



BMBF-Projekt

Benchmarking
in der
Gesundheitswirtschaft

Ziele
Vorgehen
Erfahrungen

Dokumentation
des Workshops
am 27. Oktober 2000
in Hannover

BMBF-Projekt

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Ziele
Vorgehen
Erfahrungen

Dokumentation
des Workshops
vom 27. Oktober 2000
in Hannover

Inhalt

Begrüßung und Eröffnung

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover) S. 3

Grußwort

Heidrun Merk (Niedersächsisches Ministerium für
Frauen, Arbeit und Soziales S. 4

Entwicklungstrends und die Bedeutung von Qualität in der Gesundheitswirtschaft

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover) S. 7

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Stephan von Bandemer (Institut Arbeit und Technik) S. 15

Zulieferbeziehungen in der Gesundheitswirtschaft

Brigitte Meier (Zentrum für Innovation in der Gesund-
heitswirtschaft – ZIG) S. 21

Diskussion mit Akteuren des Gesundheitssystems S. 29

Redaktion: Heinz Lutter

Die vorliegende Dokumentation kann auf dem Postwege zum Selbstkostenpreis von 10 DM bezogen werden. Bitte schriftlich bestellen und Verrechnungsscheck beifügen.

Bestelladresse Ausdruck

Universität Hannover
Abteilung Sozialpolitik und Public Policy
Im Moore 13
30167 Hannover

oder kostenlos Herunterladen über Internet-Adresse

<http://www.szw-net.de>

Das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“
wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

Begrüßung und Eröffnung des Workshops

Prof. Dr. Bernhard Blanke

***Institut für Politische Wissenschaft, Abteilung „Sozialpolitik und Public Policy“,
Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung,
Universität Hannover***

Herzlich willkommen, meine sehr geehrten Damen und Herren. Ich freue mich, dass Sie den Weg hierher gefunden haben. Ich bin Bernhard Blanke, Universität Hannover, und habe Sie im Rahmen des Projektverbundes „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ eingeladen. Wir veranstalten heute einen ersten Workshop von mehreren, die im Projekt vorgesehen sind.

Wir haben für heute primär zwei Dinge vor. Ich werde mich nachher bemühen, etwas über die Rahmenbedingungen des Projektes selbst und das Thema Benchmarking als Instrument der Steuerung im Gesundheitswesen zu skizzieren. Diese Skizze soll durchaus auch Perspektiven aufweisen für die nächsten Workshops. Dann werden wir das Projekt selbst und seine bisherigen Ergebnisse vorstellen. Nach der Mittagspause wollen wir in einer etwas anderen Sitzordnung über das Projekt diskutieren. Zunächst einmal mit den sogenannten Akteuren im Gesundheitssystem. Zu den Akteuren im Gesundheitssystem gehören allgemein die Krankenhäuser und Kliniken sowie ihre Träger, die Ärzteschaft, die Krankenkassen, die zuständigen Ministerien und Bundes- und Landesebene und die Zulieferindustrie für Krankenhäuser und Kliniken.

Ihnen wird bei der Einladung aufgefallen sein, dass ein Akteur nicht genannt wurde, nämlich die Patienten. Hier müssen wir alle in unserer Doppelrolle diskutieren. Einerseits in der Rolle der Wissensträger und andererseits in der Rolle der Konsumenten des Gesundheitssystems. Wir werden sehen, welche Probleme wir herausarbeiten und sammeln können auch in Hinblick auf die nächsten Workshops.

Nun möchte ich aber erst einmal das Wort an Herrn Dr. Sporn vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales weitergeben und ihn bitten das Grußwort der leider verhinderten Sozialministerin zu überbringen.

Grußwort

Heidrun Merk

Niedersächsische Ministerin für Frauen, Arbeit und Soziales *

* Frau Ministerin Merk konnte am Workshop leider nicht persönlich teilnehmen. Das Grußwort wurde von Ministerialdirigent Dr. Thomas Sporn, Abteilungsleiter Gesundheit im Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, vorgetragen.

Sehr geehrte Damen und Herren, die erheblichen Umbrüche, die das Gesundheitssystem in den vergangenen Jahren erfahren hat, erfordern ebensolche Anstrengungen, um zu gewährleisten, dass die Wirtschaftlichkeit, die medizinische Notwendigkeit, die Kundenzufriedenheit und nicht zuletzt die Motivation der Beschäftigten gesichert werden. Um diese Herausforderung zu bewältigen, müssen alle Akteure des Gesundheitssystems entsprechende Anstrengungen unternehmen, wobei klar ist, dass es hierbei eine Aufgaben- und Rollenteilung geben muss.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat aus diesem Grund im vergangenen Jahr eine gemeinsame Qualitätsstrategie für die nächsten Jahre vereinbart. Auch in der Bundesgesetzgebung wurde dem Qualitätsmanagement in Krankenhäusern und Kliniken ein wesentlicher Stellenwert eingeräumt, der die Einrichtungen zu entsprechenden Maßnahmen verpflichtet.

Hier in Niedersachsen wissen wir aber schon seit längerem, dass sich eine angemessene Qualität im Gesundheitssektor unter den Bedingungen des Kostendrucks nicht allein durch Maßnahmen des Gesetzgebers erreichen lässt. Die Selbstverwaltungen des Gesundheitssystems wie die Einrichtungen, die Kostenträger und die Politik müssen jeweils ihre Beiträge leisten und gemeinsam nach optimierten Lösungen suchen. Die Politik kann und muss sich hier dem Dialog mit den Akteuren stellen. Aber der Dialog allein wird nicht ausreichen, um die genannten Herausforderungen zu bestehen. Auch die erforderlichen Instrumente zum gleichzeitigen Erreichen von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger müssen entwickelt und bereitgestellt werden.

Unter dem Leitbild einer aktivierenden Sozialpolitik hat das Land Niedersachsen bereits früh damit begonnen, Instrumente des Qualitätsmanagements und des Benchmarkings einzusetzen. So haben wir im Bereich der Suchtberatung mit einem Pilotprojekt zum Benchmarking eine Entwicklung mit angestoßen, die mittlerweile zu einer wesentlichen Verbesserung der Steuerung der Beratungseinrichtungen geführt hat. Dabei geht es ausdrücklich nicht um eine öffentliche Kontrolle, sondern die Unterstützung der Selbststeuerungsfähigkeit der Akteure durch eine gemeinsame Entwicklung und Erprobung von Managementinstrumenten. In Niedersachsen sind an einem derartigen Benchmarking mittlerweile über 60 Einrichtungen beteiligt.

Auch im Krankenhausbereich haben wir mit der Ausschreibung des Niedersächsischen Krankenhauspreises eine Entwicklung angestoßen, die dazu beitragen soll, die Qualitätsbemühungen der Einrichtungen zu honorieren und zu unterstützen. Im letzten Jahr haben sich gut 20 Einrichtungen an der Ausschreibung beteiligt und gezeigt, dass Qualitätsmanagement im Gesundheitssektor große Fortschritte macht und dass ein großes Potenzial für das wechselseitige Lernen der Einrichtungen untereinander besteht. Mit diesem Preis will das Land Niedersachsen dabei helfen, den Krankenhäusern Orientierung bei der Ausrichtung und Gestaltung ihrer Managementsysteme zu geben. Nicht Vorschriften und Regelungen, sondern Anerkennung und Ermutigung stehen dabei im Vordergrund.

Im Bereich der eigenen Verwaltung hat das MFAS ebenso an entsprechenden Qualitätsstrategien gearbeitet. Im Niedersächsischen Landesamt für Zentrale und Soziale Aufgaben (NLZSA) hat die Behördenleitung zusammen mit den Personalvertretungen, den Beschäftigten und dem Ministerium im Rahmen der Organisations- und Personalentwicklung Benchmarking erprobt und als Steuerungsinstrument eingeführt. Die Ergebnisse haben uns sehr ermutigt, diese Instrumente weiter zu nutzen und zu verbreiten. So konnte durch das Benchmarking unter Beteiligung von 180 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im NLZSA eine konkrete Produktivitätssteigerung von über dreißig Prozent festgestellt werden. Hierüber haben wir im Konsens aller Beteiligten eine Zielvereinbarung abgeschlossen, die derzeit umgesetzt und natürlich auch für Stelleneinsparungen genutzt wird.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen hat das MFAS die Initiative zur Einführung des Benchmarkings in Krankenhäusern sehr begrüßt und aktiv unterstützt. Benchmarking ist ein weiterer Baustein in der Steuerungsphilosophie des Ministeriums, das den Krankenhauspreis systematisch und gezielt um eine Handlungsanleitung ergänzt. Aus dem Prozess mit den Suchtberatungsstellen wissen wir, dass die Lerneffekte durch solche Projekte beträchtlich sind. Wichtig ist aber auch die Akzeptanz, die durch derartige Instrumente in den Einrichtungen und bei den Beschäftigten geschaffen werden kann.

Die Hauptakteure des Benchmarkings sind dabei selbstverständlich die Krankenhäuser und Kliniken. Gleichwohl wird dieser Prozess mit den anderen Akteuren des Gesundheitssystems abzustimmen sein. Ein solcher Abstimmungsprozess eröffnet Möglichkeiten, die unterschiedlichen Strategien der Steuerung des Gesundheitssystems weiterzuentwickeln. Deshalb kommt der heutigen Veranstaltung eine ganz wichtige flankierende Rolle zu.

Ziel ist auch, dass die Einrichtungen, deren Zulieferer, die Kostenträger, die Organisationen der Selbstverwaltung und auch die Politik den Dialog fortführen, in dem nach Lösungen für gemeinsame Probleme gesucht wird. Deshalb bildet die heutige Veranstaltung auch lediglich den Auftakt zu einer hoffentlich sehr produktiven und konstruktiven Zusammenarbeit.

Das MFAS wird den Dialog aktiv unterstützen und sich daran beteiligen. Damit verbinde ich die Hoffnung, dass jenseits der institutionalisierten Strukturen des Gesundheitssystems eine Kommunikation in Gang gesetzt werden kann, die manche Interessenkonflikte oder sogar Blockaden aufzulösen hilft. Das Benchmarking als ein Instrument kontinuierlichen Lernens ist nach unseren Erfahrungen im MFAS hierfür ein geeignetes Verfahren.

In diesem Sinne bin ich auch meiner Kollegin Frau Bundesforschungsministerin Bulmahn sehr dankbar, dass es das BMBF durch dieses Pilotprojekt ermöglicht, Benchmarkingmethoden in Krankenhäusern zu erproben und zu etablieren.

Gleichzeitig möchte ich auch den Krankenhäusern und Kliniken danken, dass sie sich auch in Niedersachsen in so großer Zahl an dem für sie ja auch aufwendigen Benchmarkingprozess beteiligen.

Einen wichtigen Modernisierungsschub bedeutet auch die Beteiligung der Zulieferunternehmen, die keineswegs selbstverständlich ist.

Nicht zuletzt freue ich mich darüber, dass die Kostenträger und die Organe der Selbstverwaltung sich auf ein solches Experiment eingelassen haben.

Bei soviel Bereitschaft bestehen vielversprechende Aussichten, dass wirkliche Fortschritte erreicht werden können. In diesem Sinne wünsche ich der Veranstaltung und dem weiteren Projektverlauf viel Erfolg.

Entwicklungstrends und die Bedeutung von Qualität in der Gesundheitswirtschaft

Prof. Dr. Bernhard Blanke

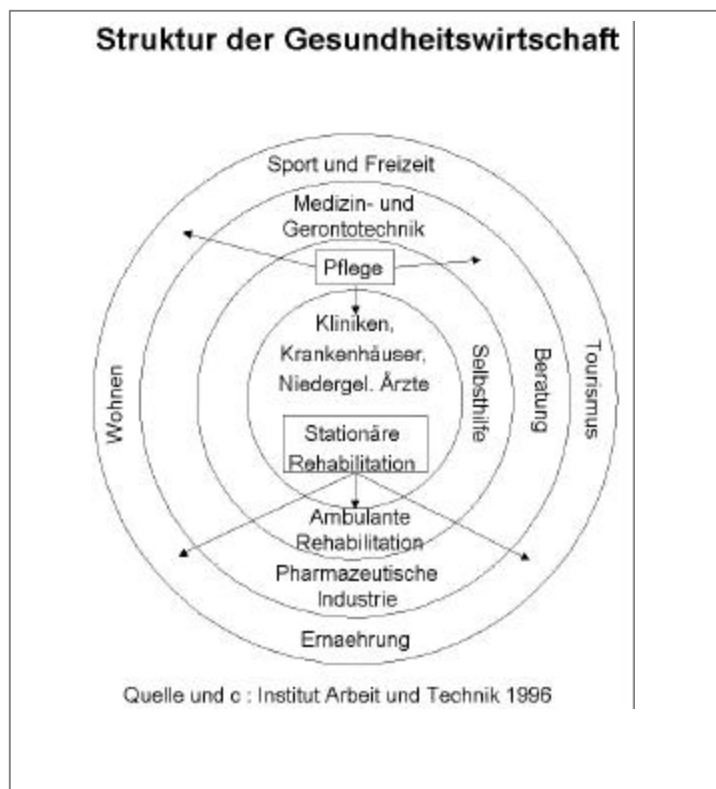
Institut für Politische Wissenschaft, Abteilung „Sozialpolitik und Public Policy“,
Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung,
Universität Hannover

In einem kurzen Eingangsstatement zum Thema „Entwicklungstrends und Qualität in der Gesundheitswirtschaft“ will ich Ihnen fünf Thesen vortragen, um für die Diskussion am Nachmittag einen Rahmen zu umreißen.

Erste These: Das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ trägt das Stichwort Wirtschaft in seinem Titel. Damit gibt es einen spezifischen Blickwinkel vor, unter dem das Gesundheitswesen betrachtet wird. Diese Perspektive erweitert und verändert die bisher vorherrschende Betrachtungsweisen des Gesundheitswesens – ein Aspekt, der für uns Gesundheitssystemforscher von besonderem Interesse ist.

Von der Mitte der 70er bis Mitte der 90er Jahre stand bei der Betrachtung des Gesundheitssystems die Frage im Vordergrund, in welcher Form und in welchem Umfang von wem welche Leistungen finanziert werden sollten. Die Frage, wie und wo man Kosten einsparen könnte, beherrschte die Diskussion – und zwar im nationalen wie im internationalen Maßstab. Mitte der 90er Jahre veränderte sich dieser Diskussionsrahmen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sprach plötzlich vom Gesundheitssystem als einer Zukunftsbranche, und die Politik entdeckte das Gesundheitswesen als einen Wachstumsbereich, der vielen Menschen Beschäftigung bietet.

Dieser Paradigmenwechsel öffnete den Blick für bislang „übersehene“ Aspekte dieses komplexen und vielschichtigen Feldes. Was alles in den Bezugsrahmen „Gesundheitswirtschaft“ gehört, illustriert die nebenstehende Grafik.



Ich habe diese Grafik ausgewählt, weil sich an ihr nicht nur die Weite des Bezugsrahmens demonstrieren lässt, sondern zugleich die Komplexität und Vielschichtigkeit der Gesundheitswirtschaft. An dieser Stelle will ich nur einen Aspekt herausgreifen. Während die äußeren Bereiche dieser Darstellung vorrangig privatwirtschaftlich organisiert sind (private Nachfrage, private Angebote), überwiegt in den inneren Bereichen, im harten Kern des etablierten Gesundheitssystems, staatliche Steuerung. Dazwischen liegen Felder, in denen Marktprozesse mehr oder weniger greifen können. Tatsächlich wirken die einzelnen Bereiche auf einander ein, und es gibt fließende Übergänge und zahlreiche Verbindungen zwischen ihnen.

Allein aus diesem Sachverhalt ergeben sich vielfältige Dynamiken. Was ich Ihnen zur Diskussion vorschlage ist die Frage, was sie für die Steuerbarkeit des Gesamtsystems der Gesundheitswirtschaft bedeuten. Welche Instrumente sind zur Steuerung dieses Systems geeignet? Brauchen wir möglicherweise neue Instrumente, um das Gesundheitssystem steuern zu können, und welche könnten hierzu zählen? Wie können wir mit dem Widerspruch umgehen, dass das Gesundheitssystem einerseits als ein Wachstumsmarkt betrachtet werden kann und dass andererseits die Grenzen der Finanzierbarkeit einzelner seiner Bereiche nicht zu leugnen sind?

Meine **zweite These** beschäftigt sich mit der Frage, wie die Politik mit der Tatsache umgeht, dass die Gesundheitswirtschaft durchaus als eine Zukunftsbranche mit erheblichen Wachstumspotenzialen betrachtet werden kann, dass aber zugleich Finanzierungsprobleme in vielen seiner Sektoren vorherrschen. Auch hier können wir eine Akzentverschiebung in der politischen Diskussion beobachten. Seit einiger Zeit werden die Finanzierungsprobleme nicht mehr nur mit der alt bekannten Forderung nach Sparsamkeit und Kostendämpfung diskutiert, sondern von den Akteuren wird ein „wirtschaftliches Verhalten“ in allen Bereichen und Aspekten ihres Handelns gefordert. Dieses macht einen grundlegenden Unterschied, dessen Konsequenzen wir in der Diskussion aufgreifen sollten.

Wie lässt sich die Forderung nach einem durchgängig wirtschaftlichen Verhalten mit den im Gesundheitswesen vorzufindenden ethischen und politischen Grundsätzen vereinbaren? Die Antwort des Gesetzgebers lautet: über die Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität. In der Neufassung der §§ 135 ff. SGB V, Kap. IV, 9. Abschnitt hat der Gesetzgeber eine ganze Reihe von Qualitätsdimensionen und Qualitätssicherungsmaßnahmen formuliert, die das Gesundheitssystem zugleich verbessern und finanzierbar halten sollen. Aus dieser Qualitätsoffensive leitet der Gesetzgebers ein überaus kompliziertes System von Richtlinien, Leitlinien, Vereinbarungen und Verträgen ab.

Diese Qualitätsoffensive ist nach meiner Ansicht nicht durchgängig sauber und widerspruchsfrei konzipiert, so dass aus Sicht der Gesundheitssystemforschung die Frage offen bleibt, wie es eigentlich um die Qualität der Steuerung im Gesundheitswesen bestellt ist.

Diese Frage, wer was auf welcher Grundlage steuert, ist für Entwicklung des Gesundheitssystems von erheblicher Bedeutung – gerade wenn man das Gesundheitswesen als eine Zukunftsbranche und unter Wirtschaftsgesichtspunkten betrachtet. Aus meiner Sicht hat der Gesetzgeber diese Qualitätsdimension nicht hinreichend geklärt. Mit anderen Worten: Die politische Steuerung muss unter Qualitätsgesichtspunkten auf den Prüfstand gestellt werden.

Dritte These: Die privatwirtschaftlichen Bereiche des Gesundheitswesens können nur durch Setzung oder Veränderung von Rahmenbedingungen durch den Staat gesteuert werden. Was sich in diesem Rahmen entwickelt, folgt privatwirtschaftlichen Zwecken und wird über den Markt reguliert. Daneben gibt es aber in der Gesundheitswirtschaft weite Bereiche mit Hilfen und Angeboten in staatlicher oder halbstaatlicher Trägerschaft, die zum Kernbereich des Gesundheitswesens zählen. Zu ihrer Verwaltung und Steuerung haben wir verschiedene Formen staatlicher oder halbstaatlicher Regulierungsmechanismen entwickelt. Im Gesundheitswesen finden wir bekanntlich nicht nur Strukturen, die sich selbst über den Wettbewerb regulieren, sondern daneben auch ganz spezifische Regulierungsstrukturen, wie zum Beispiel die Selbstverwaltung der Kranken- und Rentenversicherungsträger. Über diese Regulierungsstrukturen werden Leistungen des Gesundheitssystems auch zum überwiegenden Teil finanziert.

In jüngster Zeit lässt sich ein weiterer Entwicklungstrend in der Gesundheitswirtschaft beobachten. Aus Resignation über die Ergebnisse der traditionellen Steuerungsinstrumente oder aus der Überzeugung, dass anderes effektiver wäre, werden zum Beispiel Krankenhäuser und Kliniken dazu ermutigt, sich stärker als bisher selbst zu steuern. Hierzu bedarf es einer Verstärkung von Managementkompetenzen in den Einrichtungen. Die Einführung von Total Quality Management und Benchmarking, um von guten Lösungen anderer zu lernen, sind hierfür empfohlene und geeignete Instrumente.

Für mich als Politikwissenschaftler stellt sich bei diesen begrüßenswerten Bestrebungen zur Stärkung der Selbststeuerungsfähigkeit von Gesundheitseinrichtungen allerdings wiederum die Frage nach der Gesamtsteuerung des Gesundheitssystems. Je mehr Instrumente der Selbststeuerung eingeführt werden, um so weiter müssen sich Elemente der eher hierarchischen Steuerung (Politik, Sozialversicherungen) zurück ziehen. Wie kann die Politik ihren öffentlichen Auftrag im Gesundheitswesen wahrnehmen, wenn sich der Anteil an Selbststeuerung seitens der Krankenhäuser und Kliniken oder der anderen Akteure erhöht und wenn hieraus unerwünschte Effekte resultieren?

Allerdings beobachte ich ein Paradoxon: Die Aufforderung, die Selbststeuerungsfähigkeit einzelner Systemelemente, zum Beispiel der Krankenhäuser und Kliniken zu stärken oder ihr Verhältnis zu den Versicherungen zu Zuliefern selbst zu gestalten, wird zunehmend propagiert – auch von der Politik. Zugleich beansprucht allerdings die Politik die Aufrechterhaltung

oder gar die Ausdehnung ihres eigenen Anteils an der Steuerung des Gesundheitswesens. Diese Paradoxie sollten wir genau beobachten. Wenn die Selbststeuerungsfähigkeit der Einrichtungen des Gesundheitswesens gestärkt werden soll – wie es einer an Wirtschaftsgesichtspunkten orientierten Betrachtungsweise entspricht –, muss auch die bisherige institutionelle versicherungstechnische Struktur Macht abgeben. Ansonsten erleben die Krankenhäuser und Kliniken die paradoxe Situation, dass sie sich bewusst für ihren eigenen Weg entscheiden und ihre Wahlmöglichkeiten entwickeln sollen, dass aber zugleich der Staat oder die Kostenträger immer stärker regulierend in Details ihrer Organisation und Arbeit eingreifen. Ähnlich könnten auch die Bürger als Patienten diese Paradoxie erleben.

Um nicht missverstanden zu werden: Die Stärkung der Selbststeuerungsfähigkeit von Krankenhäusern, Kliniken und anderen Gesundheitsdiensten ist nicht mit dem sang- und klanglosen Rückzug des Staates gleichzusetzen. Einen reinen Preiswettbewerb wird es im Gesundheitswesen wohl kaum geben können, sondern im Wesentlichen einen Wettbewerb um „beste Lösungen“ in den Bereichen der Transparenz, Qualität und Wahlmöglichkeiten. Der Staat und die Kostenträger müssen deshalb viel klarer als bisher Leitlinien für das Gesundheitswesen formulieren und die Verantwortung für die Ergebnisse ihres Handelns übernehmen. Dabei sind die Ziele des Gesundheitswesens neu und pragmatisch zu definieren, und es ist zu klären, mit welchen Strukturen und Instrumenten man die Ziele fördern und potenzielle Widersprüche rascher erkennen und aus dem Weg räumen kann.

Die nachfolgende Folie fasst diese Gedanken zusammen und leitet zur vierten These über.

Gesundheitswirtschaft

☞ Tendenz: Dezentrale Steuerung

☞ Frage: In welchem Verhältnis steht Selbstregulierung zum öffentlichen Auftrag?

Zielkategorien

☞ Tendenz: Von „moralischen“ zu „pragmatischen“ Zielen: Effizienz und Effektivität

☞ Frage: Welche Strukturen, Institutionen und Instrumente fördern diese Ziele?

Qualitätsmanagement

☞ Tendenz: Optimierung der Bewältigung von Zielkonflikten

☞ Frage: Wie werden Spannungslinien und Prozesse gestaltet?

Wettbewerb

☞ Tendenz: Leistungsvergleiche statt Preisvergleiche

☞ Frage: Wie können Transparenz und Wahlentscheidungen gefördert werden?

© Bernhard Blanke

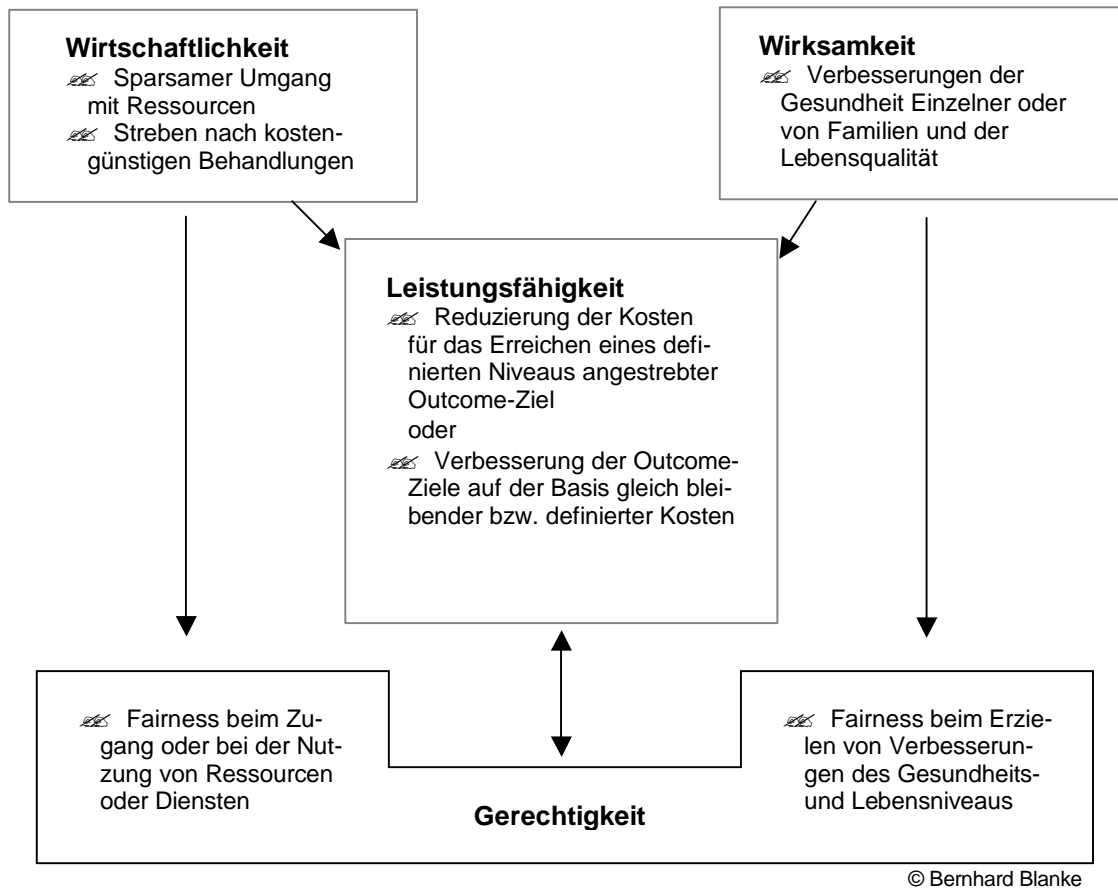
Meine **vierte These** gilt den Zielen des Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitswirtschaft. In der englischsprachigen Literatur werden diese Ziele pragmatisch gefasst, mit den Begriffen „Economy“, „Efficiency“, „Effectiveness“ und „Equity“, also mit „Wirtschaftlichkeit“, „Leistungsfähigkeit“, „Wirksamkeit“ und „Gerechtigkeit/angemessene Teilhabe“.

Der Begriff „**Wirtschaftlichkeit**“ (Economy) meint zum einen das Streben nach kostengünstiger Leistungserbringung. Die uns wohl vertraute Diskussion um Kostendämpfung findet sich unter diesem Stichwort wieder – von der Ausstattung bis hin zur Behandlung und Versorgung der Kranken. Allerdings wird zunehmend erkannt, dass es mit der Kostendämpfung allein nicht getan ist, um angemessene Behandlungs- und Versorgungsstrukturen zu schaffen oder aufrecht zu erhalten. Generell ist ein schonender bzw. sparsamer Umgang mit Ressourcen anzustreben.

Dieser Aspekt stellt das Bindeglied zur **Leistungsfähigkeit** (Efficiency) dar. Effizienz bedeutet, entweder beim gleichen Input mehr zu erwirtschaften, oder das gleiche Produkt mit weniger Input zu produzieren. Eine Effizienzsteigerung lässt sich daran messen, dass es gelingt, entweder die Kosten für das Erreichen angestrebter Leistungsziele oder Leistungsniveaus zu reduzieren oder aber die Leistungsziele bzw. –niveaus auf der Basis gleich bleibender Kosten zu erhöhen. Das ist etwas anderes als Sparen. Denn Sparen bezieht sich nur auf das Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben, während Effizienz sich auf den Ressourcenverbrauch im Verhältnis zum Ertrag bezieht. Es gehört zur Realentwicklung des Gesundheitswesens, dass die Akteure mit der wirtschaftlichen Betrachtungsweise von der reinen Kostendämpfung zu der Frage hingehen, wie sich der Ressourcenverbrauch zum Ertrag verhält, und was mit den Ressourcen erzielt wird. Mit knappen Ressourcen schonend und sparsam umzugehen, ist durchaus ein ethischer Grundsatz, wie uns die Ökologie lehrt.

Das oberste „philosophische“ Ziel des Gesundheitswesens ist es, die Gesundheit Einzelner und der Gesellschaft insgesamt zu erhalten oder zu verbessern. Hieran messen wir die **Wirksamkeit** (Effectiveness) einzelner und aller Maßnahmen des Gesundheitssektors. Die Wirkungsziele werden realisiert über die rechtlichen und finanziellen Strukturen, in die das Gesundheitssystem eingebunden ist und die es bestimmen. Diese Rahmenbedingungen werden unter dem Begriff „Gerechtigkeit“ diskutiert, und zwar – wie sollte es sonst sein – mit stark moralisierenden Aspekten. Ich schlage Ihnen eine pragmatische Betrachtungsweise vor, indem ich den Begriff „**Gerechtigkeit**“ in „Fairness“ auflöse. Es geht um Fairness beim Zugang oder bei der Nutzung von Ressourcen oder Diensten einerseits sowie andererseits um Fairness bei der Verteilung von Belastungen, die aus dem Angebot oder der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen entstehen.

Die nachfolgende Grafik verdeutlicht das Zusammenspiel der vier Zielbereiche im Gesundheitswesen.



Das Gesundheitswesen zu bewerten und hieraus Schlüsse für seine Steuerung zu ziehen, ist eine überaus anspruchsvolle Aufgabe. Die WHO hat in ihrem „World Health Report 2000“ diesen Versuch gewagt, indem sie Gesundheitssysteme einem internationalen Vergleich unterzogen hat. Hieraus können wir für unsere nationale Diskussion Anregungen gewinnen.

Wie von einem der reichsten Länder der Erde nicht anders zu erwarten, landet das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich in allen Vergleichsaspekten durchgängig auf den vorderen Plätzen. Bei den Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen belegt Deutschland Platz 3 – was auch immer man von diesem Wert halten mag. Dem deutschen Gesundheitswesen wird darüber hinaus bescheinigt, dass es der Bevölkerung einen fairen und Zugang zu den Leistungen und Angeboten bietet und dass die Kosten und Belastungen hierfür im internationalen Vergleich angemessen verteilt werden.

Eine der guten Nachrichten lautet: In Deutschland wird niemand vom Zugang zu den Gesundheitsleistungen niemand ausgeschlossen – noch jedenfalls. Aber es gibt auch weniger gute Nachrichten. Bei den Leistungen des Gesundheitssystems schneidet Deutschland im internationalen Vergleich schlechter ab. Bei der Gesamtbewertung der Leistungen rangiert unser Gesundheitssystem auf Platz 25, und bei der Bewertung der Bevölkerungsgesundheit

landet Deutschland nur auf Platz 41. Ohne an dieser Stelle auf Einzelheiten des Vergleichs und der in ihm enthaltenen Probleme eingehen zu können, lässt sich dieser Befund wie folgt zuspitzen: Wir erreichen mit viel Geldeinsatz unsere Gerechtigkeitsziele ganz überwiegend, und auch in Einzelleistungen ist unser Gesundheitswesen hervorragend. Allerdings verbrauchen wir für diese Erfolge zu viele Ressourcen. Von anderen Ländern können wir lernen, wie es gelingt, hervorragende Ergebnisse zu erzielen, die allen zu Gute kommen, und doch weniger Ressourcen hierfür zu verbrauchen.

Mit diesem Schritt wären wir beim Benchmarking auf internationaler Ebene. Wir müssen nach Konzepten, Methoden und Vorgehensweisen suchen, die uns befähigen, unsere Gerechtigkeitsziele mit einem möglichst geringen Ressourcenverbrauch zu erreichen. Dieses geht nur über eine Ausschöpfung der Reserven in den Bereichen Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit – was noch einmal auf die Notwendigkeit verweist, Gesamtsteuerungsmechanismen des Systems weiter zu entwickeln. In diesem Benchmarkingprojekt und im heutigen Workshop könnten wir versuchen, Stationen dieses Weges aufzuzeigen.

Fünfte These: Aus diesen pragmatischen Zielen und ihrem Zusammenspiel lassen sich nun verschiedene Qualitätsdimensionen entwickeln.

Nicht erst seit der Novellierung des Sozialgesetzbuches V gibt es im Bereich des Gesundheitswesens Ansätze zur Qualitätssicherung und zur Qualitätsverbesserung. Diese Ansätze sollten wir systematisch bewerten, sie auf ihre Wirksamkeit überprüfen und überlegen, wo wir durch Ergänzungen und Zusammenwirken synergetische Effekte erzielen können. Um nur zwei Beispiele zu nennen: Welche Ergebnisse und Wirkungen werden durch das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation oder etwa durch das Programm „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ) der Bundesärztekammer und des VdAK erzielt und wie lassen sich diese sinnvoll mit dem heute vorgestellten Projekt und seinen Ergebnissen verbinden?

Die Antwort auf solche Fragen setzt eine wirkliche Transparenz des Leistungsgeschehens und seiner Kosten voraus. Um diese herzustellen, müssen wir Leistungen und Kosten detailgenauer als bisher und zugleich auch schnittstellen- und einrichtungsübergreifend analysieren. Dieses ist keine leichte Aufgabe, zumal sie auch ureigenste Interessen von Betriebsteilen, Betrieben, von Kosten- und Leistungsträgern berührt.

Darüber hinaus geht es darum, ein Gesamtkonzept zur Sicherung und zur Förderung von Qualität im Gesundheitswesen, welches alle Dimensionen einbezieht, zu entwickeln.

Als erste Dimension ist das übergreifende Ziel der **Versorgungsqualität** zu nennen. Sie bezieht sich auf das Gesamtergebnis des Gesundheitswesens. Das gilt natürlich nicht nur für

das Gesamtssystem, sondern auch für jede einzelne Einrichtung. **Steuerungsqualität** habe ich schon genannt; die **Sparsamkeit** würde ich nicht alleine als Qualitätsmerkmal nehmen, sondern nur **in Verbindung mit Effizienz**, welche beim Benchmarking eine starke Rolle spielt. Nämlich, wie es auch im Gesetz steht (§§ 135a, 137 SGB V), **bezogen auf die Einrichtungsqualität**. Wie sind Organisation, Management, Personalentwicklung, Versorgung etc. in den Einrichtungen unter Qualitätsgesichtspunkten zu vergleichen?

Schließlich ist Ihnen allen eine andere Qualitätsdimension bekannt, die zum Teil etwas kontrapunktisch zu dieser Einrichtungsqualität steht. Es handelt sich um die **Qualitätssicherung bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**, aber auch bei der **Medizintechnik**. Und auch hier muss man sehen, wie diese Qualitätsdimension im Gesamtkontext angesiedelt ist. Häufig werden Spannungslinien zwischen der Qualitätssicherung und den anderen Dimensionen gesehen.

Ich denke, kein Qualitätskonzept, keine Methode kann alles auf einmal erreichen, sondern die verschiedenen Konzepte und Methoden müssen sich ergänzen. Sie müssen sich ergänzen, weil eine letzte Qualitätsdimension, nämlich die **Lebensqualität**, zum obersten Ziel des Gesamtprozesses im Interesse der „Zahler“ und „Kunden“, d.h. der Patienten, gemacht werden soll.

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft.

Vergleichendes Qualitätsmanagement auf der Grundlage des EFQM-Modells für Excellence

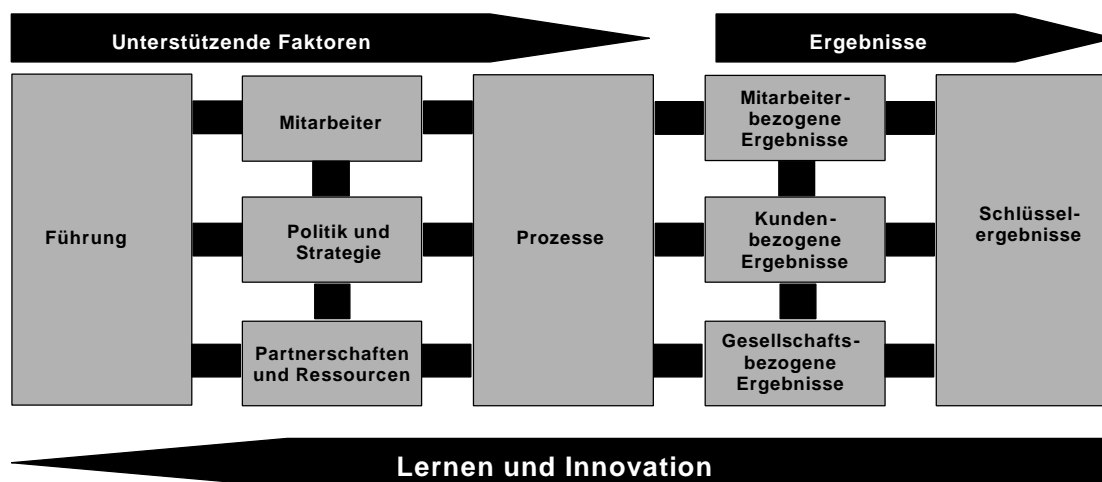
Stephan von Bandemer (Projektleiter)

Institut Arbeit und Technik im Wissenschaftszentrum Nordrhein-Westfalen

Leistungsvergleiche zwischen Krankenhäusern und Kliniken finden aus unterschiedlichsten Gründen und mit verschiedenen Zielen und Methoden statt. Das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird¹, richtet sich gezielt an das Einrichtungsmanagement und unterstützt methodisch und systematisch die Einführung kontinuierlicher Verbesserungsprozesse in Krankenhäusern und Kliniken.

Das EFQM-Modell als Grundlage aller Instrumente des Projektes

Abbildung 1: Schematische Darstellung des EFQM-Modells für Excellence



Quelle: EFQM 1999: 8

Die methodische Grundlage des Projektes bildet das Excellence Modell der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (Abbildung 1). Dieses Modell liefert die Kriterien für qualitative Selbstbewertungen der beteiligten Einrichtungen sowie für Kunden- und Mitarbeiterbefragungen. Ergänzt wird das Instrumentarium durch Betriebsdatenvergleiche sowie durch Benchmarkingkreise- und Arbeitsgruppen, in denen der Austausch zwischen den Einrichtungen organisiert wird.

So wird gewährleistet, dass die Einrichtungen sich an einem anspruchsvollen Qualitätsmanagementmodell orientieren und zugleich untereinander von den praktischen Umsetzungserfahrungen lernen können. Der Einsatz der Instrumente erfolgt im jährlichen Abstand, so dass auch Erfolge systematisch gemessen und festgehalten werden können. Die Benchmarkingkreise als Austausch- und Lernforen finden vierteljährlich statt.

Beteiligte Institutionen und Einrichtungen

An dem Projekt sind derzeit insgesamt vierzig Krankenhäuser und Kliniken aus vier Bundesländern beteiligt.

Zusätzlich wurde eine Zulieferinitiative mit derzeit 16 Unternehmen organisiert, um die Wertschöpfungsketten der Einrichtungen gezielter bearbeiten und entsprechende Verbesserungen in Kooperation mit den Zulieferern initiieren zu können.

Eine Abstimmung mit anderen Qualitätsinitiativen des Gesundheitssystems erfolgt durch eine parallel stattfindende Kommunikation mit politischen Vertretern, Verbänden und Kostenträgern in Form von Workshops und Arbeitsgruppen. Dadurch wird gewährleistet, dass die beteiligten Einrichtungen ihre Entwicklung zwar autonom und losgelöst von potenziellen Kontrollinstanzen bzw. Verhandlungsparteien verfolgen, sich aber gleichwohl an deren Anforderungen orientieren bzw. diese abstimmen können.

Ziel des Projektes

Ziel des Projektes ist, die Krankenhäuser und Kliniken als wirtschaftliche Akteure zu stärken. Dem Gesundheitssektor als einem der wichtigsten Arbeitgeber der Bundesrepublik und als besonders wichtigem Dienstleistungsbereich in Bezug Gesundheit und Lebensqualität sollen durch das Projekt Impulse für die gleichzeitige Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit gegeben werden. Benchmarking soll dazu als Managementinstrument in der Branche etabliert werden und damit die Selbststeuerungsfähigkeit der Einrichtungen unterstützen.

Benchmarking Definition

Benchmarking wird definiert als „Lernen von guten Ideen und Lösungen“. Dieses Lernen soll nicht zufällig, sondern systematisch erfolgen. Dem dient das EFQM-Modell sowie die Kombination der Instrumente als Grundlage der Initiative. Gleichzeitig soll den Schwierigkeiten der Vergleichbarkeit begegnet werden, indem durch einen systematischen Erfahrungsaustausch jeweils die Übertragbarkeit geprüft wird. Schließlich dient das Benchmarking im Sinne der Managementorientierung der Identifizierung und Umsetzung konkreter Verbesserungsmaßnahmen, die auf der Grundlage der eingesetzten Instrumente entwickelt und geplant werden.

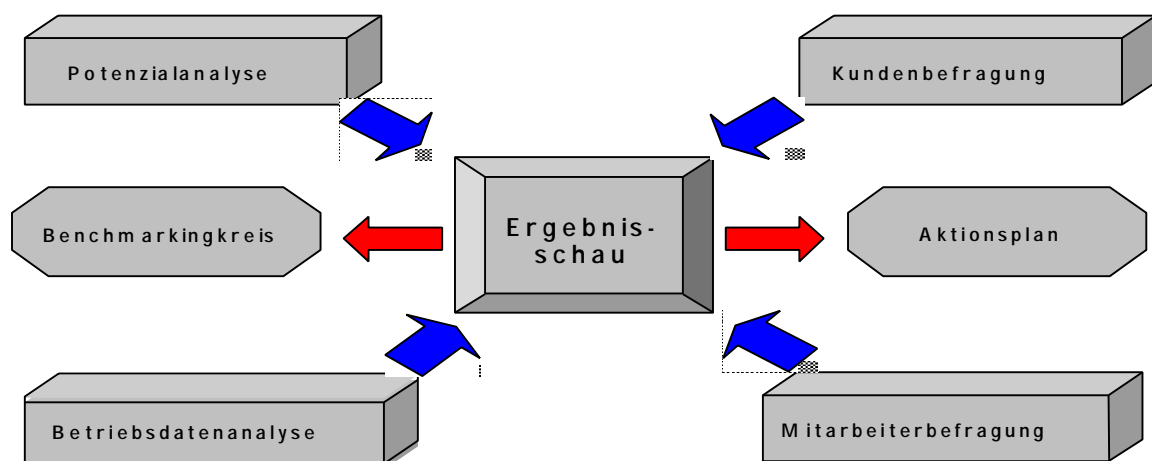
Instrumente und erste Ergebnisse

Die Potenzialanalysen bzw. Selbstbewertungen

Ein Kernelement des Benchmarkings bilden fünftägige Potenzialanalysen bzw. Selbstbewertungen in den Einrichtungen, die zunächst durch externe Moderatoren unterstützt werden. Hierbei werden – orientiert an den Kriterien der EFQM – konkrete Stärken und Verbesserungsbereiche identifiziert sowie Aktionspläne zur Umsetzung der Verbesserungsziele vorbereitet, die die beteiligten Einrichtungen erreichen wollen. Zur Aufnahme der vier Ergebniskriterien des EFQM-Modells trägt der Einsatz einer Balanced Scorecard bei, in der entlang der EFQM Ergebniskriterien der Ist-Zustand festgehalten und quantifizierte Ziele definiert werden. Der Ablauf der Analysen in den Einrichtungen erfolgt in interdisziplinär zusammengesetzten Teams und unterstützt bereits ganz wesentlich die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen in den Einrichtungen.

Im Anschluss an die Potenzialanalysen werden je zwei Mitarbeiter aus den Einrichtungen zu TQM-Assessoren nach EFQM ausgebildet, um den kontinuierlichen Verbesserungsprozess in den Einrichtungen eigenständig weitertragen und durchführen zu können. Sie übernehmen auch die zweite Selbstbewertung, die ein Jahr später in jeder Einrichtung erfolgt und die Umsetzung der Verbesserungen verdeutlicht. Jeder Einrichtung steht für diese zweite Selbstbewertung ein externer Moderator eintägig zur Verfügung.

Abbildung 2: Instrumente im Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“



Die Befragungen

Unterstützt werden die Potenzialanalysen durch jährlich wiederkehrende Befragungen von Mitarbeitern und Patienten. Sie orientieren sich ebenfalls an den Kriterien des EFQM-Modells. So können sich die Einrichtungen nicht nur untereinander, sondern auch gegenüber dem Modell vergleichen. Die einzelnen Ansatzpunkte der Kriterien des EFQM-Modells werden dabei als Elemente einer guten Praxis akzeptiert, während die Messergebnisse der jeweiligen Einrichtung zeigen, wo sie gegenüber dieser vom Modell implizierten guten Praxis stehen. In den Befragungen werden Patienten und Mitarbeitern zum Teil die gleichen Fragen gestellt, so dass sich diese als Spiegelfragen hervorragend gegenüberstellen lassen.

Bisher zeigte sich in der Mitarbeiterbefragung, dass insbesondere Informationsdefizite die Mitarbeiterzufriedenheit beeinträchtigen. Am Gravierendsten wird dies bei den Geschäftsergebnissen deutlich. Hier besteht vielfach völlige Unkenntnis selbst bei wichtigen Faktoren, wie zum Beispiel Belegungsquote.

Ein Vergleich der Befragungen zeigt, dass die Patientenzufriedenheit durchweg höher ist als die Mitarbeiterzufriedenheit. Ein für die Patienten sehr wichtiges Datum bildet der Informationsfluss bei Übergaben zwischen unterschiedlichen Abteilungen oder Funktionsbereichen. Die Beschäftigten schätzen die eigene Situation weit schlechter ein als die Patienten, was als ein Indiz für die Improvisationsfähigkeit und -geschicklichkeit der Beschäftigten im Tagesgeschäft interpretiert werden kann.

Die Ergebnisse der Befragungen werden jeweils als Mittelwerte aller Einrichtungen sowie mit den Streuungen in Form der Standardabweichungen sowie der Minimal- und Maximalwerte anonymisiert veröffentlicht. Zusätzlich hierzu erhält jede Einrichtung die eigenen Werte, so dass eine Einschätzung der jeweiligen Stärken und Verbesserungsbereiche im Vergleich

ermöglicht wird. Zudem können die Ergebnisse zur Fortführung der Balanced Scorecard herangezogen werden.

Auch die Befragungen werden nach einem Jahr wiederholt und die Ergebnisse der Ersterhebung gegenübergestellt. Hier lässt sich dann mitunter ablesen, ob die Umsetzung von Verbesserungsbereichen zum Beispiel die Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit erhöht hat.

Die Betriebsdatenanalyse

In der Betriebsdatenanalyse werden insbesondere Prozesskosten erhoben. Dadurch werden nicht nur Kostenvergleiche ermöglicht, sondern gleichermaßen Ansatzpunkte für potenzielle Verbesserungen identifiziert. Allerdings muss sich das Projekt pragmatisch auf das Machbare konzentrieren, weil bislang erst in wenigen Einrichtungen wesentliche Prozesskennzahlen erfasst werden und Aufwand und Ertrag in einem angemessenen Verhältnis gehalten werden müssen.

Die Benchmarkingkreise

In den Benchmarkingkreisen werden nicht nur Ergebnisse ausgetauscht, sondern die Teilnehmer berichten von erfolgreichen Maßnahmen aus ihren Einrichtungen. Damit werden für alle Beteiligten wichtige Anregungen für die eigenen Verbesserungsprozesse gewonnen. Zusätzlich werden konkrete Lösungen aus Einrichtungen in Arbeitskreisen zusammengetragen, um dadurch umfassendere Verbesserungsprozesse konzipieren zu können. So beschäftigt sich derzeit ein Arbeitskreis mit Lösungen für den Bereich der Information und Kommunikation. Ein weiterer Arbeitskreis bearbeitet Ansätze zu einer internen Budgetierung. Weitere Themenfelder bilden die Arbeitszeitgestaltung, der Austausch von Behandlungsleitlinien oder Prozessdefinitionen und Standards.

Da die Einzelergebnisse über die Benchmarkingkreise allen Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden, lassen sich erhebliche Synergieeffekte erzielen. Nach anfänglicher Zurückhaltung profitieren die beteiligten Einrichtungen mittlerweile wechselseitig von ihren Erfahrungen und können dadurch ihr Innovationstempo deutlich beschleunigen.

Verbreitung der Ergebnisse

Eine Verbreitung der Projektergebnisse erfolgt über öffentliche Veranstaltungen und eine anonymisierte Veröffentlichung wichtiger Erkenntnisse über das Internet. So sind mittlerweile Ergebnisse der Befragung von über 6000 Beschäftigten und über 5000 Kunden ebenso im Internet zugänglich wie Fragebögen, Erhebungsinstrumente und erste Interpretationen sowie Lösungen (<http://www.swz-net.de>).

Öffnung des Projektes für weitere Einrichtungen

Ab Januar 2001 besteht für weitere Krankenhäuser und Kliniken die Möglichkeit, sich an dem Benchmarking zu beteiligen. Dabei werden auch über den bisherigen regionalen Rahmen hinaus sowohl die Erfahrungen der Piloteinrichtungen genutzt als auch weitere Benchmarkingkreise angeboten. Auch für weitere Zulieferunternehmen besteht die Möglichkeit, sich an dem Projekt zu beteiligen.

Stephan von Bandemer
Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen
Tel: 0209 / 17 07 115
E-Mail: bandemer@iatge.de

Anja Sophia Middendorf
Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen
Tel: 0209 / 167 13 66
E-Mail: middendorf@swz-net.de

Karin Scharfenorth
Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen
Tel: 0209 / 17 07 163
E-Mail: scharfenorth@iatge.de

<http://www.swz-net.de>

Zulieferbeziehungen in der Gesundheitswirtschaft.

Zielsetzung und Entwicklungsstand des Projekts

Brigitte Meier

Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL (ZIG)

Zulieferbeziehungen



WEGE
Wirtschaftsentwicklungsgesellschaft Bielefeld nitterl



Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften



ZIG
Zentrum für Innovation
in der Gesundheitswirtschaft
Ostwestfalen-Lippe



AMG
Arbeitsgruppe 5:
Management im
Gesundheitswesen

Projektleitung:
Prof. Dr. Bernhard Güntert (Univ. Bi.)
Brigitte Meier (ZIG/WEGE)
Dr. Dr. Paul Wolters (Univ. Bi.)

Wiss. MitarbeiterInnen:
Dr. Dennis Brunn (Univ. Bi.)
Johannes Kriegel (Univ. Bi.)
Vera Wiehe (ZIG/WEGE)


1. Zielsetzung

Der Aufbau von (externen) Partnerschaften gehört zur grundlegenden Konzeption des EFQM-Modells für Excellence: „Eine Organisation arbeitet effektiver, wenn sie für beide Seiten vorteilhafte Beziehungen mit ihren Partnern unterhält, welche auf Vertrauen, Austausch von Wissen und Integration aufbauen“ (EFQM 1999).


Das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“, das auf der Grundlage des EFQM-Modells (der European Foundation for Quality Management) vierzig Krankenhäuser und Kliniken in ihrem Entwicklungs- und Qualitätsmanagement unterstützt, hat ein Teilprojekt ausgewiesen, das sich speziell mit den Zulieferbeziehungen und -strukturen von Krankenhäusern und Kliniken auseinandersetzt. Das Teilprojekt „Zulieferbeziehungen in der Gesundheitswirtschaft“ wird als Kooperationsprojekt von der Universität Bielefeld (Fakultät für Gesundheitswissenschaften) und dem Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe (ZIG) durchgeführt.

Ziel dieses Projekts ist es, die Bedeutung und Entwicklung der Zulieferstrukturen in der Gesundheitswirtschaft zu analysieren und Verbesserungsmöglichkeiten für die Beziehungen zwischen Gesundheitseinrichtungen und den Zulieferfirmen zu identifizieren. Dabei wird un-

tersucht, welchen Einfluss die bestehenden Zulieferstrukturen auf die Entwicklung von Kosten und Qualität von Krankenhäusern haben und welche Gestaltungs- und Optimierungsmöglichkeiten bestehen, um beste Lösungen für die Zusammenarbeit und Prozessgestaltung zu erzeugen. In der Systematik des EFQM zielen die Projektarbeiten somit auf die Operationalisierung des Kriteriums 4 „Partnerschaften und Ressourcen“, das als neues Kriterium in das weiterentwickelte EFQM-Modell (EFQM 1999) aufgenommen wurde.



Z I G EFQM Kriterium 4 Partnerschaften und Ressourcen



■ Wie die Organisation ihre Partnerschaften und ihre internen Ressourcen plant und managt, um ihre Politik und Strategie und das effektive Funktionieren ihrer Prozesse zu unterstützen

Kriterium 4a

Externe Partnerschaften werden gemanagt

-partnerschaftliche Beziehungen strukturieren, um Wertschöpfung zu erzielen und zu maximieren
-innovative und kreative Denkprozesse mittels Partnerschaften entwickeln und unterstützen
-die kulturelle Verträglichkeit und den Wissensaustausch mit Partnerorganisationen sicherstellen

2. Vorgehensweise

Das Teilprojekt „Zulieferbeziehungen in der Gesundheitswirtschaft“ konzentriert sich auf zwei Arbeitsschwerpunkte: die Analyse der Zulieferbeziehungen und deren Trendbeobachtung sowie die Initiierung von Entwicklungspartnerschaften zwischen Zulieferern und Krankenhäusern bzw. Kliniken. Die Beschreibung der Zulieferbeziehungen erfolgt durch Auswertung zentraler und aktueller Studien, durch die Auswertung der Potenzialanalysen und Mitarbeiterbefragungen in den vierzig Krankenhäusern und Kliniken des Benchmarkingprojekts sowie durch eigene qualitative Befragungen von Zulieferunternehmen und ausgewählten Krankenhausvertretern. Die Analyse und die Trendbeschreibung finden kontinuierlich statt.

Darüber hinaus wurden seit Projektbeginn ausgewählte Zulieferunternehmen in einem Netzwerk „Zulieferinitiative“ zusammengeführt, um die Kommunikation untereinander und den Austausch mit ihren Kunden durch gemeinsame Entwicklungsprojekte zu verbessern. Inzwi-

schen umfasst das Netzwerk 17 Unternehmen, die das breite und diversifizierte Spektrum der Zulieferer möglichst zielgenau repräsentieren. Die beteiligten Partner vertreten Produkte und Dienstleistungen in den Sektoren Medizintechnik, Medikalprodukte, Pharma, Handel, Logistik, Informations- und Kommunikationstechnologien, Verpflegung, Gebäudemanagement und Risikomanagement.





Z I G Liste der Zulieferer



- AHR Catering GmbH
- ASTA Medica AWD GmbH
- Boge Kompressoren
- V. Bodelschwingsche Betriebe Bethel
- Dräger Medizintechnik GmbH
- Ecclesia Versicherungen
- GELSEN-NET Kommunikationsgesellschaft mbH
- Gülich-Gruppe Gebäudedienste GmbH & Co. KG
- MEYRA Rollstühle und Rehabilitationsmittel
- Piepenbrock Dienstleistungen GmbH & Co. KG
- Roeser Medical GmbH & Co. KG
- S & G System GmbH
- SANIMED
- Stieglmeyer Joh. GmbH & Co. KG
- Thiel Logistik
- Westfalia Spedition
- ZIMBO Fleisch- u. Wurstwaren GmbH & Co. KG

Die „Zulieferinitiative“ ist darauf ausgerichtet, gemeinsam mit den Krankenhäusern und Kliniken im Projekt kundenorientierte Lösungen bzw. Produktverbesserungen zu entwickeln. Es geht darum, Erfolgsfaktoren für gelingende oder gelungene Partnerschaften zu identifizieren. Dieses geschieht vorrangig in Workshops, in denen die beteiligten Firmen ihre Entwicklungsinteressen formulieren und diese mit ihren Kunden, den Krankenhäusern und Kliniken im Projekt, reflektieren. Aus diesem gemeinsamen Prozess werden die erforderlichen und einer Kooperation förderlichen Arbeitsschritte abgeleitet. Die nachfolgende Folie stellt dieses Vorgehen im Überblick dar.

 Vorgehensweise	
 Analyse der Zulieferstrukturen	Entwicklungspartnerschaften - Arbeitskreis Zulieferer-
Entwicklungstrends	Identifikation Interessen
Perspektive Zulieferer	Fachforen
Ergebnisse Benchmarking	Projektentwicklung
Perspektive Krankenhäuser	Drittmittelakquise
- <i>Definition von Erfolgsfaktoren für Partnerschaften</i> -	

3. Konfrontation oder Kooperation: erste Analyseergebnisse zur Beziehungsdynamik von Zulieferern und Krankenhäusern

Die Struktur und die Qualität der Beziehungen zwischen Zulieferern und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind außerordentlich komplex. Sie haben erhebliche Auswirkungen auf die Kosten und die Qualität der Geschäftsprozesse im Krankenhaus. Zwei Zahlen mögen dieses belegen. So kontaktieren ein Krankenhaus durchschnittlich 300 bis 500 Lieferanten pro Woche, und die Kosten pro Bestellvorgang betragen 60 bis 120 DM.

Ogleich die Zulieferer mit Blick auf die gesamte Wertschöpfungskette der Krankenhäuser von zentraler Bedeutung sind, spielen sie in der Problemwahrnehmung und Definition von Verbesserungsbereichen aus Perspektive der Krankenhäuser nur eine untergeordnete Rolle. Die Potenzialanalysen, die im Rahmen des Benchmarkingprojektes durchgeführt wurden, belegen, dass sich die Krankenhäuser und Kliniken klar auf Fragestellungen des internen Qualitätsmanagements (z. B. interne Kommunikation und Information, Schnittstellenmanagement, Prozessgestaltung, interne Budgetierung) konzentrieren. Die optimale Integration externer Leistungserbringer in die Krankenhausorganisation wird hingegen kaum thematisiert (IAT 2000).

Auch die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung in den Krankenhäusern bestätigen das Fehlen eines umfassenden Lieferantenmanagements. So konstatieren die befragten Mitarbeiter/innen den Mangel an Informationen über Lieferanten und die fehlende Überschaubarkeit der Lieferantenbeziehungen. Eine Rückkoppelung über die Leistungsqualität sowie gemein-

same Entwicklungen mit Lieferanten finden so gut wie gar nicht statt. Die Zufriedenheit mit Produkten und Dienstleistungen der Zulieferer wird nur teilweise positiv bewertet.

Die Ergebnisse sind mit Blick auf das tatsächlich existierende Lieferantenmanagement von Industrieunternehmen wenig überraschend. Obgleich diese eine Vorreiterrolle einnehmen, wenn es um das systematische Management von Zuliefererbeziehungen geht, klaffen auch hier die Bedeutungszuweisung und die tatsächliche Praxis weit auseinander. Laut Roland Berger bewerten von 700 befragten großen und mittelständischen Unternehmen 85 Prozent die Lieferantensystematik, 84 Prozent die formale Leistungslückenanalyse und 74 Prozent die Internetanbindung als besonders wichtig. In der Praxis sind diese drei Anforderungen nur in 56 Prozent (Lieferantensystematik), 60 Prozent (Leistungslückenanalyse) und 37 Prozent (Internetanbindung) wirklich umgesetzt (*Berger 2000*).


In der „*KMU-/Krankenhaus-Studie 2000*“ bemängeln zwei Drittel der befragten Krankenhausvertreter, dass sie in die zukünftige Produktentwicklung von Zulieferunternehmen zu wenig einbezogen sind. Die Erfahrungen mit Herstellern der Medizintechnik bewerten 78 Prozent der Befragten als neutral. Positive Erfahrungen äußern 12 Prozent, schlechte Erfahrungen 10 Prozent. Die befragten Krankenhausvertreter zeigen sich dann bereit, mit einem Hersteller eine langfristige Zusammenarbeit einzugehen, wenn Innovation und Service zu einem niedrigen Preis gegeben sind und wenn sie eine hohe Produktqualität erhalten. Im Gegensatz dazu fordern die Hersteller die Krankenhäuser auf, nicht primär die Produkte, die Produktqualität, die Funktionalität und den Preis der Produkte für eine langfristige Zusammenarbeit bzw. für die Beschaffung eines Produkts heranzuziehen, sondern den Beschaffungsprozess zum Gegenstand der Entscheidung über eine Zusammenarbeit zu machen.

Insgesamt verdichten die empirischen Ergebnisse den Eindruck, dass das Miteinander der Systeme Krankenhaus und Zulieferer bisher kaum systematisch entwickelt und zum gegenseitigen Nutzen beider Systeme gestaltet wird. Hier liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die eher neutrale und wenig differenzierte Perspektive der Krankenhausesseite auf die Zulieferer möglicherweise Reserven für eine verbesserte Zusammenarbeit impliziert – und zwar dann, wenn sich beide Partner produktiv und entwicklungsorientiert aufeinander beziehen.


In Leitfaden-gestützten Interviews wurden die im Teilprojekt kooperierenden Zulieferfirmen (zum Zeitpunkt der Befragung 16 Unternehmen) zu ihren Kundenbeziehungen und deren zukünftigen Entwicklungsperspektiven befragt. Die Interviewpartner haben sehr deutlich ihren Wunsch nach einer idealen Kunden-Lieferanten-Beziehung im Sinne einer langfristigen und partnerschaftlichen Win-Win-Beziehung formuliert. Alle interviewten Zulieferer streben eine verbesserte und intensive Kommunikation an, um die Anforderungen und Bedarfe der Krankenhäuser zielgenauer zu identifizieren. Sie wünschen zudem einen Austausch über

Entwicklungstrends (z.B. in den Bereichen Management/Organisationsentwicklung, Medizin/Therapie oder Gesundheitspolitik/Auswirkungen gesetzlicher Rahmenbedingungen). Dabei signalisieren die Zulieferer häufig ihre Bereitschaft, Know-how im Umgang mit Trends (wie z.B. e-commerce, Logistikkonzepte) einzubringen, und zwar losgelöst von konkreten Geschäftsinteressen. Ebenso wie in der „KMU-/ Krankenhaus-Studie 2000“ beschreiben die befragten Zulieferer die Optimierung und Entwicklung neuer Produkte und Dienstleistungen im Sinne kundenorientierter Lösungen als besonderes Erfordernis und Chancenfeld für die Zukunft.

Die Entwicklungen im Supply Management einzelner Industriebranchen, insbesondere in führenden Unternehmen der Automobil- und Elektroindustrie zeigen, inwieweit Beziehungen zwischen Zulieferern und Krankenhäusern verbessert und von einem eher konfrontativen zu einem idealen partnerschaftlichen Miteinander entwickelt werden könnten. Analytisch lässt sich die fehlende bzw. idealtypische Integration der Lieferanten in das Wertesystem ihrer Kunden in vier Entwicklungsstufen beschreiben (Wingert 1997).



Z I G Supply Management



Stufe 1 Konfrontation	Stufe 2 Arms-length- Beziehung	Stufe 3 Zielkongruenz	Stufe 4 Volle Partnerschaft
Gegenseitiges Misstrauen, wenig Respekt	Argwohn, kein absolutes Misstrauen	Begrenztes Vertrauen, kongruente Ziele	Volles Vertrauen und Partnerschaft
Mehrquellenbezug Kurzfristige Verträge	Mehrquellenbezug Harte Preisverhandlungen	Lieferantenkonsolidierung	Single Sourcing Beidseitige Kosteneinsparungen
Qualität und Bestand sind zweitrangig	Fokus auf Automation	Flexibilitäts- und Qualitätsorientierung	Konzentration auf Qualität, Kosten und Zeit
Wareneingangskontrolle	Materialbedarfsanalyse	Nullfehler, Wertanalyse	Teamorganisation, cycle time-Verkürzung

Stufen des Supply Managements (Wingert, 1997)

Gegenseitiges Misstrauen, kurzfristige Verträge, Mehrquellenbezug und geringe Qualitätsorientierung werden abgelöst durch langfristige Partnerschaften mit Lieferanten, die eine deutliche Kosten- und Qualitätsverbesserung bewirken und für beide Partner Risiken und Chancen gleichermaßen verteilen. Für die Akteure in der Gesundheitswirtschaft heißt das, dass Zulieferer und Krankenhäuser Partnerschaften entwickeln sollten, in denen Vertrauen

aufgebaut wird und in denen durch gemeinsames Vorgehen für beide Seiten Vorteile entstehen. Entsprechend müssten die Zulieferer ihre Systemlösungen an den Bedürfnissen der Krankenhäuser orientieren und nicht an ihren eigenen Interessen. Dieses erfordert gemeinsame Produktentwicklungen, gemeinsame Problemlösungsteams und eine intensive gegenseitige Beratung (*KMU-/Krankenhaus-Studie 2000*).

Durch die zunehmende Praxis von Krankenhäusern, patientenferne Servicedienstleistungen an externe Anbieter auszugliedern, existieren inzwischen Erfahrungen, die auf dem Kontinuum von Konfrontation und Kooperation eine positive Entwicklung erkennen lassen. Die Krankenhäuser erwarten durch das Outsourcing insbesondere eine verbesserte Qualität der Leistungen infolge des größeren Know-hows der Spezialanbieter und eine Reduzierung der Kosten. Die Schwerpunkte des Outsourcings liegen dabei in den Bereichen Wäsche, Sondermüll, Gebäudereinigung, Bewachung sowie Patienten- und Personalverpflegung. (*Gebäudemanagement 1999*) Allerdings entstehen mit der Ausgliederung von betriebsnotwendigen Leistungen auch erhebliche Schnittstellenprobleme, deren Bearbeitung ein neues Managementverständnis im Krankenhaus voraussetzt (*Güntert 2000*).

Organisatorisch ist die weitest gehende Lösung für ein Partnerschaftsmodell zwischen Zulieferern und Krankenhäusern derzeit die Organschafts-GmbH. Hier gründen Krankenhaus und Dienstleister eine gemeinsame Tochtergesellschaft unter mehrheitlicher Beteiligung und Geschäftsführung des Krankenhauses. Für das Krankenhaus besteht die Möglichkeit, Personal einzubringen, der externe Spezialanbieter bringt Dienstleistungs- und Management-Know-how ein und beteiligt sich an der Erbringung spezifischer Dienstleistungen. Für die Krankenhäuser stellt dieses Modell ein flexibles unternehmerisches Werkzeug dar, das ihnen angesichts der neuen Erlössystematik dabei hilft, auch in den Sekundärbereichen, die die Patientenbehandlung unterstützen, ihre Marktfähigkeit sicherzustellen (*Kreysch 2000*).

4. Ausblick

Auf der konkreten Ebene des Teilprojekts „Zulieferbeziehungen in der Gesundheitswirtschaft“ setzen die kooperierenden Zulieferfirmen auf den Austausch und die exemplarische Initiierung von Entwicklungspartnerschaften mit den Krankenhäusern des Benchmarkingprojektes. Nach gemeinsamen Workshops und Arbeitsgruppen sind Themen- und Verbesserungsbereiche definiert worden, die je nach Interessenslagen der Krankenhäuser und Zulieferer Ausgangspunkt für gemeinsame Projektentwicklungen oder die Durchführung von Diskussionsforen sind. In welchen Themenfeldern bisher durch die Moderation des Projekts Aktivitäten gestartet wurden, die kontinuierlich weiterentwickelt werden, zeigt die nachfolgende Grafik.



**Entwicklungspartnerschaften
Projektinitiativen**



- Elektronischer Marktplatz (SWZ)
- Optimierung der KH-Prozesskosten durch e-business
- Kooperative Produktoptimierung
- Strategien/ Standards Ernährung
- Risikomanagement
- Umweltmanagement

In Vorbereitung

- Logistikkonzepte
- Wissensmanagement

weitere Projekte.....

Die Initiierung und Begleitung von Projektkooperationen oder anderen Instrumentarien, die die Kommunikation zwischen Krankenhäusern und Zulieferern verbessern helfen, sind Kernbestandteil der weiteren Projektarbeit. Genau hierin liegt die Chance, auf einer neutralen Plattform den gegenseitigen Austausch und mögliche Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Zulieferern zu intensivieren. Dabei sollen auch die förderlichen und hemmenden Faktoren beschrieben werden, die aus Sicht der Beteiligten das partnerschaftliche Miteinander unterstützen bzw. behindern.

5. Literatur

FAZ Beilage zur Medica 2000, Kernkompetenzen bündeln, Artikel v. W. Kreysch, 18. November 2000

Gebäudemanagement – Outsourcing von Dienstleistungen im Krankenhaus- und Pflegebereich, Eine Praxisstudie, GEBÄUDE-MANAGEMENT, 1999

Güntert B.J., Out- versus Insourcing, Vortragsmanuskript anlässlich des III. Kölner Krankenhauskongresses, August 2000

Institut Arbeit und Technik (IAT Gelsenkirchen), Veröffentlichungen und Materialien zum Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“, 2000

Ministerium für Wirtschaft und Mittelstand, Technologie und Verkehr des Landes NRW (Hrsg.), KMU-/ Krankenhaus-Studie 2000, Düsseldorf 2000

Wingert W.M., Wettbewerbsvorteile durch Lieferantenintegration: Strategische und operative Gestaltung des Wertschöpfungs-systems in der Elektroindustrie, Wiesbaden 1997

***Diskussion des Projektes „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“
mit Akteuren des Gesundheitssystems***

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Am heutigen Nachmittag wollen wir mit Akteuren des Gesundheitssystems das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ diskutieren, das uns am Vormittag vorgestellt worden ist. Im Podium vertreten sind – in der Reihenfolge, wie sie mit mir am Tisch sitzen – Herr Bernd Keil vom niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (MFAS), Herr Paul Wenzlaff vom Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Ärztekammer Niedersachsen, Frau Margareta Oetzel-Klöcker vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Herr Dr. Ulrich Dorenburg vom Verband der Rentenversicherungsträger (VDR), Herr Helge Engelke von der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft sowie Herr Wolfgang Griese vom Verband der Angestellten Krankenkassen und Arbeiterersatzkassen, Landesvertretung Niedersachsen (VdAK).

Ich darf Sie, meine sehr verehrte Dame und meine Herren, zunächst um kurze Eingangsstements bitten, um danach mit der großen Runde der Teilnehmer im Saal ins Gespräch zu kommen.

Bernd Keil (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales): Meine sehr verehrten Damen und Herren, die meisten von Ihnen werden wissen, dass das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (MFAS) seit einiger Zeit eine ganze Reihe von Initiativen zur Verwaltungsmodernisierung und zur Modernisierung der Sozialpolitik eingeleitet hat und erprobt. Ausgangspunkt dieser Aktivitäten ist die „Sozialbilanz Niedersachsen“, die ein Bewertungsschema sozialpolitischer Programme geschaffen hat. Mit der Entwicklung und Abstimmung eines „Leitfadens“ zum Sozialpolitischen Qualitätsmanagement wurde darüber hinaus ein Instrument entwickelt, das die verschiedenen Ebenen dieses Bewertungsschemas operationalisiert. Die „Sozialbilanz“ und der „Leitfaden“ sind eingebettet in unser Konzept einer aktivierenden Sozialpolitik, das darauf setzt, die Selbststeuerungsfähigkeit der Akteure des Sozial- und Gesundheitssystems zu stärken. Dieses entlastet die Sozialpolitik von zentralen Vorgaben und ermöglicht es den Akteuren, noch besser als bisher auf die sehr unterschiedlichen Lebenslagen und Bedürfnisse ihrer Zielgruppen einzugehen. Diese Programme wurden durch eine Arbeitsgruppe des MFAS entwickelt, der Professor Blanke und Herr von Bandemer angehört haben.

Das MFAS fördert die Entwicklung von Qualitätsmanagement innerhalb des Sozial- und Gesundheitssystems. Beispielhaft genannt seien die Bereitstellung von Mitteln für die Einführung von Benchmarking in niedersächsischen Suchtberatungsstellen und die Vergabe des

niedersächsischen Qualitätspreises für Krankenhäuser. Sie sind Beispiele dafür, dass auch durch immaterielle Anreize Impulse für einen Qualitätswettbewerb gegeben werden können. Es liegt auf der Hand und Sie sehen es auch an der Beteiligung unseres Ministeriums an dieser Veranstaltung, dass wir das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ nachdrücklich begrüßen. Und damit gar nicht erst der Eindruck entsteht, aus Sicht des MFAS sei Benchmarking eine Methode des Qualitätsmanagements, die tunlichst nur auf andere anzuwenden wäre, will ich darauf hinweisen, dass sich auch Teile unseres Ministeriums und der Landessozialverwaltung einem Benchmarking unterziehen.

Alle diese Aktivitäten resultieren aus einem modernen Verständnis von Staat und Sozialpolitik, das abrückt vom dem Ziel einer Zentralsteuerung aller Handlungsfelder durch den Staat und stattdessen auf einen Dialog der Akteure setzt. Gerade in der Sozialpolitik stößt der Staat an Grenzen nicht nur der Finanzierbarkeit, sondern auch der Zentralsteuerung. Deshalb ist es weise, die Selbststeuerungsfähigkeit der Einrichtungen zu stärken.

Qualitätsmanagement und Benchmarking sind hierfür sehr nützlich. Sie helfen den Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens sich selbst zu bewerten und mit anderen in einen qualitätsorientierten Wettbewerb zu treten. Zugleich fördern diese Instrumente die notwendige Transparenz des Leistungsgeschehens und seiner Kosten, so dass ein auf Messdaten beruhender Dialog der Einrichtungen mit den Schnittstellen „Politik“ und „Sozialversicherungen“ möglich wird. Auch insofern bin ich sicher, dass vom Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ wesentliche Impulse ausgehen werden.

Paul Wenzlaff (Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Ärztekammer Niedersachsen): Das „Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ (ZQ) wurde 1996 als Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen gegründet wurde. Das ZQ steht allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen als ein Ansprechpartner für die Entwicklung und Durchführung von Projekten zur Qualitätsverbesserung zur Verfügung. Nach unserem Auftrag können und wollen wir mit Einrichtungen und Personen des Gesundheitswesens im Hinblick auf Qualitätsmanagement zusammenarbeiten. Insofern sind solche Projekte, wie sie heute hier vorgestellt wurden, für uns von Interesse.

Auch unsere Arbeit geht deutlich über Hilfen zur Qualitätssicherung und zur Qualitätsverbesserung in der ärztlichen Tätigkeit hinaus. Dennoch bin ich überrascht, wie stark dieses Projekt den Wirtschaftsaspekt betont. Ich hätte mir eine stärkere Fokussierung auf die Patienten gewünscht. Sie sind schließlich das eigentliche Ziel aller Aktivitäten im Gesundheitswesen. Da sie wählen können, wo sie sich behandeln lassen, will ich jedoch gern zugestehen, dass sie in gewissem Maße auch wirtschaftliche Belange mitbestimmen.

Außerdem hätte ich mir gewünscht, dass mehr von den Ergebnissen präsentiert worden wäre, die das Handeln jener Personen im Krankenhaus betreffen, die in der unmittelbaren ärztlichen oder pflegerischen Versorgung der Patienten stehen.

Margareta Oetzel-Klöcker (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen): Anknüpfend an die Ausführungen von Herrn Keil möchte ich darauf hinweisen, dass unser Ministerpräsident Wolfgang Clement die Verwaltungsmodernisierung zu einem seiner zentralen Anliegen gemacht hat. Nicht zuletzt deshalb gab und gibt es in Nordrhein-Westfalen verschiedene Ansätze zur Unterstützung von Reformen im Gesundheitswesen. Sie haben das Ziel, die Effizienz und die Effektivität von Gesundheitseinrichtungen zu steigern und ihr Zusammenwirken zu fördern.

Ich selbst habe mit viel Engagement zwei große Krankenhausprojekte federführend bei ihren Ansätzen zum Qualitätsmanagement begleitet. In dem einen Fall ging es um „Patientenorientierung und Arbeitszufriedenheit“ und in dem anderen um die Verbesserung von Arbeitsabläufen und Pflegeprozessen im Krankenhaus. In beiden Fällen ist es gelungen, Anstöße für sehr begrüßenswerte Entwicklungen zu geben. Wir haben aber auch gelernt, dass die berufsgruppen- und stationsübergreifende Kommunikation im Krankenhaus zu den Schwachstellen gehört. Es fehlt an Transparenz, was die einzelnen Mitarbeiter und was die Abteilungen, die mit einander bei der Versorgung und Behandlung der Patienten kooperieren, genau machen und wie sie ihre Arbeitsprozesse organisieren. Darüber hinaus haben wir erfahren, wie schwer es sein kann, manche Ärzte für eine Mitwirkung an Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zu gewinnen. Das ist um so bedauerlicher, als gerade sie zu den Leitungskräften im Krankenhaus zählen und wesentlich das Klima einer Station prägen.

Was mich an dem hier vorgestellten Projekt besonders interessiert, ist die Frage, wie man mit Benchmarking zu messbaren Ergebnissen und zur Verbesserung von Lösungswegen kommen kann. In dieser Hinsicht fand ich die Vorträge heute morgen sehr aufschlussreich. Besonders gut finde ich, dass das Schlagwort „Kundenorientierung“ durch differenzierte Befragungen von Patienten und Mitarbeitern wesentlich konkretisiert wird. Worüber ich Näheres wissen möchte, ist die Frage, wie die einzelnen Krankenhäuser sich gegenüber diesem Projekt verhalten haben und natürlich, wie es um die Beteiligung der Ärzteschaft steht.

Dr. Ulrich Dorenburg (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger): Zu meiner Vorstellung möchte ich noch ergänzen, dass ich seit 1994 beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) an der Entwicklung und Routinisierung des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung beteiligt bin. Angesiedelt ist mein Arbeitsbereich in der rehabilitationswissenschaftlichen Abteilung des VDR, aus deren Sicht auch die Bewertung des Projektes „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ zunächst erfolgt.

Das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ enthält viele Aspekte, die bei der konzeptionellen Entwicklung des Qualitätssicherungsprogramms des VDR ebenfalls eine bedeutende Rolle gespielt haben. Auch unser Qualitätssicherungsprogramm setzt darauf, Leistungsvergleiche zwischen Kliniken zu ermöglichen anstatt einen Preiswettbewerb zu induzieren, der keinen spürbaren Einfluss auf die Qualitätsentwicklung hat. Das ist ein ganz wesentlicher Aspekt.

Wie das hier vorgestellte Projekt zielt auch das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger darauf, die Selbststeuerungsfähigkeit der Kliniken zu erhöhen und eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung zu fördern anstatt auf eine zentrale Regulierung zu setzen. Das Ziel ist also nicht, lediglich schlechte Qualitäten auszugrenzen, sondern die Kliniken insgesamt zu befähigen, eine gute Qualität in der Rehabilitation zu entwickeln.

Im Rahmen unseres Programms befragen wir jährlich knapp 100.000 Patienten zur Zufriedenheit und zum Reha-Ergebnis. Darüber hinaus haben wir ein differenziertes Verfahren zur Bewertung der Prozessqualität entwickelt, das sich auf Einzelfallbegutachtungen durch speziell geschulte Fachkollegen stützt. Die Ergebnisse und Erkenntnisse der Auswertungen melden wir in die von uns federführend belegten Kliniken kontinuierlich zurück, damit sie dort zur Weiterentwicklung der Qualität genutzt werden können.

Das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ ist ein Programm zur Förderung eines Qualitätsmanagements in den beteiligten Einrichtungen. Das Programm der Rentenversicherung versteht sich primär als ein *externes* Qualitätssicherungsprogramm. Insofern ergeben sich zwischen beiden Programmen sicherlich Synergiepotenziale. Ergebnisse, die unser Programm zur Verfügung stellt, können in einem System, wie wir es in den Beiträgen heute Morgen kennen gelernt haben, produktiv für das interne Qualitätsmanagement nutzbar gemacht werden.

Allerdings halten wir es für wünschenswert, wenn im weiteren Projektverlauf die Leistungsträger einbezogen werden könnten. Die Chance des Projektes liegt ja sicher auch darin, Funktion und Nutzen externer Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Leistungserbringer zu konkretisieren und damit die von mir angesprochenen Synergieeffekte zu verstärken.

Helge Engelke (Niedersächsische Krankenhausgesellschaft): Als Vertreter der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft befinde ich mich bei diesem Workshop quasi in der Rolle des Sprachrohrs der Krankenhäuser. Das heute vorgestellte Projekt trägt den Aspekt „Wirtschaftlichkeit“ in seinem Titel. Ich kann diesen Ansatz unterstützen, der darauf zielt, die Wirtschaftlichkeit in Krankenhäusern zu analysieren und im Interesse der Patienten, der Krankenhäuser, der Versicherungen und der Gesellschaft insgesamt auszuschöpfen. Dieses gilt um so mehr, als heute Vormittag darauf hingewiesen wurde, dass Wirtschaftlichkeit nicht mit Sparsamkeit gleichzusetzen sei. Es kann uns nicht um möglichst billige Leistungen, son-

dern es muss um bestmögliche Leistungen gehen. Um diese zu fördern, kann Benchmarking hilfreich und nützlich sein. Insofern freue ich mich, dass „Benchmarking“ im Sinne dieses Projektes ein eher weit gefasster Begriff ist, der das Qualitätsmanagement fördert und auf Leistungsförderung abzielt. Dieses kann den beteiligten Krankenhäusern sehr nützlich sein, denn sie sind ohnehin vom Gesetzgeber zu verstärktem Engagement für Qualitätsmanagement aufgefordert.

Als Krankenhausgesellschaft gilt es darüber hinaus zu überlegen, welche Rolle ein solches Projekt, das auf wissenschaftlicher Basis geführt wird und sich an die Einrichtungen vor Ort wendet, spielen kann. Wie kann es gelingen, die Aktivitäten und Erkenntnisse dieses Projektes mit den anderen Ansätzen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement zusammenzuführen? Wo liegen für die Krankenhäuser die Verwertungspotenziale? Ich plädiere dafür, die verschiedenen Ansätze nicht als Konkurrenzunternehmungen anzusehen, sondern danach zu schauen, wo sich Synergieeffekte ergeben können, und dabei auch die Aspekte der Gesamtsteuerung des Gesundheitssystems zu beachten. Der entscheidende Erfolg dieses Projektes, so meine ich, wird davon abhängen, wie das, was hier geleistet wird, in das überführt werden kann, was ohnehin im Rahmen der Selbstverwaltungslösungen geschieht. Der breite Ansatz dieses Projektes bietet hierfür gute Chancen.

Wir haben heute Morgen erfahren, dass die Kunden- und die Mitarbeiterbefragung eine große Rolle spielt und aufschlussreiche Ergebnisse liefert. Zusammen mit der Untersuchung von Leistungen und Kosten kann dieses dazu beitragen, die komplexen Strukturen von Krankenhäusern weiter zu entwickeln und die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern zu stärken. Dieses könnte uns helfen, die gesundheitspolitische Diskussion, die allzu sehr auf Kostenbegrenzung zielt, sinnvoll zu erweitern. Wir wollen nicht die Konkurrenz um den niedrigsten Preis herbeiführen, sondern den Wettbewerb um die um die beste Leistung. Um hier bestehen zu können, müssen Krankenhäuser eine umfassende Selbstbewertung vollziehen, sich mit anderen vergleichen und sich kontinuierlich und gezielt weiter entwickeln. Dieses ist zweifellos immer mit einem erheblichen Aufwand verbunden, aber es ist auch lohnenswert.

Wolfgang Griese (Verband der Angestellten-Krankenkassen): Für uns als einem Zusammenschluss von Krankenversicherungen ist natürlich die Frage von großer Bedeutung, zu welchem Preis wir in Krankenhäusern Leistungen für unsere Versicherten erhalten können. Dabei geht es wesentlich um die von Prof. Blanke in seinem Eingangsvortrag skizzierte Frage eines optimalen Umgangs mit Ressourcen: Wie kann man mit den vorhandenen Ressourcen möglichst gute Leistungen erzielen oder wie kann es gelingen, den Mitteleinsatz zu reduzieren und doch vergleichbar gute Leistungen zu erzielen? Es ist ja bekannt, dass wir für bestimmte Leistungen überall den selben Preis bezahlen. Dabei wissen wir, dass die Erstellungskosten der Leistungen nicht überall gleich hoch sind, und wir unterstellen stillschweigend, dass wir für unser Geld überall die selbe Leistungsmenge und -qualität erhalten.

Genau diese Unterstellung wäre zu überprüfen. Deshalb sind wir an mehr Transparenz des Leistungsgeschehens im Krankenhaus interessiert. Um diese zu fördern, sind wir seit einiger Zeit dabei, aus der Krankenhauspraxis heraus ein Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser zu entwickeln, nämlich die „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ)“. Dieser Ansatz zur Qualitätsentwicklung kam 1997 auf Betreiben der Bundesärztekammer und des VdAK zustande. Er befindet sich gegenwärtig noch in einer zweiten Erprobungsphase. Unser Verfahren besteht aus drei Elementen: Erstens die Selbstbewertung des Krankenhauses anhand eines standardisierten Kriterienkataloges, zweitens die Validierung der Selbstbewertung durch sogenannte Visitoren und drittens die Zertifizierung des Krankenhauses nach einer Begehung durch eine unabhängige Stelle, die noch nicht feststeht. Ich halte diesen Ansatz für lohnenswert, weil er aus der Praxis kommt und für die Praxis ist.

Mittlerweile gibt es zwar viel Literatur über Benchmarking, aber nur relativ wenig über Benchmarking im Gesundheitswesen oder der Gesundheitswirtschaft. Deshalb frage ich mich, ob Benchmarking nicht wieder unter dem Gesichtspunkt „Kostendämpfung“ diskutiert wird und ob tatsächlich der Paradigmenwechsel in der gesundheitspolitischen Debatte zu spüren ist, von dem Professor Blanke eingangs gesprochen hat. Noch einmal: Wir sollten unsere Aufmerksamkeit nicht nur auf die Kosten, sondern auch und zunehmend auf die Leistungen richten. Sowohl die Kostenträger als auch die Leistungserbringer brauchen mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen, und alle brauchen eine gemeinsame datengestützte Diskussion hierüber. Deshalb begrüßen wir seitens der Landesvertretung des VdAK den hier vorgestellten Benchmarkingansatz, der Verbesserungspotenziale der Krankenhäuser ausleuchtet und ihre Selbststeuerungsfähigkeiten stärken will.

Sehr spannend finde ich die Bemühungen, zwischen den Krankenhäusern und ihren Zulieferern eine Situation herstellen zu wollen, in der alle Beteiligten gewinnen können. Ich bin gespannt, was hier gelingt.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Wir haben jetzt eine ganze Menge zusätzlicher Informationen bekommen, auch zusätzliche Fragestellungen. Zunächst einmal bin ich sehr erfreut, dass die Teilnehmer hier im Podium nicht nur über das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ gesprochen, sondern auch auf ihre eigenen Ansätze zur Qualitätsentwicklung verwiesen haben. Die verschiedenen Ansätze sind es wert, benannt und mit einander verglichen zu werden, um auszuloten, inwiefern sie zur Gesamtentwicklung des Gesundheitswesens beitragen.

Einen weiteren Punkt der Eingangsstatements möchte ich hervorheben. Eigentlich alle Beteiligten haben die mangelnde Transparenz im Krankenhaus beklagt. Ich frage: Gilt das nicht für das Gesundheitswesen insgesamt? Woran liegt es, dass wir so wenig Kenntnis von Kosten, Leistungen und Wirkungen haben? Spielen hier starke Gruppeninteressen eine verschleiende

Rolle? Wer ist eigentlich für die Steuerung dieses Systems verantwortlich und an welcher Stelle nimmt er seine Verantwortung im Bezug auf „das Ganze“ wahr und worin drückt sich diese aus?

Befragungen haben ergeben, dass sich alle möglichen Akteure eigentlich als Opfer des Systems fühlen und von sich sagen, sie hätten zu wenig Einfluss und könnten deshalb keine entscheidenden Veränderungen im Gesundheitswesen herbeizuführen. Alle sehen sich als Opfer der jeweils Anderen und fühlen sich nicht verantwortlich für das, was an Unzulänglichkeiten beklagt wird. Deshalb stelle ich die Frage: Welche Veränderungen sind nötig, um diese Lähmung aufzubrechen? Kann nicht gerade ein Projekt, das so breit und sektorenübergreifend angelegt ist, dazu beigetragen, die eingeforderte Transparenz im Gesundheitswesen zu schaffen?

Paul Wenzlaff (Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Ärztekammer Niedersachsen): Ich rege an zu fragen: Transparenz über was, für wen und zu welchen Zwecken? Die Kernaufgabe des Krankenhauses ist die Versorgung kranker Menschen. Deshalb haben zunächst die Patienten ein Recht auf Transparenz. Sie müssten besser als bisher erfahren, was die einzelnen Krankenhäuser leisten, um auf der Basis einer umfassenden Information ihre Wahlfreiheit gegenüber Gesundheitsleistungen wahrnehmen zu können. Die stärkere Einbeziehung der Patienten bei der Diskussion könnte ein Schritt sein, die Blockaden aufzubrechen, die gegenwärtig die Transparenz im Krankenhaus und im Gesundheitswesen so schwer machen.

Allerdings sollten wir uns nicht auf die Forderung beschränken, die Beschäftigten eines Krankenhauses sollten ihre Leistungen nur untereinander und transparent machen. Auch die Patienten, die Versicherungen und die Politik haben ein Recht auf mehr Transparenz im Gesundheitswesen.

Dr. Thomas Sporn (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales): Ganz zweifellos hat Herr Wenzlaff mit seinen Fragen Recht und seinem Hinweis, dass es im Krankenhaus um die Versorgung kranker Menschen geht. Wir müssen uns davor hüten, kranke Menschen im Krankenhaus nur als Kunden zu betrachten, wie wir das aus dem Wirtschaftsleben gewöhnt sind, und statt dessen die besondere Situation der Patienten beachten. Andererseits ist das Gesundheitssystem Teil des Sozialsystems und dieses unterliegt insgesamt wirtschaftlichen und politischen Betrachtungsweisen. Und hier ist es üblich und nötig zu fragen, was geleistet wird und was die Leistungen kosten. Wir brauchen also neben der Stärkung von Patientenrechten und einer größeren Transparenz für sie auch eine Transparenz der Leistungen und der Kosten für alle Beteiligten. Hier stimme ich Herrn Wenzlaff vollständig zu.

Mit Professor Blanke bin ich als Jurist besorgt darüber, dass sich innerhalb des Gesundheitssystems niemand richtig verantwortlich fühlt. Das drückt sich auch darin aus, dass die

Gesetzgebung im Gesundheitswesen bemerkenswert unkomplett und wenig regulierend wirkt. Der Begriff „Selbstverwaltung“ hat hier einen ganz anderen Bedeutungsinhalt als beispielsweise im Bereich der Kommunalverwaltung. Man kann fragen, in wieweit das unverantwortlich ist, so zu verfahren.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf den Projektansatz eingehen, der die Selbststeuerungsfähigkeit der Krankenhäuser und Kliniken stärken will. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist dieses sehr verständlich, andererseits muss der Staat im Rahmen seiner Daseinsfürsorge die Verantwortung für die Gesundheit der Bürger ausüben. Die Patienten allein können hier zu wenig bewirken, um das System insgesamt zu regulieren. Es ist eine steuernde Kraft gefordert, die Patienteninteressen angemessen berücksichtigt und diese mit den Akteuren des Gesundheitssystems sowie den hier beschäftigten Personen ausgleicht.

Helga Kania (Universität Hannover): Ich sehe nicht, dass es eine allgemeine Blockade gegenüber mehr Transparenz im Gesundheitswesen gibt. Die fehlende Transparenz basiert meiner Meinung nach auf nicht vorhandenem Wissen über die Wirksamkeit und Effektivität von medizinischen Leistungen. Welche Behandlung hilft am besten gegen welche Erkrankung. Das ist noch immer eine „black box“ und wird es vielleicht auch weitgehend bleiben. Die Erforschung der möglichen unterschiedlichen Therapien, ihres Nutzen und ihrer Risiken auf breiter wissenschaftlicher Basis steht noch in den Anfängen. Wenn der Patient mit einer Erkrankung zu unterschiedlichen Ärzten geht, wird er vielleicht beim fünften gesund, weil sein Körper gerade zu diesem Zeitpunkt die Krankheit selbst besiegt hat. Aber der behandelnde Arzt wird glauben, seine Therapie habe ihn gesunden lassen.

Solange diese grundlegenden Kenntnisse fehlen, haben Leistungsanbieter weder die Möglichkeit noch den Zwang ihre angebotenen Leistungen näher zu definieren. Die Vermarktung von Leistungen erfolgt über Preise und Strukturmerkmale. Das bewirkt eine Transparenz des Leistungsangebots für Leistungserbringer und Kostenträger. Die medizinische Effektivität der Leistungserbringung wird einfach vorausgesetzt.

Erst wenn der Patient zum Kunden wird und über die Therapie mitentscheiden kann und will, sind die Leistungserbringer gezwungen, Nutzen und Risiken unterschiedlicher Behandlungsvarianten darzustellen. Schnellere Genesung ist häufig mit einer teureren Therapie und mit einem höheren Risiko behaftet und keineswegs für allen Patienten erste Wahl. Ohne die Möglichkeit von Patienten als Kunden zu agieren zu überschätzen, scheint dieses der Weg in die Zukunft zu sein, und Transparenz ist hier sowohl Voraussetzung als auch Resultat.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Lassen Sie mich zusammenfassen und weiterführen. Einhellig gefordert wird eine Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Krankenhäuser und Kliniken. Die eine Abteilung muss genauer wissen, was in der anderen getan wird und wie dieses geschieht. Darüber hinaus wird eine größere Transparenz des

Leistungsgeschehens gegenüber den Patienten und gegenüber den Kostenträger gefördert, um die Therapieerfolge zu verbessern und deren Kosten durchschaubar zu machen – für alle Beteiligten, für die Patienten, für die Leistungserbringer, für die Kostenträger und für die Politik.

Wenn man diese Formen der Transparenz herstellen will, muss man sektorales Denken und Handeln überwinden. Dieses gelingt nur, indem man die Schnittstellen genauer betrachtet, über deren Grenzen hinweg im Krankenhaus Leistungen erbracht werden. Für mich stellt sich dabei die Frage, wer diesen Impuls aufnimmt, sich für die Lösung der hier angeschnittenen Fragen verantwortlich zeigt. Ich persönlich glaube nicht, dass die Akteure absichtlich „mauern“, sondern dass so wenig geschieht, weil keine Instanz erkennbar ist, die ausdrücklich verantwortlich ist.

Bernd Keil (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales): Ich bin froh, dass es uns allen um eine verbesserte Transparenz in dem von Herrn Blanke skizzierten Ausformungen geht. Dieses ist ein Ansatz, der über die alleinige Fixierung auf Kosten für Leistungen hinausgeht.

Ich möchte noch einmal einen Gedanken unterstreichen, den Herr Sporn vorgetragen hat. Bei aller Wertschätzung für die Selbststeuerung von Organisationen, kann der Staat nicht aus seiner Verantwortung entlassen werden. Er muss nach wie vor dafür sorgen, dass die Versorgung der Bevölkerung sicher gestellt und dass grundlegende Patientenrechte gewahrt werden. Zugleich müssen die Einrichtungen des Gesundheitswesens die Verantwortung dafür übernehmen, dass sie nach den Regeln der Kunst Leistungen zu bezahlbaren Kosten erbringen. Sie haben die Prozesskompetenz und müssen ihre Ergebnisse gegenüber der Politik, den Kostenträgern und gegenüber den Patienten verantworten.

Prozesskompetenz und die Ergebnisverantwortung werden durch Qualitätsmanagement und Benchmarking gefördert – und sie werden mit der Neuregelung der Krankenhausfinanzierung noch an Bedeutung gewinnen. Es bleibt abzuwarten, ob diese Neuregelung die Leistungen für die Patienten einschränken wird, weil die Krankenhäuser mit der Umstellung der Finanzierung in einen verschärften Wettbewerb eintreten werden und sich überlegen müssen, ob sie bestimmte Leistungen unter Wettbewerbsbedingungen noch erbringen wollen oder können.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Aus meiner Sicht widerspricht die Einführung von Effektivitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten nicht einer optimalen Patientenversorgung. Dieses zeigt der internationale Vergleich von Gesundheitssystemen. In manchen Ländern kann das selbe Ergebnis durchaus wirtschaftlicher als bei uns erbracht werden. Leider fehlt es uns gegenwärtig an der notwendigen Transparenz, verlässlich sagen zu können, wo in einzelnen Krankenhäusern und Kliniken wirklich Einsparpotenziale liegen, die eben nicht zu Lasten des Behandlungsergebnisses gehen. Dieses einrichtungsbezogen

herauszufinden, ist gerade ein wesentlicher Ansatz des hier diskutierten Benchmarkingansatzes.

Stephan von Bandemer (Institut Arbeit und Technik): Innerhalb des Projektes spielt einerseits die Frage nach Transparenz und andererseits die Frage nach der Vertraulichkeit der erhobenen Daten eine große Rolle. Wir haben den Krankenhäusern und Kliniken im Projekt zugesichert, dass wir ihre einrichtungsbezogenen Daten vertraulich behandeln. Ihre betriebsinternen Daten sind ein schützenswertes Gut, das nicht auf dem Markt gehandelt werden darf. Dieses beanspruchen auch die anderen Akteure des Gesundheitssystems für sich. Die Parteien sind bekanntlich nicht bereit, ihre Finanzierung transparent zu machen, und die Krankenkassen werden keine völlige Transparenz ihrer Verwaltungskosten und Organisationsabläufe herstellen. Aber darum geht es auch nicht wirklich.

Im Kern geht es um die Transparenz der Leistungen und der Fähigkeit, Probleme zu lösen. Hierüber zu diskutieren, sind die beteiligten Einrichtungen sehr wohl bereit. Das geschieht im Rahmen des Projekts zum Beispiel in den Benchmarkingkreisen, wo intensiv über gute Ideen und Lösungen diskutiert wird, weil die Einrichtungen erkannt haben, dass sie von einander lernen und profitieren können. Dieses gilt übrigens auch für die Ärzte, die nach unseren Erfahrungen einen hohen Bedarf an Austausch über gute Problemlösungen haben. Sofern es um die Verbesserung von Problemlösungskompetenz geht, haben wir im Projekt eine sehr hohe Akzeptanz und eine sehr große Bereitschaft festgestellt, sich an der Herstellung von Transparenz zu beteiligen.

Ein Anliegen dieses Benchmarkingprojektes ist es, Verbesserungspotenziale sichtbar zu machen – einrichtungsintern und über die Grenzen der Einrichtungen hinaus. Deshalb sind wir an der sog. „Schnittstellenproblematik“ sehr interessiert. Erfolgversprechende Problemlösungen scheitern oftmals daran, dass Partner auf der anderen Seite der Schnittstelle nicht „mitziehen“. So beklagen die Krankenhäuser und Kliniken im Projekt, dass ihnen in mancherlei Hinsicht seitens der Politik oder der Kostenträger Rahmenbedingungen gesetzt werden, die für eine konkrete Problemlösung „vor Ort“ nicht eben förderlich seien. Solche Schnittstellenproblematiken wollen wir aus dem Projekt heraus deutlich machen und mit allen Beteiligten offensiv diskutieren.

Ob mit den Zulieferern oder der Politik und den Kostenträgern: Immer wird es darum gehen, nach Win-Win-Situationen zu suchen. Frau Meier hat heute Morgen dieses Stichwort gegeben, als sie über die Verbesserung der Beziehungen der Krankenhäuser und Kliniken zu ihren Zulieferfirmen referiert hat. In diesem Kontext geht es primär um wirtschaftliche Aspekte und verbesserte Organisationsabläufe, von denen beide Seite profitieren.

Durch unser Projekt wollen wir darüber hinaus auch Initiativen auf den Weg bringen, die der verbesserten Behandlung und Versorgung der Patienten dienen und sowohl den Einrichtun-

gen selbst als auch den Kostenträgern und der Politik messbare Vorteile bringen. Hierin liegt meines Erachtens die eigentliche Begründung und die Legitimation der eingeforderten Transparenz. Um dieses Ziel zu fördern, veranstalten wir Workshops und Kongresse, die die Projektbeteiligten mit den anderen Akteuren des Gesundheitssystems zusammenführen. Wir wollen es aber nicht bei Diskussionen belassen, sondern nach Möglichkeiten suchen, identifizierte Verbesserungspotenziale über die einrichtungsbezogenen Schnittstellen hinaus zu kommunizieren und in Pilotprojekten Lösungen praktisch zu erproben, von denen alle Beteiligten Vorteile haben. Wenn es gelänge, hierzu den Anstoß zu geben, hätte dieser Workshop seinen Sinn optimal erfüllt.

Wolfgang Griese (Verband der Angestellten-Krankenkassen): Ich möchte darauf hinweisen, dass wir ausgehend von dem Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ mittlerweile über das Gesundheitssystem insgesamt diskutieren. Diese Ausweitung der Diskussion wohl unvermeidlich.

Lassen Sie mich noch einmal das Stichwort „Transparenz“ aufgreifen. Was die Informationsmöglichkeiten anbelangt, befinden wir uns in einer geradezu revolutionären Situation. Über Publikumsmedien und Fachveröffentlichungen können sich Patienten mehr denn je über Krankenhäuser informieren. Hinzu kommen die vielfältigen Möglichkeiten des Internets, die immer stärker genutzt werden.

Dieses Mehr an Informationsmöglichkeiten führt jedoch nicht direkt zu einer sachgerechten Informiertheit. Manche Patienten glauben, dass die „Schwarzwaldklinik“ der Fernsehserie wirklich existiert und verlangen von ihrem Arzt oder ihrer Versicherung genau hier untergebracht und behandelt zu werden. Ranglisten von besten Kliniken in Deutschland, die in Zeitschriften immer wieder einmal erscheinen, fördern diese Entwicklung. Hier müssen wir mit gezielten Fachinformationen gegensteuern, allerdings fehlen differenzierte und aussagekräftige Kriterien, nach denen wir die Güte von Therapien und Kliniken bewerten können. Wir sollten daran arbeiten, uns auf solche Kriterien zu verständigen und diese dann auch veröffentlichten.

Unser Programm für „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ kann dazu beitragen, solche Kriterien zu gewinnen und mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen herzustellen. Natürlich können und wollen wir kein Krankenhaus dazu zwingen, sich an unserer Initiative zu beteiligen, allerdings glaube ich, dass langfristig die Patienten solche Krankenhäuser bevorzugen werden, die bereit sind, dieses zu tun. Wer seine Leistungen transparent macht, wird bei den Patienten einen Vertrauensvorschuss genießen, und dieses Vertrauen wird zu Konsequenzen bei der Inanspruchnahme von Leistungen führen.

Helge Engelke (Niedersächsische Krankenhausgesellschaft): Ich denke auch, es ist eine Systemdiskussion, die wir führen. Allerdings halte ich sie für unvermeidbar und glaube, dass das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ dieses letztlich auch will. Es ist darauf angelegt, politische Impulse zu geben.

Auch ich wäre dafür, eine Verständigung über die Beurteilung von Leistungen herbeizuführen, glaube aber, dass der Weg dorthin noch lang sein wird. Gegenwärtig reden wir ja über die Transparenz von Vergütungen für definierte Leistungen. Im Kern geht es dabei um Leistungsmengen, aber noch nicht um die Qualität der Leistungen selbst. Mit der Einführung der neuen Finanzierungsgrundlage von Krankenhäusern werden wir zunächst nur eine Transparenz von Kostenstrukturen sowie der einzelnen Behandlungs- oder Leistungsstrukturen von Krankenhäusern erhalten. Für die Patienten wird dieses noch nicht ohne weiteres zu einer tatsächlichen Transparenz von Leistungen und Kosten führen. Ich bezweifle zudem, dass sich Patienten bei der Wahl ihrer Behandlung immer kostenbewusst verhalten würden, wenn ihnen die Kosten bekannt wären. Meiner Meinung nach sind noch andere Gründe für ihre Wahl einer Gesundheitsdienstleistung ausschlaggebend.

Aus meiner Sicht will das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ vorrangig mehr Transparenz schaffen zwischen den Krankenhäusern und Kliniken auf der einen Seite sowie den Versicherungen, der Politik und den Zulieferern auf der anderen Seite. Darüber hinaus will es den Beteiligten ermöglichen, von guten Ideen und Lösungen anderer zu lernen. Dieser Teil der Transparenz lässt sich nicht verordnen, er beruht auf der Dialogfähigkeit der Beteiligten, und zu deren Entwicklung trägt das Projekt bei.

Ich halte solche Workshops, die versuchen, die Projekterkenntnisse mit einer Diskussion gesundheitspolitischer Zielsetzungen zu verbinden, für sehr hilfreich. Wir brauchen nicht nur eine Transparenz des Leistungsgeschehens und seiner Kosten, sondern auch eine Verständigung über politische Rahmenbedingungen und Zielsetzungen. Hierzu kann der wissenschaftliche Ansatz des Projektes nützlich sein, zum Beispiel wenn es um internationale Vergleiche oder generell um die Vergleichbarkeit von Daten geht. Meine Zweifel möchte ich anmelden, ob es wirklich gelingt, auf der Basis von Transparenz eine Win-Win-Situation zwischen den Beteiligten herzustellen. Möglicherweise stehen diesem Ziel doch starke wirtschaftliche Interessen im Wege.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Ich möchte darauf hinweisen, dass die ganze Diskussion um die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems unter einer politischen Vorgabe leidet, die die Optionen stark einschränkt. Es ist die Vorgabe, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht steigen dürfen. Diese Beitragsstabilität wird nicht aus gesundheitspolitischen, sondern aus gesamtwirtschaftlichen Erwägungen gefordert. Grundsätzlich wäre es auch denkbar, mehr Geld ins Gesundheitssystem fließen zu lassen,

und dieses könnte gerechtfertigt sein, wenn hierdurch bessere Ergebnisse erzielt würden. Unter der politischen Vorgabe ist dieses nur durch private Zuzahlung denkbar. Diesen Gedanken sollten wir bei unserer Diskussion über das Gesundheitssystem im Hinterkopf behalten.

Stefan Kunz (AG Katholischer Fachkrankenhäuser für Suchtkranke): Es gibt in Rehabilitationskliniken mittlerweile eine große Bereitschaft, das Leistungsgeschehen transparenter zu machen und zur Qualitätsentwicklung beizutragen. Allerdings gibt es auch eine Unsicherheit darüber, was der richtige Ansatz ist. Einige Einrichtungen setzen auf eine Zertifizierung nach DIN ISO, andere nach EFQM, Dritte wenden sich dem TQM zu. Sie sehen, wir sind experimentierfreudig, aber letztlich warten alle auf ein klares Signal der Kostenträger, denn wir sind von deren Belegung abhängig und können es uns nicht leisten, Geld und Energie mit der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen zu vergeuden, an denen unsere Auftraggeber nicht interessiert sind.

Dr. Ulrich Dorenburg (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger): Zum Stellenwert von Zertifizierungsmaßnahmen hat die Rentenversicherung bereits ihre Position deutlich gemacht. Aus unserer Sicht sind Zertifizierungen als Belegungsvoraussetzung oder als alleinige Form der Qualitätssicherung nicht ausreichend. Im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung ist die Teilnahme an unserem Qualitätssicherungsprogramm verpflichtend, das im Übrigen mit einem eigenen Programmpunkt die Entwicklung von Qualitätsmanagementstrukturen in den Kliniken angeregt und gefördert hat. Daher begrüßen wir es, wenn Einrichtungen ihr internes Qualitätsmanagement entwickeln und verbessern. Wir sind aber der Auffassung, dass die Einrichtungen selbst entscheiden sollten, wie und mit welcher Unterstützung sie ein effektives Qualitätsmanagement implementieren.

Wolfgang Tasche (MEDIAN-Klinikum für Rehabilitation, Bad Salzuflen): Ich möchte das Stichwort „Transparenz“ einmal aus Sicht eines Projektteilnehmers aufgreifen und auf ein paar Unterschiede aufmerksam machen, die zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken bestehen. Unsere Finanzierung ist wesentlich einfacher als die von Krankenhäusern. Wir bekommen nach Belegtagen Kosten erstattet und unsere Patienten werden uns von den Kostenträgern, zumeist den Rentenversicherungen, zugewiesen. Dabei können die Patienten zwar Wünsche äußern, in welcher Klinik sie ihre Rehabilitation absolvieren wollen, aber in der Praxis entscheidet ihre Rentenversicherung hierüber. Insofern sind wir wesentlich stärker abhängig von der Entscheidung der Rentenversicherungsträger als von der Wahlfreiheit der Patienten.

Dieses bekommen wir seit Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes besonders deutlich zu spüren, und zwar anders als das hier in der Diskussion angeklungen ist. Jedes Gespräch mit dem federführenden Beleger dreht sich von Beginn an um den Preis unserer Leistungen und nicht um die Leistungen selbst. Wenn wir sie darauf an-

sprechen, betonen unsere Verhandlungspartner gern, dass unsere Leistungen gut seien und aktuell keiner Diskussion bedürften. Da nicht nur wir diese Erfahrung machen, drückt sich in dieser Haltung offensichtlich die Unterstellung aus, dass die Leistungen in jeder Einrichtung gleich und an sich überzeugend seien.

Wir finden diese Herangehensweise unbefriedigend. Für uns ist nicht erkennbar, dass die Rentenversicherungsträger wirklich an einem Vergleich von Leistungen interessiert sind, sondern es geht ihnen offenbar nur um einen Preiswettbewerb der Kliniken. Wir können nicht erkennen, dass die Rentenversicherungsträger ernsthaft Leistungen der Reha-Kliniken messen und auf dieser Basis ihre Zuweisungsentscheidungen treffen. Sie scheinen nur an billigen Leistungen interessiert zu sein. Wenn wir sie nach den Kriterien zur Leistungsbeurteilung fragen, bleiben ihre Aussagen eigentümlich schwammig. Dieses möchte ich ausdrücklich beklagen.

Lassen Sie mich noch etwas dazu sagen, warum wir uns an diesem Projekt beteiligen. Zwei Aspekte stehen im Vordergrund: Wir wollen Näheres und Konkretes über unseren gegenwärtigen Leistungsstand erfahren und wir wollen uns mit anderen Einrichtungen vergleichen, die sich ebenfalls über ihre Leistungen und deren Kosten oder über die Zufriedenheit ihrer Patienten und Mitarbeiter Gedanken machen. Hierfür finden wir in diesem Projekt gute Möglichkeiten.

Es war nicht leicht, unseren Führungskräften zu vermitteln, dass das Selbstbild, das wir von uns haben, durch Patienten- und Mitarbeiterbefragungen ergänzt werden muss, um eine verlässlichere Datenbasis zu erhalten. Manche Antworten, die wir durch die Befragungen von Patienten und Mitarbeitern erhalten haben, waren zudem überraschend oder auch schmerzlich. Aber wir müssen sie akzeptieren und an der Verbesserung unliebsamer Ergebnisse arbeiten. Auch wenn wir unser Selbstbild an der einen oder anderen Stelle korrigieren mussten, waren die Befragungen für uns hilfreich, denn durch sie haben wir konkrete Messergebnisse, mit denen wir unsere Stärken belegen können. Wir sind nicht länger auf Vermutungen angewiesen, sondern haben eine gute datengestützte Basis erhalten, von der aus wir unsere strategischen Entscheidungen über die Entwicklung unserer Klinik treffen können. Mit anderen Worten: Wir haben für uns selbst mehr Transparenz erreicht – eine Transparenz, die unsere Selbststeuerungsfähigkeit stärkt. Unsere Stärken, aber auch unsere Verbesserungsbereiche sind uns nun deutlich transparenter als zuvor.

Sicher haben alle Rehabilitationseinrichtungen Kernkompetenzen, die sich ähneln. Trotzdem wird man beim näheren Hinsehen viele Unterschiede entdecken können, wie dieses Projekt bestätigt. Aus diesen Unterschieden sollte man Lehren ziehen. Wir tun es, und auch die Rentenversicherungsträger sollten es tun.

Ich halte es mit dem aus dem Bereich der Industrie überlieferten Lehrsatz : Mach nichts, was andere besser können als du selbst. Ich setze auf den Ausbau unserer spezifischen Stärken. Hieraus möchte ich einen strategischen Vorschlag ableiten. Wenn alle Einrichtungen ihre spezifischen Stärken weiter ausbauen und im Gegenzug anderen das überlassen, was diese besser können, so ist eine deutliche Qualitätssteigerung des Gesundheitswesens insgesamt zu erwarten. Der Nutzen für die Rentenversicherungen liegt meines Erachtens auf der Hand. Ich meine, die Akteure des Gesundheitssystems sollten die hierin liegenden Chancen nutzen, und deshalb fordere ich dazu auf, solche Überlegungen innerhalb des Projektes ernsthaft zu diskutieren.

Rainer Schena (Herzog-Elisabeth-Heim Kliniken, Braunschweig): Auch unsere Klinik beteiligt sich an diesem Projekt, und ich kann das nur unterstützen, was Herr Tasche eben gesagt hat. Wir bedauern es ebenfalls, dass die Rentenversicherungsträger mit den Rehabilitationskliniken vorrangig über den Preis von Leistungen reden wollen und so tun, als seien die angebotenen Leistungen überall gleich gut. Diese Haltung fördert nicht die vom Podium einforderte Leistungstransparenz.

Im Übrigen halte ich die Diskussion um Transparenz, wie sie im Podium geführt wurde, für ziemlich abstrakt und wenig aussichtsreich. Wir müssten uns darauf verständigen, wer wie viel Transparenz vom jeweils anderen für welche Zwecke braucht – ein mühsamer Prozess. Selbst wenn die Verständigung hierüber gelänge, fürchte ich, dass anschließend immer noch jeder auf seinem Berg stünde und beim Betrachten der Landschaft sagen würde: Ich sehe aber etwas ganz anderes.

Für unser Haus ist es ganz wichtig, dass wir durch das Benchmarkingprojekt mit neuen Ideen in Kontakt kommen. Dieses Projekt löst bei uns längst überfällige Diskussionen aus. Wir werden uns unserer Stärken bewusst und erkennen zugleich unsere Verbesserungsziele. Auf diese Art der Transparenz kommt es uns als Einrichtung zunächst einmal an.

Auch das Modell „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ befasst sich nach meinem Dafürhalten sehr stark mit der Durchleuchtung von Strukturen und Prozessen, vernachlässigt demgegenüber aber die Ergebnisdimension. Die Ergebnisse der Behandlung und Versorgung von Patienten scheinen mir immer noch so etwas wie eine „black box“ zu sein, wie das vorhin schon angesprochen wurde. Ich hoffe, dass in dieser Hinsicht das „Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK)“ des AOK-Bundesverbandes weiter führt.

Nach meinen bisherigen Erfahrungen scheint mir das EFQM-Modell für Exzellenz, das unserem Benchmarkingprojekt zugrunde liegt, besonders gut geeignet sein, auch die Ergebnisqualität von Leistungen angemessen abzubilden. Das ist ein Grund mehr, warum ich dieses Projekt befürworte.

Jetto Ihmels (Evangelisches Krankenhaus Oldenburg): Unser Krankenhaus nimmt ebenfalls am Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ teil. Wir haben uns dazu entschlossen, um in unserem Haus überhaupt mit Qualitätsmanagement zu beginnen. Gerade unter den heutigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen mit dem erhöhten Kostendruck ist es erforderlich, innerbetriebliche Verbesserungspotenziale zu entdecken und auszuschöpfen. Dieses sind wir unseren Patienten, der Gesellschaft und auch uns selbst schuldig. Vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen gehen wir davon aus, dass wir immer genug Patienten haben werden, die von uns behandelt werden wollen. Von größerer Bedeutung scheint es uns zu sein, die Leistungen für Patienten nach Art und Umfang aufrecht zu erhalten, ihre Qualität tunlichst noch zu verbessern und doch das Gesundheitssystem insgesamt finanzierbar zu halten. Hieran wollen wir mitwirken.

Unter diesen Vorzeichen ist der Vergleich mit anderen Krankenhäusern für uns von großem Interesse. Wir suchen nämlich nach Möglichkeiten, Prozesse so zu gestalten, dass sie kostengünstiger sind, ohne dass die Versorgungsqualität leidet. Das ist der Anspruch, mit dem wir angetreten sind, und der Grund für unsere Beteiligung am Projekt.

Auch bin der Auffassung, dass der Begriff „Transparenz“ je nach Standpunkt und Interessenslage viele verschiedene Bedeutungen hat. Jeder fordert unter diesem Schlagwort genau jene Informationen ein, die ihm nützen, um selbst in der Wettbewerbssituation bestehen zu können. Die Kostenträger scheinen besonders an der Kostentransparenz interessiert zu sein, während uns Krankenhäuser zunächst einmal Anderes mehr interessiert. Wir wollen unsere Leistungen mit denen anderer Häuser vergleichen, um zu prüfen, was wir von ihnen eventuell lernen können – und dabei interessieren uns auch die Kosten.

Ich finde es sehr nützlich, dass wir im Rahmen dieses Projektes gemeinsam mit Vertretern der Kostenträger und der Politik über das Gesundheitssystem insgesamt diskutieren. Es geht nicht an, dass nur von den Krankenhäusern und Kliniken verlangt wird, sie sollten sich bewegen und durch wechselseitige Lernprozesse zur Optimierung ihrer Leistungen beitragen. Die Veränderungsprozesse, die wir durch das Projekt anstoßen, vollziehen sich im Rahmen stark prägender Gesamtbedingungen. Über diese müssen wir gemeinsam diskutieren und nach Möglichkeiten suchen, sie weiter zu entwickeln. Es ist zu kurz gegriffen, nur von einem Element des Gesundheitssystems zu verlangen, dass es sich verändert. Die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger müssen sich ebenfalls bewegen und mit uns gemeinsam ausloten, wie sie unsere Verbesserungsansätze unterstützen können. Und es problematisch, wenn die Politik unter den Krankenhäusern einen Existenzwettbewerb auslöst und ihnen zugleich sagt, dass sie auf jeden Fall ihren Versorgungsauftrag erfüllen müssen. Ich hoffe, dass dieser Workshop so etwas wie der Auftakt für Konsensgespräche über diese und andere zentrale Fragen im Gesundheitswesen ist.

Dr. Ulrich Dorenburg (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger): Ich stimme meinen Vorrednern zu, die beklagt haben, dass wir zwar einiges über Struktur- und Prozessqualität, aber zu wenig über Ergebnisqualität der von den Rentenversicherungsträgern belegten Rehabilitationskliniken wissen. Wir sind noch dabei, ein Instrumentarium zu entwickeln, die Ergebnisqualität von Reha-Leistungen messbar zu machen. Uns ist hieran sehr gelegen, und wir haben in den letzten Jahren viel für diesen Forschungsbereich getan. Obwohl die Outcome-Forschung für uns Rentenversicherungsträger von besonderem Interesse ist, müssen wir gestehen, derzeit auf diesem Sektor noch Defizite zu haben. Im Rahmen unseres Qualitätssicherungsprogramms sind wir dabei, Strukturanalysen zu erstellen und Prozesse zu analysieren, wir können aber gegenwärtig die Kliniken nicht im wünschenswerten Maße mit Outcome-Daten versorgen, die das Ergebnis ihrer Leistungen angemessen beschreiben.

Allerdings können wir auch nicht auf eine Transparenz der Prozesse verzichten. Wir beobachten nämlich, dass Prozesse, die aus unserer Sicht gut geführt werden, nicht unbedingt eine hohe Patientenzufriedenheit als Ergebnis haben. So können Maßnahmen zur aktivierenden Rehabilitation zu ungünstigen Zufriedenheitswerten bei den Patienten führen – zumindest erst einmal. Ähnliches kennen wir auch aus der Psychotherapieforschung. Mit anderen Worten: zur Beurteilung der Rehabilitationsleistungen dürfen wir uns nicht auf das isolierte Betrachten einzelner Prozess- und Ergebniswerte, etwa die Patientenzufriedenheit während oder unmittelbar nach der Therapie beschränken, sondern wir müssen andere Parameter mit einbeziehen – etwa die Frage, wie das, was mit den Patienten vollzogen wird, ihnen vermittelt und erklärt wurde. Wenn unter Berücksichtigung aller relevanten Umstände ein Kostenträger zu der Auffassung gelangt, eine Einrichtung liefere gute Qualität, so ist diese Erkenntnis aus meiner Sicht durchaus für die Belegung von Bedeutung.

Wolfgang Griese (Verband der Angestellten-Krankenkassen): Zunächst einmal möchte ich darauf hinweisen, dass das Modell „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ durchaus die Ergebnisqualität angemessen berücksichtigen wird.

Aber lassen Sie mich einen anderen Gedanken weiter führen: Professor Blanke hat darauf hingewiesen, dass die gesundheitspolitische Debatte unter der Vorgabe geführt wird, die Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht zu erhöhen. Dieses führt zweifellos zu einer Limitierung von Ausgaben der GKV, und wir müssen uns fragen, ob wir die jetzige Ausgabenhöhe für ausreichend halten. Letztlich ist es Aufgabe der Politik, dieses zu entscheiden und – falls nicht – andere Rahmenbedingungen zu setzen.

Weil die Ausgabenhöhe begrenzt ist, hat Professor Blanke vorgeschlagen, den Ressourcenverbrauch zu optimieren. In der Praxis ist es jedoch schwierig, das Gesundheitssystem zu steuern. So hat sich in den letzten zwanzig Jahren beispielsweise die Anzahl der niedergelassenen Ärzte fast verdoppelt – mit der Folge, dass viele Ärzte heute gesunkene Einkom-

men beklagen. Aber trotzdem: Mit dem Gedanken, dass Krankenhäuser und Kliniken gemeinsam mit den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung sowie der Politik danach suchen, wie dieser Teil des Gesundheitssystems weiterentwickeln ließe, kann ich mich gut anfreunden – insbesondere, weil es um Lernen von guten Ideen und Lösungen, also um best practice, geht.

Stephan von Bandemer (Institut Arbeit und Technik): Wir hören im Projekt die Klage der Rehabilitationskliniken, dass die Kostenträger nur auf die Preise und kaum auf das Preis-Leistungsverhältnis schauen würden, obwohl man dieses von ihnen erwarten müsste. Eine offene Diskussion hierüber sollten wir führen, obwohl ich weiß, dass sie besonders schwierig ist, so lange Überkapazitäten an Rehabilitationsplätzen gibt. Gleichwohl sollten wir uns an diese Diskussion wagen, um zu erkunden, ob man im Rahmen der politischen Vorgaben und vorhandenen Finanzmittel verbesserte Leistungen in der Rehabilitation erzielen kann und dieses Interesse der Patienten und der Kostenträger durch eine größere Belegungsstabilität der Einrichtungen belohnt.

Mir schwebt das Ausprobieren pragmatischer Lösungsansätze vor. So ist im Projekt deutlich geworden, dass die durchschnittliche Belegung der Rehabilitationskliniken im Jahresverlauf stark schwankt und dass genau dieses zu erheblichen Problemen für die Einrichtung führt. Da die Kliniken ihre Patienten durch die Kostenträger zugewiesen bekommen, können sie diese Situation allein nur schwer beeinflussen. Ein Dialog mit den Kostenträgern wird nötig, und sein Ziel wäre es, Win-Win-Situationen zu schaffen und diese in Pilotprojekten zu erproben. Ich könnte mir vorstellen, dass es mit Hilfe der Kostenträger gelingt, Kliniken gleichmäßiger als bisher zu belegen. Und ich könnte mir weiter vorstellen, dass diese Belegungssicherheit die Bereitschaft der Kliniken erhöht, ihr Leistungsgeschehen transparenter zu machen und es offen zu diskutieren. Selbstverständlich lässt sich diese Zielsetzung auch auf die Krankenhäuser im Projekt übertragen. Es gehört zu den Chancen solcher Workshops, dieses anzuregen und auszuprobieren.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Ich denke, wir nehmen dieses als das Schlusswort der Diskussion, das ich durch zwei Bemerkungen ergänzen möchte.

Zum einen scheint mir deutlich geworden zu sein, dass dieses große und differenzierte Projekt eine sehr gute Resonanz bei den beteiligten Einrichtungen und bei den hier vertretenen Akteuren des Gesundheitssystems gefunden hat und findet. Alle sehen offenbar gute Chancen, dass vom Projekt wesentliche Anstöße für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ausgehen können und sollten.

Und zum anderen ist die Bedeutung solcher Workshops für die Verbesserung der Kommunikation und für die Anbahnung von guten Lösungen im Interesse aller Beteiligten deutlich ge-

worden. Nicht zuletzt deshalb werden wir diese Diskussion fortsetzen und dabei Einzelaspekte näher betrachten.

Ich danke Ihnen allen sehr für Ihre Teilnahme und Ihre Beteiligung an dieser Veranstaltung, hoffe, dass Sie Ihnen Spaß gemacht hat und freue mich darauf, Sie bei nächster Gelegenheit wieder begrüßen zu können.

BMBF-Projekt

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Qualitätsentwicklung
in
Rehabilitationskliniken

Dokumentation
des Workshops
vom 05. April 2001
in Hannover

BMBF-Projekt

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Qualitätsentwicklung
in
Rehabilitationskliniken

Dokumentation
des Workshops
vom 05. April 2001
in Hannover

Inhalt

Begrüßung und Einführung

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover) S. 3

Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung

Dr. Ulrich Dorenburg (VDR) S. 4

Die medizinische Rehabilitation steuern und gestalten

Achim Schäfer (BfA) S. 17

Qualität entwickeln und das Rehabilitationsgeschehen steuern

Heinz Lutter (Universität Hannover) S. 29

Diskussion mit Akteuren des Gesundheitssystems S. 48

Redaktion: Heinz Lutter

Die vorliegende Dokumentation kann auf dem Postwege zum Selbstkostenpreis von 10 DM bezogen werden. Bitte schriftlich bestellen und Verrechnungsscheck beifügen.

Bestelladresse Ausdruck

Universität Hannover
Abteilung Sozialpolitik und Public Policy
Im Moore 13
30167 Hannover

oder kostenlos Herunterladen über Internet-Adresse

<http://www.swz-net.de>

Das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“
wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

Begrüßung und Eröffnung des Workshops

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Institut für Politische Wissenschaft, Abteilung „Sozialpolitik und Public Policy“, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Universität Hannover)

Herzlich willkommen, meine sehr verehrten Damen und Herren, zu unserem zweiten Workshop im Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“.

Unser heutiger Workshop wird sich mit Fragen der „Qualitätsentwicklung in Rehabilitationskliniken“ beschäftigen. Wie Sie wissen, hat die gesetzliche Rentenversicherung bereits 1994 ein Qualitätssicherungsprogramm für die stationäre medizinische Rehabilitation eingeführt. In die Programmentwicklung wurden von Beginn an alle eigenen und von der Rentenversicherung federführend belegten Kliniken einbezogen. Mittlerweile nehmen über 1000 Einrichtungen bzw. eigenständige Fachabteilungen an diesem Programm teil.

Heute wollen wir dieses differenzierte Instrumentarium und das Verfahren seiner Anwendung näher betrachten und bewerten. Ich freue mich, dass Herr Dr. Ulrich Dorenburg vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) sich bereit erklärt hat, uns in dieses Programm einzuführen und uns über den Stand der Umsetzung zu informieren.

In einem zweiten Vortrag wird uns Herr Achim Schäfer von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) über die Möglichkeiten und Grenzen eines großen Rentenversicherungsträgers berichten, mit Hilfe dieses Programms die medizinische Rehabilitation zu steuern und zu gestalten.

Beide Referenten begrüße ich sehr herzlich zu unserem Workshop und danke Ihnen für Ihre Bereitschaft zu ihren Referaten und zur Teilnahme an der anschließenden Diskussion.

In einem dritten Vortrag wird Heinz Lutter von der Universität Hannover drei verschiedene Ansätze zur Steuerung und zur Qualitätsentwicklung in der medizinischen Rehabilitation gegenüberstellen und hieran Fragestellungen knüpfen, die sich mit der Implementierung und der Steuerung von Qualität beschäftigen.

Ich freue mich, dass auch zu diesem Workshop zahlreiche Repräsentanten der Leistungserbringer und der Kostenträger gekommen sind und zusätzlich Vertreter der zuständigen Gesundheitsministerien der Länder sowie Landtagsabgeordnete. Gerne begrüße ich auch Vertreter der in den Kliniken beschäftigten Fachverbände und einzelner Zulieferfirmen der Kliniken. Insgesamt haben wir ein breites Spektrum der Akteure des Gesundheitssystems versammeln können, mit denen wir uns einen spannenden Dialog über die Entwicklung von Qualität in der medizinischen Rehabilitation versprechen.

Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation.

Konzept, Stand der Umsetzung und Perspektiven

Dr. Ulrich Dorenburg (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt a.M.)

Qualitätssicherung ist in der Akut-Medizin wie auch in der Rehabilitation der Sache nach kein neues Thema. Fachinstitutionen, berufsständische Organisationen und nicht zuletzt auch die für die Rehabilitation zuständigen Träger und Einrichtungen führen schon seit langem unterschiedliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch.

In der Vergangenheit war die Qualitätsentwicklung und -sicherung in der medizinischen Rehabilitation der Initiative einzelner Kostenträger oder Leistungsanbieter überlassen. Mit Inkrafttreten der Gesundheitsreformgesetze 1989 und 2000 wurde die Qualitätssicherung als obligatorischer Bestandteil der medizinischen Versorgung im fünften Sozialgesetzbuch festgeschrieben (§§ 135 bis 139 SGB V): Krankenhäuser, Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind nunmehr dazu verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Die erbrachten Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden (§ 135a SGB V). Auch die Bündelung des Rehabilitationsrechtes im SGB IX sieht übergreifende Regelungen zur Qualitätssicherung für alle gesetzlichen Rehabilitationsträger sowie für die Leistungserbringer vor. Dieses ist ein Hinweis darauf, welche Bedeutung der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zukommt.

Mit der Einführung und Umsetzung eines Qualitätssicherungsprogramms wurden entsprechende Vorgaben zur Qualitätssicherung, wie sie für die Krankenversicherung gesetzlich festgeschrieben sind, für den Bereich der rehabilitativen Versorgung der Rentenversicherung vorweggenommen. Darüber hinaus ergeben sich qualitätssichernde Maßnahmen für die Rentenversicherung u.a. aus der Tatsache, dass Rehabilitationsleistungen „dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse“ entsprechen müssen (§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI).

Bedeutung des Programms

- ♦ **Sicherung des Stellenwertes der Rehabilitation im Versorgungssystem**
- ♦ **Erhaltung der unter qualitativen Gesichtspunkten aufgebauten Strukturen**
- ♦ **Grundlage für die Entwicklung von Standards und Leitlinien**

UDR
Abb. 3.3 Rehabilitationen im SGB VI

Die gesetzliche Rentenversicherung hat deshalb ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation entwickelt, an dem alle eigenen und von ihr fed-

Die gesetzliche Rentenversicherung hat deshalb ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation entwickelt, an dem alle eigenen und von ihr fed-

führend belegten Rehabilitationseinrichtungen in einem stufenweisen Umsetzungsprozess seit 1994 beteiligt sind.

Mit der Einführung ihres Qualitätssicherungsprogramms beschränkt sich die Rentenversicherung nicht mehr darauf, die strukturellen Voraussetzungen für eine effektive Rehabilitation zu gewährleisten. Mit dem Programm werden vielmehr alle Ebenen und Bereiche, welche die Qualität der Rehabilitation beeinflussen können, systematisch aufeinander bezogen. Neben



der Strukturqualität der Einrichtungen werden auch der Behandlungsprozess selbst sowie die Ergebnisse der Rehabilitationsbehandlung in die Untersuchungen einbezogen.

Zunächst einmal wollten wir mit unserem Programm vorrangig dazu beitragen, die Qualität der Rehabilitation dauerhaft zu sichern. Dabei haben wir bewusst nicht auf die Implementierung von Controllingstrategien gesetzt, sondern es war unser Ziel, die von uns federführend belegten und betreuten Einrichtungen bei der Entwicklung und Verbesserung von Qualität zu unterstützen, um den Erfolg der Rehabilitation zu optimieren. Darüber hinaus wollten wir die Möglichkeiten der Zuweisungssteuerung für die einzelnen Rentenversicherungsträger verbessern. Bei der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung haben die Rentenversicherungen eine besondere Strukturverantwortung auszuüben. Zur Erfüllung dieser Zwecke ist Transparenz eine wesentliche Voraussetzung. Kostenträger, Leistungserbringer, Patienten und nicht zuletzt die Beschäftigten benötigen Klarheit über die Prozesse und Ergebnisse in der Rehabilitation. Nur wo solche Klarheit herrscht, können Leistungsreserven entdeckt und erschlossen werden – und auch dieses ist ein Anliegen unseres Qualitätssicherungsprogramms.

Die **Umsetzung** des Qualitätssicherungsprogramms erfolgte in einer mehrjährigen Entwicklung mit wissenschaftlicher Unterstützung und Mitwirkung von indikationsspezifischen Experten aus Rehabilitationseinrichtungen sowie den Sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungsträger. Wesentliche Aufgabe der beteiligten wissenschaftlichen Institute war es vor allem, für die Praxis Instrumente und Verfahren zu schaffen, die für Klinikvergleiche geeignet sind.

Dabei waren folgende Kriterien zu erfüllen:

- Erfassung von allen Qualitätsdimensionen

- methodische Absicherung
- Verknüpfbarkeit der einzelnen Verfahren
- Vergleichbarkeit mit bereits eingesetzten Instrumenten
- möglichst generische, d.h. indikationsübergreifende Instrumente
- Praktikabilität in der routinisierten Anwendung
- Berücksichtigung der spezifischen Rahmenbedingungen für die Rehabilitation innerhalb des Systems der Gesundheitsversorgung
- Umsetzbarkeit und Verwertbarkeit der Ergebnisse auf Trägerebene.

**Grundlagen des
Qualitätssicherungsprogramms der
Rentenversicherung**

- ♦ **Wissenschaftliche Grundlagen**
- ♦ **Routineprogramm**
- ♦ **Vergleichender Ansatz**
- ♦ **Regelmäßiges Informations- und Berichtswesen**
- ♦ **Wissenschaftliche Auswertungsstellen**
- ♦ **Förderung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs**
- ♦ **Optimierung der Belegungssteuerung**

UDR
Abt. 3.3 Rehabilitationen

Diese Ziele wurden in einer dreijährigen Erprobungs- und Umsetzungsphase erreicht. Nunmehr liegen routinemäßig einsetzbare Instrumente, Verfahren und Auswertungskonzepte vor.

Wegen der besonderen strukturellen und konzeptionellen Gegebenheiten in den Bereichen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen wurden die Instrumente und Verfahren für

diese Indikationen modifiziert. Die von der Rentenversicherung geleisteten Entwicklungen stehen grundsätzlich auch anderen Rehabilitationsträgern zur Verfügung. Ein vergleichbares Konzept lag bisher im gesamten Gesundheitswesen nicht vor.

Sein Aufbau wird durch die nachfolgende Folie veranschaulicht.

Wesentliche Grundlage des jetzt routinisierten Programms ist der linikvergleichende Ansatz.

Auf der Grundlage ihrer Strukturdaten werden die Rehabilitationseinrichtungen vergleichbaren Gruppen zugeordnet, für die regelmäßige Klinikvergleiche durchgeführt werden. Die Ergebnisse werden in Qualitätsberichten zusammengefasst und den Rehabilitationseinrichtungen zur Unterstützung des internen Qualitätsmanagements zur Verfügung gestellt. Mit diesem

**Aufbau eines klinikvergleichenden
Informationssystems**

Datengrundlage:

- ♦ **Strukturdaten**
- ♦ **Daten zu Prozess- und Ergebnisqualität (Peer Review)**
- ♦ **Daten zur Ergebnisqualität (Patientenbefragung)**

Vergleichsgrundlagen:

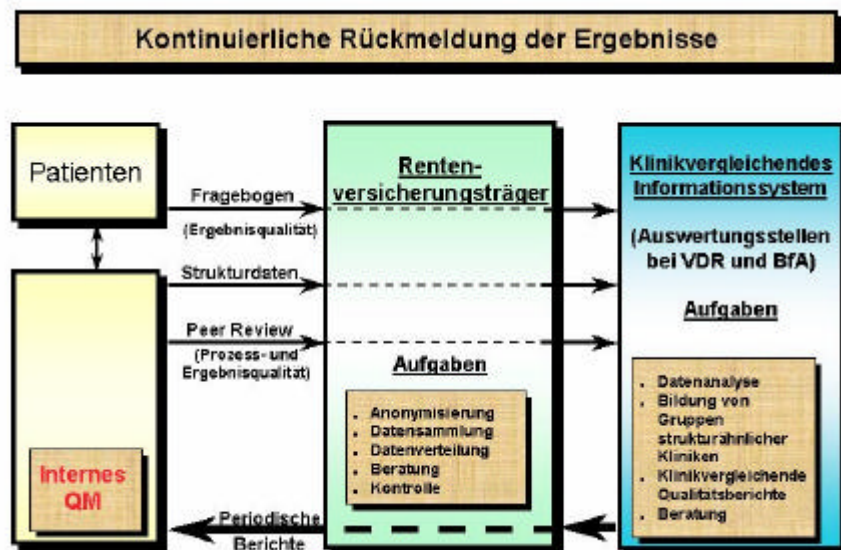
- ♦ **Gruppen strukturähnlicher Kliniken**
- ♦ **Jeweilige Vorjahreswerte**

UDR
Abt. 3.3 Rehabilitationen

Verfahren kann gezeigt werden, in welcher Weise sich die in den Vergleich einbezogenen

Kliniken hinsichtlich qualitätsrelevanter Merkmale unterscheiden. Durch die vergleichende Darstellung der untersuchten Merkmale soll ein qualitätsorientierter Wettbewerb unter den Einrichtungen angeregt werden.

Dieser Ansatz zeichnet sich gegenüber anderen Strategien und Verfahren zur Qualitätssicherung, wie z.B. Zertifizierungen, durch eine immanente Dynamik aus, die als wesentliche Grundlage für einen kontinuierlichen Prozess der Qualitätsverbesserung angesehen werden kann. Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung ist – wie bereits erwähnt – nicht auf Controlling ausgerichtet. Vielmehr fokussiert es eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung auf der Basis entwickelter Qualitätsstandards. Die Rentenversicherungsträger haben sich verpflichtet, die Rehabilitationseinrichtungen bei der Umsetzung des Programms zu unterstützen. Und das geschieht nicht zuletzt durch die Erhebung, Bewertung und Rückkoppelung von Daten.



Inhaltlich thematisiert das Programm die Strukturqualität (u.a. personelle und apparative Ausstattung, Vernetzung mit anderen Einrichtungen, Qualitätsmanagement), die Prozessqualität (u.a. die Regelmäßigkeit der Behandlung sowie Aspekte der Therapieplanung und Therapiesteuerung) und schließlich die Ergebnisqualität (u.a. Erreichen des individuellen Behandlungszieles einschließlich der Zufriedenheit des Patienten).

Die wesentlichen Ergebnisse der Entwicklungs- und Erprobungsphase sind neben der Bereitstellung von Instrumenten und Verfahren für die Routine zu nunmehr praktisch allen Programmpunkten vor allem in der Tatsache zu sehen, dass die Auswertungen (besonders zur Prozess- und Ergebnisqualität) die praktische Anwendbarkeit des klinikvergleichenden Ansatzes unter Beweis gestellt haben.


Den aktuellen Stand der Entwicklung will ich nachfolgend kurz skizzieren:

Von allen beteiligten Einrichtungen werden Merkmale der **Strukturqualität** erhoben. Dabei wird zwischen strukturellen und konzeptionellen Aspekten unterschieden. Die strukturellen Merkmale umfassen neben qualitätsunabhängigen Informationen über die Behandlungsschwerpunkte, Umfang der Anschlussrehabilitation, Größe einer Einrichtung, u.a. Informationen über das Personal und dessen Qualifikation, über die vorhandenen diagnostischen und

therapeutischen Angebote sowie über belegungsrelevante Besonderheiten der Einrichtung (z.B. mehrsprachiges Personal oder Zugangsvoraussetzungen für Behinderte). Zu den ergänzenden konzeptionellen Merkmalen gehören beispielsweise Aspekte der therapeutischen Ausrichtung sowie der Fortbildung und Supervision, die Außenkontakte der Kliniken oder das interne Qualitätsmanagement.

Erste Bilanz der Routinisierung

- Über 900 Reha-Einrichtungen und Fachabteilungen beteiligt
- Über 800 leitende Ärztinnen und Ärzte als Peers geschult
- Jährlich werden über 90.000 PatientInnen befragt (Stichproben)
- Jährlich werden über 12.000 Klinikberichte begutachtet (Stichproben)
- Jede Klinik erhält künftig i.d.R. zwei Qualitätsberichte im Jahr
- Klinikvergleichender Ansatz hat sich bewährt
- Instrumente und Verfahren des Qualitätssicherungsprogramms veröffentlicht in: Deutsche Rentenversicherung, DRV-Schriften, Band 18 (Bezug über den VDR)

 UDR
Abt. 3.3 Rehabilitationsversicherung

Die erste rentenversicherungsweite Strukturhebung wurde 1996 durchgeführt. Wegen der 1996 eingeleiteten gesetzlichen Sparmaßnahmen durch das Wirtschafts und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) und das Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEG) und den damit bewirkten grundlegenden Veränderungen der Rahmenbedingungen für die medizinische Rehabilitation folgte im Jahre 1998 eine weitere Strukturhebung. Für das Jahr 2001 ist eine erneute Erhebung vorgesehen, um den inzwischen abgeschlossenen Konsolidierungsprozess erfassen zu können. Der Aufwand für die Rehabilitationseinrichtungen wird möglichst gering gehalten. Hierzu wurde eine Software entwickelt, welche die elektronische Erfassung und Übermittlung sämtlicher Informationen ermöglicht.

Anhand der gewonnenen Daten werden die Rehabilitationseinrichtungen nach verschiedenen qualitätsneutralen Strukturmerkmalen (u.a. Behandlungsschwerpunkt, Anteil der AHB Patienten) in Gruppen vergleichbarer Kliniken zusammengefasst, welche die Grundlage für ein klinikvergleichendes Informationssystem bilden. Darüber hinaus können vergleichende Analysen der Strukturqualität durchgeführt und Anforderungsprofile entwickelt werden. Die Informationen dienen darüber hinaus als Grundlage für die Zuweisung und Belegungssteuerung bei den Rentenversicherungsträgern.

Die Bewertung der **Qualität des Rehabilitationsprozesses** erfolgt im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms mittels einer anonymen Einzelfallprüfung durch erfahrene und entsprechend geschulte Fachkollegen (Peer Review-Verfahren). Grundlage der Prüfung ist der Reha-Entlassungsbericht, der an Hand einer Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale sowie eines dazugehörigen Manuals mit indikationsspezifischen Bewertungskriterien systematisch ausgewertet wird. Die Beurteilung richtet sich dabei primär auf die durchgeführte Rehabilitationsleistung und weniger auf Umfang und Qualität der Dokumentation. Die Ergebnisse werden indikationsbezogen und klinikvergleichend rückgemeldet.

Im Jahre 1997 wurde das Peer Review-Verfahren zunächst auf freiwilliger Basis in 100 Rehabilitationseinrichtungen der somatischen Indikationsbereiche eingeführt. Anfang 1999 folgten 51 freiwillig teilnehmende Einrichtungen der Indikationsbereiche Psychosomatik und Ab-

hängigkeitserkrankungen. Seit Mitte 2000 werden nun routinemäßig etwa einmal jährlich aus allen von der Rentenversicherung federführend belegten Kliniken und Einrichtungen zufällig ausgewählte, hinsichtlich Patient und Rehabilitationseinrichtung anonymisierte Entlassungsberichte einem Review durch Fachkollegen unterzogen.

Seit April 1999 wird von den Rentenversicherungsträgern eine bundesweit einheitliche Patientenbefragung durchgeführt. Um die **Ergebnisqualität** der Therapie aus Patientensicht zumindest stichprobenartig beurteilen zu können, werden je Rehabilitationseinrichtung monatlich bis zu 20 Versicherte um ihr Urteil gebeten. Die Befragung erfolgt postalisch ca. 10 Wochen nach Ab-

schluss der Maßnahme und bezieht sowohl die Zufriedenheit mit der Einrichtung bzw. mit der Behandlung als auch das Rehabilitationsergebnis aus Patientensicht ein. Die Ergebnisse werden in halbjährlichen, klinikvergleichenden Berichten den teilnehmenden Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

Erste Erfahrungen und Ergebnisse aus der Routinisierung

- ♦ Breites Leistungsspektrum der Reha-Einrichtungen
- ♦ Hohe Zufriedenheit der Patienten
- ♦ Einrichtungen werden unterschiedlich bewertet
- ♦ Insgesamt gute Prozessqualität
- ♦ Es bestehen Entwicklungspotentiale
- ♦ Das Qualitätssicherungsprogramm wirkt

UDR
Abb. 3.3 Rehabilitationseinrichtung

Ausblick

Mit dem Strukturkonzept, dem Peer Review-Verfahren sowie der Patientenbefragung sind nunmehr die Voraussetzungen für die Anwendung des Qualitätssicherungsprogramms in der Weise gegeben, dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität systematisch aufeinander bezogen werden können. Qualitätszirkel, die einen wesentlichen Teil des Qualitätsmanagements in einer Klinik darstellen, sind Bestandteil des Programms. Deshalb wurde ein umfassendes Manual für Qualitätszirkel zur Verfügung gestellt, das im Internet über die WebSite der BfA (www.bfa-berlin.de) unter den Buttons „Kliniken“ und „RehaQualitätssicherung“ bereitgestellt wurde.

Auf der Basis unserer bisherigen Erfahrungen ist es möglich, das Qualitätssicherungsprogramm in seinen wesentlichen Bestandteilen zu bewerten.

Zunächst einmal ist hervorzuheben, dass die Erhebung der Strukturdaten das breite Leistungsspektrum der Rehabilitationskliniken sichtbar gemacht hat. Hierdurch ist es den Rentenversicherungsträgern möglich geworden, ihre Zuweisungssteuerung zu optimieren, also dafür zu sorgen, dass ein Patient mit seiner spezifischen Indikation zum richtigen Zeitpunkt in die für ihn passende Klinik kommt. Dieses ist ein Beitrag zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung. Zugleich trägt der Überblick über verfügbare Versorgungsstrukturen

dazu bei, bedarfsgerecht zu planen und ggf. zum Aufbau benötigter Angebote und Strukturen beizutragen.

Unsere Patientenbefragungen belegen eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit der Durchführung der Rehabilitationsbehandlungen und mit ihren Ergebnissen. Dieser Befund ist um so aussagekräftiger, als die Patienten einzelne Einrichtungen durchaus unterschiedlich bewerten. Aus den Patientenbefragungen und den übrigen Instrumenten unseres Qualitätssicherungsprogramms wissen wir, dass die Prozessqualität in der medizinischen Rehabilitation insgesamt gut ist, aber – wie sollte es anders sein – noch Verbesserungsmöglichkeiten offen lässt.

Weiterentwicklungspotenziale

- ♦ **Peer Review**
 - Überarbeitung von Checkliste und Manual
 - Modifikation der Instrumente für den ambulanten Bereich und die Adaptionseinrichtungen
- ♦ **Patientenbefragung**
 - Überarbeitung / Kürzung des Fragebogens
 - Modifikation der Stichprobenbestimmung zur Erhöhung der Fallzahlen
 - Anpassung der Berichterstattung an kleine Stichprobenumfänge

UDR
488-3.3 Rehabilitationserwerbstätige

Lassen Sie mich mit einem grundsätzlichen Hinweis schließen. Um den eingangs erwähnten gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation künftig entsprechen zu können, wurde zwischen der Rentenversicherung und den Spitzenverbänden der übrigen gesetzlichen Rehabilitationsträger im Oktober 1999 eine gemeinsame Vereinbarung

geschlossen. Ziel der Vereinbarung ist, die Entwicklung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen aller Rehabilitationsträger zu koordinieren und inhaltlich aufeinander abzustimmen. Inzwischen haben die Spitzenverbände sowohl der gesetzlichen Krankenversicherung als auch der gesetzlichen Unfallversicherung mit der Entwicklung von Qualitätssicherungsprogrammen begonnen, die sich an dem Programm der Rentenversicherung orientieren. Damit wird gewährleistet, dass Rehabilitationskliniken künftig immer nur an dem Qualitätssicherungsprogramm des jeweils federführenden Belegers teilnehmen müssen.

Künftige Weiterentwicklungen des Programms werden sich auf die Einbeziehung weiterer Versorgungsbereiche (ambulante Rehabilitation, Kinderrehabilitation) sowie auf konzeptionelle und methodische Fragen konzentrieren. Dabei werden Aspekte wie die Entwicklung von Basiskriterien zur Bewertung der Strukturqualität, die Ergebnismessung sowie die Weiterentwicklung der methodischen Grundlagen für Klinikvergleiche im Vordergrund stehen.

Auszüge aus der Diskussion nach dem Vortrag

Bernhard Blanke (Universität Hannover): Vielen Dank, Herr Dr. Dorenburg für Ihren Vortrag. Meine sehr verehrten Damen und Herren, Sie haben jetzt die Gelegenheit zu Nachfragen.

Thorsten Körner (Medizinische Hochschule Hannover): Meine Frage betrifft die Erhebung der Patientenzufriedenheit. Haben Sie Erfahrungen darüber, ob es signifikante Unterschiede zwischen den Zufriedenheitswerten der somatischen und der psychosomatischen Patienten gibt? Unsere Erfahrungen mit HIV-Patienten deuten darauf hin, dass die Patienten, die den psychologischen Beratungsbereich stärker nutzen, öfter depressiv reagieren als andere.

Ulrich Dorenburg (VDR): Derzeit lässt unsere Datenbasis leider noch keine abschließende Antwort auf Ihre Frage zu. Allerdings haben wir Hinweise darauf, dass Patienten besonders aktivierende Formen der Rehabilitation kritischer bewerten als solche Formen, die sie eher als umsorgend empfinden. Dieser Befund korrespondiert allerdings längst nicht immer positiv mit der ansonsten feststellbaren Qualität der Rehabilitation und ihrer Ergebnisse.

Gerd Pollert (BKK Landesverband Niedersachsen/Bremen): Mir leuchtet unmittelbar ein, dass man Patienten über ihre Zufriedenheit mit einer Therapie befragt. Aber können Sie auch den Therapieerfolg beurteilen? Können sie den Erfolg der einzelnen Maßnahmen zutreffend bewerten? Deshalb meine Zusatzfrage: Haben Sie als Rentenversicherungsträger über die Befragung der Patienten hinaus gehende Ansätze zur Messung der Therapieergebnisse?

Ulrich Dorenburg (VDR): Selbstverständlich gibt es berechtigte Zweifel, ob Patienten wirklich fundiert beurteilen können, welche Therapiemaßnahmen fachgerecht auf der Höhe der Zeit erbracht worden sind und welche nicht. Ein solches Fachurteil wollen wir mit unseren Befragungen allerdings auch nicht erheben. Wir wollen Informationen darüber bekommen, wie der Versicherte die Rehabilitation erlebt und wie er ihren Nutzen beurteilt. Rehabilitation ist ein lebenslanger Prozess, dessen Gelingen wesentlich davon abhängt, wie der Rehabilitand mitwirkt und in wiefern es ihm gelingt, seine Einstellungen und Verhaltensweisen zu verändern. Deshalb fragen wir Patienten nach ihrem subjektiven Erleben und bitten sie zehn Wochen nach dem Klinikaufenthalt um eine Bewertung des persönlich erlebten Therapieerfolges.

Neben den Patientenbefragungen haben wir noch andere Strategien zur Bewertung der Therapieergebnisse. So hat zum Beispiel das Institut für Rehabilitationsforschung in Bad Säckingen Methoden zur Ergebnismessung mit Hilfe des sog. Arztbogens entwickelt. Wie Sie wissen wird bei jedem Patienten bei Therapieantritt sein Eingangsstatus erhoben, und es werden seine individuellen Therapieziele festgelegt. Am Ende der Therapie wird sein Entlassungsstatus erhoben und verglichen, in welchem Maße die Therapieziele erreicht sind. Ein Problem dieser Methode liegt im der Frage, wie weit es gelingt, die Therapieziele zu operationalisieren. Diese Frage ist aus unserer Sicht noch nicht hinreichend geklärt.

Helga Kania (Universität Hannover): Sicher erheben Sie doch auch, wie viele Patienten nach einer Rehabilitation wieder arbeitsfähig sind. Allerdings ist auch bekannt, dass nicht alle Rehabilitanden ins Arbeitsleben zurück kehren wollen, selbst wenn sie dazu in der Lage wären. Haben Sie Erkenntnisse darüber, wie sich dieser Zielkonflikt auf die Zufriedenheit mit der Therapie auswirkt?

Ulrich Dorenburg (VDR): Nein, das haben wir bisher nicht untersucht, und es ist fraglich, ob Antworten auf solche Fragen empirisch ermittelbar sind.

Womit wir uns allerdings schon systematisch beschäftigen ist die Frage, in welchem Maße die patientenbezogenen Prognosen im Rahmen der Rehabilitation zutreffen. Wir verfolgen also nach, wie erfolgreich die Rehabilitation im Hinblick auf die gestellte Prognose ist. Dieses geschieht zum Beispiel bei der BfA im Rahmen von Zehnjahresprognosen. Die Ergebnisse werden an die Kliniken rückgemeldet. Andere Rentenversicherungsträger machen das nicht, und es gibt auch noch keine systematische Verknüpfung der Ergebnisse mit den angewandten Behandlungsmethoden oder dem Qualitätssicherungsprogramm.

Herr Schuch (Therapiedorf „Villa Lilly“): Ich bin von den Daten, die Sie erheben, beeindruckt. Allerdings hätte ich von Ihnen gern auf dieser Basis eine klare Rückmeldung, wo wir als Klinik Mindestanforderungen erfüllen und wo nicht, damit wir wissen, wo wir im Vergleich zu unseren Mitbewerbern stehen.

Ulrich Dorenburg (VDR): Wissenschaftlich abgesichert lässt unsere Datenbasis Aussagen, wie Sie sie anregen, gar nicht zu. Nachweislich wirksame Standards in der Therapie zu formulieren, das ist noch Zukunftsmusik. So etwas kann man nur in einem breit angelegten Konsensverfahren mit Fachleuten aus allen beteiligten Bereichen angehen.

Wie Sie wissen, sind die Krankenkassen unter Einbeziehung entsprechender Fachleute dabei, in einem Pilotprojekt sogenannte Basiskriterien für Strukturqualität zu definieren. Die Rentenversicherung wird sich mit dieser Thematik ebenfalls befassen. Mit Auswertungen, die auf solchen Kriterien beruhen, wäre Ihnen bei der Qualitätsentwicklung aus meiner Sicht mehr gedient als mit der Auskunft – ich überspitze es –, dass Ihre Einrichtung hinsichtlich der Strukturqualität im „oberen Mittelfeld“ rangiert.

Heinz Lutter (Universität Hannover): Meine Frage bezieht sich auf die Zuweisung und ihre Steuerung. Wie können Ihre Sachbearbeiter gewährleisten, dass der richtige Patient zum richtigen Zeitpunkt in die richtige Einrichtung kommt? Können Sie das bezogen auf den Einzelfall wirklich beurteilen? Anders herum gefragt: Halten Sie auch für Patienteninformationen bereit, wo sie die für sie persönlich beste Behandlung bekommen können, etwa in Form eines Rankings der Kliniken?

Ulrich Dorenburg (VDR): Zum letzten Teil Ihrer Frage ein klares Nein. Diese Möglichkeit hat der Versicherte nicht. Es gibt natürlich jede Menge Klinikverzeichnisse, wo sich der Ver-

sicherte über die Möglichkeiten der Rehabilitation für seinen konkreten Fall informieren kann und diese Verzeichnisse werden in den kommenden Jahren immer mehr auch qualitätsrelevante Informationen enthalten und auch enthalten müssen. Auf der anderen Seite ist es auch von der Sozialgesetzgebung so gewollt, dass der Rentenversicherungsträger bestimmt, wann, wo und wie der Versicherte rehabilitiert wird. Der Versicherte kann zwar in einem gewissen Umfang eigene Vorstellungen und Wünsche einbringen, aber letztlich liegt die Entscheidungskompetenz eben bei den Rentenversicherungsträgern, welche Klinik für ihn zu einem bestimmten Zeitpunkt ausgesucht wird. Hierfür nutzen bereits viele Rentenversicherungsträger eine hoch entwickelte Software. Was diese beinhaltet und wie sie angewendet wird, wird Herr Schäfer in seinem Vortrag schildern.

Jochen Blaser (Techniker Krankenkasse): Ich habe eine Frage zu den Peer Reviews. Mir gegenüber haben verschiedene Chefärzte die Auffassung vertreten, dass sich durch das Peer Review-Verfahren nur die Dokumentation der Leistungen verbessert hätte. Auf die Leistungen selbst habe es sich kaum ausgewirkt. Können Sie das bestätigen?

Ulrich Dorenburg (VDR): Zunächst einmal gehen wir davon aus, dass derjenige, der gute Qualität leistet, auch in der Lage ist, diese zu dokumentieren. Unser Qualitätssicherungsprogramm dient der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der medizinischen Rehabilitation, und wenn sich quasi nebenbei die Qualität der Leistungsdokumentation verbessert, ist das auch willkommen.

Aber dass die Weiterentwicklung der Reha-Qualität der eigentliche Zweck ist, und dass dieser Zweck auch tatsächlich erreicht wird, will ich Ihnen abschließend durch eine Statistik belegen [Folie auf der nächsten Seite]. Sie zeigt, dass das Resultat des Qualitätssicherungsprogramms weitaus mehr ist als nur eine Verbesserung der Leistungsdokumentation. Es ist die Leistung selbst, die verbessert wird, und zwar in vielen Bereichen in ganz erheblichem Ausmaß.

Bernhard Blanke (Universität Hannover): Vielen Dank, Herr Dr. Dorenburg für Ihren Vortrag und Ihre Erläuterungen.

BESONDERE PROBLEMSTELLEN IN DER REHA-PRAXIS			
- SOMATISCHE INDIKATIONSBEREICHE 1998 / 1999 -			
BEREICH	MERKMAL	GRAV. MÄNGEL	
		1998	1999
Anamnese	Krankheitsverarbeitung	63,8 %	38,6 %
	Psychosoziale Belastungen	49,0 %	24,1 %
	Funktionseinschränkungen im Alltag	40,1 %	21,0 %
	Funktionseinschränkungen im Beruf	36,7 %	22,3 %
Diagnostik	Fähigkeits-/Funktionsstörungen	42,0 %	23,0 %
	Psychosoziale Diagnostik	38,5 %	20,2 %
Therapie / Ziele	Ziele mit Patienten abgestimmt	63,9 %	30,6 %
	Ziele korrekt formuliert	26,2 %	9,7 %
Sozialmedizinische Stellungnahme	Selbsteinschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit	55,4 %	38,2 %
Nachsorgekonzept	Konkrete Hilfestellung z. Nachsorge	25,0%	15,2 %
Verlauf & Epikrise	Patientenselbsteinschätzung	45,3 %	27,3 %
	Motivation / Kooperation	40,6 %	22,5 %
	Untersuchungsbefund	29,1 %	18,9 %
	Beschwerden vs. Befund	27,8 %	19,8 %

VDR, *Rehawissenschaftliche Abteilung*

Anschrift des Referenten:

Dr. Ulrich Dorenburg
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
 Referat 3.3.1 – Qualitätssicherung in der medizini-
 schen Rehabilitation
 Eysseneckstr. 55
 60322 Frankfurt a.M
 Tel. 069 / 1522-394
 Fax 069 / 1522-320
 E-mail: ulrich.dorenburg@vdr.de

Anhang:

Ausgewählte Veröffentlichungen

zum Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung

- Clausing, P.** (1994) Qualitätssicherung – ein wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation der Rentenversicherung. Die Angestelltenversicherung 41, Heft 4, S. 125-130.
- Dorenburg, U.** (1996) Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement. In: Franke, J. et al., Rehabilitation der Osteoporose, Bad Liebenstein, Shaker, S. 40-52.
- Dorenburg, U.** (1999) Instrumente zur Qualitätssicherung in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 38 (4).
- Dorenburg, U.; Schliehe, F.** (1998) Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. In: Delbrück, H.; Haupt, E. (Hrsg.), Rehabilitationsmedizin, Urban & Schwarzenberg, München, 2. Auflage, S. 218-224.
- Dorenburg, U.; Tiefensee, J.** (2000) Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: Bengel, J. / Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Springer Verlag, Berlin.
- Egner, U.; Gerwin, H.; Müller-Fahrnow, W.; Schliehe, F.** (1998) Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 37, Supplement 1, S. S2-S7.
- Häussler, B.** (1996) Qualitätszirkel und Ansätze von umfassendem Qualitätsmanagement in Rehabilitationskliniken. In: Schott, T. et al. (Hrsg.), Neue Wege in der Rehabilitation, Juventa Verlag, Weinheim und München 1996, S. 135-155.
- Häussler, B.** (1998) Qualitätszirkel in Rehabilitationskliniken. Rehabilitation 37, Supplement 1, S. S20-S23.
- Huck, K.; Dorenburg, U.** (1998) Modelle des Qualitätsmanagements für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 37, Supplement 1, S. S57-S63.
- Huck-Langer, K.; Maier-Riehle, B.; Schliehe, F.** (2000) Stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Strukturelle Aspekte. Suchttherapie 2000 (1), 110-116
- Jäckel, W. H.; Maier-Riehle, B.; Protz, W.; Gerdes, N.** (1997) Peer Review: Ein Verfahren zur Analyse der Prozessqualität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. Rehabilitation 36, Heft 4, S. 224-232.
- Jäckel, W. H.; Protz, W.; Maier-Riehle, B.; Gerdes, N.** (1997) Qualitäts-Screening im Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung, Heft 9-10, S. 575-591.
- Kawski, S.; Dorenburg, U.; Beckmann, U.; Koch, U.** (2000) Prozessqualität in der stationären Suchtrehabilitation. Suchttherapie 2000 (1), 126-136
- Koch, U.; Tiefensee, J.; Kawski, S.; Arentewicz, G.** (1998) Strategien zur Taxonomie von Rehabilitationskliniken auf der Basis von Strukturgleichheit. Rehabilitation 37, Supplement 1, S. S8-S14.
- Kohlmann, T.; Raspe, H.** (1998) Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen „indirekte“ und „direkte“ Methoden der Veränderungsmessung überein? Rehabilitation 37, Supplement 1, S. S30-S37.

- Kosinski, A.; Raspe, H.** (1998) Patientenzufriedenheit nach einer stationären Rehabilitation: Unterschiedliche Ergebnisse bei unterschiedlichen Behandlungszeitpunkten? Gesundheitswesen 60, Heft 2, S. 75-79.
- Maier-Riehle, B.; Protz, W.; Gerdes, N.; Jäckel, W. H.** (1998) Übereinstimmung und Unterschiede zwischen Beurteilern bei einem Peer Review-Verfahren. Gesundheitswesen 60, Heft 5, S. 290-296.
- Müller-Fahrnow, W.; Spyra, K.** (1995) Qualitätszirkel in Rehabilitationskliniken. Die Angestelltenversicherung 42, Heft 4, S. 137-141.
- Müller-Fahrnow, W.** (1996) Qualitätssicherung und bundesweite Bedarfsplanung und -steuerung der medizinischen Rehabilitation. In: BfA (Hrsg.), Rehabilitation 1996, Vorträge zum Rehabilitationsforum der BfA und der LVA Brandenburg vom 23. Bis 24. September 1996 in Potsdam, Berlin, Selbstverlag, S. 52-88.
- Müller-Fahrnow, W.; Spyra, K.** (1998) Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: Prävention, 21. Jahrgang, Heft 1, S. 7-10.
- Protz, W.; Gerdes, N.; Maier-Riehle, B.; Jäckel, W. H.** (1998) Therapieziele in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 37, Supplement 1, S. S24-S29.
- Raspe, H. et al.** (1996) Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation: ein sinnvoller Outcome-Indikator? Das Gesundheitswesen 58, Heft 7, S. 372-378.
- Raspe, H. et al.** (1997) Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmungen und Bewertungen von Rehastrukturen und -prozessen („Rehabilitationszufriedenheit“). Rehabilitation 36, Heft 3, SXXXI-XLII.
- Raspe, H.** (1998) Wie lässt sich der Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen beurteilen? In: Köbberling, J. (Hrsg.), Zeitfragen der Medizin, Berlin, Heidelberg, Springer Verlag, S. 141-148.
- Schaub, E.; Schliehe, F.** (1994) Ergebnisse der Reha-Kommission und ihre Bedeutung für das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung, Heft 2, S. 101-110.
- Schaub, E.; Schliehe, F.** (1995) Neue Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung, Heft 7-8, S. 401-412.
- Tiefensee, J.; Arentewicz, G.; Bergelt, C.; Koch, U.** (1998) Konzeptfassung in der medizinischen Rehabilitation: Ein Instrument der Qualitätssicherung. Rehabilitation 37, Supplement 1, S. S15-S19.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger** (1994) Das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung - Perspektiven und Ziele. Deutsche Rentenversicherung, Heft 11, S. 745-750.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger** (2000) Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation - Instrumente und Verfahren. Deutsche Rentenversicherung, DRV-Schriften, Band 18.

Die medizinische Rehabilitation steuern und gestalten.

Möglichkeiten und Grenzen eines Rentenversicherungsträgers

Achim Schäfer (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, BfA)

Vielen Dank, Herr Professor Blanke und Herr Lutter, für die Gelegenheit zu diesem Vortrag. Mein Name ist Achim Schäfer, ich bin bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) in der Abteilung „Rehabilitation“ für wirtschaftliche Planung und Steuerung zuständig, also mit der Planung, Steuerung und Entwicklung von Rehabilitation befasst. Darüber hinaus entwickelt unsere Abteilung Strategien für die Verhandlungen des Pflegesatzes und den Aufbau BfA-interner IT-Strukturen für die Dokumentation, Auswertung und Steuerung des Rehabilitationsgeschehens.

In meinem Vortrag will ich schwerpunktmäßig berichten, wie wir als Rentenversicherungsträger Anträge auf Rehabilitation bearbeiten und in RehaMaßnahmen umsetzen, wie wir den Auf- und Ausbau von Reha-Strukturen planen und welche Möglichkeiten und Grenzen wir sowohl bei der Planung als auch bei der Steuerung der Rehabilitation haben. Im ersten Teil meines Vortrages wird es vor allem um Planung und im zweiten Teil vor allem um die Steuerung von Rehabilitation gehen.

Beginnen will ich mit der **Planung von Kapazitäten für Rehabilitationsmaßnahmen**. Bei der BfA unterscheiden wir ein mittelfristiges Planungsverfahren, das einen Zeitraum von vier Jahren umfasst, und ein kurzfristiges, das sich vorrangig am aktuellen Antragsaufkommen orientiert.

Für die mittelfristige Planung analysieren wir demographische Entwicklungen und andere wichtige gesellschaftliche Trends, zum Beispiel die des Arbeitsmarktes, und schätzen auf der Basis dieser Daten, welche Bedarfe an Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlung sich voraussichtlich im Vierjahreszeitraum ergeben werden. In diese

Kapazitätsplanung

▲ Prognose des mittelfristigen Kapazitätsbedarfs für einen Zeitraum von ca. 4 Jahre

- Basis sind die aktuellen Antragszahlen
- Annahme zur Entwicklung der AHB-Fälle im Auftrag der Krankenversicherung
- Schätzung der Wohnbevölkerung nach dem Rentenmodell von BMA, VDR und BfA
- Schätzung der altersspezifischen Erwerbsquote
- Schätzung der Beschäftigten

Schätzung fließen Daten der Krankenversicherungen ein, die uns u. a. über die Entwicklung von Indikationsstellungen informieren. Unser mittelfristiges Planungsverfahren wird sehr sorgfältig betrieben, denn es schafft die Basis dafür, was uns kurzfristig an Kapazitäten zur Verfügung stehen wird.

Der angesprochene Datenaustausch mit den Krankenkassen ist keine „Einbahnstraße“. Wir prognostizieren im Auftrag der Krankenversicherungen, wie viel Heilbehandlungen im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt nötig werden – und treffen damit eine wichtige Aussage für die Nahtstelle zwischen Krankenhaus und RehaKliniken. Selbstverständlich sprechen wir mit den Krankenversicherungen auch über finanzielle Aspekte dieser Kapazitätsplanungen. So kommen wir im Bereich der mittelfristigen Planung zur Formulierung gemeinsamer Eckdaten über prognostizierte Platzbedarfe innerhalb der einzelnen Indikationsstellungen, einschließlich der dazu gehörigen Finanzierungsvolumina.

Auf diesen mittelfristigen Daten aufbauend, allerdings deutlich weniger aufwendig vollziehen wir eine Kurzfristprognose über benötigte Kapazitäten für den Zeitraum von 18 Monaten. Wir analysieren und bewerten hierfür den aktuellen Stand und die Entwicklung der bewilligten Rehabilitationsmaßnahmen für die jeweiligen Indikationen und schätzen deren Entwicklung in den nächsten anderthalb Jahren ab.

Diese Schätzdaten gleichen wir mit den verfügbaren Plätzen sowie mit der Auslastung der durch uns belegten Reha-Kliniken ab und leiten – auch mit Blick auf die mittelfristige Prognose – hieraus den Handlungsbedarf ab. Mittels beider Verfahren können wir erkennen, ob sich ein Überhang an „Betten“ aufbaut oder ob

Kapazitätsplanung

▲ Prognose des kurzfristigen Kapazitätsbedarfs für einen Zeitraum von ca. 18 Monaten

- ⊕ Auswertung der aktuellen Bewilligungszahlen nach Zeitreihen und indikationsspezifischer Entwicklung

- Prognose

- ⊕ Auswertung der aktuellen Belegungssituation

- ⊕ Analyse der Warteschlangenentwicklung

- Handlungsbedarf

zusätzliche Plätze benötigt werden. Dabei werden ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsangebote indikationsspezifisch berücksichtigt. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass wir kontinuierlich eine Anpassung der Kapazitäten vollziehen – nach oben wie nach unten.

Mit der Planung von Kapazitäten hängt die **Planung von Finanzen** eng zusammen. Sie wird bei uns in drei Schritten vollzogen.

Traditionell gab es bei uns eine Bottom-up-Planung, d. h. wir gingen vom diagnostizierten und bewilligten Rehabilitationsbedarf aus und haben festgestellt bzw. prognostiziert, welche Kosten für welche Leistungen hieraus gegenwärtig entstehen bzw. künftig erstehen werden. Mit Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) wurden die Ausgaben für Rehabilitationsleistungen budgetiert und zugleich deutlich abgesenkt. Die Höhe des jeweiligen Jahresbudgets richtet sich nach der Entwicklung der Löhne und Gehälter –

Finanzplanung

▲ 1. Schritt: "Bottom up"-Planung

- Monetäre Bewertung der Ergebnisse der Kapazitätsplanung
- Prognose des Aufwandes für die berufliche Rehabilitation
- Prognose der Lohnersatzleistungen und sonstigen Kosten

und nicht etwa nach den indizierten Reha-Bedarfen der Versicherten. Dieses machte es erforderlich, die bedarfsorientierte Bottom-up-Planung durch eine budgetorientierte Top-down-Planung zu ergänzen. Die voraus-schauende Schätzung des künftigen Bedarfs an Kapazitäten und Finanzen musste durch eine „rückblckende“ Planung ergänzt werden, denn

Basis für das abgesenkte Budget ist die Lohn- und Gehaltssumme der vorhergehenden Periode. Eventuelle Budgetüberschreitungen der vorangehenden Periode sind in der aktuellen einzusparen.

Dieses macht es erforderlich, eine Finanzplanung aus zwei Perspektiven zu vollziehen. Zum einen müssen wir die aktuellen und die künftigen Bedarfe abschätzen und zum anderen die Budgetvorgaben berücksichtigen. Da

wir die Höhe des verfügbaren Jahresbudgets nicht selbst maßgeblich beeinflussen können, sind wir auf Abweichungsanalysen angewiesen. Das heißt, wir prüfen, in welchem Maße bei den einzelnen Indikationen Plan-Daten von Ist-Daten abweichen und ziehen hieraus Schlüsse für die Steuerung des

Finanzplanung

▲ 2. Schritt: "Top down"-Planung (Budgetierung)

- Basis ist das Budget der Vorperiode
- Veränderung der Lohn- und Gehaltssumme
- Eventuelle Überschreitungen der vorletzten Periode

▲ 3. Schritt: Abweichungsanalyse

- Feststellen der Abweichungen
- Anpassen der "Bottom up"-Planung an die "Top down"-Planung

Gesamtprozesses. Ziel muss es sein, die gesetzlichen Obergrenzen insgesamt einzuhalten, was mittlerweile auch ganz gut gelingt, und zugleich unserem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, für indizierte Rehabilitationsbedarfe Leistungen zur Verfügung zu stellen.

Das Ergebnis unserer Planung der Rehabilitationskapazitäten und ihrer Finanzierung schlägt sich in den sogenannten Eckdaten nieder, von denen ich Ihnen beispielhaft einige vorstellen möchte. Im Jahr 2000 hat die BfA für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen 2,5 Mrd. DM aufgewendet. Hinzu kamen eine Viertel Milliarde DM für berufliche Reha-Maßnahmen sowie eine Milliarde DM für Lohnersatzleistungen. Die folgende Folie zeigt im Überblick, wie sich diese Eckdaten zusammengefasst unter den Vorgaben des WFG und seiner Budgetierung entwickelt haben. Hierfür habe ich die Aufwendungen der BfA mit denen der Rentenversicherung insgesamt gegenüber gestellt.

Die BfA hat im Jahre 2000 für die Rehabilitation insgesamt 3,54 Mrd. DM ausgegeben. Wir rechnen in den Folgejahren mit einem Anstieg dieser Ausgaben um 2,2 bzw. um 2,5 Prozentpunkte. Wie Sie sehen, entspricht diese Steigerung nicht der Gesamtentwicklung bei allen Rentenversicherungsträgern.

Eckdaten		
	BfA	RV-Gesamt
Deckel 2000	3,54 Mrd DM	9,15 Mrd DM
Veränderung*	2,5 %	1,6 %
Deckel 2001	3,63 Mrd DM	9,3 Mrd DM
Veränderung*	2,2 %	2,6 %
Deckel 2002	3,71 Mrd DM	9,54 Mrd DM

* Unter Berücksichtigung der aktiv Versicherten und der Ist-Ausgaben der beiden Vorperioden

Dieses liegt daran, dass jeder

Rentenversicherungsträger rechtlich selbständig ist und frei entscheiden kann, wie er innerhalb der gesetzlich festgelegten Budgetgrenzen wirtschaftet. Diese Gestaltungsfreiheit ist sinnvoll, weil die unterschiedlichen Tätigkeiten der Versicherten zu unterschiedlichen Belastungen und Reha-Bedarfen führen, aber auch, weil Quote der aktiv versicherten Personen bei den einzelnen Versicherungen unterschiedlich hoch ist.

Sie sehen: Innerhalb ihrer gedeckelten Gesamtbudgets für Rehabilitation dürfen und sollen die Rentenversicherungsträger steuern. Über die tatsächlichen **Steuerungsmöglichkeiten** möchte ich Ihnen im Folgenden berichten. Grundsätzlich können wir als Rentenversicherungsträger mehr oder weniger gut und direkt die Anzahl, die Dauer und die Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen beeinflussen, nicht aber die Höhe des verfügbaren Gesamtbudgets. Schauen wir uns die einzelnen Steuerungsmöglichkeiten, die auf der folgenden Folie imÜberblick dargestellt sind, genauer an.

Aufgrund ihrer Rechtsstellung können die Rentenversicherungsträger eine **Mengensteuerung** vornehmen, denn die Versicherten müssen ihre Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen oder Anschlussheilbehandlungen ihrer Rentenversicherung zur Bewilligung vorlegen. Theoretisch wäre es im Sinne einer Budgeteinhaltung denkbar, die Anzahl der Rehabilitationsmaßnahmen pro Jahr strikt zu begrenzen. Sofern das Budget steigt, geht die Anzahl der bewilligten Anträge nach oben, sofern es sinkt, nach unten – die unmittelbaren Spareffekte ließen sich leicht vorhersagen, die Folgen einer solchen Strategie für das Gesundheitswesen jedoch nicht. Wir würden allerdings auch unseren gesetzlichen Auftrag verfehlen, wenn wir so verführen.

Da wir uns sowohl unseren Versicherten als auch der Öffentlichkeit gegenüber verpflichtet fühlen und da wir darüber hinaus ein einheitliches Verhalten unserer Mitarbeiter anstreben, haben wir Kriterien entwickelt, nach denen Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen beurteilt und beschieden werden. Diese Kriterien haben wir als Leitlinien zusammengefasst und der

Möglichkeiten zur Gegensteuerung

- ▶ Mengensteuerung
- ▶ Preissteuerung
- ▶ Steuerung der Behandlungsdauer
- ▶ Veränderung des Produktspektrums

interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Diese Veröffentlichung betrachten wir als einen wesentlichen Beitrag für mehr Transparenz im Bereich der Rehabilitation, der mit dafür sorgt, willkürliche Entscheidungen einzuschränken und abrupte Richtungsänderungen zu vermeiden. Nach unseren Erfahrungen hängt das Gesamtaufkommen

bewilligter Reha-Maßnahmen wesentlich von der Menge der gestellten Anträge ab – und diese können wir kaum beeinflussen, am wenigsten bei Verfahren der Anschlussheilbehandlung. Hier hängen wir von Entwicklungen in den Krankenhäusern und ganz allgemein in der Medizin ab. In dem Maße, in dem zum Beispiel Kapazitäten für Herzoperationen in den letzten Jahren aufgebaut wurden, hat sich bei uns die Anzahl der entsprechenden Anschlussheilverfahren erhöht.

Zusammenfasst heißt das: Die Gesamtmenge der Rehabilitationsmaßnahmen können wir nur sehr indirekt beeinflussen. Wie aber steht es um deren Kosten? Zumindest theoretisch denkbar wäre es, für einzelne Leistungen weniger zu zahlen oder das bezahlte Leistungsspektrum einzuengen, um das verfügbare Gesamtbudget einzuhalten. Tatsächlich haben wir von dieser Möglichkeit in der Vergangenheit kaum Gebrauch gemacht. Wir haben nicht im großen Stil an der „Preisschraube“ gedreht und das aus guten Gründen. Pflegesätze lassen sich nicht beliebig reduzieren, wenn die Behandlungsqualität nicht darunter leiden soll, und es ist alles andere als sinnvoll, quasi mit dem „Rasermäher“ die Kosten für Leistungen zu stutzen. Zu keinem Zeitpunkt, auch nicht in der Krise nach Inkrafttreten des WFG, haben wir die Strategie verfolgt, auf „Dumpingangebote“ einzugehen, die uns einige Kliniken unterbreitet haben. Wir wissen, dass Leistungen ihren Preis haben, und was der angemessene Preis ist, haben wir versucht, in den Pflegesatzverhandlungen gemeinsam mit den Kliniken auszuloten. Dass in den vergangenen Jahren einige Einsparpotenziale realisiert werden konnten, ist unbestritten. Im Unterschied zum Bereich der Akutkrankenhäuser hatten die Leistungsträger im Rehabilitationsbereich immer die Möglichkeit, direkt mit den Klinikbetreibern Preise für Leistungen frei aushandeln zu können. Bei unseren Verhandlungen über Vergütungssätze haben wir uns auf betriebswirtschaftliche Analysen gestützt und dabei auf jene Elemente konzentriert, die für den Rehabilitationserfolg medizinisch notwendig waren. Diese Kosten haben wir erstattet.

Der **Belegungsgrad** der Kliniken – eine neben dem Vergütungssatz für die Einrichtungen entscheidende betriebswirtschaftliche Größe – war für uns von untergeordneter Bedeutung.

Eine Verpflichtung für einen teilweisen oder vollständigen Verlustausgleich für eine Mindestbelegung haben wir nicht akzeptiert und werden wir nicht akzeptieren.

Eine weitere Möglichkeit zur Beeinflussung des Rehabilitationsgeschehens besteht in der Festsetzung der **Behandlungsdauer**. Auch diese „Stellschraube“ beeinflusst unmittelbar die Kosten von Rehabilitation – und sie verändert Therapieformen und Therapiesettings, was von uns als notwendig erachtet und gewollt wird. Wir machen hierbei Vorgaben, räumen den Kliniken jedoch weit gehende Gestaltungsmöglichkeiten ein. Im Zuge des WFG wurde von der BfA die Behandlungsdauer der Patienten durch die Vorgabe indikationsspezifischer Verlängerungsmöglichkeiten flexibel budgetiert. Wir stellen den Kliniken indikationsspezifische Budgets für einen Vertragszeitraum zur Verfügung. Da nicht jeder Patient das selbe Programm benötigt und sich Therapiefortschritte unterschiedlich schnell einstellen, steht es den Kliniken frei, innerhalb der Budgetgrenzen am Einzelfall orientiert zu entscheiden, wer eine Verlängerung benötigt, wer mit der Regeltherapiezeit auskommt oder wer sogar vorzeitig entlassen werden kann. Dieses Verfahren orientiert sich am Einzelfall, lässt den Kliniken Entscheidungsspielräume, auch zum Ausprobieren neuer Therapieformen und Therapiesettings und ist obendrein relativ unbürokratisch angelegt.

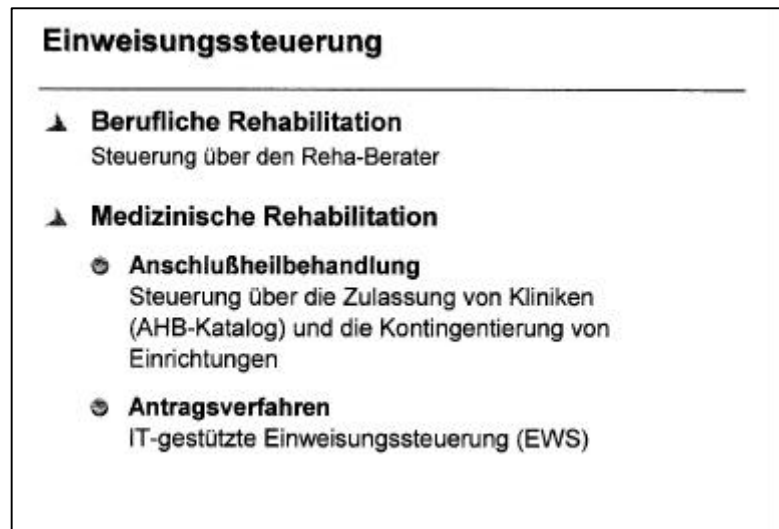
Wir unterstützen die Kliniken bei ihren Entscheidungen durch Daten unserer Klinikvergleiche, die wir im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung gewinnen. Mit dieser Übertragung von mehr Entscheidungskompetenz vom Leistungsträger auf die Leistungserbringer haben wir gute Erfahrungen gemacht, und auch die Kliniken begrüßen dieses Vorgehen, das mittlerweile routinisiert abläuft. Die vorgegebenen Budgets werden von den Kliniken in der Regel nicht überschritten.

Wie schon angedeutet, haben wir mit der Flexibilisierung der Behandlungsdauer quasi nebenbei noch etwas anderes erreicht, nämlich die **Veränderung und Erweiterung unseres Produktspektrums**. Wir können heute unseren Versicherten im indizierten Fall eine breitere und eine differenziertere Palette von Behandlungsmöglichkeiten anbieten, denn es ist uns nicht nur gelungen, im stationären Bereich neue Behandlungsformen erfolgreich zu erproben, sondern darüber hinaus können wir stationäre Therapieformen stärker als bisher mit ambulanten und teilstationären Behandlungsformen verknüpfen. Hierbei kommt der Nachsorge eine besondere Bedeutung zu.

Zum Schluss meines Vortrages möchte ich auf eine Steuerungsmöglichkeit eingehen, die Sie als Vertreter von Kliniken ganz besonders interessieren wird, nämlich auf die **Steuerung der Einweisung**. Wie kommen unsere Versicherten in Ihre Kliniken? Hier gibt es indikationsspezifische Unterschiede, die auf der folgenden Folie im Überblick zu sehen sind und die ich kurz skizzieren will.

Wenn es um Fragen der beruflichen Rehabilitation geht, führt in der Regel der sog. Reha-Berater ein direktes Gespräch mit dem Versicherten und erteilt in Kenntnis der Person und der vorliegenden Befunde über die zu erbringenden Leistungen. Unsere Reha-Berater sind in der Wohnortnähe der Patienten erreichbar und kennen die regionalen Möglichkeiten gut.

Im Bereich der **medizinischen Rehabilitation** gibt es zwei Zuweisungsverfahren zu unterscheiden. Die **Anschlussheilbehandlung** steuern wir darüber, dass wir bestimmte Kliniken hierzu überhaupt zulassen (AHB-Katalog) und dass wir ihnen bestimmte Kontingente unserer Versicherten im Indikationsfall zuweisen.



Da wir versuchen, eine möglichst schnelle und möglichst wohnortnahe Versorgung der Patienten zu gewährleisten, berücksichtigen wir bei der Zulassung von Kliniken nicht nur Ausstattungs- und Leistungsmerkmale, sondern auch regionale Gesichtspunkte. Ein Teil der Kliniken mit besonders hochwertigen Ausstattungs- und Leistungsmerkmalen, die naturgemäß erhöhte Vergütungssätze haben, ist budgetiert und nur Patienten mit besonderen Problemstellungen vorbehalten.

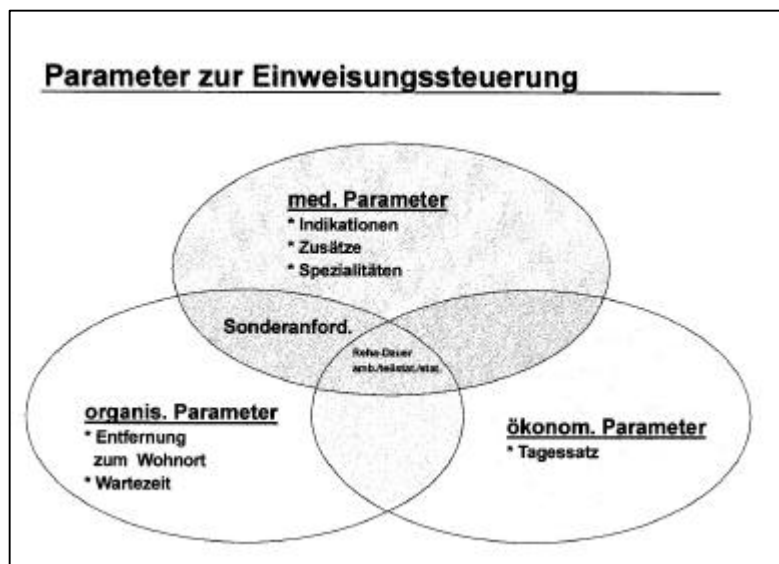
Dieses sind allerdings auch schon unsere einzigen Steuerungsmöglichkeiten bezüglich der Anschlussheilbehandlung. Ansonsten setzen wir bewusst auf ein unbürokratisches und direktes Einweisungsverfahren durch die Akutkrankenhäuser oder niedergelassenen Ärzte. Oftmals erhalten wir den Antrag auf Bewilligung einer Anschlussheilbehandlung erst, wenn sich der Patient vom Krankenhaus in eine Reha-Klinik verlegt worden ist. Dass wir die Kriterien für die Bewilligung einer Anschlussheilbehandlung beschrieben haben, trägt zum relativ reibungslosen Funktionieren dieses Zuweisungsverfahrens im Patienteninteresse bei. Es besteht seit über zehn Jahren und funktioniert erfolgreich.

Neben der Anschlussheilbehandlung gibt es im Bereich der medizinischen Rehabilitation noch das sogenannte „**Antragsverfahren**“, also das klassische Verfahren für die chronisch kranken Patienten der Rentenversicherung. Im Antragsverfahren benutzen wir bei der BfA eine **IT-gestützte Einweisungssteuerung (EWS)**. Dieses expertengestützte Verfahren, das sich der modernen Informationstechnologien bedient, soll drei Ziele erreichen. Zum einen wollen wir hiermit eine indikationsgerechte Zuweisung des Patienten ermöglichen. Zum anderen soll zur Vermeidung unnötiger Wartezeiten eine gleichmäßige Verteilung der Patienten

auf die vorhandenen Behandlungsstätten mit dem gleichen Leistungsspektrum erreicht werden. Und schließlich wollen wir die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen optimieren.

Die indikationsgerechte Zuweisung unserer Versicherten ist selbstverständlich unser oberstes Ziel, das wir in jedem Fall zu realisieren versuchen. Zwischen den beiden nachgeordneten Zielen kann es zu Zielkonflikten kommen. Wenn man zu lange Antritszeiten vermeiden will und man an Kapazitätsgrenzen stößt, muss man unter Umständen Kliniken in Anspruch nehmen, deren Leistungen teurer sind. Deshalb haben wir ein Zuweisungsverfahren gewählt, das es uns erlaubt, individuell Schwerpunkte zu setzen. Mit anderen Worten: wir haben es hier mit einem kontinuierlichen Prozess zu tun, in dem sich die Gewichte verschieben (können) – je nach Belegsituation der Häuser mit ihren speziellen Leistungsangeboten und Ausstattungsmerkmalen. In der Praxis funktioniert diese Feinsteuerung zu unserer Zufriedenheit. Dieses sehr komplexe Auswahlverfahren mit seinen verschiedenen Parametern fasst die folgende Folie zusammen.

Zur Unterstützung dieses Verfahrens haben wir eine Datenbank aufgebaut, in der wir sowohl patientenbezogene Merkmale als auch klinik- und konzeptbezogene Merkmale einspeichern. So können wir den Reha-Bedarf mit dem zu einem bestimmten Zeitpunkt verfügbaren Reha-Angebot abgleichen und auf dieser Basis die indikationsgerechte Zuweisung vollziehen.



Wie Sie sehen, enthält diese Datenbank für eine indikationsgerechte Zuweisung zwei Komponenten, nämlich patientenbezogene Merkmale und klinikbezogene Konzept-Merkmale, die einerseits den individuellen Reha-Bedarf erfassen und andererseits Aussagen darüber erlauben, wo der individuelle Reha-Bedarf befriedigt werden kann.

Die Patientendaten erhalten wir in der Regel durch den Befundbericht und das Gutachten des behandelnden (Haus-) Arztes. Diesem Befundbericht entnehmen wird die für unseren gesetzlichen Auftrag relevanten Diagnosen. Dabei kann es durchaus zu Abweichungen und zu Konflikten kommen, weil der behandelnde Arzt die Gesundheit insgesamt in den Mittelpunkt seiner Beschreibung stellt, wir uns hingegen auf den Aspekt der Erwerbsfähigkeit beschränken.

Bei den Klinikkonzepten ist zunächst die Frage entscheidend, ob für das Indikationsspektrum Kliniken mit entsprechenden Leistungsangeboten und Strukturmerkmalen zur Verfügung stehen. In diese Auswahlanalyse werden ggf. Kontraindikationen oder mitbehandelte Erkrankungen einbezogen. Insgesamt haben wir in den Stammdaten unseres Einweisungssteuerungssystems ca. tausend verschiedene Items hinterlegt. Sie bilden die Basis für die expertengestützte Einweisung unserer Versicherten in die für sie passende und verfügbare Klinik. Unsere Datenbank unterstützt also die Gutachter unseres medizinischen Dienstes im Zuweisungsverfahren, indem sie ihnen Vorschläge macht, wo die festgestellten Indikationen behandelt werden können. Aus diesen vielleicht 20 Vorschlägen wählt der verfahrensverantwortliche Arzt der BfA dann jene Klinik aus, in die der Patient eingewiesen wird. Natürlich kann er auch eine andere Klinik auswählen, sofern ihm dieses angezeigt erscheint und diese zur Verfügung steht.

Aus unserer Sicht stellt dieses Verfahren einen internen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation dar. Schnell und verlässlich ist herauszufinden, welche Therapiemöglichkeiten zu den individuellen Reha-Bedarfen der Patienten passen. Der medizinische Dienst kann im Einzelfall verfolgen, wohin ein bestimmter Patient geht, und er kann Erfahrungen sammeln, wie Nachfrage und Angebote in der Praxis übereinstimmen.

Die einrichtungsbezogenen Merkmale unserer Datenbank werden aus den Daten des Programmpunkts 1 unseres Qualitätssicherungsprogramms gespeist. Dieses sollten die Leistungsanbieter wissen und bei der Erhebung dieser Daten berücksichtigen. Was in der Klinikdokumentation über „Strukturmerkmale“ und „Konzeptmerkmale“ erfasst ist, kann bei der Einweisungssteuerung berücksichtigt werden, alles andere nicht. Deshalb appelliere ich daran, auch diesen Teil unseres Qualitätssicherungsprogramms ernst zu nehmen und das Indikationsspektrum, Kontraindikationen, mitbehandelbare Erkrankungen, das therapeutische Leistungsspektrum oder beispielsweise auch Möglichkeiten zur Aufnahme von Rollstuhlfahrern, die Unterbringung gesunder Kinder oder ähnliches möglichst differenziert anzugeben. Wir gehen davon aus, dass die angegebenen Daten stimmen und ziehen sie zur Einweisungssteuerung heran.

Auszüge aus der Diskussion

Heinz Lutter (Universität Hannover): Ich möchte Ihnen danken, Herr Schäfer, dass Sie das Einweisungsverfahren der BfA differenziert dargestellt und den Zusammenhang zum Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung hergestellt haben. Aber gestatten Sie bitte eine ketzerische Nachfrage. Spielt für die Rehabilitationskliniken bei Ihrer Art der Einweisungssteuerung der berühmte „Nasenfaktor“ gar keine Rolle mehr? Lohnt es sich für eine Klinik überhaupt nicht, sich mit Ihren Mitarbeitern „gut zu stellen“, die die über die Einweisung entscheiden?

Achim Schäfer (BfA): Es lohnt sich immer, im gegenseitigen Miteinander ein freundliches Verhältnis zu haben. Innerhalb der BfA sind wir uns sehr bewusst, dass man uns genau beobachtet, weil wir über die Einweisung von Patienten auch Aufträge vergeben. Um dem Verteilen nach dem „Nasenfaktor“ entgegen zu wirken, schauen wir uns bei der Zuweisung gegenseitig „auf die Finger“, und überprüfen die erfolgten Einweisungen auf Einhalten der erklärten Regeln.

Herr Schuch (Therapiedorf „Villa Lilly“): Gibt es ein System der Qualitätssicherung oder des Qualitätsmanagements, durch dessen Anwendung die Kliniken ihre Belegung durch die BfA positiv beeinflussen können?

Achim Schäfer (BfA): Zunächst einmal möchte ich auf die Beteiligung an unserem Qualitätssicherungsprogramm verweisen. Hierzu gehört, dass die Kliniken uns jene Daten zur Verfügung stellen, die für unser Einweisungssystem relevant sind. Welche das sind, habe ich ja skizziert. Darüber hinaus erwarten wir, wie Herr Dr. Dorenburg bereits sagte, dass die von uns belegten Kliniken überhaupt ein Qualitätsmanagement betreiben, damit die von uns an sie rückgemeldeten Daten aufgenommen und angemessen verarbeitet, also in Verbesserungsmaßnahmen übersetzt werden. Ansonsten geben wir keine Empfehlungen ab oder machen irgendwelche Vorgaben. Das klinikinterne Managementsystem festzulegen und seinen Erfolg durchzusetzen, ist Sache des Betreibers. Es muss beurteilen, was am nützlichsten ist und was der Klinik den größten Qualitätsschub gibt.

Ulrich Dorenburg (VDR): Es kommt weniger auf das grundsätzliche Vorhandensein eines Qualitätsmanagementsystems als vielmehr darauf an, ob dieses tatsächlich und spürbar angewendet wird. Entscheidend ist, ob in einer Klinik Qualität systematisch erzeugt und gelebt wird oder ob lediglich ein Zertifikat oder ein sonstiges Etikett an der Tür prangt. Ich kann mir schon vorstellen, dass wir hierauf in Zukunft noch stärker als bisher achten. Aber es kann nicht Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherung sein, in das interne Qualitätsmanagement von Kliniken hinein zu regieren oder ihnen vorzuschlagen bzw. vorzuschreiben, wd-

ches System sie verwenden sollten. Ein solches Vorgehen erscheint mir zu dirigistisch.

Bernhard Blanke (Universität Hannover): Mir gefällt diese Haltung der Rentenversicherungsträger. Für sie sind die Ergebnisse der Rehabilitation von Interesse, und sie verzichten darauf, den Kliniken vorzuschlagen oder gar vorzuschreiben, wie gute Ergebnisse zu erreichen sind. Wege und Methoden zur Erreichung von Qualität gehören in die Autonomie der Einrichtungsträger. Dieses Vorgehen stärkt deren Möglichkeiten, sich selbst zu steuern.

Peter Mrosowsky (Klinikum Holsteinische Schweiz): Ich habe Ihre Schilderung Ihres Einweisungssystems und Ihres Qualitätssicherungsprogramms mit großem Interesse verfolgt. Dabei habe ich den Eindruck gewonnen, dass es für die Kliniken darauf ankommt, überhaupt in Ihren Katalog der zu belegenden Einrichtungen aufgenommen zu werden, um Zuweisungen zu erhalten. Ich habe den Eindruck, dass Sie bei der Zuweisung die Qualität der Rehabilitationsprozesse überhaupt nicht berücksichtigen. Mir ist jedenfalls unklar, welchen Einfluss unsere Beteiligung am Peer-Review-Verfahren oder ähnlichen Methoden zur Verbesserung der Prozessqualität auf die Belegung hat. Im Augenblick habe ich den Eindruck, die Qualität der Prozessgestaltung spielt keine Rolle, solange die Rentenversicherungsträger meine Klinik nicht aus der Liste der von ihnen belegten Kliniken streichen.

Achim Schäfer (BfA): Zunächst möchte ich noch einmal darauf verweisen, dass ich bei der Einweisungssteuerung für die medizinische Rehabilitation die Anschlussheilbehandlung von dem Antragsverfahren für chronisch Kranke unterschieden habe. Bei der Anschlussheilbehandlung steuert die Rentenversicherung über die Zulassung von Kliniken, also deren Aufnahme in den AHB-Katalog, und die Kontingentierung von Einrichtungen. Bei der Anschlussheilbehandlung kommt es uns tatsächlich ganz entscheidend darauf an, dass die Patienten möglichst schnell einen Übergang vom Akutkrankenhaus in die indikationsgerechte Reha-Klinik finden. Weil das so ist, haben wir als Verwaltung wenige Eingriffsmöglichkeiten. Wir sind darauf angewiesen, den von uns belegten Kliniken zu vertrauen. Allerdings gibt es auch Fälle, in denen wir eine Klinik wieder aus unserem AHB-Katalog streichen. Ich kann Ihnen allerdings versichern, dass dieses nicht leichtfertig geschieht.

Für die Kliniken ist es durchaus nicht einfach, von uns als Rehabilitationseinrichtung zugelassen zu werden. Das gilt sowohl für die Durchführung der Anschlussheilbehandlung als auch für die Rehabilitation im sog. Antragsverfahren. Schon bevor wir sie das erste Mal belegen, stellen wir durch Analyse der Struktur- und Prozessdaten sowie durch eine Reihe von Gesprächen von Ort sicher, dass sie ein bestimmtes Qualitätsniveau haben und erlegen es ihnen auf, an unserem Qualitätssicherungsprogramm teilzunehmen. Allerdings haben wir unser Qualitätssicherungsprogramm von vornherein als eine Unterstützungsmaßnahme zur Qualitätsentwicklung angelegt – und nicht als ein Kontrollinstrument. Wir werden nicht quasi automatisch eine Klinik stärker oder weniger stark belegen, weil einzelne Werte im Bereich

ihrer Prozessdaten besser oder schlechter ausfallen. In diesen Fällen sprechen wir mit den Kliniken, um ihnen sie beim Erzielen erwünschter Werte zu unterstützen, denn wir wissen, dass die Entwicklung von Qualität Zeit und Engagement erfordert. Mit diesem Vorgehen haben wir gute Erfahrungen gemacht, und wir wollen es beibehalten.

Heinz Lutter (Universität Hannover): Vielen Dank, Herr Schäfer und Herr Dr. Dorenburg, für diese ergänzenden Ausführungen und Klarstellungen.

Qualität entwickeln und das Rehabilitationsgeschehen steuern.

Anmerkungen zu drei Impulsen zur Entwicklung und Steuerung der Rehabilitation

Heinz Lutter (Universität Hannover)

In der jüngeren Vergangenheit hat es in Deutschland drei bedeutsame Impulse zur Steuerung und Weiterentwicklung der Rehabilitation gegeben, nämlich das Wachstums und Beschäftigungsförderungsgesetz, die Einführung des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation und das Bundesmodellprojekt Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft. Ich will im Folgenden die mit diesen Steuerungsimpulsen verbundenen Ziele, Vorgehensweisen und Ergebnisse skizzieren, um hieran Überlegungen zur Steuerung von Sozialsystemen zu knüpfen. Nicht verschweigen will ich gleich zu Beginn, dass es neben diesen sehr kräftigen Impulsen zur Entwicklung des Systems der medizinischen Rehabilitation viele weitere gegeben hat, die ich hier nicht explizit behandeln kann. Zu ihnen zählen verschiedene Maßnahmen von Leistungsanbietern zur Organisations- und Personalentwicklung sowie vielfältige Ansätze von Fachverbänden und Einzelpersonen zur Weiterentwicklung therapeutischer Settings und Methoden und zur Erweiterung beruflicher Qualifizierungen.

Das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz

Der erste Steuerungsimpuls, von dem hier die Rede sein soll, ging vom Bundesgesetzgeber aus. Per Gesetz veränderte er die Rahmenbindungen für Rehabilitation, indem er die hierfür aufzuwendenden Kosten drastisch verringerte. Er produzierte damit besonders bei den Leistungserbringern und den Patienten Effekte, die nicht vorhergesagt wurden bzw. für die niemand Verantwortung übernahm, als sie eintraten. Eine Gesamtbewertung der Ereignisse steht noch aus. Nach Lage der Dinge ist zu erwarten, dass sie auch künftig unterbleibt.

Am 13. September 1996 hat der Deutsche Bundestag gegen den Einspruch des Bundesrates das „Gesetz zur Umsetzung des Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung in den Bereichen der Rentenversicherung und Arbeitsförderung“, kurz: das Wachstums und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) verabschiedet. Es ist am 1. Januar 1997 in Kraft getreten. Die Kernregelung des WFG legt im Bereich der Rentenversicherung finanzielle Obergrenzen bei den Ausgaben für Rehabilitation fest, wobei die zugestandenen Budgets deutlich unter den Werten der voran gegangenen Jahre liegen. So durfte die Rentenversicherung für das erste Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes, also im Jahr 1997, für Rehabilitation nur so viel aufwenden wie 1993 – abzüglich 600 Mio. DM. Gesetzlich vorgeschrieben

wurde also eine Einsparung von 3,4 Milliarden DM, was etwa 25 Prozent der zuletzt aufgewendeten Ausgaben entspricht.

Aus systemischer Sicht kann man diesen Steuerungsimpuls als die Realisierung einer klassischen Top-down-Strategie verstehen. Seine hauptsächliche Begründung war volkswirtschaftlicher Natur – und nicht etwa die Verbesserung der Qualität der erbrachten Rehabilitationsleistungen oder die Steigerung ihrer Effektivität. In Folge der Wiedervereinigung waren die finanziellen Belastungen der gesetzlichen Rentenversicherung stark angestiegen, auch durch die Verpflichtung, sachfremde Leistungen zu übernehmen. Um (noch) stärkere Beitragserhöhungen und ihre negativen Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt zu vermeiden, wurden die Ausgaben für Rehabilitation rigoros begrenzt. Man wollte vorrangig die „Finanzierbarkeit“ dieses Sozialversicherungssystems erhalten – und setzte auf die Begrenzung von Ausgaben.

Für Fachleute überraschend hat der Bundesgesetzgeber diesen Steuerungsimpuls mit der Hoffnung verbunden, dass sich die Ausgabenkürzung nicht nachteilig auf die Qualität der Rehabilitation auswirken würde. Er hat sich von der Annahme leiten lassen, dass mit 25 Prozent weniger Input derselbe Output an Rehabilitationsleistung zu erreichen und dieselben Effekte für die Volksgesundheit zu erzielen seien. Diese Hypothese wurde bis heute nicht überprüft. Bezeichnenderweise wurde auch nicht mitgeteilt, welche der bisherigen Rehabilitationsleistungen quasi über Nacht als verzichtbar angesehen wurden und warum man sie bislang erbracht und finanziert hatte. Mit dem Hinweis auf vermeintliche oder tatsächliche Missbräuche von „Kuren“ („morgens Fango, abends Tango“) wurde unterstellt, dass in der medizinischen Rehabilitation erhebliche Effektivitätssteigerungen realisierbar seien, die in der Vergangenheit nicht ausgeschöpft worden waren. Überdies gab es keine Prognose des Gesetzgebers, welche Folgen die Kürzung von 25 Prozent aller Ausgaben für die Kliniken, die Versicherten oder das Gesundheits- und Sozialsystem insgesamt haben würde. Mit anderen Worten: Das volkswirtschaftlich begründete Einsparziel war klar, die Risiken und Nebenwirkungen dieses Steuerungsimpulses blieben nebulös.

Allerdings hat es an warnenden Stimmen nicht gefehlt. Die Rentenversicherungsträger haben bei verschiedenen Gelegenheiten darauf verwiesen, dass mit dem WFG ein Paradigmenwechsel im Bereich der

Steuerung des Reha-Systems
Beispiel: WFG 1

Steuerungsansatz
Top-down

Philosophie
Von der Bedarfsdeckung zur Budgetierung von Leistungen

Ziele
Kosten begrenzen bei Aufrechterhaltung von Qualität

Probleme beim Start

- Folgen für Kliniken unbekannt
- Folgen für Versicherte unbekannt
- Folgen für Gesundheits- und Sozialsystem unbekannt

Henz Lutter (0511) 66 16 77

Rehabilitation vollzogen würde. Die Absenkung und Budgetierung der Ausgaben für Rehabilitation stelle eine Abkehr von der Philosophie der Bedarfsdeckung dar. Während zuvor jeder als medizinisch notwendig anerkannte Bedarf zu einer Rehabilitationsleistung geführt habe, seien künftig die Leistungsmöglichkeiten durch den enger gezogenen Kostenrahmen begrenzt. Es wurde bezweifelt, dass mit dem drastisch gekürzten Budget alle notwendigen Rehabilitationsbedarfe gedeckt werden könnten und vor unliebsamen Folgewirkungen gewarnt. So könnten reduzierte Rehabilitationsaufwendungen bei den Rentenversicherungen an anderen Stellen zu Mehrausgaben führen, etwa weil die Erwerbsfähigkeit der Versicherten sinke und die Anzahl der Frühverrentungen ansteige. Überdies sei ein Anstieg von Krankenkassenleistungen zu erwarten.

Diese Warnungen blieben folgenlos. Die vom Gesetzgeber nicht näher begründete Hoffnung, die Reduzierung des Ausgabenrahmens für Rehabilitation erweise sich als qualitätsneutral und wirke sich nicht negativ auf die Volksgesundheit aus, stand der Warnung der Rentenversicherungsträger gegenüber, das Sparen an der einen verursache Zusatzkosten an anderen Stellen des Gesundheitssystems. Eine datenbasierte Abschätzung der Folgen legte keine Seite vor, es blieb beim Austausch von Meinungen. Das hat den Bundestag an der Verschiebung des Gesetzes nicht gehindert. Unter dem Blickwinkel der Steuerung von Sozialsystemen muss man resümieren, dass das WFG so etwas wie ein „Schuss ins Blaue“ war. Alle Beteiligten konnten sicher davon ausgehen, dass etwas passieren würde. Allerdings wusste keiner genau, was.

Nach Inkrafttreten des WFG musste die gesetzliche Rentenversicherung als wesentlicher Kostenträger der Rehabilitation die Budgetkürzungen umsetzen. Zur Entwicklung entsprechender Strategien standen ihr nur wenige Monate zur Verfügung. Völlig klar war, dass sie den gesetzlich enger gezogenen Finanzrahmen möglichst genau einhalten mussten, denn jede Überschreitung wäre im Folgejahr auszugleichen. Weniger klar war allerdings, welche Einzelmaßnahme welchen Effekt haben würde. Aber weil gehandelt werden musste, beschlossen und verkündeten die Rentenversicherungsträger Ende 1996 ein Bündel von Maßnahmen, mit denen sie ihren gesetzlichen Auftrag unter den Vorgaben der Budgetierung umsetzen wollten. Mit ihnen lösten sie – gewollt oder ungewollt – eine Reihe von Reaktionen auf Seiten der Versicherten und der Kliniken aus, die das Rehabilitationsgeschehen in Deutschland nachhaltig veränderten.

Um ihre Ausgaben für Rehabilitation zu kontrollieren und abzusenken, bedienten sich die Rentenversicherungsträger ihrer Steuerungspotenziale. Ausgangspunkt war die Festlegung und Begrenzung indikationsspezifischer Budgets, die auf einer Bedarfsabschätzung beruhte. Da niemand verlässlich vorhersagen kann, in welchem Umfang Bedarfe künftig reklamiert werden, wurde eine zusätzliche Sicherung eingezogen. Dieses war möglich, weil jeder gel-

tend gemachte Bedarf von der zuständigen Rentenversicherung bewilligt werden muss, damit eine Rehabilitationsleistung zustande kommt. Deshalb verbanden die Rentenversicherungsträger die Begrenzung indikationsspezifischer Budgets mit dem, was sie die „sozialmedizinische Anpassung von Bewilligungskriterien“ nannten und was viele Patienten und ihre Ärzte als eine restriktivere Bewilligungspraxis von Reha-Anträgen erlebten und beklagten. Aus ihrer Sicht organisierten die Rentenversicherungsträger aus Sorge um Budgetüberschreitungen Restriktionen beim Zugang zu Rehabilitationsleistungen.

Zusätzlich flexibilisierten die Rentenversicherungsträger die indikationsspezifischen Behandlungszeiten. Diese Maßnahme war zweifellos vertretbar, da die Therapien nicht in jedem Einzelfall gleich lang sein müssen. Für die meisten Patienten lief diese Maßnahme allerdings auf eine Verkürzung der bisher üblichen Therapiedauer hinaus. Das war angesichts des Einsparziels ein von den Rentenversicherungsträgern gewollter Effekt, der jedoch unliebsame Folgen für die Kliniken hatte. Für sie brachte diese Maßnahme einen erhöhten Verwaltungs- und Organisationsaufwand mit sich. Einheitliche Aufnahme und Entlassungstage entfielen, und die Arbeit mit Therapiegruppen wurde durch das am Einzelfall orientierte Kommen und Gehen erschwert. Überdies war die Belegung von Therapieplätzen nicht mehr so sicher kalkulierbar wie zuvor.

Die Rentenversicherungsträger forderten die Kliniken überdies auf, neue und dem Einzelfall flexibler angepasste Behandlungsformen zu entwickeln, die innerhalb der neuen Rahmenbedingungen zu realisieren seien. Diese Vorgaben verlangte den (stationären und ambulanten) Therapeuten erhebliche Anpassungsleistungen ab. Unter erheblichem Zeitdruck wurde von den Leistungserbringern eine Vielzahl von Konzepten generiert, wobei die Therapeuten über keine Erfahrungswerte verfügten, wie man auf alternativen Wegen oder in kürzerer Zeit vergleichbar gute Rehabilitationserfolge erzielen könnte – die Rentenversicherungsträger übrigens auch nicht. In Fachzirkeln äußerten viele Therapeuten besonders aus den Bereichen der Psychosomatik und der Abhängigkeitserkrankungen Zweifel daran, dass man „schneller“ therapieren könne, ohne die Nachhaltigkeit der Ergebnisse zu gefährden. Ihre Einrichtungen präsentierten trotz dieser Bedenken „entrümpelte“ bzw. „gestraffte“ Therapiekonzepte, die den Vorgaben entsprachen, schon weil sie sonst ihre Belegung durch die Rentenversicherungsträger gefährdet hätten.

Obendrein machten sich die Rentenversicherungsträger daran, die „Kostensenkungspotenziale in der Vergütung von Rehabilitationsleistungen“ auszuschöpfen. Für viele Kliniken bedeutete dieses, dass sie in einer Phase der Minderbelegung und eines erhöhten Organisations- und Verwaltungsaufwandes zusätzlich unter finanziellen Druck gerieten, weil ihre federführenden Beleger mit ihnen über die Höhe der Leistungsvergütung verhandelten. Sie le-

klagten, dass sie bei diesen Verhandlungen als David dem Goliath Rentenversicherungsträger gegenüber standen.

Schließlich verlangten die Rentenversicherungsträger von den Patienten erstmals eine Zuzahlung zur Rehabilitation – was viele von ihnen ganz offensichtlich verunsicherte und vor die Frage stellte, ob sie sich eine Rehabilitation überhaupt leisten könnten (auch wenn in der Praxis sozialverträgliche Ausnahmen zugestanden wurden und sicher kaum eine medizinisch notwendige Reha-Maßnahme an der persönlichen Zuzahlungsfähigkeit geschädert ist).

Insgesamt gesehen kam es durch die Strategien, mit denen die Rentenversicherungsträger die Vorgaben des WFG umsetzten, zu erheblichen Veränderungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation.

Eine unmittelbare Folge des WFG und seiner Umsetzung durch die Rentenversicherungsträger war, dass die Anträge auf Rehabilitationsleistungen sofort dramatisch zurück gingen. Natürlich lag dieses nicht daran, dass sich die Volksgesundheit durch das Inkrafttreten des WFG schlagartig verbessert hätte, sondern in der Öffentlichkeit hat-

te sich die Meinung verbreitet, es sei viel schwieriger und mit zusätzlichen persönlichen Kosten verbunden, eine Rehabilitationsmaßnahme zu bekommen. Noch 1998, als sich die Bevölkerung allmählich vom dem Schock durch das WFG erholte, lag bei der BfA das Niveau der Anträge auf Rehabilitation in den alten Bundesländern um 25 Prozent und in den neuen um 10 Prozent unter dem Stand des Jahres 1995. ⁽¹⁾

Mit dem Rückgang der Anträge sank die Anzahl der bewilligten Rehabilitationsleistungen. Im Zeitraum von 1995 bis 1997 bewilligte die BfA 150000 Reha-Maßnahmen (= ca. 35 Prozent) weniger als zuvor. 1999 wurden von der BfA pro 100.000 anspruchsberechtigten Versicherten 1.450 Reha-Maßnahmen bewilligt, zwölf Jahre zuvor waren es fast doppelt so viel gewesen. Drei Jahre nach Inkrafttreten des WFG beklagte die BfA, das Versorgungsniveau ihrer Versicherten mit Rehabilitationsmaßnahmen sei gegenüber 1995 um 40 Prozent gesunken und habe sich gegenüber Anfang der 80er Jahre sogar nahezu halbiert. Sie äußerte erneut Zweifel daran, ob angesichts der Verpflichtung zur massiven Ausgabenverringerung der tatsächliche Bedarf ihrer Versicherten an Rehabilitationsleistungen gewährleistet werden könne. Obwohl der Budgetdeckel in den Jahren 1998 und 1999 um jeweils 450 Mio. DM ange-

Steuerung des Reha-Systems
Beispiel: WFG 2

Umsetzung über Rentenversicherungsträger

- Vorgabe indikationsspezifischer Budgets
- Restriktivere Bewilligungen von Anträgen, Verlängerungen und Wiederholungsbehandlungen
- Verkürzung von Regeltherapiezeiten
- Zuzahlungen von Patienten

Reaktionen der Versicherten

- Dramatischer Rückgang der Anträge
- Deutlicher Rückgang der Bewilligungen

Folgen für Kliniken

- Personalentlassungen
- Schließung von Abteilungen und Einrichtungen
- Anpassung und Weiterentwicklung von Therapiekonzepten
- Erhöhter Verwaltungs- und Organisationsaufwand

Heinz Lutter (0511) 66 16 77

hoben wurde, standen alle Rentenversicherungsträger vor der immer noch schwierigen Aufgabe, in jedem Einzelfall die medizinisch notwendigen Rehabilitationsleistungen zu erbringen und zugleich in der Summe aller Fälle das vom Gesetzgeber vorgegebene Budget einzuhalten. Im Grundsatzreferat der BfA wurde mittlerweile die Frage diskutiert, ob man unter dem Sparzwang dabei war, zu „übersteuern“ und mit dem Maßnahmenpaket negative Nebeneffekte hervorzurufen.

Viele Kliniken hätten diese Frage sicher bejaht, wenn sie jemand ernsthaft gefragt hätte. In ihnen blieben Therapieplätze länger als zuvor unbelegt – oder auf Dauer, was sich aber naturgemäß erst im Laufe der Zeit herausstellte. Anderthalb Jahre nach Verabschiedung des WFG waren in den Rehabilitationskliniken Bettenauslastungen von unter 70 Prozent der Normalfall. ⁽²⁾ Diese Unterbelegung führte allgemein zu einer Verschlechterung der finanziellen Situation der Kliniken und brachte etliche Häuser in eine ernsthafte Krise. Auf die rückläufige Auftragslage reagierten die Kliniken mit drastischen Maßnahmen zur Kostenbegrenzung. Kurzarbeit, die Reduzierung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit und Personalentscheidungen standen auf der Tagesordnung, Erhaltung oder Modernisierungsinvestitionen wurden nach Möglichkeit gestoppt oder vertagt. Von den Personalentscheidungen waren vorrangig besonders qualifizierte Fachkräfte betroffen, die Therapeuten nämlich. Wenn all dieses nicht ausreichte, um die finanziellen Konsequenzen des Belegungsrückgangs wett zu machen, wurden einzelne Abteilungen geschlossen oder auch ganze Kliniken dicht gemacht.

Schon nach wenigen Jahren ließen sich die Ergebnisse besichtigen, die der Bundesgesetzgeber durch den Steuerungsimpuls des WFG in der Rehabilitation erzielt hatte.

Steuerung des Reha-Systems
Beispiel: WFG 3

Ergebnisse und Probleme

- Einsparungen bei Reha-Maßnahmen erreicht
- Unsystematischer Abbau von Therapieplätzen
- Versorgungsniveau drastisch reduziert
- Anträge auf Frühverrentung seither steigend
- Gesundheits- und sozialpolitische Folgen nicht ermittelt und bewertet
- Lernchancen aus Umstellung von Therapiekonzepten unzureichend genutzt:
 - Wirksamkeit von Therapieformen und -settings
 - Flexibilisierung von Behandlungsformen und -zeiten
 - Ausschöpfung von Kostensenkungspotenzialen

Heinz Lutter (OS11) 65 16 77

Ohne Frage wurde das vom Gesetzgeber vorgegebene Einsparziel bei Rehabilitationsmaßnahmen erreicht. Es wurde und wird in Deutschland nach 1997 deutlich weniger Geld für Rehabilitation aufgewendet als zuvor. Die Beitragssätze zur Rentenversicherung blieben relativ stabil, die positiven Auswirkungen, die das WFG auf die

Beschäftigungspolitik insgesamt hatte, wurden zwar nicht im Einzelnen belegt, seien hier aber zugestanden.

Doch die Realisierung des vorgegebenen Einsparziels in der Rehabilitation verliert durch andere Ergebnisse, die erzielt, aber nicht explizit beabsichtigt waren, seinen Glanz. Seit Inkrafttreten des WFG verzeichnet die BfA eine stetige Steigerung der Anträge auf Erwerbsminderungsrenten. 1998 wurden 19 Prozent mehr Anträge auf Erwerbsminderungsrente gestellt als noch zwei Jahre zuvor.⁽³⁾ Ebenfalls angestiegen sind die Anträge auf Frühverrentungen. Obwohl die Gründe für beide Entwicklungen nicht exakt belegbar sind, liegt es doch nahe, sie mit dem Rückgang an beantragten und bewilligten Rehabilitationsmaßnahmen in Verbindung zu bringen. Die schon frühzeitig geäußerten Befürchtungen, dass die Einsparungen bei den Rehabilitationsleistungen zu Mehrausgaben bei anderen Verpflichtungen der Rentenversicherungen führen würde, können als bestätigt gelten.

Darüber hinaus gab es weitere problematische Entwicklungen, die durch das WFG ausgelöst wurden. Zu ihnen zählt der Abbau von Therapieplätzen. Unter dem Blickwinkel der Steuerung sozialer Probleme ist hieran besonders beklagenswert, dass dieser Abbau unsystematisch und planlos erfolgt ist. Es gab zwischen Gesundheitspolitikern, Kostenträgern und Leistungserbringern keinen Diskurs darüber, wie viele und welche Therapieplätze innerhalb der verschiedenen Indikationen und Regionen nicht mehr benötigt würden. Um diesen Diskurs haben sich die Akteure des Gesundheitssystems gedrückt. Sie haben es vorgezogen, stattdessen die anonymen Kräfte des Marktes darüber walten zu lassen, wo Therapieplätze abgebaut wurden oder erhalten blieben – gerade so, als sei der „Markt“ eine fachkundige und weise Instanz. Für Personalentlassungen oder gar Kliniksterben wollte keiner die politische (Mit-)Verantwortung übernehmen, der das Wachstums- und Beschäftigungsförderungs-gesetz mit beschlossen hatte oder es in verantwortlicher Position umsetzte.

Angesichts dieser „VogelStrauß-Politik“ verwundert es nicht, dass die gesundheits- und sozialpolitischen Folgen des WFG nicht umfassend ermittelt und systematisch bewertet wurden. Selbst die Frage, wie viel von dem medizinisch notwendigen Bedarf an Rehabilitationsleistungen, der sich auf Seiten der Rentenversicherungen durch die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten ergibt, innerhalb der verringerten Budgets abgedeckt werden kann, wurde und wird öffentlich nicht ernsthaft diskutiert. Es fehlt an entsprechenden Foren, in denen die Akteure die relevanten Daten zusammentragen und gemeinsam bewerten.

Auch andere Lernchancen wurden vertan. So haben die Therapeuten zwar unter dem Druck der Ereignisse eine Fülle neuer Therapieformen und -settings generiert und darüber hinaus Behandlungsformen und Behandlungszeiten flexibilisiert. Eine umfassende und systematische Bestandsaufnahme und erst recht ein fachlicher Diskurs über die Erfahrungen und nachprüfbareren Ergebnisse fehlt bis heute.

Zusammenfassend muss man resümieren: Der Impuls zur Steuerung des Rehabilitationssystems durch das WFG hat lediglich das klar umrissene Ziel zur Ausgabenreduzierung für Rehabilitation realisiert. Zugleich hat es Folgen hervorgerufen, die nicht explizit beabsichtigt waren und zu Veränderungen geführt, die nicht bewertet wurden und werden. Insofern kann dieser Steuerungsimpuls nicht für sich beanspruchen, den Anforderungen zu genügen, die moderne Managementsysteme erheben. Sein größter Mangel ist es, dass Veränderungen nicht gemessen und bewertet werden. Wo immer dieses geschieht, wird eine Organisation oder ein System quasi im „Blindflug“ gesteuert und ein Lernen für künftige Steuerungsimpulse verschenkt.

Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung

Der zweite Steuerungsimpuls, der hier erörtert werden soll, zielt explizit auf die Sicherung und Förderung der Qualität der medizinischen Rehabilitation. Er wurde von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung gegeben und richtet sich im wesentlichen an die Leistungserbringer, genauer an die Rehabilitationskliniken.

Im Jahre 1994, also drei Jahre vor Inkrafttreten des WFG, hat die gesetzliche Rentenversicherung ein Qualitätssicherungsprogramm für die stationäre medizinische Rehabilitation eingeführt. ⁽⁴⁾ Damit war die medizinische Rehabilitation das erste Segment im deutschen Gesundheitswesen, in dem ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm flächendeckend angewendet wurde, das die Voraussetzungen für qualitätszentrierte Klinikvergleiche geschaffen hat. In dieses Qualitätssicherungsprogramm sind mittlerweile alle eigenen sowie alle von der Rentenversicherung federführend belegten Rehabilitationseinrichtungen einbezogen. Seine Hauptziele sind

- die Optimierung des Rehabilitationserfolgs,
- der Aufbau eines klinikvergleichenden Informationssystems,
- die Förderung der klinikinternen Qualitätssicherung,
- die Herstellung und Verbesserung der Transparenz des Leistungsgeschehens sowie
- die Erschließung von Leistungsreserven.

Wesentliche Grundlage des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung ist der *klinikvergleichende Ansatz*. Er soll es ermöglichen, qualitätsrelevante Informationen bezüglich der Struktur (Hausmerkmale und Behandlungskonzepte), der Behandlungsprozesse und ihrer Ergebnisse klinik- und trägerübergreifend zu erfassen und zu vergleichen, und zwar indikationsübergreifend. Dabei werden somatische und psychosomatische bzw. Abhängigkeitserkrankungen unterschieden. Die Erhebung der Daten ist Aufgabe jenes Rentenversicherungsträgers, der eine Klinik federführend belegt, die Auswertung vollziehen die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und der Verband Deutscher

Rentenversicherungsträger (VDR) in enger Kooperation. Sie erstellen die Berichte für die Rehabilitationseinrichtungen und die jeweiligen Rentenversicherungsträger. Die Berichterstattung an die Kliniken erfolgt in Form klinikvergleichender Berichte zur Qualitätssicherung. Sie ermöglichen es jeder Rehabilitationseinrichtung, ihre eigenen Struktur, Prozess- und Ergebnisdaten mit denen ihrer Vergleichsgruppe in Beziehung zu setzen – mit dem Ziel, die Erkenntnisse für qualitätsverbessernde Steuerungsprozesse zu nutzen und einen Wettbewerb der Leistungserbringer um bessere Qualität auszulösen.

Die Instrumente und Verfahren dieses Qualitätssicherungsprogramms wurden unter wissenschaftlicher Begleitung durch Heranziehen indikationsspezifischer Expertengruppen und wichtiger Träger- und Fachverbände sorgfältig und partizipativ entwickelt und erprobt. Sie werden nachfolgend kurz skizziert, um sie später mit jenen in Beziehung setzen zu können, die im Rahmen des Modellprojekts „Benchmarking im Gesundheitswesen“ angewendet werden.

1. Klinikdokumentation „Strukturmerkmale“

Neben dem Vergütungssatz, dem Träger und den Belegern werden allgemeine Angaben erhoben, zum Beispiel zur Anzahl und Art der verfügbaren Betten und zur Aufbauorganisation der Klinik. Das Stichwort „Hausmerkmale“ klärt Aufnahme- und Unterbringungsmöglichkeiten der Patienten, die personelle Ausstattung sowie die diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Für Einrichtungen der Entwöhnungsbehandlung und der psychosomatischen Rehabilitation gibt es eine modifizierte Abfrage.

Die erhobenen Daten ermöglichen es, die Rehabilitationseinrichtungen nach verschiedenen Strukturmerkmalen zu gruppieren. Diese Gruppen bilden die Grundlage für Klinikvergleiche – im Hinblick auf die grundsätzliche Leistungsfähigkeit einer Einrichtung und ihrer tatsächlichen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Zugleich ermöglichen diese Daten den Rentenversicherungsträgern, eine personen- und indikationsspezifische Steuerung der Zuweisung vorzunehmen und bei Bedarf neue Anforderungsprofile zu entwickeln. Die erste rentenversicherungsweite Strukturhebung erfolgte 1996. Sie musste zwei Jahre später wiederholt werden, weil das WFG zu grundlegenden Veränderungen im Bereich der Rehabilitation geführt hatte.

2. Klinikdokumentation „Konzeptmerkmale“

Vorrangiges Ziel dieses Erhebungsteils ist es, die Auswirkungen konzeptioneller Ansätze zur medizinischen Rehabilitation auf die Qualität der erbrachten Leistungen zu untersuchen und durch Rückmeldungen an die Leistungserbringer Qualitätsverbesserungen zu ermöglichen. Es wird nach der internen und der externen Kooperation und Vernetzung der Fachkräfte gefragt sowie nach ihrer Beteiligung an klinikinternen Besprechungen und Konferenzen sowie nach der Beteiligung der Fachkräfte an internen und klinikübergreifenden Qualitätszirkeln.

Weitere Schwerpunkte sind die Art der Leistungsdokumentation und die Kooperation und Vernetzung mit anderen Diensten und Einrichtungen sowie die Qualifizierung der Fachmitarbeiter (Fortbildung, Supervision). Darüber hinaus ist die therapeutisch-konzeptionelle Ausrichtung der Klinik darzustellen.

3. Qualitätsscreening – Peer Review

Im Rahmen ihres Qualitätssicherungsprogramms haben die gesetzlichen Rentenversicherungsträger ein Verfahren zur Prüfung der Regelmäßigkeit medizinischer Rehabilitationsverfahren (Prozessqualität) entwickelt und erprobt. Für ihr Qualitätsscreening werden im somatischen Bereich 52 qualitätsrelevante Prozessmerkmale identifiziert und in einer Checkliste zusammen geführt, die sich in die Bereiche „Anamnese“, „Diagnostik“, „Therapieziele und Therapie“, „Sozialmedizinische Stellungnahme“, „Nachsorgekonzept“ und „Verlauf und Epikrise“ gliedert. Für die Indikationsbereiche „Psychosomatik“ und „Abhängigkeitserkrankungen“ werden 67 qualitätsrelevante Prozessmerkmale unterschieden, und zwar in den Bereichen „Anamnese“, „Befunde“, „Therapieziele“, „Therapieplanung“, „Verlauf und Epikrise“, „sozialmedizinische Stellungnahme“ und „weiterführende therapeutische Maßnahmen“.

Erfahrene und eigens für dieses Verfahren geschulte Rehabilitationsärzte prüfen anhand der Checkliste und eines bereit gestellten Manuals die Regelmäßigkeit und Güte der Prozessqualität und die Vollständigkeit und Qualität der Leistungsdokumentation (Peer Review). Beurteilungsgrundlage sind ca. 20 zufällig ausgewählte, anonymisierte Entlassungsberichte und Wochentherapiepläne pro Klinik und Jahr. Bei der Beurteilung werden sowohl quantitative (Anzahl erfüllter Kriterien bzw. Merkmale) als auch qualitative Gesichtspunkte (Gewichtung einzelner Kriterien bzw. Merkmale je nach den spezifischen Gegebenheiten des Einzelfalls) berücksichtigt. Das Review schließen die Peers mit einer zusammenfassenden Bewertung ab („keine“, „leichte“, „deutliche“ oder „gravierende“ Mängel). Die Bewertungen werden zu indikationsbezogenen Klinikvergleichen heran gezogen, die von den Rentenversicherungsträgern vorgenommen und den Leistungserbringern in Form individueller Ergebnisberichte mitgeteilt werden.

4. Patientenfragebogen

Um die Zufriedenheit der Patienten mit der Therapie zu erfassen und den Behandlungserfolg aus ihrer Sicht kennen zu lernen, werden seit 1998 monatlich bis zu 20 Patienten je Rehabilitationseinrichtung ca. 10 Wochen nach Abschluss ihrer stationären Therapie schriftlich befragt. Gegenüber Patienten mit psychosomatischen oder Abhängigkeitserkrankungen geschieht dieses mit einem modifizierten Instrument.

Den Grad ihrer *Zufriedenheit* können die Patienten im Hinblick auf die erbrachten Therapieleistungen (Betreuung durch Ärzte, Psychologen, medizinisches Hilfspersonal) und ihrer Ein-

beziehung in den Therapieprozess benennen. Darüber hinaus geht es um die Beurteilung von Schulungen und Vorträgen während der stationären Therapie, um die Vorbereitung der Nachsorge und – last not least – um die Unterbringung und Verpflegung. Mit dem *Behandlungserfolg* aus Patientensicht befassen sich zwei weitere Fragenkomplexe. Hier geht es um Patientenurteile darüber, ob sich gesundheitliche Beschwerden und Einschränkungen gegenüber der Zeit vor Therapiebeginn verändert haben bzw. welche gesundheitsbedingte Einschränkungen im Beruf und Alltag nach der Therapie aus ihrer Sicht bestehen.

Die Befragungsergebnisse werden für Vergleiche innerhalb der Gruppen strukturähnlicher Kliniken genutzt. Jede beteiligte Klinik erhält einen individuellen Bericht, der eine Verortung der eigenen Beurteilung im Kontext der Vergleichskliniken ermöglicht. Diese Berichte gehen auch an die Rentenversicherungsträger.

5. Qualitätszirkel

Qualitätszirkel sind „hierarchiefreie Gesprächsgruppen, in denen sich fünf bis neun Mitarbeiter eines Arbeitsbereichs in regelmäßigen Abständen auf freiwilliger Basis treffen, um selbst gewählte Probleme des eigenen Arbeitsbereichs zu diskutieren und unter Anleitung eines geschulten Moderators mit Hilfe spezieller Problemlösungstechniken Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten und ihre Umsetzung zu initiieren und zu kontrollieren, so dass der Gruppenarbeitsprozess für die Teilnehmer Lerneffekte beinhaltet.“⁽⁵⁾ Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung fordert die Einrichtung sowohl klinikinterner als auch einrichtungsübergreifender Qualitätszirkel und es fördert sie durch umfangreiche Anleitungen und Anregungen. Wie diese Anregungen von den Kliniken aufgenommen und umgesetzt werden, ist im Einzelnen nicht bekannt.

Nach Anlage, Zielsetzung und Verbreitung ist das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beispiel im deutschen Gesundheitswesen. Voll entfaltet, bezieht es alle Leistungserbringer im Bereich der medizinischen Rehabilitation ein und bildet wesentliche Teile ihrer Leistungsfähigkeit sowie ihrer tatsächlich erbrachten Leistungen ab. Es vergrößert die Transparenz in Rehabilitation in einem bisher unbekanntem Maße. Noch nie sind die Leistungsfähigkeiten deutscher Rehabilitationskliniken und ihre tatsächlichen Leistungen so umfassend und systematisch erfasst und damit prinzipiell einem öffentlichen Diskurs zugänglich gemacht worden, aus dem die planvolle Steuerung des Gesamtsystems erwachsen kann. Dieses sei als eines seiner großen Verdienste herausgestellt.

Allerdings muss auch auf zwei Einschränkungen aufmerksam gemacht werden. Zum einen bildet das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung – wie sein Name schon sagt – nahezu ausschließlich medizinische und pflegerische Aspekte der Rehabilitation ab. Andere, zum Beispiel betriebswirtschaftliche oder arbeitsorganisatorische

Aspekte, die die Leistungen der Kliniken ebenfalls stark beeinflussen, werden so gut wie gar nicht berührt. Diese zu regeln, erscheint den Rentenversicherungsträgern als eine originäre Trägerangelegenheit. Zum anderen fokussiert das Qualitätssicherungsprogramm nur die Leistungsfähigkeit und die tatsächlichen Leistungen eines kleinen, wenn auch bedeutsamen Segments des Rehabilitationssystems, nämlich der Kliniken. Die Leistungen der anderen Systemelemente, zum Beispiel die der Kostenträger, der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser bleiben unberücksichtigt. Ihre jeweiligen eigenständigen Beiträge zur Qualität der Rehabilitation sowie die Effektivität ihrer Kooperation mit den jeweilig anderen Systemelementen werden bis heute nicht systematisch erfasst und bewertet. Hier haben wir es noch mit einem Mangel an Transparenz zu tun, bei dessen Beseitigung die Erschließung weiterer Leistungsreserven im System der Rehabilitation zu erwarten ist.

Herr Dr. Dorenburg und Herr Schäfer haben dargelegt, wie das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung die Basis dafür schafft, individuelle und generelle Bedarfe an indikationsspezifischen Rehabilitationsleistungen zu erkennen und ggf. den Aufbau oder den Ausbau entsprechender Angebote zu steuern, auch unter Berücksichtigung regionaler Verteilungsaspekte. Hierin liegt ein weiteres Verdienst dieses Programms. Nach ihrem gesetzlichen Auftrag sind die Rentenversicherungsträger dazu verpflichtet, diesen Steuerungsprozess maßgeblich zu vollziehen. Es würde die Transparenz in der Rehabilitation wesentlich fördern, wenn sie hieran die Leistungserbringer und die interessierte Öffentlichkeit mehr als bisher teilhaben ließen. Allerdings kann man sich darüber streiten, ob es ihre originäre Aufgabe ist, diesen Diskursprozess zu organisieren. Möglicherweise fehlt eine Instanz, die die Gesamtverantwortung für die Organisation solcher Prozesse übernimmt, ohne zugleich als beteiligtes Systemelement eigene Interessen zu verfolgen.

Ähnliches gilt auch für die Zuweisungssteuerung. Nach Gesetzeslage obliegt sie ebenfalls den Rentenversicherungsträgern. Das Qualitätssicherungsprogramm ermöglicht es ihnen, die Zuweisung indikations- und personenspezifisch so zu steuern, dass ihre Versicherten schnellstmöglich in eine Klinik mit einem für ihre Belange passenden Leistungsangebot kommen. Herr Schäfer hat dieses IT-gestützte Verfahren erläutert und herausgestellt, dass bei der Zuweisung ausschließlich objektivierbare Parameter (indikationsgerecht, kurzfristig, kostensparend) eine Rolle spielen. Das ist die gute Botschaft. Die schlechte besteht darin, dass es etliche Kliniken gibt, die dieses nicht so recht glauben mögen.

Seine beiden weiteren Hauptziele, nämlich die Förderung der klinikinternen Qualitätssicherung und die Optimierung des Rehabilitationserfolges, erreicht dieses Programm sicher. Das Peer Review-Verfahren ist nachweislich zur Analyse von Schwachstellen im Therapieprozess geeignet. ⁽⁶⁾ Die Peers selbst verbessern durch Schulung und Gutachtertätigkeit zunächst ihre eigene Arbeit, zum Beispiel hinsichtlich der Funktionsdiagnostik und der Sozial-

medizin. ⁽⁷⁾ Dabei bleibt es aber nicht. Herr Dr. Dorenburg hat in seinem Vortrag belegt, dass die Begutachtung von 12.000 Klinikberichten im Jahr in allen Bereichen der Therapie zu deutlich verbesserten Therapieergebnissen geführt hat. In diesem Sektor des Gesundheitswesens ist es also nachweislich gelungen, durch Impulse der Rentenversicherungsträger eine umfassende und systematische Verbesserung der medizinischen Rehabilitation in den Kliniken anzustoßen und zu gewährleisten. Das therapeutische Personal der Leistungserbringer nimmt die Impulse des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung auf und setzt sie in Qualitätsverbesserungen um.

Klinikvergleiche (Strukturmerkmale und Konzeptmerkmale), Patientenbefragungen und das Peer Review-Verfahren liefern den Leistungserbringern qualitätsrelevante Steuerungsdaten. Diese auf Messungen (und nicht nur auf „gefühlten“ Daten) beruhenden Feedbacks ermöglichen es den Kliniken, ihre eigene Leistungsfähigkeit und ihre tatsächlichen Leistungen mit denen ihrer unmittelbaren Mitbewerber zu vergleichen. Solche messdatengestützten Vergleichsverfahren können als eine ausgezeichnete Serviceleistung der Rentenversicherungsträger zur Unterstützung des Klinikmanagements angesehen werden – auch wenn sie nicht völlig selbstlos erfolgen, denn die Rentenversicherungsträger nutzen diese Daten bekanntlich auch für ihre Belegungssteuerung und die Abschätzung von Bedarfsentwicklungen. Das jeweilige Klinikmanagement müsste viel Geld und Know-how aufwenden, wenn es vergleichbar qualitätsrelevante Daten für sein therapeutisches Personal selbst generieren wollte. Vielfach wäre es dazu gar nicht in der Lage. Darauf verweist schon der Umstand, dass entsprechende qualitätsrelevante Vergleichsdaten im betriebswirtschaftlichen Bereich der Kliniken weitgehend fehlen.

Das BMBF-Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“

Als dritter und letzter Impuls zur Steuerung und Weiterentwicklung der Rehabilitation soll das BMBF-Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ vorgestellt und bewertet werden. Naturgemäß wendet sich dieses Modellprojekt nicht an alle, sondern lediglich an einige Leistungserbringer, allerdings nicht nur im Bereich der Rehabilitation, sondern auch im Bereich der Krankenhäuser. Es umfasst 27 Krankenhäuser und 13 Rehabilitationskliniken in vier Bundesländern. Wie der Projekttitel ahnen lässt, stehen betriebs- und volkswirtschaftliche Aspekte im Vordergrund – und nicht medizinisch-therapeutische und pflegerische, wie im Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung oder wie bei verschiedenen anderen Ansätzen zur Qualitätsentwicklung in Krankenhäusern. Das Projekt Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft will das Krankenhaus- und Klinikmanagement dabei unterstützen, kontinuierlich und systematisch ein internes Qualitätsmanagement aufzubauen. Hierfür bedient es sich verschiedener Instrumente und Verfahren, die konzeptionell hervorragend geeignet sind, die medizinisch-therapeutisch und pflegerisch ausgerichteten Ansätze

zur Sicherung und Entwicklung von Qualität zu ergänzen. Wie dieses geschieht, soll im Hinblick auf die Rehabilitationskliniken nachfolgend skizziert werden.

Ausgangspunkt und methodische Grundlage des Vorgehens ist das Excellence-Modell der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM). Dieses Modell ist in der Lage, branchenunabhängig die betriebliche Realität der Leistungserbringer abzubilden. Zunächst unterstützt durch externe Moderatoren und in weiteren Durchgängen angeleitet durch eigene, hierfür im Projekt qualifizierte Kräfte, vollziehen die Rehabilitationskliniken eine umfassende und systematische **Selbstbewertung**, die sowohl ihre spezifischen Stärken als auch ihre Verbesserungspotenziale identifiziert. Was sie als Ergebnisse ihrer Arbeit erreichen bzw. erreichen wollen, wird in Form von Balanced Scorecards festgehalten, die nicht ausschließlich strategische, sondern auch andere wichtige Ziele der Organisation dokumentieren. Diese Bestandsaufnahme bildet die Basis für **Aktionspläne**, in denen die Kliniken festlegen, welche Jahresziele sie erreichen wollen und wie dieses geschehen soll. Dabei sind das Messen von Ergebnissen und das Bewerten von Verfahren (z. B. hinsichtlich Aufwand und Wirkung) von herausragender Bedeutung.

Zur Generierung zusätzlicher qualitätsrelevanter Informationen werden zwei schriftliche Befragungen eingesetzt, die sich an Patienten und Mitarbeiter wenden, und es wird eine Betriebsdatenanalyse vorgenommen. Die beiden Befragungen wurden von der Projektleitung konzipiert, die Betriebsdatenanalyse wurde mit den Kliniken abgestimmt.

Eine umfassende und systematische **Befragung der Mitarbeiter** wie in diesem Modellprojekt gibt es bisher in den Rehabilitationskliniken nicht. Sie orientiert sich an den Kriterien und an den erfahrungsgemäß bedeutsamen Ansatzpunkten des EFQM-Modells. Von den Mitarbeitern werden zu insgesamt 197 Items Antworten erbeten. Sie sollen das Führungsverhalten ihrer Vorgesetzten beurteilen und Aussagen darüber treffen, wie sie sich durch die Leitung über wichtige Planungen und strategische Entscheidungen informiert fühlen bzw. wie sie das gesellschaftliche Engagement ihrer Klinik beurteilen. Befragungsschwerpunkte sind die „Mittelverwendung“ (Finanzen, Informationen, Umgang mit Lieferanten, Bestellwesen), die Organisation „innerbetrieblicher Abläufe“ (Beschwerde- und Vorschlagswesen, Arbeitsorganisation und Kooperation) sowie die „Kundenzufriedenheit“ (Medizin, Pflege, Unterbringung, Verpflegung, die Information von Patienten und Angehörigen und die Übereinstimmung von Erwartungen und Leistungen).

Bei der **Befragung der Patienten** werden zum Teil die gleichen Fragen gestellt wie bei der Befragung der Mitarbeiter, so dass sich diese als Spiegelfragen gut gegenüber stellen lassen. Mit 70 Items werden die Patienten – in der Regel an ihrem Entlassungstag – um ihr Urteil über die Qualität der Information durch das medizinisch, therapeutische und pflegerische Personal und die Berücksichtigung ihrer persönlichen Wünsche und Belange gebeten. A-

ßerdem werden die Patienten gefragt, wie die behandelnde Einrichtung ihrer Meinung nach mit Beschwerden und Reklamationen umgeht und was sie von der Ausstattung der Räume und der Verpflegung halten. Einzelne Fragen erbitten ein summarisches Urteil über die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen. Zusätzlich werden die Patienten um die Beurteilung von 26 Serviceleistungen (Kiosk, Bücherei, Gottesdienste etc.) gebeten, die bereits existieren oder angeboten werden sollten. Der Patientenfragebogen versucht, sowohl den Belangen von Krankenhauspatienten als auch denen von Rehabilitationskliniken gerecht zu werden, was nicht durchgängig gelingt, da die Unterschiede zwischen den einzelnen Bereichen groß sind.

Die **Betriebsdatenanalyse** schließlich erhebt vorrangig Prozesskosten, um Kostenvergleiche zu ermöglichen, die ggf. zum Ansatzpunkt für innerbetriebliche Verbesserungen werden können. Dabei besteht die grundsätzliche Schwierigkeit, dass nicht alle Einrichtungen über Kennzahlen qualitätsrelevanter Prozesse bereits verfügen oder diese nach unterschiedlichen Gesichtspunkten gebildet haben. Dieses erschwert die Vergleichbarkeit und erfordert ein pragmatisches Vorgehen.

Alle drei Befragungen werden jährlich wiederholt. Jede teilnehmende Einrichtung erhält ihre eigenen Ergebnisse sowie die Mittelwerte aller Einrichtungen und die gemessenen Minimal- und Maximalwerte in anonymisierter Form. So wird es möglich, die eigenen Werte im Verlauf der Zeit miteinander zu vergleichen und sie darüber hinaus in Beziehung zu denen der Mitbewerber zu setzen.

Solche Vergleiche lässt auch die Patientenbefragung im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung zu, die allerdings nur eine Stichprobe der Patienten ca. 10 Wochen nach ihrer Entlassung erfasst. Die Rentenversicherungsträger fragen differenzierter nach der Zufriedenheit der Patienten mit der Therapie und nach der subjektiven Einschätzung des Behandlungsergebnisses. Hinsichtlich der Beurteilung der Prozessabläufe in der Behandlung gibt es zwischen beiden Befragungen bei einzelnen Items Überschneidungen. Beim Vergleich beider Befragungen wird deutlich, dass es den Rentenversicherungsträger hauptsächlich darum geht, durch Stichproben Belege für die Beurteilung der Rehabilitationsleistungen durch ihre Versicherten zu erhalten. Diese Informationen nutzen sie primär für ihre Zuweisungssteuerung und stellen sie darüber hinaus den Kliniken zur Verfügung, damit diese aus ihren eigenen und den Vergleichsdaten erforderliche Managemententscheidungen ableiten können. Im Benchmarkingprojekt hingegen sind die Befragungen hauptsächlich aus Blick der Einrichtungen konzipiert deutlich durch betriebswirtschaftliche Überlegungen geprägt. Auch sie fragen zum Beispiel nach der Zufriedenheit der Kunden mit den Leistungen der Klinik. Dieses geschieht aber spürbar mit der Absicht zu ermitteln, ob diese die Klinik (oder das Krankenhaus) im Bedarfsfall weiter empfehlen würden. Patienten

an eine bestimmte Einrichtung zu binden oder (durch diese) neue zu gewinnen, das ist kein Anliegen der Kostenträger – wohl aber eines der Kliniken und Krankenhäuser.

Qualität wird dort entwickelt, wo die Begegnung mit den Kunden stattfindet. Diese Überzeugung teilen das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger und das Benchmarkingprojekt. Das Generieren qualitätsrelevanter Steuerungsdaten ist hierfür eine wesentliche Voraussetzung. Aus den beiden Patientenbefragungen sowie zusätzlich aus der Befragung der Mitarbeiter und aus der Betriebsdatenanalyse erhält das Managementtherapeutisch und betriebswirtschaftlich wichtige Messdaten über die Leistungen seiner Klinik und zugleich Anregungen zur Konzeption von Verbesserungsmaßnahmen oder sogar von strategischen Entscheidungen.

Das Modellprojekt Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft belässt es nicht bei der Bereitstellung qualitätsrelevanter Steuerungsdaten. Es hilft den Kliniken darüber hinaus, ihre Erkenntnisse aus der Interpretation dieser Daten in Aktionen umzusetzen. So werden im Projekt Klinikmitarbeiter als **EFQM-Assessoren** ausgebildet, die den Aufbau klinikinternen Qualitätsmanagements aktiv unterstützen und ab dem zweiten Jahr die Selbstbewertung und Aktionsplanung unter Einbeziehung der Befragungsergebnisse anleiten sollen. Hierdurch wird nicht nur die Fähigkeit erhöht, sich selbst besser zu steuern, sondern es wird auch ihre Verselbständigung von externer Beratung vorbereitet.

Neben dieser Personalqualifikation stellen die sog. **Benchmarkingkreise**, in denen die teilnehmenden Einrichtungen sich über ihre Befragungsergebnisse austauschen und einander berichten, wie sie es geschafft haben, auf einzelnen Gebieten besonders gute Ergebnisse zu erzielen, eine weitere Unterstützung des Klinikmanagements bei der Qualitätsentwicklung dar. Dieses überbetriebliche Austauschverfahren mag in mancher Hinsicht an das Peer Review erinnern. Tatsächlich weist es konzeptionell über dieses hinaus, denn es wird nicht nur festgestellt, was einzelnen Teilnehmern gut gelungen ist, sondern zugleich diskutiert, wie dieses geschehen ist. Mit anderen Worten: es geht um die systematische Identifikation von Erfolgsfaktoren und zusätzlich um die Überprüfung ihrer Übertragbarkeit auf andere Kliniken.

Mit zwei weiteren Projektbestandteilen weist das Benchmarkingprojekt über die betriebswirtschaftliche Ebene der Qualitätsentwicklung hinaus. Ein gesonderter Projektbestandteil untersucht die Bedeutung und die Entwicklung der **Zuliefererstrukturen** in der Gesundheitswirtschaft mit dem Ziel, Verbesserungsmöglichkeiten in den Beziehungen zwischen den Gesundheitseinrichtungen und den Zulieferfirmen zu identifizieren. Zwischen den Kliniken und ihren Zulieferern sollen Entwicklungspartnerschaften entstehen, die zum beiderseitigen Vorteil die Zusammenarbeit verbessern, Prozesse optimieren und Kosten sparen helfen.

Krankenhäuser und Kliniken sind nur ein Glied der Wertschöpfungskette im Gesundheitswesen. Betriebsvergleiche, Benchmarking und die Untersuchung der Zulieferbeziehungen

weitem den Horizont dieses Projektes über den jeweiligen Einzelbetrieb hinaus. Diesen Ansatz führt – last not least – der Projektbestandteil fort, für den die Universität Hannover verantwortlich ist und der uns heute hier zusammengeführt hat. Es sind **die Workshops zur Integration der Erkenntnisse in das Gesundheitssystem**. In diesen Workshops wird ein systematischer Dialog zwischen den beteiligten Einrichtungen und den übrigen Akteuren des Gesundheitssystems geführt, um einerseits Erkenntnisse und Ergebnisse des Projekts zu kommunizieren und andererseits praxisnah Lösungen für Probleme zu suchen, die nur gemeinsam realisiert werden können.

Die Workshops sind ein angemessenes Forum für einen Austausch übergreifender Fragestellungen. In einem von Wissenschaftlern moderierten Rahmen können die Krankenhäuser und Kliniken Fragen von allgemeinem Interesse und zukunftsweisender Bedeutung mit den Kranken- und Rentenversicherungen, den zuständigen Fachministerien oder etwa den Landesvereinigungen der Ärzte und des Pflegepersonals erörtern, um gemeinsam Lösungsmöglichkeiten anzusteuern. Um Impulse für die Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft zu geben, werden die Workshops dokumentiert und über den Rahmen der Projektbeteiligten hinaus verbreitet.

Zusammenfassung

Lassen Sie mich mit einigen zusammenfassenden Bemerkungen schließen.

Das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz hatte das explizit formulierte Ziel, mit 25 Prozent weniger Input denselben Output an Rehabilitationsleistung zu errreichen und dieselben Effekte für die Volksgesundheit zu erzielen. Dieser von der MakroEbene des Systems ausgehende Steuerungsimpuls war wegen der befürchteten Nebenwirkungen umstritten. Eine ernsthafte Abschätzung seiner Folgen wurde weder von seinen Befürwortern noch von seinen Kritikern vorgelegt.

Bei der Umsetzung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes, das die gesetzliche Grundlage dieses Steuerungsimpulses darstellt, ergriffen die Rentenversicherungsträger eine Reihe von Maßnahmen, die erhebliche Auswirkungen auf die Rehabilitationskliniken und die Versicherten hatten. Zu ihnen zählen die Festlegung und Begrenzung indikationsspezifischer Budgets, die sozialmedizinische Anpassung von Bewilligungskriterien und die Flexibilisierung von Behandlungszeiten und Behandlungsformen. Zu Maßnahmenbeginn hatten die Rentenversicherungsträger keine klaren Kenntnisse darüber, wie sich jede einzelne bzw. das Gesamtpaket dieser Maßnahmen auswirken würde – weder finanziell, noch im Hinblick auf die Gesundheitsentwicklung ihrer Versicherten. Eine solche Gesamtbilanz aus Sicht der einzelnen oder aller Versicherungsanstalten liegt bis heute nicht vor. Die Rehabilitationskliniken haben als Folge des WFG in einem unsystematisch angelegten und nur auf der Ebene der einzelnen Betriebe gesteuerten Prozess Therapieplätze abgebaut, Personal

reduziert und in Einzelfällen kürzere therapeutische Verfahren angewendet. Eine Gesamtbilanz auch dieser Steuerungsmaßnahmen fehlt bisher.

So kann man für den Steuerungsimpuls durch das WFG folgendes Resümee ziehen: Alle Systemelemente haben auf den enger gezogenen Rahmen reagiert, jedes einzelne nach seinen Möglichkeiten und entsprechend seiner Sachlogik. Eine Gesamtbewertung aller Maßnahmen ist unterblieben, und es ist nicht erkennbar, dass sie noch erfolgen wird. Es herrscht ein eklatanter Mangel an Kommunikation zwischen den einzelnen Systemelementen vor. Eine Angleichung von Sichtweisen oder gar eine gemeinsame Bewertung von Veränderungen erfolgt nicht. So lange diese ausbleibt, ist zu befürchten, dass bei einer nächsten „Sparrunde“ das Rehabilitationssystem durch die Makroebene wiederum „im Blindflug“ gesteuert werden wird.

Der Steuerungsimpuls durch das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung ging von der Meso-Ebene des Rehabilitationssystems aus. Durch Interventionen vor allem im medizinisch-therapeutischen Bereich wollten die Rentenversicherungsträger den Rehabilitationserfolg erhöhen und ihre Belegungssteuerung verbessern. Auf der Basis transparenter Leistungen und Kosten vergleichen sie Kliniken miteinander und regen diese an, Leistungsreserven zu erschließen und Verbesserungsprozesse in Gang zu setzen. Die Ergebnisse dieser Prozesse teilen die Rentenversicherungsträger sowohl den von ihnen belegten Kliniken als auch der interessierten Fachöffentlichkeit in Form von wissenschaftlichen Arbeiten mit. Nachweislich hat dieses Qualitätssicherungsprogramm eine ganze Reihe gewünschter Effekte gebracht. Die einzelnen Kliniken wären von sich aus nur in Ausnahmefällen in der Lage, qualitätsrelevante Messdaten so systematisch zu generieren, wie das die Rentenversicherungsträger leisten. Allerdings wäre es wünschenswert, dass die Rentenversicherungsträger die Interpretation und Bewertung der generierten Daten und der von den Kliniken auf ihrer Basis vollzogenen Verbesserungsmaßnahmen künftig intensiver als bisher gemeinsam mit den Leistungserbringern diskutierten. Erfahrungsgemäß sind die Einzelgespräche zwischen dem federführenden Beleger und der einzelnen Klinik hierfür nicht der richtige Ort.

Das Modellprojekt Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft gibt den beteiligten Rehabilitationskliniken einen externen Impuls zum Aufbau eines systematischen Qualitätsmanagements. Damit wendet sich dieser Steuerungsimpuls zunächst an die Ebene der einzelnen Leistungserbringer. Seine primär betriebswirtschaftliche Ausrichtung ist eine hervorragende Ergänzung zum medizinisch-therapeutisch orientierten Ansatz des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung. Wie die Integration und die synergetische Nutzung beider Ansätze zur Qualitätsentwicklung in den Kliniken genutzt werden, hängt nach

den bisherigen Erfahrungen offenbar wesentlich von dem Engagement und dem Geschick des jeweiligen Klinikmanagements ab.

Durch Klinikvergleiche, das Peer Review-Verfahren und Qualitätszirkel verweist das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung über die einzelne Klinik als Bezugsrahmen hinaus. Diesen Ansatz verfolgt auch das Benchmarkingprojekt, und zwar durch das Benchmarking selbst und stärker noch durch die Einbeziehung der Zulieferer. Der Bezugsrahmen wird noch einmal erweitert, als in Workshops mit den übrigen Akteuren des Gesundheitssystems die Erfahrungen und Ergebnisse des Projektes unter wissenschaftlicher Anleitung diskutiert und gemeinsam bewertet werden. Es sind solche Diskurse, die in diesem Teil des Gesundheitssystems – aber nicht nur hier – bisher fehlen. Gut angelegt und ausgewertet können sie zum Ort eines gemeinsamen Lernens aus bisher segmentiert verarbeiteten Erfahrungen werden.

⁽¹⁾ Wimmer, D. (1999) (Weiter-)Entwicklungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus Sicht der BfA. Vortrag anlässlich des 12. Heidelberger Kongresses des Fachverbandes Sucht e.V. in der Zeit vom 14. – 16.06.1999 zum Thema: Indikationsstellung und Therapieplanung. Tagungsmanuskript. – Auch die nachfolgenden Daten sind diesem Vortrag entnommen.

⁽²⁾ Huck, K.; Dorenburg, U. (1998) Modelle des Qualitätsmanagements für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 37, Supplement 1, S. S57.

⁽³⁾ Wimmer, D. (1999)

⁽⁴⁾ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000) Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation - Instrumente und Verfahren. Deutsche Rentenversicherung, DRV-Schriften, Band 18.

⁽⁵⁾ Bänfer, W. (1994) Qualitätszirkel als Instrument partizipativer Unternehmensstrategie. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, 11, S. 37 f.

⁽⁶⁾ Egner, U.; Gewinn, H.; Müller-Fahrnow, W.; Schliehe, F. (1998) Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 37, Supplement 1, S. S5.

⁽⁷⁾ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000), S. 123.

Auszug aus der Podiumsdiskussion vom Nachmittag

Heinz Lutter (Universität Hannover): Nach drei Vorträgen wollen wir nun die Gelegenheit nutzen, miteinander ins Gespräch zu kommen.

Ulrich Dorenburg (VDR): Ich möchte zunächst noch einmal die Frage nach der Flexibilisierung der Rehabilitationsmaßnahmen aufgreifen, die Sie, Herr Lutter, in Ihrem Vortrag aufgeworfen haben. Diese Frage hängt mit einer weiteren Frage zusammen, die heute Vormittag gestellt wurde, nämlich mit der Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen der Qualitätssicherung und der Zuweisung von Patienten gibt. Lassen Sie mich bitte etwas weiter ausholen, um unsere Haltung zu beiden Themenkomplexen zu verdeutlichen.

Im Rahmen unseres Qualitätssicherungsprogramms untersuchen wir jährlich im Rahmen von Stichproben 20 Rehabilitationsfälle pro Einrichtung durch eine Einzelfallbegutachtung (sog. Peer Review), und zwar unabhängig von der Einrichtungsgröße. Allein dieser Ansatz verdeutlicht, dass wir schon wegen der Stichprobengröße und der Intervalle unserer Untersuchung keine generellen Aussagen zu der Gesamtqualität der Rehabilitation in den betreffenden Einrichtungen treffen können. Es ist nicht gerechtfertigt, aufgrund dieser Stichprobengestaltung die Reha-Qualität einer Einrichtung generell als gut oder als schlecht zu qualifizieren.

Mit dem Peer Review und auch unseren Patientenbefragungen verfolgen wir im Kern ganz andere Absichten. Wir wollen den von uns untersuchten Kliniken zusätzliche Informationen zur Verfügung stellen, die es ihnen erlauben, ihre Arbeit kritisch zu reflektieren und zu verbessern. In Kenntnis der Gutachter- und Patientenbeurteilung sollen sie noch besser in die Lage versetzt werden, ihre Rehabilitationsprozesse zu reflektieren und zu steuern. Wir können und wollen Reha-Qualität nicht a priori definieren. Dieses muss im Dialog zwischen allen an der Rehabilitation Beteiligten geschehen.

Gleichwohl gibt es Zusammenhänge zwischen den von uns gemessenen Reha-Ergebnissen und der Belegung von Kliniken – aber keinen sehr unmittelbar wirksamen, sondern nur einen, der unsere mittel- und langfristige Planung betrifft. Zunächst einmal ermöglicht es unser Qualitätssicherungsprogramm, zum Beispiel durch Klinikvergleiche, einen Teil der auftretenden Qualitätsprobleme überhaupt sichtbar und diskutierbar zu machen.

Wenn wir bestimmte Qualitätsprobleme identifizieren, teilen wir diese den Kliniken mit, bieten ihnen ein Beratungsgespräch an und geben ihnen dann die Gelegenheit, Abhilfen zu schaffen. Die Folgeuntersuchung zeigt, ob und in welchem Umfang dieses gelingt. Sofern keine Besserung eintritt, kann man intensiver mit der Klinik an der Problemlösung arbeiten, zum Beispiel in Form eines Audits, das es erlaubt, die auftretenden Probleme vor Ort mit den Be-

teiligten zu erörtern. Nur wenn dieses Vorgehen dauerhaft folgenlos bleibt, werden sich diese Qualitätsprobleme auch auf die Vertragsverhandlungen der Rentenversicherungsträger mit den Kliniken auswirken – aber auch in diesen Fällen nicht so direkt, dass ein schlechteres Ergebnis quasi automatisch einen Abschlag im Pflegesatz oder etwa ein gutes Ergebnis eine unmittelbare Erhöhung der Belegung nach sich zöge.

Heinz Lutter (Universität Hannover): Ich danke Ihnen für diese Klarstellung, verhehle allerdings auch nicht meinen Eindruck, dass die meisten Reha-Kliniken das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger nicht als so stressfrei erleben, wie das nach Ihren Ausführungen der Fall sein könnte.

Peter Mrosowsky (Klinikum Holsteinische Schweiz): Diesen Eindruck kann ich als Klinikvertreter nur bestätigen. Möglicherweise wird von Ihren Mitarbeitern im Kontakt mit den Kliniken nicht alles so umgesetzt, wie es intendiert ist. Mit Interesse habe ich vernommen, dass erst an allerletzter Stelle an Sanktionen gedacht ist, wenn eine Klinik dauerhaft ihre Qualitätsprobleme nicht beseitigt. Allerdings frage ich mich, warum die Rentenversicherungsträger gute Qualität nicht durch bessere Belegung und finanzielle Anreize fördern. Hierdurch könnte die Qualitätsentwicklung einen zusätzlichen Schub erhalten, und das läge doch auch im Interesse der Versicherten.

Ulrich Dorenburg (VDR): Wenn ich da gleich noch einmal darauf eingehen darf. Das ist ja das Ausgangsproblem, zwischen guten und schlechten Reha-Leistungen oder Reha-Kliniken zu unterscheiden. Es ist methodisch „sauber“ nicht möglich, eine solche Unterscheidung, an der Sie begrifflicherweise interessiert sind, aufgrund unseres Qualitätssicherungsprogramms zu treffen. Wir wollen und wir können auf der Basis unseres Programms kein Ranking der besten bzw. der schlechtesten Kliniken aufstellen, und dieses zu tun, war auch nie Aufgabe unseres Qualitätssicherungsprogramms. Wie bereits gesagt, beruhen unsere Daten auf Stichproben. Diese Stichproben sollten nicht entscheidend für belegungsrelevante Entscheidungen herangezogen werden. Dies würde aus meiner Sicht die Glaubwürdigkeit unseres Qualitätssicherungsprogramms substanziell in Frage stellen. Die Kliniken sind der Ort, an dem Qualität entwickelt wird. Um sie dabei zu unterstützen, erheben wir Daten, werten sie aus und stellen sie den Kliniken zur Verfügung. Dabei kann man natürlich danach fragen, welche Anreize es für Kliniken geben könnte, an der Qualitätsentwicklung möglichst intensiv mitzuwirken. Keinesfalls aber sollten wir die im Qualitätssicherungsprogramm gewonnenen Daten als zielführende Begründung für Belegungsentscheidungen heranziehen.

Achim Schäfer (BfA): Ich stimme dem zu und möchte noch einen Aspekt ergänzen. Die BfA hat die Besonderheit, dass sie sowohl die Daten des Qualitätssicherungsprogramms auswertet als auch handelnder Leistungsträger ist. Wegen dieser Doppelrolle wäre es besonders leicht, Daten des Qualitätssicherungsprogramms zur Belegungsentscheidung heranzuzü-

hen. Wir verzichten aber ganz bewusst auf diese Möglichkeit, um unser Vertrauensverhältnis zu den von uns belegten Kliniken nicht zu gefährden. Diese Entscheidung ist bei uns nach einer intensiven internen Diskussion gefallen und wird von allen getragen.

Die Daten der Patientenbefragungen stehen unserem sozialmedizinischen Dienst zur Verfügung, damit dieser mit den Ärzten und Klinikbetreibern darüber sprechen kann, was einzelne Ergebnisse bedeuten und wie sie zustande gekommen sind. Solche Gespräche werden von uns aus ja auch nur dann geführt, wenn wir meinen, dass dieses aufgrund der gemessenen Daten erforderlich sei. Wann das im Einzelfall zutrifft, ist schwierig genug zu entscheiden. Wir verbinden mit diesem durchaus aufwendigen Verfahren das Ziel, einen Beitrag zur Verbesserung der Rehabilitationsqualität zu leisten. Aus diesem und aus keinem anderen Grund gehen wir wo nötig auf eine Klinik zu und sagen ihr, dass es Probleme gibt, über die wir reden möchten und die gelöst werden sollten. Was uns aber viel zu weit ginge, wäre lediglich auf der erhobenen Datenbasis zu entscheiden, ob eine Klinik stärker oder schwächer oder gar nicht mehr belegt werden sollte.

Karen Thane (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales): Ich möchte die Qualitätsfrage noch einmal aus Patientensicht ansprechen. Ich wünschte mir verlässliche Informationen darüber, wo ich eine für meine Indikation, meine Probleme und meine Situation besonders geeignete Therapie finde. Insofern wäre doch eine Ranking-Liste der Einrichtungen für Versicherte oder Patienten eine prima Sache.

Heinz Lutter (Universität Hannover): Ich ergänze diesen Gedanken noch durch einen Hinweis. Den Rentenversicherungsträgern kommt nach Willen des Gesetzgebers bei der Steuerung der Rehabilitation eine bedeutende Rolle zu, die durch die Neufassung des SGB IX noch gestärkt wird. Interpretieren Sie die Ihnen zugedachte Rolle zu defensiv, indem sie den Versicherten diese Informationen nicht zur Verfügung stellen?

Achim Schäfer (BfA): Als Rentenversicherungsträger haben wir den gesetzlichen Auftrag, im Indikationsfall die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen. Es kann zu Interessenkollisionen kommen, wenn ein Versicherter aufgrund seines Gesundheitszustandes, für den ja auch nicht wir, sondern die Krankenversicherungen finanzierungszuständig sind, oder sonstiger Überlegungen seine Verrentung anstrebt und an der Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht interessiert ist. Schon deshalb können wir es nicht den Versicherten allein überlassen, darüber zu entscheiden, wo und mit welchen Zielen sie Rehabilitationsmaßnahmen antreten. Wir würden unseren gesetzlichen Auftrag gefährden, wenn wir ihm hierfür eine Ranking-Liste der Kliniken zur Verfügung stellten – ganz abgesehen von den eben genannten methodischen Problemen, eine solche Liste überhaupt zu erstellen.

Reiner Schena (Kliniken Herzogin-Elisabeth-Heim): Auch ich habe Probleme mit einer Ranking-Liste. Hinsichtlich der Ergebniskriterien des EFQM-Modells mag man solche Listen

formulieren können. Aber wie das Ergebnis zustande kommt, sollte Sache der Kliniken bleiben. Wer auch bei den Prozessen versucht, Ranking-Listen zu erstellen, schreibt Abläufe fest und verhindert letztlich, dass Neues erprobt wird. Ein solches Verfahren wäre für die Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen kontraproduktiv.

Lassen Sie mich noch ein Wort zur Kapazitätsplanung und zur Belegungssteuerung sagen. Herr Schäfer hat uns berichtet, wie die BfA Kapazitätsplanung kurz und mittelfristig vollzieht. Anhand des Antragsaufkommens, der Bewilligungen und der verfügbaren Plätze für einzelne Indikationen legt sie fest, welche Art Leistung wie oft in welcher Region benötigt wird. Dieser Planungsprozess ist für uns Leistungsanbieter von entscheidender Bedeutung. Wir sind unmittelbar davon betroffen, wenn Kapazitäten aus- oder abgebaut werden. Deshalb wäre es sehr sinnvoll, wenn Sie uns als Leistungsanbieter über Ihre Planungen regelmäßig und sehr rechtzeitig informierten. Nur so haben wir die Chance, auf Entwicklungstrends frühzeitig zu reagieren und unsere Einrichtungen – soweit möglich – strategisch auszurichten.

Herr Schuch (Therapiedorf „Villa Lilly“): Ich möchte für die Transparenz unserer Prozesse plädieren, so wie das durch das Peer Review-Verfahren des Qualitätssicherungsprogramms ansatzweise geschieht. Ich hätte nichts dagegen, sowohl den Auftraggebern als auch den Versicherten dazulegen, wie wir arbeiten. Auch unsere Prozessqualität könnte Bestandteil eines Rankings sein, das die Rentenversicherungsträger veröffentlichen.

Heinz Lutter (Universität Hannover): Ich möchte auf ein Missverständnis aufmerksam machen, das in den letzten beiden Beiträgen sichtbar wird. Herr Schena hat vor den Gefahren gewarnt, die aus der Standardisierung von Prozessvorgaben durch die Rentenversicherungsträger entstehen könnten. Das ist nicht gleichzusetzen mit der Transparenz von Arbeitsabläufen und Leistungen. Ob letztere von den Rentenversicherungsträgern zu einem öffentlichen Ranking zusammengefasst werden sollten, ist allerdings noch die Frage.

Bernhard Blanke (Universität Hannover): Auf genau diese Frage möchte ich antworten. Wenn eine öffentlich-rechtliche Körperschaft, wie zum Beispiel die BfA, anfängt, Standards zu definieren und Rankings der Leistungsanbieter zu veröffentlichen, so hat dieser Vorgang eine Rechtsqualität, die hochgradig problematisch ist. Wir haben in Deutschland ein sozialpolitisches System, was erstens in hohem Maße über Zwangsbeiträge finanziert wird, zweitens sehr stark verrechtlicht ist und drittens enorm der Rechtsprechung der Sozialgerichte unterliegt. Ein durch die Sozialversicherungsträger vorgenommenes Ranking der Leistungsanbieter würde einen ganz erheblichen Eingriff in deren Wettbewerb darstellen. Ich lehne ein solches Vorgehen deshalb ab.

Nach der Konstruktion unseres Sozialversicherungssystems ist der Rehabilitationspatient kein Kunde, der im klassischen Sinne alle Wahlmöglichkeiten uneingeschränkt hat. Ärzte entscheiden darüber, ob die Indikation für die Inanspruchnahme von Leistungen vorliegt, und

die Träger der solidarisch finanzierten Rentenversicherung nehmen im Indikationsfall die Zuweisung zu für ihn passenden Leistungsangeboten vor– im Idealfall im Einvernehmen mit dem Versicherten. Wer dieses Prinzip aufbrechen will, müsste diesen Teil des Sozialsystems ändern. Es kann bestenfalls um die Optimierung von Aushandlungsprozessen auf der Mikro-Ebene gehen, also zwischen dem Versicherten, seinem Arzt, seiner Versicherung und den Leistungsanbietern. Hierbei ist jedes Mal bezogen auf den Einzelfall und unter Berücksichtigung aller zu einem Zeitpunkt bestehenden Möglichkeiten zu diskutieren, worin die beste Rehabilitationsqualität bestehen kann. Aus der Überprüfung einer Vielzahl solcher Einzelprozesse kann man bestenfalls ableiten, was dazu beiträgt, besonders zufriedenstellende Ergebnisse zu erzielen. Nur so kann eine Qualitätsentwicklung in diesem Bereich voran getrieben werden, nicht aber durch die Normierung von Prozessen oder die Veröffentlichung von Rankings der Leistungsanbieter. Es wäre viel gewonnen, wenn die Rentenversicherungsträger diese Aushandlungsprozesse und die Lehren, die aus ihnen gezogen werden können, weiter forcierten und genau diese Prozesse möglichst transparent gestalteten. Unter Steuerungsaspekten hieße das, dass wir eine bessere Verkoppelung bräuchten zwischen den generellen Lenkungsprozessen, die die Rentenversicherungsträger vollziehen und dem, was an Qualitätsentwicklung in den Kliniken stattfindet, also eine Verkoppelung zwischen Hierarchie und Selbststeuerung. Dabei ist auch die Frage zu diskutieren, ob die Rentenversicherungsträger für die Qualitätsentwicklung in den Kliniken nicht Anreize schaffen könnten.

Achim Schäfer (BfA): Gibt es im Moment eigentlich einen Grund, daran zu zweifeln, dass wir es nicht geschafft haben, Qualitätsanreize in den Kliniken zu schaffen? Ich verweise darauf, dass die Rehabilitationskliniken bereits mit großem Engagement dabei sind, Qualitätsentwicklungsinitiativen zu verfolgen. Hierzu haben wir mit unseren regelmäßigen Berichten, die die Kliniken im Rahmen unseres Qualitätssicherungsprogramms erhalten, einen stark wirksamen Anreiz geschaffen. Ich habe den Eindruck, dass die Kliniken selbst hoch motiviert sind, an der Qualitätsentwicklung mitzuwirken. Ob wir zusätzliche Anreize schaffen sollten, ist aus meiner Sicht fraglich.

Heinz Lutter (Universität Hannover): Gestatten Sie bitte eine Zwischenfrage, Herr Schäfer. Dass in den Reha-Kliniken eine hohe Motivation zur Qualitätsentwicklung besteht, will ich nicht bestreiten. Trotzdem hatte ich bei der Einführung Ihres Qualitätssicherungsprogramms den Eindruck, dass einige Kliniken vor allem deshalb mitgemacht haben, weil sie fürchteten, ansonsten nicht mehr belegt zu werden. Hat sich diese Haltung mittlerweile gelegt?

Achim Schäfer (BfA): Wie sich das im Einzelfall verhält, weiß ich natürlich nicht. Die Entwicklung von Vertrauen braucht Zeit, denn man muss erst Erfahrung im Umgang miteinander machen. Wir können eigentlich nur beharrlich den Sinn und Zweck unseres Qualitätssicherungsprogramms darstellen, zum Beispiel in Workshops wie diesem, und daraufverweisen,

wie wir mit den gewonnenen Daten und Erkenntnissen umgehen. Insgesamt sind die Ergebnisse durchweg positiv, und wir sind sehr froh darüber. Wie die Kliniken es im Einzelnen geschafft haben, zu dieser Verbesserung der Gesamtergebnisse beizutragen, kann jede Klinik nur für sich beantworten. Ich entnehme diesem Verbesserungsprozess als Erkenntnis, dass es richtig ist, auf die Selbststeuerungsfähigkeit von Leistungsanbietern zu setzen und sie hierbei durch zentral vorgenommene Auswertungsprozesse zu unterstützen. Ich bin davon überzeugt, dass es nicht gelungen wäre, ähnlich gute Ergebnisse zu erzielen, wenn wir versucht hätten, den Gesamtprozess zentral zu steuern.

Noch eine Anmerkung zum Stichwort „Ranking“. Der gesetzliche Auftrag der Rentenversicherungsträger in der Rehabilitation ist vom Versorgungsgedanken bestimmt, nicht vom Aufstellen von Ranglisten der Leistungsanbieter. Das Erstellen solcher Ranglisten liegt im Übrigen auch nicht in unserem Interesse, selbst wenn das mit unserer Datenbasis möglich wäre – was aber, wie gesagt, nicht zutrifft. Stellen Sie sich bitte vor, was passieren würde, wenn wir eine solche Rangliste der Leistungserbringer veröffentlichen würden. Zum einen hätten wir die schon bereits beschriebenen Probleme mit den Kliniken, die wir mit der Leistungserbringung gegenüber unseren Versicherten beauftragen. Und zum anderen würden doch alle Versicherten darauf bestehen, in genau jene Klinik zu kommen, die ganz oben in der Rangliste steht, und hier würden wir sofort vor Kapazitätsproblemen stehen. Selbst wenn die Leistungsunterschiede zu Zweit- und Drittplatzierten gering wären – wovon auszugehen ist – die Versicherten wären mit ihrer Einweisung in diese Kliniken vermutlich unzufrieden. Wir können kein Interesse daran haben, solche Prozesse einzuleiten.

Karen Thane (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales): An ein solches Ranking habe ich auch nicht gedacht, sondern vielmehr daran, öffentlich bekannt zu geben, wo die Stärken der jeweiligen Kliniken liegen.

Ulrich Dorenburg (VDR): Also das, woran Sie denken, geschieht schon im Ansatz. Im Internet und als Broschüren gibt es bereits entsprechende Klinikverzeichnisse, die Leistungsspektren und qualitätsrelevante Informationen beinhalten. Von ca. 1.400 Kliniken sind hierin bislang nur ca. 200 nicht erfasst. Allerdings setzt es den vielbeschwoenen mündigen Bürger und Versicherten voraus, um sich hieraus die für ihn und seine spezifische Problemstellung angemessene Klinik herauszusuchen. Dieses erfordert außer sozialer Kompetenz auch eine medizinische Kompetenz, und diese ist längst nicht immer beim Versicherten anzunehmen.

Noch eine Anmerkung zu den Anreizsystemen für Kliniken, sich aktiv an Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung zu beteiligen. Es kann nicht Aufgabe der Rentenversicherungsträger sein, diese zu schaffen, sondern es ist Aufgabe des jeweiligen Klinikmanagements, diese Anreize zu schaffen und ihre Mitarbeiter entsprechend zu motivieren. Hierfür stehen ja erprobte Managementkonzepte zur Verfügung. Als Kostenträger können und sollten wir nur

punktuell Anreize geben und diese an überdurchschnittlich hohe Leistungen oder Klinikmerkmale koppeln, wenn sie sich auf Dauer nachweisen lassen. Dass es eines Tages unter solchen Voraussetzungen und Einschränkungen einmal bestimmte Bonuspunkte geben könnte, will ich nicht von vornherein völlig ausschließen.

Anja Middendorf (Institut Arbeit und Technik): Noch einmal zwei Anmerkungen zum Ranking. Zum einen sollte man sich von der Illusion befreien, es würde jemals eine Klinik geben, die in allen Aspekten ganz besonders gut ist. Schon allein deshalb wird es immer Probleme beim Aufstellen von Ranglisten geben. Wir kennen diese Probleme zum Beispiel aus der Touristikbranche, wo Rankings von Hotelanlagen veröffentlicht werden, ohne dass diese die Gewähr dafür bieten, dass man als Kunde wirklich auf eine Einrichtung trifft, mit der man rundherum zufrieden ist. Wenn wir hingegen uns beim Ranking nur auf bestimmte Merkmale beschränken, habe ich als Kunde im Prinzip ganz ähnliche Probleme, da ich mir ja aus einem Bündel von Merkmalen, auf die es mir ankommt, die passende Einrichtung herausuchen muss. Das ist keine leichte Aufgabe.

Aus Sicht der Einrichtungen müsste eine ganz andere Frage von Interesse sein: Wie kann ich es schaffen, so gut zu werden wie die Einrichtungen es schon sind, die die Rangplätze vor mir belegen. Mit anderen Worten: Für Kliniken kann ein Ranking zur Steigerung der Qualität nur insofern von Interesse sein, als es besonders gelungene Ergebnisse bekannt macht. Wenn sie auch solch guten Ergebnisse erreichen wollten, wüssten sie, wo sie danach fragen könnten, wie das Ergebnis zustande gekommen ist, sie könnten diese Kliniken also als Benchmarkingpartner auswählen.

Meine zweite Anmerkung greift die Äußerungen von Professor Blanke zur Zuweisungssteuerung durch die Rentenversicherungsträger auf. Ich glaube, solche Verfahren kann man mit der nachwachsenden Generation immer weniger durchführen, sie wird sich dagegen wehren, dass ihr eine Klinik einfach zugewiesen wird und sich stattdessen lieber selbst aussuchen, in welcher Klinik sie eine Reha-Maßnahme durchlaufen möchte. Als Beitragszahler habe ich ein Recht darauf, dass mein diesbezüglicher Wille respektiert wird, und als junger und sozial kompetenter Mensch habe ich die Möglichkeiten, meinen Willen auch gegen meine Versicherung durchzusetzen.

Ulrich Dorenburg (VDR): Darf ich da gleich einmal einhaken. Es geht sicher nicht darum, dass eine Seite auf Kosten der anderen ihren Willen durchsetzt, sondern um einen sachbezogenen Dialog zwischen der Versicherung und dem Versicherten. Wenn der Versicherte gewichtige Argumente ins Feld führen kann, warum eine bestimmte Klinik nicht in Frage kommt oder er in einer ganz bestimmten Klinik rehabilitiert werden möchte, wird sein Wunsch vom Rentenversicherer nach Möglichkeit berücksichtigt werden. Das ist bereits heute gängige Praxis. Als Rentenversicherung fürchten wir keineswegs die nachwachsende,

emanzipierte Generation. Allerdings müssen wir auch auf der Basis von Sachargumenten verhandeln und nicht etwa aufgrund der Annahme, dass die Überlegungen der Rentenversicherungsträger gegenüber denen der Versicherten nachrangig seien.

Bernhard Blanke (Universität Hannover): Ich kann diese Sichtweise nur unterstützen. Es geht bei der Zuweisung von Patienten zu Reha-Kliniken um Fragen der fallspezifischen Zweckmäßigkeit, was nicht ausschließt, Patientenwünsche nach Möglichkeit zu berücksichtigen. Unser Gesundheitssystem setzt bei der Zuweisung auf die Steuerung durch Experten, die eine spezifische Ausbildung haben und eine hohe Verantwortung tragen. Und weil dieses so ist, treten sich Patient und Klinik niemals in der klassischen Beziehung von Kunde und Verkäufer gegenüber. Was für den Patienten unter gegebenen Umständen das verfügbar Beste ist, ist eine schwierig zu beurteilende Frage, die das Vorhandensein von Informationen und Sachverstand erfordert. Mit einer einfachen Orientierung an Bestenlisten ist hier wenig gewonnen. Sie bieten keine Grundlage für eine sachangemessene Entscheidung im Einzelfall.

Helga Kania (Universität Hannover): Ich stimme dem zu, meine allerdings auch, dass dem Patienten Informationen zur Verfügung gestellt werden sollten, die eine Urteilsbildung über die Qualität der Leistungen erlauben. Diese Informationen sind für sie nützlich, wenn sie mit ihrem Arzt oder mit dem Sozialmedizinischen Dienst von Krankenkassen oder Versicherungen über weiter gehende Therapiemaßnahmen sprechen wollen. Das kann dazu beitragen, Widerstände gegen fachlich notwendige Therapiemaßnahmen zu überwinden und die Mitwirkung in der Therapie fördern. So können die Patienten noch besser zu Experten ihrer Krankheit werden. Die heute bereits im Internet verfügbaren „Reklameseiten“ der Kliniken liefern solche Informationen nicht, und als Patient hat man in der Regel keine Möglichkeit, die dargestellten Leistungen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit zu beurteilen.

Achim Schäfer (BfA): Bei der Einweisung haben sowohl der Arzt als auch der Patient Mitsprachemöglichkeiten. In seinem Befundbericht kann zum Beispiel der Hausarzt eine Klinik vorschlagen, die er kennt und mit der er gute Erfahrungen gemacht hat. Von dieser Möglichkeit machen Hausärzte regen Gebrauch. Darüber hinaus steht es dem Versicherten frei, in einem Selbstauskunftsbogen, den er beim Antrag auf eine RehaMaßnahme ausfüllen muss, seinerseits eine Klinik vorzuschlagen, in der er therapiert werden möchte. Auch diese Möglichkeit wird genutzt.

Allerdings bleibt die Frage offen, welcher Patient wirklich beurteilen kann, welche Klinik für ihn die beste ist. Derzeit ist es schon für unsere Fachleute nicht einfach, bei mehr als 400 belegten Kliniken herauszufinden, welche Klinik genau welche Spezialität anbietet und deshalb für einen bestimmten Patienten genau passend ist. Dabei will ich nicht verleugnen, dass einige unserer Versicherten im Laufe der Zeit sich zu „Experten ihrer eigenen Erkrankungen“ gemacht haben, denn wir haben es im Bereich der Rehabilitation mit chronischen Erkran-

kungen zu tun. Trotzdem ist es richtig, die Zuweisung über ein Expertensystem vorzunehmen, denn die Mehrheit der Versicherten wäre hiermit nach unseren Erfahrungen heillos überfordert.

Rainer Schena (Kliniken Herzogin-Elisabeth-Heim): Ich glaube, in der Diskussion um Transparenz von Leistungen ist es von entscheidender Bedeutung, wer die Daten zur Verfügung stellt und beurteilt. Sowohl der Kosten- als auch der Leistungsträger sind Partei, und das wird man berücksichtigen müssen.

Karin Scharfenorth (Institut Arbeit und Technik): Ich glaube, es kommt in Zukunft darauf an, entscheidungsrelevante Daten nicht nur zu sammeln und zur Verfügung zu stellen, sondern die Versicherten bei ihrer Bewertung gezielt zu beraten. Dieses würde die Aushandlungsprozesse darüber, in welche Kliniken die Patienten gehen, wesentlich verbessern und es würde einen Beitrag zur Versorgungsgerechtigkeit darstellen, indem es die Patienten unterstützt, die aufgrund ihrer persönlichen Situation nicht in der Lage sind, solche Entscheidungen sachlich angemessen selbst zu treffen. Gezielte Information und zugleich Beratung gehören nach meinem Verständnis eng zusammen.

Heinz Lutter (Universität Hannover): Ich möchte diesen Gedanken unterstützen. Der Gesetzentwurf zum SGB IX sieht vor, gemeinsame Beratungsstellen der Kranken- und der Rentenversicherungsträger zu schaffen, die über Rehabilitationsmaßnahmen informieren und beraten sollen. Hier wird quasi eine gemeinsame Zuweisungssteuerung angestrebt, wobei die Berücksichtigung von Patienteninteressen gewährleistet sein soll.

Zum Hinweis, dass die zuweisenden Stellen selbst Partei sind: In manchen Bereichen der Industrie gibt es Auftraggeber, die von ihren Zulieferern die Zertifizierung bestimmter Qualitätsmerkmale verlangen und das Zertifikat zur Voraussetzung für eine Auftragserteilung machen. Besonders in Fällen, in denen der Auftraggeber die Auditierung und Zertifizierung „sicher“ Zulieferbetriebe vornimmt, wird deutlich, in welchem Maße er durch seine Marktmacht gestaltend in andere Betriebe eingreift. Ich bin froh, dass wir solche Zustände im Bereich der Rehabilitation nicht haben und dass die Rentenversicherungsträger ihre Machtstellung bei der Zuweisung nicht in auf diese Art nutzen. Zweifellos verfügen die Rentenversicherungsträger über eine Fülle von Informationen über alle Kliniken, die sie belegen und sie sammeln diese Daten erklärtermaßen unter anderem zum Zwecke des Klinikvergleichs. Es ist leicht nachvollziehbar, dass die Kliniken misstrauisch beäugen, was mit diesen Daten geschieht, besonders da eine Klinik mehr von dem sie belegenden Rentenversicherungsträger abhängt als umgekehrt. Insofern ist es wirklich nicht einfach, das Misstrauen zu überwinden, das dadurch gefördert wird, dass die für die Belegung zuständige Agentur zugleich Impulsgeber für die Qualitätssicherung und -entwicklung ist. In der Regel haben die einzelnen Kliniken kaum oder gar keine Informationen darüber, wie die Rentenversicherungsträger die gesammelten

Daten interpretieren und welche Überlegungen bei ihnen über das hinaus angestellt werden, was sie der jeweiligen Klinik bezogen auf ihre Situation mitteilen.

Insofern sind Dialoge von großer Bedeutung, wie wir sie heute führen. Noch völlig offen ist die Frage, wie die von den Rentenversicherungsträgern gesammelten Daten mit jenen zusammgeführt und für die Qualitätsentwicklung genutzt werden können, wie wir sie zum Beispiel in unserem Benchmarkingprojekt generieren. Diese Frage müsste sowohl auf der Ebene der Systemsteuerung insgesamt als auch auf der Ebene der einzelnen Kliniken beantwortet werden. Auf der Klinikebene wäre darüber hinaus zu untersuchen, welche Effekte daraus entstehen, dass zwei Ansätze zur Qualitätsentwicklung parallel in einzelnen Einrichtungen eingeführt werden.

Michael Roesler (Waldhaus Södderich): Ich glaube es ist zu früh, dass wir als Klinikvertreter im Projekt diese Frage beantworten. Wir brauchen noch Zeit, um diese Erfahrungen zu machen. Schon jetzt können wir allerdings sagen, dass sowohl durch das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger als auch durch das Benchmarkingprojekt in den Kliniken wesentliche Verbesserungsmöglichkeiten erkannt worden sind, an deren Umsetzung wir arbeiten.

Ulrich Dorenburg (VDR): Lassen Sie mich noch etwas zum Rückfluss der von uns im Rahmen unseres Qualitätssicherungsprogramms erhobenen Daten in die Kliniken sagen. Hier gibt es noch Unterschiede zwischen den Rentenversicherungsträgern. In der Regel teilen die Rentenversicherungsträger diese Daten den Kliniken, in denen sie Hauptbeleger sind, zwei bis drei Wochen nach Erstellung der entsprechenden Berichte mit. In Einzelfällen dauert es länger, was auf ein Verbesserungspotenzial auf unserer Seite hindeutet, denn selbstverständlich sollten die Erkenntnisse möglichst zeitnah den Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Wenn Sie zum Beispiel Ergebnisse aus den Patientenbefragungen oder dem Peer Review-Verfahren erst nach anderthalb Jahren zur Verfügung stellen, können diese nicht so nutzbringend im Klinikalltag umgesetzt werden als wenn das deutlich früher geschehen würde. Gerade in einzelnen Bereichen der Arbeiterrentenversicherung müssen wir hier noch schneller werden, und unsere eigenen Arbeitsabläufe optimieren, zum Beispiel, indem wir die Datenerfassung und ihre Auswertung näher zusammenführen.

Noch ein Wort zur Zertifizierung. Wir setzen Zertifizierungen der von uns belegten Kliniken nicht voraus, allerdings belegen wir auch keine Klinik, ohne sie uns vorab genau anzuschauen, unter anderem durch in der Regel mehrfache Termine vor Ort, bei denen wir Gespräche mit dem Träger und seinem Fachpersonal führen. Einer Belegung geht also ein längerer Prüfprozess voraus, in dem wir als Kostenträger mit dem (potenziellen) Leistungserbringer einen intensiven Dialog führen. Als Kostenträger müssen wir prüfen, ob die Ausstattungs

und Leistungsmerkmale, die angeboten werden, von uns auch benötigt werden– oder umgekehrt: ist die Klinik bereit und in der Lage, unseren Anforderungen und Bedarfen zuzureichen.

Zu diesen Anforderungen zählt es, dass Kliniken, die wir federführend belegen, sich an unserem Qualitätssicherungsprogramm beteiligen. Bei Kliniken, die wir einfach nur mitbelegen, fordern wir dieses nicht – aber in der Regel der Hauptbeleger. Das ist im Hinblick auf Qualitätsmanagementsysteme die einzige Verpflichtung, die wir eingeführt haben– wobei ich zugestehen muss, dass es dabei zwischen den verschiedenen Rentenversicherungsträgern Unterschiede geben mag.

Achim Schäfer (BfA): Als Rentenversicherungsträger wollen wir, dass die Kliniken ein Qualitätsmanagement betreiben. Deshalb haben wir in unser Qualitätssicherungsprogramm den Punkt 5 „Qualitätszirkel“ aufgenommen, denn sie sollen gewährleisten, dass die Kliniken die von uns ihnen rückgemeldeten Daten in praktische Qualitätsentwicklung umsetzen. Qualitätszirkel sind hierfür eine geeignete Form, aber auch eine Herangehensweise unter vielen anderen. Selbstverständlich begrüßen wir es auch, wenn die Kliniken weiter gehende Qualitätsmanagementsysteme aufbauen, wobei es ihnen völlig frei gestellt ist, für welches sie sich entscheiden. Uns kommt es lediglich darauf an, dass die Qualität in den Einrichtungen gesichert und entwickelt wird. Wir wollen, dass unsere Impulse zur Qualitätssicherung, die wir mit unserem Daten-Feedback geben, in den Einrichtungen aufgegriffen werden und auf fruchtbaren Boden fallen. Weil erfahrungsgemäß Qualitätszirkel hierzu einen guten Beitrag leisten können, haben wir sie in unser Programm aufgenommen. Unser Qualitätssicherungsprogramm ist insgesamt verpflichtend für die Kliniken, die wir belegen. Alle weiteren Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung sind uns darüber hinaus willkommen.

Teilnehmer: Ich halte es für sinnvoll danach zu differenzieren, mit welchen Patienten es eine Rehabilitationsklinik zu tun hat und was man im Hinblick auf ihre Reha-Ziele mit ihnen erreichen kann. In einer Rehabilitationsklinik für Drogenabhängige spielt es zum Beispiel eine große Rolle, wie weit es gelingt, ihre Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen und sie in Arbeitsverhältnisse zu vermitteln. Auf letzteres haben wir allerdings nur bedingt Einfluss, da dieses von den regionalen Arbeitsmärkten abhängt. Das macht es schwierig, eine Vorhersage über diesen Teil des Therapieerfolges zu treffen. Wenn hier die Rentenversicherungsträger eine starre Erfolgsquote vorgeben würden, brächte das für uns als Klinikbetreiber erhebliche Probleme mit sich.

Herr Schuch (Therapiedorf „Villa Lilly“): Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger ist den Kliniken von außen „verordnet“ worden. Wenn wir genau hinschauen, machen wir aber nicht viel anderes als das, was auch bereits vorher in den Kliniken stattgefunden hat. Auch vorher haben wir uns bereits um die Qualität unserer Arbeit gekümmert.

mert und reflektiert, was wir mit welchem Erfolg tun. Möglicherweise hat eine alt hergebrachte Praxis nur einen neuen Namen erhalten.

Ulrich Dorenburg (VDR): Dem kann ich nicht zustimmen. Wir betreiben Qualitätssicherung nicht, um zu zeigen, dass wir oder die Kliniken schon immer gut waren, sondern wir hatten gute Gründe, unser Qualitätssicherungsprogramm einzuführen – die Fortschritte, die wir hierdurch in vielen Einzelaspekten erzielen konnten, belegen das überzeugend.

Wir können keine Klinik zwingen, Qualitätszirkelarbeit durchzuführen. Aber bei auftretenden Qualitätsproblemen verweisen wir auf deren nachgewiesenen Erfolg und ermuntern sie, diesen Arbeitsansatz aufzugreifen. Hierzu haben wir ihnen in der Literatur und im Internet Hilfen zur Verfügung gestellt. Wir können niemanden zwingen, sich dieses Instruments und dieser Hilfen zu bedienen, wir können nur Hilfen anbieten und Überzeugungsarbeit leisten. Wenn diese Hilfen und Argumente bei gleichbleibenden Qualitätsproblemen nicht akzeptiert werden, muss man sich mit dem Betreiber zusammensetzen und die Hintergründe erörtern.

Teilnehmer: Wir haben heute viel über Qualität diskutiert, allerdings noch gar nicht über die Tatsache, dass Qualität ihren Preis hat. Seit vier Jahren erleben wir als Klinikbetreiber, dass die Beleger mit uns nicht über den Preis unserer Leistungen sprechen, also über die Frage, ob das, was wir bereit stellen oder leisten entsprechend vergütet wird. Auch andere Klinikbetreiber haben ihre Zweifel, dass das Preis-Leistungsverhältnis noch stimmt. Meine Befürchtung ist, dass die Entwicklung einer guten Angebots und Leistungsqualität nicht angemessen honoriert wird und langfristig auf der Strecke bleibt.

Peter Mrosowsky (Klinikum Holsteinische Schweiz): Bis vor anderthalb Jahren haben wir als Klinikbetreiber von den Rentenversicherungsträgern oft zu hören bekommen, über die Qualität unserer Leistungen müsse man nicht viel reden, sie sei ohnehin in den Einrichtungen weitgehend gleich. Man könne ohne Umschweife über die Vergütung reden. In diesen Gesprächen haben sie oft versucht, den Vergütungssatz nach unten zu korrigieren und dabei manchmal übersehen, dass es auch Grenzen gibt, unterhalb derer man keine qualitativ gute Rehabilitation leisten kann. Es ist nachvollziehbar, dass die Rentenversicherungsträger durch die Budgetierung der Rehabilitationskosten durch die Politik unter Druck stehen und deshalb versuchen, möglichst günstig Leistungen einzukaufen. Aber man sollte umgekehrt auch berücksichtigen, dass auch die Klinikbetreiber immer mehr aufwenden müssen, um die geforderten Leistungen zu erbringen und dass sie zusätzlich Belegungsrückgänge zu verkraften haben.

Ulrich Dorenburg (VDR): Sie sprechen zwei Problemkreise an, nämlich die angemessene Vergütung von Leistungen und das unternehmerische Risiko der Klinikbetreiber. Zur Vergütung: Es ist Ihre Sache als Klinikbetreiber nachzuweisen, welche Mehrkosten durch Qualitätsverbesserungen entstehen. Aus meiner langjährigen Erfahrung als Kliniker in der Rehabi-

litation weiß ich, dass es in Rehabilitationskliniken ganz erhebliche Potenziale zur Steigerung der Effizienz gegeben hat und noch gibt. Unser Qualitätssicherungsprogramm hilft Ihnen, diese aufzuspüren und auszuschöpfen. So kann man organisatorische Abläufe straffen und Leerläufe vermeiden, was Ihnen dabei hilft, durch Qualitätsentwicklung Kosten einzusparen. Solche Erfahrungen, die längst aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens bekannt und nachgewiesen sind, auch in Ihren Kliniken zu vollziehen, ist Ihre Aufgabe als Träger. Sie ist eine Managementaufgabe wie die, mit unterschiedlich hohen Belegungsstärken umzugehen.

Achim Schäfer (BfA): Bitte denken Sie auch daran, was in der krisenhaften Zeit nach Inkrafttreten des WFG geschehen ist. Einem zunächst gleich bleibend hohen Angebot stand plötzlich eine gesunkene Nachfrage gegenüber, so dass verfügbare Therapieplätze nicht belegt wurden. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass uns einzelne Häuser ihre Therapieplätze zu Dumping-Preisen angeboten haben, die deutlich unter den Herstellungskosten ihrer Leistungen lagen. Wir haben diese Angebote nicht angenommen, weil wir wissen, dass zum Beispiel für einen Tagessatz von 130 DM keine medizinische Rehabilitation dauerhaft und qualitativ zufriedenstellend durchzuführen ist. Andererseits haben manche Kliniken auch ein Geschäftsgebaren gezeigt, das wir mit Erstaunen zur Kenntnis genommen haben, etwa wenn sie einem Beleger, der nur einen Bruchteil ihrer Plätze regelmäßig bucht, deutlich niedrigere Kosten berechnen wollten als dem Hauptbeleger. Wenn man schon seitens der Kliniken keinen einheitlichen Erstattungssatz wünscht, so entspräche es einem üblichen Marktverhalten, gerade einem Großkunden günstige Konditionen anzubieten.

Nach meinem Eindruck wachsen wir gegenwärtig in einen Markt hinein, auf dem sich Nachfrage und Angebot relativ ausgeglichen gegenüber stehen. In diesem Markt sollten Nachfrager und Anbieter faire Verhandlungen über die Angebote, Leistungen und Vergütungssätze führen. Einen Automatismus, der Vergütung an Belegung oder an allgemeine Preisindizes koppelt, halte ich nicht für sinnvoll.

Heinz Lutter (Universität Hannover): Auf diesem Markt von Angebot und Nachfrage begegnen sich allerdings die Rentenversicherungsträger als Nachfrager und die einzelnen Kliniken als Anbieter von Leistungen nicht auf gleicher Augenhöhe. Jede einzelne Klinik ist von ihren Belegern stärker abhängig als umgekehrt. Falls man nicht überein kommt, ist es für eine Rentenversicherung eher möglich für ihre Versicherten eine andere Klinik zu suchen, als für die einzelne Klinik, einen anderen Beleger zu finden.

Achim Schäfer (BfA): Wobei ich noch gerne hinzufügen würde, dass es durchaus auch andere Zeiten gab und dass es heute in manchen Regionen Klinikgruppen gibt, die durchaus einen sehr gewichtigen regionalen Anbietermarkt darstellen.

Wie auch immer: In jedem Markt gibt es Angebots- und Nachfragephasen. Wir sind nicht daran interessiert, eine uns begünstigende Phase zu Lasten der Anbieter auszunutzen, so-

dem wir wollen auf Langfristigkeit und gegenseitigen Vorteil angelegte partnerschaftliche Beziehungen. Und dieser Aspekt, die Entwicklung partnerschaftlicher Beziehungen zum Ausschöpfen vorhandener Ressourcen, lässt sich nicht nur in der Art wiederfinden, wie wir unser Qualitätssicherungsprogramm organisieren und durchführen, er spielt auch im Benchmarkingprojekt eine große Rolle, das ja auf dem EFQM-Modell beruht.

Heinz Lutter (Universität Hannover): Lassen Sie mich zusammenfassen. Heute Morgen haben Sie, Herr Dr. Dorenburg, uns einen Überblick über das Konzept der gesetzlichen Rentenversicherung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation gegeben sowie über den Stand der Umsetzung dieses Programms und seiner Perspektiven berichtet. Anschließend haben Sie, Herr Schäfer, aus der Sicht der BfA geschildert, wie dieses Programm umgesetzt wird und welche Steuerungsmöglichkeiten in der Rehabilitation es beinhaltet. Für Ihre Vorträge möchte ich Ihnen herzlich danken. Sie sind ein Beitrag zur Verbesserung der Transparenz in diesem Teil des Gesundheitssystems.

In der Diskussion am Nachmittag haben wir nach meinem Empfinden die Gelegenheit gut genutzt, wesentliche Einzelaspekte zu vertiefen und Standpunkte zu klären.

Ich bedanke mich bei den Referenten und bei Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren, dass Sie sich hieran so engagiert beteiligt haben.

Wir werden, wie auch beim letzten Workshop die wesentlichen Ergebnisse des heutigen Tages dokumentieren und diese den Teilnehmern und der interessierten Fachöffentlichkeit und der Politik zur Verfügung stellen.

Schön, dass Sie da waren. Wir hoffen, Sie bei unserem nächsten Workshop am 28. Juni wiedersehen zu können, bei dem es um den Vergleich von Qualitätsmanagementsystemen in Krankenhäusern gehen wird.



BMBF-Projekt

Benchmarking

in der

Gesundheitswirtschaft

Qualitätsentwicklung
in Krankenhäusern
- ein Vergleich

Dokumentation
des Workshops
vom 19. September 2001
in Hannover

BMBF-Projekt

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Qualitätsentwicklung
in Krankenhäusern
- ein Vergleich

Dokumentation
des Workshops
vom 19. September 2001
in Hannover

Inhalt

*KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität im
Krankenhaus – Konzept, Stand der Umsetzung, Perspektiven*
Ditmar Hartmann
(Henriettenstiftung, Hannover) S. 5

*„Qualitätsentwicklung in Krankenhäusern – ein Vergleich“
– Wie lassen sich die Qualitätsanforderungen des
Gesundheitssystems in die Einrichtungen integrieren?*
Stephan von Bandemer
(Institut Arbeit und Technik, Projektleiter) S. 13

Diskussion mit Akteuren des Gesundheitssystems S. 27

Redaktion: Heinz Lutter

Die vorliegende Dokumentation kann auf dem Postwege zum Selbstkostenpreis von 6 € bezogen werden. Bitte schriftlich bestellen und Verrechnungsscheck beifügen.

Bestelladresse Ausdruck

Universität Hannover
Abteilung Sozialpolitik und Public Policy
Im Moore 13
30167 Hannover

oder kostenlos Herunterladen über Internet-Adresse

<http://www.swz-net.de>

Das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“
wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus

Konzept, Stand der Umsetzung, Perspektiven

Ditmar Hartmann

Henriettenstiftung, Hannover

Meine sehr verehrten Damen und Herren, mein Name ist Ditmar Hartmann. Ich bin leitender Qualitätsmanager in der Henriettenstiftung Hannover. Zur Henriettenstiftung gehören ein konfessionelles Krankenhaus der Maximalversorgung mit 593 Betten im Akutbereich und 20 Betten für Rehabilitationsmaßnahmen sowie vier große Altenzentren und ein Hospiz. Das Krankenhaus gliedert sich in 40 klinische Abteilungen an vier Standorten in Hannover. Insgesamt beschäftigt die Henriettenstiftung 1.850 Mitarbeiter. Wir gehören zu den insgesamt 25 Krankenhäusern, die in einer Pilotphase den KTQ-Katalog Version 3.0 getestet haben. Diese Pilotphase dauerte von Mai 2000 bis Februar 2001.

Eingangs möchte ich Ihnen einige unserer Erfahrungen berichten, die für Sie nützlich sein können, wenn Sie sich mit dem Gedanken an die Einführung eines Qualitätsmanagements beschäftigen. Dann werde ich über KTQ selbst informieren und abschließend unsere praktischen Erfahrungen mit diesem Modell skizzieren.

Voraussetzungen für die Einführung von Qualitätsmanagement

Schon bevor wir uns an der Erprobung des KTQ-Katalogs beteiligt haben, gab es in unserer Stiftung Ansätze zur Qualitätsverbesserung. Vor anderthalb Jahren haben wir diese einmal aufgelistet, um uns einen Überblick zu verschaffen, und sind dabei auf 31 Qualitätszirkel gekommen. Daneben gab es 137 Qualitätsinitiativen, worunter Arbeitsgemeinschaften zu verstehen sind, die ohne Moderation arbeiten und trotzdem qualitätsrelevante Dinge im Hause tun. Was bisher in der Henriettenstiftung für Qualitätsentwicklung getan wurde, ist quasi naturwüchsig entstanden. Vielleicht ist das nicht anders möglich, und selbstverständlich ist es gut, wenn überhaupt etwas geschieht. Aber besser ist es, wenn die Qualitätsentwicklung zielgerichtet erfolgt. Deshalb sollten sich alle, die ein Qualitätsmanagementsystem einführen wollen, vorab darüber klar werden, welche Ziele sie damit erreichen und welche Zwecke sie verfolgen wollen. Sonst kann es passieren, dass zwar alle im selben Boot sitzen und doch in unterschiedliche Richtungen rudern. Dieses ist meine erste Erfahrung, die ich Ihnen auf den Weg geben möchte. Sie gilt unabhängig von dem Qualitätsmanagementsystem, für das sie sich entscheiden.

Meine zweite Erfahrung möchte ich so zusammenfassen: „Im Leben gibt es keine Lösungen, es gibt nur Kräfte, die in Bewegung sind. Man muss sie erzeugen und die Lösungen werden folgen.“ Ich will Ihnen erläutern, wie ich zu dieser Erkenntnis gekommen bin. Vor meiner

tigkeit als leitender Qualitätsmanager der Henriettenstiftung habe ich als Beater gearbeitet und gedacht, ich wüsste, wie die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen funktioniert. Nach nur einem halben Jahr Tätigkeit in der Stiftung hatte ich den Glauben hieran verloren. Ich habe noch nie eine Organisation erlebt, die so schwierig zu handhaben ist und so viele Widerstandskräfte besitzt wie ein Krankenhaus. Auf den Punkt gebracht: die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in Krankenhäusern wird nur gelingen, wenn Sie hierfür förderliche Rahmenbedingungen haben oder diese schaffen. Von entscheidender Bedeutung ist die Existenz einer Lenkungsgruppe, die mit hochrangigen Vertretern der einzelnen Fachressorts und Abteilungen besetzt ist. Die Mitglieder dieser Lenkungsgruppe müssen Kenntnis der entscheidenden Probleme haben und zu ihrer Lösung beitragen, zum Beispiel indem sie als Multiplikatoren für Qualitätsentwicklung in ihren Bereichen auftreten. In Krankenhäusern zählen hierzu im Idealfall Chefärzte und Oberärzte, die Pflegedienstleitung sowie der Verwaltungsdirektor. Diese Personen an einen Tisch zu bekommen und sie in eine längerfristige Arbeit zur Qualitätsentwicklung einzubinden, ist allerdings alles andere als leicht. Gelingt dieses sowie die Einbindung der bereits vorhandenen Qualitätsinitiativen nicht, so haben sie gute Chancen, bei der Einführung von Qualitätsmanagement im Krankenhaus zu scheitern. Darüber hinaus sollten Sie sich frühzeitig um die Formulierung einer Qualitätspolitik kümmern, die festlegt, warum und mit welchem Ziel Sie Qualität entwickeln wollen. Sie sollten also ihre strategischen Ziele formulieren, um allen Qualitätsinitiativen eine Ausrichtung zu geben. Die Diskussion hierüber kann selbst für Krankenhausvorstände interessant sein, denn auch sie wissen längst nicht immer, wohin das Krankenhaus in drei oder fünf Jahren gelangen soll oder sie haben sich zumeist schon lange nicht mehr hierüber ausgetauscht. Kurzum: Zu den Voraussetzungen einer erfolgreichen Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in Krankenhäusern gehören nach meinen Erfahrungen eine klare strategische Zielsetzung, das Vorhandensein oder das Schaffen förderlicher Rahmenbedingungen sowie ein gerütteltes Maß an Durchhaltevermögen.

KTQ

KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität) ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt mit dem Ziel, ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren zu entwickeln. Dieses Verfahren wird ab 2002 den Krankenhäusern auf freiwilliger Basis angeboten werden. Kennzeichen der KTQ-Zertifizierung ist die Selbst- und Fremdbewertung des Krankenhauses auf der Grundlage eines Kriterienkatalogs. Dem von den Ersatzkassenverbänden (VdAK/AEV), der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft initiierten KTQ-Projekt sind zwischenzeitlich die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen beigetreten. Kooperationspartner sind der Deutsche Pflegerat und

die von den kirchlichen Krankenhausverbänden gegründete Organisation pro Cum Cert GmbH.

Der KTQ-Katalog ist die Grundlage für eine strukturierte Bewertung der Krankenhäuser. Er enthält einen Strukturhebungsbogen und Kriterien zur Qualitätsbeurteilung. Die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sind gegliedert nach den Kategorien Patientenorientierung, Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement. Die jeweiligen Kategorien werden konkretisiert und führen zu Einzelfragen, die das Krankenhaus beantworten muss.

Am KTQ-Katalog der Pilotphase gab es – wie nicht anders zu erwarten – Kritik. Die hauptsächlichen Punkte will ich kurz benennen.

Der KTQ-Katalog deckt bislang nicht alle Krankenhausbereiche ab, obwohl gerade das angestrebt wird. Die derzeit noch nicht abgebildeten Inhalte sollen sukzessive erarbeitet und in den Katalog integriert werden. Hierzu zählen die Bereiche „Psychotherapie“, „Physiotherapie“, „Pathologie“, „Kind im Krankenhaus“, „bildgebende Verfahren“, „Labor“ und „Apotheke“. Auch diese bislang fehlenden Inhalte sollen einem Praxistest unterzogen und dann in eine Bewertung einbezogen werden.

KTQ ist kein Qualitätsmanagementsystem per se, sondern setzt dessen Einrichtung voraus. Die Auseinandersetzung mit den KTQ-Kriterien im Rahmen einer Selbstbewertung kann die Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems unterstützen. Sein Aufbau ist allerdings eine eigenständige Leistung, die das Krankenhaus neben der durch KTQ angestrebten Zertifizierung leisten muss. Aus meiner Sicht bietet sich hierfür das EFQM-Modell an, das deutlich umfassender in der Lage ist, die Komplexität eines Krankenhauses abzubilden, als KTQ dieses zumindest in der Erprobungsphase konnte.

Nach Meinung vieler Kritiker ist auch der Strukturhebungsbogen nicht dazu geeignet, die Leistungsfähigkeit und die tatsächlichen Leistungen von Krankenhäusern transparent zu machen. So wird zwar im Kapitel „Personalbereitstellung“ die Qualifikation der Pflegekräfte ausführlich abgefragt, dies gilt aber nicht für andere Berufsgruppen, zum Beispiel für die Verwaltung. Fragen zur räumlichen und apparativen Ausstattung werden ebenfalls als unzureichend kritisiert.

Darüber hinaus wird das Fehlen von Ergebniskriterien beklagt. Medizinische und finanzielle Ergebnisse, Leistungskennzahlen, Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und von Befragungen der Patienten oder externer Kunden sowie von Mitarbeitern fehlen. Es gibt überdies **keine Verbindung von Gestaltungskriterien** (EFQM: „Befähiger“) **und Ergebniskriterien**, wie sie im EFQM-Modell zu Recht hergestellt wird. Grundlegende Konzepte von Total Quality Management (Ergebnisorientierung, Management mit Daten und Fakten) werden durch den KTQ-Katalog der Pilotphase nicht berücksichtigt.

Viele Anwender empfanden die Systematik des KTQ-Katalogs der Pilotphase als nicht immer nachvollziehbar. Jedes Kriterium ist in eine Reihe von Standards untergliedert, nach deren Erfüllung mit Einzelfragen geforscht wird. Die Standards beschreiben so etwas wie „Schlüsselprozesse“ im EFQM-Modell. Ihre Auswahl erschien manchen Kritikern als willkürlich, und ein Großteil der unterlegten Fragen als nicht logisch abgeleitet aus der nächst höheren Ebene.

Vielen Anwendern erschien zudem das Bewertungskonzept der Pilotphase als unzureichend. Als Antwortmöglichkeiten standen lediglich die Kategorien „sehr gut“, „gut“ und „verbesserungswürdig“ zur Verfügung. Dieses soll in der endgültigen Version differenzierter werden, wobei allerdings noch offen ist, wie die Kriterien untereinander gewichtet sein werden. Wie auch immer die Entscheidung fallen wird, es wird keine Zeit für seine Erprobung bleiben, denn die Routineeinführung ist für den Jahresbeginn 2002 vorgesehen. *(Anmerkung der Redaktion: Die Routineeinführung verzögert sich weiter, weil der Kriterienkatalog nunmehr erst im März 2002 verabschiedet werden soll.)*

Schließlich wird beklagt, dass der Aufwand und die Kosten für die Erstellung der Selbstbewertung sowie für die Organisation und die Durchführung der Visitationen zur Erlangung des Zertifikats sehr groß seien. Jüngst hat das Krankenhaus München-Schwabing vorgerechnet, dass hierfür

- 95 Arbeitstage für die Erstellung des Bewertungsberichts, die Besprechungen und die Gesamtbewertung durch die Koordinationsgruppe,
- 16 Arbeitstage für die Vorbereitung und Durchführung der Visitation,
- 78 Arbeitstage für das Qualitätsmanagement-Team und
- 55 Arbeitstage für die Teilnahme der Mitarbeiter/innen an zwei Informationsveranstaltungen

erforderlich waren. („Das Krankenhaus“ 6/2001) Dazu kommen finanzielle Kosten, die sich noch nicht im Einzelnen beziffern lassen.

Eine weitere Schwierigkeit für Anwender besteht aus unseren Erfahrungen **darin**, dass der KTQ-Katalog bezogen auf Einzelaspekte die Gesamtleistung eines Krankenhauses erfassen will. In der Regel werden Sie Abteilungen oder Kliniken haben, die bezogen auf diesen Punkt unterschiedlich gut sind, so **dass die Bewertungen der schlechteren Abteilungen oder Kliniken zu einer Abwertung des Gesamtergebnisses führen.** Zugleich wissen Sie allerdings, dass Sie für die gesamte Einrichtung eine Mindestpunktzahl benötigen, um den Zertifizierungsprozess in Gang setzen zu können. Eine solche Konstellation ist natürlich dazu angetan, erhebliche gruppenspezifische Prozesse in der Gesamteinrichtung zu erzeugen.

Unser Vorgehen und unsere Erfahrungen mit KTQ in der Pilotphase

Wahrscheinlich werden Sie sich spätestens jetzt fragen, warum wir trotz dieser Widrigkeiten und Probleme trotzdem entschlossen haben, die KTQ-Pilotphase mitzumachen. Zunächst einmal kannten wir nicht alle Probleme vor dem Start, und das war vielleicht auch gut so. Andererseits hatten Ziele, an deren Erreichung uns sehr gelegen war. Wir wollten eine Bestandsaufnahme unserer verschiedenen Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung machen. Darüber hinaus wollten wir zur Formulierung von Qualitätsstandards kommen. Über die Schaffung optimaler Arbeitsbedingungen wollten wir die bestmögliche Patientenversorgung erreichen und zugleich die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter erhöhen. Aus dem Zusammenwirken dieser Maßnahmen wollten wir uns einen Wettbewerbsvorteil gegenüber unseren Mitbewerbern verschaffen. Sie sehen also, unambitioniert waren wir keineswegs, und wir sind es auch jetzt nicht.

Welche Erfahrungen haben wir im Prozess der Selbstbewertung nach dem KTQ-Katalog gemacht? Ich will einige berichten, die für Sie von Interesse sein können.

Ausgangspunkt unserer Beschäftigung mit KTQ war eine Vorstandsentscheidung. Ich habe eingangs schon angedeutet, dass ich eine solche Grundsatzentscheidung für ganz wesentlich halte. Nach meiner Erfahrung kann Qualitätsmanagement in einer Einrichtung nur top down eingeführt werden, wobei allerdings die bottom-up-Bewegung nicht fehlen darf. Nach meinen Erfahrungen und Überzeugungen ist eine Qualitätseinführung bottom-up wenig aussichtsreich. Sie werden nicht besonders weit kommen, wenn Sie versuchen, an irgendeiner nachgeordneten Stelle eines Krankenhauses Qualitätsmanagement einzuführen und es von hier aus auf die Organisation insgesamt zu übertragen. Für diesen Prozess von grundlegender und strategischer Bedeutung benötigen Sie immer die Unterstützung des Top-Managements. Deshalb hat die Durchsetzung eines Qualitätsmanagementsystems die besten Chancen, das „von oben“ und mit dem „Segen“ oder besser durch das Vorleben des obersten Managements beginnt. Alles andere bleibt Stückwerk.

Von ebenso großer Bedeutung ist es, die Mitarbeiterschaft rechtzeitig und umfassend über das Vorhaben zu informieren. Hierbei ist die Mitarbeitervertretung so einzubeziehen, dass ihre Rechte gewahrt werden und dass sie ihre Aufgaben wahrnehmen kann. Wegen der Größe unseres Hauses haben wir in einer zentralen Informationsveranstaltung nur leitende Mitarbeiter/innen umfassend über das Vorhaben informiert, das waren immerhin schon 70 Personen. Anders ausgedrückt: Wir haben uns entschieden, 1.100 Mitarbeiter/innen nicht in zentralen Veranstaltungen zu informieren, sondern diese Aufgabe den leitenden Mitarbeiter/innen übertragen. Hierfür haben wir ihnen entsprechende Materialien zur Verfügung gestellt. In der zentralen Auftaktveranstaltung haben wir über unser Vorhaben umfassend informiert, es begründet und unsere Ziele erläutert. Darüber hinaus haben wir den KTQ Katalog und den Ablauf des Selbstbewertungsverfahrens erklärt. Schließlich haben wir in

dieser Veranstaltung geklärt, welche Personen daran beteiligt sein werden und wie die Einzelergebnisse auf der Klinikebene zusammengeführt werden sollen. Zuvor hatten wir bereits bei Chefärzten und Oberärzten erfragt, wer von ihnen an dieser Qualitätsbewertung Interesse habe, so dass es möglich wurde, vor den Versammelten Projektverantwortliche aus allen Bereichen zu benennen. Noch in der Versammlung haben wir den Projektverantwortlichen Materialien ausgehändigt, für deren Bearbeitung sie und ihre Gruppe verantwortlich waren.

Als wir die Grundsatzentscheidung getroffen und die Mitarbeiterschaft informiert hatten, haben wir mit der Selbstbewertung nach dem KTQ-Katalog begonnen. Auch wir können bestätigen, dass die Anwendung des KTQ-Katalogs einigen Aufwand erfordert. Sie müssen dafür sorgen, dass Mitarbeiter/innen Ihrer Einrichtung berufsübergreifend und möglichst alle Hierarchiestufen repräsentierend zusammen finden, um eine Fülle von Fragen zu beantworten. Mehr noch: die Beteiligten müssen sich darauf verständigen, welche Antwort zutrifft. Selbstverständlich treffen hier unterschiedliche Sichtweisen aufeinander, und Sie können sicher davon ausgehen, dass die Beteiligten Bewertungsmaßstäbe haben, die sich unterscheiden und die bislang in diesem Rahmen und in dieser Ausführlichkeit noch nicht offen gelegt und diskutiert wurden. Heftige Diskussionen können sich an Punkten entzünden, die manche für banal und andere für bedeutsam halten. Das Vorhandensein von Patientparkplätzen ist hierfür ein klassisches Beispiel. Aus der Bewertung der einzelnen Fragen haben wir, wo das nötig erschien, auch nach Verbesserungsvorschlägen gefragt, die bereits in den Köpfen der Mitarbeiter/innen stecken. Wir haben diese Vorschläge von Verbesserungspotenzialen unterschieden, die Maßnahmen bezeichnen, die wir konkret angehen wollten. In etlichen Fällen haben wir durch Befragungen von Patienten oder Besuchern zusätzliches Material erschlossen, um Verbesserungsaktivitäten zu entwickeln.

Von den beteiligten Mitarbeiter/innen wurde die Erarbeitung der Selbstbewertung als persönlich bereichernd und als sehr nützlich für die Arbeitsorganisation und die Patientenorientierung beschrieben. Durch die Differenziertheit der Fragen wurde es vielen möglich, die eigene Sichtweise durch andere Aspekte zu erweitern, und die berufsgruppenübergreifende Diskussion der Fragen hat immer wieder zu Verbesserungsvorschlägen angeregt. Für die Bearbeitung der Fragen hatten wir den Gruppen sechs Wochen Zeit eingeräumt. Die Erfahrung lehrt, dass dieser Zeitraum nötig ist, wenn man nicht durch „Alleingänge“ wertvolle Diskussionen abkürzen will. Das haben einzelne Führungskräfte unserer Einrichtung versucht, und die Erfahrungen mit diesem Vorgehen waren durchweg negativ.

Als Ergebnis dieser Selbstbewertungsprozesse lagen uns Antwortkataloge von 18 Abteilungen vor. Es ist alles andere als einfach, diese zu einem verwertbaren Gesamtergebnis zusammen zu führen. Deshalb haben wir uns zu einer dreitägigen Klausur in ein Kloster gegeben, um konzentriert und ungestört arbeiten zu können. Diese Form einer externen Klausur war für diesen Arbeitsschritt sehr hilfreich. Die neun Personen der Lenkungsgruppe und ihr

Leiter hatten, unterstützt von zwei Sekretärinnen und moderner Informatonstechnologie, nicht nur eine große Datenmenge zu sichten, sondern sie mussten auch einen Konsens über ihre Bewertung finden. Bei diesem komplexen Prozess, der eine erhebliche Vorarbeit erfordert, haben wir zugleich eine Analyse von Schwachstellen vollzogen, Verbesserungsmöglichkeiten festgehalten und uns um das Management von Schnittstellen gekümmert. Es war für die Beteiligten Führungskräfte aus Verwaltung, Medizin und Pflege eine völlig neue Erfahrung, gemeinsam so intensiv drei Tage lang über zentrale Fragen ihrer Einrichtung zu be-
ten. So etwas hatte es zuvor noch nicht gegeben, und die positiven Auswirkungen, sich in dieser Form zu erleben und zu kooperieren, sind danach deutlich spürbar gewesen. Man hat mit einander telefoniert, statt zeitraubend Briefe zu schreiben und man hat sich im Vorfeld abgestimmt, statt sich in Gremien anzugreifen und abzublocken. Eine weitere positive Erfahrung möchte ich ebenfalls hervorheben. Die in der Klausur versammelten Führungskräfte hatten gemeinsam so viele Informationen über das Krankenhaus, wie kein anderes Gremium oder gar eine Einzelperson. Die Vorteile eines gemeinsamen, strukturierten Vorgehens bei der Qualitätsentwicklung lagen ganz offen zutage.

Wie Sie bereits wissen, folgt nach der Selbstbewertung nach dem KTQ Kriterienkatalog eine Fremdbewertung. Sie wird durch externe Visitoren vorgenommen. Die Visitoren sind erfahrene Praktiker aus dem ärztlichen, aus dem pflegerischen und dem Verwaltungsbereich des Krankenhauses und müssen mindestens fünf Jahre Leitungserfahrung und zwei Jahre Erfahrung in der Anwendung eines Qualitätsmanagementsystems nachweisen. Eine solche Visitation ist eine aufregende Sache. Zwar sitzen Kollegen einander gegenüber, aber eben nicht auf gleicher Augenhöhe. Die Visitoren können entscheiden, mit welchen Personen sie über welche Inhalte sprechen möchten, so dass das Gespräch den Charakter einer Prüfung hat. Dieses ist für erfahrene Praktiker auf Seiten des zu bewertenden Krankenhauses keine einfache Situation. Deshalb haben wir versucht, uns in Übungen auf sie vorzubereiten – und die Erfahrung gemacht, dass es doch in mancher Hinsicht anders gekommen ist, als wir dachten. Für unsere Beteiligten war diese Visitation im hohen Grade stressbelastet.

Ein Prüfungsgespräch mag man noch halbwegs vorbereiten können. Ungleich schwieriger ist es beim Besuch einzelner Stationen. In unserem Fall wollten die Visitoren die Notaufnahme, die medizinische Intensivstation und die Frauenklinik besichtigen. Natürlich können Sie gar nicht verhindern, dass sich die Visitoren auch mit Personal unterhalten, das hierauf nicht vorbereitet ist. Im Nachhinein haben wir festgestellt, dass sich die Visitoren mit immerhin 61 Krankenhausmitarbeiter/innen unterhalten hatten. Mit anderen Worten: sie versuchen schon, sich ein umfassendes Bild der untersuchten Einrichtung zu verschaffen.

Trotz dieser aufwendigen Arbeiten und der aufregenden Visitation: unsere Gesamterfahrungen mit unserem Qualitätsmanagementprozess sind positiv. Nach anderthalb Jahren Beschäftigung mit KTQ hat Qualitätsmanagement in der Henriettenstiftung erheblich an Akzep-

tanz und Bedeutung gewonnen. Der Wert von Qualitätsmanagement ist erkannt worden und mittlerweile unumstritten hoch. Es sind viele Mitarbeiter/innen aus allen Bereichen und Hierarchieebenen, die sich hieran aktiv beteiligen. Wir haben eine Fülle von qualitätsrelevanten Daten erarbeitet, so dass wir heute genauer als jemals wissen, was wir tun. Wir haben weit mehr Verbesserungspotenziale identifiziert als wir im Augenblick bearbeiten können. Und wir haben unseren Aktivitäten eine Richtung gegeben. Das wichtigste von allem aber war: Wir haben uns auf den Weg gemacht.



Benchmarking in Krankenhäusern und Kliniken

„Qualitätsentwicklung in Krankenhäusern – ein Vergleich“
Wie lassen sich die Qualitätsanforderungen des
Gesundheitssystems in die Einrichtungen integrieren?

19. September 2001 in Hannover

Stephan von Bandemer
Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen
Tel.: 0209/1707-115
bandemer@swz-net.de
<http://www.swz-net.de>



■ Externe Anforderungen:

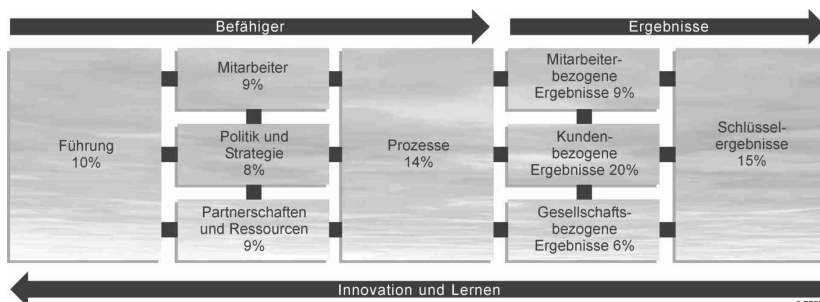
- Gesetzliche Regelungen, z.B. SGB V
- GMK – Anforderungskatalog
- Initiativen der Selbstverwaltungsgremien (z.B. KTQ)
- Initiativen zum Verbraucherschutz (z.B. Kostenträger und Picker)

■ Fragestellung für die Krankenhäuser und Kliniken:

- Wie kommt das Qualitätsmanagement in die Einrichtungen?
- Wie können dabei die unterschiedlichen externen Anforderungen erfüllt werden?
- Wie lassen sich Ergebnisse erzielen/Aufwand und Wirkung sichern

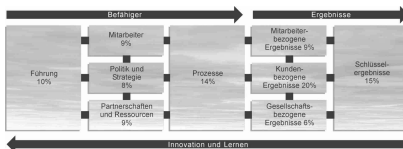
- **Verbindung von Ergebnis- und Handlungsorientierung**
 - Ergebnisorientierung gewährleistet Effizienz
 - Handlungsorientierung gewährleistet Verbesserungen
- **Lernen von guten Ideen und Lösungen**
 - Einrichtunginterne Vergleiche
 - Einrichtungsübergreifende Vergleiche
- **Vergleiche gegenüber einem Referenzmodell**
 - Das Referenzmodell gewährleistet die Systematik
 - Das Referenzmodell ermöglicht Qualitätsstandards

- Betrachtet Ergebnisse und deren Voraussetzungen
- Unterstützt kontinuierliche Verbesserungen



EFQM		Patienten-orientierung	Mitarbeiter-orientierung	Sicher-heit	Informations-wesen	Krankenhaus-führung	Qualitäts-management
Führung	1a						
	1b						
	1c						
	1d						
Politik & Strategie	2a						
	2b						
	2c						
	2d						
	2e						
Mitarbeiter	3a						
	3b						
	3c						
	3d						
	3e						
Partner-schaften & Ressourcen	4a						
	4b						
	4c						
	4d						
	4e						
Prozesse	5a						
	5b						
	5c						
	5d						
	5e						

In Anlehnung an Paeger, Askleios Kliniken



1b Führung
Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Mitwirken für die Entwicklung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Managements der Organisation.

Dies kann folgendes umfassen:

- die Organisationskultur so ausrichten, dass sie die Realisierung ihrer Politik und Strategie unterstützt;
 - sicherstellen, dass ein System für das Management der Prozesse erarbeitet und eingeführt wird;
 - sicherstellen, dass ein Prozess für das Erarbeiten, Umsetzen und Aktualisieren von Politik und Strategie erarbeitet und eingeführt wird;
 - sicherstellen, dass ein Prozess für die Messung, Überprüfung und Verbesserung von wichtigen Ergebnissen erarbeitet und eingeführt wird;
 - sicherstellen, dass ein oder mehrere Prozesse erarbeitet und eingeführt werden, die Verbesserungen bei den Vorgehensweisen stimulieren, identifizieren, planen und einführen, z.B. durch kreative, innovative und lernorientierte Aktivitäten.
- 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur;
 - 5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien;
 - 5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise bei Kommissionen;
 - 5.3.3 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung;
 - 5.3.4 Information der Krankenhausführung;
 - 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements;
 - 6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Evaluation von Qualitätszielen.

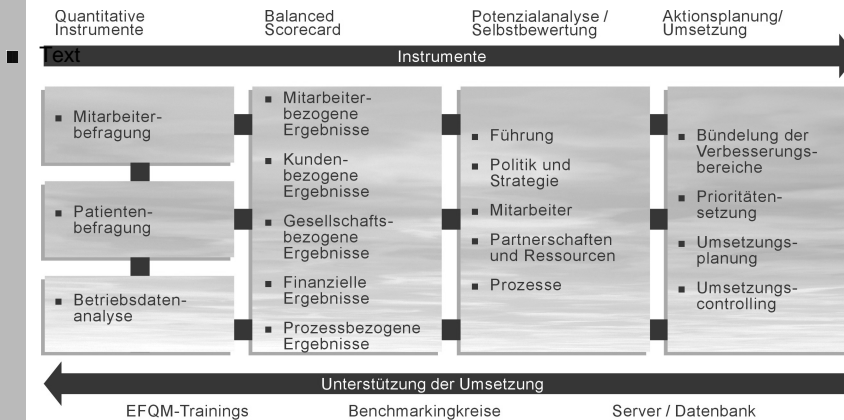


5a Prozesse
Prozesse werden
systematisch
gestaltet und gemanagt.

Dies kann folgendes umfassen:

- die Prozesse in der Organisation einschließlich derjenigen Schlüsselprozesse gestalten, welche erforderlich sind, um Politik und Strategie zu realisieren;
- das zu verwendende Prozessmanagementsystem festlegen;
- Im Rahmen des Prozessmanagements Systemnormen anwenden, z.B. zum Qualitätsmanagement nach ISO 9000, Umweltmanagement, Gesundheits- und Sicherheitsmanagement;
- Prozesskennzahlen einführen und Leistungsziele festlegen;
- Schnittstellenbelange innerhalb der Organisation und mit externen Partnern lösen, um Prozesse durchgehend effektiv zu managen.

- 1.1.4 Koordinierung der Patientenaufnahme;
- 1.3.1 Festlegung des Behandlungsprozesses;
- 1.4.3 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung;
- 1.4.4 Anwendung von Leitlinien und Pflegestandards;
- 1.4.5 Durchführung einer evidenz-basierten Medizin (neue Technologie in Diagnostik und Therapie);
- 1.5.4 Koordinierung der Entlassung;
- 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz;
- 3.1.3 Verfahren zur Regelung von Notfall-situationen und zum Katastrophenschutz;
- 3.2.1 Organisation der Hygiene;
- 3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen;
- 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien
- 3.3.1 Verfahren zur Regelung der Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten;
- 6.2.2 Durchführung interner qualitätssichernder Maßnahmen;
- 6.2.3 Entwicklung von Leitlinien und Pflegestandards.



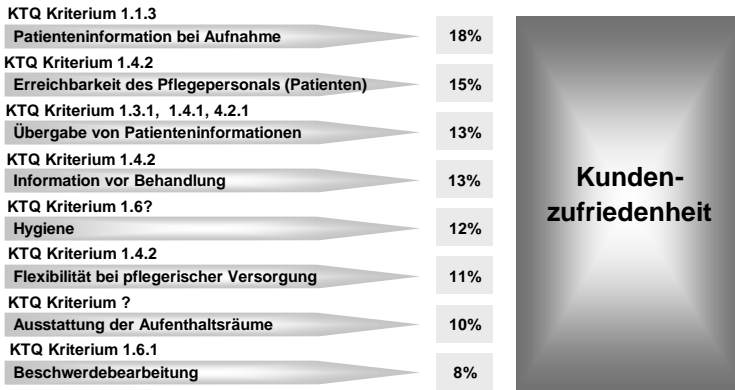
Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Einflussfaktoren auf die generelle Kundenzufriedenheit

(Multiple Regression)

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft
Patientenbefragung (n=5101)
26 Krankenhäuser

Erklärungsbeitrag*



Erklärte Varianz: $r^2=0,8$

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Erläuterung der Faktoren der Patiententypologie

Patientenbefragung (Krankenhäuser 1. Welle)

Variablen	Faktoren	Patientenbefragung (Krankenhäuser 1. Welle)					
		ärztliche Informationsleistungen	pflegerisch-soziale Leistungen	Infrastruktur	Flexibilität	Bedarfs-ermittlung	Verpflegung
Information über Behandlungsverfahren 1.4.2		++					
Information über Diagnose/Befund 1.3.2		++					
Zeit für Nachfragen beim verantw. Arzt 1.4.2		++					
fachliche Information durch ärztliches Personal 1.4.2		++					
Information über Behandlungsalternativen 1.4.2		++					
Information über Medikamente 1.4.2		++					
Information über Verhaltensmaßnahmen 1.4.2		++					
Information vor Behandlung 1.4.2		++					
gute Erreichbarkeit des ärztl. Personals für Patienten		+					
Freundlichkeit gegenüber Patienten			++				
Freundlichkeit gegenüber Angehörigen/Besuchern			++				
gute Erreichbarkeit des Pflegepersonals für Patienten			++				
gute Erreichbarkeit des Pflegepersonals für Angehörige			++				
sehr gute pflegerische Qualität			+				
sehr gute sanitäre Ausstattung				++			
sehr gute Hygiene				++			
sehr gute Krankenzimmerausstattung				++			
sehr gute Ausstattung der Aufenthaltsräume				+			
neueste technische Ausstattung				+			
gründliche Zimmerreinigung				+			
Flexibilität bei Reinigungszeiten					++		
Flexibilität bei Weckzeiten					++		
Zeiflexibilität bei Mahlzeiten					++		
Flexibilität bei pflegerischer Versorgung					++		
Patientenbefragung zu Verbesserungen 1.6.1						++	
Ermittlung der Patientenzufriedenheit 1.6.1						++	
Beschwerdeermittlung der Patienten 1.6.2						++	
Patientenhinweise zur Arbeitsoptimierung						+	
abwechslungsreiche Mahlzeiten							++
sehr gute Qualität der Mahlzeiten							++
Berücksichtigung individueller Essenswünsche							++

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Patiententypen nach Qualitätsmerkmalen* und Zufriedenheit

Überblick

- A: Voll zufriedene Patienten
- B: Weitgehend zufriedene Patienten (Mängel in der Bedarfsermittlung)
- C: Zufriedene Patienten (Mängel in der Flexibilität und Bedarfsermittlung)
- D: Zufriedene Patienten (Mängel in Infrastruktur und Ausstattung)
- E: Noch zufriedene Patienten (Mängel der ärztlichen Information)
- F: Weniger zufriedene Patienten (Mängel in Zuwendung, Service, Infrastruktur, Ausstattung und Bedarfsermittlung)
- G: Weniger zufriedene Patienten (Mängel der ärztlichen Information und der Zuwendung)

* Abweichung vom Durchschnitt

26 Krankenhäuser (n=5101)

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Verteilung der Patiententypen in Krankenhäusern

Patiententyp	Anteil an Patienten nach Typen			Zufriedenheit insgesamt
	Durchschnitt	Maximum	Minimum	
A	22,5	42,6	9,1	4,9
B	31,1	42,6	15,3	4,8
C	14,9	26,9	4,2	4,7
D	12,7	41,8	1,1	4,2
E	9	17,5	1,7	4,1
F	4,6	11,9	0,5	3,3
G	5,1	13,6	1,5	3,2

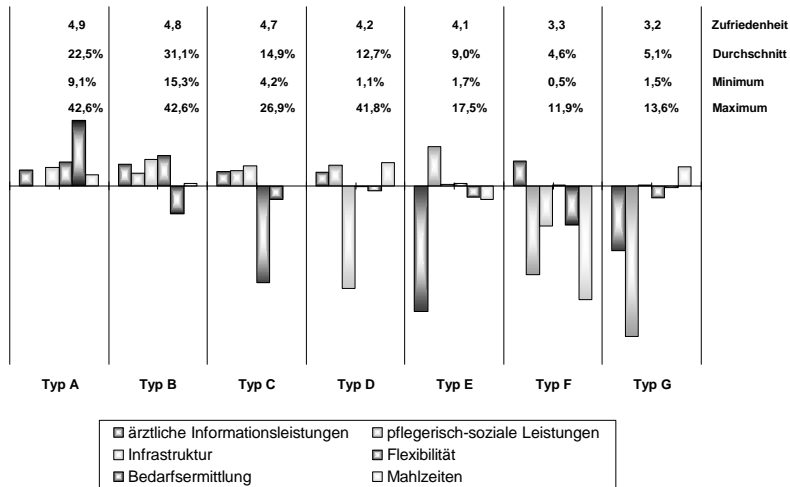
Durchschnitt = Anteil der Patienten diesen Typs in allen Krankenhäusern

Maximum = Maximaler Anteil der Patienten diesen Typs in einem Krankenhaus

Minimum = Minimaler Anteil der Patienten diesen Typs in einem Krankenhaus

26 Krankenhäuser (n=5101)

Patiententypologie



- A: Voll zufriedene Mitarbeiter
- B: Weitgehend zufriedene Mitarbeiter
- C: Sozial zufriedene Mitarbeiter (Mängel in Zielorientierung, Ressourcen, Prozessen und Geschäftsergebnissen)
- D: Überwiegend ergebnisorientiert zufriedene Mitarbeiter
- E: Unentschiedene Mitarbeiter
- F: Weniger zufriedene Mitarbeiter (mitarbeiterzentriert)
- G: Unzufriedene Mitarbeiter (patienten- und gesellschaftsorientiert)
- H: Frustrierte Mitarbeiter

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

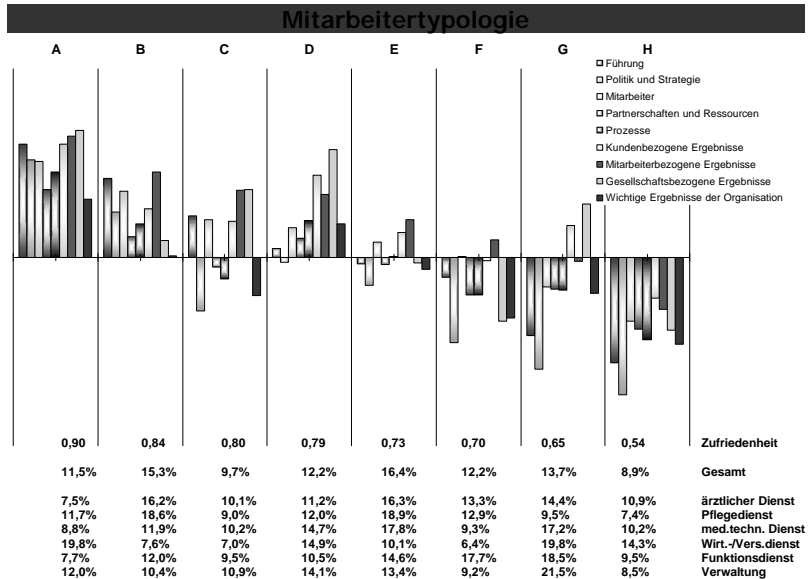
Typen von Mitarbeitern und Zufriedenheitsindex nach Berufsgruppen

	A	B	C	D	E	F	G	H
Zufriedenheitsindex	0,9	0,84	0,8	0,79	0,73	0,7	0,65	0,54
Gesamt	11,50%	15,30%	9,70%	12,20%	16,40%	12,20%	13,70%	8,90%
ärztlicher Dienst	7,50%	16,20%	10,10%	11,20%	16,30%	13,30%	14,40%	10,90%
Pflegedienst	11,70%	18,60%	9,00%	12,00%	18,90%	12,90%	9,50%	7,40%
med.techn. Dienst	8,80%	11,90%	10,20%	14,70%	17,80%	9,30%	17,20%	10,20%
Wirt./Vers.dienst	19,80%	7,60%	7,00%	14,90%	10,10%	6,40%	19,80%	14,30%
Funktionsdienst	7,70%	12,00%	9,50%	10,50%	14,60%	17,70%	18,50%	9,50%
Verwaltung	12,00%	10,40%	10,90%	14,10%	13,40%	9,20%	21,50%	8,50%

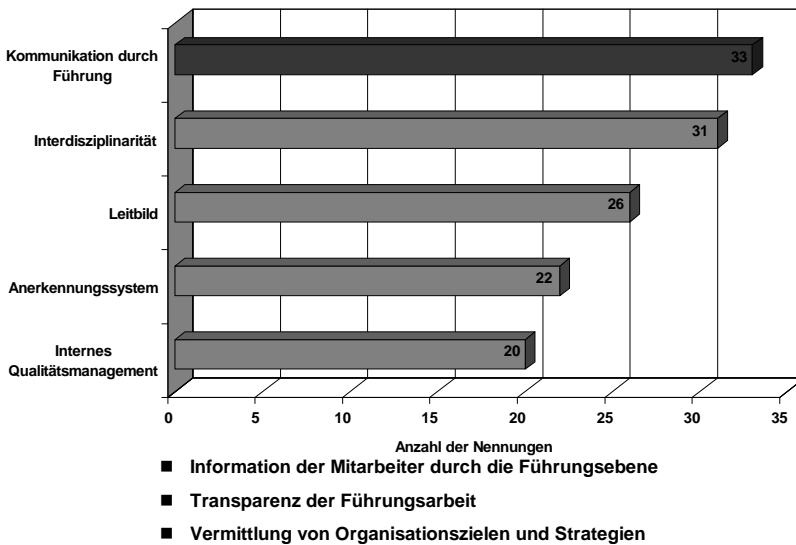
Mitarbeiterbefragung 26 Krankenhäuser (n=6549)

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

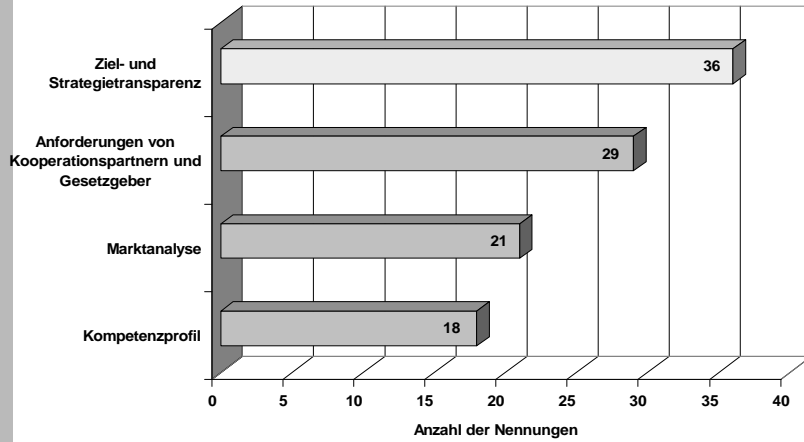
Mitarbeiterbefragung (n=6549)
26 Krankenhäuser



Ansatzpunkt	Indikator	Eigenes Ergebnis	Durchschnitt	Max. Wert	Ziel	KTQ Krit.
	Bei Aufnahme	3,3	3,8	4,3		1.1.3
	Bei Übergaben	4,4	4,5	4,7		1.4.6
Information der Patienten	Über Diagnosen/Befunde	4,1	4,4	4,6		1.1.1
	Über Behandlung	4,3	4,4	4,7		1.3.2
	Über Behandlungsalternativen	3,4	3,8	4,2		
	Nutzung der Fähigkeiten	3,9	4	4,2		
Qualifikation der Mitarbeiter	Qualifizierungsmöglichkeit	3,1	3	3,5		2.2.3
	Qualifizierung bei Veränderungen	2,7	2,9	3,5		2.2.3
	Fachkräftequote Pflege	89%	86%	100%		C
	Fortbildungstage Pflege	0,8	1,1	3,4		C
Unterstützung Selbsthilfe	Kooperation mit Selbsthilfegruppen	3	3,2	4,3		1.5.3
	Bettenauslastung	85%	80%	100%		B
Wirtschaftlichkeit	Personalkosten je Pflegeetag	438 DM	401 DM	324 DM		
	Sachkosten je Pflegeetag	183 DM	193 DM	116 DM		
	Lagerdauer Arzneimittel	45 Tage	28 Tage	2 Tage		3.3.1
Übergaben	Übergabe zu ambulant	3,6	3,7	4		1.5.3
	Zusammenarbeit auf Station	3,5	3,6	3,9		1.4.6
	Zusammenarbeit zw. Stationen	2,9	3,2	3,4		4.2.1
	keine Doppelarbeiten	3,6	3,7	4		
Reaktionszeiten	Laufzeit Arztbrief	14 Tage	16 Tage	2,5 Tage		
Durchlaufzeiten	Verweildauer	10 Tage	9 Tage	5 Tage		B
Lieferanten	Lieferanzahl	1539	427	58		

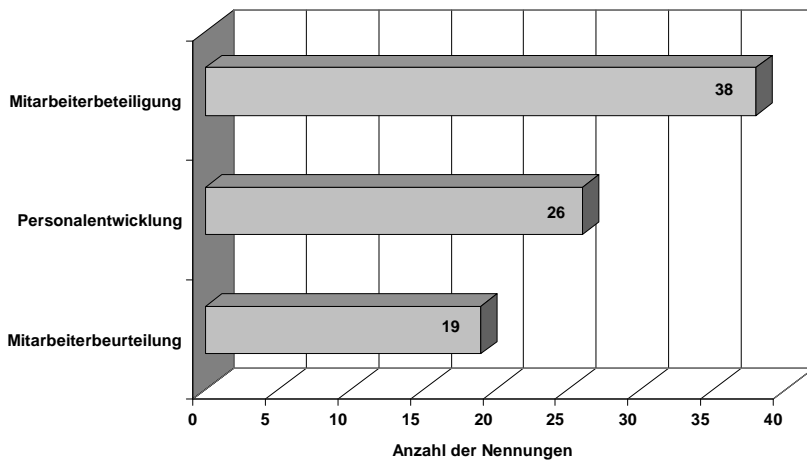


Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft
 Potenzialanalyse: Verbesserungsbereiche Politik
 und Strategie

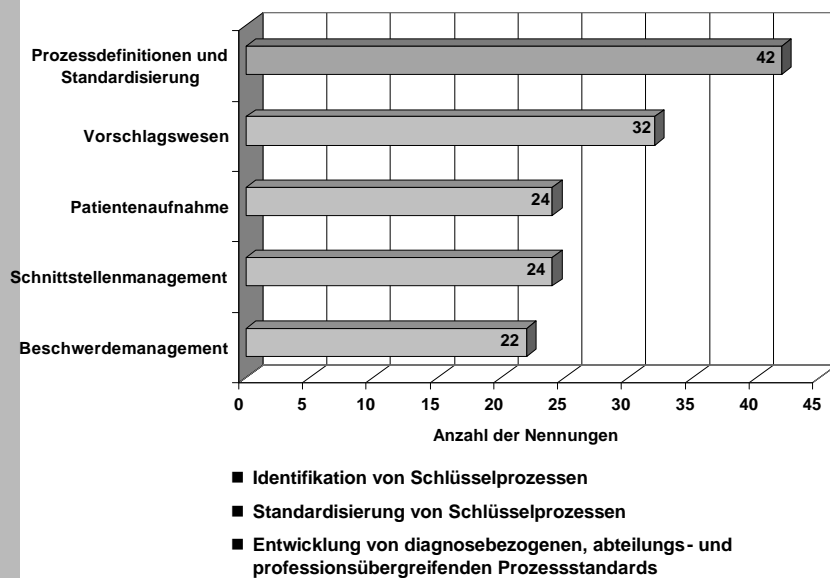
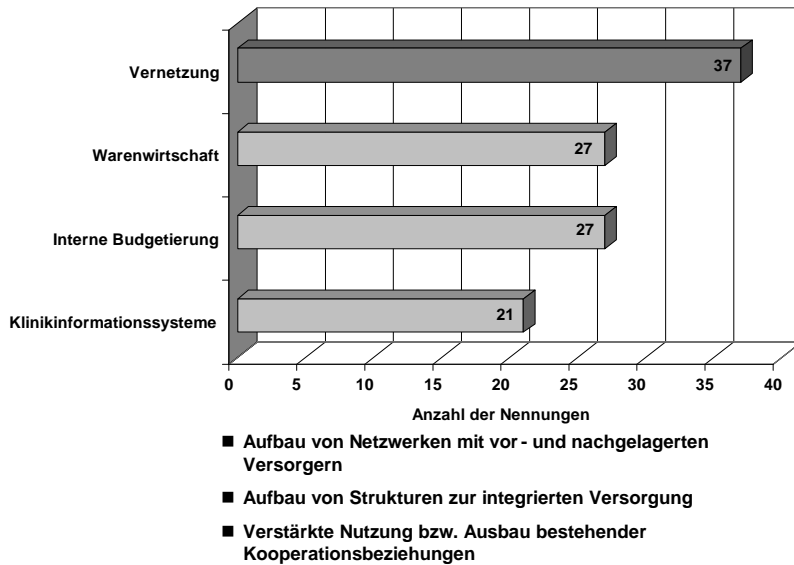


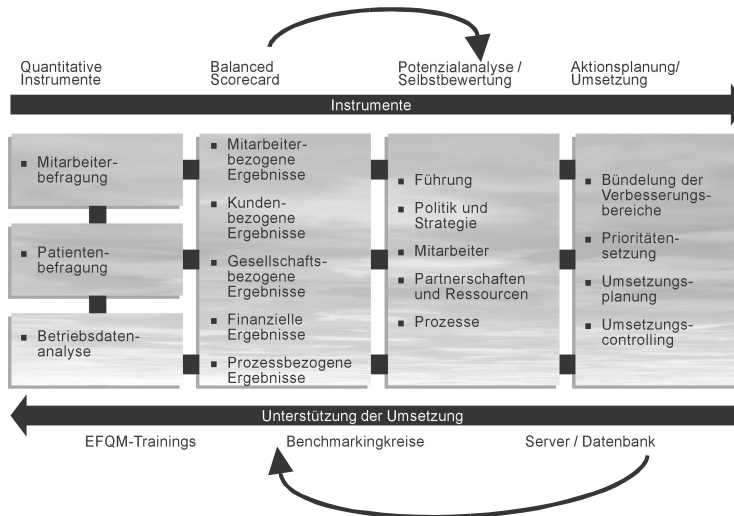
- Organisationsweite Transparenz der Ziele / der strategischen Planung
- Kompetenzen der Führungsebene zur Strategieentwicklung ausbauen

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft
 Potenzialanalyse: Verbesserungsbereiche Mitarbeiter



- Bessere Nutzung des Wissenspotenzials der Mitarbeiter
- Ausbau / Einsatz neuer Methoden zur Mitarbeiterbeteiligung (Qualitätszirkel, innerbetriebliches Vorschlagswesen)





- Gliederung der Kapitel anhand der EFQM Kriterien;
- Strukturierung der Kapitel anhand der Teilkriterien;
- Prüfung auf Vollständigkeit anhand der Ansatzpunkte;
- Pathfindercard zur Einordnung nutzen.



Planung des Qualitätsberichts: Selbstbewertung als Grundlage

- Beschreiben Sie die von Ihnen eingesetzten Instrumente.
- Stellen Sie konkrete Ergebnisse des Vorgehens dar.
- Begründen Sie, dass dies eine Stärke Ihrer Einrichtung ist.
- Zeigen Sie, wie Sie das Vorgehen überprüft und verbessert haben.
- Benennen Sie geplante Aktivitäten für weitere Verbesserungen.



Planung des Qualitätsberichts: Nutzung der Ergebniskriterien

- Auswertung der Patientenbefragung
- Auswertung der Mitarbeiterbefragung
- Auswertung der Betriebsdatenanalyse
- Vergleich mit anderen Einrichtungen

- Die Spektrum Studie ist eine gelungene Vorlage.
- Berücksichtigen Sie die Kritik an der Spektrumstudie und vermeiden Sie die Fehler.
- Nutzen Sie die Studie als Anregung für eigene Initiativen.
- Berücksichtigen Sie die Begrenztheit des Umfangs.

- Autorisierung eines Teams durch die Leitung;
- Benennung einer Koordinatorin / eines Koordinators ;
- Festlegung von Kriterienverantwortlichen;
- Erstellung einer Entwurfsfassung;
- Zusammenfassung und Integration durch Koordinator/in;
- Freigabe durch Leitung.

Diskussion – Workshop 3

Teilnehmer: Herr Hartmann, inwiefern werden durch die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems im Krankenhaus die dort herrschenden Strukturen verändert? Bedeutet das nicht eine ganz erhebliche Umstellung der vorherrschenden Unternehmenskulturen?

Ditmar Hartmann (Henriettenstiftung, Hannover): Durch eine gründliche und systematische Auseinandersetzung mit Qualität werden Schwachstellen und vorhandene Stärken identifiziert. Dieses führt zu einer umfassenden Beschreibung des Istzustandes eines Krankenhauses und zu einer Diskussion über den Sollzustand. Damit stehen die Zeichen grundsätzlich auf Veränderung und zwar auf allen Ebenen der Hierarchie und in allen Bereichen der Organisation. Wenn man die Erkenntnisse und die aus ihnen gewonnenen Ziele konsequent umsetzt, kann das zu bedeutsamen Veränderungen führen, die alle Teams und jeden Einzelnen betreffen. Insofern treffen Sie mit Ihrer Frage ins Schwarze. Allerdings wird es sich in jedem Fall um einen länger andauernden Prozess handeln – wenn er denn jemals aufhört.

Teilnehmer: Sie haben davon gesprochen, Herr Hartmann, dass es schwierig sei, mit dem KTQ-Instrumentarium eine angemessene Beschreibung der eigenen Organisation vorzunehmen, besonders weil deren einzelne Teile sehr unterschiedlich zu bewerten sind. Diese Aussage kann ich nur unterstützen. So ist zum Beispiel unklar, welche Person oder Ebene gemeint ist, wenn man „Führung“ beurteilen soll. Ist es der Oberarzt, der Chefarzt, die Pflegedienstleitung, der Krankenhausmanager oder die Geschäftsführung im Allgemeinen? Die Konfusion wird noch größer, wenn die Beteiligten die Qualität dieser Personen oder Personengruppen sehr unterschiedlich bewerten. Das Urteil ist dann ein rechnerischer Mittelwert von fragwürdiger Aussagekraft. Hier sind feinere Instrumente und Nachfragen erforderlich, um zu einer Qualitätsdiskussion vorzustoßen. Wie sind Sie mit diesem Problem umgegangen?

Ditmar Hartmann (Henriettenstiftung, Hannover): Sie sprechen ein großes Problem an, mit dem auch wir uns geplagt haben. Wie Sie wissen, gibt es bei uns 18 Abteilungen, die den KTQ-Fragenkatalog beantwortet haben. Jede Abteilung hat interdisziplinär, also unter Einbeziehung der Ärzte, des Pflegepersonals, der Verwaltungskräfte und der Servicekräfte alle Fragen behandelt und mir die Antworten in Aktenordnern überreicht, die ich in meinem Büro in dicken Aktenordnern verwahre. Zuvor haben wir sie allerdings ausgewertet, und zwar in der bereits angesprochenen Klausurtagung. Natürlich fielen die Antworten der verschiedenen Abteilungen auf jede einzelne Frage unterschiedlich aus, und da KTQ eine Antwort der Gesamteinrichtung fordert, haben wir versucht, die Antwort der Organisation im Konsensverfahren zu formulieren. Wir haben also versucht, den Grundtenor aller Antworten herauszufiltern und ihn in Worte zu kleiden. Starke Abweichungen von diesem Grundtenor haben wir als vor uns liegende Aufgaben, als Verbesserungsbereiche, beschrieben. Wenn wir beson-

ders herausragende Ergebnisse hatten, haben wir diese Abteilung in unserem Bericht namentlich benannt. Damit wollten wir den Visitoren einen Hinweis geben, wo sie tunlichst nachhaken sollten. Zugleich diente uns dieses Vorgehen auch dazu, herausragende Ergebnisse für unsere Zwecke, etwa als Ausgangspunkt für ein internes Benchmarking, zu vermerken. Wie Sie sich leicht denken können, war dieser Konsensprozess ein hartes Stück Arbeit.

Dr. Martin Götz (Senat für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales des Landes Bremen): Mir ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass bei der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in Krankenhäusern einige Besonderheiten zu beachten sind. Wie viele andere warne auch ich davor, von „Kunden“ zu sprechen, wenn Patienten gemeint sind. Die Beziehungen der Patienten zu den behandelnden Ärzten und Pflegeern unterscheiden sich vielfach von denen von Kunden zu ihren Dienstleistern in anderen Bereichen. Und manche Erfolgsmeldungen, die wir aus Krankenhäusern oder einzelnen ihrer Abteilungen hören, sind durchaus kritisch zu betrachten. Was uns von der staatlichen Seite interessiert, ist nicht so sehr die einzelne herausragende Leistung einer einzelnen Abteilung eines einzelnen Krankenhauses, obwohl wir uns auch über diese immer freuen. Eigentlich geht es uns aber um mehr, nämlich um die Leistung der Organisation Krankenhaus insgesamt und das in Verbindung zu anderen Teilen des Gesundheitswesens. Jahrzehntlang haben der Staat, die Kostenträger, die Patienten, die allgemeine Öffentlichkeit und nicht zuletzt die Leistungserbringer sich viel zu wenig und viel zu unsystematisch um die Messung und Entwicklung von Qualität im Krankenhaus gekümmert. Dieses geht jetzt erst richtig los – und es wird ausgelöst und überlagert durch den Kampf um Ressourcen und Patienten.

Heinz Lutter (Universität Hannover): Ich möchte dieses unterstützen und zugleich einen anderen Aspekt hervorheben. Mit der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in Krankenhäusern werden episodische und vereinzelte Ansätze zur Qualitätsentwicklung zusammengeführt und auf einander bezogen, unter Einbeziehung aller Professionen, Bereiche und Hierarchieebenen. Allein hierin sehe ich eine neue Qualität in der Qualitätsentwicklung. Sie drückt sich beispielhaft in Klausurtagungen aus, wie sie Herr Hartmann geschildert hat, in denen die Beteiligten mit ihren sehr unterschiedlichen Hintergründen, Tätigkeiten und Erfahrungen erstmals strukturiert ihre Leistungen feststellen und ihre Sichtweisen der Dinge austauschen, die den Krankenhausalltag ausmachen. Für solche Austausch und Bewertungsprozesse hat man sich bisher nicht die Zeit genommen – und es fehlten die Instrumente. Dieser Zustand beginnt sich jetzt endlich zu verändern.

Im Interesse der Qualitätsentwicklung und nicht zuletzt angetrieben durch ökonomischen Druck wagen die Beteiligten jetzt den Blick auf sich selbst, auf benachbarte Abteilungen, auf ihre Organisation insgesamt. Dieses Benchmarkingprojekt geht sogar noch weiter. Es ermutigt zum Blick über den Tellerrand, hin zu anderen Organisationen, um zu schauen, was man

von guten Lösungen anderer lernen kann, wie man die Wertschöpfung insgesamt verbessern kann. Die Basis sind einrichtungsübergreifende Vergleiche von Leistungserbringern aller Art. Hiervon können alle profitieren, die Patienten, die Kostenträger und, nach einer möglicherweise zunächst schmerzlichen Phase der Selbsterkenntnis, auch die Leistungsträger selbst und ihre Beschäftigten.

Teilnehmer: Ich stimme Herrn Lutter zu, denn Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft bedeutet mehr als die Dokumentation der erbrachten Leistungen oder gar nur der grundsätzlichen Leistungsfähigkeit und erst recht als der Kampf um eine Plakette nach einem erfolgreich bestandenen Zertifizierungsverfahren. Die Patienten, die Öffentlichkeit und die Kostenträger wollen wissen, was die Krankenhäuser im Zusammenwirken mit anderen tatsächlich leisten und kosten.

In diesem Zusammenhang habe ich eine Frage an Herrn Götz. Ich freue mich, dass der Gesetzgeber endlich fordert, dass jedes Krankenhaus dokumentieren soll, nach welchen Qualitätskriterien es arbeitet und was es leistet. Wird es dann auch in Deutschland Ranking-Listen geben, wie wir sie aus andern Staaten bereits kennen?

Ich schließe eine zweite Frage an: Warum suchen wir in Deutschland so mühsam und aufwendig einen Konsens über Qualitätsziele im Gesundheitswesen, warum orientieren wir uns nicht einfach an dem, was es in jenen Ländern bereits als Qualitätsstandards gibt, die uns voraus sind?

Dr. Martin Götz (Senat für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales des Landes Bremen): Man mag es als eine deutsche Eigenart ansehen, selbst noch einmal erfinden zu wollen, was sich anderenorts bereits bewährt hat. Allerdings verweise ich darauf, dass es in den Gesundheitssystemen der einzelnen Staaten Europas große Unterschiede gibt, die weit über die Krankenhäuser hinausweisen. Deshalb kann man nicht einfach einzelne Lösungen übernehmen, die in anderen Ländern gefunden wurden, sondern man muss ihre Übertragbarkeit prüfen. Deshalb kommen wir nicht darum herum, unsere eigenen Gesundheitsziele zu formulieren, die unserer Situation entsprechen. Allerdings stimme ich Ihnen zu, dass auch in dieser Hinsicht der länderübergreifende Vergleich hilfreich sein kann.

Ranking-Listen sind von uns nicht beabsichtigt. Das Leistungsgeschehen in Krankenhäusern ist zu komplex, um es in einer Art „Bundesligatabelle“ zusammenzufassen. Was wir allerdings gut finden, sind systematische Leistungsvergleiche, die zu Lernprozessen anstiften, wie das zum Beispiel in diesem Projekt der Fall ist.

Teilnehmer: Aus Patientensicht bin ich daran interessiert, zumindest eine Art „Pannens Statistik“ der Krankenhäuser zu erhalten, die nicht von diesen allein erstellt wird. Hieran könnte ich mich bei meiner Entscheidung orientieren, wo ich mich behandeln lassen möchte.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Ihr Wunsch ist nachvollziehbar, allerdings stehen seiner Umsetzung viele methodische und auch rechtliche Fragen im Wege. Vieles im Verhältnis zwischen Arzt und Patient beruht auf Treu und Glauben, auf Vertrauen, sowie auf der Mitwirkung des Patienten. Das macht es schwer, wissenschaftlich exakt und nachprüfbar zu benennen, welche Faktoren im Einzelfall und in der Vielzahl der Fälle das Gelingen oder Misslingen medizinischer Interventionen fördern oder hindern. Hinzu kommt, dass die Veröffentlichung einer solchen Statistik etwa durch eine staatliche Stelle wettbewerbsrechtliche Fragen tangieren würde. Insofern wird es schwierig sein, Ihrem Wunsch zu entsprechen, wenn es denn auf seriöser Basis möglich wäre.

Lassen Sie mich noch einmal zu den Gedanken von Herrn Dr. Götz zurückführen, nämlich die Organisation des Lernens von anderen Staaten. Wie können solche Lernprozesse gefördert werden und welche Rahmenbedingungen brauchen wir hierfür? Diese Fragen berühren Vergleiche zwischen nationalen Gesundheitssystemen. Auf der Ebene der Leistungserbringer sind solche Fragen gerade in einem Benchmarkingprojekt von Bedeutung. Herr von Bandemer hat in seinem Vortrag zudem die Frage diskutiert, in wie fern sich verschiedene Qualitätsmanagementsysteme gegenseitig befruchten können. Diese Fragen scheinen mir zukunftsweisend und ich schlage vor, sie noch einmal zu diskutieren.

Stephan von Bandemer (Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen, Projektleiter): Die Grundfrage unseres Projektes lautet, wie es gelingen kann, Qualitätsentwicklung in den Krankenhäusern voran zu treiben. Von entscheidender Bedeutung sind dabei die Rahmenbedingungen, die sich bekanntlich ständig verändern und deren Entwicklungsrichtung diffus erscheint. Es ist insgesamt unklar, wohin die Krankenversicherungen oder der Gesetzgeber zielen. Wenn hier mehr Klarheit auf der nationalen Ebene herrschte, wäre es einfacher, zu entscheiden, was wir von Entwicklungen in anderen Staaten lernen können. Insofern erscheint mir die Frage, ob man Qualität im Gesundheitswesen bottom-up oder top-down entwickeln sollte, eine falsche Alternative. Man wird das eine tun müssen, ohne das andere lassen zu können.

Sicher trifft es zu, dass man in keinem Krankenhaus umfassend Qualität ohne oder gar gegen die Führungsorgane entwickeln kann. Aber die Führungsorgane brauchen auch Klarheit über die Anforderungen, die die Gesellschaft an sie stellt. Sie brauchen diese Sicherheit als Voraussetzung, nicht immer wieder von neuen Anforderungen überrascht zu werden. Nur so können sie vom Reagieren zum selbständigen Agieren kommen.

Wir haben in unserem Projekt nicht zufällig das EFQM-Modell gewählt, denn es erlaubt den Anwendern nicht nur eine umfassende Analyse ihrer Situation und die Formulierung ihrer Ziele in allen Bereichen des Betriebes, sondern zugleich auch die europäische Perspektive. Mit der Kundenorientierung, die in diesem Modell nicht auf die Patientenperspektive verengt wird, sind auch externe Anforderungen im Blick, wie sie etwa von den Kostenträgern, der

Politik, den Zulieferern oder der Gesellschaft gestellt werden. Gerade in einem umfassenden Qualitätsmanagement liegt die Chance für die Einrichtungen, in die „Vorhand“ zu kommen und ihre Interessen selbst zu gestalten, bis hin zu einer strategischen Positionierung auf dem Markt.

Herr Hartmann hat völlig Recht, wenn er darauf verweist, dass die Einführung und die Anwendung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems Zeit und Aufwand erfordern. Zur Aufrechterhaltung der Motivation ist es sinnvoll, tief hängende Früchte gleich zu ernten und auf diese Erfolge die Mitarbeiterschaft hinzuweisen. Große Veränderungen dauern aber naturgemäß länger. Allerdings ist der mittel- und langfristige Nutzen der Anwendung eines umfassenden Qualitätsmanagements evident, wie zahlreiche Untersuchungen aus den U.S.A. und auch aus Deutschland nachweisen. Das gilt nicht nur für Großunternehmen, sondern gerade auch für mittelgroße Unternehmen mit bis zu 500 Beschäftigten– und zu diesen zählen ja die meisten Krankenhäuser.

Die Anwendung eines umfassenden Qualitätsmanagements bringt den gesunden Menschenverstand der Beteiligten zum Durchbruch. Es hilft ihnen, ihren Willen, gut zu arbeiten, systematisch umzusetzen. Nicht zuletzt deshalb haben wir uns entschlossen, mit der Balanced Score Card zu arbeiten. Sie unterstützt die Anwender, die wirklich entscheidenden Daten zur Steuerung ihrer Organisation zu identifizieren und mit diesen zu arbeiten. Diese Kerndaten werden als Kennziffern für die hauptsächlichen Ziele herausgearbeitet und zu einander in Beziehung gesetzt, um Wechselwirkungen zwischen Zielen zu verdeutlichen. Diese Konzentration auf das Wesentliche und das Aufzeigen von Interdependenzen vertieft das Verständnis für das Funktionieren der eigenen Organisation und stärkt deren Fähigkeit zur Selbststeuerung und letztlich zur eigenen strategischen Ausrichtung.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Ich kann nachvollziehen, dass umfassendes Qualitätsmanagement die Selbststeuerungsfähigkeit der Krankenhäuser erhöht. Allerdings frage ich, wie viel Selbststeuerung unser Gesundheitssystem verträgt und was geschehen muss, um zu gewährleisten, dass bei aller Selbststeuerung eine gemeinsame Richtung verfolgt wird. Diese Frage bleibt nach wie vor offen.

Dr. Martin Götz (Senat für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales des Landes Bremen): Solche Versuche, das System insgesamt auszurichten, gibt es ja. Die Einführung des DRG-Systems zur Bewertung von Leistungen der Krankenhäuser ist das neueste Beispiel, und ein umfassendes dazu. Die Formulierung von Leitlinien ist ein anderes Beispiel. Ob diese Steuerungsimpulse auf Akzeptanz bei den Krankenhäusern oder bei den Beschäftigten stoßen, ist eine andere Frage. Die Einbeziehung ausgewählter Standesvertreter oder Verbandsfunktionäre reicht nicht aus, wie wir in Bremen erfahren haben. Als wir die leitenden Ärzte von bremischen Geburtskliniken zu einem Gespräch darüber eingeladen haben, wie sie einen Kaiserschnitt machen, haben wir wütende Proteste hervorgerufen, und unsere S-

natorin wurde vom Bundesverband der Geburtshelfer und Gynäkologen angeschrieben, wie ein so kleines Bundesland auf die Idee käme, sich überhaupt mit einer Frage zu befassen, über die es seit Jahr und Tag keinen Dissens gäbe. Dieses war für mich ein schlagender Beweis, wie tabubehaftet die Diskussion um Qualität im Krankenhaus sein kann und mit welchen Vorbehalten jemand zu tun bekommt, der sich hierfür engagiert. Gerade deshalb glaube ich, dass wir dieses Angehen nicht den Krankenhäusern allein überlassen, sondern mit sachtem Druck staatlicher Stellen nachhelfen sollten.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Möglicherweise müssen wir noch erst Formen eines Diskurses über Qualität im Krankenhaus entwickeln. Hierbei käme es darauf an, Berufsgruppen übergreifend zu diskutieren. Hieran müssen wir uns noch erst gewöhnen, und auch an den Gedanken, dass die Diskursteilnehmer einander respektieren und quasi „auf gleicher Augenhöhe“ miteinander reden. Standesdünkel sind bei einem solchen Diskurs nur hinderlich.

Teilnehmerin: Mit großer Sorge nehme ich zur Kenntnis, wie langwierig und zäh es offenbar ist, in Krankenhäusern Qualitätsmanagementsysteme zu etablieren. Zugleich wissen wir, dass ab 2004 die Finanzierung von Krankenhäusern durch die Anwendung des DRG Systems grundlegend verändert werden wird. Ich frage mich, wie die Krankenhäuser diese Anforderung bewältigen wollen, wenn sie ihr Schneckentempo bei der Qualitätsentwicklung beibehalten.

Teilnehmerin: Kommt es nach Ihren Erfahrungen, Herr Hartmann, durch die Einführung von Qualitätsmanagement zu Stellenkürzungen oder Entlassungen?

Ditmar Hartmann (Henriettenstiftung, Hannover): Die Anwendung eines umfassenden Qualitätsmanagements kann zu schmerzvollen Strukturveränderungen führen. Sie ist aber nicht die Ursache hierfür. In vielen Fällen beschäftigen sich Organisationen erst dann mit Qualitätsmanagement, wenn sie tief in der Krise stecken. Wenn es überhaupt zu Personalentlassungen kommt, muss man also fairerweise fragen, wie hoch diese ohne die Einführung von Qualitätsmanagement gewesen wären. Diese Frage ist natürlich hypothetisch und lässt sich kaum exakt beantworten. Aus meiner Erfahrung hat allerdings der äußere, vor allem der wirtschaftliche Druck ganz entscheidend dazu beigetragen, dass eine Reihe von Krankenhäusern sich ernsthaft mit Qualitätsmanagement beschäftigt hat.

Lassen Sie mich noch ein Wort zum Blick auf Europa sagen. Die Henriettenstiftung würde ohne ihn gar nicht in ihrer heutigen Form existieren. Als das britische Militär ein Vertragskrankenhaus außerhalb des Mutterlandes für seine Soldaten und ihre Angehörigen suchte, gab es eine bundesweite Ausschreibung. Wir haben den Zuschlag bekommen und mit ihm als Kooperationspartner ein Krankenhaus in London. Seitdem hatten unsere Ärzte die Gelegenheit, sich an Fragen zu gewöhnen, die in dieser Schärfe ihnen in Deutschland noch nicht gestellt worden waren. Es waren Fragen nach den Ergebnissen ihrer Leistungen und wie

diese Zustände kamen. Solche Fragen wurden in England längst offen diskutiert, als wir sie noch staunend zur Kenntnis nahmen. Ohne befriedigende Antworten hätten wir niemals unsere Zulassung als Vertragskrankenhaus bekommen oder sie aufrechterhalten können.

Heinz Lutter (Universität Hannover): Ich möchte noch einen anderen Gesichtspunkt in die Diskussion einbringen. Es ist sicher richtig und notwendig, die Einführung von Qualitätsmanagement in Krankenhäusern zu beschleunigen. Zugleich sollten wir diese Förderung an die anderen Akteure des Gesundheitssystems richten. Die Krankenversicherungen müssen sich fragen lassen, welchen Beitrag sie zur Kostensenkung und zur Verwaltungsvereinfachung leisten. Es geht zum Beispiel nicht an, dass jede einzelne Krankenkasse ihre Formulare für dieselbe Leistung entwickelt und damit den Verwaltungsaufwand für Ärzte drastisch erhöht. Auch bei den internen Verwaltungskosten der Krankenkassen scheinen mir erhebliche Einsparpotenziale realisierbar zu sein. Deshalb wünsche ich mir stärkere Impulse des Gesetzgebers zur Förderung von mehr Wettbewerb zwischen den Kostenträgern und ihre Verpflichtung, nachvollziehbar ihre eigenen Qualitätsanstrengungen öffentlich darzulegen. Gegenwärtig sehe ich aber keine Bereitschaft hierzu.

Ebenso wenig Neigung verspürt das Bundesgesundheitsministerium nach meiner Wahrnehmung zu einem ernsthaften Kampf um die Senkung von Arzneimittelkosten. Es reicht nicht aus, die Ärzte zu sparsamen Verordnungen aufzufordern – und manchmal geschieht ja nicht einmal das. Es müssen politische Strategien durchgesetzt werden, die die Pharmakonzerne bewegen, Arzneimittel in Deutschland so kostengünstig anzubieten wie in vergleichbaren Industriestaaten. Hier ist das Aussitzen, das die Bundesregierung seit langem praktiziert, kontraproduktiv.

Dr. Martin Götz (Senat für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales des Landes Bremen): Ich stelle fest: in der Debatte um Qualität im Gesundheitssystem wird der Ruf nach dem Staat lauter. Es wird gefordert, dass der Staat reglementierend eingreift. Unsere Qualitätsstrategie, die wir entwickelt haben, ist ein solcher Impuls. Wir haben ihn mit Zeitvorstellungen versehen, um seine Wirksamkeit zu erhöhen. Andererseits wird im Gesundheitssystem die Selbstverwaltung auch groß geschrieben, und wir wollen sie auch erhalten. Der Staat wird viele Detailarbeit den Selbstverwaltungsorganen überlassen können und auch müssen, weil er nicht alles selbst leisten kann und will. Schließlich gibt es die Ebene der Leistungserbringer, auf der zum Beispiel Herr Hartmann als Qualitätsmanager arbeitet und seinen Teil zur Qualitätsentwicklung beiträgt. Eine Zukunftsaufgabe wird darin bestehen, die Aktivitäten der einzelnen Ebenen zusammen zu führen und ihnen eine gemeinsame Gesamtrichtung zu geben. Wie und wodurch dieses geschehen kann, ist noch offen.

Teilnehmerin: Meine Fragen gehen an Herrn Dr. Götz. Erstens: Wird durch die Einführung von Behandlungsleitlinien und des DRG-Systems die therapeutische Freiheit eingeschränkt? Und Zweitens: müsste der Staat, der jetzt auch per Gesetz die Einführung von Qualität för-

dert, den Krankenhäusern nicht dabei helfen, diese Anforderung zu vollziehen, zum Beispiel durch Finanzspritzen, so dass sie in die Lage versetzt werden, ab Geltung der DRGs durch gute Qualität Geld zu verdienen?

Dr. Martin Götz (Senat für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales des Landes Bremen): Erst einmal zu ihrer Frage zu den Leitlinien. Leitlinien sind ja Behandlungskorridore im Gegensatz zu Standards und Richtlinien, die man zwingend einhalten muss bzw. nicht überschreiten darf. Und wir haben eigentlich überhaupt keine Bedenken, interdisziplinäre, fach- und hierarchieübergreifende Leitlinien zu fordern. Das ist nicht nur aus Bremer Sicht, sondern auch aus Sicht der Gesundheitsministerkonferenz der Länder schon mehrfach gelungen. Zu Ihrer zweiten Frage: Aus unserer Sicht ist es Sache der Leistungserbringer, ein Qualitätsmanagement aufzubauen und zu betreiben. Das gilt ja auch in anderen Bereichen der Wirtschaft.

Stephan von Bandemer (Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen, Projektleiter): Lassen Sie uns einmal statt von einer direkten Förderung des Qualitätsmanagements durch den Staat über Anreizstrukturen sprechen, die der Staat oder die Kostenträger schaffen könnten. Es gibt ja bereits zahlreiche Anreizstrukturen im Gesundheitssystem, weil ohne sie Veränderungen von Rahmenbedingungen nicht durchsetzbar wären oder auf Widerstand stießen. Sicher wäre es hilfreich, Anreizstrukturen dafür zu schaffen, dass die Einrichtungen interne Qualitätsentwicklung betreiben, eine externe Qualitätskontrolle zulassen und die hierfür erforderliche Transparenz schaffen. Es ist nur fraglich, wie dieses geschehen kann.

Völlig illusorisch ist es jedoch, dass die Einrichtungen darauf warten, konsistente und stabile Rahmenbedingungen für ihre Entwicklung durch das „System“ vorgegeben zu bekommen. Das hat nie funktioniert und das wird nicht funktionieren. Deshalb sind sie klug beraten, sich auf Flexibilität und sich verändernde Rahmenbedingungen einzustellen. Hierzu müssen sie Trends rechtzeitig erkennen und auf sie – am besten prospektiv – reagieren. Ein umfassendes Qualitätsmanagement leitet unter anderem genau hierzu an.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Nach dem bisherigen Diskussionsverlauf scheint es mir um Folgendes zu gehen. Der Staat muss darlegen, welche Ziele seine Gesundheitspolitik verfolgt. Er setzt die gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Ausgestaltung des Rahmens überlässt er den Selbstverwaltungsorganen der Träger und Akteure. Es ist Sache der Leistungserbringer, innerhalb des gesetzlichen Rahmens für eine gute Qualität ihrer Leistungen selbst zu sorgen. Damit dieses geschieht und damit die Vielfalt nicht zur Beliebigkeit missrät, schaffen der Staat und die Kostenträger Anreizstrukturen, mit denen sie die Qualitätsentwicklung auf die Qualitätsziele ausrichten.

Teilnehmerin: Ich verfolge Ihre Ausführungen mit großem Interesse, aber auch mit innerer Anspannung. Ich bin Ärztin in einem Krankenhaus und habe derzeit ganz andere Sorgen. Ich sehe, wie das Arbeitszeitgesetz Tag für Tag missachtet wird, und das nicht nur in unserer

Klinik. Ich verstehe das Arbeitszeitgesetz auch als ein Instrument der Qualitätssicherung, weil es nämlich dafür sorgt, dass Ärzte wach und ausgeruht arbeiten können sollen. Trotzdem werden diese gesetzlichen Vorschriften dauernd überschritten. Alle wissen es eigentlich, doch nichts geschieht. Es ärgert mich, dass Sie auf einem so intergalaktisch abgehobenen Niveau über die Qualitätsentwicklung im Krankenhaus und gar im Gesundheitswesen insgesamt diskutieren, und dabei doch über die Einhaltung bestehender Gesetze kein Wort verlieren. Sie nehmen es klaglos hin, dass die Aufsichtsbehörden schlafen und dadurch seit Jahren die Absenkung der Qualität ärztlicher Arbeit im Krankenhaus in Kauf nehmen. Bevor wir nach neuen, ausgefeilten Regelungen rufen, sollten wir erst einmal auf die Einhaltung der bestehenden achten.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Ich bin für Ihren Zwischenruf dankbar. Hier ist ein Problem des Arbeitsschutzes und zugleich ein Problem der Qualitätssicherung berührt. Und ich bin froh darüber, dass jetzt einzelne Ärzte den Mut gefunden haben, auf die Einhaltung ihrer Rechte zu klagen, auch wenn es die Einrichtung und die Kostenträger mehr Geld kosten wird. Andererseits bin ich sicher, dass es in den Krankenhäusern und darüber im Gesundheitssystem insgesamt noch erhebliche Einsparpotenziale gibt. Hoffentlich bringen diese notwendigen Auseinandersetzungen endlich Bewegung in das System, so dass qualitative Verbesserungen erzielt werden. Möglicherweise können unsere Teilnehmer der Podiumsdiskussion in einem Schluss-Statement noch einmal umreißen, wie das ihrer Meinung nach geschehen könnte.

Dr. Martin Götz (Senat für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales des Landes Bremen): Ich nutze die Gelegenheit, um noch einmal über die Strategie zu diskutieren. Ist es erfolgsversprechender bei der Einführung von Qualität bottom-up oder top-down vorzugehen? Sicher liegt die Vermutung nahe, die Politik würde sich für eine top-down-Strategie aussprechen, indem sie Ziele im Konsensverfahren formuliert und sie nachvollziehbar begründet. In den Einrichtungen selbst brauchen wir aber nach meiner Überzeugung das bottom-up-Verfahren, das die Beschäftigten aller Bereiche und Ebenen einbezieht. Hierbei wird die jeweilige Unternehmensleitung allerdings deutlich machen müssen, dass die Qualitätsanstrengungen gewollt werden und diese fördern.

Ditmar Hartmann (Henriettenstiftung, Hannover): Auf diesen letzt genannten Aspekt kommt es nach meinen Erfahrungen ganz besonders an. Wenn sich die Mitarbeiter/innen für Qualität engagieren, werden sie frustriert sein, wenn die Unternehmensleitung ihre Arbeitsergebnisse nicht umsetzt. Das ist nur zu vermeiden, indem die Unternehmensleitung vorab einen klaren Auftrag erteilt und bereits im Vorfeld festlegt, was mit den Arbeitsergebnissen geschehen soll. Ansonsten läuft übrigens auch die Arbeit der Qualitätsmanagementbeauftragten ins Leere.

Stephan von Bandemer (Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen, Projektleiter): Ich teile diese Auffassungen und füge lediglich ergänzend hinzu: In jedem Fall wird man einen langen Atem brauchen. Umfassendes Qualitätsmanagement lässt sich nur in beharrlichen Bemühungen über längere Zeiträume einführen, wenngleich Verbesserungen in einzelnen Bereichen oft schon kurzfristig nachweisbar sind.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Nehmen wir dieses als Schlusswort. Ich bedanke mich bei den Referenten und Teilnehmern der Podiumsdiskussion und bei allen Anwesenden und wünsche einen guten Nachhauseweg.



BMBF-Projekt

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Qualitätsentwicklung in
Krankenhäusern – ein Vergleich
Integrierte Versorgung im
Gesundheitssystem
Entwicklungsstand und Good
Practice im Qualitätsmanagement

Dokumentation
der Workshops und des
Abschlusskongresses

BMBF-Projekt

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Integrierte Versorgung
im Gesundheitssystem

Dokumentation
des Workshops
vom 23. Januar 2002
in Hannover

Inhalt

*Rechtliche und vertragsrechtliche Grundlagen
für integrierte Versorgung im Gesundheitssystem*
MR Harald Kuhne
(Niedersächsisches Ministerium für
Frauen, Arbeit und Soziales) S. 41

*Entwicklungen und Implementierung vernetzter
Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem.
Chancen und Risiken*
Dr. Ottmar Bahrs
(Zentrum Psychologische Medizin der
Georg-August-Universität Göttingen)
Klaus Magdeburg
(Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen)..... S. 51

*Entwicklung und Implementierung vernetzter
Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem. Das
Krankenhaus als Leitinstanz der integrierten Versorgung?*
Stephan von Bandemer
(Institut Arbeit und Technik, Projektleiter) S. 79

Diskussion mit Akteuren des Gesundheitssystems S. 83

Redaktion: Heinz Lutter

Die vorliegende Dokumentation kann auf dem Postwege zum Selbstkostenpreis von 6 € bezogen werden. Bitte schriftlich bestellen und Verrechnungsscheck beifügen.

Bestelladresse Ausdruck

Universität Hannover
Abteilung Sozialpolitik und Public Policy
Im Moore 13
30167 Hannover

oder kostenlos Herunterladen über Internet-Adresse

<http://www.swz-net.de>

Das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“
wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

Rechtliche und vertragsrechtliche Grundlagen für integrierte Versorgung im Gesundheitssystem

MR Harald Kuhne

Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales

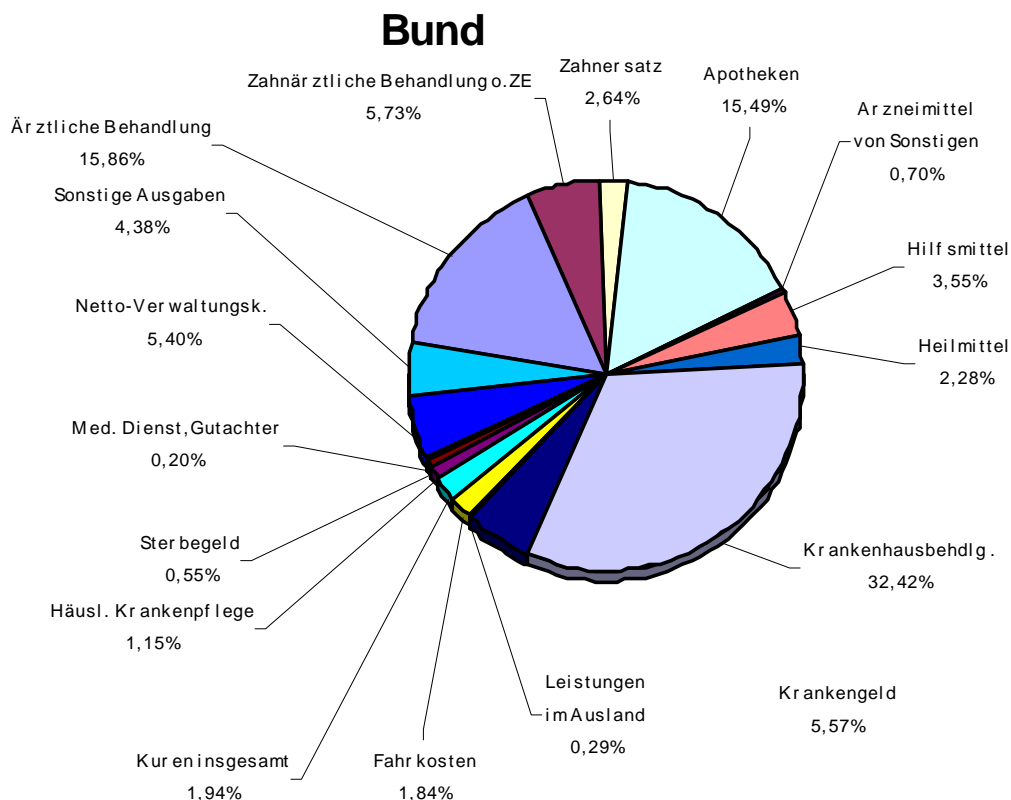
Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren. Mein Name ist Harald Kuhne. Ich bin als Referatsleiter im Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales für die Aufsicht der Kranken- und Unfallversicherungen zuständig.

In meinem heutigen Vortrag zum Thema „Rechtliche und vertragsrechtliche Grundlagen für integrierte Versorgung im Gesundheitssystem“ will ich zunächst einmal den Anlass und Ziele neuer Versorgungsformen im Gesundheitswesen umreißen. Danach werde ich die wesentlichen Inhalte der §§ 140 a – h SGB V referieren und dabei auf ausgewählte Einzelfragen eingehen, zum Beispiel auf die Fragen, wer Vertragspartner bei der integrierten Versorgung sein kann, welche Verpflichtungen die Vertragspartner erfüllen müssen und was es im Hinblick auf Vergütung, Bereinigung und Ausgleich anzumerken gilt. Abschließen werde ich mit einigen Folgerungen, die sich meiner Auffassung nach aus alledem ergeben.

1. Neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Anlässe und Ziele

Wie Sie wissen, wird für die ambulante und die stationäre Gesundheitsversorgung der größte Teil der Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung verausgabt.

Ausgabenanteile 1.-4.Quartal 2001



Deshalb sind diese Sektoren auch ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Kostendämmung in der Gesundheitspolitik. Die erbrachten Leistungen und die hierdurch verursachten Kosten stehen nach einhelliger Meinung der Gesundheitspolitiker und der Fachleute in einem unguten Verhältnis. Dieses hat das jüngst vorgelegte Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen überzeugend belegt. Ein Ansatzpunkt zur Veränderung ist der Versuch, neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen zu etablieren und hierfür die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen.

Angesichts dieser Ausgangslage verwundert es nicht, dass der Gesetzgeber darauf abzielt, die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern und ihre Effektivität und ihre Effizienz zu erhöhen – und zugleich die aufgewendeten Kosten hierfür stabil zu halten oder gar zu senken. Das kann man in den Begründungen des Gesetzes nachlesen. Hier nennt der Gesetzgeber mehrere Ansatzpunkte, wie dieses Doppelziel erreicht werden soll.

Die historisch gewachsene Aufgabenverteilung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen wird als zu starr empfunden. Es sollen flexible Übergänge zwischen stationären und ambulanten Behandlungsformen gefunden und herausgebildet werden. Insgesamt möchte man die Anzahl der relativ teuren Krankenhauseinweisungen reduzieren, die in Deutschland deutlich höher ist als in vergleichbaren anderen Ländern. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte, Haus- und Fachärzte, Mediziner und Nicht-Mediziner sollen bei der Krankenversorgung besser und systematisch zusammenarbeiten, und es soll die Schnittstelle zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation verbessert werden. Überflüssige Doppeluntersuchungen und –behandlungen sollen so vermieden werden. Festzuhalten ist, dass in der Regel nur eine Verlagerung der Leistungen in eine Richtung finanziell sinnvoll ist, nämlich weg vom stationären Sektor.

Diese Zielsetzungen sind richtig und zu begrüßen. Leider finden sie sich lediglich in der Begründung zum Gesetz, nicht im Gesetzestext selbst. Jedenfalls hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsreformgesetz nun die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Herausbildung integrierter Versorgungsformen geschaffen. Als Vorläufer dieser Regelungen gelten die Möglichkeit von Modellvorhaben (§§ 63 ff SGB V) und von Strukturverträgen (§ 73a SGB V).

2. Die rechtlichen Regelungen zur Integrierten Versorgung gemäß § 140 a–h SGB V

Die einschlägigen Gesetzesbestimmungen finden sich in § 140 a – h SGB V.

§ 140 a SGB V definiert den Begriff „Integrierte Versorgung“ und legt die Rechte der Versicherten fest. Die Definition von „Integrierter Versorgung“ fällt eher bescheiden aus. Wörtlich heißt es im Gesetz: „Integrierte Versorgungsformen aufgrund der Verträge nach 140 b und d ermöglichen eine verschiedene Versorgungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten.“

Kernstück ist der § 140 b SGB V, da die hier Verträge für integrierte Versorgungsformen definiert werden. Er sagt mit dem allgemeinen Satz, dass es möglich ist, Verträge zu schließen. Absatz 2 benennt die möglichen Vertragspartner und Absatz 3 definiert die Mindestanforderungen an den Vertrag. Zusätzlich werden die Rechtsverhältnisse zu anderen Parteien geregelt. Die Bestimmungen enthalten zum Beispiel die Möglichkeit, von den Regelungen im 4. Kapitel SGB V (Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern) abzuweichen.

§ 140 c SGB V gibt den Vertragsparteien die Möglichkeit, eigenständige Vergütungsregelungen zu treffen, unabhängig von anderen Budgets und Vergütungsregelungen und Teilbudgets. Das ist ein entscheidender Punkt, denn der Gesetzgeber gibt hiermit die Möglichkeit, einen ganz neuen Versorgungssektor „Integrierte Versorgung“ aufzubauen.

§ 140 d SGB V ist die Grundlage für die zweite Rechtsquelle im zweiten Bereich, nämlich für die Rahmenvereinbarungen zur Integrierten Versorgung. Es wird verpflichtend vorgeschrieben, dass die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Rahmenvereinbarungen über integrierte Versorgungsformen treffen.

§ 140e SGB V gibt die Möglichkeit, Vereinbarungen mit den sonstigen Spitzenorganisationen neben der KBV zu treffen. Explizit genannt ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), es sind aber auch die anderen möglich. Nach meiner Kenntnis gibt es bisher noch nicht einmal Gespräche mit der DKG hierüber.

§ 140 f SGB V regelt Finanzierung und Vergütung. Die Bereinigung der Gesamtvergütung für den ambulanten Bereich und das Arznei- und Heilmittelbudgets werden vorgeschrieben. Im Kern geht es darum, dass die Vergütungen für integrierte Versorgung aus der Gesamtvergütung für

§ 140 SGB V im Überblick

§ 140 a – Integrierte Versorgung

Abs. 1 - Definition von integrierter Versorgung

Abs. 2 und 3 - Rechte der Versicherten (freiwillige Teilnahme/ Regelungen über Behandlungsdaten/ Einsichtsrechte)

§ 140 b – Verträge zu integrierten Versorgungsformen

Abs. 1 – Allgemeines

Abs. 2 – Mögliche Vertragspartner

Abs. 3 – Gesetzliche Mindestanforderungen an den Vertrag

Abs. 4 – Verhältnis zu anderen Rechtsmaterien, (KH-Finanzierung / 4. Kapitel SGB V)

§ 140 c – Vergütung

Eigenständige Vergütungsregelungen unabhängig von anderen Budget- und Vergütungsregelungen mit der Möglichkeit von Teilbudgets.

§ 140 d – Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung

Für die ambulante Versorgung wird verpflichtend eine Rahmenvereinbarung zwischen Kassen und KBV. Mindestinhalte sind vorgeschrieben.

§ 140 e – Rahmenvereinbarungen mit den (sonstigen) Spitzenorganisationen

Kann-Bestimmung für die Möglichkeit mit sonstigen Leistungserbringern Rahmenvereinbarungen zu treffen, hervorgehoben insbesondere die DKG.

§ 140 f – Bereinigung, Ausgleich

Regelungen über die Bereinigung der Gesamtvergütung (§ 85 SGB V) und bzgl. des Arznei- und Heilmittelbudgets (§ 84 Abs. 1)

§ 140 g – Bonus in der integrierten Versorgung

Kann-Bestimmung für Bonus für Versicherte.

§ 140 h – Auswertung der integrierten Versorgung

Möglichkeit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung

niedergelassene Ärzte herausgerechnet werden, so dass für den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen von nicht zusätzliche Budgets bereit gestellt werden müssen.

§ 140 g SGB V gestattet den Krankenkassen den Patienten für ihre freiwillige Teilnahme an integrierten Versorgungsformen einen Beitragsbonus einzuräumen.

In § 140 h SGB V wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet die integrierten Versorgungsformen zu evaluieren.

Nach diesem Überblick möchte ich im Folgenden einige Einzelfragen behandeln, die sich aus den genannten gesetzlichen Bestimmungen ergeben.

3. Einzelfragen der Integrierten Versorgung

Wer kann Vertragspartner bei der Integrierten Versorgung sein?

Dass es sich bei den Vertragspartnern um die Kostenträger und die Leistungserbringer handelt, ist nahe liegend. Aber wer genau darf teilnehmen und wer nicht? Verträge schließen dürfen die Krankenkassen, Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener

Ärzte und Zahnärzte, des weiteren einzelne oder Gemeinschaften sonstiger zugelassener Leistungserbringer, also zum Beispiel Physiotherapeuten, Logopäden, darüber hinaus die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Träger zugelassener Krankenhäuser und die Träger stationärer Vorsorge- und Reha-

Wer kann Vertragspartner bei der integrierten Versorgung sein? (§ 140 b SGB V)

- Krankenkassen
- Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte
- einzelne oder Gemeinschaften sonstiger zugelassener Leistungserbringer
- Kassenärztliche Vereinigungen
- Träger zugelassener Krankenhäuser
- Träger von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 SGB V)
- Träger von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen
- Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer

bilitationseinrichtungen, die einen Versorgungsauftrag nach § 111 SGB V haben, sowie die Gemeinschaften der vor-geannten Leistungserbringer. Als Vertragspartner zur integrierten Versorgung ausgeschlossen, sind alle, die im Gesetz nicht ausdrücklich genannt werden. Zu ihnen zählen insbesondere die Apotheken aber beispielsweise auch Heilpraktiker. Der Gesetzgeber wollte die Anzahl der vertragsfähigen Leistungserbringer begrenzen, um die Verdienstmöglichkeiten der zugelassenen Teilnehmer nicht zu schmälern. Innovative Formen der Leistungserbringung können somit an der Integrierten Versorgung nicht teilnehmen.

Welche Verpflichtungen müssen die Vertragspartner erfüllen?

Zunächst gibt es die Verpflichtung der Leistungserbringer zur qualitätsgesicherten, wirksamen und ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Das klingt nach einer hohen Anforderung, ist aber im Wesentlichen in den bereits bestehenden gesetzlichen Regelungen enthalten.

Darüber hinaus müssen die Leistungserbringer gewährleisten, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen, die medizinischen sowie die medizinisch-technischen Voraussetzungen

Verpflichtungen der Leistungserbringer (§ 140 b Abs. 3 SGB V)

- Qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche Versorgung der Versicherten,
- Gewähr für die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschrittes
- Sicherstellung einer am Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen
- Ausreichende Dokumentation
- Transparenz für alle Beteiligten
- Nur geeignete Leistungen (nicht vom Bundesausschuss ausgeschlossen) sind Vertragsgegenstand

für die vereinbarte integrierte Versorgung erfüllen. Diese Anforderung dürften Einzelpraxen niedergelassener Ärzte zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht immer voll erfüllen können. Sie wird selbst manchen Krankenhäusern Probleme bereiten, zumal alles dieses „entsprechend dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschrittes“ zu geschehen hat, also laufend angepasst werden muss. Hier hat der Gesetzgeber meines Erachtens eine relativ hohe Hürde

aufgebaut, die viele Interessenten ohne erhebliche Anstrengungen, auch finanzieller Art, nicht werden überwinden können.

Darüber hinaus verlangt der Gesetzgeber von den Leistungserbringern, eine am Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen, einschließlich der Koordination der Versorgung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen.

Diese Form der Zusammenarbeit ist der eigentliche Kernpunkt der Integrierten Versorgung – und sie ist leichter formuliert als umgesetzt. Eine Umsetzungsvoraussetzung wäre zum Beispiel, Versorgungsketten für verschiedene Krankheitsbilder überhaupt erst einmal zu definieren und dabei festzulegen, wer gegenüber dem Patienten in welcher Situation was zu tun hat und wie der Leistungserbringer seine Mit- und Nachbehandler hierüber zu informieren hat. Hier finden wir eine Fülle heute noch ungelöster Probleme. Wer sorgt dafür, dass sich die betreffenden Leistungserbringer zusammenfinden und mit einander geregelt kooperieren? Bislang gibt es weder entsprechende Erfahrungen, noch erprobte Instrumente. Es gibt ledig-

lich Erfahrungen aus einzelnen Praxisnetzen, und diese sind insgesamt sehr vielfältig und unterschiedlich. Hier ist also noch viel Arbeit zu leisten.

Selbstverständlich müssen jeder Befund und jede Leistung ausreichend dokumentiert werden, damit für alle Beteiligten jederzeit Transparenz gewährleistet ist. Diese Anforderung ist eigentlich selbstverständlich, wenngleich wir feststellen müssen, dass sie gegenwärtig noch völlig unzureichend umgesetzt wird. Schließlich wird gesetzlich festgelegt, dass nur geeignete Leistungen erbracht werden dürfen, also nur Leistungen, die von den Bundesausschüssen der Kostenträger und der Ärzte bzw. Zahnärzte nicht ausgeschlossen worden sind.

Vergütung / Bereinigung / Ausgleich

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass mit der in den Verträgen vereinbarten Vergütung sämtliche Leistungen bezahlt sein sollen. Das ist eine wichtige Aussage, nicht nur zwischen den Vertragsparteien selbst. Mit dieser Vergütungsregelung verdeutlicht der Gesetzgeber seine Absicht, die Integrierte Versorgung mit einer eigenen Vergütungsstruktur zu versehen und aus der sonstigen Vergütung von Leistungen herauszulösen, also etwas Eigenständiges zu schaffen.

Bereich Vergütung/Bereinigung/Ausgleich (§§ 140 c und 140 f SGB V)

- Verträge legen die Vergütung fest, daraus werden sämtliche Leistungen bezahlt.
- Soweit die integrierte Versorgung vertragsärztliche Leistungen zum Inhalt hat, muss die Gesamtvergütung (KV/Kassen) rechnerisch bereinigt werden.
- Dies gilt entsprechend für das Arznei- und Heilmittelbudget.
- Bei Konflikten: Lösung über Schiedsämter.
- Keine Regelung zu § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz, allerdings eine Regelung zu § 6 Abs.1 Nr.4 BundespflegesatzVO

Hieraus ergibt sich folgerichtig die nächste Bestimmung. Soweit die integrierte Versorgung vertragsärztliche Leistungen zum Inhalt hat, muss die Gesamtvergütung rechnerisch bereinigt werden. Das heißt, dass die Krankenkassen die fällige Vergütung im Rahmen der integrierten Versorgung von dem ausgehandelten Gesamtbudget abziehen. Ansonsten wäre ja auch die integrierte Versorgung das womög-

lich teure Sahnehäubchen auf den bisher schon erforderlichen Ausgaben für Krankenbehandlung. Eine entsprechende Regelung gilt auch bezüglich der Arznei- und Heilmittel, die im Rahmen der integrierten Versorgung benötigt werden.

Für die Bereinigung von Konflikten hat der Gesetzgeber Schiedsämter vorgesehen. Es fällt auf, dass es keine explizite Regelung zu § 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gibt. Allerdings gibt es eine Regelung im § 106 der Bundespflegesatzverordnung, die unter der Überschrift „Beitragssatzstabilität“ besagt, dass bei der Pflegesatzvereinbarung integrierte Versorgungsformen berücksichtigt werden müssen. Jedoch fehlt es an einem klaren gesetz-

lichen Auftrag den ersparten Anteil für die Krankenhäuser aus ihrem Budget heraus zu rechnen.

Hier deutet sich ein Problem an. Die Bundespflegesatzvereinbarung sieht vor, dass Vergütungen gemeinsam und einheitlich von allen Krankenkassen festgestellt wird. Dieses Prinzip gilt auch für die Krankenhausvergütung. Auch hier müssen die Vergütungsbedingungen von den Krankenkassen gemeinsam und einheitlich festgestellt werden. Von dieser Gemeinsamkeit und Einheitlichkeit der Krankenkassen bei der Festlegung von Vergütungen für Leistungen ist allerdings im Rahmen der integrierten Versorgung keine Rede. Als Vertragspartner der Leistungserbringer können auch einzelne Krankenkassen auftreten. Jede rechtlich selbständige Krankenkasse kann mit Leistungserbringern, die die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, einen Vertrag über integrierte Versorgung schließen und dabei auch die Vergütung von Leistungen regeln. Da sich jede einzelne Regelung auch auf das Gesamtbudget auswirkt, sind Streitfälle, auch zwischen einzelnen Krankenkassen, vorprogrammiert.

Rahmenvereinbarung

Eine Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung ist nach einigem Hin und Her zwischen der Bundesvereinigung der Gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 10.01.2002 durch das Bundesschiedsamt beschlossen worden.

In ihrer Präambel wird festgestellt, dass „eine Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung an den Verträgen zur Integrierten Versorgung angestrebt werden soll“. Mit dieser Formulierung setzen die Vertragspartner einen anderen Akzent als der Gesetzgeber, der die Kassenärztlichen Vereinigungen weder auf Bundes- noch auf Landesebene als Vertragspartner vorschreibt oder auch nur vorsieht.

§ 4 der Rahmenvereinbarung behandelt die Beitrittsmöglichkeiten für Kassen zu bestehenden Verträgen im Rahmen der integrierten Versorgung. Vorgesehen ist eine „Schonfrist“ für die Kassen, die einen Vertrag über integrierte Versorgung schließen. Frühestens drei Jahre nach Vertragsabschluss können weitere Kassen beitreten.

Die §§ 9 und 10 treffen Aussagen zur Mindest- und zur Höchstzahl der teilnehmenden Ärzte an einem Netz zur integrierten Versorgung. Hier wird auch die Aussage getroffen, dass Hausärzte und Gebietsärzte in einem angemessenen Umfang an der integrierten Versorgung zu beteiligen seien. Der Gesetzgeber hat dieses nicht vorgegeben, aber auch nicht verboten.

Schließlich geht es in § 13 um das Verfahren zur Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung. Zunächst einmal – und das war noch unbestritten – bekommt die zuständige Kassenärztliche Vereinigung einen Vertrag über integrierte Versorgung zum Zwecke der Benennungsherstellung zugleitet. In einer Frist von 35 Tagen kann sie dazu Stellung nehmen. Wer das Instrument der Benennungsherstellung kennt, weiß, dass dieser Vorgang lediglich die

formale Einbeziehung darstellt. Es handelt sich also um eine schwache Form einer Mitwirkung.

Absatz 2 formuliert die Rechte der Kassenärztlichen Vereinigungen schon stärker, wenn es heißt: „Die Kassenärztliche Vereinigung kann ein Schlichtungsverfahren einleiten, soweit sie durch den beabsichtigten Vertrag ... die Bestimmung der Rahmenvereinbarung verletzt sieht“. Hier wird eine Kontrollmöglichkeit eingeräumt und eine Kontrollpflicht eröffnet. Wenn eine kassenärztliche Vereinigung zur Auffassung gelangt, eine Erscheinungsform der integrierten Versorgung sei rechtswidrig oder verstoße gegen den Bundesmantelvertrag, dann kann sie die Schlichtungsstelle anrufen.

Der umstrittene Absatz 3, der sagte, dass die KV'en regelmäßig nach einer Vertragslaufzeit von drei Jahren beitreten können wurde vom Schiedsamt wie folgt geändert. Er heißt nunmehr: „Zum Zwecke der Koordinierung von vertragsärztlicher und integrierter Versorgung haben die Verträge über integrierte Versorgung Regelungen zu enthalten, die den Kassenärztlichen Vereinigungen die Wahrnehmung ihrer gesetzlich vorgegebenen Aufgaben ermöglichen“. Ja, das ist salomonisch formuliert. Es wird nichts wirklich geregelt, aber auch keiner verprellt.

Im Rahmenvertrag werden ferner sehr detailliert die Fragen der Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung geregelt. Das ist eine Wissenschaft für sich. Zu dieser Materie gibt es zwei Anlagen und drei Rechenmodelle. Ich will es Ihnen und mir selbst ersparen, diese hoch komplexen Regelungen im Einzelnen darzustellen.

Soweit also in Kürze die Regelungen der Rahmenvereinbarung.

Von wem kann der Anstoß für integrierte Versorgung kommen?

Mit meiner Antwort auf diese Frage verlasse ich die rein rechtliche Betrachtungsweise und äußere meine private Meinung.

Zunächst einmal wäre es nahe liegend an die **Krankenkassen** zu denken. Allerdings hätten sie zwei Probleme, wenn sie von sich aus daran gingen, Leistungserbringer für integrierte Versorgungsformen zu gewinnen. Sie müssten erstens den Leistungserbringern plausibel erklären, welche Vorteile diese von einer Beteiligung hätten. Das ginge konkret nur, wenn sie entsprechendes Geld in die Hand nehmen würden. Zweitens hätten sie Probleme damit, die erforderliche Fachkompetenz für die Verhandlungen, die Verträge und deren Umsetzung zu aufzubringen. Die gibt es bisher bestenfalls bei ihren Spitzenverbänden oder bei großen Einzelkassen..

Wenn also nicht die Krankenkassen, könnten dann die **Kassenärztlichen Vereinigungen** Impulsgeber für den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen sein? Ich glaube nicht. Der Gesetzgeber hat sie in dieser Rolle jedenfalls nicht vorgesehen oder gewünscht. Darüber hinaus haben sie meiner Meinung nach kein genuines Interesse an dieser Rolle, denn ten-

denziell sind integrierte Versorgungszusammenschlüsse dazu angetan, ihre Rolle im Gesundheitssystem auszuhöhlen.

Wenn also von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen beim Aufbau integrierter Versorgung wenig zu erwarten ist, können und müssen dann interessierte Ärzte initiativ werden? Die niedergelassenen **Ärzte** stehen bekanntlich unter Budgetdruck, so dass es interessant erscheinen kann, vom „Kuchen“ durch Teilnahme an der integrierten Versorgung ein größeres Stück zu bekommen – sei es auf Kosten der übrigen niedergelassenen Ärzte oder sei es auf Kosten der Krankenhäuser. Die finanziellen Möglichkeiten könnten somit zum Aufbau integrierter Versorgungssysteme anreizen. Allerdings haben diese Möglichkeiten auch ihren Preis. Wenn Ärzte integrierte Versorgungsformen aufbauen wollen, müssen sie erhebliche Mühe und wahrscheinlich auch Geld investieren, um eine Gemeinschaft von Leistungserbringern zusammenzuführen und sie am Leben zu halten. Und alles dieses müsste neben dem normalen Praxisbetrieb geschehen. Dieses ist eine hohe Hürde, auch für besonders engagierte Beteiligte, und ohne Know-how-Beratung wohl kaum zu schaffen.

Betrachten wir die **Krankenhäuser**. Auch sie stehen unter einem ganz erheblichen Budget- und Veränderungsdruck und verfügen gegenüber den vorgenannten Gruppen über Erfahrungen im Veränderungsmanagement. Ein genuines Interesse an der Wahrnehmung dieser Aufgaben haben sie allerdings wohl nur, wenn sie durch Formen der integrierten Versorgung ihren Tätigkeitsbereich ausbauen und ihren Budgetdruck auf Kosten des ambulanten Sektors mindern können.

Schließlich bleiben die **Heilmittelerbringer** also Masseur, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und andere medizinische Hilfsberufe. Diese besitzen nur eine bestimmte Kompetenz für einen kleinen Abschnitt der Versorgungskette. Überdies sind sie von den ärztlichen Feststellungen abhängig. Aus diesen Gründen ist eine Initiative von diesen Gruppen nicht zu erwarten.

Resümee

Resümierend kann ich feststellen: Ärzte und Krankenhäuser könnten noch am ehesten zu Initiatoren integrierter Versorgungsformen werden. Allerdings muss es sich für Sie rechnen, schon im Hinblick auf die Anschubkosten und erst recht auf lange Sicht. Dieses legitime finanzielle Interesse darf allerdings nicht zu einem weiteren Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen führen. Daher vermute ich, dass es alles andere als einfach sein wird, die plausible Forderung nach dem Aufbau integrierter Versorgungsformen praktisch umzusetzen.

Die rechtlichen Möglichkeiten für den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen wurden durch die Gesundheitsreform 2000 geschaffen. Auch wenn ich mich hier skeptisch zu den Umsetzungsperspektiven der integrierten Versorgung geäußert habe, will ich doch abschließend darauf hinweisen, dass ich die die Gesundheitsreform 2000 befürwor-

te, denn sie enthält eine ganze Reihe sehr vernünftiger Ansätze, auch wenn es nicht gelungen ist, alles politisch durchzusetzen, was geplant war.

Zu den Filetstücken der Reform, von denen tief greifende Veränderungen des Gesundheitswesens ausgehen werden, zählen die Verpflichtung auf ein Fallpauschalensystem als Basis für die Entgeltregelungen der Krankenhäuser, die Einführung evidenz-basierter Behandlungsleitlinien für Ärzte und die Eröffnung von Möglichkeiten eine integrierte Versorgung im Gesundheitswesen aufzubauen. Wenn Sie so wollen, lädt also der Gesetzgeber kreative Köpfe zu einem Ideenwettbewerb zur Verbesserung des Gesundheitswesens ein.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Schaffung integrierter Versorgungsebene auf lokaler oder regionaler Ebene sind geschaffen, so dass die Interessenten die Initiative ergreifen können. Meine Vermutung ist allerdings, dass dieses nicht zu einer Massenbewegung werden wird, da die organisatorischen und vertraglichen Probleme doch erheblich sind. In nächster Zeit ist mit einer flächendeckenden integrierten Versorgung nicht zu rechnen. Es wird sichtbar werden, wo die politischen Entscheidungsträger und die anderen Akteure des Gesundheitswesens nachsteuern müssen, damit integrierte Versorgung sich durchsetzen kann.

Entwicklung und Implementierung vernetzter Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem. Chancen und Risiken

Dr. Ottomar Bahrs (Abteilung Medizinische Psychologie, Zentrum Psychologische Medizin der Georg-August-Universität Göttingen)

Klaus Magdeburg (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA), Göttingen)

Vorbemerkungen

Als ich zu diesem Vortrag eingeladen wurde, habe ich zunächst ein wenig gezögert, ob ich die Einladung annehmen sollte. Herr Lutter hatte mich angesprochen, weil er den Entwurf eines Projekts kannte, das Arzt-Patientenbeziehung im Rahmen der integrierten Versorgung untersuchen wollte. Leider hat sich der Projektstart hinausgezögert, und das Projekt hat noch gar nicht begonnen. Trotzdem hat mich Herr Lutter um diesen Vortrag gebeten, weil er meinte, ich könne etwas zum Workshop-Thema beitragen, indem ich erste Antworten auf die Frage formuliere, wie sich die Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten und die Beziehungen der Versorger untereinander unter den Bedingungen der Vernetzung verändern.

Diesen Beitrag will ich gerne leisten, aber nicht allein, sondern gemeinsam mit Klaus Magdeburg vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und -forschung im Gesundheitswesen. Herr Magdeburg hat durch Beratung und Zusammenarbeit seit vielen Jahren reichhaltige Erfahrungen gesammelt, wie Ärztenetze funktionieren und in welchen Bereichen es Schwierigkeiten gibt. Er kann und wird Ihnen auch von den Zielen und Hoffnungen berichten, die sich mit dem Aufbau von Ärztenetzen verknüpfen und was sich hiervon in den letzten Jahren umsetzen ließ. Die Patient-Arzt-Beziehung hat dabei nicht im Zentrum gestanden. Ich werde daher meine Überlegungen zu diesem Thema daher auf andere Erfahrungen stützen.

Patient-Arzt-Beziehung und Verzettelung von Verantwortlichkeit

Beginnen wir also mit dem Bericht über die Untersuchung von Arzt-Patienten-Beziehungen. Zunächst einmal möchte ich begründen, warum eine solche Untersuchung sinnvoll sein kann. Dabei möchte ich einen Satz von Michael Balint in Erinnerung rufen, den ich nach wie vor für aktuell halte:

„Es werden lebenswichtige Entscheidungen getroffen, ohne daß irgendjemand sich voll verantwortlich dafür fühlt.“ (Balint 1980: 113)

Was die Beziehungen im Dreieck von Hausarzt („Praktiker“), Gebietsarzt („Spezialist“) und Patient (bzw. dem System Familie) gelegentlich unnötig verschärft, hat Balint in seiner klassischen Arbeit „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ folgendermaßen zusammengefaßt:

1. „Bevorzugung der Diagnosestellung von organischen Krankheiten und, wenn irgend möglich, Anwendung von physischen Behandlungsmethoden oder Operationen, selbst in Fällen, wo dies nicht voll gerechtfertigt erscheint.
2. Die ungeheure Last der Verantwortung, auf welche alle drei Parteien dadurch reagieren, daß sie einen Teil davon den beiden anderen zuschieben, wodurch der fast zur festen Einrichtung gewordene Geheimpakt der Anonymität entsteht.
3. Die Verewigung des Lehrer-Schüler-Verhältnisses zwischen Praktiker und beratendem Facharzt, die alles andere als realitätsgerecht ist.
4. Mangelndes Verständnis für die regressiven Tendenzen des Patienten in diesem Dreiecksverhältnis, besonders im Falles seines Ausspielens des einen Arztes gegen den anderen.
5. Die praktische Nutzlosigkeit vieler Facharzt-Befunde, besonders sobald psychische Aspekte berührt werden – wobei die Berichte der Psychiater keine Ausnahme machen.

Eine wirkliche Änderung zum Besseren kann nur in Verfolgung langfristiger Forschungsarbeit über die Pathologie der ganzen Persönlichkeit erwartet werden, entsprechend der oben beschriebenen Tiefen-Diagnose (auch Gesamtdiagnose genannt, OB). Da die hier anfallenden Probleme das Problem der Allgemeinpraxis bilden, so ist niemand geeigneter, diese Forschungsarbeit zu übernehmen, als der praktische Arzt.“ (Balint 1980: 148f)

Professor Blanke hat in seiner Einführung heute morgen bereits die Frage aufgeworfen, wer eigentlich für welche Entscheidung in welchem Maße verantwortlich ist, wenn ein Patient Kontakt zu einem Arzt aufnimmt und von diesem an andere Behandler weiter verwiesen wird. Gilt also das, was Balint 1957 gesagt hat, auch heute noch? Erhält es möglicherweise neue Aktualität, insofern die Frage nach der Verantwortlichkeit im Rahmen vernetzter Strukturen nicht nur gestellt, sondern auch beantwortet werden muß?

Strukturveränderungen in der ambulanten Versorgung

Lassen Sie mich zur Einstimmung noch einige Grundtatsachen in Erinnerung rufen. Wie sich das Gesundheitswesen in den letzten Jahren verändert hat, wissen Sie im Großen und Ganzen. Das Krankheitsspektrum hat sich verändert von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen – mit der Konsequenz, dass Patienten sehr viel mehr an Eigenverantwortung übernehmen müssen. Der Krankheitsbegriff selbst hat sich ausgeweitet, und vieles wird

heute unter der Frage Gesundheit bzw. Krankheit diskutiert, was vor etlichen Jahren noch in die individuelle Verantwortung der Bürger gestellt worden war. Das Leistungsangebot des Gesundheitswesens hat sich wesentlich ausgeweitet und mit ihm hat sich die Anzahl und Art ärztlicher und nichtärztlicher Leistungsanbieter deutlich erhöht. Es ist ein Gesundheitsmarkt entstanden. Zugleich hat sich auch der Umgang der Menschen mit Gesundheit und Krankheit verändert, sie haben mehr und andere Ansprüche an das Gesundheitswesen als zuvor. Vor diesem Hintergrund ist die Debatte um einen rationalen und sparsamen Einsatz der insgesamt begrenzten Ressourcen entstanden. In ihr haben vorrangig die Bürokraten aller Seiten das große Wort geführt, und es ging fast immer um das liebe Geld.

Ich habe allerdings auch die Erfahrung gemacht, dass bei der Diskussion um Veränderungen im Gesundheitswesen ganz andere Gesichtspunkte eine Rolle spielen können. Ich habe in den letzten 12 Jahren Qualitätszirkel von Ärzten begleitet. Natürlich wurde da auch über den Geldwert von Leistungen diskutiert, aber die Frage der Arbeitszufriedenheit stand deutlich im Vordergrund. Hierauf möchte ich ausdrücklich hinweisen. Die Ärzte trieb die Frage um, ob das, was sie taten und wie dieses geschah, mit dem vereinbar war, was sie einmal hatten tun wollen. Sie standen vor der Frage, wie weit sie als eigenverantwortlich handelnde Ärzte gehen sollten und könnten, und wo sie die Grenze überschreiten würden, ab der sie die Verantwortung anderer Ärzte oder Gesundheitsdienstleister oder der Patienten einschränken bzw. diese bevormunden und gängeln würden. Für sie waren diese Fragen nach ihrer Rolle und ihrer Rollenausübung der Ausgangspunkt dafür, nach Neuerungen Ausschau zu halten. Und aus solchen Überlegungen erwuchs ihre Motivation zur Beteiligung an Maßnahmen zur Qualitätssicherung, zur Teilnahme an Qualitätszirkeln oder auch zum Zusammenschluss zu Ärztenetzen. Aus meiner Erfahrung ist die Frage, wie sich die Arzt-Patienten-Beziehungen im Rahmen integrierter Versorgungssysteme gestaltet, auch und gerade vor diesem Hintergrund zu diskutieren – und nicht allein auf dem Hintergrund von Finanzinteressen.

Hagen Kühn hat den Begriff „Industrialisierung der Medizin“ (Kühn 1999) geprägt. Was er damit meint, will ich einmal aus Patientensicht erläutern. Beginnen wir mit ein paar nüchternen Fakten. Noch 1955 kam ein Arzt auf 832 Bewohner – heute ist das Verhältnis 1 zu 280. Den Patienten stehen heute also drei bis vier Mal so viele Ärzte zur Verfügung wie vor 45 Jahren. Was heißt das für die Auswahl des „richtigen“ Arztes und die Koordination der Ärzte, falls diese erforderlich wird? Kann jeder Patient diese Auswahl selbständig und eigenverantwortlich treffen?

Gleichzeitig hat eine Diversifizierung der Angebote für Menschen mit Gesundheitsproblemen stattgefunden, die auch vor der Ärzteschaft selbst nicht halt gemacht hat. Es gibt mittlerweile über 50 verschiedene Gebietsbezeichnungen für Ärzte, mit entsprechend vielen Fachsprachen. Bereits innerärztlich führt dieses nicht nur zu Verteilungs- sondern auch zu Kommunikationsproblemen. Eine deutsche Besonderheit bei den Ärzten ist die sog.

„doppelte Facharztschiene“ (Bruckenberg 1997), worunter der Umstand zu verstehen ist, dass Fachärzte sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung zu finden sind.

Die Strukturveränderungen im Bereich der ärztlichen Versorgung werden auch sichtbar, wenn man einzelne Bereiche näher betrachtet. Ich möchte dieses am Beispiel der Hausärzte tun und der Art, wie sie ihre Tätigkeit ausüben. Bis in die 80er Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts traten Hausärzte in Deutschland fast ausschließlich in Einzelpraxen auf, und auch heute noch praktiziert die Mehrheit der Hausärzte in dieser Form. Allerdings haben sich neben dieser traditionellen Form immer mehr hausärztliche Gemeinschaftspraxen etabliert. Häufig praktiziert ein Senior gemeinsam mit einem Junior oder es gibt die Zusammenarbeit von Vater und Sohn oder auch von Ehepartnern. Aber es gibt auch eine beachtliche Anzahl von Gruppenpraxen, in denen sich Ärzte verschiedener Disziplinen zusammenschließen sowie schon länger Ärztehäuser, in denen rechtlich selbständige Ärzte informelle Kooperationsbeziehungen pflegen. Als neueste Kooperationsform finden wir seit den 90er Jahren Ärztenetze, die zumeist von dem Wunsch nach einer auch inhaltlichen Kooperation geprägt und die an einer gemeinsamen Verantwortungsausübung interessiert sind. Im folgenden Schaubild habe ich versucht, diese Entwicklung komprimiert zusammenzufassen (siehe Schaubild 1 auf der nächsten Seite).

Schaubild 1: Entwurf einer Typisierung der Arztpraxen

Praxistyp/ Dimension	Einzelpraxis	Gemeinschafts- praxis	Gruppenpraxis	Ärztehaus	Praxisnetz
Zeitraum	Archetyp, noch dominierend	Seit den 80er Jahren	Seit den 80er Jahren, zunächst im gebietsärztlichen Bereich	Seit den 80er Jahren, Gebiets- und Hausärzte	Seit Mitte der 90er Jahre, zunächst in Modellversuchen, z.Zt. ca. 300 Netze
Beteiligte Berufe	Niedergel. Arzt, Helferin, ggf. medizinische Hilfsberufe	Niedergel. Ärzte, Helferin, ggf. medizinische Hilfsberufe, ggf. Verwaltungsfachkraft	Niedergel. Ärzte unterschiedl. Fachrichtungen, Helferinnen, medizinische Hilfsberufe, ggf. Verwaltungsfachkraft	Niedergel. Ärzte unterschiedl. Fachrichtungen, Helferinnen, medizinische Hilfsberufe, ggf. Verwaltungsfachkraft, ggf. Apotheker	Niedergel. Ärzte unterschiedl. Fachrichtungen, ggf. Stationsärzte, Helferinnen/Krankenschwestern, medizinische Hilfsberufe, Verw.-Fachkraft, Koordinator/ Begleitforscher, zT Patientengruppen
Organisationsform	Privatunternehmer (Familienbetrieb)	Privatunternehmer (unterschiedl. Formen unter Führung von Ärzten; Gleichrangig (?); Junior/senior; Angestellt	Private Unternehmen (unterschiedliche Formen unter Führung von Ärzten)	?	Unterschiedliche Formen; GmbH, Verein, Modellprojekt; Führung von Ärzten, Beratung durch Externe
Vertragspartner	KV	KV u. ärztl. Praxiskollege	KV u. ärztl. Praxiskollegen	KV u. (ärztl.) Haus-Kollegen	Kassen u. (ärztl.) Kollegen (u. KV)
Rolle des Hausarztes	Typischerweise erster Ansprechpartner	Potentiell erster Ansprechpartner	?	?	Systematisch erster Ansprechpartner und Koordinator ("Steuermann", "Lotse")
Modus der Patient-(Haus-) Arzt-Beziehung	Direkte wechselseitige Verantwortlichkeit (Vertrauen und Abhängigkeit)	Potentiell delegierbare Verantwortlichkeit	Strukturell delegierte Verantwortlichkeit	?	Wechselseitige, aber strukturell delegierbare Verantwortlichkeit
Zielsetzung	Sicherstellung d. Versorgungsauftrags u. dadurch der wirtschaftlichen Existenz der Praxis u. ihrer Beschäftigten	Sicherstellung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis und ihrer Beschäftigten sowie des Versorgungsauftrags	Sicherstellung der wirtschaftlichen Existenz der Praxen und ihrer Beschäftigten sowie des Versorgungsauftrags	Sicherstellung der wirtschaftlichen Existenz der Praxen u. ihrer Beschäftigten sowie des Versorgungsauftrags	Sicherstellung der wirtschaftlichen Existenz der regionalen Versorger u. Sicherstellung der Versorgungsqualität in der Region
Interprofessionelle Kommunikation	Persönlich vermittelt	persönlich vermittelt	(bestenfalls) persönlich vermittelt	z. T. strukturell (räumlich) vermittelt	Idealiter strukturell unterstützt

Patient-Hausarzt-Beziehungen in verschiedenen europäischen Ländern

Natürlich ist es besonders interessant, gerade bei solchen strukturellen Veränderungen zu untersuchen, was diese für die Arzt-Patientenbeziehung bedeuten. Hierüber will ich im Folgenden berichten. Ich habe ja bereits darauf hingewiesen, dass die *ärztliche Arbeitssituation* in den Praxen ein wesentlicher Ausgangspunkt für Veränderungsbestrebungen ist. Diese These möchte ich anhand von Daten aus der EUROCOM - Studie untermauern, in die 190 Hausärzte und knapp 3.700 Patienten in sechs europäischen Ländern einbezogen waren – darunter Länder mit bzw. ohne Primärarztprinzip (van den Brink-Muinen et al. 1999). Im Rahmen dieser Studie wurden sowohl Ärzte als auch Patienten befragt, und es wurden Arzt-Patienten-Konsultationen per Video dokumentiert.

Eines der Untersuchungsergebnisse ist, dass die Ärzte insgesamt mit ihrer *ärztlichen Tätigkeit* relativ zufrieden sind – und das eigentlich in allen beteiligten Ländern. Deutlich weniger zufrieden sind sie mit den *Rahmenbedingungen ihrer Arbeit*, zum Beispiel dem Verwaltungsaufwand und den bürokratischen Anforderungen. Besonders hoch ist dieses Unzufriedenheitspotenzial in Deutschland und in Spanien. Darauf möchte ich hinweisen, ohne die Gründe hierfür an dieser Stelle ausführen zu können.

In den Niederlanden, in England und in Spanien ist der Hausarzt zunächst einmal der erste Ansprechpartner für Patienten. Das ist in Deutschland, der Schweiz und in Belgien nicht unbedingt der Fall. Faktisch haben die meisten Patienten auch in diesen Ländern ihren Hausarzt (für Deutschland: Wasem 1999), aber sie müssen nicht notwendigerweise zunächst den Hausarzt aufsuchen, sondern können auch direkt eine gebietsärztliche Versorgung in Anspruch nehmen.

Wir gingen in der Studie davon aus, dass die Regelung der Verantwortung im Gesundheitssystem wesentliche Auswirkungen auf die hausärztliche Tätigkeit und die Art der Arzt-Patienten-Beziehungen hat. Tatsächlich zeigten sich auch diesbezügliche Unterschiede¹, wenngleich nur bedingt in der erwarteten Richtung.² Am auffälligsten sind vielmehr die Zusammenhänge zur Arbeitsbelastung.

Für die Messung der Arbeitsbelastung der Ärzte wurde die Arztangaben über die durchschnittliche Anzahl von Patientenkontakten pro Woche (Sprechstundengespräche, telefonische Beratung sowie Hausbesuche) berücksichtigt.³ Hiernach ist die Arbeitsbelastung der deutschen Ärzte mit Abstand am höchsten. Die dargestellten Kontaktzahlen sind valide. Wir konnten uns bei unseren Praxisbesuchen von der Schlüssigkeit der Nennungen selbst

¹ Es zeigten sich beispielsweise systematisch höhere Patientenerwartungen in den Ländern ohne ein Primärarztssystem, dem im Großen und Ganzen ein systematisch höheres Arztbemühen entsprach. Vgl. van den Brink-Muinen et al. 1999.

² Zu den Details vgl. van den Brink-Muinen et al. 1999 sowie Bahrs 2002.

³ Um den unterschiedlichen Zeitaufwand zu berücksichtigen, wurden die Hausbesuche mit dem Faktor 2 und die Telefongespräche mit dem Faktor 0,5 gewichtet.

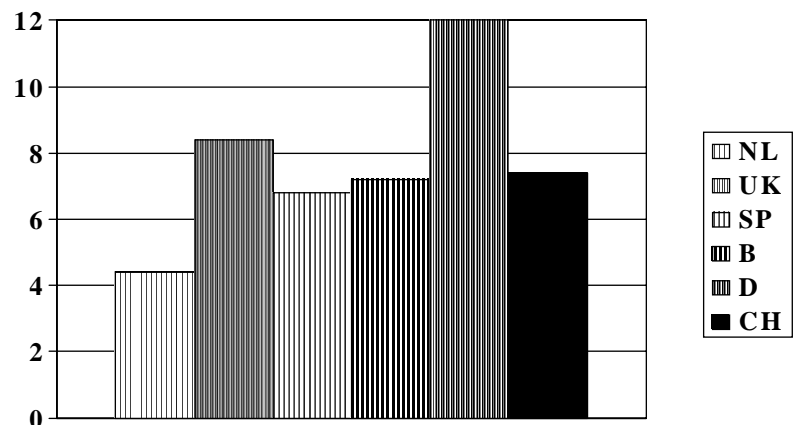
überzeugen. Die Angaben entsprechen zudem den Daten, die ungefähr zehn Jahre zuvor im Rahmen einer anderen Studie erhoben wurden (Boerma et al 1997). Aus dem Vergleich wird deutlich, daß die Arbeitsbelastung in allen Ländern insgesamt zwar absolut gesehen geringer geworden ist, aber die Unterschiede zwischen den Ländern geblieben sind.

Ich möchte im Folgenden auf den Unterschied zwischen Deutschland und den anderen Ländern, insbesondere der Schweiz, eingehen. Die Schweiz interessiert deshalb besonders, weil deren Gesundheitssystem wohl am ehesten mit Deutschland vergleichbar ist. Zunächst fällt auf, dass die Patienten in Deutschland wesentlich häufiger zum Hausarzt gehen, nämlich ca. 12 Mal im Jahresdurchschnitt. Das ist auch aus anderen Studien gut belegt (vgl. z.B. Wensing et al. 2001). Wenn wir uns jetzt noch dazu denken, dass diese Patienten auch noch zu Gebietsärzten gehen, dann haben wir insgesamt eine sehr hohe Inanspruchnahme von Ärzten in Deutschland zu verzeichnen (vgl. Lüschen et al. 1995).

Zugleich fällt auf, dass die meisten Konsultationen von sehr kurzer Dauer sind. Die Gespräche in Deutschland sind mit Abstand am kürzesten, sie dauern durchschnittlich nur knapp acht Minuten (vgl. auch Kruse et al. 1999). In dieser Hinsicht ist Spanien mit Deutschland noch in etwa vergleichbar. Diese sehr häufigen und relativ kurzen Gespräche kennzeichnen die Situation

und erzeugen in den Praxen eine spezifische Art der Gesprächsführung. Es ist eine Gesprächssituation, in der vor allem der Arzt spricht und den Gesprächsverlauf bestimmt. Diese „Arztdirektivität“ ist in Deutschland stärker ausgeprägt als in den anderen untersuchten Ländern. Darüberhinaus wird mehr über „Medizinisches“ als über psychosoziale Themen gesprochen (vgl. auch Waltz, Kriegel und van 't Bosch 1999). In allen Ländern trifft dies für die Ärzte stärker zu als für die Patienten, wobei der Unterschied in Deutschland besonders ausgeprägt ist.

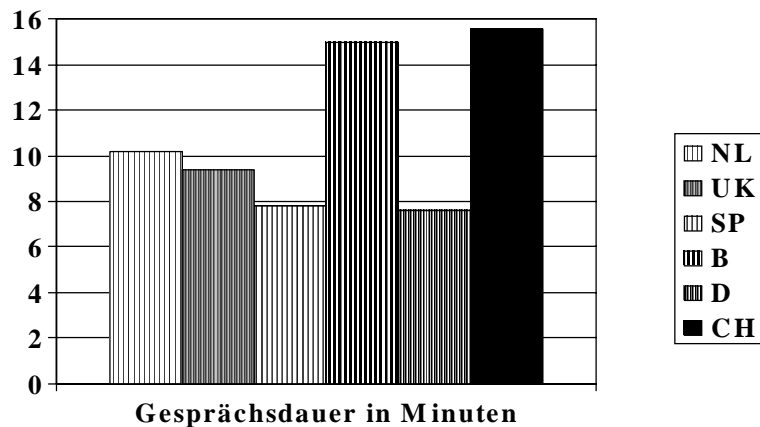
Rahmenbedingungen II: Anzahl der Konsultationen im Vorjahr



Deutschland gegenüber allen anderen Ländern signifikant häufiger

Daten von 1997, Berechnung aus der Eurocom-Studie; Bahrs 2002

Gesprächsmerkmale I: Gesprächsdauer (videodokumentierte Gespräche)



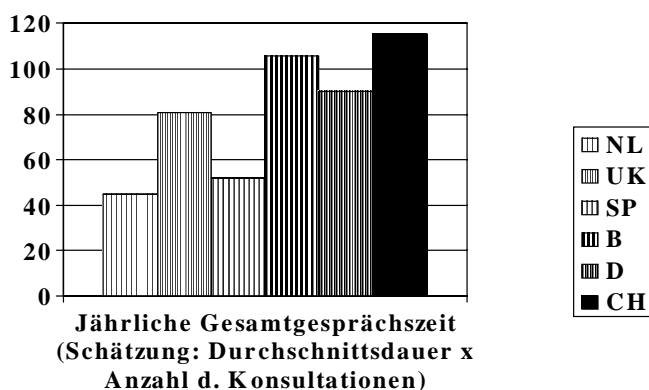
Deutschland gegenüber allen anderen Ländern - außer Spanien - signifikant kürzer

Daten von 1997, Berechnung aus der Eurocom-Studie; Bahrs 2002

Ärzte aus den anderen beteiligten Ländern (vgl. Bahrs 2002).⁴

Auf dem Hintergrund der skizzierten Rahmenbedingungen (häufige und kurze Konsultationen) ist das durchaus verständlich. Andererseits kann man sich fragen, ob man die Konsultationen nicht auch ganz anders organisieren könnte. Folgendes Gedankenexperiment mag dies veranschaulichen: bildet man ein Produkt aus der Anzahl der im Vorjahr geführten Gespräche und der Dauer der dokumentierten Konsultation, so erhält

Jährliche Konsultationszeit pro Patient (geschätzt)



Deutschland signifikant weniger als Schweiz, aber mehr als Niederlande und Spanien

Daten von 1997, Berechnung aus der Eurocom-Studie; Bahrs 2002

In den Videoaufzeichnungen wird deutlich, dass in der hausärztlichen Sprechstunde in Deutschland oftmals eine vergleichsweise gespannte Atmosphäre vorherrscht. Die deutschen Ärzte gehen weniger auf ihre Patienten ein, scheinen sich weniger für sie zu engagieren und reagieren auf ihre Gegenüber gereizter als

man die (fiktiv) angewendete Gesamtkontaktzeit pro Jahr. Im Ländervergleich wird dann sichtbar, dass die Gesamtbelastung der deutschen Ärzte nicht mehr so dramatisch hoch ist. Dieser Befund ist umso interessanter, als sich die häufigen Patientenkonsultationen für die deutschen Ärzte nicht mehr so rechnen wie noch Anfang der 90er

⁴ Um nicht mißverstanden zu werden: die Patienten sind mit ihren Hausärzten auch in Deutschland vergleichsweise zufrieden. Häufig hörten wir den Kommentar. „Mein Hausarzt ist gut – aber bei Fachärzten müßten Sie mal eine Studie machen!“

Jahre. Der häufige Besuch derselben Patienten im selben Quartal bringt Ärzten nur geringe wirtschaftliche Vorteile. Die Patienten muss das nicht interessieren, aber viele Ärzte verhalten sich offenbar noch gemäß einer längst überholten ökonomischen Rationalität.

Ich habe jetzt mehrere (und nicht nur wirtschaftliche) Gründe benannt, aus denen Ärzte an einer veränderten Versorgungssituation interessiert sein könnten, und es tatsächlich auch sind. Auch Patienten sind hieran interessiert. Längst nicht alle vertrauen mehr darauf, dass alles, was verordnet oder getan wird, medizinisch begründet oder zu ihrem Vorteil als Patienten ist. Zusätzlich verunsichert oder in kritischen Haltungen bestärkt werden sie durch das Gefühl, der eine Arzt missgönne seinen Berufskollegen die Mitbehandlung aus wirtschaftlichen Interessen. Wenn sich die Ärzte untereinander nicht trauen, wie soll man da als Patient einzelnen Ärzten vertrauen können? Es lässt sich leicht nachvollziehen, dass diese Zweifel die Arzt-Patienten-Beziehung belasten und das notwendige Vertrauensverhältnis untergraben.

Zwischenfazit

Lassen Sie mich meine Erfahrungen und die vorgetragenen Ergebnisse kurz zusammenfassen und einige Schlussfolgerungen ziehen. In den letzten Jahrzehnten haben sich erhebliche Veränderungen bezüglich der Art vollzogen, wie die Gesellschaftsmitglieder mit Gesundheit umgehen und wie Gesundheitsdienstleistungen angeboten werden. Hinsichtlich Organisation und Ausübung der ärztlichen Praxis finden wir eine große Bandbreite an Variationen vor. Zu den typischen Merkmalen der Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland gehören viele Kontakte sowie kurze, arzt dominierte Gespräche mit einem hohen Anteil bio-medizinischer Themen. Mit dieser Situation sind viele Ärzte und viele Patienten unzufrieden. Die deutschen Ärzte beklagen ihre im internationalen Vergleich hohe Arbeitsbelastung, und sie sind mit ihrer Arbeitssituation unzufriedener als ihre Kollegen in anderen Ländern.

Die Art der Arzt-Patienten-Kontakte ist für beide Seiten belastend und womöglich ineffektiv. Die vielen kurzen Gespräche bedeuten für alle Beteiligten einen hohen Kommunikations- und Organisationsaufwand. Arztbesuche sind zudem für viele Patienten mit Beunruhigung verknüpft, sie können gar mit Arbeits- und Verdienstausschlag einhergehen. Vor diesem Hintergrund passiert – im Verhältnis zu Wege- und Wartezeit - einfach zu wenig an effektiver Behandlung. So gaben immerhin 20% der Patienten an, dass ihre Wünsche bezüglich der Beratung über Vorsorgemöglichkeiten nicht erfüllt wurden.

Eine Veränderung des Inanspruchnahmetyps⁵ (weniger Besuche, längere Konsultationen) könnte die Belastung aller senken, die Einbeziehung des Patienten in Entscheidungsprozesse fördern, damit die Autonomie der Patienten stärken und zu einer Verbesserung von (Patienten-)Zufriedenheit und Behandlungserfolg beitragen. Die Schweiz kann hier als Beispiel dienen.

Patient-Arzt-Beziehung unter den Bedingungen von vernetzten Strukturen

Vor dem Hintergrund dieser Befunde wäre es natürlich interessant zu untersuchen, was sich an der Arzt-Patienten-Beziehung verändert, wenn sich die Ärzte zu Netzen zusammenschließen oder noch weiter gehende Formen der integrierten Versorgung (z.B. unter Einbeziehung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe oder gar Patientenvertretern) entwickeln.

Leider hat, wie ich eingangs sagte, unsere diesbezügliche Studie noch nicht begonnen, so dass ich an dieser Stelle lediglich Fragen aufwerfen kann:

- Was bedeutet die Vernetzung von Strukturen für die individuelle oder geteilte Verantwortungsübernahme und wie wirkt sich dies auf das Versorgungsergebnis aus? In welcher Weise profitieren insbesondere die Patienten?
- Führen vernetzte bzw. integrierte Versorgungsformen zu klarerer Verantwortungsteilung im Patienteninteresse oder resultiert eine organisierte Unverantwortlichkeit?
- Begünstigen vernetzte Strukturen synergetisch die Entfaltung der Ressourcen aller Beteiligten oder fördern sie Formen einer „Rundumversorgung“, die alle in wechselseitige Abhängigkeitsverhältnisse führt?
- Werden aus den vielfältigen Informationen, die innerhalb eines Versorgungsnetzes erhoben und weiter gegeben werden, neue Datenfriedhöfe oder können diese für patienten- oder systembezogene Gesamtdiagnosen und Lernprozesse genutzt werden?

Sie sehen, meine Damen und Herren, wir haben viel Arbeit vor uns, und es wäre schön, wenn wir sie beginnen könnten.

⁵ Hervorzuheben ist, dass dieser Konsultationsmodus von Patienten und Ärzten unter den Bedingungen unseres Gesundheitssystems gemeinsam hervorgebracht wird. Daß Patienten die Ko-Produzenten ihrer Gesundheit sind, meint ja nicht nur, daß sie über eigene Expertenschaft verfügen, die die Professionellen systematisch anerkennen und einbeziehen sollten, sondern auch, daß die Patienten selbst ihre eigenen Ressourcen nicht immer ausreichend nutzen. Strukturveränderungen erfordern daher sowohl veränderte Rahmenbedingungen als auch Veränderungen der Orientierungen und des Verhaltens der beteiligten Akteure, die die neuen Modi letztlich in den je individuellen Konsultationen aushandeln müssen.

Literatur:

- Bahrs O: Patientenzentrierung in der hausärztlichen Praxis; in: Neue Wege der Patienteninformation. Von der Mitarbeit der Patienten zur gemeinsamen Entscheidung, Altgeld Th, Blättner B (Hrsg.) (im Druck)
- Balint M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Klett-Cotta, Stuttgart, 5. Auflage 1980 (Erstausgabe 1964)
- Boerma WGW, Zee van der J, Fleming DM et al: Service profiles of General Practice in Europe; BR J Gen Pr, 1997, 37, 481-486
- Bruckenberg E: Sektorenübergreifende Kooperation statt sektoraler Optimierung - Wer Netze auslegt, will Beute machen; Krankenhaus-Umschau, E.C. Baumann KG, Heft 12/97
- Kühn H: Praxisnetze international; KBV Kontext, 12, 1999: 15-31
- Kruse J; Heckrath C; Schmitz N; Alberti L; Tress W: Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogen Kranker. Ergebnisse einer Feldstudie; Psychother Psychosom Med Psychol 1999; 49, 1, 14-22
- Lüschen G, Cockerham W, Zee van der J, Stevens F, Diederiks J, Ferrandeo MG, d'Houtaud A, Peeters R, Abel T, Niemann S: Health Systems in the European Union – Diversity, Convergence and Integration; Oldenbourg, München 1995
- Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandes F, Perez A, Messerli V, Opizzi L, Peltenburg M: The Eurocommunication-Study – An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice; NIVEL, Utrecht 1999
- Waltz M, Kriegel W, van 't Bosch P: Eine vergleichende versorgungsepidemiologische Studie zum Arztkonsultationsverhalten von Patienten mit chronischen Gelenkkrankheiten; in: Evaluation im Gesundheitswesen, Badura B, Siegrist J (Hrsg.), Juventa, Weinheim und München 1999: 303-322
- Wasem J: Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung; Jansen-Cilag, Eigenverlag 1999
- Wensing M, Mainz J, Grol R et al.: A standardised instrument for patient evaluation of general practice care in Europe; European Journal of General Practice 1999; 6, 3, 82-87

Klaus Magdeburg (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA), Göttingen)

Als Arzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für angewandte Qualitätsförderung im Gesundheitswesen (AQUA) darf ich Ihnen einen Überblick über die Entwicklung von Praxisnetzen in Deutschland vorstellen, sowie ihre Chancen und Risiken. AQUA ist ein privates Forschungsinstitut, das sich seit Mitte der 90er Jahre die Förderung der Qualität der medizinischen Versorgung, insbesondere im ambulanten Sektor, zum Ziel gesetzt hat. Wir haben uns sehr stark in der Etablierung strukturierter Qualitätszirkel und in der Berücksichtigung der Patientensicht in Deutschland engagiert. Darüber hinaus begleiten wir den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen, insbesondere den Aufbau von Praxisnetzen niedergelassener Ärzte, die sich – wie Herr Bahrs bereits erwähnt hat – seit 1996 / 1997 in Deutschland herausgebildet haben. Über unsere diesbezüglichen Arbeitserfahrungen möchte ich Ihnen heute berichten. Zum besseren Verständnis der Entwicklung von Praxisnetzen möchte ich eingangs die Rahmenbedingungen beschreiben, unter denen sich in den zurückliegenden 5 Jahren Praxisnetze gegründet haben und dabei an das anknüpfen, was Herr Bahrs vorgetragen hat.

Motivation zur Netzgründung: Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung

Auch ich habe in meiner Arbeit besonders bei niedergelassenen Ärzten viel Unzufriedenheit und Unsicherheit wahrgenommen. Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation, wie Herr Bahrs sie beschrieben hat, aber auch Unsicherheit über den Wert ihrer Arbeit. Ohne Zweifel hängt das auch mit der Art des Abrechnungssystems zusammen. Für ihre Leistungen gegenüber der GKV erhalten die Kassenärzte Punkte. Der Wert dieser Punkte schwankt, weil das Entgelt für die Leistungen insgesamt budgetiert ist und nach komplizierten Berechnungsverfahren von der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung an die einzelnen Vertragsärzte ausgezahlt wird. In der Praxis bedeutet dieses, dass die niedergelassenen Vertragsärzte den Geldwert ihrer Leistungen erst mit erheblicher Verzögerung erfahren. Ihr Einkommen unterliegt unkalkulierbaren Schwankungen, und seine Höhe hängt längst nicht nur von der Intensität und der Qualität ab, mit der sie arbeiten. Dies führte schließlich seit Mitte der 90er Jahre zu dem berühmten „Hamsterradeffekt“: Viele Kassenärzte versuchten, immer mehr Leistungen zu erbringen und abzurechnen, um den fallenden Punktwert zu kompensieren – trugen damit aber zu weiterem Punktwertverfall bei. Die Unmöglichkeit, das eigene Einkommen vorherzusehen und steuern zu können, schuf ungewohnte Existenzängste unter den Ärzten. Überdies tangiert es das Selbstwertgefühl eines Berufsstandes, viel zu arbeiten, und doch nicht zu wissen, was man dafür bekommt. Diese Unzufriedenheit und ihre Gründe hat man im stationären Sektor nicht recht wahrgenommen,

und die allgemeine Öffentlichkeit kennt ihren Hintergrund in der Regel nicht. Sie war aber m. E. eine der wichtigsten Triebkräfte bei Netzgründungen.

Allerdings sind viele niedergelassene Ärzte nicht nur über die finanzielle Seite ihres Berufslebens frustriert. Sie spüren ihre hohe Arbeitsbelastung und sehen sich zugleich in beruflicher Hinsicht immer stärker fremdbestimmt. Ein großer Teil der Arbeitszeit niedergelassener Ärzte wird für Verwaltungsarbeiten und „Bürokratie“ verbraucht. Das Abrechnungswesen trägt hierzu maßgeblich bei, aber auch die vielen Einzelschriften, die den Arbeitsalltag von Ärzten prägen. Auch dieses ließ den Wunsch nach Veränderung aufkommen. Viele Ärzte zweifeln zudem zunehmend an der Sinnhaftigkeit dessen, was einen Großteil ihrer Arbeitszeit beansprucht. Sie suchen nach neuen und effektiveren Formen der Berufsausübung.

Überdies fühlten sie sich gerade in Zeiten einer existenziellen Verunsicherung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nicht angemessen vertreten. Sie nahmen die KVen nicht als ihre Interessenvertretungen, sondern viel mehr als Kontrollinstanzen wahr und als Exekutoren staatlicher Interessen. Vor diesem Hintergrund haben sich Praxisnetze auch als neue Interessenvertretungen der niedergelassenen Ärzte gegründet, und gerade die frühen Gründungen haben sich gegen die KVen etablieren wollen.

Schließlich hat beim Aufbau von Praxisnetzen noch eine Rolle gespielt, dass die Ärzte erkannt haben, dass sie in der ambulanten Versorgung als Einzelkämpfer da standen. Auch in Gruppenpraxen oder in Praxisgemeinschaften gibt es in der Regel eher rudimentäre Formen einer Kooperation. Das Bedürfnis, stärker und geregelter als bisher mit anderen Berufskollegen oder mit anderen Leistungserbringern des Gesundheits- und Sozialsystems „vor Ort“ zusammenzuarbeiten, war eine wesentliche Triebfeder für den Aufbau von Praxisnetzen. Dieses Bedürfnis ergibt sich quasi natürlich aus dem, was sie in ihrem bisherigen Alltag erleben. Die Ärzte wollen das Gesundheits- und Sozialsystem in ihrem Praxisumfeld aktiv mitgestalten und verbessern. Sie suchen nach effektiveren Formen der Kooperation, die ihren Arbeitnotwendigkeiten und der Patientenversorgung besser gerecht werden.

Diese Initiativen der ärztlichen Basis sind nicht mit Disease-Management-Programmen zu verwechseln, die den Versuch darstellen, Kooperation im großen Maßstab sozusagen „von oben“ zu verordnen. Auch die Krankenkassen haben gute Gründe, Praxisnetze zu unterstützen und Kooperation zu fördern. Ihnen geht es um die Steigerung der Effizienz, von der sie sich eine Kostensenkung versprechen. Dieser Wunsch ist legitim – wenn auch die Gleichsetzung der Kostenexplosion im Gesundheitswesen mit den ständig steigenden Kassenbeiträgen unzulässig ist. An Praxisnetze knüpfen die Krankenkassen noch zwei weitere Hoffnungen. Zum einen erhoffen sie sich eine bessere Steuerung der Leistungserbringer und der Patienten durch zusätzliche Informationen über das

Versorgungsgeschehen. Und zum anderen rechnen sie damit, durch „selektives Kontrahieren“ das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen aufbrechen zu können. Diese Motivlagen der unterschiedlichen Akteure sollte man im Hinterkopf haben, wenn ich nun darstelle, wie sich die Praxisnetze entwickelt haben.

Definition und Ziele von Praxisnetzen

Die ersten Praxisnetze, die sich auf Initiative der Ärzte entwickelten, haben sich herausgebildet, ohne dass die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen hierfür existierten. Sie mussten erst noch geschaffen werden. Die ersten Praxisnetze hatten keinen eigenständigen Rechtsstatus. Das führt zu der Frage, was eigentlich ein Praxisnetz ist. Die Ausgangssituation lässt ahnen, dass es hierfür keine einheitliche Definition gibt. Letztlich ist ein Praxisnetz eine nicht allgemeingültig bestimmbare, mehr oder weniger fest verabredete Kooperationsform, die Ärzte mit einander eingehen. Die existierenden Kooperationsformen sind inhaltlich und formal recht unterschiedlich, und auch die Zielsetzungen und die Anzahl der Teilnehmer variiert. Als Rechtsformen werden sowohl Vereine, Gesellschaften mit beschränkter Haftung als auch Gesellschaften bürgerlichen Rechts genutzt. Allen gemeinsam war anfangs nur das Ziel, die medizinische Versorgung in der unmittelbaren Umgebung neu zu organisieren und durch zufriedenstellendere Formen der Arbeitsorganisation und der Patientenversorgung zu ersetzen.

Bei näherem Hinsehen lassen sich trotz aller Unterschiedlichkeit typische Ziele von Praxisnetzen herausfiltern. Alle hatten eine bessere Patientenversorgung und die Realisierung von Einsparpotenzialen zum Ziel. Diese Ziele decken sich mit denen der Krankenkassen, die um 1997 noch Anschubfinanzierungen für Praxisnetze gewährt haben. Um die Patientenversorgung zu verbessern und Einsparpotenziale auszuschöpfen, mussten die in Praxisnetzen zusammengeschlossenen Ärzte die Kooperation aller beteiligten Leistungserbringer verbessern. Hieran lag den Beteiligten ohnehin. Sie wollten zum Beispiel einen rationalen und rationellen Einsatz von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, und mit diesem Anliegen trafen sie bei den Krankenkassen auf offene Ohren. Die Kostenträger waren auch daran interessiert, ambulante Behandlungsmöglichkeiten stärker auszuschöpfen und so die Verweildauer der Patienten in stationären Einrichtungen zu verkürzen. Es gab durchaus Praxisnetze, die diese Zielsetzung teilten, aber zunächst nicht genau wussten, wie sie hierzu beitragen konnten. Schließlich fanden sie heraus, dass sie die Dauer der Krankenhausaufenthalte durch ihr Einweisungsverhalten zumindest indirekt beeinflussen konnten. Hierfür waren flankierende Maßnahmen hilfreich, zum Beispiel die Intensivierung von Hausbesuchen, vor allem durch Hausärzte. Dieses setzt allerdings einen guten Informationsaustausch und eine enge Kooperation von ambulanten und stationären Ärzten voraus. Wo sie gut funktioniert, kann sie zu beachtlichen Einspareffekten führen, ohne dass

die Patientenversorgung leidet. Darüber hinaus hatte man sich noch einige andere gesundheitspolitisch motivierte Ziele auf die Fahnen geschrieben, zum Beispiel die Vermeidung stationärer Pflege zugunsten ambulanter Pflegeformen oder das Vermeiden sog. „Doppeluntersuchungen“. Die Umsetzung war in einzelnen Punkten allerdings recht schwierig: wie will man beispielsweise Doppeluntersuchungen messen oder gar nachweisen, dass man Doppeluntersuchungen vermieden hat?

Netztypen

Ich möchte ihnen als nächstes einen Überblick geben über verschiedene Typen von Praxisnetzen, die sich im Laufe der Jahre herausgebildet haben. Wir haben sie einmal danach sortiert, wer die Initiative zu ihrer Gründung ergriffen hat.

Die ersten Modelle, die Mitte 1996 entstanden, waren so genannte Einschreibemodelle, die von der BKK, später auch der Techniker Krankenkasse in Berlin gegründet wurden. Daneben gab es ein Praxisnetz von Hausärzten, das auf Initiative der AOK in Hessen entstand. Bei den Einschreibemodellen ist es erforderlich, dass die Patienten sich damit einverstanden erklären, an diesem Projekt teilzunehmen. Zentrales Ziel dieses Modell war es, den gesamten ambulanten und stationären Behandlungsprozess datenmäßig erfassen zu können, was bisher nicht möglich gewesen war. Die Einschreibemodelle krankten daran, dass nur sehr wenige Patienten zum Mitmachen bereit waren. Viele haben überhaupt nicht verstanden, worum es eigentlich gehen sollte. Offenbar dachten sie, dass ihre Behandlungsdaten ohnehin zentral erfasst und ausgewertet würden, was aber gar nicht zutrifft. Sie wunderten sich, dass behandlungsrelevante Informationen nicht schon längst dort vorhanden waren, wo sie gebraucht wurden. Mit anderen Worten: das Einschreibemodell der Praxisnetze hat sich nicht durchsetzen können. In Berlin waren lediglich etwa 30.000 Patienten zur Mitwirkung bereit, die von ca. 400 Ärzten behandelt wurden. Sie können sich ausrechnen, dass diese Form der Beteiligung einfach zu klein war, um Ärzten einen praktischen Anreiz zu bieten, ihre Behandlungsformen und ihre Verordnungspraxis zu verändern. Nicht zuletzt mangels Masse an Patientenbeteiligung ist dieser Modelltyp mittlerweile eingestellt worden.

Der zweite Typ sind die von uns so genannten Praxismodelle. Hierbei handelt es sich um Zusammenschlüsse von Ärzten, die aus eigener Initiative ein Netzwerk realisieren möchten. Praxisnetze dieses Typs entstanden zuerst in Rendsburg und im hessischen Ried. In diesem Modelltyp sind die Ärzte eher der

Typen von Praxisnetzen

Typ	Name
Einschreibemodelle	z.B. BKK/TK Praxisnetz Berlin, (AOK Hausarztmodell)
Praxismodelle	z.B. ÄQ Ried, MQ Rendsburg
Praxis-Honorarmodelle	z.B. "Medizin und Mehr" Bünde
Sektorenübergreifende Verbund-Modelle (mit Krankenhaus)	z.B. MQ Herdecke, MQG Dresden-Neustadt

 © 2002

bestimmende Faktor. Eine Zustimmung von Patienten ist nicht erforderlich, und sie wird auch nicht explizit eingeholt. Die Patienten können die geregelten Kooperationsbeziehungen des Netzes nutzen. Dieses hat im Hinblick auf Daten, die innerhalb des Netzes verfügbar sind, Vorteile. An der Schnittstelle zu stationären Behandlungsdaten ändert sich durch diesen Netztyp zunächst allerdings nichts.

Von den beiden genannten Projekten, die 1996/97 entstanden, ist die MQ Rendsburg nicht mehr existent bzw. im letzten Jahr in verkleinerter Form noch einmal neu belebt worden. Die Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried besteht als eines der wenigen Netze aus dieser Gründerzeit noch bis heute fort. Dabei spielt sicherlich eine Rolle, dass dieses Netz eine überschaubare Größe und regelmäßig nachgewiesene Erfolge hat. In der ÄQ Ried haben sich 37 Ärzte zusammengeschlossen (fast alle Ärzte der Region), in Rendsburg waren es ca. 100 und in Kiel gar 300. Das sind nach meiner Erfahrung zu viele.

Ein dritter Netztyp sind die sog. Praxishonorarmodelle. Er kommt sehr selten vor. In Bünde gibt es ein solches Modell, vielleicht ist es das derzeit einzige in Deutschland. Hier haben Ärzte, die in derselben Region tätig sind, eine interne Vereinbarung über die Honorarverteilung getroffen. Auf der Basis ihrer Einkünfte der vergangenen Jahre haben sie ihre Fallkosten berechnet und zugleich unterstellt, dass die Fallzahlen für die nächsten Jahre ungefähr konstant bleiben. Die ihnen von der KV überwiesenen Entgelte werden entsprechend der Fälle untereinander aufgeteilt. Sowohl die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch die Krankenkassen haben dieses mitgemacht.

In diesem Modell kann sich niemand über höhere Fallzahlen einen nennenswerten finanziellen Vorteil verschaffen, da das Gesamtbudget relativ konstant bleibt. Alle Beteiligten können ihre Einkommen ziemlich sicher voraussehen. Nach Vorstellung der Beteiligten

können sich so alle besser auf das konzentrieren, was sie aus medizinischen Gesichtspunkten für angebracht und geboten halten. Es ist finanziell nicht lohnenswert, überflüssige medizinische Leistungen zu erbringen. Hierin sehen die Beteiligten einen Vorteil ihres Modells. Eine Schwachstelle dieses Modells ist natürlich, dass diejenigen, die vielleicht zu wenig tun, dennoch das gleiche Honorar erhalten. Hier zeigt sich, wie wichtig Maßnahmen zur Qualitätssicherung unter derartigen Bedingungen sein werden, um der Tendenz zur Unterversorgung entgegenzuwirken.

Ein vierter Netztyp sind sektorenübergreifende Verbundmodelle. Hierzu zählen zum Beispiel das Praxisnetz Nürnberg Nord, die medizinische Qualitätsgemeinschaft Herdecke oder Dresden Neustadt, das bereits 1998 als erstes Netz dieser Art in Deutschland gegründet wurde. Am Praxisnetz Herdecke ist besonders interessant, dass die Initiative zur Kooperation vom Krankenhaus ausging – und das noch lange, bevor von integrierter Versorgung die Rede war. In diesem Fall war das Krankenhaus sogar bereit, den an der Kooperation beteiligten Ärzten eine Anschubfinanzierung zu leisten und darüber hinaus sogar sowohl den Krankenkassen als auch den kooperierenden Ärzten Einblick in die klinische Behandlungspraxis zu gewähren.

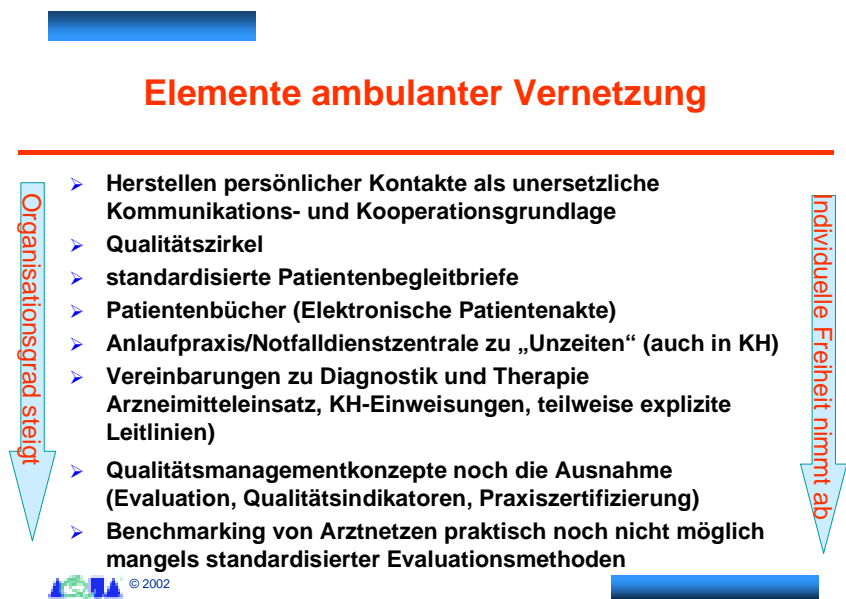
Praxis ambulanter Vernetzung

Jetzt möchte ich kurz darauf eingehen, was in der Praxis ambulanter Vernetzung passiert. Dabei möchte ich Ihnen sowohl Elemente vorstellen, die sich tatsächlich in der Praxis vorfinden, als auch solche, die vielleicht notwendig gewesen wären, aber nicht zum Einsatz gekommen sind.

Ganz oben in der Abbildung sehen Sie die Elemente, die häufiger anzutreffen waren, weiter unten diejenigen, die eher selten vorkamen, weil sie einen höheren Organisationsgrad erfordern und die individuelle Freiheit zunehmend einschränken.

Der wichtigste Erfolgs-

faktor war m. E. die Verbesserung der Kommunikation, und für sie ist das Herstellen persönlicher Kontakte der Schlüssel. Lassen Sie mich an dieser Stelle eine Randbemerkung einfügen. Oft wurde „Vernetzung“ mit „technischer Vernetzung“ gleich gesetzt. Die



Beteiligten hatten gehofft, dass sich ihre Kommunikation schon durch die Bereitstellung und Nutzung neuer, technischer Kommunikationswege quasi von selbst verbessern würde. Das hat sich natürlich als Irrtum herausgestellt. Von der technischen Seite der vernetzten Kommunikation haben sich die Beteiligten oft zu viel oder Unrealistisches versprochen. Durch die Suche nach perfekten technischen Lösungen für Kommunikationsbedarfe hat man manchmal den Beginn der inhaltlichen Arbeit immer weiter nach hinten verschoben. Die ÄQ Ried ist ein Beispiel, wie man diesen Punkt einfacher und effektiver lösen kann. Die Beteiligten haben ihre Kommunikation untereinander schon innerhalb weniger Monate dadurch deutlich verbessert, dass sich alle ein Faxgerät angeschafft und genutzt haben (und bald darauf auch alle Abteilungen des lokalen Krankenhauses). Das mag man für eine technische Lösung von vorgestern halten, aber für gelingende Kommunikation ist nicht das technische Niveau ausschlaggebend, wichtig ist vor allem, ob die Lösung funktioniert.

Ein zweiter Erfolgsfaktor ist die Einführung von Qualitätszirkeln. Das hat sich in den meisten Praxisnetzen durchgesetzt, wenngleich in verschiedenen Formen. Vielfach wurden lediglich Arbeitsgruppen und Arbeitsgemeinschaften installiert, die Elemente von Qualitätszirkeln hatten, aber einige Elemente eben nicht, wie zum Beispiel die Systematik und die Planung, die in der Qualitätsarbeit eine große Rolle spielt.

Häufig wurden auch standardisierte Patientenbegleitbriefe eingesetzt. An dieser Stelle nenne ich als Stichwort auch die „elektronische Patientenakte“, für die das gleiche gilt, wie für die elektronische Kommunikation. Das elektronische Führen und Austauschen von Patientendaten hat unübersehbare Vorteile, allerdings lässt es sich aus technischen und aus datenschutzrechtlichen Gründen im Augenblick kaum realisieren. Deshalb empfehle ich pragmatisch, auf erprobte Formen des Austausches von Patientendaten zu setzen. Hierzu zählt das „Patientenbuch“, wie es erstmals in der ÄQ Ried systematisch für chronisch Kranke bzw. multimorbide Patienten eingeführt wurde. In der Medizinischen Qualitätsgemeinschaft Modell Herdecke wurde es von niedergelassenen Ärzten gemeinsam mit dem Krankenhaus entwickelt und mit einer ausführlichen Erläuterung für die Patienten versehen. Ich halte derartige Patientenbücher für eine der besten Errungenschaften in Praxisnetzen. Sie sind ein einfaches, praktikables und für alle Beteiligten nützliches Instrument (das später auch von einer elektronischen Patientenakte abgelöst oder damit kombiniert werden kann).

Andere haben sich mehr auf die Einrichtung von Anlaufpraxen oder Notrufzentralen orientiert, da der vertragsärztliche Notfalldienst ein sicherlich noch besser zu organisierender Bereich im ambulanten Sektor ist.

Vereinbarungen zu Diagnostik und Therapie sind natürlich brandaktuelle und heiß diskutierte Themen. In Praxisnetzen sind sie vielfach diskutiert worden, haben aber selten zu konkreten Vereinbarungen der Beteiligten geführt, die auch überprüfbar waren. In der ÄQ Ried konnten wir bspw. die Anwendung einer netzinternen Empfehlungsliste, die Verordnung von

Trimethoprim beim unkomplizierten Harnwegsinfekt (entsprechend einer Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, DEGAM) sowie die Vermeidung einer Reihe von nicht empfohlenen Präparaten erfassen und quantifizieren.

Die Orientierung oder gar die Ausrichtung an Qualitätsmanagementkonzepten findet in den mir bekannten Praxisnetzen nicht statt. Qualitätsmanagement ist kein vordringliches Anliegen der Beteiligten, zumeist existiert nicht einmal diese Idee, da man ja ohnehin gute Qualität biete. In den Praxisnetzen Ried, Herdecke und Dresden haben wir versucht, Qualitätsmanagementgedanken zu etablieren, und zwar über den Aufbau eines Datenmanagements und -feedbacks für Verordnungen von Arznei- und Heilmittel, durch Patientenbefragungen und über die Schnittstelle mit Krankenhäusern. Letzteres war sehr schwer, weil entsprechende Daten bei den Ärzten fehlten oder nur schwierig zu erheben waren. Auch stehen Ärzte eher reserviert Befragungen von Patienten gegenüber, obwohl diese die Chance bieten, deren Sichtweise in die Arbeit des Praxisnetzes zu integrieren. Am besten funktioniert bisher das praxisindividuelle und netzbezogene Feedback von Verordnungsanalysen zur Pharmakotherapie, denn hier ist der Bezug zur ärztlichen Praxis am ehesten vermittelbar und die Datenlage günstig.

Ergebnisse der Praxisnetze

Welche Ergebnisse haben nun diese Arztnetze vorzuweisen? Mit Blick auf die verfügbare Zeit kann ich hier nur einige Stichworte liefern.

Zunächst einmal ist festzustellen, dass es nur sehr wenige Untersuchungen gibt, die Praxisnetze überhaupt evaluiert haben. Hierzu zählen Studien über Rendsburg oder Ried. Von der ÄQ Ried kann ich Ihnen einige Ergebnisse aus erster Hand weitergeben. Wir konnten etwa zeigen, dass im Vergleich zu einer Kontrollgruppe die Verordnungskosten für Arzneimittel gesunken sind – nach unseren Berechnungen jährlich ca. 10.000 DM pro Praxis im Durchschnitt. Das ist eine durchaus ernstzunehmende Einsparung. Sie liegt in den Hausarztpraxen noch höher, denn hier konnten sogar pro Jahr und Praxis durchschnittlich etwa 13.000 DM bis 15.000 DM eingespart werden. Dabei haben wir auch festgestellt, dass die Qualität sich nicht verschlechtert hat, im Gegenteil. Die Verordnung kostenintensiver, aber notwendiger Präparate wie Insuline und Lipidsenker hat im Ried sogar zugenommen. Auch in der Wahrnehmung der Patienten hat sich die Versorgungsqualität verbessert, etwa in der Diabetikerversorgung (u.a. durch ambulante Diabetikerschulungen).

Darüber hinaus konnten wir zeigen, dass generell die Rate der Einweisungen in Krankenhäuser gesunken ist. Sie ist dagegen in dem Krankenhaus, mit dem eine Kooperation bestand und ausgebaut wurde, leicht angestiegen.

Schließlich konnten wir nachweisen, dass die Etablierung eines Patientenbuches für chronisch Kranke und multimorbide Patienten von allen daran Beteiligten sehr positiv

aufgenommen wurde – von den Patienten („Sicherheitsgefühl“, „Krankheitsverständnis“), von den Hausärzten, die das angelegt haben, von den Ärzten in der Notdienstzentrale und von den Krankenhausärzten („schnelle Information“).

Durchgängig in fast allen Praxisnetzen erfüllt haben sich die Erwartungen der Beteiligten an eine verbesserte Kommunikation. Rückfragen, Konsultationen und Absprachen sind leichter und selbstverständlicher geworden, die Kooperation hat sich verbessert. Dieses trifft nicht im selben Maße für die Klärung von Verantwortlichkeiten zu. Die Bereitschaft oder die Fähigkeit, zu Behandlungsleitlinien oder zu ähnlichen Vereinbarungen zu kommen, ist eher gering. Hier spielt offenbar eine Rolle, dass sich die Beteiligten in ihrer Behandlungsfreiheit eingeschränkt fühlen.

Die Effektivität und die Effizienz der Patientenversorgung haben im allgemeinen nicht nachweisbar zugenommen. Dieses verwundert nicht, denn hierfür müssten bessere Datenquellen zur Verfügung stehen und idealerweise auch andere Dienstleister außerhalb des Praxisnetzes in die Veränderung bzw. in die Untersuchung der Veränderung einbezogen werden. Allerdings ist die Transparenz des Versorgungsgeschehens besser geworden. Es gibt zumindest einige Informationen, Daten, die es so zuvor nicht gegeben hat.

Was die Lernfähigkeit und Steuerung des Versorgungssystems anbelangt, gibt es nach meinen Erfahrungen einige „dicke Brocken“, die noch aus dem Weg geräumt werden müssen. Die Einstellungen und das Verhalten der Beteiligten lassen sich nur schwer verändern. Ein individuelles Feedback der eigenen bzw. der veranlassten Leistungen ist dabei sehr hilfreich.

Auf die betriebswirtschaftlichen Vorteile und auf die geringer werdende Arbeitsbelastung, die die Beteiligten sich von den Praxisnetzen versprochen haben, kann ich jetzt nur noch kurz eingehen. Betriebswirtschaftliche Rationalisierungseffekte (etwa durch Einkaufsgemeinschaften, selten auch einen gemeinsamen Personalpool) haben sich in einigen Praxisnetzen eingestellt, v.a. wenn sie auch eine professionelle Organisationsstruktur eingerichtet haben (mit Netzsekretariat, teilweise sogar Netzmanager). Dagegen wurde die Arbeitsbelastung der Netzärzte in der Regel nicht geringer, bei den Aktivisten in den Netzen stieg sie dagegen durch die „Netzarbeit“ noch an. Hier zeichnet sich ab, dass der neue, zusätzliche Arbeitsaufwand von Netzärzten für eine bessere Versorgungsqualität durch weitere Arbeitsteilung (Netzmanager für organisatorische und wirtschaftliche Aufgaben, Einbeziehung der Arzthelferinnen) bzw. durch neue Vergütungsformen aufgefangen werden muss.

Lassen Sie mich noch auf einige **Probleme** aufmerksam machen.

Ein typisches Problem bestand darin, dass es anfangs noch keine Erfahrungen in der Vernetzung von Arztpraxen oder anderer Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen gab. Wer anfängt, macht Fehler, schon aus Mangel an spezifischen Erfahrungen. Mittlerweile liegen einige Erfahrungen vor, und die Integrierte Versorgung kann sie nutzen.

Die ersten Beteiligten an Netzen hatten nicht nur Erfahrungsdefizite, sondern auch eine relativ geringe Bereitschaft, sich gemeinschaftlich zu organisieren. Typischerweise sind niedergelassene Ärzte „Einzelkämpfer“, und das bereits über viele Jahre. Ihre berufliche Sozialisation in meist autoritär strukturierten Krankenhäusern hat ihre Bereitschaft zur Teamarbeit und zur Kooperation in neuen selbstorganisierten Strukturen nicht eben gefördert oder gar geschult.

Die Fähigkeit zu einer kooperativen und konstruktiven Kommunikation mit Kollegen ist meistens ausbaufähig (das fängt nicht selten schon beim gegenseitigen Zuhören an). So etwas kann man entwickeln, aber es braucht Zeit und Übung.

Überdies konnten Interessierte unselektiert den Ärztenetzen beitreten. Man hat nämlich häufig versucht, möglichst alle Ärzte einer Region zusammen zu holen und ein Ärztekartell zu bilden. Dieses Vorgehen brachte die Notwendigkeit mit sich, dass sich die Beteiligten auf den kleinsten gemeinsamen Nenner verständigen mussten – mit all den Nachteilen, die hierin liegen. Ein zusätzliches Problem lag darin, dass die Rechte und Pflichten der Führungsgremien vieler Netze ungeklärt waren. Manchmal hat man aus Konfliktscheu notwendige Klärungsprozesse lange herausgezögert oder ist „faule Kompromisse“ eingegangen. Zumeist gab es keine Kosten- und Finanzierungsplanung oder einen betriebswirtschaftlichen Rahmen, und es fehlte so etwas wie ein „Netzbüro“, ein gemeinsames Sekretariat oder gar ein „Netzmanager“.

In vielen Fällen hat man lang und breit über die Rechtsform diskutiert, die das Netz haben sollte, und wenig oder erst sehr spät über die Frage, welche Ziele man erreichen wollte. Spätere Netzgründer haben dazu geneigt, bestehende Modelle einfach zu kopieren, anstatt sich zu fragen, was man selbst erreichen oder leisten wollte. Dieses hat dazu geführt, dass sich viele Mitglieder mit dem, was entstand, auf Dauer nicht recht identifizieren konnten. Wenn dieses offenbar wurde, hat das ihre Bereitschaft zur Mitwirkung geschmälert.

Sie sehen, es handelt sich um eine ganze Reihe recht unterschiedlicher Probleme. Als hauptsächliches Problem möchte ich aber noch einmal auf die begrenzte Kooperationsbereitschaft verweisen. So gibt es immer wieder erhebliche Spannungen zwischen Haus- und Fachärzten bzgl. der Kompetenzen und Honorarverteilung, die aber zumeist nicht offen ausgetragen werden.

Es ist ein weiteres Kennzeichen der meisten Praxisnetze gerade der Anfangszeit, dass sie andere Erbringer von Gesundheitsleistungen, zum Beispiel Physiotherapeuten oder ambulante Pflegedienste, nicht beteiligt haben, obwohl diese bei der Vermeidung von

Krankenhausaufenthalten eine große Rolle spielen können. Auch Patienten wurden selten einbezogen – wie man das auch sonst aus dem Gesundheitswesen kennt. Dabei will ich gern zugestehen, dass es nicht einfach ist, angemessene Beteiligungsformen für Patienten oder Selbsthilfegruppen zu finden, aber es ist eine Zukunftsaufgabe.

Schließlich will ich auf ein letztes Problem hinweisen, auf die Evaluation und das Benchmarking von Praxisnetzen. Hier gibt es bisher so gut wie keine Erfahrungen. Es gibt nur wenige Untersuchungen, die sich mit der Frage beschäftigen, wie man das Versorgungsgeschehen im ambulanten Bereich angemessen dokumentieren und auswerten könnte. Entsprechend gibt es auch keine allgemein anerkannten Dokumentationsstandards und erst recht keine allgemein anerkannten Evaluationsstandards. Hier müssen wir noch erheblich dazu lernen – auch um uns im internationalen Vergleich messen zu können. Holland beispielsweise ist in dieser Hinsicht weiter, denn dort gibt es systematisch mit Hilfe von hausärztlichen Qualitätszirkeln entwickelte Leitlinien, deren Anwendung mittlerweile u.a. mit Hilfe von Qualitätsindikatoren überprüft wird.

Wir haben dagegen keine Erfahrungen in der systematischen Anwendung allgemein anerkannter (und möglichst evidenzbasierter) Behandlungsleitlinien und Qualitätsindikatoren, die zeigen, ob die Leitlinien in der ärztlichen ambulanten Praxis tatsächlich eingehalten werden und an denen man das Maß der erreichten Behandlungsqualität ablesen kann. So lange das so bleibt, ist an Benchmarking im ambulanten Bereich noch nicht zu denken, denn das setzt ein gewisses Maß an Standardisierung und Vereinheitlichung voraus.

Resümee

Lassen Sie mich abschließend ein paar Unterstreichungen vornehmen.

Für Praxisnetze ist es nach unseren Erfahrungen günstig, wenn sie nicht weniger als 30 und nicht viel mehr als 50 Ärzte umfassen. Werden sie größer, funktionieren die notwendigen Mechanismen der sozialen Kontrolle nicht mehr, und der Kommunikationsaufwand steigt deutlich an. Sind sie kleiner, ist der Organisationsaufwand unwirtschaftlich.

In jedem Praxisnetz müssen klare Organisationsstrukturen sowohl für die medizinische Seite als auch für die administrative Seite aufgebaut werden. Auch hier sollten sich die Beteiligten bei dem, was sie sich vornehmen, begrenzen, um Überforderung und Frustration zu vermeiden.

Sehr nützlich sind unterstützende Kooperationspartner, zum Beispiel seitens der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen oder unabhängiger Dritter, die Daten erheben, auswerten und wieder bereitstellen können oder eine Anschubfinanzierung leisten. Ökonomische Anreize sind zweifellos willkommen und vorteilhaft, aber es geht nicht nur um sie. Benötigt werden zur Motivation gerade auch nicht-ökonomische Formen der Unterstützung (z.B. die Anerkennung und Bestätigung einer guten Versorgungsqualität).

Wichtig ist auch der gemeinsame Wille, für eine gute Leistungsqualität einzutreten. Aufrechterhalten kann man Willen und Motivation am besten durch Qualitätsnachweise. Dieses geht nicht ohne Qualitätsmanagement und Evaluation. Zumindest in einigen wesentlichen Versorgungsbereichen konnten wir den Beteiligten an den von uns betreuten Projekten relativ zeitnah solche Rückmeldungen geben. Es ist unverzichtbar, dass man auf der Basis von Messwerten (Indikatoren) wahrnimmt, was man tut und was man bewirkt.

Wo stehen die Netzwerke heute und welche Perspektive haben sie?

Nach meiner Meinung sind sie durch die Gesundheitsreform 2000 bzw. das Solidaritätsstärkungsgesetz faktisch gelähmt worden.

Die Kassen halten sich bei ihrer Förderung mittlerweile sehr zurück, auch weil ihnen die integrierte Versorgung zu Recht ziemlich kompliziert vorkommt. Sie beschäftigen sich nunmehr vorrangig mit Konzepten zum Aufbau von Disease-Management-Programmen, die zusätzliche Einnahmen aus dem RSA versprechen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben in ihrer Mehrzahl den Praxisnetzen als potentiellen Konkurrenten ohnehin skeptisch gegenüber gestanden. Ihre Position im Gesundheitswesen hat sich aber mittlerweile wieder konsolidiert, sie müssen ihre Abschaffung nicht mehr befürchten. Die strategischer denkenden kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen bestehende Praxisnetze bisher weiterhin und bieten ihnen Serviceleistungen an, wodurch sie auch als legitime Interessenvertreter der Ärzteschaft an Boden zurückgewinnen. Schließlich konnten sich die KVen in der Rahmenvereinbarung zur Integrierten Versorgung gemäß §140 d SGB V auch als zu berücksichtigende Vertragspartner etablieren. Aber auch die KVen beschäftigen sich zunehmend mit den DMP.

Die neuen Gesetze, das Umschwenken der Krankenkassen und die ständigen Neuerungen im ärztlichen Abrechnungswesen haben viele Ärzte in bestehenden Praxisnetzen verunsichert und andere von Neugründungen abgehalten.

Andere mögliche Geschäftspartner von Praxisnetzen, zum Beispiel aus dem Bereich der Pharmazie, der Banken und Versicherungen, die sich anfangs von der Förderung der Praxisnetze noch gute Geschäfte versprochen hatten, haben sich mittlerweile weitgehend zurückgezogen. Kurzum: in finanzieller Hinsicht scheint mir in dem Geschäftsfeld der Praxisnetze gegenwärtig die „Luft“ heraus zu sein.

Andererseits ist auch neue Bewegung entstanden. Gerade in der Phase, in der das Interesse der niedergelassenen Ärzte an Praxisnetzen abzunehmen begann, haben Krankenhäuser entdeckt, dass sie über feste Kooperationsbeziehungen in den Markt der ambulanten Versorgung vorstoßen können. Dieses ist eine Entwicklung, die man beachten sollte. Krankenhäuser bringen betriebswirtschaftliches Know-how, Personal und auch Kapital mit,

um der integrierten Versorgung, die über die Kooperation niedergelassener Ärzte hinausgeht, neue Impulse verleihen zu können. Zusätzlich gibt es Unternehmen der Pharmazeutischen Industrie, die versuchen, als Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen aufzutreten, um so ihren Medikamentenverkauf anzukurbeln bzw. alternative Produkte zu entwickeln.

Wie Sie bemerkt haben, habe ich schlaglichtartig einzelne Aspekte von Praxisnetzen beleuchtet. Eine Gesamtbewertung kann ich leider nicht vornehmen. Abschließend möchte ich noch einmal hervorheben, worum es bei Praxisnetzen als einer Form der integrierten Versorgung im Kern geht und gehen muss. Das ist nicht die betriebswirtschaftliche Absicherung der Beteiligten, und das sind ebenfalls nicht die Interessen der Kostenträger oder die Einführung organisatorischer Neuerungen quasi als Selbstzweck bzw. Experimentierfeld. Im Kern muss es um die Sicherstellung einer angemessenen, qualitativ hochwertigen und bezahlbaren Versorgung von Patienten gehen. Der bisherige Fokus der medizinischen Versorgung war das Behandeln von Kranken oder von Menschen mit Gesundheitsproblemen, also das, was man unter „cure“ versteht. Dieser Fokus muss sich erweitern, hin zum Versorgen, zu dem, was man unter „care“ versteht. Was dazu gehört, zeigt meine letzte Folie als Übersicht.

Wir sollten uns nicht länger auf Krankheiten und ihre Heilungen fixieren, sondern unseren Blick verstärkt auf Gesunderhaltung und Prävention richten. Es sollte weniger um Behandlung und um Einzelprobleme allein gehen, sondern mehr darum, die Menschen, die Versicherten kontinuierlich zu beraten und zu

behandeln. Dieser Umstrukturierungsprozess muss organisiert und koordiniert werden, damit wir wegkommen von der heute vorherrschenden „organisierten Unverantwortlichkeit“, wie sie Herr Bahrs vorhin bereits zitiert hat.

Hierfür bietet es sich an, die Rolle der Hausärzte zu stärken. Sie könnten diejenigen sein, die Patienten beraten und bei ihren Kontakten im Gesundheitssystem begleiten. Hierfür sind sie wesentlich besser als Krankenhäuser geeignet, da sie die Patienten besser kennen, oftmals

Künftiges Versorgungsverständnis: Cure => Care

Fokus:

- > Krankheit - Heilung

Inhalt:

- > Be-Handlung
- > Einzelproblem

Organisation:

- > unkoordiniert
- > spezialisiert

Verantwortlichkeit:

- > wenig, jeder handelt für sich

Fokus:

- > Gesundheit, Gesunderhaltung, Prävention, Heilung bei Krankheit

Inhalt:

- > Kontinuierlich
- > Umfassend

Organisation:

- > koordiniert
- > hausarztzentriert

Verantwortlichkeit:

- > Orientierung Gesundheitszielen
- > Allokation von Ressourcen

 © 2002

nach Vuori, 1985

sogar in ihrem häuslichen Umfeld. Eine solche Kenntnis und einen solchen Zugang zu Patienten können Krankenhäuser nicht haben oder aufbauen. Krankenhäuser haben andere Stärken, die zweifellos gebraucht werden. Aber die niedergelassenen Ärzte und ganz besonders die Hausärzte haben die besten Patientenkontakte, und hierin liegt ihre spezifische Stärke. Beide Stärken zusammenzuführen und sie im Patienteninteresse zu nutzen, darin liegt eine wesentliche Zukunftsaufgabe und der eigentliche Zweck integrierter Versorgungsformen.

Weiterführende Literatur

1. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Ärztliche Qualitätszirkel: Ein Leitfaden für niedergelassene Ärzte. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2001.
2. Dierks ML, Bitzer EM, Schwartz FW. Patientenbefragungen in der Arztpraxis - Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz aus der Sicht von niedergelassenen Ärzten. Z ärztl Fortbild Qual sich 2000;94(8):389-95
3. Gerlach FM, Beyer M. Wie können Qualitätszirkel evaluiert werden? In: Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E. Ärztliche Qualitätszirkel: Ein Leitfaden für niedergelassene Ärzte. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2001.
4. Gerlach, FM, Qualitätsförderung in Klinik und Praxis, Stuttgart: Thieme 2001.
5. Gerlach FM, Beyer M, Berndt M, Szecsenyi J, Abholz HH, Fischer GC. Das DEGAM-Konzept – Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. Z. ärztl. Fortbild. Qual. sich. 1999; 93: 111-120.
6. Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J: Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. Z Allg Med 1996; 72:180-186.
7. Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J: Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). Z ärztl Fortbild Qual sich 1999a; 93: 437-445.
8. Klingenberg A, Szecsenyi J: Bewertung durch Patienten. In: Szecsenyi et al (Hrsg): Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Ergebnisse und Erfahrungen aus zwei Jahren "Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried". AQUA-Materialien VII. AQUA-Institut, Göttingen 1999b.
9. Marshall M, Campbell S, Hacker J, Roland M (eds). Quality indicators for general practice: A practical guide for health professionals and managers. London: Royal Society of Medicine Press Ltd. 2002.
10. Preuß KJ, Rübiger J, Sommer JH., (Hrsg), Managed Care. Evaluation und Performance Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stuttgart: Schattauer, 2002.
11. Rüschemann HH, Roth A, Krauss C. Vernetzte Praxen auf dem Weg zu Managed Care: Aufbau – Ergebnisse – Zukunftsvisionen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2000.
12. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention und Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos 2001.
13. Szecsenyi J, Klingenberg A, Pelz J, Magdeburg K. Bewertung eines Patientenbuches durch Patienten: Ergebnisse aus der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Ried. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2001; 95: 407-412.
14. Szecsenyi J, Magdeburg K, Kluthe B, Weber C, Bausch J, Schindler H (Hrsg): Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Ergebnisse und Erfahrungen aus zwei Jahren "Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried". AQUA-Materialien VII. AQUA-Institut, Göttingen 1999.
15. Westebbe Peter W, Ärzte im Netz. Ein Bericht über Vernetzte Praxen und Praxisnetze in Deutschland, Eigenverlag Neuss 1999.
16. Westebbe Peter W, Woran kranken die Praxisnetze? Probleme und Konflikte vernetzter Praxen in Deutschland. Managed Care, 3/2000.

Benchmarking in Krankenhäusern und Kliniken

„Entwicklung und Implementierung vernetzter
Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem.
Das Krankenhaus als Leitinstanz
der integrierten Versorgung?

23. Januar 2002 in Hannover

Stephan von Bandemer
Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen
Tel.: 0209/1707-115
bandemer@swz-net.de
<http://www.swz-net.de>

Integrierte Versorgung: Ausgangslage I

- Integrierte Versorgung bedeutet die institutionen- oder sektorübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitssystem
- Integrierte Versorgung erfolgt nicht durch die Politik oder die Gremien der Selbstverwaltung, sondern durch die in der Gesundheitsversorgung handelnden Akteure
- Integrierte Versorgung wird durch die Gesetzgebung und Finanzierung unterstützt oder behindert, aber nicht gesteuert
- Der wichtigste Treiber für integrierte Versorgung ist die Einführung der DRG's
- Auslöser für integrierte Versorgung ist der Nutzen für die Leistungserbringer

Integrierte Versorgung: Ausgangslage II

- Integrierte Versorgung zielt auf die Optimierung von Qualität und Kosten der Leistungserbringer
- Die Kosten der Leistungserbringer sind nicht identisch mit den Kosten des Gesundheitssystems
- Integrierte Versorgung ist eine Folge, nicht ein Instrument der Kostendämpfung
- Integrierte Versorgung muss dezentral vor Ort organisiert werden
- Integrierte Versorgung ist kein Verdrängungswettbewerb um Patienten, sondern die Optimierung der Leistungstiefen bzw. Arbeitsteilung in einem Wachstumsmarkt

Integrierte Versorgung: Organisation I

- Die Definition der Rolle des Hausarztes als Lotsen kann nur als als Putsch der Politik gegen die Kassenärztlichen Vereinigungen verstanden werden
- Verträge mit den Kostenträgern nach § 140 SGB V stehen allenfalls am Ende, nicht am Anfang integrierter Versorgung
- Information und Kommunikation der Leistungsanbieter sind wichtiger als Verträge
- Die Definition von Prozessen und Prozessstandards bildet die Voraussetzung integrierter Versorgungskonzepte
- Die Eigenständigkeit und Souveränität der Akteure muss erhalten bleiben

Integrierte Versorgung: Organisation II

- Zentrale Moderationsinstanz für integrierte Versorgungskonzepte werden die Krankenhäuser sein
- Die Entwicklung von Kooperation und Vertrauen bildet die Grundlage der integrierten Versorgungskonzepte
- Ausgangslage müssen win win Situationen der Akteure sein
- Die Vertrauensbildung muss in Pilotprojekten erfolgen, die eine Eigendynamik entwickeln
- Für Reha- und Pflegeeinrichtungen sowie niedergelassene Ärzte besteht deutlicher Anpassungsbedarf

Integrierte Versorgung: Exemplarisches Vorgehen I

- Definition von Leistungen der Grundversorgung. Ziel: xx % der Leistungen gehören zur Grundversorgung und müssen dezentral vorgehalten werden. In den verbleibenden Bereichen werden Schwerpunktbildungen verfolgt
- Analyse von Leistungen, die künftig ambulant erbracht werden können
- Analyse eigener Potenziale und Schwerpunkte
- Analyse der Wettbewerbs- und Kooperationssituation bzw. –potenziale
- Festlegung der Schwerpunktstandorte

Integrierte Versorgung: Exemplarisches Vorgehen II

- Entwicklung kollegialer Leistungsstrukturen
- Erschließung von Kooperationspotenzialen
- Entwicklung von Behandlungsleitlinien/-standards
- Entwicklung eines internen Belegarztsystems
- Investitionsplanung
- Offensive Vermarktung von Kompetenzzentren
- Entwicklung technischer Unterstützung

Diskussion – Workshop 4

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Wir haben heute ausgesprochen anregende Vorträge gehört, die uns zahlreiche Stichworte für die Diskussion gegeben haben. Auf mein besonderes Interesse gestoßen ist das Stichwort der nicht lokalisierbaren Verantwortung, etwa mit der integrierten Versorgung zu beginnen, und das hängt natürlich mit der Frage zusammen, wer was im Gesundheitswesen steuert. Eine Kontroverse hat sich um die Frage angedeutet, wer denn die Leitfigur bei der Errichtung und dem Betrieb integrierter Versorgungsnetze sein könne. Der Hausarzt bzw. das Krankenhaus wurden als Favoriten genannt.

Dr. Ottmar Bahrs (Zentrum Psychologische Medizin der Georg-August-Universität Göttingen): Ich würde gern noch einmal die provokative Bemerkung von Herrn von Bandemer aufgreifen, nach der der Hausarzt als Leitfigur sicher nicht in Frage komme. Ich sehe das etwas anders und will das auch begründen. Von 100 Menschen, die an Gesundheitsstörungen leiden, kommen 80 ohne jede professionelle ärztliche Leistung aus. Die übrigen 20 suchen einen Arzt auf, und von ihnen kommt nur einer mit dem Krankenhaus in Berührung. Wenn man integrierte Versorgung betreiben will, muss man sich an den 100 Prozent aller Menschen orientieren, und nicht nur an der kleinen Minderheit, die ein Krankenhaus benötigt.

Ein weiterer Grund kommt hinzu. Sie haben den Hausarzt als das schwächste Glied der Behandlungskette genannt und dabei auf seine Diagnosefähigkeit verwiesen, die im Vergleich zu Fachärzten oder gar einem Krankenhaus eingeschränkt sei. Diese Sichtweise mag im Einzelfall und bei speziellen Erkrankungen zutreffen. Wenn man aber vom kranken Menschen ausgeht, der möglicherweise mehr als eine Krankheit hat und über lange Zeit behandlungsbedürftig ist, so ergibt sich ein anderes Bild. Unter den Medizinern kennt ihn sein Hausarzt am Besten. Sprung, einer der Begründer der Allgemeinmedizin in Deutschland, hat einmal gesagt, der Hausarzt sei der Facharzt für den ganzen Menschen – als positive Abgrenzung gegenüber den Gebietsärzten und als Hinweis darauf, dass Hausärzte heute Fachärzte für Allgemeinmedizin sind. Ich sehe das auch so. Wenn es also um die Integration der medizinischen Kenntnisse und Maßnahmen auf der Ebene der Person geht, kommt der Hausarzt als Steuermann im Gesundheitswesen sehr wohl in Frage. Dabei will ich gern zugestehen, dass sich die meisten Hausärzte für diese Steuerungsfunktion wohl noch qualifizieren müssen. Aber schon jetzt scheinen sie mir als Steuerungs- und Leitinstanz besser geeignet als viele andere, eben wegen ihrer Kenntnis der Person und der Hilfsangebote in deren Wohnortnähe. Ohne eine herausragende Beteiligung der Hausärzte hat integrierte Versorgung meiner Meinung nach keine Chance.

Klaus Magdeburg (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen): Herr von Bandemer hat zweifellos Recht, wenn er die Krankenhäuser als die Schwergewichte der gesundheitlichen Versorgung bezeichnet, weil sie modernste Technik, medizinisches Fachwissen, betriebswirtschaftliches und organisatorisches Know-how vereinen und große Finanzvolumina bewegen. Verglichen mit ihnen erscheinen Arztpraxen quasi als Tante-Emma-Läden. Insofern üben die Krankenhäuser bereits jetzt eine leitende oder orientierende Funktion bei der Organisation des Gesundheitswesens in ihrer Region aus. Ihre starke Position sollten die Krankenhäuser allerdings behutsam nutzen. Es kommt darauf an, dass sie niedergelassene Ärzte und insbesondere Hausärzte als Partner begreifen und auch so behandeln. Natürlich geschieht das in einigen Fällen bereits, die Krankenhäuser sollten diese Partnerschaft aber explizit benennen und pflegen.

Was die Rolle der Hausärzte betrifft, so teile ich die Sichtweise von Herrn Bahrs. Man muss zwischen dem Status quo und den Zielen unterscheiden, die man erreichen will. Wenn die Hausärzte die jetzt diskutierte Funktion eines Lotsen im Gesundheitssystem nicht wahrnehmen können, heißt das ja nicht, dass sie dieses nicht tun sollten oder tun könnten.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Ich würde noch eines gerne hinzufügen. Die Rolle eines Gate-keepers ist mit der eines Lotsen nicht zu verwechseln. Hausärzte könnten Schnittstellen überwachen, an denen der Patienten von einem Glied der Versorgungskette zum nächsten wechselt und somit unter anderem dazu beitragen, dass Überdiagnostik vermieden wird. Das englische Modell der primary care groups zeigt, dass es im weiteren darum geht, das Entstehen von Krankheiten mit Blick auf das Umfeld des Patienten zu betrachten, mit dem klaren strategischen Ziel, eine rein medizinisierende Betrachtungsweise von Gesundheitsproblemen zu vermeiden. Wenn es nicht zu vermeiden ist, steht selbstverständlich das hoch komplizierte, standardisierte und technisierte Diagnose- und Therapiesystem weiterhin zur Verfügung. Aber erst einmal kämen auch andere Versorgungsformen in Frage. Mir geht es also um ein Zusammenwirken integrierter Versorgungsformen, zum Beispiel in Praxisnetzen niedergelassener Ärzte, mit den Krankenhäusern. Hiervon verspreche ich mir Kosteneinsparungen und eine verbesserte Versorgungsqualität gleichzeitig.

Stephan von Bandemer (Institut Arbeit und Technik, Projektleiter): Zunächst einmal möchte ich feststellen, dass ich nichts gegen Hausärzte habe. Sie haben eine wichtige Funktion und sollen sie auch behalten. Allerdings habe ich meine Zweifel, ob sie bei der Vielzahl der täglichen Patientenkontakte Zeit für die ihnen zugeordnete sozialtherapeutische Rolle haben. Möglicherweise müssten wir doppelt so viele Hausärzte haben, wenn sie zugleich diagnostizieren und behandeln sowie zusätzlich kompetent verweisen sollen. Fraglich ist allerdings, ob dieses kostensparend zu finanzieren ist.

Einzelfallbezogen kann der Hausarzt seinen Patienten steuern und beeinflussen. Ich glaube aber nicht, dass er entsprechende Systementscheidungen rationaler gestalten kann. Des-

halb sehe ich die Steuerungsperspektive nach wie vor beim Krankenhaus, auch wenn dort nur ein geringer Teil der Patienten tatsächlich landet und in Zukunft die Anzahl der Belegtage wohl noch sinken wird. Alle Fachleute stellen im deutschen Krankenhaus Überkapazitäten fest und plädieren für deren Abbau. Die Einführung des neuen Entgeltsystems wird dazu beitragen. Das macht es nötig, Patientenströme und Behandlungsketten neu zu organisieren. Deshalb werden die Krankenhäuser ihre Gestaltungsmacht stärker wahrnehmen müssen. Dabei sollten sie allerdings auf ein partnerschaftliches Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten Wert legen, ohne die das Ganze nicht funktionieren kann.

Klaus Magdeburg (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen): Herr Bandemer, ich weiß nicht, ob ich Sie richtig verstehe. Meinen Sie, dass die Patienten künftig auf das Aufsuchen der Hausärzte verzichten sollten, weil diese ohnehin nur geringe diagnostische Kompetenzen haben und im wirtschaftlichen Eigeninteresse handeln, und statt dessen direkt mit ihren Gesundheitsstörungen ins Krankenhaus gehen sollten?

Stephan von Bandemer (Institut Arbeit und Technik, Projektleiter): Nein, ganz im Gegenteil. Wer nicht ins Krankenhaus muss, sollte weiterhin ambulant behandelt werden. Aber ich sehe nicht, wie die niedergelassenen Ärzte oder gar die Hausärzte eine Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen wirksam wahrnehmen könnten.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Es geht hier ja nicht um den Hausarzt als einzelne Person. Es geht um die Rolle des primärärztlichen Bereichs, also um Hausärzte und Bereichsärzte, und die Frage, wie sie besser kooperieren und zu einer integrierten Versorgung beitragen können. In Holland arbeiten Hausärzte und Bereichsärzte bei der Diagnose und der Primärtherapie auf der Basis von Leitlinien zusammen. Das hat sich bewährt. Kann sich nicht auch Deutschland hieran orientieren?

Stephan von Bandemer (Institut Arbeit und Technik, Projektleiter): Genauso wenig, wie ich etwas gegen den einzelnen Hausarzt sage, der wichtige Funktionen im System wahrnimmt, habe ich irgendetwas gegen Ärztenetze.

Heinz Lutter (Universität Hannover): In unserer Diskussion kann es gar nicht darum gehen, wer aus persönlichen Gründen für oder gegen jemanden ist. Deshalb würde ich gern einmal die Patientenperspektive in die Debatte einführen. Womit wird zum Beispiel chronisch kranken Patienten am Besten gedient? Wer soll Patienten in ihrem Interesse durch das Gesundheitssystem leiten, die von ihrem Hausarzt regelmäßig und engmaschig behandelt werden, die darüber hinaus bei Bedarf verschiedenen Fachärzte aufsuchen, von Zeit zu Zeit und je nach freien Betten in verschiedenen Krankenhäusern liegen und schließlich von medizinischem Hilfspersonal oder einem Pflegedienst zu Hause weiterbehandelt werden? Wer überwacht aus ihrer Sicht das Funktionieren der Behandlungskette und wer interveniert in ihrem Interesse bei Bedarf bei den einzelnen Leistungserbringern? Kann das überhaupt ein ande-

rer als der Hausarzt sein, der als einziger die Möglichkeiten persönlicher Unterstützungssysteme kennen und beurteilen kann? Und müssten Hausärzte für eine so verantwortungsreiche und aufwendige Tätigkeit nicht viel besser vergütet werden als das bisher geschieht?

Dr. Ottmar Bahrs (Zentrum Psychologische Medizin der Georg-August-Universität Göttingen): Da haben Sie ein Problem sehr plastisch beschrieben. Es wird deutlich, dass wir zu Steuerung individueller Behandlungsprozesse Ansprechpartner brauchen, die enge und dauerhafte Patientenkontakte haben. Das kann der Hausarzt, möglicherweise aber auch eine andere Person sein. Auf jeden Fall werden eine gute Kenntnis des Patienten und seines Umfeldes sowie exzellente Kontakte zu den Hilfen in der Region erforderlich, so dass bei Bedarf überwiesen werden kann. Diese Person, die den Patienten in seinem wohl verstandenen Interesse orientiert und leitet, braucht also sowohl eine medizinisch-fachliche als auch eine sozial-emotionale Kompetenz und darüber hinaus eine gute Verankerung in einem Netz von Unterstützern. Auch eine Orientierung an Leitlinien halte ich für hilfreich, damit die Lotsen im Gesundheitssystem feste Markierungspunkte haben. Aus meiner Sicht ist eine so beanspruchende Aufgabe nicht von Einzelpersonen gut zu lösen, besser wären lokale oder regionale Kompetenz-Netze. Bei deren Einrichtung könnten die Krankenhäuser sich als Initiatoren anbieten.

Stephan von Bandemer (Institut Arbeit und Technik, Projektleiter): Ich habe das Gefühl, dass wir in unseren Auffassungen gar nicht so weit auseinander liegen. Wir teilen die Überzeugung, dass wir Lotsen brauchen, die den Patienten durch unser stark fragmentiertes und von Patienten schwer zu durchschauendes Gesundheitssystem begleiten. Diese Funktion gibt es derzeit nicht systematisch ausgebildet, und Ärzte, die diese Rolle trotzdem wahrnehmen, benötigen hierfür viel Zeit und werden hierfür kaum bezahlt. Vielleicht sollten wir die Lotsenfunktion für Patienten so regeln.

Ich habe allerdings eine andere Suchrichtung. Ich suche nach Möglichkeiten, Prozesse so zu definieren, dass ein Lotse gar nicht in jedem Fall gebraucht wird, weil die Akteure auf der Basis klarer Prozessabsprachen auch Schnittstellen übergreifend gut kooperieren. Das verstehe ich unter der integrierten Betreuung, nicht die Einzelfallbetreuung. Die Einzelfallbetreuung kann ich heute oder in Zukunft leisten, dafür ist meiner Meinung nach wenig Organisation erforderlich. Es sei denn, ich sage, die Voraussetzung für diese Einzelfallsteuerung durch das System ist eine vernünftige Koordination der heute sehr fragmentierten Angebote. Da muss ich erst einmal die Angebote dementsprechend entwickeln. Da muss ich Koordinationsleistungen erbringen. Und an der Stelle, da sage ich, da werden die Hausärzte scheitern. Da sind die Managementorganisationen, wie Krankenhäuser, oder auch Reha Einrichtungen entsprechend gefordert.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Bei der Diskussion um Diagnosen und Therapieverläufe geht es zum einen um den versicherten Kranken, um seine Unterstützung

und Heilung durch eine gute Organisation von Therapieketten, und zum anderen um die Globalsteuerung des Gesundheitswesens, und hier vorrangig um Kostensenkung durch Effektivität und Effizienz bei insgesamt verbesserten Behandlungsergebnissen. Was immer geschieht, es muss für den Bürger als Versicherter und als Patient vorteilhaft sein.

Wolfgang Tasche (MEDIAN Klinikum für Rehabilitation Bad Salzuflen): Ich möchte auf Herrn Lutter eingehen. Ihr Beitrag zeigt, dass bei behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörungen möglichst früh eine Fachkompetenz benötigt wird, die entweder selbst diagnostizieren kann oder bei Erkennen der eigenen Grenzen zügig an entsprechende Fachleute verweist. Das können die Hausärzte sein – allerdings habe ich Zweifel ob alle von ihnen schon jetzt bereit und in der Lage sind, ihre fachlichen Begrenzungen zu reflektieren und rechtzeitig Spezialisten hinzu zu ziehen. Deshalb könnte es sinnvoll sein, auch über den Kreis der Hausärzte hinaus zu denken, wenn es um die Wahrnehmung dieser Funktion des Lotsen geht.

Klaus Magdeburg (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen): Eines der Probleme besteht schon darin, dass viele niedergelassene Ärzte nur unklare Vorstellungen über das haben, was ihre Kollegen machen. Auch dieses untermauert die Forderung nach wirksamer Vernetzung von Dienstleistern im Gesundheitswesen. Wir brauchen Absprachen und Vernetzungen niedergelassener Ärzte und zusätzlich gute Kontakte dieser Netzwerke zu den Krankenhäusern. Hierfür ist es erforderlich, das Selbstverständnis besonders der niedergelassenen Ärzte als Einzelkämpfer zu überwinden, die den Anspruch haben, alles selbst können und kontrollieren zu wollen. Auf jeden Fall muss vermieden werden, dass alle Patienten sogleich einen Facharzt aufsuchen. Das würde zu Qualitätsverlusten führen und triebe die Gesundheitskosten in die Höhe. Es wäre auch von den Fachärzten nicht gewollt, denn sie hätten viel mehr Patienten mit unklaren Krankheitsbildern und müssten nun ihrerseits ihre diagnostischen Fähigkeiten in ungewohnter Breite trainieren. Mit anderen Worten: Ich möchte die Filterfunktion der Hausärzte erhalten und eher noch ausbauen. Sie sollten sich als erste mit den Patienten auseinandersetzen, die mit im naturwissenschaftlichen oder medizinischen Sinne nicht genau zu klassifizierenden Krankheiten und diffusen Beschwerden zu ihnen kommen – und das trifft anfangs auf die meisten Patienten zu.

Mit der Behandlung dieser Patienten entlasten die Hausärzte sowohl die Bereichsärzte mit ihren speziellen Fachkenntnissen als auch die Krankenhäuser. Wie das am besten geschehen kann und wie die einzelnen niedergelassenen Ärzte und ggf. auch die Krankenhäuser hierbei zusammenwirken könnten, darüber muss es Gespräche und Absprachen geben. In diesem Sinne verstehe ich Steuerung. Sie meint nicht das Dominieren der Anderen, sondern dass die Ärzte, die von Patienten aufgesucht werden, wissen, nach welchen Kriterien sie diese weiter verweisen sollen. Über diese Kriterien und über Verfahrensweisen müssten sich

alle Beteiligten mit einander abstimmen und gemeinsam darüber wachen, dass sie eingehalten werden. Kurzum: wir brauchen schon beim ersten Patientenkontakt eine genaue Kenntnis über weitere Behandlungspfade, die im Bedarfsfall gegangen werden sollten. Für mich hat Steuern mit Bereitstellung von Kompetenz im Patienteninteresse zu tun, nicht mit der Dominanz über andere Dienste.

Teilnehmer: Ich bezweifle, dass es möglich sein wird, eine Steuerung der Patienten durch die Angebote des Gesundheitswesens zu etablieren, wie sie Herr Magdeburg vorschlägt. Hierzu sind die Sichtweisen der beteiligten Mediziner zu unterschiedlich. Alle bekommen immer nur einen kleinen Ausschnitt ihrer Patienten zu sehen, und das auch noch unter sehr unterschiedlichen Aufgabenstellungen. Ein zentrales Problem besteht darin, dass es bisher keinen routinemäßigen Austausch dieser Sichtweisen gibt. Der niedergelassene Arzt mag noch wissen, wen er mit welcher Indikation in welches Krankenhaus seiner Umgebung schicken sollte, um eine gute Behandlung zu gewährleisten. Und er mag auch Kenntnisse über Leistungen bestimmter Reha-Kliniken oder Pflegedienste haben. Was er allerdings nicht überblicken kann sind die Schnittstellen der Krankenhäuser mit diesen nachgelagerten Diensten und Einrichtungen. Wie jeder andere Akteur nicht nur im Gesundheitswesen hat auch der niedergelassene Arzt einen begrenzten Kenntnis- und Erfahrungshorizont. Deshalb müssten wir beim Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen genau auf das Management dieser Schnittstellen besonderes Gewicht legen. An jeder Schnittstelle müssen alle relevanten Informationen für alle Berechtigten jederzeit einfach verfügbar sein. Das ist eine Vision, von der wir von weit entfernt sind.

Schließlich möchte ich noch etwas zu den Patienten sagen, von denen manche immer mündiger werden. Möglicherweise werden einige von ihnen viel stärker in der Lage sein, sich eigenverantwortlich im Gesundheitswesen zu bewegen als wir das heute annehmen. Das selbständige Suchen nach den für sie besten Behandlungsmöglichkeiten wird zunehmen, wenn sie bestimmte Leistungen ganz oder teilweise selbst bezahlen müssen. Da kann es auch unter Marketingaspekten von Interesse sein, wenn die Leistungserbringer nachweisen können, wie gut sie in der Lage sind, ihre Schnittstellen zu managen.

MR Harald Kuhne (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales):

Ich kann den Wunsch verstehen, in einer immer komplexer werdenden Welt eine Person des persönlichen Vertrauens zu haben, die einen mit sicherer Hand durch die Verästelungen des Gesundheitswesens führt. Andererseits gibt man mit dieser Haltung auch Eigenverantwortung und persönliche Verantwortung ab. Im Bereich der Pflege konnten wir beobachten, dass mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung sich manche Angehörigen nicht mehr persönlich zuständig fühlten. Ich Sorge mich, dass mit der Einführung von Lotsen im Gesundheitssystem sich viele Einzelne aus der Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung entlassen fühlen könnten.

Noch ein Satz zu Kooperationsbeziehungen. Auch bisher war es niedergelassenen Ärzten nicht verboten, mit einander oder mit Krankenhäusern zu kooperieren. Das machen sie ja auch vielfach, nur ungeregt und insgesamt mit unbefriedigenden Ergebnissen. Wenn nun vorgeschlagen wird, dass die Akteure ihre Kooperationsbeziehungen im Patienteninteresse verbessern sollten, so kann ich dem nur folgen. Und ich stimme auch zu, wenn gesagt wird, die Krankenhäuser sollten hierbei eine wichtige Rolle spielen. Allerdings zweifle ich daran, dass sie die erforderliche Ruhe hierfür haben werden. Gegenwärtig haben sie genug damit zu tun, die Probleme zu lösen, die ihnen der Gesetzgeber mit dem neuen Entgeltsystem beschert hat.

Stephan von Bandemer (Institut Arbeit und Technik, Projektleiter): Ich will meine Position noch einmal verdeutlichen. Unser Gesundheitswesen ist hochgradig differenziert und komplex. Es weist vielfältige Formen der Arbeitsteilung auf. Damit die Dienstleister im Patienteninteresse gut zusammenarbeiten, ist ein anspruchsvolles Informations- und Schnittstellenmanagement erforderlich, das bezogen auf die häufigsten Diagnosen regelt, wer was wie tut und andere informiert, die weiter behandeln. Dieses Ziel scheint mir unumstritten zu sein. Zu klären ist die Frage, wer dieses Schnittstellenmanagement am ehesten bewerkstelligen kann – für den Regelfall, aber eben auch so, dass der Einzelfall nicht zu kurz kommt, der sich nicht eigenverantwortlich selbst durch den Dschungel der Gesundheitsdienstleistungen lotsen kann. Diese sehr anspruchsvolle und aufwendige Aufgabe traue ich einzelnen niedergelassenen Ärzten nicht zu, Krankenhäusern hingegen schon eher. Man müsste sie hierbei unterstützen und ihnen Anreize für die Übernahme dieser Aufgabe bieten.

Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover): Eines der Probleme, die wir dabei überwinden müssen, ist die in Deutschland fest zementierte Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung. Das gibt es fast nirgendwo sonst. In anderen Ländern gibt es eine ganze Reihe gut funktionierender Modelle für eine koordinierte Arbeitsteilung zwischen primary care und secondary care. Manche, wie zum Beispiel Schweden, nehmen als Bezugspunkt Kliniken bzw. ein Polykliniksystem, andere niedergelassene Ärzte und wiederum andere, wie zum Beispiel die Niederlande oder Großbritannien setzen eindeutig auf primary-care-Modelle, um eine einseitige Ausrichtung auf die medizinisch-technische Seite des Gesundheitswesens zu vermeiden. Wenn wir uns an diesen Modellen und Erfahrungen orientieren würden, könnten wir für die Verbesserung des Gesundheitssystems viel gewinnen.

Allerdings plädiere ich nicht nur für ein Lernen von primary-care-Modellen, sondern darüber hinaus auch eine verbesserte Information und Kooperation ambulanter und stationärer Behandlungsformen. Leider sind längst nicht alle Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen persönlich so kompetent, dass sie den für ihre Probleme besten Weg allein finden könnten. Deshalb müssen wir sowohl unser care-management als auch unser case-management erheblich verbessern. Das alleinige Bereitstellen von Informationen, ob gedruckt oder im Inter-

net, hilft den meisten Menschen nicht weiter, gerade in Situationen, wo es ihnen persönlich schlecht geht. Diese These möchte ich als Schlusspunkt der heutigen Diskussion allen entgegen setzen, die nach meiner Auffassung ihre Vision von den Veränderungen im Gesundheitswesen all zu sehr an ihren persönlichen Erfahrungen und an dem orientieren, was technisch machbar wäre. Entscheidend ist allerdings die Frage, was im Interesse der Bürger als Versicherte und als Kranke hilfreich sein wird.



BMBF-Projekt

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Qualitätsentwicklung in
Krankenhäusern – ein Vergleich
Integrierte Versorgung im
Gesundheitssystem
Entwicklungsstand und Good
Practice im Qualitätsmanagement

Dokumentation
der Workshops und des
Abschlusskongresses

BMBF-Projekt

Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft

Entwicklungsstand und
Good Practice im
Qualitätsmanagement

Dokumentation
des Abschlusskongresses
vom 14. März 2002
in Bielefeld

Inhalt

Einführung in den Vortrag von Erwin Jordan

Prof. Dr. Bernhard Blanke

(Universität Hannover) S. 95

*Qualität und Qualitätsentwicklung im Gesundheitssystem –
Ziele der Gesundheitsreform 2000*

Erwin Jordan

(Staatssekretär im Bundesministerium für

Gesundheit a.D.) S. 97

*Qualität sichern und entwickeln, das Gesundheitssystem
steuern – Welche Impulse gehen vom Projekt*

„Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ aus?

Prof. Dr. Bernhard Blanke

(Universität Hannover) S. 105

Redaktion: Heinz Lutter

Die vorliegende Dokumentation kann auf dem Postwege zum Selbstkostenpreis von 6 € bezogen werden. Bitte schriftlich bestellen und Verrechnungsscheck beifügen.

Bestelladresse Ausdruck

Universität Hannover

Abteilung Sozialpolitik und Public Policy

Im Moore 13

30167 Hannover

oder kostenlos Herunterladen über Internet-Adresse

<http://www.swz-net.de>

Das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“
wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

Qualität sichern und entwickeln, das Gesundheitssystem steuern

Welche Impulse gehen vom Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ aus?

Prof. Dr. Bernhard Blanke

Universität Hannover, Abteilung Sozialpolitik und Public Policy

Meine Damen und Herren, das Programm war außerordentlich dicht und vielfältig. Deshalb habe ich mir erlaubt, mit Herrn Jordan eine Programmänderung zu verabreden, die es uns allen möglich machen soll, mehr Zeit für eine gemeinsame Diskussion zu gewinnen. Ich werde meinen Vortrag nach dem von Herrn Jordan halten, und wir beide werden uns kurz fassen. Aber schon jetzt werde ich Ihnen drei Fragen vorschlagen, die unsere Schlussdiskussion strukturieren können.

Wie Sie wissen, haben wir an der Universität Hannover den Diskurs mit den Akteuren des Gesundheitssystems über die Erkenntnisse und Ergebnisse des Projekts „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ organisiert und geführt. Dieses haben wir in verschiedenen Workshops getan, die sich mit Einzelaspekten der Qualitätsentwicklung in Krankenhäusern, in Rehabilitationskliniken und schließlich im Bereich der integrierten Versorgung beschäftigt haben. Heute stehen wir vor der Möglichkeit, am Ende des Projektes die Fragen und Erkenntnisse noch einmal neu zu bündeln. Diesem Zweck dienen meine drei Fragen, die sich, nicht zum ersten Mal, mit der Steuerung des Gesundheitssystems befassen. Nach wie vor geht es mir darum auszuloten, was die Erkenntnisse und Ergebnisse der Qualitätsentwicklungen auf der betrieblichen, der verbandlichen und der staatlichen Ebene für die Steuerung des Gesundheitssystems insgesamt bedeuten und welchen Nutzen die Bürger, die Versicherten und die Kranken hiervon haben. Von besonderem Interesse ist die Frage, ob das Gesundheitssystem in der Lage ist, die unterschiedlichen Qualitätsansätze für fruchtbare Lernprozesse zu nutzen oder ob diese unverbunden, quasi als Insellösungen, neben einander stehen bleiben. Deshalb schlage vor, auf folgende drei Fragen Antworten zu suchen.

1. Lassen sich die Erkenntnisse eines Projektes, das sich vorrangig auf der Ebene einzelner Betriebe (Krankenhäuser und Kliniken) bewegt hat, für die Gesundheitswirtschaft und das Gesundheitssystem insgesamt nutzen oder gar übertragen – und wie könnte dieses ggf. geschehen? Können Steuerungsprozesse auf der Makro- und auf der Mezo-Ebene genau so oder ähnlich konzipiert und vollzogen werden wie auf der Mikro-Ebene der Betriebe? Lassen sich einzelwirtschaftliche Rationalitäten und Interessen auf Aushandlungsprozesse zwischen Selbstverwaltungsorganen oder auf politische Entscheidungsprozesse übertragen?

2. Kann es ein Gesamtkonzept für die Restrukturierung bzw. Neukonzeption des Gesundheitswesens geben, und wenn ja, wie müsste es beschaffen sein? Kann das Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ hierfür Anregungen oder Impulse geben?
3. Im Gesundheitswesen haben wir eine große Vielfalt unterschiedlicher Akteure, die ihre Interessen in spezifischen Formen organisieren und bündeln. Wir finden zum Beispiel betriebswirtschaftliche Rationalitäten, korporatistische Elemente und das Prinzip der Selbstverwaltung. Wie kann ein Diskurs über die Qualität des Systems organisiert werden, der diese verschiedenen Steuerungselemente berücksichtigt und wechselseitige Lernprozesse ermöglicht? Welche neuen Kommunikations- und Interaktionsmuster sind hierfür nützlich?

Diese letzte Frage will ich besonders Herrn Jordan mitgeben, den ich jetzt um seinen Vortrag bitte.

Qualität und Qualitätsentwicklung im Gesundheitssystem

Ziele der Gesundheitsreform 2000

Erwin Jordan

Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit a.D.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, als mich Prof. Blanke gebeten hat, doch einmal zu erläutern, was wir als Angehörige der Bundesregierung seinerzeit bei der Formulierung und Durchsetzung der Gesundheitsreform 2000 vorgehabt und erlebt haben, habe ich sofort zugesagt. Nicht immer bietet sich einem Politiker die Chance, einem geneigten Publikum im Nachhinein das eigene Wirken zu erläutern und ins rechte Licht zu rücken. Also bitte, Sie haben es nicht besser gewollt, dass ich die Gunst der Stunde nutzte!

Bei der Regierungsübernahme 1998 haben wir im Bundesgesundheitsministerium eine kunterbunte politische Lage vorgefunden. In Stichworten lässt sich das so darstellen: Die Kostendämpfungspolitik der letzten Jahre hatte die Bevölkerung und die Patienten tief verunsichert und beunruhigt. Es gab einen Reformstau, den wir heute noch nicht restlos überwunden haben. Die Reformen hatten hauptsächlich zum Ziel, die expandierenden Kosten im Gesundheitswesen zu begrenzen und Überkapazitäten abzubauen. Beides ist uns nur in Ansätzen gelungen. In der Verfolgung dieser Ziele haben wir auch versucht, dem viel beschworenen Prinzip, ambulanten Behandlungsmaßnahmen den Vorrang vor stationären zum Durchbruch zu verhelfen. Auch hier ließe sich noch mehr erreichen. Schließlich wollten wir eine stärkere Patientenorientierung durchsetzen. Auch in dieser Hinsicht haben wir in den Augen unserer Kritiker nicht genug erreicht.

Schon aus diesen wenigen Schlaglichtern können Sie erkennen, dass wir vor einer großen und komplexen Aufgabe gestanden haben und stehen. Die Sachlage wird nicht einfacher dadurch, dass nicht alle Akteure im Gesundheitswesen die Lage gleichermaßen bewerten. Manche scheinen ihre Augen vor den aufgestauten Problemen direkt zu verschließen. Obwohl es zahlreiche und unübersehbare Belege dafür gibt, dass das deutsche Gesundheitswesen kostentreibend, unwirtschaftlich und alles andere als patientenfreundlich ist und dass qualitative Defizite seinen Alltag bestimmen, haben es unsere Vorgängerregierungen nicht geschafft, die Versorgungsstrukturen, die sich in den letzten fünfzig Jahren herausgebildet haben, grundlegend zu verändern. Auch wir sind bei unserem Versuch, hier den Durchbruch zu schaffen, auf die ganze Bandbreite von Widerständen gestoßen, die von Ignoranz bis hin zu schroffer Ablehnung reicht. Allen Expertisen zum Trotz, die seriös belegen, dass das deutsche Gesundheitssystem sehr viel kostet, aber nur mäßige Leistungen und Ergebnisse produziert, hält sich in manchen Kreisen der Ärzteschaft die Illusion, das deutsche Gesundheitswesen sei nach wie vor das beste der Welt und als sei es zudem mit der ärztlichen Frö-

heit nicht vereinbar, seitens der Politik steuernd einzugreifen. Genau das ist aber zwingend geboten, denn als Politiker stelle ich übereinstimmend mit maßgeblichen Experten fest: es wird viel getan im deutschen Gesundheitswesen, aber nicht immer ist es das Richtige oder es wird nicht effektiv ausgeführt.

Mit der Gesundheitsreform 2000 haben wir nicht mehr und nicht weniger als eine Strukturreform des deutschen Gesundheitswesens einleiten wollen. Dabei sind wir zum Teil auf sehr harten Widerstand gestoßen. Am härtesten war der Widerstand, als wir 1998 / 1999 die Qualitätsfrage gestellt haben. Einige kassenärztliche Vereinigungen und der Marburger Bund sind uns mit einer Haltung entgegen getreten, die ich nur als offenen Hass beschreiben kann. Offenbar hatten wir einen wunden Punkt berührt, und einige Herren hatten sich wohl persönlich berührt gefühlt, wenn wir die mangelnde Qualität des deutschen Gesundheitswesens angesprochen haben. Natürlich ging es nicht um den Nachweis oder den Vorwurf des persönlichen Versagens, sondern um die Frage, warum so viele, gutwillige, engagierte, überwiegend gut ausgebildete Leute nicht in der Lage sind, effektiv und effizient zu arbeiten, so dass die Ergebnisse insgesamt besser ausfallen als sie es tun. Dieser Zustand ist doch auch für die Beteiligten unbefriedigend. Wir wollten strukturelle Mängel beseitigen, aber es wurde uns von einigen unserer Gesprächspartner nicht einmal gestattet, das Vorhandensein von Problemen festzustellen.

Natürlich haben wir darüber nachgedacht, wozu das liegen mag. Im Unterschied zu angelsächsischen oder skandinavischen Staaten haben wir in Deutschland keine Kultur der medizinischen Behandlung, die durch Leitlinien gestützt wird. Behandlungsleitlinien werden vom Sachverständigenrat bereits seit Anfang der 90er Jahre angemahnt. Was es bisher gibt, sind bestenfalls Versatzstücke medizinischer Behandlungsleitlinien, die nach langen Jahren des Mangels manchmal im Hau-Ruck-Verfahren durchgepaukt wurden, ohne mit den Fachgesellschaften zum Beispiel der sogenannten medizinischen Hilfsberufe abgestimmt worden zu sein. Meine Erfahrung ist: wenn man keine Kultur der Leitlinienfindung hat, dann gelingt es auch nicht, diese ad hoc aus dem Boden zu stampfen.

In einem weiteren Reformvorhaben ging es uns darum, den Technikeinsatz in der Medizin einer Effizienz- und einer Effektivitätsprüfung zu unterziehen – von ihrer Anschaffung bis zu ihrer Verwendung. Hier liegt ein bedeutsames Einsparungspotenzial, das weder die früher geltende Großgeräteverordnung noch die gesetzliche Krankenversicherung befriedigend gelöst hat. Ein neues medizinisches Großgerät für diagnostische Zwecke in einer Arztpraxis kann segensreiche Wirkung entfalten: wenn der Diagnostik auch Behandlungsmöglichkeiten folgen. Sonst ist das Gerät nur segensreich für den Hersteller und ggf. für den abrechnenden Arzt. Und ist der Einsatz des Gerätes im Prinzip sinnvoll, so doch noch lange nicht in jedem einzelnen Fall. Wo liegt also die Schwelle? Diese und andere Fragen sollten geklärt sein,

bevor eine solche Investition, die Ausgabenseite der GKV belastet. Schließlich steht ein Euro, der für Überflüssiges ausgegeben wird, für Notwendiges nicht zur Verfügung.

Unter Minister Seehofer hatte es einige zaghafte Versuche einer Strukturreform im Gesundheitswesen gegeben. Hierzu zählen das Einrichten von Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung (§ 275 a) und natürlich die Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen für die Errichtung von Praxisnetzen („Strukturverträge“).

§ 73a Strukturverträge

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen ...Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen ...

Sie können für nach Satz 1 bestimmte Leistungen ein Budget vereinbaren. ...Für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen können die Vertragspartner von den nach § 87 getroffenen Leistungsbewertungen abweichen. Die Teilnahme von Versicherten und Vertragsärzten ist freiwillig. ...

Das waren und das sind immer noch zwei wichtige und gute Reformansätze. Allerdings haben sie eines bisher nicht geschafft, nämlich die Kostenentwicklung zu stoppen. Das hat auch damit zu tun, dass die meisten Initiativen zustimmungspflichtig durch die kassenärztlichen Vereinigungen waren – und deren Zustimmung ist nur zu haben, wenn zusätzliche Mittel außerhalb der normalen Budgets bereitgestellt werden. Mein Resümee: die kassenärztlichen Vereinigungen wollen das Gesundheitswesen nicht umstrukturieren, sondern sie wollen die für Ärzte verfügbaren Budgets erhöhen.

So, jetzt habe ich die Schwierigkeiten unserer Ausgangslage für die Gesundheitsreform hinreichend beklagt. Lassen Sie mich ein paar Stichworte zu den politischen Rahmenbedingungen unserer Reform und zu den Möglichkeiten politischen Handelns anfügen. Viele Wahlanalysten halten die Gesundheitspolitik für ein sehr wesentliches Thema bei der Bundestagswahl 1998. Innerhalb der Koalition hatte es ein Gerangel um die Frage gegeben, wer Bundesgesundheitsminister wird. Dass es Frau Fischer wurde, hat Herrn Dressler seinerzeit erheblich frustriert. Das war eine „fantastische“ Ausgangslage. Allerdings hatte die eine oder andere im Grunde eher Oppositionskonzepte und weniger Regierungskonzepte beim Start vorliegen. So konnten wir von den Akteuren des Systems gerade zu Beginn unserer Regierungszeit sehr gut gegeneinander ausgespielt werden. Diese Konstellation hat einige Entscheidungen mit beeinflusst, über die wir heute vielleicht gemeinsam klagen.

Die Übernahme unserer Regierungsverantwortung für die Gesundheitspolitik hat in einer Zeit stattgefunden, in der die gesetzliche Krankenversicherung dramatisch an Akzeptanz verloren

hatte. In den 80er und in den frühen 90er Jahren war es in der Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung vorrangig um deren Erhalt gegangen. Das war nun anders. Zunehmend kreiste die Diskussion um Alternativen zur gesetzlichen Krankenversicherung, und es gab Befürworter hierfür in allen Parteien. Wir haben alle unsere Reformansätze vor dem Hintergrund des Streits um das Bewahren, Modernisieren oder Abschaffen der gesetzlichen Krankenversicherung vollzogen, und das ist ihnen anzumerken. So konnte man zum Beispiel über die Forderung nach mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nicht diskutieren, ohne in eine ideologische „Schublade“ gesteckt zu werden. Dieses hat unsere Reformen belastet und zu einigen unausgereiften Regelungen des Wettbewerbs geführt, die nun beklagt werden.

Unsere Gesundheitspolitik stand unter der Vorgabe, die Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung stabil zu halten. Erst nach meinem Ausscheiden als Staatssekretär habe ich mitbekommen, dass diese Vorgabe offenbar nicht so ernst gemeint war, wie wir damals angenommen haben. Mittlerweile ist der Beitragssatz auf 14 Prozent gestiegen, ohne dass die Qualität des Gesundheitswesens erkennbar gestiegen wäre. Nur die Pharmaindustrie verhält sich jetzt etwas ruhiger. Da frage ich natürlich, warum wir uns seinerzeit so viel Mühe gegeben haben, den Doppelschritt zu vollziehen, nämlich strukturelle Reformen einzuleiten und gleichzeitig die Ausgaben im Griff zu behalten. Es ist den Leistungserbringern im Gesundheitswesen dann nicht zu erklären, dass Budgets gedeckelt werden, während die Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung letztlich doch steigen. Eine solche Politik wirkt demotivierend.

Lassen Sie mich im Folgenden einige Punkte aus dem Gesundheitsreformgesetz 2000 hervorheben, die im Kontext der heutigen Veranstaltung von besonderer Bedeutung sind.

Wir haben alle Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement gesetzlich verpflichtet.

§ 135 a SGB V (Verpflichtung zur Qualitätssicherung)

(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind nach Maßgabe der §§ 136 a, 136 b, 137 und 137 d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Zugelassene Krankenhäuser, stationäre Vorsorgeeinrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137 d verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Diese Gesetzesformulierungen sind ganz im Sinne der Krankenkassen, die schon immer sicherstellen wollten, dass die Leistungen, die sie bezahlen, auch von guter Qualität sind. Ob dieses zutrifft, kann man nach unserem Reformgesetz überprüfen lassen. Allerdings haben sie bis heute noch keinen Antrag an das hierfür vorgesehene Prüfungsgremium gestellt. Mit anderen Worten: die Krankenkassen nutzen das geschaffene Instrumentarium bisher nicht.

Des Weiteren ist vorgesehen, dass der neu geschaffene Koordinierungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten pro Jahr erarbeiten soll. Das Gremium ist gegründet worden, allerdings geht seine Arbeit nur langsam voran.

Darüber hinaus haben wir den Sachverständigenrat um ein Gutachten zur Frage der Über-, Unter- und Fehlversorgung gebeten. Es liegt mittlerweile vor, und ich werde es später noch kommentieren. Wir haben überdies mit der Einführung von Fallpauschalen die Finanzierung der Krankenhausentgelte neu geregelt. Bei allen Maßnahmen stand für uns die Patientenorientierung im Vordergrund, und ich hoffe, Sie nehmen mir das auch ab. Es ging uns um den Grundsatz, dass die Patientenbedürfnisse die Versorgungsstrukturen bestimmen sollten, und nicht etwa umgekehrt. Alle Eckpunkte unserer Reform des Gesundheitswesens setzen Transparenz über Leistungen und Kosten voraus, und zwar in einem weit stärkeren Maße, als das bisher der Fall ist. Schließlich ging es uns um die Stärkung der Selbsthilfe und der Selbsthilfegruppen, deren Rolle und Mitwirkungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem wir stärken wollten.

Lassen Sie mich eine Zwischenbilanz nach zweieinhalb Jahren ziehen. Aus meiner Sicht gibt es im stationären Bereich gute Ansätze zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement. Darüber hinaus ist es im Bereich der Selbstverwaltung gelungen, einige der im Gesetz vorgesehenen Gremien zu gründen, zum Beispiel den bereits erwähnten Koordinierungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder den Bundesausschuss zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus, und das Health Technology Assessment ist auch schon etabliert. Aber inhaltliche Arbeit haben diese Gremien bisher noch kaum geleistet. Offenbar ist es wie beim Bergsteigen: je höher man kommt, umso dünner wird die Luft und desto langsamer geht es voran. Dieses sollte uns für die Konzeption von Reformprozessen zu denken geben.

Bekanntlich wird das Prinzip der Selbstverwaltung gerade bei uns in Deutschland sehr hoch gehalten. Nach meiner Erfahrung allerdings ist die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen zunehmend eher ein Teil des Problems als ein Teil der Lösung. Ich sage voraus, dass wir über die künftige Rolle der Selbstverwaltung noch gründlich diskutieren müssen. Wenn es zum Beispiel um die Schaffung integrierter Formen der Versorgung geht, wird man über die künftige Rolle der kassenärztlichen Vereinigungen sehr genau nachdenken müssen. Vieles, was wir heute vorfinden, wird keinen Bestand haben.

Im Bereich der ambulanten Versorgung ist es um die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement deutlich schlechter bestellt als im stationären Sektor. Im Gesetz ist vorgesehen, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung bestimmt und darüber hinaus Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen festlegt, wobei aufwendige medizintechnische Leistungen von besonderem Interesse sind. Soweit, so gut. Geschehen ist aber offenbar noch nicht viel. Die zuständige Referentin im Bundesgesundheitsministerium wartet immer noch auf den Antwortbrief der organisierten Ärzteschaft, ob und gegebenenfalls was denn in diesem Bereich bereits geschehen sei. Ich sage das so deutlich, weil ich hinter dieser Langatmigkeit eine Verweigerung der Gremien der Vertragsärzte vermute, am Komplex der Qualitätsentwicklung aktiv mitzuarbeiten.

Diese Boykothaltung gegenüber einer von der Politik angeforderten Qualitätsentwicklung im deutschen Gesundheitswesen ist auch an anderen Stellen spürbar. So gibt es eine Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zu der Anforderung des Sachverständigenrates, doch eine Einschätzung der Über-, und Unter-, und Fehlversorgung im Gesundheitswesen abzugeben. Die Antwort will ich Ihnen nicht vorenthalten. „Da im Sinne der engeren Definition der Über- und Unterversorgung des Sachverständigenrates diese in vielen medizinischen Leistungsbereichen grundsätzlich nicht feststellbar, da der evidenzbasierte Nachweis eines positiven medizinischen Managements als Kriterium für eine bedarfsgerechte Leistung derzeit noch fehlt“ Diese und ähnliche Äußerungen halte ich für Bankrotterklärungen wichtiger Akteure des deutschen Gesundheitswesens.

Lassen Sie mich noch ein paar Bemerkungen zur integrierten Versorgung machen. Lange Zeit hat es bei uns nur sehr zaghafte Ansätze zur Entwicklung integrierter Versorgungsstrukturen gegeben. Wo Praxisnetze und ähnliche Ansätze entstanden, sind sie in der Regel sehr restriktiv von den Selbstverwaltungsorganen des Gesundheitswesens behandelt worden. Mittlerweile liegen die rechtlichen Rahmenbedingungen für integrierte Versorgung vor- und trotzdem passiert nicht viel. Das liegt meines Erachtens daran, dass es keine Akteure gibt, die ihre Interessen an integrierter Versorgung präzise benennen (können). Und weil diese fehlen, bleibt der notwendige Streit um gute Lösungen aus. So haben diejenigen, die mit alten Interessen das Neue blockieren, gute Chancen, die Oberhand zu behalten.

Allerdings hoffe ich, dass die neuen Regelungen über Disease Management Programme den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen doch noch ermöglichen. Dieses würde auch die stationären Versorgungsangebote vor die ungewohnte Herausforderung stellen, sich mit umfassenden und neuen Versorgungsformen auseinanderzusetzen und sich ihnen gegenüber im Markt der Dienstleister behaupten zu müssen. Trotz dieser Hoffnungsschimmer am Hori-

zont muss ich aber resümieren, dass der ambulante Bereich der medizinischen Versorgung ziemlich veränderungsresistent ist und sich als wenig qualitätsbewusst erweist.

Was heißt das für die Gesundheitsreform 2000? Ich persönlich halte sie im Unterschied zu einigen Kommentatoren nicht für gescheitert. Es wäre absurd, das zu behaupten. Sicher haben wir einige unserer Zielsetzungen im Gesetzgebungsverfahren nicht durchsetzen können. Der Erfolg oder Misserfolg der Gesundheitsreform 2000 lässt sich allerdings frühestens in ein paar Jahren bemessen, wenn die Ergebnisse der intendierten Strukturveränderungen erkennbar werden. Einige Eckpunkte der Reform werden ihre Wirkung noch erst entfalten müssen. Hierzu zählt das neue Entgeltsystem für Krankenhausleistungen. Wie die Fallpauschalen gestaltet werden, ist zurzeit noch Gegenstand von Aushandlungsprozessen. Erst in einigen Jahren wird also sichtbar werden, ob es uns gelungen ist, Qualität und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu erhöhen oder ob sich tradierte Interessenlagen gegenüber unseren Absichten durchsetzen. Schon jetzt ist aber klar, dass bestimmte Gesichtspunkte, wie zum Beispiel die Orientierung an Behandlungsqualität und an Patienteninteressen nicht reversibel sind.

Zugestehen will ich dass die Reform in einigen Teilen widersprüchlich und unausgegoren ausgefallen ist. So steht die Frage, welche Rolle die Selbstverwaltungsorgane spielen werden, noch zur Beantwortung an. Völlig unklar ist, wo die Rechte der Selbstverwaltung zu beschneiden sind, wenn sie strategischen Zielsetzungen des Staates im Gesundheitswesen im dauerhaft behindern. Es ist nach wie vor richtig, dass die Politik der Selbstverwaltung zum Beispiel die Entscheidung über Behandlungsmethoden oder Behandlungsleitlinien überlässt. Hierüber Politiker entscheiden zu lassen, wäre höchst problematisch. Wenn dieser Freiraum von den Selbstverwaltungsorganen allerdings dazu genutzt wird, Reformen zu verschleppen oder vorrangig die eigenen finanziellen Interessen zu bedienen, dann muss die Rolle der Selbstverwaltung auf den Prüfstand. Ebenso ungeklärt ist die Frage des Wettbewerbs im Gesundheitssystem oder die Frage, wie viel Regulungsdichte bzw. Vertrauensvorschuss für die Schaffung eines modernen und qualitativ guten Gesundheitssystems erforderlich ist. Alle diese schwierigen und höchst komplexen Fragen sind noch ungelöst.

Hieraus ziehe ich die Erkenntnis, dass es die bahnbrechende Gesundheitsreform in Form eines einzigen „großen Wurfes“ nicht geben wird und nicht geben kann. Wir alle werden es mit einzelnen Reformen und bestenfalls mit Richtungsentscheidungen vorlieb nehmen müssen, und alle Einzelregelungen bedürfen einer Nachsteuerung. Für die Leistungserbringer und die Kostenträger bedeutet dieses, dass sie mit sich verändernden Anforderungen zu tun haben und dass dieses auch so bleiben wird. Man kann nur hoffen, dass unter dieser mangelnden Eindeutigkeit ihre Motivation nicht leidet. Möglich ist es jedenfalls, auch unter sich verändernden Anforderungen gute Qualität zu schaffen und zu gewährleisten. Das war in der

Vergangenheit so, und ich bin fest davon überzeugt, dass dieses auch künftig so bleiben wird.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

Qualität sichern und entwickeln, das Gesundheitssystem steuern

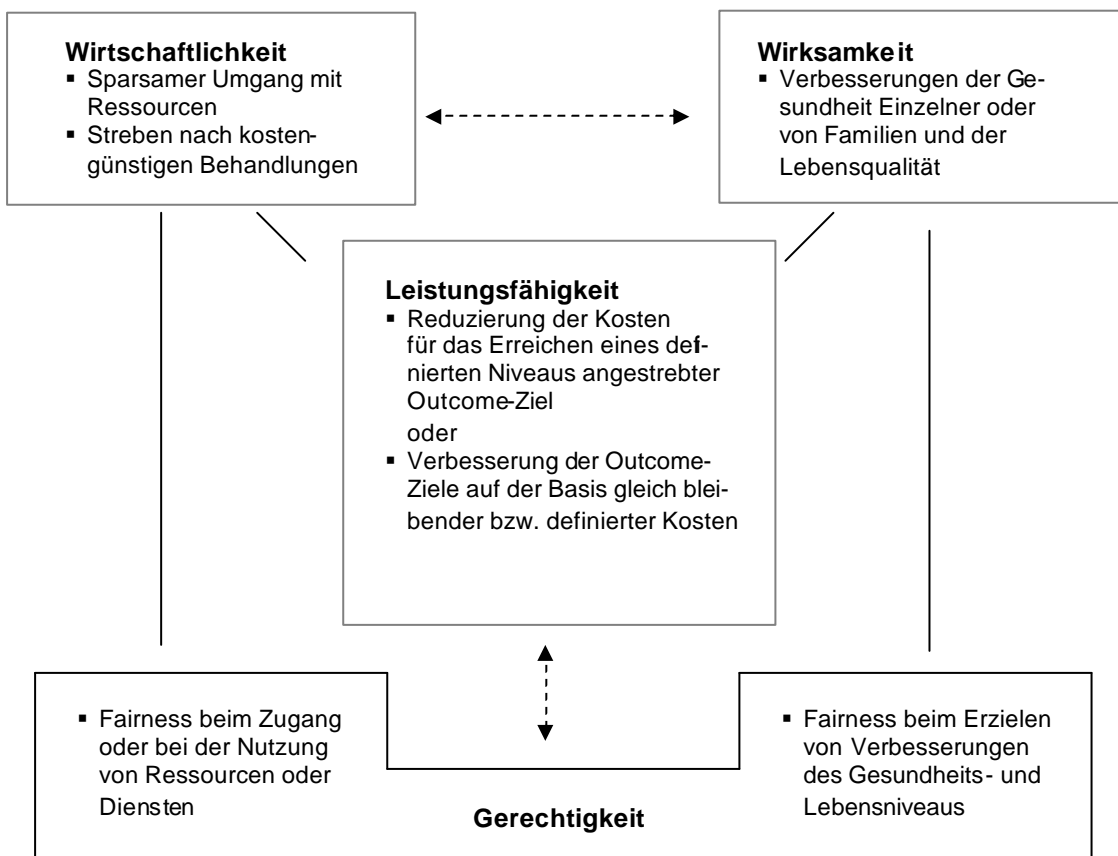
Welche Impulse gehen vom Projekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ aus?

Prof. Dr. Bernhard Blanke

Universität Hannover, Abteilung Sozialpolitik und Public Policy

Wo über das deutsche Gesundheitswesen geredet wird, ist die Diagnose, dass es krank sei, schnell gestellt. Fast einmütig wird es als zu teuer und zu ineffizient beschrieben. Über die Gründe allerdings wird heftig gestritten. Das verwundert nicht, denn unser Gesundheitssystem ist außerordentlich vielgestaltig und komplex, und alle, die sich an seiner „Therapie“ versuchen, haben spezifische Blickwinkel und verfolgen eigene Interessen. Dieses gilt sowohl für die Kostenträger als auch für die Leistungserbringer und auch für die Politiker und für die Patienten.

Was mich als Wissenschaftler vorrangig interessiert ist die Frage, wie diese verschiedenen Perspektiven und Interessenlagen zusammengeführt werden können, um ein Optimum an Leistungsfähigkeit zu erzeugen, das messbar die Gesundheit und die Lebensqualität einzelner und aller Bürger verbessert. In Anlehnung an Evaluationskriterien der WHO für nationale Gesundheitssysteme habe ich diese Überlegungen, dieses Austarieren von Leistungsanforderungen an die einzelnen Akteure, in der nachfolgenden Grafik zusammengefasst.



Was ich fordere geht über einfache Maßnahmen zur Kostendämpfung weit hinaus, wie wir sie in den tagespolitischen Diskussionsbeiträgen vielfach hören. Wir brauchen generell einen sparsamen Umgang mit Ressourcen und das Streben nach kostengünstigen Behandlungen. Hierzu müssen sowohl die Leistungserbringer als auch die Kostenträger ihre Effizienzreserven ausschöpfen, und die Patienten müssen unter Aufrechterhaltung eines fairen Zugangs zu effektiven Hilfen dazu angehalten werden, diese verantwortungsbewusst nutzen. Manche von ihnen müssen die Lektion noch erst lernen, dass Leistungen des Gesundheitssystems Kosten verursachen, auch wenn diese im Rahmen solidarischer Finanzierungssysteme nicht unmittelbar spürbar werden. Und es gehört das Setzen kluger Rahmenbedingungen dazu, die ein wirksames und effizientes Arbeiten der Leistungserbringer und Kostenträger fördern und die Nutzer des Gesundheitssystems auf ihre Eigenverantwortung und auf die Gesamtverantwortung verweist. Gesucht wird also eine kluge Koordination, ein systematisches Management des Gesundheitswesens.

Nun will ich gern zugestehen, dass solche Anforderungen leichter formuliert als umgesetzt sind. Gerade weil es um ein äußerst komplexes System geht, weiß man manchmal gar nicht mehr, wo man bei Veränderungsprozessen beginnen sollen und was sie für andere Systemelemente bewirken, zumal diese ja nicht mechanisch auf Impulse reagieren, sondern ihre eigenen Interessen verfolgen und nach ihren eigenen Zweckrationalitäten handeln. In solchen Situationen kann es hilfreich sein, sich auf grundlegende Dinge zu besinnen. Einnehmen herrscht darüber, dass wir in Deutschland gut entwickelte Strukturen im Gesundheitswesen haben. Wir verfügen über eine hinreichende und oft schon zu große Anzahl differenzierter Gesundheitsdienstleister, die hoch qualifiziert sind und modernste Technik nutzen. Um diese Strukturqualitäten beneiden uns manch andere Nationen.

Allerdings haben wir es uns allzu lange Jahre geleistet, auf die Formulierung expliziter Ziele im Gesundheitswesen zu verzichten. Es ist gerade einmal vier Jahre her, dass die 70. Gesundheitsministerkonferenz 1998 die Bundesländer mit der Entwicklung einer nationalen Qualitätsstrategie beauftragt hat. Herausgekommen sind elf Qualitätsziele für das deutsche Gesundheitswesen, die kohärent und gut auf einander abgestimmt sind.

Diese Qualitätsziele sind, wie wir von den Beteiligten in einem unserer Workshops erfahren haben, in einem breit angelegten Beteiligungs- und Konsensverfahren formuliert worden und können deshalb dem deutschen Gesundheitswesen eine Gesamtausrichtung geben. Allerdings wissen wir, dass es mit der Formulierung von Zielen nicht getan ist – man muss sie auch umsetzen und man muss die Ergebnisse bewerten.

Diese Prozesse haben zum größeren Teil erst begonnen. Zu unserer Freude haben wir vernommen, dass die Formulierung ärztlicher Behandlungsleitlinien und Pflegestandards schneller voran geht. Ebenso erfreulich ist, dass das Gesundheitsreformgesetz den Krankenhäusern und Kliniken nun abverlangt, die Qualität ihrer Leistungen darzulegen und sie

systematisch zu entwickeln. Dieses kann erheblich zur Verbesserung der Datenlage für die Qualitätsbewertung beitragen, was ja eine Voraussetzung für die Weiterentwicklung einer qualitätsorientierten Steuerung ist.

Mit anderen Worten: die Formulierung von Qualitätszielen für das deutsche Gesundheitswesen ist begrüßenswert. Sie war überfällig. Jetzt kommt es darauf an, die Ziele umzusetzen und zu bewerten. Hierfür gibt es noch viel zu tun. So wissen wir aus unseren Projekterfahrungen und den Diskussionen

bei unseren Workshops, dass zum Beispiel die tatsächlichen Leistungen von Krankenhäusern und Kliniken selbst den Kostenträgern und erst recht der interessierten Öffentlichkeit nicht hinreichend transparent sind. Offenbar hüten manche diese Daten wie Betriebsgeheimnisse. Dieses Benchmarkingprojekt hat dazu beigetragen, dieses Manko zu benennen, und es hat den beteiligten Einrichtungen zugleich geholfen, ihre Leistungen transparenter und plausibler zu beschreiben.

Auch in dieser Hinsicht ist es

ein gelungener Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, denn es hat nicht nur die Selbststeuerungsfähigkeiten der Krankenhäuser und Kliniken erhöht, sondern auch die qualitätsorientierte Steuerung des Gesundheitssystems insgesamt gefördert.

Die Zwischenbilanz lautet also: Wir haben eine relativ gute Strukturqualität und wir haben mittlerweile auch kohärente Ziele im Gesundheitswesen. Um zu guten Ergebnissen zu kommen, müssen wir allerdings auch die Prozesse besser gestalten. Oder anders ausgedrückt: Wir müssen den Wertschöpfungsprozess im Gesundheitswesen verbessern. Auch dieses Vorhaben ist naturgemäß vielgestaltig und komplex, so dass man auf den ersten Blick kaum weiß, womit man beginnen soll. Vielleicht hilft aber zur Orientierung etwas, was Ellis Huber vorgeschlagen hat. Seine Idee ist es, alle Zielvorgaben und Steuerungsfunktionen sowie alle Rahmenbedingungen und Unterstützungsfunktionen des Gesundheitswesens so auszurichten, dass sie die Primärprozesse des Helfens, Heilens und Pflegens fördern. Hierin läge der

**QUALITÄTSZIELE
FÜR DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN**

1. Konsequente Patientenorientierung im Gesundheitswesen
2. Ärztliche Leitlinien und Pflegestandards für die Qualitätsentwicklung nutzen
3. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sektorenübergreifend gestalten
4. Qualitätsmanagement in den Einrichtungen des Gesundheitswesens stärken
5. Datenlage zur Qualitätsbewertung verbessern
6. Qualität darlegen
7. Qualitätsorientierte Steuerung weiterentwickeln
8. Weitere Anreize zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung setzen
9. Unterstützung und Moderation für Qualitätsentwicklung weiterentwickeln
10. Verstärkte Koordination bei der Umsetzung der Qualitätsziele auf Bundes- und Länderebene
11. Professionalität auf dem Gebiet von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement weiterentwickeln

Nähere Informationen <http://www.aqs.de/nqk.htm>

eigentliche Wertschöpfungsprozess im Gesundheitswesen. Diesem Gedanken kann ich nur zustimmen, wenngleich man über seine Konkretisierungen streiten können. Auch wenn es altmodisch klingen mag, ist und bleibt es der Kernprozess des Gesundheitswesens, durch Helfen, Heilen und Pflegen Menschen mit Krankheiten oder mit Gesundheitsstörungen zur Gesundung oder zur Gesundheit zu verhelfen. Diesem Kernprozess haben alle anderen Prozesse zu dienen. Übersetzt heißt dieser Gedanke: wir müssen primär danach trachten, wie alle Sekundärprozesse möglichst effizient und effektiv gestaltet werden können. Und wir müssen daran arbeiten, beim Primärprozess des Helfen, Heilens und Pflegens nicht stumpf zu sparen, sondern vielmehr die Qualität kontinuierlich und unaufhörlich zu verbessern. Qualität und Wirtschaftlichkeit schließen einander nicht aus. Im Gegenteil: aus guter Qualität erwächst Wirtschaftlichkeit.

Auf der betriebswirtschaftlichen Ebene haben wir hierfür zahlreiche Beispiele auch in unserem Projekt gefunden. Insofern könnte man die Phantasie entwickeln, dass an aus dem Benchmarkingprojekt für das Gesundheitssystem insgesamt lernen kann. Istes möglich, das Gesundheitssystem nach denselben Managementprinzipien zu steuern wie einen Betrieb mit seinen verschiedenen Abteilungen und auch seinen durchaus unterschiedlichen, wenn nicht gar widersprüchlichen Interessenlagen? Der Gedanke erscheint verlockend, und wir haben es ja auch mit spezifischen Strukturen, Prozessen und Ergebnissen zu tun. Allerdings melde ich hier Zweifel an, selbst wenn wir mittlerweile über Ziele und strategische Vorgaben verfügen und eine Vielzahl von Mitarbeiter/innen im System Beschäftigung finden. Allein schon die Frage, wer eigentlich die Führung im System ausübt, bestärkt diese Zweifel noch. Der Verweis auf das Bundesgesundheitsministerium oder die Gesundheitsministerkonferenz der Länder kann nicht überzeugen. Weder das eine, noch die andere kann eine Führungsposition so ausfüllen wie eine Führungsmannschaft eines Betriebes. Wenn das Bild erlaubt ist: zu viele verschiedene Köche rühren den Brei.

Herr Jordan und andere Referenten in unseren Workshops haben plastisch geschildert, wie inkohärent sich das Nebeneinander von Körperschaften des öffentlichen Rechtes, der Selbstverwaltung, der Kompetenzaufteilung zwischen Bund, Ländern und Kommunen auswirkt. Es mag sein, dass alle an einem Strang ziehen, doch der Zug geht nicht in dieselbe Richtung. Es geht um widerstreitende Interessen und um Besitzstandswahrung, und wenn eines die Akteure eint, so ist es die Überzeugung jedes Einzelnen, dass alle anderen sich bewegen müssten, bevor die Reihe an ihm sei. Trotz der im internationalen Vergleich eher bescheidenen Ergebnisse ist man geneigt, das, was über die Jahre gewachsen ist, für die beste aller Möglichkeiten zu halten und es der staunenden Öffentlichkeit so zu verkaufen.

Dabei ist der Reformbedarf unübersehbar. Fraglich ist nur, wie sich dieses System aus sich selbst heraus so verändern kann, dass alle Sekundärprozesse den Primärprozess des Helfens, Heilens und Pflegens optimal unterstützen. Hierum wird man eine intensive Debatte

führen müssen, die sich nicht scheut, Blockierer und Verhinderer von Reformen auf den Prüfstand zu stellen. Herr Jordan hat vorgeschlagen, dass auch die Rolle und der Stellenwert der Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft werden sollte, weil er als Politiker bei der Gesundheitsreform schlechte Erfahrungen gemacht hat. Vor einiger Zeit hätte ich ihm unbezweifelnd zugestimmt. Heute habe ich Zweifel, ob es sinnvoll und nützlich ist, eine Institution mit einer solchen Geschichte und Bedeutung rigoros zu beschneiden, weil ich fürchte, die Auswirkungen einer solchen Veränderung nicht genügend prognostizieren zu können.

Vielleicht bemerken sie es schon an meiner zögerlichen Argumentation an dieser Stelle, dass auch ich Ihnen nicht den großen Wurf anzubieten habe. Ich kann Ihnen leider keinen simplen und bestechenden Vorschlag unterbreiten, wie sich das Gesundheitssystem aus sich heraus reformieren könnte und wer dabei welche Rolle spielen sollte. Gleichwohl möchte ich das Pult nicht verlassen, ohne Ihnen zwei Anregungen zu geben, die ich (nicht nur) aus diesem Projekt gewonnen habe. Es sind bescheidene Ansatzpunkte, wie wir vielleicht doch zu einer internen Modernisierung des Gesundheitswesens gelangen können.

Erstens: Wir müssen mehr Möglichkeiten finden, das Institutionensystem des Gesundheitswesens so zu aktivieren, dass Motivationen für andere Verhaltensweisen entstehen und zwar für Verhaltensweisen die der Qualitätsverbesserung verpflichtet und auf die Unterstützung der Primärprozesse im Gesundheitswesen ausgerichtet sind.

Prof. Lauterbach hat im Krankenhaus-Report 2000 Wirkungsmechanismen von Qualitäts-sicherungsmaßnahmen gegenübergestellt, wie sie in der nachstehenden Tabelle verzeichnet

	Wettbewerb	Regulierung	Selbstmotivation
Intensität des Anreizes	Anreiz verliert Wirkung nicht	Anreiz wirkt nur bis zur Erreichung eines Mindeststandards	Anreiz verliert Wirkung nicht
Benchmark	Konkurrierende Leistungserbringer	Gesetzgeber	Kollegen, andere Leistungserbringer
Kontrollmaßnahmen	Kontrolle durch Markt	Externe Kontrolle nötig	Kontrolle durch Kollegen
Verbreitung	Umsetzung gemäß Marktkonstellation	Flächendeckende Umsetzung	Freiwillige Umsetzung
Schadensabwendung	Kein kurzfristiger Schutz vor Minderqualität	Guter Schutz vor Minderqualität	Kein Schutz vor Minderqualität
Sanktionierung	Finanzielle Sanktionen	Formale Sanktionen	Meist informelle Sanktionen

sind. Aus meiner Sicht ist diese Aufstellung sehr hilfreich. Beim näheren Nachdenken würde ich sie allerdings gern um einen weiteren Aspekt ergänzen, der in unserem Benchmarkingprojekt eine große Rolle gespielt hat, nämlich um den Aspekt der Selbststeuerung. De-

ses Projekt hat überzeugend belegt, dass die Einführung von Qualitätsmanagement und Benchmarking in Betrieben nicht nur die Selbstmotivation der Beteiligten erhöht, sondern sie darüber hinaus ihre Fähigkeit zur Selbststeuerung nachhaltig verbessert. Wenn sich die Akteure ihre Selbststeuerungsfähigkeit erhöhen und sich zugleich auf die im einem breit angelegten Konsensprozess verabschiedeten Ziele des Gesundheitswesens verpflichten, so kann hieraus die Hoffnung erwachsen, dass selbst verkrustete Strukturen des Gesundheitssystems aufgeweicht und überwunden werden können. Dieses setzt etwas voraus, was ich Ihnen als meinen zweiten Punkt zur Reform des Gesundheitswesens aus sich selbst vorschlagen möchte.

Zweitens: wir müssen Wissensmärkte über das Gesundheitssystem systematisch schaffen und pflegen. Wir brauchen ein solide empirisch generiertes und systematisch nach strategischen Gesichtspunkten aufbereitetes Wissen über Leistungen und Kosten, über Einrichtungen und Institutionen, über Akteure und Nutzer des Gesundheitssystems. Dieses Wissen schließt systematische Vergleiche ein, um besonders gute Ergebnisse zu ermitteln und die Wege, die zu ihnen geführt haben – mit dem Ziel, die Erkenntnisse für Lernprozesse zu nutzen. In nahezu allen Workshops, die wir im Rahmen dieses Projekts ausgerichtet haben, wurde der Mangel an Transparenz des Gesundheitssystems beklagt. Bei diesen Klagen allein darf es nicht bleiben. Was das Informations- und Wissensmanagement angeht, können wir viel von anderen Ländern lernen, zum Beispiel von England. Dort ist es allen Interessierten viel leichter möglich, an Leistungsergebnisse zum Beispiel von Krankenhäusern zu gelangen, und selbst Prozessdaten werden veröffentlicht. Von dieser Vision sind wir noch meilenweit entfernt.

Es ist Aufgabe der Politiker und der Kostenträger sowie der Verantwortlichen in den Institutionen und Verbänden, durch spezifische Steuerungsimpulse dafür zu sorgen, dass die Motivation für ein umfassendes Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen gefördert und aufrechterhalten wird. Dieses setzt die Transparenz des Leistungsgeschehens und der Kosten in allen Bereichen und auf allen Ebenen voraus. So verstanden und gewendet, könnten das Finanzieren und das Steuern im Gesundheitswesen die Primärprozesse im Gesundheitswesen optimal unterstützen. Aus Bürokraten würden „Befähiger“ im Sinne des EFQM-Modells, die bessere Ergebnisse im Gesundheitswesen ermöglichen. Niemand mehr würde sie für „just another brick in the wall“ halten.