Perspektive der Leistungserbringer muss das Vergütungssystem für die ambulante Versorgung von Wunden vor allem zu einer „... Verbesserung der in diesem Bereich katastrophalen Erlössituation“²¹⁸ beitragen. In der Regelversorgung wird die Wundbehandlung sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich mit Beträgen vergütet, die dem tatsächlichen Aufwand nicht entsprechen. Die integrierte Versorgung bietet den Leistungserbringern die Möglichkeit, bei der Kalkulation von Vergütungspauschalen den tatsächlichen Ressourcenverbrauch und damit die Kosten der ambulanten Wundversorgung besser abzubilden. Die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern im Rahmen der integrierten Versorgung verbessert die Effizienz und ermöglicht die Produktion der Leistungen zu günstigeren Kosten als im Rahmen der Regelversorgung. Nach dem Kalkül der Leistungserbringer lohnt sich das Angebot einer integrierten Versorgungsleistung, wenn Überschüsse erwirtschaftet werden können.²¹⁹

Leistungsbezogene Vergütungspauschalen bergen die Gefahr, dass die Effizienz zu Lasten der Qualität gesteigert wird. Derartige Nebenwirkungen können durch die Vereinbarung von erfolgsorientierten Vergütungsbestandteilen verhindert werden. Der Erfolg der Behandlung muss dazu anhand objektiver Kennzahlen messbar sein.²²⁰

²¹⁷ Vgl. Jacobs, Schulze 2004, 100

²¹⁸ Karl, Gussmann, Storck 2007, 234

²¹⁹ Vgl. Jacobs, Schulze 2004, 101

²²⁰ Vgl. Güssow 2010, 171

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für das integrierte Versorgungsangebot ist, dass eine ausreichend große Fallzahl erreicht werden kann. Das gelingt nur, wenn das Vergütungssystem variabel ist und die Versorgung von Wunden unterschiedlicher Schweregrade erlaubt.

Im Verhältnis zwischen den Leistungserbringern ist wichtig, dass den Beteiligten verständlich ist, wie Überschüsse und Verluste entstehen und in welcher Weise das finanzielle Ergebnis zwischen ihnen aufgeteilt wird. Insofern muss das Vergütungssystem eine einfache, verursachungsgemäße Verrechnung der Kosten und eine gerechte Gewinnverteilung ermöglichen. Die interne Kostenrechnung muss Soll-Ist-Vergleiche und statistische Auswertungen liefern, die für die Unternehmenssteuerung nutzbar sind.

7. Hindernisse bei der Realisierung integrierter Versorgungskonzepte

Die gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V bei der Bundesstelle Qualitätssicherung (BQS) hat die Integrationsverträge der Jahre 2004 - 2008 statistisch erfasst und ausgewertet. Anschließend hat die Registrierungsstelle ihre Tätigkeit auftragsgemäß eingestellt.²²¹ Gegenwärtig gibt es keine Erfassung der Verträge, so dass die aktuelle Zahl der bestehenden Integrationsverträge unbekannt ist.

Für das Jahr 2008 hatte die BQS noch 6407 Verträge registriert.²²² Eine Erhebung von GERSCH, an der sich 17 Krankenkassen beteiligt haben, die 49,84% der gesetzlich Versicherten repräsentieren, ergab zum Stichtag 31.12.2009 einen Bestand von 1762 Verträgen nach §§ 140 a-d SGB V.²²³ Dieses Ergebnis kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die Zahl der Integrationsverträge seit dem Wegfall der Anschubfinanzierung zum Jahresende 2008 deutlich zurückgegangen ist. Vermutlich hat auch der Regierungswechsel im Jahr 2009 diese Entwicklung befördert.²²⁴

²²¹ Vgl. Grothaus 2009, 7

²²² Vgl. Grothaus 2009, 67

²²³ Vgl. Gersch 2011, 7f

²²⁴ Vgl. Gersch 2011, 24

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hatte in seinem Gutachten aus dem Jahr 2009 bereits vermutet, dass die mit der Einführung des Gesundheitsfonds verbundenen Unsicherheiten die Bereitschaft der Krankenkassen in neue Versorgungskonzepte zu investieren, hemmen werden.²²⁵ Ein weiterer Grund für die Zurückhaltung der Krankenkassen beim Abschluss neuer Integrationsverträge ist, dass sich die ökonomischen Erwartungen an die neuen Versorgungsformen bisher nicht erfüllt haben.²²⁶

„Der Parallelismus von herkömmlichen Versorgungsstrukturen und der Möglichkeit, neue und innovative Versorgung aufzubauen, verhindert vielfach ein umfassendes Engagement.“²²⁷ Der fehlende Handlungsdruck und der starke ärztliche Einfluss auf gesundheitspolitische Entscheidungen hemmen die Umsetzung neuer Versorgungsformen.²²⁸ Viele Leistungserbringer sind so stark mit den Bedingungen der Regelversorgung verhaftet, dass sie sich kaum alternative Versorgungskonzepte vorstellen können.

Kooperationen von Leistungserbringern werden durch die fortbestehende Fragmentierung des Sozialversicherungssystems, die eigentlich durch die integrierte Versorgung überwunden werden sollte, verhindert.²²⁹ AMELUNG ET. AL. bezeichnen die Schnittstellen an den Sektoren als ‚mentale Kooperationsbarrieren‘²³⁰. Zudem erschweren Widerstände und Vorbehalte bei den unterschiedlichen Berufsgruppen Kooperationen.²³¹ Leistungserbringer fürchten finanzielle Nachteile und Beschränkungen ihrer Einflussmöglichkeiten, wenn sie sich an der integrierten Versorgung beteiligen.²³²

Die Entwicklung eines Versorgungsangebotes ist für die Leistungserbringer eine neue Herausforderung, die sie ohne die Unterstützung von Betriebswirten, Steuerberatern und Juristen nicht bewältigen können. Im ambulanten Bereich ist

²²⁵ Vgl. SVR 2009, 382

²²⁶ Vgl. Gersch 2011, 16

²²⁷ Amelung et. al. 2006, 41

²²⁸ Vgl. Amelung et. al. 2006, 41

²²⁹ Vgl. Köhler; Goldmann 2010, S.254

²³⁰ Amelung et. al. 2006, 42

²³¹ Vgl. Schmidt 2009, 313f

²³² Vgl. Offermanns 2011, 31

vor allem die geringe Betriebsgröße ein Innovationshindernis, weil die erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen fehlen, um eigenständig neue Dienstleistungen entwickeln zu können.²³³ Überdies mangelt es in den Unternehmen an Führungskräften, die über die nötigen Qualifikationen verfügen.²³⁴

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, Investoren für die Entwicklung neuer Versorgungsformen zu gewinnen, da jederzeit die latente Gefahr besteht, dass die Gewinnaussichten durch gesundheitspolitische Reformen beeinträchtigt werden.²³⁵ Investitionen werden nicht in integrierte Versorgungsangebote getätigt, weil „... sektorale Einsparpotenziale (wie z.B. Rabattverträge mit der Pharmaindustrie) kurzfristig profitabler sind als die Optimierung transsektoraler Wertschöpfungsprozesse“²³⁶.

So bleibt die Chance der Leistungserbringer, sich durch innovative Dienstleistungen von den Wettbewerbern zu unterscheiden, weitgehend ungenutzt.

Die Krankenkassen haben zwar die Bedeutung der Integrationsverträge als Differenzierungsmerkmale erkannt,²³⁷ dennoch findet ein Wettbewerb, bei dem Krankenkassen mit exklusiven Versorgungsangeboten um Mitglieder werben, gegenwärtig nicht statt.

Die Versicherten sind als Nachfrager kaum in der Lage, sich einen Überblick über die angebotenen Versorgungskonzepte zu verschaffen und eine informierte Entscheidung zu treffen. Es besteht eine erhebliche Informationsasymmetrie zwischen den Anbietern (Krankenkassen und Versorgungsanbietern) auf der einen Seite sowie den Versicherten auf der anderen Seite. Wenn die Patienten im Rahmen der integrierten Versorgung mehr Selbstverantwortung übernehmen sollen, muss der Gesetzgeber für mehr Markttransparenz sorgen. Ansätze hierzu sind beispielsweise Zertifizierungen, Qualitätsvergleiche und unabhängige Überprüfungen, deren Ergebnisse veröffentlicht werden.²³⁸

²³³ Vgl. Schmidt 2009, S.313f

²³⁴ Vgl. Amelung et. al. 2006, 42

²³⁵ Vgl. Amelung et. al. 2006, 41

²³⁶ Güssow 2010, 167

²³⁷ Vgl. Gersch 2011, 14

²³⁸ Vgl. Güssow 2007, 39

Gegenwärtig bietet die Internetseite „Krankenkassenratgeber.de“²³⁹ eine Möglichkeit, sich über Integrationsverträge zu informieren. Diese Seite verfügt über eine Datenbank, die der Öffentlichkeit zur Recherche zur Verfügung steht. Unter dem Stichwort „Wundmanagement“ sind Verträge verzeichnet, die unterschiedliche Indikationen umfassen. Das Versorgungsangebot des Fußnetzwerkes Köln und Umgebung e.V. ist allerdings nur unter dem Stichwort Diabetes zu finden. Die hinterlegten Informationen sind in der Regel knapp und verweisen den Nutzer auf den direkten Kontakt zur jeweiligen Krankenkasse.²⁴⁰

Eine grundsätzliche Frage ist, ob die Versicherten ohne fachliche Unterstützung überhaupt in der Lage sind, ihren Versorgungsbedarf richtig einzuschätzen und ein geeignetes Versorgungsangebot auszuwählen.²⁴¹

8. Fazit und Ausblick

Die ambulante Versorgung von Wundpatienten kann mit den Strukturen der gegenwärtigen Regelversorgung nicht in adäquat sichergestellt werden. Wesentliche Defizite bei der ambulanten Versorgung von Patienten mit verzögert heilenden oder chronischen Wunden sind, dass:

- Ärzte (gegen besseres Wissen) ungeeignete Verbandmaterialien verschreiben,²⁴²
- Behandlungsleitlinien und Standards durch Ärzte und Pflegekräfte nicht oder nur unzureichend umgesetzt werden,²⁴³
- verschiedene Berufsgruppen nur mangelhaft kooperieren,²⁴⁴
- ambulante und stationäre Einrichtungen Therapiepläne nicht abstimmen²⁴⁵

²³⁹ www.krankenkassenratgeber.de

²⁴⁰ www.krankenkassenratgeber.de

²⁴¹ Vgl. Güssow 2007, 39

²⁴² Vgl. Rüggeberg, Golbach 2007, 332

²⁴³ Vgl. Augustin 2009, 61

²⁴⁴ Vgl. SVR 2009, 271

²⁴⁵ Vgl. SVR 2005, 344

- Leistungen zur Versorgung von Wunden nicht angemessen vergütet werden.²⁴⁶

Die integrierte Versorgung kann einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der ambulanten Wundversorgung leisten. In welchem Umfang Verbesserungen erreicht werden, hängt von der Art des Versorgungskonzeptes ab.

Im einfachsten Fall kann durch ein zwischen Arzt und Krankenpflegedienst abgestimmtes Behandlungsregime sowie durch die Anwendung geeigneter Wundverbände eine deutliche Verkürzung der Behandlungsdauer erreicht werden, die gleichzeitig zu erheblichen Einsparungen führt. Dieses Konzept entspricht im Wesentlichen dem Versorgungsangebot der Medical Networks CJ GmbH & Co KG. Die Ergebnisse der Studie von JANßEN / BECKER zeigen, dass durch dieses Vorgehen die Abheilungsdauer chronischer Wunden von 43 Wochen auf weniger als 14 Wochen verkürzt werden kann.²⁴⁷ Die Behandlungskosten betragen im Durchschnitt 3.363,00 € und liegen damit etwa 1500,00 € niedriger als bei konventioneller Behandlung.²⁴⁸

Welche Verbesserungen durch die Bildung eines regionalen interprofessionellen Netzwerkes, die leitlinienkonforme Behandlung des diabetischen Fußsyndroms und eine konsequente Qualitätsentwicklung erreicht werden können, hat das Netzwerk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V. in seinen Qualitätsberichten dargelegt. Das wichtigste Ergebnis des Netzwerkes ist die Senkung der Amputationsrate. Während die Amputationsrate beim diabetischen Fußsyndrom in Deutschland auf 5 - 9% geschätzt wird²⁴⁹, ist es dem Netzwerk diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V. durch sein Versorgungskonzept gelungen, die Amputationsrate auf 2,5% zu senken.²⁵⁰ Weitere Verbesserungen sind die Verringerung der Rezidivhäufigkeit²⁵¹ sowie die frühere Behandlung von Rezidiven.²⁵²

²⁴⁶ Vgl. Sellmer 2009, 18

²⁴⁷ Vgl. Janßen, Becker 2011, 12

²⁴⁸ Vgl. Janßen, Becker 2011, 13f

²⁴⁹ Vgl. Netzwerk diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V. 2009, 101

²⁵⁰ Vgl. Netzwerk diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V. 2009, 32

²⁵¹ Vgl. Netzwerk diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V. 2009, 37

²⁵² Vgl. Netzwerk diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V. 2009, 35

Ein zuverlässiger Vergleich der Behandlungskosten des Netzwerkes mit den Kosten der Regelversorgung gestaltet sich schwierig, weil das diabetische Fußsyndrom in unterschiedlicher Weise dokumentiert wird und die Schweregrade bisher nicht ausreichend erfasst wurden.²⁵³

Das vom Autor gemeinsam mit einem Pflegedienst entwickelte Konzept „Integrierte ambulante Versorgung von Wunden“ zeigt, dass weitere Verbesserungen durch die Bildung interprofessioneller Wundversorgungsteams und die Anwendung eines variablen prozessorientierten Vergütungssystems denkbar sind. Da es bisher nicht zur Umsetzung des Konzeptes gekommen ist, konnte nicht nachgewiesen werden, ob und in welchem Umfang eine Steigerung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Kostensenkung in der praktischen Anwendung möglich ist.

Es ist ein Manko, dass nur wenige Forschungsergebnisse zur Effizienz und Effektivität der integrierten Versorgung von Wunden vorliegen.²⁵⁴ „Die integrierten Versorgungsformen sehen als Regelversorgung keine obligatorische Evaluation der Projekte vor, sodass die bisher auf freiwilliger Basis durchgeführten Evaluationen und vor allem die Publikationen ihrer Ergebnisse eine selektive Auswahl darstellen.“²⁵⁵ Darüber hinaus gibt es keine verlässlichen Daten über die aktuell bestehenden Integrationsverträge und ihre Inhalte.

Eine weitere Schwierigkeit besteht in der mangelnden Vergleichbarkeit der vorliegenden Ergebnisse. Zu einer vergleichenden Bewertung der Versorgungskonzepte „... bedarf es einer Transparenz über eingesetzte Mittel, Verfahrensstandards, einer eindeutigen Kostenzuordnung sowie eines definierten Ergebnisses bzw. Endpunktes“.²⁵⁶ Hinzu kommt, dass in der Diskussion um die adäquate Versorgung von Wundpatienten Begriffe verwendet, die nicht eindeutig oder nur unzureichend definiert sind. Angaben über die Prävalenz und Inzidenz chronischer Wunden sowie über Häufigkeit von Komplikationen der Erkrankungen fehlen, so dass viele Daten lediglich auf Schätzungen beruhen.²⁵⁷

²⁵³ Vgl. Netzwerk diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V. 2009, 39

²⁵⁴ Vgl. Tigges 2009, 112

²⁵⁵ SVR 2009, 382

²⁵⁶ Gries 2009, 90

²⁵⁷ Becker, Kröger 2011, 16

Auch in Zukunft bleibt die Versorgung von Wunden eine medizinisch-pflegerische Herausforderung, die von den Akteuren im Gesundheitswesen nur gemeinsam bewältigt werden kann. Der Gestaltungsrahmen der integrierten Versorgung bietet den Leistungserbringern die Chance, die starren Strukturen des Gesundheitswesens durch innovative Konzepte aufzubrechen. Unabhängig von der Regelvergütung können Leistungen erbracht und Materialien genutzt werden, die eine adäquate Versorgung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ermöglichen. Neue Vergütungssysteme, die erfolgsorientierte Komponenten umfassen, können dazu beitragen, dass sich die Leistungserbringer stärker auf das Erreichen des Behandlungsziels konzentrieren. Damit die Behandlungsziele erreicht werden können, ist es unumgänglich die Patienten stärker als bisher in den Versorgungsprozess einzubeziehen.

Eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungssituation von Wundpatienten kann durch regionale interprofessionelle Netzwerke erreicht werden, die auf Dauer angelegt sind. Die Aufgaben der Mitglieder des Netzwerkes müssen genau festgelegt werden. Eine besondere Funktion könnte zukünftig den pflegerischen Wundtherapeuten der ambulanten Pflegedienste zukommen. Sie könnten die Fallverantwortung übernehmen, um „... die oft langwierigen Krankheits- und Pflegeverläufe alter Menschen stabil zu halten und vor Diskontinuitäts- und Desintegrationserscheinungen zu bewahren“²⁵⁸.

Horizontale Netzwerke, die sich nur auf den ambulanten Sektor beschränken, müssen mit Kliniken kooperieren, um die Kontinuität der Versorgung über den gesamten Krankheitsverlauf sicherzustellen. Darüber hinaus muss die Diagnostik künftig stärker integriert werden, weil chronische Wunden oft Symptome von Gefäßerkrankung sind, die behandelt werden müssen, um die Wunden zu heilen und Rezidive zu vermeiden.

Obwohl der Gesetzgeber die Evaluation neuer Versorgungskonzepte nicht vorschreibt, sollten die Leistungserbringer und Kostenträger daran interessiert sein, den Nutzen der integrierten Versorgung gegenüber der Regelversorgung

²⁵⁸ SVR 2009, 363

wissenschaftlich fundiert belegen zu können.²⁵⁹ Zudem liefert die Evaluation den Leistungserbringern wichtige Hinweise zur Verbesserung ihres Konzeptes.

Wenn die integrierte Versorgung eine „strategische Option“²⁶⁰ für das deutsche Gesundheitssystem darstellen soll, müssen die Rahmenbedingungen verbessert werden, um die Leistungserbringer zu ermutigen, neue Versorgungsangebote zu verwirklichen. Ein Impuls für die Leistungserbringer könnte die Einrichtung eines Innovationsfonds zur finanziellen Förderung neuer Versorgungskonzepte sein.²⁶¹ Die wichtigste Voraussetzung für das Engagement von Krankenkassen und Investoren ist eine verlässliche Gesundheitspolitik.

Die integrierte ambulante Versorgung von Wunden kann die Heilungsdauer beschleunigen, die Lebensqualität der Patienten verbessern und gleichzeitig Kosten sparen. Deshalb sollte die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte im gemeinsamen Interesse von Kostenträgern, Leistungserbringern und Patienten liegen.

²⁵⁹ Vgl. Hellmann, 2010, 25

²⁶⁰ Amelung et. al. 2006, 8

²⁶¹ BMC 2011, 38

Literaturverzeichnis

Amelung, V. (2007): Managed Care. Wiesbaden: Gabler

Amelung, V.; Janus, K. (2006): Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik. In: Klauber, J. ; Robra, B-P. ; Schellschmidt, H.: Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer, 14 - 25

Amelung, V.; Meyer-Lutterloh, K.; Schmid, E.; Seiler, R.; Weatherly, J.(2006): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2010): Nationale Versorgungsleitlinie Typ 2 Diabetes Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen.

<http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-001cl_S3_Typ-2-Diabetes_Fusskomplikationen.pdf > (Zugriff am 10.08.2011)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2008): Leitlinie Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum.

<http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-009_S3_Diagnostik_und_Therapie_des_Ulcus_cruris_venosum_lang_08-2008_08-2013.pdf > (Zugriff am 10.08.2011)

Augustin, M. (2009): Kosten und Nutzen in der Therapie chronischer Wunden. In: Augustin, M.; Debus, E. (Hrsg.): Moderne Wundversorgung im Spannungsfeld zwischen Qualitätsanspruch, Zuständigkeiten und Sparzwang. Wiesbaden: mph, 55 - 65

Becker, R.; Kröger, K. (2011): Moderne Wundversorgung aus sozialeepidemiologischer Perspektive. In: Wundmanagement (5) 1, 15 – 20

Bundesministerium für Gesundheit (2008): Infografik Integrierte Versorgung. <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Infografiken/Versorgung/Infografik-Integrierte-Versorgung_property_poster.jpg> (Zugriff am 10.08.2011)

Bundesverband Managed Care e.V. (BMC) (2010): Geschäftsbericht 2010.
Berlin

<<http://www.bmcev.de/fileadmin/Daten/Verband/BMC-GB-2010.pdf>> (Zugriff am
30.08.2011)

Coenenberg, A. (1999): Kostenrechnung und Kostenanalyse. Landberg/Lech:
Verlag Moderne Industrie

Coenenberg, A.; Fischer, T.; Günther, T. (2009): Kostenrechnung und Kosten-
analyse. Stuttgart: Schäffer-Pöschel Verlag

Dahlgaard, K.; Stratmeyer, P. (Hrsg.) (2006a): Kooperatives Prozessmanage-
ment im Krankenhaus. Themenband 2: Prozessorganisation. Köln: Wolters
Kluwer

Dahlgaard, K.; Stratmeyer, P. (Hrsg.) (2006b): Kooperatives Prozessmanage-
ment im Krankenhaus. Themenband 4: Prozessmanagement. Köln: Wolters
Kluwer

Dahlgaard, K.; Stratmeyer, P. (Hrsg.) (2007): Kooperatives Prozessmanagement
im Krankenhaus. Themenband 6: Kooperation und Führung. Köln: Wolters
Kluwer

Debus, E.; Augustin, M. (2009): Effizienz und Praktische Erfahrungen zur
Anwendung von Leitlinien in der Wundversorgung. In: Augustin, M.; Debus, E.
(Hrsg.): Moderne Wundversorgung im Spannungsfeld zwischen Qualitäts-
anspruch, Zuständigkeiten und Sparzwang. Wiesbaden: mph S. 31 – 46

Deutsche Akkreditierungsstelle (2010): Richtlinie für das Zertifizierungsverfahren
für Personen, die auf dem Gebiet der Wundheilung und Wundbehandlung tätig
sind sowie zur Akkreditierung von Zertifizierungsstellen auf dem Gebiet:
Fachpersonal Wundheilung und Wundbehandlung, Stand: Februar 2008,
Version 3.0.

<[http://www.dakks.de/sites/default/files/71%20SD%206%20009_Normatives%20Dokument%20Wundheilung%20u.%20Wundbehandlung%](http://www.dakks.de/sites/default/files/71%20SD%206%20009_Normatives%20Dokument%20Wundheilung%20u.%20Wundbehandlung%20)> (Zugriff am
30.07.2011)

Deutsches Cochrane Zentrum (2011): <<http://www.cochrane.de>>; Zugriff am
18.08.2011

Deutsches Institut für Normung (Hrsg.) (2005): DIN EN ISO 9000:2005 Grundlagen und Begriffe. Berlin: Beuth

Deutsches Institut für Normung (Hrsg.) (2008): DIN EN ISO 9001:2008 Qualitätsmanagementsysteme. Berlin: Beuth

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Osnabrück

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2011): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück

Dissemond, J. (2006): Wann ist eine Wunde chronisch? In: Der Hautarzt (57) 1, 55

Ertner, T.; Anwand, T. (2010): Entwicklung von Behandlungspfaden in Einzelschritten. In: Hellmann, W.; Eble, S. (Hrsg.): Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 59 - 77

Franz, S. (2006): Integrierte Versorgungsnetzwerke im Gesundheitswesen. Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

<<http://www.wiwi.uni-muenster.de/06//nd/fileadmin/documents/workingpapers/ap53.pdf>> (Zugriff am 30.07.2011)

Gersch, M. (2011): Quo Vadis IV? - Monitoring Integrierte Versorgung. Vortrag auf dem Hauptstadtkongress der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung am 12. Mai 2011

<http://www.dgiv.org/cmsMedia/Downloads/Publikationen/Monitoring-IV_Ergebnisse.pdf> (Zugriff am 1.09.2011)

Gries, C. (2009): Wirtschaftlichkeit der Wundtherapie: Die Sicht des Kostenträgers. In: Augustin, M.; Debus, E. (Hrsg.): Moderne Wundversorgung im

Spannungsfeld zwischen Qualitätsanspruch, Zuständigkeiten und Sparzwang.
Wiesbaden: mph S. 89 - 96

Grothaus, F.J. (2009): Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - 2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH,
< <http://www.bqs-register140d.de/> > (Zugriff am 31.01.2011)

Güssow, J. (2007): Vergütung integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag

Güssow, J. (2010): Behandlungspfade als Vergütungsgrundlage für neue Versorgungsformen. In: Hellmann, W.; Eble, S.(Hrsg.): Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 165 - 182

Hajen, L.; Paetow, H.; Schumacher, H. (2008): Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxis. Stuttgart: Kohlhammer

Hellmann, W. (2010): Klinische Pfade und Behandlungspfade – Einführung und Überblick. In: Hellmann, W.; Eble, S.(Hrsg.): Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 3 - 57

Jacobs, K.; Schulze, S. (2004): Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Dieter Cassel (Hrsg.): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomische Beiträge 44, Baden-Baden Nomos Verlagsgesellschaft, 89 -110.

Janßen, H. J.; Kuhlmann, H.; Becker, R. (2007): Qualität und Ökonomie im Einklang. In: Krankenhaus Umschau, Sonderheft Integrierte Versorgung (76) 10, 30 - 33

Janßen, H. J.; Becker, R. (2011): Kosten-Nutzen-Bewertung in der Versorgung chronischer Wunden - Clusteranalyse nach Dauer der Behandlung und Kostentypologie. In: Wundmanagement . In: Wundmanagement (5) 1, 8 - 14

Janßen, H. J.; Becker, R. (2008): Qualität und Kosten in der Versorgung chronischer Wunden - Widerspruch oder vereinbar. In: Orthopädie-Technik (18) 12, 920 - 924

Karl, T.; Gussmann, A.; Storck, M. (2007): Chronische Wunden - Perspektiven der integrierten Versorgung. In: Zentralblatt für Chirurgie (132) 3, 232 - 235

Köhler, K., Goldmann, M. (2010): Soziale Innovationen in der Pflege - Vernetzung und Transfer im Fokus einer Zukunftsbranche. In: Howaldt, J.; Jacobsen, H. (Hrsg.) (2010): Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 253 - 270

Krankenkassenratgeber (2011): Datenbank der integrierten Versorgung. <<http://www.krankenkassenratgeber.de/integrierte-versorgung-der-gesetzlichen-krankenkassen.html>> (Zugriff am 01.09.2011)

Kranzer, A. (2007): Auswirkungen und Erfolgsfaktoren von Disease Management. Versorgungsansätze für chronisch kranke Patienten am Beispiel von Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag

Medical Networks GmbH & Co KG; BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen: Vertrag zur Integrierten Versorgung von „Chronischen Wunden“ gemäß §§ 140a ff. SGB V vom 1.08.2008.

<<http://www.gesundheitsnetz-leverkusen.de/de.gesundheitsnetz-leverkusen/userfiles/BKK%20VAG%20NRW%20TN%20Pflagedienste%20GV%20West.pdf>> (Zugriff am 05.08.2011)

Mittendorf, T.; Schmidt, F. (2006): Integrierte Versorgung in Deutschland - ein empirisches Schlaglicht. Diskussionspapier Nr. 338. Hannover <<http://www.wiwi.uni-hannover.de/Forschung/Diskussionspapiere/dp-338.pdf>> (Zugriff am 15.07.2011)

Netzwerk diabetischer Fuß - Köln und Umgebung (2009): Qualitätsbericht. Köln <<http://www.cid-direct.de/>>; (Zugriff am 4.08.2011)

Offermanns, G. (2011): Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem. Berlin – Heidelberg: Springer

- Paul, M.; Reckenfelderbäumer, M. (2001): Preisbildung und Kostenrechnung bei Dienstleistungen auf der Basis neuerer Kostenrechnungsverfahren. In: Bruhn, M.; Meffert, H.: Handbuch Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden: Gabler
- Protz, K. (2009): Edukation von Patienten bei Ulcus Cruris venosum. In: Heilberufe (61) 12, 2-5
- Remer, D. (2005): Einführen der Prozesskostenrechnung. Stuttgart: Schäffer-Pöschel
- Risse, A; Hochlenert, D. (2010): Integrierte Versorgung – Neue (?) Versorgungsformen am Beispiel des diabetischen Fußsyndroms. In: Der Diabetologe (6) 2, 100 - 107
- Rüggeberg, J.-A., Golbach, U. (2007): Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden in Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage. In: Der Chirurg BDC (10) 327 – 332
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten 2009. Berlin
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2009. Berlin
- Schmidt, R. (2009): Veränderungen von Pflegearrangements: Neue Pflege- und spezielle Wohnformen. In: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hrsg.): Focus Pflegeversicherung – Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag, 301 - 329
- Sellmer, W. (2009): Status Quo der Wundversorgung in Deutschland. In: Augustin, M.; Debus, E. (Hrsg.): Moderne Wundversorgung im Spannungsfeld zwischen Qualitätsanspruch, Zuständigkeiten und Sparzwang. Wiesbaden: mph, 13 - 20
- Stähr, H.F. (2009): Effizienz und Effektivität in der Integrierten Versorgung. Das Beispiel der künstlichen Ernährung. Wiesbaden: Gabler

Steinbrück, R. (2007): Integrierte Versorgungsmodelle – Veränderung der Versorgungslandschaft? In: Urologe (46) 8, 879 – 887

Stratmann, L.; Philipp, R.; Kottmair, S.: Klinische Pfade im Kontext telemedizinischer Anwendungen. In: Hellmann, W.; Eble, S.(Hrsg.): Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 185 - 196

Theuerkauf, K.; Kaune, S. (2010): Integrierte Versorgung als Chance, In: Die Schwester - Der Pfleger (40) 1, 44 – 48

Tigges, W. (2009): Wie können Ärzte und Pflegende zur besseren Wundversorgung beitragen? In: Augustin, M.; Debus, E. (Hrsg.): Moderne Wundversorgung im Spannungsfeld zwischen Qualitätsanspruch, Zuständigkeiten und Sparzwang. Wiesbaden: mph, 105 – 117

Wozniak, G.; Mauckner, P.; Steinsträsser, L.; Dissemond, J. (2011): Standardisierte Wundtherapie. In: Gefäßchirurgie (16) 4, 281 - 292

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich diese Masterthesis ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst habe und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen habe ich unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Winsen/Luhe, den 22.September 2011