
Forschung, Innovation und Effizienz im Gesundheitswesen

Band 4

herausgegeben von der Erwin-Röver-Stiftung

Wissenschaftliche Betreuung der Schriftenreihe durch

Prof. Dr. Dr. Koch-Gromus, Hamburg

Prof. Dr. Radoschewski, Berlin

Prof. Dr. Windhagen, Hannover

Verbesserte Behandlungs- qualität durch sektorenübergreifende Kooperation

Eine Mixed-Methods-Evaluation der
Integrierten Versorgung
bei Hüft- und Kniegelenkersatz

Matthias Bethge

Susanne Bartel

Jan Döring

Marco Streibelt



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Lengerich, Berlin, Bremen, Miami,
Riga, Viernheim, Wien, Zagreb

Kontakt:

DIPL.-PÄD. (REHAB.) MATTHIAS BETHGE

Charité - Universitätsmedizin Berlin

*Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der
Qualitätssicherung in der Rehabilitation*

Luisenstr. 13a

10098 Berlin

matthias.bethge@charite.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2010 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich

Konvertierung: Claudia Döring

Druck: KM Druck, D-64823 Groß-Umstadt

ISBN 978-3-89967-646-4

Grußwort

Der Bericht, den Sie in den Händen halten, ist das Ergebnis eines anspruchsvollen und innovativen Vorhabens. Seit langem ist bekannt, dass die strikte sektorale Trennung, die im deutschen Gesundheitssystem zwischen ambulanter und stationärer Versorgung besteht, zu Problemen führt. Gerade an Übergängen zwischen den Sektoren existieren erhebliche Unschärfen. Dies führt oft dazu, dass innerhalb der sogenannten Regelversorgung die individuellen Bedürfnisse der Patienten nicht genügend berücksichtigt werden können.

Durch die Einführung des §140 in das Sozialgesetzbuch V hat der Gesetzgeber neue integrierte Versorgungsprojekte ermöglicht. Ziel der Integrierten Versorgung ist es, über eine bessere Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen auch die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Die AOK Niedersachsen hat sich mit dem Abschluss integrativer Versorgungsverträge mit Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in Niedersachsen klar zu einer flächendeckenden, sektorübergreifenden und vernetzten Versorgung ihrer Versicherten bekannt. Gerade im Bereich der Gelenkendoprothetik ist dies bedeutsam, denn mehr als 12.000 Versicherte der AOK Niedersachsen erhalten pro Jahr eine Behandlung mit einem Hüft- oder Kniegelenkersatz. Damit gehört die Implantation eines Knie- oder Hüftgelenkes für die AOK Niedersachsen zu den häufigsten Operationen, die unsere Versicherten in Krankenhäusern erhalten.

Ziel war es, vorhandene finanzielle Ressourcen möglichst effizient und qualitätsorientiert einzusetzen. Hierzu wurde ein Konzept der ganzheitlichen, sektorenübergreifenden Versorgung für AOK-Versicherte mit elektiven Hüft- bzw. Knie-Endoprothesen-Erstimplantation entwickelt, die „integrative Versorgung Hüft- / Knie-TEP“. Schon im Jahr 2004 schloss die AOK Niedersachsen den ersten Vertrag ab - mit dem Annastift als Krankenhauspartner und der Klinik Niedersachsen als Partner zur Anschlussrehabilitation.

Um den Erfolg bewerten zu können, führte die AOK Niedersachsen eine standardisierte Patientenbefragung unter Versicherten durch, welche eine Hüft- oder Kniegelenksendoprothese erhalten hatten. Das Ergebnis der insgesamt über 1.500 Befragten zeigt deutlich höhere Zufriedenheitswerte der Patienten in der Integrierten Versorgung gegenüber einer Vergleichsgruppe der Regelversorgung. Insbesondere in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen allen an der Behandlung Beteiligten, die bessere Vorbereitung auf den Zeitraum nach der Operation und bei der Zufriedenheit mit dem Gesamtergebnis überzeugte das vernetzte Versorgungsmodell „Integrierte Versorgung“ deutlich gegenüber der herkömmlichen endoprothetischen Versorgung.

Der vorliegende Bericht bestätigt, dass Versicherte mit gezielten Qualitätszusagen für innovative Versorgungsangebote gewonnen werden können. Die bisher durchgeführten Analysen deuten darauf hin, dass Patienten mit der ganzheitlichen, sektorenübergreifenden Versorgung zufriedener sind und von den besser vernetzten Sektorenübergängen profitieren. Auch Folgekosten wie Heil- und Hilfsmittelbedarfe bei Patienten, die an der Integrierten Versorgung teilgenommen haben, steigen langfristig nicht an – ein weiteres Erfolgskriterium der Integrierten Behandlung. Und hohe Patientenzufriedenheit wirkt sich positiv auf die aktive Mitarbeit bei der Therapie aus, sodass der Weg zu einem guten langfristigen Behandlungserfolg in allen Bereichen geebnet wird.

Diese Ergebnisse sind für die AOK Niedersachsen ein starkes Argument, mit dem Erfolgsmodell Integrierte Versorgung fortzufahren. Und wir blicken zuversichtlich in die Zukunft: Mit Klinikpartnern wie dem Annastift und der Klinik Niedersachsen verhandelt die AOK derzeit darüber, wie die Verträge sinnvoll weiterentwickelt werden können. Dabei wird es beispielsweise darum gehen, ambulante Angebote im Bereich der Anschlussrehabilitation nach Gelenkendoprothetik stärker zu berücksichtigen oder innovative Vergütungsansätze zu erproben, die gezielt eine gute Ergebnisqualität honorieren.



*Dr. Jürgen Peter
Vorstandsvorsitzender
AOK Niedersachsen*

Grußwort

Medizinische Versorgung braucht einen Kompass

Es ist der Erfindergeist, der Forschung und Wissenschaft immer wieder antreibt. Doch oft fehlt mitunter der Mut zur Umsetzung neuer Entwicklungen, und nicht selten obsiegen die Bedenkenträger. Da macht das deutsche Gesundheitssystem keine Ausnahme. Der englische Historiker Henry Thomas Buckle sprach von der Trägheit, die den Fortschritt verhindere, nicht der Irrtum. Evaluation und Versorgungsforschung sind das Aufputzmittel gegen diese Trägheit. Insofern leistet die vorgelegte Studie der Erwin-Röver-Stiftung einen überaus wertvollen Beitrag zur Überwindung der Trägheit der Bedenkenträger und zur Stärkung der Innovationskräfte im deutschen Gesundheitsmarkt.

Innovationen, das sind nicht nur Produkte, Therapien, diagnostische Möglichkeiten, sondern auch Verfahren, Betreuungskonzepte, Technologien etc. Die Politik hat zwar Institutionen geschaffen, die Innovationen im Gesundheitswesen nach Kosten und Nutzen bewerten. Aber eine in sich konsistente Vorstellung, wie diese Innovationen fair und transparent den Versicherten zugänglich gemacht werden sollen, existiert gegenwärtig nicht. Der Gesundheitsmarkt der Zukunft braucht vor allem offene Strukturen. Sein herausragendes Merkmal ist Lernfähigkeit. Versorgungsforschung ist einer der Schlüssel.

Die Diskussion über die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems ist nicht nur eine fiskalische. Alles Geld der Welt wird nicht helfen, wenn nicht auch intensiv über Prozesse und Strukturen debattiert wird. Die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitswesens bemisst sich in erster Linie an der Qualität der effizienten, an den Patienten ausgerichteten Versorgung, insbesondere chronisch Kranker. Hier wartet die größte Herausforderung auf das deutsche Gesundheitswesen. Der Anteil chronischer Erkrankungen liegt bereits heute bei fast 50% und steigt kontinuierlich, gekoppelt mit zunehmender Multimorbidität. Aktuell erzeugen etwa 10 Millionen chronisch Kranker ca. 2/3 der Krankenhauskosten. Ein fragmentiertes System scheitert hier.

Deshalb bedarf es innovativer Versorgungsformen über Berufsfelder und Sektorengrenzen hinweg. Die in Teilen negative Bewertung Integrierter Versorgungsverträge greift zu kurz. In den Jahren 2004 bis 2008 ist die Zahl integrierter Versorgungsverträge auf über 6.100 hochgeschneit. Mit Auslaufen der Anschubfinanzierung hat alles andere als eine „Kündigungswelle“ eingesetzt. Die meisten Verträge sind heute noch gültig, manche davon in modifizierter Form. Wenn schlechte Verträge vom Markt verschwunden sind, ist das kein Argument gegen die IV. Der Wettbewerb ist ein Suchprozess, geprägt von Markteintritt und -austritt. Was nicht funktioniert, darf auch nicht einfach fortgesetzt werden. Evaluation schafft hier ein stabiles Bewertungsfundament. Und eins lehrt die Erfahrung schon jetzt. Bei aller Komplexität des Systems – es sind eher die einfachen Verträge, die zu überzeugen wissen.

Ein Blick ins Ausland speziell in die USA, ist hilfreich. Auch wenn das amerikanische System als Ganzes kaum überzeugen kann, sind die USA durchaus Vorreiter in der Entwicklung einzelner Managementinstrumente. Denis Kodner, Direktor des Center for Gerontology & Geriatrics am New York Institute of Technology, sprach auf einer Fachtagung des Bundesverband Managed Care e.V. vom „Silicon Valley“ für Chronic Care. Die USA teilen viele Probleme hinsichtlich des Lebensstils und des Gesundheitszustands anderer westlicher Industrienationen, also auch Deutschland. Es ist sinnvoll, die Entwicklung in den USA kritisch, aber wohlwollend zu begleiten, eigene Ansätze zu entwickeln und bewährtes für sich selbst zu nutzen.

Der Bundesverband Managed Care e.V. gratuliert der Erwin-Röver-Stiftung zu der vorgelegten Studie, in der festen Überzeugung und Hoffnung, dass weitere folgen mögen. Um es mit Mark Twain zu sagen: „Wer nicht weiß, wo er hin will, darf sich nicht wundern, wenn er woanders ankommt!“ Versorgungsforschung ist der richtige Kompass.



*Prof. Dr. Volker Amelung
Vorstandsvorsitzender
Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)*



Erwin Röver
(Skizze von Prof. Norbert Rob Schitteck)

Geleitwort

Der im März 2001 verstorbene Architekt Erwin Röver setzte die von ihm 1998 gegründete Erwin-Röver-Stiftung zu seiner Alleinerbin ein. Zu seinem Nachlass gehört u. a. die von ihm errichtete Klinik Niedersachsen in Bad Nenndorf. Er hatte sie aus einer Hotelpension mit dreißig Betten, in der Kurgäste des Staatsbades Bad Nenndorf Unterkunft fanden, entwickelt. Die Klinik, die im vergangenen Jahr ihr 50. Bestehen feiern konnte, ist heute eine etablierte, auf die Indikationen Orthopädie, Neuro-Orthopädie, Neurologie, klinische Neuropsychologie, innere Medizin, Angiologie und Rheumatologie spezialisierte moderne Rehabilitationsklinik mit rund 300 Betten, die sich die Weiterentwicklung der Rehabilitationsmedizin zur Aufgabe gemacht hat. Der Stifter betrachtete sie als sein Lebenswerk, dessen Fortbestand er durch die Erbeinsetzung der gemeinnützigen Stiftung gewährleisten wollte.

In der Stiftungssatzung bestimmte er die Förderung von Innovation und Effizienz im Gesundheitswesen zum Zweck der Stiftung, ein Anliegen, das er bis in seine letzten Lebenstage verfolgte und in der Klinik Niedersachsen zu verwirklichen trachtete. Die Stiftung erfüllt diese breit angelegte Aufgabe durch die Finanzierung medizinischer, gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Forschungsvorhaben im Bereich der Akutversorgung und der Rehabilitation.

Die Stiftung hat die Ergebnisse der von ihr geförderten Projekte der Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen. Dieser Aufgabe dient die von ihr herausgegebene Schriftenreihe, deren wissenschaftliche Begutachtung Herr Professor Dr. Dr. U. Koch-Gromus, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Medizinische Fakultät, Herr Professor Dr. F. M. Radoschewski, Charité Berlin, Versorgungssystemforschung, und Herr Professor Dr. H. Windhagen, Medizinische Hochschule Hannover, Orthopädische Klinik im Anstift Hannover übernommen haben. Herr Professor Dr. Dr. Koch-Gromus ist in dieses Gremium anstelle des verstorbenen Professors Dr. W. Müller-Farnow eingetreten, dem der dritte Band der Schriftenreihe gewidmet war und unter dessen wissenschaftlicher Betreuung das For-

schungsprojekt begonnen wurde, dessen Ergebnisse in dem nunmehr vorgelegten vierten Band der Schriftenreihe dargestellt werden.

Hannover im Juni 2010

*Das Kuratorium der Stiftung
W. Bauer, Dr. U. Stobbe, P. Lükermann*

Vorwort der Autoren

Die gesundheitliche Versorgung schwerer chronischer Erkrankungen ist ohne Ausdifferenzierung und Spezialisierung nicht zu leisten. Damit aber ausdifferenzierte Versorgungsangebote ineinandergreifen und Versorgungsbrüche vermieden werden, bedarf es eines geeigneten Schnittstellenmanagements, das die Leistungen der unterschiedlichen professionellen Anbieter wieder unter einem gemeinsamen Dach vereinigt. Die Re-Integration der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer in gemeinsamen Versorgungsformen gehört insofern zu den wichtigsten Herausforderungen, die Leistungserbringer, Kostenträger, Gesundheitspolitiker und Versorgungsforscher in den kommenden Jahren im deutschen Gesundheitssystem zu bewältigen haben. Selbst wenn diese Herausforderung in der Versorgungsforschung unbestritten ist, hat eine differenzierte Auseinandersetzung mit integrierten Versorgungsformen, die über Best-Practice-Darstellungen hinausgeht, in Deutschland bislang nicht stattgefunden. Wir haben mit unserem Forschungsvorhaben insofern in doppelter Hinsicht Neuland betreten.

Zum einen stellten wir erstmals die kritische Frage nach den funktionalen Behandlungsergebnissen der Integrierten Versorgung, d. h. ob verbesserte Kommunikation und Koordination an der Schnittstelle von Akutversorgung und Rehabilitation letztlich auch zu vom Patienten subjektiv wahrnehmbar besseren Behandlungsergebnissen führt.

Zum anderen standen wir vor der Herausforderung, einen Studienansatz zu entwickeln, der die Integrierte Versorgung in ihrer Komplexität angemessen abbilden kann. Dem Leser wird ein Blick ins Inhaltsverzeichnis sofort deutlich machen, dass das Forschungsvorhaben einem Multi-Methoden-Ansatz folgte. Da auch wir als Wissenschaftler Schwerpunkte in unserer Arbeit und der eigenen forschungsmethodischen Professionalisierung setzen, war es für das Gelingen des Projektes hilfreich und notwendig, dass qualitativ und quantitativ forschende Experten das Forschungsvorhaben gemeinschaftlich bearbeiteten. Wir haben uns im Fortgang des Projektes immer wieder bemüht, die einzelnen Forschungsfragen und Ergebnisse aufeinander zu beziehen und so ein möglichst umfassendes Bild des untersuchten Versorgungsmodells zu zeichnen. Wenngleich die Autoren unter-

schiedliche Zuständigkeiten im Studienverlauf hatten, betrachten wir das vorliegende Buch insofern als Ergebnis einer echten Gemeinschaftsarbeit. Dass wir dieses Buch vorlegen können, verdanken wir zuvorderst der Erwin-Röver-Stiftung, die unser Forschungsvorhaben seit 2006 finanziell förderte. Das gemeinsame Interesse an Innovation und Effizienz im Gesundheitswesen hat mit dem vorliegenden 4. Band in der Schriftenreihe der Stiftung nun zu einer dritten gemeinsamen Monographie geführt (siehe auch die Bände 1 und 3 dieser Reihe). Des Weiteren möchten wir uns bei den zahlreichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Diakoniekrankenhauses Annastift und der Klinik Niedersachsen bedanken, die mit ihrem Engagement bei der Entwicklung und Umsetzung des Versorgungsmodells das Forschungsvorhaben erst ermöglichten. Unser besonderer Dank gilt an dieser Stelle Frau Woitulek, die die Patientinnen und Patienten in der persönlichen Beratung und am Telefon in und durch die Integrierte Versorgung lotste. Bedanken möchten wir uns auch bei Frau John und Herrn Meyerhoff, in deren Verantwortung die Rekrutierung der Studienteilnehmer und die Datenerhebung im Annastift und der Klinik Niedersachsen lagen. Mit ihrem Einsatz und ihrer Überzeugungsarbeit hatten sie entscheidenden Anteil an den hohen Teilnahme- und Rücklaufquoten.

Eine entscheidende Bereicherung für unsere Arbeit waren schließlich auch die regelmäßigen Projekttreffen mit den Vertretern der beteiligten Krankenkassen (AOK Niedersachsen, Deutsche Angestellten Krankenkasse und der Techniker Krankenkasse) und Vertretern des Annastifts und der Klinik Niedersachsen. Wir haben in diesen Treffen wertvolle Hinweise und Anregungen aus der Praxis erhalten, die so Eingang in dieses Buch gefunden haben. Dieser Dank gilt vor allem Frau Eimbeck-Kaufmann, Frau Weber und Herrn Belz von der AOK Niedersachsen, Frau Schulz-Poorten von der Techniker Krankenkasse, Herrn Vennekold und Herrn Behrens von der DAK, Herrn Dr. Schmolke, Herrn Lassahn und Herrn Landmann vom Annastift sowie Herrn Dr. Grandgeorg, Herrn Dr. Thren, Herrn Schiller und Herrn Kienast von der Klinik Niedersachsen.

Berlin, Mai 2010

*MATTHIAS BETHGE
SUSANNE BARTEL
JAN DÖRING
MARCO STREIBELT*

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	18
Abbildungsverzeichnis	19
1. Einleitung	21
2. Hintergrund	25
2.1 Was bedeutet IV?	25
2.2 IV als Managed Care	27
2.3 Notwendigkeiten für die IV in Deutschland	28
2.4 Viele Beteiligte, unterschiedliche Perspektiven	30
2.4.1 IV aus Sicht der Patienten	30
2.4.2 IV aus Sicht der Leistungserbringer	32
2.4.3 IV aus Sicht der Kostenträger	33
3. Das IV-Modell	35
3.1 Konzeptentwicklung	35
3.1.1 Initialphase	36
3.1.2 Entwicklungsphase	38
3.1.3 Implementierungsphase	40
3.1.4 Alltags-, Modifikations- und Stabilisierungsphase	41
3.2 Beschreibung des IV-Modells	42
4. Patientenpräferenzen bei der Ausgestaltung Integrierter Versorgungsprogramme	45
4.1 Discrete Choice Experimente (DCE) und Willingness to pay (WTP)	45
4.2 Fragestellung	46
4.3 Methode und Design: Entwicklung des Discrete Choice Experiments	47
4.3.1 Ermittlung der Attribute und Attributausprägungen	47
4.3.2 Festlegung der Szenarien	48
4.3.3 Modellspezifikation	50
4.3.4 Hypothesen	50

4.3.5	Auswertungsmethoden	51
4.4	Ergebnisse	52
4.4.1	Stichprobe	52
4.4.2	Patientenpräferenzen und WTP	52
4.4.3	Subgruppenanalyse	56
4.5	Diskussion	57
4.6	Schlussfolgerungen	60
5.	Der informierte Patient in der Integrierten Versorgung	61
5.1	Hintergrund und Fragestellung	61
5.2	Studiendesign	62
5.2.1	Leitfadeninterview	62
5.2.2	Leitfadenerstellung	62
5.2.3	Auswertungsprozess	64
5.2.4	Auswertungskategorien und Kodiersystem	65
5.3	Ergebnisse	67
5.3.1	Leitfadeninterview	67
5.3.2	Falldarstellungen	68
5.3.3	Hauptthemen der Interviews	75
5.3.4	Entscheidungsfindung	79
5.3.5	Quantifizierung der Kategorien	80
5.4	Diskussion	82
6.	Prozessevaluation	85
6.1	Ziele der Prozessevaluation	85
6.2	Studiendesign	86
6.2.1	Teilnehmende Beobachtung	87
6.2.2	Dokumentenanalyse	88
6.2.3	Experteninterviews	90
6.3	Die Integrierte Versorgung als patientenzentriertes Informationsmanagement	94
6.3.1	Beratung	94
6.3.2	Informationsveranstaltung	99
6.4	Die Integrierte Versorgung als innovative Dokumentation	102
6.4.1	Patientenakten	102
6.4.2	Das Visitenprotokoll	104
6.4.3	Patientenpass	106
6.5	Die Integrierte Versorgung aus Mitarbeitersicht	108
6.5.1	Entwicklungsprozess und theoretisches Leitbild	108
6.5.2	Gemeinsames Handeln mit Kooperationspartnern	112
6.5.3	Gemeinsames Handeln mit Patienten	115

6.5.4	Qualitätssicherung	118
6.5.5	Zusammenfassung	120
6.6	Bewertung der Prozesselemente	122
6.6.1	Verzahnung der Prozessabläufe	122
6.6.2	Intensivierung der Kommunikation	124
6.6.3	Patientenzentrierte Behandlungs- und Informationsstruktur ...	126
6.6.4	Erfolgsfaktoren	128
7.	Subjektive Krankheitstheorien und klinischer Verlauf nach Knie- und Hüftgelenkersatz	130
7.1	Hintergrund	130
7.2	Methoden	132
7.2.1	Studiendesign	132
7.2.2	Instrumente	133
7.2.3	Statistische Analysen	134
7.3	Ergebnisse	135
7.3.1	Stichprobe	135
7.3.2	Klinischer Verlauf nach Hüftgelenkersatz	136
7.3.3	Klinischer Verlauf nach Kniegelenkersatz	138
7.3.4	Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien ...	140
7.3.5	Subjektive Krankheitstheorien und klinischer Verlauf	140
7.4	Diskussion	142
8.	Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie	146
8.1	Methoden	147
8.1.1	Studiendesign und Einschlusskriterien	147
8.1.2	Primäre Zielkriterien	148
8.1.3	Sekundäre Zielkriterien	148
8.1.4	Statistische Analysen	149
8.2	Ergebnisse	150
8.2.1	Stichprobe	150
8.2.2	Behandlungsdauer	152
8.2.3	Primäre Zielkriterien	152
8.2.4	Sekundäre Zielkriterien	155
8.3	Diskussion	157
9.	Zusammenfassung und Ausblick	160
10.	Literatur	164

Tabellenverzeichnis

Tab. 3-1: Durchgeführte Leistungen nach Kostenträgern	41
Tab. 3-2: Interne und externe Patientenorientierung in der Integrierten Versorgung	44
Tab. 4-1: Attribute und Attributausprägungen des DCE	48
Tab. 4-2: Schätzmodell mit Haupteffekten	54
Tab. 4-3: Beschreibung unterschiedlicher Behandlungsmodelle und die Chance der Wahl dieser Behandlungsmodelle	55
Tab. 4-4: WTP für verschiedene Prozesselemente und eine exponierte Behandlung für das Sample sowie verschiedene Subsamples	57
Tab. 5-1: Auswertungsleitfaden „Grad der Informiertheit“	66
Tab. 5-2: Auswertungsleitfaden „Wissen“	67
Tab. 5-3: Ausprägungen der kategorialen Zuordnung	68
Tab. 5-4: Quantifizierte Bewertung der Ergebnisse aus den Interviews	81
Tab. 6-1: Interviewpartner in ihren Funktionen	92
Tab. 6-2: Interviewkategorien und Themenschwerpunkte	108
Tab. 6-3: Hürden der Umsetzung	109
Tab. 6-4: Anpassung an Veränderungen	110
Tab. 6-5: Instrumente des Schnittstellenmanagements	112
Tab. 6-6: Sicht der Patienten	115
Tab. 6-7: Interaktion mit Patienten	117
Tab. 6-8: Qualitätssicherung	118
Tab. 7-1: Stichprobenbeschreibung	136
Tab. 7-2: Verlauf des HHS	137
Tab. 7-3: Verlauf des AKSS	139
Tab. 7-4: Korrelationsmatrix für Beziehungen zwischen den unabhängigen Variablen	140
Tab. 7-5: Moderatoren des Behandlungsverlaufs	141
Tab. 8-1: Stichprobe	151
Tab. 8-2: Behandlungsdauer	152
Tab. 8-3: Veränderung funktionaler Beschwerden (WOMAC)	154
Tab. 8-4: Zufriedenheit mit Behandlungsaspekten und Lebensqualität	156

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2-1:	Vertikale und Horizontale Integration	27
Abb. 3-1:	Phasen der Kooperation in der IV	35
Abb. 3-2:	Initialphase der Kooperation	36
Abb. 3-3:	Identifikation von Problemfeldern in der Versorgung	36
Abb. 3-4:	Voraussetzungen der Kooperation	38
Abb. 3-5:	Entwicklungsphase der Kooperation	38
Abb. 3-6:	Entwicklungsphase im Detail	39
Abb. 3-7:	Um- und Neustrukturierungen durch IV-Prozesse	40
Abb. 4-1:	Verwendetes Entscheidungsszenario	48
Abb. 4-2:	Flussdiagramm	53
Abb. 5-1:	Auswertungsmodell der Leitfadeninterviews	65
Abb. 6-1:	Elemente, Instrumente und Ziele der Kooperation	86
Abb. 6-2:	Zirkuläres Prozessmodell des qualitativen Forschungsprozesses (Flick 1999)	87
Abb. 6-3:	Erhebungs- und Auswertungsprozess sowie Datengrundlage der Prozessevaluation	93
Abb. 6-4:	Thematischer Ablauf des Beratungsgesprächs	96
Abb. 6-5:	Teilnahmequoten an der Informationsveranstaltung	101
Abb. 6-6:	Anzahl und Art der Dokumente in der Patientenakte	103
Abb. 6-7:	Wege des Visitenprotokolls	104
Abb. 6-8:	Zielgruppen des Patientenpasses	106
Abb. 6-9:	Herausforderungen und Bedeutung des Patientenpasses für die unterschiedlichen Akteure	107
Abb. 6-10:	Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsleistungen	128
Abb. 7-1:	Studiendesign	132
Abb. 7-2:	Flussdiagramm ein- und ausgeschlossener Patienten	135
Abb. 7-3:	Verlauf des HHS (Benchmark)	138
Abb. 7-4:	Verlauf des AKSS (Benchmark)	139
Abb. 7-5:	Behandlungsverläufe in Abhängigkeit von Krankheitsüberzeugungen	142
Abb. 8-1:	Modell der Integrierten Patientenorientierung in Anlehnung an Körner (2009)	147

Abb. 8-2: Flussdiagramm ein- und ausgeschlossener Patienten	150
Abb. 8-3: Veränderung funktionaler Beschwerden	153
Abb. 8-4: Zufriedenheit mit Behandlungsaspekten	155

1. Einleitung

Verschleißprobleme an den großen Körpergelenken gehen für die Betroffenen mit erheblichen Beeinträchtigungen von Lebensqualität und selbstbestimmter Teilhabe einher (WHO 2003). Wenn durch konservative und medikamentöse Behandlung keine ausreichende symptomatische Behandlung mehr möglich ist, gilt bei starken Belastungsschmerzen und Funktionseinschränkungen der künstliche Gelenkersatz heute als bewährte Standardbehandlung (Krämer und Grifka 2002). In Deutschland werden derzeit jährlich 190.000 Hüftendoprothesen und 150.000 Knieendoprothesen implantiert (Greitemann 2009). Angesichts der alternden Bevölkerung geht die WHO (2003) von einem weiter steigenden Bedarf aus.

Eine Operation allein garantiert aber nicht, dass Patienten die Vorzüge eines neuen Gelenks im Alltag auch umsetzen können. Präoperative Aufklärungen (McDonald et al. 2004) und multidisziplinäre Rehabilitationsprogramme (Khan et al. 2008) gewinnen im Rahmen integrierter Versorgungsangebote deshalb zunehmend an Bedeutung. In Deutschland wurden die für eine solche stärkere Vernetzung von Akutversorgung und Rehabilitation notwendigen sozialrechtlichen Voraussetzungen mit der gesetzlichen Verankerung sektorentübergreifender Leistungs- und Vergütungsformen (§140a - d SGB V) zuletzt entscheidend verbessert. Bis Ende 2008 wurden laut des Berichts der „Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des §140d SGB V“ 6407 IV-Verträge gemeldet, an denen über vier Millionen Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung partizipierten (Grothaus 2009). Unter den abgeschlossenen Verträgen haben Verträge zur Behandlung von muskuloskelettalen Erkrankungen mit einem Anteil von 20% die quantitativ größte Bedeutung. Die meisten Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) betreffen dabei die Endoprothetik bei Hüft- und Kniegelenkersatz (Frank 2005) und hier vor allem gemeinsame Versorgungsmodelle von Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen (Grüner und Haas 2007).

In der internationalen Versorgungsforschung liegen mittlerweile erste systematische Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit integrierter Versorgungskonzepte vor. So kommen Ouwens et al. (2005) in ihrer Übersichtsarbeit zu integrativen Versorgungsprogrammen bei chronisch Kranken zu dem Fa-

zeit, dass diese die Behandlungsqualität verbessern können. Die größten Vorteile sehen Ouwens et al. (2005) dabei in der Verbesserung des Selbstmanagements der Patienten. Im deutschen Sprachraum liegen unseres Wissens bislang allerdings noch keine Studien zu integrierten Versorgungsmodellen bei Hüft- und Kniegelenkersatz vor, die zuverlässige Aussagen zur Behandlungsqualität zulassen¹. Unklar ist insbesondere, ob der langfristige funktionale Verlauf der integriert behandelten Patienten tatsächlich günstiger ist. Auch im Hinblick auf die Prozessqualität integrierter Versorgungsleistungen fehlen bisher konkrete analytische Ansätze, die eine überzeugende Antwort darauf liefern, welche Faktoren für eine erfolgreiche Kooperation im Rahmen der IV erforderlich sind. Vor diesem Hintergrund wurde ein umfassendes Forschungskonzept für die Evaluation eines integrierten Versorgungsmodells entwickelt. Es handelt sich hierbei um die Behandlung bei Hüft- und Kniegelenkersatz im Rahmen der IV des orthopädischen Fachkrankenhauses Annastift in Hannover und der Rehabilitationsklinik Klinik Niedersachsen in Bad Nenndorf.

Ziel dieser Evaluationsstudie war es:

- die Patientenpräferenzen bei der Ausgestaltung integrierter Versorgungsmodelle zu ermitteln (Kapitel 4),
- die Sicht der Patienten auf den IV-Behandlungsprozess zu spezifizieren (Kapitel 5),
- die Implementierung der Kooperationsziele zu begleiten und diesen Prozess zu bewerten (Kapitel 6) sowie
- die langfristigen funktionalen Behandlungsergebnisse der Patienten zu untersuchen (Kapitel 7 und 8).

Das Evaluationskonzept war so angelegt, dass auf Basis einer genauen Prozessbeschreibung von der Patientenaufnahme im Akutkrankenhaus über den Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik bis hin zu den Nachsorgeuntersuchungen sowohl effiziente Strategien und Ergebnisse der IV als auch Optimierungspotentiale erkannt werden konnten. Im Zentrum der Evaluation standen dabei insbesondere die Wirkungen der Maßnahme auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Funktionsfähigkeit der Patienten.

In der vorliegenden Ergebnisdarstellung der Studie werden in **Kapitel 2** zunächst Hintergrund und Bedarf integrierter Versorgungsleistungen in

¹ In Deutschland überwiegen bislang sogenannte Erfahrungsberichte, z. B. Schnarr und Beyer (2009) für die Rheumatologie, Stöcker (2006) für die Geriatrie, Teschler (2005) für die Pneumologie und Peters et al. (2000) bei Handverletzten.

Deutschland erörtert und die unterschiedlichen Perspektiven von Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern diskutiert. Das anschließende **Kapitel 3** skizziert das in der Studie evaluierte IV-Modell und beschreibt den Entwicklungsprozess dieser Kooperation sowie die zentralen Innovationen, die in den verschiedenen Behandlungsabschnitten entwickelt und implementiert wurden.

Kapitel 4 hinterfragt die Patientenpräferenzen hinsichtlich der Ausgestaltung des hier untersuchten Versorgungsmodells und berichtet die Ergebnisse des im Rahmen der Studie durchgeführten Discrete Choice Experiments (DCE). Mit diesem Untersuchungsansatz sollte geklärt werden, ob Patienten von relevanten Prozesselementen des integrierten Versorgungsmodells einen höheren Nutzen erwarten als von der Ausgestaltung der herkömmlichen Versorgung. Mit dem DCE wurde deshalb die Zahlungsbereitschaft für verschiedene Prozessmerkmale (z. B. standardisierte Nachsorge und intensivierete Zusammenarbeit) bestimmt. Das Experiment sollte darüber hinaus überprüfen, inwiefern subgruppenspezifische Unterschiede in der Nutzenbewertung für diese Prozesselemente existieren.

Das Konzept der IV sieht vor, den Patienten aktiv in den Entscheidungsprozess (für oder gegen ein IV-Programm) einzubinden und setzt verstärkt auf eine hohe Informationsqualität. Im Rahmen der in **Kapitel 5** beschriebenen Analysen wurde deshalb mit Hilfe eines Mixed-Methods-Ansatzes untersucht, wie gut die Patienten sich über das IV-Programm informiert fühlten, welche IV-Leistungen sie benennen konnten und welche Faktoren ihre Entscheidung für die Behandlung im Rahmen der IV beeinflussten. Es konnten in diesem Zusammenhang unterschiedliche subjektive Konzepte sowie individuelle Einflussfaktoren bei der Legitimierung der Entscheidung identifiziert werden.

Kapitel 6 beschreibt im Anschluss die zentralen Ergebnisse der externen Prozessevaluation. Organisationsübergreifende und interdisziplinäre Arbeitszusammenhänge erfordern den Aufbau neuer Strukturen, um die unterschiedlichen Kompetenzen, Ressourcen und Interessen der beteiligten Kooperationspartner effektiv zu koordinieren. Die Entwicklung und Implementierung neuer Prozesse und Strukturen in den Klinikalltag verlangen von den beteiligten Kooperationspartnern Kommunikationsbereitschaft und Flexibilität und stellen für alle Mitarbeiter eine Herausforderung dar. Im Rahmen der Prozessevaluation sollten deshalb frühzeitig Stärken („Highlights“) und Optimierungspotenziale identifiziert werden, um diese zeitnah in den Entwicklungsprozess zurückzumelden. Die Bewertung des IV-Prozesses erfolgte dabei durch den Einsatz unterschiedlicher qualitativer Erhebungsmethoden (teilnehmende Beobachtung, Experteninterviews, Dokumentenanalyse) und wurde hinsichtlich der folgenden Schwerpunkte

verdichtet: Integrierte Versorgung als patientenzentriertes Informationsmanagement, Integrierte Versorgung als innovative Dokumentation und Integrierte Versorgung aus Mitarbeitersicht. Die Prozessevaluation lieferte insofern umfassende Erkenntnisse über die Etablierung neuer integrativer endoprothetischer Versorgungsleistungen und gleichzeitig wichtige Ansätze für die Ausgestaltung zukünftiger interdisziplinärer und sektorenübergreifender Kooperationsbeziehungen.

Obwohl Gelenkersatzoperationen als zuverlässige und sichere Standardoperationen mit überwiegend günstigen Verläufen gelten, gibt es Patienten, die weniger von einer Gelenkersatzoperation profitieren als andere. **Kapitel 7** erörtert vor diesem Hintergrund die prognostische Bedeutung subjektiver Krankheitskonzepte für den funktionellen Verlauf nach der Operation. Ziel der dabei realisierten Fallkohortenstudie war es, die langfristigen funktionellen Verläufe zu beschreiben und mögliche Moderatoreffekte subjektiver Krankheitstheorien zu überprüfen, um daraus Strategien für die präoperative Aufklärung und die postoperative Nachbehandlung abzuleiten.

Die Ergebnisse der kontrollierten Multicenter-Studie, mit der die Wirksamkeit des untersuchten IV-Modells überprüft wurde, werden im zentralen **Kapitel 8** zusammengetragen. Teilnehmer der Interventionsgruppe wurden dabei im Rahmen des IV-Modells von Annastift und der Klinik Niedersachsen behandelt. Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten ihren Gelenkersatz in verschiedenen anderen Kliniken der Region, die ihre Patienten im Rahmen einer herkömmlichen Versorgung im Anschluss ebenfalls in die Klinik Niedersachsen überwiesen.

Das abschließende **Kapitel 9** fasst die Ergebnisse der Studie zusammen.

2. Hintergrund

2.1 Was bedeutet IV?

Eine sektorale Gesundheitsversorgung mit einer ausgeprägten Arbeitsteilung birgt die Gefahr von Reibungsverlusten an den Schnittstellen, starren Versorgungsstrukturen sowie einer unzureichenden Kooperation der Leistungsanbieter (Mühlbacher et al. 2003; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, 2007). Als eine Antwort auf diese Schwierigkeiten hat der Gesetzgeber mit der Integrierten Versorgung die Möglichkeit einer sektorenübergreifenden Leistungs- und Vergütungsform eröffnet (§140a - d SGB V) und damit die Voraussetzungen für eine engere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern deutlich verbessert (Grüner und Haas 2007). Der deutsche Gesetzgeber hat dabei auf eine konkrete sozialrechtliche Definition der Integrierten Versorgung bewusst verzichtet und somit Spielraum bei der Ausgestaltung von IV-Konzepten gelassen, indem er lediglich Rahmenbedingungen festgeschrieben hat (Schreyögg et al. 2006). Im Rahmen der IV nach § 140a - d SGB V soll eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende Versorgung und/oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung organisiert werden. IV beschreibt eine Versorgungsgestaltung, die *„auf einer besseren Verzahnung der Leistungsanbieter, einer Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Maßnahmen zur Qualitätssicherung basiert“* (Schreyögg et al. 2006, 106).

Die Inhalte der IV-Kooperationsverträge sollen außerhalb des kollektivvertraglichen Systems auf einzelvertraglicher Basis zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern geregelt werden. IV-Modelle stellen somit eine Erweiterung der klassischen Regelversorgung dar. Ein konstituierendes Kennzeichen von IV-Konzepten ist die Form ihrer Finanzierung. Die IV funktioniert über eine gemeinsame Budgetverantwortung der beteiligten Leistungserbringer für die gesamte Versorgungsaufgabe (Meier und Diener 2007; Rosenbrock und Gerlinger 2006). Die Abkehr von der Einzelvergütung medizinischer Leistungen und der damit einhergehenden Gefahr des Mittelmissbrauchs hin zu einer pauschalen Vergütung unter gemeinsamer Budgetverantwortung zwingt die Beteiligten zu einer Optimierung des

Prozesses und zur Nutzung von Synergieeffekten. Im Ergebnis wird davon eine bessere Behandlung der Patienten erwartet.

Ein weiteres konstituierendes Merkmal der IV ist das Ziel, eine umfassende und koordinierte Behandlung zu erreichen, die den gesamten Versorgungsweg von der Primärversorgung bis zur Rehabilitation berücksichtigt (Rosenbrock und Gerlinger 2006). Vor diesem Hintergrund kann eine angestrebte Kooperation unter zwei Rahmenbedingungen erfolgen, die als Produktintegration und Institutionenintegration beschrieben werden können. Als *Produktintegration* werden klassische indikationsspezifische integrierte Versorgungsleistungen und Disease-Management-Programme (DMP) für unterschiedliche chronische Erkrankungen verstanden, deren Ziel die Optimierung der Kommunikations- und Koordinationsprozesse auf verschiedenen Leistungsebenen ist. Weiterhin zählen dazu Komplexpauschalen. Diese repräsentieren ein primär wirtschaftlich optimiertes Leistungsbündel für eine bestimmte Indikation (Amelung und Janus 2006). Ein Beispiel dafür ist die Versorgung bei einem notwendigen Gelenkersatz (Endoprothetik). Für diese Indikation besteht die Möglichkeit, Einzelleistungen der Gesamtversorgung schnittstellenübergreifend zu koordinieren (Amelung und Lägél 2008).

Im Rahmen der *Institutionenintegration* findet die angestrebte Vernetzung oder Verzahnung von Versorgungsabläufen auf horizontaler und vertikaler Ebene statt. Horizontale Integration meint die Vernetzung von Leistungserbringern einer Versorgungsebene, z.B. die in Medizinischen Versorgungszentren realisierte Vernetzung zwischen Hausärzten und Fachärzten oder zwischen Fachärzten unterschiedlicher Disziplinen (Amelung et al. 2006; Weatherly et al. 2007). Dies führt aber nicht zwingend zu einem sektorenübergreifenden Angebot, z. B. zwischen Akutversorgung und Rehabilitation. Eine derart kontinuierliche Versorgung wird erst über die Stufe der vertikalen Verzahnung möglich, die zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Sektoren realisiert wird (akut, stationär, Pflege, Hilfsmittel) (Amelung und Lägél 2008; Meier und Diener 2007) (Abb. 2-1).

Die Gestaltung der Kooperationsverträge ist Sache der beteiligten Kooperationspartner. Mögliche Vertragspartner sind die gesetzlichen Krankenkassen, niedergelassene Ärzte, Apotheken, Kliniken und deren Zusammenschlüsse, aber auch medizintechnische und pharmazeutische Unternehmen (Amelung und Lägél 2008). Explizit ausgeschlossen aus dem Kreis möglicher Vertragspartner wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen, weil die von ihnen angestrebten Kollektivverträge dem Wettbewerbscharakter der IV entgegelaufen (Amelung und Lägél 2008).

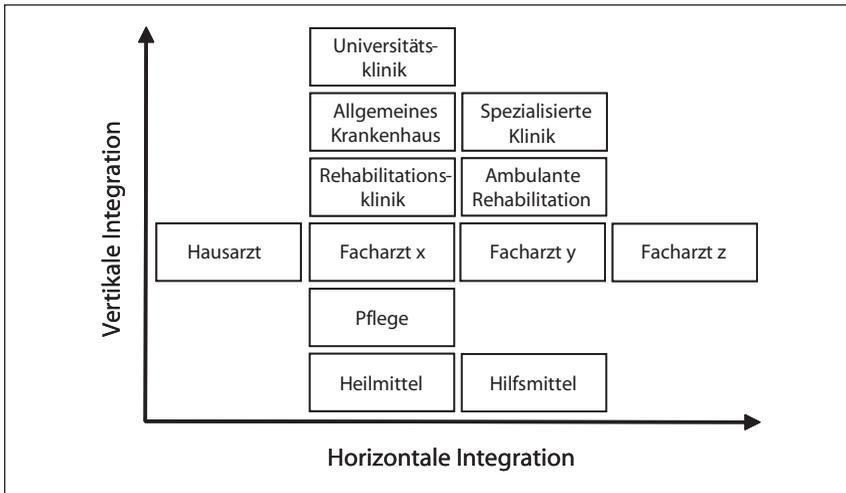


Abb. 2-1: Vertikale und horizontale Integration

2.2 IV als Managed Care

Das Konzept der IV lässt sich leichter im Vergleich mit ähnlichen, bereits praktizierten Konzepten erklären. Vorreiter und methodischer Ideengeber für die IV in Deutschland ist die so genannte Managed Care (MC), deren Ursprünge im amerikanischen Gesundheitssystem liegen. Die Versicherer der Gesundheitsdienstleistungen sahen sich dort in den späten 1980er und den frühen 1990er Jahren zu erheblichen Ausgabensenkungen gezwungen. Diese sollten jedoch ohne Qualitätseinbußen realisiert werden (Janus und Amelung 2004). Kennzeichnend für MC-Ansätze ist die Anwendung unterschiedlicher Managementprinzipien im Kontext der Gesundheitsversorgung. Die Kernelemente von MC lassen sich dabei folgendermaßen darstellen und erklären:

- *Selektive Kontrahierung* bedeutet die Auswahl geeigneter Leistungserbringer und eine selektive Aufnahme in das Versorgungssystem.
- Mit dem *Gatekeeper-Prinzip* wird der Hausarzt zum Lotsen, der den Patienten durch den Versorgungsprozess navigiert, die Behandlung koordiniert und den Zugang zu Fachärzten und Kliniken organisiert.
- *Case- und Disease-Management* bezeichnen strukturierte Behandlungsprogramme für bestimmte Indikationen und Patientengruppen.
- *Positiv- und Negativlisten* formulieren einen Katalog von erstattungswürdigen und nicht erstattungswürdigen medizinischen Leistungen.

- Das Prinzip der *Second Opinion* ermöglicht systematisch das Einholen einer Zweitmeinung vor teuren und planbaren Behandlungen.
- *Guidelines* stellen Empfehlungen und Leitlinien für die Behandlung bestimmter Erkrankungen auf.
- *Benchmark und Best Practice* sollen die Transparenz von Qualifikation und Qualität der Leistungserbringer garantieren.
- *Utilization Review* sind Maßnahmen zur regelmäßigen Prüfung der medizinischen Notwendigkeit von teuren bzw. stationären Behandlungsverfahren.
- *Pauschalisierte Vergütung* stellen Gegenmodelle zur Einzelleistungsvergütung dar (Fall- oder Kopfpauschale) (Wiechmann 2003).

Aus der Vielzahl der verschiedenen Managementinstrumente und der damit einhergehenden Organisationsformen lassen sich zwei Schlussfolgerungen ziehen. Erstens sind weder eine einheitliche Definition von Managed Care noch eine in sich geschlossene MC-Theorie zu erwarten. Zweitens eröffnen die inhaltlich fließenden Grenzen des Konzeptes eine vielfältige Bandbreite an Gestaltungs- und Umsetzungsmöglichkeiten. In Deutschland ist der Einfluss von Managed Care beispielsweise u. a. beim Hausarztmodell, den Medizinischen Versorgungszentren und der IV zu erkennen (Hahne 2005).

2.3 Notwendigkeiten für die IV in Deutschland

Die Notwendigkeit einer Neuorientierung und Umstrukturierung der deutschen Gesundheitsversorgung ergibt sich primär durch die sektorale Abschottung im Gesundheitswesen. In Deutschland haben sich Strukturen entwickelt, in denen verschiedene Leistungsbereiche des Gesundheitswesens nebeneinander statt miteinander arbeiten. Die Auswirkungen dieser Abschottung zeigen sich auf verschiedenen Ebenen. Die ambulante Versorgung durch den niedergelassenen Arzt, die stationäre Versorgung im Krankenhaus und die Rehabilitation in spezialisierten Einrichtungen sind zu wenig miteinander verzahnt. Die Folge sind Versorgungsbrüche, die an unterschiedlichen Übergängen von Versorgungssektoren deutlich werden: ambulante – stationäre Versorgung, akutmedizinische – rehabilitative Versorgung sowie beim Zusammenspiel von Medizin, Pflege und Sozialarbeit (Greuel und Mennemann 2006; Rosenbrock und Gerlinger 2006). Der Einsatz kostenintensiver Technologien und die fortschreitende Spezialisierung in der Medizin haben diese Zergliederungstendenz noch verstärkt, die Zahl

der an der Versorgung beteiligten Akteure weiter erhöht und den Kooperationsbedarf noch dringender werden lassen.

Zusätzlich steht die Versorgung vor der Herausforderung einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft und einem damit verbundenen Anstieg erkrankter und vor allem multimorbider Menschen. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Krankheitsspektrum von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen verschoben. Bis zum Jahr 2020 wird der Anteil chronischer Erkrankungen auf rund zwei Drittel ansteigen. Dies betrifft insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle, Diabetes, muskuloskeletale und psychische Erkrankungen (v. a. Depressionen) sowie Tumore (Gensichen et al. 2006; Pruitt et al. 2002). Chronische Erkrankungen sind dauerhafte bzw. wiederkehrende Beschwerden und verursachen bleibende Behinderungen oder Beeinträchtigungen. Sie entstehen durch irreversible pathologische Veränderungen und erfordern entweder ein spezielles rehabilitatives Patiententraining und/oder eine Langzeitbeobachtung, -betreuung und -versorgung. Für akut erkrankte Patienten spielt das Thema der Versorgungskontinuität hingegen eine untergeordnete Rolle. Ihre Versorgung endet zumeist mit der Heilung bzw. der Wiederherstellung ihrer gesundheitlichen Integrität. Gerade Menschen in hohem Alter sind aber durch chronische und meist irreversible Krankheiten gekennzeichnet, die eine medizinische Behandlung in aller Regel bis ans Ende des Lebens erfordern. Meist nehmen diese Krankheiten in ihrem Schweregrad mit zunehmendem Alter zu. Augenscheinlich finden die temporalen und dynamischen Besonderheiten chronischer Erkrankungen bei der Gestaltung von Versorgungsprozessen zu wenig Beachtung. Behandlungsabläufe, die dadurch gekennzeichnet sind, dass sie verzögert einsetzen, unterbrochen und aufgeschoben werden, führen so zu Krankheitskarrieren, die – trotz realisierter Inanspruchnahme und Behandlung – durch eine zunehmende Beschwerdelast gekennzeichnet sind (Schaeffer und Ewers 2006). Abhilfe kann hier nur eine verbesserte Koordination der Übergänge schaffen. Aufgrund ihrer Komplexität verlangen chronische Krankheiten, seien sie progredienter oder degenerativer Art, insofern nach mehrdimensionalen, interdisziplinär bzw. multiprofessionell ausgerichteten Versorgungsstrategien, die neben somatischen auch soziale, psychische und lebensweltliche Dimensionen berücksichtigen (Schaeffer und Ewers 2006). Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000) hat vor diesem Hintergrund verschiedene Möglichkeiten vorgeschlagen, um die Effektivität und die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu steigern. Neben einer stärkeren Prävention, einer intensivierten Patientenorientierung und einer systematischen Evaluation betrifft dies auch und insbesondere die regionale und lokale Umsetzung integrierter Versorgungsformen.

2.4 Viele Beteiligte, unterschiedliche Perspektiven

2.4.1 IV aus Sicht der Patienten

In der Auseinandersetzung mit integrierten Versorgungsleistungen ist es erforderlich, den Adressaten der Versorgung – den Patienten – mehr Beachtung zu schenken. Fehlentwicklungen, wie die in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen, werden von den Patienten wahrgenommen und registriert. So kritisieren Patienten und Patientenvertreter Doppeluntersuchungen, lange Wartezeiten und den fehlenden interdisziplinären Austausch. Diese Disharmonien gilt es abzubauen. Patienten bzw. deren Interessenvertreter versprechen sich von der IV insofern insbesondere, dass:

- die Patienten in eine organisierte Behandlungskette eingebunden sind, die ihnen die eigene, oft mühsame Suche nach den richtigen Spezialisten abnimmt,
- Doppel- und Mehrfachuntersuchungen sowie unnötige Belastungen für die Patienten vermieden und die Liegezeiten in den Krankenhäusern verkürzt werden,
- die Übergänge von ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung besser koordiniert sind und lange Wartezeiten entfallen,
- die Behandlung nach definierten Behandlungspfaden und auf dem neuesten Stand des medizinischen Wissens erfolgt (in vielen integrierten Versorgungsprojekten bieten die medizinischen Leistungserbringer Garantiezusagen für ihre Leistungen) und
- durch standardisierte Nachuntersuchungen nach Abschluss der stationären und rehabilitativen Behandlung Folgeerkrankungen vermieden oder eingeschränkt werden.

Weatherly et al. (2007) haben unlängst zur Bewertung der Patientenperspektive fünf Dimensionen vorgeschlagen, nach denen IV-Modelle zu hinterfragen sind: Verbesserung der medizinischen Versorgung, Verstehbarkeit und Transparenz, Einbindung in die Entscheidungen, Wahlmöglichkeiten und Zugang sowie finanzielle Anreize.

Verbesserung der medizinischen Versorgung: Die starke sektorale Abgrenzung in der deutschen Gesundheitsversorgung kann eine kontinuierliche Versorgung der Patienten in der Regel nicht gewährleisten. Die angestrebte Verzahnung der Sektoren soll die Versorgung der Patienten deshalb effektiver gestalten. Patienten empfinden das fragmentierte Gesundheitssystem als belastend und verunsichernd. Vorstrukturierte Behandlungsabläufe werden bevorzugt (Weatherly et al. 2007). Dadurch fühlen sich die Patienten in IV-gesteuerten Behandlungsabläufen wohler und sind zufriedener. Eine

der positivsten Auswirkungen der IV ist die stärkere Ausrichtung auf die Behandlung chronisch Kranker und die intensive Förderung präventiver Maßnahmen. Die Annahme, dass die IV tatsächlich eine höhere Ergebnisqualität erreicht, ist bislang allerdings nicht hinreichend gesichert.

Verstehbarkeit und Transparenz: Auf Grund der freiwilligen Teilnahme der Versicherten stehen die Kostenträger und Leistungserbringer in der Pflicht, die Patienten über die Möglichkeiten der IV und speziell über den einzelnen IV-Vertrag ausreichend zu informieren. Es muss eine breite Akzeptanz auf Seiten der Versicherten geschaffen werden, soll sich die IV als Versorgungsform durchsetzen. Idealerweise müssen IV-Verträge so transparent und verständlich wie möglich gestaltet werden und die Patienten in angemessener Form darüber informiert werden.

Einbindung in die Entscheidungen: Der Patient muss in die Teilnahme an der IV einwilligen. Diese Entscheidung kann er, eine angemessene Information vorausgesetzt, souverän treffen. Die verstärkte Strukturierung der Behandlungsabläufe bedeutet allerdings auch, dass die Entscheidung über die IV-Teilnahme eine Entscheidung über ein Leistungspaket ist. Damit könnten auch Befürchtungen einhergehen, in einzelne Entscheidungen nicht mehr eingebunden zu werden.

Wahlmöglichkeiten und Zugang: Vergleichbare Annahmen können sich auf eingeschränkte Wahlmöglichkeiten beziehen und sind auch nicht unbegründet, da die Patienten im Allgemeinen eben keinen direkten Einfluss mehr auf die Wahl der einzelnen Vertragspartner haben. Insbesondere der eingeschränkte Zugang zu Spezialisten und die allgemein eingeschränkte Arztwahl werden von den Patienten dabei als kritisch bewertet (Schwiederhock und Özyurt 2004). Die IV birgt somit die direkte Gefahr, wichtige Belange der Patienten, insbesondere die freie Arztwahl, außer Acht zu lassen. Entscheidender aber dürfte sein, dass Zu- und Übergänge für die Patienten vereinfacht und Wartezeiten durch eine gemeinsam geplante Behandlungskette deutlich reduziert werden. Vorteilhaft ist dabei insbesondere die gemeinsame Zuständigkeit der Versorgungspartner für das Schnittstellenmanagement, das nunmehr auch in Qualitätsmanagementprozesse eingebunden werden kann.

Finanzielle Anreize: Eine mögliche Motivationsstütze für die Patienten sind finanzielle Anreize. Diese werden sowohl vom Gesetzgeber offeriert (§ 140 SGB V) als auch von den Kassen und Vertragspartnern in unterschiedlichem Maße angeboten, etwa durch kostenlose Hilfsmittel, den Verzicht auf Zuzahlungen oder der Zahlung von Prämien bei einer Inanspruchnahme (Dolderer et al. 2007). Die Entwicklung der Eigenfinanzierung gesundheitsbezogener Leistungen berücksichtigend, erscheinen monetäre Anreize für den Patienten jedoch kontraproduktiv. Einer marktwirtschaftlichen Logik

folgend, sollten Patienten bei besseren Leistungen höhere Kosten erwarten. Monetäre Anreize bergen insofern die Gefahr, die IV abzuwerten, da für die Patienten vermutlich nicht ersichtlich ist, warum sie für die Inanspruchnahme einer qualitativ besseren Leistung finanziell belohnt werden.

2.4.2 *IV aus Sicht der Leistungserbringer*

Die Regelungen zu IV-Konzepten sehen eine verstärkte marktwirtschaftliche Orientierung der Hauptakteure des Gesundheitssystems vor. IV-Leistungserbringer versprechen sich Standortvorteile, Umsatzgarantien und höhere Erträge. Hier gibt es durchaus Vorteile für sogenannte First Mover. Allerdings war in anderen Wirtschaftsbereichen wiederholt zu beobachten, dass die späteren Marktführer andere sind als diejenigen, die zuerst auf dem Markt waren.

Ein klarer Anreiz für die Leistungserbringer ist die Möglichkeit einer Finanzierungsquelle über das Budget hinaus (Grüner und Haas 2007). Der Abschluss von IV-Verträgen setzt allerdings intensive Entwicklungsarbeit und durchaus auch Startinvestitionen der Vertragspartner voraus (z. B. für kommunikationstechnische Lösungen). In der Regel dürften folglich einige Jahre vergehen, bevor sich die Kosten amortisiert haben. Entscheidend für die Leistungserbringer dürfte aber auch die stärkere Planungssicherheit sein, die etablierte und funktionierende Versorgungsnetze auszeichnet. Dies betrifft sowohl die langfristige Auslastung als auch die kurzfristige Bettenplanung beim Sektorenübergang, z. B. bei der Verlegung vom Akutkrankenhaus in die Rehabilitationsklinik. Zudem dürften die Nutzung gemeinsamer Technologien und der Aufbau einer gemeinsamen Verwaltung langfristig auch Ressourcen schonend sein und Kosten reduzierend wirken. Die Integrierte Versorgung bietet die Möglichkeit, die Vision einer guten Versorgung weiterzuentwickeln, höhere Zufriedenheit und bessere Behandlungsergebnisse zu erreichen.

Einen garantierten Nutzen für alle wird aber auch die IV nicht leisten können. Die Krankenkassen werden aufgrund der Transaktionskosten vermutlich regional umfassende Lösungen mit großen und erfahrenen Anbietern gegenüber kleinen einzelnen Verträgen bevorzugen (Jacobs und Schulze 2004). Diese Erwägungen sind nicht zuletzt darin begründet, dass ausreichende Management- und Finanzressourcen zur Verfügung stehen müssen.

2.4.3 IV aus Sicht der Kostenträger

Die Krankenkassen stehen nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vor der Herausforderung, sich in einem marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitssystem zu positionieren. Aus ökonomischer Perspektive sind sektorenübergreifende Versorgungsangebote für die Kostenträger dann ein sinnvolles und notwendiges Unterfangen, wenn es gelingt, die Zusammenarbeit der einzelnen Leistungserbringer zu optimieren und so unter Nutzung von Synergieeffekten eine effizientere Versorgungsstruktur zu fördern. Von der IV versprechen sich die Kostenträger insofern v. a.:

- Wettbewerbsvorteile durch eine höhere Qualität,
- Kosteneinsparungen durch die bevorzugte Bewilligung ambulanter Leistungen,
- Transparenz und Qualität durch den Einsatz modernster Technologie und Erkenntnisse und
- die bessere Kontrolle und Planung der Gesundheitsausgaben (Schwieder-noch und Özyurt 2004).

Bemerkenswert ist dabei auch die sich nunmehr für die Kostenträger bietende Möglichkeit, selektiv mit Leistungserbringern zusammenzuarbeiten. Gleichzeitig sollen durch Kooperationen zwischen den einzelnen Sektoren (z. B. Krankenhaus und Rehabilitationsklinik) die Behandlungsprozesse im Sinne einer stärkeren Patientenorientierung und kürzerer Wartezeiten verbessert werden. Dies führt nach Ansicht der Krankenkassen zu einer höheren Versorgungsqualität und unterstützt die Bemühungen der Gesundheitspolitik und der Krankenkassen zur Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen.

Insbesondere die konzeptionelle Ausrichtung der IV auf die Versorgung chronischer Erkrankungen gibt Anlass für entsprechende Hoffnungen. Aus Erwägungen über Transaktionskosten heraus sind IV-Strukturen dann ökonomisch vorteilhaft, wenn sie ihr volles Potential ausschöpfen. Dies ist vor allem bei der optimierten Versorgung chronisch kranker Patienten bzw. allgemein bei der Versorgung von Patienten mit langjährigen und von diversen Versorgungseinrichtungen zu betreuenden Krankheitsbildern der Fall (Güssow et al. 2007).

Ein weiterer Anreiz für die Krankenkassen ist die mögliche Sicherstellung einer breiten Versorgungskette. Als Anlass zum Abschluss von Integrationsversorgungsverträgen bieten sich beispielsweise an:

- die Einführung von medizinischen Behandlungskonzepten im Bereich von Volkskrankheiten,
- die Bildung von Versorgungsketten zur Versorgung „aus einer Hand“,

- die Versorgung auf der Basis besonders zu vereinbarenden Qualitätsanforderungen,
- die Einführung elektronischer Kommunikation der Leistungserbringer und Krankenkassen (Stichwort: digitale Behandlungsakte) und anderes mehr (Kuhlmann 2004).

Für die Kostenträger stellt sich dabei einerseits die Herausforderung, geeignete Vertragspartner zu finden, und andererseits die Aufgabe, geeignete Versichertengruppen zu identifizieren. Zur Debatte stehen dafür sowohl indikationsübergreifende (z. B. beim Übergang von Akutversorgung und Pflege) als auch indikationsbezogene Ansätze (z. B. Disease-Management-Programme).

3. Das IV-Modell

3.1 Konzeptentwicklung

Eine erfolgreiche Kooperationsarbeit hängt maßgeblich von den Kooperationszielen und der damit zusammenhängenden Zweckmäßigkeit der entwickelten Instrumente ab, die sich mit Fortschreiten der Kooperationsbeziehung bewähren müssen. Der Aufbau einer Kooperation ist zeit- und ressourcenintensiv und bedarf einer strukturieren Planung und Durchführung. Für eine optimale langfristige Kooperation müssen daher von Anfang an klare Ziele, Strukturen und geeignete Instrumente definiert werden, die allen Akteuren eine Orientierungs- und Optimierungsgrundlage bieten. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden der Entwicklungsprozess beschrieben, der dem IV-Behandlungsmodell des Annastifts und der Klinik Niedersachsen zu Grunde lag. Dieser Prozess kann anhand von sechs Entwicklungsphasen veranschaulicht werden: Initialphase, Entwicklungsphase, Implementierungsphase, Alltagsphase, Modifikationsphase und Stabilisierungsphase (Abb. 3-1).

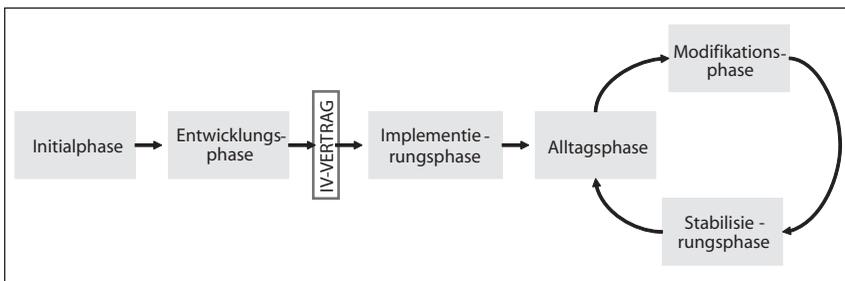


Abb. 3-1: Phasen der Kooperation in der IV

3.1.1 Initialphase

Die Grundlage der engen konzeptionellen Zusammenarbeit zwischen dem Annastift und der Klinik Niedersachsen wurde durch die sozialrechtliche Verankerung integrierter Versorgungsleistungen geschaffen. In der so genannten Initialphase mussten beide Partner zunächst Probleme und Optimierungsmöglichkeiten innerhalb des eigenen Unternehmens identifizieren, Ressourcen und Kompetenzen herausstellen und Lösungsmöglichkeiten beleuchten. Hier war es wichtig, Chancen und Risiken sowie Aufwand und Nutzen gegenüberzustellen und geeignete Partner für eine Kooperationsbeziehung zu finden (Abb. 3-2).

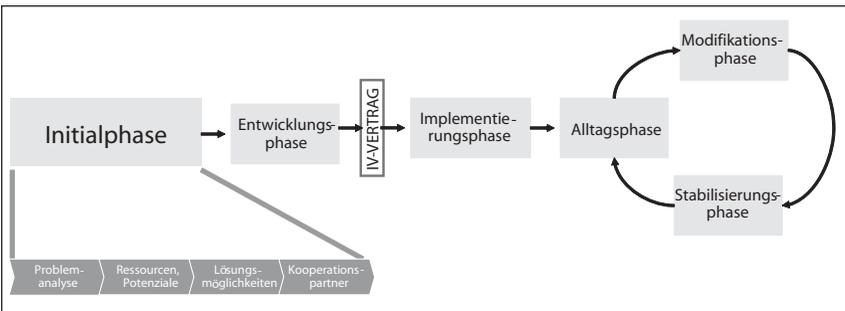


Abb. 3-2: Initialphase der Kooperation

Konkret wurden folgende Problemfelder identifiziert: Überleitungsmanagement, Informationsmanagement und Wirtschaftlichkeit (Abb. 3-3).

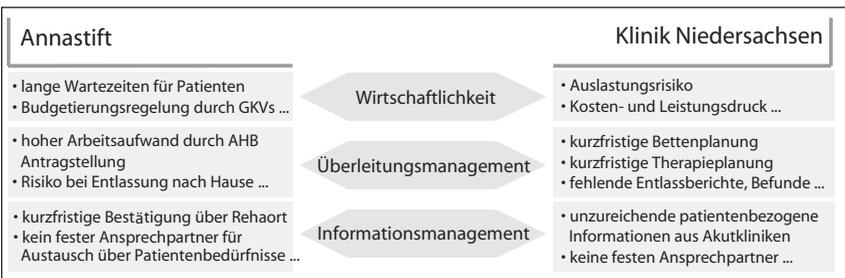


Abb. 3-3: Identifikation von Problemfeldern in der Versorgung

So wollte das Annastift z. B. lange Wartezeiten bei Knie- und Hüftgelenkersatz verkürzen. Aufgrund dieses Problems waren Patienten trotz nachweislich guter Qualität in andere Krankenhäuser abgewandert. Für die Nachsorge im Anschluss an den akutstationären Aufenthalt sollte aus Qualitäts- und Marketinggründen mittel- und langfristig ein adäquater Partner in der Rehabilitation gefunden werden.

Die Klinik Niedersachsen wiederum sah sich einem zunehmenden Kosten- und Leistungsdruck ausgesetzt. Die strategische Analyse der Klinik ergab, dass die Zukunft u. a. wesentlich von

- der Patientenzuweisung,
- der Kooperationen mit anderen Häusern,
- der Qualität der Leistung zu einem marktgerechten Preis sowie
- dem Standort (wohnot-/krankenhausnah)

abhing. Eine Kooperation mit einem Akutkrankenhaus war daher wichtig. Problematisch waren aber auch die zunehmend kurzen Verweildauern in der Endoprothetik im Akutkrankenhaus, ein hoher bürokratischer Aufwand und die Kommunikationsdefizite in der Regelversorgung.

Weiterführende Entwicklungsschritte auf dem Weg zur Kooperation umfassten die Analyse eigener Potenziale, Ressourcen und Rahmenbedingungen, wie z. B. die regionalen, organisatorischen, strukturellen, personellen, zeitlichen und finanziellen Voraussetzungen, Patientenzahlen und indikationsspezifische Fachbereiche.

Die jeweiligen Kooperationspartner erwogen in diesem Zusammenhang eine Kooperation mit einem Vertreter eines anderen Versorgungssektors in der Region (vertikale Kooperation), mit dem die primären Herausforderungen der Schnittstellenproblematik im Versorgungssystem bewältigt werden konnten. Die Suche nach einem potenziellen Kooperationspartner war dabei durch die Fragen bestimmt:

- Welche Vorteile bietet eine Kooperation hinsichtlich der eigenen Interessenslagen, aber auch die des Kooperationspartners?
- Welche Barrieren können damit überwunden werden?
- Welche Investitionen und Voraussetzungen im Rahmen einer solchen Zusammenarbeit müssen eingebracht werden?
- Über welche Ressourcen und Potenziale sollte der Kooperationspartner verfügen? (Abb. 3-4).

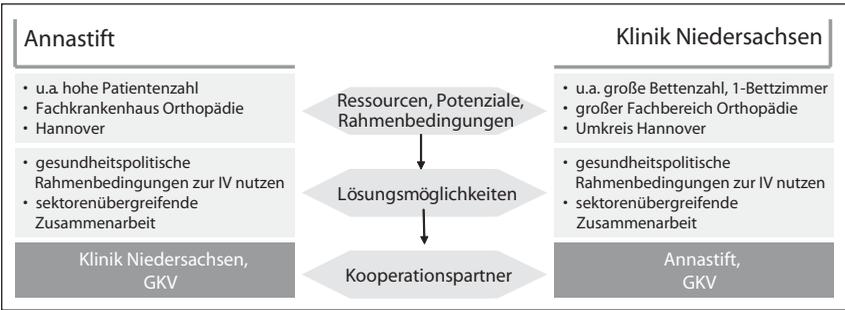


Abb. 3-4: Voraussetzungen der Kooperation

3.1.2 Entwicklungsphase

Der Initialphase folgte die Entwicklungsphase, die durch eine gemeinsame Definition von Verbindlichkeiten und Zielsetzungen sowie die Entwicklung geeigneter Instrumente zur Implementierung des Behandlungskonzepts charakterisiert war (Abb. 3-5). Zunächst mussten Akteure benannt werden, die aktiv an dieser Konzeptentwicklung beteiligt sein werden und im weiteren Verlauf der Kooperation für die Ausgestaltung, Modifikation und Ansprache hinsichtlich IV-spezifischer Aspekte verantwortlich sind.

In dieser Phase stand zunächst die Konkretisierung und Weiterentwicklung der Idee im Vordergrund der Gespräche. Hier war es erforderlich, dass die einzelnen Partner ihre Interessen, Perspektiven, Ressourcen und Kompetenzen einbrachten, um gemeinsam eine erste Zielklärung vorzunehmen. Dies diente der Vorbereitung der konkreten Zielvereinbarung und Klärung aller erforderlichen Regeln und Strukturen der Zusammenarbeit. In der weiteren Definition der Ziele wurden alle aufgabenspezifischen Informationen wie Zuständigkeiten, Hilfsmittel (Sachmittel, Dokumente

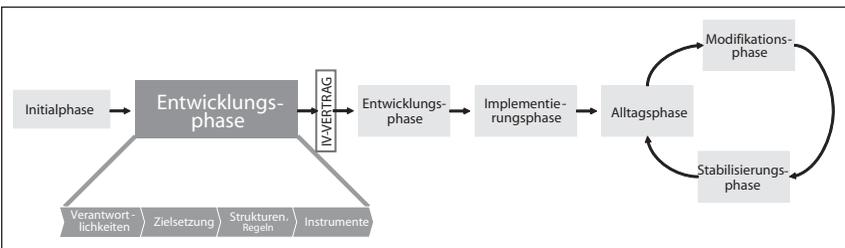


Abb. 3-5: Entwicklungsphase der Kooperation

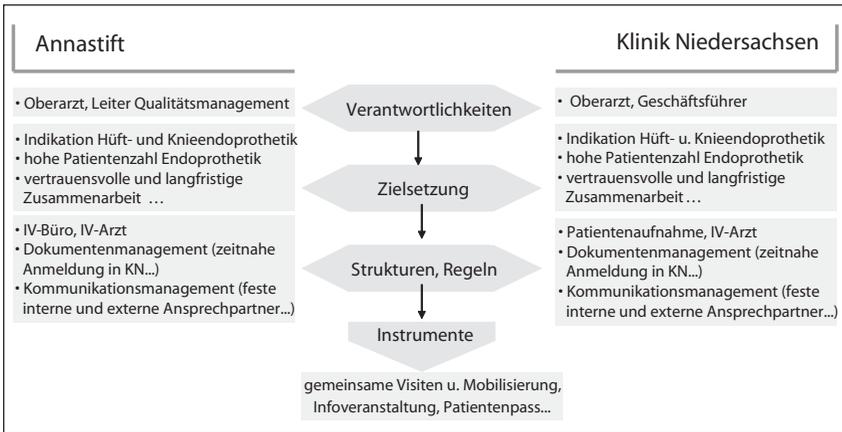


Abb. 3-6: Entwicklungsphase im Detail

usw.) gesammelt, durch die Netzwerkpartner definiert und in der Entwicklung von geeigneten Instrumenten konkretisiert. Hieran schloss sich die Zusammenfassung und Zuordnung der einzelnen Aufgaben zu Organisationseinheiten innerhalb des Netzwerks an. So entstand ein organisationsübergreifendes Netzwerk mit einzelnen Stellen, denen bestimmte Tätigkeiten im Rahmen der IV zugewiesen wurden (Abb. 3-6).

Um eine Risikoselektion durch die Leistungserbringer von vornherein auszuschließen, wurden detaillierte Ein- und Ausschlusskriterien vereinbart. Ziel war die Teilnahme möglichst vieler Patienten. Die Leistungserbringer garantierten Transparenz und Datenaustausch. Definiert wurden auch Garantiezeitraum und Leistungen sowie Nachuntersuchungen für die Teilnahme am IV-Programm. Als Vergütung vereinbarten die Vertragspartner eine Pauschale für die definierten Leistungen. Deren Aufteilung erfolgte im Binnenverhältnis von Annastift und der Klinik Niedersachsen. Die Vertragspartner legten Bekanntgabe, Vermarktung und Patienteninformation fest. Es wurden ferner Optimierungs- und Anpassungsmodalitäten sowie regelmäßig stattfindende gemeinsame Reviews und Qualitätszirkel vereinbart. Neben einer für alle Partner transparenten medizinischen Dokumentation erfolgt die Qualitätssicherung anhand von messbaren und vergleichbaren Kriterien (Scores) sowie einer Patientenbefragung durch die Krankenkasse.

Durch diesen offenen Entwicklungsprozess wurde von Anfang an Transparenz geschaffen. Es wurde ein gemeinsames Behandlungskonzept entwickelt und den Krankenkassen im April 2004 vorgelegt. Dieses Konzept de-

finierte die Ziele und Instrumente und konkretisierte sie hinsichtlich der einzelnen Behandlungsphasen. Die Vertragsverhandlungen begannen im Mai, der Vertrag wurde zum 1. Juli 2004 mit der AOK Niedersachsen abgeschlossen. Weitere Krankenkassen (DAK, TK, GEK) folgten.

3.1.3 Implementierungsphase

Nach der Entwicklung aller erforderlichen Instrumente und unter Berücksichtigung aller vorhandenen Ressourcen wurde die Implementierungsphase eingeleitet. Hierfür war es erforderlich, auf verschiedenen Arbeitsebenen neue Strukturen und Kommunikationswege in und zwischen den Kliniken zu schaffen, um die Behandlungswege im Rahmen der IV zu realisieren und kontinuierlich zu gewährleisten. So wurden entsprechende Strukturen geschaffen (z. B. IV-Büro, Reviewmeeting/später „Qualitätszirkel IV“), die zu erfüllenden Aufgaben an die verantwortlichen Mitarbeiter der entsprechenden Arbeitsbereiche übertragen, neue Abläufe im Rahmen von Mitarbeiterbesprechungen festgelegt sowie benötigte Materialien, z. B. spezielle Mappen oder Patientenbroschüren konzipiert und bereitgestellt. Es wurde deutlich, dass diese Um- und Neustrukturierungen durch ein komplexes Zusammenspiel struktureller und personeller Voraussetzungen sowie vorhandener Ressourcen charakterisiert waren und im Spannungsfeld definierter Kooperationsziele, bestehender etablierter Kommunikations- und Koordinationsstrukturen sowie begleitender qualitätssichernder Maßnahmen vollzogen wurde (Abb. 3-7).

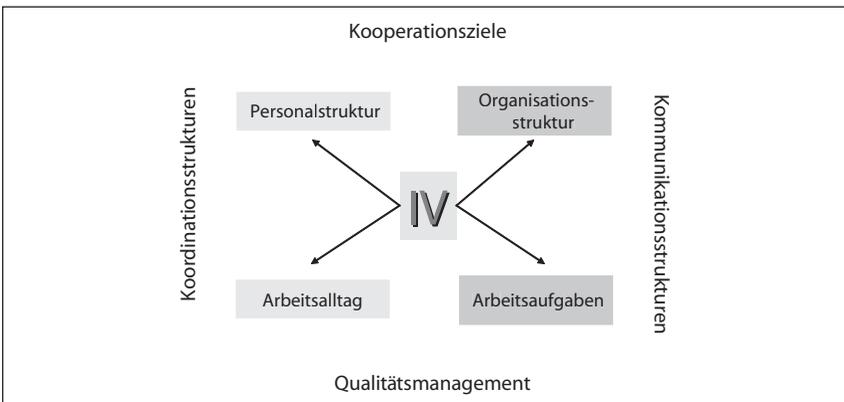


Abb. 3-7: Um- und Neustrukturierungen durch IV-Prozesse

3.1.4 *Alltags-, Modifikations- und Stabilisierungsphase*

In der sich anschließenden Alltagsphase folgte die Integration der eingesetzten Instrumente. Offenbarten sich hier im Laufe der Zeit Herausforderungen und Probleme in der Umsetzung bestimmter Instrumente, wurden diese in der Modifikationsphase zunächst gemeinsam diskutiert und ggf. verändert. Alle Veränderungen und Modifikationen der einzelnen Instrumente gestalteten sich in Abhängigkeit der Arbeitsbereiche zwar unterschiedlich, zielten aber einheitlich auf die Schaffung klarer und transparenter Strukturen und Abläufe ab, die für alle beteiligten Akteure effizient erschienen und eine optimale Behandlung der Patienten gewährleisten. Insgesamt wurden im Rahmen dieses IV-Behandlungsmodells mit den an dieser Studie beteiligten Krankenkassen (AOK, DAK, TK) bis zum 31.12.2009 2012 Patienten endoprothetisch versorgt. Als Indikator für die Stabilisierung des Modells konnte schließlich der Beitritt weiterer Krankenkassen sowie der Rentenversicherungsträger bewertet werden. Werden diese Träger ebenfalls berücksichtigt, wurden insgesamt 2487 Patienten im Rahmen des IV-Modells behandelt (Tab. 3-1). Die zunehmende Stabilisierung der Pro-

Tab. 3-1: Durchgeführte Leistungen nach Kostenträgern

Kostenträger	Anreisen	Tage	% von Gesamttagen
AOK	1272	26508	51,3
DAK	513	10827	21,0
TK	227	4703	9,1
Barmer	149	2990	5,8
DRV Braunschweig-Hannover	130	2597	5,0
GEK	63	1296	2,5
LKK	42	852	1,6
BKK	40	755	1,5
Postbeamtenkrankenkasse	33	725	1,4
Sonstige	18	388	0,8
Gesamt	2487	51641	100,0

zesse zeigte sich auch in der zunehmenden Standardisierung der Arbeitsabläufe und der Etablierung der IV als neue Regelversorgung. Die einzelnen IV-Instrumente werden im folgenden Abschnitt anhand der Behandlungsphasen näher erläutert.

3.2 Beschreibung des IV-Modells

Das IV-Modell von Annastift und der Klinik Niedersachsen beinhaltet fünf Kernphasen: eine Vorbereitungsphase, eine präoperative Phase, eine akutstationäre Phase, die Anschlussrehabilitation und mehrere Nachsorgetermine.

Während der **Vorbereitungsphase** werden alle Patienten, die für eine IV in Frage kommen, über die konkreten Inhalte der IV individuell aufgeklärt (IV-Beratung). Anschließend entscheiden sie sich für oder gegen eine Teilnahme am IV-Programm. Die dazu notwendige Clearingstelle wurde im Akutkrankenhaus eingerichtet und zunächst mit einer Mitarbeiterin² besetzt (IV-Zentrale). Mit der Anmeldung am IV-Programm wird zugleich ein voraussichtliches akutstationäres Entlassungsdatum festgelegt. Im Rahmen des Überleitungsmanagements wird der Patient mit diesem Datum zur Rehabilitation angemeldet. Dies ermöglicht der Rehabilitationsklinik eine frühzeitige Bettenplanung.

Die **präoperative Phase** berücksichtigt u. a. eine gemeinsame Informationsveranstaltung zur Darstellung des Gesamtmodells durch Ärzte beider Vertragspartner, eine präoperative Gangschulung durch die Teams der Physiotherapie (abwechselnd aus Akut- und Rehabilitationsklinik) und die frühzeitige Übermittlung der präoperativen Untersuchungsergebnisse durch das Akutkrankenhaus an die Rehabilitationsklinik. Die präoperative Gangschulung findet unmittelbar im Anschluss an die Informationsveranstaltung statt und vermittelt postoperativ zu beachtende Gelenkschutzprinzipien, das Gehen und Treppensteigen mit Unterarmgehstützen sowie ein Hausübungsprogramm zur Kräftigung der gelenkumgreifenden Muskulatur. Das Übungsprogramm umfasst 8 Übungen mit je 10 Wiederholungen, die mindestens 3x täglich zu absolvieren sind. Die Patienten erhalten zusätzlich ein Informationsblatt, das die vorgestellten Übungen beschreibt, das für bestimmte Übungen notwendige Therapieband und die Unterarm-

² Die Mitarbeiterin der IV-Zentrale ist als Sekretärin angestellt. Sie verfügt über die Qualifikation Arzthelferin und über langjährige Berufserfahrung im Krankenhaus, speziell in der Orthopädie.

gehstützen. Des Weiteren werden die niedergelassenen Ärzte (Hausarzt und ggf. orthopädischer Facharzt des Patienten) in einem detaillierten Arztbrief über den vorgesehenen Gelenkersatz informiert.

Die Kooperation während der **akutstationären Phase** ist insbesondere durch die von Therapeuten der Rehabilitationsklinik durchgeführte Frühmobilisierung sowie gemeinsame Arztvisiten der beiden Kooperationspartner gekennzeichnet. Mit Hilfe speziell entwickelter IV-Dokumente (Visitenliste, Übergabebogen der Physiotherapie) übermitteln diese Mitarbeiter die in dieser Behandlungsphase erhobenen Daten an die Rehabilitationsklinik. Die Anschlussrehabilitation kann so frühzeitig abgestimmt und vorbereitet werden. Durch den direkten Transfer der Patienten in die Rehabilitationsklinik wird die Anschlussrehabilitation unmittelbar realisiert. Auch am Tag der Verlegung wird die krankengymnastische Behandlung sichergestellt. Mögliche Komplikationen durch einen verzögerten Rehabilitationsbeginn werden so vermieden.

Die **Anschlussrehabilitation** unterscheidet sich in Form und Ausgestaltung nicht von der herkömmlich durchgeführten Rehabilitation bei Knie- oder Hüftgelenkersatz. Durch die frühzeitige Klärung möglicher Komplikationen, die bereits erfolgte Mobilisierung der Patienten und die kurzen Kommunikationswege können die Rehabilitationsinhalte jedoch effizienter und früher auf die Lebenswirklichkeit der Patienten abgestimmt werden (z.B. Berücksichtigung von Problemen bei der Krankheitsbewältigung oder von Barrieren im häuslichen Umfeld). Bei den Patienten auftretende medizinische Probleme werden mit den Operateuren telefonisch besprochen. In diesen Fällen wird gemeinsam entschieden, ob der Patient während oder direkt nach der Rehabilitation noch einmal im Akutkrankenhaus vorgestellt wird.

Um den langfristigen Behandlungserfolg sicherzustellen und die Ergebnisqualität zu dokumentieren, werden **Nachsorgetermine** postoperativ nach vier Monaten, nach einem Jahr sowie nach fünf und zehn Jahren angeboten. Die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse erfolgt in den standardisierten Patientenpässen der IV-Teilnehmer. Die Bewertung des Behandlungserfolgs wird mit dem Harris Hip Score (Harris 1969) bzw. dem American Knee Society Score (Insall et al. 1989) vorgenommen. Die derart realisierte Darstellung des Behandlungsverlaufs ermöglicht eine schnelle Orientierung für weiterbehandelnde Ärzte und sichert eine für den Patienten transparente Bewertung seiner Behandlungsergebnisse. Die Patientenpässe enthalten zudem umfangreiche Informationen zum postoperativen Verhalten und benennen alle für den Behandlungsprozess wesentlichen Ansprechpartner.

Die patientenbezogene Dokumentation beider Vertragspartner läuft in der IV-Zentrale zusammen. Die Mitarbeiterin der IV-Zentrale steht darüber hinaus während der gesamten IV-Behandlung als Ansprechpartnerin und zentrale Vermittlungsinstanz zur Verfügung. Zu diesem Zweck wurde eine Telefonhotline eingerichtet, die für Patienten werktags von 8.00 bis 16.00 Uhr erreichbar ist. Um die Qualität des Versorgungsmodells langfristig weiterzuentwickeln, wurde ein gemeinsamer Qualitätszirkel beider Versorgungspartner eingerichtet, der die Umsetzung des Modells begleitet. Tab. 3-2 fasst die wesentlichen Innovationen hinsichtlich des medizinisch-therapeutischen Handelns, der Organisation und des unmittelbaren Patientenkontakts zusammen.

Tab. 3-2: Interne und externe Patientenorientierung in der Integrierten Versorgung

Interne Patientenorientierung		Externe Patientenorientierung
Medizinisch-therapeutisches Handeln	Organisation	Patientenkontakt
<ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsame Informationsveranstaltungen - Präoperative Gangschulung - Gemeinsame Visiten während akutstationärer Phase - Postoperative Mobilisierung durch Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik - Telefonische Konsultationen während der Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> - Zentrale Dokumentation in der IV-Zentrale - Direkte Kommunikation - Organisation des direkten Transfers durch IV-Zentrale - Gemeinsamer Qualitätszirkel 	<ul style="list-style-type: none"> - Zentrales Clearing - Umfassende Beratung zum gesamten Ablauf - Frühzeitige Information und Gangschulung - Telefonhotline - Umfassende Information in den Patientenpässen - Transparente Dokumentation der Behandlungsergebnisse (Patientenpässe)

4. Patientenpräferenzen bei der Ausgestaltung Integrierter Versorgungsprogramme

Mit der Integrierten Versorgung wird unter anderem die engere konzeptionelle Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern unterschiedlicher Sektoren angestrebt (Fuchs 2004; Janus und Amelung 2004). IV-Behandlungsmodelle sollen die Schnittstellen in der traditionell sektoralen Versorgung ausbauen, um damit verbundene Probleme wie beispielsweise Doppelbehandlungen zu vermeiden (Klauber et al. 2006). So ergeben sich Potenziale, die vordergründig Kostenträgern und Leistungserbringern nutzen, indem durch Optimierung des Prozessablaufs Kosteneinsparungen auftreten. Durch den kontinuierlichen und transparenten Behandlungsverlauf und den aktiven Einbezug der Patienten werden darüber hinaus positive Effekte hinsichtlich der wahrgenommenen Qualität der medizinischen Programme vermutet (Amelung et al. 2006; Mühlbacher und Ackerschott 2006).

Fraglich ist jedoch, ob die Einführung neuer Versorgungselemente im Zuge von IV-Modellen tatsächlich zu einer stärkeren Orientierung der Behandlung an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten führt (Fuchs 2004). Für die Programmentwicklung müsste dafür bekannt sein, wie die Patientenpräferenzen in Bezug auf die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen aussehen. Dies ist für integrierte Versorgungsmodelle bislang problematisch, da es an geeigneten Messinstrumenten und -methoden mangelt, um die Qualität bestimmter Prozesselemente darzustellen (Eikötter und Greiner 2008).

4.1 Discrete Choice Experimente (DCE) und Willingness to pay (WTP)

Ein möglicher Ansatz liegt in der Verwendung conjointanalytischer Verfahren (Bethge 2009). Conjointanalytische Verfahren erheben erklärte Präferenzen statt tatsächlicher, etwa durch Produktkauf realisierter Präferenzen

(stated vs. revealed preferences) (Louviere et al. 2000). Eine besondere Form ist hierbei das Discrete Choice Experiment (DCE) (Bethge 2006, 2009). Im DCE werden die Befragten in Szenarien vor eine hypothetische Entscheidung zwischen zwei oder mehr Alternativen eines Produkts gestellt. Die einzelnen Produktalternativen unterscheiden sich jeweils hinsichtlich der Ausgestaltung a priori definierter Attribute. Unter der Annahme, dass eine Abwägung zwischen den verschiedenen Eigenschaftsausprägungen der Produktalternativen stattfindet, lässt sich so der marginale Nutzen der Produkteigenschaften messen (Lee et al. 2008; Viney et al. 2002). Dies ermöglicht es, den Teilnutzen einzelner Merkmale mit dem Nutzen anderer Merkmale zu vergleichen. Wird ein Kostenattribut eingefügt, kann die Zahlungsbereitschaft (Willingness to pay, WTP) bestimmt werden, die für bestimmte Behandlungsmerkmale besteht (Diener et al. 1998). Als alternatives Kostenattribut hat sich auch die Wartezeit bewährt, die Personen für die Einführung neuer Behandlungselemente hinnehmen würden (Bethge 2009; van Helvoort-Postulart et al. 2008).

DCE haben sich in der Bewertung medizinischer Versorgungsmodelle international bewährt und werden in der Gesundheitsforschung vielfältig eingesetzt (Ryan et al. 2001). Es existieren Analysen zur Ausgestaltung therapeutischer Verfahren aus Experten- (Lee et al. 2008; Papanikolaou et al. 2007) und aus Patientensicht (de Bekker-Grob et al. 2008; Lloyd et al. 2008; Ratcliffe et al. 2004) sowie zur Messung des Nutzens potenziell neuer Behandlungsformen in Bevölkerungsstichproben (Schwappach und Strasmann 2007; Telser und Zweifel 2002). Dabei reicht die Spannweite von der Akutversorgung (Hjelmgren und Anell 2007; Turner et al. 2007) über operative Verfahren (Schwappach und Strasmann 2006) bis zur Ausgestaltung von Rehabilitationsprogrammen (Bethge 2009; Kjaer und Gyrd-Hansen 2008).

4.2 Fragestellung

Das im Rahmen der Studie durchgeführte DCE sollte klären, ob Patienten von relevanten Prozesselementen des integrierten Versorgungsmodells einen höheren Nutzen erwarten als von der Ausgestaltung der herkömmlichen Versorgung. Mit dem DCE wurden deshalb Präferenzen hinsichtlich IV-spezifischer Prozesselemente erhoben und die Zahlungsbereitschaft für diese Prozessmerkmale bestimmt. Das Experiment sollte darüber hinaus überprüfen, inwiefern subgruppenspezifische Unterschiede in der Nutzenbewertung für diese Prozesselemente existieren.

4.3 Methode und Design: Entwicklung des Discrete Choice Experiments

Die Entscheidungsszenarien des Discrete Choice Experiments wurden in der Hauptstudie (Februar 2007 bis Juni 2008) ausschließlich von den Patienten bearbeitet, die sich während des Erstkontakts im Akutkrankenhaus für die Integrierte Versorgung entschieden hatten. Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte durch eine Dokumentationsassistentin direkt nach der Entscheidung der Patienten für ihre Teilnahme am IV-Modell. Eingeschlossen wurden Rentner dreier Krankenkassen (AOK Niedersachsen, DAK, TK), für die die Notwendigkeit einer Gelenkersatzoperation wegen Gon- oder Koxarthrose (ICD-10: M16 bzw. M17) bestand.

Das DCE war Teil eines umfangreichen Fragebogens zum Zeitpunkt des Erstkontakts, also vor Beginn des eigentlichen Versorgungsprozesses³.

4.3.1 Ermittlung der Attribute und Attributausprägungen

Die Ermittlung der Attribute erfolgte durch eine Recherche bereits veröffentlichter IV-Behandlungsmodelle (Weatherly et al. 2007) und mehreren Konsensrunden mit den am Prozess beteiligten Leistungsträgern und Leistungsanbietern. Im Zentrum standen die Merkmale, in denen sich IV-Modelle typischerweise von der herkömmlichen Behandlung unterscheiden und wie sie im Sozialgesetzbuch verankert sind. Diese Merkmale verdichteten sich inhaltlich auf drei Bereiche: Informationsmanagement, Zusammenarbeit der Akteure und Ausgestaltung der Nachsorge. Dabei sind IV-Modelle in der Regel durch ein umfassendes und strukturiertes Informationsmanagement, die enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer untereinander sowie eine strukturierte und langfristige Nachbetreuung der Patienten gekennzeichnet. Die Operationalisierung dieser Attribute erfolgte in enger Abstimmung mit den beteiligten Akteuren im hier betrachteten IV-Modell. Ein durchgeführter Pretest in der ersten Studienphase (Streibelt et al. 2007a; Streibelt et al. 2007b) führte zu einer Reduktion der Attribute von ursprünglich fünf auf letztlich vier zu berücksichtigende Programmmerkmale. In einer letzten Expertenrunde wurde zudem die maximale Zuzahlung für die Ermittlung der Zahlungsbereitschaft auf 50 € fixiert.

³ Dieser Fragebogen umfasste darüber hinaus Fragen zu den Krankheitskonzepten der Studienteilnehmer. Eine ausführliche Darstellung dieses Fragebogenteils und der entsprechenden Ergebnisse findet sich in Kapitel 7.

Tab. 4-1: Attribute und Attributausprägungen des DCE

Attribut (Variablenname)	Ausprägung	
	Werte	Bezeichnung
Informationen über die Behandlung (info)	1	durch Broschüren, Informationsveranstaltung und Patientenpass
	0	durch den behandelnden Arzt
Termine zur Nachbehandlung (nach)	1	werden bis 10 Jahre nach der Operation durch das Krankenhaus angeboten
	0	werden nach Ermessen des behandelnden Arztes festgelegt
Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Reha-Klinik (team)	1	ist durch gemeinsame Visiten und Therapien sehr eng
	0	beschränkt sich auf die Übermittlung von Befunden
Zuzahlung der Patienten (geld)	0	0 €
	50	50 €

Pro Eigenschaft wurden zwei Ausprägungen so definiert, dass jeweils typische IV-spezifische Eigenschaften und Elemente eines herkömmlichen Behandlungsprozesses charakterisiert waren (Tab. 4-1). Zur Messung der Zahlungsbereitschaft wurde eine hypothetische Zuzahlung zur jeweiligen Behandlungsalternative angenommen. Mit 50 € sowie 0 € wurden ebenfalls zwei Ausprägungen festgelegt.

4.3.2 Festlegung der Szenarien

Das vollständige Design umfasste bei vier Eigenschaften mit je dichotomer Ausprägung $2^4 = 16$ denkbare Behandlungsszenarien. Mit Hilfe der SPSS-Prozedur Orthoplan wurde ein reduziertes Design von acht Szenarien für die jeweilige Behandlungsalternative B so ausgewählt, dass die Eigenschaften unabhängig voneinander variierten (Orthogonalität) und alle Hauptef-

<p>Die Informationen über die Behandlung erfolgen ...</p> <p>Die Termine zur Nachbehandlung ...</p> <p>Die Zuzahlung der Patienten ...</p> <p>Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Reha-Klinik ...</p>	<p><u>I. Behandlungsablauf A</u></p> <p>... durch den Arzt.</p> <p>... werden nach Ermessen des behandelnden Arztes festgelegt.</p> <p>... beträgt 0 Euro.</p> <p>... ist durch gemeinsame Visiten und Therapien sehr eng.</p>	<p><u>I. Behandlungsablauf B</u></p> <p>... durch Broschüren, Informationsveranstaltungen und Patientenpass.</p> <p>... werden bis 10 Jahre nach der Operation durch das Krankenhaus angeboten.</p> <p>... beträgt rund 50 Euro für Gehstützen und Tagegeld.</p> <p>... beschränkt sich auf die Übermittlung von Befunden.</p>
<p>Ich würde mich entscheiden für ... <input type="checkbox"/> Behandlungsablauf A <input type="checkbox"/> Behandlungsablauf B</p>		

Abb. 4-1: Verwendetes Entscheidungsszenario

fekte effizient geschätzt werden konnten (Main Effects Design) (Louviere et al. 2000). Zu jeder dieser acht Behandlungsszenarien wurde mittels des von Bunch et al. (1996) vorgeschlagenen Shifting eine Alternative A konstruiert, so dass insgesamt acht Paarvergleiche ohne überlappende Merkmalsausprägungen resultierten. Abb. 4-1 zeigt eines der verwendeten Entscheidungssets.

Angesichts des Alters der Studienstichprobe wurde der Umfang des zu bearbeitenden Entscheidungssets durch die Generierung zweier Fragebogenversionen (Decks) nochmals halbiert. Die Zuordnung der Befragten zu einer der beiden Fragebogenversionen, die jeweils noch vier Entscheidungssets umfassten, wurde mittels Blockrandomisierung (20er Blöcke) realisiert (Muche et al. 2002).

Den Patienten wurden die Szenarien von einem Interviewer vorgelegt. Die Patienten bekamen die Information, dass es sich um fiktive Behandlungsalternativen bei Knie- oder Hüftgelenkersatzoperationen handelt, die mit ihrer tatsächlichen Versorgung nichts zu tun haben. Beide jeweils angebotenen Alternativen unterschieden sich einzig in den vier aufgeführten Merkmalen. Die Patienten wurden angehalten, die Szenarien durchzulesen und sich möglichst spontan für eine der beiden Alternativen A oder B zu entscheiden.

4.3.3 Modellspezifikation

Aufgrund der Annahmen, dass sich a) der Gesamtnutzen V der Behandlungsalternative durch die Addition der Teilnutzen der vier Eigenschaften ergibt und b) die Individuen sich entsprechend dem Axiom der Nutzenmaximierung verhalten, lässt sich die Entscheidung, Alternative B der Alternative A vorzuziehen, damit erklären, dass der Nutzen von Behandlung B höher ist als der Nutzen von Behandlung A ($V_B > V_A$). Der Nutzen V kann als Funktion der Teilnutzen der Programmmerkmale, der durch den Vektor Z beschriebenen Personenmerkmale und einer Zufallskomponente ϵ betrachtet werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Person i in der Situation j für die Alternative B entscheidet, ist dann beschreibbar als:

$$(1) \quad P(Y_{ij} = B \mid B, A) = P(V_{ijB} > V_{ijA}) \quad \text{mit}$$

$$(2a) \quad V_{ijA} = \beta_1 \text{info}_{ijA} + \beta_2 \text{nach}_{ijA} + \beta_3 \text{team}_{ijA} + \beta_4 \text{geld}_{ijA} + Z_i + \epsilon_{ijA} \quad \text{sowie}$$

$$(2b) \quad V_{ijB} = \beta_1 \text{info}_{ijB} + \beta_2 \text{nach}_{ijB} + \beta_3 \text{team}_{ijB} + \beta_4 \text{geld}_{ijB} + Z_i + \epsilon_{ijB}$$

Die Variablen *info*, *nach*, *team* und *geld* repräsentieren die Ausprägungen der Programmmerkmale. So bedeutet beispielsweise *team* = 1, dass die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Rehabilitationsklinik in gemeinsamen Visiten und Therapien Ausdruck findet. Die Wahrscheinlichkeit, B statt A zu wählen, ist dann größer Null, wenn die Nutzendifferenz ΔV_{ij} positiv ist. Diese Differenz ergibt sich mit Gleichung 3 als:

$$(3) \quad \Delta V_{ij} = V_{ijB} - V_{ijA} = \beta_1 \Delta \text{info}_{ij} + \beta_2 \Delta \text{nach}_{ij} + \beta_3 \Delta \text{team}_{ij} + \beta_4 \Delta \text{geld}_{ij} + \epsilon_{ij}$$

Die Schätzung des Einflusses der Eigenschaften auf die Nutzendifferenz von A und B ist damit unabhängig von den personenbezogenen Merkmalen. Bei mehreren Entscheidungsszenarien pro Person sind die Fehlerterme ϵ_{ij} nicht unkorreliert, so dass bei der Schätzung ein Modell mit zufälligen Effekten Anwendung finden sollte (Ryan et al. 2001).

4.3.4 Hypothesen

Ausgehend von den in der Literatur dargestellten Prozessanalysen bereits umgesetzter IV-Konzepte, sollten drei Haupthypothesen überprüft werden (Weatherly et al. 2007), für die bisher nur Evidenz aus Expertenmeinungen besteht. Angenommen wurde, dass

- (H1) eine umfassende und strukturierte Information durch Broschüren, Informationsveranstaltung und Patientenpass,
 (H2) eine strukturierte Nachsorge bis 10 Jahre nach der Operation und
 (H3) eine enge Zusammenarbeit der Akteure durch gemeinsame Visiten und Therapien
 mit höheren Nutzenerwartungen einhergehen (H1: $\beta_1 > 0$; H2: $\beta_2 > 0$; H3: $\beta_3 > 0$).

Darüber hinaus wurde vermutet, dass Unterschiede in der Zahlungsbereitschaft für die drei Prozesselemente und das Gesamtmodell hinsichtlich der Indikation, des Alters und des Geschlechts der Studienteilnehmer existieren.

4.3.5 Auswertungsmethoden

Zur Schätzung des Modells wurde, da es sich um Entscheidungen zwischen zwei Alternativen handelte, ein Random-Effects Logit-Modell verwendet. Als Parameter für die Modellpassung wurde das R^2 nach McFadden berechnet. Anhand von Odds Ratios (OR) wurde bestimmt, mit welcher Chance sich die Befragten bei Vorliegen einzelner Ausprägungen in den Eigenschaften für eine Behandlung entschieden.

Die attributspezifische Zahlungsbereitschaft, also der monetäre Wert, der den Attributen beigemessen wird, wurde aus dem Verhältnis $-\beta_x / \beta_4$ berechnet, wobei β_x den Teilnutzenwert des Merkmals x repräsentiert und der Koeffizient β_4 den Teilnutzenwert, der mit einer Zuzahlung von je einem Euro verbunden ist (Aristides et al. 2004; Bethge 2009). Die Gesamtzahlungsbereitschaft für ein optimales Behandlungsprogramm (WTP_{total}) ergibt sich dann aus dem Verhältnis der Summe der Beträge der attributspezifischen Koeffizienten und dem Koeffizienten β_4 für die Zuzahlung:

$$(4) \quad WTP_{\text{total}} = \frac{-(|\beta_1| + |\beta_2| + |\beta_3|)}{\beta_4}$$

Per Bootstrapping wurden bias-korrigierte Konfidenzintervalle der WTP geschätzt (2000 Wiederholungen) (Hole 2006). Die relative Bedeutung eines Attributs, definiert als Anteil an der für ein optimales Behandlungsprogramm bestehenden Zahlungsbereitschaft, ergibt sich aus dem Verhältnis der attributspezifischen WTP zur Gesamt-WTP des optimalen Behandlungsprogramms. Zur Absicherung subgruppenspezifischer Unterschiede hinsichtlich der Zahlungsbereitschaft wurden hypothesengeleitet Interaktionsterme in das Regressionsmodell integriert und mittels segmentspezifischer

scher Schätzer die entsprechende WTP berechnet (Ryan et al. 2005). Dabei erfolgte der Test auf Unterschiede in der Zahlungsbereitschaft mittels Wald-Test für nichtlineare Hypothesen. Alle Berechnungen wurden mit STATA SE Version 10.1 durchgeführt.

4.4 Ergebnisse

4.4.1 Stichprobe

Die Rekrutierung dauerte 17 Monate (Februar 2007 bis Juni 2008). Die Brutstichprobe umfasste 478 Patienten (Abb. 4-2). 371 Patienten wurden über die Studie aufgeklärt. 8 Patienten konnten aufgrund von sprachlichen bzw. kognitiven Problemen nicht an der Studie teilnehmen. Bei neutralen Ausfällen von insgesamt 115 Patienten (24 %) betrug die bereinigte Brutstichprobe noch 363 potenzielle Studienteilnehmer. Von diesen bekundeten 23 Patienten kein Interesse an der Studie bzw. äußerten private Gründe gegen die Teilnahme. Der Rücklauf lag somit bei 94 % (340 von 363 Patienten). Es konnten keine Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern sowie neutralen Ausfällen hinsichtlich Alter, Geschlecht und Indikation (Gon- vs. Koxarthrose) festgestellt werden.

Die teilnehmenden Patienten waren durchschnittlich 72,3 Jahre alt (SD = 6,9). Mit 68 % (n = 232) war der weit überwiegende Teil der Stichprobe weiblich. 52 % (n = 177) hatten eine diagnostizierte Koxarthrose, 48 % (n = 163) eine Gonarthrose.

Je 170 Patienten erhielten per Randomisierung eines von zwei Fragebogen-decks. Beide Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter, Geschlecht und Indikation. Neun Patienten wurden nachträglich aus der Studie entfernt, da sie weniger als 50 % der Entscheidungssituationen bearbeitet hatten. Daraus ergaben sich insgesamt j = 1311 bearbeitete Entscheidungssituationen bei 13 fehlenden Werten (Deck I: j = 648; Deck II: j = 663), die die Grundlage für die weiteren Analysen bildeten.

4.4.2 Patientenpräferenzen und WTP

Alle drei IV-Elemente sowie auch die Zuzahlung besaßen einen signifikanten Einfluss auf die Wahl des Behandlungsmodells. Allerdings ließ sich hinsichtlich des Informationsmanagements ein hypothesenkontrarärer Effekt beobachten: Patienten wählten eher die Behandlungsalternative, in der die Informationen über die Behandlung durch den Arzt erfolgten, und nicht

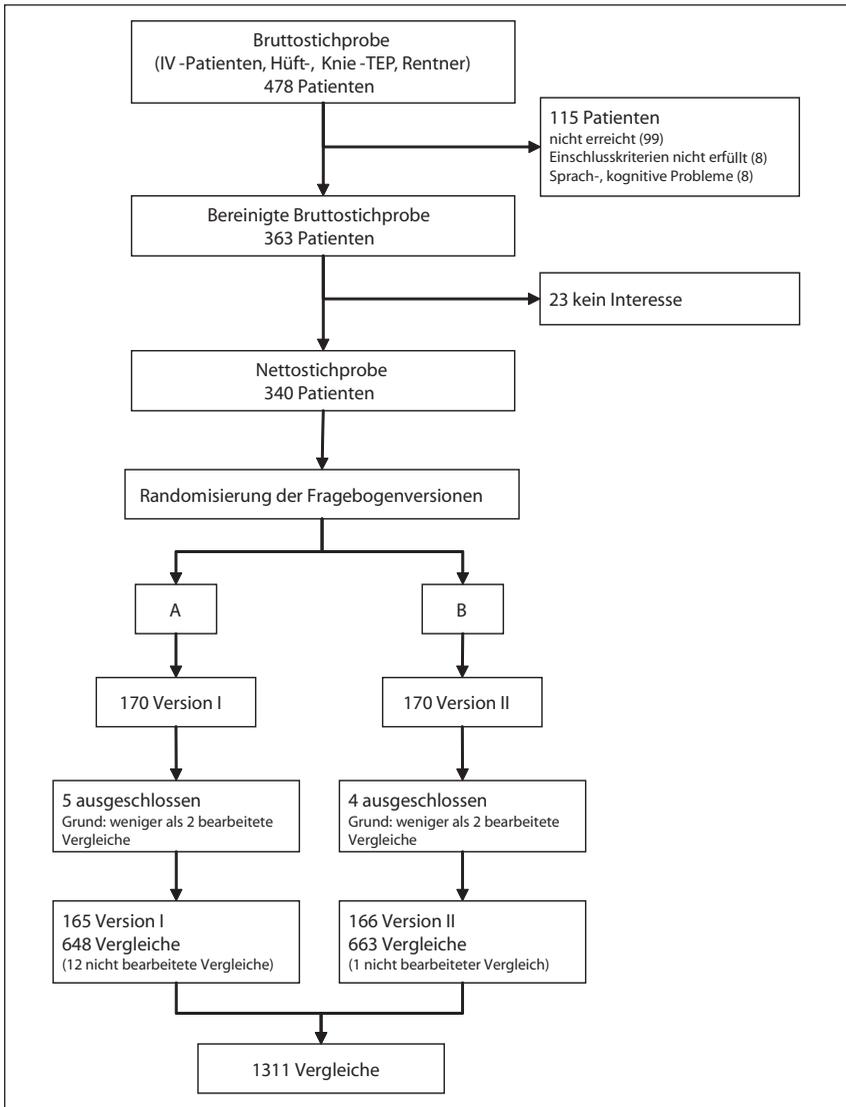


Abb. 4-2: Flussdiagramm

Tab. 4-2: Schätzmodell mit Haupteffekten

Hypothesen		β	p (z-Test)	OR	95 % KI
1: Informationen	durch Informationsmaterial (IV) durch den Arzt	-0,6739	< 0,001	0,51	(0,44; 0,59)
2: Nachsorge	bis 10 Jahre postoperativ (IV) nach Ermessen des Arztes	0,2105	< 0,001	1,23	(1,08; 1,41)
3: Zusammenarbeit	gemeinsame Visiten/Therapien (IV) Übermittlung von Befunden	0,6699	< 0,001	1,95	(1,70; 2,25)
Zuzahlung	pro €	-0,0263	< 0,001	0,97	(0,97; 0,98)

Anmerkungen: Random-Effects Logit-Modell; β unstandardisierter Parameterschätzer; Personen: n = 331; Vergleiche j = 1311; Beobachtungen pro Gruppe (min / \emptyset / max): 2 / 4 / 4; Modell: $\chi^2 = 330,06$; p < 0,001; McFadden-R² = 0,29

das Angebot, in dem durch Broschüren, Informationsveranstaltung und Patientenpass informiert wurde. Die Chance der Wahl einer Behandlung reduzierte sich bei Verwendung von Informationsmaterial um 49 % (OR = 0,51). Sonst zeigten die Ergebnisse in die durch die Hypothesen angenommene Richtung: Eine enge Zusammenarbeit (OR = 1,95) und eine strukturierte Nachsorge (OR = 1,23), wie sie für IV-Modelle charakteristisch sind, erhöhten die Chance der Wahl einer Behandlung signifikant (Tab. 4-2).

Die Chance, ein Behandlungsmodell entsprechend der IV (Informationen durch Informationsmaterial, strukturierte Nachsorge, enge Zusammenarbeit) statt der Referenzbehandlung (Informationen durch den Arzt, Nachsorge nach Ermessen des Arztes, keine enge Zusammenarbeit) zu wählen, war nur geringfügig erhöht (OR_{total} = 1,23; $\chi^2 = 2,49$; p = 0,115). Der erwartete Nutzen ist demnach bei gleicher Zuzahlungsmodalität statistisch nicht signifikant höher als der von der Referenzbehandlung erwartete Nutzen. Eine entsprechend dem Schätzmodell exponierte Behandlung hingegen, die den höchsten Nutzen für die Patienten entfaltet und durch Infor-

Tab. 4-3: Beschreibung unterschiedlicher Behandlungsmodelle und die Chance der Wahl dieser Behandlungsmodelle

Behandlungsmodell	Attributausprägungen	OR (p)
Referenzbehandlung	Informationen durch den behandelnden Arzt Nachsorge nach Ermessen des behandelnden Arztes Zusammenarbeit der Leistungserbringer beschränkt auf Übermittlung von Befunden	1
IV-Behandlung	Informationen durch Broschüren, Informationsveranstaltung und Patientenpass Strukturierte Nachsorge bis 10 Jahre postoperativ Enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer	1,23 (p = 0,115)
Exponierte Behandlung	Informationen durch den behandelnden Arzt Strukturierte Nachsorge bis 10 Jahre postoperativ Enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer	2,41 (p < 0,001)

mation nach Ermessen des Arztes, eine strukturierte Nachsorge und eine enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer gekennzeichnet ist, besaß eine um den Faktor $OR_{\text{total}} = 2,41$ ($\chi^2 = 32,56$; $p < 0,001$) erhöhte Chance, der Referenzbehandlung vorgezogen zu werden (Tab. 4-3).

Insgesamt lag die Zahlungsbereitschaft der Patienten für eine derart exponierte Behandlung bei 59,06 € (Tab. 4-4). Die einzelnen Elemente wurden dabei unterschiedlich bewertet: Die Zahlungsbereitschaft für die Information durch den Arzt betrug 25,61 €, für eine strukturierte Nachsorge 8,00 € und für die enge Zusammenarbeit 25,46 €. Damit war die relative Bedeutung des Informationsmanagements und der Zusammenarbeit der Akteure mit je 43 % der WTP_{total} weitaus stärker als die der Nachsorge (13 %).

4.4.3 Subgruppenanalyse

Patienten mit Koxarthrose waren bereit, 19 € mehr für eine exponierte Behandlung auszugeben als Patienten mit Gonarthrose (Tab. 4-4). Dieser Unterschied war auf unterschiedlich hohe Präferenzen hinsichtlich der Nachsorge (11,47 € vs. 4,68 €) und der Zusammenarbeit (31,92 € vs. 18,99 €) zurückzuführen. Allerdings zeigte nur der Interaktionsterm Zusammenarbeit * Indikation einen signifikanten Effekt ($z = -2,24$; $p = 0,025$). Patienten mit Koxarthrose legten damit insbesondere auf eine enge Zusammenarbeit mehr Wert. Der Wald-Test auf Unterschiede in der Zahlungsbereitschaft offenbarte signifikante Unterschiede hinsichtlich der WTP_{team} ($\chi^2 = 5,75$; $p = 0,017$) und der WTP_{total} ($\chi^2 = 3,87$; $p = 0,049$).

Hinsichtlich des Geschlechts wurden zwei Nutzwertdifferenzen als signifikant unterschiedlich ausgewiesen: Der Nutzen eines Informationsmanagements durch den Arzt war für Männer höher ($z = -2,04$; $p = 0,041$). Frauen erwarteten dagegen einen höheren Nutzen aus einer engen Zusammenarbeit der Leistungserbringer ($z = 2,68$; $p = 0,007$). Der Wald-Test bestätigte in beiden Fällen eine geschlechtsspezifische Zahlungsbereitschaft (WTP_{info} : $\chi^2 = 4,87$; $p = 0,027$; WTP_{team} : $\chi^2 = 5,05$; $p = 0,025$). Damit würden Frauen für eine enge Zusammenarbeit der Akteure mehr ausgeben als Männer (29,49 € vs. 15,78 €). Diese wiederum bewerteten eine Beratung durch den Arzt monetär höher (35,68 € vs. 21,52 €).

Die WTP_{total} der beiden betrachteten Altersgruppen zeigte, dass Patienten unter 70 Jahre für eine exponierte Behandlung knapp 94 € zu zahlen bereit waren, während Patienten ab 70 Jahren eine Zuzahlung von nur 48 € als angemessen ansahen. Auch hier deuteten die einzelnen WTP darauf hin, dass diese Differenzen auf unterschiedliche marginale Nutzwertänderungen in Bezug auf das Informationsmanagement und die Zusammenarbeit zurückzuführen waren. Die entsprechenden Interaktionsterme zeigten beide einen signifikanten Einfluss auf die Entscheidung ($z = 2,94$; $p = 0,003$, $z = 2,02$; $p = 0,043$). Der Wald-Test auf Unterschiede der WTP war für beide Prozesselemente ebenfalls signifikant (WTP_{info} : $\chi^2 = 10,16$; $p = 0,001$; WTP_{team} : $\chi^2 = 6,29$; $p = 0,012$). Dementsprechend war auch der Wert für die Gesamtzahlungsbereitschaft für beide Patientengruppen signifikant verschieden (WTP_{info} : $\chi^2 = 9,55$; $p = 0,002$). Jüngere Patienten waren bereit, mehr Geld für eine ärztliche Beratung (44,39 € vs. 19,74 €) und eine enge Zusammenarbeit der Akteure (39,82 € vs. 21,03 €) auszugeben.

Tab. 4-4: WTP für verschiedene Prozesselemente und eine exponierte Behandlung für das Sample sowie verschiedene Subsamples

	WTP_{total}	WTP_{info}	WTP_{nach}	WTP_{team}
Sample total (n = 1311; j = 331)	59,06 (50,59; 69,98)	25,61 (20,58; 31,00)	8,00 (3,25; 13,12)	25,46 (21,01; 31,54)
Gonarthrose (n = 675; j = 170)	69,07 (55,76; 85,78)	25,67 (17,72; 33,48)	11,47 (4,71; 19,30)	31,92 (24,98; 40,84)
Koxarthrose (n = 636; j = 161)	49,82 (38,32; 62,49)	26,15 (19,00; 33,21)	4,68 (-1,85; 11,86)	18,99 (12,57; 25,61)
Männer (n = 413; j = 104)	60,93 (42,40; 82,61)	35,68 (25,41; 49,39)	9,48 (-0,98; 19,84)	15,78 (5,29; 26,20)
Frauen (n = 898; j = 227)	58,44 (49,07; 71,05)	21,52 (14,80; 26,98)	7,43 (2,82; 14,79)	29,49 (23,91; 35,72)
Alter < 70 Jahre (n = 443; j = 112)	93,97 (71,15; 126,59)	44,39 (31,36; 59,13)	9,77 (-2,55; 21,25)	39,82 (28,31; 55,33)
Alter ab 70 Jahre (n = 868; j = 219)	48,46 (39,38; 60,00)	19,74 (13,22; 25,15)	7,69 (2,92; 13,91)	21,03 (15,46; 26,99)

Anmerkungen: n Personen; j Anzahl der Vergleiche; WTP: alle Angaben in € mit durch Bootstrapping ermittelten bias-korrigierten Konfidenzintervallen (2000 Wiederholungen); WTP_{total} "exponierte Behandlung"; WTP_{info} Informationen durch den Arzt; WTP_{nach} strukturierte Nachsorge; WTP_{team} enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer

4.5 Diskussion

Die Untersuchung konzentrierte sich auf die Analyse von Patientenpräferenzen hinsichtlich des Vorliegens bestimmter IV-typischer Komponenten im Behandlungsprozess. Dazu wurde bei Patienten mit Gon- oder Koxarthrose und notwendigem Knie- bzw. Hüftgelenkersatz, die sich für eine Operation im Rahmen eines IV-Modells entschieden hatten, ein DCE durchgeführt.

Zwei der drei Hypothesen bestätigten sich: Patienten messen im hier betrachteten Kontext einer engen Zusammenarbeit von Krankenhaus und Reha-Klinik und einer langfristigen Nachsorge einen höheren Nutzen bei als der alleinigen Übermittlung von Befunden bzw. einer Nachsorge nach Ermessen des behandelnden Arztes. Diese Ergebnisse überraschen nicht, zeigen sie doch den Wunsch der Patienten nach einem nahtlosen Behand-

lungsablauf. Dabei ist den Befragten eine enge Zusammenarbeit wichtiger als eine strukturierte Nachsorge. Der Befund bestätigt, dass die befragten Personen gerade vom Vernetzungsgedanken, der den IV-Modellen inhärent ist, einen hohen Nutzen erwarten. Die hohe Bedeutung, die die Befragten einer engen Zusammenarbeit beimessen, ist ein Hinweis darauf, dass die Patienten dabei nicht nur von einer Verringerung von Schnittstellenproblemen ausgehen, sondern durch eine bessere Zusammenarbeit auch einen Kompetenzgewinn erwarten, der letztlich zu besseren Behandlungsergebnissen führt.

Bezüglich des Informationsmanagements fällt das Ergebnis hingegen hypothesenkonträr aus: Patienten messen der Beratung durch den Arzt mehr Nutzen bei als einem umfassenden Informationsmanagement in Form von Broschüren, Informationsveranstaltung und Patientenpass. Der Nutzengewinn einer solchen arztzentrierten Beratung ist dabei vergleichbar mit dem Nutzengewinn einer engen Zusammenarbeit der Leistungserbringer. Insgesamt lässt sich aus der Durchführung einer Behandlung nach dem IV-Modell kein Nutzengewinn gegenüber der Referenzbehandlung nachweisen, wenn in der Referenzbehandlung die Informationen durch den behandelnden Arzt angeboten werden. Die Kombination von strukturierter Nachsorge, enger Zusammenarbeit und einem arztzentrierten Informationsmanagement bringt allerdings einen erheblichen Nutzengewinn. Eine solche exponierte Behandlung wird der Referenzbehandlung mit einer um den Faktor 2,4 erhöhten Chance vorgezogen.

Es lassen sich verschiedene Vermutungen über diesen Befund anstellen. In erster Linie verdeutlicht der hohe Wert arztbezogener Beratung die Bedeutung einer intensivierten Arzt-Patient-Beziehung. Den Patienten ist eine persönliche Beziehung zu ihrem behandelnden Arzt wichtiger als umfassende strukturierte Instrumente eines erweiterten Informationsmanagements. Dies kann sicherlich nicht verallgemeinert werden, sondern muss vor dem Hintergrund der eingeschlossenen Klientel interpretiert werden. Es handelt sich um vornehmlich ältere Personen, die einen hohen Leidensdruck besitzen und sich mit der Operation ihres Gelenks einem erheblichen körperlichen Eingriff unterziehen.

Der zweite wichtige Befund besteht in der relativen Bedeutung und den marginalen Nutzenveränderungen, die unterschiedliche Patientengruppen den Behandlungsmerkmalen beimessen. Die Zahlungsbereitschaft sinkt mit steigendem Alter. Dieser Befund wurde zwar bereits nachgewiesen, allerdings noch nicht im Rahmen der Ausgestaltung medizinischer Versorgungsprogramme (Ryan 1999). Weiterhin konnte in dieser Studie herausgearbeitet werden, dass unterschiedliche Präferenzen bezüglich der Ausgestaltung eines Behandlungsprozesses zwischen Männern und Frauen beste-

hen: Während Männer in der arztbezogenen Beratung einen höheren Nutzen sehen, sind Frauen verstärkt an einer engen Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern interessiert. Insbesondere in der Kombination von Alter und Geschlecht wird der Unterschied deutlich. Bei älteren Männern (über 70 Jahren) ist die relative Bedeutung der arztbezogenen Information mit 68 % der gesamten Zahlungsbereitschaft besonders hoch. Dies geht zu Lasten der Bedeutung der Zusammenarbeit, die mit knapp 18 % bei dieser Gruppe sehr niedrig ausfällt.

Bemerkenswert ist der Unterschied in der Zahlungsbereitschaft zwischen Patienten mit Gon- und mit Koxarthrose. Patienten mit Koxarthrose sind gewillt, 19 € mehr für eine exponierte Behandlung auszugeben. Einen höheren Nutzengewinn erwarten diese Patienten insbesondere aufgrund einer verbesserten Zusammenarbeit. Die erkannten Unterschiede lassen sich dabei weder durch die Altersstruktur noch die Verteilung des Geschlechts in den Diagnosegruppen aufklären. Vermutungen in Bezug auf diese Unterschiede gehen in erster Linie in Richtung stärker erlebter Einschränkungen. Abschließend klären lässt sich dies jedoch nicht.

Ein drittes wichtiges Ergebnis betrifft die Durchführbarkeit des gewählten methodischen Ansatzes zur Präferenzenerhebung bei der hier berücksichtigten Studienstichprobe älterer Patienten. Die randomisierte Verteilung der acht zu bearbeitenden Entscheidungssets auf zwei Fragebogenversionen hat den zu leistenden Aufwand für die Studienteilnehmer deutlich reduziert. Möglichkeiten einer weiteren Reduktion der Aufgabenkomplexität werden derzeit im Rahmen des „Investigating Choice Experiments for Preferences of Older People (ICEPOP)“-Programms untersucht (Coast et al. 2008). Coast et al. (2008) haben hier mit der so genannten „best-worse“-Skalierung eine vielversprechende Vereinfachung des Designs vorgeschlagen. Ungeachtet dessen zeigen die von uns ermittelten Präferenzen eine bemerkenswerte Übereinstimmung mit den aus dem ICEPOP-Programm berichteten wesentlichen Präferenzdimensionen älterer Menschen, die u. a. auf die hohe Relevanz von Sicherheit und Kontrolle für diese Personengruppe verweisen (Coast et al. 2008).

Die Geltungsbedingungen der hier aufgeführten Ergebnisse sind klar umrissen. Das DCE wurde speziell auf ein IV-Modell bei Knie- und Hüftgelenkersatz zugeschnitten. Die Ergebnisse sind demnach weder auf andere Diagnosegruppen noch andere Behandlungsprozesse verallgemeinerbar. Ergebnisse von DCE hängen stark von der Konstruktion des Experiments selbst ab und unterliegen methodischen Beschränkungen. Das verwendete fraktionierte Design von acht Szenarien erlaubt die exakte Schätzung linearer Haupteffekte. Der Modell-Fit von etwa $R^2 = 0,29$ nach McFadden weist darauf, dass ein erheblicher Teil der Varianz nicht durch das Schätz-

modell erklärt wird. Mögliche Ursachen können (1) Interaktionen der Attribute untereinander, (2) hier nicht berücksichtigte Interaktionen der Attribute mit personenbezogenen Merkmalen, (3) Entscheidungsstrategien, die nicht mit dem zugrunde liegenden theoretischen Modell übereinstimmen, (4) nicht betrachtete Attribute und (5) Messfehler sein (Lancsar und Louviere 2006; Louviere et al. 2000). Allerdings zielen DCE nicht primär auf die vollständige Aufklärung des Entscheidungsverhaltens, sondern dienen in erster Linie der Überprüfung a priori formulierter Hypothesen. Dafür war in dieser Analyse ein fraktioniertes Design unter Berücksichtigung von vier Attributen ausreichend.

4.6 Schlussfolgerungen

DCE eignen sich in besonderer Weise zur Analyse patientenseitiger Präferenzen bei Prozessabläufen, da sie die Eigenschaft besitzen, Behandlungsalternativen zu modellieren, in denen Prozessmerkmale fehlen oder bewusst negativ dargestellt werden können, ohne dass den Patienten daraus bestimmte Konsequenzen erwachsen. Damit erlangen DCE eine besondere Bedeutung hinsichtlich der patientenorientierten Verbesserung der Prozessqualität im Gesundheitswesen (Bethge 2009). Insbesondere wurde mit dem im Rahmen dieses Projektes durchgeführten DCE ein erster methodisch hochwertiger Versuch unternommen, den aus Patientensicht antizipierten Nutzen bestimmter IV-spezifischer Prozessmerkmale zu quantifizieren. Deutlich wurde, dass Patienten vor allem der engen Zusammenarbeit und der Nachsorge eine besondere Bedeutung beimessen. Die Ergebnisse des DCE liefern damit erste Evidenz dafür, dass die Etablierung dieser Prozesselemente tatsächlich zu einer stärkeren Orientierung der Behandlung an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten führt.

5. Der informierte Patient in der Integrierten Versorgung

5.1 Hintergrund und Fragestellung

Gemäß § 140a Abs. 2 SGB V ist für die Patienten die Teilnahme an der IV freiwillig. Um eine souveräne Entscheidung zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber den Versicherten deshalb das Recht eingeräumt, umfassend über die besonderen Leistungen der IV-Verträge und die vereinbarten Qualitätsstandards informiert zu werden (Amelung et al. 2006). Die stärkere Patientenbeteiligung ist angesichts einer eindeutigen Beziehung zwischen Patientenorientierung und Behandlungserfolg unabdingbar (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2007; Simon et al. 2008). Zudem besteht von Seiten der Patienten ein hohes Informationsbedürfnis und der Wunsch, bei medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden (Bieber et al. 2007; Coulter und Magee 2003; Doering et al. 2001).

Um das Für und Wider einer Behandlung im Rahmen der IV abwägen zu können, muss der Patient über umfassende Informationen verfügen und sich über den Prozess vollständig informiert fühlen. Der Art der Informationsvermittlung kommt damit eine besondere und nicht zu unterschätzende Bedeutung in der IV-Behandlung zu. Annahme hierbei ist, dass Patienten sich gut informiert fühlen, wenn die Informationen verständlich formuliert sind und für sie relevant erscheinen. Der Grad der Informiertheit steht also für die subjektiv erfahrene Qualität der Informationsvermittlung und -inhalte und stellt damit die Basis für eine souveräne Entscheidung dar. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wann dieses subjektive Gefühl der Informiertheit tatsächlich mit objektiv vorhandenem Wissen über die (Behandlungs-)Alternativen korrespondiert – inwieweit also die Entscheidung für oder gegen die IV gleichermaßen auf einem hohen subjektiven Gefühl der Informiertheit und einem umfassenden Wissen über die IV-Behandlungsprozesse basiert. Zudem stellt sich die Frage, ob weitere Faktoren bei der Entscheidung für die OP im Rahmen der IV eine Rolle spielen und in welchem Verhältnis sie zu den angebotenen spezifischen Behandlungselementen stehen.

5.2 Studiendesign

5.2.1 Leitfadeninterview

Für die vorliegende Untersuchung wurde, als eine Form des Leitfadeninterviews, das Fokussierte Interview gewählt. Dabei handelt es sich um ein teilstandardisiertes Instrument. Charakteristisch für diese Interviewform ist die Fokussierung auf einen vorab bestimmten Gesprächsgegenstand, in diesem Fall die Entscheidung zur IV. Ein Leitfaden stellt das flexibel zu handhabende Gerüst dar, in dem bereits formulierte Fragen oder Themenkomplexe als Rahmen der Gesprächsanregung dienen. Vom Interviewer verlangt es Sensibilität, Überblick und eine permanente Vermittlung zwischen dem Interviewverlauf und dem Leitfaden. Fokussierte Interviews sind trotz des Leitfadens offen angelegt und sollen den Interviewten zu freien und assoziierten Aussagen über die Gesprächsgegenstände motivieren (Hopf 2005). Das Leitfadeninterview sichert somit ein flexibles Interviewverhalten beider Akteure (Schuth und Kieback 2001). Der Vorteil eines leitfadenorientierten Interviews liegt in der Erfassung von Sinnbezügen und ihrer Vergleichbarkeit. Da es bei der vorliegenden Untersuchung um die Rekonstruktion sozialer Sachverhalte ging, war es sinnvoll, über einen Leitfaden sicherzustellen, dass der Gesprächspartner zu allen themenspezifischen Aspekten Informationen gibt. Diese Form der halbstrukturierten offenen Befragung stellte einerseits sicher, dass das subjektive Erleben des Entscheidungsfindungsprozesses vertiefender dargestellt werden konnte. Andererseits wurden die Fragen des Leitfadens so offen formuliert, dass die interviewte Person genug Raum erhielt, das narrative Potenzial nutzbar zu machen und auch andere Themen zu bearbeiten.

5.2.2 Leitfadenerstellung

Die Entwicklung des Leitfadens gründete auf den Dimensionen: „Grad der Informiertheit“, „Wissen über IV“ und „Entscheidung zur IV“. Die Hauptkategorien der Interviews gliederten sich demnach in folgende Bereiche:

- Wie gut fühlen sich die Patienten über die anstehende IV-Behandlung informiert?
- Was wissen die Patienten über die Integrierte Versorgung und welche Unterschiede zur Regelversorgung sind ihnen bewusst?
- Warum haben sich die Patienten für die IV-Behandlung entschieden?

Ergänzend wurden die Interviewpartner nach ihren Erwartungen an die Behandlung, ihren subjektiven Beeinträchtigungen, ihrer sozialen Unterstützung und Erfahrungen im medizinischen Kontext gefragt.

Grad der Informiertheit

Die Erfassung des Grades der Informiertheit sollte Aufschluss über das subjektiv geäußerte Gefühl des Patienten in Bezug auf Umfang und Nutzbarkeit der erhaltenen Informationen geben. Formuliert wurden folgende Fragen:

- *Haben Sie Informationsmaterial bekommen?*
- *Fühlen Sie sich insgesamt ausreichend informiert?*
- *Hätten Sie sich noch mehr Information gewünscht?*

Wissen über die Integrierte Versorgung

Um das Für und Wider in einer souveränen IV-Entscheidung abwägen zu können, muss der Patient über umfassende Informationen verfügen und sich vollständig über den Prozess informiert fühlen. Der Operationalisierung dieser Dimension dienten beispielhaft die Fragen:

- *Wie würden Sie die Integrierte Versorgung beschreiben?*
- *Was wissen Sie über die Unterschiede der Integrierten Versorgung zum normalen Behandlungsprogramm?*
- *Können Sie sich vorstellen, dass diese Punkte für Sie ganz persönlich irgendwelche Vorteile haben?*

Entscheidung zur Integrierten Versorgung

Wenn eine Entscheidung getroffen werden muss, die einen Sachverhalt betrifft, der nicht aus dem eigenen Wissensfundus rekapituliert werden kann, ist die Sicherheit abhängig von der Qualität der verfügbaren Informationen, der Folgerichtigkeit des Denkens und dem Gespür für die Unsicherheit. Entscheidungen finden häufig unter Unsicherheit statt, die externe, von der entscheidenden Person nicht kontrollierbare sowie interne Ursachen haben kann. Unsicherheit kann dadurch entstehen, dass es der entscheidenden Person schwerfällt, zwischen zwei gleichwertig erscheinenden Alternativen eine Präferenz zu formulieren (Jungermann et al. 1998). Im Fall unserer Studie betraf dies die Entscheidung Regelversorgung vs. Integrierte Versorgung. Operationalisierende Fragen waren:

- *Als Sie sich für die Integrierte Versorgung entschieden haben, was hat dabei eine Rolle gespielt?*
- *Hat Sie jemand in Ihrer Entscheidung unterstützt?*

5.2.3 Auswertungsprozess

Das Auswertungsverfahren orientierte sich an dem Modell der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2007). Der Analyseprozess vollzog sich in drei Schritten: zusammenfassende Inhaltsanalyse sowie inhaltliche und skalierende Strukturierung.

Anhand der vorliegenden Interviewtranskripte wurde in einem ersten Schritt gemäß einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse jedes Interview als Einzelfall beschrieben.

Die weitere Auswertung erfolgte nach dem Konzept der inhaltlichen Strukturierung, deren zentrales Ziel es war, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern. Hierfür wurden die zentralen Themen, übergreifend über die zehn Interviews, generiert. Diese Themen bildeten dann die Basis für die weiteren Auswertungsschritte. Anschließend wurde mittels der skalierenden Strukturierung induktiv, d. h. aus dem Material heraus, ein Kategoriensystem entwickelt, das die Dimensionen Informiertheit, Wissen und Entscheidung umfasste. Diese Strukturierungsdimensionen wurden anhand folgender Schritte definiert:

- *Definition der Kategorien* – genaue Definition der Textbestandteile, die unter eine Kategorie fallen,
- *Kodierregeln* – wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, werden Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen, und
- *Ankerbeispiele* – konkrete Textstellen werden angeführt, die als Beispiele für eine Kategorie gelten.

Die Kodierung der Interviews, basierend auf den Strukturierungsdimensionen, wurde jeweils von zwei Beurteilern vorgenommen, um die Validität der Einteilung zu erhöhen. Bei Unterschieden in der Beurteilung erfolgte eine Problematisierung in der Arbeitsgruppe mit abschließender konsensualler Entscheidung. Die Übereinstimmungsqualität (Interrater-Reliabilität) wurde anhand des Korrelationskoeffizienten Kappa κ und des Anteils übereinstimmender Einschätzungen geschätzt. Abb. 5-1 gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Auswertungsphasen.

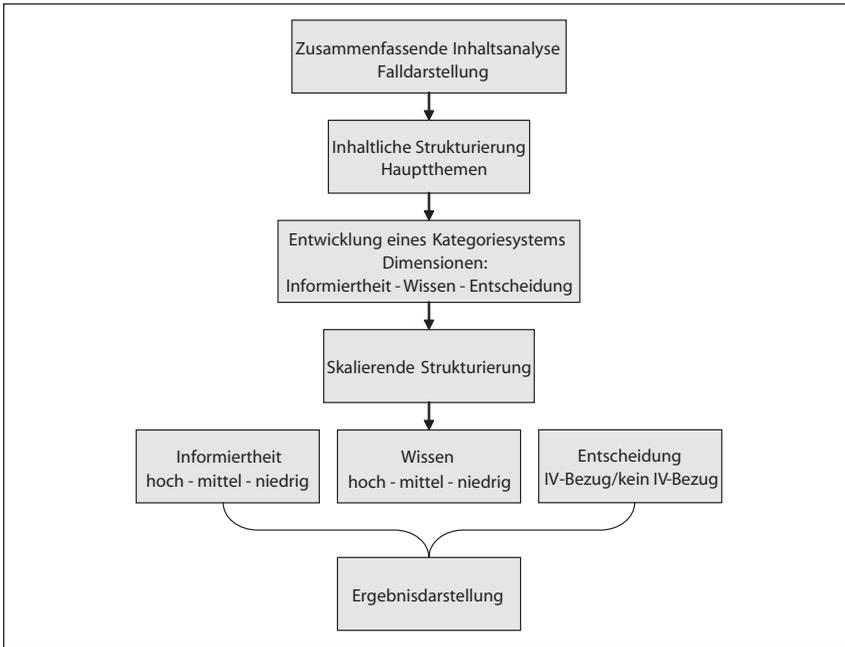


Abb. 5-1: Auswertungsmodell der Leitfadeninterviews

5.2.4 Auswertungskategorien und Kodiersystem

Sowohl für die Kategorie Grad der Informiertheit und Wissen über die Integrierte Versorgung wurde ein Kategoriensystem mit drei Merkmalsausprägungen entwickelt.

Der *Grad der Informiertheit* wurde – unabhängig vom Wissen über die Integrierte Versorgung – als rein subjektiv geäußertes Gefühl betrachtet und ließ sich in einen hohen, mittleren und niedrigen Grad dimensionieren. Ein hoher Grad der Informiertheit lag bei einer Person vor, wenn sie sich selbst ausreichend informiert fühlte und laut Selbstaussage keine weiteren Informationen benötigte. Bestanden offene Fragen trotz geäußerter allgemeiner Zufriedenheit gegenüber der Informationsqualität, wurde ein mittlerer Grad definiert. Ein niedriger Grad der Informiertheit lag vor, wenn zu den Informationen über die Integrierte Versorgung keine Stellung bezogen oder Unmut bezüglich der gegebenen Informationen geäußert wurde (Tab. 5-1). *Wissen* über die Integrierte Versorgung ließ sich in gutes, mittleres und schlechtes Wissen unterscheiden. Ein gutes Wissen lag vor, wenn die Infor-

Tab. 5-1: Auswertungsleitfaden "Grad der Informiertheit"

Ausprägung	Definition	Ankerbeispiel
hoher Grad der Informiertheit	subjektive Gewissheit, dass die bisher erhaltenen Informationen ausreichend sind	<i>"Ja, sehr ausreichend, sehr ausreichend und so gründlich."</i>
mittlerer Grad der Informiertheit	nur teilweise Gewissheit, ausreichend informiert zu sein	<i>"Da muss ich dann hin und da erklären sie alles, da wollten sie mir alles erklären, ja, da weiß ich doch jetzt noch nicht so viel davon."</i>
niedriger Grad der Informiertheit	Überforderung mit den Fragen die Versorgung betreffend	<i>"Nein, da muss ich fragen, nicht dass ich dumm bin, aber man kann ja mal fragen."</i>

mationen über die Behandlung des Gelenkersatzes mittels der Integrierten Versorgung in einen konkreten Zusammenhang gestellt werden konnten. Bedeutende Merkmale der Integrierten Versorgung konnten wiedergegeben und deren Unterschiede zur Regelversorgung verdeutlicht werden. Mittleres Wissen wurde festgestellt, wenn die interviewte Person einen Bezug einzelner IV-Merkmale zur anstehenden Behandlung herstellen konnte. Konnten selbst die mehrmalige Auffrischung und Darstellung der IV-Merkmale durch den Interviewer keine Zusammenhänge beim Interviewten eröffnen, musste ein schlechtes Wissen konstatiert werden (Tab. 5-2).

Der *Entscheidungsaspekt* konnte über die von den Interviewten geäußerten Gründe für die Entscheidung zum IV-Modell durch die Methode des Paraphrasierens erarbeitet werden. Von einer durch IV-Merkmale begründeten Entscheidung wurde dann ausgegangen, wenn die Personen ihre Entscheidung direkt mit bestimmten IV-bezogenen Merkmalen in Verbindung brachten. Eine allgemein begründete Entscheidung wurde demnach über die Äußerung anderer Gründe definiert.

Tab. 5-3 gibt einen Überblick über die Ausprägungen der kategorialen Zuordnung, anhand deren eine Quantifizierung der Kategorien vorgenommen wurde.

Tab. 5-2: Auswertungsleitfaden "Wissen"

Ausprägung	Definition	Ankerbeispiel
gutes Wissen	direkte Verknüpfung von Versorgungsleistungen mit dem IV-Programm	<i>"Also, habe ich gedacht, Kostendämpfung gleich Integration, es wird alles einfacher und passt besser zusammen, [...]"</i>
mittleres Wissen	einzelne IV-Merkmale werden genannt, aber nicht direkt mit dem IV-Programm in Verbindung gebracht	<i>"[...] dass sie 14 Tage Krankenhaus und von hier aus direkt nach Nenndorf gefahren und von Nenndorf werden sie auch wieder nach Hause gefahren und sie werden auch immer betreut 10 Jahre lang immer, [...]"</i>
schlechtes Wissen	auch nach wiederholter Vorstellung von Merkmalen des IV-Programms kann kein Zusammenhang hergestellt werden	<i>"Dass ich einverstanden bin, sowieso, und ich denke, dass das auch gut sein wird. Wissen Sie, wenn das alles so schnell geht, man kann dann gar nicht so darüber nachdenken so."</i>

5.3 Ergebnisse

5.3.1 Leitfadeninterview

Es wurden insgesamt zehn Leitfadeninterviews geführt. Bei zwei Interviews war der Ehepartner mit anwesend. Bei den Interviewpartnern handelte es sich um drei männliche und sieben weibliche Patienten, deren Altersspanne zwischen 62 bis 75 Jahren lag. Die Indikationen Gon- oder Koxarthrose waren mit je fünf Personen gleich verteilt. Vier der Personen hatten bereits einen Gelenkersatz erhalten, zwei davon im Rahmen der IV im selben Krankenhaus.

Im Hinblick auf die Auswertung der Interviews gemäß den Ausprägungen der identifizierten Kategorien ergaben sich bei 10 Interviews und je drei Kategorien pro Interview 30 Beurteilungen. Von diesen wurden 26 Beurteilungen von beiden Beurteilern übereinstimmend getroffen. Dies entspricht ei-

Tab. 5-3: Ausprägungen der kategorialen Zuordnung

Kontrastparameter	Ausprägung	Wertung
Wissen über die IV	gut	3
	mittel	2
	schlecht	1
Informiertheit	hoch	3
	mittel	2
	niedrig	1
Entscheidung	IV-Programm	2
	andere Gründe	1

ner Quote von 87 %. Innerhalb der drei Kategorien ergaben sich eine hohe Beurteilerübereinstimmung in den Kategorien Wissen ($\kappa = 0,804$; 90 % Übereinstimmung) und Informiertheit ($\kappa = 0,831$; 90 % Übereinstimmung) sowie eine moderate Übereinstimmung in der Kategorie Entscheidung ($\kappa = 0,412$; 80 % Übereinstimmung).

5.3.2 Falldarstellungen

Mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurde für jedes Interview eine Falldarstellung angefertigt und die Namen der Interviewpartner anonymisiert. Beschrieben wurden neben personenbezogenen Merkmalen (Alter, soziales Netzwerk etc.) insbesondere das vorhandene Wissen der Interviewpartner über die IV, ihr Entscheidungsverhalten sowie das Gefühl der Informiertheit. Die Namen und Orte wurden anonymisiert.

Frau Attner ist 72 Jahre alt, verwitwet, kinderlos und lebt allein. Sie wohnt in einem Zweifamilienhaus, das abseits des Wohnortes im Wald steht. Zu den Nachbarn gibt es keinen Kontakt. Sie hat 3 Geschwister, zu einer Schwester hat sie sporadischen Kontakt. Ihr soziales Leben spielt sich im Fitnesscenter ab, das sie ein Mal in der Woche besucht. Sie ist gelernte Verkäuferin und hat mit Unterbrechungen bis zu ihrer Berentung in dieser Tätigkeit gearbeitet. Die anstehende Operation an der Hüfte ist der zweite orthopädische Eingriff. Die andere Hüfte wur-

de bereits ein Jahr zuvor ebenfalls im Rahmen der Integrierten Versorgung von Annastift und Klinik Niedersachsen ausgetauscht. Ihr Gesundheitsverhalten ist geprägt durch Eigeninitiative und Selbstbewusstsein. Sie ernährt sich konsequent gesund und ökologisch und ist davon überzeugt, die Entwicklung ihrer Genesung selbst steuern zu können und zu müssen. Sie macht die empfohlenen Übungen und darüber hinaus noch eigene. Sie empfindet im Vergleich zu der ersten Operation noch relativ wenige Einschränkungen. Ihre Erfahrung mit der vorangegangenen Operation und die Einsicht, dass ein Hinauszögern kontraproduktiv wäre, waren ausschlaggebend für die Behandlung im Annastift. Die Abnahme von organisatorischen Details und die Sicherheit, in dem Zeitraum von Akutbehandlung und Rehabilitation rundum versorgt zu sein, sind ihr in diesem Zusammenhang wichtig. Sie erwartet von ihrer Behandlung ein gutes Ergebnis wie nach der ersten Operation. Wissen über die Integrierte Versorgung ist nicht vorhanden und Unterschiede zur Regelversorgung können nicht dargestellt werden.

Herr Binkersam ist 67 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder, die in der gleichen Stadt wie er wohnen. Die anstehende Operation ist nicht der erste orthopädische Eingriff. In der rechten Schulter wurden zwei Jahre zuvor bereits einmal Kalkablagerungen entfernt. Der Patient ist sich keiner speziellen Merkmale der Integrierten Versorgung bewusst und kann keine konkreten Unterschiede zur Regelversorgung feststellen. Er geht aber von einem Vorteil in seiner Entscheidung zur Integrierten Versorgung aus, der sich in seinen Erwartungen widerspiegelt. Der Patient fühlt sich insgesamt gut informiert und macht die empfohlenen Übungen, soweit es die Schmerzen zulassen. Die Entscheidung für die Operation ist dem Zustand des Knies geschuldet, der ein Hinauszögern des Eingriffs nicht mehr erlaubt. In der Entscheidung für die Integrierte Versorgung war der Ruf von Annastift und die Empfehlung des behandelnden Arztes ausschlaggebend. Der Patient erwartet eine schnellere Behandlung als andere Patienten. Er wünscht sich, dass er wieder mehr Freizeitaktivitäten wie Fahrradtouren und Schwimmen unternehmen kann.

Frau Denker ist 75 Jahre alt, ledig und hat keine Kinder. Sie lebt allein, aber im selben Haus wohnt eine sehr gute Freundin. Zudem verbringt sie sehr viel Zeit in ihrem Schrebergarten. Sie hat ungelernt im öffentlichen Dienst als Laborassistentin gearbeitet. Der anstehende Kniege-

lenkersatz ist nicht der erste. Drei Jahre zuvor hatte sie bereits einen Ersatz am anderen Kniegelenk. Diese Operation fand nicht im Rahmen der Integrierten Versorgung statt. Die Heilung verlief nicht ohne Probleme. Einschränkungen empfindet sie vor allem im Bereich der Haushaltsführung und im Treppensteigen. Ihr Wissen über die Integrierte Versorgung beschränkt sich auf das Merkmal der strukturierten Nachsorge, wobei ihr nicht klar ist, welche Dimensionen diese umfasst. Der zeitliche Rahmen von Operation und Rehabilitation und der nahtlose Übergang zwischen beiden Phasen der Behandlung sind ihr wichtig. Auf Grund ihrer persönlichen Erfahrungen fühlt sie sich gut informiert und auch sicher in Bezug auf die anstehende Operation. Sie erwartet sehr viel Wissenswertes aus der Informationsveranstaltung beziehen zu können. Der gute Leumund der orthopädischen Fachklinik Annastift und die Empfehlung des behandelnden Arztes sind die ausschlaggebenden Punkte für die Entscheidung. Ihre größte Hoffnung und Erwartung an die Behandlung ist, dass sie einen besseren Erfolg zeigt als die erste Operation. Ganz konkret möchte sie wieder normal Treppen steigen können.

Herr Heinert ist 62 Jahre alt, verheiratet und hat 2 Kinder, von denen die Tochter in unmittelbarer Nachbarschaft mit ihrem Lebenspartner lebt. Sowohl zu den eigenen Kindern wie auch zu Freunden und Nachbarn pflegt der Patient ein intensives Verhältnis. Er ist gelernter Straßenbauer und hat in diesem Beruf 46 Jahre lang gearbeitet. Mittlerweile ist er auf Grund mehrerer körperlicher Einschränkungen Frührentner. Die anstehende Operation an der Hüfte ist der zweite orthopädische Eingriff. Die andere Hüfte wurde bereits ein Jahr zuvor ebenfalls im Rahmen der Integrierten Versorgung von Annastift und Klinik Niedersachsen ausgetauscht. Er empfindet keine großen Einschränkungen, lediglich das Tragen und Heben von schweren Gegenständen ist beschwerlich. Das Wissen über die Integrierte Versorgung beschränkt sich auf einen offensichtlich subjektiv sehr wichtigen Punkt: das Merkmal der strukturierten Nachsorge wird immer wieder genannt. Einen Unterschied zur Regelversorgung kann der Patient nicht ausmachen. Die Entscheidung des Patienten für die Integrierte Versorgung fiel ihm durch die gute Erfahrung mit der vorangegangenen Operation sehr leicht. Des Weiteren spielten der gute Ruf der Klinik Annastift, schlechte Erfahrungen von Bekannten in anderen Kliniken und die Einsicht darin, dass ein Hinauszögern der anstehenden Operation keinen Sinn macht, eine sehr wichtige Rolle. Der Patient fühlt sich gut und ausrei-

chend informiert und empfindet gerade die empfohlenen Übungen als sehr hilfreich. Seine Erwartungen formuliert er sehr konkret. Er wünscht sich ein ebenso gutes Ergebnis wie beim ersten Gelenkersatz und Schmerzfreiheit. Darüber hinaus würde er gerne einen umfassend besseren Gesundheits- und Fitnesszustand erreichen, ist sich aber bewusst, dass ihn nicht allein die Hüfte einschränkt, sondern dass auch seine Diabeteserkrankung und allgemeine Alterserscheinungen Einfluss darauf haben.

Frau Rensch ist 75 Jahre alt, verwitwet, hat einen Sohn und lebt allein. Zu ihrem Sohn und seinem Freundeskreis hat sie ein sehr gutes Verhältnis. Der Kontakt zu ihrer Nachbarschaft ist ebenfalls sehr intensiv. Sie hat keinen Beruf erlernt, war bis zur Geburt ihres Sohnes „Laufmädchen“ bei einer großen Firma und hat später als Putzkraft in der Praxis eines Arztes gearbeitet. Der anstehende Kniegelenkersatz ist die erste orthopädische Operation. Einschränkungen empfindet sie vor allem in der Mobilität durch Anlaufschwierigkeiten und starke Schmerzen. Über die Integrierte Versorgung und deren Unterschiede zur Regelversorgung kann sie auch auf mehrfache Vorstellung der einzelnen Merkmale hin nichts sagen. Das Merkmal des frühen und frei wählbaren Operationstermins findet sie gut. Die Entscheidung zur Behandlung ist im Zuge eines Gesprächs mit dem behandelnden Arzt gefallen. Ihre Erwartungen sind ein allgemein besserer Fitnesszustand und eine bessere Mobilität.

Frau Bayer ist 68 Jahre alt, verwitwet, hat 2 Kinder und lebt in einem Haus zusammen mit der Familie des einen Sohnes. Sie ist bestrebt, ihre freundschaftlichen Kontakte zu pflegen, ist darin jedoch durch ihre Erkrankung sehr eingeschränkt. Die anstehende Operation an einem Knie ist nicht der erste orthopädische Eingriff. In den letzten 20 Jahren musste sie mehrfach an ihren Hüften und den Knien operiert werden. Sie fühlt sich in ihrem Aktionsradius und in der Möglichkeit von Freizeitaktivitäten stark eingeschränkt. Auf die Integrierte Versorgung angesprochen stellt sie diese in Vergleich mit ihren Erfahrungen, die sie im Laufe ihrer Operationen mit anschließenden Rehabilitationen gesammelt hat. Die Merkmale der verstärkten Kommunikation unter den beteiligten Ärzten und Therapeuten und die strukturierte Nachsorge und Garantieübernahme für den Gelenkersatz findet sie sehr positiv. Sie äußert in mehrerer Hinsicht Kritik an der Entwicklung der Gesundheitsversorgung. Ihr Hauptkritikpunkt ist, dass die Wahl der Rehabili-

tationsklinik nicht mehr frei ist. Sie würde lieber in eine andere gehen, da sie diese bereits während anderer Rehabilitationsmaßnahmen kennen gelernt hat. Insgesamt fühlt sich Frau Bayer gut informiert, ist aber unsicher und skeptisch in Bezug auf die anstehende Behandlung. Die Entscheidung für die Integrierte Versorgung ist davon geprägt, dass das Annastift die sie behandelnde Klinik ist und sie sich in den Behandlungsablauf fügt. Ihre Erwartungen formuliert sie sehr konkret. Es geht ihr vor allem um mehr Mobilität. Sie möchte wieder Spaziergänge machen können, Freunde besuchen und mit der Familie Ausflüge machen.

Frau Dinkelmann ist 72 Jahre alt, verwitwet und lebt allein. Sie ist Mutter von 4 Kindern und mehrfache Großmutter. Zu ihren Kindern und Enkelkindern hat sie ein unterschiedlich ausgeprägt intensives Verhältnis. Andere soziale Verhältnisse oder Kontakte (Nachbarschaft, Vereinstätigkeit etc.) werden von ihr nicht hervorgehoben. Sie ist gelernte Krankenschwester, hat den größten Teil ihrer berufstätigen Zeit in der Chirurgie verbracht und bis zu ihrer Frühberentung als Gemeindegeschwester gearbeitet. Funktionale Einschränkungen wirken sich bei ihr auf die Bereiche der Freizeitaktivitäten und des Haushalts aus. Sie bedarf bis dato noch keiner externen Hilfe. Die anstehende Behandlung durch einen einseitigen Hüftgelenkersatz ist die erste orthopädische Operation. Eine Komorbidität liegt in Form einer Asthmaerkrankung mit begleitenden Panikattacken vor, die durch verschiedene Therapien im Laufe der letzten Jahre behandelt wurde. Sie bemüht sich um einen offenen und integrierenden Umgang mit ihren Erkrankungen. So hat sie z. B. ihren Haushalt durch Umbauten den physischen Einschränkungen angepasst. Ihr Wissen über die Integrierte Versorgung und deren Unterschiede zur Regelversorgung umfasst nicht alle relevanten Merkmale. Ähnlich wie alle anderen Befragten reagiert sie auf die Frage nach ihrem Wissen über die Nachsorge in der IV mit Unsicherheit. Einzelne Merkmale (kurzfristige Terminvergabe, strukturierte Nachsorge, wegfallende Doppeluntersuchungen), deren Relevanz sie teilweise durch direkten Vergleich mit einer anderen Klinik für sich herausstellt, sind jedoch präsent, ihr sehr wichtig und werden als positiv bewertet. Andere Merkmale (verstärkte Kommunikation unter den beteiligten Ärzten und Therapeuten) findet sie interessant, kann deren Relevanz und Umsetzung aber noch nicht einschätzen. Ihre Überlegungen über die Integrierte Versorgung beschränken sich nicht nur auf individuelle Punkte. Sie vermutet angestrebte Ziele der Integrierten Versorgung wie Kostendämpfung, Vereinfachung und Verbesserung der

Behandlung. Die erhaltenen Informationen empfindet sie als ausreichend. Sie fühlt sich insbesondere in Sicht auf ihre Asthmaerkrankung von den Behandelnden sehr gut informiert und aufgehoben. Ihre Erwartungen formuliert sie sehr zuversichtlich, sie sind allgemein gehalten und beziehen sich sowohl auf den Verlauf der Behandlung als auch auf ganz persönliche Dinge. Sie erwartet Geborgenheit im System der Gesundheitsversorgung und eine Besserung ihres Fitnesszustandes.

Herr Grutz ist 73 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder. Er ist als deutschstämmiger Pole vor drei Jahren nach Deutschland gekommen. Seine Kinder leben bereits seit mehr als 20 Jahren in Deutschland. Er hat als gelernter Schreiner in einer Waggonwerkstatt gearbeitet. Der anstehende Hüftgelenkersatz ist trotz mehrfacher orthopädischer Beschwerden im Laufe der letzten Jahre der erste operative Eingriff. Wissen über die Integrierte Versorgung ist nicht vorhanden und auch nach nochmaliger Vorstellung der relevanten Merkmale kann er keine Meinung dazu äußern. Der einzige Punkt, den er von der ersten Aufklärung behalten hat, ist, dass es eine direkte Überweisung von der Akut- in die Rehabilitationsklinik geben wird. Der Grad der Informiertheit ist niedrig, aber er wird noch die Informationsveranstaltung besuchen. Bei der ersten Aufklärung im Annastift war die Schwiegertochter dabei und hat alles für ihn geregelt. Die Entscheidung für die Integrierte Versorgung ist von der Einsicht in eine notwendige Operation geprägt und wurde hauptsächlich von der Schwiegertochter vorangetrieben. Der Patient möchte in Zukunft wieder besser laufen können und schmerzfrei sein. Ansonsten erwartet er nicht viel.

Frau Schulz ist 75 Jahre alt, verheiratet, hat zwei Kinder und Enkelkinder. Sie lebt zusammen mit ihrem Ehemann in einer Zwei-Raum-Wohnung. Sie war zeit ihres Lebens Hausfrau. Zusammen mit ihrem Mann ist sie regelmäßig nach Österreich und Rügen in den Urlaub gefahren. Auf Grund der Kniebeschwerden fahren sie mittlerweile nur noch einmal im Jahr nach Rügen. Die Kniebeschwerden, die zur Entscheidung für eine TEP-Behandlung durch Integrierte Versorgung führten, begannen mit einem Muskelfaserriss. Sie wurde zunächst mit Spritzen behandelt, suchte dann aber den Weg zum Orthopäden, der ihr einen Kniegelenkersatz nahe legte. Zu diesem Zeitpunkt waren die Einschränkungen so stark, dass sie auch kleine Haushaltsdinge nicht mehr erledigen konnte. Bestimmte Merkmale der Integrierten Versorgung sind ihr sympathisch (Kommunikation unter behandelnden Ärzten) und hatte

sie genutzt (früher OP-Termin). Die strukturierte Nachsorge ist ihr bewusst. Die Regelung des Transportes von Klinik zu Klinik und zurück nach Hause ist ihr sehr wichtig. Die Informationsveranstaltung fand sie sehr wichtig und sie macht die empfohlenen Übungen. Zur Entscheidung für die IV führten vor allem die nicht mehr auszuhaltenden Schmerzen und die Gewährleistung des reibungslosen Transportes. Auf Grund einer alternativen Massagetherapie ist die Patientin zum Zeitpunkt des Gesprächs schmerzfrei und wollte sich gegen den Kniegelenkersatz entscheiden.

Frau Reiser ist 68 Jahre alt und in zweiter Ehe verheiratet. Sie lebt seit kurzem zusammen mit ihrem Mann in einer Form des betreuten Wohnens, bei der im Notfall kurzfristig medizinische und soziale Hilfe zur Verfügung steht. Bis zum Eintritt ins Rentenalter mit 60 Jahren hat sie als Verkäuferin gearbeitet. Schmerzen in der Hüfte hatte sie bereits seit 30 Jahren, diese konnten aber immer durch Schmerzmittel in ihren Auswirkungen gedämpft werden. Neben den nun akuten Hüftbeschwerden und der damit verbundenen Operation im Rahmen der Integrierten Versorgung hatte die Patientin im Laufe der letzten vier Jahren bereits einen Herzinfarkt und einen Bandscheibenvorfall. Mittlerweile hat sie durch die Probleme in der Hüfte so starke Schmerzen, dass sie kaum noch vor die Tür geht. Die Entscheidung zur IV traf sie auf Grund der nicht mehr auszuhaltenden Schmerzen und nach Empfehlung ihres Orthopäden. Die Patientin ist sehr unsicher gegenüber dem Thema Integrierte Versorgung und dem Ablauf der Behandlung. Unter den Aspekten des frei wählbaren OP-Termins, der strukturierten Nachsorge und der Zusammenarbeit der beteiligten Profis kann sie sich etwas vorstellen. Sie hegt hohe Erwartungen an den Besuch der Informationsveranstaltung. Ihre Erwartungen an die Behandlung beziehen sich auf ein schmerzfreies Leben nach dem Gelenkersatz.

5.3.3 Hauptthemen der Interviews

Im Folgenden werden die Hauptthemen der Interviews dargestellt und beispielhaft mit Interviewauszügen verdeutlicht. Jedes Zitat wurde mit Seiten- und Zeilenangabe der Interviewtranskripte gekennzeichnet.

Informationsqualität

Grundsätzlich wurde deutlich, dass fast alle befragten Patienten, die neben der IV-Beratung zum Zeitpunkt des Interviews auch an der Informationsveranstaltung teilgenommen hatten, sich ausreichend über die Inhalte und Bestandteile der Integrierten Versorgung informiert fühlten – auch wenn sie nur wenig über die IV selbst wussten. Teilweise wurde auf die dort erhaltenen Informationsmaterialien oder Informationen verwiesen.

Herr Binkersam: „[...] in irgendeiner Broschüre habe ich gelesen, ich brauchte mich um keinen Zug oder so was bemühen.“ (S. 5, ZN 31f.)

Frau Attner: „Da war ja auch ein Vortrag von einem Arzt über die Arthrose, wie sie entsteht und so weiter, und das habe ich mir schon angehört, um zu wissen, warum man das überhaupt kriegt.“ (S. 7, ZN 24f.); „Nein, keine Fragen mehr, wenn das so geht, was soll ich dann noch fragen.“ (S. 8, ZN 11f.)

Wissen über die IV

Das direkte Wissen über die IV, also die Verknüpfung der speziellen Behandlungsleistungen mit dem IV-Programm, war bei den Interviewpartnern grundsätzlich sehr begrenzt. Besonders bei gezieltem Nachfragen wurde deutlich, dass die Interviewpartner keine IV-Leistungen und Unterschiede zur regulären Behandlung benennen konnten.

Interviewer: „Sind Ihnen Unterschiede der Integrierten Versorgung zur herkömmlichen Versorgung bewusst?“

Frau Attner: „Nein, nein das weiß ich nicht.“ (S. 6, ZN 34ff.)

Herr Binkersam: „Im Allgemeinen weiß ich gar nichts darüber.“ (S. 3, ZN 39)

Allerdings konnten häufig indirekte Verknüpfungen der IV-Leistungen mit dem IV-Programm hergestellt werden. Den Interviewpartnern war nicht bewusst, dass die von ihnen benannten Aspekte Teile des IV-Programms sind.

Herr Binkersam: „Das geht alles von da aus. Werde auch von hier abgeholt und da hin gebracht. Ob das nun so ist, weiß ich nicht, aber warum sollten sie was erzählen, was nicht notwendig ist.“ (S. 5, ZN 32ff.)

Frau Denker: „Die haben mir gesagt, dass sie 14 Tage Krankenhaus und von hier aus direkt nach Bad Nenndorf gefahren.“ (S. 4, ZN 27f.)

Die Entscheidung für die Teilnahme am IV-Programm basierte offenbar nicht auf der Überzeugung, an einem besonderen Versorgungsmodell teilzunehmen.

Frau Attner: „Nö, ich hab das so genommen, wie es auf mich zukam.“ (S. 7, ZN 23)

Eigenverantwortliche Entscheidung

Wichtig in diesem Zusammenhang war allerdings die Bedeutung der eigenverantwortlichen Entscheidung für die Betroffenen. Obwohl sie den Begriff der IV nicht mit dem Behandlungsprogramm in Verbindung brachten, erinnerten sie sich deutlich daran, dass sie ihr Einverständnis zur Behandlung gaben.

Interviewer: „Was hat denn bei der Entscheidung für die Integrierte Versorgung eine Rolle gespielt?“

Frau Rensch: „Dass ich einverstanden bin.“ (S. 3, ZN47f.)

Frau Denker: „Na aber musste ich doch unterschreiben!“ (S. 5, ZN 46)

Patient als Experte

Als interessante Kontraste zu den dargestellten Aspekten galten die Aussagen der Patienten, die bereits über eine Vielzahl an Erfahrungen mit früheren orthopädischen Eingriffen und damit auch über umfassendes Wissen über ihre Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten verfügten.

Frau Bayer: „Ach ich habe eine ganze Menge gekriegt, und ich habe auch schon darin gelesen [...] Was da drin steht, im Grunde genommen, das weiß ich auch so.“ (S. 5, ZN 62f.)

Auch Frau Dinkelmann, eine ehemalige Krankenschwester und im Kontrast zu den anderen Interviewpartnern eine Expertin im Gesundheitswesen, verstand schnell, worum es in der IV geht.

Frau Dinkelmann: „Na ja, ich habe mich dran gehalten an die Vokabeln, integriert. Integriert heißt doch Zusammenhalt, zusammengeschlossen, mit

eingeschlossen sein. [...] Also, habe ich gedacht, Kostendämpfung gleich Integration, es wird alles einfacher und passt besser zusammen, so habe ich mir das zurechtgelegt, [...]. Na ja, eingebunden zu sein zum Beispiel. Eine andere Vokabel jetzt, eingebunden zu sein. [...] Na in die Versorgung, in die Behandlung. Dass alles Zahn in Zahn geht.“ (S. 2, 35ff.)

Auf Grund der Vergleichsmöglichkeit mit früheren Behandlungen war es ihnen zudem möglich, Unterschiede zu den speziellen IV-Leistungen zu identifizieren. Hier wurden insbesondere der frühe OP-Termin, die Nachsorge und die gemeinsame Arztvisite benannt.

Herr Heinert war zudem bereits IV-Patient im Annastift und meinte zunächst, keinen Unterschied zu den Regelleistungspatienten in der Behandlung wahrgenommen zu haben. Im Laufe des Gespräches räumte er allerdings Unterschiede ein.

Herr Heinert: *„[...] und nach 10 Jahren werde ich untersucht [...] und habe ich ja so ein Buch dabei und da steht das ja auch alles drin und das ist das Einzige.“ (S. 4, ZN 54ff.)*

Bezug nehmend auf die verstärkte Kommunikation zwischen beiden Kliniken äußerte Herr Heinert allerdings, dass diese für ihn eigentlich normal sei:

Herr Heinert: *„[...] aber dass die untereinander kommunizieren ist ganz logisch für mich.“ (S. 9, ZN 24f.)*

Die IV-Merkmale konnten demnach in diesen Wissenskontext eingefügt und direkt benannt werden. Gleichzeitig nahmen sie eine differenzierte und teilweise kritische Position gegenüber dem IV-Programm ein.

Frau Bayer: *„Und ich sage auch ganz ehrlich, ich gehe nicht gerne nach Bad Nenndorf, aber in die S-Klinik⁴ komme ich ja nicht hin. [...] Die haben ja mit Bad Nenndorf einen Vertrag.“ (S. 2, ZN 56ff.)*

Der Klinikfaktor

Im Rahmen der Auswertung wurde deutlich, dass die Entscheidung für eine Behandlung im Annastift bei den Befragten vom guten Ruf der Klinik abhing.

⁴ Der Klinikname wurde von den Autoren anonymisiert.

Herr Binkersam: „Ja, denn außerdem ist Annastift auch ein Name, der viel verspricht. [...] Ist nur, das Annastift ist für diese Sachen berühmt, also. Und darum sagt man ja auch Annastift.“ (S. 4, ZN 40)

Frau Denker: „[...] und ich weiß, dass das Annastift schon immer ein Knochenkrankenhaus war und dass die für meine Begriffe die beste Erfahrung hatten.“ (S. 2, ZN 1f.)

Zudem spielten positive Erfahrungen eine Rolle, die von den Interviewpartnern im Rahmen vorheriger Eingriffe im Annastift persönlich oder durch Bekannte gemacht wurden.

Herr Heinert: „[...] das Annastift ist eine orthopädische Fachklinik, da wird nichts anderes gemacht“ (S. 6, ZN 4f.)

Frau Attner: „[...] und ich weiß von einer Patientin, die mit mir zusammen zur Sauna gegangen ist, die hat ihre erste Hüfte auch im Annastift machen lassen [...] und da hat sie keine Probleme gehabt und deswegen habe ich gesagt, lasse ich es da machen.“ (S. 3, ZN 30ff.)

Als weiterer Entscheidungsfaktor erwies sich für einige Patienten das Vertrauen in ihren überweisenden Arzt.

Frau Attner: „Also, direkt überwiesen hat er mich nicht, er hat seine Mutter dahin geschickt. Na dann muss es ja gut sein, dann bin ich da auch hin.“ (S. 3, ZN 28ff.)

Frau Rensch: „Aber sagt er, so geht es mit ihnen nicht weiter, sie sind so eine liebe und nette Patientin, sagt er, wir machen das jetzt so, wir überweisen sie mit dem Knie zum Annastift hin.“ (S. 2, ZN 12ff.)

Nahtlose Versorgung und Nachsorge geben Sicherheit

Besonders für die Patienten, die im Alltag auf sich allein gestellt sind, stand die nahtlose Versorgung in Form des direkten Transfers in die Klinik Niedersachsen, also rundum versorgt zu sein, im Vordergrund.

Frau Attner: „Die kamen gleich und haben das erklärt, dass ich dann da hin komme und dass das eine im anderen ist und ich mich um nichts kümmern muss, und da dachte ich, das ist gut. [...] es kann mich keiner fahren.“ (S. 3, ZN 26ff.)

Frau Bayer: „Sicherlich ist es schon ein Vorteil, wenn sie da hin sollen und der Arzt kommt schon vorher und guckt sie sich an. Das ist schon irgendwie ein Vorteil. Sonst kommen sie da hin und dann kommen sie zum Arzt,

sie kriegen ihr Zimmer und ihre Schlüssel und auch bei welchem Arzt sie sind. [...] Der hat sich das dann schon angeguckt, der weiß schon, wie es ist.“ (S. 6, ZN 51ff.)

Insbesondere die bereits im Vorfeld geregelte Nachsorge wurde als sehr zentrales und überzeugendes Element dargestellt.

Herr Heinert: *„[...] und es wird dann immer mal wieder untersucht und wenn man was hat, kann man immer sagen, so hier Leute, mir tut es da weh...“ (S. 7, ZN 1ff.)*

Frau Schulz: *„Ja, ich weiß nur, dass man zehn Jahre wird man da betreut.“ (S. 29, ZN 31)*

Gleichzeitig offenbarte sich in den Aussagen, dass die umfassenden Informationen einen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung der Betroffenen haben könnten.

Frau Reiser: *„[...] wenn man schon ein bisschen Bescheid weiß, man geht dann vielleicht ganz anders innerlich – dann auch wird man damit fertig.“ (S. 20, ZN 30f.)*

5.3.4 Entscheidungsfindung

Bei der Frage nach den Gründen für die Entscheidung zugunsten der IV-Behandlung stand zunächst die allgemeine Entscheidung für einen Gelenkersatz im Vordergrund. Die befragten Patienten hatten einen unterschiedlich langen Zeitraum hinter sich, in dem eine anstehende Operation hinausgeschoben und Schmerzen durch konservative Methoden behandelt wurden. Lediglich die beiden Patienten, die bereits jeweils ein Jahr zuvor ein Hüftgelenk ersetzt bekamen und ebenfalls an dem IV-Programm von Annastift und Klinik Niedersachsen teilgenommen hatten, berichteten von geringeren Schmerzen. Sie waren wegen der guten Erfahrungen mit der ersten OP nicht gewillt, mit der zweiten so lange zu warten, bis die Schmerzen wieder unerträglich würden.

Die Analyse ergab unterschiedliche Faktoren, die eine Entscheidung zur Behandlung im Rahmen von IV begünstigten bzw. beeinflussten. Es konnten folgende Gründe für eine Entscheidung identifiziert werden:

- Empfehlung bzw. Überweisung des behandelnden Arztes
- Empfehlung anderer Patienten
- Erfahrung und guter Ruf der orthopädischen Fachklinik Annastift

- schlechte Erfahrung mit anderen Kliniken
- Notwendigkeit der OP
- Aussicht auf Hilfe und Besserung
- gute Erfahrungen mit IV
- strukturierte Behandlung
- strukturierte Nachsorge
- früher OP-Termin

5.3.5 Quantifizierung der Kategorien

In dieser Auswertungsphase ließen sich die verdichteten Aussagen der Teilnehmer durch minimale und maximale Kontrastierung in Bezug zueinander setzen. Den einzelnen Dimensionen der Merkmale Informiertheit, Wissen und Entscheidung wurden kategoriale Ausprägungen zugeordnet: hoher (3), mittlerer (2), niedriger Grad der Informiertheit (1), gutes (3), mittleres (2), schlechtes Wissen (1) sowie IV-bezogene Gründe der Entscheidung (2) oder allgemeine Gründe der Entscheidung (1). Der ideale Fall der souveränen Entscheidung lag vor, wenn für alle Merkmale der höchste Wert festgestellt werden konnte (Ausprägungen 3, 3, 2), wenn also ein gutes Wissen über die Integrierte Versorgung, ein hoher Grad der Informiertheit und eine bewusst auf IV-Kriterien fußende Entscheidung ermittelt wurden (Tab. 5-4).

Im Rahmen der Interviewauswertung wurden die drei Kategorien zueinander in Beziehung gesetzt. Anhand der Aussagen bzgl. der Informiertheit und des Wissens über die Integrierte Versorgung ergaben sich die Gruppierungen:

Hoher Grad der Informiertheit – Schlechtes Wissen: Die Elemente der IV waren für die Entscheidungsfindung dieser Patienten von sekundärer Bedeutung. Sie konnten diese auf gezielte Nachfragen nicht wiedergeben, fühlten sich aber dennoch sehr gut informiert. Die Entscheidung war bei ihnen geprägt vom Vertrauen in die Klinik. Das subjektive Gefühl einer hohen Informiertheit gründete auf der gesamten Informationsvermittlung (Beratung und Infoveranstaltung). Sie fühlten sich gut aufgehoben, ernst genommen und rundum versorgt. Die Betroffenen waren im Alltag auf sich allein gestellt, und somit hatte die nahtlose Versorgung für sie eine besondere Bedeutung. Die Patienten verfügten über ein sehr hohes Vertrauen in das Annastift. Dies ist zum einen begründet durch die guten Erfahrungen mit der Klinik und zum anderen durch das professionelle und freundliche Auftreten der Mitarbeiter im Annastift.

Tab. 5-4: Quantifizierte Bewertung der Ergebnisse aus den Interviews

Bereiche	Patient										Ø
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Informiertheit (1-3)	3	2	2	3	2	3	3	1	3	2	2,4
Wissen (1-3)	1	1	2	2	1	3	1	1	2	1	1,5
Entscheidung (1 oder 2)	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1,1
IV-Gesamt (2-8)	5	4	5	7	4	7	5	3	6	4	5

Mittlerer/Niedriger Grad der Informiertheit – Schlechtes Wissen: Die Merkmale der IV spielten auch bei diesen Patienten keine zentrale Rolle bei der Entscheidungsfindung. Diese war primär bestimmt durch die Empfehlung der Klinik eines von ihnen geschätzten Arztes. Sie hatten keine Erfahrungen mit dieser Klinik sowie orthopädischen Eingriffen und sie verließen sich auf den guten Ruf der Klinik. Über die IV wussten sie nichts. Für sie war eher entscheidend, dass ihnen geholfen wird, da sie bereits unter starken Einschränkungen im Alltag litten und bisher nur mit Hilfe von Spritzen ihre Schmerzen ertragen konnten. Kennzeichnend für diese Patienten war die Einbindung in ein sehr gut funktionierendes Netzwerk (Familie, Nachbarn, Freunde). Im Gegensatz zur vorherigen Patientengruppe fühlten sich diese Patienten noch nicht ausreichend informiert und hatten ihre Informationen bisher nur aus dem Beratungsgespräch erhalten. Dieses verlief eher mäßig befriedigend, da sie zu aufgeregt waren, um die ihrer Meinung nach sehr schnell vermittelten Informationen optimal aufnehmen zu können. Sie erhofften sich weitere Klärung im Rahmen der Informationsveranstaltung.

Hoher/Mittlerer Grad der Informiertheit – Gutes/Mittleres Wissen: Charakteristisch bei den Patienten dieser Gruppe war ein relativ gut ausgeprägtes Wissen über die IV. Bei gezielter Nachfrage konnten sie zentrale Merkmale der IV benennen. Ein Patient griff dabei auf positive Erfahrungen zurück, die er bereits im Rahmen der IV in dieser Klinik gemacht hatte, als er an der Hüfte operiert wurde. Zudem hat er im Laufe seines Lebens auf Grund seiner Erkrankungen zahlreiche Erfahrungen im Gesundheitswesen

gesammelt und ging kritisch mit den erhaltenen Informationen um. Neben den positiven Erinnerungen an seine vorherige OP spielte das Programm der Integrierten Versorgung bei ihm als einzigen befragten Patienten eine Rolle bei der Entscheidungsfindung. Bei den restlichen Patienten standen die Elemente der IV nicht im Vordergrund, dennoch konnten sie diese benennen und schätzten sie positiv ein. Die Interviewpartner verfügten über ein stabiles soziales Netzwerk, innerhalb dessen sie viel über misslungene Behandlungen und schlechte Krankenhausversorgung gehört haben. Sie fühlten sich als erfahrene Patienten durch das Angebot der Integrierten Versorgung in ihrer Entscheidung für diese Klinik bestätigt. Ähnlich verhielt es sich auch mit einer weiteren Patientin. Sie kann auf ein sehr gutes soziales Netzwerk zurückgreifen und verwies auf zahlreiche Berichte von Freunden und ehemaligen Arbeitskollegen, die mit der Klinik bereits gute Erfahrungen gemacht haben. Die IV-Elemente waren ihr schlüssig, dennoch schätzte sie sich als kritische Patientin ein. Als einzige dieser drei Patienten hatte sie noch nicht an der Informationsveranstaltung teilgenommen und erhoffte sich in diesem Rahmen noch weitere Klärung.

5.4 Diskussion

Im Rahmen der Analyse wurde mit Hilfe eines qualitativen Forschungsdesigns untersucht, ob die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung im Rahmen der IV am Beispiel der Behandlung bei Knie- und Hüfttotalendoprothetik eine souveräne Entscheidung darstellte. Operationalisiert wurde dieses Konzept durch die Dimensionen: Informiertheit, Wissen und Entscheidungsfindung. Es konnten in diesem Zusammenhang unterschiedliche subjektive Konzepte sowie individuelle Einflussfaktoren bei der Legitimierung der Entscheidung identifiziert werden.

Die IV-Informationsqualität wurde in den Interviews durch zwei Hauptkategorien (Wissen und Informiertheit) operationalisiert. Unsere Auswertungen zeigten, dass eine hohe subjektiv wahrgenommene Informiertheit nicht mit einem hohen Wissen korrespondierte. Das direkte Wissen über die IV, also die Verknüpfung der speziellen Behandlungsleistungen mit dem IV-Programm, war bei den Interviewpartnern grundsätzlich sehr begrenzt. Besonders bei gezieltem Nachfragen wurde deutlich, dass die Interviewpartner keine IV-Leistungen und Unterschiede zur regulären Behandlung benennen konnten. Häufig konnten zwar wichtige Merkmale des Behandlungsangebotes benannt werden, den Interviewpartnern war jedoch nicht bewusst, dass diese Aspekte Merkmale der integrierten Versorgung sind.

Gleichzeitig zeigte sich in den Auswertungen, dass die Elemente der IV für die Entscheidungsfindung der Patienten von sekundärer Bedeutung waren. Entscheidungen wurden eher in Abhängigkeit von individuellen Relevanzkriterien sowie eigenen Erfahrungen getroffen. Wichtig scheint in diesem Zusammenhang zu sein, dass dieselben Informationen für die einzelnen Patienten unterschiedliche Bedeutungen haben können (Büchi et al. 2000; Daltroy et al. 1998) und in Abhängigkeit zu individuellen Einflussfaktoren wie dem Alter stehen (Kriwy und Aumüller 2007). Darauf muss situativ reagiert werden. Bemerkenswert war insofern, dass der einzige Patient, der konkrete Erwartungen an die Behandlungsinhalte der IV hatte, vor der Überweisung zum Anastift von seinem behandelnden Arzt über die Integrierte Versorgung informiert wurde. Inwiefern diese Aufklärung angemessen war, konnte nicht nachvollzogen werden. Es zeigt jedoch das Potenzial, das die Integration der niedergelassenen Ärzte auf die Entscheidungskompetenz der Patienten hätte.

Zunächst zeigte sich, dass durch zentrale Akteure wie Ärzte oder gute Bekannte ausgesprochene Empfehlungen der Klinik eine wichtige Rolle für die Entscheidung der Patienten spielten. Teilweise wurde die Entscheidung auch mit eigenen positiven Erfahrungen, die Patienten in dieser Einrichtung bereits gemacht haben, begründet. Das subjektive Gefühl, umfassend informiert und professionell betreut zu werden, war insbesondere für die Betroffenen von besonders großer Bedeutung, die im Alltag auf sich allein gestellt sind und über kein stabiles soziales Netzwerk verfügen. Sie mussten sich vollständig auf einen reibungslosen Behandlungsprozess und eine engmaschige Versorgung verlassen können. In diesem Zusammenhang zeigte sich, wie wichtig eine Einbindung der Familienangehörigen in den Entscheidungsprozess sein kann: Einen Angehörigen im Beratungsgespräch dabeizuhaben, vermittelte das Gefühl, die vielen Informationen nicht allein aufnehmen zu müssen, und die Sicherheit, die Entscheidung in Rücksprache mit ihm treffen zu können.

Deutlich wurde darin noch ein weiterer Punkt. Viele Patienten empfanden die Elemente der IV, wie einen reibungslosen Behandlungsprozess, als selbstverständlich erwartete Normalität und nicht als innovative Neuerung. Wir vermuten deshalb, dass die Umsetzung dieser Elemente während der Behandlung nicht als etwas besonders Positives auffällt, ihr Fehlen aber als umso negativer wahrgenommen wird.

Die zentrale Erkenntnis der Studie liegt in dem Befund, dass der Prozess der Entscheidungsfindung bei der Wahl spezifischer Behandlungselemente von vielfältigen Faktoren beeinflusst ist und einzelne Elemente der Informationsvermittlung von unterschiedlichen Patienten unterschiedlich bewertet werden. Es lässt sich festhalten, dass die spezifischen Neuerungen

der IV in der Entscheidungsfindung der Patienten nur eine marginale Rolle spielten. Wenn sie berücksichtigt wurden, dann als individuelles Relevanzkriterium. Dies unterstreicht, dass die Elemente der IV von den Patienten als Teil einer normalen guten Behandlung und nicht als innovativer Bonus („Add On“) wahrgenommen werden.

Die für die Praxis wichtigste Schlussfolgerung dürfte die Notwendigkeit einer möglichst individualisierten Gesprächsführung mit den Patienten sein, um auf die unterschiedlichen Voraussetzungen (z. B. Alter), Erfahrungen (z. B. OP-Erfahrung) und Erwartungen (z. B. Informationen über die Erkrankung) der Patienten einzugehen.

6. Prozessevaluation

6.1 Ziele der Prozessevaluation

Entwicklung und Umsetzung neuer Prozesse verlangen von den beteiligten Kooperationspartnern Kommunikationsbereitschaft und Flexibilität. Strukturen müssen entworfen, abgestimmt, hinterfragt und angepasst werden, bevor sie als standardisierte Abläufe etabliert werden können. Im Rahmen des Forschungsvorhabens wurde die Entwicklung des in Kapitel 3 beschriebenen IV-Modells extern begleitet, um Stärken („Highlights“) und Optimierungspotenziale zu identifizieren. Diese sollten zeitnah in den Entwicklungsprozess zurückgemeldet werden, um notwendige Anpassungen zu ermöglichen. Aus diesem Anlass fanden zwischen April 2006 und Juni 2009 insgesamt 7 Projekttreffen statt, bei denen Zwischenergebnisse ausgetauscht und gemeinsam diskutiert wurden.

Grundlage der Prozessevaluation bildete der zwischen beiden Partnern vereinbarte IV-Vertrag, der drei zentrale Elemente – Vernetzung, intensivierte Kommunikation und patientenzentrierte Information – definierte, die eine verbesserte Versorgung gewährleisten sollten (Abb. 6-1).

Zur Ausgestaltung dieser Prozesselemente wurden von beiden Klinikpartnern IV-Instrumente entwickelt und in den Versorgungsablauf implementiert. Bezogen auf das Element der Handlungsorientierung und Verzahnung waren dies die gemeinsam organisierten und durchgeführten Informationsveranstaltungen und Visiten, die Frühmobilisierung und die Organisation des Transfers in die Rehabilitationsklinik. Die intensivierte Kommunikation sollte durch Qualitätszirkel, zentrale Dokumentation, elektronischen Datenaustausch sowie durch Nutzung direkter Kommunikationswege realisiert werden. Die Patientenzentrierung von Behandlung und Information sollte durch eine umfassende individuelle Beratung, eine prästationäre gemeinsame Informationsveranstaltung und diverse Dokumente (u. a. Patientenpass, Informationsmaterialien) gestärkt werden.

Zentrales Anliegen der Prozessevaluation war zu überprüfen, inwiefern die Ausgestaltung dieser drei Prozesselemente als gelungen bewertet werden kann und in welchen Bereichen Optimierungspotenzial besteht.

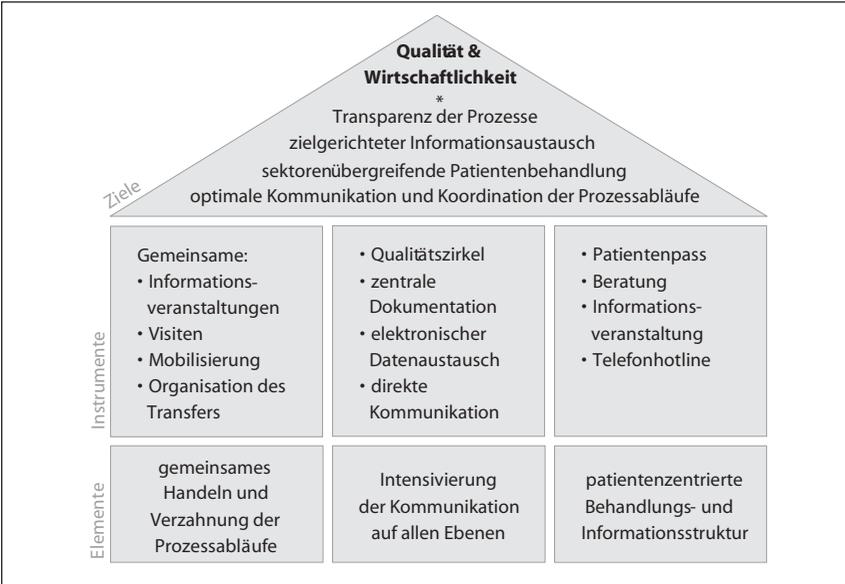


Abb. 6-1: Elemente, Instrumente und Ziele der Kooperation

6.2 Studiendesign

Zur Untersuchung der Prozessqualität des Versorgungsmodells wurde ein qualitatives Forschungsdesign entwickelt. In Ergänzung zur quantitativen Erhebung (vgl. Kapitel 4 und 7) war es so möglich, soziale und strukturelle Sachverhalte zu beschreiben sowie Bedingungsfaktoren zu identifizieren, die eine gelungene Kooperation auszeichnen. Als wichtigste Voraussetzung für diese komplexe Analyse galt die Offenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand. Dieses zentrale Element der qualitativen Forschung erlaubte es, über die im Vorfeld umschriebenen theoriegeleiteten Kategorisierungen im Laufe des Auswertungsprozesses hinaus Ergänzungen und Revisionen vorzunehmen. Die zentralen Fragestellungen wurden somit in einem zirkulären Auswertungs- und Erhebungsprozess bearbeitet (Flick 2004; Lamnek 2005) (Abb. 6-2).

Mit Hilfe unterschiedlicher qualitativer Erhebungsverfahren sollten auf Organisations- und Patientenebene die IV-Prozessinstrumente näher untersucht und bewertet werden. Im Einzelnen waren diese methodischen Zugänge:

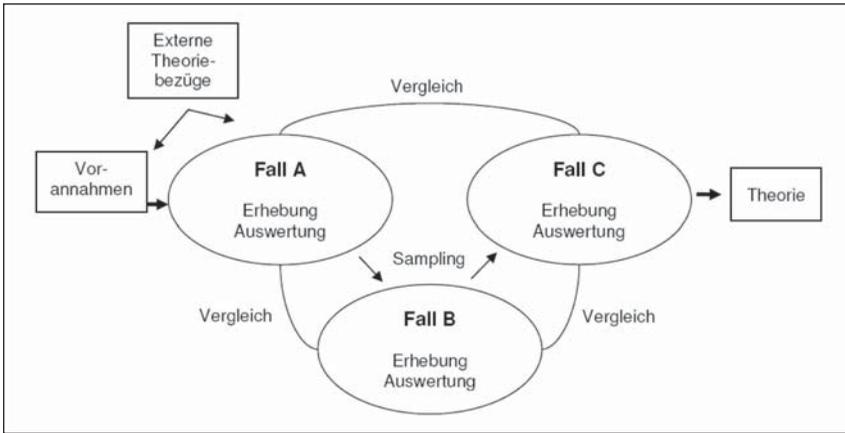


Abb. 6-2: Zirkuläres Prozessmodell des qualitativen Forschungsprozesses (Flick 1999)

- offene teilnehmende Beobachtungen,
- Dokumentenanalysen sowie
- leitfadengestützte Experteninterviews.

Für die Erkenntnisgewinnung standen somit verschiedene Datenmaterialien zur Verfügung, die gemäß dem Konzept der Methodentriangulation (Flick 2004) erhoben und zueinander in Beziehung gesetzt wurden.

6.2.1 Teilnehmende Beobachtung

Im Hinblick auf das patientenbezogene Informationsmanagement wurde die teilnehmende Beobachtung als methodischer Zugang gewählt (Flick 1999; Scheffer 2002). Die Methode der teilnehmenden Beobachtung dient der Beschreibung komplexer Situationsstrukturen, Interaktionsdynamiken und Abläufe sowie deren Wirkung auf die einzelnen Akteure. So können Handlungen aus der Sicht der beteiligten Personen verstanden und Wirkungszusammenhänge erschlossen werden. Sie kann als offene Beobachtung oder in strukturierter Form, d. h. bereits unter Berücksichtigung gezielter zu ermittelnder Aspekte durchgeführt werden. Durch die anschließende differenzierte Rekonstruktion aller Kontextfaktoren, Settingelemente, Interaktionen, Handlungen und Intentionen der einzelnen Akteure können

so Einsichten in die Gesamtstruktur der Abläufe gewonnen und Handlungsrahmen und Kontextfaktoren der jeweiligen Situation erfasst werden.

Ziel und Untersuchungsgegenstand

Die Methode der teilnehmenden Beobachtung sollte einen ersten Einblick in die Kommunikationsprozesse sowie die Informationsstruktur des IV-Modells ermöglichen. Untersucht wurde, welche Informationen die Patienten im Vorfeld von wem erhalten und wie diese vermittelt werden. Hierzu wurden die individuelle Beratung im IV-Büro und die prästationäre Informationsveranstaltung im Annastift als die beiden zentralen Interaktionssituationen ausgewählt, in denen eine offene Beobachtung stattfand.

Erhebung und Auswertung

Im Zeitraum vom 16. Januar bis 21. Februar 2008 konnte im Rahmen von zwei Beratungstagen an insgesamt sechs Beratungen mit Neupatienten teilgenommen werden. Zudem wurden zwei von jeweils unterschiedlichen Seminarleitern durchgeführte Informationsveranstaltungen besucht. Während der Beratungen und den Informationsveranstaltungen wurden Beobachtungsprotokolle angefertigt und anschließend nach einzelnen Beobachtungsfeldern kategorisiert (Zeit, Personen, Inhalt, Unterbrechungen, Arbeitsschritte etc.). Zusätzlich zu den Protokollen wurden unmittelbar nach der Beobachtung Memos angefertigt, d. h. in Form eines Textes persönliche Eindrücke festgehalten, die in Ergänzung zu den Protokollen der anschließenden Auswertung zur Verfügung standen. Die einzelnen Kategorien wurden zunächst als Gesamtgeschehen beschrieben und anschließend in einzelne Beratedungsdimensionen differenziert. Als ergänzendes Material wurden für die Informationsveranstaltung die Powerpoint-Präsentation und für die Beratung die an die Patienten ausgegebenen Informationsmaterialien hinzugezogen.

6.2.2 *Dokumentenanalyse*

Eine weitere Methode der Datenerhebung stellte die Dokumentenanalyse dar. Sie bietet eine spezifische Zugangsweise zu schriftlichen Aufzeichnungen (Garfinkel 1967). Dokumente, die im Rahmen institutioneller Prozessabläufe produziert werden, müssen unter Einbezug dieser situativen Rahmung betrachtet werden. Voraussetzung für solch eine Analyse ist das Wissen um institutionelle Kontextfaktoren, Arbeitsabläufe und beteiligte Akteure.

Untersuchungsgegenstand und Ziel

Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurden unterschiedliche Dokumente untersucht, die im IV-Behandlungsprozess eine zentrale Rolle spielen und mit denen intern und organisationsübergreifend patientenspezifische und für die Behandlung relevante Informationen ausgetauscht werden. Sie stellen somit eine Operationalisierung der institutionellen Interaktion und Kommunikation dar. Ziel war es zunächst, den Umfang und die Art der Informationen über IV-Patienten zu ermitteln und mit den Informationen über reguläre Patienten (AR, Anschlussrehabilitation) zu vergleichen. Hierfür wurden Patientenakten als Merkmalsträger herangezogen.

Durch eine Analyse der Patientenakten sollte rekonstruiert werden:

- welche Dokumente in der Rehabilitationsklinik von IV-Patienten und regulären Patienten vor Rehabilitationsbeginn vorlagen,
- welche Informationen diese Dokumente beinhalteten,
- von wem diese Dokumente produziert wurden,
- für wen sie bestimmt waren,
- wer diese Dokumente weiterleitete und
- wie sie weitergeleitet wurden.

Mit Hilfe dieser Analyseeinheiten war es möglich, Aussagen über die Unterschiede hinsichtlich der vor Rehabilitationsbeginn für IV-Patienten und reguläre Patienten vorhandenen Dokumente zu treffen.

Des Weiteren galt es zu untersuchen, wie der organisationsübergreifende und interdisziplinäre IV-Prozess mit Hilfe speziell entwickelter Dokumente abläuft. Vor diesem Hintergrund wurden der IV-Patientenpass sowie Patienten- und Visitenlisten untersucht. In Bezug auf die Patientenpässe wurde gefragt:

- Für welche Zielgruppen wurde er entwickelt?
- Was beinhaltet er?
- Wie wird er genutzt?
- Lässt sich Optimierungspotenzial identifizieren?

Durch die Sichtung der IV-Patientenlisten und IV-Visitenlisten sollte die durch beide Kliniken gemeinsam gestaltete Dokumentation untersucht und abgebildet werden.

Erhebung und Auswertung

Insgesamt wurden in der Rehabilitationsklinik neun Patientenakten von IV-Patienten und acht Patientenakten von regulär behandelten Patienten zufällig aus allen im Zeitraum von zwei aufeinander folgenden Kalender-

wochen entlassenen Fällen gezogen, vollständig kopiert und anonymisiert. Die IV-Patientenpässe lagen für die beiden Indikationen in Originalform vor. Jeweils eine Patienten- und Visitenliste konnte in der Klinik eingesehen werden. Die Auswertung erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurden alle vorhandenen Datenblätter aus den Akten systematisch nach folgenden Kriterien erfasst:

- Art des Dokuments
- Datum
- Inhalt
- Form
- Absender
- Adressat
- Medium der Übermittlung.

Gemäß der Fragestellung, welche Dokumente in der Rehabilitationsklinik von IV-Patienten und regulären Patienten vor Rehabilitationsbeginn vorlagen, wurden die Dokumente anhand des Datums ausgewählt, aufgelistet und nach inhaltlichen und strukturellen Gesichtspunkten miteinander verglichen.

Die Auswertung des Patientenpasses erfolgte auf Basis des Originaldokuments (ohne Eintragungen), dem IV-Vertrag sowie den Aussagen aus Experteninterviews. Der Patientenpass wurde nach folgenden Gesichtspunkten untersucht:

- Layout (Darstellungen, Reihenfolge etc.),
- Informationen für Behandler,
- Informationen für Patienten,
- Zweckmäßigkeit für unterschiedliche Benutzergruppen.

Aus den Patienten- und Visitenlisten wurden lediglich die vorhandenen Informationen schriftlich erfasst und im weiteren Verlauf des Auswertungsprozesses als Kontextwissen herangezogen.

6.2.3 *Experteninterviews*

Experteninterviews werden eingesetzt, um Erkenntnisse über soziale Kontexte und Strukturen zu erlangen. Experten gelten in diesem Sinne als „Menschen, die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen, und Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen“ (Gläser und Laudel 2006). In diesem Forschungskontext wurden klinkinterne Mitarbeiter als Experten befragt, denn sie verfügen auf Grund ihrer beruflichen Stel-

lung über spezifische Perspektiven auf einen Sachverhalt und besonderes Wissen, welches es zu rekonstruieren galt.

Als Erhebungsinstrument wurde ein leitfadengestütztes offenes Interview angewandt. Der Leitfaden wurde flexibel und nicht im Sinne eines standardisierten Ablaufschemas gehandhabt, um unerwartete Themendimensionierungen durch den Experten nicht zu unterbinden. Den Experten wurde somit die Möglichkeit gegeben, zu berichten, wie Entscheidungen getroffen werden, und anhand von Beispielen zu erläutern, wie sie in bestimmten Situationen vorgehen. Die spezifische Erkenntnisgewinnung über bestimmte institutionell-organisatorische Handlungsbedingungen spiegelte sich in der anschließenden Auswertung wider. Denn in Abgrenzung zu einzelfallinteressierten Interpretationen *„orientiert sich die Auswertung von ExpertInneninterviews an thematischen Einheiten, an inhaltlich zusammengehörigen, über die Texte verstreuten Passagen – nicht an der Sequenzialität von Äußerung je Interview“* (Meuser und Nagel 2005, S. 81).

Ziel und Fragestellung

Mit Hilfe der Experteninterviews sollte zum einen ermittelt werden, wie die Behandlungsprozesse in der IV hinsichtlich der Zuständigkeiten, Arbeitsabläufe auf personeller wie auf organisatorischer Ebene strukturiert sind. Ein weiterer Schwerpunkt der Befragung lag in der Generierung von Bedingungen, die für eine optimale Zusammenarbeit zwischen den Institutionen gegeben sein müssen. Dabei war insbesondere die Prozesshaftigkeit der Umsetzung einzelner IV-Instrumente hinsichtlich deren Voraussetzungen, Modifikationen und Veränderungen von Interesse. Des Weiteren wurde erfragt, wie, aus der Sicht der Experten, Patienten ihre Behandlung wahrnehmen und beurteilen. Ein zentraler Aspekt, der ebenfalls im Interview angesprochen wurde, war die Qualitätssicherung, d. h. Maßnahmen und Prozesse, die die Qualität der erarbeiteten und bereits optimal verlaufenden Prozesse gewährleisten, aber auch einen möglichen Optimierungsbedarf identifizieren lassen. Der Interviewleitfaden gliederte sich damit in folgende Teilbereiche:

- Entwicklungsprozess und theoretisches Leitbild,
- gemeinsames Handeln mit Kooperationspartnern,
- gemeinsames Handeln mit Patienten und
- Qualitätssicherung.

In Ergänzung zu den in den Kapiteln 4, 5, 7 und 8 dargestellten Ergebnissen der Patientenbefragungen sollte mit den Experteninterviews die Perspektive der Behandler auf die Thematik der Patientenorientierung fokussiert werden.

Fallauswahl und Erhebung

Die Fallauswahl orientierte sich an den unterschiedlichen Arbeitsbereichen der Mitarbeiter, die am IV-Behandlungsprozess beteiligt sind. Es konnten primär drei Handlungsebenen im IV-Prozess identifiziert werden: die Konzeptentwicklungsebene, die Behandlungsebene und die operative Ebene. Als Akteure der Konzeptentwicklungsebene wurden Akteure bezeichnet, die aktiv am Entwicklungs- und Implementierungsprozess des IV-Vertrages beteiligt waren und damit über umfassendes Hintergrundwissen verfügen und zum Teil zugleich aktiv an der Implementierung einzelner Instrumente beteiligt waren. Der Behandlungsebene wurden Akteure zugeordnet, die im Rahmen ihrer Arbeit die einzelnen IV-Instrumente in der Praxis umsetzen und diese hinsichtlich ihrer Praktikabilität beurteilen können. Die für die administrative Bearbeitung und Koordinierung zuständigen Mitarbeiter wurden auf der operativen Ebene lokalisiert (IV-Büro, Patientenaufnahme). In der folgenden Tabelle sind die Interviewpartner aufgeführt (Tab. 6-1).

Tab. 6-1: Interviewpartner in ihren Funktionen

	Konzeptentwicklungsebene		Behandlungsebene		Operative Ebene	
	Akro- nym	Funktion	Akro- nym	Funktion	Akro- nym	Funktion
KN	KE 1	Funktionsoberarzt, FA für Physikalische und Rehabilitative Medizin	BE 1	Oberarzt, FA für Physikalische und Rehabilitative Medizin	OE 1	Patientenaufnahme
			BE 2	Physiotherapeutin, Abteilungsleiterin der Krankengymnastik und Physiotherapie	OE 2	Patientenaufnahme
AS	KE 2	Funktionsoberarzt, Wirbelsäulenchirurgie	BE 3	Physiotherapeut, Mitarbeiter der KN, zuständig für IV-Patienten im Annastift	OE 4	IV-Büro
	KE 3	Medizinisches Controlling & Qualitätsmanagement				

KN Klinik Niedersachsen; AS Annastift; FA Facharzt; KE Konzeptentwicklungsebene; BE Behandlungsebene; OE Operative Ebene

Dem Interview voraus ging die Einverständniserklärung der Interviewpartner zur Interviewteilnahme und digitalen Aufzeichnung. Es wurden insgesamt sechs Experteninterviews sowie eine Gruppendiskussion im Zeitraum von Februar bis März 2008 durchgeführt.

Auswertung der Interviews

Die digital aufgezeichneten Interviews wurden zunächst transkribiert und EDV-gestützt mit dem Programm MAX-QDA ausgewertet. Das Auswertungsverfahren orientierte sich an dem Modell der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) sowie den Auswertungsstrategien nach Meuser und Nagel (2005). Die Auswertung sollte überindividuell-gemeinsame Wissensbestände herausarbeiten.

In einem ersten Schritt wurde anhand der thematischen Einheiten der Interviews ein Kodiersystem entwickelt. Bereits in dieser Auswertungsphase konnten Themenkomplexe aus den Interviews generiert werden, die im Vorfeld noch nicht benannt waren. Im zweiten Analyseschritt erfolgten die Paraphrasierung der Textbausteine sowie die Verdichtung des Materials mittels Erstellung thematischer Übersichten (z. B. in Form von Überschriften). Dies ermöglichte den thematischen Vergleich zwischen den Interviews.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die einzelnen Erhebungsmethoden, die Datengrundlage und den Auswertungsprozess (Abb. 6-3).

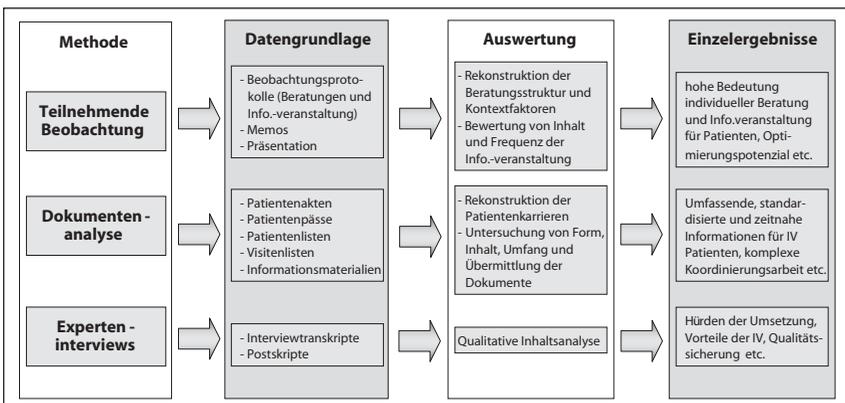


Abb. 6-3: Erhebungs- und Auswertungsprozess sowie Datengrundlage der Prozessevaluation

Die folgenden Abschnitte stellen die zentralen Ergebnisse der Datenauswertung vor. Abschnitt 6.3 beschreibt die IV vor dem Hintergrund eines patientenzentrierten Informationsmanagements. Abschnitt 6.4 bezieht sich auf die Dokumentation im Rahmen der Kooperationsbeziehung und arbeitet die damit verbundenen Innovationen heraus. Abschnitt 6.5 präsentiert die Ergebnisse der Experteninterviews und die sich darin offenbarende Sicht der Mitarbeiter auf den Versorgungsprozess. Der abschließende Abschnitt 6.6 fasst die Ergebnisse zusammen und bewertet die im Kooperationsvertrag beschriebenen Kernelemente des IV-Prozesses: Vernetzung, Kommunikation und Patientenzentrierung.

6.3 Die Integrierte Versorgung als patientenzentriertes Informationsmanagement

Den zentralen Zugang zur Bewertung des patientenbezogenen Informationsmanagements bildete die teilnehmende Beobachtung (vgl. Abschnitt 6.2.1). Als Interaktionssituationen wurden dafür die Erstberatung im IV-Büro und die Informationsveranstaltung ausgewählt.

6.3.1 *Beratung*

Die IV-Erstberatung findet im Anschluss an die erste präoperative Untersuchung im Annastift statt. Die Beratungstermine für diese Beratung werden über das Callcenter vom Annastift organisiert. Nach der Anmeldung zur ärztlichen Untersuchung im IV-Büro kommen die Patienten in die ärztliche Sprechstunde, in der nach ausführlicher Untersuchung und Diagnostik eine mögliche Behandlung im IV-Programm festgestellt und auf der Anmeldung zur stationären Behandlung vermerkt wird.

Struktur

Eröffnet wurde die Beratung durch den Vorschlag eines OP-Termins, für den sich der Patient zu diesem Zeitpunkt entscheiden konnte. Mit dem Hinweis, dass ein solcher früher OP-Termin nur möglich sei, weil der Patient auf Grund seiner Kassenzugehörigkeit an einem bestimmten Versorgungsangebot teilhaben kann, fand an dieser Stelle bereits eine erste Verknüpfung zum IV-Programm statt. Es wurde darauf verwiesen, dass außerhalb dieses Programms die Wartezeit bis zu fünf oder sechs Monate betragen kann. Der Patient traf nun seine Wahl des OP-Termins und entschied damit bereits indirekt über die Teilnahme am IV-Programm. Anschließend

wurde der Bedarf einer Unterarmgehstütze geklärt sowie der Nutzen der präoperativen Übungseinheiten mit dem Therapieband erläutert. Es folgte die Aushändigung des Rezeptes und des Übungsblattes sowie die Wegbeschreibung zur Ausgabestelle des Therapiebandes.

Danach erfuhr der Patient von der Informationsveranstaltung für IV-Patienten. Deren Inhalte wurden ihm kurz beschrieben sowie Ort und Häufigkeit der Durchführung (in der Regel alle 2 Wochen) genannt. In Bezug zu seinem OP-Termin wurde ihm nun der in Frage kommende Termin für die Teilnahme an der Veranstaltung vorgeschlagen. Nun folgte zusätzlich zu dem bereits ausgewiesenen frühen OP-Termin eine detaillierte Erläuterung der zentralen Instrumente des IV-Programms in Verbindung mit dem Behandlungsverlauf. Benannt wurden:

- die Dauer des Krankenhausaufenthaltes,
- der direkte Transfer in die Rehabilitationsklinik und von dort nach Hause,
- die Dauer der Rehabilitation,
- eine gemeinsame Visite des Oberarztes aus der Rehabilitationsklinik und des Arztes im Akutkrankenhaus und
- die Behandlung durch den Krankengymnasten aus der Rehabilitationsklinik bereits im Akutkrankenhaus.

Anschließend erhielt der Patient eine Teilnahmeerklärung, die er sich im Folgenden durchlas, bei Bedarf nachfragte und anschließend unterschrieb. Er wurde dann auf die im Anschluss dieser Beratung notwendige Untersuchung in der Anästhesieambulanz verwiesen. Der Patient erhielt eine Kopie der Teilnahmeerklärung, einen Flyer von seiner Krankenkasse, der über das IV-Programm informierte, ein Hinweisblatt der Ergotherapeuten sowie ein Ratgeberheft über die jeweilige Erkrankung (Knie oder Hüfte). Es wurde anschließend differenziert auf die präoperative Phase eingegangen (Voruntersuchungstermin, Medikamenteneinnahme etc.) und zum Ende der Beratung auf die Telefonnummer des IV-Büros verwiesen, unter der jederzeit Rückfragen gestellt werden konnten.

Abb. 6-4 fasst den hier skizzierten Ablauf zusammen.

Zu zwei Zeitpunkten im Beratungsgespräch wurde ein Vergleich zu einer Behandlung im Rahmen einer regulären Anschlussrehabilitation herangezogen. Zum einen erfuhren die Patienten, dass sie sich für ein Programm entschieden, in dem mit ihrer Krankenkasse vereinbart wurde, ihnen einen OP-Termin innerhalb von vier bis sechs Wochen anbieten zu können. Ohne IV würden sie hingegen fünf bis sechs Monate warten müssen. Zum anderen wurde die besondere Leistung der institutsübergreifenden Zusammenarbeit hervorgehoben, die beispielsweise beinhaltete, dass der Kranken-

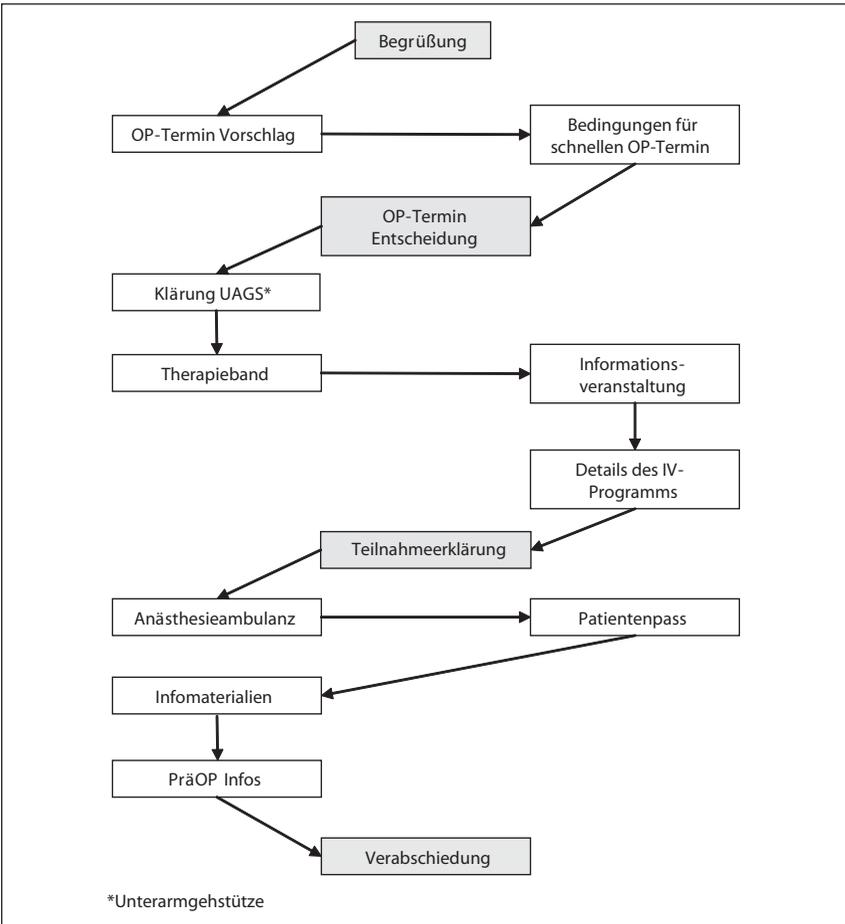


Abb. 6-4: Thematischer Ablauf des Beratungsgesprächs

gymnast aus der Rehabilitationsklinik bereits am 9. Tag in der Akutklinik die Behandlung übernimmt. In diesem Zusammenhang wurde darauf verwiesen, dass die Kollegen in der Rehabilitationsklinik den Patienten da abholen können, wo er ist und nicht vollständig neu mit der Behandlung beginnen müssen, so wie es der Fall für die Regelleistungspatienten ist, die nur ihren Entlassungsbericht mitbekommen.

Interaktionsverlauf

Der Rahmen der Beratung ermöglichte neben der Vermittlung standardisierter Informationsinhalte eine sehr individuelle Gesprächsführung. Zum einen ging die Beraterin auf die persönlichen Fragen ein, z. B. ob eine Eigenblutspende nötig sei, oder ob die Übungen mit dem Therapieband trotz akuter Schmerzen gemacht werden sollen. Des Weiteren wurde den Patienten Raum für Ausführungen über ihre bisherige Krankengeschichte gegeben. Auch der Einbezug der Angehörigen in die Gesprächssituation fand statt. Der Beratungsverlauf wurde von der Beraterin flexibel gestaltet, wenn Patienten oder Angehörige zusätzliche Fragen stellten.

Arbeitsabläufe und Kontextfaktoren

Als Arbeitsabläufe wurden alle Handlungen verstanden, die im direkten und indirekten Zusammenhang mit der Patientenberatung standen sowie mit den Aufgaben im IV-Büro zu tun hatten. Kontextfaktoren umfassten die Bedingungen, unter denen die Beratung stattfand und mit denen die Arbeitsabläufe eng verknüpft waren.

Eine Auflistung der Arbeitsinhalte im IV-Büro soll zunächst einen Überblick über die vielfältigen Aufgaben liefern:

- IV-Beratung und Vergabe des OP-Termins,
- softwaregestütztes Einpflegen patientenspezifischer Daten,
- Bereithaltung aller relevanten Infomaterialien,
- Koordinierung aller IV-relevanten Infos und Weiterleitung dieser an die Rehabilitationsklinik,
- Anmeldung für Nachuntersuchungen,
- Telefonberatung IV-Patienten,
- Telefonberatung Regelleistungspatienten,
- zentrale Anlaufstelle für telefonische und persönliche Nachfragen seitens der Mitarbeiter,
- Weiterleitung von Beschwerden seitens der Patienten,
- Terminfestlegung der Infoveranstaltung,
- Patientenregistrierung zu Beginn der Infoveranstaltung,
- Koordination der Krankengymnasten und Physiotherapeuten für die Gangschulung im Anschluss an die Infoveranstaltung.

Neben diesen Aufgaben war das IV-Büro mit zusätzlichen Aufgaben betraut, die sich nicht den Anforderungen des IV-Modells zuordnen ließen. Dies betraf u. a. die Beratung und Vergabe ambulanter OP-Termine einschließlich der notwendigen Datenverwaltung.

Im Rahmen der Beobachtungen konnten drei Kontextbedingungen identifiziert werden, die den Ablauf der Beratungen wesentlich kennzeichneten.

Hohe Termindichte: An einem Arbeitstag wurden 8 bis 10 IV-Patienten beraten, im Wesentlichen als Erstberatung. Angesichts der im Verlauf der Studie zunehmenden Patientenfrequenz wurden dem ursprünglichen Beratungstag (Freitag) zwei weitere Tage (Mittwoch und Dienstag) als Beratungstage hinzugefügt.

Große Dokumentenvielfalt: Die Patienten erhielten eine Vielzahl unterschiedlicher Dokumente, die sie über die unterschiedlichen Aspekte ihrer Behandlung im Rahmen der IV informierten:

- Broschüre Ratgeber für Patienten (Knie bzw. Hüfte)
- Kopie Teilnahmeerklärung für das IV-Programm
- Kopie Patienteninformation zur Integrierten Versorgung (Annastift und Klinik Niedersachsen)
- Broschüre Patienteninformation zur Integrierten Versorgung (Krankenkasse)
- Broschüre Patienteninformation Klinik Niedersachsen
- Kopie Übungsprogramm vor der Operation (Krankengymnastik)
- Kopie Informationen an IV-Patienten (Ergotherapie)
- Kopie Patienteninformation vor Operation (Annastift)

Diese Materialien mussten kontinuierlich zur Verfügung stehen, wurden aber mitunter erst während der Besprechung kopiert und zusammengestellt.

Hohe Unterbrechungsdichte: Im Rahmen der durchschnittlich 18 Minuten dauernden Beratung kam es häufig zu Unterbrechungen durch Telefonanrufe, persönliche Mitarbeiternachfragen sowie wartende Patienten im Flur. Im Durchschnitt wurden drei Unterbrechungen pro Beratung registriert. Zusätzliche Kapazitäten wurden auch durch die ambulante OP-Terminvergabe gebunden, die in der Regel an allen Tagen stattfand und damit parallel geleistet werden musste. Die dafür verantwortliche Mitarbeiterin konnte bei einer hohen Anzahl möglicher IV-Patienten jedoch auch für die Durchführung der IV-Erstberatungen herangezogen werden.

Zusammenfassende Beurteilung

Unter Berücksichtigung der vielfältigen Arbeitsinhalte und unter den gegebenen Bedingungen (räumlich, zeitlich, personell) ist die Qualität der Beratungsgespräche als sehr positiv zu bewerten. Insbesondere der Informationsgehalt einer Beratung war sehr hoch.

Auffallend an der Beratungsstruktur war, dass die Patienten erst nachdem sie sich für die Behandlung im Rahmen der IV entschieden hatten, umfas-

send über die zentralen Elemente und Instrumente des Programms informiert wurden. Ihre Entscheidung konnten sie zu diesem Zeitpunkt also nur auf Grund einer Information treffen (Zeitpunkt des OP-Termins: früh oder spät). Die Beratungsstruktur beruhte vermutlich zum einen auf Erfahrungswerten der Beraterin, d. h. dass Patienten zunächst nur wissen wollen, wann sie operiert werden können und dies am besten so zeitnah wie möglich. Zum anderen spielten organisatorische Rahmenbedingungen für diese Struktur eine große Rolle. So ermöglicht z. B. die Einpflege der Patientendaten und die Buchung des OP-Termins bereits zu Beginn der Sprechstunde die Nutzung der restlichen Zeit für eine intensive Informationsvermittlung. Die Unterzeichnung der IV-Vereinbarung fand jedoch erst dann statt, wenn die Patienten alle relevanten Informationen hatten. Die Ergebnisse des in der Vorstudie durchgeführten Discrete Choice Experiments verdeutlichten, dass dem zeitnahen OP-Termin aus Patientensicht eine sehr hohe Relevanz beigemessen wurde (Streibelt et al. 2007b) und sich die Beratungsstruktur damit an dem Merkmal orientierte, das den Patienten am wichtigsten erscheint. Dieses Vorgehen genügt jedoch nur bedingt dem Anspruch einer souveränen Patientenentscheidung. Gleichzeitig tritt die Frage auf, ob der Prozess einer souveränen Patientenentscheidung, d. h. primäre Informationsvermittlung mit anschließender Verhandlung des OP-Termins, im Rahmen der IV-Beratung überhaupt möglich ist und ob eine solche Struktur die Patienten unterstützten oder eher überfordern würde (zu den Optimierungspotenzialen ausführlich Abschnitt 6.6).

6.3.2 *Informationsveranstaltung*

Den Patienten wurde im Rahmen der IV-Beratung ein Termin für die Informationsveranstaltung vorgeschlagen, der vor ihrem OP-Termin lag. Die Teilnahme an der Veranstaltung war freiwillig. Angehörige konnten an dieser Veranstaltung teilnehmen. Alle potenziellen Teilnehmer wurden in einer Liste festgehalten. Die Informationsveranstaltung fand 2-wöchig jeweils mittwochs von 09.00 bis 10.00 Uhr im Annastift statt und wurde abwechselnd von einem Arzt des Annastifts oder einem Arzt der Klinik Niedersachsen geleitet. Die Einleitung für die anschließende Gangschulung wurde ebenfalls alternierend und invers zur Klinikzugehörigkeit des Arztes von einem Mitarbeiter der anderen Klinik durchgeführt. Das Team der Informationsveranstaltung repräsentierte somit jeweils beide Versorgungspartner. Die Referenten nutzten eine Powerpoint-Präsentation zur Veranschaulichung der Inhalte.

Ablauf und Inhalte

Beim Eintreffen der Patienten empfing die Mitarbeiterin des IV-Büros die Patienten, um auf der Teilnahmeliste zu vermerken, wer von den angemeldeten Patienten tatsächlich gekommen war. Mindestens einen Tag vor der Informationsveranstaltung wurde die Teilnehmerliste an die leitende Krankengymnastin des Annastifts geschickt, die ihr eine Liste mit den Namen der verfügbaren Mitarbeiter für die Veranstaltung am nächsten Tag zurücksendete. Diese Liste nutzte die Mitarbeiterin des IV-Büros, um ca. 20 Minuten nach Beginn der Veranstaltung – in Abhängigkeit von der tatsächlichen Teilnehmerzahl – die benötigten Mitarbeiter per Piper zu kontaktieren, die die Gangschulung im zweiten, praktischen Teil der Veranstaltung übernehmen sollten. Für diesen Veranstaltungsteil erhielten die Patienten bereits vor Beginn des Vortrages eine Nummernkarte, entsprechend der sie anschließend einer Gangschulungsgruppe zugeordnet wurden. Der inhaltliche Ablauf der Informationsveranstaltung gliederte sich wie folgt:

1. Informationen zur Integrierten Versorgung (Arzt)

- Was ist die Integrierte Versorgung?
- Welche Vorteile hat sie?
- Wie sind die einzelnen Behandlungsphasen gegliedert?

2. Informationen zum Aufenthalt im Diakoniekrankenhaus Annastift (Arzt)

- Anästhesie
- Koxarthrose und Gonarthrose (Definition, Operation)
- Postoperative Phase
- Rehabilitationsphase (Organisation, Ziele)
- Nachsorgephase

3. Übungsprogramm (Anleitung durch Mitarbeiter Krankengymnastik/ Physiotherapie des Annastifts oder der Klinik Niedersachsen)

- Darstellung unterschiedlicher Übungseinheiten

4. Klärung offener Fragen seitens der Patienten

5. Gangschulung (Mitarbeiter Krankengymnastik)

- Einteilung der Patienten in kleine Gruppen à sechs Patienten
- Übungen zum Benutzen von Unterarmgehstützen (z. B. Laufen, Treppensteigen)

Teilnahmequote

Seit der Einführung der IV im August 2004 wurde die Informationsveranstaltung einmal monatlich durchgeführt, ab Mai 2007 zweimal im Monat. Die Teilnahmequote stieg mit der Einführung einer zusätzlichen Veranstaltung von 59,6 % auf 75,7 % im Jahr 2007 (ab Mai 2007), also um rund 16 Prozentpunkte (Abb. 6-5). Gründe für die Nicht-Teilnahme waren häufig der lange Fahrtweg zum Annastift, den die Patienten nicht auf sich nehmen wollten bzw. konnten (zu lange Fahrtzeit, kein Auto etc.), ein sehr zeitnaher OP-Termin, der noch vor der nächsten Veranstaltung lag sowie schlechte Wetterverhältnisse, die zu einer kurzfristigen Absage führten.

Zusammenfassende Beurteilung

Der theoretische Teil dieser Veranstaltung bot den IV-Patienten die Möglichkeit, ergänzend zu den bereits erhaltenen schriftlichen Materialien vertiefende Informationen über ihre Erkrankung und Behandlung zu bekommen, Fragen zu stellen und darüber hinaus im praktischen Teil eine Einführung in die Benutzung von Unterarmgehstützen zu erhalten.

Der zeitliche Rahmen und die Aufbereitung der Inhalte waren auf die Bedürfnisse der meist älteren Patienten abgestimmt. Diese hatten zudem Raum, um Fragen zu stellen und andere Betroffene kennen zu lernen.

Die meisten Patienten kamen mit ihren Angehörigen zu der Veranstaltung. Diese Unterstützung war für die Betroffenen von großer Bedeutung, zumal in diesem Rahmen auch die Angehörigen über die mit der Operation verbundenen Belastungen und die besonderen Herausforderungen im Alltag sensibilisiert wurden. Der zunehmenden Anzahl von IV-Patienten am IV-

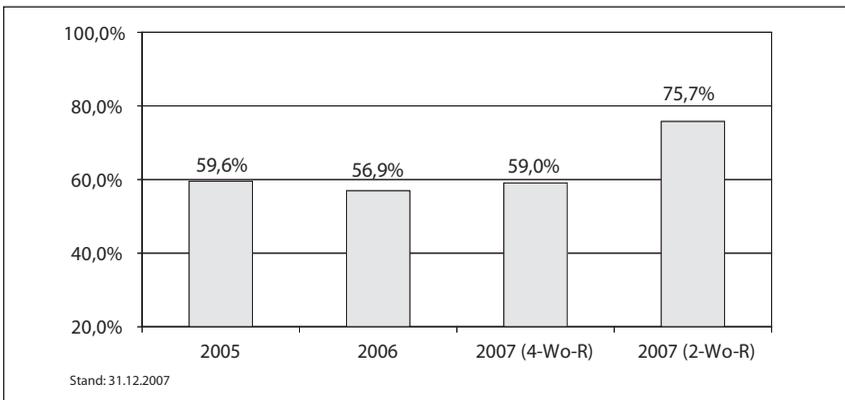


Abb. 6-5: Teilnahmequoten an der Informationsveranstaltung

Programm sowie der zunächst geringen Teilnahmequote an der Informationsveranstaltung wurde durch das Angebot einer zusätzlichen Veranstaltung im Monat begegnet.

6.4 Die Integrierte Versorgung als innovative Dokumentation

Der folgende Abschnitt 6.4 beschreibt die zentralen Ergebnisse der Dokumentenanalyse. Die Analysen der Patientenakten (6.4.1), des Visitenprotokolls (6.4.2) und der Patientenpässe (6.4.3) zeigen dabei exemplarisch, wie die Kooperation zwischen den Versorgungspartnern die Transparenz des Behandlungsprozesses sukzessive erhöht hat, und verdeutlicht zugleich die hohen Anforderungen, die sich bei der Realisierung eines gelingenden Dokumentenmanagements in institutionsübergreifenden Arbeitszusammenhängen stellen. In der Ergebnisdarstellung der Dokumentenanalyse werden ergänzend Erkenntnisse aus den Experteninterviews hinzugezogen.

6.4.1 *Patientenakten*

Die Auswertung der Patientenakten ergab detaillierte Erkenntnisse über die hohe Komplexität des Dokumentenmanagements. Die wesentlichen Inhalte der Akten von IV-Patienten (IV-Akte) und von Patienten in der regulären Anschlussrehabilitation (AR-Akte) sind in Abb. 6-6 aufgeführt. Die dort aufgeführten Inhalte entstehen im Wesentlichen vor und bei Antritt der Rehabilitationsmaßnahme.

Basierend auf der Auflistung der bei Rehabilitationsbeginn vorhandenen Dokumente zeigte sich ein deutlicher Unterschied hinsichtlich des Dokumentenumfangs zwischen beiden Patientengruppen. Es lagen deutlich mehr Informationen für IV-Patienten als für reguläre Patienten vor. Die frühzeitig übersandten Dokumente der IV-Patienten zum Anmeldetag und nach der Anästhesiesprechstunde beinhalteten neben geplanten Terminen (Aufnahme, OP, Rehabilitationsbeginn) wesentliche Patienteninformationen, wie z. B. Diagnosestellung, Medikation, Komorbiditäten und Besonderheiten. Diese standen dem behandelnden Arzt bzw. den therapeutischen Mitarbeitern in der Rehabilitationsklinik frühzeitig zur Verfügung und ermöglichten ihnen, sich ein Bild vom Patienten zu machen und ggf. Maßnahmen für einen optimalen Rehabilitationsprozess einzuleiten. Im Gegensatz zu den Entlassungsberichten der regulären Patienten wiesen die

IV-Akte	AR-Akte
1. Anmeldung einer stationären Behandlung	1. AR-Antrag
2. Laborbefund Annastift	
3. Anästhesie Dokument	
4. Anamnesebogen Anästhesiesprechstunde	
5. Anamnesebogen Fremdbluttransfusion	
6. Ggf. Laborbefund Haus- oder Facharzt	2. Laborbefund niedergelassener Arzt
7. Entlassungsbericht Annastift	3. Entlassungsbericht
8. Übergabebogen Ergotherapie	
9. Übergabebogen Physiotherapie	
10. Patientenpass	
11. Pflegerischer Verlegungsbericht	
12. Ggf. CD-Rom mit digitalen Röntgenaufnahmen Annastift	4. Medikamentenreport Hausarzt
13. Ggf. Untersuchungsbefund Facharzt	5. Untersuchungsbefund Facharzt

Abb. 6-6: Anzahl und Art der Dokumente in der Patientenakte

Entlassungsberichte der IV-Patienten eine einheitlich standardisierte Struktur auf, die den Ärzten einen schnellen Überblick ermöglicht.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen regulären Patienten und IV-Patienten bestand im Vorhandensein frühzeitiger Patienteninformationen noch vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme. Bereits zur OP-Anmeldung, d. h. im Durchschnitt 2 bis 3 Wochen vor der OP, erfuhr die Rehabilitationsklinik über den voraussichtlichen Aufnahmetag des angemeldeten Patienten und konnte die Betten- und ggf. Therapieplanung vornehmen. Bei Antragstellung über das herkömmliche Verfahren der Anschlussrehabilitation lag der Rehabilitationsklinik diese Information hingegen erst ca. drei Tage nach der OP vor. Aufgrund des Bewilligungsverfahrens auf Kostenträgerseite konnte sich die Informationsweitergabe noch weiter verzögern. Weitere Informationen erhielt der behandelnde Arzt in der Rehabilitationsklinik im Rahmen des Anmeldeprozesses aus der Anästhesiesprechstunde des Annastifts. Diese verschiedenen Informationen konnten so bereits frühzeitig in der Planung der anschließenden Rehabilitationsmaßnahme und in der Vorbereitung der gemeinsamen Visiten Berücksichtigung finden.

Die Sichtung der Patientenakten ergab, dass bei den ausgewählten AR-Akten insbesondere der für die Weiterbehandlung zentrale Entlassungsbericht unterschiedlich zeitnah in die Klinik Niedersachsen gelangte sowie eine unterschiedliche Form aufwies. Dies hatte einen erhöhten Arbeitsaufwand für den behandelnden Arzt zur Folge, der – bei Fehlen des Entlassungsberichtes – die entsprechende Klinik kontaktieren musste, um diesen anzufordern. Auf Grund der häufig sehr variierenden Form der Entlassungsberichte musste sich der Arzt innerhalb der Dokumente darüber hinaus oftmals neu orientieren, um die zentralen Informationen zu erhalten.

6.4.2 Das Visitenprotokoll

Um den sehr komplexen Dokumentenaustausch zu verdeutlichen, wurde exemplarisch der Weg des Visitenprotokolls rekonstruiert (Abb. 6-7). Dieser Prozess wird im Folgenden kurz beschrieben.

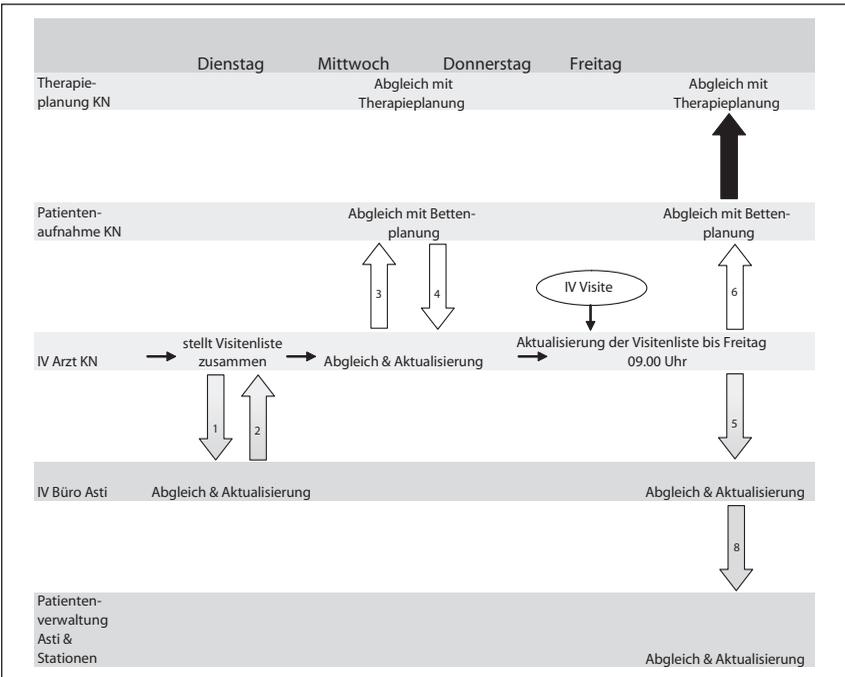


Abb. 6-7: Wege des Visitenprotokolls

Das Visitenprotokoll ist ein Dokument, in dem die IV-Patienten aufgelistet sind, die bereits operiert wurden und bei denen vor Antritt der Rehabilitation eine gemeinsame Visite durch IV-Ärzte des Annastifts und der Klinik Niedersachsen durchgeführt wird. Dieses Dokument beinhaltet neben personenbezogenen Daten den OP-Termin, die geplante Übernahme durch die Krankengymnastik der Klinik Niedersachsen im Annastift sowie das vorgesehene Verlegungsdatum in die Rehabilitationsklinik. Die Zusammenstellung des Visitenprotokolls durch den IV-Arzt der Klinik Niedersachsen am Dienstag basiert auf der sogenannten IV-Patientenliste. Diese erhält er am vorangegangenen Freitag vom IV-Büro des Annastifts. In der Regel erfolgt die Weiterleitung dieses Dokuments intern wie auch institutsübergreifend per E-Mail.

Nach einer erstmaligen Abstimmung des Protokolls mit dem IV-Büro (Schritt 1 und 2) wird es vom IV-Arzt intern weiter an die Patientenaufnahme zum Abgleich geschickt (Schritt 3 und 4). Das aktuelle Dokument wird für die Visite am Donnerstagnachmittag genutzt und im Anschluss daran bis spätestens 9.00 Uhr am Freitagmorgen vom IV-Arzt bearbeitet. Dieser nimmt mögliche Veränderungen in der geplanten Verlegung vor (z. B. durch eine verlängerte Liegedauer im Annastift bei postoperativ eingetretenen Komplikationen) oder ergänzt zusätzliche Informationen (z. B. Besonderheiten des Patienten, ggf. spezielle Medikation). Der IV-Arzt schickt diese aktualisierte Visitenliste an das IV-Büro im Annastift (Schritt 5), von wo es intern an die entsprechenden Stellen (Station, Patientenverwaltung) weitergeleitet wird (Schritt 8). Die Patientenverwaltung der Rehabilitationsklinik erhält es ebenfalls auf internem Weg von ihm (Schritt 6) und übermittelt es weiter an die Therapieplanung im Hause (Schritt 7).

Hinsichtlich der Datenübermittlung im Rahmen der Patientenanmeldung wurde ein Problem benannt, das sich auf mögliche technische Fehlerquellen zurückführen lässt. Im Zuge der Patientenanmeldung wurden die Anmeldedokumente vom IV-Büro in die Patientenaufnahme gefaxt, wo sie gelegentlich nicht eintrafen und erst im Nachhinein registriert werden konnten. Des Weiteren wurde festgestellt, dass das Versenden der Patientenliste sowie des Visitenprotokolls an unterschiedliche Adressaten dazu führte, dass unterschiedliche Akteure die Dokumente bearbeiteten und damit eine einheitliche Zusammenführung erschwert wurde. Zudem gelang die Abstimmung der aktuellen Verlegedaten von Patienten zwischen den Stationsärzten und dem IV-Büro oftmals nicht, so dass die Aktualisierung der Patientendokumentation nicht immer gewährleistet war.

6.4.3 Patientenpass

Der Patientenpass wurde für zwei Nutzergruppen entwickelt: das ärztliche Personal im Annastift und in der Klinik Niedersachsen einerseits und für die Patienten andererseits. Aus professioneller Sicht dokumentiert der Pass den klinischen Verlauf (Harris Hip Score, Knee Society Score; dazu ausführlich Kapitel 7) und ermöglicht die statistische Auswertung der Daten, die während der ärztlichen Untersuchung vom Arzt handschriftlich eingetragen werden müssen. Der Pass berichtet über den Patienten und seine bisherige Behandlung und bietet damit eine schnelle Orientierung während der Untersuchung. Der Pass wurde in seiner Doppelfunktion aber zugleich auch als Patientendokument konzipiert, das die für den Patienten im Behandlungsprozess relevanten Informationen, wie Nachsorgetermine, postoperative Verhaltensempfehlungen sowie Klinikinformationen und Telefonnummern wichtiger Ansprechpartner beinhaltet. Auch Raum für persönliche Notizen ist vorgesehen (Abb. 6-8). Der Patient erhält diesen Pass am Aufnahmetag in der Akutklinik.

Mit der Einführung des Patientenpasses in den Routineablauf des Behandlungsprozesses ergaben sich mehrere Herausforderungen für die Mitarbeiter. Das schriftliche Ausfüllen des Passes und die anschließende Dateneingabe in den Computer stellten für den behandelnden Arzt zwei zusätzliche Arbeitsschritte dar. Weiterhin wurde festgestellt, dass Untersuchungswerte fehlten und eine lückenlose Beschreibung des Verlaufs für bestimmte Patienten nicht möglich war (siehe Kapitel 7). Gründe hierfür könnten sein, dass Patienten den Pass vergaßen oder dass Ärzte den Pass nicht ausfüllten. Zudem wurden in den Experteninterviews Validitätsprobleme der standardisierten Messinstrumente angedeutet. So bleiben mit beiden stan-

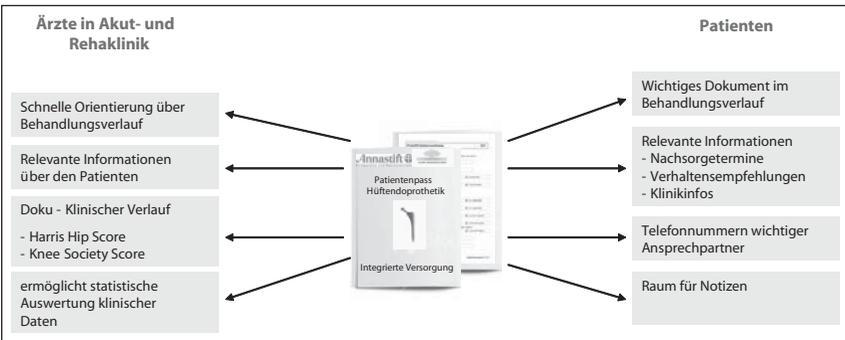


Abb. 6-8: Zielgruppen des Patientenpasses

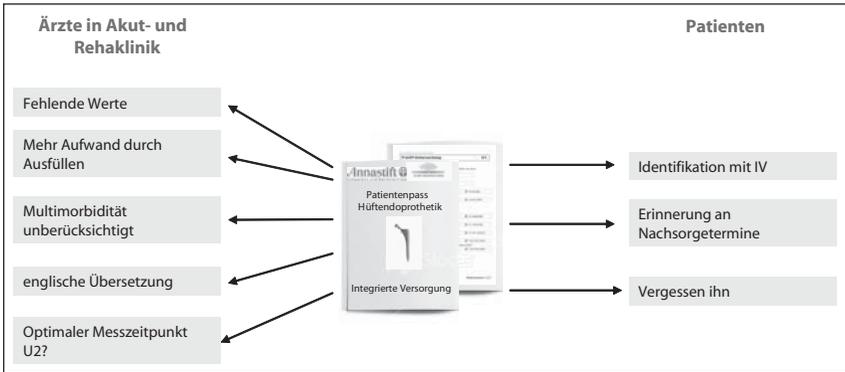


Abb. 6-9: Herausforderungen und Bedeutung des Patientenpasses für die unterschiedlichen Akteure

standardisierten Ratings Multimorbiditäten der Patienten unberücksichtigt und manche Begrifflichkeiten sind durch die Übersetzung aus dem Englischen nicht eindeutig. Zudem stellt sich die Frage, ob der Messzeitpunkt U2, also die postoperative Untersuchung, einen optimalen Messzeitpunkt darstellt, um Verbesserungen in der Funktionalität abbilden zu können.

Für die Patienten stellt der Patientenpass das Dokument dar, das sie mit dem IV-Programm identifizieren. Zentral war für die Patienten auch die Erinnerungsfunktion mit Bezug auf die Nachsorgetermine. Deutlich wurde aber auch, dass viele Patienten den Pass zu den Nachsorgeuntersuchungen vergessen (Abb. 6-9).

Es lässt sich zusammenfassend festhalten, dass der Patientenpass von unterschiedlichen Akteuren, zu unterschiedlichen Zeitpunkten und aus unterschiedlichen Gründen genutzt wird. Der Grundgedanke, mit nur einem Dokument die wichtigsten Personengruppen zu erreichen und dabei unterschiedliche Informationen zu vermitteln, ist durchaus als positiv anzusehen, birgt aber die Gefahr von Fehlerquellen. So führte ein Vergessen des Passes seitens der Patienten dazu, dass Werte während der Untersuchung nicht eingetragen werden konnten und somit eine durchgängige Abbildung des Behandlungsverlaufes nicht gewährleistet war. Möglicherweise wurden die erhobenen Werte von den Patienten nicht verstanden und die Relevanz des Passes war für sie deshalb nicht ersichtlich. Zudem fehlt im Pass eine zusammenfassende Darstellung der verschiedenen Untersuchungszeitpunkte. Auch die bisherige schriftliche Erfassung und anschließende Eingabe in den PC für die statistische Auswertung ist sehr aufwendig.

6.5 Die Integrierte Versorgung aus Mitarbeitersicht

Im Folgenden werden zum besseren Überblick zunächst noch einmal die zentralen Interviewkategorien und die in den Interviews identifizierten Themenschwerpunkte zusammengefasst (Tab. 6-2). Dabei orientierte sich die Auswahl und Darstellung der Ergebnisse an den Aspekten, die im Rahmen der Interviews primär zur Sprache gebracht wurden und die eine besondere Bedeutung für die Prozessentwicklung und -optimierung aufwiesen. Zunächst erfolgt eine detaillierte Darstellung der einzelnen Schwerpunkte in deskriptiver Form. Die Darstellung ist entsprechend der vier zentralen Kategorien strukturiert und erfolgt damit handlungsebenenübergreifend, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede der thematisierten Aspekte durch die befragten Mitarbeiter herauszustellen.

6.5.1 Entwicklungsprozess und theoretisches Leitbild

Die Umsetzung des IV-Programms zwischen Annastift und Klinik Niedersachsen basiert auf einem gemeinsam entwickelten Konzept, in welchem differenziert die Ziele und eingesetzten Instrumente in den einzelnen Behandlungsphasen definiert wurden (siehe Kapitel 3). Im ca. 2 Jahre andauernden Optimierungsprozess konnten *Hürden der Umsetzung* auf den Ebenen Mitarbeiter, Dokumentation und Patienten identifiziert werden (Tab. 6-3).

Tab. 6-2: Interviewkategorien und Themenschwerpunkte

Hauptkategorie	Themenschwerpunkte
Entwicklungsprozess und theoretisches Leitbild	Hürden der Umsetzung Anpassung an Veränderungen
Gemeinsames Handeln mit Kooperationspartner	Schnittstellenmanagement
Gemeinsames Handeln mit Patienten	Sicht der Patienten Interaktion mit Patienten
Qualitätssicherung	Beschwerdemanagement Maßnahmen und Prozesse

Tab. 6-3: Hürden der Umsetzung

	Konzeptentwicklungsebene	Behandlungsebene	Operative Ebene
Mitarbeiter	fehlende Informationen zum genauen IV-Prozessablauf		
Dokumentation	fehlende Koordination patientenbezogener Datenweiterleitung und unklare personelle Zuständigkeiten bei der Listendokumentation		
Patienten		erhöhte Erwartungen an die Behandlung im Rahmen der IV	
Extern	eingeschränkte Kooperation der Niedergelassenen		eingeschränkte Kooperation der Niedergelassenen

Mitarbeiter: Mit Einführung des IV-Programms erfolgten Informationskampagnen im Annastift, um die Mitarbeiter über dieses Programm zu informieren. Es zeigte sich, dass es für viele Ärzte eine Herausforderung darstellte, einen Überblick über die unterschiedlichen Verträge und Programme zu behalten, die in ihrer Klinik laufen. Eine Folge dessen war u. a., dass geänderte Entlassdaten der Patienten durch die Stationsärzte nicht an das IV-Büro weitergeleitet wurden. Die fehlende Kooperationsbereitschaft von ärztlichen Mitarbeitern wird beispielsweise noch immer als ein aktuelles Problem geschildert. Zudem kam es vor, dass nicht alle Mitarbeiter über den genauen IV-Prozessablauf und die spezifischen Elemente Bescheid wussten. Es kam zum „Durchrutschen“ von potenziellen IV-Patienten in der Erstkontaktphase. Insbesondere durch die zunehmende Anzahl der teilnehmenden Krankenkassen und die unterschiedlichen Erstkontaktinstanzen für Patienten (z. B. Callcenter, Chefarztsekretärin) wurden einige potenzielle IV-Patienten nicht erfasst.

Dokumentation: Die Koordination der patientenbezogenen Datenweiterleitung war nicht optimal und es gab unklare personelle Zuständigkeiten bei der Listendokumentation. Die Abstimmung der aktuellen Verlegedaten der Patienten zwischen den Stationsärzten, dem IV-Büro und der Patientenaufnahme sowie die Zuständigkeiten für die Aktualisierung und Weiterleitung der Patienten- und Visitenlisten mussten optimiert werden. Für

viele Mitarbeiter stellten das zusätzliche Ausfüllen der IV-Formulare sowie die stetige Abstimmung mit dem IV-Büro einen großen Mehraufwand dar.

Patienten: Eine Vielzahl der Patienten hatte erhöhte Erwartungen an die Behandlung im Rahmen der IV und dachten, mit der IV eine bessere Therapiemethode zu erhalten als die Regelleistungspatienten. Dies musste im persönlichen Gespräch relativiert werden. Zudem gingen einige Patienten davon aus, dass das IV-Büro sie an die Nachsorgetermine erinnern würde. Häufig wurde der Patientenpass vergessen.

Extern: Aus den Vorbehalten niedergelassener Ärzte gegenüber der IV resultierten geringere Überweisungen von Patienten.

Ein weiterer Schwerpunkt, der sich aus den Interviews generieren ließ, zeichnete sich unter dem Begriff *Anpassung an Veränderungen* ab (Tab. 6-4). In diesem Zusammenhang wurde mit Modifizierungen der Organisationsstruktur auf veränderte Kontextfaktoren, d. h. die Zunahme der IV-Patienten, Verkürzung der akutstationären Liegezeiten und Einschluss neuer Kostenträger reagiert.

Tab. 6-4: *Anpassung an Veränderungen*

	Konzeptentwicklungsebene	Behandlungsebene	Operative Ebene
Qualifikation	erweitertes Arbeitsfeld durch Verlagerung der postoperativen Phase in Rehabilitationsklinik		
Kommunikation	schneller und gezielter Austausch zwischen den Akteuren		
Administration	komplexe Gewährleistungsbedingungen		komplexe Gewährleistungsbedingungen
Mitarbeiterplanung		mehr Mitarbeiter	
Dokumentation		Modifikation des Übergabebogens	

Qualifikation: Die postoperative Phase fand aufgrund verkürzter akutstationärer Liegezeiten zunehmend in der Klinik Niedersachsen statt. Die Mitarbeiter mussten ihr Arbeitsfeld neu definieren, denn sie konnten bestimmte Maßnahmen erst später beginnen und eine hohe Sensibilität für die Patienten in dieser Phase aufweisen. Die Materialkosten stiegen z. B. durch den erhöhten Verbrauch von Verbandsmaterial.

Kommunikation: Auf Grund der verkürzten Liegezeiten traten in der Klinik Niedersachsen häufiger Komplikationen (z. B. Sekretion, Infekte) auf, über die sich mit dem Annastift schnell und gezielt ausgetauscht werden musste.

Administration: Die Kostenträger wiesen unterschiedliche Gewährleistungsbedingungen auf, die im Rahmen administrativer Arbeit konstant aktualisiert werden mussten. Durch die sich stetig erweiternde Zielgruppe (aufgrund neuer Krankenkassenpartner) mussten nachträglich Patienten in das IV-Programm aufgenommen werden. Dies bedeutete insbesondere für die Bettenplanung in der Klinik Niedersachsen sowie im Rahmen der administrativen Arbeit im Annastift einen hohen personellen und zeitlichen Aufwand, um Patienten kurzfristig aufnehmen bzw. einschreiben zu können. Die Aufnahme der Rentenversicherungsträger in das IV-Programm gestaltete die Zugangswege zur IV-Beratung im Annastift noch komplexer. So konnten nicht alle Patienten bereits im Callcenter, das die Beratungstermine vergibt, eindeutig gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien der IV-Beratung zugewiesen werden und wurden erst nachträglich dort registriert.

Mitarbeiterplanung: Bis Mai 2008 war die Stelle der institutsübergreifenden Krankengymnastik im Annastift mit einem Mitarbeiter der Klinik Niedersachsen besetzt. Der Stellenpool wurde inzwischen auf zwei Stellen erhöht. Mit Einführung des IV-Vertrages war in der Klinik Niedersachsen zunächst nur ein Arzt für die IV-Patienten verantwortlich. Mit der zunehmenden Patientenzahl sind nun weitere Ärzte für die IV-Patienten zuständig. Zusätzlich wird die Mitarbeiterin des IV-Büros nun bei den IV-Beratungen durch eine weitere Kollegin unterstützt.

Dokumentation: Der Übergabebogen wurde in der Klinik Niedersachsen in der Regel noch vor Aufnahme des Patienten per Fax übermittelt und sollte den Therapeuten bereits im Vorfeld erste Informationen zum Patienten liefern. Die Organisation erwies sich allerdings nicht als optimal, da zum einen die Weiterleitung im Vorfeld zu aufwendig war und der zuständige Therapeut häufig noch nicht feststand. Es schien ausreichend, mit Behand-

lungsbeginn die relevanten Parameter zur Verfügung zu haben. Bei Behandlungsbeginn wird der Bogen nun vom zuständigen Krankengymnasten bzw. Physiotherapeuten in der Patientenmappe eingesehen und für die Ersteinschätzung genutzt.

6.5.2 *Gemeinsames Handeln mit Kooperationspartnern*

Die Zusammenarbeit der Institutionen stellte hohe Anforderungen an die interne wie auch die institutionsübergreifende Zusammenarbeit. Als zentrale Elemente des gemeinsamen Handelns konnten unterschiedliche *Instrumente des Schnittstellenmanagements* (Tab. 6-5) identifiziert werden, die

Tab. 6-5: *Instrumente des Schnittstellenmanagements*

	Konzeptentwicklungsebene	Behandlungsebene	Operative Ebene
Kooperation	IV-Büro Annastift, Patientenaufnahme Klinik Niedersachsen		
	gemeinsame Visiten, Infoveranstaltung		
		Mobilisation Diagnostik	
Kommunikation	kurze Dienstwege und feste Ansprechpartner		
	Patientenpass IV-Handy Review Meeting		
		IV-Patientenliste Mappenfarbe	
	Pflegebericht	Übergabebogen Physiotherapie	
Koordination	Dokumente Informationen		
			Infoveranstaltung

die gemeinsame Zielerreichung durch Kooperation, Kommunikation und Koordination ermöglichten und unterstützten.

Gemeinsame Zielerreichung durch Kooperation

- **IV-Büro Annastift:** Die Mitarbeiterin ist eine feste Ansprechpartnerin für Patienten und Mitarbeiter beider Institutionen. Hier findet die zentrale Koordinierungsarbeit statt. Es wurde angemerkt, dass hier eine sehr schnelle Hilfsmittelversorgung gewährleistet wurde. Die Verteilung und Koordination der Listen, die vor bzw. während der Behandlung eines IV-Patienten zu erstellen waren, regelte die Mitarbeiterin des IV-Büros.
- **Patientenaufnahme der Klinik Niedersachsen:** Ist die zentrale Anlaufstelle für patientenbezogene Dokumente beider Institutionen, z. B. werden im Rahmen der Erstberatung die vom IV-Büro zusammengestellten Dokumente direkt an die Patientenaufnahme gefaxt.
- **Gemeinsame Visiten:** Ein Team von zwei Ärzten, wobei einer aus der Klinik Niedersachsen für die Visiten anreist, betreut einmal wöchentlich postoperativ die IV-Patienten.
- **Infoveranstaltung Annastift:** Das Leitungsteam der beiden Vortragsteile (Vortrag und Information) besteht aus jeweils einem Klinikvertreter. Die Inhalte der Veranstaltung wurden gemeinsam entwickelt und ggf. modifiziert.
- **Mobilisation:** Krankengymnasten der Klinik Niedersachsen sind im Annastift tätig, um die Patienten frühzeitig postoperativ zu mobilisieren.
- **Blutlaborwerte:** Vor Entlassung aus dem Annastift werden die Blutwerte der Patienten ermittelt und in die Klinik Niedersachsen weitergeleitet. In der Regel müssen keine Blutwerte doppelt bestimmt werden.

Gemeinsame Zielerreichung durch Kommunikation

- **Kurze Dienstwege/feste Ansprechpartner:** Als zentrale Merkmale der Kommunikation zwischen beiden Kliniken erwiesen sich die kurzen Dienstwege sowie feste Ansprechpartner, um schnell und gezielt wichtige Informationen in Bezug auf die Behandlung eines Patienten auszutauschen. Diese wurden als besonders positives Kommunikationselement bezeichnet. So war insbesondere bei Problemen eine schnelle Rückkopplung möglich.
- **Patientenpass:** Dieser beinhaltet relevante Fakten, um die Patienten zu beurteilen, stellt aber durch die regelmäßig auszufüllenden Untersuchungsergebnisse einen Mehraufwand für die Ärzte dar. Der Pass wurde als eine mögliche Informationsquelle benannt, die Aufschluss über anschließende Behandlungsziele gibt und damit relevant für die aktuelle therapeutische Arbeit mit den Patienten sein kann. Im Rahmen der kran-

kengymnastischen Behandlung in der Klinik Niedersachsen wird der Patientenpass bisher aber nicht genutzt.

- **IV-Handy:** Der Arzt der Klinik Niedersachsen sendet bei Bedarf abfotografierte Röntgenbilder von IV-Patienten an den verantwortlichen Arzt im Annastift, um sich möglichst schnell über den Befund auszutauschen und über das weitere Vorgehen zu beraten.
- **Review Meeting:** In halbjährlichen Abständen finden diese Treffen mit Vertretern beider Kliniken statt, um einen steten Informationsaustausch zu gewährleisten. Zu diesem Treffen wurden nicht alle zentralen Akteure der Behandlungsebene hinzugezogen.
- **IV-Patientenliste:** Die IV-Patientenliste wird einmal wöchentlich mit den aktuellen Anmeldungen zur OP an die Klinik Niedersachsen übermittelt. Der verantwortliche Arzt in der Rehabilitationsklinik erhält so wichtige Informationen über die IV-Patienten bereits im Vorfeld. Diese Informationen wurden als wichtige Grundlage für die gemeinsame postoperative Visite im Annastift benannt.
- **Patientenaktenfarbe:** Für jeden Mitarbeiter ist anhand der Patientenakte ersichtlich, ob der Patient im IV-Programm ist. Im Annastift haben IV-Patienten eine rote und in der Klinik Niedersachsen eine gelbe Mappe.
- **Übergabebogen Physiotherapie:** Dieser stellt ein wichtiges Dokument für die Übermittlung zentraler patientenspezifischer Parameter für die weitere Behandlung dar und enthält ggf. Vermerke über Besonderheiten des Patienten (z. B. Komorbiditäten). Gleichzeitig bedeutet das Ausfüllen für Krankengymnasten bzw. Physiotherapeuten mehr Arbeit.
- **Pflegebericht:** Die Pflegekräfte der Klinik Niedersachsen erhalten diese Dokumente, bevor der Erstkontakt mit dem Patienten stattfindet. Anhand des Pflegeberichts können sich die Mitarbeiter bereits im Vorfeld über den Patienten informieren.

Gemeinsame Zielerreichung durch Koordination

- **Dokumente/Informationen:** Alle patientenbezogenen Daten und internen Informationen werden in beiden Institutionen strukturiert vom IV-Büro und der Patientenaufnahme an die betreffenden Stellen weitergeleitet.
- **Infoveranstaltung:** Die Mitarbeiterin des IV-Büros koordiniert die Anzahl der benötigten Mitarbeiter (Krankengymnasten bzw. Physiotherapeuten) für die Infoveranstaltung.

6.5.3 *Gemeinsames Handeln mit Patienten*

Im Rahmen der Experteninterviews sollte mit Hilfe dieser Kategorie die Sicht der Patienten auf ihre Behandlung im Rahmen der IV aus der Perspektive der Experten ermittelt werden. Anhand der Aussagen ließen sich unterschiedliche Kategorien differenzieren (Tab. 6-6).

Tab. 6-6: *Sicht der Patienten*

	Konzeptentwicklungsebene	Behandlungsebene	Operative Ebene
Sicherheit	feste Ansprechpartner		
	Behandlungsablauf durchgehend geplant und bekannt, Nachsorge im Vorfeld organisiert		
		Übungen und Gangschulung im Vorfeld erlernt	
Partizipation	umfassende Information und aktive Einbindung		
		Einbindung der Angehörigen	
	individuelle Unterschiede bei Partizipationsmöglichkeit	Patientenpass zur Begleitung	
Abgrenzung	Behandlung im IV-Programm wird als besonders wahrgenommen		Behandlung im IV-Programm wird als besonders wahrgenommen
Erwartungen		erhöhte Erwartungen an die Behandlung im Rahmen der IV	
	realistischere Erwartungshaltung an Heilungsprozess		

Sicherheit: Den Patienten wird ein in sich geschlossenes und gut organisiertes Programm geboten. Aus Expertensicht fühlen sich die Patienten während der stationären Phase sowie der Nachsorge gut betreut. Der gesamte Behandlungsprozess ist im Voraus geplant, die Rehabilitationsklinik und das voraussichtliche Verlegedatum sind bekannt, der direkte Transfer gesichert. Die Patienten können sich während ihres gesamten Behandlungsprozesses an die Mitarbeiterinnen des IV-Büros wenden (Telefonsprechstunde) und haben feste Ansprechpartnerinnen, die ihnen bereits aus der Eingangsberatung bekannt waren. Die Nachsorge ist bereits im Vorfeld organisiert und vermittelt den Patienten Sicherheit. Weitere Gesichtspunkte sind die Übungen und das Gehen mit den Unterarmgehstützen, an die die Patienten bereits persönlich in der Gangschulung vor ihrer OP herangeführt werden. Die feststehenden Termine für die Nachsorgeuntersuchungen vermitteln den Betroffenen die Gewissheit, auch in der Nachsorge begleitet zu werden. In der postoperativen Mobilisation sowie in der anschließenden Rehabilitation fühlen sich die Patienten in der Ausführung der Übungen sicherer, da sie diese bereits kennen ggf. sogar bereits ausgeführt haben.

Partizipation: Die Patienten werden umfassend über ihren Behandlungsverlauf informiert und haben sich bewusst für die IV entschieden. Sie sind zur aktiven Partizipation am Heilungsprozess, z. B. durch die Gangschulung, motiviert worden. Sie fühlen sich stärker eingebunden und nehmen die strukturierte Planung ihrer Behandlung bewusst wahr. Zudem werden die Angehörigen im Beratungskontext sowie in der Informationsveranstaltung einbezogen. Anhand der Eintragungen im Patientenpass kann der Patient seinen dokumentierten Heilungsverlauf mitverfolgen. Während der Informationsveranstaltung werden die Patienten motiviert, geeignete Übungen nach Möglichkeit bereits vor ihrer Operation durchzuführen. Es wurde in diesem Zusammenhang aber ebenso auf Patienten hingewiesen, welche die spezifischen Merkmale ihrer Behandlung, z. B. auf Grund altersspezifischer kognitiver Einschränkungen, nicht erfassen können bzw. sich nicht an alles erinnern, was ihnen vermittelt wurde.

Abgrenzung: Die Patienten nehmen ihre Behandlung – in Abgrenzung zu anderen Regelleistungspatienten und möglicherweise zu eigenen gemachten Erfahrungen mit dem Versorgungssystem – als etwas Besonderes wahr. Gründe hierfür werden in den speziellen IV-Instrumenten (früher OP-Termin, Patientenpass, gemeinsame Visiten) gesehen.

Erwartungen: Den Patienten werden detaillierte Informationen über ihre Erkrankung vermittelt. Patienten erwarten eine nahtlose Betreuung, die im Rahmen der IV gewährleistet wird. Die umfassenden und frühzeitig vermittelten Informationen über ihre Erkrankung helfen den Patienten, realistischer mit ihren Behandlungsfortschritten umzugehen. Vereinzelt denken Patienten aber, mit der IV eine bessere Therapiemethode als die Regelleistungspatienten zu erhalten. Es kommt auch vor, dass sie davon ausgehen, dass mit der Gewährleistung abgesichert wird, dass ihr neues Gelenk länger hält. Eine Vielzahl der Patienten geht davon aus, dass die Mitarbeiter des IV-Büros sie an die Nachsorgetermine erinnern werden.

Ein weiterer aus den Interviews generierter Themenschwerpunkt wurde als *Interaktion mit Patienten* (Tab. 6-7) zusammengefasst. Die IV beeinflusste die Interaktion offenbar v. a. hinsichtlich der Kommunikationsinhalte und der Beziehung der Interaktionspartner.

Inhalt: Das Wissen der Patienten über ihren Behandlungsverlauf sowie über ihre Erkrankung hat den Vorteil, im Arztgespräch diese grundlegenden Themen nicht mehr erst klären zu müssen, da der Patient bereits über dieses Vorwissen verfügt. Aber auch die Ärzte haben ein detailliertes Wissen über den Behandlungsweg. Die Akteure beider Kliniken wissen über den jeweiligen Ablauf Bescheid. Sie kennen die Kollegen der anderen Klinik, die ihnen als Ansprechpartner dienen und ihnen ist z. B. im Fall der Rehabilitationsklinik bekannt, welche Maßnahmen (Frühmobilisation etc.) in der Akutklinik bereits erfolgt waren. Die Mitarbeiter verfügen über mehr Vorinformationen über den Patienten und seinen bisherigen Behandlungsverlauf. Patienten sind häufig positiv überrascht, dass sie nicht ihren kompletten Behandlungsweg beschreiben müssen und schon so viel über sie be-

Tab. 6-7: *Interaktion mit Patienten*

	Konzeptentwicklungsebene	Behandlungsebene	Operative Ebene
Inhalt	mehr Vorwissen – Experten mehr Vorwissen – Patienten		
Beziehung	persönlichere Ansprache		
		Behandler als Bekannte	

kannt ist. Ebenso verfügen die Patienten über mehr erkrankungsspezifisches Wissen.

Beziehung: Dem Patienten gegenüber kann eine persönliche Form der Ansprache erfolgen, d. h. direkt auf Personen, Strukturen und Abläufe Bezug genommen werden, da diese den Klinikmitarbeitern aus der jeweils anderen Institution bekannt sind. Die Beziehung ist dadurch persönlicher. Die enge Zusammenarbeit beider Institutionen führt dazu, dass die Patienten die ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik als bekannte Personen ansehen, die sie bereits im Annastift kennen gelernt hatten. Die Mitarbeiter der Klinik Niedersachsen repräsentieren damit ihre Institution bereits im Annastift und können bereits im Vorfeld mögliche Fragen zur Rehabilitationsklinik beantworten.

6.5.4 Qualitätssicherung

Im Kontext der Maßnahmen und Prozesse des Qualitätsmanagements der jeweiligen Klinik wurden v. a. die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung und das Besprechungssystem als besonders relevant für den IV-Prozess herausgestellt (Tab. 6-8).

Tab. 6-8: Qualitätssicherung

	Konzeptentwicklungsebene	Behandlungsebene	Operative Ebene
Patientenorientierung	IV-Büro Informationsveranstaltung		
	Erfassungsbögen		Beratung Telefonsprechstunde
Mitarbeiterorientierung	interne Informationskampagne Erfassungsbögen	Qualifikation	
Besprechungssystem	Review Meeting feste Ansprechpartner kurze Dienstwege		

Patientenorientierung

- **IV-Büro:** Insbesondere das IV-Büro dient den Patienten als erste Anlaufstelle nach der Rehabilitation, um ihren Behandlungsverlauf zu schildern und dabei kritische Punkte anzumerken. Bei gehäuften Beschwerden werden diese an die betreffende Stelle zurückgemeldet. Die Patienten können sich bei Fragen und Beschwerden an die Mitarbeiterinnen des IV-Büros wenden, die diese entsprechend weiterleiten.
- **Beratung:** Patienten erhalten insbesondere im IV-Büro in der Erstberatung Informationen über das IV-Programm in mündlicher und schriftlicher Form.
- **Telefonprechstunde:** Mittels der Telefonprechstunde können die Patienten unabhängig von Terminen zusätzlich Fragen stellen.
- **Informationsveranstaltung:** Im Zentrum dieser Veranstaltung stehen die Patienten. Ziel ist die umfassende Informationsvermittlung sowie die Motivation der Patienten und ihren Heilungsprozess, z. B. durch Übungen, aktiv zu fördern.
- **Erfassungsbögen:** Eine Woche vor Entlassung werden den Patienten der Klinik Niedersachsen strukturierte klinikinterne Erfassungsbögen zum Ausfüllen ausgehändigt, mit denen sie zu ihrem Aufenthalt in der Klinik befragt werden. Über ein klinikinternes Beschwerdemanagement in beiden Kliniken werden zudem Beschwerden und Wünsche von Seiten der Patienten systematisch bearbeitet.

Mitarbeiterorientierung:

- **Bekanntmachung:** Mit Einführung des IV-Programms wurden die Mitarbeiter gezielt über das IV-Programm informiert.
- **Erfassungsbögen:** Die klinikinternen Erfassungsbögen stehen den Mitarbeitern zur Verfügung, um Anregungen und Kritik äußern zu können.
- **Qualifikation:** In der Klinik Niedersachsen wird in Mitarbeiterbesprechungen das Thema IV regelmäßig eingebunden und auch in Einstellungsgesprächen thematisiert. Die Krankengymnasten aus der Klinik Niedersachsen, die im Annastift an der IV- Schnittstelle arbeiten, werden gezielt auf die Arbeit mit den IV-Patienten vorbereitet.

Besprechungssystem

- **Review Meeting:** Diese Treffen finden in halbjährlichen Abständen mit Vertretern beider Kliniken statt, um einen steten Informationsaustausch zu gewährleisten. Anfänglich wurden nicht alle Mitarbeiter, die im IV-Prozess eine besondere Rolle spielen, hierzu eingeladen.
- **Feste Ansprechpartner:** Die Mitarbeiterinnen des IV-Büros sind primäre Ansprechpartnerinnen für die Kollegen des Annastifts sowie der Klinik

Niedersachsen für Rückmeldungen hinsichtlich des IV-Prozesses und Koordinierungsaspekten. Diese Mitarbeiterinnen haben wiederum zwei feste Ansprechpartner für IV-spezifische Fragen (z. B. vertragsrechtliche Aspekte). Das Wissen um die Zuständigkeiten innerhalb des gemeinsamen Netzwerkes ermöglicht den Mitarbeitern eine gezielte Ansprache bei Problemen und Fragen.

- **Kurze Dienstwege:** Bei Rückfragen ist eine schnelle Rückkopplung per Mail oder Anruf möglich. Bei Beschwerden seitens der Patienten wird in der Regel der kurze Dienstweg genutzt.

6.5.5 Zusammenfassung

Die Einführung der IV hing im hohen Maße vom Engagement der Mitarbeiter ab. Die Bedeutung der IV aus Mitarbeitersicht war daher besonders relevant und wurde im Rahmen dieser Studie aus den Experteninterviews rekonstruiert. Aus den Interviews konnten vier Effekte der Programmimplementierung identifiziert werden, die aus Mitarbeitersicht aus der Programmeinführung resultierten:

- Imagegewinn
- Wissenszuwachs
- vertiefte Beziehungsintensität
- Arbeitszuwachs/-entlastung

Die IV wurde von allen Mitarbeitern als innovatives Konzept betrachtet, das im Interesse der Patienten und Institutionen entwickelt und umgesetzt wurde. Das Versorgungskonzept galt als Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Kliniken. Hervorgehoben wurde auch die frühzeitige Präsenz der Rehabilitationsklinik im Krankenhaus, die noch vor der Entlassung einen ersten Eindruck der zukünftigen Rehabilitationsklinik vermittelte. Kritisch wurde angemerkt, dass niedergelassene Ärzte der IV noch immer mit verhaltener Resonanz begegnen. In Bezug auf den Wissenszuwachs konnten – primär von den Mitarbeitern der Behandlungsebene – zwei Schwerpunkte herausgestellt werden. Einerseits wurde angemerkt, dass eine Vielzahl von IV-Patienten mehr über ihren Behandlungsverlauf sowie über ihre Erkrankung wussten und im Erstgespräch durch die Behandler diese grundlegenden Themen nicht mehr primär geklärt werden mussten. Andererseits verfügten die Behandler über detaillierte Informationen hinsichtlich des Behandlungsweges in der jeweils anderen Klinik und kannten die relevanten Ansprechpartner. Zudem gelangten die ersten patientenbezogenen Daten bereits mit der OP-Anmeldung in die Rehabilitationsklinik und wurden im

weiteren Verlauf durch detaillierte Befunde ergänzt. Patienten waren häufig positiv überrascht, dass sie nicht ihren kompletten Behandlungsweg beschreiben mussten und schon so viel über sie bekannt war. Nicht zuletzt sahen die Mitarbeiter dadurch die Beziehungsebene deutlich verbessert. Ärzte und Therapeuten konnten direkt auf Personen, Strukturen und Abläufe Bezug nehmen, die ihnen aus der jeweils anderen Institution bekannt waren. Die Beziehung konnte dadurch persönlicher gestaltet werden und so zur Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit beitragen. Die Patienten wiederum kannten die ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik bereits aus dem Akutkrankenhaus.

Eine ebenfalls konsistente Wahrnehmung der interviewten Mitarbeiter war einerseits der Arbeitszuwachs durch die erforderlichen klinikinternen Abstimmungen (z. B. Koordinierung und Weiterleitung der Entlasstermine) und die für die IV-Patienten auszufüllenden Dokumente (z. B. Patientenpass, Physiotherapiebogen). Dies wurde insbesondere von den Mitarbeitern der Behandlungsebene und der operativen Ebene angemerkt. Andererseits wurde die Bedeutung dieser Arbeitsaufgaben für einen reibungslosen IV-Prozess bestätigt und im Sinne einer verbesserten Patientenorientierung angesehen. In diesem Zusammenhang wurde von den Mitarbeitern auf der Konzeptentwicklungsebene herausgestellt, dass Arbeitsschritte, wie die Ermittlung der Kostenträger oder die schriftliche Beantragung der Anschlussrehabilitation, entfallen.

Insgesamt konnte festgestellt werden, dass die Gewichtung der benannten Aspekte durch die Mitarbeiter auf den unterschiedlichen Handlungsebenen variierte. So wurden von den Mitarbeitern der Konzeptentwicklungsebene vermehrt theoretische Gesichtspunkte, wie z. B. der Imagegewinn für die Einrichtungen sowie die Ziele des Programms (Wirtschaftlichkeit, Transparenz, sektorenübergreifende Zusammenarbeit) vertiefend dargestellt sowie der optimierte Behandlungsprozess (z. B. verkürztes Antragsverfahren, direkter Transfer) erläutert. Die Vereinfachung der Prozessabläufe ging ihrer Meinung nach auch mit Arbeitsentlastungen einher. Diese Verknüpfung stellten die Mitarbeiter der anderen Handlungsebenen nicht her. Sie verwiesen zwar auf Vorteile einer engen Zusammenarbeit (z. B. kurze Dienstwege, mehr Vorinformationen über die Patienten), beschrieben den damit verbundenen Dokumentations- und Verwaltungsaufwand aber eher unter dem Gesichtspunkt der Mehrarbeit. Die Mitarbeiter der Behandlungsebene, die im stetigen Kontakt mit den Patienten standen, erlebten darüber hinaus insbesondere die verstärkte Beziehungsintensität als eine Bereicherung ihres Arbeitsalltags.

Anhand dieser Erkenntnisse wird ersichtlich, dass eine enge Verknüpfung der unterschiedlichen Perspektiven mit den Arbeitsbereichen der Mitarbei-

ter besteht. Vor dem Hintergrund der internen und institutionsübergreifenden Zusammenarbeit kann es für die Gewährleistung reibungsloser Arbeitsabläufe wichtig sein, die Perspektiven, Wahrnehmungen, Herausforderungen und besonderen Leistungen der jeweils anderen Akteure im System zu kennen, um Ressourcen zu erschließen, aber auch mögliche Fehlerquellen und Fehlinterpretationen im Vorfeld zu identifizieren. Beispielsweise wurde von vielen Mitarbeitern zwar die Erfüllung neuer Arbeitsaufgaben im Rahmen des IV-Programms wahrgenommen, aber der verringerte Arbeitsaufwand, z. B. durch ein verkürztes Antragsverfahren und die zentrale Koordinierung der Behandlung, nicht angeführt. In diesem Zusammenhang können ein übergreifender Austausch sowie verstärkte und regelmäßige externe sowie interne Informationskampagnen über das IV-Programm Wissen verstetigen, die Vertiefung und Auseinandersetzung fördern sowie für die Mitarbeiter die Bindung mit diesem Programm positiv verstärken.

6.6 Bewertung der Prozesselemente

Ziel der vorliegenden Prozessevaluation war die Bewertung des IV-Prozesses, durch den die Zusammenarbeit zwischen dem Annastift und der Klinik Niedersachsen bestimmt ist. Im Zentrum dieser Analyse standen die Prozesselemente Vernetzung, Kommunikation und Patientenzentrierung, die im Kooperationsvertrag von beiden Partnern als zentrale Aspekte des Versorgungsmodells definiert und in Form von IV-Instrumenten operationalisiert wurden.

6.6.1 Verzahnung der Prozessabläufe

Gegenstand

Die Kooperation und Verzahnung der Prozessabläufe beider Kliniken wird durch die enge persönliche Zusammenarbeit aller Mitarbeiter sowie durch die einzelnen IV-Instrumente, wie die gemeinsame Durchführung der Informationsveranstaltung und Visiten, die frühe Mobilisation durch Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik und den direkten Transfer, gewährleistet.

Highlights

Die im Rahmen der Implementierung definierten IV-Instrumente lösen in hohem Maße die Schnittstellenproblematiken des Überleitungsmanagements, die sich im normalen Praxisalltag ergeben. Im Zentrum steht der Pa-

tient, über den bereits im Vorfeld durch die gezielte Zusammenarbeit in Form der gemeinsamen postoperativen Visite sowie der Mobilisation durch Fachkräfte aus der Klinik Niedersachsen und die frühzeitig geteilte Dokumentation (Patientenlisten, Visitenlisten) umfassende Informationen bekannt sind und dessen fortlaufende Behandlung in der Rehabilitationsklinik optimal gewährleistet werden kann. Dieser Prozess beginnt bereits mit der Anmeldung des Patienten im Rahmen der Beratung durch die Mitarbeiterin des IV-Büros. Schon zu diesem Zeitpunkt wird die Klinik Niedersachsen über den voraussichtlichen Aufnahmetermin informiert. Das IV-Büro im Annastift sowie die Patientenaufnahme in der Klinik Niedersachsen stellen für die Mitarbeiter aller Handlungsebenen das zentrale Kooperationsinstrument dar.

Erfolgte Veränderungen seit Studienbeginn

Um einer möglichst großen Anzahl von IV-Patienten die Teilnahme an der Informationsveranstaltung zu ermöglichen, wird diese jetzt zweimal statt nur einmal im Monat durchgeführt. Mit Zunahme der IV-Patienten wurde auch das Fachpersonal der Krankengymnasten der Klinik Niedersachsen im Annastift von einem auf zwei Mitarbeiter erhöht.

Optimierungspotenzial und Empfehlungen

Die Einführung des IV-Programms war für die Mitarbeiter aller Handlungsebenen eine Herausforderung. Es wurde deutlich, dass nach Einführung der IV zunächst nicht alle Mitarbeiter mit den spezifischen Anforderungen der für sie relevanten Arbeitsabläufe vertraut waren. Dies beinhaltete auch die Koordination der jeweiligen Dokumente sowie die Bearbeitung und Aktualisierung der Listen und wurde als Herausforderung klinikintern, aber auch institutionsübergreifend festgestellt. Die Vielzahl der einheitlich benannten Umsetzungshürden verdeutlicht, dass Mitarbeiter aller Handlungsebenen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, von Fehlern im Prozessablauf betroffen waren.

IV-spezifische Arbeitsabläufe waren in der Regel nur den Mitarbeitern bekannt, die primär mit diesen Aufgaben betraut waren. Krankheits- oder urlaubsbedingte Abwesenheit führten deshalb häufig zu Fehlern in den Arbeitsabläufen. Im Kontext der Mitarbeiterorientierung bedarf es einer detaillierten IV-Informationskampagne für neue Mitarbeiter sowie kontinuierlicher Informationsaktualisierungen (neue Krankenkassen, Zuständigkeiten etc.) für alle Mitarbeiter, z. B. in Form von Rundmails oder klinikinterner Newsletter. Eine schriftliche Dokumentation der IV-spezifischen Arbeitsabläufe für die betreffenden Mitarbeitergruppen kann dazu beitragen, dass jeder Mitarbeiter:

- über die Grundlagen der spezifischen IV-Leistungen aufgeklärt ist,
- die internen und ggf. externen Ansprechpartner für IV-spezifische Fragen kennt,
- darüber informiert ist, ob er ein IV-Dokument für den jeweiligen Patienten zu erstellen hat und an wen und auf welchem Weg dieses zu übermitteln ist,
- weiß, dass bei Veränderungen im geplanten Aufenthalt die zentralen IV-Koordinierungsstellen (IV-Zentrale bzw. die Patientenaufnahme) informiert werden müssen.

In diesem Zusammenhang dürfte ein Multiplikatorenkonzept optimal sein, d. h. mindestens ein Mitarbeiter jeder betreffenden Berufsgruppe wird im Rahmen von klinikinternen Schulungen über die IV, ihre Hintergründe und praktischen Implikationen umfassend informiert und gibt dieses Wissen an Kollegen seiner Berufsgruppe weiter.

6.6.2 *Intensivierung der Kommunikation*

Gegenstand

Eine interdisziplinäre und klinikübergreifende Zusammenarbeit erfordert klare Kommunikationsstrukturen, die einen regelmäßigen, umfassenden, gezielten und anlassbezogenen Informationsaustausch ermöglichen und gewährleisten. Die Mitarbeiter des Annastifts und der Klinik Niedersachsen haben deshalb spezifische Kommunikationsinstrumente geschaffen. Diese umfassen die zentrale Dokumentation, den elektronischen Datenaustausch, die direkte Kommunikation und die regelmäßige Durchführung von Qualitätszirkeln.

Highlights

Das IV-Büro im Annastift sowie die Patientenaufnahme in der Klinik Niedersachsen stellen für die Mitarbeiter aller Handlungsebenen das zentrale Kooperationsinstrument für kommunikative und administrative Aspekte dar. Die Mitarbeiterin des IV-Büros ist primäre Ansprechpartnerin für die Kollegen des Annastifts sowie der Klinik Niedersachsen für Rückmeldungen hinsichtlich des IV-Prozesses. Zudem wurden in beiden Kliniken feste Ansprechpartner für IV-spezifische Fragen benannt (z. B. vertragsrechtliche Aspekte). Das Wissen um die Zuständigkeiten innerhalb des gemeinsamen Netzwerkes ermöglicht den Mitarbeitern eine gezielte Ansprache bei Problemen und Fragen über kurze Dienstwege. Bei Rückfragen ist eine schnelle Rückkopplung per Mail oder Anruf möglich und bei Beschwerden

seitens der Patienten wird in der Regel ebenfalls der kurze Dienstweg genutzt, um zeitnah handeln zu können.

Erfolgte Umsetzungen seit Studienbeginn

Es bestand anfangs das Problem, dass die Patientenliste sowie das Visitenprotokoll von unterschiedlichen Adressaten bearbeitet wurden. Dies erschwerte eine einheitliche Zusammenführung der Daten. Von den entsprechenden Stellen wurde daraufhin ein verantwortlicher Mitarbeiter benannt, der die Dokumente bearbeitet und diese dann entsprechend weiterleitet. Den Empfehlungen der Prozessevaluation folgend, werden diese Mitarbeiter mittlerweile zu den regelmäßig stattfindenden Review Meetings hinzugezogen.

Optimierungspotenzial und Empfehlungen

Die Rahmenbedingungen für reibungslose klinikübergreifende und interne Kommunikationsprozesse sind in beiden Kliniken gewährleistet und umfassend instrumentalisiert. Allerdings bestehen vereinzelt klinikinterne Schnittstellenprobleme (z. B. Weiterleitung von patientenbezogenen Daten), die individuell und anlassbezogen gelöst werden müssen. Das Review Meeting dient dem allgemeinen Austausch beider Institutionen. Angemerkt wurde, dass nicht alle beteiligten Mitarbeiter hierzu eingeladen wurden. Angesichts der komplexen Aufgabenverteilung auf unterschiedlichen Handlungsebenen war eine solche breitere Beteiligung jedoch empfehlenswert und wurde bereits zeitnah realisiert.

Ein spezielles Problem, das insbesondere die Mitarbeiter der Konzeptentwicklungsebene und der operativen Ebenen erwähnten, war die verhaltene Resonanz der niedergelassenen Ärzte auf das IV-Programm. Möglicherweise können neben Informationsveranstaltungen für diese Ärztegruppe auch zielgruppenspezifische Veröffentlichungen in Zeitschriften dazu beitragen, möglichen Vorbehalten gegenüber IV-Modellen entgegenzuwirken.

Ein weiterer Aspekt der Kommunikation ist das Dokumentenmanagement, welches sich in diesem Kontext als sehr komplex gestaltet. Wie in Abschnitt 6.4.2 erläutert, sind insbesondere bei der Listenverteilung und -aktualisierung anfangs Probleme aufgetreten, die inzwischen zwar gelöst wurden. Im Anmeldeprozess treten allerdings noch immer technisch bedingte Probleme auf. Der elektronische Datenaustausch der Kliniken, beispielsweise in Form eines gemeinsamen Servers oder einer Digitalisierung von Daten (Einlesen des Patientenpasses), steht noch am Anfang der Entwicklung. Im Rahmen solcher Überlegungen muss eine genaue Analyse der Einsatzbereiche erfolgen, in denen Schnittstellenprobleme bestehen und für die der Einsatz neuer Technologien bzw. Softwaresysteme die Effektivität und Effi-

zienz der Behandlungsprozesse steigern kann. Dies muss unter datenschutzrechtlichen Bestimmungen und unter Berücksichtigung bereits bestehender klinikinterner Softwaresysteme erfolgen.

6.6.3 *Patientenzentrierte Behandlungs- und Informationsstruktur*

Gegenstand

Ein umfassendes Informationsmanagement, individuelle Beratungsangebote sowie persönliche Ansprechpartner sind Bestandteile der patientenzentrierten Behandlungs- und Informationsstruktur. Die enge Mitarbeiterzusammenarbeit im gesamten Behandlungsprozess hinsichtlich der Kommunikation und des Datenmanagements ist eine zentrale Bedingung für einen gelingenden Versorgungsprozess.

Highlights

Das Informationsangebot für Patienten und ihre Angehörigen ist sehr vielseitig und wird über individuelle Beratungstermine, die Informationsveranstaltung und schriftliche Materialien realisiert. Der frühe Kontakt der Patienten mit den Mitarbeitern der Rehabilitationsklinik in den Informationsveranstaltungen, der Visite und der Mobilisationsphase schafft bereits im Krankenhaus eine persönliche Atmosphäre und Vertrauensbasis und gibt damit dem Patienten die Gewissheit, tatsächlich eine Leistung aus einer Hand zu erhalten.

Die frühzeitig übermittelten Informationen (Anmeldung, Befunde etc.) sind Grundlage einer patientenzentrierten Behandlungsstruktur und, wie bereits ausführlich dargestellt, weitgehend optimal umgesetzt. Dem Patientenpass kommt in diesem Zusammenhang eine doppelte Bedeutung zu. Zum einen ist er ein zentrales Dokument für die Behandler, um gezielt den Behandlungsverlauf dokumentieren und kontrollieren zu können. Zum anderen weist er für die Patienten Identifikationscharakter mit dem IV-Programm auf, enthält wichtige Informationen zu den einzelnen Nachuntersuchungszeitpunkten, Verhaltenshinweise im Anschluss an die Gelenkersatzoperation, bietet Raum für Patientennotizen, Informationen zu beiden Kliniken und enthält die Telefonnummern wichtiger Ansprechpartner.

Erfolgte Umsetzungen seit Studienbeginn

Die Mitarbeiterin des IV-Büros ist in der Regel nur noch für die IV-Patienten zuständig und nicht zusätzlich noch für die ambulante Terminvergabe. Die anfangs erhöhten Erwartungen der Patienten (bessere Behandlung durch IV oder Erinnerung an Nachsorgetermine durch das IV-Büro) konn-

ten durch gezielte Gespräche in der IV-Beratung bzw. mit den Behandlern relativiert werden.

Optimierungspotenzial und Empfehlungen

Hinsichtlich der Beratungssituation wurden bereits in Abschnitt 6.3.1 Aspekte angedeutet, die Entwicklungspotenziale aufweisen, insbesondere die Vermeidung von Unterbrechungen und eine mögliche Zusammenführung der unterschiedlichen Informationsmaterialien.

Als eine besondere Herausforderung für Beraterin und Patienten erschien die Vielzahl an Unterbrechungen, die durch die vielfältigen Arbeitsbereiche der Mitarbeiterin im IV-Büro bedingt waren. Hinsichtlich der telefonischen Unterbrechungen ist es empfehlenswert, das Telefon zu einer Kollegin umzustellen oder einen Anrufbeantworter zwischenschalten, auf dem die Patienten ihre Nachrichten und Fragen zunächst hinterlassen können. Eine weitere Möglichkeit wäre, die IV-Hotline zeitlich einzuschränken und dies auf den entsprechenden Dokumenten (z. B. Patientenpass) zu vermerken.

Die Vielzahl der Dokumente, die die Patienten neben den umfassenden mündlichen Informationen erhalten, stellt aufgrund der damit einhergehenden Unübersichtlichkeit einen weiteren Entwicklungsschwerpunkt dar. Hier bietet sich eine Zusammenführung der Materialien an. Zugleich könnte dies die Beraterin entlasten, da sie während der Beratung nicht die einzelnen Blätter austeilen und ggf. kopieren muss. Eine Lösung hierfür wäre auch, dass am Wochenanfang oder vor Beratungsbeginn die entsprechenden Dokumente in bereits ausreichender Anzahl kopiert werden.

Die Bedeutung des Patientenpasses ist für Patienten und für Behandler unterschiedlich (vgl. Abschnitt 6.4.3). Grundsätzlich wird daher eine Trennung der Datenerfassung von den Patienteninformationen empfohlen. Die mit dem Harris Hip Score oder mit dem American Knee Society Score dokumentierten Behandlungsergebnisse könnten vom Arzt im Rahmen der Untersuchungen direkt elektronisch erfasst und ausgewertet werden. Zugleich wäre eine zusammenfassende Übersicht aller Untersuchungsmesswerte der Zeitpunkte U1 bis U7 und eine grafische Darstellung des individuellen Verlaufs einschließlich eines Benchmarks denkbar, die einen zentralen Inhalt des Arztgesprächs zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten darstellen könnte. Diese zusammenfassende Darstellung könnte ggf. in dem bereits angedeuteten neuen Patientendokument Platz finden.

Des Weiteren empfiehlt es sich, insbesondere den Krankengymnasten in der Klinik Niedersachsen Einblick in den Patientenpass zu ermöglichen, da dieser Aufschluss über Behandlungsziele gibt und damit für die aktuelle therapeutische Arbeit mit den Patienten relevant sein kann.

6.6.4 Erfolgsfaktoren

Die Ergebnisse der Prozessevaluation können abschließend zu sechs Faktoren verdichtet werden, die sich aus den beschriebenen Highlights und Optimierungspotenzialen ableiten lassen. Abb. 6-10 fasst diese Faktoren zusammen.

Eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit erfordert eine gezielte und umfassende Koordination der Informationen und Dokumente (Übermittlung, Weiterleitung, Aktualisierung, Rückmeldung etc.). Dieser Prozess umfasst eine Vielzahl von Akteuren und Kommunikationskanälen, da unterschiedliche patientenbezogene Dokumente auf unterschiedlichen Wegen zwischen den Kliniken ausgetauscht werden. Es stellte sich in der anfänglichen Zusammenarbeit heraus, dass die Bearbeitung und Aktualisierung der per E-Mail weitergeleiteten IV-Patientenlisten, von unterschiedlichen Akteuren in beiden Kliniken gleichzeitig bearbeitet wurden, ohne dass anschließend nachvollziehbar war, welche Daten die aktuellen waren. Gelöst wurde dieses Problem, indem in den jeweiligen Abteilungen nur ein verantwortlicher Mitarbeiter benannt wurde, der die Dokumente bearbeitet und diese dann entsprechend weiterleitet. Klare *personelle Zuständigkeiten* und ein *standardisiertes Dokumentenmanagement* sind damit Voraussetzungen effizienter Zusammenarbeit. Die Übertragung dieser komplexen Aufgaben auf eine *zentrale Koordinierungsstelle*, wie in diesem Fall ein IV-Büro im



Abb. 6-10: Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsleistungen

Akutkrankenhaus und der Patientenaufnahme in der Rehabilitationsklinik, erwies sich als optimal.

Im Laufe der Kooperation konnten weitere Krankenkassenpartner in die IV eingeschlossen werden, d. h. die Einschlusskriterien für Patienten erweiterten sich zunehmend. Gleichzeitig wurde deutlich, dass nicht alle betreffenden Stellen in den Kliniken regelmäßig darüber informiert wurden und anfangs einigen potenziellen IV-Patienten das IV-Programm nicht angeboten wurde. In diesem Zusammenhang sind *regelmäßige Mitarbeiterschulungen* sowie kontinuierliche Updates bezüglich neuer Informationen (neue Krankenkassen, Zuständigkeiten etc.) für alle Mitarbeiter unabdingbar, z. B. in Form von Rundmails oder klinikinterner Newsletter.

Der regelmäßige organisationsübergreifende Austausch sowie die Bewertung der IV-Prozessqualität durch die Qualitätsbeauftragten beider Kliniken stellten einen weiteren wichtigen Erfolgsfaktor dar. Für die Gestaltung, Umsetzung und Beurteilung des IV-Prozesses nimmt damit ein *prozessbegleitendes Monitoring*, z. B. im Rahmen des internen Qualitätsmanagements (Georg 2005), einen zentralen Stellenwert ein. Die Relevanz dieser IV-Prozessbegleitung wurde besonders deutlich, als mit zunehmender Patientenzahl zahlreiche Veränderungen im Krankenhaus vorgenommen werden mussten. Beispielsweise konnte so gezeigt werden, dass nicht alle Patienten die Möglichkeit bekamen, an der Informationsveranstaltung teilzunehmen, da für viele der OP-Termin vor der nächsten Veranstaltung lag. Auf Grund dieser Analyse wurde die Veranstaltungsfrequenz erhöht und die Teilnahmequote stabilisiert.

Weiterhin ist zu empfehlen, Dokumente und Materialien, die speziell für den IV-Behandlungsprozess entwickelt werden, *zielgruppenspezifisch und übersichtlich* zu gestalten. So wurden den Patienten in der IV-Beratung einzelne Dokumente unterschiedlicher Akteure (Krankenkassen, Ergotherapeuten, Klinik etc.) ausgehändigt. Diese sollten bereits im Vorfeld zusammengestellt und vereinheitlicht werden.

Anhand der Prozessanalyse des IV-Modells konnten zentrale Faktoren erfolgreicher Kooperationsbeziehungen in der Endoprothetik generiert werden, die integrierte Versorgungsleistungen gewährleisten und somit eine gelingende Kooperation charakterisieren. Gleichzeitig können diese Erkenntnisse wichtige Ansätze für die Ausgestaltung zukünftiger interdisziplinärer und sektorenübergreifender Kooperationsbeziehungen liefern.

7. Subjektive Krankheitstheorien und klinischer Verlauf nach Knie- und Hüftgelenkersatz

7.1 Hintergrund

Gelenkersatzoperationen gelten als zuverlässige und sichere Standardoperationen, die Patienten mit Verschleißerkrankungen den Rückgewinn von Funktionsfähigkeit und Teilhabe ermöglichen (Ethgen et al. 2004). Trotz des überwiegend günstigen Verlaufes gibt es Patienten, die weniger von einer Gelenkersatzoperation profitieren als andere. Aktuelle Übersichtsarbeiten haben vor diesem Hintergrund auf die Notwendigkeit von Fallkohortenstudien hingewiesen, um prognostische Faktoren zu identifizieren, deren Veränderung möglicherweise zu günstigeren Behandlungsergebnissen beitragen könnte (Santaguida et al. 2008). Im Rahmen der Studie haben wir dabei insbesondere die prognostische Bedeutung subjektiver Krankheitskonzepte für den funktionellen Verlauf untersucht.

Die Art und Weise, wie Patienten mit ihrer Erkrankung umgehen, wird wesentlich durch Theorien und Erwartungen bestimmt, die der Patient im Krankheits- und Genesungsverlauf ausgehend von eigenen und stellvertretenden Erfahrungen sowie ärztlicher Information und Aufklärung entwickelt. Diese Krankheitskonzepte entstehen aus dem Bedürfnis heraus, Kontrolle über die eigene Lebenssituation wiederzuerlangen. Die international einflussreichste Konzeption subjektiver Krankheitstheorien ist das Common-Sense-Selbstregulationsmodell (CSM) von Leventhal et al. (1998). Grundannahme des CSM ist, dass betroffene Individuen angesichts ihrer Erkrankung und deren Folgen kognitive und emotionale Repräsentationen der Krankheit ausbilden, die ihr Bewältigungsverhalten determinieren (Botha-Scheepers et al. 2006; Broadbent et al. 2006; Glattacker et al. 2009). Die kognitive Repräsentation bezieht sich dabei insbesondere darauf, was die Krankheit ist, wie sich Verlauf und Dauer gestalten werden, warum man erkrankt ist, welche Folgen und Konsequenzen die Erkrankung haben wird und inwiefern die Erkrankung durch Selbstkontrolle und Expertenintervention kontrollierbar ist (Lau et al. 1989).

In einer aktuellen Übersichtsarbeit haben Petrie et al. (2007) die empirische Evidenz für die Bedeutung subjektiver Krankheitskonzepte für Behandlungszufriedenheit, Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und die Bewältigung chronischer Erkrankungen zusammengetragen. Subjektive Krankheitskonzepte konnten dabei indikationsübergreifend als relevanter prognostischer Faktor für gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit bestätigt werden. Dies gilt u. a. bei Krebs (Förster und Taubert 2006; Glattacker et al. 2009; Scharloo et al. 2005), HIV (Horne et al. 2004), Typ-2-Diabetes (Glattacker et al. 2009; Ponzio et al. 2006), kardiologischen Erkrankungen (French et al. 2005) und rheumatoider Arthritis (Carlisle et al. 2005; Groarke et al. 2005; Schiaffino et al. 1998; Treharne et al. 2005).

Auch bei Patienten mit Gon- und Koxarthrosen konnte der Einfluss subjektiver Krankheitskonzepte auf den Krankheitsverlauf belegt werden. Hampson et al. (1994) bestätigten den Einfluss von Krankheitsüberzeugungen auf Lebensqualität und die Inanspruchnahme medizinischer Angebote. Bothascheepers et al. (2006) konnten zudem zeigen, dass subjektive Krankheitstheorien hinsichtlich einer starken Symptombelastung, eines chronischen Verlaufs und zu erwartender starker Konsequenzen mit höheren funktionalen Einschränkungen einhergingen als aufgrund objektiver Befunde (z.B. Kellgren-Lawrence Score) erwartbar waren. Die adjustierten Odds Ratios deuteten mit OR > 2 auf moderate Zusammenhänge hin.

Orbell et al. (1998) und Peters et al. (2007) haben die Bedeutung von Krankheitsüberzeugungen auch in Zusammenhang mit Gelenkersatzoperationen untersucht. Orbell et al. (1998) haben dabei einen protektiven Effekt wahrgenommener Kontrolle beschrieben und einen nachteiligen Effekt von Kausalattributionen bestätigt, die den Zustand allein auf den Alterungsprozess zurückführten. Peters et al. (2007) haben zudem einen protektiven Effekt von Optimismus und einen ungünstigen Effekt präoperativer Angst für Lebensqualität und postoperative Erholung nachgewiesen.

Trotz der kumulierenden Evidenz für die prognostische Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Funktionsfähigkeit bei Knie- bzw. Hüftgelenksarthrosen sowie den Verlauf nach einer Gelenkersatzoperation gibt es bislang keine Studien, die den Einfluss dieser Faktoren auf den durch ärztliche Ratings beschriebenen postoperativen Verlauf untersucht haben. Ziel der Fallkohortenstudie war es daher, die langfristigen Verläufe nach Gelenkersatzoperationen zu beschreiben und mögliche Moderatoreffekte subjektiver Krankheitstheorien zu überprüfen, um Strategien für die präoperative Aufklärung und die postoperative Nachbehandlung zu entwickeln.

7.2 Methoden

7.2.1 Studiendesign

Im Anschluss an den im Vorfeld der Ersatzoperation realisierten Erstkontakt im Akutkrankenhaus (U0) erfragten die Studienassistenten die Teilnahmebereitschaft potentieller Studienteilnehmer. Patienten, die in die Studienteilnahme einwilligten, erhielten einen kurzen Fragebogen, der die Krankheitskonzepte der Teilnehmer erfasste. Der Verlauf der in den Patientenpässen verwendeten Scores, Harris Hip Score (HHS) (Harris 1969) bei Hüftgelenkersatzoperationen und American Knie Society Score (AKSS) (Insall et al. 1989) bei Kniegelenkersatzoperationen, wurde im Studienverlauf zu fünf Messzeitpunkten dokumentiert (Abb. 7-1). Der Score wurde durch den jeweils zuständigen Arzt zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes (U1), postoperativ (U2), am Ende der Rehabilitation (U3) und zu den Nachuntersuchungen im Akutkrankenhaus nach 4 Monaten bzw. einem Jahr (U4 bzw. U5) erhoben. Zu den Nachuntersuchungsterminen U4 und U5 wurden die in den Patientenpässen bis zu diesem Zeitpunkt dokumentierten Rohwerte von den Studienassistenten anonymisiert erfasst, an das Studienzentrum weitergeleitet und dort mit den Daten der Fragebogenerhebung anhand der Studiennummern verknüpft.

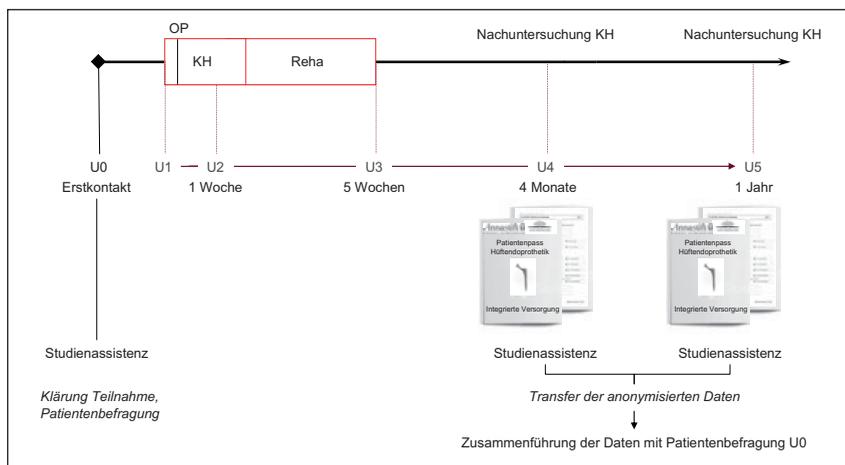


Abb. 7-1: Studiendesign

7.2.2 Instrumente

Harris Hip Score

Der Behandlungsverlauf nach dem durchgeführten Hüftgelenkersatz wurde mit dem HHS bewertet (Harris 1969). Der HHS berücksichtigt Schmerz (maximal 44 Punkte), Funktion (maximal 47 Punkte) und objektive Kriterien (maximal 9 Punkte). Schmerz und Funktion beziehen sich insbesondere auf Gehfähigkeit und Aktivitäten des täglichen Lebens. Die objektiven Kriterien umfassen das Bewegungsausmaß entsprechend der Neutral-Null-Methode und das Fehlen möglicher Deformitäten (Beuge-, Innenrotations- und Adduktionskontraktur bzw. stärkere Beinlängendifferenz). Den Maximalwert von 100 Punkten erreicht ein schmerzfreier Patient ohne funktionale Einschränkungen beim Gehen, Treppensteigen, Anziehen, Sitzen und Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel sowie normaler Flexion, Abduktion, Außenrotation und Adduktion und fehlenden Deformitäten. Der HHS ist das international gebräuchlichste Instrument zur Bewertung des Behandlungsergebnisses bei Hüftgelenkerersatzoperationen und erreicht eine hohe konvergente Validität mit anderen Scores ($r > 0,80$) (Bryant et al. 1993; Kladny et al. 2001; Sun et al. 1997). In Anlehnung an die von Marchetti et al. (2005) vorgeschlagene Graduierung wurden Gesamtwerte ab 90 Punkten als exzellent kategorisiert, Werte von 80 bis 89 Punkten als gut, Werte von 70 bis 79 Punkten als ausreichend und Werte unter 70 Punkten als schlecht. Eine Behandlung wurde als erfolgreich gewertet, wenn mindestens ein Wert von 80 Punkten erreicht wurde.

American Knee Society Score

Der Behandlungsverlauf nach dem durchgeführten Kniegelenkersatz wurde mit dem AKSS bewertet. Der AKSS besteht aus zwei Teilen. Der Knie-score berücksichtigt Schmerz, Stabilität (medial/lateral, anterior/posterior) und Bewegungsumfang mit Abzügen für Streckdefizite und Achsenabweichungen. Den Maximalwert von 100 Punkten erreicht ein schmerzfreies Knie mit normaler Beinachse, einem Bewegungsumfang von 125° und vernachlässigbarer Instabilität. Der zweite Teil, der Funktionsscore, bewertet die bewältigbare Gehstrecke und die Fähigkeit des Treppensteigens mit Abzügen bei der Benutzung von Gehhilfen. Der maximale Funktionswert von 100 Punkten wird erreicht, wenn eine Person ohne Gehhilfen in der Lage ist, unbegrenzte Distanzen zu bewältigen und Treppen normal hinaufzusteigen und herunterzugehen (Insall et al. 1989). Beide Scores können zu einem Gesamtscore mit einem Maximum von 200 Punkten zusammengefasst werden. Der AKSS hat eine hohe Änderungssensitivität (Kreibich et al. 1996) und erreicht bei erfahrenen Ärzten eine gute Interrater-Reliabilität

(Liow et al. 2000). In Anlehnung an die von Rijnen et al. (2006) vorgeschlagene Graduierung wurden Gesamtwerte ab 180 Punkten als exzellent kategorisiert, Werte von 160 bis 179 Punkten als gut, Werte von 140 bis 159 Punkten als ausreichend und Werte unter 140 Punkten als schlecht. Eine Behandlung wurde als erfolgreich gewertet, wenn mindestens ein Wert von 160 Punkten erreicht wurde.

Brief Illness Perception Questionnaire

Subjektive Krankheitstheorien wurden beim Erstkontakt mit dem Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) von Broadbent et al. (2006) erfasst. Der BIPQ umfasst 8 Items, die mittels 11-stufiger numerischer Ratingskalen kognitive und emotionale Krankheitstheorien erfassen. Die Items beziehen sich u. a. auf die Behandlungserwartungen („Wie stark meinen Sie, dass Ihre Behandlung bei Ihrem Hüft- oder Knieleiden helfen kann?“) und die Besorgtheit der Patienten („Wie stark machen Sie sich Sorgen über Ihr Hüft- oder Knieleiden?“). Validierungsstudien haben eine gute Test-Retest-Reliabilität sowie eine gute konkurrente, prädiktive und diskriminante Validität des BIPQ bestätigt (Broadbent et al. 2006).

7.2.3 *Statistische Analysen*

Die Zeitintervalle wurden in Tagen seit der Eingangsuntersuchung U1 im Akutkrankenhaus erfasst (U3: MW = 34,5; SD = 5,5; U4: MW = 116,1; SD = 26,1; U5: MW = 379,6; SD = 39,8). Lediglich die Zeit bis zur postoperativen Untersuchung U2 wurde aufgrund standardisierter Vorgaben einheitlich durch ein 7-Tages-Intervall approximiert. Aufgrund des nicht-linearen Zusammenhangs zwischen Zeit und Behandlungsergebnis wurde die Zeit für die Modellierung der Behandlungsverläufe logarithmiert. Die zu überprüfenden Moderatorvariablen wurden indikationsspezifisch dichotomisiert. Für Werte unterhalb des Median wurde die entsprechende Überzeugung als gering ausgeprägt interpretiert, für Werte einschließlich bzw. oberhalb des Median als stark ausgeprägt. Mögliche Moderatoreffekte wurden durch multiplikative Interaktionsterme der logarithmierten Zeit und der untersuchten Moderatorvariablen modelliert (2-Wege-Interaktion). Die Analysen berücksichtigen Alter, Geschlecht und Selbstwirksamkeitserwartungen (Lorig et al. 2001) als Kontrollvariablen. Die Modellierung erfolgt in hierarchischen Mehrebenenmodellen mit zwei Ebenen (Person und Messung) (Rabe-Hesketh und Skondral 2005; West et al. 2006). Die untersuchten Interaktionseffekte wurden 2-seitig mit $\alpha = 5\%$ getestet. Aufgrund des explorativen Charakters der Datenanalysen wurde keine Alpha-Adjustie-

rung vorgenommen (Vandenbroucke et al. 2007). Fehlende Ausgangswerte wurden mittels EM-Algorithmus imputiert (Wirtz 2004).

7.3 Ergebnisse

7.3.1 Stichprobe

Zwischen Februar 2007 und Juni 2008 wurden 478 mögliche Studienteilnehmer an die beiden Studienassistenten gemeldet. 99 Patienten wurden von den Studienassistenten während der angebotenen Sprechstundenzeiten nicht erreicht. Bei 8 Patienten führte eine Überprüfung der geforderten Einschlusskriterien zum nachträglichen Ausschluss der Patienten (Krankenkassenzugehörigkeit). 8 Personen konnten wegen Sprachproblemen nicht an der Studie teilnehmen. Von den verbliebenen 363 Personen äußerten lediglich 23 Patienten kein Interesse an einer Studienteilnahme. Die Beteiligung war mit 93,7 % (n = 340) sehr gut. Bei 29 Patienten wurde die geplante Operation verschoben oder gänzlich abgesagt. Von den 311 Personen

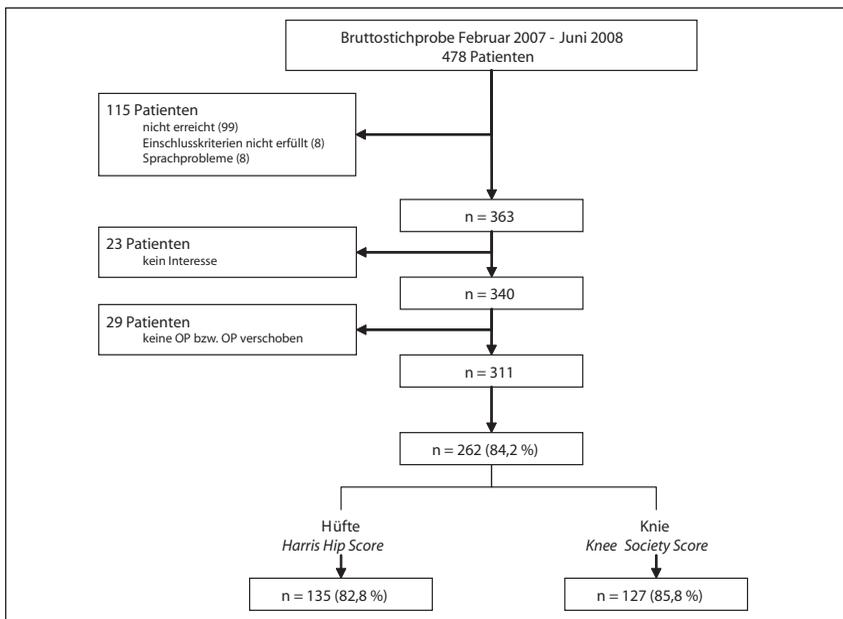


Abb. 7-2: Flussdiagramm ein- und ausgeschlossener Patienten

Tab. 7-1: Stichprobenbeschreibung

	Hüfte	Knie
	n = 135	n = 127
Alter, MW (SD)	72,1 (6,9)	71,2 (6,2)
Geschlecht: weiblich, %	65,9	73,2
Selbstwirksamkeit, MW (SD)	6,6 (2,0)	6,7 (1,7)
BIPQ: Stärke der Beeinträchtigung, MW (SD)	8,2 (1,7)	7,9 (1,7)
BIPQ: Dauer, MW (SD)	5,5 (3,7)	5,7 (3,6)
BIPQ: Kontrolle, MW (SD)	3,8 (2,8)	4,2 (2,7)
BIPQ: Hilfe durch Behandlung, MW (SD)*	8,4 (2,1)	7,8 (2,6)
BIPQ: Stärke der Beschwerden, MW (SD)	8,5 (1,6)	8,5 (1,4)
BIPQ: Sorgen, MW (SD)†	6,6 (3,2)	7,3 (3,1)
BIPQ: Krankheitsverständnis, MW (SD)	7,9 (2,7)	8,2 (2,4)
BIPQ: Emotionale Beeinträchtigung, MW (SD)	5,9 (3,4)	6,2 (3,1)

Fehlende Werte in Klammern; MW Mittelwert; SD Standardabweichung;

‡ $p < 0,1$; * $p < 0,05$

nen (Hüfte: $n = 163$; Knie: $n = 148$), bei denen eine Gelenkersatzoperation durchgeführt wurde, konnten 262 Patientenpässe ausgewertet werden (Hüfte: $n = 135$; Knie: $n = 127$). Damit lagen 84,2 % der Patientenpässe vor. Das mittlere Alter der Hüftpatienten betrug 72,1 Jahre (SD = 6,9), der Kniepatienten 71,2 Jahre (SD = 6,2). 65,9 % der Hüftpatienten und 73,2 % der Kniepatienten waren Frauen (Tab. 7-1). Kniepatienten hatten etwas geringere Behandlungserwartungen ($p = 0,036$) und machten sich tendenziell mehr Sorgen als Hüftpatienten ($p = 0,054$).

7.3.2 Klinischer Verlauf nach Hüftgelenkersatz

Für die 135 Patientenpässe von Patienten mit Hüftgelenkersatz lagen vollständige Nachuntersuchungsergebnisse zu Rehabilitationende für 85,2 % und nach 4 Monaten für 90,4 % vor. Postoperativ (66,7 %) und zur Untersu-

chung nach einem Jahr (71,1 %) wurden nur für rund zwei Drittel der eingeschlossenen Patienten entsprechende Daten übermittelt.

Der Anteil von Patienten mit schlechten Werten (HHS < 70 Punkte) lag zu Beginn bei 93,3 % und verringerte sich bereits wenige Tage nach der Operation auf 67,8 % und bis Rehabilitationsende auf 14,8 %. Nach einem Jahr wurde für 10,4 % der Patienten ein schlechter Zustand dokumentiert (Tab. 7-2).

Der mittlere HHS stieg von präoperativ 49,4 Punkten (SD = 13,3) auf 88,8 Punkte (SD = 12,5) nach einem Jahr (Abb. 7-3). Nach 4 Monaten wurde bereits für fast jeden zweiten Patienten (44,3 %) ein exzellentes Behandlungsergebnis (90 - 100 Punkte) dokumentiert, nach einem Jahr bereits für fast zwei Drittel (62,5 %). Ausgehend von einem Benchmark von 80 Punkten, d. h. einem mindestens guten Behandlungsergebnis, betrug die Erfolgsquote zu Rehabilitationsende 40,0 %, nach 4 Monaten 70,5 % und nach 12 Monaten 82,3 %. Ein mindestens befriedigendes Behandlungsergebnis (HHS \geq 70 Punkte) konnte für rund 90 % der Patienten erreicht werden. Die Verläufe waren für Männer und Frauen vergleichbar und unabhängig vom Alter.

Tab. 7-2: Verlauf des HHS

	U1	U2	U3	U4	U5
	n = 135	n = 90	n = 115	n = 122	n = 96
HHS, MW (SD)	49,4 (13,3)	61,1 (15,3)	76,3 (7,3)	84,7 (13,8)	88,8 (12,5)
HHS (kategorial), %					
exzellent (90 - 100)	0,0	3,3	0,9	44,3	62,5
gut (80 - 89)	0,0	7,8	39,1	26,2	19,8
ausreichend (70 - 79)	6,7	21,1	45,2	18,9	7,3
schlecht (< 70)	93,3	67,8	14,8	10,7	10,4
mind. gut (\geq 80)	0,0	11,1	40,0	70,5	82,3
mind. ausreichend (\geq 70)	6,7	32,2	85,2	89,3	89,6

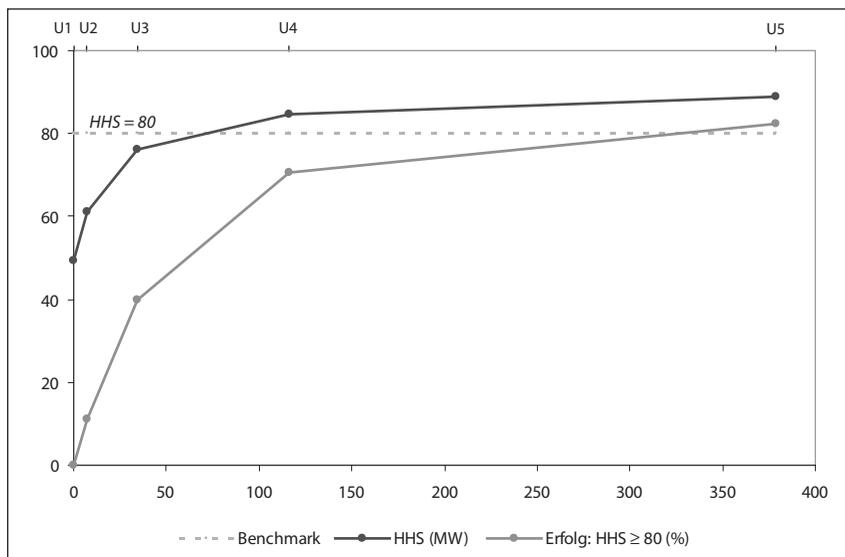


Abb. 7-3: Verlauf des HHS (Benchmark)

7.3.3 Klinischer Verlauf nach Kniegelenkersatz

Für die 127 Patientenpässe von Patienten mit Kniegelenkersatz lagen vollständige Nachuntersuchungsergebnisse zu Rehabilitationende für 84,3 % und nach 4 Monaten für 88,2 % vor. Postoperativ (55,9 %) und zur Untersuchung nach einem Jahr (53,5 %) wurden nur für jeden Zweiten der eingeschlossenen Patienten entsprechende Daten übermittelt.

Der Anteil von Patienten mit schlechten Werten (AKSS < 140 Punkte) lag zu Beginn bei 90,6 %, verringerte sich bereits wenige Tage postoperativ auf 53,5 % und bis Rehabilitationende auf 15,0 %. Nach 12 Monaten wurde für 19,1 % der Patienten ein schlechter Zustand dokumentiert. Exzellente Ergebnisse (180 - 200 Punkte) waren nach einem Jahr für etwa jeden zweiten Patienten (48,5 %) feststellbar. Ein mindestens gutes Ergebnis (AKSS ≥ 160 Punkte) und damit ein Behandlungserfolg wurde nach 12 Monaten für 70,6 % und ein mindestens ausreichendes Ergebnis (AKSS ≥ 140 Punkte) für 80,9 % dokumentiert.

Der mittlere AKSS verbesserte sich von 98,0 Punkten (SD = 32,0) auf 154,4 Punkte (SD = 18,1) zu Rehabilitationende und 165,9 Punkte (SD = 36,2) nach 12 Monaten (Tab. 7-3 und Abb. 7-4). Die Verläufe waren für Männer und Frauen vergleichbar und unabhängig vom Alter.

Tab. 7-3: Verlauf des AKSS

	U1	U2	U3	U4	U5
	n = 127	n = 71	n = 107	n = 112	n = 68
AKSS, MW (SD)	98,0 (32,0)	128,2 (31,8)	154,4 (18,1)	160,4 (33,0)	165,9 (36,2)
AKSS (kategorial), %					
exzellent (180 - 200)	0,0	2,8	4,7	31,3	48,5
gut (160 - 179)	1,6	11,3	38,3	33,9	22,1
ausreichend (140 - 159)	7,9	32,4	42,1	13,4	10,3
schlecht (< 140)	90,6	53,5	15,0	21,4	19,1
mind. gut (≥ 160)	1,6	14,1	43,0	65,2	70,6
mind. ausreichend (≥ 140)	9,4	46,5	85,0	78,6	80,9

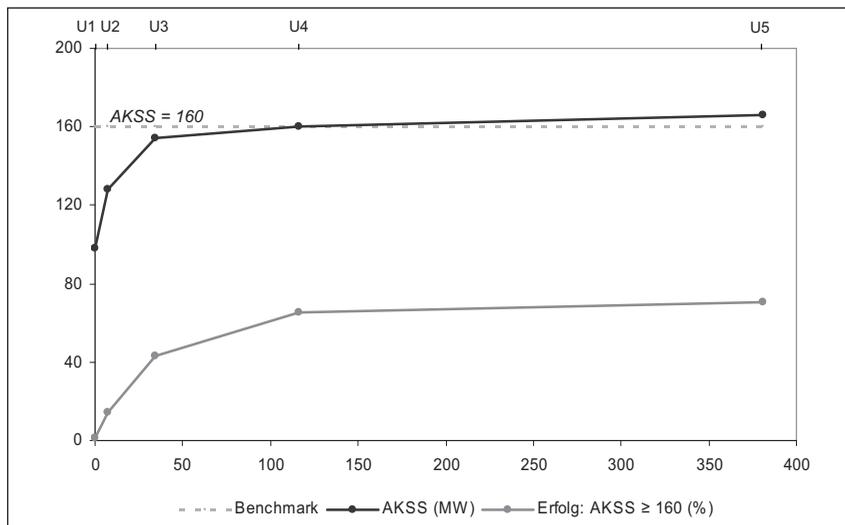


Abb. 7-4: Verlauf des AKSS (Benchmark)

7.3.4 Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien

Tab. 7-4 zeigt die bivariaten Korrelationen zwischen den verschiedenen Indikatoren subjektiver Krankheitstheorien. Die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Skalen waren im Allgemeinen gering bis moderat ($r < 0,3$). Lediglich die Zusammenhänge zwischen Beeinträchtigung und Beschwerden sowie zwischen Sorgen und emotionaler Beeinträchtigung erreichten ein höheres Niveau ($r > 0,3$).

Tab. 7-4: Korrelationsmatrix für Beziehungen zwischen den unabhängigen Variablen

		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1)	Beeinträchtigung							
(2)	Dauer	0,101						
(3)	Individuelle Kontrolle	-0,157*	-0,009					
(4)	Hilfe Behandlung	0,173**	-0,007	0,005				
(5)	Beschwerden	0,638***	0,177**	-0,095	0,167**			
(6)	Sorgen	0,135*	-0,101	0,169*	0,110	0,245*		
(7)	Verstehen	0,274***	0,230***	-0,097	0,242***	0,261***	0,009	
(8)	Emotional	0,273***	-0,130*	0,043	0,094	0,276***	0,673***	-0,017

Korrelation nach Pearson; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

7.3.5 Subjektive Krankheitstheorien und klinischer Verlauf

Tab. 7-5 zeigt die Parameterschätzer für die Interaktion von Zeit und Krankheitsüberzeugung, die den Moderatoreffekt des entsprechenden Konzepts abbilden. Positive Parameterschätzer deuten einen günstigeren Genesungsverlauf für Patienten mit höheren Werten der jeweiligen Überzeugung an (z. B. höherer Behandlungserwartung). Bei negativen Schätzern geht eine höhere Überzeugung (z. B. höhere Sorgen) mit einem ungünstigeren Verlauf einher.

Tab. 7-5: Moderatoren des Behandlungsverlaufs

	b	95 % KI	p
<i>HHS (i = 558; n = 135)</i>			
BIPQ: Stärke der Beeinträchtigung	0,640	-0,617; 1,897	0,319
BIPQ: Dauer*	-1,295	-2,434; -0,156	0,026
BIPQ: Kontrolle	-0,396	-1,565; 0,772	0,506
BIPQ: Hilfe durch Behandlung**	1,844	0,698; 2,989	0,002
BIPQ: Stärke der Beschwerden	0,559	-0,600; 1,718	0,344
BIPQ: Sorgen	0,013	-1,140; 1,166	0,982
BIPQ: Krankheitsverständnis	-0,666	-1,818; 0,486	0,257
BIPQ: Emotionale Beeinträchtigung	-0,183	-1,333; 0,967	0,755
<i>AKSS (i = 485; n = 127)</i>			
BIPQ: Stärke der Beeinträchtigung	-0,074	-3,048; 2,899	0,961
BIPQ: Dauer	-2,339	-5,291; 0,614	0,121
BIPQ: Kontrolle	-1,854	-4,782; 1,075	0,215
BIPQ: Hilfe durch Behandlung	-0,028	-3,262; 3,206	0,986
BIPQ: Stärke der Beschwerden	-1,290	-5,100; 2,521	0,507
BIPQ: Sorgen*	-3,640	-6,610; -0,670	0,016
BIPQ: Krankheitsverständnis	-0,819	-3,786; 2,148	0,588
BIPQ: Emotionale Beeinträchtigung	-1,733	-4,645; 1,178	0,243

b unstandardisierter Parameterschätzer für Interaktion von Zeit und Krankheitsüberzeugung; KI Konfidenzintervall; Indizes i und n stehen für Anzahl der Beobachtungen und Personen; Parameterschätzer sind adjustiert für Geschlecht, Alter und Selbstwirksamkeitserwartungen; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Patienten, die vor der Operation eine länger andauernde Krankengeschichte erwarteten, hatten nach einem Jahr geringere Werte auf dem HHS als Patienten, die davon ausgingen, dass ihr Leiden nur noch kurz andauern würde (b = -1,295; 95 % KI: -2,434 bis -0,156). Darüber hinaus war die Erwartung, dass die Behandlung hilfreich sein würde, verglichen mit der Erwartung,

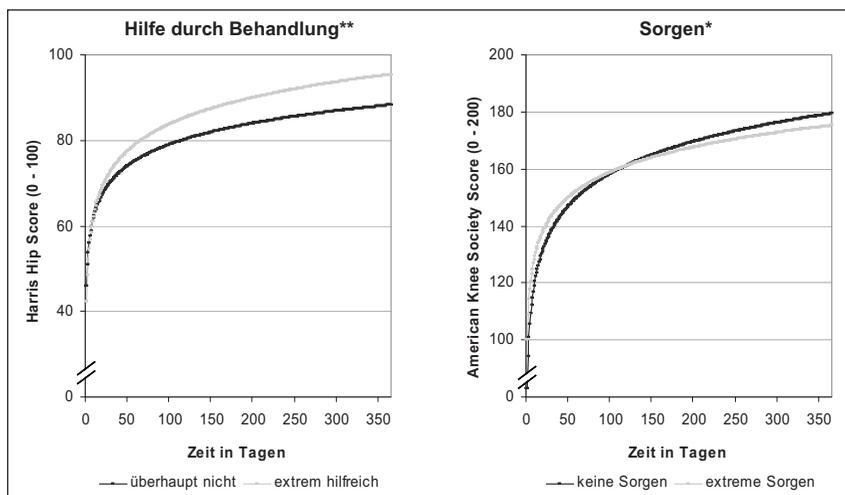


Abb. 7-5: *Behandlungsverläufe in Abhängigkeit von Krankheitsüberzeugungen*
 HHS: $i = 558$; $n = 135$; AKSS: $i = 485$; $n = 127$ Indizes i und n stehen für Anzahl der Beobachtungen und Personen); Irrtumswahrscheinlichkeit für Interaktion von Zeit und Krankheitsüberzeugung: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Fehlende Ausgangswerte wurden mittels EM-Algorithmus imputiert.

tion, dass die Behandlung nicht hilfreich sein würde, bei Hüftpatienten mit einem günstigeren Verlauf verbunden ($b = 1,844$; 95 % KI: 0,698 bis 2,989). Die Modellierung der Behandlungsverläufe des AKSS identifizierte unterschiedliche Behandlungsabläufe in Abhängigkeit von den Sorgen, die sich die befragten Personen machten. Personen mit stärkeren Sorgen hatten einen ungünstigeren Verlauf als Personen, die sich weniger Sorgen machten ($b = -3,640$; 95 % KI: -6,610 bis -0,670).

Abb. 7-5 zeigt die modellierten Behandlungsverläufe für Hüft- bzw. Kniepatienten in Abhängigkeit von Behandlungserwartung bzw. Besorgtheit.

7.4 Diskussion

Die mit dem HHS und dem AKSS nach einem Jahr bewerteten Behandlungsergebnisse bestätigten einen Behandlungserfolg bei 82,3 % der Hüftpatienten und 70,6 % der Kniepatienten. Die Entwicklung der beiden Scores folgte einem logarithmischen Verlauf. Für die Modellierung der Genesungsverläufe wurde die Zeit logarithmiert, um die Zusammenhänge zwi-

schen Behandlungsergebnis und Zeit zu linearisieren. Hinsichtlich der subjektiven Krankheitstheorien zeigten sich moderate bis hohe Korrelationen zwischen Sorgen und emotionaler Beeinträchtigung einerseits und erlebten Beeinträchtigungen und Beschwerden andererseits. Annahmen zu einer längeren Krankheitsdauer gingen bei Hüftpatienten mit einem ungünstigeren Verlauf einher und höhere Behandlungserwartungen mit einem günstigeren Verlauf. Der Behandlungsverlauf von Kniepatienten wurde durch die Sorgen, die sich die Patienten machten, moderiert. Patienten mit höheren Sorgen hatten langfristig ungünstigere Werte auf dem AKSS als Patienten mit geringen Sorgen. Diese Ergebnisse unterstützen den von Peters (2007) beschriebenen protektiven Effekt von Optimismus und geringer Angst. Im Gegensatz zu Orbell et al. (1998) begünstigten bei den hier berücksichtigten Patienten insbesondere die externalen Kontrollüberzeugungen einen besseren Verlauf.

Eine Erklärung, wie Überzeugungen zur Dauerhaftigkeit, Behandlungserwartungen und Besorgtheit auf funktionelle Behandlungsergebnisse wirken könnten, bietet das Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984). Besorgtheit und Chronizitätsannahme sind thematisch mit der von Lazarus und Folkman (1984) beschriebenen primären Bewertung (primary appraisal) verwandt. Damit beurteilt eine Person, ob ein Stressor, in diesem Fall die Erkrankung, als bedrohlich wahrgenommen wird. Große Sorgen und die antizipierte Dauerhaftigkeit der Beschwerden wären insofern als Indikatoren für eine als bedrohlich empfundene Situation interpretierbar. Die positiven Behandlungserwartungen wiederum beziehen sich auf Ergebnis-erwartungen (Bandura 1977, 1982) und sind damit an den von Lazarus und Folkman (1984) als sekundäre Bewertung (secondary appraisal) beschriebenen Prozess anschlussfähig.

Die Ergebnisse dieser Bewertungsprozesse nehmen dann Einfluss auf das Bewältigungsverhalten der Personen. Sorgen, Chronizitätsannahmen und geringe Behandlungserwartungen könnten mit gehemmter Aktivität (Vermeidungsverhalten) einhergehen, während Personen mit geringeren Sorgen und der Erwartung einer baldigen Genesung vermutlich früher damit beginnen, sich den funktionellen Anforderungen des Alltags wieder zu stellen.

Angesichts der prognostischen Bedeutung der subjektiven Konzepte stellt sich die Herausforderung, diese Konzepte im Rahmen der ärztlichen Beratung und der sich postoperativ anschließenden Rehabilitation angemessen zu berücksichtigen. Gelenkimplantatpatienten erhalten prä- und postoperativ vielfältige Verhaltenshinweise. Diese Hinweise formulieren überwiegend passive Verhaltensstrategien und beziehen sich kurzfristig u. a. auf den Verzicht sportlicher Aktivitäten, körperlicher Arbeiten und bestimmter

Haushaltstätigkeiten. Diese Empfehlungen sind darauf gerichtet, Luxationen, Lockerungen, Frakturen bzw. Verletzungen des Kapselbandapparates zu vermeiden. In Abhängigkeit vom Vorwissen und von subjektiven Krankheitstheorien können diese Hinweise jedoch ganz unterschiedliche Wirkungen bei den Patienten entfalten. Nordic Walking, Wandern, Schwimmen und Radfahren sind auch mit Knie- und Hüftendoprothese nach 3 bis 6 Monaten wieder möglich und empfehlenswert. Eindringliche Warnungen vor übertriebenem sportlichem Ehrgeiz begünstigen bei vorsichtigen und ängstlichen Patienten möglicherweise aber nichtintendierte Vermeidungsstrategien. Obgleich Empfehlungen zu passiven Strategien (Was sollte ich nicht tun?) sinnvoll und notwendig sind, sollten diese durch aktive Verhaltensweisen (Was kann ich tun?) Ergänzung finden. Je größer das Informationsdefizit beim Patienten hierbei ist, desto mehr Freiheitsgrade hat er bei der Verhaltensauswahl und umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass er eine unpassende Strategie wählt.

Patientenorientierte Aufklärung und Beratung stehen insofern vor zwei wesentlichen Herausforderungen. Erstens sind Krankheitskonzepte von Patienten und behandelnden Personen in der Regel nicht deckungsgleich. Der Patient hört, was der Arzt sagt, nicht mit dessen Ohren, sondern mit den eigenen (Schulz von Thun 2008). Umso wichtiger ist es, dass die Aufklärung als Gespräch gestaltet wird, in dem der Arzt einerseits informiert und andererseits versucht, das Krankheitsverständnis des Patienten zu rekonstruieren. Dies setzt auch entsprechende zeitliche und personelle Ressourcen voraus. Zweitens können die Krankheitskonzepte trotz vergleichbarer klinischer Ausgangsbedingungen stark variieren (Petrie et al. 2007). Beratungen und Aufklärungsmaterialien bedürfen folglich einer entsprechenden Individualisierung, die die Krankheitskonzepte der Patienten aufgreift und Empfehlungen an diesen ausrichtet (Hampson et al. 1994).

Verschiedene Autoren haben vor diesem Hintergrund auf die Notwendigkeit hingewiesen, Interventionen zu entwickeln, die dysfunktionale Krankheitsüberzeugungen zu verändern in der Lage sind (McAndrew et al. 2008; Petrie et al. 2007). Petrie et al. (2002) berichten über eine randomisierte Studie, die die Wirksamkeit eines entsprechenden Ansatzes bei Patienten mit Myokardinfarkt überprüfte. Patienten der Interventionsgruppe erhielten ein drei Sitzungen umfassendes Modul, in dem ausgehend von den individuellen Krankheitsüberzeugungen Copingstrategien für die poststationäre Phase geplant wurden. Neben günstigeren Krankheitsüberzeugungen äußerten die Teilnehmer der Interventionsgruppe eine höhere Behandlungszufriedenheit und kehrten früher an den Arbeitsplatz zurück. Im Rahmen der Integrierten Versorgung könnten solche Behandlungsmodule auch für Patienten mit Knie- und Hüftgelenkersatz entwickelt werden. Zudem sind

präoperative Interventionen denkbar, die auf die Verringerung präoperativer Angst gerichtet sind (McDonald et al. 2004).

Die Ergebnisse sind allerdings vor dem Hintergrund der folgenden Beschränkungen zu sehen. Erstens waren die Rücklaufquoten der Patientenpässe zu U2 und U5 deutlich geringer als zu den anderen Untersuchungszeitpunkten. Dies könnte zu verzerrten Modellschätzern geführt haben. Während die fehlenden Werte zu U2 auf organisatorische und zeitliche Probleme während der ärztlichen Visiten hinweisen, sind die fehlenden Werte zu U5 darauf zurückzuführen, dass viele Patienten ihre Pässe bei der 1-Jahres-Untersuchung mitzubringen vergessen hatten. Zweitens wurde in der vorliegenden Studie statt der Langversion nur die Kurzversion des Illness Perception Questionnaire eingesetzt. Für eine ausführlichere Erfassung von Krankheitskonzepten insbesondere auch für eine nachfolgende Verwendung der erhobenen Informationen in der klinischen Praxis bietet sich die Langversion an (Moss-Morris et al. 2002; Petrie et al. 2002). Aufgrund des hohen Alters der Patienten wurde in der vorliegenden Studie jedoch die Konstruktion eines sehr kurzen Fragebogens angestrebt, sodass der verwendeten Kurzversion der Vorzug gegeben wurde. Drittens wurde aufgrund des explorativen Charakters der Studie auf eine Alpha-Adjustierung verzichtet. Bei einer entsprechenden Adjustierung würden nur noch die hohen Behandlungserwartungen der Hüftgelenkpatienten das relevante Signifikanzniveau unterschreiten.

Trotz dieser Beschränkungen sind die hier berichteten Ergebnisse ein erster Hinweis darauf, dass subjektive Krankheitstheorien auch für den Genesungsverlauf nach Hüft- und Kniegelenkersatz prognostisch bedeutsam sind. Diese Krankheitskonzepte des Patienten sollten im Rahmen der ärztlichen Anamnese erfragt und besprochen werden. Im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle könnte bei maladaptiven Krankheitsüberzeugungen zudem die Möglichkeit genutzt werden, während der nachfolgenden Rehabilitation Patientenschulungen anzubieten, die auf die Veränderung dieser Überzeugungen gerichtet sind.

8. Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie

Institutionsübergreifende und interdisziplinäre Arbeitszusammenhänge, wie die in Kapitel 3 beschriebenen, entstehen nicht von selbst, sondern erfordern bei den beteiligten Versorgungspartnern neue Organisationsstrukturen, die die Koordinierung der unterschiedlichen Kompetenzen, Ressourcen und Interessen gewährleisten (Mühlbacher 2002). Die Anforderungen an die Vertragspartner betreffen vor allem die gemeinsame Abstimmung der medizinischen und therapeutischen Leistungen und auf organisatorischer Ebene die Entwicklung angemessener informationstechnischer Lösungen, die Vereinbarung standardisierter Kommunikationswege und die Etablierung einer gemeinsamen Qualitätssicherung (Hensgen 2006). Eine gemeinsame Unternehmenskultur bedarf dabei konkreter integrativer Strategien, um vertragliche Vereinbarungen auch in eine faktische Kooperation zu überführen (Janus und Amelung 2004). Dem von Körner (2009) vorgeschlagenen Modell einer Integrierten Patientenorientierung folgend, wird von dieser Neugestaltung der institutionsübergreifenden Zusammenarbeit (interne Patientenorientierung) auch eine Verbesserung im direkten Kontakt mit den Patienten (externe Patientenorientierung) erwartet (Abb. 8-1). Mit der IV werden folglich keine neuen und besseren medizinischen Leistungen angeboten (z. B. neue Medikamente oder neue Operationstechniken), stattdessen steht eine Optimierung des Versorgungsprozesses im Mittelpunkt. Die Innovation der IV bezieht sich dementsprechend für die Leistungserbringer insbesondere auf die Entwicklung geeigneter Kommunikations- und Organisationsstrukturen, d. h. eine verbesserte Prozessqualität, um das Zusammenspiel an den Schnittstellen zu verbessern. Aus Patientensicht wiederum dürfte das wesentliche Kriterium zur Beurteilung einer derart neuen Versorgungsform eine Verbesserung der Ergebnisqualität sein. In Kapitel 4 wurde bereits gezeigt, dass Patienten hinsichtlich solcher neuen Versorgungselemente höhere Nutzenerwartungen haben (Streibelt und Bethge 2009). Dolderer et al. (2007) zeigten auch, dass IV-Patienten im Rahmen der Knie- und Hüftendoprothetik Krankenhausaufenthalt und Rehabilitation besser beurteilten als Patienten, die im Rahmen der herkömmlichen

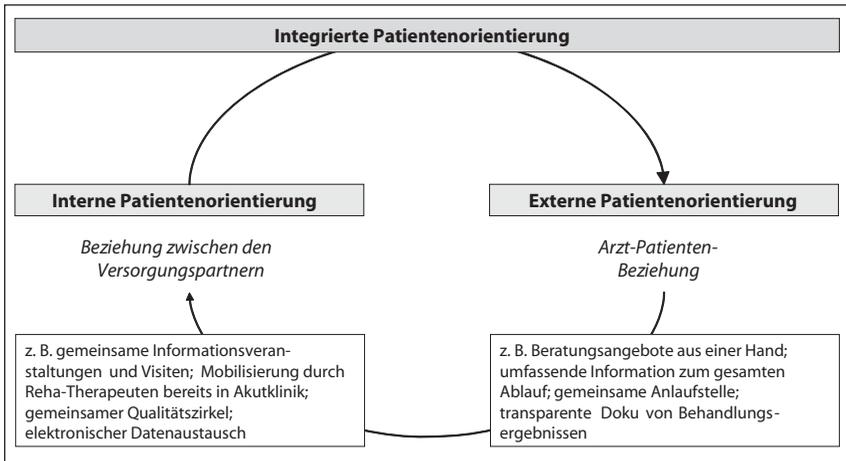


Abb. 8-1: Modell der Integrierten Patientenorientierung in Anlehnung an Körner (2009)

Regelversorgung behandelt wurden. Im deutschen Sprachraum liegen unseres Wissens bislang allerdings keine Studien zu IV-Modellen bei Hüft- und Kniegelenkersatz vor, die den langfristigen funktionalen Verlauf untersuchten. Mit dem folgenden Kapitel 8 möchten wir diese Lücke schließen und die Ergebnisse der kontrollierten Multicenter-Studie vorstellen, die die Wirksamkeit des Modells überprüfte.

8.1 Methoden

8.1.1 Studiendesign und Einschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Rentnerinnen und Rentner, die eine Endoprothese aufgrund einer Gon- oder Koxarthrose (ICD-10: M16 bzw. M17) erhielten und bei der AOK Niedersachsen, der DAK oder der TK krankenversichert waren. Die Implantation der Endoprothese wurde in 11 Kliniken des Großraums Hannover durchgeführt, die anschließende Rehabilitation in der Klinik Niedersachsen in Bad Nenndorf. Teilnehmer der Interventionsgruppe (IG) wurden im Rahmen einer Integrierten Versorgung behandelt. Der Gelenkersatz wurde bei diesen Patienten in einer der 3 Kliniken des Annastifts durchgeführt, die im Rahmen des beschriebenen Versorgungsmodells mit der Rehabilitationsklinik kooperierten. Die anderen 8 Kliniken überwiesen

ihre Patienten im Rahmen einer herkömmlichen Anschlussrehabilitation in die Rehabilitationsklinik. Diese Patienten bildeten die Kontrollgruppe (KG).

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer wurde durch zwei Studienassistenten übernommen und erfolgte bei Teilnehmern der IG wegen der stärker vernetzten Behandlung bereits bei der Erstberatung im Akutkrankenhaus, während Teilnehmer der KG erst bei Rehabilitationsbeginn über die Studie informiert und um Einwilligung gebeten wurden. Die Daten wurden für beide Gruppen einheitlich mittels schriftlicher Befragung zu Rehabilitationsbeginn (T1), zu Rehabilitationsende (T2) sowie nach 4 Monaten (T3) und einem Jahr (T4) erhoben.

8.1.2 *Primäre Zielkriterien*

Das primäre Zielkriterium bildeten die mit der deutschen Version des Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC) erfassten funktionalen Beschwerden (Stucki et al. 1996; Stucki et al. 1998). Der WOMAC ist ein erprobter Patientenfragebogen zur Erfassung physischer Funktionseinschränkungen. Die Validierungsstudien zur deutschen Übersetzung bestätigten hohe interne Konsistenzen der drei Subskalen (Schmerz, Steifigkeit und Funktion) sowie der Gesamtskala, eine zufriedenstellende Test-Retest-Reliabilität, eine gute konvergente und diskriminante Validität sowie eine gute Änderungssensitivität (Stucki et al. 1996; Stucki et al. 1998).

8.1.3 *Sekundäre Zielkriterien*

Als sekundäre Zielkriterien wurden die Behandlungszufriedenheit und verschiedene Indikatoren gesundheitsbezogener Lebensqualität erfasst. Die Behandlungszufriedenheit wurde über 7 siebenstufige Items erhoben, die z.B. nach der Zufriedenheit mit der Information über den gesamten Behandlungsablauf oder der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Rehabilitationsklinik fragten. Selbstwirksamkeitserwartungen hinsichtlich der Bewältigung der krankheitsbedingten Beschwerden wurden mit der Selbstwirksamkeitsskala von Lorig et al. (2001) erfasst. Zur Bewertung der allgemeinen Gesundheit wurde die entsprechende 5-Item-Skala des SF-36 eingesetzt (Bullinger und Kirchberger 1998). Die Erfassung der körperlichen Aktivitäten wurde über 6 Items realisiert, die nach der Häufigkeit verschiedener Aktivitäten (z.B. Radfahren oder Wandern) fragten und an-

schließend zu einem Gesamtindex mit Werten von 0 bis 30 aggregiert wurden. Weitere Items erhoben die Häufigkeit der Einnahme von Schmerzmedikamenten und die Häufigkeit von Arztbesuchen sowie die Häufigkeit in Anspruch genommener ambulanter Leistungen wie Krankengymnastik oder Massagen.

8.1.4 Statistische Analysen

Für die Überprüfung des primären Zielkriteriums zu den vier Messzeitpunkten fanden Methoden der Veränderungsmessung Anwendung (Rabe-Hesketh und Everitt 2004; Rabe-Hesketh und Skondral 2005; Rabe-Hesketh et al. 2004). Als Modelle wurden hierarchische Mehrebenenmodelle (HMM) mit drei Ebenen (Messung, Patient, Klinik) geschätzt. Die Zeit wurde dabei als kategoriale Variable berücksichtigt. Treatmenteffekte, d. h. unterschiedliche Verläufe für IG und KG, wurden in diesen Modellen durch multiplikative Interaktionsterme von Treatment und dem Zeitindikator geschätzt. Als Kontrollvariablen wurden a priori die vermutete unterschiedliche Liegedauer im Krankenhaus und die Indikation (Hüfte/Knie) bestimmt. Zudem wurden die nach Überprüfung der Ausgangsbedingungen identifizierten Unterschiede hinsichtlich Bildung, Erstgelenkersatz und präoperativer Krankenhausaufenthalte ebenfalls in den Modellschätzungen berücksichtigt, um bereinigte Treatmenteffekte schätzen zu können und eine Überschätzung der Effekte zu vermeiden (Bortz 1999).

Zur Überprüfung der sekundären Zielkriterien wurden hierarchische Mehrebenenmodelle mit zwei Ebenen (Patient, Klinik) geschätzt und der Ausgangswert ggf. als Kovariate berücksichtigt.

Für die Berechnung der Effektstärke der Zwischengruppeneffekte (d_{inter}) wurden die Parameterschätzer der Interaktionsterme (primäres Zielkriterium) bzw. des Gruppeneffektes (sekundäre Zielkriterien) herangezogen (Searle et al. 1980) und an der gepoolten Standardabweichung der beobachteten Messwerte standardisiert (Lipsey und Wilson 2001). Der besseren Vergleichbarkeit wegen wurden Odds Ratios mittels Logit-Transformation ebenfalls in standardisierte Mittelwertdifferenzen überführt (Lipsey und Wilson 2001; Sanchez-Meca et al. 2003). Die Höhe der berechneten Effekte wurde entsprechend der von Cohen (1977) vorgeschlagenen Konventionen interpretiert: kleine Effekte ab $d = 0,2$, mittlere Effekte ab $d = 0,5$ und hohe Effekte ab $d = 0,8$. Für die Berechnung von Innergruppeneffekten (d_{intra}) zur Beschreibung der innerhalb einer Gruppe erreichten Veränderung wurde die Mittelwertdifferenz von Prä- und Postmessung an der Prä-Streuung relativiert.

8.2 Ergebnisse

8.2.1 Stichprobe

Zwischen Februar 2007 und Juni 2008 wurden 624 Patienten, auf die die beschriebenen Einschlusskriterien zutrafen, über die Studie aufgeklärt (IG: n = 340; KG: n = 284) (Abb. 8-2). Bei 29 Patienten, für die die Studienaufklärung im Rahmen der IV-Erstberatung erfolgte, wurde der zunächst geplante Operationstermin verschoben oder ausgesetzt, sodass sich die Bruttostichprobe der IG auf 311 Patienten reduzierte. 481 Patienten (80,8 %) bearbeiteten den Fragebogen der Ersterhebung zu Rehabilitationsbeginn (IG: n = 249; KG: n = 232). Der Rücklauf zu Rehabilitationsende betrug 85,9 % (n = 413), nach 4 Monaten 89,4 % (n = 430) und nach einem Jahr 85,9 % (n = 413).

69,2 % der Studienteilnehmer waren Frauen. Das mittlere Alter lag bei 72,4 Jahren (SD = 7,0). Die durchgeführten Gelenkersatzoperationen betrafen Knie (49,7 %) und Hüfte (50,3 %) gleichermaßen. Teilnehmer der IG hatten etwas geringere präoperative Beschwerden (geringere Anzahl präoperativer Krankenhaustage, häufiger Erstgelenkersatz) und ein höheres Bildungsniveau. Hinsichtlich der Vielzahl anderer Parameter, insbesondere Alter, Geschlecht und Komorbidität (Sangha et al. 2003) waren beide Stichproben strukturell gleich (Tab. 8-1).

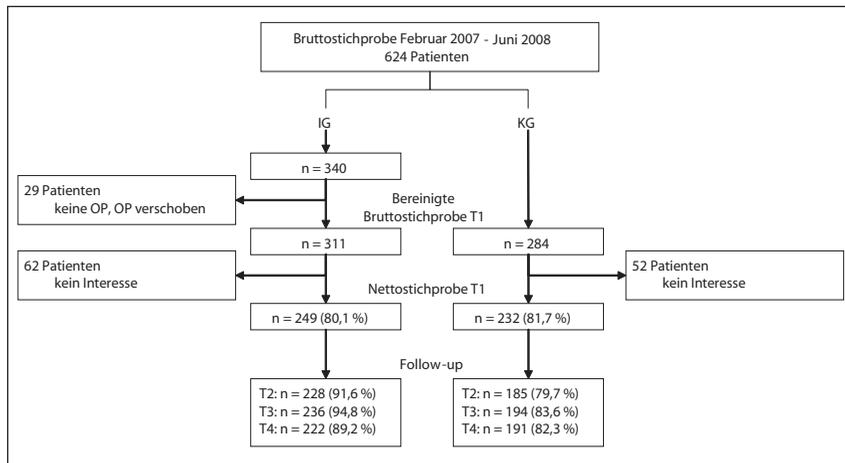


Abb. 8-2: Flussdiagramm ein- und ausgeschlossener Patienten

Tab. 8-1: Stichprobe

	IV (n = 249)	AR (n = 232)	Gesamt (n = 481)
Alter, MW (SD)	72,2 (6,7)	72,7 (7,3)	72,4 (7,0)
Geschlecht: weiblich, %	67,5	71,1	69,2
Indikation: Hüfte [#] , %	53,4	47,0	50,3
Bildung: mind. Realschule* (23), %	35,3	17,7	26,9*
Erstgelenkersatz* (5), %	75,0	56,6	66,2*
Schmerzmittel vor der OP: keine (5), %	16,5	16,3	16,4
Schmerzmittel bei Rehabeginn: keine (6), %	22,7	18,9	20,8
KH-Aufenthalte in Tagen präopera- tiv*: > 10 Tage, %	12,9	22,0	17,3
SCQ Komorbiditätsindex: Probleme, MW (SD)	2,9 (1,7)	3,0 (2,0)	3,0 (1,8)
SCQ Komorbiditätsindex: Behand- lung, MW (SD)	2,0 (1,6)	1,9 (1,7)	1,9 (1,7)
SCQ Komorbiditätsindex: Beeinträch- tigung, MW (SD)	1,2 (1,4)	1,3 (1,6)	1,2 (1,5)
Selbstwirksamkeit (27), MW (SD)	6,4 (2,1)	6,4 (2,4)	6,4 (2,3)
WOMAC: Schmerzen (0 - 20) (23), MW (SD)	7,6 (4,7)	7,8 (5,2)	7,7 (4,9)
WOMAC: Steifigkeit (0 - 8) (15), MW (SD)	3,5 (2,1)	3,1 (2,1)	3,3 (2,1)
WOMAC: Funktion (0 - 68) (27), MW (SD)	31,5 (14,9)	31,1 (16,6)	31,3 (15,7)
WOMAC: Gesamt (0 - 96) (43), MW (SD)	42,7 (19,5)	42,0 (21,9)	42,4 (20,6)

WOMAC Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index; SCQ Self-Administered Comorbidity Questionnaire; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; * HMM: $p < 0,05$; [#] Unterschied war nicht signifikant (HMM: $p = 0,159$). Variable wurde in den Modellschätzungen aufgrund des Studienplans ebenfalls als Kontrollvariable berücksichtigt.

8.2.2 Behandlungsdauer

Der Behandlungsprozess von der akutstationären Aufnahme bis zur Entlassung aus der Rehabilitationsklinik verkürzte sich für Teilnehmer der IG um rund 4 Tage auf etwa 35 Tage (IG: 34,8 Tage; KG: 38,7 Tage; $b = -3,964$; $p < 0,001$). Diese Differenz entsprach einem mittlerem Effekt ($d = -0,50$). Die reduzierte Prozessdauer war einerseits auf einen verkürzten Krankenhausaufenthalt (IG: 13,2 Tage; KG: 16,0 Tage; $b = -2,796$; $p < 0,001$) und andererseits auf den Wegfall von Wartezeiten zwischen Akutphase und Rehabilitation ($b = -1,764$; $p < 0,001$) zurückzuführen. Die Rehabilitationsphase war für Teilnehmer der IG im Mittel um einen halben Tag länger (IG: 21,6 Tage; KG: 21,0 Tage; $b = 0,593$; $p = 0,059$) (Tab. 8-2).

Tab. 8-2: Behandlungsdauer

	b	95 % KI	p	d_{inter}
Akutphase	-2,796	(-4,223; -1,370)	< 0,001	-0,37
Wartezeit	-1,764	(-2,279; -1,249)	< 0,001	-0,74
Rehabilitation	0,593	(-0,024; 1,210)	0,059	0,23
Gesamt	-3,964	(-5,833; -2,094)	< 0,001	-0,50

$n = 454$; b unstandardisierter Parameterschätzer; SE Standardfehler; Hierarchische Mehrebenenmodelle unter Berücksichtigung der Klinik (Level 2: $k = 11$). Parameterschätzer sind adjustiert für Indikation, Bildung, Erstgelenkersatz und präoperative Krankenhausaufenthalte.

8.2.3 Primäre Zielkriterien

Beide Gruppen zeigten zu Rehabilitationsbeginn und Rehabilitationsende vergleichbare Werte auf dem WOMAC-Gesamtscore. Deutlich günstigere Verläufe waren hingegen nach 4 Monaten und einem Jahr erkennbar (Abb. 8-3). Obwohl sich beide Gruppen gegenüber der Ausgangsmessung zu Rehabilitationsbeginn verbesserten, bestätigten die signifikanten Interaktionsterme von Gruppe und Messzeitpunkt für die Interventionsgruppe eine um rund 7 Skalenpunkte ($b = -7,219$; $p < 0,001$) stärkere Verbesserung nach 4 Monaten und eine um rund 8 Skalenpunkte ($b = -8,070$; $p < 0,001$) günstigere Veränderung nach 12 Monaten. Die Intragruppeneffekte, die die Veränderungen innerhalb der Gruppen beschrieben, erreichten für die Teilneh-

mer der IG mit Effektstärken von $d_{\text{intra}} = 0,85$ (4 Monate) und $d_{\text{intra}} = 1,07$ (12 Monate) hohes Niveau, für die Teilnehmer der KG moderates Niveau (4 Monate: $d_{\text{intra}} = 0,40$; 12 Monate: $d_{\text{intra}} = 0,52$). Die Höhe der Zwischengruppeneffekte war mit $d_{\text{inter}} = 0,34$ (4 Monate) und $d_{\text{inter}} = 0,38$ (12 Monate) gering bis moderat. Vergleichbare Effekte wurden auch für die 3 Subskalen des WOMAC (Schmerz, Steifigkeit und Funktion) bestätigt.

Teilnehmer der IG erreichten mittel- und langfristig insbesondere auf den Subskalen Schmerz (4 Monate: $d_{\text{intra}} = 0,81$; 12 Monate: $d_{\text{intra}} = 0,96$) und Funktion (4 Monate: $d_{\text{intra}} = 0,81$; 12 Monate: $d_{\text{intra}} = 1,00$) hohe Effekte (Tab. 8-3).

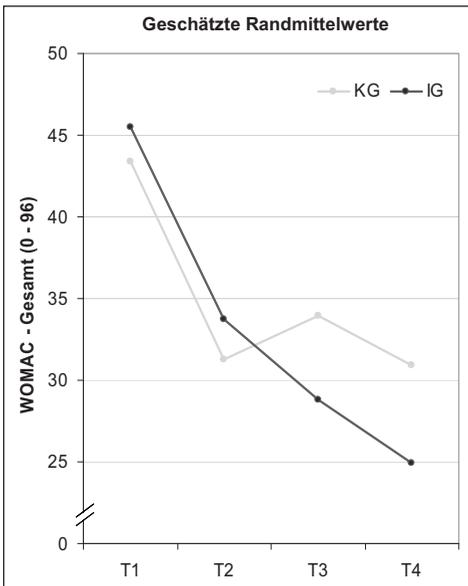


Abb. 8-3: Veränderung funktionaler Beschwerden

$i = 1576$; Hierarchisches Mehrebenenmodell unter Berücksichtigung von Person (Level 2: $n = 453$) und Klinik (Level 3: $k = 11$); Geschätzte Mittelwerte sind adjustiert für Indikation, Bildung, Erstgelenkersatz, präoperative Krankenhausaufenthalte und Dauer der Akutphase.

Tab. 8-3: Veränderung funktionaler Beschwerden (WOMAC)

	i	n	4 Monate				12 Monate					
			b	95 % KI	p	d _{intra}	d _{inter}	b	95 % KI	p	d _{intra}	d _{inter}
Gesamt (0-96)	KG	217	-7,219	(-11,184; -3,254)	< 0,001	0,40	0,34	-8,070	(-12,101; -4,039)	< 0,001	0,52	0,38
	IG	236				0,85					1,07	
Schmerz (0-20)	KG	217	-1,341	(-2,263; -0,418)	0,004	0,44	0,30	-1,125	(-2,065; -0,186)	0,019	0,61	0,26
	IG	237				0,81					0,96	
Steifigkeit (0-8)	KG	217	-0,865	(-1,315; -0,415)	< 0,001	-0,06	0,40	-1,085	(-1,540; -0,629)	< 0,001	0,19	0,53
	IG	236				0,36					0,69	
Funktion (0-68)	KG	217	-4,922	(-7,852; -1,992)	0,001	0,42	0,31	-5,724	(-8,695; -2,752)	< 0,001	0,50	0,36
	IG	237				0,81					1,00	

b unstandardisierter Parameterschätzer; SE Standardfehler; Die Indizes i und n stehen für die Anzahl der Beobachtungen und Personen. Hierarchische Mehrebenenmodelle unter Berücksichtigung von Person (Level 2: n = 453) und Klinik (Level 3: k = 11). Parameterschätzer sind adjustiert für Indikation, Bildung, Erstgelenkersatz, präoperative Krankenhausaufenthalte und Dauer der Akutpha-

se.

8.2.4 Sekundäre Zielkriterien

8.2.4.1 Behandlungszufriedenheit

Teilnehmer der IG bewerteten den Behandlungsprozess konsistent günstiger (Abb. 8-4). Sie fühlten sich besser über den gesamten Behandlungsablauf informiert ($b = 0,227$; $p = 0,037$), waren zufriedener mit dem bereitgestellten Informationsmaterial ($b = 0,400$; $p = 0,002$), der Hilfsmittelberatung ($b = 0,365$; $p = 0,001$) und der Wartezeit auf den Operationstermin ($b = 0,641$; $p < 0,001$), bewerteten die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Rehabilitationsklinik besser ($b = 0,672$; $p < 0,001$) und fühlten sich besser auf die Rehabilitation vorbereitet ($b = 0,419$; $p = 0,001$). Die Intergruppeneffekte erreichten geringes bis moderates Niveau und waren am höchsten für die mit dem Operationstermin verbundene Wartezeit ($d_{\text{inter}} = 0,59$) und die klinikübergreifende Zusammenarbeit ($d_{\text{inter}} = 0,51$) (Tab. 8-4).

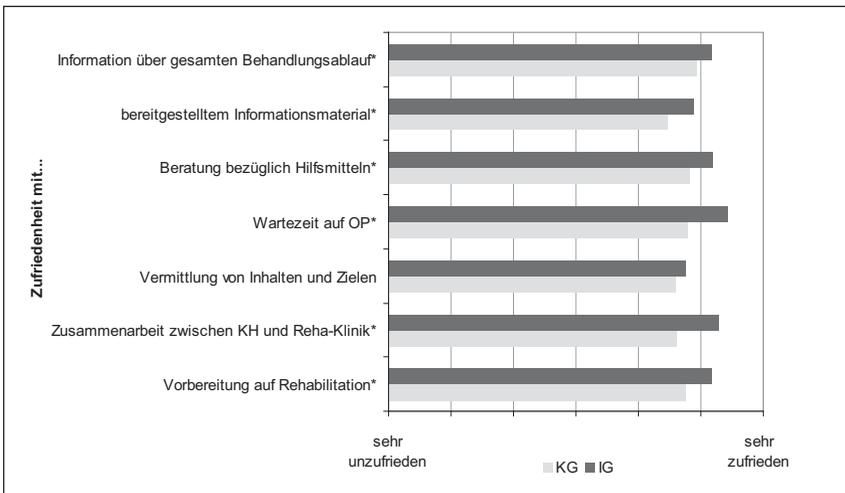


Abb. 8-4: Zufriedenheit mit Behandlungsaspekten

* $p < 0,05$; Hierarchisches Mehrebenenmodell (HMM) unter Berücksichtigung der Klinik (Level 2: $k = 11$); Geschätzte Mittelwerte sind adjustiert für Indikation, Bildung, Erstgenkersatz, präoperative Krankenhausaufenthalte und Dauer der Akutphase.

Tab. 8-4: Zufriedenheit mit Behandlungsaspekten und Lebensqualität

	n	b	95 % KI	p	d_{inter}
<i>Patientenzufriedenheit</i>					
Information über gesamte Behandlung (T1)	447	0,227	(0,014; 0,440)	0,037	0,22
Informationsmaterial (T1)	422	0,400	(0,150; 0,650)	0,002	0,34
Hilfsmittelberatung (T1)	434	0,365	(0,156; 0,575)	0,001	0,36
Wartezeit auf OP-Termin (T1)	448	0,641	(0,405; 0,877)	< 0,001	0,59
Vermittlung von Inhalten und Zielen (T1)	428	0,158	(-0,097; 0,413)	0,225	0,13
Zusammenarbeit Krankenhaus und Reha (T1)	438	0,672	(0,401; 0,943)	< 0,001	0,51
Vorbereitung auf Rehabilitation (T1)	451	0,419	(0,177; 0,661)	0,001	0,35
<i>Gesundheit</i>					
Selbstwirksamkeit (1-10) (T2)	372	-0,150	(-0,599; 0,299)	0,512	-0,07
Allgemeine Gesundheit (0-100) (T4)	378	4,418	(0,050; 8,786)	0,047	0,22
Sport (0-30) (T3)	411	1,030	(-0,078; 2,137)	0,068	0,29
Sport (0-30) (T4)	390	1,603	(0,655; 2,551)	0,001	0,40
Medikamente (T3); R: keine	387	1,106 [#]	(0,653; 1,874)	0,708	0,06
Medikamente (T4); R: keine	377	0,718 [#]	(0,450; 1,146)	0,165	-0,18
Arztbesuche (T4)	373	0,875	(-0,828; 2,577)	0,314	0,11
Ambulante Maßnahmen (T4)	377	2,100	(-1,602; 5,802)	0,266	0,12

b unstandardisierter Parameterschätzer; SE Standardfehler; [#] Odds Ratio (e^b); Hierarchische Mehrebenenmodelle unter Berücksichtigung der Klinik (Level 2: k = 11). Parameterschätzer sind adjustiert für Indikation, Bildung, Erstgelenkersatz, präoperative Krankenhausaufenthalte, Dauer der Akutphase und ggf. Ausgangswert.

8.2.4.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Bei Abschluss der Rehabilitation berichteten beide Gruppen trotz der unterschiedlichen Zufriedenheitsbewertungen vergleichbare Selbstwirksamkeitserwartungen hinsichtlich der Bewältigung krankheitsbedingter Beschwerden ($b = -0,150$; $p = 0,512$). Nach 12 Monaten allerdings wurde die subjektive Gesundheit durch die Patienten der IG im Mittel 4,4 Skalenpunkte günstiger bewertet als durch Teilnehmer der KG ($b = 4,418$; $p = 0,047$; $d_{\text{intra}} = 0,22$). Patienten der IG waren nach 4 Monaten ($b = 1,030$; $p = 0,068$) und einem Jahr zudem sportlich aktiver ($b = 1,603$; $p < 0,001$). Dies betraf insbesondere die Bereiche Ausdauersport, Gymnastik und Wandern bzw. Spazierengehen. Die Differenz von 1,6 Indexpunkten nach einem Jahr entsprach einem nahezu moderaten Effekt ($d_{\text{intra}} = 0,40$). Hinsichtlich der Medikamenteneinnahme nach 4 Monaten waren keine Unterschiede beobachtbar ($OR = 1,106$; $p = 0,708$). Das Odds Ratio für die Medikamenteneinnahme nach einem Jahr deutete zwar eine verringerte Einnahme an ($OR = 0,718$; $p = 0,165$), die Nullhypothese konnte allerdings nicht zurückgewiesen werden. Die Logit-Transformation des geschätzten Odds Ratios verwies auf einen lediglich geringen Effekt ($d_{\text{inter}} = -0,18$). Keine Unterschiede zeigten sich im Nacherhebungszeitraum hinsichtlich der Häufigkeit von Haus- und Facharztbesuchen oder bei der Inanspruchnahme ambulanter Maßnahmen (z. B. Krankengymnastik oder Massagen) (Tab. 8-4).

8.3 Diskussion

Ziel der hier vorgestellten Analysen war die Wirksamkeitsüberprüfung des zwischen beiden Vertragspartnern vereinbarten IV-Modells. Teilnehmer der IV waren durch einen etwas günstigeren soziodemografischen Hintergrund (bessere Bildung) und eine etwas geringere präoperative Krankheitslast charakterisiert (häufiger Erstgelenkersatz und geringere Anzahl präoperativer Krankenhaustage). Möglicherweise geht ein höheres Bildungsniveau mit einer höheren Informiertheit einher. Diese determiniert dann das Inanspruchnahmeverhalten zugunsten der Integrierten Versorgung und könnte damit die beobachtete Positivselektion erklären (von dem Kneesebeck et al. 2009).

Unter Kontrolle der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen konnte eine Verkürzung des Behandlungsprozesses um rund 4 Tage bei zugleich verbesserten funktionalen Ergebnissen bestätigt werden. Die langfristig erzielten Zwischengruppeneffekte erreichten geringes bis moderates Niveau. Patienten der IG bewerteten den Behandlungsprozess zudem konsistent

günstiger, schätzten ihren subjektiven Gesundheitszustand besser ein und waren sportlich aktiver. Die Verbesserungen im funktionalen Bereich bildeten sich also auch im Verhalten und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ab.

Die Interpretation der Ergebnisse muss unter Berücksichtigung der folgenden Schwächen und Stärken der Studie erfolgen.

Die Studie ist keine randomisierte Studie. Gemäß der vom Center of Evidence Based Medicine vorgeschlagenen Level of Evidence entspricht das Evidenzniveau des Befundes lediglich dem Level 2b (Glasziou et al. 2003). Der Vergleich der Ausgangsbedingungen beider Stichproben deutete eine Positivselektion zugunsten der IV-Teilnehmer an und es ist nicht auszuschließen, dass weitere relevante Strukturunterschiede zwischen beiden Stichproben existieren, die mit den eingesetzten Instrumenten nicht erfasst wurden, aber Einfluss auf den Behandlungsverlauf genommen haben.

Allerdings weist die durchgeführte Studie auch einige Stärken auf. Als große Multicenter-Studie berücksichtigte die Studie Patienten aus 11 Akutklinien. Die Rücklaufquoten von über 80 % zu allen Messzeitpunkten waren zufriedenstellend und es wurden angemessene multivariate Modelle geschätzt, um die beobachtete Stichprobenselektion statistisch zu kontrollieren. Zudem wurde die Wirksamkeitsanalyse durch eine qualitative Prozessanalyse begleitet (siehe Kapitel 6), um die Ergebnisse vertiefender zu analysieren (Mixed Methods Research) (Ewles und Simnett 1999; Giddings und Grant 2006; Rauscher und Greenfield 2009).

Vor dem Hintergrund des eingangs formulierten Modells einer Integrierten Patientenorientierung gehen wir davon aus, dass eine durch institutionsübergreifende Zusammenarbeit verbesserte interne Patientenorientierung positiv auf die externe Patientenorientierung wirkt (direkte Arzt-Patienten-Interaktion) (Körner 2009). In Kapitel 6 konnten wir zeigen, dass die Mitarbeiter die Arbeitszusammenhänge insbesondere durch einen Imagegewinn, erhöhten Arbeitsaufwand, Wissenszuwachs und eine intensivere Beziehung zwischen Behandlern und Patienten gekennzeichnet sehen. Insbesondere die beiden letztgenannten Kategorien – Wissenszuwachs und Beziehungsintensität – verdeutlichen dabei, wie strukturierte Kommunikationsprozesse Einfluss auf den unmittelbaren Patientenkontakt und damit auch die Ergebnisqualität nehmen können.

Mit dem gewählten Design lässt sich allerdings nicht klären, welche IV-Prozesselemente für die beobachtete Verbesserung der Behandlungsergebnisse notwendig oder ggf. verzichtbar sind. Der Wirksamkeitsnachweis wurde nur für den Gesamtprozess erbracht, die Bedeutung einzelner Elemente (z. B. präoperative Schulung, Frühmobilisierung oder gemeinsame Visiten) bleibt unklar. Ein aktuelles Cochrane-Review (McDonald et al. 2004) hat

beispielsweise zeigen können, dass präoperative Schulungen zwar die präoperative Angst reduzieren, aber keinen Einfluss auf postoperative Ergebnisse haben. Wir nehmen deshalb an, dass die in dieser Studie festgestellten postoperativen Effekte erst durch das Zusammenwirken verschiedener Prozessänderungen erreicht wurden. Diese Interpretation deckt sich mit Ergebnissen von Dowsey et al. (1999), die bei der Einführung standardisierter, multidisziplinärer Behandlungspfade, die von präoperativen Angeboten bis zur Rehabilitation reichten, ebenfalls verbesserte Ergebnisse erreichten (weniger Komplikationen, früheres Aufstehen, kürzere Behandlungsdauer).

9. Zusammenfassung und Ausblick

Die Prozess- und Ergebnisevaluation des hier untersuchten integrierten Versorgungsmodells wurde in der vorliegenden Studie methodisch sehr differenziert durchgeführt. Forschungsmethodisch wurde dazu ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, der qualitative und quantitative Forschungsergebnisse gezielt aufeinander bezog. Wir vertreten dabei die Auffassung, dass gerade der innovative Charakter der Integrierten Versorgung solch einen komplexen forschungsmethodischen Zugang erforderte. Die Ergebnisse lieferten dabei neben Aussagen zur Effektivität des hier untersuchten Versorgungsmodells zugleich auch Einblicke in die vielschichtigen kommunikativ-interaktiven und organisatorisch-strukturellen Prozesse, die das Versorgungsmodell kennzeichnen.

Zunächst jedoch sollen an dieser Stelle noch einmal die zentralen quantitativen Befunde zusammengetragen werden, die für eine verbesserte Patientenorientierung und eine höhere Ergebnisqualität des IV-Modells sprechen. Das in Kapitel 4 beschriebene Discrete Choice Experiment konnte zeigen, dass die Patienten von den im Experiment berücksichtigten IV-Elementen einen höheren Nutzen erwarteten als von der herkömmlichen Versorgung. Insbesondere wurde mit dem durchgeführten DCE ein erster methodisch hochwertiger Versuch unternommen, diesen antizipierten Nutzen auch monetär zu quantifizieren. Deutlich wurde dabei, dass Patienten vor allem der engen Zusammenarbeit und der Nachsorge eine besondere Bedeutung beimaßen und für diese Innovationen Zuzahlungen als angemessen erachteten (8 € für eine standardisierte Nachsorge; 25 € für eine engere Zusammenarbeit). Die Ergebnisse des DCE liefern somit erste Evidenz dafür, dass die Umsetzung einer engeren Zusammenarbeit und einer standardisierten Nachsorge tatsächlich den Bedürfnissen der Patienten entgegenkommt und damit die Patientenorientierung der Versorgung stärkt.

Mit der kontrollierten Studie wiederum konnten wir die höhere Wirksamkeit des IV-Modells gegenüber der herkömmlichen Versorgung nachweisen (Kapitel 8). Unter Kontrolle der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen bestätigten wir eine Verkürzung des Behandlungsprozesses um rund vier Tage bei zugleich verbesserten funktionalen Ergebnissen. Die langfristig erzielten Zwischengruppeneffekte hinsichtlich der funktionalen Be-

handlungsergebnisse erreichten geringes bis moderates Niveau. Patienten der IG bewerteten den Behandlungsprozess zudem konsistent günstiger, schätzten ihren subjektiven Gesundheitszustand besser ein und waren sportlich aktiver. Die Verbesserungen im funktionalen Bereich bildeten sich also auch im Verhalten und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ab. Welche Faktoren aber haben die gelungene Umsetzung des hier untersuchten IV-Modells begünstigt? Veröffentlichungen, die sich differenziert mit den qualitativen Aspekten von IV-Behandlungsprozessen, insbesondere den Voraussetzungen und Bedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung der Kooperations-elemente befassen, sind nach wie vor selten. Gleichzeitig aber wird verstärkt die Transparenz sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen hinterfragt (Pfaff 2003; Wiethage et al. 2009). Auf Grund des bisher noch wenig erforschten Untersuchungsgegenstandes wurde deshalb die Wirksamkeitsstudie durch einen qualitativen Ansatz ergänzt. Die Kombination unterschiedlicher Methoden (teilnehmende Beobachtung, Dokumentenanalysen, Experteninterviews) stellte in diesem Zusammenhang eine optimale und bislang einmalige Form dar, der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes gerecht zu werden. Zusammenfassend kann bilanziert werden, dass die gemeinsam definierten IV-Instrumente die im Alltag bislang gängigen Schnittstellenprobleme des Überleitungsmanagements (z.B. Doppeluntersuchungen, unvollständige Patientenakten, Wartezeiten, zu späte Frühmobilisierung) lösen konnten. Es wurde deutlich, dass die Ausgestaltung der Kooperationsbeziehung in beiden Kliniken zentrale Arbeitsbereiche neu strukturierte und an Mitarbeiter aller Handlungsebenen zahlreiche Herausforderungen stellte. Dass interinstitutionelle Kommunikation dabei grundlegend ist, aber eben auch fehleranfällig, wurde exemplarisch am Weg des Visitenprotokolls gezeigt. Für den Patienten dürfte allerdings am wichtigsten sein, dass die Neugestaltung der Kommunikation tatsächlich zu einer deutlich verbesserten Kommunikation geführt hat – nachweislich gesichert durch die umfangreicheren Patientenakten – und der Patient für die Behandler schon bei der Aufnahme kein Unbekannter mehr war.

Aus den Experteninterviews ließen sich darüber hinaus vier Merkmale generieren, die das IV-Modell kennzeichneten: Imagegewinn, Wissenszuwachs, vertiefte Beziehungsintensität sowie Arbeitszuwachs/-entlastungen. Insbesondere der Wissenszuwachs und die vertiefte Beziehungsintensität verdeutlichen dabei, wie eine verbesserte interinstitutionelle Kommunikation und ein gelungenes Schnittstellenmanagement Einfluss auf den unmittelbaren Patientenkontakt nehmen und damit letztlich auch auf die Behandlungsqualität wirken können.

Für die Weiterentwicklung des Modells dürfte aber am wichtigsten sein, dass sich trotz der gesicherten Behandlungsqualität und der nachgewiesenen Überlegenheit gegenüber der herkömmlichen Versorgung zukünftige Entwicklungsschwerpunkte identifizieren ließen.

Insbesondere die in Kapitel 7 dargestellten Ergebnisse haben gezeigt, dass ungeachtet der überwiegend positiven Behandlungsergebnisse nicht alle Patienten gleichermaßen von der Behandlung profitierten. Bei Hüftpatienten gingen Annahmen zu einer längeren Krankheitsdauer mit einem ungünstigeren Verlauf einher, während hohe Behandlungserwartungen einen günstigeren Verlauf vorhersagten. Der Behandlungsverlauf von Kniepatienten wiederum wurde v. a. durch die Sorgen, die sich die Patienten machten, moderiert. So hatten Patienten mit höheren Sorgen langfristig geringere Werte auf dem AKSS als Patienten mit geringen Sorgen. Die Ergebnisse deuten also an, dass subjektive Krankheitstheorien für den Genesungsverlauf nach Hüft- und Kniegelenkersatz prognostisch bedeutsam sind. Diese Krankheitskonzepte der Patienten sollten deshalb im Rahmen der ärztlichen Anamnese erfragt und besprochen werden. Im Rahmen der IV könnte bei maladaptiven Krankheitsüberzeugungen zudem die Möglichkeit genutzt werden, während der nachfolgenden Rehabilitation Patientenschulungen anzubieten, die auf die Veränderung dieser Überzeugungen gerichtet sind.

Kritisch bleibt sicher auch, dass die intensivierete Information von den Patienten zwar wahrgenommen wurde und auch mit einem subjektiven Gefühl der Informiertheit einherging, dieses Wissen von den Patienten aber nicht reproduziert werden konnte (Kapitel 4). Als zukünftige Herausforderung stellt sich damit die Aufgabe, die Informationsvermittlung nachhaltiger zu gestalten. Die Forschung hinsichtlich differenzierter und effektiver Informationsvermittlung und -präsentation steht allerdings noch am Anfang (Hawley et al. 2008; Timmermans et al. 2008). Konsens besteht darüber, dass der Patient nur dann als aktiver Partner im Behandlungsprozess gewonnen werden kann, wenn Gespräche und Informationsmaterialien zuverlässige Informationen vermitteln und diese in einer für den Patienten nützlichen und akzeptablen Form präsentiert werden. Auf die Notwendigkeit, die einzelnen Informationsbausteine, wie die IV-Beratung, die Informationsveranstaltung, die Patientenpässe sowie die vielfältigen zusätzlichen Einzeldokumente, diesbezüglich erneut kritisch zu sichten, wurde in Kapitel 6 bereits hingewiesen. Aktuelle Beiträge haben zudem auf die Chancen einer computerunterstützten Informationsvermittlung hingewiesen (Bastian 2008; Pellise und Sell 2009). Die Bedeutung des Internets wird hier ohne Frage zunehmen und zwar auch für die bei Hüft- und Kniegelenkersatz typischen älteren Jahrgänge. Eine angemessene und möglichst

gemeinsame Internetpräsentation des IV-Modells durch beide Kooperationspartner, die über eine Kurzbeschreibung hinausgeht, steht bislang aber noch aus.

Für die institutionsübergreifende Kommunikation schließlich dürfte der nächste Entwicklungsschritt die elektronische Vernetzung beider Kliniken sein. Der Aufbau eines gemeinsamen Datenmanagements stellt zwar kurzfristig eine erhebliche organisatorische und finanzielle Herausforderung dar, wird aber langfristig durch gemeinsame Verwaltung und Archivierung materielle und personelle Ressourcen schonen. Komplizierte organisatorische und administrative Abläufe, wie der Weg des Visitenprotokolls, könnten so vereinfacht und optimaler gestaltet werden. Auf der unmittelbaren Behandlungsebene wiederum wären insbesondere radiologische Befunde für beide Behandlungsteams unmittelbar verfügbar und könnten bei im Laufe der Behandlung auftretenden Komplikationen zeitnah aktualisiert und ausgetauscht werden.

Die Umsetzung des IV-Modells war für die beiden Klinikpartner und ihre Mitarbeiter eine erhebliche Herausforderung, die aber gerade aufgrund dieses Anforderungscharakters zu einer nachhaltigen Verbesserung von Koordination und Kommunikation an der Schnittstelle zwischen akutstationärer Versorgung und Rehabilitation geführt hat. Die Ergebnisse legen nahe, dass höhere Patientenzufriedenheit und bessere Versorgungsqualität in der Endprothetik nicht nur durch verbesserte Medizinprodukte, sondern auch durch innovative Kommunikations- und Organisationsstrukturen und eine damit einhergehende verbesserte Prozessqualität erreichbar sind.

Literatur

- Amelung V, Janus K (2006). Modelle der Integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik. In: Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart, Schattauer: 13-26
- Amelung V, Lägél R (2008). Neue Versorgungsformen – Eine Idee setzt sich durch. Integrationsansätze im Lichte unterschiedlicher Perspektiven. In: Amelung V, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Seiler R, Lägél R, Weatherley J (Hrsg.), Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. Berlin, MWV 35-75
- Amelung VE, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Seiler R, Weatherly JN (2006). Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. Berlin, MWV
- Aristides M, Weston AR, FitzGerald P, Le Reun C, Maniadas N (2004). Patient preference and willingness-to-pay for Humalog Mix25 relative to Humulin 30/70: a multicountry application of a discrete choice experiment. *Value Health* 7 (4): 442-454
- Bandura A (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84 (2): 191-215
- Bandura A (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 37 (2): 122-147
- Bastian H (2008). Health literacy and patient information: developing the methodology for a national evidence-based health website. *Patient Educ Couns* 73 (3): 551-556
- Bethge M (2006). Effizienz und Gerechtigkeit im System der Rehabilitation. Conjoint-Analyse von Entscheidungspräferenzen bei der Verteilung von Rehabilitationsleistungen. Aachen, Shaker
- Bethge M (2009). Patientenpräferenzen und Wartebereitschaft für eine medizinisch-beruflich orientierte orthopädische Rehabilitation: ein Discrete Choice Experiment. *Gesundheitswesen* 71 (3): 152-160
- Bieber C, Ringel N, Eich W (2007). Partizipative Entscheidungsfindung und ihre Umsetzung im Gesundheitswesen. Vom Patienten gewünscht, von der Politik gefordert. *klinika* 36 (1): 21-25
- Bortz J (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Springer
- Botha-Scheepers S, Riyazi N, Kroon HM, Scharloo M, Houwing-Duistermaat JJ, Slagboom E, Rosendaal FR, Breedveld FC, Kloppenburg M (2006). Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying ef-

- fects of illness perceptions and mental health. *Osteoarthritis Cartilage* 14 (11): 1104-1110
- Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J (2006). The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 60 (6): 631-637
- Bryant MJ, Kernohan WG, Nixon JR, Mollan RA (1993). A statistical analysis of hip scores. *J Bone Joint Surg Br* 75 (5): 705-709
- Büchi M, Bachmann LM, Fischer JE, Peltenburg M, Steurer. J (2000). Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. *Schweizerische Ärztezeitung* 81 (49): 2776-2780
- Bullinger M, Kirchberger I (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen, Hogrefe
- Bunch DS, Louviere JJ, Anderson DA (1996). A comparison of experimental design strategies for choice-based conjoint analysis with generic-attribute multinomial logit models. Working paper. Davis, Graduate School of Management, University of California
- Carlisle AC, John AM, Fife-Schaw C, Lloyd M (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *Br J Health Psychol* 10 (Pt 4): 571-587
- Coast J, Flynn T, Sutton E, Al-Janabi H, Vosper J, Lavender S, Louviere J, Peters T (2008). Investigating Choice Experiments for Preferences of Older People (ICE-POP): evaluative spaces in health economics. *J Health Serv Res Policy* 13 Suppl 3: 31-37
- Cohen J (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York, Academic Press
- Coulter A, Magee H (Hrsg.) (2003). *The European patient of the future*. Maidenhead, Open University
- Daltroy LH, Morlino CI, Eaton HM, Poss R, Liang MH (1998). Preoperative education for total hip and knee replacement patients. *Arthritis Care and Research* 11: 469-478
- de Bekker-Grob EW, Essink-Bot ML, Meerding WJ, Pols HA, Koes BW, Steyerberg EW (2008). Patients' preferences for osteoporosis drug treatment: a discrete choice experiment. *Osteoporos Int* 19 (7): 1029-1037
- Diener A, O'Brien B, Gafni A (1998). Health care contingent valuation studies: a review and classification of the literature. *Health Econ* 7 (4): 313-326
- Doering TJ, Steuernagel B, Niederstadt C, Konitzer M, Goesmann C, Fischer GC (2001). Patientenpartizipation im medizinischen Entscheidungsprozeß. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 12: 29-30
- Dolderer M, Güldensupp H, Amelung VE (2007). Das Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster. In: Weatherly JN, Seiler R, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Läger R, Amelung VE (Hrsg.), *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren*. Berlin, MWV: 73-82
- Dowsey MM, Kilgour ML, Santamaria NM, Choong PF (1999). Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study. *Med J Aust* 170 (2): 59-62

- Eikötter T, Greiner W (2008). Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität in der integrierten Versorgung. *Gesundh ökon Qual manag* 13 (1): 25-31
- Ethgen O, Bruyere O, Richy F, Dardennes C, Reginster JY (2004). Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature. *J Bone Joint Surg Am* 86-A (5): 963-974
- Ewles L, Simnett I (1999). *Promoting Health: A Practical Guide*. Edinburgh, Balliere Trindall
- Flick U (1999). *Qualitative Forschung. Forschung, Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Hamburg, rowohlt
- Flick U (2004). *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden, VS
- Förster C, Taubert S (2006). Subjektive Krankheitstheorien und Selbstregulation von Tumorpatienten. *Z Med Psychol* 15 (3): 117-127
- Frank D (2005). Integrierte Versorgung – aktuelle Situation. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 143 (3): 271-274
- French DP, Lewin RJ, Watson N, Thompson DR (2005). Do illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation and quality of life following myocardial infarction? *J Psychosom Res* 59 (5): 315-322
- Fuchs H (2004). Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und integrierten Versorgung. *Rehabilitation* 43 (5): 325-334
- Garfinkel H (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall
- Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, Rosemann T, Raspe H, Cornejo GMD, Beyer M, Härter M, Müller UA, Angermann CE, Gerlach FM, Wagner E (2006). Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärvorsorgung. *Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes* 100: 365-374
- Georg A (2005). Kooperationsnetze in der Gesundheitswirtschaft. In: Becker T, Damer I, Howaldt J, Killich S, Loose A (Hrsg.), *Netzwerkmanagement. Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg*. Heidelberg, Springer: 107-118
- Giddings LS, Grant BM (2006). Mixed methods research for the novice researcher. *Contemp Nurse* 23 (1): 3-11
- Gläser J, Laudel G (2006). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden, VS
- Glasziou P, Del Mar C, Salisbury J (2003). *Evidence-based Medicine Workbook*. London, BMJ Books
- Glattacker M, Bengel J, Jäckel WH (2009). Die deutschsprachige Version des Illness Perception Questionnaire-Revised. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 17 (4): 158-169
- Greitemann B (2009). Rehabilitation nach Endoprothetik. In: Krukemeyer MG, Möllenhoff G (Hrsg.), *Endoprothetik*. Berlin, de Gruyter: 207-230
- Greuel M, Mennemann H (2006). *Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung*. München, Ernst Reinhardt
- Groarke A, Curtis R, Coughlan R, Gsel A (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Psychology & Health, Routledge*. 20: 597-613

- Grothaus F-J (2009). Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - 2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung. URL: <http://www.bqs-register140d.de/> (24.11.2009)
- Grüner S, Haas H (2007). Integrierte Versorgung – Halten IV-Verträge, was sie versprechen? *Z Orthop Unfall* 145 (5): 546-549
- Güssow J, Schumann A, Braun G (2007). Integrierte Versorgung nach Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) 2007. In: von Doelf P, Goldschmidt J, A G (Hrsg.), *Management Handbuch DRGs*. Bonn, Economica C3510
- Hahne K (2005). Neue Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem GMG. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 10: 111-116
- Hampson SE, Glasgow RE, Zeiss AM (1994). Personal models of osteoarthritis and their relation to self-management activities and quality of life. *J Behav Med* 17 (2): 143-158
- Harris WH (1969). Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am* 51 (4): 737-755
- Hawley ST, Zikmund-Fisher B, Ubel P, Jancovic A, Lucas T, Fagerlin A (2008). The impact of the format of graphical presentation on health-related knowledge and treatment choices. *Patient Educ Couns* 73 (3): 448-455
- Hensgen D (2006). Integrierte medizinische Versorgung – Grundlegender Paradigmenwechsel. *Clin Res Cardiol* 95 Suppl 2: II 8-10
- Hjelmgren J, Anell A (2007). Population preferences and choice of primary care models: a discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy* 83 (2-3): 314-322
- Hole A (2006). A comparison of approaches estimate confidence intervals for willingness to pay measures, *CHE Research Paper* 8
- Hopf C (2005). *Qualitative Interviews - Ein Überblick*. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg, rowohlt: 349-359
- Horne R, Buick D, Fisher M, Leake H, Cooper V, Weinman J (2004). Doubts about necessity and concerns about adverse effects: identifying the types of beliefs that are associated with non-adherence to HAART. *Int J STD AIDS* 15 (1): 38-44
- Inall JN, Dorr LD, Scott RD, Scott WN (1989). Rationale of the Knee Society clinical rating system. *Clin Orthop Relat Res* (248): 13-14
- Jacobs K, Schulze S (2004). *Wettbewerbsperspektiven Integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Baden-Baden, Nomos
- Janus K, Amelung VE (2004). *Integrierte Versorgungssysteme in Kalifornien - Erfolgs- und Misserfolgskriterien der ersten 10 Jahre und Impulse für Deutschland*. Gesundheitswesen 66 (10): 649-655
- Jungermann H, Pfister H-R, Fischer K (1998). *Die Psychologie der Entscheidung. Eine Einführung*. Heidelberg, Spektrum Akademischer Verlag
- Khan F, Ng L, Gonzalez S, Hale T, Turner-Stokes L (2008). Multidisciplinary rehabilitation programme following joint replacement at the hip and knee in chronic arthropathy. *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD004957

- Kjaer T, Gyrd-Hansen D (2008). Preference heterogeneity and choice of cardiac rehabilitation program: results from a discrete choice experiment. *Health Policy* 85 (1): 124-132
- Kladny B, Albrecht C, Haase I, Swoboda B (2001). Stationäre Rehabilitation nach Hüftendoprothetik – eine Verlaufsbeobachtung mit dem Harris-Hip-Score. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 139 (6): 536-540
- Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H (2006). *Krankenhausreport 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration*. Stuttgart, Schattauer
- Körner M (2009). Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 48 (3): 160-165
- Krämer J, Grifka J (2002). *Orthopädie*. Berlin, Springer
- Kreibich DN, Vaz M, Bourne RB, Rorabeck CH, Kim P, Hardie R, Kramer J, Kirkley A (1996). What is the best way of assessing outcome after total knee replacement? *Clin Orthop Relat Res* (331): 221-225
- Kriwy P, Aumuller H (2007). Präferenzen von Patienten bei der Hausarzt- oder Krankenhaussuche. *Gesundheitswesen* 69 (8-9): 464-469
- Kuhlmann J (2004). Neue Versorgungsmöglichkeiten für Krankenhäuser durch das GMG. *Das Krankenhaus* 96: 13-18
- Lamnek S (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. Weinheim, Beltz
- Lancsar E, Louviere J (2006). Deleting 'irrational' responses from discrete choice experiments: a case of investigating or imposing preferences? *Health Econ* 15 (8): 797-811
- Lau RR, Bernard TM, Hartman KA (1989). Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychol* 8 (2): 195-219
- Lazarus RS, Folkman S (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, McGraw Hill
- Lee WC, Joshi AV, Woolford S, Sumner M, Brown M, Hadker N, Pashos CL (2008). Physicians' preferences towards coagulation factor concentrates in the treatment of Haemophilia with inhibitors: a discrete choice experiment. *Haemophilia* 14 (3): 454-465
- Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health* 13 (4): 717-733
- Liow RY, Walker K, Wajid MA, Bedi G, Lennox CM (2000). The reliability of the American Knee Society Score. *Acta Orthop Scand* 71 (6): 603-608
- Lipsey MW, Wilson DB (2001). *Practical Meta-Analysis*. Applied Social Research Methods Series 49. Thousand Oaks, Sage Publications
- Lloyd A, Penson D, Dewilde S, Kleinman L (2008). Eliciting patient preferences for hormonal therapy options in the treatment of metastatic prostate cancer. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 11 (2): 153-159
- Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract* 4 (6): 256-262
- Louviere JJ, Hensher DA, Swait JD (2000). *Stated Choice Methods*. Cambridge, University Press

- Marchetti P, Binazzi R, Vaccari V, Girolami M, Morici F, Impallomeni C, Commesatti M, Silvello L (2005). Long-term results with cementless Fitek (or Fitmore) cups. *J Arthroplasty* 20 (6): 730-737
- Mayring P (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse*. 9. Auflage. Weinheim, Beltz
- McAndrew LM, Musumeci-Szabo TJ, Mora PA, Vileikyte L, Burns E, Halm EA, Leventhal EA, Leventhal H (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process. *Br J Health Psychol* 13 (Pt 2): 195-204
- McDonald S, Hetrick S, Green S (2004). Pre-operative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD003526
- Meier U, Diener H (2007). *Integrierte Versorgung in der Neurologie. Integrierte Versorgungskonzepte und kooperative Versorgungsstrukturen*. Stuttgart, Thieme
- Meuser M, Nagel U (2005). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg.), *Das Experteninterview*. Wiesbaden, VS: 71-94
- Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health* 17 (1): 1-16
- Muche R, Rohlmann F, Buchele G, Gaus W (2002). Randomisierung in klinischen Studien in der Rehabilitationsforschung: Grundlagen und praktische Aspekte. *Rehabilitation* 41 (5): 311-319
- Mühlbacher A (2002). *Integrierte Versorgung. Management und Organisation*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Huber
- Mühlbacher A, Ackerschott S (2006). Die integrierte Versorgung. In: Wagner K, Lenz I (Hrsg.), *Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse*. Stuttgart, Kohlhammer: 17-46
- Mühlbacher A, Nübling M, Niebling W (2003). Qualitätsmanagement in Netzwerken der Integrierten Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 46 (8): 659-667
- Orbell S, Johnston M, Rowley D, Espley A, Davey P (1998). Cognitive representations of illness and functional and affective adjustment following surgery for osteoarthritis. *Soc Sci Med* 47 (1): 93-102
- Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 17 (2): 141-146
- Papanikolaou P, Lyne P, Ratcliffe J (2007). Using the discrete choice experimental design to investigate decision-making about pressure ulcer prevention by community nurses. *Health Soc Care Community* 15 (6): 588-598
- Pellise F, Sell P (2009). Patient information and education with modern media: the Spine Society of Europe Patient Line. *Eur Spine J* 18 Suppl 3: 395-401
- Peters KM, Diepenbruck E, Ingianni G (2000). Integrative Rehabilitation handverletzter Patienten – ein Modell der Vernetzung zwischen Akutklinik und Rehabilitationsklinik. *Rehabilitation* 39: 84-87
- Peters ML, Sommer M, de Rijke JM, Kessels F, Heineman E, Patijn J, Marcus MA, Vlaeyen JW, van Kleef M (2007). Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Ann Surg* 245 (3): 487-494

- Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosom Med* 64 (4): 580-586
- Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 20 (2): 163-167
- Pfaff H (2003). Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung* Bern, Hans Huber: 13 - 23
- Polzo MG, Gucciardi E, Weiland M, Masi R, Lee R, Grace SL (2006). Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type 2 diabetes. *Behav Med* 31 (4): 153-160
- Pruitt S, Epping-Jordan J, Díaz J (2002). Innovative care for chronic conditions: Building blocks for actions. *Global Report*. Genf, WHO
- Rabe-Hesketh S, Everitt BS (2004). *A Handbook of Statistical Analyses Using Stata*. Boca Raton, Chapman & Hall/CRC
- Rabe-Hesketh S, Skondral A (2005). *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata*. Lakeway Drive, Stata Press
- Rabe-Hesketh S, Skondral A, Pickles A (2004). *GLLAMM Manual*. U. C. Berkeley Division of Biostatistics Working Paper Series. Paper 160. Berkeley, University of California
- Ratcliffe J, Buxton M, McGarry T, Sheldon R, Chancellor J (2004). Patients' preferences for characteristics associated with treatments for osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)* 43 (3): 337-345
- Rauscher L, Greenfield BH (2009). Advancements in contemporary physical therapy research: use of mixed methods designs. *Phys Ther* 89 (1): 91-100
- Rijnen WH, Luttjeboer JS, Schreurs BW, Gardeniers JW (2006). Bone impaction grafting for corticosteroid-associated osteonecrosis of the knee. *J Bone Joint Surg Am* 88 Suppl 3: 62-68
- Rosenbrock R, Gerlinger T (2006). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern, Huber Hans
- Ryan M (1999). Using conjoint analysis to take account of patient preferences and go beyond health outcomes: an application to in vitro fertilisation. *Soc Sci Med* 48 (4): 535-546
- Ryan M, Major K, Skatun D (2005). Using discrete choice experiments to go beyond clinical outcomes when evaluating clinical practice. *J Eval Clin Pract* 11 (4): 328-338
- Ryan M, Scott DA, Reeves C, Bate A, van Teijlingen ER, Russell EM, Napper M, Robb CM (2001). Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques. *Health Technol Assess* 5 (5): 1-186
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994). *Sachstandsbericht. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 - Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen*. Langfassung. Baden-Baden, Nomos

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Band II. Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden, Nomos
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007. Baden-Baden, Nomos
- Sanchez-Meca J, Marin-Martinez F, Chacon-Moscoso S (2003). Effect-size indices for dichotomized outcomes in meta-analysis. *Psychol Methods* 8 (4): 448-467
- Sangha O, Stucki G, Liang MH, Fossel AH, Katz JN (2003). The Self-Administered Comorbidity Questionnaire: a new method to assess comorbidity for clinical and health services research. *Arthritis Rheum* 49 (2): 156-163
- Santaguida PL, Hawker GA, Hudak PL, Glazier R, Mahomed NN, Kreder HJ, Coyte PC, Wright JG (2008). Patient characteristics affecting the prognosis of total hip and knee joint arthroplasty: a systematic review. *Can J Surg* 51 (6): 428-436
- Schaeffer D, Ewers M (2006). Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. *Pflege & Gesellschaft* 11 (3): 197-209
- Scharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TP, van Velzen-Verkaik E, Doorn-op den Akker MM, Kaptein AA (2005). Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer. *Head Neck* 27 (10): 857-863
- Scheffer T (2002). Das Beobachten als sozialwissenschaftliche Methode – Von den Grenzen der Beobachtbarkeit und ihrer methodischen Bearbeitung. In: Schaeffer D, Müller-Mundt G (Hrsg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern, Hans Huber
- Schiaffino KM, Shawaryn MA, Blum D (1998). Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illnesses. *Health Psychol* 17 (3): 262-268
- Schnarr S, Beyer WF (2009). Sektorenübergreifende Versorgung in der Rheumatologie: Konzept und erste Erfahrungen in einem Modellprojekt. *Rehabilitation* 48 (1): 26-29
- Schreyögg J, Weinbrenner S, Busse R (2006). Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung. In: Busse R, Schreyögg J, Gericke C (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen*. Heidelberg, Springer: 106-122
- Schulz von Thun F (2008). *Miteinander reden. Band 1, Störungen und Klärungen: allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt-Taschenbuch-Verlag
- Schuth W, Kieback D (2001). Was erwarten gynäko-onkologische Patientinnen von ihrem behandelnden Arzt und welche Erfahrungen machen sie? *Geburtsh Frauenheilk* 61: 400-407
- Schwappach DL, Strasmann TJ (2006). Ambulantes Operieren: Praxis oder Krankenhaus? Eine empirische Analyse von Bevölkerungspräferenzen für die Wahl des Behandlungssettings. *Chirurg* 77 (2): 166-172
- Schwappach DL, Strasmann TJ (2007). Does location matter? A study of the public's preferences for surgical care provision. *J Eval Clin Pract* 13 (2): 259-264

- Schwiedernoch A, Özyurt EL (2004). Integrierte Versorgung. Ein Managed Care Ansatz in Deutschland. Köln, Mibeg-Institut Medizin
- Searle SR, Speed FM, Milliken GA (1980). Population Marginal Means in the Linear Model: An Alternative to Least Squares Means. *The American Statistician* 34 (4): 216-221
- Simon D, Loh A, Härter M (2008). Grundlagen der partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. *Rehabilitation* 47: 84-89
- Stöcker M (2006). Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung in der Stadtklinik Baden-Baden. In: Bühler E (Hrsg.), *Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung*. Stuttgart, Kohlhammer: 79-94
- Streibel M, Bethge M (2009). Patientenpräferenzen bei der Ausgestaltung Integrierter Versorgungsprogramme: ein Discrete Choice Experiment. *Gesundh ökon Qual manag* 14 (6): 288-295
- Streibel M, Döring J, Müller-Fahrnow W (2007a). Behandlung bei Hüft- und Kniegelenkersatz im Rahmen der Integrierten Versorgung. Berlin, Charité - Universitätsmedizin Berlin
- Streibel M, Thren K, Müller-Fahrnow W (2007b). Patientenseitige Entscheidungspräferenzen beim Zugang zur Integrierten Versorgung von Knie- und Hüftgelenkersatz. Nutzen und Begrenzungen unterschiedlicher Erhebungsmethoden. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg). Tagungsband, „Gesund älter werden – mit Prävention und Rehabilitation“, 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 26. bis 28. März 2007 in Berlin. DRV Schriften 72: 418-420
- Stucki G, Meier D, Stucki S, Michel BA, Tyndall AG, Dick W, Theiler R (1996). Evaluation einer deutschen Version des WOMAC (Western Ontario und McMaster Universities) Arthroseindex. *Z Rheumatol* 55 (1): 40-49
- Stucki G, Sangha O, Stucki S, Michel BA, Tyndall A, Dick W, Theiler R (1998). Comparison of the WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) osteoarthritis index and a self-report format of the self-administered Lequesne-Algorithmic index in patients with knee and hip osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 6 (2): 79-86
- Sun Y, Sturmer T, Gunther KP, Brenner H (1997). Reliability and validity of clinical outcome measurements of osteoarthritis of the hip and knee – a review of the literature. *Clin Rheumatol* 16 (2): 185-198
- Telser H, Zweifel P (2002). Measuring willingness-to-pay for risk reduction: an application of conjoint analysis. *Health Econ* 11 (2): 129-139
- Teschler H (2005). Integrierte Versorgung in der Pneumologie. *Pneumologie* 59: 201-203
- Timmermans DR, Ockhuysen-Vermeij CF, Henneman L (2008). Presenting health risk information in different formats: the effect on participants' cognitive and emotional evaluation and decisions. *Patient Educ Couns* 73 (3): 443-447
- Treharne GJ, Kitas GD, Lyons AC, Booth DA (2005). Well-being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. *J Health Psychol* 10 (3): 457-474

- Turner D, Tarrant C, Windridge K, Bryan S, Boulton M, Freeman G, Baker R (2007). Do patients value continuity of care in general practice? An investigation using stated preference discrete choice experiments. *J Health Serv Res Policy* 12 (3): 132-137
- van Helvoort-Postulart D, Dirksen CD, Kessels AG, van Engelshoven JM, Myriam Hunink MG (2008). A comparison between willingness to pay and willingness to give up time. *Eur J Health Econ*
- Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gotzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, Poole C, Schlesselman JJ, Egger M (2007). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Epidemiology* 18 (6): 805-835
- Viney R, Lancsar E, Louviere J (2002). Discrete Choice Experiments to Measure Consumer Preferences for Health and Healthcare. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 2 (4): 319-326
- von dem Knesebeck O, Bauer U, Geyer S, Mielck A (2009). Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung – Ein Plädoyer für systematische Forschung. *Gesundheitswesen* 71 (2): 59-62
- Weatherly JN, Seiler R, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Lägell R, Amelung VE (2007). Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Berlin, MWV
- West BT, Welch KB, Galecki AT (2006). *Linear Mixed Models: A Practical Guide Using Statistical Software*. Boca Raton, Chapman & Hall/CRC
- WHO (2003). The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium. *World Health Organ Tech Rep Ser* 919: 1-218
- Wiechmann M (2003). Chancen und Risiken von Managed Care. *Gesundheitswesen* 35: 432-437
- Wiethage J, Ommen O, Ernstmann N, Pfaff H (2009). Transparenz als Voraussetzung für Innovation in der Versorgungsforschung: Defizite am Beispiel der Evaluation von Managed-Care-Modellvorhaben. *Gesundheitswesen*: DOI 10.1055/s-0029-1239567
- Wirtz M (2004). Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und reduziert werden kann. *Rehabilitation* 43: 109-115

Angela Jankowski, Frank Gossé, Stephan Schmolke

Alterstraumatologie – Die degenerative Lumbalskoliose

Anatomie, Klinik und Therapie



108 Seiten, Preis: 15,- Euro
ISBN 978-3-89967-483-5



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich,
Tel. ++ 49 (0) 5484-308,
Fax ++ 49 (0) 5484-550,
pabst.publishers@t-online.de
www.pabst-publishers.de

Chronifizierte Rückenschmerzen haben nicht nur erheblichen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Patienten, sondern spielen auch unter sozioökonomischen Gesichtspunkten eine übergeordnete Rolle im modernen Gesundheitssystem. Bandscheiben sind frühzeitig von degenerativen Prozessen betroffen. In ihrer Folge kann es zu fortschreitender Arthrose der Wirbelgelenke, segmentaler Instabilität, Gleitwirbelbildung und Achsabweichung kommen. Diese degenerativen Veränderungen können mit erheblichen Schmerzen einhergehen.

Die degenerative Lumbalskoliose ist die Endstufe dieser Entwicklung. Sie stellt eine dreidimensionale Deformität dar und ist charakterisiert durch den Verlust der natürlichen Lendenlordose, der axialen Rotation verbunden mit Bandscheibendegeneration, degenerativer Gleitwirbelbildung und Spinalkanalstenose. Nach Ausschöpfung der konservativen Therapieoptionen bleibt als letzte Maßnahme die langstreckige Versteifungsoperation (Spondylodese).

Primäres Zielkriterium dieser Arbeit war herauszuarbeiten, inwieweit sich diese Versteifungsoperationen auf den klinischen Verlauf der Wirbelsäulendeformität auswirken und welche Faktoren das Operationsergebnis beeinflussen.

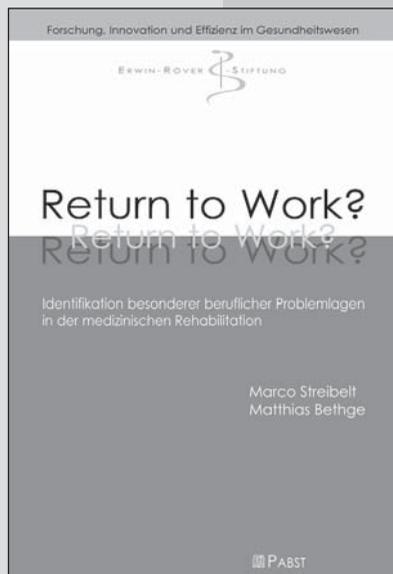
Die Patienten wurden über einen mehrjährigen Zeitraum begleitet. Charakteristisch war ein beschwerdefreier Zeitraum von durchschnittlich einem Jahr mit anschließender langsamer aber kontinuierlicher Schmerzzunahme, wobei 68% der Patienten das Operationsergebnis als gut oder zufriedenstellend beurteilten.

Die klinischen Ergebnisse korrelierten dabei nur bedingt mit den radiologischen Ergebnissen.

Marco Streibelt, Matthias Bethge

Return to Work?

Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation



204 Seiten, Preis: 20,- Euro
ISBN 978-3-89967-527-6



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich,
Tel. ++ 49 (0) 5484-308,
Fax ++ 49 (0) 5484-550,
pabst.publishers@t-online.de
www.pabst-publishers.de

Der hier vorliegende dritte Band der wissenschaftlichen Reihe "Forschung, Innovation und Effizienz im Gesundheitswesen" bündelt die Ergebnisse der Berliner Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Werner Müller-Fahnow zur beruflichen Bedarfsfeststellung in der medizinischen Rehabilitation bei Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Das Buch gliedert sich in zwei Teile. Den Schwerpunkt des ersten Teils stellt die Entwicklung und Überprüfung eines Screening-Instruments zur Feststellung des Bedarfs an berufsbezogenen Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation (SIMBO) dar. Der Entwicklung des SIMBO gingen umfangreiche Vorarbeiten voran. Ein Review der internationalen Literatur erfasste bekannte Prognosefaktoren erfolgreicher bzw. nicht erfolgreicher Rückkehr in das Arbeitsleben. Darüber hinaus trugen die Autoren in einer systematischen Recherche bestehender berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation die Kriterien zusammen, die bislang in der Praxis zur Zuweisung zu dieser Art Maßnahmen handlungsleitend waren.

Der zweite Teil befasst sich mit der klinischen Relevanz besonderer beruflicher Problemlagen (BBPL) in der stationären orthopädischen Rehabilitation am Beispiel der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) der Klinik Niedersachsen, Bad Nenndorf. Anhand der therapeutischen Dokumentation der Klinik wurden BBPL-bezogene implizite Patientengruppen, also latente bedarfshomogene therapeutische Subgruppen, identifiziert. Die Autoren zeigen anschließend, wie diese Ergebnisse in einer Weiterentwicklung des MBOR-Modells Anwendung finden könnten. Dabei konzentrieren sie sich in ihrer Darstellung (a) auf die Ausgestaltung differenzierter MBOR-Therapieangebote und (b) auf die Entwicklung eines klinikinternen Zugangsalgorithmus zu diesen MBOR-Therapieangeboten.

Insgesamt wird mit diesem Buch ein umfassender Überblick über die bisherige Forschung zu den Prädiktoren einer Rückkehr in das Arbeitsleben bei Muskel-Skelett-Erkrankungen geliefert sowie die Möglichkeiten des Transfers zentraler Ergebnisse in die Versorgungspraxis aufgezeigt.

Matthias Bethge

Patientenorientierung und Wirksamkeit einer multimodalen medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation



144 Seiten, Preis: 15,- Euro
ISBN 978-3-89967-649-5



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich,
Tel. ++ 49 (0) 5484-308,
Fax ++ 49 (0) 5484-550,
pabst.publishers@t-online.de
www.pabst-publishers.de

Mit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) ist die Erwartung verbunden, durch einen verstärkten Arbeits- und Berufsbezug die Effektivität der Rehabilitation hinsichtlich Erwerbsfähigkeit und beruflicher Teilhabe zu verbessern. Die vorliegende Arbeit setzt sich kritisch mit der dort erreichten Versorgungssituation auseinander. Ausgehend von einer systematischen Sichtung der aktuellen Literatur zu den Risikofaktoren für lang andauernde Teilhabebeeinträchtigungen bei muskuloskelettalen Erkrankungen und der verfügbaren Evidenz für die Wirksamkeit von Work-Hardening- und Functional-Restoration-Programmen wird schließlich die Notwendigkeit einer kognitiv-behavioralen und multimodalen Ausgestaltung der MBOR hergeleitet.

Mit der "Integrierten Medizinisch-Berufsorientierten Orthopädischen Rehabilitation" wurde diese Entwicklungs herausforderung im Rahmen eines multimodalen berufsorientierten Gruppenprogramms für Personen mit besonderer beruflicher Problemlage umgesetzt. Die Arbeit beschreibt in der Folge die Entwicklung und Implementierung dieses Programms und stellt die im Rahmen eines Discrete Choice Experiments und einer clusterrandomisierten Studie gewonnenen Ergebnisse zur Patientenorientierung und Wirksamkeit des Programms vor.