

Frankfurter Schriften
zu Management und Vertragsgestaltung
in der Gesundheitswirtschaft

Band 2

Stefanie Kortekamp

Interprofessionelles Medikationsmanagement für die stationäre Langzeitpflege



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag



Kortekamp

Interprofessionelles Medikationsmanagement für die stationäre Langzeitpflege



Frankfurter Schriften zu Management und Vertragsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft

Band 2

Herausgegeben von
Professor Dr. Hilko J. Meyer, Frankfurt am Main
Professor Dr. Matthias Schabel, Frankfurt am Main



Stefanie Kortekamp

Interprofessionelles Medikations- management für die stationäre Langzeitpflege

Analyse und Optimierungspotentiale
des Ist-Zustandes



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Aufl. – Göttingen : Cuvillier, 2021

Zugleich: Dissertation Universität Witten/Herdecke 2021

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2021
Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen
Telefon: 0551-54724-0
Telefax: 0551-54724-21
www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2021

Gedruckt auf umweltfreundlichem, säurefreiem Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft.

ISBN 978-3-7369-7474-6

eISBN 978-3-7369-6474-7



Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	6
Diagrammverzeichnis.....	7
Geleitwort.....	9
Vorwort.....	13
1 Versorgungsprozesse im ambulanten Gesundheitssystem in Deutschland.....	17
2 Stand der Forschung.....	21
2.1 Systematische Literaturrecherche.....	21
2.2 Auswertung und Ergebnisse der Literaturrecherche.....	24
3 Methode.....	36
3.1 Vorbereitung der Feldforschung.....	40
3.2 Kriterien einer geeigneten Visualisierungsmethode.....	41
3.2.1 Abbildungsorientierte Informationsmodelle.....	42
3.2.2 Unterschiede der Visualisierungssysteme.....	43
3.2.3 Netzplanorientierte Ablaufdarstellung.....	44
3.3 Multizentrische Querschnittanalyse.....	46
3.3.1 Rekrutierung der Teilnehmer.....	46
3.3.2 Datenerhebung und Datenanalyse.....	47
4 Prozessanalyse und Prozessdarstellung.....	51
4.1 Deduktive Prozessidentifikation.....	51
4.2 Prozessauswahl.....	52
4.3 Prozessabgrenzung.....	54
4.4 Prozessdekomposition.....	58
4.5 Prozessabbildung.....	59
4.6 Zwischenfazit: Prozessanalyse und Prozessdarstellung.....	68



5	Prozesswürdigung und Schwachstellenanalyse.....	69
5.1	Rechtliche Analyse der Koordinations- und Kooperationspflichten ..	69
5.2	Analyse der Schnittstellen und Tätigkeiten	74
5.3	Schwachstellenanalyse	82
5.3.1	Sektorenübergreifende Schwachstellen	83
5.3.2	Multiprofessionelle Schwachstellen	85
5.3.3	Monoprofessionelle Schwachstellen	91
5.4	Zwischenfazit: Prozesswürdigung und Schwachstellenanalyse	98
6	Entwicklung einer Sollkonzeption	100
6.1	Prozessstruktur des Wertschöpfungssystems	100
6.1.1	Betriebsprozess des Wertschöpfungssystems.....	101
6.1.2	Teamentwicklung und Arbeitsorganisation im Wertschöpfungs- system.....	105
6.2	Organisationsstruktur des Wertschöpfungssystems.....	112
7	Diskussion	118
7.1	Zusammenfassung.....	118
7.2	Limitationen.....	121
7.2.1	Untersuchungsgegenstand	121
7.2.2	Praktische Umsetzung	121
7.3	Implikationen.....	122
7.4	Mehrwert	123
8	Fazit	125
	Literatur	126
	Literatur zur Kriterientabelle (K)	135
	Anhang	142
	Anlagen.....	148



Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: PRISMA-Darstellung der Literaturrecherche.....	23
Abb. 2: Das Vorgangssymbol der NOAD-Syntax.....	45
Abb. 3: Weitere Symbole der NOAD-Syntax	45
Abb. 4: Der Medikationsprozess auf Mesoebene aus der Patientensicht	56
Abb. 5: Das Wertschöpfungssystem Medikation auf Ebene der Organisationen	57
Abb. 6: Vertikale und horizontale Auflösung des Medikationsprozesses über fünf Prozessebenen	59
Abb. 7: Isomorphes Prozessmodell 1.0 auf Ebene der Modulgruppen.....	65
Abb. 8: Ebene 1.0 Ausschnitt Modulgruppen der Visite in der Pflegeeinrichtung	66
Abb. 9: Ebene 1.1 Module der Modulgruppe Visite in der Pflegeeinrichtung	66
Abb. 10: Ebene 1.2 Tätigkeiten im Modul Visite unter Verantwortung von Arzt und Pflegefachkraft.....	67
Abb. 11: Vertragsbeziehungen im Wertschöpfungssystem.....	88
Abb. 12: Tätigkeitsbezogene Abhängigkeiten der Leistungserbringer im Medikationsprozess.....	89
Abb. 13: Modulare Organisation des Wertschöpfungssystems	113
Abb. 14: Datenhaltung auf Blockchain-Basis	116



Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Konzeptmatrix zu den Kategorien	25
Tab. 2: Methodisches Vorgehen	38
Tab. 3: Fachlicher Hintergrund der Masterstudierenden	40
Tab. 4: Konstellation der eingeschlossenen Organisationen	47
Tab. 5: Interviewpartner pro Organisation	48
Tab. 6: Prozessrelevante Leistungserbringer pro Organisation	57
Tab. 7: Liste der im Prozessverlauf genutzten Informationsträger	59
Tab. 8: Tätigkeiten sortiert nach Objekt	80
Tab. 9: Tätigkeiten sortiert nach Zweck	80
Tab. 10: Tätigkeiten der Kommunikation und Information über alle Leistungserbringer (n=104)	81
Tab. 11: Schwachstellen im Medikationsprozess	83
Tab. 12: Modulgruppen und Beteiligte mit intensivem Kommunikationsbedarf	90
Tab. 13: Der 2-stufige Betriebsprozess in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung	101
Tab. 14 : Der 4-stufige Betriebsprozess des Wertschöpfungssystems Medikation für Patienten in der stationären Langzeitpflegeeinrichtung	104
Tab. 15: Phasen der Teambildung nach Tuckmann [95]	108
Tab. 16: Funktionen und Inhalte eines Medikationsplans in der Telematikinfrastruktur	115



Diagrammverzeichnis

Diagramm 1: Schnittstellen über alle Hauptorganisationen	75
Diagramm 2: Anzahl der Tätigkeiten über alle Leistungserbringer	77
Diagramm 3: Zuordnung der Tätigkeiten nach „Objekt“	78
Diagramm 4: Zuordnung der Tätigkeiten nach „Zweck“	79

Anmerkung:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewandt. Es wird an dieser Stelle explizit darauf hingewiesen, dass diese Verwendung geschlechtsneutral verstanden werden soll.





Geleitwort

Die vorliegende Arbeit zielt darauf, eine methodische Lücke zu schließen, die seit langem zwischen den ambitionierten Initiativen und Projekten zur sektorenübergreifenden Versorgung im deutschen Gesundheitswesen und der Realität der „Regelversorgung“ in den separaten Versorgungsbereichen klafft.

Die lange Kette der Reformansätze zur Überwindung der Sektorentrennung, von den Modellversuchen und Strukturverträgen über die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung bis zum gemeinsamen Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt, ergänzte der Gesetzgeber in den letzten Jahren um die integrierten Notfallzentren, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur „Sektorenübergreifenden Versorgung“ und – nach 12 Jahren und 1,2 Milliarden Euro für die elektronische Gesundheitskarte – eine neue Telematik-Infrastruktur, die stark auf die technischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten der internetgestützten globalen Plattformökonomie ausgerichtet ist. Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte zeigen jedoch, dass all diese Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung verpuffen, wenn sie nicht nahe genug an die fachlich begründeten Abläufe, Prozesse und Interaktionen anknüpfen, in denen sich die Gesundheitsversorgung in einem komplexen arbeitsteiligen System hochspezialisierter Leistungserbringer vollzieht, und dabei diejenigen mitnimmt, die sich unter den praktischen Notwendigkeiten ihrer persönlichen Therapieverantwortung, spezialisierten Behandlungsroutinen, ausgefeilten Fachstandards und fortdauernden Budgetzwänge vor Ort um die Gesundheit ihrer individuellen Patienten kümmern.

Das „Missing Link“ zwischen den anspruchsvollen Plänen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens und aufwendigen IT-Programmen einerseits und den konkreten sektorenübergreifenden Behandlungsprozessen im kräftezehrenden Alltag der Leistungserbringer andererseits versucht die vorliegende Arbeit zu finden. Dabei konzentriert sie sich auf einen Bereich, der in der Debatte um die sektorenübergreifende Versorgung meist in den Hintergrund rückt, obwohl er eine rapide wachsende Zahl von Patienten betrifft, nämlich die Krankenversorgung pflegebedürftiger Menschen. Die doppelte sektorale Zuordnung der gesundheitlichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen zur Kranken- und Pflegeversicherung und die Mehrfachzuständigkeit von Heim- bzw. Pflegedienstleitung, niedergelassenen Ärzten und öffentlichen Apotheken ist für diesen Perso-

nenkreis in vielen Fällen mehr Fluch als Segen. Das liegt nicht am bösen Willen der Beteiligten, sondern an den eingerichteten strukturellen Zwängen, wie zum Beispiel den pauschalisierten Pflegesätzen und Behandlungsbudgets der stationären Pflege und den auf mobile Patienten ausgerichteten ambulanten Versorgungsstrukturen der niedergelassenen Ärzteschaft. Während die Versorgung der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen mit zahnärztlichen Leistungen und Arzneimitteln inzwischen aufgrund institutionalisierter Versorgungsverträge der Heimträger mit Zahnärzten und Apothekern zum Standard gehört, sind solche Kooperationsverträge stationärer Pflegeeinrichtungen mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten trotz ständig weiterentwickelter gesetzlicher Forderungen und Anreize weiterhin die Ausnahme.

Neben allen strukturellen Grenzen der Sektoren, Professionen und Organisationen trifft die patientenzentrierte Strukturierung der Versorgungsprozesse aber auch und nicht zuletzt auf eine „Mauer im Kopf“. Genau hier setzt die hier vorgelegte Arbeit an. Ihre zentrale Ausgangsthese lautet sinngemäß, dass die Voraussetzung für die Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung im Praxisalltag ein gemeinsames Verständnis der beteiligten Leistungserbringer ihres Gesamtbehandlungsprozesses zur Versorgung des Patienten ist. Der methodische Ansatz besteht darin, die konkreten Versorgungsabläufe über die Organisationsgrenzen hinweg akribisch zu erfassen und in einem standardisierten Verfahren mit einem hohen Genauigkeitsgrad so zu visualisieren, dass alle Beteiligten den Gesamtbehandlungsprozess und ihren Beitrag zu seiner Ergebnisqualität verstehen und die konkreten Schnittstellen ebenso wie die Schwachstellen genau lokalisieren können. Die erfolgreiche Erprobung am Beispiel des Medikationsprozesses für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen ist es wert, durch vergleichende Feldforschung fortgesetzt und bis hin zur Modellierung von Referenzprozessen weiter entwickelt zu werden.

Persönlich freut mich diese Arbeit vor allem deshalb, weil sie all das aufgreift und umsetzt, was wir von 2011 bis 2018 an der Frankfurt University auf Applied Science im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung im Gesundheitswesen erforscht, projiziert und diskutiert haben. Die erstaunliche Diskrepanz zwischen tiefeschürfenden Expertenanalysen, gesetzgeberischen Bemühungen und teuren Pilotprojekten zur Kooperation der Sektoren einerseits und dem Beharrungsvermögen der überkommenen „Regelversorgung“ durch fachlich, rechtlich und wirtschaftlich separierte Leistungserbringer war Ausgangspunkt, Motor und

Themenschwerpunkt des interdisziplinären Masterstudiengangs „Management und Vertragsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft“ (MHAC), an dessen Entwicklung und Umsetzung Stefanie Kortekamp maßgeblich beteiligt war und der 2011 seine Arbeit an der Frankfurt University of Applied Sciences aufnahm. Die Teilnehmer und Absolventen, darunter Ärzte aus dem ambulanten und stationären Bereich, Apotheker aus Offizin und Industrie, Pflegefachkräfte aus Klinik und Pflege, Gesundheitsmanager aus Industrie, Krankenkassen und Behörden, praktizierten in diesem Studium – befreit von den Zwängen des Berufsalltags – den direkten interdisziplinären Austausch, erhielten einen neuen Blick auf die rechtlichen, sozialen und wirtschaftlichen Zusammenhänge des Gesundheitswesens, loteten in Fallstudien, Rollensimulationen, Praxisfallprojekten und Masterarbeiten die Schranken und Möglichkeiten einer professions- und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung aus und entwickelten neue Ideen und Konzepte. In begleitenden Gesundheitspolitischen Kolloquien des Zentrums für Gesundheitswirtschaft und -recht (ZGWR) hatten Lehrende und Studierende Gelegenheit, in persönlichen Hintergrundgesprächen mit Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens aktuelle Einblicke aus erster Hand in aktuelle gesundheitspolitische, rechtliche und ökonomische Entwicklungen zu erhalten.

Das zusammenfassende Ergebnis all dieser Diskussionen, Praxisfallprojekte und Abschlussarbeiten war die Erkenntnis, dass eine funktionierende sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung ein gemeinsames praktisches Verständnis zwischen den individuellen Leistungserbringern im Hinblick auf den konkreten Behandlungsprozess zur ganzheitlichen Versorgung des einzelnen Patienten erfordert. Nur wenn dieses patientenorientierte Prozessverständnis organisations- und disziplinübergreifend eingenommen und mit der nötigen Detailgenauigkeit praktiziert wird, wird es möglich sein, die Digitalisierung zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität zu nutzen. Die Digitalisierung - das zeigt die Vorgeschichte innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens - ist kein Wundermittel zur Überwindung der Fragmentierung der Leistungsprozesse, sondern kann nur verbesserte technische Voraussetzungen für eine an der Komplexität der konkreten Versorgungsprozesse orientierten Vernetzung bereitstellen.

Die grundlegende Arbeit von Stefanie Kortekamp liefert dafür mit ihrer anwendungsorientierten, praxiserprobten und detailgetreuen Erhebungs-, Analyse und Visualisierungsmethodik einen neuen Ansatz, der erstmals systematisch die Brücke zwischen den verschiedenen Beteiligten an der Gesundheitsversorgung



pflegebedürftiger Patienten schlägt. Ich wünsche der Arbeit daher eine weite Verbreitung in Theorie und Praxis.

Frankfurt am Main im Juli 2021

Prof. Dr. Hilko J. Meyer

Vorwort

Der Medikationsprozess in der stationären Langzeitpflege ist durch das arbeitsteilige Zusammenwirken von Leistungserbringern geprägt, die jedoch organisatorisch, wirtschaftlich und rechtlich selbständigen Organisationen zugeordnet sind. Die Kooperation im interprofessionellen Medikationsmanagement hat somit etliche Schnittstellen zu überwinden. Untersuchungen, ob sich aus der Definition eines organisationsübergreifenden „Wertschöpfungssystems Medikationsprozess“ Optimierungspotentiale ergeben und ob diese auf andere Wertschöpfungssysteme übertragbar sind, standen bislang aus.

Als Basis für eine strukturierte Prozessanalyse und Prozessgestaltung wurde deshalb eine multizentrische Querschnittsanalyse in 18 Einrichtungen des Gesundheitswesens durchgeführt. Das Vorgehen orientierte sich systematisch am Mixed Methods Research. Die Konsolidierung der Ergebnisse aus 7 Gruppendiskussionen, 23 leitfadengestützten Interviews und 18 begleiteten Beobachtungen diente der Erfassung und Analyse des Ist-Stands, gefolgt von einer theoriegeleiteten Sollkonzeption.

Die Ergebnisse und Implikationen dieser Arbeit belegen zum einen, dass die Definition eines Wertschöpfungssystems deutliche Vorteile für alle Beteiligten generiert. Aber auch zum anderen, dass das Hauptproblem nicht in den einzelnen Schwachstellen begründet ist, sondern im Fehlen eines gemeinsamen Verständnisses für das Wertschöpfungssystem.

Die vorliegende Arbeit wurde von der Universität Witten/Herdecke als Dissertation zur Erlangung des Grades eines doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.) angenommen. Mein herzlicher Dank gilt meiner Doktormutter, Frau Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko für die Betreuung meines Promotionsvorhabens sowie für die konstruktiven und zielführenden Diskussionen. Danken möchte ich auch meiner Zweitgutachterin Frau Prof. Dr. Margareta Halek sowie Herrn Prof. Dr. Hans-Joachim Schubert für ihre wertvollen Hinweise.

Ein besonderer Dank geht an Herrn Prof. Dr. Hilko J. Meyer, der mit seinem Projekt eines interprofessionellen Masterstudiengangs im Gesundheitswesen den Grundstein für einen patientenzentrierten Blick auf die sektorenübergreifenden Leistungsprozesse gelegt hat, sodass ich schon während meiner Beteiligung an der Studiengangsentwicklung einen Einblick in die vernetzten Strukturen im Gesundheitswesen gewinnen konnte. In diesem