

1 Versorgungsprozesse im ambulanten Gesundheitssystem in Deutschland

Die Behandlungs- und Versorgungsprozesse im ambulanten Gesundheitssektor in Deutschland sind in vielen Fällen geprägt durch das arbeitsteilige Zusammenwirken mehrerer unterschiedlicher Leistungserbringer. Diese sind regelmäßig organisatorisch, wirtschaftlich und rechtlich selbständigen Unternehmen und Einrichtungen zugeordnet. Neben dem klassischen Fall des Zusammenwirkens von niedergelassenen Haus- und Fachärzten mit den Krankenhausärzten und Pflegekräften gilt dies auch für die gesundheitliche Versorgung von Heimbewohnern durch Pflegekräfte, niedergelassene Haus- und Fachärzte und heimversorgende Apotheker. Das interprofessionelle Zusammenwirken erfordert in diesen Fällen die Kooperation über die Grenzen der eigenen Organisation hinaus.

Um die jeweils interne Ablauforganisation mit einer potentiellen, organisationsübergreifenden Ablauforganisation abzustimmen, muss jeder beteiligte Leistungserbringer ein Verständnis von den übergreifenden Abhängigkeiten und Abläufen entwickeln. Als betriebswirtschaftliches Instrument für diese Managementaufgabe hat sich international die prozessorientierte Betrachtung betriebsinterner Wertschöpfungsketten als Element organisationsübergreifender Wertschöpfungs-systeme durchgesetzt [1]. Die Übertragung dieses Instruments auf die Gesundheitsversorgung gestaltet sich einerseits in der betriebswirtschaftlichen Optimierung problematisch und hat andererseits auch die damit verbundenen ethischen, sozialen und regulatorischen Besonderheiten des jeweiligen Landes zu berücksichtigen. Deutschland ist diesbezüglich durch das beitragsfinanzierte staatliche Sozialversicherungssystem, das Sachleistungsprinzip, das in Versorgungssektoren gegliederte Vertragssystem der gesetzlichen Kassen und die starke Regulierung durch Bundes- und Landesgesetzgebung sowie quasigesetzliche Richtlinien und Normverträge der gemeinsamen Selbstverwaltung geprägt. Die Bedeutung einer organisationsübergreifenden Leistungskoordination wurde hier vergleichsweise spät erkannt und beschränkte sich zunächst auf gesundheitspolitische Forderungen nach einer interdisziplinären Kooperation [2-8] und Hinweisen auf die wachsende Bedeutung einzelner Modellprojekte [5]. Wichtige Impulse für die Umsetzung dieser Forderungen gaben die internationalen Erfahrungen mit der Übertragung integrierter Managementsysteme auf

die Steuerung der medizinischen Versorgung mit dem Ziel, sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit zu verbessern („managed care“). Zunächst im marktwirtschaftlich strukturierten US-amerikanischen Gesundheitssystem entwickelt, später in Ansätzen auch in Großbritannien, den Niederlanden und der Schweiz erprobt, flossen Managed-Care-Elemente auch in die deutsche Gesundheitspolitik ein. So gab es zahlreiche Initiativen des Gesetzgebers und der Selbstverwaltungsorgane der Verbände des Gesundheitswesens, die sich etwa auf das Schnittstellenmanagement [4; 9; § 11 Abs. 4 SGB V], die stärkere interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Kooperation [6], die sektorenübergreifende Versorgung (Modellversuche, Integrierte Versorgung, Besondere Versorgung, § 114 SGB V), und die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung [11] richteten.

Über lange Zeit sind diese Ansätze jedoch – soweit sie nach Wegfall der Finanzierungsanreize nicht vollständig eingestellt wurden – weitgehend Insellösungen geblieben und beginnen erst allmählich die Desintegration der Funktionen der Leistungserbringung als Hauptdefizit der Gesundheitsversorgung in Deutschland signifikant zu beeinflussen [12]. Ein Beispiel bilden die strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, §§ 137f und g SGB V), die mit ihren Vorgaben zum sektoren- und professionsübergreifenden Krankheitsmanagement zur Verbesserung des Behandlungsablaufs und der Qualität der medizinischen Versorgung von chronisch Kranken beigetragen haben und daher weiterentwickelt werden (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, 2015). Sie beschränken sich jedoch auf die definierten Behandlungspfade einer begrenzten Zahl ausgewählter Krankheitsbilder und lassen die organisationsübergreifende Zusammenarbeit weitgehend unberührt [13]. Bezogen auf die Regelversorgung und den Versorgungsalltag ist jedoch weiterhin in vielen Bereichen eine fragmentierte Leistungserbringung anstatt einer integrierten Versorgung über die gesamte Behandlungskette zu konstatieren [14; 15; 16]. Zu den hierfür diskutierten Gründen gehört insbesondere die fehlende gemeinsame Perspektive der kooperierenden Leistungserbringer auf den organisationsübergreifenden Gesamtprozess der Patientenversorgung.

Diese Spezifik trifft unter anderem auf den Medikationsprozess für Patienten in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zu, der der Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist. Für die Prozessanalyse werden die separierten Leistungserstellungsprozesse der involvierten Leistungserbringer zu einem Wertschöpfungsprozess zusammengeführt.

In dem Kontext werden die folgenden Forschungsfragen gestellt:

1. Welche Optimierungsansätze ergeben sich aus der Definition und der Analyse des Wertschöpfungssystems - Medikationsprozess für Patienten in der stationären Langzeitpflegeeinrichtung?
2. Sind diese Optimierungsansätze vom Grundsatz her auf die Leistungserstellung im ambulanten Gesundheitswesen übertragbar?

Ausblick auf die vorliegende Arbeit

In Kapitel 2 werden die Durchführung und die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche vorgestellt. Dadurch wird eine Forschungslücke im Bereich der strukturierten Analyse des organisationsübergreifenden, interdisziplinären Medikationsprozesses für Patienten in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen belegt.

Kapitel 3 beschäftigt sich inhaltlich mit der Darstellung der methodischen Vorgehensweise in dieser Arbeit. Das Forschungsdesign orientiert sich im Ablauf an den Vorgaben einer strukturierten Prozessanalyse und wird um die Prozessgestaltung ergänzt. Letztere hat die Prozesswürdigung und die Gestaltung einer möglichen Sollkonzeption zum Ziel. Die Datenerhebung erfolgte in Form einer multizentrischen Querschnittsanalyse in insgesamt achtzehn Organisationen des ambulanten Gesundheitssektors in Deutschland. Zum Einsatz kommt ein Multi-Methoden-Mix.

Die Forschungsergebnisse zur Prozessauswahl, Prozesserhebung, Prozessdokumentation und Prozessvisualisierung werden in Kapitel 4 dargestellt. Mit der Betrachtung der Mesoebene aus Patientensicht werden einzelne, definierte Leistungserstellungsprozesse zu einem Wertschöpfungssystem - Medikationsprozess - zusammengeführt. Dieses System wird definiert und mittels Experteninterviews und flankierenden Instrumenten erhoben und visualisiert. Das Ergebnis steht in Form eines isomorphen Prozessmodells auf mehreren Ebenen zur weiteren Analyse Verfügung.

Im Fokus des 5. Kapitels steht die Prozessanalyse. Das Kapitel beginnt mit einer rechtlichen Analyse der Kooperations- und Kommunikationspflichten der involvierten Leistungserbringer. Die umfassenden Pflichten werden dargestellt. Weiterhin werden die Art und Intensität interdisziplinärer Interaktionen untersucht. Die Vielzahl der Schnittstellen belegt einen reziproken Prozessverlauf, der

auch durch die verhältnismäßig hohe Anzahl der kommunikativen Tätigkeiten gestützt werden kann. Weitere Tätigkeiten im Prozessverlauf werden der Dokumentation, der Logistik und der medizinischen Versorgung am Patienten zugeordnet.

Die Auswertung problembehafteter Tätigkeiten führt zur Definition prozessrelevanter Schwachstellen. Zehn sektorenübergreifende, multiprofessionelle und monoprofessionelle Schwachstellen werden beschrieben und durch ein wertschöpfungsorientiertes Benchmarking mit ersten Lösungsansätzen ergänzt.

Die Schnittstellen-, Tätigkeiten- und Schwachstellenanalyse belegen zum einen die Relevanz der interprofessionellen Kooperation und Kommunikation zwischen den involvierten Leistungserstellern. Zum anderen werden Defizite in der Interaktion im Versorgungsprozess erkennbar.

Diese strukturellen Probleme werden im Rahmen der Prozessgestaltung in Kapitel 6 aufgegriffen. Die Ergebnisse der Prozessanalyse werden unter dem Gesichtspunkt der Versorgungskontinuität betrachtet. Auf Basis definierter Managementtheorien wird eine mögliche Sollkonzeption für die Prozess- und die Organisationsstruktur abgeleitet und begründet. Auf Grund der aktuellen Gesundheitslage (COVID-19-Pandemie) wird an dieser Stelle auch ansatzweise das Thema Digitalisierung aufgegriffen.

Die Diskussion in Kapitel 8 greift die Methodik und die Ergebnisse auf. Limitationen und Implikationen für Wissenschaft und Wirtschaft werden skizziert sowie der Mehrwert dieser Arbeit für das Wertschöpfungssystem Medikationsprozess für Patienten in der stationären Langzeitpflegeeinrichtung als auch für das ambulante Gesundheitswesen dargestellt. Die Arbeit schließt mit einem Fazit (s. Kapitel 8).

2 Stand der Forschung

2.1 Systematische Literaturrecherche

Um eine Übersicht über bereits publizierte Aspekte zum Medikationsprozess für Bewohner stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen zu erhalten, wurde eine systematische Literaturrecherche [17; 18] durchgeführt. Durchsucht wurde die für das Gesundheitswesen relevante Datenbank PubMed, die auch MedLine einbezieht. Eingesetzt wurden die Mesh-Terms „Medication therapy management AND nursing home“ in Verbindung mit „workflow“ und synonym „process model“. Weitere Einschränkungen wie ein Veröffentlichungsdatum oder eine Eingrenzung der Sprache wurde nicht vorgenommen. Das Ergebnis waren 11 Artikel, von denen nach einer ersten Durchsicht lediglich einer als relevant eingestuft werden konnte.

Um auszuschließen, dass die Suche zu eng gewählt war, wurde die Recherche erweitert. Diesmal wurden folgende Mesh-Terms zum Suchbegriff „Medication therapy management AND Patient care team“ verbunden. Bei dem Begriff „Patient care team“ handelt es sich zwar um eine vorgreifende thematische Suche, jedoch wurde angenommen, dass über die besondere Situation der Teamarbeit im ambulanten Gesundheitssektor auch weitere Inhalte zum Medikationsprozess ausfindig gemacht werden könnten. Eine weitere Einschränkung mit dem Suchbegriff „inpatient long-term care“ wurde auf Grund der starken Ergebnisreduktion ohne inhaltliche Relevanz verworfen. Inkludiert wurden somit alle wissenschaftlichen Publikationen ohne Beschränkung des Veröffentlichungsdatums.

Die Recherchen ergaben insgesamt 1023 Treffer. Potentielle Publikationen abseits vom englischen Sprachraum konnten im französischen, koreanischen und im deutschen Sprachraum, jedoch überall nur in sehr geringer Zahl (≤ 5) gefunden werden. Inkludiert wurden englische und deutsche Veröffentlichungen. Die räumliche Verortung konzentriert sich damit hauptsächlich auf Forschungsstandorte in Europa und Amerika.

Für die Auswahl der relevanten Publikationen wurden folgende Hauptkriterien festgelegt, von denen ein Artikel mindestens ein Kriterium erfüllen muss, um relevant zu sein:

1. Definition, Beschreibung oder grafische Darstellung eines Medikationsprozesses
2. Prozessanalyse oder Ergebnisse einer Prozessanalyse zur Medikation in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung
3. Die Darstellung der interprofessionellen Teamarbeit im Rahmen des Medikationsmanagements im Gesundheitswesen

Abb. 1 dokumentiert den Ablauf der Recherche. Nach Abzug der Duplikate und der Texte aus exkludierten Sprachräumen wurden 989 Titel auf Relevanz geprüft und anschließend 341 Abstracts nach den oben genannten Kriterien bewertet. Der Volltext der verbliebenen 202 Publikationen wurde geprüft und im Ergebnis 74 relevante Artikel identifiziert.

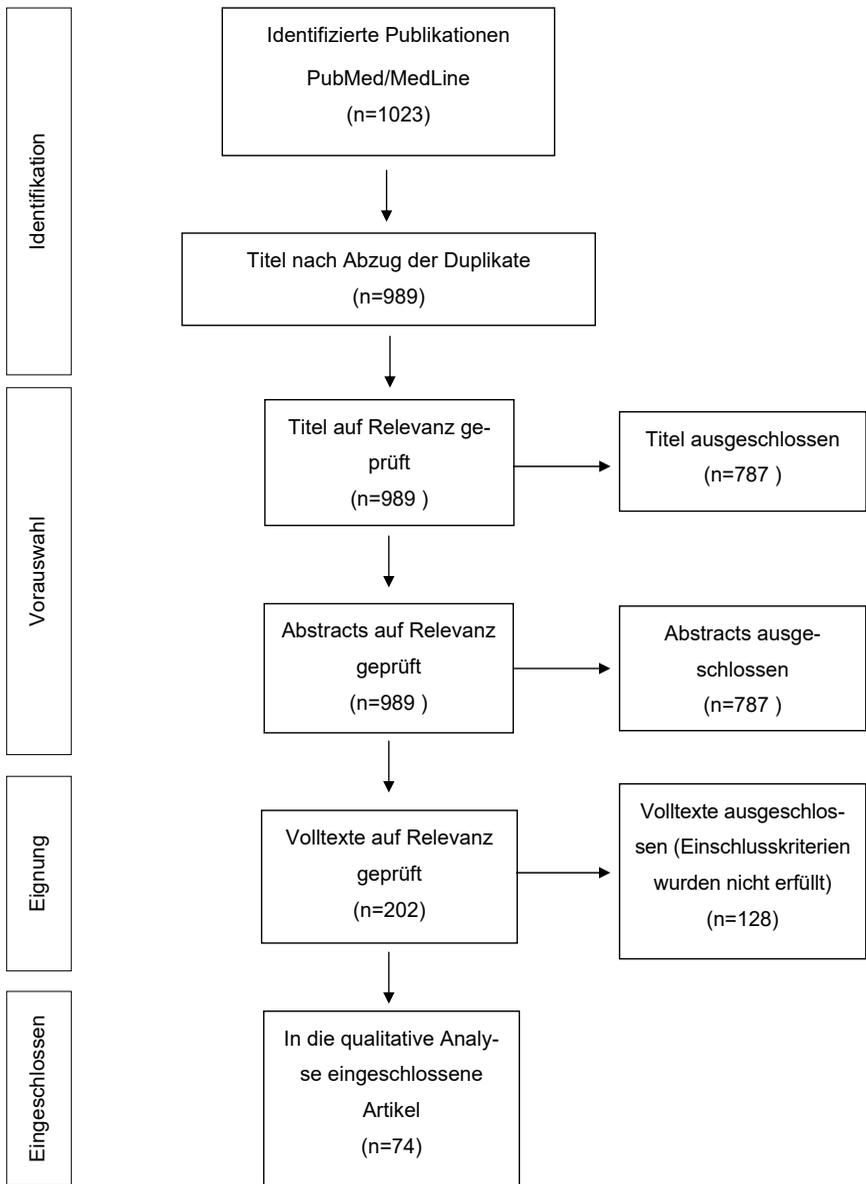


Abb. 1 PRISMA-Darstellung der Literaturrecherche (eigene Darstellung)

2.2 Auswertung und Ergebnisse der Literaturrecherche

Die 74 relevanten Publikationen wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [19] analysiert. Das deduktive Vorgehen zur Textanalyse orientierte sich an folgenden Kategorien:

- a) Beschreibung des Medikationsprozesses
Werden Erhebungsmethoden und Instrumente dargestellt? Gibt es Definitionen oder Beschreibungen von Arbeitsabläufen, etc.? Ein Beispiel findet sich bei Qian & Yu [vgl. Tabelle 1, Nr. K¹³⁹].
- b) Beschreibung der Rolle einzelner Akteure im Medikationsprozess
Gibt es Rollen- oder Aufgabenbeschreibungen im Medikationsprozess für Akteure (Arzt, Apotheker und Pflegefachkraft). Die Beschreibung einzelner Rollen kann das Bild festigen [vgl. Di Palo & Kish, Tabelle 1, Nr. K4].
- c) Beschreibung einer interdisziplinären/kollaborativen Teamarbeit
Gibt es Beispiele für die Zusammenarbeit über Professions-, Abteilungs- bzw. Organisationsgrenzen hinweg? Werden Hindernisse dargestellt oder Gründe dafür, warum ein bestimmter Akteur ins Team geholt wird [vgl. Hunter et al., Tabelle 1, Nr. K71]?
- d) Beschreibung einer interdisziplinären/kollaborativen Kommunikationsstrategie
Gibt es Teamkommunikation oder eine Strategie um diese in definierten Settings zu ermöglichen? Gibt es Hindernisse, die die Teamkommunikation erschweren bzw. verhindern [vgl. Liu et al., Tabelle 1, Nr. K44]?
- e) Beschreibung eines Modells eines interdisziplinären/kollaborativen Teams in einem anderen Setting
Werden erfolgreiche, interprofessionelle Teams beschrieben? Sind die Versorgungsmodelle bzw. Patientenpopulationen übertragbar [vgl. Irons et al., Tabelle 1, Nr. K49; Martín-Calero MJ et al., Tabelle 1, Nr. K68]?

¹ Das K vor den Zahlen deutet auf die Quellen in der Kriterientabelle hin.