

Kooperationsmodelle für Krankenhäuser (Dr. Christa Weßel)

Hausarbeit im Fach *Krankenhausbetriebslehre, betriebliche Planung und Management im Gesundheitswesen*, Prof. Dr. Joachim Baumgarten

Studiengang Public Health an der Technischen Universität Berlin

WS 1999 / 2000, Berlin, Dezember 1999

Inhalt

Ausgangslage	1
Kooperation	1
Horizontale Kooperation zwischen Krankenhäusern	2
Vertikale Kooperation: Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte	3
Vertikale Kooperation: Krankenhäuser und Pflege	4
Kooperation mit und innerhalb von non-profit Organisationen	4
Vorteile und Gefahren von Kooperation	4
Am Patienten und am "Fall" orientierte Kooperation - Ausblick	5
Literatur	5

Ausgangslage

In Deutschland, bzw. Berlin liegt die durchschnittliche Akutbettenzahl / 1000 Einwohner deutlich höher als im europäischen Durchschnitt [Düllings 1999]. Diagnostik- und Therapieverfahren, die noch vor zehn oder fünfzehn Jahren stationär durchgeführt wurden, können heute ambulant, teilstationär oder tagesklinisch durchgeführt werden. Die Auslastung von Kapazitäten im Diagnostik und Therapiebereich ist ein Kriterium einer wirtschaftlichen Krankenhausführung [vgl. Mellmann 1999].

In Zeiten sinkender finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen und mit zunehmenden Focus auf den Patient und die Qualität der Leistungserbringung, bewirkt auch durch den steigenden Wettbewerbsdruck zwischen den Leistungserbringern, werden Modelle kooperierender Leistungserbringung und die Erschliessung neuer Leistungsfelder immer wichtiger [o.V. 1999a; Pföhler 1999; Sobhani, Kersting 1999].

So sind die Motive Profilierung und Wirtschaftlichkeit treibende Faktoren bei der Suche nach und Einführung von Kooperationsmodellen für Krankenhäuser.

Ziel dieser Arbeit ist es, einige Kooperationsmodelle für Krankenhäuser aufzuzeigen und sich mit ihnen auseinander zu setzen.

Kooperation

Kooperation (Zusammenarbeit) ist eine Form des unternehmerischen Zusammenschlusses, bei der die rechtliche und wirtschaftliche Selbständigkeit der Beteiligten erhalten bleibt. Sie kann "horizontal", das heisst zwischen Unternehmen gleicher Art (z.B. Krankenhäusern) und "vertikal", das heisst zwischen Unternehmen in einer Produktions- oder Dienstleistungskette erfolgen [Peters 1994]. Dies wären z.B. Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern.

Für **horizontale** Kooperationen kommen andere Krankenhäuser gleicher oder anderer Grösse in Betracht.

Vertikale Kooperationspartner können sein

- niedergelassene Ärzte
- Pflegeeinrichtungen
- Physiotherapie etc.
- Psychosoziale Leistungserbringer
- Rehabilitationseinrichtungen

Diese können ambulante oder stationäre, bzw. teilstationär oder tagesklinisch erbrachte Leistungen anbieten [vgl. Doerfert, Sadowski, Latz 1999; Pföhler 1999; Schwarz, Harms 1997; Sobhani, Kersting 1999].

Die Beteiligten selbst sollen **Nutzen** aus der besseren Positionierung am Markt ziehen. Weiterer Nutzniesser kann der Patient sein. Insbesondere vertikale Kooperationen können zu einem verbesserten Behandlungsablauf führen, der die Belange des Disease Management und Managed Care berührt, die weiter im Ausblick behandelt werden. Auch Kostenträger und Kommunen, bzw. die Bundesländer können auf lange Sicht aus einer grösseren Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer Nutzen ziehen [vgl. Mellmann 1999; Pföhler 1999].

Wie oben schon ausgeführt kann Kooperation horizontal und vertikal erfolgen. In beiden Bereichen kann die Kooperation auf verschiedenen **Gebieten** angesiedelt sein.

Im allgemeinen werden diese nach folgenden Aspekten unterschieden [vgl. Spira 1999]:

- Management / Strategie
- Technik / Logistik
- Administration / Personaleinsatz
- medizinischer Bereich
- Patient / Fall

Zunächst stellt sich für das Management eines Krankenhauses die Frage der **strategischen Ausrichtung**. Wie eng oder weit will ich welche Kooperation anstreben? Welche Partner gibt es in welchem Umkreis? Will ich lediglich meine Verhandlungsposition als Einkäufer stärken? Will ich mich in der Versorgungskette von Patienten spezialisieren und / oder eng verzahnen? Welchen Nutzen verspreche ich mir von der gewählten Form? Welche Nachteile oder Beschränkungen können entstehen?

Im folgenden werden einige Beispiele von Kooperationen für unterschiedliche Partner beschrieben.

Horizontale Kooperation zwischen Krankenhäusern

In Deutschland können sich Krankenhäuser regional oder überregional als **Einkaufsverbund** zusammen schliessen. Indem sie bis zu fünfundzwanzigtausend Betten "vertreten", gewinnen sie gegenüber Anbietern von technischen Geräten, Betten, Pharmazeutika und Dienstleistungen - um einige Aspekte exemplarisch zu nennen - eine starke Verhandlungsposition. Dadurch erhalten sie eher günstige Preise und gute Service- und Wartungskonditionen [o.V 1999c; Spira 1999].

Der nächste Schritt kann für diese Bereiche eine gemeinsame Logistik sein. So planen fünf bayerische Kliniken im Raum München gemeinsam ein regionales Logistikzentrum einzurichten [o.V 1999c].

Service und Wartung im Bereich der Haustechnik [Spira 1999] und andere Dienstleistungen, z.B. Wäsche oder Catering, können Krankenhäuser **für einander** ausführen.

In den **medizinischen Bereichen** werden Apothekenleistungen, Laborleistungen und andere diagnostische Leistungen in Kooperation erbracht. Das kann heissen, ein Krankenhaus hält die Apotheke für die Partner bereit. Eines erbringt spezielle Labordiagnostik für andere [vgl. Pföhler 1999; Spira 1999].

Diagnostische Leistungen, an denen der Patient beteiligt ist, z.B. in der Radiologie, Nuklearmedizin oder der kardiologischen Diagnostik, verlangen auch organisatorisch eine höhere Koope-

ration als die bisher angeführten Beispiele. Kürzere Wege und grössere Flexibilität in der kurzfristigen Terminplanung können hier eher für eine vertikalen Kooperation mit niedergelassenen Ärzten sprechen.

Ein Beispiel für eine weitergehende medizinische Kooperation zwischen zwei Krankenhäusern sind auf dem Gebiet der kardiologischen und herzchirurgischen Therapie die Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim und die Klinik für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie des Universitätsklinikums Frankfurt. Ihr Ziel ist es, in der Rhein-Main-Region und Süd- und Mittelhessen die kardiologischen und herzchirurgischen Versorgung abzudecken und dabei effizient und effektiv zusammen zu arbeiten [o.V. 1999b]. Hier stellt sich am Rande die Frage: gibt es noch andere Kliniken in dieser Region, die diese Versorgung erbringen? Wenn ja, liegt die Vermutung nahe, dass es hier zu einer Verdrängung kommen könnte. In dieser Kooperation wollen die beteiligten Krankenhäuser auch auf den Gebieten **Forschung** und **Aus- und Weiterbildung** ihres Personals zusammen arbeiten.

Dies leitet über zu der Möglichkeit des **“Personal-Sharing”**. So können Chefärzte, wie im Fall der Heidelberger und Mannheimer Kinderchirurgie [Pfähler 1999], Abteilungen in Personalunion führen. Assistenzärzte können im Rahmen ihrer Weiterbildung Abteilungen wechseln (“Rotation”). Es ist denkbar, Mitarbeiter aller im Krankenhaus vertretenen Berufsgruppen bei Bedarf oder planmässig in einem kooperierenden Krankenhaus einzusetzen. Hier müssen vertragliche Regelungen vorliegen, z.B. “Ausleihen gegen Entschädigung”.

Vertikale Kooperation: Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte

Niedergelassene Ärzte sind hinsichtlich der “Kundengewinnung”, sprich der Zuweisung und Nachbetreuung von Patienten, die wichtigsten Kooperationspartner eines Krankenhauses. Weiter gefasst kann man auch den niedergelassenen Arzt als Kunde des Krankenhauses betrachten, da er über den “Kauf” der Leistung Patientenversorgung entscheidet.

Verschiedene Literaturstellen [Doerfert, Sadowski, Latz 1999; Sobhani, Kersting 1999], Gespräche mit Mitarbeitern verschiedener Krankenhäuser aus der Administration und Ärzten aus dem stationären und niedergelassenen Bereich und eigene Erfahrungen zeigen, dass gerade in der Kooperation, die eine gute **Kommunikation** erfordert, deutliche Probleme und Empfindlichkeiten auftreten können. Gemeint ist damit vor allem die Kommunikation der Ärzte untereinander.

So fühlen sich niedergelassene Ärzte in ihren Therapieregimes durch die Änderung von medikamentösen Therapien im Krankenhaus übergangen oder durch die Verordnung teurer Medikamente belastet. Oft bestehen Informationsdefizite durch unzureichende oder zu spät eintreffende Arztbriefe oder mangelhafte (telefonische) Rücksprache.

Je nach angestrebten Umfang sind verschiedene Stufen der Kooperation möglich. Zunächst muss die Kommunikation auf eine solide Grundlage gestellt werden. **Zuweisende und nachbetreuende Ärzte** können in gemeinsamen Fortbildungen, die regelmässig etabliert werden sollten und Zirkelcharakter gewinnen können, integriert werden. Die tägliche Kommunikation muss durch ein zeitnahes Informationsregime sicher gestellt werden. Der Arzt- und bei Bedarf Pflegebericht sind bei Entlassung fertig und werden dem Patienten, bzw. seinen Angehörigen bei Entlassung ausgehändigt. Es gibt klare Zuständigkeiten. Der behandelnde Arzt im Krankenhaus sucht das Gespräch zum betreuenden Niedergelassenen, z.B. nach einer Notaufnahme. Der betreuende ambulant tätige Arzt kann ohne Verzögerung feststellen, wer sein zuständiger Gesprächskollege im Krankenhaus für ihren gemeinsamen Patienten ist [vgl. Doerfert, Sadowski, Latz 1999; Mellmann 1999].

Eine weitere Möglichkeit ist die Einrichtung, bzw. Vermietung von **Praxen im Krankenhaus**. Dies kann in schon vorhanden Räumen sein, wie die Etablierung einer Radiologischen Praxis in der Röntgenabteilung, oder die Errichtung neuer Bereiche, wie eine Kurzliegerstation. Diese kann für als **Belegärzte** operierende Ärzte Anreiz sein, mit dem Krankenhaus zu kooperieren, und Operationsbereiche oder auch Praxisräume zu mieten. Eine Kurzliegerstation kann darüber hinaus auch von eigenen konservativen, vor allem aber chirurgischen Disziplinen des Hauses sinnvoll genutzt werden und zu einer Entlastung der auch am Wochenende betriebenen Normalstation führen [vgl. Mellmann 1999; Pföhler 1999].

Die Zusammenarbeit von Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten in der **Notaufnahme**, wie sie z.B. Sobhani und Kersting (1999) beschreiben, soll hier nur erwähnt werden. Seit einigen Jahren gibt es in verschiedenen Modellen in Berlin Bemühungen, in diesem Bereich eine engere Zusammenarbeit zu gestalten.

Vertikale Kooperation: Krankenhäuser und Pflege

Die Verweildauer multimorbider und / oder älterer pflegebedürftiger Menschen im Krankenhaus ist oft erheblich länger als die unmittelbare klinische Diagnostik und Therapie erfordert [Schwarz, Harms 1999]. Auch ist denkbar, dass sie aus nicht unmittelbar medizinisch erforderlichen Gründen, sondern eher unter pflegerischen Aspekten in einer Akutklinik aufgenommen werden. Als wesentliche Ursache wird dabei die mangelhafte Verzahnung und / oder Überleitung vom Krankenhaus zur stationären oder häuslichen Pflege identifiziert. Daher gibt es z.B. in Berlin im Auguste-Viktoria-Krankenhaus das Modell **Sozialvisite und Übergangspflege** [Schwarz, Harms 1999]. In einem über mehrere Jahre angelegten Projekt wurde ein Netz geknüpft, durch das eine nahtlose Betreuung dieser Patienten möglich wurde. Ziele sind dabei die qualitativ bessere Versorgung der Patienten und die Vermeidung von Erst- oder Wiederholungseinweisungen, die nicht auf eine Krankenhaus spezifische Behandlung abzielen.

Auch in diesem Fall berichten die Autorinnen, dass die Kommunikation innerhalb des Krankenhauses und zu den Kooperationspartnern, vor allem über Berufsgruppen hinweg, eine entscheidende Bedingung für die Machbarkeit ist.

Kooperation mit und innerhalb von non-profit Organisationen

Durch den Abbau von Betten einerseits und durch spezielle Nutzungsarten andererseits werden Räume in Krankenhäusern nicht in dem Masse genutzt, in dem es denkbar wäre. Frei werdende Stationen sind theoretisch in Seminar- und Büroräume wandelbar. Einrichtungen der Physiotherapie oder Ergotherapie werden in den Abendstunden in der Regel nicht vom Krankenhaus genutzt.

Diese **Räume und Einrichtungen** können an non-profit Organisationen, z.B. Sportvereine, Selbsthilfegruppen oder kommunale Einrichtungen, wie Beratungsstellen, vermietet werden. Spezielle Angebote dieser Organisationen, wie Rückenschulen oder Herzgruppen könne auch personell vom Krankenhaus unterstützt werden.

Diese Vermietungen und vor allem die **personellen Kooperationen** sind vielleicht nicht unmittelbar wirtschaftlich. Jedoch spricht für die Durchführung solcher Aktionen, dass die Fixkosten für die Räume sowieso bestehen und die darüber hinaus entstehenden Kosten zwar nicht direkt aufzuwiegen sind, dass aber der Imagegewinn und die Bürger- und Patientenbindung für diese Massnahmen sprechen.

In gemeinsamen **Kurs- und Vortragsreihen** können Bezüge zum Leistungsprofil des Krankenhauses hergestellt werden, z.B. Rückenschule und Neurologie [Krankenhausleitung des Auguste-Viktoria-Krankenhaus 1999].

Beispiel für die Arbeit innerhalb einer non-profit Organisation ist die Arbeit des Auguste-Viktoria-Krankenhauses Berlin als Gesundheitsförderndes Krankenhaus im Netzwerk **Health Promoting Hospitals** der WHO [Redaktionsanmerkung zu Schwarz, Harms 1997; Krankenhausleitung des Auguste-Viktoria-Krankenhaus 1999].

Vorteile und Gefahren von Kooperation

Aus den angeführten Aspekten und Beispielen gehen schon einige der denkbaren Vorteile hervor. Die Wirtschaftlichkeit, der sinnvolle Umgang mit den eigenen Ressourcen kann z.B. durch die Bildung von Einkaufsverbänden verbessert werden.

Neue Märkte, soll heissen neue Patientengruppen, können gewonnen werden durch die Kooperation mit niedergelassenen Ärzte in der Umgebung oder auf dem eigenen Areal (Stichwort: Belegärzte, Praxen).

Durch eine Verbesserung der Kommunikation und Kooperation im Bereich von Forschung, Aus- und Weiterbildung kann die Arbeitszufriedenheit und somit die Leistung der Mitarbeiter gehoben werden

Eine verbesserte Kommunikation und Kooperation nach aussen dient zur Imagepflege, der "Kundenbindung" und dem Marketing.

Als mögliche Nachteile oder Gefahren sind verschiedene Aspekte denkbar, die hier als hypothetische Annahmen angesprochen werden sollen.

Eine enge Verzahnung kann zur Aufgabe von, bzw. Einbussen in der Eigenständigkeit führen. Eine starke Verknüpfung in einem Kooperationsnetz kann die Flexibilität einschränken. Ein denkbare Beispiel ist die Kooperation im Diagnostischen Bereich und eine unbefriedigendes Terminmanagement. Schliesslich sollte eine vielfältige Kooperation gut koordiniert werden, um der Gefahr der Unübersichtlichkeit und vielleicht auch Verzettelung entgegen zu wirken.

Am Patienten und am "Fall" orientierte Kooperation - Ausblick

Ziel dieser Arbeit war es, einige Kooperationsmodelle für Krankenhäuser aufzuzeigen und sich mit ihnen auseinander zu setzen. Gegenwärtig werden in Deutschland Modelle über diese einzelnen Gebiete der Krankenhausarbeit hinaus nur vereinzelt durchgeführt.

Unter dem Aspekt der verbesserten Versorgung von Bürgern, bzw. Patienten mit einer bestimmten Erkrankung liegen weiter gehende Kooperationsmodelle nahe. Ein Modell ist das Disease Management [Tacke, Lauterbach 1997a und 1997b]. Da diese Menschen im Verlauf auch eine stationäre Versorgung brauchen, sollte hier eine Kooperation angestrebt werden, die sich qualitativ und finanziell für alle Seiten rechnet: Patienten, ambulante Leistungserbringer, stationäre Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser) und Kostenerstatter (Kostenträger).

Noch weiter darüber hinaus gehende Modelle sind Case Management und Managed Care, die allerdings eine veränderte Vergütungs- und Budgetlandschaft (Stichwort sektoral vs. global) erfordern [Meyer-Lutterloh 1999; Paeger 1999; vgl. Glaser 1998; Seitz, König, Stillfried 1997].

Ein weiteres wesentliches Manko in der vorliegenden Versorgungslandschaft ist meines Erachtens die noch zu gering genutzten Möglichkeiten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention einschliesslich der Rehabilitation. Auch wenn es hier schon zahlreiche Möglichkeiten gibt, so scheitern enge und unmittelbare Kooperationen, z.B. Krankenhaus und ambulante Rehabilitationen, an zu geringem Bekanntheitsgrad der Möglichkeiten oder an zu langwierigen Klärungen der Zuständigkeiten und Kostenübernahme, Stichwort: gesetzliche Krankenkassen und BfA. Letzteres muss politisch gelöst werden. Ersteres - der Bekanntheitsgrad, das Wissen um die Möglichkeiten der Rehabilitation - können Krankenhäuser bei ihren Mitarbeitern schon jetzt lösen.

Literatur

- Arnold, Michael; König, Hans-Helmut; Seitz, Robert (1996). Managed Care: Prinzipien, Effekte, Grenzen. *führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 13: 8 - 12.
- Doerfert, Hans-Joachim; Sadowski, Dieter; Latz, Andreas (1999). Niedergelassene Ärzte - Zielgruppe für das Krankenhausmanagement. *Das Krankenhaus* 1999; 91: 28-31.
- Düllings, Josef (1998). *Krankenhäuser in Europa. Zahlen, Fakten, Trends*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausgesellschaft.
- Glaser, Petra (1998). Löst Managed Care die Probleme des deutschen Gesundheitswesens? *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 1998; 15: 117-23.
- Krankenhausleitung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses (Hg.) (1999). *Auguste-Viktoria-Krankenhaus. Haus für Gesundheitsförderung. Programm Juli bis Dezember 1999*. Berlin.
- Mellmann, Hartwig (1999). Perspektiven der Krankenhäuser im Gesundheitsmarkt. *Das Krankenhaus* 1999; 91: 167-72.
- Meyer-Lutterloh, Klaus (1999). *Integrationsversorgung, Managed Care und kombinierte Budgets*. Vortrag am 8.12.1999 auf dem Berliner Krankenhaus-Seminar Wintersemester 1999/2000; Technische Universität Berlin.

- o.V. (1999a). f&w-Kooperationsbörse. *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 1999; 16: 169.
- o.V. (1999b). Krankenhauskooperation. Zusammenarbeit zwischen der Universitätsklinik Frankfurt und der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim. *Das Krankenhaus* 1999; 91: 332-3.
- o.V. (1999c). Krankenhauskooperation. Einkaufsverbund bayerischer Krankenhäuser. *Das Krankenhaus* 1999; 91: 333-4.
- Paeger, Axel (1999). *Integrationsversorgung, Managed Care und kombinierte Budgets*. Vortrag am 8.12.1999 auf dem Berliner Krankenhaus-Seminar Wintersemester 1999/2000; Technische Universität Berlin.
- Peters, Sönke ((1994). *Betriebswirtschaftslehre - Einführung*. 6. Auflage; München, Wien: Oldenbourg.
- Pföhler, Wolfgang (1999). Wie kann sich ein Krankenhaus durch den Aufbau neuer Geschäftsfelder und die Nutzung interner Ressourcen zusätzliche Einnahmequellen eröffnen? *Das Krankenhaus* 1999; 91: 348-56.
- Schwarz, Antonia; Harms, Regine (1997). Sozialvisite und Übergangspflege - das Patient Care Modell im Auguste-Viktoria-Krankenhaus. *krankenhaus-umschau* 1997; 66: 892-9.
- Seitz, Robert; König, Hans-Helmut; Stillfried, Dominik Graf von (1997). Grundlagen von Managed Care. In: Arnold, Michael; Lauterbach, Karl-W.; Preuß, Klaus-Jürgen (1997). *Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*. Stuttgart, New York: Schattauer, 2-21.
- Sobhani, Bidjan; Kersting, Thomas (1999). Kooperation ist, wenn man's trotzdem macht. *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 1999; 16: 512-5.
- Spira, Volkmar (1999). Krankenhauskooperation. Zehn Krankenhäuser bilden Infrastrukturverbund. *Das Krankenhaus* 1999; 91: 125-7.
- Tacke, Jürgen; Lauterbach, Karl W. (1997a). Disease Management - Ein Überblick. In: Arnold, Michael; Paffrath Dieter (Hg.). *Krankenhaus-Report '97*. Stuttgart, Jena: Fischer-Verlag, 157-64.
- Tacke, Jürgen; Lauterbach, Karl W. (1997b). Disease Management am Beispiel der Dialyse - eine Projektbeschreibung. In: Arnold, Michael; Paffrath Dieter (Hg.). *Krankenhaus-Report '97*. Stuttgart, Jena: Fischer-Verlag, 165-71.