

Peter Jabornegg
Reinhard Resch
Otfried Seewald

Steuerung der Versorgung

SozRgespräche

2013

Beiträge zu den
Deutsch-Österreichischen
Sozialrechtsgesprächen 2013

CW Haarfeld

Steuerung der Versorgung

Herausgegeben von

O. Univ.-Prof. Dr. Peter Jabornegg

O. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Resch

Prof. Dr. Otfried Seewald

CW Haarfeld

Hürth 2014

Zitiervorschlag: Autor, in Jabornegg/Resch/Seewald, Steuerung
der Versorgung (2014) [Seite]

Steuerung der Versorgung
hrsg. von Peter Jabornegg,
Reinhard Resch und Otfried Seewald
Hürth: CW Haarfeld, 2014
ISBN 978-3-7747-1762-6

Printed in Germany

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verarbeitung sowie der Übersetzung vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© 2014 Verlag CW Haarfeld GmbH
Robert-Bosch-Straße 6, 50354 Hürth
Telefon 0800 888 5440
E-Mail: service@cw-haarfeld.de
www.cw-haarfeld.de

Vorwort

Die Versorgung von Kranken und Verletzten im Rahmen von ambulanter und stationärer Kranken- und Heilbehandlung ist in erster Linie eine Aufgabe von Ärzten, Therapeuten, Pflegern, Apothekern. Die vielfältige Tätigkeit dieser Medizinalpersonen bei Akutbehandlung, Rehabilitation sowie nachfolgender medizinischer Betreuung kann in der Weise gestaltet werden, dass sowohl die ständige Verbesserung der Versorgung in den einzelnen Sektoren des Gesundheitsgeschehens als auch die Koordinierung zwischen diesen Tätigkeitsfeldern analysiert und bei erkennbarem Bedarf so gestaltet wird, dass die in diesen Bereichen vorhandenen Erkenntnisse und Fähigkeiten optimal eingesetzt werden.

Diesem Zweck dienen Aktivitäten, die mit unterschiedlichen Bezeichnungen die Versorgung begleiten, „managen“ oder – in der Terminologie dieser Tagung – „steuern“. Dies geschieht mittlerweile in allen Bereichen, in denen die gesundheitliche Versorgung Aufgabe von Institutionen ist (Gesetzliche Krankenversicherung, Unfallversicherung und Rentenversicherung) und/oder in deren Interesse (Private Kranken-Kostenversicherung, private Unfallversicherung, Haftpflichtversicherungen) liegt. Die Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgespräche 2013 haben sich bereichsübergreifend und aus deutsch-österreichischer Perspektive mit diesem Phänomen befasst.

Die Tagung 2013 geht von der Überlegung aus, dass angesichts der Gleichartigkeit der Ziele und Probleme von „krankheits- bzw. gesundheitsbezogenem Management“ ein diesbezüglicher Gedanken- und Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren aus den verschiedenen Bereichen, die sich diesen Dingen widmen, aufschlussreich, anregend und für jeden der Beteiligten gewinnbringend sein müsste.

Nicht alle Akteure konnten bei der Tagung 2013 einbezogen werden; so ist z.B. die Rentenversicherung hinsichtlich ihrer Leistungen zur gesundheitsbezogenen Prävention und Rehabilitation nicht mit einem Beitrag vertreten. Des Weiteren sind Versicherer der privaten Kranken(kosten)versicherung und aus dem Bereich der Haftpflichtversicherung nicht direkt mit eigenen Beiträgen vertreten; allerdings werden diesbezüglich aufschlussreiche und informative Einblicke gewährt, einerseits durch Informationen aus dem Blickwinkel des Verbandes des privaten Krankenversicherungen, andererseits durch detaillierte Schilderungen von deutschen und österreichischen Unternehmen, die von den Versicherungen mit der Durchführung von „Gesundheits-Management“ beauftragt sind; diese Berichte enthalten auch Informationen über die jeweils verbindlichen Vorgaben und Regelungswerke, die bei diesen Aktivitäten maßgebend sind und aus deren Aktivitäten sich unschwer Rückschlüsse ziehen lassen auf die Überlegungen der jeweiligen Auftraggeber im Hinblick auf die Gestaltung des Versorgungsmanagements.

Somit handelt es sich bei den hier abgedruckten Beiträgen um Überlegungen, die in ihren Ansätzen aus institutionellem Blickwinkel sehr unterschiedlich sind. Dabei ist bemerkenswert, dass auch die primären Ziele entsprechender Aktivitäten unterschiedlich akzentuiert sind: Teils wird normorientiert von den einschlägigen Rechtsvorschriften des Leistungsrechts ausgegangen; teils haben die Überlegungen und die darauf aufbauende Gestaltung des Versorgungsmanagements ihren Ausgangspunkt bei den finanziellen Rahmenbedingungen eines Versicherungssystems.

Ob aus der Perspektive der Erfüllungsgehilfen der Leistungserbringer Autonomie und Kreativität, Fachwissen und auch geschäftliches Interesse geschildert werden oder ob die klassischen mit breiter Vorbildwirkung maßgebenden Aktivitäten aus dem öffentlich-rechtlichen Bereich – in Erfüllung von entsprechenden Rechtspflichten – im Interesse von Geschädigten, aber durchaus auch mit finanziellem Interessenshintergrund dargelegt werden – im Ergebnis zeigt sich, dass ein weitgehender Gleichklang der gedanklichen Ansätze zu beobachten ist. Damit ist der Weg für einen konstruktiven Austausch von Gedanken und Erfahrungen eröffnet, untereinander innerhalb der Bereiche jeweils der öffentlichen und der privaten Verwaltungen, über die Grenzen von Privaten und Öffentlichen hinweg und zudem im Vergleich der einschlägigen Aktivitäten in Deutschland und in Österreich.

Passau, im Februar 2014

O. Univ.-Prof. Dr. Peter Jabornegg

O. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Resch

Prof. Dr. Otfried Seewald

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	III
Autorenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VIII
<i>Otfried Seewald</i>	
Einführung in das Tagungsthema	1
<i>Andreas Kranig</i>	
Steuerung der Versorgung in der gesetzlichen Unfallversicherung (Deutschland)	35
<i>Kay Schumacher</i>	
Steuerung der Versorgung in der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung. Neuere Entwicklungen und praktische Beispiele	57
<i>Bernhard Albert</i>	
Steuerung der Versorgung in der gesetzlichen Unfallversicherung (Österreich)	65
<i>Monika Fröschl</i>	
Begleitung von Menschen mit chronischer Erkrankung – Vision und Wirklichkeit	73
<i>Marcus Vogel</i>	
„Rehabilitationsmanagement“ für die deutsche private Unfall- und Haftpflichtversicherung	77
<i>Martin Steidler</i>	
Steuerung der Versorgung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung	87
<i>Karl Olzinger</i>	
Steuerung der Versorgung in der österreichischen gesetzlichen Krankenversicherung	97
<i>Florian Reuther</i>	
Steuerung der Versorgung aus der Sicht der privaten Krankenversicherung	121
<i>Johannes Polak</i>	
Steuerung der Versorgung in der österreichischen privaten Krankenversicherung	129

Autorenverzeichnis

Dr. Bernhard Albert

Stellvertreter der Direktorin,
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), Landesstelle Linz
Garnisonstraße 5, A-4017 Linz
bernhard.albert@auva.at

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Monika Fröschl

Lehr- und Forschungstätigkeit sowie Patientenversorgung an der Katholischen
Stiftungsfachhochschule sowie der Technischen Universität München
monika.froeschl@ksth.de

Prof. Dr. Andreas Kranig

Sonderbeauftragter BK-Informationen, Formtexte, BIS, DGUV
(Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin) und Lehrbeauftragter Sozialrecht,
insb. Berufskrankheitenrecht, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
(Fachbereich 06 – Sozialversicherung; Campus Hennef)
Zum Steimelsberg 7, D-53773 Hennef
Andreas.Kranig@dguv.de; andreas.kranig@h-brs.de

MSc Karl Olzinger

Abteilungsleiter, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK),
Hauptstelle
Gruberstraße 77, Postfach 61, A-4021 Linz
Karl.Olzinger@ooegkk.at

MA Johannes Polak

Abteilungsleiter Reha- und Gesundheitsmanagement/Operations-, Rehabilitations-
und Gesundheitsmanagement, Europ Assistance Österreich GmbH, Wien
Kratochwilestraße 4, A-1220 Wien
johannes_polak@europ-assistance.at

Dr. Florian Reuther

Rechtsanwalt; Geschäftsführer Recht und Leiter der Rechtsabteilung,
Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Gustav-Heinemann-Ufer 74c, D-50968 Köln
Florian.reuther@pkv.de

Kay Schumacher

Beauftragter für Teilhabe, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV),
Landesverband Süd-West
c/o Verwaltungsberufsgenossenschaft Bezirksverwaltung Mainz
Isaac-Fulda-Allee 3, D-55124 Mainz
Kay.Schumacher@vbg.de

Prof. Dr. Otfried Seewald

Universitätsprofessor, Inhaber des Lehrstuhls für Staats- und Verwaltungsrecht,
insb. Sozialrecht an der Universität Passau (bis WS 2007/8), Juristische Fakultät
Innstraße 39, D-94032 Passau
Otfried.seewald@uni-passau.de

Martin Steidler

Bereichsleiter Versorgungsmanagement, AOK Bayern – Die Gesundheitskasse,
Zentrale München
Carl-Wery-Straße 28, D-81739 München
martin.steidler@by.aok.de

Marcus Vogel

Gruppenleitung, rehacare GmbH München (Gesellschaft der beruflichen
und medizinischen Rehabilitation)
Pilgersheimer Straße 20, D-81543 München
Marcus.Vogel@rehacare.net

Herausgeber

O. Univ.-Prof. Dr. Peter Jabornegg

Johannes Kepler Universität Linz
Institut für Arbeits- und Sozialrecht
Altenberger Straße 69, A-4040 Linz

O. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Resch

Johannes Kepler Universität Linz
Institut für Recht der sozialen Daseinsvorsorge
und Medizinrecht
Altenberger Straße 69, A-4040 Linz

Univ.-Prof. Dr. Otfried Seewald

Universität Passau
Juristische Fakultät
Innstraße 39, D-94032 Passau

Abkürzungsverzeichnis

ABMR	Arbeitsplatzbezogene muskuloskeletale Rehabilitation
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASR	Arbeitsplatzspezifische Rehabilitation
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AU-Management	Arbeitsunfähigkeits-Management
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BÄO	Bundesärzteordnung
BBRZ OÖ	Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum Oberösterreich
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BFI OÖ	Berufsförderungsinstitut Oberösterreich
BFW	Berufsförderungswerk
BG	Berufsgenossenschaft
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGHZ	Entscheidung des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen
BGSW	Berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung
BK	Berufskrankheit
BKV	Berufskrankheiten-Verordnung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
BMV-Z	Bundesmantelvertrag – Zahnärzte
BT-Drs	Bundestags-Drucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
CM	Case-Management
CoC	Code of Conduct
COPD	chronic obstructive pulmonary disease/ chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
DAV	stationäres Durchgangsarztverfahren
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DGUV job	Service für Personal- und Arbeitsvermittlung der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DM	Disease-Management
DMP	Disease-Management-Programm
DRG	Diagnosis Related Groups
EAP	erweiterte ambulante Physiotherapie
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFL	Evaluation funktionelle Leistungsfähigkeit
Eur Respir	European Respiratory Journal
EVA Haut	Evaluation des Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut
FCE	Functional Capacity Evaluation
G & G	Gesundheit und Gesellschaft
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GGW	Gesundheit & Gesellschaft – Wissenschaft
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
H-Arzt	An der „besonderen Heilbehandlung“ beteiligter Arzt (in der gesetzlichen Unfallversicherung)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit/International Classification of Functioning, Disability and Health (Klassifikation der WHO)
IMBA	Integration von Menschen mit Behinderung in den Arbeitsmarkt
KassKomm	Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht
KHEntG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
LASIK	Laser-in-situ-Keratomileusis (Augenoperation zur Korrektur optischer Fehlsichtigkeit)
LGKK	Leistungswesen der Gebietskrankenkassen
LVM	Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a.G.
Ls	Leitsatz
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

MB/KK	Musterbedingungen für Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
MB/PPV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegeversicherung – Bedingungsteil (Musterbedingungen)
MBO	Medizinisch-berufliche Orientierung der Rehabilitation
MC	Managed Care
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
Morbi-RSA	„morbidityorientierter Risikostrukturausgleich“ (in der gesetzlichen Krankenversicherung, vgl. § 266 SGB V)
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NJW-RR	NJW-Rechtsprechungsreport
NSM	Nahtstellenmanagement
OHG	Oberster Gerichtshof
OLG	Oberlandesgericht
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OSS	One-Stop-Service
PartGG	Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe (Partnerschaftsgesellschaftsgesetz)
pAVK	periphere Arterielle Verschlusskrankheit
PGA	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Promente OÖ	Arbeitsassistenten für psychisch belastete und arbeitssuchende Menschen
RBEG	Regelbedarf-Ermittlungsgesetz
Reha	Rehabilitation
ROQ	Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung

SAV	Schwerstverletztenartenverfahren
SDSRV	Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes
SGB IX	Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VII	Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) – Gesetzliche Unfallversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung
SOC	Sense of Coherence/Kohärenzsinn
SSV-NF	Entscheidungen des Obersten Gerichtshofs (Neue Folge, ab 1987)
SV	Sozialversicherung
TOR	tätigkeitsorientierte Rehabilitation; früher: medizinisch-berufliche Orientierung der Rehabilitation (MBO)
UMS	Unfallmedizinischer Service
UN	United Nations/Vereinte Nationen
UV	Unfallversicherung
VAG	Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)
VAV	Verletztenartenverfahren
VDBW	Verband der Deutschen Betriebs- und Werksärzte
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz)
WHO	World Health Organization/Weltgesundheits-Organisation
z.B.	zum Beispiel

Einführung in das Tagungsthema

Prof. Dr. Otfried Seewald, Passau

Vorgeschichte und Anlass der Tagung	2
I. Ausgangsüberlegungen	3
1. Versorgung	3
2. Steuerung	4
II. Überblick über das Leistungsgeschehen im Bereich der Versorgung	5
1. Denkbare „leitende Gesichtspunkte“ (Ausgangspunkte einer analytischen Betrachtung)	6
2. Gegenseitige Ergänzung verschiedener Betrachtungsweisen	6
III. Die Aktivitäten der „Leistungserbringer“ unter dem Gesichtspunkt der Steuerung	7
1. Steuerung beim Behandlungsablauf eines ambulant tätigen Arztes	7
2. Steuerung innerhalb einer Krankenhausbehandlung	18
3. Steuerung innerhalb eines definierten Rehabilitationsgeschehens	20
IV. Analyse der Steuerung der Versorgung aus dem Gesichtspunkt des gewachsenen Versorgungssystem des öffentlich-rechtlichen und des privatrechtlichen Sozialrechts	20
1. Finanzierungsverantwortung	20
2. Versicherer als Treuhänder in umfassendem Sinn	21
3. Bedeutung von Naturalleistungsprinzip und Kostenerstattungsprinzip ...	21
V. Versorgungssteuerung aus dem Blick des Krankheitsgeschehens	23
1. Klassifikationen von Krankheiten, Diagnosen, Versorgungswegen	23
2. Verbindlichkeit für alle Beteiligten des Versorgungsgeschehens	24
VI. Versorgungssteuerung aus dem Blick der sog. Qualitätssicherung	24
1. Ziele der Qualitätssicherung	24
2. Der Gegenstand der Qualitätssicherung	25
3. Die einzelnen Aspekte („Ebenen“) von Qualitätssicherung	25
4. Ergebnis	26
VII. Die Verselbstständigung der Versorgungssteuerung	26
1. Steuerung als „Hilfstätigkeit“	26
2. „Steuerung“ als eigenständiges Aufgabenfeld	26
VIII. Schlussbemerkungen	29

Vorgeschichte und Anlass der Tagung

Jede Tagung und jedes Tagungsthema haben eine Vorgeschichte, auch die Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgespräche 2013. Dazu lassen sich zwei Ausgangspunkte feststellen, nämlich ein eher persönlicher und auch ein mehr wissenschaftlich-inhaltlicher Gesichtspunkt.

Der eher persönliche Aspekt ergibt sich aus einem beruflichen Vorleben, das eine Zeit lang (in den 1980er-Jahren) bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften stattgefunden hat. Vieles war dort interessant – aber besonderen Eindruck haben die (seinerzeit noch so bezeichneten) Berufshelfer (im heutigen Sprachgebrauch: Fall- oder Case-Manager) hinterlassen, die sich nach einem Arbeitsunfall rasch am Krankenbett des Verletzten einfinden und aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung in der Lage sind, mit den behandelnden Ärzten den Fortgang der Behandlung zu besprechen unter den Gesichtspunkten der medizinischen sowie auch der beruflichen Rehabilitation. Und ebenfalls sehr bemerkenswert war, dass die Ärzte auch hinsichtlich des Heilverfahrens einer gewissen Überwachung seitens der Berufsgenossenschaft unterlagen, letztlich auf der Grundlage der RVO und später des SGB VII.

Das wissenschaftliche Interesse an dem Thema unserer Tagung ergab sich etwa 15 Jahre später, im Jahr 2000. Seinerzeit wurde über Aktivitäten der Haftpflichtversicherer aufmerksam berichtet, die unter der Bezeichnung „Rehabilitations-Management“ eine nach ihrer Auffassung „moderne Form der Personenschaden Bearbeitung“ propagierten. Dabei wurde nach den Leistungsbereichen des beruflichen, des medizinischen, des pflegerischen und des sozialen Rehabilitations-Managements unterschieden – und selbstverständlich wurden auch juristische Überlegungen hierzu angestellt; dabei ging es im Kern um Inhalt und Umfang des privatrechtlichen Schadensersatzes gemäß § 249 BGB und um die Schadensminderungspflichten des Geschädigten nach § 254 Abs. 2 BGB.¹

Im Übrigen kann man in diesem umfassenden rehabilitativen Ansatz vielleicht auch schon die Vorwirkungen des modernen und derzeitigen Rechts der Rehabilitation und Teilhabe sehen, so wie es für den Bereich des Sozialgesetzbuchs im Jahr 2001 geschaffen wurde, durch das „Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“.²

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist dann – im Jahr 2007, durch das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“³ ein allgemeiner Anspruch der versicherten Kranken auf ein „Versorgungsmanagement“ eingeführt worden durch den seinerzeit neuen Abs. 4 des § 11 SGB V.

Und ab dem 1.1.2009 gibt es für Leistungsberechtigte nach dem „Sozialgesetzbuch Elftes Buch SGB XI – Soziale Pflegeversicherung“⁴ (in diesem Gesetz sind die gesetzliche und die private Pflegeversicherung zusammengefasst) – einen Anspruch auf sog. Pflegeberatung. Dazu gehört z.B. ein „individueller Versorgungsplan ... mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen“.⁵

Die Beobachtung der Entwicklung des „Versorgungsmanagements“ sowohl in den Bereichen der öffentlich-rechtlichen Leistungsträger als auch in der privaten Kranken- und Haftpflichtversicherung einschließlich eines diesbezüglichen Angebots an Leistungserbringern legte eine Veranstaltung nahe, in der der Frage der Steuerung der Versorgung sowohl bereichsübergreifend als auch – in der Tradition der Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgespräche – länderübergreifend nachgegangen wird.

I. Ausgangsüberlegungen

Die Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgespräche 2013 befassen sich mit dem Thema der „Steuerung der Versorgung“. Dieser Titel ist im Einzelnen erklärungsbedürftig – sowohl im Hinblick auf die Frage, was unter „Steuerung“ zu verstehen ist, als auch im Hinblick auf die „Versorgung“.

1. Versorgung

Bei der Versorgung geht es um Heilbehandlung in einem denkbar weiten Sinn; somit geht es um die Gesamtheit der Bemühungen zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit sowie der Integration in die Gesellschaft.

Gedanklicher Ausgangspunkt ist somit einerseits das Krankheitsgeschehen, also die Beeinträchtigungen der Gesundheit einschließlich der Arbeitsfähigkeit. Auf der anderen Seite sind die derzeitigen medizinischen Möglichkeiten einzusetzen, die zur Behebung der festgestellten Beeinträchtigungen zur Verfügung stehen.

Diese beiden Pole des Geschehens – einerseits die diagnostischen Möglichkeiten im Hinblick auf die Beeinträchtigung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit, andererseits die therapeutischen Optionen der heutigen Medizin und der damit verbundenen Tätigkeitsfelder von Heilberufen – haben in den letzten Jahrzehnten jeweils eine erhebliche Verfeinerung erfahren. Und diese Entwicklung ist sicherlich noch nicht abgeschlossen.

Mit „Versorgung“ soll also die Summe dieser Bemühungen um die Beseitigung krankheitsbedingter Beeinträchtigungen verstanden werden – diese Begrifflichkeit findet sich z.B. auch in § 11 Abs. 4 SGB V. Das ist also ein weiteres Verständnis von „Versorgung“, als es in dem speziellen sozialrechtlichen Bereich der Kriegsoffer- und Soldaten – „Versorgung“ und der „Versorgung“ in all denjenigen Bereichen, in denen Opfer nach den Maßstäben der Kriegsofferversorgung entschädigt werden, also z.B. im Hinblick auf Impfschäden, Opfer privater Gewalttaten, Opfer von DDR-Unrecht oder auch allgemeine Häftlingshilfe und strafrechtlicher Rehabilitierung⁶, üblich ist.

Aus medizinisch-ärztlicher Sicht sind mit diesem Verständnis von Versorgung demnach die Maßnahmen der Diagnostik, der Früherkennung und Frühbehandlung, der akuten Krankheitsbehandlung im ambulanten oder stationären Bereich, der Nachbehandlung – entweder noch im Krankenhaus oder bereits in einer Einrichtung, die man allgemein dem Bereich der Rehabilitation zurechnen mag (somit der Rehabilitation im engeren Sinne) – und auch bestimmte pflegerische Leistungen miteinbezogen.

Mit dieser begrifflichen Vorstellung gelangt man zur Einbeziehung sämtlicher Aktivitäten, die sich in Staat und Gesellschaft mit der Wiederherstellung der Gesundheit befassen, z.B. zu den Bereichen der Sozialversicherung, soweit sie (auch) die medizinische Heilbehandlung und Rehabilitation beinhalten, also vor allem zur Krankenversicherung, zur gesetzlichen Unfallversicherung, zur Rentenversicherung und in gewissem Umfang auch zur Pflegeversicherung.

Einbezogen werden aber auch die Bereiche, die im Wesentlichen in privatrechtlicher Form der Krankenversorgung dienen, in erster Linie also die private Krankenversicherung und die private Pflegeversicherung.

Dass über diese Bereiche hinaus ein dezidiertes Interesse an der Steuerung der Heilbehandlung besteht, zeigt der Blick auf die private Haftpflichtversicherung und die dortigen Aktivitäten, die unter dem Titel des „Rehabilitation-Managements – die moderne Form der Personenschadenbearbeitung“⁴⁷ letztlich das gleiche Ziel verfolgen.

Gemeinsam ist diesem breiten begrifflichen Verständnis weiterhin, dass es um die Betrachtung sämtlicher Vorgänge geht, die sich gleichsam im Innenbereich des medizinischen Geschehens abspielen und von Medizinern, Ärzten im ambulanten und stationären Bereich, Pflegern, Therapeuten, Apothekern, Medizintechnikern, also vom gesamten medizinischen Personal, veranlasst oder vorgenommen werden.

2. Steuerung

Das grundsätzliche Ziel einer jeden Gesellschaft sollte es sein, die Errungenschaften der Medizin möglichst umfassend und gerecht denjenigen Personen zur Verfügung zu stellen, die darauf angewiesen sind.

In diesem Sinne lassen sich als generelle Zielsetzung von „Steuerung der Versorgung“ (im Sinne des soeben beschriebenen Verständnisses, also über die „Heilbehandlung“ im medizinisch-ärztlichen Sinne hinausgehend) die Vorstellung und die Absicht verstehen, dass eine Beeinträchtigung der Gesundheit nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse optimal behandelt wird.

Weiterhin steckt in dieser Zielsetzung die Vorstellung, dass vor allem angesichts der vielfältigen Möglichkeiten von – nicht nur medizinischen – Interventionen bei Krankheit die Heilbehandlung nicht naturgesetzlich-automatisch abläuft, gleichsam vom ersten Arzt-Kontakt bis zur völligen Genesung; vielmehr bedarf es einer mehr oder weniger deutlichen Beeinflussung, um die angezeigten Aktivitäten zur Wiederherstellung der Gesundheit möglichst sinnvoll zu organisieren. Es handelt sich also beim „Heilungsgeschehen“ nicht um einen Vorgang, der ausschließlich gleichsam den Naturkräften überlassen bleibt.

Ganz allgemein gesagt geht es dabei um die Einflussnahme auf den Behandlungsablauf bei Vorliegen einer gesundheitlichen Störung.

Um einem denkbaren Missverständnis vorzubeugen, sei zudem Folgendes bemerkt: „Steuerung“ wird hier völlig neutral verwendet. Das heißt, dass damit keine autoritär-obrigkeitliche, einseitige Einflussnahme auf das Verhalten z.B. der Mitglieder einer Krankenkasse gemeint ist. So verstanden hat „Steuerung“ dieselbe Bedeutung wie „Beeinflussung“; wenn hier gleichwohl der Begriff der „Steuerung“ bevorzugt

wird, dann geschieht das nicht nur deshalb, weil beispielsweise in der gesetzlichen Unfallversicherung dieser Begriff – soweit ersichtlich – keinerlei negativen Beigeschmack hat, sondern weil gleichsam semantisch „Steuerung“ eher den Eindruck von Effektivität und Wirksamkeit vermittelt als der wohl etwas blässere Begriff der „Beeinflussung“.

Somit bleibt es auch jedermann überlassen, anstelle eines deutschen Begriffes einen angloamerikanischen Ausdruck zu verwenden, beispielsweise Case-Management, Managed Care oder Disease-Management. Mit dieser Anregung wird im Übrigen nicht übersehen, dass diese Begriffe möglicherweise bereits inhaltlich spezifisch besetzt sind und dann mit einer inhaltlich unter Umständen festen Vorstellung verbunden sind.

So lässt sich beispielsweise mit dem Begriff „Case-Management“ die Steuerung im konkreten Fall bezeichnen, während „Disease-Management“ eher die allgemeine wissenschaftlich abgesicherte Leitlinie für die Steuerung von Behandlung bedeuten könnte.

II. Überblick über das Leistungsgeschehen im Bereich der Versorgung

Das so beschriebene Leistungsgeschehen soll im Rahmen diese Vorbemerkungen noch etwas genauer betrachtet werden. Es handelt sich dabei (bei dem Leistungsgeschehen) nicht um etwas Abstraktes und damit in gewisser Weise Unfassbares, sondern es ist die Summe, die Gesamtheit der einzelnen, mehr oder weniger umfassenden und mehr oder weniger komplexen, einzelnen Vorgänge, die zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes von Patienten führen sollen.

Unsere Tagung wirft diesbezüglich einen Blick auf verschiedene Leistungssysteme und Leistungsträger in diesem Bereich, nämlich die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung, die private Krankenversicherung und die Privathaftpflichtversicherung – und dabei soll sowohl Deutschland als auch Österreich betrachtet werden. Und außerdem soll dabei nicht nur eine Bestandsaufnahme stattfinden, sondern neben dem „Ist“ wird uns immer wieder auch das „Soll“ interessieren, also die Frage beschäftigen, ob vielleicht das eine oder andere nicht doch noch besser gemacht werden kann und – eine weitere Frage in diesem Zusammenhang – woher man z.B. die Maßstäbe für eine Fortentwicklung des Leistungsgeschehens nehmen soll. Wenn man nun diese Vorgänge im Hinblick auf ihre optimale Gestaltung und – außerdem – sowohl in gebietsübergreifender als auch in länderübergreifender Weise betrachten und bewerten will, dann empfiehlt sich nach gutem wissenschaftlichem Brauch eine Analyse der Gegebenheiten; ohne eine solche Analyse des Phänomens der Steuerung lassen sich die geplanten Überlegungen und Vorschläge nur sehr unvollkommen vornehmen.

Dazu sollen die nachfolgenden Bemerkungen beitragen. Und schon zeigt sich das erste Problem und stellt sich die erste Frage, nämlich von welchem Blickwinkel aus eine solche analysierende Betrachtung der „Steuerung von Versorgung“ vorgenommen werden soll.

1. Denkbare „leitende Gesichtspunkte“ (Ausgangspunkte einer analytischen Betrachtung)

Leitender Gesichtspunkt einer solchen Analyse kann z.B. die Betrachtung der in diesem Bereich insgesamt tätigen Leistungserbringer (also Ärzte in freiberuflicher Tätigkeit oder im Krankenhaus, Pfleger, Therapeuten verschiedener Provenienz, Apotheker) sein.

Ausgangspunkt einer solchen Analyse kann aber auch die Betrachtung des gewachsenen Systems der sozialen Versorgung im weitesten Sinne und seiner Bestandteile und der dort spezifischen Versorgungs-Vorgänge (Versorgungs-Aktivitäten) sein. Die damit befassten Institutionen des öffentlichen Rechts sowie des Privatrechts (z.B. Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pflegeversicherung) ziehen insoweit zweifellos an einem Strang (ohne das vielleicht stets zu bemerken), als es jeweils um Versorgung von mehr oder weniger geschädigten Personen geht – und angesichts dieses gemeinsamen Interesses, dieser gemeinsamen Zielsetzung ist zu erwarten, dass eigentlich auch die Problemlösungsstrategien in wesentlichen Punkten übereinstimmen müssten. Wenn diese Vermutung zutrifft, dann dürften auch die Überlegungen zur Steuerung des Versorgungsgeschehens in den verschiedenen sozialrechtlich geprägten Bereichen verhältnismäßig nahe zusammenliegen. Dabei ist weniger an einen Steuerungsbedarf nur dem Grunde nach, sondern auch in bestimmten, konkreten Situationen zu denken.

Man kann dieses aber auch ganz anders gedanklich angehen, indem man vom Krankheitsgeschehen ausgeht, dieses klassifiziert und dann anschließend die Frage stellt, inwieweit die einzelnen Krankheiten, die in dieser Klassifizierung im Einzelnen erscheinen, optimal behandelt werden. Auch von diesem gedanklichen Ansatzpunkt her gelangt man sicherlich, wenn auch in einem gleichsam zweiten oder dritten Schritt, zu den Leistungserbringern bei der Überlegung, inwieweit Versorgungsdefizite den Leistungserbringern zugerechnet werden können und ob und inwieweit entsprechende „Gegenmaßnahmen“ die einzelnen Schwachstellen beseitigen können.

Und man gelangt – wiederum in einem zweiten oder dritten Schritt – auch zu den institutionell gewachsenen Versorgungssystemen, wenn es um die Frage geht, inwieweit diagnostizierte Schwachstellen in der Versorgung auf spezifische Gegebenheiten des einen oder anderen Leistungserbringungssystems zurückzuführen sind und inwieweit auch von diesem Gesichtspunkt her Verbesserungen vorstellbar sind.

2. Gegenseitige Ergänzung verschiedener Betrachtungsweisen

Diese verschiedenen hier aufgezeichneten Betrachtungsweisen decken spezifische Probleme auf; es ist jedoch zu erwarten, dass diese Aspekte und die dabei gefundenen Ergebnisse sich letztlich ergänzen.

Beispielsweise ergibt sich aus dem Gesichtspunkt der institutionellen Gliederung des sozialen Versorgungssystems mit den Bestandteilen der Krankenversicherung und der Rentenversicherung nicht nur die Frage, wie weit die Krankenbehandlung der gesetzlichen Krankenversicherung geht und von welchem Zeitpunkt an die Rentenversicherung zuständig ist mit ihren gesundheitsbezogenen Leistungen zur Herstellung der Erwerbsfähigkeit, sondern auch, wie die Versorgung ausgestaltet ist (und in welcher Weise innerhalb dieses Bereichs Krankenversorgung gesteuert werden kann oder bereits gesteuert wird).

Und aus dem Gesichtspunkt der fachlich zuständigen Leistungserbringer wird ein Sachverhalt, bei dem die Gesundheit beeinträchtigt ist und der tatbestandsmäßig sowohl in den Bereich der beispielsweise medizinischen Leistungen sowohl der Kranken- als auch der Rentenversicherung fällt, die gleichen Probleme und Lösungsmöglichkeiten, Lösungsansätze aufzeigen, die sich bei der Betrachtung der „Schnittstellen-Problematik“ zwischen Kranken- und Rentenversicherung im Bereich von Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation zeigen, wenn man diese „Schnittstellen-Problematik“ im Sinne einer optimalen, auch nahtlosen Versorgung der Betroffenen lösen will.

III. Die Aktivitäten der „Leistungserbringer“ unter dem Gesichtspunkt der Steuerung

Bei der Analyse des Leistungsgeschehens unter dem Blickpunkt der Aktivitäten der einzelnen speziellen „Leistungserbringer“ stößt man auf die Ärzte verschiedener Fachrichtungen, auf deren Hilfspersonal, auf die Pflegepersonen und auf die sonstigen zahlreichen Akteure im Bereich der beruflichen und sozialen Rehabilitation.

Wenn man sich zunächst den Ärzten zuwendet und einen ersten Eindruck von Möglichkeiten der Steuerung des Leistungsgeschehens gewinnen will, dann kann man noch etwas weiter differenzieren und zwischen einem niedergelassenen, freiberuflich tätigen Arzt und einem in den Betrieb eines Krankenhauses oder einer Rehabilitations-einrichtung eingegliederten Arzt unterscheiden.

1. Steuerung beim Behandlungsablauf eines ambulant tätigen Arztes

Auf die Frage, inwieweit innerhalb eines Behandlungsablaufs eines ambulant tätigen Arztes gesteuert wird, gibt es eine Reihe von Antworten.

Idealtypisch kann man dabei unterscheiden zwischen der Steuerung durch Programme – dementsprechend spricht man im Übrigen von „programmierter Tätigkeit“, auch bei Ärzten. Diese Feststellung gilt übrigens für alle Ärzte.

Und als weiterer – ebenfalls als idealtypisch zu nennender – Steuerungsfaktor kommt die Einflussnahme anderer Personen oder Institutionen in Betracht; das kann beispielsweise die Krankenversicherung sein, falls der Arzt zu dieser in einer unmittelbaren Beziehung steht, oder es kann ein ärztlicher (Fach-)Berufsverband, die Ärztekammer oder die Kassenärztliche Vereinigung sein. Zudem kommt selbstverständlich auch der Patient in Betracht, wenn er durch die Formulierung seiner Wünsche die Tätigkeit seines Arztes zu beeinflussen versucht (oder auch wirklich beeinflusst).

a) Die „Eigen-Steuerung“ des Leistungserbringers

Die Tätigkeit des Leistungserbringers ist sehr weitgehend programmiert durch Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung – und vor allem auch durch die berufliche Erfahrung. Daraus ergeben sich umfassende „programmatische“ Vorgaben, die der Arzt gleichsam an sich (und seinen Patienten) selbst umsetzt. Es handelt sich um eine Einflussnahme auf die Tätigkeit des Arztes durch diesen selbst, die also eigeninitiiert ist.

Noch eine Bemerkung zu den dabei maßgebenden Programmen, zu den Handlungsanweisungen für das ärztliche Handeln: Es kann sich dabei um allgemeine, aber vage und im Einzelfall eher weniger konkret-hilfreiche Hinweise handeln (man denke z. B. an die Anweisungen des Hippokrates); oder es können sehr konkrete Programme für bestimmte Abläufe vorliegen (dabei kann man z. B. an die traditionellen Vorgaben für bestimmte Krankheiten und Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung und – seit einiger Zeit – an die Disease-Management-Programme im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung denken). In beiden Fällen lässt sich gleichwohl von „programmierter Tätigkeit“ sprechen.

In diesem Zusammenhang kann man auch an den „Durchgangsarzt“ in der gesetzlichen Unfallversicherung denken.⁸

Und zwei weitere, ergänzende Bemerkungen hierzu: Erstens – derartige Programme sind nicht nur Maßstab für das Handeln des Arztes insoweit, als er eigenverantwortlich seine Berufstätigkeit ausübt und dabei (wohl stets und ständig) auf diese für ihn verbindlichen Anweisungen zurückgreift; sondern diese Programme sind zugleich Maßstäbe für die Kontrolle der Tätigkeit (unter vielfältig denkbaren Gesichtspunkten und durch die verschiedensten Institutionen, zu denen der Arzt Beziehungen hat, also Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, u. U. die Krankenkasse). Im Übrigen wird sich auch der Patient bei der Beurteilung der Aktivitäten „seines“ Arztes dieser Maßstäbe bedienen.

Und zweitens – diese Erscheinung von programmierter Tätigkeit mit denkbar verschiedenen programmatischen Vorgaben von sehr unterschiedlicher Qualität, was deren Präzision (oder mit anderen Worten: Regelungsdichte) betrifft, existiert auch bei juristischen Entscheidungen. Es ist ziemlich schwierig, direkt aus der Menschenwürdevorschrift des Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (GG) den Anspruch auf das Existenzminimum abzuleiten und dann auch noch auf der Grundlage von Art. 1 GG den Regelsatz zu berechnen sowie beispielsweise den angemessenen Umfang im Hinblick auf Unterkunft und Kleidung zu bestimmen. Auch die Anwendung der traditionellen abendländisch-philosophischen Erkenntnis, der zufolge „Jedem das Seine“ gebührt, hilft erkenntnistheoretisch nicht wirklich weiter. Demgegenüber ist die Anwendung von SGB II oder SGB XII in Verbindung mit dem „Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz“⁹ und – ggf. – der jeweiligen Regelsatzverordnung¹⁰ oder ähnlichen Rechtsanwendungsprogrammen vergleichsweise einfach und ergebnissicher.

b) Bedeutung von Leitlinien

Wichtige Entscheidungshilfen für die ärztliche Tätigkeit im Hinblick auf die angemessene Vorgehensweise bei bestimmten Problemen finden sich in den Leitlinien¹¹, die insbesondere von privaten wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften entwickelt werden.

Es handelt sich dabei um Handlungsempfehlungen für den sorgfältig behandelnden Arzt; sie beschreiben nicht nur das „Wie“, sondern auch das „Was“ seines Handelns und sollen grundsätzlich befolgt werden, aber auch unter Umständen ein Abweichen zulassen oder sogar gebieten. Damit wird für definierte Behandlungssituationen eine Abfolge diagnostischer und therapeutischer Behandlungsschritte formuliert, u. U. aber auch nur einen Behandlungskorridor öffnet. Diese Leitlinien beruhen auf dem Konsens mehrerer Experten aus verschiedenen Fachbereichen und Arbeits-

gruppen; sie haben unterschiedliche Qualität und unter Umständen auch unterschiedliche Brauchbarkeit. Diese Leitlinien wirken – funktional betrachtet – als Steuerungsinstrumente.

Eine unmittelbare rechtliche Verbindlichkeit haben diese Leitlinien allerdings nicht; denn den jeweiligen Organisationen fehlt es an einer gesetzlich eingeräumten Befugnis zur Schaffung von unmittelbar verbindlichem Recht, etwa so wie es dem Gemeinsamen Bundesausschuss¹² im Hinblick auf von ihm entwickelte und erlassende Richtlinien¹³ eingeräumt worden ist.

Eine besondere Bedeutung kommt den sog. evidenzbasierten Leitlinien zu, die eine bestimmte Qualität haben sollen. Diese Qualität ergibt sich nicht nur daraus, dass hinsichtlich des Zustandekommens dieser Leitlinien, bei ihrer Erarbeitung, ein definitiv hohes Maß an Wissenschaftlichkeit und damit eine in besonderem Maße garantierte Aussagefähigkeit (man könnte auch sagen: ein denkbar hoher objektiv wissenschaftlicher Wahrheitsgehalt) gefordert wird, sondern diese Leitlinien sollen bei ihrer Anwendung (weil sie eine derartige Qualität besitzen) in besonders sicherer Weise die „richtige“ Behandlung gewährleisten. Man kann es also auch so ausdrücken, dass es sich bei diesen evidenzbasierten Richtlinien um Programme handelt, die das ärztliche Handeln nicht nur inhaltlich zutreffend, nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und Forschung, leiten, sondern der Steuerungseffekt dieser Richtlinien ist auch in besonders hohem Maße sicher. Die Vorstellung von einer evidenzbasierten Medizin hat insoweit eine wesentliche Schubkraft entfaltet.

Auch nach Ansicht des deutschen Gesetzgebers handelt es sich dabei um anerkannte Leitlinien für eine wissenschaftlich gesicherte, zweckmäßige und wirtschaftlich sinnvolle Diagnostik und Behandlung.

Bei der Festlegung von „strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten“, sog. Disease-Management-Programmen, die vom GBA in den entsprechenden Richtlinien festgesetzt werden¹⁴, wird auf diese besonderen Leitlinien zurückgegriffen, da es sich dabei um Aussagen zum aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft handelt. Damit hat der Gesetzgeber evidenzbasierte Leitlinien in gewisser Weise in das Sozialversicherungsrecht integriert.

Die Ankopplung der (evidenzbasierten) Leitlinien an das Sozialversicherungsrecht findet unter dem Gesichtspunkt der „Qualitätssicherung“¹⁵ statt. Abgesehen davon handelt sich dabei um Handlungsvorschläge, die auch allgemein, also ohne die Beschränkung auf bestimmte chronische Krankheiten, mit dem Ziel der Optimierung der Versorgung eingesetzt werden können.

c) Insbesondere Disease-Management-Programme

Das SGB V sieht (seit dem Jahr 2002) in § 137f und § 137g „strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ und die „Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme“ vor (gängige Bezeichnung deshalb auch als „Chroniker-Programme“.¹⁶ Verbessert werden sollen damit die medizinische Versorgung und die Lebensqualität von chronisch Kranken. Es handelt sich bei diesen Disease-Management-Programmen um strukturierte Behandlungsprogramme, die die Versorgung bei einer bestimmten Erkrankung optimieren sollen und die dafür sorgen, dass Ärzte eine entsprechend strukturierte Behandlung nach Leitlinien organisieren.

Der Gesetzgeber versteht unter „Disease-Management-Programmen“ eine medizinische Versorgungsform, die verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg auf der Grundlage medizinische Evidenz vorgibt.¹⁷

Der Gesetzgeber hat dabei die Krankenkassen als Träger der Disease-Management-Programme bestimmt, die somit wohl erstmals eine aktive Rolle in der Versorgung erhalten.¹⁸ Damit verbunden sind eine erhöhte Aufmerksamkeit des Arztes gegenüber der Erkrankung, im Übrigen auch die regelmäßige Dokumentation der Behandlung und nicht zuletzt auch eine gezielte Einbeziehung der Patienten in die Behandlung.¹⁹

Gesetzestechisch sind diese Regelungen – wie bereits bemerkt – in den Vorschriften zur „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“²⁰ enthalten (Stichworte aus der Sicht von sog. Qualitätssicherung: Verbesserung der Diagnostik, Beseitigung von diesbezüglich einschlägigen Wissenslücken bei den Ärzten, Optimierung von Abläufen, auch durch Delegation von Aufgaben an Mitarbeiter, neue Formen der Kommunikation in der Praxis).²¹ Zugleich dürften damit auch die Krankenkasse und der Patient in die Verantwortung für eine unter jedem Gesichtspunkt optimale Versorgung einbezogen werden.

Diese strukturierten Behandlungsprogramme sind bislang ausdrücklich vom Gesetzgeber nur bei chronischen Krankheiten vorgesehen, bei denen außerdem bestimmte Kriterien vorliegen müssen. Diese Kriterien sind im Gesetz festgelegt:²² eine nicht zu geringe Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten; Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung; die bereits erwähnte Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien; ein sektorenübergreifender Behandlungsbedarf; die ebenfalls bereits erwähnte Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und ein hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Außerdem wird dem GBA, der in seinen Richtlinien derart geeignete chronische Krankheiten definitiv zu bestimmen hat, diesbezüglich eine Reihe von Anforderungen aufgegeben – diese Anforderungen müssen in den Disease-Management-Programmen umgesetzt werden; insbesondere sind Anforderungen an die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen und Schulungen der Leistungserbringer und auch der Versicherten vorzusehen, jeweils speziell für die chronische Krankheit, die gemäß dem entsprechenden Disease-Management-Programm behandelt werden soll.²³

In der Praxis wird zuweilen entsprechend verfahren.²⁴ Die Umsetzung der Disease-Management-Programme ist im Übrigen bei der AOK unter einem gemeinsamen Konzept und unter der verbindenden Bezeichnung „Curaplan“ zusammengefasst und der Fachöffentlichkeit bereits im Jahr 2002 vorgestellt worden.²⁵

Es scheint in Deutschland Übereinstimmung dahin gehend zu bestehen, dass diese Art und Weise des Umgangs mit Krankheiten trotz eines damit verbundenen erhöhten administrativen Aufwandes für alle Beteiligten positiv zu sehen ist. Dementsprechend wird informiert über eine Bewusstseinsänderung beispielsweise im Umgang mit Diabetes-Patienten, eine erhöhte Aufmerksamkeit von Arzt und Patient gegenüber der

Erkrankung, über den Zuwachs an Kompetenz, auch bei den Patienten.²⁶ Im Übrigen wird auch über positive Erfahrungen bei der Entwicklung des Disease-Management-Programms für Typ-2-Diabetiker in Österreich berichtet.²⁷

Möglicherweise ist derzeit noch unklar, wie die Disease-Management-Programme in ihrer Wirkung und vor allem im Vergleich zur „normalen“ Regelversorgung zu beurteilen sind. Man wird aber – allgemein gesprochen – davon ausgehen können, dass sich daraus viele Vorteile für die Versorgung der Patienten ergeben – und verständlicherweise werden damit auch Erwägungen verbunden zur Finanzierbarkeit allgemein des Gesundheitssystems, speziell zur Finanzierbarkeit einer hochwertigen Versorgung auch für eine wachsende Zahl älterer und chronisch erkrankter Menschen.

Bezogen auf die Frage nach der Steuerung des Versorgungsgeschehens ist letztlich in der Etablierung von Disease-Management-Programmen vor allem eine Vorgehensweise zu entdecken, bei der die Versorgung eingehend, intensiv gesteuert wird – durch den Gesetzgeber, durch die gesetzesausführende Verwaltung (wobei vor allem an den GBA zu denken) – und dann – gleichsam im operativen Geschäft der Patientenversorgung – durch die Ärzte und Patienten, die in gemeinsamer Anstrengung diesen Vorgaben in ihren täglichen Bemühungen gerecht werden wollen. Dadurch wird allerdings auch ein gewisser Konflikt zwischen einer vom Gesetzgeber unterstellten Normierbarkeit ärztlichen Handelns und der (nach medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen) notwendigen Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten hervorgerufen.²⁸

Und letztlich wird man Disease-Management wohl auch als grundsätzlich beispielhaft und vorbildlich für das Krankenversorgungsgeschehen insgesamt bewerten können;²⁹ dabei kann auch auf das vergleichbare (und traditionsreiche) „Rehabilitationsmanagement in der gesetzlichen Unfallversicherung“ hingewiesen werden.³⁰

d) Einflussnahme durch Patienten

Bei der Steuerung des Versorgungsgeschehens lassen sich auch Verursachungsanteile seitens der Patienten (Eigensteuerung; Selbststeuerung) feststellen.

aa) Allgemeine Überlegungen

Das beginnt zumeist damit, dass der Patient selbst einen Versorgungsprozess startet, z. B. durch die Inanspruchnahme eines Arztes und in der Regel wohl aufgrund von Krankheitsbeschwerden, die den Wunsch und das Interesse an medizinischer Behandlung und Heilung hervorrufen.

Aber auch im regelmäßig nachfolgenden Versorgungsprozess, der – je nach Krankheitsgeschehen – unterschiedlich lange andauert und sich auch mehr oder weniger kompliziert darstellt, spielt der Patient eine wesentliche Rolle im Hinblick auf seine Versorgung. Im Zusammenwirken von Arzt und Patient (um bei diesem vereinfachten Modell zu bleiben) ergeben es auf beiden Seiten Aktionen und Reaktionen, wohl stets auf das Ziel einer möglichst vollständigen Wiederherstellung der Gesundheit ausgerichtet.

In der Rechtsordnung werden dieser Prozess und die damit betroffene Beziehung zwischen Patient und Arzt (sowie zwischen Patient und der gleichsam hinter dem Arzt stehenden Krankenkasse und auf der anderen Seite des Patienten durch Einräumung von Ansprüchen des Patienten, aber auch durch die Statuierung von Mitwirkungspflichten im medizinischen Behandlungsprozess³¹ erfasst und geregelt.

Man wird somit an eine Einbeziehung von Patienten denken können dergestalt, dass diese durch ihr Verhalten, z.B. durch gezielte Fragestellungen und die Äußerung bestimmter Wünsche, auf die Tätigkeit der Ärzte einwirken. Dabei wird man sich eine Art „mündigen Patienten“ vorstellen können, der wahrscheinlich noch nicht Wirklichkeit ist, möglicherweise auch nicht allseits wünschenswert erscheint, der jedoch – falls man so etwas überhaupt als positiv einschätzt – im Hinblick auf diese Steuerungsfunktion Wirkung entfalten könnte.

Die Einflussnahme auf Art und Weise der Versorgung und die insoweit praktizierte Mitwirkung sind nicht nur im Hinblick auf die Befolgung der Vorschläge des Arztes oder die Duldung der ärztlich angeordneten Maßnahmen interessant. Der Gesetzgeber geht diesbezüglich von der Notwendigkeit einer gewissen Eigeninitiative des Versicherten hinsichtlich der Beeinflussung des Krankheitsverlaufs aus.³²

Das scheint in der Wirklichkeit auch zu funktionieren. So wird beispielsweise im Zusammenhang mit den Wirkungen der Disease-Management-Programme berichtet, dass dadurch auch die Patienten einen erheblichen Zuwachs an Kompetenz erhalten haben. Die Ergebnisse einer Befragung zeigen: Mehr als die Hälfte der Teilnehmer an Disease-Management-Programmen hätten ihre Ernährung umgestellt und zwei Drittel der Betroffenen kontrollierten sogar selbstständig ihre Blutzuckerwerte.³³

Ein derartiges Verhalten ist sicherlich die Folge von Steuerungsmaßnahmen. Dabei wirken die Patienten konkret auf sich selbst ein, beeinflussen das Gesundheitsgeschehen sozusagen eigenhändig.³⁴

bb) „Adherence“ und „Compliance“

Das Zusammenwirken von Arzt und Patient lässt sich auch anspruchsvoller beschreiben. Man darf davon ausgehen, dass der Behandlungserfolg mit der Therapietreue wächst; und diese wiederum soll davon abhängig sein, in welchem Maß der Patient in die Therapieentscheidung einbezogen wird. Vor allem aus medizinisch-soziologischer Sicht wird darauf hingewiesen, dass Patient und Arzt in einem Dialog stehen sollten, der zu gemeinsam vereinbarten Untersuchungs- und Behandlungszielen führt. Mit dieser Überlegung gelangt man zur Adherence (oder Adhärenz).³⁵

Mit dem bei uns wohl wenig geläufigen Begriff der Adherence bezeichnet man das Ausmaß, in dem das Verhalten eines Patienten mit den Behandlungszielen und – wegen übereinstimmt, die er zuvor mit dem Arzt gemeinsam beschlossen hat. Damit betont Adherence die Bedeutung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient; dabei wird eine partnerschaftliche Verständigung über Art und Umfang der Therapie vorausgesetzt und den Patienten eine aktive und eigenverantwortliche Rolle in der Therapie zugebilligt. Und es wird mehr Verständnis für die Sichtweise des Patienten aufgebracht.

Demgegenüber steht bei dem besser bekannten Begriff der „Compliance“ das „Befolgen“ (oder „Nicht-Befolgen“) im Vordergrund. Compliance bedeutet also eher „Folgsamkeit“; damit wird die Bereitschaft eines Patienten bezeichnet, ärztliche Anweisungen (beispielsweise bei der Medikamenteneinnahme oder dem Einhalten einer Diät) konsequent zu befolgen. Bei dieser Betrachtungsweise wird dem Patienten ein hohes Maß an Mitverantwortung für den Behandlungserfolg aufgebürdet.³⁶

cc) Wirkungen von Naturalleistung oder Kostenerstattung

Möglicherweise werden das Verhalten des Patienten und seine Einflussnahme auf die an ihm vorgenommene Krankenversorgung auch vom jeweiligen Leistungsprinzip – Naturalleistung oder Kostenerstattung – beeinflusst.

Vorstellbar ist, dass bei Anwendung des Naturalleistungsprinzips dem Versicherten in seiner Rolle als Patient die Verantwortung und auch die Einflussmöglichkeiten auf das Leistungsgeschehen in gewissem Umfang abgenommen werden. Etwas überspitzt formuliert braucht der Patient sich lediglich in den Leistungsbereich zu begeben, seine Versicherungskarte vorzuweisen, seine Beschwerden zu schildern – und von diesem Zeitpunkt an wird er durch die mehr oder weniger unsichtbare Hand des versicherungsrechtlichen Leistungsgeschehens geführt (mitsamt einer gewissen „Fremd-Steuerung“ der Heilbehandlung).

Eine solche tendenzielle Zurückhaltung mag im Übrigen durchaus auch im Interesse der Heilpersonen (sowie der Heilhilfspersonen) liegen, die sich vielleicht nicht unbedingt und in jedem Fall über die engagierte Mitwirkung von Patienten freuen.

Demgegenüber bewegt das Prinzip der im Privat-Krankenversicherungsrecht obligatorisch verankerten Krankenkostenerstattung³⁷ den versicherten Patienten möglicherweise in höherem Maße zur „influenzierenden Mitwirkung“.

Sollten diese Erwägungen zutreffen, dann bliebe die Verantwortung für die Versorgung, für die Heilbehandlung/das Heilverfahren in einem System der Krankenversicherung, das nach dem Naturalleistungsprinzip gestaltet ist, prinzipiell in größerem Umfang beim Leistungserbringer (z. B. dem Arzt) und wohl auch beim Versicherungsunternehmen – mit entsprechender Verantwortung auch hinsichtlich der Beeinflussung des Heilverfahrens. Damit ist zugleich gesagt, dass ein derart ausgestaltetes Versorgungssystem auch den Träger der Krankenversicherung, also das Versicherungsunternehmen, mit einer gewissen Selbstverständlichkeit in den Kreis der Akteure einzubeziehen hat, die an der Heilbehandlung, im Heilverfahren, mitwirken.

e) Einflussnahme auf den Arzt durch „Dritte“

Bei der Analyse des Versorgungsgeschehens unter dem Gesichtspunkt der „Steuerung“ fällt auch die Einflussnahme „Dritter“ ins Auge. „Dritte“ – das sind alle Personen oder Institutionen außer dem Arzt und seinem Patienten.

Diese „Dritten“ können aus dem Bereich der Ärzteschaft stammen, also z. B. Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigung; weiterhin ist vor allem auch an Fachgesellschaften zu denken, deren Leitlinien bereits erwähnt wurden. Zudem kommen selbstverständlich die Versicherer (öffentlich-rechtliche oder privatrechtliche Institutionen) in Betracht.

Außerdem ist an die Tätigkeit der Gerichte zu denken. Das scheint auf den ersten Blick vielleicht etwas merkwürdig zu sein. Vielleicht wird man dabei zunächst an die spezielle Verwaltungsgerichtsbarkeit – die Sozialgerichtsbarkeit – denken, soweit dabei streitige Beziehungen zwischen Patient und „seinem“ Leistungsträger geklärt, z.B. Ansprüche festgestellt und konkretisiert werden – mit der Folge, dass die Leistungserbringung dementsprechend ausgestaltet werden muss, möglicherweise dann auch mit gewissen Modifikationen.

Aber auch der Zivilgerichtsbarkeit lassen sich gewisse Auswirkungen im Sinne einer Steuerung des Versorgungsgeschehens zuordnen. Man denke da z.B. an das Arzthaftungsrecht, das auf sehr abstrakten Rechtsgrundlagen beruht (das gilt sowohl für das privatrechtliche Vertrags- als auch für das Deliktsrecht).³⁸ Gewisse Probleme in der Beweisführung haben die Rechtsprechung bekanntlich zu umfangreichen Hinweisen im Hinblick auf die – nunmehr rechtlich erforderliche – Aufklärung von Patienten veranlasst mit dem Ziel, geschädigten Patienten eine Chance im Hinblick auf einen Schadensersatz einzuräumen. Man darf vermuten, dass die Ergebnisse dieser Rechtsprechung nicht nur Erstaunen bei Juristen und Nichtjuristen sowie eine bemerkenswerte Aufklärungsbürokratie hervorgerufen haben, sondern dass von dieser Rechtsprechung außerdem auch Steuerungseffekte auf die ärztliche Tätigkeit ausgegangen sind.

Da sich die Gerichte in ihrer Tätigkeit an ihnen vorgegebenen Rechtsnormen zu orientieren haben, gelangt man mit einer gewissen Folgerichtigkeit dann auch zu den rechtlich verbindlichen Normen in Gesetzen, Satzungen, Verträgen, Richtlinien, Anordnungen.

Wenn man sich dazu fragt – abstrakt und grundsätzlich –, was Rechtsnormen bewirken sollen, so gelangt man rasch zu der Erkenntnis, dass damit vor allem auch auf das Verhalten von Menschen eingewirkt werden soll; das gilt keinesfalls nur für das Strafrecht, wo dieser Effekt vielleicht besonders augenfällig ist.

Somit eröffnet man sich auf diesem gedanklichen Wege eine Suchstrategie, bei der die Steuerungspotenziale der Rechtsnormen verschiedenster Provenienz im Hinblick auf die Krankenversorgung entdeckt werden können; und die diesbezüglichen „Steuerleute“ würden dabei auch sichtbar werden, also der Gesetzgeber und die Verwaltung dort, wo sie zur Normsetzung befugt sind.³⁹

f) Sonstige „Dritte“, die Einfluss nehmen

Denkbar ist auch sonstiger „gesellschaftlicher Zwang“ außerhalb von rechtlich und verbindlich vorgeschriebenen/vorgegebenen Steuerungsmaßnahmen.

Dabei kann man zunächst an die politischen Parteien denken.

Weiterhin fällt der Blick auf die im Sozialwesen aktiven Verbände, denen der Gesetzgeber selbst zuweilen eine Einflussmöglichkeit eingeräumt hat, z.B. die „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ und die darin vertretenen Arbeitsgemeinschaften, Rehabilitationsdienste und -einrichtungen im Hinblick auf die Qualitätssicherung, vgl. § 20 SGB IX. Im Hinblick auf „Prävention und Selbsthilfe“ wird dem „unabhängigen Sachverstand“ in § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V die Möglichkeit der Einflussnahme eingeräumt (dabei ist an das öffentliche Gesundheitswesen gedacht, fer-

ner die Bundesärztekammer, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und weitere Experten).⁴⁰ Und außerdem fällt der Blick auf die Selbsthilfegruppen und -organisationen in §§ 20b, 20c SGB V.⁴¹

g) Faktische Steuerung durch finanzielle Erwägungen

„Geld regiert die Welt“ – diese volkstümliche Erkenntnis gilt auch im Hinblick auf das Verhalten von Leistungserbringern bei ihrer beruflichen Tätigkeit. Einflüsse von Vorstellungen zum angemessenen Einkommen eines Leistungserbringers auf das eigene berufliche Tagesgeschäft sowie (zugleich) Überlegungen zur Ausgestaltung des Abrechnungs-/Vergütungssystems mit den Wirkungen auf das Leistungsgeschehen sind vielfach untersucht worden.

Im Übrigen wird dieser grundsätzlich zu beobachtende Zusammenhang bei nicht wenigen gesetzlichen Anordnungen der Sache nach zugrunde gelegt, um z. B. eine Ausweitung von ärztlichen Leistungen durch negative finanzielle Anreize zu verhindern, wenn angesichts eines gewissen beruflichen Verhaltens – rechnerisch darstellbar – sach- und fachgerechte Leistungen schlechterdings nicht erbringbar sind.

Ein einziges kleines Beispiel hierfür mag genügen; dabei zeigt sich zugleich die komplexe Vernetzung der diesbezüglichen Gesichtspunkte. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns fragte in ihrem Informationsjournal „Impuls“⁴²: Wie steuert man das Gesundheitswesen? Die Antwort darauf, zunächst allgemein und verhältnismäßig abstrakt: Jeder Patient solle die Behandlungen und Verordnungen erhalten, die er benötigt; weiterhin sei das Verhalten von Patienten und Ärzten so zu beeinflussen, dass sowohl der Aspekt der Behandlungsqualität als auch der Kostenfaktor im Blick behalten werde. Und die konkreten Überlegungen hierzu: die Betrachtung der Praxisgebühr in ihren Auswirkungen auf die Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle; die Qualitätsmaßnahmen (am Beispiel Mammografie) und die daraus folgenden besonderen Anforderungen an das fachliche Können der Ärzte; und die Überlegungen zu „Vor- und Nachteilen verschiedener Vergütungssysteme“, im Hinblick auf die seit 1.1.2009 geltende Euro-Gebührenordnung, zu den (seit 2004 möglichen) Selektivverträgen zur integrierten Versorgung (§ 140a – d SGB V), zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) und zur besonderen ambulanten Versorgung (§ 73c SGB V).

Bei den Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgesprächen 2013 soll diesem finanziellen Gesichtspunkt nicht dezidiert nachgegangen werden, so reizvoll das auch wäre. Deshalb soll z. B. auch die Frage der Verknüpfung der Zulassung von Disease-Management-Programmen (und der „Einschreibung“ von Versicherten in solche Programme) mit dem Risikostrukturausgleich⁴³ nicht direkt gestellt werden.

Bemerkenswert ist allerdings schon, dass sowohl in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion als auch in der gesetzlichen Regelungsstruktur des SGB V – offenbar mit einer gewissen Selbstverständlichkeit – von einer Verknüpfung der Gesichtspunkte einer nach dem Prinzip der „Managed Care“ gestalteten Versorgung einerseits und einem (morbidityorientierten) Risikostrukturausgleich andererseits ausgegangen wird.⁴⁴

h) Steuerungsbedarf im Rahmen der ambulanten „Gesamtversorgung“

Im Vorangegangenen wurde in analytisch-abstrahierender und somit in gewisser idealtypischer Weise davon ausgegangen, dass der niedergelassene Arzt mit seinem Patienten allein auf der Welt ist. Das ist in Wirklichkeit bekanntlich nicht so. Die volle, komplette Versorgung (angesichts des tatsächlichen Bedarfs und im Übrigen auch nach Maßgabe des jeweils einschlägigen Rechts) wird durch das Zusammenwirken einer Vielzahl von Leistungserbringern und deren Leistungen bewirkt. Die unter medizinischen Gesichtspunkten optimale Erbringung und Koordinierung dieser Leistungen ist sicherlich eine zentrale, wesentliche Frage, die mit Überlegungen zu einer diesbezüglich umsichtigen Steuerung beantwortet werden kann; dabei sind die neuen Versorgungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beachten.⁴⁵

aa) Hausarzt als Lotse

Angesichts – einerseits – der fachärztlichen Struktur, die sich auch im ambulanten Arztbereich niederschlägt und ein vielfältiges und spezialisiertes Fachwissen repräsentiert und – andererseits – angesichts der erwähnten Zielsetzung einer jeden Krankenversorgung ist es schon idealtypisch eher unwahrscheinlich, dass im ambulanten, vor allem auch im ärztlich geprägten Bereich nur ein einziger Arzt verantwortlich tätig ist. Auch der Hausarzt – oder „Facharzt für Allgemeinmedizin“ – verfügt nicht über das gesamte ärztliche Wissen in der ganzen Breite und Tiefe; derartige fachliche Anforderungen an die Ärzte müssen schon von vornherein als unerfüllbar und somit unrealistisch verworfen werden. Vielmehr muss diese Arztgruppe neben dem – selbstverständlich möglichst fundierten – Wissen über eine Vielzahl von Krankheiten und Krankheitserscheinungen über eine ganz spezifische Fähigkeit verfügen, nämlich die Grenzen des eigenen fachlichen Könnens zuverlässig zu erkennen und dementsprechend dafür zu sorgen, dass der eigene Patient das an sich verfügbare Fachwissen von anderer Seite erhält. Dies geschieht bekanntlich durch die Einbeziehung anderer ambulant tätiger Ärzte oder durch die Hilfen, die seitens eines Krankenhauses, einer Rehabilitationseinrichtung oder durch sonstige Heilpersonen, z. B. Psychotherapeuten oder Physiotherapeuten, erbracht werden können.

Diese Funktion des Hausarztes als Lotse innerhalb der Krankenversorgung ist oft genug beschrieben worden. Die Gliederung der kassenärztlichen Versorgung im derzeitigen deutschen Krankenversicherungsrecht in – einerseits – die hausärztliche und – andererseits – die fachärztliche Versorgung⁴⁶, die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung („hausarztzentrierte Versorgung“)⁴⁷ anzubieten, und die Option der Versicherten, einen Hausarzt zu wählen⁴⁸, und die diesbezüglichen einzelnen Bestimmungen im deutschen Krankenversicherungsrecht gehen von einer wesentlichen Koordinationsverantwortung aus, die den Hausärzten vom Gesetzgeber übertragen worden ist.⁴⁹

Dass mit dieser Koordinationsverantwortung zugleich wichtige Steuerungsfunktionen bei der Versorgung der Patienten wahrgenommen werden, muss nicht näher erläutert werden.

Eine vergleichbare Funktion kommt dem „Durchgangsarzt“ (D-Arzt) in der gesetzlichen Unfallversicherung zu.⁵⁰ Es handelt sich um einen Arzt mit speziellen medizinischen Kenntnissen; der D-Arzt wird von den zuständigen Landesverbänden

zugelassen; damit sind weitgehende Vollmachten, aber auch Verpflichtungen verbunden. Der D-Arzt lässt sich als Quasi-Vertreter der Unfallversicherung betrachten, der das gesamte Heilverfahren steuert, also von der Erstversorgung über die Rehabilitation bis hin auch zur Festlegung von Entschädigungsleistungen koordinierend tätig wird. Dabei hat er Kontakt u.a. zu dem behandelnden Arzt, der Unfallklinik (oder Unfallstation), zu Rehabilitationseinrichtungen, zu hinzugezogenen Fachärzten, zur zuständigen Unfallversicherung und deren Berufshelfern.⁵¹

In diesem Zusammenhang lassen sich auch Überlegungen zum „Betriebsarzt als Gesundheitsmanager“ anstellen;⁵² dieser Frage soll hier jedoch nicht weiter nachgegangen werden.

bb) Strukturverträge. Vernetzte Praxen

Der gleiche Effekt – Optimierung der Versorgung im fachärztlich gegliederten System der ambulanten Versorgung – wird durch Strukturverträge⁵³ angestrebt, die einen Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte in Form von „vernetzten Praxen“ ermöglichen und zu einer Praxisstruktur führen, die organisatorisch an die Stelle der Hausarztstruktur tritt. Die Versicherten haben hinsichtlich dieser Alternativen ein Wahlrecht. Es ist ersichtlich, dass damit ein spezifischer organisatorischer Ansatz gewählt wurde, um bestimmte Schwächen des ambulanten, haus- und fachärztlich gegliederten Versorgungssystems zu überwinden; dass damit auch die Steuerung des Versorgungsgeschehens verbessert werden kann, dürfte auf der Hand liegen.

cc) „Gemeinschaftspraxen“

Nicht unerwähnt bleiben soll die Möglichkeit der Bildung von fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen, die nunmehr als Berufsausübungsgemeinschaften zu bezeichnen sind.⁵⁴

dd) Medizinische Versorgungszentren

Schließlich haben in diesem Zusammenhang auch die „medizinischen Versorgungszentren“ ihre Bedeutung. Dabei handelt es sich um „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das (Arzt-)Register nach § 95 Abs. 2 Satz 3 SGB V eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind“; eine solche Einrichtung ist fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedener Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung tätig sind.⁵⁵ Für die Organisationsstruktur eines medizinischen Versorgungszentrums ergibt sich eine Vielzahl von Möglichkeiten.⁵⁶ Auch mit dieser Organisationsform können sich wahrscheinlich Steuerungsverluste in der Krankenversorgung vermeiden lassen.

ee) Integrierte Versorgung

In diesem Zusammenhang sind schließlich auch die Integrationsverträge⁵⁷ zu erwähnen. Damit wird eine Versorgung der Versicherten ermöglicht, mit der die Leistungssektoren verbunden werden; zugleich wird eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung ermöglicht, durch einen Verbund der Leistungserbringer, dem unmittelbar die Versorgungsverantwortung für diejenigen Versicherten übertragen wird, die diese Versorgungsform gewählt haben. Auch diesbezüglich bestehen besondere Bindungen, vor allem an die entsprechenden Verträge⁵⁸ und an die Richtlinien des GBA.⁵⁹

Mit diesen Überlegungen ist der Bereich der „reinen“ ambulanten Versorgung insoweit überschritten, als auch Nicht-Ärzte beteiligt sind. Denkbar sind auch reine „Arztnetze“; auch insoweit gibt es einschlägige Erfahrungen.⁶⁰

i) Zwischenergebnis

Mit den bisherigen Bemerkungen wurde ein Ansatz vorgetragen, wie man an die Probleme der Versorgungssteuerung lösen könnte. Ausgangspunkt dabei war die Betrachtung der Tätigkeit des ambulant praktizierenden Arztes.

In gleicher Weise kann man die Vorgänge in einem Krankenhaus sowie auch in einer Rehabilitationseinrichtung betrachten. Hierzu sollen im Nachfolgenden nur einige wenige Bemerkungen gemacht werden.

2. Steuerung innerhalb einer Krankenhausbehandlung

Das Versorgungsgeschehen im Krankenhaus ist von vornherein komplexer gestaltet. Im Regelfall sind mehrere medizinische Disziplinen daran beteiligt. Und die pflegerische Komponente sowie das Krankenhaus (oder die Rehabilitationseinrichtung) in seiner (ihrer) Funktion als Ersatz für die häusliche Wohnung sind ebenfalls integraler Bestandteil des Versorgungsgeschehens; dieser Aspekt wird hier – aus zeitlichen Gründen – nicht weiterverfolgt.

a) Leistungserbringung/Leistungserbringer

Bei der Betrachtung der Vorgänge im Rahmen einer Krankenhausbehandlung stellt sich in gleicher Weise die Frage, inwieweit die ärztliche Tätigkeit, auch die Tätigkeit der „Heil-Hilfspersonen“, durch einschlägige programmatische Vorgaben gesteuert wird, ob und inwieweit Schwachstellen beobachtet werden können und wie diese beseitigt werden könnten.

Man kann sich auch leicht vorstellen, dass hinsichtlich der im Krankenhaus tätigen Ärzte grundsätzlich die gleichen Probleme und Lösungsansätze wie beim niedergelassenen Arzt zu bemerken wären.

In diesen Bereich fällt weiterhin ein wohl in jedem Fall von vornherein erforderlicher Koordinationsbedarf ins Auge, der ebenfalls – gleichsam für sich betrachtet – Gegenstand von Überlegungen zur Optimierung der Steuerung sein kann.

b) Einflussnahme auf diese Tätigkeiten durch „Dritte“

Auch die Einflussnahme „Dritter“ auf das Geschehen im Krankenhaus (oder auch in einer Rehabilitationseinrichtung) ist einer analytisch getrennten Betrachtung und Bewertung zugänglich. Dabei könnte man zunächst vielleicht an den eingangs erwähnten „Berufshelfer“ denken, der im frühen Dialog mit den behandelnden Ärzten das Krankheitsgeschehen und die Heilungsaussichten erörtert, dies stets und ständig im Auftrag „seiner“ Berufsgenossenschaft.

Nach dem gleichen Modell werden diejenigen Personen tätig, die für eine private Krankenversicherung oder eine private Haftpflichtversicherung tätig werden – in diesen Fällen mit ausdrücklichem Einverständnis des Patienten, unter welcher Bezeichnung auch immer das geschieht.

Denkbar sind solche Aktivitäten „Dritter“ auch ohne Anbindung an öffentlich-rechtliche Versicherer, auf Veranlassung des Patienten selbst oder von Angehörigen, möglicherweise auch in Anbindung an private Versicherer. Die „Betreuungsassistenten“, Patientenberater oder Patientenbegleiter fallen hierbei ins Auge.⁶¹

c) Einflussnahme durch den betroffenen Krankenhauspatienten

Wer im Krankenhaus liegt, dessen gesundheitliche Beeinträchtigung ist zumeist erheblich und schwerwiegend.⁶² Deshalb dürfte im Regelfall eine Unterstützung des Patienten vor allem auch durch die soeben erwähnten „Dritten“ infrage kommen. Daneben, vor allem auch bei fortschreitendem Gesundungsprozess, ist auch der Patient selbst interessiert und in der Lage, die Beziehung zu beispielsweise den behandelnden Ärzten aus eigener Initiative mitzugestalten (Selbststeuerung; Eigensteuerung). Eine daraus resultierende Beeinflussung erscheint durchaus möglich.

d) Faktische Steuerung durch finanzielle Erwägungen

„Geld regiert die Welt“ – auch im Krankenhausbereich gilt diese Erkenntnis. Einflüsse von Vorstellungen zum angemessenen Einkommen der einzelnen Leistungserbringers (Ärzte in den verschiedenen Hierarchiestufen; Pflegepersonal; sonstiges Personal, auch in den Hilfsdiensten eines Krankenhauses) sowie Überlegungen zum betriebswirtschaftlichen Wohlergehen eines Krankenhauses allgemein oder der einen oder anderen Krankenhausabteilung auf das Versorgungsgeschehen sind sicherlich vorhanden und nachweisbar.

Das neue DRG-Abrechnungssystem für Krankenhausleistungen, das in seinen Grundzügen sicherlich mittlerweile auch Wissensbestandteil eines breiten Bevölkerungsanteils ist, hat ebenfalls nachweisbare, zu einem Teil durchaus beabsichtigte und auch durchaus diskussionswürdige Auswirkungen auf die Art und Weise der Krankenversorgung. Auf das DRG-System wird später – in anderem Zusammenhang – eingegangen.⁶³

Auch abgesehen vom DRG-System lassen sich Kausalzusammenhänge zwischen der Erzielung eines ansehnlichen ärztlichen Einkommens und dem Versorgungsgeschehen feststellen. So bewegt in Deutschland zurzeit das System der Bonuszahlungen für Chefarzte die Gemüter.⁶⁴ Es besteht der Verdacht, dass die Gehaltsstrukturen in den Führungsetagen der Krankenhäuser zu einer deutlichen Ausweitung von Operationen geführt haben, vor allem bei Hüft- und Kniegelenkoperationen sowie bei Eingriffen an der Wirbelsäule. Wenn nach Einschätzung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte gut ein Drittel der Chefarzte einen Vertrag hat, der zusätzliche Zahlungen in Aussicht stellt, wenn bestimmte Behandlungsmengen überschritten worden sind, und diese Boni gut ein Fünftel des ärztlichen Honorars ausmachen, dann ist ein derartiger Kausalzusammenhang in der Tat naheliegend.⁶⁵

Eine letztlich überflüssige Operation an der Wirbelsäule ist nicht nur aus finanziellen Erwägungen problematisch und zudem ein Skandal. Unter dem spezifischen Aspekt der Krankenversorgung ist so etwas absolut dysfunktional, angesichts der mit einem derartigen Eingriff verbundenen aktuellen Beeinträchtigungen und der mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintretenden negativen Nebenwirkungen.

Bei dem Blick auf Krankenhäuser (und Gleiches gilt auch für Rehabilitations-einrichtungen) sind in der öffentlichen Wahrnehmung auch betriebswirtschaftliche und gesundheitspolitische Gesichtspunkte in besonderer Weise präsent; Stichworte hierzu: Krankenhausbedarfsplanung, Krankenhausstrukturen, auch im Hinblick auf Spezialisierungen und angemessene Erreichbarkeit seitens der Bevölkerung. Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass Art und Weise der Versorgung von den Akteuren im Krankenhausbereich auch aus diesem (auch nur für sich betrachtet) komplexen Blickwinkel beeinflusst werden.

Wenn man dabei von den Akteuren spricht, muss man nicht nur an das Innenleben der Krankenhäuser und an „Mensch und Material“ denken, sondern auch an die Träger dieser Einrichtungen mit ihren spezifischen betriebswirtschaftlichen, aber u. U. auch kommunalpolitischen Interessen.

3. Steuerung innerhalb eines definierten Rehabilitationsgeschehens

Wenn man die Steuerung der Versorgung aus dem Blick der Strukturen der Leistungserbringung betrachtet, gelangt man auch zu den Personen und Einrichtungen, die der medizinischen Rehabilitation dienen. Dabei soll Rehabilitation hier als die Summe der Maßnahmen im Anschluss an eine Akut-Heilbehandlung verstanden werden.⁶⁶

In die Thematik der Tagung 2013 gehört dieser Bereich deshalb, weil man die so verstandene Rehabilitation als einen der Akutbehandlung gleichwertigen Schritt auf dem Weg zur Wiederherstellung von Gesundheitsbeeinträchtigungen bewerten muss.⁶⁷

Dieser Gesichtspunkt soll hier gleichwohl nur erwähnt werden, lediglich als ein Hinweis auf die Fragen zur Steuerung der Vorgänge in diesem Bereich (der Rehabilitation) einschließlich der dort möglicherweise zu beobachtenden Schwachstellen und der Aufdeckung von Wegen zu ihrer Beseitigung.

IV. Analyse der Steuerung der Versorgung unter dem Gesichtspunkt des gewachsenen Versorgungssystems des öffentlich-rechtlichen und des privatrechtlichen Sozialrechts

1. Finanzierungsverantwortung

Es wurde bereits erwähnt, dass die Fragen der Steuerung der Versorgung auch aus der Sicht der Institutionen angegangen werden können, die dafür zuständig sind zunächst in dem Sinne, dass sie die Finanzierungsverantwortung tragen. Diese Aufgabe fällt in besonderer Weise ins Auge bei der privaten Krankenversicherung, die ja eine Krankenkostenversicherung ist;⁶⁸ aber selbstverständlich hat auch die gesetzliche Krankenversicherung diese Aufgabe – und Gleiches gilt auch für die Unfallversicherung und die Rentenversicherung.

Auch aus der Sicht sowohl der öffentlich-rechtlichen als auch der privaten Versicherer lassen sich die Fragen der Versorgungssteuerung stellen und beantworten. Dabei scheinen auf den ersten Blick die Systemunterschiede – einerseits gesetzlich unfreiwillige Versicherungen des öffentlichen Rechts, die dementsprechend im Hinblick auf ihre (institutionelle) Existenz, mit ihren speziellen gesetzlichen Aufträgen und mit ihren Leistungen notwendig sind und andererseits die hinsichtlich Existenz, ihrer jeweiligen Geschäftszielen und ihrer Leistungen anscheinend rundum freiwilligen

ligen privaten Versicherer – zu grundsätzlich unterschiedlichen Folgerungen in der Gestaltung des Leistungsgeschehens zu führen. Dieser erste Eindruck könnte unzutreffend sein; und die bereichsübergreifende Betrachtung der verschiedenen Gebiete des privaten und des öffentlichen Sozialrechts, die auch auf dieser Tagung angestellt wird, dürfte zu dem Ergebnis einer weitgehenden Konvergenz von Problemen und Lösungen führen.

Aus diesem Grund – also angesichts des geplanten Ablaufs dieser Tagung – werden an dieser Stelle keine weiteren, eingehenden Überlegungen aus diesem Blickwinkel angestellt. Bemerkenswert ist allerdings, dass der Gesetzgeber von der Existenz der privaten Kranken- und Pflegeversicherung und dem Vorhandensein entsprechender Unternehmen (Versicherer) ausgeht.⁶⁹

2. Versicherer als Treuhänder in umfassendem Sinn

Ein weiterer Gedanke hierzu soll ebenfalls vorgetragen werden: Es ist sicherlich nicht übertrieben, festzustellen, dass derartige Organisationen jedenfalls auch Treuhänder sind. Diese treuhänderische Funktion bezieht sich nicht nur allein auf das anvertraute Geld, also auf die Versicherungsbeiträge, die von den Mitgliedern gezahlt werden und die nach den einschlägigen rechtlichen Regelungen (Verträge oder einseitige öffentlich-rechtliche Festlegungen) zu verwenden sind.

Vielmehr bezieht sich diese Treuhandfunktion in erster Linie und vor allem auf die Interessen der Mitglieder, die der Versicherung (vertraglich oder gesetzlich) übertragen wurden und deren Wahrnehmung ihr anvertraut worden ist.

So verstanden obliegt der Versicherung nicht nur die Aufgabe der Finanzierung der zur Behebung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen erforderlichen Leistungen. Sondern – darüber hinaus – rückt der Versicherer nach diesem Verständnis auch in die Position seiner Mitglieder im Hinblick auf die Wahrnehmung deren Interessen ein, insbesondere auch soweit es um die Ziele einer optimalen gesundheitlichen Versorgung geht. Demnach kann man aus dem Versicherungsverhältnis zwanglos auch einen Auftrag zur treuhänderischen Fürsorge zugunsten der Versicherten ableiten.

Es liegt auf der Hand, dass damit ein stärkeres Gewicht der Patienteninteressen erreicht werden kann. Und – um beim Thema dieser Tagung zu bleiben – die Frage liegt nahe, ob und inwieweit seitens der Patiententreuhänder (und zwar sowohl des öffentlichen als auch des privaten Rechts) auch tatsächlich auf den optimalen Einsatz der Mittel hingewirkt wird, die für die Versorgung bei Gesundheitsbeeinträchtigungen zur Verfügung stehen.

3. Bedeutung von Naturalleistungsprinzip und Kostenerstattungsprinzip

Diese Funktion einer Versicherung als Treuhänder ihrer Mitglieder ist wahrscheinlich (vom regelungstechnischen Ansatzpunkt her) unterschiedlich stark ausgestaltet, je nachdem, ob es sich lediglich um eine Krankheitskostenversicherung handelt (die keine Sachleistungen erbringt, sondern nach dem Prinzip der Kostenerstattung leistet) oder um eine Krankenversicherung, die prinzipiell Leistungen nach dem Naturalleistungsprinzip (Sachleistungsprinzip) erbringt.⁷⁰

Bei einer Versicherung, die im Wesentlichen lediglich die Kosten von Heilbehandlungen übernimmt, liegt die Verantwortung für die optimale Gestaltung des Heilverfahrens von Rechts wegen eher bei den Versicherten und ihren Ärzten, die sich vertraglich miteinander verbunden haben. Eine derartige – auch im Gesetz sogenannte – „Krankheitskostenversicherung“⁷¹ hat jedoch letztlich ein nicht geringeres Interesse an der optimalen Gestaltung der Heilbehandlung; eine diesbezügliche Einflussmöglichkeit ist traditionell und im geltenden Recht allerdings nicht vorgesehen. Die Beziehungen zwischen Versicherung und Leistungserbringern werden somit nicht – rechtlich verpflichtend – durch diesbezügliche Vorschriften im Gesetzesrecht erfasst; das schließt allerdings auch die Ausgestaltung durch Vertragsrecht nicht aus.

Demgegenüber übernimmt eine Versicherung, die nach dem Naturalleistungsprinzip gestaltet ist, eine weitgehende Verantwortung für die Leistungserbringung. Rechtlich wird diese Verantwortung in der Weise wahrgenommen und ausgestaltet, dass eine Einflussnahme auf die Leistungserbringer auf der Grundlage entsprechender rechtlicher Regelungen ermöglicht wird.

Dieses sog. Leistungserbringungsrecht als Rechtsmasse, mit der die Beziehungen zwischen Leistungsträgern (in ihrer Funktion als Finanzierer von Leistungen) und Leistungserbringern erfasst und ausgestaltet wird, findet sich dort, wo die Leistungserbringung nicht verwaltungsintern, also gleichsam „eigenhändig“ durch eigenes Personal und Eigeneinrichtungen, erledigt wird, sondern im Rahmen von rechtlichen Außenbeziehungen – also extern – vorgenommen wird; die gesetzliche Krankenversicherung ist insoweit weitgehend gebunden.⁷² Der Grad der Konkretetheit der diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen kann extrem unterschiedlich sein und hängt davon ab, in welchem Maße der Gesetzgeber die untergesetzliche Ausgestaltung dieser Rechtsmaterie der (insbesondere Selbst-)Verwaltung überlassen hat. Im Unfallversicherungsrecht genügen einige wenige Vorschriften im Gesetz⁷³; in der Krankenversicherung sind die „Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern“ in knapp 130 Paragraphen⁷⁴ von teils kaum fassbarer Regelungsbreite und -dichte normiert.

Diese Regelungen betreffen nicht nur aufbauorganisatorische Fragen, beispielsweise die Berechtigung bestimmter Ärzte und Einrichtungen (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) zur Behandlung der Versicherten und die Errichtung von Institutionen, die im Rahmen von Selbstverwaltung (z.B. der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landes- und Bundesebene) oder der sog. gemeinsamen Selbstverwaltung (wiederum auf Landes- und Bundesebene, in Ausschüssen, Ämtern und Vertragspartnerschaften) für eine Konkretisierung der Rechtsbeziehungen zwischen Versicherungen (Krankenkassen), ihren Verbänden und den Leistungserbringern zu sorgen haben. Dabei werden im Übrigen zahlreiche untergesetzliche Regelungen geschaffen, insbesondere auch vereinbart.⁷⁵ Weiterhin wird das Verhalten der Leistungserbringer unter verschiedenen Gesichtspunkten beaufsichtigt.

Es ist naheliegend, dass dies alles keinem anderen Ziel als der optimalen Versorgung der Versicherten dienen sollte – und damit ist das Leistungserbringungsrecht als typische Erscheinung von sozialrechtlichem Naturalleistungsprinzip der normative Ort für die Steuerung der Versorgung.

Im Übrigen ergeben sich die Problematik und die Notwendigkeit der Steuerung der Versorgung auch dann, wenn die Leistungserbringung verwaltungsintern organisiert ist.

V. Versorgungssteuerung aus dem Blick des Krankheitsgeschehens

Kurz erwähnt werden soll auch noch ein weiterer möglicher Ansatzpunkt, der im Übrigen besonders ertragsreich, wahrscheinlich aber auch besonders aufwendig sein dürfte. Es wurde bereits eingangs erwähnt, dass man bei den Fragen von Krankenversorgung und diesbezüglicher Steuerung auch vom Krankheitsgeschehen ausgehen kann, indem man dieses klassifiziert, definiert und beschreibt und dann anschließend die Frage stellt, inwieweit die einzelnen Krankheiten, die in dieser Klassifizierung im Einzelnen erscheinen, optimal behandelt werden.

1. Klassifikationen von Krankheiten, Diagnosen, Versorgungswegen

Der Vorzug dieser Vorgehensweise liegt auf der Hand: Derartige Klassifizierungen gibt es bereits in der Medizin.

Der medizinische Laie wird dabei vielleicht zunächst an den „Psyhyrembel“ denken.

Weiterhin dürften als diesbezügliche Fundgruben die einschlägigen Standardwerke der medizinischen Ausbildungsliteratur infrage kommen.

Für das Krankenhaus hat der deutsche Gesetzgeber eine Verpflichtung zur Erstellung von „Verzeichnissen der stationären Leistungen und Entgelte“ vorgeschrieben.⁷⁶

Mit der Einführung des „leistungsorientierten und pauschalierten Entgeltsystems“⁷⁷ sind „Fallpauschalenkataloge“ der Bundesvertragsparteien⁷⁸ zu bilden, wobei gleichartige und vergleichbare Fälle zu einer Gruppe, der DRG (Diagnosis Related Groups)⁷⁹, zusammengefasst werden; der DRG-Fallpauschalenkatalog 2004⁸⁰ enthält 824 Fallpauschalen.⁸¹

In diesem Zusammenhang ist auch auf die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln für den deutschen Sprachraum herausgegebenen Klassifikationen nach der deutschen Version der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ des ICD-10-SGB V⁸² und den Operationenschlüssel nach § 301 SGB V⁸³ hinzuweisen.

Mit diesen Klassifikationen liegen praktisch Produktbeschreibungen der Leistungen des Krankenhauses vor; damit werden die im Krankenhaus anfallenden Diagnosen und medizinischen Prozeduren abgebildet.⁸⁴

Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist auf das „Verletztenartenverfahren“ (VAV) hinzuweisen, das Verletzte mit bestimmten schweren Verletzungen betrifft, bei denen eine sofortige besondere unfallmedizinische Behandlung, vor allem auch in speziellen Krankenhäusern der Akutversorgung, notwendig ist; diese Verletzungen sind in einem Verletztenartenverzeichnis katalogartig aufgeführt.⁸⁵

Derartige Informationen und ähnliche Klassifikationen für den ambulanten Bereich (insoweit, als es dort die Besonderheiten, z.B. auch der Versorgungswege gibt) lassen sich auch als Grundlagen für Überlegungen zu einer optimalen Steuerung des Versorgungsgeschehens denken.

Der Begriff der „Fallpauschale“ taucht im Übrigen im Krankenversicherungsrecht auch in anderem Zusammenhang auf. Die Gesamtvergütung, die von der Krankenkasse an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlen ist, kann nämlich auch auf der Grundlage einer Fallpauschale berechnet werden.⁸⁶ Bestimmte Vergütungen – das betrifft die Individualprophylaxe im Hinblick auf Zahnerkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung und Kinderuntersuchungen⁸⁷ – müssen als Pauschalen vereinbart werden.

Damit wird der Aufwand an ärztlichen Leistungen errechnet, der nach dem im Durchschnitt aller Fälle für einen Behandlungsfall bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise anfällt. Dabei ist der Behandlungsfall nicht gleichzusetzen mit dem Krankheitsfall, sondern wird kassenarztrechtlich definiert als die gesamte von demselben Arzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Kranken vorgenommene Behandlung.⁸⁸

Für die hier anzustellenden Betrachtungen sind die im Rahmen einer derartigen Fallpauschale vorzunehmenden Ermittlungen wahrscheinlich direkt weniger hilfreich.

2. Verbindlichkeit für alle Beteiligten des Versorgungsgeschehens

Die damit zu verbindenden Untersuchungen und Erkenntnisse im Hinblick auf ein optimales Behandlungsgeschehen müssten verbindlich sein für Ärzte (unabhängig davon, in welchem berufsorganisatorischen Zusammenhang sie tätig werden), für die Versicherer in ihrer Funktion als Finanzierer des Leistungsgeschehens (aber nicht nur in dieser Funktion), für die Patienten im Hinblick darauf, welche Erwartungen sie (vereinfacht formuliert) an die Leistungsfähigkeit der Medizin und der Mediziner stellen können, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Kontrollen innerhalb von Verwaltung und Gerichtsbarkeit bei der Frage, ob das rechtlich Gebotene (und das ist durch das fachlich Leistbare begrenzt) auch wirklich gewährt worden ist.

Und auch von diesem gedanklichen Ansatz her wird man rasch beispielsweise zu den Leistungserbringern gelangen und zur Frage, inwieweit deren Handeln der jeweiligen Krankheit angemessen ist.

Auch bei dieser Betrachtungsweise muss selbstverständlich der Aspekt der notwendigen Vernetzung von Aktivitäten im Bereich der Krankenversorgung im Auge behalten werden.

VI. Versorgungssteuerung aus dem Blick der sog. Qualitätssicherung

Der Frage einer optimalen Versorgungssteuerung kann man sich auch aus dem Blick der sog. Qualitätssicherung nähern.

1. Ziele der Qualitätssicherung

„Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung sollen eine Patientenversorgung gewährleisten, die dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der fachlich gebotenen Qualität entspricht.“⁸⁹

Auch die „Qualitätssicherung“ ist eine Zauberformel, die sich mit magischer Kraft, alles umfassend, über sämtliche Bereiche des menschlichen Lebens, bekanntlich auch des Wirtschaftslebens, und dann selbstverständlich auch über das Gesundheitswesen, wie eine Krake ausgebreitet hat.

Die ungeheuer vielfältige, zunächst ganz allgemein und abstrakt programmatische Funktion von „Qualitätssicherung“ ergibt sich aus deren gedanklichen Konkretisierung; dabei zeigt sich, dass die einzelnen Verfahren und Maßnahmen von „Qualitätssicherung“ in vielerlei Hinsicht identisch sind mit dem, was sich aus anderer Perspektive, nämlich vom gedanklichen Ansatzpunkt einer optimalen Steuerung des Versorgungsgeschehens herkommend, ergibt. Anders ausgedrückt: Verschiedene Ansatzpunkte zu Überlegungen hinsichtlich der Optimierung der Versorgung führen zu weitgehender Konvergenz der Detailbetrachtungen und der dabei gefundenen Ergebnisse.

2. Der Gegenstand der Qualitätssicherung

Das betrifft zunächst einmal den Gegenstand von Qualitätssicherung. Das ist die Gesamtheit der Leistungen, die von den Krankenkassen ihren Versicherten zur Verfügung gestellt werden.⁹⁰ Das SGB V befasst sich ausdrücklich mit der darauf bezogenen Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom GBA vorgenommen wird. Diese Überprüfung bezieht sich nicht nur auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, sondern umfasst grundsätzlich auch bereits eingeführten Methoden.⁹¹

3. Die einzelnen Aspekte („Ebenen“) von Qualitätssicherung

Auch die grundsätzlichen Aspekte der Qualitätssicherung (Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität bzw. Strukturstandards, Prozessesstandards, Ergebnisstandards lassen sich im Gesundheitswesen beobachten.⁹²

Die Strukturqualität befasst sich mit den Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, der Organisationsform, der Kooperation mit anderen Leistungsträgern, der sachlichen und personellen Ausstattung, auch mit der Qualifikation des Personals und den Gesichtspunkten der Aus-, Fort- und Weiterbildung; weiterhin gehören dazu die Handlungsprogramme, die für die einzelnen Abläufe maßgeblich sind. Somit führt der Gesichtspunkt der Strukturqualität zu den „Regeln der ärztlichen Kunst“, die der Arzt bei seiner Tätigkeit stets und ständig zu beachten hat.⁹³ Und dann ist es nicht mehr weit zur Betrachtung der allgemeinen ärztlichen Qualifikation, so wie sie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung erlangt und gesichert wird;⁹⁴ darüber hinaus ist an besondere ärztliche Qualifikationen zu denken, die in Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 Satz 4 SGB V mit bestimmten Fachärzten festgelegt werden können. Ähnliches gilt für die „Durchgangsärzte“ – D-Ärzte – der gesetzlichen Unfallversicherung⁹⁵, zur Sicherheit der Qualität und – wie so häufig – auch der Wirtschaftlichkeit) der Leistungserbringung.

Der Aspekt der Handlungsprogramme (Einflussnahme auf Entscheidungsabläufe) als ein Gesichtspunkt von „Strukturqualität (Strukturstandards)“ führt zur evidenzbasierten Medizin, darüber hinaus zu Leitlinien allgemein und zu Disease-Management-Programmen, also zu strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten.⁹⁶

Damit dürfte im Übrigen zugleich auch der Gesichtspunkt der „Prozessqualität (Prozessesstandards)“ einschlägig sein, wenn man hierzu die Planung und den Ablauf des Handelns, Art und Umfang des Handelns, Behandlungsmethoden, Diagnose und Therapie, das Behandlungsniveau sowie Dokumentation und Kontrollen zählt.

Schließlich ergibt sich auch unter dem Gesichtspunkt von „Ergebnisqualität (Ergebnisstandards)“ und entsprechenden Bemühungen eine sicherlich weitgehende Übereinstimmung mit den Zielen, die mit einer optimalen Steuerung des Versorgungsgeschehens verbunden werden. Grundsätzlich wird – für den Bereich des Gesundheitswesens – die Messung (bzw. Bewertung) der Ergebnisqualität als besonders schwierig erachtet, da sich bestimmte Erfolge der Behandlung unter Umständen erst nach einem relativ langen Zeitraum beurteilt ließen. Das ist – für sich gesehen – einerseits sicherlich zutreffend. Andererseits ergibt es auch eine Reihe von Kriterien, anhand derer man bestimmte Behandlungserfolge durchaus sicher „messen“ (also beurteilen) kann – die Geschichte der entdeckten Arztfehler und daran anschließender Arzt(haftungs)prozesse lässt sich dazu heranziehen.

4. Ergebnis

Somit wird man – zu den Aspekten der Qualitätssicherung zusammenfassend – sagen können, dass von dieser Betrachtungsweise her sicherlich eine weitgehende Übereinstimmung mit den Zielen, Gedanken und Ergebnissen der optimalen Versorgungssteuerung festgestellt werden kann.

VII. Die Verselbstständigung der Versorgungssteuerung

Zum Abschluss der einführenden Bemerkungen soll noch auf einen weiteren Aspekt hingewiesen werden, der auffallend ist und als „Verselbstständigung der Versorgungssteuerung“ bezeichnet werden kann.

1. Steuerung als „Hilfstätigkeit“

Nach früheren Vorstellungen ist die Frage der optimalen Steuerung der Versorgung wahrscheinlich entweder als Selbstverständlichkeit oder als Nebensächlichkeit betrachtet worden, über die man jedenfalls keine besonderen Worte verlieren muss und die deshalb auch in den einschlägigen Regelungen keine besondere Beachtung gefunden haben. Damit könnte erklärt werden, dass dieser Gesichtspunkt innerhalb der Versorgungsformen gemäß der überkommenen „klassischen“ Gliederung durchaus erkennbar, aber nicht als zentrales Problemfeld angesehen und deshalb auch nicht besonders hervorgehoben worden ist, sondern eher die Bedeutung einer gleichsam begleitenden Überlegung hatte.

2. „Steuerung“ als eigenständiges Aufgabenfeld

a) „Bündelung“ von Aktivitäten. Neue Aufgabe

Inzwischen scheint es so zu sein, dass die Steuerung der Krankenversorgung nicht nur als „Begleitmaßnahme“ oder als Begleiterscheinung, sondern als eigenständiger Bereich des Versorgungsgeschehens betrachtet wird. Damit hat eine gedankliche Bündelung von Aktivitäten im Hinblick auf die Steuerung der Krankenversorgung stattgefunden.

Man könnte auch – vielleicht etwas übertreibend – von einem Wandel vom Hilfgeschäft zum Kerngeschäft sprechen, sozusagen als strategischer Ausgangspunkt, auch in der eigenen Wahrnehmung der Aufgabenstellung z.B. einer Krankenversicherung.

Diese Zusammenführung der Gesichtspunkte von optimaler Steuerung der Krankenversorgung hat ihren Niederschlag auch im Gesetz gefunden, in dem ein neuer Aufgabenbereich mit dieser Querschnittsfunktion normiert worden ist – auf die einschlägigen Vorschriften im SGB V und SGB XI wurde eingangs hingewiesen.

Ein ähnlicher Vorgang lässt sich im Übrigen hinsichtlich der Überlegungen beobachten, die insgesamt zu dem Mega-Thema der „Qualitätssicherung“ geführt haben. In der ersten Auflage des „Handwörterbuchs der Produktionswirtschaft“ (aus dem Jahr 1984) wurden zwar „Qualität und Qualitätsüberwachung“ behandelt⁹⁷; mit den heutigen, detaillierten Vorstellungen von Qualitätssicherung hat das jedoch nur andeutungsweise etwas zu tun.

Im deutschen Gesundheitswesen hat dieses neue, komplexe (in seiner Reichweite bislang so nicht kultivierte) Bewusstsein bislang noch nicht zu einer Ablösung der gleichsam strategischen Ziele der Krankenversorgung geführt; interessant ist eine Gesetzesinitiative aus der Schweiz, derzufolge „Managed Care“ (MC) zur Regelversorgung werden soll.⁹⁸

Eine Anmerkung in diesem Zusammenhang: Die Bewertung der Aktivitäten zur Steuerung des Heilverfahrens im Bereich der privaten Versicherungen, und dabei insbesondere bei der Haftpflichtversicherung, scheint nicht durchgehend problemlos positiv auszufallen. Hier wird teilweise ein – wie gezeigt wurde, durchaus geläufiger – Zusammenhang zwischen dem Anliegen einer optimalen Versorgung der Versicherten einerseits und den finanziellen Aspekten andererseits hergestellt; und dabei kann aus gleichsam gesellschaftlicher Außensicht eine Überbewertung des finanziellen Gesichtspunkts vorgenommen werden.⁹⁹

b) Organisatorisch-institutionelle Folgerungen

Die gedankliche Eigenständigkeit von „Steuerung der Versorgung“ im Gesundheitswesen hat – und auch insoweit besteht Ähnlichkeit mit den Erscheinungen der „Qualitätssicherung“ – allerdings mit einer gewissen Folgerichtigkeit auch zu organisatorisch-institutionellen Konsequenzen geführt.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat diese – in dieser Ausformung neue – Aufgabe der Krankenkassen gemäß § 11 Abs. 4 SGB V (Anspruch auf ein Versorgungsmanagement) die Schaffung entsprechender Stellen in der Verwaltung und deren Besetzung durch geeignetes Personal zur Folge gehabt. Als Alternative kommt auch die Auslagerung dieser Aufgabe an private Leistungserbringer in Betracht, die unter Aufsicht der Krankenkasse tätig werden.

Und soweit die private Krankenversicherung sich dieser Aufgabe annimmt, kommen ebenfalls beide organisatorischen Alternativen in Betracht: Entweder eine private Kasse erledigt diese Angelegenheiten vollständig in eigener Regie oder dieser Aufgabenkomplex wird an einen privaten Leistungserbringer übertragen, wahrscheinlich mit diesbezüglich verbleibenden „Aufsichts- und Kontrollfunktionen“ bei dem Versicherer.

Insgesamt lässt sich die Wahrnehmung entsprechender neuer „Berufe“ durch Einzelpersonen oder durch Institutionen, Gesellschaften, kommerziell tätige Einrichtungen beobachten; das betrifft auch die Ausbildung von medizinischen Fachangestellten zu „Versorgungsassistent(inn)en“ in der Hausarztpraxis.¹⁰⁰

Und es gibt auch eine Vielzahl von Anbietern aus dem privaten Bereich, die im Auftrag von Patienten – sozusagen „direkt“, also noch im Rahmen von Selbst- bzw. Eigensteuerung – oder im Auftrag von Versicherern Versorgungssteuerung (oder Fall-Management) tätigen. Ein Blick in das Internet, aber auch in das einschlägige Schrifttum, insbesondere die Zeitschriften der privaten und öffentlich-rechtlichen Versicherer, bestätigt diese Feststellung.

Suchbegriffe hierzu, die zugleich den „Kernbereich“ von Versorgungssteuerung ansprechen: Gesundheitsanalytik¹⁰¹; Patientencoaching; Managed Care; Fall-Management; COMPASS-Pflegeberatung¹⁰²; Gesundheitsmanagement¹⁰³; Disease-Management-Programme¹⁰⁴; Guided Care¹⁰⁵; Prozessmanagement¹⁰⁶; in diesem Zusammenhang sind auch der „Gesundheitslotse“ und der „Patientenbegleiter“¹⁰⁷ zu nennen.¹⁰⁸

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung hat sich der „Berufshelfer“ zum „Reha-Berater“ entwickelt. Dieser wird zuständig, wenn sich die Wiedereingliederung eines Verletzten schwierig gestaltet. Der Reha-Berater ist bei der (berufsgenossenschaftlichen) Bezirksverwaltung „angesiedelt“ und speziell qualifiziert.¹⁰⁹

So absolut und gänzlich neu ist dies alles allerdings auch nicht. Die Bündelung von Steuerungsaktivitäten zu eigenständigen Berufsbildern kann man ansatzweise eigentlich auch schon bei den – eingangs erwähnten – Berufshelfern der gesetzlichen Unfallversicherung beobachten, die in dieser Tätigkeit Spezialisten sind – im Übrigen nicht selten mit der Folge, dass eine Abwerbung dieses Personals seitens privater Einrichtungen für eben die gleiche Tätigkeit gelungen ist; damit wird die Vorstellung von einem eigenständigen Beruf, einem besonderen Berufsbild, bestätigt.

c) Versorgungsforschung

Mittlerweile gibt es auch eine „Versorgungsforschung“, die sich u. a. mit eindrucksvollen Veranstaltungen präsentiert; vgl. z. B. die Kongresse des „Bundesverbandes Managed Care“ mit dem Generalthema „Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand – Impulse für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen“ vor fast genau zwei Jahren, 31.1. und 1.2.2011, sowie – im Jahr 2013¹¹⁰ – mit dem Generalthema „Zukunftsmodelle der medizinischen Versorgung – Impulse für das Wahljahr 2013“ und Beiträgen u. a. zu „Blockaden der integrierten Versorgung, die durch Investitionen in Versorgungsinnovation“ zu lösen sind, zur „Integrierten Versorgung in der Schweiz“, zu „Integrated Care and Technology – Best Practice from Spain“ und zu den „Anforderungen an die zukünftige Versorgung in Deutschland“.

Die Förderung anwendungsorientierter Versorgungsforschung wird von vielen Seiten angegangen; ausdrücklich sollen damit Ansatzpunkte für die Steuerung bedarfsgerechter, qualitätsgesicherter und auch – wen wundert es – wirtschaftlicher Strukturen und Abläufe gewonnen werden. In dieser Richtung hat sich beispielsweise der 107. Deutsche Ärztetag 2004 geäußert. Im selben Jahr fand in Bielefeld der 3. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung statt.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) und die Spitzenverbände der Krankenkassen wollen der Versorgungsforschung in Deutschland ebenfalls ein größeres Gewicht verleihen, wie sich aus einer gemeinsamen Bekanntmachung vom 29.1.2004 ergibt. Das Ziel diesbezüglicher gemeinsamer Förderungsmaßnahmen ist es, versorgungs- und praxisrelevante Fragestellungen mit besonderem Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung zu untersuchen und die Umsetzung der erzielten Ergebnisse in die Regelversorgung voranzutreiben; dies soll alles der Optimierung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung und somit einer gezielten Verbesserung der Patientenversorgung dienen.¹¹¹ Auch die Veröffentlichungen zur Versorgungsforschung sind in ihrer Vielfalt beachtlich.¹¹²

VIII. Schlussbemerkungen

Die Versorgung bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist vom Gegenstand her ein denkbar komplexes Thema und ein an Vielfalt kaum zu überbietender Vorgang. Nach den gängigen Vorstellungen in unserem Kulturkreis ist es bei Krankheit nicht mit einem Besuch beim Mediziner, der Verabreichung einer garantiert naturgewonnenen Arznei und der gemeinsamen Bitte um übernatürliche Hilfe getan.

Und demzufolge treffen Fragestellungen im Hinblick auf eine mehr strategische oder eine mehr taktische Steuerung des Versorgungsgeschehens auf diese Komplexität und eine Fülle von Überlegungen und Vorschlägen.

Es wurde gezeigt, dass man auf die grundsätzlich, strukturell gleichen Schwierigkeiten stößt, wenn man sich dem Versorgungsgeschehen beispielsweise aus dem Blickwinkel der Qualitätssicherung oder unter den Aspekten der Wirtschaftlichkeit oder der Finanzierbarkeit oder der in diesem Bereich infrage kommenden (öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen) Leistungsträger nähert, stets auf der Suche nach der jeweils „richtigen“, optimalen Struktur.

Wenn man Erkenntnisse zur Frage der Steuerung in der Krankenversorgung gewinnen will, kommt man um eine analytische Betrachtungsweise nicht herum. Das ist allen denkbaren Ansätzen gemeinsam. Und die Notwendigkeit der Analyse gilt zunächst für die Ermittlung der derzeitigen Gegebenheiten und der dabei zu beobachtenden Zusammenhänge. Nur auf einer derartigen Basis kann eine rationale, vernunftorientierte Bewertung der derzeitigen Gegebenheiten stattfinden. Und dies wiederum – die fundierte Bestandsaufnahme und die darauf beruhende Bewertung – ist unabdingbare Voraussetzung für Überlegungen in Richtung auf eine Verbesserung, möglichst Optimierung des Versorgungsgeschehens, im Rahmen unserer Tagung aus dem Gesichtspunkt einer (selbstverständlich besseren, optimalen) Steuerung dieses Geschehens.

- ¹ Vgl. v. Hadeln/Riedl, NJW 2000, S. 34 ff.
- ² V. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046.
- ³ GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG, v. 26.3.2007, BGBl. I S. 378.
- ⁴ V. 26.5.1994, BGBl. I S. 1014.
- ⁵ § 7a SGB XI, eingefügt durch G. v. 28.5.2008, BGBl. I, S. 874.
- ⁶ Dazu näher z. B. Wältermann, Kriegsopferversorgung/soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Übersicht über das Sozialrecht, 7. Aufl. 2010, Kapitel 24, S. 981 ff.
- ⁷ So bereits v. Hadeln/Riedl, NJW 2000, S. 34 ff.
- ⁸ S. u. III. 1. h) aa).
- ⁹ RBEG v. 24.3.2011, BGBl. I S. 453.
- ¹⁰ Gem. § 29 SGB XII.
- ¹¹ Dazu Seewald, in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztes, 2. Aufl. 2006, § 21 Rn. 27, 50, 78 und Axer, ebenda, § 10 Rn. 35, 36.
- ¹² Gem. § 91 SGB V – im Folgenden: GBA.
- ¹³ Vgl. § 92 SGB V.
- ¹⁴ Vgl. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 und § 137f SGB V sowie die Verträge zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme gem. § 137f Abs. 6 SGB V; konkretisiert werden die Programme in der Anlage zu §§ 28b–28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung v. 3.1.1994, BGBl. I S. 55, seither 20 Änderungen dieser VO, vgl. Dalichau, in: D. Prütting (Hrsg.), Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 2010, § 137f SGB V Rn. 4.
- ¹⁵ Im Rahmen der §§ 135 ff. SGB V.
- ¹⁶ Z. B. bei KassKomm-Hess, § 137f SGB V Rn. 2. Diese Bestimmungen finden sich im Abschnitt „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“.
- ¹⁷ Vgl. RegE zum „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ – RSA-RefG, BT-Drs. 14/17123.
- ¹⁸ Vgl. Lente, G&G 7-8/11 S. 38 ff., 40.
- ¹⁹ So ausdrücklich § 137f Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V: „Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten“ als eines der maßgeblichen Kriterien bei der Auswahl der zu empfehlenden chronischen Erkrankungen; s. a. Schmidt-Sanchez, G&G 7-8/05 S. 14, 15.
- ²⁰ SGB V, 4. Kapitel, 9. Abschnitt, §§ 135 ff.
- ²¹ Vgl. G&G 7-8/05, S. 23; zur Zuordnung dieser Programme zu den Gesichtspunkten/„Ebenen“ der Qualitätssicherung vgl. unten bei VIII. 3. sowie KassKomm-Hess, vor §§ 137f, g Rn. 4.
- ²² § 137f Abs. 1 Satz 2 Nr. 1–6 SGB V.
- ²³ Vgl. im Einzelnen § 137f Abs. 2 SGB V.
- ²⁴ Ein Beispiel bei B. Pietsch/Perleth/Nocon, „Versorgungsanalyse Depression“, G&G 9/2011 S. 28 ff., mit Darstellung der S3-Leitlinie/Nationale Versorgung Leitlinie Unipolare Depression, und (u. a.) mit Erläuterung der Handlungsfelder, Defizite und Lösungsansätze in diesem Versorgungsbereich unter den Gesichtspunkten Diagnostik, Therapie, ärztliche Fortbildung, Einbeziehung des Patienten, Prävention, Zugang zur Versorgung, Koordination der Versorgung, Reintegration des Patienten, aaO., S. 31.
- ²⁵ Vgl. die Beilage zum Deutschen Ärzteblatt v. 8.3.2003.
- ²⁶ Vgl. z. B. G&G Spezial 11/2010 (mit zahlreichen Beiträgen zum „Versorgungsmanagement“, vor allem auch zu den Erfahrungen mit den Disease-Management-Programmen).
- ²⁷ Bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, vgl. Schmidt-Sanchez, G&G 7-8/05 S. 14, 15.
- ²⁸ Dazu KassKomm-Hess, vor §§ 127f, g SGB V Rn. 2 m. w. N.
- ²⁹ Vgl. auch v. Lente/Willenborg, „Das Alphabet der Versorgung“, G&G 1/12, S. 38 ff., zu „10 Jahren DMP“ m. w. N. in den dortigen „Web- und Lesetipps“.
- ³⁰ S. G. Koczy-Rensing, in der Zeitschrift „Trauma und Berufskrankheit“ April 2010, S. 55–58.
- ³¹ Vgl. §§ 60 ff., insb. 62, 63 SGB I, übrigens auch durch Mitwirkungspflichten im Prozess der beruflichen Rehabilitation, vgl. § 64 SGB I.
- ³² § 137f Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V.
- ³³ Schmidt-Sanchez, G&G 7-8/05, S. 14.
- ³⁴ S. a. Kopatzik, „Gesundheit lässt sich lernen“, G&G 10/12 S. 23 ff.; Kickbusch, „Politik unterschätzt Bedeutung der Gesundheitskompetenz“, in: G&G 10/12 S. 27.

- ³⁵ Vgl. dazu die Beiträge von Schmacke, Hons und Egidi, G&G Spezial 5/2009, S. 4, 5, S. 8 ff. und S. 13; dort auch der Hinweis auf ein am Otto Wagner-Spital in Wien angesiedeltes Projekt, das auf eine Steigerung der Adhärenz bei Menschen mit HIV/Aids unter hochaktiver antiretroviraler Therapie („Haart“) abzielt, wobei eine „Adherence-Nurse“ schrittweise in die klinische Versorgung integriert wird, zur zielgenauen Unterstützung der Patienten und zur Integration der Medikamenteneinnahme im Alltag.
- ³⁶ Vgl. G&G Spezial 5/2009, S. 4.
- ³⁷ Vgl. § 192 Abs. 1 VVG; zur inzwischen in der gesetzlichen Krankenversicherung möglichen optionalen Kostenerstattung siehe § 12 Abs. 2 SGB V.
- ³⁸ Dazu z.B. Schaub, in: Prütting/Wegen/Weinreich, BGB-Kommentar, 6. Aufl. 2011, § 823 Rn. 202 ff.; Schmidt-Kessel, ebenda, § 280 Rn. 73.
- ³⁹ Dazu eingehend die Habilitationsschriften von Hänlein, Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht, 2001, Boerner, Normenverträge im Gesundheitswesen, 2003, und Axer, Normsetzung des Exekutive in der Sozialversicherung, 2000.
- ⁴⁰ S. KassKomm-Becker, § 20 SGB V Rn. 8.
- ⁴¹ Zu Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfekontaktstellen und den Spitzenorganisationen der Selbsthilfe s. KassKomm-Becker, § 20c SGB V Rn. 4–8; s. a. zur „Online-Selbsthilfe“: „Begegnung im Netz“, G&G Spezial 12/2012 mit Beiträgen u. a. zur internetbasierten Selbsthilfe und zum Aufbau von Online-Communities sowie zahlreichen Hinweisen auf einschlägige Internetportale.
- ⁴² Jahrgang 5, Ausgabe 3, Juni 2010.
- ⁴³ Vgl. § 266 Abs. 4 i. V. m. Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie KassKomm-Hess, vor §§ 137f, g SGB V Rn. 5–9, Dalichau, in: D. Prütting, Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 2010, § 137f SGB V Rn. 13 ff., 19 ff. und Specke, Der Gesundheitsmarkt in Deutschland, 3. Aufl. 2005, S. 111f.
- ⁴⁴ Ein Beispiel hierfür mit Blick auf die Niederlande und die Schweiz: Greß/Heinemann/Jacobs, „Spicken beim Nachbarn“, G&G 1/10, S. 21 ff., 25; dort im Übrigen auch die Feststellung, dass in der Schweiz „Managed Care“ deutlich hinter den an sich damit eröffneten Möglichkeiten zurückbleibt.
- ⁴⁵ Erläuterungen hier z. B. bei Preusker (Hrsg.), Lexikon des deutschen Gesundheitssystems, 3. Aufl. 2010; Rompf, in: Bock, Recht für Krankenhaus und Arztpraxis, 2009, S. 127 ff.
- ⁴⁶ § 73 Abs. 1, 1a, 1 b SGB V.
- ⁴⁷ § 73b SGB V.
- ⁴⁸ § 76 Abs. 3 Satz 2 SGB V.
- ⁴⁹ KassKomm-Hess, § 76 SGB V Rn. 21.
- ⁵⁰ Vgl. KassKomm-Ricke, § 34 SGB VII Rn. 8, mit Hinweis auf §§ 24 ff., Vertrag Ärzte-Unfallversicherungsträger (ÄV).
- ⁵¹ Vgl. weitere Einzelheiten auch bei Wikipedia „Durchgangsarzt“.
- ⁵² Vgl. M. Drupp (niedersächsisches AOK-Institut für Gesundheitsconsulting), in: G&G 12/11 S. 27 ff., „Neues vom betrieblichen Eingliederungsmanagement“ – dazu § 84 Abs. 2 SGB IX – bei Schiefer/Borchard, in: Der Betrieb, 2011, S. 2435 ff.; die Übermittlung der Namen von Arbeitnehmern an den Betriebsrat (für dessen Überwachungsaufgabe) im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements hat das BAG für unzulässig erachtet, BAG B. v. 7.2.2012 – 1 ABR 46/10, Der Betrieb, 2012, S. 1517.
- ⁵³ Gem. § 73a SGB V.
- ⁵⁴ KassKomm-Hess, § 76 SGB V Rn. 4; zu Haftungsfragen in der Gemeinschaftspraxis Jaeger, in: D. Prütting, Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 2010, § 280 BGB Rn. 18–20; zum Vertragsarztwesen und zur Tätigkeit in einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis in „Partnerschaft“ gemäß dem „Partnerschaftsgesellschaftsgesetz – PartGG“ Kilian, in: D. Prütting, Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 2010, § 1 PartGG, Rn. 30 ff., § 3 PartGG, Rn. 16, 17.
- ⁵⁵ § 95 Abs. 1 Satz 2 und Satz 3 SGB V.
- ⁵⁶ KassKomm-Hess, § 95 SGB V Rn. 12–19.
- ⁵⁷ §§ 140a–140d SGB V.
- ⁵⁸ Zur integrierten Versorgung, s. § 140b SGB V.
- ⁵⁹ KassKomm-Hess, vor §§ 140a SGB V Rn. 16.
- ⁶⁰ S. z. B. G&G 9/12, S. 39 ff.: „Arztnetze sind Leuchttürme der Versorgung“.
- ⁶¹ Vgl. dazu auch den „Patientenschutz e.V.“ – und – z. B. – die Patientenbegleitung (nach eigenem Verständnis gleichbedeutend mit „Case-Management“) der Allianz Privaten Krankenversicherung als Bindeglied in der Kommunikation und Koordination zwischen den Patienten beziehungsweise dessen Angehörigen und Ärzten, Pflegepersonal oder Sozialdiensten.
- ⁶² Vgl. § 39 Abs. 1 SGB V.
- ⁶³ S. u. bei VII. 1.
- ⁶⁴ Vgl. SZ v. 12./13.1.2013, S. 23.

- ⁶⁵ Vgl. auch Beiträge von Sinjakowa („Kasse machen im OP“) und Töpfer/Henkel-Hoving („Intransparenz lädt zum Missbrauch ein“), in: G&G 1/13 S. 22 ff., 26 ff.
- ⁶⁶ Dazu umfassend Jabornegg/Resch/Seewald (Hrsg.), *Medizinische Rehabilitation – Beiträge zu den Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgesprächen 2009*.
- ⁶⁷ Zum möglichen Verständnis von „Rehabilitation“ z.B. Seewald, *Medizinische Rehabilitation – die Rechtslage im deutschen Sozialversicherungsrecht*, in: Jabornegg/Resch/Seewald (Hrsg.), *Medizinische Rehabilitation – Beiträge zu den Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgesprächen 2009*, S. 57–104.
- ⁶⁸ § 192 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz – VVG.
- ⁶⁹ Vgl. § 193 Abs. 3 VVG – Versicherungspflicht für jede Person mit Wohnsitz im Inland; § 193 Abs. 5 VVG i.V.m. § 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz VAG – Gewährung einer Versicherung im Basistarif; §§ 23, 110, 111 SGB XI – verpflichtende private Pflegeversicherung.
- ⁷⁰ Vgl. dazu auch bereits oben unter III. 1. D) cc) „Wirkungen von Naturalleistungen und Kostenerstattungen“, unter dem Gesichtspunkt der Einflussnahme des Patienten auf „seinen“ (insbesondere ärztlichen) Leistungserbringer.
- ⁷¹ Vgl. § 192 Abs. 1 VVG.
- ⁷² Vgl. § 140 SGB V – grundsätzlich keine Eigeneinrichtungen.
- ⁷³ § 34 SGB VII – „Durchführung der Heilbehandlung“.
- ⁷⁴ §§ 69–140h SGB V.
- ⁷⁵ Dazu umfassend Boerner, *Normenverträge im Gesundheitswesen*, 2003.
- ⁷⁶ § 39 Abs. 3 SGB V, eingeführt durch das „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ v. 22.12.1999, BGBl. I S. 2626, m.W.v. 1.1.2000.
- ⁷⁷ Ebenfalls durch das „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“.
- ⁷⁸ Vgl. §§ 7 Abs. 1, 9 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntG.
- ⁷⁹ Vgl. § 17b Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG.
- ⁸⁰ G-DRG Version 2004, Bestandteil der „Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004“ v. 13.10.2003, BGBl. I S. 1995.
- ⁸¹ Näheres bei Specke, *Der Gesundheitsmarkt in Deutschland*, 3. Aufl. 2005, Kapitel „Krankenhäuser“, Nr. 6.3 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems, S. 273 ff.; Quaa, in: D. Prütting (Hrsg.), *Fachanwaltskommentar Medizinrecht*, 2010, § 39 SGB V Rn. 25–27 m. w. N.; Internet-Portale zum DRG-System: www-drg.de; www.Krankenhaus-aok.de.
- ⁸² ICD-10 bedeutet 10. Revision.
- ⁸³ OPS 301.
- ⁸⁴ S. a. § 301 Abs. 2 SGB V.
- ⁸⁵ S. a. KassKomm-Ricke, § 34 SGB VII Rn. 10, 10a mit Hinweis auf §§ 37, 38 ÄV.
- ⁸⁶ Vgl. § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V.
- ⁸⁷ S. §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 SGB V.
- ⁸⁸ § 18 Abs. 2 BMV-Ä, § 9 Abs. 2 BMV-Z.
- ⁸⁹ Specke, *Der Gesundheitsmarkt in Deutschland*, 3. Aufl. 2005, Kapitel „Qualität“, S. 463. Vgl. auch Seewald, *Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung*, in: Schnapp/Wigge, *Handbuch des Vertragsarztrechts*, 2. Aufl. 2006, § 21 Rn. 2; s. a. Jabornegg/Resch/Seewald (Hrsg.), „Qualitätssicherung für Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung“, Referate der 5. Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgespräche 2003; mit Beiträgen von Entmayr, Seewald, Stöger, Benkowitz, Aigner, Platzer und Mosler; „Qualitätssicherung im Sozialrecht“, Thema der Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes 2011, mit Beiträgen von Reimer, Schütte, H.-W. Otto, Reimann, Igl, Kücking/Schnabel, Wallrabenstein und Schütze, SDRV 61, 2012; Wünschmann, *Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung*, 2010, Rezension in G&G 11/10 S. 42.
- ⁹⁰ Vgl. § 2 Abs. 1 Satz 3 sowie § 70 Abs. 1 Satz 1, § 72 Abs. 2, § 135a Abs. 1 Satz 2, § 137c Abs. 1 S. 1 SGB V; in der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Qualitätssicherung über § 34 Abs. 8 SGB VII i.V.m. § 21 SGB IX und § 6 Abs. 1 Nr. 3, 20 SGB IX eingeführt.
- ⁹¹ Wie sich aus § 135 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 SGB V ergibt.
- ⁹² Ausdrücklich insoweit § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.
- ⁹³ Vgl. § 4 Abs. 2 Satz 2 Bundesärzteordnung.
- ⁹⁴ Vgl. z.B. § 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V, zum Nachweis der ärztlichen Fortbildung; dabei wird auch sichergestellt, dass Qualitätsberichte den Aspekt der Fortbildung erfassen.
- ⁹⁵ Vgl. KassKomm-Ricke, § 34 SGB VII Rn. 8.
- ⁹⁶ Vgl. §§ 137f, 137g SGB V, dazu auch bereits oben III. 1. c) – zum Disease-Management.

-
- ⁹⁷ Spalte 1747 ff., 1753.
- ⁹⁸ G&G 12/10, S. 20: Vorbericht zur Tagung des Bundesverbandes Managed Care am 31.1. und 1.2.2011, mit Hinweis auf den „MC-Spezialisten“ Felix Huber aus Zürich.
- ⁹⁹ Vgl. z.B. zur Kritik am „Schadensmanagement“ der Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung: „Am Pranger“, in „positionen“ Nr. 78, Juli 2011, S. 18.
- ¹⁰⁰ S. a. A. Orth, „Ein Team gegen viele Krankheiten“, G&G 5/12, S. 18, 19.
- ¹⁰¹ S. a. G&G 12/10 S. 20: Vorbericht zur Tagung des Bundesverbandes Managed Care am 31.1. und 1.2.2011, mit Hinweis auf Volker Amelung.
- ¹⁰² „Lotse im System der Pflegeversicherung“, PKV-publik 9/2011, S. 5 ff.
- ¹⁰³ Vgl. auch G&G 12/10 S. 38, 39 mit Hinweis auf den „Versorgungsreport 2011“.
- ¹⁰⁴ Vgl. auch G&G 12/10 S. 40, 41.
- ¹⁰⁵ Hierzu z.B. C.E. Boulton, in: G&G 5/12 S. 19 mit Erläuterung des „Guided Care Models“ als Fall-Management-Modell, bei dem der Fallmanager – ein medizinischer Fachangestellter – in die hausärztliche Versorgungspraxis integriert ist.
- ¹⁰⁶ Vgl. Cartes, Positionen 12/2012 S. 12 ff., zum modernen Prozessmanagement in Kliniken.
- ¹⁰⁷ Dazu z.B. die Informationen der „AllianzPrivateKrankenversicherung“ zum Gesundheit Lotsen/Patientenbegleiter, www.gesundheitlotten.allianz.de.
- ¹⁰⁸ Informationen hierzu im Internet, bei diesen Begriffen.
- ¹⁰⁹ Vgl. „Tag für Tag“, 3/11, S. 18 ff.
- ¹¹⁰ Am 22. und 23. Januar 2013.
- ¹¹¹ Vgl. Specke, Der Gesundheitsmarkt in Deutschland, 3. Aufl. 2005, S. 156 m. w. N.
- ¹¹² Einige Beispiele: Schmalzer, in: GGW Jg. 7, 1/2007, S. 7 („Versorgungsforschung: Hoffnungsträger oder Modernismus“), GGW Jg. 11, 4/2011, S. 16 ff. („Dilemmata in der Versorgungsforschung“) und in: G&G Jg. 12, 10/12 S. 40, 41, mit Hinweis auf den Versorgungs-Report 2011, Schwerpunkt: chronische Erkrankungen; Störk/Angermann, „Das interdisziplinäre Netzwerk Herzinsuffizienz – Versorgungsforschung und Krankheitsmanagement“, GGW Jg. 7, 1/2007, S. 14 ff.; Waltersbacher, „Mehr Kinder mit hyperkinetischen Störungen“, GGW Jg. 12, 4/2012, S. 5 ff.

Steuerung der Versorgung in der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung

Prof. Dr. Andreas Kranig, Berlin/Hennef

I.	Rechtsgrundlagen	36
II.	Steuerung der Versorgung bei Berufskrankheiten	40
III.	Weiterentwicklung und Optimierung des Durchgangsarztverfahrens	42
IV.	Neuordnung der stationären Heilverfahren	43
V.	Das neue Psychotherapeutenverfahren	45
VI.	Ausrichtung der Rehabilitation auf die Teilhabe am Arbeitsleben	46
VII.	Steuerung der Versorgung durch Reha-Management der Unfallversicherungsträger	48

Einleitung

In seiner „Einführung in das Tagungsthema“ zu den Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgesprächen 2013 hat Prof. Seewald ein umfassendes Szenario aller Aspekte entworfen, unter denen das Thema „Steuerung der Versorgung“ betrachtet werden kann und muss.¹ Es wäre ausgesprochen reizvoll und für das komplexe Thema erhellend, allen diesen wissenschaftlichen Pfaden vertiefend nachzugehen. Im vorliegenden Beitrag kann dies für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung nur eingeschränkt geleistet werden. Auf einige der notwendigen thematischen Eingrenzungen weise ich hier vorab hin:

- Die gesetzliche Unfallversicherung hat für den ihr übertragenen Aufgabenbereich im Gesundheitswesen – die Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten – einen umfassenden gesetzlichen Auftrag. Der Schwerpunkt dieses Beitrags liegt nicht in der Systematik und Analyse dieser in SGB VII und SGB IX geregelten Rechtsgrundlagen. Vielmehr stellt er in den Vordergrund, mit welchen Mitteln dieser umfassende Versorgungsauftrag umgesetzt wird und welche Steuerungsmittel auf welche Weise eingesetzt werden (zu den Rechtsgrundlagen vgl. kurz folgenden Abschnitt II.).
- Der Versorgungsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung bezieht sich auf Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Im Vordergrund dieses Beitrags steht die Steuerung der Versorgung nach Arbeitsunfällen. Einige Aspekte der Versorgung bei Berufskrankheiten werden im Abschnitt III. kurz gestreift.
- Vor allem aber kann hier nur sehr begrenzt eine systematische und wissenschaftlich-analytische Darstellung geleistet werden, wie sie insbesondere unter rechtlichen, ökonomischen, medizinischen, gesundheitswissenschaftlichen, sozialpolitischen usw. Gesichtspunkten angezeigt wäre. Hier können nur die wichtigsten Aspekte des gegenwärtigen Standes der Versorgung nach Arbeitsunfällen dargestellt werden. Indem der Fokus auf die aktuellen Entwicklungen gerichtet wird, sollen jedoch die Rahmenbedingungen, Probleme und Lösungsansätze sowohl der generellen Steuerung des Versorgungssystems der gesetzlichen Unfallversicherung als auch die Aspekte der Steuerung des einzelnen Falles deutlich werden.

I. Rechtsgrundlagen

Die umfassende Versorgungskette, für die die gesetzliche Unfallversicherung im Falle eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit verantwortlich ist, umfasst die Erste Hilfe, den Rettungstransport (falls Verletzte nicht ohne fremde Hilfe zur medizinischen Akutversorgung gelangen können), die medizinische Akutversorgung und Heilbehandlung sowie, falls es die Schwere und Komplexität der Verletzungsfolgen erfordern, die medizinische Rehabilitation, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gemeinschaft (früher: berufliche und soziale Rehabilitation) sowie Pflegeleistungen. Diese Versorgungskette ist im Bild 1 grafisch dargestellt:

Bild 1: Versorgungskette



Die Erste Hilfe und die Benachrichtigung des Rettungsdienstes fallen in die Präventionsverantwortung der Unternehmer. Die gesetzliche Unfallversicherung hat gegenüber den Unternehmern die Steuerungsaufgabe, sie zu den erforderlichen Maßnahmen anzuhalten, die für eine Erste Hilfe im Betrieb erforderlich sind. Dazu gehört insbesondere die Beschäftigung von ausgebildeten Ersthelfern, die entsprechende Information der Belegschaft, die Führung von Informationen über Erste-Hilfe-Maßnahmen („Verbandsbücher“), die Bereitstellung von Gerätschaften, Räumen usw. Regelungen hierüber finden sich in den §§ 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5, 17 Abs. 1 und 2, 21 Abs. 1 sowie 23 Abs. 1 und 2 SGB VII, in Regelungen zur Ausbildung von Ersthelfern einschließlich der Kostentragung sowie in der Unfallverhütungsvorschrift zur Ersten Hilfe.²

Bei schweren Unfällen ist es entscheidend für die Überlebens- und Heilungschancen, dass die Betroffenen früh notfallmedizinisch versorgt und schnellstmöglich in ein Krankenhaus gebracht werden, das für den jeweiligen Notfall bestmöglich qualifiziert und ausgestattet ist. Das Recht der Rettungsdienste fällt in die Zuständigkeit der Bundesländer. Für den Bereich der Sozialversicherung findet sich lediglich im Krankenversicherungsrecht eine Vorschrift zur Kostentragung.³ Die gesetzliche Unfallversicherung ist auf landesrechtlicher Basis in unterschiedlicher Weise in die Landesstellen eingebunden, die die Tätigkeit der Rettungsdienste koordinieren. Diese Aufgabe nehmen für die Unfallversicherungsträger die Landesverbände der DGUV wahr.

Die DGUV fördert auch die zutreffende Zuweisung von Schwerunfallverletzten in diejenige Versorgungsstufe der Unfallkrankenhäuser, die der Schwere der Verletzung entspricht. Dies erfolgt dadurch, dass sich die Struktur der stationären Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung an die vergleichbaren Strukturen anlehnt, die in den letzten Jahren im Rahmen des Traumanetzwerks der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie aufgebaut wurden.⁴

Die weiteren Glieder der Versorgungskette gehören zum unmittelbaren Leistungskatalog der gesetzlichen Unfallversicherung. Hierfür bestimmt § 1 SGB VII zusammenfassend, dass die gesetzliche Unfallversicherung „mit allen geeigneten Mitteln“ dafür zu sorgen hat, nach Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und Leistungsfähigkeit wiederherzustellen. Wenn ein Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung vorliegt, ist die gesetzliche Unfallversicherung für diese Leistungen ausschließlich verantwortlich.

Die früher in Deutschland und auch heute noch in Österreich vorgesehene Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen gesetzlicher KV und gesetzlicher UV – vor allem für leichtere Fälle bzw. für die erste Zeit der medizinischen Behandlung – ist in Deutschland seit Inkrafttreten des SGB V zum 1.1.1991 beseitigt.⁵ Der Abschluss von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ergibt sich aus § 11 Abs. 4 SGB V. Diese gesetzgeberische Entscheidung hat sich bewährt. Die gesetzliche Unfallversicherung kann hierdurch insbesondere durchgängig beobachten, ob ein weniger schwerer Fall sich ungünstig entwickelt und daher ein gezieltes Eingreifen erfordert. Auf die hierzu eingesetzten Steuerungsmöglichkeiten der gesetzlichen Unfallversicherung komme ich weiter unten zurück.

Die medizinische Akutbehandlung und die medizinische Rehabilitation gehören zum Kern der Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.⁶ Sie können je nach Schwere der Verletzungen bzw. sonstigen besonderen Umständen des Einzelfalles stationär, teilstationär oder ambulant erbracht werden. Sie werden ergänzt durch die Leistung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie zur schrittweisen Wiedereingliederung ins Arbeitsleben durch Leistungen der Belastungserprobung und Arbeitstherapie zur stufenweisen Wiedereingliederung. Die letztgenannten Leistungen gehören noch zur medizinischen Rehabilitation, bilden aber den Übergang zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die spezifische Ausgestaltung dieser Leistungsarten zum Zweck einer optimalen, bedarfsgerechten Steuerung der Heilverfahren im Sinn der grundsätzlichen Zielsetzungen des § 1 SGB VII wird weiter unten aufgegriffen.

Auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben steht der gesetzlichen Unfallversicherung ein umfassender Leistungsrahmen zur Verfügung.⁷ Er reicht von Voll- und Teil-Qualifizierungsmaßnahmen über Anpassungstraining, unterstützte Beschäftigung, technische Arbeitshilfen, Hilfsmittel, Arbeitsassistenz, Eingliederung in den Betrieb, spezifische Arbeitsvermittlung für Menschen mit Behinderung bis hin zur Eingliederung mit Hilfe der Werkstätten für behinderte Menschen (Eingangsverfahren/Berufstraining/Arbeitsbereich der WfbM). Auch insofern werden spezifische, aktuell entwickelte Steuerungsansätze der gesetzlichen Unfallversicherung weiter unten aufgegriffen.

Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eröffnen die gesetzlichen Regelungen⁸ der gesetzlichen Unfallversicherung ebenfalls einen breiten Gestaltungsspielraum. Neben den Leistungen zur Kfz-Hilfe, die die Mobilität nicht nur im Arbeitsleben, sondern auch im allgemeinen gesellschaftlichen Leben ermöglichen, und den Leistungen der Wohnungshilfe sowie vielen Hilfsmitteln, die Menschen mit Behinderung ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in allen Lebensbereichen ermöglichen, gibt es eine Vielzahl weiterer Leistungen. Sie werden bislang ohne zentrale Steuerung entsprechend dem Bedarf im Einzelfall erbracht. Auf der Ebene des Spitzenverbands DGUV wurde im Zeitraum 2010 – 2012 eine Bestandsaufnahme durchgeführt. Die Gremien der DGUV bereiten derzeit ein Positionspapier hierzu vor und arbeiten an einer systematischen Aufbereitung und an Empfehlungen für eine abgestimmte und an gemeinsamen Kriterien ausgerichtete Leistungserbringung.

Schließlich gehören auch Pflegeleistungen zum gesetzlichen Leistungskatalog der gesetzlichen Unfallversicherung.⁹ Auch insofern lassen die gesetzliche Regelungen den Unfallversicherungsträgern einen weiten Spielraum in Abstimmung mit den Betroffenen, die Pflegeleistungen in Form von Pflegegeld (als Pauschalleistung zum Zweck, Pflegeleistungen selbst zu beschaffen) über häusliche Pflege durch professionelle Pflegekräfte/Pflegedienste bis hin zur stationären Pflege in Pflegeheimen zu erbringen. Auch insofern wird auf aktuelle Entwicklungen zu einer weitergehenden Steuerung weiter unten eingegangen.

Zusammenfassend zeichnet sich der Leistungskatalog der Versorgungsleistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung dadurch aus, dass die Leistungen die Versorgungskette umfassend abdecken. Dadurch haben die Unfallversicherungsträger die günstige Ausgangslage, alle erforderlichen Versorgungsleistungen „aus einer Hand“ erbringen zu können. So lassen sich „Versorgungslöcher“ im Ablauf der Versorgungskette oder „Schnittstellen“ zwischen mehreren Abschnitten der Versorgungskette weitestgehend vermeiden. Dies setzt allerdings ein gezieltes Vorgehen voraus, indem die im Einzelfall erforderlichen Versorgungsschritte vorausschauend geplant und eingeleitet werden.

Im sonstigen „allgemeinen“ gegliederten Sozialversicherungssystem Deutschlands hat jeder der vier Sozialversicherungsbereiche je spezifische Teilaufgaben in der Versorgungskette wahrzunehmen. Dadurch entsteht – gegenüber dem „Alles-aus-einer-Hand“-Prinzip der gesetzlichen Unfallversicherung – zumindest die Gefahr einer verzögerten und daher weniger wirksamen Versorgung infolge des Auftretens von „Versorgungslöchern“ und nicht optimal ausgestalteter Schnittstellen. Die Einrichtung der gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX oder die Regelung über die Zuständigkeitsklärung in § 14 SGB IX zeigen, dass der Gesetzgeber diese Probleme des gegliederten allgemeinen Sozialversicherungssystems in Deutschland erkannt hat und gegensteuert.¹⁰ Dennoch bleibt das „Alles-aus-einer-Hand“-Prinzip der gesetzlichen Unfallversicherung in seiner den Gesamtablauf steuernden Auswirkung optimal angelegt: Insbesondere der im System der gesetzlichen Unfallversicherung angelegte Steuerungsmechanismus, der auf der Verbindung von Prävention, Rehabilitation und Kompensation beruht,¹¹ ermöglicht eine optimale Gesamtsteuerung. Jede wirksame Investition in Prävention minimiert die Zahl und Schwere der Versicherungsfälle und jede wirksame Investition in die Optimierung der medizinischen Heilbehandlung und Rehabilitation führt zu einer Reduzierung der verbleibenden Gesundheitsschäden – und damit gleichzeitig zu erwünschten Einsparungen bei den lebenslang zu zahlenden Renten. Werden die Gesundheitsschäden nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten beseitigt oder minimiert, so wirkt sich dies in geringeren Rentenleistungen und einer erfolgreichen Eingliederung ins Erwerbsleben aus – und damit langfristig in günstigen Effekten im Beitragsbereich sowohl unmittelbar in der gesetzlichen Unfallversicherung als auch mittelbar in den übrigen Zweigen der Sozialversicherung. Auf diesen Grundüberlegungen basieren die im Folgenden dargestellten aktuellen Schritte zur Neuausrichtung in vielen Bereichen der Versorgung Unfallverletzter und Berufskrankter.¹²

II. Steuerung der Versorgung bei Berufskrankheiten

Eingangs wurde darauf hingewiesen, dass in diesem Beitrag hauptsächlich die Steuerung der Versorgung nach Arbeitsunfällen behandelt wird. Einige Beispiele mögen zeigen, wie die gesetzliche Unfallversicherung auch die Versorgung nach Berufskrankheiten steuert.

Mesotheliom-Erkrankungen (BK Nr. 4105)

Die Berufskrankheit 4105 – Mesotheliom des Rippenfells, Bauchfells oder Herzbeutels durch Asbeststaub – ist vor allem durch Folgendes gekennzeichnet:

- Fast alle der in Deutschland vorkommenden Mesotheliom-Erkrankungen werden als BK-Verdachtsfälle angezeigt. Die überwiegende Zahl – etwa 75 bis 80 Prozent – der angezeigten Verdachtsfälle werden als Berufskrankheiten anerkannt. Denn neben Asbeststaub sind andere Ursachen dieser Krebserkrankung derzeit nicht gesichert.
- Mesotheliom-Erkrankungen werden in der Regel erst in einem späteren Stadium entdeckt. In der Regel kommen daher nur palliative Behandlungen in Betracht.

Die DGUV hat bei den zuständigen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften mehrfach angeregt, die jeweils geeigneten Behandlungsmöglichkeiten – abhängig vom Stadium der Erkrankung, vom Alter und vom allgemeinen Gesundheitszustand der Betroffenen – in einer Leitlinie der AWMF zusammenzustellen. Um die Zeit bis zur Erstellung einer deutschen Leitlinie zu überbrücken, ist vereinbart, eine auf europäischer Ebene erstellte Leitlinie ins Deutsche zu übersetzen.¹³

Die Unfallversicherungsträger benötigen Informationen über geeignete Behandlungszentren. Daher hat die DGUV die Erfahrungen aller Unfallversicherungsträger erhoben und die aktuell für Deutschland verfügbaren Informationen publiziert.¹⁴

Atemwegserkrankungen

Zu den häufigsten und wichtigsten Berufskrankheiten erstellt die DGUV gemeinsam mit den zuständigen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und weiteren Experten Begutachtungsempfehlungen. Das auf eine unabhängige, neutrale Zusammenführung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse ausgerichtete Prozedere ist zwischen der DGUV und der AWMF abgestimmt.¹⁵ Soweit es beispielsweise den Bereich der Atemwegserkrankungen betrifft, enthalten die Begutachtungsempfehlungen zu den obstruktiven Atemwegserkrankungen¹⁶, zu Asbeststaublungenerkrankungen¹⁷ und zur Quarzstaublungenerkrankung¹⁸ auch Empfehlungen zur ambulanten und stationären Behandlung sowie zu individualpräventiven Maßnahmen nach § 3 BKV.

Die Wirksamkeit der stationären Heilbehandlung in den beiden Berufskrankheiten-Kliniken der gewerblichen Berufsgenossenschaften in Bad Reichenhall und Falkenstein wurde kürzlich durch eine von der DGUV in Auftrag gegebene und finanzierte Studie evaluiert und eindrucksvoll bestätigt.¹⁹ Dies macht deutlich: Steuerungsmaßnahmen im medizinischen Bereich bedürfen nach Möglichkeit der wissenschaftlichen Evidenzbasierung. Die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland stellt sich zunehmend dieser Anforderung.

Hauterkrankungen

Seit Langem gehört die Versorgung bei arbeitsbedingten Hauterkrankungen²⁰ zu den Schwerpunkten der Versorgung bei Berufskrankheiten. Hautkrankheiten sind in Deutschland die am häufigsten angezeigten Berufskrankheiten. Dass sie nicht auch am häufigsten anerkannt werden, liegt daran, dass der BK-Tatbestand Nr. 5101 mehrere Anerkennungshürden aufstellt: Die Anerkennung als BK setzt voraus, dass die Erkrankung schwer oder wiederholt rückfällig ist und zur Aufgabe aller gefährdenden Tätigkeiten zwingt. Um den Verlust des Arbeitsplatzes und die Notwendigkeit einer Rentenzahlung zu vermeiden, sind die Unfallversicherungsträger gehalten, primär die Möglichkeiten der Generalprävention und besonders auch der Individualprävention nach § 3 BKV zu nutzen. Geschieht dies konsequent, kann die Krankheit in aller Regel so beherrscht werden, dass sie ausheilt oder zumindest nicht weiter voranschreitet. Die Unfallversicherungsträger haben daher frühzeitig das Hautarztverfahren eingeführt. Wesentliche Elemente dieses Verfahrens sind: Die Erkrankung muss früh gemeldet werden, die krankheitsverursachenden Arbeitsbedingungen müssen schnell geklärt und verbessert werden, die Diagnose und die arbeitsbedingte Verursachung müssen schnell berufsdermatologisch abgeklärt werden und die erforderlichen generalpräventiven Maßnahmen im Betrieb sowie die individualpräventiven Maßnahmen müssen im Verbund zwischen den Versicherten, den UV-Trägern, den Betrieben einschließlich der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte sowie den behandelnden Berufsdermatologen zügig veranlasst werden. Als besonders wichtig hat sich in diesem Zusammenhang die gesundheitspädagogische Schulung der Versicherten im Umgang mit den arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren erwiesen; hierzu wurden eigens „SchuBerZ“ eingerichtet.

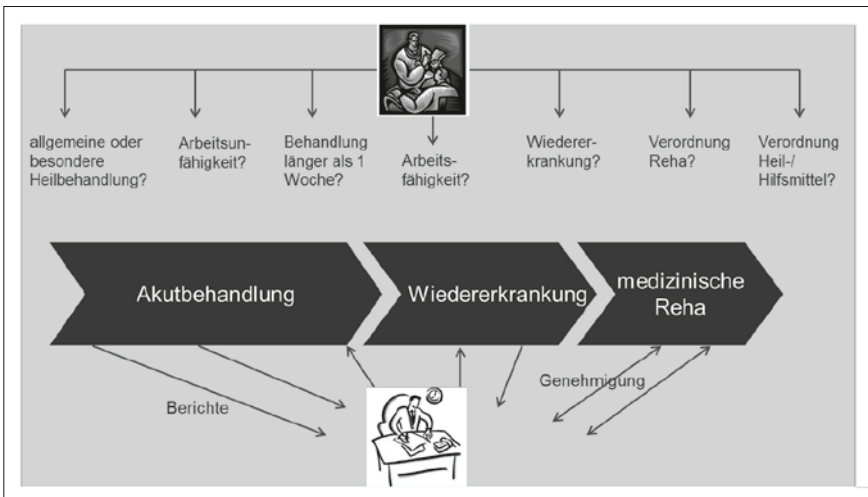
Nach einiger Zeit der praktischen Erfahrungen wurde dieses Hautarztverfahren in einem Forschungsvorhaben, das sowohl die Seite der medizinischen Behandlung als auch die Seite der Steuerung durch die Unfallversicherungsträger einbezog, evaluiert.²¹ Parallel hierzu wurde aber auch die Behandlung schwerer arbeitsbedingter Hauterkrankungen nicht vernachlässigt. In ebenfalls von der DGUV in Auftrag gegebenen Studien konnte gezeigt werden, dass bei schweren arbeitsbedingten Hauterkrankungen sowohl die Diagnostik und die Untersuchung der Ursachenzusammenhänge als auch die Behandlungsergebnisse durch spezifisch ausgerichtete und ebenfalls mit Schulungsmaßnahmen kombinierte stationäre Behandlungen in speziellen Zentren erheblich und signifikant verbessert werden.²² Erst kürzlich wurden diese über mehrere Entwicklungsstufen immer erfolgreicherer Maßnahmen der Prävention und Behandlung von arbeitsbedingten Hauterkrankungen zusammengefasst, aber auch Ansätze für immer noch mögliche Verbesserungen aufgezeigt.²³ Hierzu gehört auch die noch weiter verbesserte Einbeziehung der Betriebs- und Werksärzte in das Hautarztverfahren. Der Verband der deutschen Betriebs- und Werksärzte (VDBW) und die DGUV haben im Jahr 2012 die zwischen ihnen bestehende Vereinbarung weiterentwickelt und den Betriebs- und Werksärzten ein auf sie zugeschnittenes Meldeformular zur Verfügung gestellt. Meldungen mittels dieses Formulars werden nunmehr von den UV-Trägern vergütet.²⁴

Die Versorgung arbeitsbedingter Hautkrankheiten ist ein hervorragendes Beispiel für eine kontinuierliche Optimierung der Versorgungssteuerung durch Kombination verschiedener Vorgehensweisen wie der Bildung eines komplexen Netzwerks mit allen erforderlichen Partnern, der Schaffung neuer Verfahren und Versorgungsarten sowie den Einsatz finanzieller Anreize und die Optimierung durch Versorgungsforschung.

III. Weiterentwicklung und Optimierung des Durchgangsarztverfahrens

Seit vielen Jahrzehnten steuert die gesetzliche Unfallversicherung die einzelnen Heilverfahren – von der Akutversorgung über die medizinische Rehabilitation bis hin zur Versorgung mit Hilfsmitteln und gegebenenfalls zur Pflege – durch unfallchirurgisch besonders qualifizierte zugelassene Ärzte, die Durchgangsärzte. Ihre Steuerungsaufgaben – insbesondere Einleitung allgemeiner oder besonderer Heilbehandlung zulasten des zuständigen Unfallversicherungsträgers, Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, Heilverfahrenskontrolle, Verordnung von Hilfsmitteln oder medizinischen Reha-Maßnahmen – sind, bezogen auf die Versorgungskette nach Arbeitsunfällen, in Bild 2 dargestellt. Wichtig sind auch die Berichtspflichten gegenüber den Unfallversicherungsträgern. Die Berichte setzen die Unfallversicherungsträger in die Lage, ihrerseits durch besonders qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (traditionell in der Berufshilfe, heute weitestgehend im Reha-Management)²⁵ den Rehabilitationsprozess zu beobachten und – sofern erforderlich – planend, steuernd und korrigierend zu beeinflussen.

Bild 2: Die Steuerung durch den Durchgangsarzt



Das Durchgangsarztverfahren wurde im Jahr 2010 neu geordnet. Es befindet sich seit 1.1.2011 in einer fünf Jahre währenden Übergangsphase. Ab 1.1.2016 gelten die veränderten Anforderungen durchgängig und zwingend.

Wer als Durchgangsarzt für die gesetzliche Unfallversicherung tätig sein will, muss die von der DGUV aufgestellten **Anforderungen** erfüllen²⁶ und durch einen öffentlich-rechtlichen Vertrag von einem Landesverband der DGUV zugelassen sein.

Fachliche Grundvoraussetzung war bis 2010 der Facharzt für Chirurgie mit nachgewiesener Fachkunde in Unfallchirurgie und ist nunmehr der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Damit hat die gesetzliche Unfallversicherung die Zusammenführung der beiden Facharzt-Weiterbildungen für Unfallchirurgie und Orthopädie nachvollzogen. Wer allerdings als niedergelassener Durchgangsarzt für die gesetzliche Unfallversicherung ambulant operieren will, benötigt hierfür nach wie vor eine besondere Fachkunde in Unfallchirurgie und für den in einem Krankenhaus tätigen Durchgangsarzt gelten nochmals gesteigerte Anforderungen an die unfallchirurgische Qualifikation und Erfahrung. Neben der Fachkunde gehören zu den Anforderungen insbesondere eine jährliche Mindestfallzahl von 250 behandelten Unfallverletzten, Anforderungen an die Praxisausrüstung und Dienstbereitschaft usw. Durch die am 1.1.2011 in Kraft getretene Reform sind vor allem auch die Anforderungen an die Fortbildung gestiegen: Durchgangsarzte müssen innerhalb eines 5-Jahres-Zeitraums an zwei unfallmedizinischen Tagungen der Landesverbände der DGUV teilnehmen sowie spezifische Fortbildungen in Kinderheilkunde, Rehabilitationsmedizin, Unfallbegutachtung und Reha-Management absolvieren. Dies macht deutlich: Durchgangsarzte müssen nicht nur eine hohe unfallchirurgische Qualifikation aufweisen, sie müssen auch dem umfassenden Versorgungsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung (auch Kinder in Tageseinrichtungen und Schüler sind gesetzlich unfallversichert) entsprechen sowie für die weiteren Schritte in der Versorgungskette über die Akutbehandlung hinaus (medizinische und weitere Rehabilitation) sowie für die darauf gerichtete Steuerung der UV-Träger durch das Reha-Management vorbereitet sein.

Die bisherige Ergänzung des Durchgangsarztverfahrens durch die sog. H-Ärzte²⁷ wurde im Interesse einer durchgängig hohen Versorgungsqualität aufgehoben. Als H-Ärzte konnten bis 2010 – vor allem im Interesse einer flächendeckenden Versorgung – auch Ärzte mit anderen Qualifikationen (vor allem Orthopäden, aber auch gelegentlich Hausärzte u. a.) zugelassen werden. Nunmehr wird durchgängig eine Facharztqualifikation als Orthopäde und Unfallchirurg gefordert. Für bisher zugelassene Orthopäden gilt eine fünfjährige Übergangsfrist. Wer die neuen Anforderungen (insbesondere die Mindestfallzahl) erfüllt, wird als D-Arzt übernommen, für die meisten H-Ärzte endet jedoch spätestens Ende 2015 die Zulassung.²⁸

IV. Neuordnung der stationären Heilverfahren

Ein weiteres grundlegendes Steuerungselement in der Versorgung von Arbeitsunfallverletzten bilden die stationären Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung. Auch sie wurden aktuell neu geordnet.²⁹ Ähnlich wie beim Durchgangsarztverfahren gilt auch hier: Die Versorgung der schwereren, stationär zu behandelnden Folgen von Arbeitsunfällen sollen so gesteuert werden, dass die Verletzten in dem regional nächstliegenden, im Hinblick auf Schwere und Komplexität der Verletzungsfolgen bestgeeigneten unfallchirurgisch ausgewiesenen Krankenhaus behandelt werden. Dementsprechend sehen die neuen, 2012 beschlossenen Anforderungen der DGUV drei Stufen vor:³⁰

- für die Grund- und Regelversorgung die zum stationären Durchgangsarztverfahren (DAV) zugelassenen Krankenhäuser

- für schwere und komplexe, in einem Verletzungsartenkatalog aufgeführte Verletzungen die zum Verletzungsartenverfahren (VAV) zugelassenen Krankenhäuser
- für schwerste Verletzungen und Komplikationsfälle die zum Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) zugelassenen Krankenhäuser.

Die am 1.1.2013 in Kraft getretene Reform führt diese Dreistufung stringenter als bisher durch und schafft neben dem bisherigen Verletzungsartenverfahren auch ausdrücklich die beiden anderen Verfahrensarten mit je eigenen ausformulierten Anforderungen und Zulassungsvoraussetzungen. Der Verletzungsartenkatalog wurde neu formuliert, einige der bisher dem VAV vorbehaltenen Verletzungen können nunmehr auch im DAV behandelt werden. Für das VAV wird grundsätzlich eine Mindestfallzahl von 75 VAV-Fällen pro Jahr gefordert. Allerdings können auch Krankenhäuser mit geringeren Fallzahlen ausnahmsweise zugelassen werden, wenn andernfalls die Versorgung in strukturschwachen Gebieten nicht gewährleistet wäre. Dem SAV sollen solche besonders schweren, komplexen oder mit Komplikationen einhergehenden Fälle vorbehalten bleiben, die typischerweise lange Verläufe zeigen, eine bleibende Minderung der Erwerbsfähigkeit verursachen und damit auf Dauer sowohl für die Verletzten negative Folgen haben als auch für die gesetzliche Unfallversicherung hohe Kosten (insbesondere Renten) verursachen. Die dem SAV vorbehaltenen Verletzungsarten ergeben sich ebenfalls aus dem Verletzungsartenkatalog.

Indem sich die neue Versorgungsstruktur an das von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie in Deutschland schon fast flächendeckend etablierte Traumanetzwerk der DGU anlehnt,³¹ soll sowohl eine Akzeptanz der Neuordnung bei den betroffenen Kliniken als auch eine möglichst zielgenaue Steuerung der Verletzten zum Krankenhaus der zutreffenden Versorgungsstufe erreicht werden. Sofern zunächst zur Erstversorgung ein Krankenhaus der nicht zutreffenden Versorgungsstufe angesteuert wurde, ist dieses zur Verlegung in ein Krankenhaus der zutreffenden Versorgungsstufe verpflichtet. Wird diese Pflicht nicht eingehalten, besteht kein weiterer Vergütungsanspruch.

Die Neuordnung der stationären Heilverfahren wird flankiert durch einen Vertrag zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der DGUV.³² Der Abschluss eines solchen Vertrags war insbesondere aufgrund der Rechtsprechung des BSG³³ erforderlich geworden. Nach Auffassung des BSG ermangelte die stationäre Behandlung Unfallverletzter einer ausreichenden gesetzlichen oder vertraglichen Grundlage, das BSG beurteilte sie daher nach den zivilrechtlichen Maßstäben der Geschäftsführung ohne Auftrag.

Die hohe, in der gesetzlichen Unfallversicherung angestrebte Versorgungsqualität wird durch Steuerung der Verletzten entsprechend ihrem spezifischen Versorgungsbedarf zu der jeweils zutreffenden stationären Versorgungsstufe angestrebt – und dies im Rahmen der allgemein geltenden Krankenhausentgelte nach DRG. Lediglich die neun von den gewerblichen Berufsgenossenschaften selbst eingerichteten und betriebenen Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken sind hiervon ausgenommen.³⁴ Dies rechtfertigt sich insbesondere dadurch, dass die BG-Unfallkliniken aus der allgemeinen Krankenhausfinanzierung ausgenommen sind – die Investitionskosten werden

von den Berufsgenossenschaften selbst aufgebracht. Zum anderen dadurch, dass die BG-Unfallkliniken schwerpunktmäßig die besonders kostenträchtigen, durch Fallpauschalen nicht oder nur schwer abbildbaren Erkrankungsarten wie Querschnittslähmungen, schwere Brandverletzungen und Schädel-Hirn-Traumata sowie Polytraumata und Folgebehandlungen bei Komplikationen des Heilverlaufs umfassen. Derartige Verletzungsfälle steuern die Unfallversicherungsträger im Interesse einer optimalen Versorgung bevorzugt in die eigenen Unfallkliniken, auch weil dort bereits während der Akutversorgung schrittweise rehabilitative Maßnahmen erfolgen und nahtlos die erforderlichen medizinischen Reha-Maßnahmen in eigenen oder angeschlossenen Einrichtungen veranlasst werden. Den erhöhten Aufwand tragen die Unfallversicherungsträger aufgrund des gesetzlichen Auftrags, „mit allen geeigneten Mitteln“⁴³⁵ für eine möglichst wirksame Wiedereingliederung der Verletzten zu sorgen, und aufgrund der umfassenden Investition in bestmögliche medizinische Versorgung – mit der Folge reduzierter Aufwendungen für Renten.

V. Das neue Psychotherapeutenverfahren

Ebenfalls ganz aktuell wurde die psychotherapeutische Versorgung Unfallverletzter auf eine neue verbesserte Grundlage gestellt. Seit dem 1.7.2012 gilt das neue Psychotherapeutenverfahren. Es löst ein seit einigen Jahren durchgeführtes Pilotverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung ab. Die Erfahrungen der Unfallversicherungsträger sowie Forschungsergebnisse zeigen, dass die Heilverläufe Unfallverletzter nicht selten durch psychische Folgen der Arbeitsunfälle beeinträchtigt werden können. Dies betrifft nicht nur unmittelbar psychisch geschädigte Verletzte, wie z.B. die Opfer von Raubüberfällen in Banken, Tankstellen usw., von Überfahr-Unfällen bei Suiziden im Schienen- und Straßenverkehr, von psychischen Einwirkungen durch Gewalttaten (Amokläufen) in Schulen oder gewalttätigen Übergriffen auf das Pflegepersonal in der Psychiatrie, sondern nicht selten auch das Erleben von Todesgefahr bei „normalen“ Arbeitsunfällen, im Straßenverkehr, bei Absturz-Unfällen usw. In Abstimmung mit den verschiedenen Berufsverbänden und Fachgesellschaften der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten wurden Qualifikations-, Fortbildungs- und sonstige Anforderungen für die Zulassung von Psychotherapeuten zur Versorgung dieser psychisch geschädigten Verletzten formuliert. Auch insofern lassen die Landesverbände der DGUV geeignete Leistungserbringer durch öffentlich-rechtlichen Vertrag zu und stellen den Unfallversicherungsträgern Listen der zugelassenen Psychotherapeuten zur Verfügung.

Durch eine Reihe von Forschungsvorhaben hat die DGUV Erkenntnisse und Instrumente erarbeiten lassen, um diejenigen Verletzten möglichst zielgenau bestimmen zu können, die einer psychotherapeutischen Versorgung bedürfen. Darüber hinaus wurde die zeitliche Dauer und Staffelung der psychotherapeutischen Maßnahmen ausgearbeitet. Dies trägt u.a. der Erkenntnis Rechnung, dass es in sehr vielen Fällen nur einer kurzen Folge probatorischer Sitzungen bedarf, um die psychischen Selbstheilungskräfte der Betroffenen zu mobilisieren. Nur in einem kleineren Teil der Fälle bedarf es einer mittleren Dauer, um beispielsweise zu verhindern, dass sich eine post-traumatische Belastungsstörung verfestigt oder eine Depression entsteht.

VI. Ausrichtung der Rehabilitation auf die Teilhabe am Arbeitsleben

Das wichtigste Ziel der Versorgung nach einem Arbeitsunfall ist, dass die Verletzten möglichst bald wieder am Arbeitsleben teilhaben. Zu diesem Zweck sind aber nicht primär die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgebaut worden. Vielmehr sollen bereits die medizinische Behandlung und Rehabilitation auf dieses Ziel ausgerichtet werden. Zu diesem Zweck sind – insbesondere auch in den BG-Unfallkliniken – neue, beruflich orientierte Behandlungsmethoden entwickelt worden. Hierzu gehören:

- Die tätigkeitsorientierte Rehabilitation (TOR) – früher „medizinisch-berufliche Orientierung der Rehabilitation (MBO)“: Dieses Kürzel darf aus rechtlichen Gründen nicht mehr verwendet werden. Bei der TOR wird die individuelle Arbeitsplatzsituation der Verletzten bereits in der Klinik so weit wie möglich simuliert: Durch arbeitsplatzspezifische therapeutische Maßnahmen soll die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf wieder erreicht werden. Die Maßnahmen dauern in der Regel vier Wochen.
- Die arbeitsplatzbezogene muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR). Bei der ABMR werden arbeitsrelevante Aktivitäten in die Therapie integriert. Methoden sind z.B. die Simulation der Verhältnisse des Arbeitsplatzes, Arbeitstherapie, Praxistraining und Steigerung der Arbeitsanforderungen durch „Work Hardening“. Um die Möglichkeiten und Grenzen solcher Therapien im Einzelfall festzustellen und die Therapie darauf auszurichten, werden „functional capacity evaluation (FCE)“-Systeme eingesetzt, beispielsweise die „Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit“ (EFL) oder die „Integration von Menschen mit Behinderung in den Arbeitsmarkt“ (IM-BA).

Diese Methoden ermöglichen es in vielen Fällen, gezielt diejenigen körperlichen Fähigkeiten wiederherzustellen und zu stärken, die im jeweiligen Arbeitsbereich benötigt werden und aufgrund der noch bestehenden Unfallfolgen nur mit ganz spezifischen Maßnahmen wiedererlangt werden können. In deutlich mehr Fällen als früher kann so ohne weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben allein schon nach der medizinischen Rehabilitation die Wiederaufnahme der früheren Arbeit erreicht werden. Dies entspricht der Erfahrung, dass ein beruflicher Wechsel und vor allem eine lang dauernde berufliche Umorientierung einen gravierenden, nach Möglichkeit zu vermeidenden Einschnitt in das Leben der Betroffenen bedeutet und keine sichere Aussicht auf Erfolg bei der Wiedereingliederung bietet: Je länger die Betroffenen aus dem Erwerbsleben ausscheiden und je weiter sie sich von ihrem ursprünglichen beruflichen Feld entfernen müssen, umso unsicherer wird der Erfolg der Rehabilitation.

Aufgrund dieser Überlegungen und Erfahrungen hat auch ein Umdenken bei den eigentlichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) stattgefunden. Standen früher in vielen Fällen zweijährige Umschulungskurse – insbesondere in Berufsförderungswerken – im Vordergrund, so werden heute bewusst und gezielt kurze, flexible, individuelle, betriebs- und wohnortnahe Maßnahmen bevorzugt. Dies entspricht meist dem Eigeninteresse der Betroffenen, denen § 9 SGB IX ein Wunsch- und Wahlrecht einräumt. Dieses Umsteuern wurde zunächst nicht gezielt herbeigeführt, sondern entwickelte sich aus den vielfältigen Praxiserfahrungen der Berufshelfer und Reha-Manager bei den Unfallversicherungsträgern. Dass es zu den gewünschten Er-

gebnissen führt, zeigt eine Untersuchung der DGUV.³⁷ Anlass für die Untersuchung war, dass binnen weniger Jahre die Aufwendungen der Unfallversicherungsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben fast auf die Hälfte geschrumpft waren. Dies ließ zunächst geringere Reha-Erfolge befürchten. Die Untersuchung hat gezeigt: Das Gegenteil ist der Fall. Die Zahl der LTA hat nicht abgenommen, sondern die Aufwendungen pro Fall. Die Eingliederungsquote konnte in dem Zeitraum, in dem der Aufwendungsrückgang zu verzeichnen war, sogar von guten 80 Prozent auf sehr gute 90 Prozent gesteigert werden. Die weitere Arbeit wird darin bestehen zu untersuchen, ob die erzielten Eingliederungserfolge auch nachhaltig sind. Erst ein Follow-up über längere Zeiträume kann hierüber Auskunft geben.

Das Umdenken bei den LTA hat sich im Positionspapier des Vorstands der DGUV vom 26.5.2010 niedergeschlagen.³⁸ Es stellt die betroffenen Menschen in den Mittelpunkt, betont die (oben bereits dargestellte) Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie die Bedeutung der Integration ins Erwerbsleben, die nur durch Einsatz und Erhalt beruflicher Qualifikationen erreicht werden kann. Ziel müssen die Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes und dessen nachhaltige Sicherung sein. Das Positionspapier schließt mit der Betonung weiterer Schritte und Untersuchungen zur Qualitätssicherung auch bei den LTA. Vor diesem Hintergrund sieht das Positionspapier folgende Rangfolge bei den Zielen der LTA:

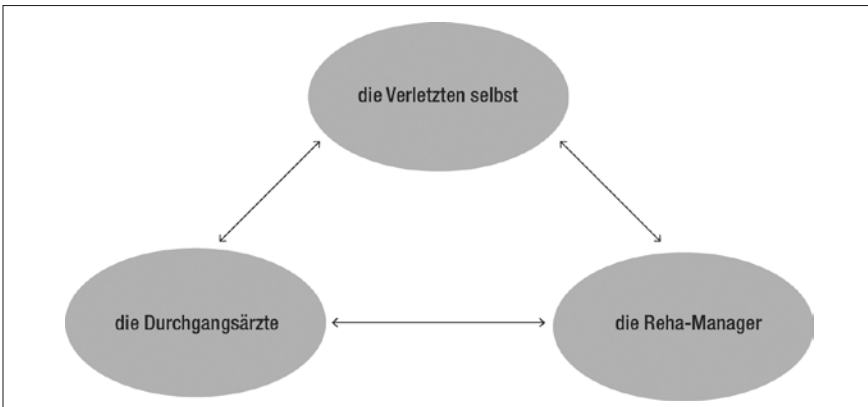
- Rückkehr an den alten Arbeitsplatz.
- Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses beim bisherigen Arbeitgeber mit Umsetzung und evtl. qualifizierenden Maßnahmen zur Anpassung an die neuen Anforderungen.
- Schnelle Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, ggf. mithilfe von qualifizierenden oder teilqualifizierenden Maßnahmen und Leistungen zur behindertengerechten Ausstattung des Arbeitsplatzes an einen neuen Arbeitgeber.
- Als Ultima Ratio berufliche Wiedereingliederung auf dem zweiten Arbeitsmarkt, insbesondere in Werkstätten für behinderte Menschen.

Besondere Probleme entstehen, wenn für Menschen mit Behinderung ein neuer Arbeitgeber gefunden werden muss (dritte Stufe in der Rangfolge des Positionspapiers). Da die Bundesagentur für Arbeit keine spezifischen Angebote für diesen speziellen Bedarf bereithält und entsprechende Angebote privatrechtlich betriebener Reha-Dienste sehr teuer sind, hat die DGUV zunächst auf der Ebene von einzelnen Landesverbänden eigene Vermittlungsdienste eingerichtet und erprobt. Diese Initiative führte zu vergleichsweise guten und erheblich preiswerteren Erfolgen. Daher wurde der Dienst vor mehreren Jahren bundesweit auf alle Landesverbände der DGUV übertragen. Mittlerweile arbeitet „DGUV job“ mit 13 Fachberatern und einem elektronischen Netzwerk, welches das Reha-Management aller Unfallversicherungsträger, die zur Vermittlung gemeldeten Versicherten und die an diesem Vermittlungsdienst interessierten Arbeitgeber zusammenführt. Zusätzlich werden elektronisch alle erreichbaren Stellenangebote sowie die gezielt von Unternehmern an „DGUV job“ herangetragenen Stellenangebote mit den Gesundheits- und Qualifikationsprofilen der Versicherten gematcht, um Angebot und Nachfrage auf diesem speziellen Arbeitsmarkt möglichst wirksam zusammenzubringen.

VII. Steuerung der Versorgung durch Reha-Management der Unfallversicherungsträger

Die vorausgehenden Abschnitte dieses Beitrags stellen die rechtlichen Grundlagen, die Leistungsarten der Versorgungskette und die aktuellen Entwicklungen aus der Perspektive der Leistungsträger und der Leistungserbringer dar. Deutlich geworden ist aber auch, dass ein optimales Ergebnis der Rehabilitation nur dann erzielt werden kann, wenn die Leistungen und Maßnahmen den Vorstellungen der Betroffenen entsprechen und von ihrem Willen getragen werden. Wenn gefragt wird, wer den Reha-Prozess im Einzelfall steuert, so ist die Antwort: im besten Fall die von einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit betroffene Person selbst. Umgeben, informiert, unterstützt und therapiert durch ein Netzwerk von Leistungserbringern (Krankenhaus, Ärzte, Therapeuten, Psychotherapeuten usw.), und das Ganze gemanagt durch das „Reha-Management“ der Unfallversicherungsträger und, soweit es den medizinischen Reha-Prozess betrifft, durch die Durchgangsgärzte. Bildhaft und vereinfachend ist dies in Bild 3 dargestellt.

Bild 3: Die Steuerung der Versorgung erfolgt durch



Die betroffenen Menschen sollen also im Mittelpunkt stehen. Diese neue Sichtweise überwindet herkömmliche paternalistische Haltungen der Betreuung der Betroffenen durch Experten – sei es durch Ärzte und andere Leistungserbringer, sei es durch die „Verwaltungen“ der Unfallversicherungsträger. Sie findet ihre rechtlichen und konzeptionellen Grundlagen – vor allem Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der betroffenen Menschen sowie partnerschaftliche Einbindung aller am Versorgungsprozess Beteiligten – in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), im SGB IX³⁹ sowie in der UN-Behindertenrechtskonvention.⁴⁰

Im Folgenden soll abschließend die neuere Entwicklung zu gemeinsamen Grundlagen des Reha-Managements aller Unfallversicherungsträger beleuchtet werden.

Reha-Management ist Fall-Management in Bezug auf den Rehabilitations- und Teilhabeprozess. Reha-Management bedeutet, die Rehabilitation und Teilnahme von arbeitsunfallverletzten Menschen umfassend zu planen, zu koordinieren sowie zielgerichtet und aktivierend zu begleiten. Hierzu gehört insbesondere, dass gemeinsam mit den betroffenen Menschen und den am Reha-Prozess beteiligten Leistungserbringern ein Reha-Plan mit realistischen Zielen und Etappenzielen erstellt wird. Der aktuellen Entwicklung des Reha-Managements bei den Unfallversicherungsträgern liegen folgende Annahmen, Erkenntnisse und Erfahrungen zugrunde: Für den Erfolg des Reha-Managements ist entscheidend, so früh wie möglich zu beginnen. Bereits während der ersten Phase der Akutbehandlung soll alles darangesetzt werden, Arbeitsplatzverluste zu vermeiden.

Entsprechend der zunehmenden Belastbarkeit sollen in die Akutbehandlung bereits Elemente der medizinischen Therapie und in die medizinische Rehabilitation Elemente der beruflichen Ausrichtung integriert werden. Dadurch wird gleichzeitig der Reha-Prozess optimiert und abgekürzt. Durch Vermeidung von Schnittstellen innerhalb der Verwaltung, zwischen den einzelnen Phasen der Rehabilitation und damit zwischen den einzelnen Leistungserbringern kann in der Regel ein nahtloser Rehabilitationsprozess bis hin zur beruflichen Wiedereingliederung erreicht werden. Die Reha-Planung gibt sowohl den betroffenen Verletzten als auch allen am Reha-Netzwerk Beteiligten Planungssicherheit. Der geplante, zielorientierte Reha-Prozess motiviert die Verletzten und gibt ihnen Vertrauen in die Zukunft trotz des durch den Arbeitsunfall eingetretenen tiefen Lebenschnitts.

Zum Glück reicht in der ganz überwiegenden Zahl der Arbeitsunfälle die Steuerung durch die Durchgangsarzte aus, um bei leichteren und wenig komplizierten Verletzungsarten einen komplikationslosen, erfolgreichen Versorgungsprozess zu gewährleisten. Nur ein kleiner Bruchteil aller Arbeitsunfälle – deutlich unter 10 Prozent – bedarf der umfassenden Steuerung durch das Reha-Management der Unfallversicherungsträger. Der genaue Anteil der schweren und komplexen Reha-Fälle, die des Reha-Managements der UV-Träger bedürfen, variiert je nach der Versicherten-Klientel des einzelnen UV-Trägers. Denn die gesundheitlichen Anforderungen des Arbeitslebens, aber auch die Art und Schwere der Arbeitsunfälle differieren zwischen den Gewerbezweigen. Die Beobachtung in der Bezirksverwaltung einer Berufsgenossenschaft hat ergeben:

Beispiel

In einem Jahr ereigneten sich im Bezirk 13.780 Arbeitsunfälle. Hiervon kamen 357 ins Reha-Management, das sind 2,6 Prozent aller Arbeitsunfälle. Die Bedeutung dieser Fälle sowohl aus Sicht der Betroffenen als auch aus Sicht der Berufsgenossenschaft und ihrer Beitragszahler wird daraus deutlich, dass dieser kleine Bruchteil an Arbeitsunfällen mehr als die Hälfte (63 Prozent) der Leistungsaufwendungen verursachte.

Bei allen Unterschieden im Detail muss das Reha-Management aller Unfallversicherungsträger nach vergleichbaren Kriterien eingerichtet und organisiert werden. Denn es wäre wenig effizient, wenn sich die Leistungserbringer bei jedem einzelnen Unfallversicherungsträger auf unterschiedliche Abläufe, unterschiedliche Formulare usw. einrichten müssten. Daher hat die DGUV in ihrer Arbeitsgruppe Reha-Management die Erfahrungen und Herangehensweisen aller Unfallversicherungsträger gebündelt und miteinander abgestimmt. Die gemeinsamen Grundlagen des Reha-Managements wurden 2011 in einem Handlungsleitfaden⁴¹ zusammengefasst. 2012 wurden wichtige gemeinsame Instrumente wie ein Erhebungsbogen für die relevanten persönlichen Faktoren und ein Formular für die Reha-Planung entwickelt und publiziert. Die regelmäßigen Tagungen der Landesverbände der DGUV für die im Reha-Management und in der Berufshilfe Tätigen thematisieren die Schritte zu einem gemeinsamen Reha-Management aller Unfallversicherungsträger. Im März 2013 haben etwa 350 Reha-Manager und Führungskräfte auf einer großen Tagung von ihren Erfahrungen mit den neuen gemeinsamen Instrumenten berichtet und weitere Verbesserungen und Entwicklungen diskutiert.

Nach welchen Kriterien werden die Fälle ausgewählt, die der Steuerung durch das Reha-Management bedürfen?

Der gemeinsame Handlungsleitfaden nennt als generelles Kriterium die Dauer der voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeit. Diese wird nach Art und Schwere der Verletzung in Verbindung mit den gesundheitlichen Anforderungen der beruflichen Tätigkeit beurteilt. Wenn danach eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 16 Wochen zu prognostizieren ist, soll das Reha-Management einsetzen. Dies ist aber nicht das einzige Kriterium. Im Einzelfall können gravierende medizinische Komplikationen im Heilverlauf, ein problematischer gesundheitlicher Allgemeinzustand, psychische Probleme in der Traumaverarbeitung, Konflikte im Reha-Verlauf, allgemeine psychische Auffälligkeiten, Probleme im beruflichen, sozialen oder familiären Umfeld oder absehbare Probleme bei der beruflichen Wiedereingliederung dazu führen, dass die betroffenen Personen ins Reha-Management einbezogen werden.⁴²

Dreh- und Angelpunkt für die Reha-Planung ist, dass das Reha-Management des Unfallversicherungsträgers gemeinsam mit den Verletzten und den maßgebenden Leistungserbringern, insbesondere den Durchgangärzten, den persönlichen Reha-Plan erarbeitet, schriftlich festhält, der Rehabilitation zugrunde legt und falls nötig weiterentwickelt bzw. abändert. Näheres ergibt sich aus dem im Bild 4 wiedergegebenen Formular des „Persönlichen Reha-Plans“.

Bild 4: Formtext „Persönlicher Reha-Plan“

Persönlicher Reha-Plan					
Name, Vorname:			Unfall vom:		
geb. am:					
Az.:					
<p>Sie haben mit uns Ziele und Maßnahmen vereinbart. Damit wollen wir den Verlauf und die Ergebnisse Ihrer Rehabilitation optimal gestalten. Die bei dem Unfall erlittenen Gesundheitsschäden sollen beseitigt oder gebessert werden. Sie sollen wieder zeitnah einer beruflichen Tätigkeit nachgehen und selbstbestimmt in Ihrem sozialen Umfeld leben können.</p> <p>Bitte informieren Sie Ihren Reha-Manager, wenn Maßnahmen nicht wie geplant ablaufen oder Verzögerungen oder Probleme auftreten, die die vereinbarten Ziele gefährden. Der Reha-Manager wird die Planung überprüfen und bei Bedarf gemeinsam mit Ihnen und in Absprache mit den behandelnden Ärzten die Behandlung und den Reha-Plan anpassen.</p>					
<input type="checkbox"/> Mit diesem Reha-Plan wird der Reha-Plan vom _____ fortgeschrieben.					
1. Ihr Beruf/Ihre Tätigkeit					
<input type="checkbox"/> siehe Tätigkeitsprofil vom _____					
2. Diagnosen Ihrer Unfallfolgen					
Az.: Name:					
3. Ihr aktueller Verletzungs- und Gesundheitsstatus (Ggf. Komplikationen, unfallunabhängige Gesundheitseinschränkungen)					
4. Teilziele Ihrer Rehabilitation und geplante Maßnahmen					
Teilziel	Maßnahme				Anmerkungen zum Vorgehen, falls das Teilzeit nicht erreicht wird bzw. zur Überprüfung der Erreichbarkeit
	Art	Durch	Von	Bis	
5. Prognose zur Wiederaufnahme Ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit Zeitpunkt					

Ggf. Einschränkungen

Ggf. beruflich, soziale Teilhabeleistungen

6. Zielvereinbarungen

(Ort, Datum)

(Versicherter)

(Reha-Manager)

(Arzt)

Az.: Name:

Weitergabe personenbezogener Daten

Ich bin damit einverstanden, dass der Unfallversicherungsträger die Angaben in diesem Reha-Plan erhebt, speichert, verarbeitet und nutzt. Ich stimme einer Übermittlung dieser Daten an die beteiligten Reha-Partner (siehe unten) zu, soweit dies für meine Rehabilitation erforderlich ist.

Diese Angaben dürfen auch an meinen Arbeitgeber übermittelt werden.

(Ort, Datum)

(Versicherter)

Kontaktdaten der Reha-Partner

	Name, Ort	Telefon	Mobil
Versicherter			
Reha-Manager			
Arzt			
Arzt			
Arbeitgeber			
RV-Träger			
Therapeuten			
Einrichtungen			

Entscheidend für das Gelingen ist, dass der Reha-Plan nicht (allein) Ergebnis der Beurteilung durch die Fachexperten (Ärzte, Reha-Manager usw.) ist. Stattdessen sollten sich die Betroffenen und die Fachexperten im Planungsgespräch auf Augenhöhe begegnen und eine echte Zielvereinbarung treffen. Dies setzt voraus, dass die Betroffenen über ihre Situation, über ihre gesundheitlichen Einschränkungen, aber vor allem auch über die ihnen verbliebenen gesundheitlichen Ressourcen sowie beruflichen und bildungsmäßigen Qualifikationen und Kapazitäten aufgeklärt sind. Daher ist es vorrangige Aufgabe der Fachexperten, die Verletzten zum richtigen Zeitpunkt umfassend, verständlich, barrierearm und qualifiziert zu beraten und sie dort abzuholen, wo sie sich befinden.

Dies setzt aufseiten der Reha-Managerinnen und Reha-Manager eine Vielzahl an Kompetenzen und Qualifikationen voraus. Um im Prozess des Reha-Managements erfolgreich zu agieren und das damit verbundene hohe Maß an Kommunikation, Planung und Prozesssteuerung zu bewältigen, benötigen sie neben der grundlegenden Fach- und Sachkompetenz auch Sozial-, Selbst- und Methodenkompetenz:⁴³

- Sozialkompetenz, um mit den Versicherten, Arbeitgebern und Leistungserbringern zu kommunizieren.
- Selbstkompetenz, um beispielsweise im Rahmen der Ergebnisbewertung auch die eigene Arbeit realistisch einzuschätzen.
- Methodenkompetenz, um in allen Phasen des Reha-Managements in der Lage zu sein, die richtigen Instrumente und Methoden zielführend einzusetzen.

Auch hierzu haben die Gremien der DGUV im Jahr 2012 ein Anforderungsprofil für Reha-Managerinnen und Reha-Manager formuliert und beschlossen.⁴⁴ Die Curricula der Studiengänge, in denen die zukünftigen Reha-Managerinnen und Reha-Manager ausgebildet werden, tragen diesen Anforderungen schon seit geraumer Zeit Rechnung⁴⁵ – sie spiegeln die Entwicklung von der früher hauptsächlich juristisch und verwaltungsmäßig geprägten Sichtweise hin zu einer nach wie vor rechtlich basierten, aber deutlich multi- und interdisziplinär ausgerichteten Herangehensweise wider.

- ¹ Vgl. S. 4, S. 40
- ² Vgl. Kranig, Timm in: Hauck/Noftz, SGB VII sowie Rentrop in: Lauterbach, Unfallversicherung (SGB VII) zu den genannten Vorschriften.
- ³ § 133 SGB V; vgl. Luthé in: Hauck/Noftz SGB V K § 133.
- ⁴ Vgl. www.dgu-traumanetzwerk.de; DGU (Hrsg.) Supplement Orthopädie und Unfallchirurgie, Weißbuch Schwer-
verletztenversorgung, Thieme Verlag, 2. erw. Aufl. 2012; Ruchholtz et al., EurJTraumaEmergSurg, Springer Verlag
published online 20.12.2011.
- ⁵ Vgl. Spinnarke in: Schulin, HS-UV § 9 Rz 4 ff., 9, 11 m. w. N.
- ⁶ Vgl. den Leistungskatalog in: § 26 Abs. 1 SGB VII.
- ⁷ § 35 SGB VII i. V.m. §§ 33 – 38a und 40, 41 SGB IX.
- ⁸ In §§ 39 ff. SGB VII i. V.m. §§ 44, 53 und 54 SGB IX.
- ⁹ § 53 SGB VII.
- ¹⁰ Vgl. Jabben, Kreikebohm, Rodewald, NZS 2012, 681 ff. und 727 ff.
- ¹¹ Vgl. die Aufgaben-Trias in: § 1 SGB VII.
- ¹² Vgl. programmatisch zusammenfassend Schröder, Die Neuausrichtung der Heilverfahren, in: DGUV-Forum 10/2010, 12 ff.
- ¹³ Scherperceel et al., Guidelines of the European Respiratory Society and the European Society of Thoracic Surgeons
for the management of malignant pleural mesothelioma, Eur Respir J 2010; 35: 479–495.
- ¹⁴ Butz, Duell, Jürs, Neumann, Quo vadis – Mesotheliomtherapie in Deutschland, DGUV-Forum 1–2/2011, S. 37 ff.
- ¹⁵ Duell, Kranig, Palfner, Wissen von Experten für Experten, DGUV Forum 4/2012, S. 14 ff.
- ¹⁶ Empfehlung für die Begutachtung der Berufskrankheiten 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der Anlage
zur Berufskrankheiten-Verordnung – Reichenhaller Empfehlung, DGUV 2012.
- ¹⁷ Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – Falkensteiner Empfehlung, DGUV 2011.
- ¹⁸ Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenerkrankungen, Bochumer Empfehlung, DGUV 2011.
- ¹⁹ Nowak, Ochmann, Evaluation der stationären Rehabilitation von Atemwegserkrankungen
in den berufsgenossenschaftlichen Kliniken Falkenstein und Bad Reichenhall.
BK Nr. 5101.
- ²¹ Evaluation des Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut – „EVA Haut“.
- ²² Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens „ROQ“.
- ²³ Drechsel-Schlund, Brandenburg, John, Kranig, Römer, Evaluation des Stufenverfahrens Haut:
Optimierungsmöglichkeiten bei den Unfallversicherungsträgern, DGUV Forum 1–2/2013, S. 54 ff.
- ²⁴ Vgl. DGUV-Rundschreiben 0002/2013 vom 4.1.2013.
- ²⁵ Vgl. unten 8.
- ²⁶ Vgl. www.dguv.de/Durchgangsarztverfahren.
- ²⁷ Das sind Ärzte, die an der Heilbehandlung der gesetzlichen Unfallversicherung beteiligt sind.
- ²⁸ Vgl. im Einzelnen unter www.bv-d-arzt.de/Kalbe, Bonnaire, Kükke, Auswirkungen der Neuordnung
des D-Arzt-Verfahrens ab 1.1.2011.
- ²⁹ Vgl. Kranig, Zukünftiges stationäres Heilverfahren, in: Trauma und Berufskrankheit Supplement 3 2012, 263 ff.,
Oberscheven, Neuausrichtung der stationären Heilverfahren, in: DGUV-Forum 1/2013, 60 ff.
- ³⁰ Vgl. [www.dguv.de/Stationäres Durchgangsarztverfahren/Verletzungsartenverfahren/Schwerstverletzungsartenverfahren](http://www.dguv.de/Stationäres_Durchgangsarztverfahren/Verletzungsartenverfahren/Schwerstverletzungsartenverfahren).
- ³¹ Vgl. www.dgu-traumanetzwerk.de.
- ³² Vgl. den Text der Rahmenvereinbarung in: Das Krankenhaus 1/2013, 34 ff., und hierzu Wagener, Korthus, Rahmen-
vereinbarung über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, aaO., 29 ff.
- ³³ U. v. 12.1.2010 – B 2 U 28/08 R – SozR 4-2700 § 33 Nr. 1 = BSGE 105, 210 ff.
- ³⁴ Vgl. § 1 Abs. 2 KHEG.

-
- ³⁵ S. hinsichtlich der Prävention §§ 1 Nr. 2 und 14 Abs. 1 Satz 1, hinsichtlich der Rehabilitation §§ 1 Nr. 2 und 26 Abs. 2 SGB VII.
- ³⁶ Vgl. www.dguv.de/Landesverbände/Psychotherapeutenverfahren.
- ³⁷ Vgl. Rothe/Rister-Mende, Kostenentwicklung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, in: DGUV-Forum 12/2009, 34 ff.
- ³⁸ Vgl. Habekost/Krause, Grundpositionen zur Teilhabe am Arbeitsleben, in: DGUV-Forum 9/2010, 35 ff.
- ³⁹ Vgl. insbesondere §§ 1, 4 und 9 SGB IX.
- ⁴⁰ Vgl. zu Letzterer den Aktionsplan der gesetzlichen Unfallversicherung von 2011, www.dguv.de/Aktionsplan und hierzu den Zwischenbericht in: DGUV-Forum 3/2013.
- ⁴¹ Vgl. www.dguv.de/Handlungsleitfaden und hierzu Behrens, Dietrich, Habekost, Koczy-Rensing, Lücking, Toepler, Das Rehabilitationsmanagement der gesetzlichen Unfallversicherung – Der Handlungsleitfaden, in: DGUV-Forum 1–2/2011, 42 ff.
- ⁴² Vgl. Behrens et al., Kontextfaktoren und ihr Einfluss auf den Reha-Verlauf, in: DGUV-Forum 9/2011, 14 ff.
- ⁴³ Vgl. Brink, Rexrodt, Kommunikative Kompetenzen – Schlüssel für ein erfolgreiches Reha-Management, in: DGUV-Forum 9/2011, 10 ff.
- ⁴⁴ Vgl. www.dguv.de/Reha-Manager.
- ⁴⁵ Vgl. www.sozialversicherungswissenschaft.de.

Steuerung der Versorgung in der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung. Neuere Entwicklungen und praktische Beispiele

Kay Schumacher, Mainz

I.	Einführung	58
1.	Bisherige Heilverfahren. Steuerung durch die Verwaltung	58
2.	Einführung des Reha-Managements	58
II.	Organisatorische Prinzipien des Reha-Managements	58
1.	Sondersprechstunden in der berufsgenossenschaftlichen Verwaltung	58
2.	Integration von ärztlicher Kompetenz in die Verwaltung	59
III.	Ein Beispiel aus der Praxis: Pilonfraktur	59
IV.	Ein weiteres Beispiel: Erfolge auch bei später Bedarfsfeststellung	60
V.	Schlussfolgerungen	61
VI.	Indikationen für Rehabilitation	61
VII.	Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation	62
VIII.	Ein Beispiel für „maßgeschneiderte“ beruflich orientierte Rehabilitation	62

I. Einführung

Eine wesentliche Aufgabe der Unfallversicherungsträger (UV-Träger) ist die Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit der Unfallverletzten mit allen geeigneten Mitteln.¹

1. Bisherige Heilverfahren. Steuerung durch die Verwaltung

Diese Mittel waren schon immer am individuellen Bedarf der Versicherten auszurichten und bestanden traditionell aus den besonderen Heilverfahren der Unfallversicherung, wie D- und H-Arztverfahren, dem Verletzungsartenverfahren in zugelassenen Krankenhäusern, der berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) und den auf die besonderen Anforderungen der Unfallversicherung speziell ausgerichteten berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken.

Mithilfe dieser Werkzeuge und eines ausgefeilten Berichtssystems wurden die Heilverfahren lange Zeit durch die Verwaltungen gesteuert und überwacht. Ziel war ein möglichst optimales funktionales Ergebnis, verbunden mit der Erwartung, dass der Versicherte damit auch wieder in der Lage sein wird, seine bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben.

2. Einführung des Reha-Managements

Mit der Einführung des Reha-Managements um das Jahr 2001 herum verfolgte man das Ziel, bei den etwa 5 Prozent der schweren und damit auch kostenträchtigen Fälle eine Verbesserung der Bedarfssteuerung zu erreichen. Durch eine Planung der voraussichtlich erforderlichen akuten und postakuten Rehabilitationsleistungen, unter Zugrundelegung einer am bio-psychozialen Modell der ICF² orientierten Fallanalyse, sollten möglichst optimale Rehabilitationsergebnisse erzielt werden. Die Unfallversicherungsträger übernehmen dabei die Aufgabe, den Gesamtprozess der Rehabilitation im Zusammenwirken mit dem Verletzten und den Leistungserbringern zu koordinieren. In einem ersten Schritt wurde auf eine lückenlose Verbindung von Akutversorgung und anschließender ambulanter und stationärer Rehabilitationsbehandlung geachtet. Durch die Vermeidung von sog. „Reha-Löchern“ konnten Arbeitsunfähigkeitszeiten reduziert und Ausheilungsergebnisse verbessert werden.

II. Organisatorische Prinzipien des Reha-Managements

1. Sondersprechstunden in der berufsgenossenschaftlichen Verwaltung

Um eine seriöse Reha-Planung machen zu können, die im Kern immer auf bedarfsgerechte Diagnostik und Therapie abzielt, braucht die Verwaltung kompetenten medizinischen Sachverstand. In der Praxis haben sich im Wesentlichen zwei Wege herausgebildet, wie Verwaltungen den erforderlichen medizinischen Sachverstand in ihre Prozesse einbinden. Die Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken haben für die Verwaltungen Sondersprechstunden eingerichtet. Hier können durch die Verwaltungen Versicherte vorgestellt werden. Nach einer ggf. auch umfassenden Diagnostik können dann Versicherte, Ärzte und Reha-Manager die weitere Rehabilitation besprechen und planen.

2. Integration von ärztlicher Kompetenz in die Verwaltung

Der zweite Weg ist die Präsenz eines Arztes in der Verwaltung. Die Versicherten gehen dann für die Reha-Planung nicht in eine Klinik, sondern direkt in die Verwaltung. In diesen Fällen ist allerdings keine umfangreiche Diagnostik mehr möglich, was bei der Fallauswahl beachtet werden muss. Es wird auf der Grundlage vorhandener Untersuchungsergebnisse, Berichte und Bilder der bisherige Rehabilitationsverlauf analysiert, allen Beteiligten verständlich erklärt und ggf. eine Anpassung der weiteren Planung vorgenommen. Bei diesem Verfahren, das von einigen Verwaltungen unter der Bezeichnung Unfallmedizinischer Service (UMS) genutzt wird, loben die Versicherten besonders, dass sich unsere Ärzte sehr viel Zeit für Erklärung und Beratung nehmen. Die im Reha-Management geforderte gemeinsame Planung ist nur möglich, wenn auch der Versicherte, der ja in aller Regel medizinischer Laie ist, die Chance bekommt, die einzelnen Maßnahmen, deren Vorteile und etwaige Risiken zu verstehen.

III. Ein Beispiel aus der Praxis: Pilonfraktur

Das folgende Beispiel soll die Bedarfsfeststellung unter Einbindung des UMS verdeutlichen.

Ein 40-jähriger Versicherter ist als ungelernter Maler bei einem Unternehmen der Zeitarbeit beschäftigt. Ende August 2011 erleidet er einen Unfall, bei dem er sich eine offene distale³ Unterschenkelschaft- und Pilonfraktur⁴ mit drittgradigem Weichteilschaden zuzieht. Die operative Versorgung erfolgt in einer Universitätsklinik. Anfang September werden die Unterlagen dem UMS zur Einschätzung vorgelegt. Die OP-Ergebnisse werden anhand der angeforderten Röntgenbilder beurteilt. Anfang November kommt der Versicherte zur Besprechung der bisherigen Ergebnisse und des weiteren Vorgehens in die Verwaltung. In dem Gespräch werden die Probleme der weiteren Berufsausübung diskutiert, denn die anatomische Rekonstruktion des Sprunggelenks ist nicht gelungen. Die bisherige Therapie wird angepasst, der Vorschlag wird von dem Reha-Manager mit dem behandelnden Arzt abgestimmt. Der Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit wird für Mitte März 2012 prognostiziert.

Ende Januar 2012 wird die berufliche und soziale Situation besprochen. Da das Gangbild hier insgesamt noch sehr schlecht war, wird ein erneuter Termin beim UMS für Mitte März vereinbart. Hierbei werden eine deutliche, so nicht zu erwartende Funktionseinschränkung im Bereich des Sprunggelenks sowie eine verminderte Belastbarkeit des rechten Beins bei anhaltender Schwellneigung festgestellt. Dies ist kein gutes Ergebnis im Hinblick auf die beabsichtigte Wiederaufnahme einer Tätigkeit als Maler. Und das, obgleich mit der erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) eine geeignete Therapie in ausreichender Intensität durchgeführt wurde und der Versicherte alle 14 Tage in der Sprechstunde der Uniklinik zur Kontrolle vorstellig war. Auf Veranlassung des UMS erfolgt jetzt eine Vorstellung in der Fußchirurgie einer BG-Klinik. Dort werden eine Revisions-OP zur Glättung der tibialen Gelenkfläche⁵ und eine Teil-Metallentfernung empfohlen und anschließend auch durchgeführt. Es tritt eine deutliche Verbesserung der Schmerzsituation und der Belastbarkeit ein. Nach einer erneuten intensiven EAP kann im Oktober mit einer Arbeits- und Belastungserprobung begonnen werden, die im November 2012 erfolgreich beendet wird. Der Versicherte ist seit Dezember 2012 wieder arbeitsfähig.

In diesem Fall, der schließlich doch noch zu einem guten Ende gekommen ist, zeigt sich, dass die Steuerung des Bedarfs kein einmaliger Vorgang, sondern ein permanenter Prozess ist, bei dem auf Abweichungen von einem erwarteten Verlauf immer wieder reagiert werden muss. Dabei ist es günstig, wenn man zu einem möglichst frühen Zeitpunkt das Richtige tut.

IV. Ein weiteres Beispiel: Erfolge auch bei später Bedarfsfeststellung

Das folgende Beispiel zeigt allerdings, dass auch eine späte Bedarfsfeststellung noch gute Ergebnisse bringen kann.

Es handelt sich um einen 48-Jährigen, der als Straßenbahnfahrer tätig ist. Er erlitt bei einem Verkehrsunfall im Jahr 2003 eine schwere Fußverletzung, die bei vorbestehendem Diabetes mellitus im Februar 2008 schließlich zur Amputation des rechten Fußes führt. Die Tätigkeit als Straßenbahnfahrer kann bereits 2005 wiederaufgenommen werden. Wegen Problemen mit den Wund- und später mit den Stumpfverhältnissen und starker Schmerzen kommt es aber immer wieder zu langen Arbeitsunfähigkeitszeiten. Nach Fusion mit der Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen übernehmen wir (die Verwaltungsberufsgenossenschaft) den Fall 2009 als nicht „bearbeitungsrelevanten Bestandsfall“.

Im Februar 2012 lebt der Fall im Reha-Management auf. Starke Schmerzen führten zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit. Die Fahrdiensttauglichkeit ist aufgrund umfangreicher Schmerzmitteleinnahme nicht mehr gegeben. Der Versicherte wird im März in der Sondersprechstunde einer BG-Klinik vorgestellt. Zur Wiederherstellung der Fahrdiensttauglichkeit wird eine multimodale Schmerztherapie vereinbart. Der Medikamentenspiegel muss erhoben werden, um die Dosierung im Hinblick auf die Fahrdiensttauglichkeit anzupassen. Es soll ein neurologisches Konsil zur Fragestellung einer Nervenrevisions-OP durchgeführt werden. Die prothetische Versorgung soll erneuert werden. Es werden wöchentliche Rückmeldungen über den Sachstand vom Versicherten und von der Schmerztherapeutin an die Reha-Managerin vereinbart.

Im April erfolgt die Verlagerung des schmerzverursachenden Stumpfes des Nervus peroneus superficialis⁶ in das Wadenbein mit einem sehr guten Ergebnis. In der Folge wird die neue prothetische Versorgung durchgeführt und die Schmerzmitteleinnahme kann erheblich reduziert werden. Der vom Betriebsarzt geforderte psychologische Fahrtauglichkeitstest wird nach anfänglichen Schwierigkeiten ebenso wie die praktische Fahrprüfung schließlich erfolgreich absolviert. Ab Juli kann der Versicherte seine Tätigkeit als Straßenbahnfahrer wiederaufnehmen.

Der Bedarf an weiteren therapeutischen Maßnahmen ist hier zwar erst recht spät erkannt worden; der Fall zeigt aber auch, dass ein konsequentes Vorgehen auch dann noch erhebliche Verbesserungen bringen kann.

V. Schlussfolgerungen

Dort, wo Versicherte im Beruf körperlich sehr fordernde Tätigkeiten verrichten müssen, hat sich gezeigt, dass herkömmliche Rehabilitationsmethoden für eine Rückkehr in den alten Beruf nicht immer ausreichen. Daher wurde der Bedarf von stärker auf die konkreten beruflichen Anforderungen ausgerichteten Rehabilitationsmaßnahmen erkannt und erstmals im Kölner Raum in Form der Arbeitsplatzspezifischen Rehabilitation (ASR), vorwiegend für Versicherte aus dem Bereich der BG-Bau, eingesetzt. Aus dieser Idee heraus wurde die medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation in die rehabilitativen Angebote der berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken im Südwesten der Bundesrepublik aufgenommen.

Die medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation ist ein sehr spezielles Werkzeug, das nur in relativ wenigen Fällen eingesetzt werden muss.

In der großen Mehrzahl der Fälle gelingt die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz nach Abschluss der traditionellen Rehabilitationsmaßnahmen, ggf. mit vorgeschalteter Arbeits- und Belastungsprüfung. Das gilt für Arbeitnehmer aus den kaufmännisch verwaltenden Bereichen fast immer. Je höher jedoch die körperlichen Anforderungen sind, umso eher kommen spezielle beruflich ausgerichtete Rehabilitationsverfahren in Betracht.

Zum Abschluss des normalen Reha-Prozesses sollte, soweit der Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht zeitnah prognostiziert werden kann, ein Assessment der vorhandenen individuellen Leistungsfähigkeit stehen. Auf dieser Basis kann im Rahmen des Reha-Managements das weitere Vorgehen gemeinsam vom Versicherten, von der Reha-Einrichtung und dem Reha-Manager festgelegt werden.

VI. Indikationen für Rehabilitation

Als Indikationen für eine medizinisch-berufliche oder tätigkeitsorientierte Rehabilitation sind zu nennen:

- Die individuelle Leistungsfähigkeit entspricht noch nicht den beruflichen Anforderungen.
- Spezielle berufliche Anforderungen lassen sich in einer normalen Reha-Maßnahme nicht ausreichend trainieren.
- Eine berufliche Wiedereingliederung ist bereits versucht worden, scheiterte aber.
- Am Arbeitsplatz des Versicherten ist eine an sich angezeigte ABE nicht möglich. Das ist insbesondere bei Zeitarbeitskräften oftmals der Fall.
- Es liegen besondere Kontextfaktoren wie Ängste oder eine Anpassungsstörung vor.

VII. Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation

Ein wesentlicher Faktor für ein Gelingen einer solchen Reha-Maßnahme ist, dass sie im Rahmen eines Teamgesprächs zwischen dem Verletzten, dem Arzt aus dem Reha-Bereich der BGU und dem Reha-Manager einvernehmlich vereinbart wird. Das passiert heute meist in den von den BG-Kliniken durchgeführten Sondersprechstunden.

Für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation ist es unbedingt erforderlich, dass die exakten Anforderungen des Arbeitsplatzes beschrieben sind. Das muss grundsätzlich vom Reha-Manager erledigt werden, die Angaben des Versicherten reichen hierfür grundsätzlich nicht aus. Denn je genauer wir wissen, was der Versicherte im Job können muss, kann die Therapie hierauf ausgerichtet werden. Belastungen, die wir nicht exakt kennen, können wir nicht trainieren.

Genauso wichtig wie die Kenntnis von den Anforderungen ist die Kenntnis der vorhandenen Fähigkeiten und der Leistungsfähigkeit im Sinne von Belastbarkeit. Da diese oftmals nicht exakt genug sind, müssen sie durch Assessment-Verfahren wie EFL, aber natürlich auch durch die Beobachtung in der nachgestellten, aber eben doch realitätsnahen beruflichen Situation erhoben werden. Hierin liegt einer der großen Vorteile der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation, in der Beobachtung durch Arzt und Therapeuten in der „echten“ beruflichen Situation, die sich mit anderen Verfahren nicht darstellen lässt.

Bei der Beurteilung und Bewertung sind neben diesen objektiven Faktoren die individuellen Fähigkeiten und die Motivation des Versicherten zu berücksichtigen.

Es ist wichtig, den Versicherten zu kennen, sein Vertrauen zu haben. Beides erreichen wir durch den persönlichen Kontakt im Reha-Management.

Natürlich gelingt es auch mit einer solchen Maßnahme nicht in allen Fällen, die Menschen in ihren alten Job zurückzubringen. Man erlangt aber sehr viele Kenntnisse über das positive und negative Leistungsvermögen des Versicherten. Selbst im Falle einer nicht mehr möglichen Wiedereingliederung in den früheren Job aufgrund der verbliebenen Unfallfolgen profitieren alle Beteiligten hiervon. Der Versicherte, der in aller Regel gerne in seinem Beruf bleiben möchte, sieht, dass es nicht mehr geht, obwohl sich alle Beteiligten große Mühe gegeben haben. Die Verwaltung hat zu einem relativ frühen Zeitpunkt die Gewissheit, dass sie den Rehabilitationsprozess durch die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nahtlos fortsetzen kann.

VIII. Ein Beispiel für „maßgeschneiderte“ beruflich orientierte Rehabilitation

Der Einsatz einer beruflich orientierten Rehabilitationsmaßnahme zur Bedarfsdeckung eines Versicherten soll am letzten Beispiel verdeutlicht werden.

Ein 58-jähriger Versicherter, von Beruf Tischler, erleidet am 30.6.2010 einen Unfall mit Schien- und Wadenbeinfraktur links. Er wird operativ mit einem Verriegelungsnagel versorgt.

Die Berufsgenossenschaft erhält erst am 3.8.2010 Kenntnis von dem Unfall und nimmt am 6.8.2010 Kontakt mit dem Versicherten auf. Die Therapie besteht aus Krankengymnastik, Lymphdrainage und medizinischer Trainingstherapie. Die Arbeitsunfähigkeit sollte zum 1.12.2010 beendet sein. Bei einem telefonischen Kontakt im September äußert der Versicherte Unzufriedenheit mit den Fortschritten im Heilverlauf. Anfang Oktober wird er in der BG-Sprechstunde einer BG⁷-Klinik vorgestellt. Die Röntgenuntersuchung ergibt eine verzögerte Bruchheilung. Fünf Tage später wird eine Schraube entfernt, die durch ihre nicht mehr korrekte Lage Schmerzen verursacht hat. Mitte November ist die volle Belastbarkeit des Beins gegeben.

Wegen der inzwischen bekannten besonderen beruflichen Anforderungen des Versicherten – er ist einziger Geselle in dem Betrieb und muss regelmäßig auf Baustellen Fenster montieren – sowie seines Alters wird eine normale Rehabilitationsmaßnahme als nicht ausreichend erachtet. Am 1.12.2010 wird in der BG-Klinik eine an den exakten beruflichen Anforderungen des Verletzten ausgerichtete dreiwöchige Maßnahme eingeleitet, die Klinik kooperiert hier mit einem Berufsförderungswerk⁸ und kann die dortigen Werkstätten für die Arbeitsplatzsimulation nutzen. Ab Januar beginnt der Versicherte eine Arbeits- und Belastungserprobung in seinem Betrieb und ist ab Mitte Februar wieder voll einsatzfähig.

Angesichts der Schwere der Verletzung und der hohen körperlichen Anforderungen ist damit sicherlich ein gutes Ergebnis erzielt worden, das auch dank der hohen eigenen Motivation des Versicherten, eines stabilen sozialen Umfeldes und eines unterstützenden Arbeitgebers erreicht werden konnte. Wichtig war aber auch hier, dass jeweils zur richtigen Zeit das Richtige gemacht wurde; denn ohne eine auf den besonderen beruflichen Bedarf des Versicherten zugeschnittene Rehabilitationsmaßnahme wäre eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung sicher nicht so reibungslos möglich gewesen.

¹ § 1 Nr. 2 SGB VII.

² Die „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO); zur „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ des ICD-10-SGB V vgl. den Beitrag von Seewald (in diesem Band), bei V. 1.

³ Distale Frakturen sind eher seltene Verletzungen, die zumeist infolge einer erheblichen Krafteinwirkung entstehen.

⁴ Pilonfrakturen – sog. intraartikuläre Stauchungsbrüche am körperfernen Schienbeinende mit Frakturierung des tragenden Anteils der distalen Tibiagelenkfacetten und Kompressionen bzw. Kompaktierung des metaphysären Areal – gehören unter Berücksichtigung der Komplikationsrate und der bleibenden Behinderung nach wie vor zu den folgenschwersten Verletzungen der unteren Extremität.

⁵ Das obere Ende des Schienbeins läuft in zwei leicht nach innen gekrümmte Gelenkknorren (Condylus lateralis tibiae und Condylus medialis tibiae) aus.

⁶ Der Nervus fibularis profundus (Syn. Nervus peroneus profundus, tiefer Wadenbeinnerv) versorgt die Muskeln, die den Fußrücken dem Schienbein annähern.

⁷ Berufsgenossenschaft(lich).

⁸ Berufsförderungswerke (BFW) sind Experten für die Rückkehr in den Beruf und vom Gesetzgeber explizit benannte Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Weitere Informationen bei www.arge-bfw.de/.

Steuerung der Versorgung in der gesetzlichen Unfallversicherung (Österreich)

Bernhard Albert, Linz

I.	Einleitung	66
II.	Historie	67
III.	Aktueller Status	67
IV.	Steuerung der „Versorgung“	68
V.	Potenziale für die Weiterentwicklung	70

I. Einleitung

Wie immer, wenn zwischenstaatliche Tatbestände zu diskutieren sind, ist die Definition der Begrifflichkeiten vordergründig wichtig. Mit einem Versorgungsfall ist im Recht der österreichischen gesetzlichen Unfallversicherung die Erbringung von Leistungen an Personen, für deren Schutz nie ein Versicherungsverhältnis bestanden hat¹, gemeint. Zu denken wäre hier etwa an den Tatbestand des § 176 Abs. 1 Z. 2 ASVG: „Rettung eines Menschen aus tatsächlicher oder vermuteter Lebensgefahr“. Ein Unfall bei dieser Tätigkeit stellt unter den Bedingungen *leg cit* einen Arbeitsunfall dar, auch wenn die verletzte Person nicht in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert war. Das Gegenstück zum Versorgungsfall bildet der Versicherungsfall.

Versorgung im Sinne dieses Beitrags meint aber die Erbringung von Leistungen an Personen, die von einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit betroffen sind. Unter der Steuerung der Versorgung sind daher die Feststellung der Bedürfnisse des Leistungsberechtigten und die Bereitstellung entsprechender Ressourcen zur Erzielung eines optimalen Erfolgs im Hinblick auf Ergebnis und Kosten zu verstehen.

Dieser Versuch einer Umschreibung deckt sich bereits in weiten Bereichen mit der Mission der Case Management Society of America:

„The Case Management Society of America is the leading membership association providing professional collaboration across the healthcare continuum to advocate for patients' wellbeing and improved health outcomes by fostering case management growth and development, impacting health care policy, and providing evidence-based tools and resources.“²

Die Aufgaben der AUVA sind in § 172 ASVG aufgezählt. Neben der Prävention sind die Unfallheilbehandlung inklusive der ersten Hilfeleistung, die Rehabilitation und die Entschädigung die wesentlichen Aufgaben.

Die Unfallheilbehandlung umfasst ebenso wie die Krankenbehandlung ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe, wobei die Aufzählung in der Unfallversicherung nicht taxativ ist.³ Jedenfalls ist auch die medizinische Rehabilitation ein Teilaspekt dieses nur demonstrativ umschriebenen Leistungsspektrums der Unfallheilbehandlung, weshalb gerade auf die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ein individueller Rechtsanspruch besteht.⁴ Die Unfallheilbehandlung ist schon nach der gesetzlichen Definition ein Mehr gegenüber der Krankenbehandlung. Die Krankenbehandlung muss gem. § 133 Abs. 2 ASVG ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf das Maß des Notwendigen aber nicht überschreiten. Demgegenüber hat die Unfallheilbehandlung gem. § 189 Abs. 1 ASVG mit allen geeigneten Mitteln die durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperbeschädigung sowie die entsprechende Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. die Minderung der Fähigkeit zur Besorgung der lebenswichtigen persönlichen Angelegenheiten zu beseitigen oder zumindest zu bessern.

Die Ausrichtung der Unfallheilbehandlung geht daher nicht nur in Richtung der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, sondern umfasst mit der Selbsthilfefähigkeit auch den privaten Bereich.⁵

II. Historie

Neben der medizinischen Rehabilitation war die berufliche Rehabilitation bereits in der Fassung des ASVG⁶ unter der Überschrift „Berufsfürsorge“⁷ in den §§ 198 ff. ASVG geregelt. Dieser Bereich der Berufsfürsorge wurde damals als moderner Zweig der Unfallversicherung gesehen⁸, ging doch der Umfang dieser Berufsfürsorge über den vor dem Unfall oder dem Eintritt der Erkrankung ausgeübten Beruf hinaus. Konnte der bisherige Beruf nicht mehr ausgeübt werden, war auch die berufliche Ausbildung zu einem neuen Beruf von diesen Maßnahmen betroffen bzw. waren auch prinzipielle Hilfen zur Erlangung einer Arbeitsstelle vorgesehen. Neben der nötigen Koordination mit den Arbeitsämtern waren hier auch finanzielle Zuschüsse bei Lohn- einbußen für einen bestimmten Zeitraum vorgesehen. Zur Erfüllung dieser Aufgaben war organisatorisch im Bereich der AUVA bereits zu diesem Zeitpunkt ein eigener Berater beschäftigt, der die Koordination dieser Leistungen übernommen hat und dem Verletzten oder Erkrankten mit Rat und Tat zur Seite stand.

Die ausdrückliche Aufnahme der Rehabilitation als umfassenderer Begriff in den Aufgabenkatalog der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgte im Jahr 1962, wobei die entsprechenden Mittel immer noch der Wiedereingliederung von Verletzten in den Arbeitsprozess vorbehalten waren.⁹ Erst durch die 32. ASVG-Novelle¹⁰ wurde dann das Rehabilitationskonzept in der gesetzlichen Unfallversicherung wesentlich erweitert. Bereits in den Materialien zu dieser Novelle ist angeführt, dass für behinderte Menschen eine wertvolle und nützliche Eingliederung in die Gesellschaft Ziel sein muss.¹¹ Das Konzept der beruflichen und medizinischen Rehabilitation griff daher nicht weit genug. Als Bestandteil einer ganzheitlichen Sicht wurde auch die soziale Rehabilitation in den Leistungskatalog der gesetzlichen Unfallversicherung aufgenommen.

III. Aktueller Status

Die gesetzliche Unfallversicherung verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz der Rehabilitation, die nicht nur den beruflichen und medizinischen, sondern gerade auch den sozialen Aspekt und somit auch den Status innerhalb der Gesellschaft berücksichtigt, wobei aber noch zu betonen ist, dass noch immer das Kausalitätsprinzip gilt. So können entsprechende Leistungen nur erbracht werden, wenn ein Versicherungsfall eingetreten ist.¹² Dieser ganzheitliche Ansatz der Rehabilitation deckt sich auch grundsätzlich mit dem „Alles aus einer Hand“-Prinzip, welches der Aufgabenstellung an die gesetzliche Unfallversicherung immanent ist. Dadurch, dass sowohl die Prävention, die (medizinische) Hilfe und die Entschädigung eine gesetzliche Aufgabe darstellen, könnte die Investition von Mitteln in einen dieser Bereiche dann leicht gerechtfertigt werden, wenn dadurch die Kostenentwicklung in den anderen Bereichen positiv beeinflusst wird. Gerade für den Bereich der Rehabilitation ist dieser durchgängige Zusammenhang aber nicht gegeben, da sich eine erfolgreiche Rehabilitation nicht auf die Höhe der Entschädigung auswirken kann. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit als wesentlicher Parameter der Höhe einer Entschädigung wird nach objektiv abstrakten Grundsätzen unter Berücksichtigung des allgemeinen Arbeitsmarktes festgestellt und hat weder etwas mit den konkreten beruflichen Chancen noch mit der gesellschaftlichen Stellung zu tun. Eine Berücksichtigung subjektiver Elemente ist nur

in Härtefällen möglich.¹³ Diesbezüglich sollten durchaus Überlegungen des Gesetzgebers angestellt werden, bei der Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit immer auch subjektive Elemente zu berücksichtigen. Dies würde letztlich dazu führen, dass einerseits jetzt noch vorhandene Einzel- und Härtefälle verträglich erledigt würden, und andererseits würde ein noch intensiveres Engagement im Bereich der Rehabilitation dann leicht zu rechtfertigen sein, wenn sich das entsprechende positive Ergebnis auch in einer Reduktion der Entschädigungszahlung auswirken kann.

Nur am Rande sei hier auch erwähnt, dass die unterschiedliche Definition von Krankenbehandlung und Unfallheilbehandlung im ASVG auch schon lange nicht mehr zeitgemäß erscheint. Die Unfallheilbehandlung als Qualität wird in den Einrichtungen der Unfallversicherungsträger allen Verletzten geboten, egal ob sie einen Arbeitsunfall hatten oder nicht; andererseits wird in allen anderen Einrichtungen nur Krankenbehandlung angeboten, obwohl die überwiegende Anzahl der Arbeitsunfallverletzten nicht in eigenen Einrichtungen der Unfallversicherungsträger behandelt wird. Dazu kommt, dass die Verletzten den Qualitätsunterschied bei der medizinischen Behandlung in der Realität weitgehend nicht bemerken und auch keine wirkliche Unterscheidung gegeben ist, sieht man von einigen wenigen Ausnahmen ab. Auch hier würden eine einheitliche Definition und eine klare Zuteilung der Zuständigkeiten ab dem ersten Tag durch den Gesetzgeber dazu führen, dass einerseits die Regelungen hinsichtlich der Vorleistungspflicht der Krankenversicherungsträger entfallen könnten¹⁴ und andererseits auch die komplexen Pauschalabgeltungen der Leistungen zwischen den Trägern, die ohnedies mit der Realität nichts mehr zu tun haben, überflüssig werden würden.¹⁵

IV. Steuerung der „Versorgung“

Aus dem § 172 ASVG ergibt sich, dass die im Einzelnen zu treffenden Maßnahmen individuell auf die Rehabilitationsmöglichkeiten des jeweiligen Versehrten abzustimmen sind.¹⁶ Weiterhin bedarf die Einleitung von Maßnahmen der Rehabilitation gem. § 201a ASVG der ausdrücklichen Zustimmung des Versehrten, wobei vor dessen Entscheidung eine eingehende Information und Beratung zu erfolgen haben.¹⁷

In der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) sind dazu im Bereich der Leistungsabteilungen der Landesstellen eigene Berater(innen)gruppen eingerichtet, die sich vorwiegend mit der Organisation von beruflichen und sozialen Maßnahmen der Rehabilitation beschäftigen. Darüber hinaus beraten sie den Versehrten aber auch während dieser Zeit in allen Fragen der sozialen Absicherung im weitesten Sinne. Diese Mitarbeiter stellen auch die Nahtstelle zum Arbeitsmarktservice dar und sind bei der Wiedereingliederung der Verletzten in den Arbeitsprozess behilflich.

Ziel der AUVA ist es, die entsprechenden Maßnahmen möglichst rasch und effizient einzuleiten. Aus diesem Grund wird jeder gemeldete Krankenstand nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit ab einer gewissen Dauer medizinisch dahingehend beurteilt, ob die aktuell durchgeführte Behandlung ausreichend ist. Dies ist deshalb nötig, da, wie bereits angeführt, eine Differenzierung zwischen Krankenbehandlung und Unfallheilbehandlung gegeben ist und die Unfallheilbehandlung nur in den eigenen Einrichtungen der Unfallversicherungsträger gewährt wird. Stellt

sich bei dieser Beurteilung heraus, dass die Qualität der Behandlung nicht ausreicht, kann der Unfallversicherungsträger gemäß § 191 Abs. 2 ASVG die Erbringung von entsprechenden Leistungen übernehmen. Da die grundsätzliche Leistungspflicht zur Behandlung für jene Personen, für die ein Krankenversicherungsträger zuständig ist, bei diesem liegt, hat der Träger der Unfallversicherung die Übernahme der Leistung dem zuständigen Krankenversicherungsträger anzuzeigen. Ab diesem Zeitpunkt hat der Verletzte gegenüber dem Träger der Krankenversicherung keinen Anspruch mehr auf die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung.

Der Träger der Unfallversicherung kann die Unfallheilbehandlung wahlweise in eigenen Einrichtungen oder durch Vertragspartner erbringen lassen oder aber den Krankenversicherungsträger mit der Durchführung betrauen. Diesen trifft in einem solchen Fall die Verpflichtung zur weisungsgemäßen Behandlung.¹⁸ Ziel dieser möglichst frühen Evaluierung der Effizienz der Behandlung ist auch eine möglichst frühe Einleitung von Maßnahmen der Rehabilitation. Die Unfallheilbehandlung und auch die medizinische Rehabilitation als Teil der Unfallheilbehandlung stellen Pflichtleistungen dar, auf die der Versicherte einen durchsetzbaren Rechtsanspruch hat. Demgegenüber stellen die sozialen und die beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation freiwillige Leistungen dar.¹⁹ Bereits während der medizinischen Rehabilitation werden in den eigenen Einrichtungen der AUVA die entsprechenden Beratungen der Verletzten durchgeführt und bereits die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen der Rehabilitation geprüft, sofern diese nicht bereits eingeleitet sind. Durch diese enge Vernetzung und Verzahnung wird erreicht, dass entsprechende Leistungen zeitnah, ohne bürokratische Verzögerungen und somit effizient erbracht werden können.

Durch die Berufsfürsorge wird parallel dazu der berufliche und der soziale Status des Verletzten evaluiert. Durch einen möglichst frühen Kontakt mit dem Arbeitgeber wird erreicht, dass alle Optionen hinsichtlich der weiteren Beschäftigungssituation geprüft werden können und dass auch eine Information des Arbeitgebers über mögliche Zuschüsse oder sonstige Hilfsmaßnahmen erfolgt. In der Zusammenschau mit den vorläufigen Ergebnissen der medizinischen Rehabilitation kann somit bereits eine erste Beurteilung erfolgen, ob eine Weiterbeschäftigung im bisherigen Beruf, im bisherigen Unternehmen oder aber eine Umschulung notwendig wird. Ergeben sich zu diesem Zeitpunkt aufgrund der Verletzung bereits Defizite des Verletzten, die auch durch eine medizinische Rehabilitation nicht behoben werden können, so werden bereits frühzeitig auch Maßnahmen der sozialen Rehabilitation eingeleitet. Ist etwa eine Querschnittslähmung die Folge eines Arbeitsunfalls, dann kann bereits während der medizinischen Rehabilitation auch das private Umfeld des Verletzten baulich adaptiert werden. Dies führt dazu, dass nach dem Ende der medizinischen Rehabilitation der Verletzte im privaten Umfeld bereits optimierte Verhältnisse vorfindet und eine eigenständige Lebensführung möglich ist.

Mit der Koordination des umfassenden Leistungsangebots der gesetzlichen Unfallversicherung sind sowohl in den entsprechenden Leistungsabteilungen als auch in den eigenen Rehabilitationseinrichtungen Berater beschäftigt. Durch den Einsatz dieser Case-Manager/-innen wird gewährleistet, dass die umfangreichen Leistungsmöglichkeiten der gesetzlichen Unfallversicherung rasch, effizient, nachhaltig und somit auch kostengünstig erbracht werden können. Die Aufgabe dieser Mitarbeiter besteht aber nicht nur in der Beratung des Verletzten, sondern auch im Nahtstellenmanagement zu anderen Einrichtungen der sozialen Sicherheit und im frühzeitigen Einbinden des Arbeitgebers des Verletzten. Zahlreiche Aufgaben dieser Case-Manager/-innen beruhen auf gesetzlichen Vorgaben im ASVG.

Jahrzehntelange Erfahrung mit diesem Case-Management zeigt die Effizienz des Systems.

V. Potenziale für die Weiterentwicklung

Auch wenn durch die sicher richtungsweisenden gesetzlichen Vorgaben in der Unfallversicherung schon seit Jahrzehnten effizientes Case-Management betrieben wird, dürfen dabei die Schwachstellen des Systems nicht übersehen werden.

Ein wesentlicher Punkt ist, wie bereits angeführt, die Vorleistungspflicht der Krankenversicherungsträger. Der Gesetzgeber verfolgte mit den entsprechenden Bestimmungen das legitime Interesse, einen konkurrierenden Leistungsanspruch zwischen den Trägern der Krankenversicherung und jenen der Unfallversicherung zu vermeiden. Diese Regelungsnotwendigkeit entsteht aber nur deswegen, weil der Gesetzgeber die Zuständigkeit eben nicht exklusiv regeln wollte. Das bestehende System der Zuständigkeit des Krankenversicherungsträgers während der ersten vier Wochen und dann der Zuständigkeit des Unfallversicherungsträgers mit den entsprechenden Pauschalabgeltungen stellt eine unnötig komplexe und somit entbehrliche Regelung dar, auch wenn mit diesen Pauschalabgeltungen letztlich bereits eine Vereinfachung gegenüber der Einzelabrechnung gegeben ist.

De facto würde nichts dagegensprechen, die entsprechenden Zuständigkeiten gleich ab dem ersten Tag gesetzlich zu regeln und beim Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit exklusiv dem Träger der Unfallversicherung zuzuweisen. Dies würde dazu führen, dass die erfolgreichen präventiven Bemühungen der Träger der Unfallversicherung direkt in einen verminderten Leistungsaufwand münden.²⁰

Wie ebenfalls bereits angeführt, stellt auch die objektiv abstrakte Berechnung der Minderung der Erwerbsfähigkeit im Zusammenhang mit erfolgreichen Maßnahmen der Rehabilitation ein überlegenswertes Thema dar. Entgegen der Ansicht von Tomandl²¹ reduzieren nämlich erfolgreiche Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation derzeit noch nicht die Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder gar den Wegfall der Rente. Tatsächlich ist die Höhe der Versehrtenrente, abgesehen von Härtefällen, unabhängig von der tatsächlichen Beschäftigungssituation festzustellen. Um auch hier das bereits bestehende System der Kosten-Nutzen-Effizienz durchgängig anzuwenden, wäre auch in diesem Bereich der Gesetzgeber gefordert, nicht zuletzt im Hinblick auch auf die Motivation der Verletzten, sich an entsprechenden Maßnahmen zu beteiligen. Dies könnte entweder durch die Verankerung des Vorrangs der Reha-

bilitation vor der Rentenleistung im Gesetz geschehen oder aber durch die gesetzliche Klarstellung, dass für die Feststellung der Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit auch die entsprechende Beschäftigungs- und Einkommenssituation mit zu berücksichtigen sind.

Zuletzt sei aber auch auf die nichtkausalen und artfremden Leistungen verwiesen, mit denen der Gesetzgeber die AUVA als größten Unfallversicherungsträger in den letzten Jahren belastet hat. Der Zuschuss zur Entgeltfortzahlung für die Arbeitnehmer auch im Krankheitsfall sowie das Krankengeld an selbstständig Erwerbstätige stellen eine klare Durchbrechung des Kausalitätsprinzips dar. Es wäre daher nur die logische Konsequenz, auch in diesen Bereichen mit entsprechenden präventiven und rehabilitativen Leistungen eine Kostenreduktion bewirken zu können. Diesbezüglich fehlt aber ein gesetzlicher Auftrag.

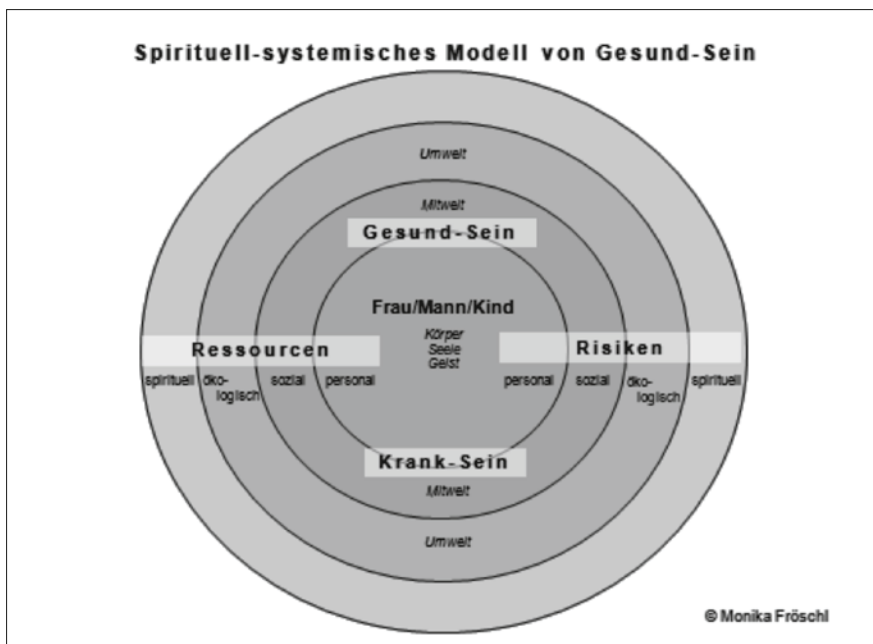
- ¹ Tomandl, Das Leistungsrecht der österreichischen Unfallversicherung (1977), 5.
- ² www.cmsa.org/home (10.12.2012).
- ³ 10 ObS 230/93.
- ⁴ 2 Ob 163/08x.
- ⁵ Tomandl, Leistungsrecht, 79.
- ⁶ BGBl 1955/189.
- ⁷ Der Begriff „Berufsfürsorge“ geht bereits auf die RVO zurück.
- ⁸ Weissenberg, Querschnitt durch das österreichische Sozialrecht (1956), 175.
- ⁹ § 172 Abs. 2 in der Fassung BGBl. 1962/13.
- ¹⁰ BGBl. 1976/704.
- ¹¹ 181 Blg NR 14. GP, 41.
- ¹² Eine Ausnahme von diesem Prinzip stellt die berufliche Rehabilitation in den Fällen des § 211 ASVG dar. Hier können auch Leistungen erbracht werden, wenn bei Fortsetzung der Tätigkeit die Gefahr der Entstehung einer Berufskrankheit gegeben ist.
- ¹³ OGH vom 2.12.1987, 9 ObS 23/87, SSV-NF 1/64.
- ¹⁴ S. im Detail dazu Resch, Sozialrecht (2011), 99.
- ¹⁵ Z.B. Pauschalzahlung gem. § 319a ASVG.
- ¹⁶ Tomandl, Leistungsrecht, 82.
- ¹⁷ So auch Tomandl, System des österreichischen Sozialversicherungsrechtes, 24. Erg.Lfg., 323.
- ¹⁸ Tomandl, System, 322.
- ¹⁹ Tomandl, Leistungsrecht, 84; Tomandl, System, 323.
- ²⁰ Die derzeitig vereinbarten Pauschalzahlungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und der Unfallversicherung orientieren sich nicht an der tatsächlichen Anzahl von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten. Eine entsprechende Reduktion der Versicherungsfälle führt zu keiner Reduktion der Pauschalzahlungen.
- ²¹ Tomandl, System, 324.

Begleitung von Menschen mit chronischer Erkrankung – Vision und Wirklichkeit

Monika Fröschl, München

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schlägt in ihrer Definition von 1948 erstmals eine Richtungsänderung von der pathogenetischen zur salutogenetischen Orientierung ein, indem Gesundheit als „ein Zustand von vollkommenem körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Wohlbefinden und nicht allein als Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ definiert wird.¹ Die Aussage, dass umfassendes somatopsychosoziales (körperliches, seelisches und soziales) Wohlbefinden mit Gesundheit gleichzusetzen ist, stellt einen veränderten Blickwinkel dar, der nicht von der Krankheit, sondern der Gesundheit ausgeht.

„Gesundheit ist kein Zustand, keine Verfasstheit, ist kein Ideal und nicht einmal ein Ziel: Gesundheit ist ein Weg, der sich bildet, indem man ihn geht.“ Dieses Zitat des Medizinhistorikers und Psychosomatikers Heinrich Schipperges weist auf eine kontinuierliche Gestaltbarkeit des Gesund-Seins im Leben hin. Ein Weg mit vielen Abzweigungen, Übergängen und Richtungen, Krisen und Konflikten, Scheidewegen, die Alternativen möglich und Entscheidungen notwendig machen, ein Weg mit Grenzen, aber auch hohen Bergen und unendlichem Meer, mit Abgründen und blühenden Wiesen im Leben. Diesen Weg gehe ich jedoch nicht alleine, sondern inmitten meiner Mitwelt und Umwelt. Für die Umsetzung hilfreich kann die Orientierung an einem neuen spirituell-systemischen Modell von Gesund-Sein sein.



Während die in unserem „Gesundheitssystem“ (eigentlich ein Krankheitssystem) übliche pathogenetische Orientierung die Krankheit und die dazu führenden Risiken in den Mittelpunkt stellt, hat die salutogenetische Gesundheitsförderung den anderen Blickwinkel: nämlich über die personalen, ökologischen, sozialen und spirituellen Ressourcen und das Gesund-Sein von Kindern, Frauen und Männern auf die Risiken und das Krank-Sein zu blicken. Eckhard Schiffer nennt diese salutogenetische Perspektive Schatzsuche statt Fehlerfahndung.² Er stellt mit dieser Sichtweise zudem das Individuum in seinem Sein in den Mittelpunkt. Das Sein, das sich im Alltag und der jeweiligen Lebenswelt verwirklicht.

Dies ist auch und gerade für Menschen mit chronischer Krankheit die neue, da hoffnungsvolle Perspektive.

Eine zentrale Aussage der Ottawa-Charta³ bezieht sich auf Gesundheitsförderung als „Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht“. Zentrale Begriffe sind hierbei die Betonung des Prozesshaften von Gesund-Sein und Gesundheitsförderung und die Selbstbestimmung. Dies bedeutet, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung dem einzelnen, sich entwickelnden Individuum in seiner spezifischen, sich verändernden Umwelt angepasst sein müssen. Selbstbestimmung zielt auf eine aktive Beteiligung – Partizipation – an der Planung und Gestaltung von Maßnahmen ab. Selbstbestimmung im Sinne der Ottawa-Charta bedeutet, Mann oder Frau, Mädchen oder Junge als Experten bzw. Expertinnen für ihre Gesundheit und ihre chronische Krankheit zu sehen. Daraus resultiert wiederum ein besonderes Anforderungsprofil an die Fähigkeiten der professionell Handelnden. Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und politischer Prozess, der über individuelle Fragestellungen hinaus darauf abzielt, soziale, ökonomische und kulturelle Umweltbedingungen im Sinne des Gesund-Seins zu verändern.

Dazu gehört ein grundlegendes Vertrauen in das Leben und die Potenziale der Menschen.⁴ Der Sense of Coherence (SOC, Kohärenzsinn) mit seinen drei Komponenten im salutogenetischen Ansatz von A. Antonovsky stellt dieses Vertrauen als zentrales Konstrukt in den Mittelpunkt. Dabei bezeichnet der Sense of Coherence eine „globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“.⁵

Dieses Vertrauen ist auf vier Ebenen möglich: auf der individuellen als Selbstvertrauen, auf der sozialen als Vertrauen mit anderen, der ökologischen als Vertrauen in die Welt und der spirituellen als Vertrauen über mich hinaus.⁶

Damit ist die Vision eines „Chronic Care“ weg von der Wirklichkeit des Disease-Managements möglich. Dabei geht es um eine Begleitung des Lebens im Alltag. Von besonderer Bedeutung ist hier das Unterstützungsnetzwerk mit der zentralen Frage: Wer macht was? Die Beratung geht in Richtung eines Kompetenzdialogs mit dem fachlichen Wissen der Expert(inn)en und des Expertenstatus der chronisch Kranken für ihr Leben mit der Krankheit. Entscheidungen werden im Sinne des Shared-Decision-Makings gemeinsam getroffen.

Weitere Literatur: Weizsäcker, Victor von: Soziale Krankheit und soziale Gesundheit. 1955. Göttingen.

- ¹ WHO Weltgesundheitsorganisation: World Health Organization. Constitution. Genf, 1948.
- ² Schiffer, Eckhard: Wie Gesundheit entsteht, Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung, Weinheim, 2001.
- ³ WHO Weltgesundheitsorganisation: Ottawa Charta for Health Promotion. Genf, 1986.
- ⁴ Vgl. Fröschl, Monika: Gesund durch Vertrauen – ein Lebensprinzip. München, 2010.
- ⁵ Antonovsky, Aaron, Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit (Deutsche Übersetzung von Alexa Franke, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie).S. 34–36, Tübingen 1997; Original: Unraveling the Mystery of Health. How People manage Stress and Stay Well, 1987.
- ⁶ Fröschl, Monika: Gesund-Sein. Integrative Gesund-Seins-Förderung als Ansatz für Pflege, Soziale Arbeit und Medizin. Stuttgart, 2000.

„Rehabilitationsmanagement“ für die deutsche private Unfall- und Haftpflichtversicherung

Marcus Vogel, München

I.	„Die Kümmerer“ der rehacare GmbH	78
1.	Ein „Fall aus dem Leben“	78
2.	Hilfen durch das Case-Management	78
3.	Weitere Beispiele aus der Arbeit von rehacare	78
4.	Geschäftsbeziehungen und -erfolge der rehacare GmbH	79
5.	Reha-Manager als „Experten für den Körper“	79
II.	Die „ARGE Rehabilitation“	79
1.	Entwicklungslinien	79
2.	Gründung und Zielsetzungen der „ARGE Rehabilitation“	80
III.	Die Handlungsleitlinien	80
1.	Präambel	80
2.	Code of Conduct (CoC)	80
3.	Datenschutz	80
4.	Freiwilligkeit des Verfahrens	81
5.	Transparenz	81
6.	Inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit	81
7.	Beraterqualifikation	81
8.	Qualitätsmanagement	81
9.	Überregionalität	82
10.	Unabhängigkeit	82
11.	Selbstverpflichtung	82
IV.	Datenschutz beim Rehabilitationsmanagement	82
1.	Konkrete Fragen und Probleme	82
2.	Daten vom Betroffenen	83
3.	Daten in der Bearbeitung	83
4.	Daten im Büro	83
5.	Daten am Heimarbeitsplatz	83
6.	Daten unterwegs	84
7.	Daten im Versand	84
8.	Daten in der Aufbewahrung	84
9.	Datenschutz als Qualitätsmerkmal	85
10.	„Best Practice“ der ARGE Rehabilitation	85

I. „Die Kümmerer“ der rehacare GmbH

Mehr als 74.000 Menschen verunglücken jedes Jahr in Deutschland schwer – oft mit dramatischen, lebenslangen und teuren Konsequenzen. Dass für Unfallopfer die Rehabilitation nicht immer nach „Schema F“ erfolgen muss, beweisen tagtäglich sog. Case-Manager. Sie sorgen sich um alles. Das spart Leid, Nerven – und auch Kosten.¹

1. Ein „Fall aus dem Leben“

Es sollte ein spannender Fußballabend werden. Das Finale der Fußball-Europameisterschaft 2008: Deutschland gegen Spanien. Doris Voßkötter aus Telgte ist mit Freunden zum Mitfiebern verabredet, will am Nachmittag aber zum ersten Mal in ihrem Leben eine Motorradspritztour machen. Als Beifahrerin sitzt sie auf der 100 Stundenkilometer schnellen Maschine, als ein Hund über die Bundesstraße rennt und das Motorrad touchiert.

Doris Voßkötters linkes Schulterblatt, ihr rechtes Schlüsselbein und etliche Rippen sind gebrochen. Die Motorradkleidung ist vollständig aufgerieben. In Gütersloh wird sie operiert. Als die Ärzte feststellen, dass eine zweite Operation notwendig ist, schickt Voßkötters Unfallversicherer LVM² eine Reha-Managerin, die sich um die 34-Jährige kümmert: Sie prüft die Krankenakte genau und empfiehlt, Voßkötter nach Hannover zu verlegen. „Dort wurde dann erst festgestellt, dass ich zusätzlich einen doppelten Beckenbruch hatte. Ich war heilfroh, dass ich in Hannover war“, sagt Voßkötter. Die Reha-Managerin besorgt ihr außerdem ein hydraulisch verstellbares Bett und nimmt auch ihre Eltern nach Hannover mit.

2. Hilfen durch das Case-Management

Das ist ein klassischer Fall für eine Case-Managerin: einen Klienten besuchen und mit Ärzten, Familie, Behörden, Arbeitgebern und Ämtern das Beste für den Patienten entscheiden. Monika Miedaner ist Case-Managerin bei rehacare, einem der größten Unternehmen für solche Dienstleistungen in Deutschland. „Weil unser Sozialsystem mitunter kompliziert ist, lotsen wir unsere Klienten da durch“, sagt Miedaner, die nach ihrer Ausbildung als Physiotherapeutin Sozialpädagogik studiert hat.

3. Weitere Beispiele aus der Arbeit von rehacare

Der bisher wohl dramatischste Fall bei rehacare ist der eines verunglückten jungen Motorradfahrers, dessen Bein amputiert werden sollte. Alle Ärzte und Krankenversicherer hatten dem Eingriff bereits zugestimmt, als der Haftpflichtversicherer des Unfallverursachers rehacare den Fall überträgt. „Der Mann kann heute wieder laufen und arbeitet in seinem alten Beruf – ohne Prothese und Hausumbau“, sagt Miedaner. Während eines einjährigen Krankenhausaufenthalts wurde ein kleiner Teil des Knochens entfernt und langsam wiederaufgebaut.

Einem anderen Klienten hat Miedaner geholfen, mit 27 Jahren den richtigen Beruf zu finden. „Erst acht Jahre nach seinem schweren Unfall mit Schädel-Hirn-Verletzung wurde nämlich ein Sprachproblem diagnostiziert. Sonst würde er noch heute in jeder Ausbildung scheitern.“

Derzeit betreut sie einen 17-jährigen Zimmermannslehrling, für den sie nach einem Motorradunfall eine Physiotherapie organisiert hat, die die Krankenkasse im Regelfall abgelehnt hätte. Selbstbewusst sagt sie: „Es sollte mehr Menschen wie uns geben.“

4. Geschäftsbeziehungen und -erfolge der rehacare GmbH

Die „rehacare GmbH“ arbeitet für 40 Versicherer in Deutschland. Und Prokurist Jörg Halm kann mit beeindruckenden Informationen aufwarten. „Alle Unfallopfer erhalten die ihnen zustehenden Zahlungen. Trotzdem gelingt es uns, für die Versicherer jedes Jahr einen zweistelligen Millionenbetrag einzusparen.“ Reha-Management sei also mehr als Marketing, sagt Halm, der aus der Versicherungsbranche kommt.

5. Reha-Manager als „Experten für den Körper“

Ähnlich begeistert vom Reha-Management ist Thomas Büchel. Er ist Abteilungsleiter Unfall bei der LVM Versicherung in Münster und vergleicht Reha-Management mit Expertenwissen. „Für unsere Autos haben wir Gutachter, die einschätzen, was das Beste wäre. Aber für das Wichtigste, unseren Körper, haben wir so etwas nicht.“ Denn in extremen Fällen seien selbst die nächsten Angehörigen überfordert: Ist es für einen Verunglückten besser, im nächstgelegenen Krankenhaus behandelt zu werden? Oder sollte er in eine Spezialklinik kommen, in der ihn die Verwandten nur selten besuchen können?

„Solche Fragen stellt sich niemand. Sie werden nur in Extremsituationen gestellt. Da ist es gut, jemanden mit Fachwissen an seiner Seite zu haben“, sagt Büchel. Bei der LVM ist das Reha-Management seit 2011 in jeder neuen Unfallversicherung enthalten. Die Teilnahme ist immer freiwillig. Schon jetzt hat die LVM über 1.000 solcher Fälle mit dem Reha-Dienstleiter IHR begleitet.

„Ganz ehrlich: Was ich seit dem Unfall gelernt habe, ist, das Leben zu genießen, und wie wichtig es ist, gesund und mobil zu sein“, sagt Doris Voßkötter aus Telgte. Erst ein Jahr nach ihrem Motorradunfall konnte sie sich schmerzfrei bewegen. Heute arbeitet sie wieder Vollzeit und geht ein- bis zweimal die Woche ins Fitnessstudio, um ihre Muskeln weiter zu trainieren und die Schulterschmerzen in Schach zu halten. Allein hätte sie das alles nicht geschafft, sagt Voßkötter. „Es war gut, dass sich jemand gekümmert hat, der sich auskannte.“

II. Die „ARGE Rehabilitation“

Das Rehabilitations-Management ist mittlerweile ein etabliertes Instrument, um die Situation von Unfallopfern zielgerichtet und nachhaltig zu verbessern.

1. Entwicklungslinien

Der Verkehrsgerichtstag in Goslar hat bereits in den Jahren 2000 und 2008 die Einschaltung eines privaten Reha-Dienstes in geeigneten Fällen auf freiwilliger Basis ausdrücklich empfohlen. Auch im Jahr 2012 wurde das Reha-Management wieder in einer Empfehlung eines Arbeitskreises³ aufgeführt: „Die auf freiwilliger Basis erfolgte Inanspruchnahme des Reha-Managements durch den Geschädigten hat sich in der Praxis bewährt; es sollte verstärkt genutzt und aktiv eingefordert werden.“

Die Arbeitsgemeinschaft Verkehrsrecht im Deutschen Anwaltsverein⁴ hat im Jahr 2002 sowohl Anforderungen an den Reha-Dienst als auch an das anzuwendende Verfahren formuliert. Dieser sog. „Code of Conduct“ soll deren Einhaltung sicherstellen, damit nicht schrankenlos und ohne Kontrolle ggf. zum Nachteil des Unfallverletzten gehandelt wird.

Neben der im „Code of Conduct“ formulierten Strukturqualität (weisungsfrei, personelle und organisatorische Unabhängigkeit, vorhandener Beirat) gibt es weitere qualitative Aspekte, die unabdingbar sind: Qualität durch flexible Organisationsstrukturen, Qualifikation der Reha-Manager oder auch das Qualitätsmerkmal „Prozesse“. Hierzu gehören – neben dem klassischen Ablauf im Reha-Management durch ein inter- und multidisziplinäres Beraterteam – auch die Anforderungen an ein sicherheitsorientiertes Datenschutzkonzept.

2. Gründung und Zielsetzungen der „ARGE Rehabilitation“

Die führenden privaten Reha-Dienstleister rehacare GmbH, ReIntra GmbH⁵ und IHR Rehabilitationsdienst⁶ haben sich nunmehr⁷ zur „Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation“ (ARGE Rehabilitation) zusammengeschlossen.⁸ Diese Arbeitsgemeinschaft ist dem oben genannten Code of Conduct verpflichtet und von der ARGE Verkehrsrecht anerkannt.

Damit sowohl Anwälte, Unfallopfer oder auch Versicherer im immer größer werdenden Markt der Reha-Dienstleister die hohen Qualitätsmaßstäbe an ein Reha-Management erfüllen können, wurden die im Nachfolgenden erläuterten Handlungsleitlinien erstellt. Danach handeln die Mitglieder der ARGE Rehabilitation bereits seit Jahren und empfehlen, dass diese Grundsätze als allgemeinverbindlich für alle privaten Dienstleister in diesem Bereich gelten sollten.

Eine gewisse Parallele ist derzeit in der aktuellen Qualitätsdiskussion beim Kfz-Sachverständigen der Unfallregulierung⁹ zu sehen. Hierzu wird festgestellt, dass nicht qualifizierte Sachverständige hochwertige Dienstleistungen anbieten, die grundsätzlich auf einem qualifizierteren Know-how basieren sollten.

III. Die Handlungsleitlinien

1. Präambel

Im Mittelpunkt des Handelns steht der Betroffene. Ziel des Reha-Managements ist es, Unfallverletzte oder erkrankte Personen in ein so weit wie möglich selbstständiges Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft einzugliedern und eine soziale Teilhabe weitestgehend zu ermöglichen. Mit den Handlungsleitsätzen wird der qualitative Rahmen vorgegeben, der für ein professionelles Reha-Management grundsätzlich Gültigkeit hat.¹⁰

2. Code of Conduct (CoC)

Die Einhaltung des CoC¹¹ ist Grundlage der Beziehung zwischen Auftraggeber (Versicherer), der Person des Verletzten, dem bevollmächtigten Rechtsanwalt und dem eingeschalteten Reha-Dienst. Der CoC gilt für alle Parteien des Verfahrens gleichermaßen.

3. Datenschutz

Die Einhaltung der Datenschutzregeln nach dem BDSG¹² ist für die Mitglieder der ARGE Rehabilitation verpflichtend.¹³ Sie verfügen über eigene Datenschutzbeauftragte, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben überwachen und gewährleisten. Jeder einzelne Mitarbeiter der Reha-Dienste ist auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Daten werden ausschließlich zum Zweck der Rehabilitation des Betroffenen erhoben, verarbeitet und gespeichert und keinen Dritten zugänglich gemacht. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung werden den gesetzlichen Regeln entsprechend eingeholt und beachtet. Bei der Nutzung und Verwendung von technischen Einrichtungen, z.B. elektronischen Kommunikationswegen, werden die notwendigen Vorkehrungen für die Einhaltung des Datenschutzes getroffen. Dies gilt ebenso für die Aufbewahrungspflichten, Lagerung oder die fachgerechte Entsorgung der Unterlagen.

4. Freiwilligkeit des Verfahrens

Jeder Betroffene kann auf der Basis der ihm überlassenen Informationen frei darüber entscheiden, ob er die angebotene Unterstützung durch einen professionellen Reha-Dienst annehmen will. Während des Reha-Managements ist der Betroffene frei, vorgeschlagene Vorgehensweisen des Reha-Dienstes zu akzeptieren, und kann jederzeit die Teilnahme am Rehabilitations-Management ohne Angabe von Gründen beenden.

5. Transparenz

Die Mitglieder der ARGE Rehabilitation stellen fortlaufend sicher, dass alle Beteiligten am Rehabilitations-Management den gleichen Kenntnisstand vom Fortgang des Verfahrens haben. Alle Maßnahmen müssen für die Beteiligten, aber insbesondere den Betroffenen und seine anwaltliche Vertretung, vorhersehbar und nachvollziehbar sein. Die notwendigen Erläuterungen zum Verfahren sind zeitnah und verständlich zu kommunizieren.

6. Inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit

Die zeitnahe Umsetzung vereinbarter Maßnahmen „aus einer Hand“ durch ein multidisziplinäres Beraterteam sind wesentliche Bestandteile eines erfolgreichen Rehabilitations-Managements. Die Mitglieder der ARGE Rehabilitation halten die erforderlichen Strukturen vor, um interne Abläufe, wie die Koordination der eingebundenen Fachbereiche, der geeigneten Berater und die ortsnahe Umsetzung von Reha-Maßnahmen zu gewährleisten und eine kontinuierliche Begleitung des Betroffenen zu ermöglichen.

7. Beraterqualifikation

Die Mitglieder der ARGE Rehabilitation achten bei der Auswahl und Einstellung ihrer Rehabilitationsberater auf Fachwissen, Berufserfahrung, fachliche Kompetenz sowie umfassende Sozialkompetenz und Seriosität. Die Reha-Berater werden durch geeignete Maßnahmen fortlaufend weiter qualifiziert. Ihre Arbeit wird regelmäßig überprüft und evaluiert, um so eine dauerhafte und kontinuierliche Beratungsqualität zu sichern.

8. Qualitätsmanagement

Qualitätssicherung und -management gehören zu den wesentlichen Aufgaben der Geschäftsführung des Reha-Dienstes. Die Regeln des Qualitätsmanagements sind in einem Leitfaden zusammenzufassen und werden laufend durch interne/externe Kontrollen überwacht und den Erfordernissen des Reha-Verfahrens angepasst.

Die Mitglieder der ARGE Rehabilitation verfügen über nach dem Code of Conduct zu bestellende Beiräte, die die Geschäftsführung u.a. bei allen Fragen des Qualitätsmanagements beraten. Wichtiger Bestandteil ist dabei auch das Beschwerdemanagement. Die Einhaltung der notwendigen Regeln des Rehabilitations-Managements stellen die Beiräte durch entsprechende Audits sicher.

9. Überregionalität

Die Mitglieder der ARGE erbringen ihre Dienstleistungen bundesweit und ortsnah für den Betroffenen. Bei der Planung des Reha-Managements werden regionale und familiäre Besonderheiten des Betroffenen berücksichtigt. Die Maßnahmenplanung und -umsetzung sowie die Auswahl von notwendigen Netzwerkpartnern geschehen unter Beachtung der notwendigen Qualitätsstandards vorrangig im Wohnumfeld des Betroffenen.

10. Unabhängigkeit

Die personelle, organisatorische und inhaltliche Unabhängigkeit der Mitglieder der ARGE Rehabilitation von ihren jeweiligen Auftraggebern und Dienstleistern sind Grundvoraussetzung für ein professionelles Reha-Management. Die mit den Beteiligten abgestimmten und vereinbarten Ziele des Rehabilitations-Managements sind alleiniger Maßstab für die Auswahl von Maßnahmen und Dienstleistern.

11. Selbstverpflichtung

Diese Handlungsleitlinien sind integraler Bestandteil des professionellen Reha-Managements. Die Mitglieder der ARGE Rehabilitation haben sich bereits darauf verpflichtet.

IV. Datenschutz beim Rehabilitationsmanagement

Datenschutz ist in aller Munde. Die Schlagzeilen rund um den Datenmissbrauch häufen sich. Gerade in der Versicherungsbranche ist das Thema „ganz oben auf der Tagesordnung“. Wo täglich Hunderttausende von Personendaten verarbeitet werden, gilt es besonders sensibel zu sein beim Schutz personenbezogener Daten.

1. Konkrete Fragen und Probleme

Wie steht es aber mit der Sicherheit der Daten bei den externen Dienstleistern, die in der Branche zunehmend zum Einsatz kommen; z.B. bei Reha-Diensten, die Kraftfahrzeughaftpflichtversicherer für die Betreuung ihrer Personenschäden seit über 15 Jahren erfolgreich einsetzen?

Wie sicher sind eigentlich die Daten auf dem Laptop des freundlichen Reha-Beraters? Welche Daten sammelt er überhaupt, wie und wo werden sie verarbeitet, wie bekommt der Versicherer sie, wie werden sie beim Reha-Dienstleister aufgehoben und später dann auch ordnungsgemäß vernichtet?

Die folgenden Hinweise geben einen Überblick über die Kernbereiche, denen bei dem Einsatz von Reha-Diensten besondere Beachtung geschenkt werden sollte.

2. Daten vom Betroffenen

An erster Stelle steht die Zustimmung des Betroffenen, seines Anwalts und/oder naher Familienangehöriger, zunächst im Hinblick auf eine Kontaktaufnahme, einen Besuch und zur Datenerhebung und Dateneinholung z.B. bei behandelnden Ärzten, Kliniken, Reha-Einrichtungen oder Institutionen wie Arbeitsagenturen, Berufsgenossenschaften oder Sozialversicherungsträgern. Die datenschutzkonforme Einwilligung muss vor allem auf einem klaren Verständnis des Betroffenen über Zweck und Umfang der Nutzung beruhen (das betrifft jeweils nur seine spezifischen Reha-Belange!). Gleiches gilt hinsichtlich der Freiwilligkeit seiner Einwilligung sowie der jederzeitigen Widerrufsmöglichkeit während des „laufenden Verfahrens“. Ein Merkblatt über den Datenschutz und die Datensicherheit des eingeschalteten Dienstleisters sollte idealerweise beim Erstkontakt immer beigelegt sein.

3. Daten in der Bearbeitung

Unabhängig davon, in welcher Form die Daten gespeichert werden, als „Papierakten“ von Unfallopfern oder „virtuelle Akten im System“ – der Reha-Dienstleister muss sicherstellen, dass nur der „berechtigte Mitarbeiter“ und Reha-Berater Zugriff auf die Daten „seines“ Falles hat.

Die Sicherung der Daten über Passwörter ist heutzutage durchweg üblich und stets anzuraten. Die Gestaltung der Passwörter wird allerdings häufig immer noch als leidet Übel angesehen. Hier helfen eindeutige Vorgaben, die das Knacken von Passwörtern erschweren oder fast unmöglich machen. Mit diesen Zugangsbarrieren wird auch sichergestellt werden, dass der Bearbeiter stets nur die Daten bearbeiten kann, die er für seine Arbeit benötigt.

Ein besonders hohes Maß an Datensicherheit bietet die Arbeit mit der „WebAkte“. Der Zugriff auf die Daten erfolgt über ein Portal, zu dem die berechtigten Nutzer (z. B. Betroffener, Anwalt, Reha-Berater, Versicherer) über ein Passwort Zugriff haben.

4. Daten im Büro

Der Reha-Dienstleister muss gewährleisten, dass Unbefugte nicht in den Bereich gelangen können, der Zugriff auf die Fallinformationen ermöglicht. Ganz banal: Wie sicher sind die Zugänge ins Büro des Reha-Dienstleisters, wer hat überhaupt einen Schlüssel, welche Maßnahmen sind für den Verlust der Zugangsberechtigung vorgesehen, welche Zutrittsbarrieren gibt es im Büro, z. B. für das Archiv? Was können z. B. die Reinigungsfachkraft oder der Hausmeister nach Dienstschluss alles lesen?

5. Daten am Heimarbeitsplatz

Viele Reha-Berater arbeiten von zu Hause aus. Wer hat dort Zugang zum Laptop oder Computer des Reha-Beraters? Ist die ganze Familie mit „angeschlossen“, steht der Laptop nach Nutzung ungesichert frei herum? Vergleichbare Zutrittsregeln wie im Büro hierfür aufzustellen ist sicherlich eine Herausforderung. Aber der Reha-Berater muss alles tun, damit er Datenschutz und Datensicherheit im häuslichen Umfeld sicherstellen kann.

Den sichersten Schutz bieten dabei Laptops, die die Reha-Berater nur für ihre dienstlichen Belange in verschlüsselter Form nutzen dürfen. Alternativ können USB-Sticks mit entsprechender Verschlüsselung verwendet werden. Ein weiterer guter Schutz ist die Arbeit über verschlüsselte Routen auf den Systemen der Reha-Dienstleister. Erforderlich sind in jedem Fall Richtlinien des Reha-Dienstleisters für den Datenschutz am Heimarbeitsplatz, deren Einhaltung in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren ist.

6. Daten unterwegs

Diesbezügliche Probleme liegen auf der Hand: Wer hat noch nicht einmal neugierig auf den Laptop seines Nachbarn in der Bahn oder im Flugzeug geschaut? Sichtblenden müssen hier Standard bei der Nutzung von Laptops sein, ein einfacher, aber unverzichtbarer Schutz gegen das Mitlesen von personenbezogenen Daten.

Auf Reisen sollten die Daten nur über den verschlüsselten USB-Stick am Laptop verarbeitet werden. Es sollte in jedem Fall zur Reiseroutine gehören, bei Hotelaufenthalten den Laptop im abschließbaren Schrank oder im abgeschlossenen Kofferraum des mitgeführten und sicher geparkten Autos aufzubewahren.

Nicht vergessen werden sollte, dass unterwegs auch das Handy für das Fallmanagement benutzt wird. Ob Bahn oder Flughafenbus – Gespräche über sensible Daten haben in diesen Bereichen überhaupt nichts zu suchen und sind deshalb grundsätzlich zu vermeiden.

7. Daten im Versand

Elektronische Versandwege sind beliebt, weil sie einfach und schnell sind. Für professionelle Reha-Dienstleister ist es dabei selbstverständlich, nur verschlüsselte Versandwege zu benutzen. Häufig wird allerdings übersehen, dass die Nachricht nur dann verschlüsselt ankommt, wenn auch der Adressat über seinen Empfangsweg verschlüsselt empfangen kann. Das ist häufig nicht der Fall! Der Reha-Dienstleister muss sich also immer vergewissern, ob sein Kommunikationspartner ebenfalls über diese Technik verfügt. Sonst sind die traditionellen Wege über Post und Telefax mit den entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen zu wählen. Die Reha-Berater sind entsprechend zu instruieren. Bei der Verwendung einer „WebAkte“ erübrigen sich diese Überlegungen.

8. Daten in der Aufbewahrung

Unabhängig von ihrem Aggregatzustand sind alle Falldaten sicher aufzubewahren, d.h. bei Erstbearbeitung sicher abzulegen, bei Fallabschluss sicher zu lagern und bei Ablauf der Fristen bzw. bei Aufforderung durch den Betroffenen sicher zu vernichten.

Virtuelle Akten sind innerhalb der Speichersysteme mit den entsprechenden Sicherungsmaßnahmen zu versehen. Besonderes Augenmerk ist auf Back-up-Systeme zu richten, die die Datensicherung gewährleisten, sodass bei Verlust der Daten auf die gesicherte Kopie zurückgegriffen werden kann. Befinden sich die Daten auf einer Cloud, sind entsprechende Maßnahmen mit dem beauftragten IT-Dienstleister zu vereinbaren. Auch hier sollte der Versicherer kontrollieren, ob diese Sicherheitsmaßnahmen seinen eigenen Datenschutzstandards entsprechen.

Papierakten sind vor unberechtigten Zugriffen, Verlust oder Beschädigung zu schützen. Das gilt sowohl für die Akten in den eigenen Archiven des Dienstleisters selbst als auch für die Sicherheit der vom Dienstleister genutzten externen Lagerungssysteme. Abschließbare Schränke und Archive sind das Minimum an Sicherheit. Brandschutzmaßnahmen müssen außerdem selbstverständlich sein und vor allem dokumentiert werden.

Aktenentsorgung und Datenträgervernichtung dürfen nur von zertifizierten Anbietern nach standardisierten Regeln für den Reha-Dienstleister erfolgen.

9. Datenschutz als Qualitätsmerkmal

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) müssen sich Auftraggeber, hier also die Versicherer, bereits vor Beginn der Zusammenarbeit mit ihrem Reha-Dienstleister und danach regelmäßig während der Zusammenarbeit von den getroffenen notwendigen technischen und organisatorischen Maßnahmen überzeugen.¹⁴ Die notwendigen Verfahrensverzeichnisse sollten von dem Reha-Dienstleister vorgehalten werden.¹⁵

Eher unbekannt ist, dass der Reha-Dienstleister bei Datenverlust, der zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Rechte oder schutzwürdigen Interessen des Betroffenen führen könnte, unverzüglich die zuständige Aufsichtsbehörde sowie den Betroffenen zu informieren hat. Unter Umständen ist der Reha-Dienstleister bei einer Vielzahl von betroffenen Fällen sogar verpflichtet, die Öffentlichkeit durch halbseitige Anzeigen in mindestens zwei bundesweit erscheinenden Tageszeitungen zu unterrichten.¹⁶

Versicherer sollten sich also darüber informieren, wer Beauftragter für Datenschutz und Datensicherheit bei dem eingeschalteten Reha-Dienstleister ist und wie das entsprechende Datenschutzkonzept aussieht. Im Einzelfall sind sie berechtigt, die Einhaltung der Datenschutzstandards vor Ort beim Dienstleister zu überprüfen.

Am besten ist es natürlich, wenn der Reha-Dienstleister bereits selbst für die notwendigen Kontrollen gesorgt hat und nachweisen kann¹⁷, dass er sein Datenschutzkonzept sowie seine technischen Einrichtungen durch unabhängige und zugelassene Gutachter hat prüfen und bewerten lassen, und das Ergebnis der Prüfung zur Verfügung stellt.¹⁸

10. „Best Practice“ der ARGE Rehabilitation

Die Mitglieder der ARGE Rehabilitation haben sich in ihren publizierten Handlungsleitlinien ausdrücklich dem umfassenden Datenschutz verpflichtet.¹⁹ Die entsprechende Unterweisung ihrer Mitarbeiter und Reha-Berater sowie die regelmäßige Compliance-Erklärung dieser Personen, die entsprechende technische Ausstattung sowie die umfassende Dokumentation der Richtlinien und Kontrollmaßnahmen gehören zur selbstverständlichen Ausstattung dieser Dienstleister. Versicherer und Betroffene müssen sich darauf verlassen können, dass die Mitarbeiter und Berater der ARGE-Mitglieder die oben dargelegten umfassenden Sicherheitsstandards zum Datenschutz und zur Datensicherheit in allen Bereichen einhalten und dass die Standards regelmäßig kontrolliert und weiterentwickelt werden.²⁰

-
- ¹ Vgl. zum Nachfolgenden Marcel Roth positionen 09/2012 – Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft.
- ² Das sachliche Arbeitsgebiet des im Jahr 1896 gegründeten „Landwirtschaftlichen Versicherungsvereins Münster a.G.“ (LVM) erstreckt sich auf den unmittelbaren Betrieb aller Zweige des privaten Versicherungswesens mit Ausnahme der Lebens-, Kranken- und Kreditversicherung.
- ³ Arbeitskreis 2 beim Verkehrsgerichtstag 2012 – Haftung eines Unfallopfers.
- ⁴ Näheres dazu bei www.verkehrsanwaelte.de.
- ⁵ ReIntra GmbH medizinisch-berufskundlicher Beratungs- und Reintegrationsdienst, s. a. www.reintra.com/kontakt/.
- ⁶ Näheres bei www.rehabilitations-dienst.de/.
- ⁷ Im Juli 2011; weitere Informationen z.B. bei www.schadenfixblog.de/arge-rehabilitation-gegruendet/.
- ⁸ Vgl. Versicherungswirtschaft 14/2011, S. 1012, www.vvw.de.
- ⁹ Vgl. die Ergebnisse des Arbeitskreises 4 beim Verkehrsgerichtstag 2012.
- ¹⁰ Zum Nachfolgenden s. Qualität: Reha-Branchenführer setzen Standards – AUTOHAUS online <http://www.autohaus.de/reha-branchenfuhrer-setzen-standards>.
- ¹¹ Vgl. dazu oben bei 2. a).
- ¹² Das „Bundesdatenschutzgesetz“ (BDSG) wurde als Art. 1 des G v. 20.12.1990 (BGBl. I S. 2954) vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates beschlossen; in Kraft getreten am 1.6.1991, neugefasst durch Bek. v. 14.1.2003 (BGBl. I S. 66); zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 14.8.2009 (BGBl. I S. 2814).
- ¹³ Näheres zum Datenschutz unter Punkt 3.
- ¹⁴ § 11 Abs. 2 BSDG.
- ¹⁵ § 4g Abs. 2 i. V.m. § 4e Satz 1 Nr. 1–8 BDSG.
- ¹⁶ § 42 BSDG.
- ¹⁷ Z.B. mit einem Check11-Verfahren.
- ¹⁸ § 9a BSDG.
- ¹⁹ Versicherungswirtschaft, Heft 14/2011, S. 1012.
- ²⁰ Die Datenschutzbeauftragten der Mitglieder der ARGE Rehabilitation (Jutta Eich, Geschäftsführerin IHR Rehabilitationsdienst; Stefan Lauer, Geschäftsführer rehacare GmbH; Hans Schleich, Geschäftsführer ReIntra) geben hierzu gerne Auskunft.

Steuerung der Versorgung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Möglichkeiten der Steuerung, Entwicklungen, geltendes Recht, Anspruch auf Versorgungsmanagement nach dem SGB

Martin Steidler, München

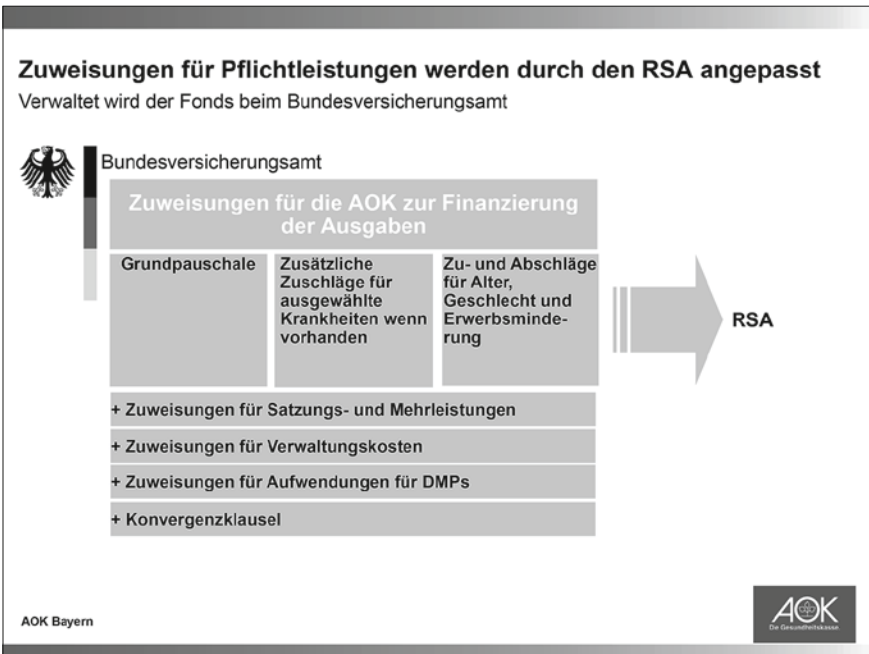
I.	Entwicklungen: vom Markt- und Leistungsmanagement zum Versorgungsmanagement	88
II.	Zur Verwaltung des Gesundheitsfonds	88
III.	Konsequenzen des „Morbi-RSA“ für das Versorgungsmanagement	89
IV.	Ein Beispiel aus der Praxis	91
V.	„Rechtstechnische“ (vertragliche) Umsetzung der Versorgungssteuerung	92
VI.	Bisherige Erfahrungen	93
	1. Versorgungssteuerung durch Selektivverträge	93
	2. Disease-Management-Programme	94
	3. Weitere Versorgungsmanagementprogramme	94

I. Entwicklungen: vom Markt- und Leistungsmanagement zum Versorgungsmanagement

Während bis Ende des Jahres 1995 in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur ein eingeschränktes Wahlrecht möglich und damit auf Kassenseite in erster Linie ein Verwaltungskostenmanagement gefordert war, erfolgte durch die freie Kassenwahl ab dem Jahr 1996 eine dahingehende Liberalisierung und damit erstmalig ein echter Kassenwettbewerb. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds und des „Morbidityorientierten Risikostrukturausgleichs“¹ bei gleichzeitiger Abschaffung der Beitragsautonomie in der GKV ab dem 1.1.2009 war zugleich ein Wechsel der Dominanz von Markt- und Leistungsmanagement hin zum Versorgungsmanagement zu beobachten. Die Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ brachte es auf den Punkt: „Die Logik des Deckungsbeitrages bedingt den Wettbewerb aller Kassen gegen die Durchschnittskosten in der Leistungserbringung und zwingt die Kassen verstärkt zum Aufbau eines Versorgungsmanagements.“ Da die Krankenkassen nunmehr Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach Alter, Geschlecht und risikoadjustiert für bestimmte Krankheiten erhalten, ist seitdem eine Steuerung der Ausgaben unerlässlich.

II. Zur Verwaltung des Gesundheitsfonds

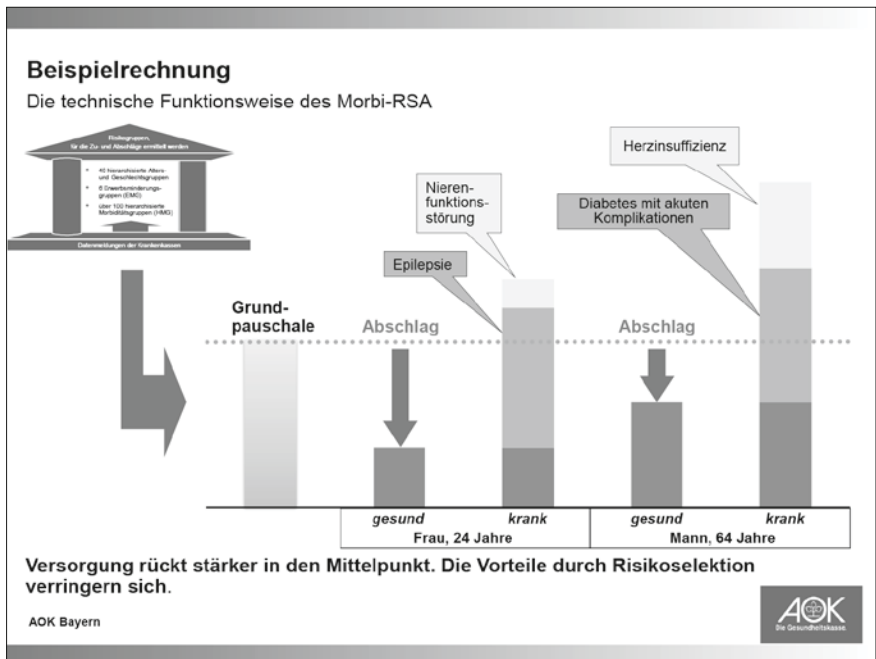
Der Fonds wird vom Bundesversicherungsamt verwaltet, die Krankenkassen erhalten für die Versicherten eine Grundpauschale, Zuschläge für definierte Krankheiten bei Vorliegen bestimmter Kriterien sowie Zu- bzw. Abschläge nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung.



Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds setzen sich zu 50,2 Prozent aus Alter und Geschlecht, zu 1,9 Prozent aus Erwerbsminderung (Rentner) und zu 40,6 Prozent aus der Morbidität zusammen, daneben noch aus Einnahmen für Verwaltungsaufgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen und einer Konvergenzklausel.²

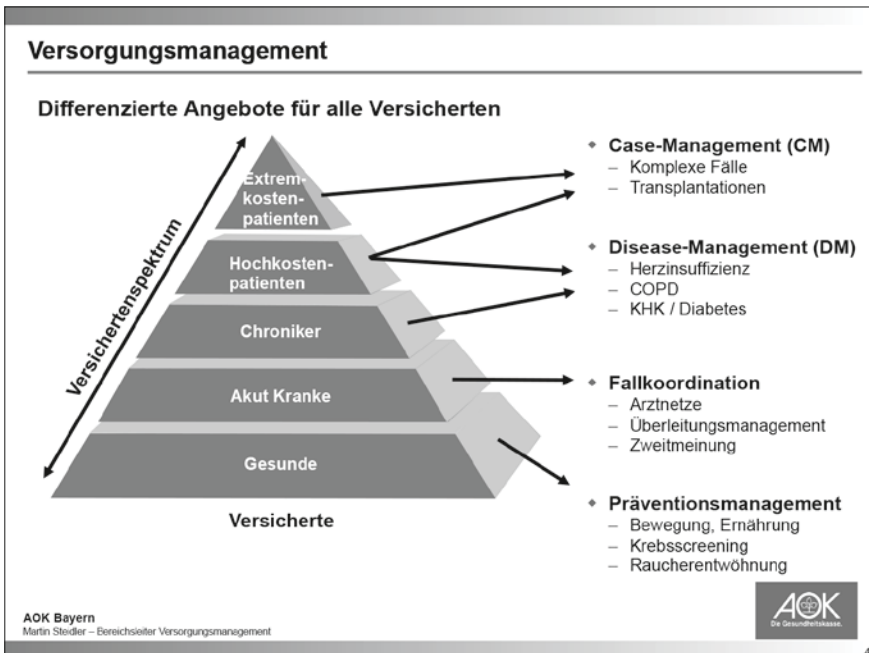
III. Konsequenzen des „Morbi-RSA“ für das Versorgungsmanagement

Um die Ansätze im Versorgungsmanagement der GKV durch mögliche Steuerungsmöglichkeiten besser einordnen zu können, ist es wichtig, die technischen Funktionsweisen des Morbi-RSA zu kennen. Entscheidend ist die Erkenntnis, für Versichertengruppen mit bestimmten Krankheiten die konkrete Zuweisungshöhe zu kennen.³ Der Gesetzgeber gibt über die Fondszuweisung damit einen Kostenrahmen zur Versorgung dieser Patienten vor, mit dem die Krankenkassen die Versorgung sicherzustellen haben. Das Versorgungsmanagement rückt deswegen in den Fokus der Bemühungen, weil Krankenkassen mit höheren Versorgungsleistungen als Fondszuweisungen, aus welchem Grund auch immer, die Erhebung eines Zusatzbeitrags und in Folge ein Versichertenverlust droht.



Der Morbi-RSA erlaubt den Krankenkassen auf Basis der Gesamtausgaben Analysen für bestimmte Versichertenpopulationen, um einen Norm-Ist-Kosten-Vergleich vorzunehmen und hierdurch ggf. ihre Unterdeckung feststellen zu können. Es werden die Fondszuweisungen nach Alter und Geschlecht (AGG), Erwerbsminderung (EGG) und Morbidität (HMG) den tatsächlichen Ausgaben gegenübergestellt. Dabei lassen sich verschiedene Krankheitsgeschehen filtern. Die Krankenkassen wissen so, ob sie z. B. zur Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz oder z. B. COPD⁴ mehr finanzielle Mittel aufbringen müssen, als ihnen der Fonds zur Versorgung dieser Patienten überhaupt zuerkennt.

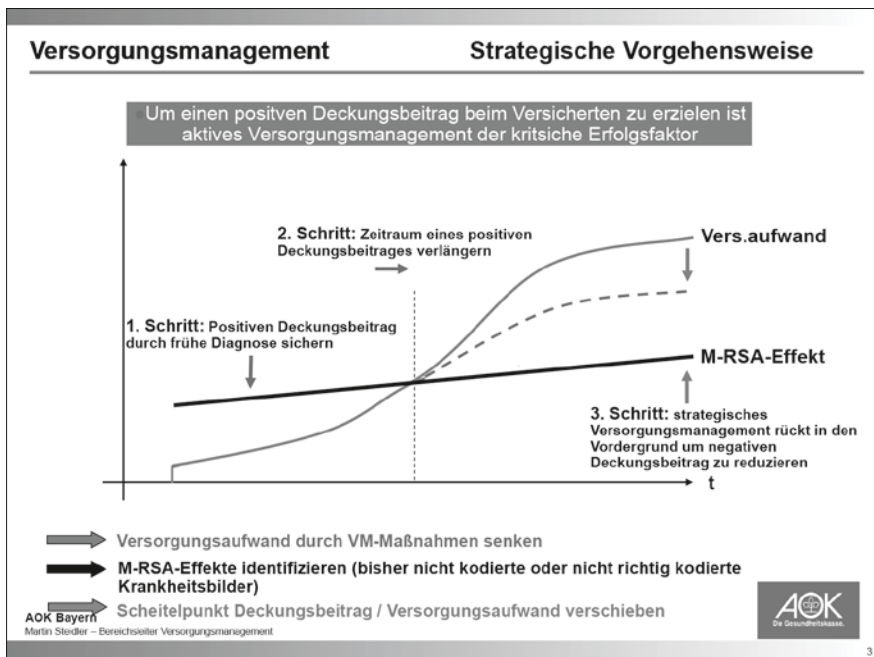
Die gewählten Beispiele sind i. d. R. durchaus geeignet, Unterdeckungen festzustellen, um als priorisierte Handlungsfelder von Krankenkassen eingestuft zu werden. Durch die Analysen können Deckungslücken bei den Krankheitsbildern identifiziert werden, um dann differenzierte Angebote für die betroffenen Versicherten erarbeiten zu können. Der Schwerpunkt bei den Handlungsfeldern liegt in adäquaten Versicherungszahlen und der Möglichkeit einer Versorgungssteuerung. Je nach Versicherten-spektrum können unterschiedliche Angebote ausgearbeitet werden.



Basis hierfür können Selektivverträge mit Leistungserbringern oder aber strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programme) sein. Das versicherten- und morbiditätsorientierte Versorgungsmanagement der Krankenkassen soll und muss damit adäquate Versorgungsstrukturen und optimale Versichertenpfade in Netzen sicherstellen und eine aktive Steuerung vornehmen.

Die Herausforderung der Krankenkassen liegt also darin, möglichst lange positive Deckungsbeiträge erzielen zu können. Dabei kommt dem aktiven Versorgungsmanagement der kritische Erfolgsfaktor zu. Die strategische Vorgehensweise des Versorgungsmanagements lässt sich in drei Schritte zusammenfassen:

- zum Ersten, durch das rechtzeitige Sichern früher bzw. korrekter Diagnosen positive Deckungsbeiträge zu erreichen,
- als zweiten Schritt, den Zeitraum eines positiven Deckungsbeitrags möglichst lange zu erhalten und
- schließlich durch aktives Versorgungsmanagement einen sich in Unterdeckung gewandelten Beitrag reduzieren zu können.



IV. Ein Beispiel aus der Praxis

Am Beispiel eines im Rahmen einer integrierten Versorgung im Landkreis Ebersberg durchgeführten Screenings der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) wird das Zusammenspiel der abgebildeten Vorgehensweise deutlich: Von 17 Prozent aufgedeckter pAVKs waren bisher nur 2 Prozent bei den betroffenen Versicherten bereits entdeckt und damit Morbi-RSA relevant kodiert. Durch die frühzeitige Kenntnis des Krankheitsbildes im Rahmen des Screenings konnten weitere 15 Prozent korrekt kodiert werden. Durch rechtzeitig eingeleitete medizinische Maßnahmen besteht die Aussicht, das Ereignis einer kardiovaskulären Erkrankung wie Schlaganfall oder Herzinfarkt hinauszuzögern oder gar zu vermeiden.

V. „Rechtstechnische“ (vertragliche) Umsetzung der Versorgungssteuerung

Für eine Versorgungssteuerung im Rahmen des Versorgungsmanagements bietet sich eine Reihe von Selektivverträgen und sonstigen Vertragsgestaltungen an, deren Regelungsinhalte nachfolgend nur schlagwortartig dargestellt werden:

§ 63 SGB V – Modellvorhaben

Dieses hat eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit bei verpflichtender wissenschaftlicher Begleitung für die Dauer von höchstens acht Jahren zum Ziel. Eine Satzungsänderung ist erforderlich. Der Abschluss eines Modellvorhabens ist eine freiwillige Entscheidung der Krankenkasse.

§ 73a SGB V – Strukturverträge

Es handelt es sich um eine freiwillige Vereinbarung zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung und der veranlassten Leistungen. Die Vereinbarung eines eigenen Budgets ist möglich; der Vertragspartner der Krankenkasse ist die Kassenärztliche Vereinigung.

§ 73b SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung

Das Angebot einer besonderen hausärztlichen Versorgung ist für die Krankenkassen verpflichtend. Eine freie Wahl eines Vertragspartners ist den Krankenkassen nicht möglich. Die Teilnahme ist für die Versicherten und Hausärzte freiwillig. Für „Neu-Verträge“ gilt der Grundsatz der Beitragsstabilität. Höhere Vergütungen müssen sich also über Einsparungen an anderer Stelle „refinanzieren“ lassen.

§ 73c SGB V – Besondere ambulante ärztliche Versorgung

Hier handelt es sich um eine facharztbezogene ambulante Versorgung im Gesamten, also z.B. das gesamte Spektrum einer kardiologischen Versorgung, oder aber um einzelne Behandlungsbereiche. Vertragspartner können nicht nur Ärzte, deren Berufsgemeinschaften oder Managementgesellschaften, sondern auch die Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Das Vergaberecht ist zwingend zu beachten. Die Teilnahme ist freiwillig, der Versicherte verpflichtet sich allerdings zu einer einjährigen Teilnahme.

§ 87 Abs. 2a SGB V – Ambulante Telemedizin

Die Telemedizin hat in den letzten Jahren bereits Einzug in das Versorgungsgeschehen gehalten. Zumeist bildeten integrierte Versorgungsverträge die Grundlage für entsprechende Angebote. Der Gesetzgeber hat daher eine Übernahme in die Regelversorgung ermöglicht. Eine Überprüfung des möglichen Umfangs der ambulanten Telemedizin hatte bis zum 31.10.2012 zu erfolgen. Die Honorierung der Leistungen, also die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen hatte bis zum 31.3.2013 zu erfolgen.

§ 116b SGB V – Ambulante spezialärztliche Versorgung

Die Vorschrift richtet sich an die Versorgung von komplexen und schwer therapierbaren Krankheiten, wofür spezielle Qualifikationen, Zusammenarbeiten und Ausstattungen erforderlich sind. Es soll eine Öffnung von zugelassenen Krankenhäusern hin zu ambulanten spezialärztlichen Behandlungen möglich sein.

§ 137f SGB V – Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmen auf Bundesebene die geeigneten chronischen Krankheiten und die Anforderungen und Ausgestaltungen der Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme). Die Teilnahme ist für die Patienten und Ärzte freiwillig.

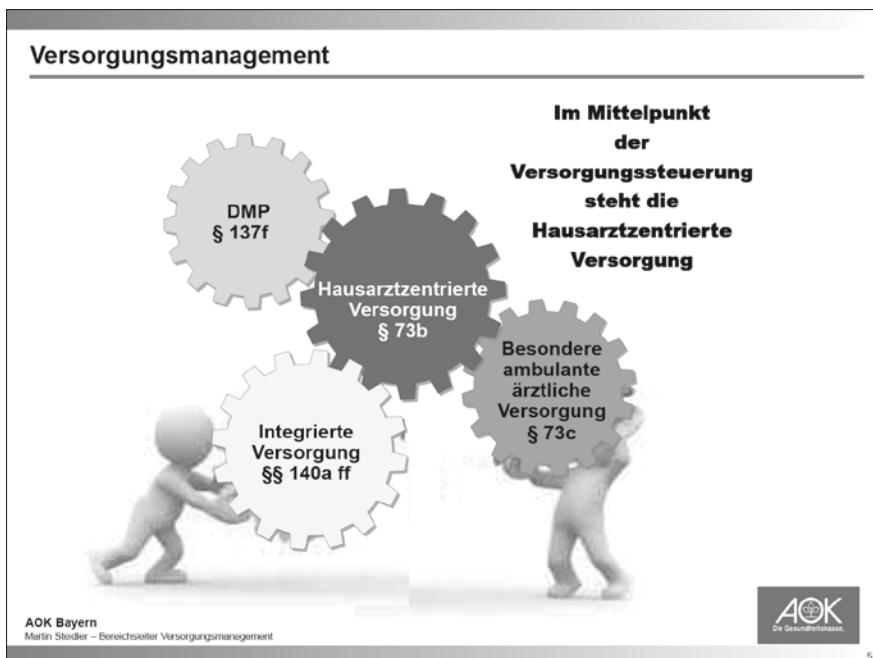
§§ 140a ff. SGB V – Integrierte Versorgung

Voraussetzung ist eine, verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinärfachübergreifende Versorgung, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung umfassen soll. Die auf Freiwilligkeit beruhende Vertragsmöglichkeit richtet sich als Vertragspartner an Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Pflegeeinrichtungen, pharmazeutische Unternehmen sowie Managementgesellschaften, die eine integrierte Versorgung durch entsprechende Leistungserbringer anbieten. Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig.

VI. Bisherige Erfahrungen

1. Versorgungssteuerung durch Selektivverträge

Die Erfahrungen zeigen, dass im Mittelpunkt einer Versorgungssteuerung durch Selektivverträge eine hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) stehen sollte. Der Hausarzt soll die „Lotsenfunktion“ und damit eine Steuerungsfunktion einnehmen. Er ist es, der seinen Patienten Disease-Management-Programme anbietet und ihnen ggf. Überweisungen für besondere Versorgungsangebote (Integrierte Versorgung, Besondere ambulante ärztliche Versorgung usw.) vorschlagen sollte.



2. Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme werden seit 2003 angeboten, mittlerweile für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und seit Juli 2010 das Modul chronische Herzinsuffizienz. Die Programme sehen eine quartalsmäßige bzw. halbjährliche Untersuchung mit Dokumentation, eine zielgerichtete Schulung und ein umfassendes, auf das Krankheitsbild abgestimmtes Informationsmaterial der Teilnehmer vor. Eine evidenzbasierte Medizin soll eine leitliniengerechte Behandlung sicherstellen, die Teilnahme ist für die Patienten kostenfrei. Immerhin leiden fast eine Mio. Versicherte und damit rund 22 Prozent der 4,3 Mio. Versicherten der AOK Bayern an einer chronischen Erkrankung, allen voran an Diabetes mellitus.

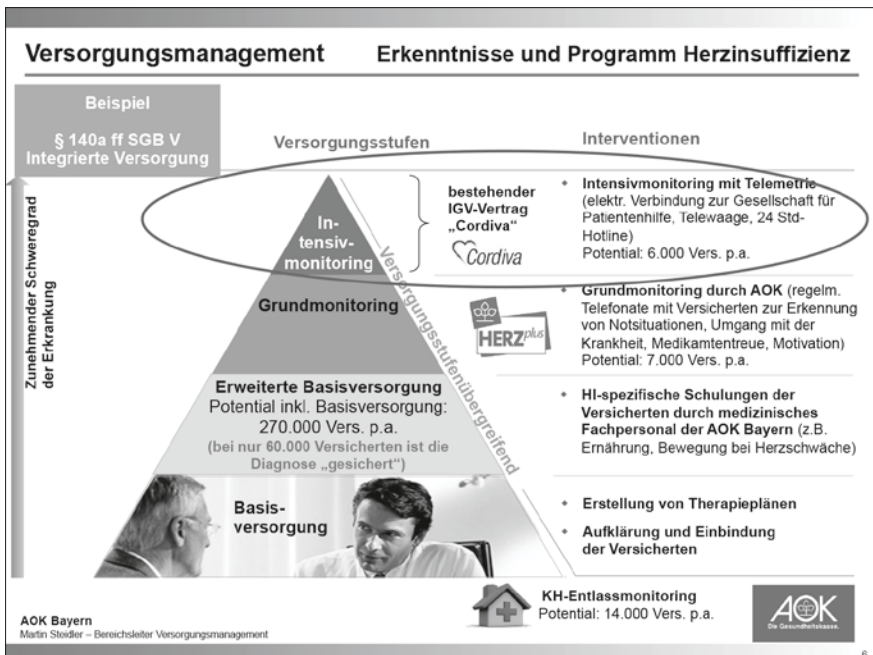
Die Versorgung chronisch kranker Versicherter hat sich in den vergangenen Jahren bereits wesentlich verbessert. An der Wirksamkeit der Programme dürfte zwischenzeitlich kein Zweifel mehr bestehen. Denn Risikofaktoren, Begleiterkrankungen oder Langzeitschäden werden durch die DMP deutlich reduziert, wie der AOK-Versorgungsreport 2011 aufzeigt. Es gibt erste wissenschaftliche Beweise dafür, dass DMP-Teilnehmer gegenüber Nicht-Teilnehmern sogar eine höhere Lebenserwartung haben. Die DMP liefern damit wertvolle Erkenntnisse für den Aufbau von weiteren Versorgungsmanagementprogrammen bei anderen Krankheiten.

3. Weitere Versorgungsmanagementprogramme

Die AOK Bayern hat bereits Versorgungsmanagementprogramme außerhalb von bzw. als Ergänzung zu Disease-Management-Programmen, z.B. für Patienten mit COPD sowie Herzinsuffizienz, umgesetzt.

COPD ist eine der häufigsten Todesursachen mit steigender Tendenz. Besonders hoch ist der Anteil bei den Rauchern mit rund 90 Prozent der Betroffenen. In Bayern ist die COPD die dritthäufigste Todesursache mit zunehmender Häufigkeit. Knapp 170.000 Versicherte⁵ der AOK Bayern haben eine COPD-Diagnose, wofür rund 765 Mio. Euro an Leistungsausgaben aufgebracht werden mussten. Die Analysen zeigten z.B., dass Theophyllin – trotz umstrittener Wirkung und Nebenwirkungen – nach wie vor am häufigsten verordnet wird. Die AOK Bayern hat deswegen ein Modellvorhaben nach § 63 SGB V zur telemedizinischen Versorgung vereinbart, um eine Optimierung der Versorgung zu erreichen.

Ein integrierter Versorgungsvertrag bildet die Grundlage für die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz. Rund 270.000 Versicherte der AOK Bayern leiden unter Herzinsuffizienz, wobei bei rund 60.000 Versicherten die Diagnose „gesichert“ ist. Auch hier stehen telemedizinische Angebote im Vordergrund.



„Wer zu spät an die Kosten denkt, ruiniert sein Unternehmen. Wer immer zu früh an die Kosten denkt, ruiniert die Kreativität“, hatte einst der Unternehmer Philip Rosenthal zum Ausdruck gebracht. Dem kann nur beigepflichtet werden. Unter Fondsbedingungen bleibt großen Versorgerkrankenkassen keine andere Möglichkeit, als über ein gezieltes Versorgungsmanagement für eine Kostendeckung zu sorgen. Eine Recherche zeigt, dass sich bereits sehr viele Krankenkassen des Themas angenommen haben. Insbesondere in Krankheitsbereichen mit hohen betroffenen Versichertenzahlen wie der Herzinsuffizienz, COPD oder psychiatrischen Erkrankungen stehen bereits zahlreiche Angebote zur Verfügung, wobei auch private Krankenversicherungen Versorgungssteuerungen vermehrt im Blick haben.

¹ Sog. „Morbi-RSA“, vgl. § 266 SGB V.

² Stand 2009.

³ Z.B. beträgt der Zuschlag für Mukoviszidose >11 Jhr. mtl. 2.207 Euro.

⁴ Die Abkürzung COPD steht für chronic obstructive pulmonary disease, was übersetzt so viel bedeutet wie chronisch-obstruktive Lungenerkrankung. Gemäß der COPD-Definition handelt es sich um eine fortschreitende Lungenerkrankung, die mit einer Verengung (Obstruktion) der Atemwege einhergeht.

⁵ Stand: 2009.

Steuerung der Versorgung in der österreichischen gesetzlichen Krankenversicherung

MSc Karl Olzinger, Linz

I.	Informationen zur Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK)	98
II.	Gründe für die Einführung von Case-Management	98
III.	Definitionen	98
IV.	Case-Management in der OÖGKK	99
V.	Definition Case-Management (CM)	101
VI.	Besondere Betreuung	101
VII.	Arbeitsunfähigkeits-Management (AU-Management)	102
VIII.	One-Stop-Service (OSS)	102
IX.	Funktionen im Case-Management	102
X.	Voraussetzung für erfolgreiches Case-Management	103
XI.	Nahtstellenmanagement OÖ (NSM) als Kooperationsform auf der Systemebene	103
XII.	Evaluierungsschritte	104
	1. Case-Management-Fälle	104
	2. Kundenbefragung	106
XIII.	Case-Management in der Sozialversicherung (SV)	107
XIV.	Anwendungsmodelle von Case-Management außerhalb der Sozialversicherung	108
XV.	Rechtsgrundlagen	108
XVI.	Ausblick	108

Bei den nachfolgenden Ausführungen handelt es sich um einen Praxisbericht zum Case-Management in der sozialen Krankenversicherung am Beispiel der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse.

I. Informationen zur Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK)

Die OÖGKK ist die zweitgrößte Gebietskrankenkasse (nach Versicherten und Angehörigen) Österreichs. Sie schützt mit ca. 1,2 Millionen Versicherten und Anspruchsberechtigten mehr als drei Viertel der oberösterreichischen Bevölkerung.

Die soziale Krankenversicherung bietet Schutz und Hilfe bei Krankheit, Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und Mutterschaft. Das Leistungsspektrum der OÖGKK beinhaltet zudem ein breites Angebot an Vorsorgemöglichkeiten, wie etwa den Mutter-Kind-Pass, die Jugendlichen- und Vorsorgeuntersuchung sowie zahlreiche Angebote der Gesundheitsförderung. Weitere Leistungen wie Zahnbehandlung und Zahnersatz, Hilfe bei körperlichen Gebrechen und medizinische Rehabilitation komplettieren das umfangreiche Leistungsangebot.

Die OÖGKK bewältigt diese Aufgaben mit ca. 2.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und bietet mit 23 Kundenservicestellen und 20 Servicestellen ein direktes Betreuungsnetz in ganz Oberösterreich an.

Außerdem betreibt die OÖGKK an 17 Standorten eigene medizinische Einrichtungen. Dies sind vier Fachambulatorien, 15 Zahnambulatorien bzw. -stationen und drei Kur-Erholungsheime.

II. Gründe für die Einführung von Case-Management

Unser Gesundheits- und Sozialsystem wird immer leistungsfähiger. Für die Betroffenen bedeutet das aber auch, dass das Angebot an medizinischen und sozialen Leistungen immer unüberschaubarer wird. Gerade bei plötzlich auftretenden, akuten Gesundheitsproblemen fühlen sich Patientinnen und Patienten und deren Angehörige daher oft völlig überfordert. Zur Sorge um die Gesundheit kommen Existenzängste und scheinbar unlösbare Fragen hinzu. Ausgebildete Case-Managerinnen und Case-Manager bieten den Betroffenen kompetente Hilfe und begleiten sie bis zu einem gemeinsam vereinbarten Ziel.

III. Definitionen

Bis dato gibt es keine allgemeingültige Definition von Case-Management. Die Begriffsbestimmungen werden von Berufsverbänden und Versorgungseinrichtungen getroffen, in dem Case-Management angewendet wird.

Nachfolgend werden einige Definitionen, die häufig verwendet werden, vorgestellt:

„Case-Management ist eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d.h. von unterschiedlichen Personen und in diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen.“¹

„Die Betonung beim Case-Management liegt auf der Begleitung eines individuellen Falls (Case). Ein Patient/Klient wird mithilfe einer spezifischen methodischen Vorgehensweise durch das Sozial- und Gesundheitssystem geleitet, wobei die für ihn relevanten Leistungen erschlossen und der Prozess der Leistungserbringung gesteuert wird. Ziel ist die kontinuierliche Begleitung eines Patienten über eine längere Zeitspanne und über die Grenzen verschiedener Versorgungsbereiche hinweg!“²

Obwohl unzählige Definitionen existieren, gibt es Übereinstimmungen in einigen Punkten:³

- Auf Versorgungskontinuität ausgerichteter kooperativer Prozess
- Hilfestellung für einen medizinisch schwierigen Einzelfall
- Begleitung des Patienten über den gesamten Krankheitsverlauf über die Grenzen verschiedener Versorgungsbereiche
- Ganzheitliche Betrachtung des Patienten und dessen komplexe Problemlagen und Versorgungsbedürfnisse
- Patient, dessen soziales Umfeld und die verschiedenen Leistungserbringer werden durch die Koordination des Case-Managers verbunden
- Probleme werden gelöst und effiziente Ziele erreicht

Wir als Oberösterreichische Gebietskrankenkasse sehen Case-Management (Netzwerk Hilfe®) als besonderen Kundenservice mit folgenden Merkmalen:

- Auslöser: Krankheit oder Unfall
- Komplexe Problemstellung in mehreren Lebensbereichen
- Hohe Akteursdichte (mindestens zwei Netzwerkpartner außerhalb der Sozialversicherung)
- Mangelnde Selbstversorgungskompetenz sowie mangelnde Ressourcen des Klientensystems
- Schriftlich festgehaltene Zielvereinbarung und Maßnahmenplanung
- Einhaltung des Regelkreises

IV. Case-Management in der OÖGKK

Bereits zu Beginn der 90er-Jahre begann in der sozialen Krankenversicherung der Wandel vom Verwalter zum Dienstleister und Gestalter. Die OÖGKK näherte sich schrittweise durch Veränderung und Anpassung von Organisationsprozessen, internen und externen Vernetzungen dem Thema Case-Management.

Im Jahr 2003 wurden mit dem Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit Kooperationen (PGA) abgeschlossen und ein eigens für die OÖGKK angepasstes Ausbildungsprogramm Case-Management entwickelt. Schon 2004 starteten die ersten Qualifizierungslehrgänge, bei denen bis heute unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfangreich ausgebildet werden. Mit den nunmehr über 70 ausgebildeten Case-Managerinnen und Case-Managern steht dieser Kundenservice flächendeckend

in ganz Oberösterreich zur Verfügung. In der Praxis informieren, koordinieren, vermitteln die Betreuerinnen und Betreuer und schnüren für jeden Fall ein persönlich abgestimmtes Versorgungspaket.

Case-Management ist eine fachspezifische Bezeichnung für Fall- oder Unterstützungsmanagement, mit der unsere Kundinnen und Kunden nur wenig anfangen können. In Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten wurde 2006 die Marke Netzwerk Hilfe® entwickelt.

Mittlerweile wurde Netzwerk Hilfe® in unterschiedlichen Ausprägungen und Komplexität zur besonderen Betreuungsphilosophie der OÖGKK.



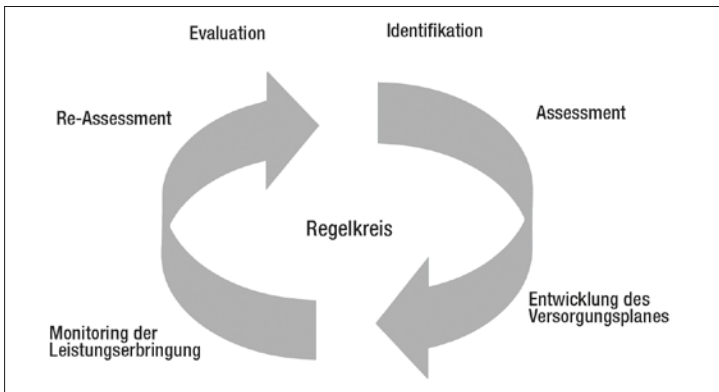
Netzwerk Hilfe® Eine besondere Art der Kundenbetreuung



V. Definition Case-Management (CM)

Folgende Merkmale/Kriterien sind typisch für die Situationen, in denen Case-Management eingesetzt wird:⁴

- Auslöser: Krankheit oder Unfall
- Komplexe Problemstellung in mehreren Lebensbereichen
- Hohe Akteursdichte – mindestens zwei Netzwerkpartner außerhalb der Sozialversicherung sind involviert
- Mangelnde Selbstversorgungskompetenz und mangelnde Ressourcen des Klienten- und Angehörigensystems
- Schriftlich festgehaltene Zielvereinbarung und Maßnahmenplanung
- Einhaltung des CM-Regelkreises
- Dokumentation spätestens beim Assessment



VI. Besondere Betreuung

- Auslöser: Krankheit oder Unfall (z.B. Leistungsantrag)
- Fälle mit hohem Zeitaufwand (> 30 Minuten)
- Hintergrundinformationen müssen beim Beratungsgespräch (Assessment) eingeholt werden
- (Meist) kein Folgekontakt – (meist) keine Terminvereinbarung für Folgegespräch
- Problemlösung erfolgt (meist) beim Erstkontakt
- Regelkreis wird nur punktuell erfüllt
- Schriftliche Zielvereinbarung entfällt
- Dokumentation spätestens bei Abschluss

In der Praxis sind dies meist Fälle, bei denen sich nach dem Assessment herausstellt, dass eine weitere Betreuung im Rahmen von Case-Management nicht mehr erforderlich ist. Die Kundin/der Kunde benötigt keine weitere intensive Betreuung.

VII. Arbeitsunfähigkeits-Management (AU-Management)

- Auslöser: länger dauernde Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit oder Unfall (ganzheitliche, individuelle und persönliche Betreuung im Krankenstand)
- Setzen bestimmter Aktivitäten wie Einleitung Reha, Orientierungsgespräch (ähnlich einem Assessment), Pensionsantragstellung
- Akteure befinden sich innerhalb der Sozialversicherung (inkl. Arbeitsmarktservice)
- Sollte sich im Orientierungsgespräch ergeben, dass eine ganzheitliche Betreuung erforderlich ist, so erfolgt eine weitere Betreuung (auch über den Krankenstand hinaus). AU-Management und Case-Management schließen sich daher nicht aus.
- Dokumentation erfolgt im Bedarfsfall, spätestens bei Einleitung Reha oder Orientierungsgespräch

VIII. One-Stop-Service (OSS)

- OSS löst ein Einzelproblem betreffend eine externe Institution oder einen anderen Sozialversicherungsträger (z.B. Pensions- oder Pflegegeldantrag)
- Problem wird vom Kundenservice sofort erledigt

IX. Funktionen im Case-Management

Situationsbedingt nehmen die Case-Managerinnen und Case-Manager unterschiedliche Funktionen wahr:

- Anwaltschaftliche Funktion (Advocacy)
- Sozial und gesundheitlich benachteiligte Personen sollen die Möglichkeit erhalten, ihre individuellen Bedarflagen und persönlichen Interessen gegenüber Behörden und Organisationen geltend zu machen. Sie werden durch Case-Managerinnen und Case-Manager vertreten und benötigen daher ein professionelles Fachverständnis und Kenntnisse im Versorgungssystem.
- Vermittelnde Funktion (Broker)
Diese Funktion unterscheidet sich von der anwaltschaftlichen Funktion durch ihre stärker organisations- und institutionsbezogene Perspektive. Die Case-Managerinnen und Case-Manager treten hier als neutrale Vermittler zwischen Nutzer und Anbieter von Dienstleistungen auf. Die spezifischen Versorgungsbedürfnisse der Klientinnen und Klienten werden von den Case-Managerinnen und Case-Managern in eine optimale Versorgungslösung definiert.
- Steuernde, selektierende Funktion (Gate Keeper)
Daranter versteht man die Steuerung der Leistungen zwischen den Klientinnen und Klienten und dem Versorgungssystem. Finanzielle Ressourcen werden beachtet. Die Case-Managerinnen und Case-Manager engagieren sich für Belange der Gesamtgesellschaft (Organisation) und verfolgen durch ihre ausgleichende Funktion soziale Gerechtigkeit.

X. Voraussetzung für erfolgreiches Case-Management

Voraussetzung für ein erfolgreiches Case-Management auf Einzelfallebene ist das Care-Management (Gebietsverantwortung) auf Systemebene. Durch den Aufbau und die Etablierung von regionalen und organisationsübergreifenden Netzwerken werden Abläufe verbessert, Beteiligte vernetzt, Kooperationen gefördert und die Kontinuität der Versorgung sowie die Effektivität der Leistungen sichergestellt.

Die Versorgung der Kundin/des Kunden im Einzelfall kann somit mit der richtigen Leistung zum richtigen Zeitpunkt gewährleistet werden.

Gebietsverantwortung für einen politischen Bezirk ist bei uns Führungsaufgabe. Die Leitungen der jeweiligen Kundenservice-Stellen sind für die Bildung und Pflege der Netzwerke mit den regionalen Partnern zuständig. Dies erfolgt meist mit Unterstützung der Netzwerk-Hilfe-Betreuerinnen und -Betreuer der jeweiligen Dienststelle.

XI. Nahtstellenmanagement OÖ (NSM) als Kooperationsform auf der Systemebene

Nahtstellenmanagement ist ein Kooperationsprogramm zwischen dem Land Oberösterreich (OÖ) und der OÖ Gebietskrankenkasse⁵ sowie weiteren ca. 30 relevanten Anbieterorganisationen des Gesundheits- und Sozialsystems in OÖ zur optimierten Zusammenarbeit an den Schnittstellen in diesen Bereichen.

Leitlinien zu den Idealprozessen Zuweisungs- und Entlassungsmanagement und einheitliche NSM-Instrumente wie Pflegebegleitschreiben, Zuweisungsformular, Patientenkategorisierung sowie E-Card-Umhängebänder wurden bereits entwickelt bzw. ausgearbeitet.

Der Nutzen für die Patientinnen und Patienten wie

- Qualitätsverbesserungen im Sinne einer Orientierung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten
- Verringerung der Patienten(irr)wege
- Bessere Überschaubarkeit in der Informationsbeschaffung

stehen im Vordergrund.

Jedoch profitiert auch das Gesundheitssystem von einer Erhöhung der Treffsicherheit hinsichtlich der zu erbringenden Leistungen. Durch zielgerichtete und bedarfsorientierte Ressourcenverwendung kann Fehl-, Über- und Unterversorgungen entgegengewirkt werden. Unnötige Krankenhausaufenthalte können durch bessere Abstimmung und z.B. rechtzeitige Organisation der poststationären Versorgung (Betreuung, Versorgung von Heilbehelfen, Hilfsmitteln und dergleichen) sowie Behandlung im niedergelassenen Bereich vermieden werden.

XII. Evaluierungsschritte

Im Jahr 2010 wurden eine Evaluierung der Case-Management-Fälle und eine Kundenbefragung der Fälle, deren Betreuung 2009 abgeschlossen war, in Auftrag gegeben.

1. Case-Management-Fälle

Für die Evaluierung der Fälle wurden folgende zentrale Fragen gestellt:

- Wie lebt Case-Management in der OÖGKK?
- Welche Klientinnen und Klienten werden betreut?
- Ist Netzwerk Hilfe® treffsicher?
- Welche wesentlichen Weiterentwicklungen wurden im Beobachtungszeitraum (seit der letzten Evaluierung 2007) umgesetzt?

Untersucht wurden, wie bereits oben erwähnt, jene Fälle, die in den LGKK-Betreuungskontakten dokumentiert (EDV-Dokumentationsprogramm aller Gebietskrankenkassen) und im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2009 abgeschlossen wurden. In Summe wurden 308 Fälle der Untersuchung einbezogen, die sich auf 306 Versicherte verteilen. Das heißt, zwei Klientinnen und Klienten haben das Service Netzwerk Hilfe® zwei Mal innerhalb eines Jahres in Anspruch genommen.

Im Fokus standen Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene.

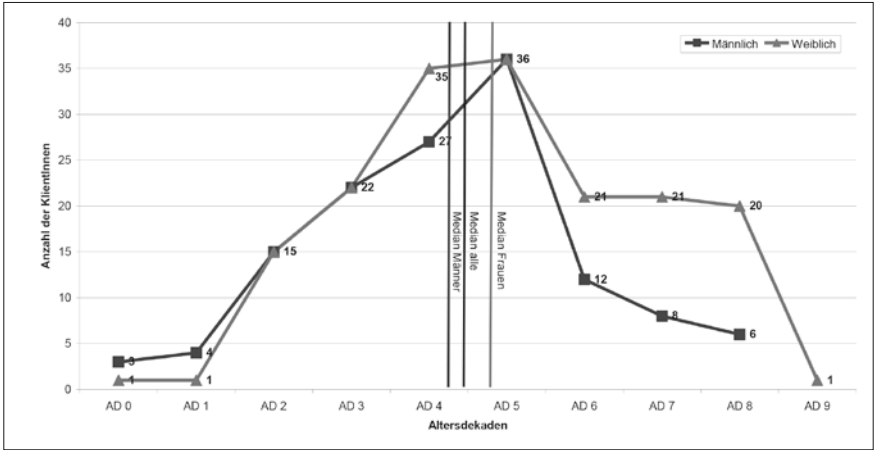
Die Implementierung von Case-Management in der OÖGKK hat zu einem Meilenstein in der Betreuungsqualität geführt. Das veränderte Verständnis in der Kundenbetreuung macht aus jedem Kundenkontakt ein „kleines Assessment“. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entscheiden, nach welcher Philosophie die Klientinnen und Klienten betreut werden:

- im Rahmen des Tagesgeschäftes,
- einer „besonderen Betreuung“ oder
- nach den Phasen des Case-Managements.

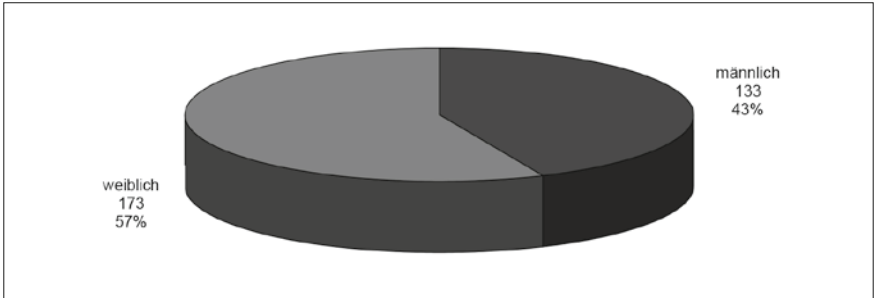
Bemühungen in den im Jahr 2009 veranstalteten Qualitätszirkeln (als Ergebnis der Evaluierung 2007) hinsichtlich einer verbesserten Treffsicherheit zeigten positive Effekte.

Nachfolgend einige Ergebnisse wie Alter, Geschlechterverteilung, Hauptdiagnosen und Rezeptgebührenbefreiung:

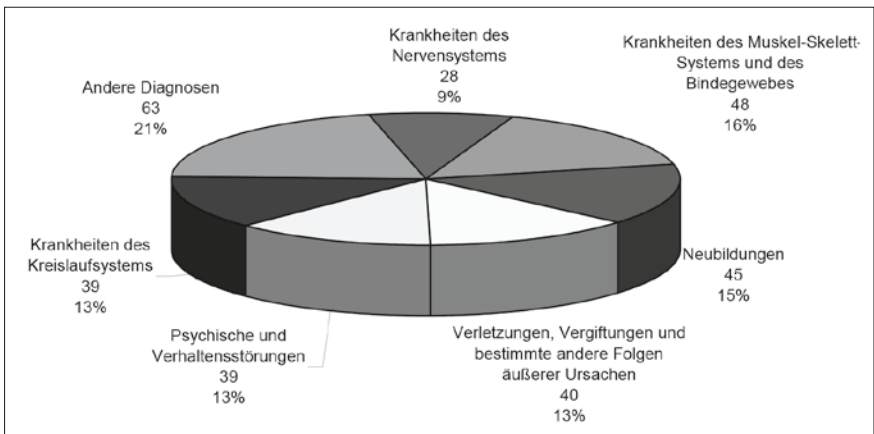
Klientinnen und Klienten nach Altersdekaden und Geschlecht



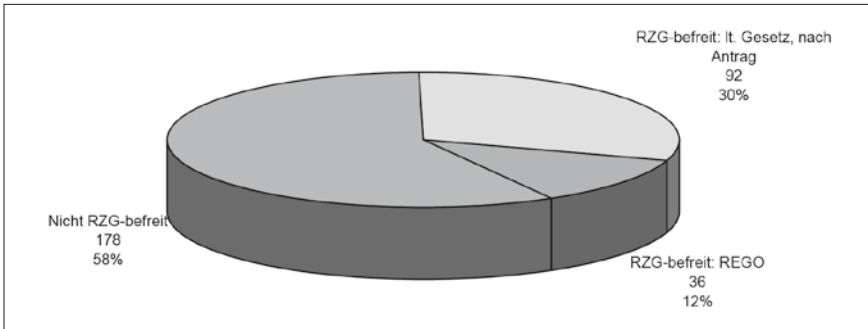
Geschlechterverteilung innerhalb der Klientinnen und Klienten



Hauptdiagnosen

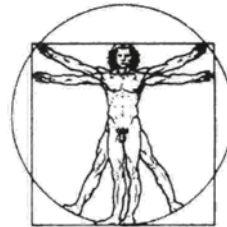


Rezeptgebührenbefreiungen



Die typische Netzwerk-Hilfe-Klientin/ der typische Netzwerk-Hilfe-Klient

- ist zwischen 40 und 60 Jahre alt,
- erwerbstätig oder pensioniert und
- leidet an einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Bindegewebes oder einer Krebserkrankung.



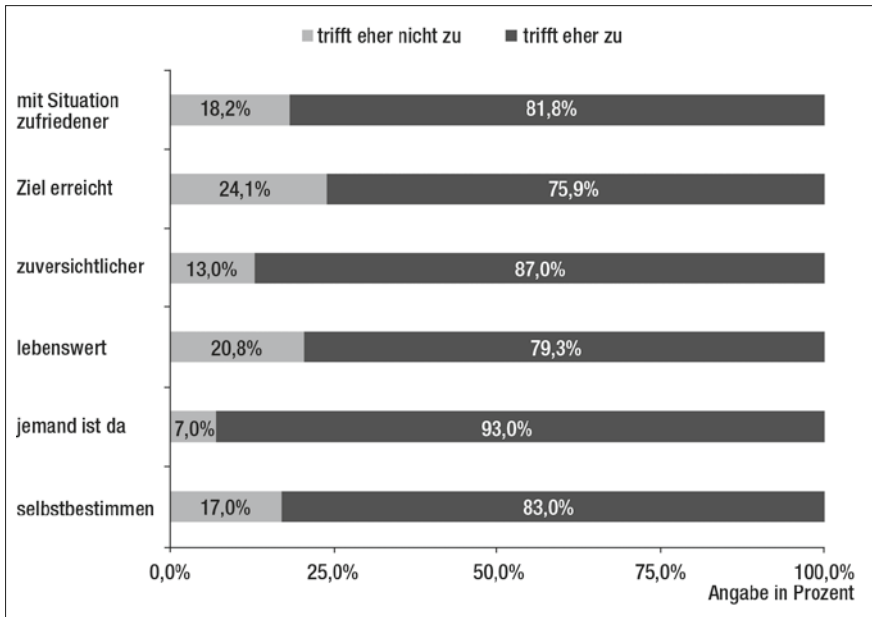
2. Kundenbefragung

Netzwerk Hilfe® stand auch im Mittelpunkt einer Diplomarbeit an der Universität Linz. Unter dem Titel „Evaluierung von Netzwerk Hilfe – Befragung zu Netzwerk-Hilfe-Fällen 2009“ befasste sich eine angehende Sozialwirtin eingehend mit diesem Thema.

Die Datenerhebung erfolgte durch quantitative Befragungen und qualitative Interviews. Die Fragebögen wurden auf Basis von Fokusgruppen erstellt, welche sich aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – Experten im Case-Management – zusammensetzten, um eine gute Verständlichkeit der Fragebögen zu gewährleisten.

In einem ersten Schritt wurden 275 standardisierte Fragebögen an Kundinnen und Kunden und deren Angehörige, deren Betreuung im Rahmen von Netzwerk Hilfe im Jahr 2009 abgeschlossen wurde, ausgesandt. Im Anschluss an die quantitative Befragung erfolgten noch teilstandardisierte Interviews mit 20 Kundinnen und Kunden und Angehörigen.

Besonders hervorzuheben sind die hohen Zufriedenheitswerte von Netzwerk Hilfe. 93,5 Prozent der Kundinnen und Kunden und 92,5 Prozent der Angehörigen geben an, dass sie „eher“ bis „völlig zufrieden“ mit der Betreuung sind (siehe Abbildung). Insgesamt bringen 98,3 Prozent der Befragten den Netzwerk-Hilfe-Betreuerinnen und -Betreuern Vertrauen entgegen.⁶



Evaluierungen und die Kundenbefragung zeigen, dass durch die Implementierung von Case-Management, Ausbildung und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und kontinuierliche Verbesserungsprozesse ein verändertes Verständnis in der Kundenbetreuung und somit eine Verbesserung der Betreuungsqualität und eine Erhöhung der Kundenzufriedenheit erreicht werden konnten.

XIII. Case-Management in der Sozialversicherung (SV)

Mittlerweile wurde Case-Management von beinahe allen Sozialversicherungsträgern in Österreich implementiert und wird in unterschiedlicher Intensität und Ausprägung als Kundenservice angeboten.

Im Jahr 2011 wurde im Auftrag des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung der Österreichischen Gesellschaft für Care- und Case-Management durch die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft eine Ist-Analyse bei 13 SV-Trägern durchgeführt.

Durch die Heranziehung der Unterschiede, Gemeinsamkeiten und Intensität der Umsetzung konnten vier unterschiedliche Case-Management-Typen gebildet werden.

Generell zeigt sich, dass die Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden erhöht, Effektivität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung gewährleistet und ein Imagegewinn sowie eine Systemakzeptanz erreicht werden.

XIV. Anwendungsmodelle von Case-Management außerhalb der Sozialversicherung

Auch in vielen Institutionen und Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich wird Case-Management angewendet. Nachfolgend einige Beispiele:

- Land Oberösterreich – Koordinatorinnen und Koordinatoren für Betreuung und Pflege der Sozialhilfeverbände bzw. Magistrate
- Krankenanstalten in Oberösterreich – Überleitungspflege, Entlassungsmanagement
- BFI OÖ (Berufsförderungsinstitut OÖ) – Bildungsorientierte Maßnahmen für junge Asylwerber und Asylwerberinnen
- BBRZ OÖ (Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum) – Modellprojekte im Bereich der beruflichen Rehabilitation
- B 7 Arbeit und Leben – Beratung Mindestsicherung
- Promente OÖ – Arbeitsassistenten für psychisch belastete und arbeitssuchende Menschen

XV. Rechtsgrundlagen

Folgende Rechtsgrundlagen für die Kundenbetreuung ermöglichen bzw. verpflichten die gesetzlichen Krankenversicherungsträger, Case-Management umzusetzen:

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)
 - Verwendung der Mittel: § 81(1)
 - Rehabilitationsgeld: § 143a (1)
 - Case-Management: § 143b
 - Allpartenservice: §§ 321(1) (2), 361(4)
 - Mitwirkung im Gesundheitsbereich: § 459e (1)
- Satzung der OÖ Gebietskrankenkasse
§ 12 (Verweis auf §§ 321, 361 (4) ASVG)
- Arbeit- und Gesundheit-Gesetz (AGG)
 - § 1(1) – „Ziel ... langfristiger Erhalt der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... mittels Case-Management-Maßnahmen ...“

XVI. Ausblick

Beinahe alle Sozialversicherungsträger bieten mittlerweile Case-Management an. Die Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden wird erhöht, Effektivität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung werden gewährleistet und ein Imagegewinn sowie eine Systemakzeptanz können erreicht werden.

Durch knappe und begrenzte Ressourcen im Gesundheits- und Sozialsystem werden immer mehr Organisationen am Case-Management nicht vorbeikommen.

Um Case-Management erfolgreich umsetzen zu können, sind Kooperationen unbedingt erforderlich. Erste erfolgreiche Beispiele von organisations- und sektorenübergreifenden Kooperationen sind im Nahtstellenmanagement OÖ bereits greifbar.

Literatur- und Quellenhinweise

- Danhofer, Handbuch Netzwerk Hilfe Version 2.0, OÖGKK, Linz 2011
- Ewers; Schaeffer, Case-Management in Theorie und Praxis, Bern 2000
- Friedrich/Graf v.d. Schulenburg, Schriftenreihe des Instituts für Versicherungs-
betriebslehre der Universität Hannover, Göttingen, 2007
- Grossmann, Optimierung des Nahtstellenmanagements in OÖ, IFF Wien, 2008
- Grundböck, Case-Management Steuerung von extramuralen Diensten, Dachverband
Wiener Pflege- und Sozialdienste, Wien 2001
- Kern-Homolka, Evaluierung der Netzwerk Hilfe-Fälle 2009, OÖGKK, Linz 2010
- Olzinger, Gesundheitspreis der Stadt Linz 2006, OÖGKK, Linz 2006
- Tremesberger, Evaluierung von Netzwerk Hilfe – Befragung zu den Netzwerk
Hilfe-Fällen 2009, OÖGKK, Linz 2010

Wichtige Links

- www.ooegkk.at
- www.forumgesundheit.at
- www.sozialversicherung.at
- www.oegcc.at
- www.oegesundheitsfonds.at/index.php/nsm
- www.dgcc.de

[http://www.arbeit-b7.at/uploads/media/Produktblaetter/
Produktblatt_B7-BMS.pdf](http://www.arbeit-b7.at/uploads/media/Produktblaetter/Produktblatt_B7-BMS.pdf) (25.7.12)

[http://www.bbrz-gruppe.at/cps/rde/xchg/SID-0604A998-A7CEA433/
bbrz_gruppe/hs.xsl/unternehmen_bbrz_oesterreich.htm](http://www.bbrz-gruppe.at/cps/rde/xchg/SID-0604A998-A7CEA433/bbrz_gruppe/hs.xsl/unternehmen_bbrz_oesterreich.htm) (25.7.12)

<http://www.oegesundheitsfonds.at/index.php/nsm> (14.1.2013)

<http://www.integrationshaus.at/de/ih/index.shtml?28> (25.7.12)

<http://www.ooegkk.at/> (14.1.2013)

<http://www.oegcc.at/> (25.7.12)

<http://www.oegcc.at/pro%20mente.pdf> (25.7.12)

- ¹ Ewers/Schaeffer, Case-Management in Theorie und Praxis, Verlag Huber, Bern 2000.
- ² Ewers 1998, S. 11, vgl. Bower, 1992.
- ³ Vgl. Ewers 2000, S. 55 u. 57.
- ⁴ Vgl. Ewers/Schaeffer 2000.
- ⁵ Auftraggeber des Projekts von 2007 bis 2012 – seit 2013 im Regelbetrieb.
- ⁶ Quelle: Tremesberger, 2010.

Steuerung der Versorgung aus der Sicht der privaten Krankenversicherung

Dr. Florian Reuther, Köln

I.	Gegenstand, Ansatzpunkte und Ziele der Steuerung	112
II.	Steuerung im Versicherungsverhältnis – Grundlagen	113
	1. Ausprägungen der privaten Krankenversicherung	113
	2. Der Versicherer als Steuernder	113
	3. Lebenslange Verträge	115
	4. Kostenerstattungsprinzip	115
III.	Inhalt und Grenzen des Versicherungsschutzes der PKV	116
	1. Vertragstypische Leistungen	116
	2. Medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung	117
	3. Vertrags- und Tarifgestaltung	119
	4. Zwischenergebnis: Wahl- und Therapiefreiheit	120
IV.	Steuerung durch Unterstützung der Versicherten	121
	1. Unterstützung der Versicherten als Versicherungsleistung	121
	2. Beratung und Empfehlung (§ 193 Abs. 3 Nr. 1 VVG)	122
	3. Unterstützung bei der Abrechnung medizinischer Leistungen	124
	4. Unterstützungsangebote des PKV-Verbands	125
V.	Fazit	127

I. Gegenstand, Ansatzpunkte und Ziele der Steuerung

Versorgung findet im direkten Verhältnis zwischen dem Behandelnden und dem Patienten statt. Wer hier steuernd eingreifen will, muss Einfluss nehmen auf das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen und auf deren Inanspruchnahme. Bezogen auf den Behandlungsvertrag nach § 630a BGB, der – unabhängig von der Absicherung des Patienten – in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung die zivilrechtliche Grundlage für die Durchführung der Behandlung bildet,¹ ist die „Steuerung der Versorgung“ darauf gerichtet, die Auswahl des Behandelnden durch den Patienten und die Durchführung der Behandlung zu beeinflussen. Das Ziel der Steuerung liegt darin, dass der Patient (nur) bestimmte Behandelnde und/oder nur bestimmte Behandlungen in Anspruch nimmt oder nehmen kann. Erfolgt die Steuerung durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung, geht es folglich darum, die privatautonome Gestaltung des Behandlungsverhältnisses zu beeinflussen.

Die Ziele der Einflussnahme sind unterschiedlich, aber nicht zwingend gegläufig. Im unmittelbaren Interesse des Patienten liegt es, wenn durch die Steuerung die medizinische Qualität der Versorgung gewährleistet oder gesteigert werden soll. Qualitätssicherung berührt auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Denn eine qualitativ schlechte ist auch eine unwirtschaftliche Versorgung, deren Kosten nicht gerechtfertigt sind. Die Verfolgung von Wirtschaftlichkeit wandelt sich jedoch zulasten der Versorgungsqualität in Rationierung, wenn es vordringlich darum geht, durch die Steuerung knappe, im Hinblick auf den (steigenden) Bedarf unzureichende Mittel zu verteilen. Dabei muss die Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht zwingend darauf gerichtet sein, den Patienten von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen abzuhalten. Im Gegenteil: Die Steuerung kann auch darauf gerichtet sein, dass die Patienten zur Erhaltung ihres Gesundheitszustandes die richtigen Leistungen in Anspruch nehmen. Das gilt insbesondere für Vorsorgebehandlungen.

Kein Anlass für die Steuerung der Versorgung seitens der privaten Krankenversicherung sind die demografische Entwicklung und der mit dem Alter stark ansteigende Bedarf an medizinischer Versorgung. Diesem Risiko begegnet – anders als in Umlagesystemen – das Finanzierungs- und Kalkulationsmodell der privaten Krankenversicherung. Es kann hier nicht in den Einzelheiten dargestellt werden. Die dauerhafte Erfüllbarkeit der umfassenden Versicherungsverprechen wird jedoch durch das Anwartschaftsdeckungsverfahren² gewährleistet. Die mit dem Alter steigenden Gesundheitskosten werden durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen durch die Versicherten einer Altersgruppe vorfinanziert. Die Finanzierung des umfassenden Versicherungsschutzes ist daher unabhängig von anderen Beitragszahlern oder Steuerzuschüssen. Der medizinische Fortschritt und die allgemeine Inflation werden durch eine verstärkte Überschussbeteiligung der Versicherten sowie durch den sog. 10-Prozent-Zuschlag nach § 12a VAG ausgeglichen. Die Versicherten erhalten 90 Prozent der überrechnungsmäßigen Kapitalerträge sowie mindestens 80 Prozent der übrigen Erträge.³ Die bei Einführung dieser Regelungen durchgeführten Berechnungen belegen, dass aufgrund dieser Mittel bei einem 65-jährigen Versicherten keine weiteren Beitragssteigerungen auch aufgrund der medizinischen Inflation zu erwarten sind.⁴ Durch den Einsatz der Mittel ab dem 80. Lebensjahr zur Prämienenkung kann es in Einzelfällen bei einer atypischen Versichertenbiografie schon jetzt dazu

kommen, dass die Versicherten null Euro Beitrag leisten. Die dauernde Erfüllbarkeit des Versorgungsversprechens der privaten Krankenversicherung – auch im Angesicht der dramatisch alternden Bevölkerung – ist daher durch das Finanzierungssystem und Kalkulationsmodell der privaten Krankenversicherung gewährleistet. Das aufgrund der Alterung der Bevölkerung steigende Krankheitsrisiko ist daher kein Anlass zur Steuerung der Versorgung, um diese an absehbar knappere Ressourcen anzupassen.

II. Steuerung im Versicherungsverhältnis – Grundlagen

1. Ausprägungen der privaten Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung wird in zwei Spielarten betrieben: als substitutive Krankenvollversicherung und als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung. Die substitutive Krankenversicherung ersetzt eine Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 12 Abs. 1 VAG). Sie ist europarechtlich abgesichert in Art. 206 RL 2009/138/EG. Personen, die substitutiv privat krankenversichert sind, sind ausschließlich privat versichert. Hierzu zählt auch die private Restkostenversicherung zur Beihilfe. Die substitutive Krankenversicherung hat daher nicht nur für den Einzelnen eine existenzielle Schutzfunktion, sondern auch eine erhebliche sozialpolitische Bedeutung für das Gesundheitswesen insgesamt. Das Bundesverfassungsgericht schreibt ihr „Vollfunktionalität“ zu.⁵ Der Gesetzgeber kann sie so gestalten, dass sie für die Versicherten eine umfassende und die verschiedenen Lebenslagen berücksichtigende Absicherung im Krankheits- und Pflegefall bietet.⁶ Die substitutive Krankenversicherung ist der wirtschaftliche Kern der PKV. Bis zum Ende des Jahres 2012 waren ca. neun Mio. Personen ausschließlich privat gegen das Krankheits- und Pflegerisiko abgesichert. Daneben bestanden zum gleichen Zeitpunkt ca. 23,7 Mio. Zusatzversicherungen.⁷ Die Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung betrifft in ihren wichtigsten Formen die Absicherung der Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung, Unterbringung im Einbett- oder Zweibettzimmer), Zahnzusatzversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung sowie ergänzende Pflegeversicherungen. Hierzu zählt auch die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung („Bahr-Pflege“) nach den §§ 126 ff. SGB XI. Im Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen und die kalkulatorischen Grundprinzipien folgen die Zusatzversicherungen weitgehend den Regelungen der substitutiven privaten Krankheitskostenvollversicherung. Im Folgenden wird daher nur die private Krankheitskostenvollversicherung behandelt.

2. Der Versicherer als Steuernder

a) Das Angebot der substitutiven privaten Krankenversicherung erfolgt ausschließlich durch private Versicherungsunternehmen, die hierzu über die nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz erforderliche Geschäftserlaubnis verfügen. Dabei besteht die Besonderheit der sog. Spartenentrennung. Die Erlaubnis zum Betrieb der substitutiven Krankenversicherung schließt die Erlaubnis zum Betrieb anderer Versicherungssparten aus (§ 8 Abs. 1a Satz 2 VAG). Im Hinblick auf die besondere soziale Schutzfunktion sollen die Versicherten vor Risiken aus anderen Versicherungsgeschäften geschützt werden. Es soll weiterhin verhindert werden, dass Überschüsse zur Finanzierung anderer Versicherungssparten herangezogen werden.⁸

Es gilt das Verbot versicherungsfremder Geschäfte (§ 7 Abs. 2 VAG). Danach dürfen Versicherungsunternehmen neben Versicherungsgeschäften nur solche Geschäfte betreiben, die hiermit in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Das ist im Allgemeinen nur anzunehmen, wenn mit dem Geschäft nicht ein zusätzliches finanzielles Risiko verbunden ist. Es soll so sichergestellt werden, dass die Versicherungsunternehmen keine versicherungsfremden Risiken eingehen, die die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge beeinträchtigen könnten bzw. die Durchsetzung der materiellen Versicherungsaufsicht erschweren würden.⁹ Damit verbunden ist eine Schranke der Einflussnahme auf das Versorgungsgeschehen. Die Versicherungsunternehmen dürfen sich nicht unter der Hand zu Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen entwickeln, wenn hieraus wesentliche Risiken für die Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge oder eine Verkürzung der materiellen Versicherungsaufsicht folgen könnten.

b) Ungeachtet der strikten Regulierung für die Versicherungswirtschaft insgesamt sind die privaten Krankenversicherungsunternehmen Grundrechtsberechtigte (Art. 19 Abs. 3 GG).¹⁰ Das Angebot der privaten Krankenversicherung fällt unter das Grundrecht der Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG. Den Versicherungsunternehmen steht zudem die Eigentumsgarantie nach Art. 14 Abs. 1 GG zu. Die private Krankenversicherung ist insoweit nicht nur dem Namen nach privat, sie ist – anders als die gesetzlichen Krankenkassen¹¹ – auch rechtlich kein Teil der grundrechtsverpflichteten Staatsgewalt. Im Gegenteil: Eingriffe des Staates sind zu messen an den grundrechtlichen Gewährleistungen zugunsten der PKV-Unternehmen. Das Angebot und der Betrieb der privaten Krankenversicherung unterliegen zwar enger staatlicher Aufsicht. Sie erfolgen aber als Wahrnehmung grundrechtlicher Freiheit.

Diese Verortung im Gegenüber von Staat und Gesellschaft ist bedeutsam für die „Steuerung der Versorgung“. Das Arsenal der staatlichen Rechtsquellen steht nicht zur Verfügung. Dies gilt insbesondere für die im Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung weit ausgreifende Normsetzung durch Kollektivverträge mit Bindungswirkung für an den Vertragsverhältnissen nicht unmittelbar beteiligte Leistungserbringer und Versicherte. Den privaten Krankenversicherungsunternehmen steht als rechtsverbindliche Handlungsform allein der aufgrund des Einvernehmens der Parteien geschlossene zivilrechtliche Vertrag zur Verfügung, wobei Verträge zulasten Dritter ausgeschlossen sind. Abweichungen von gesetzlich vorgegebenen Gebührenordnungen wie GOÄ und GOZ sind dabei nur in dem von diesen Gebührenordnungen vorgegebenen engen Raum möglich.

Soweit der Verband der privaten Krankenversicherung mit der Festlegung von Art, Umfang und Leistungen bestimmter Tarife gesetzlich ausgestattet ist, bedeutet dies keine Ausnahme. Die Festlegung der Tarifbedingungen für den Basisarif, den sog. Notlagentarif nach § 12h VAG und indirekt über den Risikoausgleich in der privaten Pflegepflichtversicherung für die Bedingungen der privaten Pflegepflichtversicherung, hat ihren Hintergrund nicht in der Steuerung der Versorgung. Vielmehr sollen hiermit im Verhältnis zu den Versicherungsunternehmen für bestimmte Tarife die Einheitlichkeit der Bedingungen und die Beachtung des gesetzlich, insbesondere im Hinblick auf die soziale Schutzbedürftigkeit der Versicherten, bestimmten Leistungsspektrums sichergestellt werden.

3. Lebenslange Verträge

Der private Krankenversicherungsschutz beruht auf einem privaten Versicherungsvertrag. Die Deckungszusage ist ein vertragliches Leistungsversprechen des Versicherers. Dabei besteht nach Maßgabe von § 206 Abs. 1 VVG die Besonderheit, dass in der substitutiven Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, in der Krankentagegeld- und der Pflegekrankenversicherung sowie in Zusatzversicherungen unter weiteren Voraussetzungen das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist. Die Deckungszusage des Versicherers gilt daher lebenslang. Sie gilt darüber hinaus unabhängig von der gesundheitlichen Entwicklung des Versicherten. Sämtliche nach Vertragsabschluss neu auftretenden Versicherungsfälle werden ohne Weiteres in den Versicherungsschutz nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft einbezogen. Eine individuelle Gefahrerhöhung bleibt unberücksichtigt.¹² Das Vertragsprinzip ist insofern systemtragend. Es ist jedoch auch der entscheidende Prüfstein für die mögliche Gestaltung der Verträge und der tariflichen Leistungen.

4. Kostenerstattungsprinzip

Der längste Hebel für Steuerung sind im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung das Sachleistungsprinzip und das hierzu korrespondierende Leistungserbringungsrecht. Die gesetzliche Krankenversicherung schuldet ihren Versicherten aufgrund des Sachleistungsprinzips gesetzlich bestimmte Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden (§ 2 Abs. 1 SGB V). Die Versicherten erhalten die Leistungen dabei als Sach- und Dienstleistungen, soweit nichts anderes vorgesehen ist (§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Damit Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts dieses Versprechen gegenüber ihren Versicherten einlösen können, bestehen im Rahmen des Leistungserbringungsrechts komplexe und nach den einzelnen Versorgungsbereichen differenzierte Regelungen. Zentrales Steuerungselement sind die Regelungen der Vergütung. Es findet eine umfassende verhaltenslenkende Vergütung statt.¹³ Im Hinblick auf die verfolgten Zielsetzungen werden „unerwünschte“ Leistungen nicht oder schlecht vergütet. Insbesondere für den Behandelnden werden so Anreize geschaffen, bestimmte Leistungen nicht zu erbringen. Der Versicherte hat auch keinen Anspruch auf diese Leistungen, denn nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist der Versorgungsanspruch des gesetzlich Versicherten ein Rahmenrecht. Bevor der Versicherte ein Recht im Sinne von § 194 Abs. 1 BGB aus dem Anspruch gemäß § 27 Abs. 1 SGB V ableiten kann, bedarf es danach der Ausfüllung durch gesetzliche und vor allem untergesetzliche Vorschriften, zu denen auch das Leistungserbringungsrecht gehört.¹⁴

Die private Krankenversicherung verfügt nicht über den langen Hebel des Sachleistungsprinzips, um auf die Versorgungslandschaft unmittelbar Einfluss zu nehmen. Im System der privaten Krankenversicherung wird der Behandlungsvertrag zwischen dem Versicherten als Patienten und dem Behandelnden, d.h. Arzt oder Krankenhaus, als „echter“ zweiseitiger Vertrag geschlossen. Der Behandelnde schuldet nach Maßgabe der Regelungen über den Behandlungsvertrag gemäß der §§ 630a BGB ff. die ärztliche Leistung, der Versicherte als Patient die Vergütung. Der private Versicherer ist an diesem Behandlungsverhältnis rechtlich nicht beteiligt. Er ist allein Vertragspartner

des Versicherten. Zwischen beiden besteht nach Maßgabe des Versicherungsvertragsgesetzes ein Versicherungsverhältnis, aufgrund dessen der Versicherer gegen Beitragszahlung die Übernahme bestimmter Aufwendungen im Krankheitsfall zusagt. Es gilt insoweit das Kostenerstattungsprinzip. Eine Steuerung der Versorgung bedarf daher der Anknüpfung im Versicherungsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer. Unmittelbare rechtliche Beziehungen zu Leistungserbringern bestehen nur aufgrund von Kooperationsvereinbarungen. Sie sind aber für den Versicherungsnehmer, der an diesen Vereinbarungen nicht beteiligt ist, nicht verbindlich.

Unter dem Aspekt der Steuerung der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sind daher Inhalt und Reichweite des Versicherungsschutzes von besonderer Bedeutung: Ein Grund für Steuerung besteht nur innerhalb des Rahmens der Behandlungen, für die aufgrund der Versicherung Versicherungsschutz besteht. Andererseits bilden die Grenzen des Versicherungsschutzes aber auch einen wichtigen Anreiz, bestimmte Leistungen nicht anzubieten bzw. nicht in Anspruch zu nehmen. Dies wird dadurch flankiert, dass der Behandelnde zur Aufklärung gegenüber dem Privatversicherten verpflichtet ist, wenn er davon ausgehen muss, dass seine Leistungen bzw. die von ihm abgerechnete Vergütung nicht von der privaten Krankenversicherung übernommen wird. Die Aufklärungspflicht folgt nunmehr ausdrücklich aus § 630c Abs. 3 BGB.¹⁵

III. Inhalt und Grenzen des Versicherungsschutzes der PKV

1. Vertragstypische Leistungen

a) Die vertragstypischen Pflichten eines Versicherers bestehen darin, dass er ein bestimmtes Risiko des Versicherungsnehmers oder eines Dritten durch eine Leistung absichert, die er bei Eintritt des vereinbarten Versicherungsfalls zu erbringen hat. Der Versicherungsnehmer schuldet hierfür dem Versicherer die vereinbarte Prämie (vgl. § 1 VVG). Für die private Krankheitskostenvollversicherung werden die vertragstypischen Leistungen des Versicherers gesetzlich bestimmt in § 192 Abs. 1 VVG. Der Versicherer ist danach verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten. Festgelegt sind damit zum einen der Versicherungsfall, nämlich die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen, sowie die Leistung der privaten Krankenversicherung. Sie ist dazu verpflichtet, die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung zu erstatten. Maßgeblich ist insoweit der vereinbarte Umfang.

Die vertragstypischen Leistungen werden durch weitere gesetzliche Anforderungen an den Versicherungsschutz erweitert. Die Versicherung muss der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG genügen. Sie muss mindestens eine Absicherung für stationäre und ambulante Heilbehandlung umfassen. Tarifliche Selbstbehalte dürfen sich auf höchstens 5.000 Euro jährlich belaufen. Die Arbeitgeberzuschussfähigkeit nach § 257 Abs. 2 SGB V setzt voraus, dass die Vertragsleistungen denen des SGB V entsprechen.

Die gesetzlich vorgegebenen vertragstypischen Leistungen der privaten Krankenversicherungen werden konkretisiert durch Allgemeine Versicherungsbedingungen als Sonderform der Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Sie setzen sich zusammen aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem unternehmensindividuellen Tarifteil, in dem Art, Umfang und Höhe der Leistungen des Versicherers näher konkretisiert werden. Für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwenden die Unternehmen der privaten Krankenversicherung vielfach die Musterbedingungen des PKV-Verbandes. Einschlägig sind hier die Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung 2009 (MB/KK 2009).

b) Nach § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht den versicherten Personen die Wahl unter den niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und Heilpraktikern frei. Weiterhin hat die versicherte Person die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen (§ 4 Abs. 4 MB/KK 2009). Der Versicherte genießt insoweit eine umfassende freie Arzt- und Krankenhauswahl. Der Versicherte ist nicht gehalten, bestimmte zugelassene oder vom Versicherer vorgegebene Ärzte oder Krankenhäuser in Anspruch zu nehmen. Es bestehen keine Überweisungs- oder Zulassungsvorbehalte. Versicherungsschutz wird unabhängig davon gewährt, welchen Arzt oder welches Krankenhaus der Versicherte in Anspruch genommen hat. Der Versicherte kann insbesondere Krankenhaus-Ärzte für die ambulante Versorgung in Anspruch nehmen.

Eine rechtlich verbindliche Steuerung, die auf die Inanspruchnahme bestimmter Ärzte oder Krankenhäuser oder auf bestimmte Voraussetzungen bei der Inanspruchnahme der Ärzte und Krankenhäuser zielt, etwa Überweisungsvorbehalte, ist danach in der privaten Krankenversicherung nicht angelegt. Eine rechtlich verbindliche Steuerung über Zulassungsmechanismen, sei es im Angebot der Leistungserbringer, sei es im Zugang der Versicherten zu den Leistungserbringern, ist damit im Grundsatz nicht gegeben. Umgekehrt unterliegen die Leistungserbringer einem erhöhten Wettbewerb, dass der Patient zu einem anderen Leistungserbringer wechselt. Die Wahlfreiheit der Versicherten fördert insoweit den Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen um privat versicherte Personen. Dieser Wettbewerb wirkt sich qualitätssteigernd aus. Wahlfreiheit gewährleistet insoweit ohne Steuerung ebenfalls Steigerungen im Angebot und bei der Qualität der Versorgung für Privatversicherte.

2. Medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung

a) Die medizinische Behandlung selbst, als Ansatzpunkt von Steuerung, wird zunächst im Behandlungsverhältnis zwischen dem Versicherten und dem Behandelnden festgelegt und durchgeführt. Die Deckungszusage der privaten Krankenversicherung gibt auch insoweit keine enge Vorgabe. Insbesondere wird keine bestimmte medizinische Behandlung oder auch ein bestimmter Umfang an Behandlungen durch den Versicherungsschutz vorgegeben. Die private Krankenversicherung sagt Aufwändersatz zu. Die Veranlassung dieses Aufwands entscheiden zunächst Patient und Behandelnder.

b) Die wesentliche Grenze des Versicherungsschutzes mit der größten Steuerungswirkung liegt im Merkmal der medizinischen Notwendigkeit. Die Notwendigkeit bestimmt sich allein nach medizinisch objektiven Maßstäben, die vom Versicherer im Rahmen der Leistungssachbearbeitung angewandt werden. Vom Leistungsumfang ausgeschlossen sind subjektiv zwar wünschenswerte, objektiv aber nicht erforderliche Maßnahmen.¹⁶ Dies gilt auch dann, wenn der Versicherte subjektiv aufgrund der in Anspruch genommenen Maßnahmen eine Besserung seines Gesundheitszustands wahrnimmt. Auch die Verordnung durch einen Arzt genügt allein nicht, um die medizinische Notwendigkeit zu bestätigen. Der Arzt hat keine eigene Bestimmungsbefugnis über die Reichweite des Versicherungsschutzes. Seine Behandlungsentscheidungen unterliegen im Rahmen der Leistungsbearbeitung durch den Versicherer am Maßstab des Versicherungsvertrags der vollen Überprüfung auch am Maßstab der medizinischen Notwendigkeit.¹⁷ Abweichend vom Konzept des Rahmenrechts¹⁸ in der gesetzlichen Krankenversicherung muss die private Krankenversicherung die Therapie-Entscheidung des Arztes nicht gegen sich gelten lassen. Sie kann die Behandlung überprüfen und auch ihre medizinische Notwendigkeit infrage stellen.

c) In der Sache ist der Maßstab weitgreifend und vor allem dynamisch. Er belässt dem Arzt einen weiten Korridor der Therapiefreiheit. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs¹⁹ kommt es unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, der Unsicherheiten einer Diagnose und der Schwierigkeiten der Abschätzung von Erfolgsaussichten einer Behandlung darauf an, ob die Behandlungsmethode nach den festgestellten objektiven medizinischen Befunden und den Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme als medizinisch vertretbar angesehen werden kann. Die Vertretbarkeit reflektiert den Stand der medizinischen Wissenschaft. Die angewandte Methode muss wissenschaftlich dahin gehend anerkannt sein, dass sie geeignet ist, die diagnostizierte Krankheit zu heilen oder zu lindern.²⁰ Das Merkmal der Eignung ist dabei die Behandlungsintensität. Eine stationäre Behandlung ist daher medizinisch nicht notwendig, wenn eine weniger intensive ambulante Behandlung nach dem Stand der medizinischen Erkenntnis ebenso erfolgversprechend ist.²¹

d) Abweichend von der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der gleichrangig neben die medizinische Notwendigkeit das Merkmal der Wirtschaftlichkeit tritt (§ 12 SGB V), sind Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte selbst keine Grenze der Deckungszusage nach § 192 Abs. 1 VVG. Eine Behandlung kann nicht allein wegen der damit verbundenen hohen Kosten oder wegen Unwirtschaftlichkeit abgelehnt werden.²² Auf Kostengesichtspunkte allein kann daher auch keine rechtlich verbindliche Steuerung durch Interpretation der Deckungszusage angesetzt werden. Der Gesetzgeber hat die Aufnahme eines Wirtschaftlichkeitsgebots ausdrücklich abgelehnt und entsprechende Einschränkungen der Tarifgestaltung dem Versicherer für künftige Verträge überlassen.²³

Nach den gesetzlichen Regelungen treten Kostengesichtspunkte erst im Falle einer Übermaßvergütung nach § 192 Abs. 2 VVG in den Vordergrund. Die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen müssen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Die Regelung läuft weitgehend leer.²⁴ Der Maßstab entspricht dem Wuchertatbestand. Betroffene Vergütungsvereinbarungen sind daher nach § 138 Abs. 2 BGB unwirksam und begründen schon da-

her keine Leistungspflicht des Patienten und des Versicherers. Diese Grenze schränkt demgemäß auch nicht die Therapiefreiheit des Arztes ein. Für eine Steuerung des medizinischen Versorgungsgeschehens ergeben sich hieraus keine wesentlichen Ansatzpunkte. Dies gilt allerdings auch für Ansätze, eine Übermaßvergütung durch die Leistungserbringer einzuschränken. Hierzu wäre es erforderlich und wünschenswert, die Beschränkung der Leistungspflicht auf eine „angemessene Vergütung“ zu begrenzen.

3. Vertrags- und Tarifgestaltung

Im Hinblick auf den weiten Rahmen, den der private Krankenversicherungsschutz für die Wahlfreiheit des Versicherten und die Therapiefreiheit des Behandelnden bietet, stellt sich die Frage, inwieweit der Versicherer durch Tarifgestaltung Ansatzpunkte schaffen kann, an denen Elemente der Versorgungssteuerung angreifen können oder die den Behandelnden von der Erbringung bzw. den Versicherten von der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen abhält:

a) Der Versicherer ist bei bestehenden Verträgen grundsätzlich nicht berechtigt, nachträglich in die Versicherungsbedingungen bzw. in die Tarifbedingungen einzugreifen. Ihm steht kein einseitiges Leistungsbestimmungsrecht entsprechend § 315 Abs. 1 BGB zur Verfügung. Eine nachträgliche Änderung der Bedingungen und der tariflichen Leistungen kommt nur unter den engen Voraussetzungen für eine Bedingungsanpassung nach § 203 Abs. 3 und Abs. 4 VVG in Betracht. Abgesehen von dem Fall der Unwirksamkeitserklärung von Bestimmungen in Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt setzt eine Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der Tarifbestimmungen nach § 203 Abs. 3 VVG eine nicht nur als vorübergehend anzusehende Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens voraus. Die Gesetzesformulierung erscheint dabei weit. In der Rechtsprechung werden jedoch im Wesentlichen nur Änderungen in den rechtlichen Verhältnissen des Gesundheitswesens, insbesondere durch Gesetzesänderung oder eine Änderung der höchstrichterlichen Rechtsprechung, als ausreichend angesehen.²⁵ Die nachträgliche Anpassung von Tarifbestimmungen als Reaktion auf Entwicklungen im Leistungsgeschehen, etwa neue Behandlungsmethoden, ist damit weitgehend ausgeschlossen. Rechtssicher ist sie nur möglich, wenn sich die tatsächliche Entwicklung auch in einer Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen niedergeschlagen hat.

Liegen die Voraussetzungen für eine Bedingungsänderung vor, besteht kein freies Anpassungsrecht. Die Anpassungsbefugnis ist allein darauf gerichtet, die Bedingungen den veränderten Verhältnissen anzupassen. Sie ist auch nur dann zulässig, wenn die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderung überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Rechtsprechung betrachtet die Regelung als Wegfall der Geschäftsgrundlage²⁶ und ist restriktiv. Leistungsverschlechterungen, etwa eine nachträgliche Einschränkung der Wahlfreiheit, sind damit praktisch ausgeschlossen.

b) Größere Freiheit, um steuernde Elemente in die Vertragsbedingungen aufzunehmen, hat der Versicherer bei der Entwicklung neuer Tarife. Diese Gestaltungsfreiheit wird allerdings eingeschränkt durch die gesetzlichen Vorgaben. Nach § 208 VVG

kann von wesentlichen Regelungen des VVG zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung auch im Rahmen von vertraglichen Vereinbarungen nicht zum Nachteil des Versicherten abgewichen werden. Entsprechende Vereinbarungen sind unwirksam.

Darüber hinaus unterliegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung der allgemeinen AGB-Kontrolle.²⁷ Zu beachten ist insbesondere § 307 BGB, wonach aufgrund der Vertragsgestaltung nicht der Vertragszweck der substitutiven Krankenversicherung gefährdet werden darf.²⁸ Es gilt insoweit das Verbot der Abschnittsdeckung. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist eine Gefährdung des Vertragszwecks dann anzunehmen, wenn mit der Einschränkung der Leistungen der Vertrag ausgehöhlt werden kann und damit in Bezug auf das zu versichernde Risiko zwecklos ist.²⁹ Der Vertrag muss gewährleisten, dass der Versicherungsschutz die Absicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ersetzen kann.³⁰ Nach diesen Maßstäben kann der private Krankenversicherungsschutz etwa als Primärarzztarif gestaltet werden.³¹ Von der Rechtsprechung akzeptiert wird weiterhin die Einschränkung der Wahlfreiheit hinsichtlich der Krankenhäuser bzw. der Ausschluss von reinen Privatkliniken vom Versicherungsschutz.³² Umgekehrt dürfte es nach der Rechtsprechung nicht zulässig sein, den Versicherten auf die Inanspruchnahme bestimmter Ärzte zu beschränken. Das Gleiche dürfte auch für die Inanspruchnahme bestimmter Krankenhäuser gelten.

c) Einen stärkeren Bezug auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten haben Tarifgestaltungen, mit denen einer stärkeren Eigenbeteiligung des Versicherten Rechnung getragen wird oder die einen tariflichen Anreiz bieten, bestimmte Leistungen, etwa Vorsorgeuntersuchungen, in Anspruch zu nehmen. Kostenersparnisse und auch eine Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten werden durch die Vereinbarungen von Selbstbehalten gestärkt. Nach § 193 Abs. 3 Satz 3 VVG dürfen die betragsmäßigen Auswirkungen von Selbstbehalten kalenderjährlich aber 5.000 Euro nicht überschreiten. Ein weiteres Beispiel sind sog. Generikatarife. Der Versicherte erhält bei Inanspruchnahme eines Originalpräparats nur einen Teil der Aufwendungen erstattet, wenn die Möglichkeit zur Substitution durch ein Generikum besteht. Generikatarife können auch mit Selbstbehalten kombiniert werden. In jedem Fall bleibt es aber dem Versicherten möglich, auch das Originalpräparat zu beziehen. Der das Arzneimittel abgebende Apotheker unterliegt keinen rechtlichen Einschränkungen bei der Abgabe der Arzneimittel gegenüber dem Versicherungsunternehmen.

4. Zwischenergebnis: Wahl- und Therapiefreiheit

Auf das Ganze gesehen ist die Steuerungsfunktion der Tarifgestaltung eingeschränkt. Die „Kernleistungen“ der privaten Krankenversicherung, die Absicherung der ambulanten und stationären Heilbehandlungen, werden durch die Deckungszusage kaum im Sinne einer Steuerung strukturiert. Der Zuschnitt des Versicherungsschutzes wirkt eher in zwar kostenträchtigen, aber doch Randbereichen der Versorgung. Dies gilt insbesondere für medizinische Leistungen, die außerhalb staatlicher Gebührenordnungen erbracht werden, also insbesondere für die Inanspruchnahme von Leistungen in Privatkliniken. Das umfassende Versicherungsverprechen der privaten Krankenversicherung ist insoweit nicht darauf angelegt, rechtlich zwingende Regelungen zur umfassenden Steuerung der Versorgung, wie sie vom Versicherten in

Anspruch genommen wird, zu bieten. Rechtlich umhegen die Rechtsverhältnisse der privaten Krankenversicherung Wahlfreiheit und Therapiefreiheit bei der medizinischen Heilbehandlung.

IV. Steuerung durch Unterstützung der Versicherten

1. Unterstützung der Versicherten als Versicherungsleistung

a) Die Rechtsverhältnisse der privaten Krankenversicherung gewährleisten große Freiheitsgrade für die Behandelnden – Therapiefreiheit – und auch für die Versicherten – Wahlfreiheit – bei der Inanspruchnahme der Versorgung. Maßnahmen zur Steuerung der Versorgung müssen daher auf die Unterstützung der Versicherten und der Behandelnden bei der Wahrnehmung der gewährten Spielräume gerichtet sein. Der Versicherte ist über eine sachgerechte und qualitativ hochwertige Behandlung zu informieren und ihm sind ggf. Alternativen aufzuzeigen oder bei der Durchführung der Behandlung Hilfestellung an die Hand zu geben. Der Versicherte muss zum mündigen Patienten „gemacht“ werden, mit Bewusstsein für medizinische Notwendigkeit, für Qualität und für angemessene Kosten.

Den Unternehmen der privaten Krankenversicherung steht hierfür ein weitreichendes Arsenal an Instrumenten der Versichertenansprache und der Ansprache der Behandelnden zur Verfügung. Es geht um das weite Feld der Service- und sog. Assistance-Leistungen. Dieses Feld erlangt neben den Kernleistungen des Versicherers zunehmend an Bedeutung im Wettbewerb. Die Versicherer unterscheiden sich dabei deutlich. Sie vereint aber, dass sie im Wettbewerb darum ringen – nach Möglichkeit dokumentiert in einschlägigen Ratings –, „Kunden-“ oder „Servicechampion“ zu sein oder als „Serviceversicherer“ wahrgenommen zu werden.

Nutzen können die Assistance-Leistungen nur bereits Versicherte. Deren Zufriedenheit ist jedoch ein entscheidender Parameter, um neue Kunden zu gewinnen. Es besteht insoweit auch ein wettbewerblicher und wirtschaftlicher Anreiz, die Bestandsversicherten mit einem guten Service zu unterstützen, um auch im Neugeschäft zu reüssieren. Dies übersieht die auch vom Bundesverfassungsgericht ohne jede Sachverhaltsfeststellung als Argument aufgegriffene Unterstellung, es bestünde für private Krankenversicherungsunternehmen ein Anreiz, Bestandsversicherte zu vernachlässigen.³³ Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Steuerung zur Verbesserung einer qualitativ hochwertigen und auch kostenmäßig angemessenen Versorgung. Hier ist der Versicherer auch im Interesse der Prämienstabilität aufgefordert, im Wettbewerb zu bestehen. Das Wettbewerbsprinzip der privaten Krankenversicherung fördert insoweit das Angebot und die Innovation von Instrumenten zur Steuerung der Versorgung.

b) Die Einbeziehung der Assistance und anderer Dienstleistungen in die Versicherungsleistungen spiegelt sich wider in § 193 Abs. 3 VVG. Die Vorschrift wurde im Rahmen der VVG-Reform 2007 aufgrund der Erkenntnis in das VVG aufgenommen, dass das „Leitbild der PKV“ nicht auf Kostenerstattung begrenzt werden könne, sondern Raum für neue Formen und Methoden zur wirksamen Kostensteuerung bei gleichzeitigem Erhalt bzw. Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität bestehen muss.³⁴ Der privaten Krankenversicherung sollen Möglichkeiten an die Hand gegeben werden, um die Kostenentwicklung wirksamer steuern zu können. Unter dem Stich-

wort „Managed Care“ soll eine Vielzahl unterschiedlicher Arten von Maßnahmen zur Kostensteuerung in den Versicherungsschutz einbezogen werden können: neben dem Leistungsmanagement im Zusammenhang mit der Erbringung der tariflich geschuldeten Leistungen auch Managed Care im engeren Sinne. Hierunter subsumiert die Gesetzesbegründung Instrumente zur Kosten- und Qualitätssteuerung, die vor oder unmittelbar bei der Erbringung der medizinischen Leistungen wirken. Die Stichworte lauten hier Disease-Management, Case-Management, Drug Utilisation Review, IT-basierte Kartensysteme, Versorgungsstrukturen, Einkaufs- und Verteilungsmanagement von Arzneimitteln, Klinikketten in Trägerschaft von Versicherungsunternehmen. Die Gesetzesbegründung ist umfassend.

Die Vorschrift des § 192 Abs. 3 VVG stellt dabei sicher, dass auf dieser Grundlage erbrachte Dienstleistungen als Leistungen der Versicherung und nicht als Verwaltung angesehen werden und kalkulatorisch dementsprechend behandelt werden können. Die Aufzählung des § 193 Abs. 3 VVG ist dabei, wie der Wortlaut („insbesondere“) verdeutlicht, nicht abschließend. Der Versicherer kann andere Leistungen erbringen. Der Gesetzgeber wollte so Rücksicht nehmen auf die nach wie vor im Fluss befindliche Entwicklung.

2. Beratung und Empfehlung (§ 193 Abs. 3 Nr. 1 VVG)

a) Im Zentrum steht die Beratung der Versicherten nach § 193 Abs. 3 Nr. 1 VVG. Die Regelung bezieht sich auf die „Leistungen nach Abs. 1“. In Bezug genommen werden damit nicht die Leistungen des Versicherers. Die Beratungspflicht zu Fragen des Versicherungsvertrags ist in § 6 VVG angesiedelt. Gegenstand der Beratungsleistung als Versicherungsleistung nach § 193 Abs. 3 Nr. 1 VVG sind die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft bzw. die Vorsorgeuntersuchungen. Die Beratungsleistung nach dieser Vorschrift erstreckt sich zudem ausdrücklich auch auf die Anbieter solcher Leistungen. Der etwas dürtige Wortlaut erlaubt ein weites Spektrum: Informationen über Therapien und ihre Bewertung bis hin zu Empfehlungen.³⁵ Typische und praktisch von allen Anbietern erbrachte Beratungsleistungen sind Informations- und Beratungsangebote für Versicherte etwa im Zusammenhang mit bestimmten Krankheitsbildern und bestimmten Behandlungen. Den Versicherten werden hierzu Beratungstelefone, Broschüren und anderes zur Verfügung gestellt. Der Versicherer kann das gesamte Spektrum der Versichertenansprache nutzen. Die Beratungsleistung umfasst auch die Beratung im Hinblick auf den einzelnen Versicherungsfall. Sie umfasst insbesondere das sog. Case-Management, d.h. eine umfassende Betreuung der Versicherten bei schweren und kostenträchtigen Erkrankungen. Sobald der Versicherer von einem entsprechenden Fall aufgrund der Mitteilung durch den Versicherten oder aufgrund der Abrechnungsunterlagen Kenntnis erlangt hat, werden die betroffenen Fälle speziellen Leistungssachbearbeitern zugewiesen, die gemeinsam mit dem Versicherten die erforderlichen und bestmöglichen Behandlungen abstimmen.

b) Die Beratungsleistung kann sich zur Empfehlung bestimmter Anbieter verdichten. Auch hier besteht ein weites Wettbewerbsfeld. Versicherer unterhalten Kooperationen mit Ärztenetzwerken und Krankenhäusern mit besonders vorteilhaften Behandlungsbedingungen hinsichtlich Durchführung, Qualität und Abrechnung der

Behandlung für die jeweiligen Versicherten. Die Kooperationsvereinbarungen zwischen Versicherer und Anbieter sind im Einzelnen sehr unterschiedlich und wegen der hohen Wettbewerbsrelevanz zum Teil geheim. Die Kooperationen beruhen im Kern aber darauf, dass der Versicherer den entsprechenden Anbieter seinen Versicherten bei Einzelnachfrage, im Rahmen des Case-Managements oder auch im Rahmen von Verzeichnissen empfiehlt. Die Anbieter verpflichten sich gegenüber dem Versicherer zur Einhaltung bestimmter Qualitäts- und Vergütungsbedingungen. Der Versicherer kann die Empfehlung gegenüber dem Versicherten mit zusätzlichen Anreizen versehen. Aufgrund einer Tarifgestaltung kann er etwa bei Inanspruchnahme eines Arztes aus dem kooperierenden Ärztenetzwerk günstigere Erstattungsbedingungen einräumen. Es besteht über das Klinik-Card-Verfahren hinaus die Möglichkeit, eine Direktabrechnung im Verhältnis zwischen dem Anbieter und dem Versicherer zu vereinbaren (§ 192 Abs. 3 Nr. 5 VVG). Der Versicherte wird so von der Durchführung des Kostenerstattungsverfahrens entlastet.

c) Weitere Ausprägungen der Beratungsleistungen hinsichtlich der medizinischen Heilbehandlung und der Anbieter ist die Ermöglichung von Zweitmeinungen durch Experten. Insbesondere bei schwerwiegenden Erkrankungen ermöglicht es der Versicherer dem Versicherten, bei einem mit ihm kooperierenden Experten eine Zweitmeinung zu einer bisher bereits durchgeführten oder geplanten Heilbehandlung einzuholen.

Darüber hinaus stellen Versicherer insbesondere im Bereich der zahnärztlichen Versorgung und der Versorgung mit Zahnersatz anonymisierte Vergleichsrechner zur Verfügung, um Kostenvoranschläge für geplante Maßnahmen vergleichen zu können und Zweitmeinungen zum Heil- und Kostenplan einzuholen. Dieses Instrument gewinnt zusätzlich an Bedeutung bei Tarifen mit Selbstbehalt. Der Versicherte kann damit seine eigene Kostenbeteiligung im Rahmen des Selbstbehalts einschätzen. Die Beratung und Empfehlung im Hinblick auf einzelne Anbieter reichen darüber hinaus so weit, dass der Versicherer bei bestimmten Krankheiten auf Wunsch des Versicherten Termine bei mit ihm kooperierenden Experten verschafft, die eine sachgerechte Behandlung gewährleisten.

Besondere Serviceleistungen bestehen in der Arzneimittelversorgung. Die teilnehmenden Hausärzte führen bei den Versicherten im Rahmen von Kooperationen zwischen Ärzteverbänden und Versicherern besondere Arzneimittelchecks und auch eine besondere Arzneimittelberatung durch, insbesondere um schädlicher Polypharmazie entgegenzuwirken. Hierfür können die beitretenden Hausärzte die maßgeblichen GOÄ-Ziffern nach entsprechenden Maßgaben abrechnen. Die Versicherten können ihrerseits darauf vertrauen, dass diese Leistungen im tariflichen Umfang erstattet werden.

d) Ein entscheidender Aspekt der Wirksamkeit für die Steuerungswirkung aufgrund der Beratung ist es, dass der Versicherte die Beratung überhaupt in Anspruch nimmt. Anlass für die Beratung ausgehend vom Versicherer sind im Rahmen des Case-Managements die Feststellungen der behandelnden Ärzte, von denen der Versicherer aufgrund der Abrechnungsunterlagen und weiterer im Rahmen des § 213 VVG vom Versicherer angeforderter Unterlagen Kenntnis erlangt. Die Beratung ist darüber

hinaus sichergestellt, wenn aufgrund der Tarifbedingungen die Leistung des Versicherers erst nach einer Kostenzusage erbracht wird. Dies betrifft etwa die Inanspruchnahme gemischter Anstalten nach § 4 Abs. 5 MB/KK oder auch je nach Tarifbedingungen die Inanspruchnahme bestimmter Hilfsmittel. Vor Inanspruchnahme der Leistung bitet der Versicherte hier um Kostenübernahme. Die Prüfung kann der Versicherer als Anlass zu einer umfassenden Beratung nehmen oder um die Bereitstellung der Hilfsmittel durch einen Kooperationspartner des Versicherers zu günstigen Bedingungen anzubieten. Dies gilt auch für das neuartige Auskunftersuchen nach § 192 Abs. 8 VVG.

e) Mit der zunehmenden Komplexität des Versorgungsgeschehens werden sich tendenziell auch die Beratungsleistungen nach § 192 Abs. 3 Satz 1 VVG und die hierüber stattfindende Steuerung der Versorgung ausweiten. Auch hier gilt aber, dass die Beratung der Versicherten nicht die Schwelle zur Rechtsverbindlichkeit überschreitet. Der Versicherte bleibt frei, dem Rat zu folgen oder es zu lassen. Der Versicherte kann ohne Weiteres hiervon abweichen und einen anderen Anbieter oder auch eine andere Behandlung in Anspruch nehmen.

3. Unterstützung bei der Abrechnung medizinischer Leistungen

Bedeutsam für die Steuerung der Versorgung unter Kostengesichtspunkten, aber auch um eine medizinisch nicht notwendige Leistungserbringung zu unterbinden, sind die Dienstleistungen des Versicherers, die an den Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen ansetzen. Dies betrifft zum einen die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen nach § 193 Abs. 3 Nr. 2 VVG und auch die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche gemäß § 192 Abs. 3 Nr. 3 VVG. Die Regelung begründet wie in der Haftpflichtversicherung ein begrenztes Rechtsberatungsrecht.³⁶ Die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche kann auch umfassen, dass der Versicherer den Versicherten als Vertragspartner des Leistungserbringers von den Verpflichtungen aus dem Behandlungsverhältnis freistellt und selbst die Gebührenstreitigkeit führt.

Die Vorschrift ist aber nicht anwendbar, wenn der Versicherte die Entgeltansprüche auf eigene Kosten ausgleicht, etwa um ein Vertrauensverhältnis zum Arzt nicht mit Abrechnungsfragen zu belasten.³⁷ Hat der Versicherte überhöhte Entgeltforderungen bereits ausgeglichen und wurden diese vom Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags erstattet, steht dem Versicherer nach § 194 Abs. 2 VVG ein Rückforderungsanspruch gegen den Leistungserbringer zu. In entsprechender Anwendung des § 86 Abs. 1 und 2 VVG findet insoweit eine *cessio legis* (Übertragung) vom Versicherungsnehmer auf den Versicherer statt. Prima facie (bis auf Widerruf) setzen die Leistungen im Zusammenhang mit den Entgeltansprüchen zwar erst nach der Behandlung ein. Sie entfallen gleichwohl Steuerungswirkung für die Zukunft, da eine streitige Regulierung zumindest in Zukunft die betroffenen Anbieter davon abhält, diese Leistungen zumindest zu diesen Bedingungen zu erbringen und abzurechnen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, die Anbieter der Leistungen aufgrund der Hinweispflichten nach dem Patientenrechtegesetz darauf hinzuweisen, dass die erbrachten Leistungen möglicherweise nicht zu diesen Bedingungen von der privaten Krankenversicherung erstattet werden.

4. Unterstützungsangebote des PKV-Verbands

Die mit der Beratung verbundene Zielsetzung, den Patienten zum mündigen Patienten zu machen, betrifft alle. Neben dem vielgestaltigen und umfassenden Angebot, dass die einzelnen Versicherungsunternehmen ihren Kunden anbieten, stellt der PKV-Verband branchenweite Leistungen zur Verfügung. Beispiele:

a) Aufgrund der Neuregelungen durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz haben die Versicherten einen Anspruch auf unabhängige Pflegeberatung nach Maßgabe von § 7a SGB XI. Über das Gebot der Gleichwertigkeit gemäß § 23 Abs. 1 SGB XI gilt dieser Anspruch auch für die Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung. Er ist im Versicherungsvertrag verankert.³⁸ Bei Einführung der Pflegeberatung war lange in der Diskussion, ob diese durch regionale Stützpunkte, die der Versicherte aufsuchen muss, oder als sog. aufsuchende Pflegeberatung beim Versicherten zu Hause stattfindet. Die private Krankenversicherung hat sich von Anfang an für die aufsuchende Pflegeberatung entschieden, um eine optimale bedarfsgerechte Versorgung und Beratung auch im Hinblick auf das für die Pflegebedürftigen besonders bedeutsame Wohnumfeld zu gewährleisten. Um eine zugleich von den Leistungserbringern unabhängige Pflegeberatung bundesweit auch als aufsuchende Beratung zu gewährleisten, hat der PKV-Verband die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH gegründet. Die Versicherten der privaten und der gesetzlichen Pflegeversicherung können die telefonische Beratung durch die COMPASS GmbH in Anspruch nehmen. Auch eine anonyme Beratung ist möglich und wird von rund 60 Prozent der Anrufer in Anspruch genommen. Die Vorteilhaftigkeit für die qualitätsvolle Versorgung der Pflegebedürftigen aufgrund der aufsuchenden Beratung hat der Gesetzgeber inzwischen anerkannt und durch das Pflege-Neuordnungsgesetz³⁹ auch der gesetzlichen Pflegeversicherung vorgeschrieben: ein gutes Beispiel für den für beide Versicherungssysteme fruchtbaren Systemwettbewerb zum Zwecke einer guten Versorgung der Versicherten.

Anknüpfend an die gesetzliche Befugnis zur gerichtlichen Überprüfung der Angemessenheit für Zimmerzuschläge für Wahlleistungen Unterkunft nach § 17 Abs. 1 KHEntgeltG hat der PKV-Verband mit einer Vielzahl von Krankenhäusern Vereinbarungen über die Angemessenheit der Zimmerzuschläge geschlossen.⁴⁰ Auch hier liegt ein bedeutsamer Hebel, um für das Angebot einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu sorgen. Im Hinblick auf die Angemessenheit der Zimmerzuschläge hat der PKV-Verband einen Katalog von erforderlichen Ausstattungs- und Einrichtungsmerkmalen zusammengestellt und so einen Standard geschaffen, der eine qualitätsvolle Unterbringung sicherstellt. Die Krankenhäuser richten sich vielfach nach diesem Standard bei der Einrichtung und Renovierung von bestehenden Stationen. Vereinbaren die Krankenhäuser mit dem PKV-Verband für die jeweiligen Stationen bestimmte Zimmerzuschläge, können sowohl die Krankenhäuser als auch die Versicherten auf die Übernahme der entsprechenden Kosten durch die Versicherer vertrauen. Darüber hinaus erhalten die Versicherten einen hohen Standard zu angemessenen Preisen. Von dieser Verhandlungslösung profitieren im Übrigen nicht nur Privatversicherte, sondern auch gesetzlich Versicherte, die Wahlleistung Unterkunft (Einbett-/Zweibettzimmer) in Anspruch nehmen. Das Verbandsklagerecht bei Unangemessenheit der Zimmerzuschläge nach dieser Regel ist insoweit ein vorbildlicher Steuerungsansatz für eine angemessene Ausstattung und angemessene Preise im Bereich der Wahlleistungen.

c) Ein weiteres Instrument, um den Versicherten eine bestmögliche und wirtschaftliche Versorgung zu garantieren, besteht in Rahmenvereinbarungen des PKV-Verbands mit bestimmten Leistungserbringern bzw. bestimmten Gruppen von Leistungserbringern. Beispielhaft hierfür steht etwa die Kompetenzpartnerschaft des PKV-Verbandes und der Deutschen Rentenversicherung Bund bei der Durchführung von Anschlussheilbehandlungen in den Rehabilitationszentren der Deutschen Rentenversicherung Bund, die sich durch besonders hohe Versorgungsqualität auszeichnen und die eine qualitative Leitfunktion für die gesamte medizinische Rehabilitation haben und einem umfassenden Qualitätssicherungssystem unterliegen. Gegenstand dieser Vereinbarung sind indikationsbezogene Behandlungsempfehlungen für eine qualitätsgesicherte Anschlussheilbehandlung in den von der DRV Bund selbst betriebenen Rehabilitationseinrichtungen von Versicherten, die nicht selbst gegenüber der Rentenversicherung anspruchsberechtigt sind. Dies betrifft insbesondere Beamte und Selbstständige. Die Vereinbarung ist dabei so angelegt, dass der Versicherer, der der Vereinbarung beigetreten ist, im Rahmen der Prüfung der tariflichen Zusage für die Anschlussheilbehandlung nach § 4 Abs. 5 MB/KK die Versicherten indikationsbezogen auf die von der DRV Bund betriebenen Rehabilitationseinrichtungen hinweist bzw. eine solche empfiehlt. Folgt der Versicherte dieser Empfehlung, rechnet die Deutsche Rentenversicherung Bund nach den in der Vereinbarung dokumentierten Bedingungen unmittelbar mit dem Versicherer ab. Streitigkeiten über die Höhe und Angemessenheit der Vergütung werden insoweit vermieden.

d) Um besonders qualitative Einrichtungen auch für die Versicherten kenntlich zu machen, verleiht der PKV-Verband Krankenhäusern mit einer weit über dem Durchschnitt liegenden medizinischen Qualität ein Gütesiegel der privaten Krankenversicherung. Die Patienten erhalten durch das Kennzeichnungssystem die Möglichkeit, sich besser über die medizinische Leistungsfähigkeit und das Serviceangebot der teilnehmenden Krankenhäuser zu informieren. Voraussetzung für die Verleihung des Qualitätssiegels ist eine durch neutrale Kriterien nachprüfbar herausgehobene medizinische Qualität im Bereich der allgemeinen Krankenhausleistungen. Grundlage ist insoweit die Auswertung der Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung, die für die gesamte Versorgung durch das Krankenhaus erhoben werden. Weisen diese überdurchschnittliche Werte auf, erfolgt eine individuelle Würdigung des Krankenhauses, an deren Ende die Verleihung des PKV-Qualitätssiegels steht. Die Einhaltung der Voraussetzungen wird dabei jeweils jährlich überprüft. Auf diese Weise entsteht zunehmend ein bundesweites Netz von Qualitätspartnerschaft mit ausgewählten Krankenhäusern.

e) Gebündelt und ergänzt um weitere Aspekte werden sämtliche Informationen auf der vom PKV-Verband betriebenen Homepage www.derprivatpatient.de. Es steht allen Patienten zur Verfügung und bietet Orientierung im Gesundheitswesen. Hierzu zählen Arztsuche und Krankenhaussuche einschließlich der mit dem Qualitätssiegel ausgezeichneten Krankenhäuser. Dem Versicherten werden Instrumente zur Verfügung gestellt, die Berechtigung einer GOÄ-Abrechnung zu überprüfen. Darüber hinaus erhält der Versicherte Informationen zu ca. 65.000 verschreibungspflichtigen sowie 45.000 nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten. Der Versicherte kann so selbst Produkt- und Preisvergleiche durchführen.

V. Fazit

Die private Krankenversicherung öffnet einen weiten Korridor für Wahl- und Therapiefreiheit, für medizinischen Fortschritt aufgrund medizinischer Erkenntnis, in dem (bloße) Wirtschaftlichkeit als Ansatz für Versorgungssteuerung rechtlich nicht „den Ton angibt“. Die private Krankenversicherung ist dadurch aber nicht nur auf die Rolle des Kostenerstatters beschränkt. Sie kennt und nutzt Instrumente der Steuerung der Versorgung. Diese gründen allerdings weniger auf rechtlichem Zwang gegenüber dem Behandelnden oder dem Versicherten. Zentrale Steuerungsinstrumente des Versicherers im Verhältnis zum Versicherten sind Beratung und Empfehlung, das sogenannte Soft Law. Die Steuerung muss daher auf die Überzeugung des Versicherten und ggf. des Behandelnden gerichtet sein. Im Vordergrund steht daher immer das Interesse des Versicherten an einer qualitativen medizinischen Versorgung. Eine Steuerung unter bloßen Wirtschaftlichkeits- und Kostengesichtspunkten ist damit ausgeschlossen, da diese den Versicherten in seiner Rolle als Patienten nicht überzeugen werden. Dies gilt erst recht vor dem Hintergrund, dass der Versicherte immer die Möglichkeit hat, den Rat oder die Empfehlung des Versicherers auszuschlagen, wenn er den Eindruck haben sollte, dem Versicherer gehe es nicht um seine Versorgung.

- ¹ Begründung zum Patientenrechtegesetz, BT-Drs. 17/10488, S. 19. Überblick zum Patientenrechtegesetz bei Preis/Schneider, NZS 2013, 281 ff. Ebenso die bisherige Rechtsprechung des BGH, BGHZ 100, 363, 367.
- ² Überblick bei Boetius, Private Krankenversicherung, 2010, Einf. Rz. 131 ff.
- ³ In der Praxis liegt die Überschussverwendungsquote zugunsten der Versicherten bei nahezu 90 Prozent.
- ⁴ Dazu PKV-Verband, Zu den Altersbeiträgen der Privatversicherten, Dokumentation, 1997; ders.: Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?, 2007, abrufbar unter www.pkv.de.
- ⁵ BVerfGE 123, 186, 249.
- ⁶ BVerfGE 123, 186, 250.
- ⁷ Pressemitteilung des PKV-Verbandes vom 24.4.2013, abrufbar unter www.pkv.de.
- ⁸ Dazu Präve, in: Prölls, VAG, 12. Aufl. 2005, § 8 Rn. 38f.
- ⁹ Kaulbach, in: Fahr/Kaulbach/Bähr/Pohlmann, VAG, 5. Aufl. 2012, § 7 Rn. 12.
- ¹⁰ BVerfGE 123, 186, 238, 252, 262. Eingehend Sodan, in: ders., Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2010, § 2 Rz. 73 ff. m. w. N.
- ¹¹ BVerfGE 21, 362, 368 ff.; 39, 302, 312 ff.
- ¹² Die §§ 23–27 VVG über die nach Abschluss auftretende Gefahrerhöhung sind nicht anwendbar (§ 194 Abs. 1 Satz 2 VVG).
- ¹³ Reuther, Die Vergütung des Vertragsarztes und die Stabilität des Beitragssatzes, 2006, S. 92.
- ¹⁴ BSGE 73, 271, 278 ff.; 81, 54, 60 f.; 82, 158, 161.
- ¹⁵ Vgl. BT-Drs. 17/10488, S. 11, 22. Eindrücklich zur Aufklärungspflicht bei Privatkliniken OLG Stuttgart, NJW-RR 2013, 1183. Bisherige Rechtsprechung BGH, NJW 1983, 2630 ff.
- ¹⁶ Exemplarisch für die LASIK-Behandlung einerseits LG Frankfurt (Oder), r+s 2013, 29, 30; andererseits LG Köln, r+s 2013, 32 ff.
- ¹⁷ BGH, NJW 1996, 3074, 3075. Eingehend Kalis, in: Bach/Moser, MB/KK, 4. Aufl. 2009, § 1 MB/KK Rn. 30.
- ¹⁸ Zum Konzept des Rahmenrechts BSGE 73, 271, 281 f.; 81, 54, 60 f.; 82, 158, 161.
- ¹⁹ Grundlegend BGH, NJW 1996, 3074, 3075; NJW 2005, 3785. Reiches Anschauungsmaterial: Fortmann, Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung, 2010, S. 18 ff.
- ²⁰ BGHZ 99, 228, 233 f.; NJW 1996, 3074, 3075; NJW 2005, 3783, 3784; BGH, VersR 2013, 1558, 1559 zu alternativen Heilmethoden.
- ²¹ OLG Zweibrücken, VersR 2007, 1505; Kalis, in: Bach/Moser, MB/KK, 5. Aufl. 2009, § 1 MB/KK Rn. 36 mwN.
- ²² BGH, NJW 2003, 1596, 1599; Boetius, Private Krankenversicherung, § 192 Rn. 134 mwN.
- ²³ Vgl. Gesetzesbegründung zu § 192 VVG, Bundestagsdrucksache 16/3945, S. 110.
- ²⁴ Kritik an der Regelung und der zugrunde liegenden Rechtsprechung: Patt/Wilde, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2010, § 7 Rn. 12 ff.
- ²⁵ OLG Celle, Versicherungsrecht 2006, 1105 ff.; OLG Düsseldorf, Versicherungsrecht 2006, 1111 ff.; weiter Boetius, Private Krankenversicherung, 2010, § 203 VVG Rz. 148.
- ²⁶ BGH, NJW 2008, 1160, 1161.
- ²⁷ BGHZ 123, 83, 84; BGH, MedR 2009, 598, 600. Umfassend Staudinger, in: Bach/Moser, MB/KK, 5. Aufl. 2005, Einl. Rn. 68 ff.
- ²⁸ BGHZ 123, 83, 84; BGH, U.I v. 19.05.2004 – IV ZR 176/03 (NJW-RR 2005, 260, nur Ls.).
- ²⁹ BGH, U. v. 19.05.2004 – IV ZR 176/03 (NJW-RR 2005, 260, nur Ls.) zu geschlossenem Hilfsmittelkatalog; BGHZ 137, 174, 176.
- ³⁰ BGH, r+s 2005, 69, 70.
- ³¹ BGH, MedR 2009, 598, 599 ff.
- ³² Vgl. BGH, VersR 2009, 1210, 1211.
- ³³ So BVerfGE 123, 186, 256 f.
- ³⁴ Eingehend BT-Drs. 16/3945, S. 55, 110.
- ³⁵ Boetius, Private Krankenversicherung, § 192 VVG, Rz. 180f.
- ³⁶ Kalis, in: Langheid/Wandt, Münchener Kommentar, 2009, § 192 Rn. 92 ff.
- ³⁷ Boetius, Private Krankenversicherung, 2010, § 192 Rn. 186.
- ³⁸ Tarif Teil III, I. MB/PPV 2009.
- ³⁹ Gesetz vom 23.10.2012 (BGBl. I S. 2246).
- ⁴⁰ Dazu Patt/Wilde, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2010, § 7 Rn. 24 ff.

Steuerung der Versorgung in der österreichischen privaten Krankenversicherung

Johannes Polak, Wien

I.	Einleitung, Überblick	130
II.	Die drei „Bausteine des Rehabilitations-Managements“	130
	1. Medizinische Rehabilitation	130
	2. Soziale Rehabilitation	131
	3. Berufliche Rehabilitation	131
III.	Das Team von Europ Assistance, Verfahren	131
IV.	Zusammenfassung der Aufgaben von Europ Assistance	132
V.	Das Gesundheitsmanagement von Europ Assistance	132
	1. Allgemeines Gesundheitsmanagement	132
	2. Begleitendes Gesundheitsmanagement	133
VI.	Die Vorteile des „Begleitenden Gesundheitsmanagements“ für die Privatversicherer	137

I. Einleitung. Überblick

Die nachfolgenden Bemerkungen berichten über die Aufgabenstellung und Tätigkeit der Europ Assistance, einer Gesellschaft (des bürgerlichen Rechts) für „Rehabilitation- und Gesundheitsmanagement“. ¹ Diese Gesellschaft ist als Dienstleister für die österreichische private Krankenversicherung tätig. ² Die Europ Assistance übernimmt somit auch die Steuerung der Versorgung (im Hinblick auf Gesundheit und mit Maßnahmen der „Rehabilitation“ ³) und in bestimmten Fällen, die zwischen Europ Assistance mit ihren Auftraggebern definitiv vereinbart sind.

Man kann annehmen, dass die Aktivitäten von Europ Assistance von den betroffenen Patienten zumindest gefühlsmäßig der privaten Krankenversicherung zugerechnet werden. Zugleich kann man davon ausgehen, dass sich die private Krankenversicherung mit der Tätigkeit von Europ Assistance identifiziert.

Bei schweren Unfällen und Krankheiten sind Betroffene und ihre Angehörigen mit vielen Fragen rund um ihren Heilungsverlauf und die Wiedereingliederung in den Alltag überfordert. Unfälle und Krankheiten können wir leider nicht vermeiden. Wir können jedoch durch unmittelbare Unterstützung – telefonisch sowie vor Ort – für eine ideale Genesung der Betroffenen und Entlastung der Angehörigen sorgen. Dabei steht ein persönlicher Rehabilitations-Manager zur Verfügung, der sich um die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation kümmert.

Die Hilfe umfasst z.B. die Organisation einer idealen Rehabilitations-Maßnahme und -Einrichtung, Kinderbetreuung, Haushaltshilfe, Recherche nach möglichen Kostenträgern, Erstellung eines Finanzplans, Kontakt mit dem Arbeitgeber und vieles mehr.

Rehabilitations-Manager aus verschiedenen Fachdisziplinen arbeiten interdisziplinär im multiprofessionellen Team mit den einzelnen Patienten und deren Angehörigen. ⁴

Rehabilitations-Management umfasst die Planung und Begleitung von Abläufen mit dem Ziel effizienter und effektiver Patientenversorgung. Diese Maßnahmen müssen folgenden Anforderungen genügen: Sie müssen einzelfallbezogen, fachlich umfassend und professionell sein.

II. Die drei „Bausteine des Rehabilitations-Managements“

Das Rehabilitationsmanagement ist in drei „Bausteine“ gegliedert ⁵:

1. Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation umfasst folgende Abläufe/Tätigkeiten:

- Koordination von Therapeuten und Ärzten
- Betreuung und Organisation therapeutischer Maßnahmen
- Einholung von ärztlicher Zweitmeinung
- Zugang zu medizinischem Netzwerk
- Informationsleistungen zu involvierten Einrichtungen
- Rücksprache mit unseren Vertrauensärzten

2. Soziale Rehabilitation

Die soziale Rehabilitation umfasst folgende Abläufe/Tätigkeiten:

- Begleitung des Patienten und deren Angehöriger
- Psychologische Betreuung
- Pflegeunterstützung
- Unterstützungsmanagement (Krankenkassen, SVA, PVA ...)
- Bei Behinderung:
 - Wiedereingliederung ins soziale Leben
 - Pflegeleistung bei Invalidität
 - Wohnungs- und Fahrzeugumbauten
 - Kontakt zu Vereinen und Selbsthilfegruppen

3. Berufliche Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation umfasst folgende Abläufe/Tätigkeiten:

- Kontaktaufnahme mit Arbeitgeber (Arbeitsplatzsicherung)
- Wiedereingliederung ins Arbeitsleben
- Beruf coaching – Berufsdiagnostik
- Bildungsmanagement
- Umschulungsmaßnahmen
- Arbeitsassistentz

III. Das Team von Europ Assistance. Verfahren

Über die personelle Ausstattung der Europ Assistance lässt sich Folgendes sagen: Europ Assistance verfügt in diesem sensiblen Bereich über erfahrene klinische Psychologen sowie Gesundheitspsychologen, Physiotherapeuten, Sportwissenschaftler, diplomiertes Krankenpflegepersonal und Architekten, die Patienten und deren Angehörige mindestens zwei Jahre persönlich begleiten und professionell durch diese schwierige Zeit führen.

Der Ablauf sieht folgendermaßen aus: Nach einem persönlichen Gespräch wird die Organisation der individuellen Hilfsmaßnahmen mit Patienten und Angehörigen abgestimmt und eine intensive Beratung gewährleistet.

Insgesamt spielt sich das Rehabilitations- und Gesundheitsmanagement in einem verzweigten Netzwerk ab: Unsere Mitarbeiter fungieren als Schnittstelle zwischen Förderungsstellen, Gesundheitssystem, Versicherung, Bildungseinrichtungen und Bürokratie.

IV. Zusammenfassung der Aufgaben von Europ Assistance

Zusammenfassend lassen sich Zielsetzung und Vorgehensweise der Europ Assistance mit folgenden Stichwörtern beschreiben:

- Koordination aller beteiligten Institutionen
- Entlastung von Patienten und Angehörigen
- Individuelle Betreuung
- Optimale Therapiemaßnahmen
- Wiedereingliederung in das soziale Gefüge
- Wiederherstellung der Selbstständigkeit
- Berufseingliederung
- Steigerung der Lebensqualität
- Krisenprävention

V. Das Gesundheitsmanagement von Europ Assistance

Bei den Aktivitäten von Europ Assistance auf dem Gebiet des Gesundheitsmanagements lassen sich zwei grundsätzliche Tätigkeitsfelder unterscheiden: „allgemeines Gesundheitsmanagement“ und „begleitendes Gesundheitsmanagement“.

1. Allgemeines Gesundheitsmanagement

Zunächst: Europ Assistance steht „rund um die Uhr“, also an 365 Tagen des Jahres und jeweils für 24 Stunden am Tag, mit ihrem Leistungsangebot zur Verfügung.

Des Weiteren gehören zum allgemeinen Gesundheitsmanagement Informationen über geeignete medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste

- Im Inland bei vorliegender Diagnose und bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung
- Im Ausland, wenn für das Krankheitsbild in Österreich keine geeignete medizinische Einrichtung vorhanden ist oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthalts erforderlich ist

Ein wichtiger Tätigkeitsaspekt ist die „Hilfe im Notfall in Österreich“; dazu zählt:

- Erreichbarkeit in allen medizinischen Notfällen und Herstellung der Verbindung mit allen Notfalleinrichtungen
- Verbindung und Organisation von Nacht- und Wochenenddiensten (Ärzte, Apotheken)
- Sonstige Notdienste (z.B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale)

Zu den Grundsätzen und der Tätigkeit von Europ Assistance zählt außerdem das „Beste-Ärzte-Prinzip“; es beinhaltet insbesondere:

- Kontaktherstellung zu Spezialisten und Kostenübernahme für die Erstordination oder
- Kostenübernahme für die bereits geplante erste Ordination bei einem Arzt
- Beratung über Ganzheitsmedizin und kompetente Behandler auf dem Gebiet der Komplementärmedizin

2. Begleitendes Gesundheitsmanagement

Das begleitende Gesundheitsmanagement ist aus Sicht von Europ Assistance ein einzigartiges Betreuungsprogramm, sowohl im akuten Krankheitsfall, bei der Nachsorge als auch im Hinblick auf Vorsorge gegen gesundheitliche Beeinträchtigungen. Im Rahmen dieser Betreuung erfahren die Kunden eine umfassende und individuelle Begleitung in allen gesundheitlichen Belangen.

Das begleitende Gesundheitsmanagement wird in drei Tätigkeitsfelder gegliedert:

- (1) „Motivation: Gesund bleiben“ – damit sind die Aktivitäten des begleitenden Gesundheitsmanagements in Bezug auf Vorsorge gemeint
- (2) „Motivation: Gesund werden“ – die damit bezeichneten Tätigkeiten betreffen das begleitende Gesundheitsmanagement im Fall einer akuten Erkrankung
- (3) „Motivation: Der Verschlechterung entgegenwirken“ – dabei geht es um begleitendes Gesundheitsmanagement zur Nachsorge

a) Gesundheitsmanagement zur Vorsorge

Ziel ist der Gesundheitserhalt durch mentale Stärkung, Ernährung und Bewegung.

Dabei geht es um verschiedene Zielgruppen:

- Versicherte mit Stressbelastung, die behandlungsbedürftige Stressfolgen vermeiden möchten
- Gesunde Versicherte mit Bewegungsmangel („Anfänger“ und „Wiedereinsteiger“)
- Ernährung während Schwangerschaft und Stillzeit, von Säuglingen und Kindern, im Sport

b) Gesundheitsmanagement bei akuter Erkrankung

Ziel dieses Tätigkeitsfeldes ist die Erreichung einer bedarfsgerechten, patientenorientierten und ganzheitlichen Versorgung zur bestmöglichen Genesung.

Auch hier ist an verschiedene Zielgruppen gedacht:

- Versicherte ab Beginn einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder wegen Unfallfolgen
- Versicherte bei bestimmten Diagnosen, wie zum Beispiel Schlaganfall, Herzinfarkt, Bandscheibenvorfall

c) Gesundheitsmanagement zur Nachsorge

Ziel dieses Tätigkeitsfeldes ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes. Auch in diesem Bereich werden Erkrankungen von bestimmten Zielgruppen versorgt:

- Erkrankungen aus der Gruppe der Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, psychische und Verhaltensstörungen
- Krankheiten des Kreislaufsystems
- Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes
- Krankheiten nach einer Diagnoseliste

d) Ein Fallbeispiel zur Nachsorge

Es handelt sich in diesem Fall um Gesundheitsmanagement für eine Patientin/Versicherungsnehmerin mit orthopädischen Beschwerden.

Betreuungsindikatoren: Alter 43; degenerative Veränderungen der Wirbelsäule; therapeutische Empfehlungen noch offen; zudem liegt Übergewicht vor

- Patientin meldet sich direkt beim Gesundheitsmanagement
- Die Versicherungsnehmerin klagt über chronische Schmerzen in der Lendenwirbelsäule und Sensibilitätsstörungen in der Schulter
- Erste Befunde liegen bereits vor

Von ihrem Hausarzt wurde der Patientin eine stationäre Rehabilitation empfohlen. Daraus haben sich für die Versicherungsnehmerin folgende Fragen ergeben:

- Was wäre ein geeignetes Rehabilitationszentrum?
- Wie funktioniert die Bewilligung (Unterstützung bei der allgemeinen Organisation, Antrag auf Rehabilitation, Kommunikation mit der Privatversicherung u. a.)?

Erste Schritte:

- Sichtung der Unterlagen und Befunde
 - Wir (die Europ Assistance) empfehlen eine genaue medizinische Abklärung durch einen Wirbelsäulenspezialisten
 - Recherche über geeigneten Wirbelsäulenspezialisten
 - Vorbesprechung über Problematik
 - Vereinbarung eines Untersuchungstermins
 - Nach Rücksprache mit Wirbelsäulenspezialisten erfolgt die Empfehlung eines geeigneten Rehabilitationszentrums

- Kontaktaufnahme mit dem bevorzugten Rehabilitationszentrum und dem Versicherungsträger (es erfolgen vorab eine Abklärung der terminlichen Möglichkeiten und ein Beschleunigung der Antragstellung)

Weitere Schritte:

- Im Entlassungsbericht der stationären Reha wurden weitere therapeutische Maßnahmen empfohlen (z.B. Stabilisierung der Wirbelsäule durch weiteres Muskelaufbautraining) und auch aufgrund des Übergewichts eine Ernährungsberatung
- Besprechung der Unterlagen gemeinsam mit Gesundheitsmanager und Erarbeitung eines gemeinsamen Begleitungskonzepts anhand Stärken-Schwächen-Analyse der Patientin
- Ein weiterer Gesundheitsmanager (Diätologe) erarbeitet gemeinsam mit der Kundin ein individuelles Ernährungsprogramm (Ziel: dauerhafte Gewichtsreduktion)
- Individuelle Beratung/Begleitung durch Gesundheitsmanager über Möglichkeiten und geeignete Methoden zum Muskelaufbau anhand der entsprechenden Unterlagen und der Stärken-Schwächen-Analyse
- Recherche und Beratung über geeignete ambulante Bewegungsgruppen
- In weiterer Folge: Beratung in Richtung „Integration der richtigen Bewegung in den Alltag“ mit einem individuell angepassten Bewegungsprogramm (insbes. Aufzeigen von Möglichkeiten, Interessen wecken)

e) Ein Fallbeispiel zu akuter Erkrankung

In diesem Beispiel geht es um einen Patienten/Versicherungsnehmer (VN), der einen Schlaganfall erlitten hat, somit akut erkrankt ist und bei dem Hilfen im Rahmen eines begleitenden Gesundheitsmanagements angezeit sind.

Betreuungsindikatoren: dringende weitere therapeutische Versorgung, unklare häusliche Betreuung, Bluthochdruck, Übergewicht

- Der Versicherungsbetreuer meldet sich beim Gesundheitsmanagement
- VN hatte einen Schlaganfall, nach der Akutversorgung soll im unmittelbaren Anschluss die Therapie in einem geeigneten Reha-Zentrum weitergeführt werden.
- Der tatsächliche Pflegeaufwand ist zu diesem Zeitpunkt noch unklar, es soll jedoch die häusliche Betreuung gewährleistet sein

Vorrangiges Ziel ist es, der Familie durch die Betreuung die notwendige Sicherheit zu bieten, um auf die Anforderungen der veränderten Lebenssituation adäquat reagieren zu können.

Erste Schritte:

- Kontaktaufnahme mit der Frau des Versicherungsnehmers (Situations- und Bedarfserhebung)
 - Der Frau des Versicherungsnehmers ist nicht klar, wie das weitere medizinische/therapeutische Vorgehen im Krankenhaus erfolgt
 - Der Frau des Versicherungsnehmers ist nicht klar, wie es zum Schlaganfall gekommen ist
 - Der Gesundheitsmanager organisiert ein Gespräch zwischen Vertrauensarzt und behandelnden Arzt im Krankenhaus (Befundbesprechung); dabei wird eine Erhebung von Risikofaktoren (Bluthochdruck, Cholesterin, Übergewicht) vorgenommen
 - Die Frau des Versicherungsnehmers und der Gesundheitsmanager erhalten über den Vertrauensarzt genaue Auskunft über den weiteren Behandlungsverlauf
- Beschleunigung der Antragstellung im Hinblick auf Maßnahmen der Rehabilitation (Übermittlung eines Anmeldeformulars für die neurologische Akutnachbehandlung, Kontakt zur Pensionsversicherung und mit dem zuständigen Sachbearbeiter, Abklären des Pflegeaufwandes der Phasen A, B, C)
- Durch die Intervention des Gesundheitsmanagers erfolgt die rasche Bestätigung, dass ein Rehabilitations-Aufenthalt (in Deutschland) mit B-Phase genehmigt wurde
- Organisation Transport vom Krankenhaus ins Rehabilitationszentrum

Weitere Schritte:

- Engmaschiger telefonischer Kontakt mit der Ehefrau des Patienten (des Versicherungsnehmers)
- Persönliche Treffen mit dem Versicherungsnehmer im Rehabilitationszentrum und der Ehefrau des Versicherungsnehmers in deren häuslicher Umgebung
- Durch die Besuche kann der Gesundheitsmanager den Umfang der häuslichen Betreuung und Pflege einschätzen
- Der Gesundheitsmanager bespricht mit der Familie mögliche Varianten der Pflegeunterstützung (z.B. durch Caritas, Hilfswerk, private Anbieter und Einzelpersonen, 24-Std.-Pflege)
- Organisation und Begleitung der häuslichen Pflege
- Betreuung und Planung des notwendigen barrierefreien Umbaus (insbesondere Eingangsbereich, Badezimmer, Schlafzimmer), Unterstützung bei der Einreichung um Förderungen

- Beratung hinsichtlich der vermehrten Belastung für die gesamte Familie, Therapiemöglichkeiten und Ansprechstellen
- Begleitung bei der dringend empfohlenen Ernährungsumstellung
- Organisation notwendiger ambulanter Therapien (u. a. mit Hausbesuch)

VI. Die Vorteile des „Begleitenden Gesundheitsmanagements“ für die Privatversicherer

Die Tätigkeit von Europ Assistance kommt unmittelbar den betroffenen Patienten zugute, deren Versorgung in der dargelegten Weise organisiert und optimiert wird.

Zugleich gibt es für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, für die Europ Assistance arbeitet, eine Reihe von Vorteilen. Diese Vorteile werden im Folgenden stichwortartig genannt.

- Mehrwert gegenüber der Leistungen aus Sozialversicherung
- Aufwertung der teuren Krankenversicherung durch teure Leistungspakete
- Gesunde durch Gesundheitsvorsorge als Krankenversicherte gewinnen
- Möglichkeit der frühen Risikoerkennung
- Umfassende Kundenbindung durch Einbindung des Versicherungsbetreuers
- Zuwendung des Versicherungsnehmers infolge positiver Eindrücke: Der Versicherungsbetreuer „sorgt für mich vor“; Schadensreferent „zahlt für mich“; Gesundheitsmanagers „begleitet mich“
- Gesundheitsmanagement in der privaten Krankenversicherung als konsequente Antwort auf Rehabilitations-Management in der Unfallversicherung⁶

- ¹ Näheres unter www.europ-assistance.de
- ² Zu den Rechtsfragen im Zusammenhang mit dem „Rehabilitationsmanagement“ („Steuerung der Versorgung“) in der deutschen privaten Krankenversicherung siehe den Beitrag von Reuther, in diesem Band.
- ³ Vgl. zu diesem Begriff und den damit verbundenen Maßnahmen die Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgespräche 2009 zum Thema „Medizinische Rehabilitation“ (Hrsg. Jabornegg/Resch/Seewald, Verlag Manz, Wien 2009), mit Beitrag u.a. von Seewald, Medizinische Reha – die Rechtslage im deutschen Sozialversicherungsrecht, S. 57–104, sowie Seewald, Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht § 10 SGB I Rn. 4a–7, § 29 Rn. 19 ff.
- ⁴ Vgl. zu Überlegungen im Hinblick auf „Gesundheit“ als „ein Weg, der sich bildet, indem man ihn geht“ und die damit angesprochene kontinuierliche Gestaltbarkeit des Gesund-Seins im Leben inmitten von Mitwelt und Umwelt, mit der Orientierung an einem neuen spirituell-systemischen Modell von Gesund-Sein, den Beitrag von Fröschl (in diesem Band).
- ⁵ Vgl. dazu in Deutschland für alle Bereiche der (gesetzlichen) Sozialversicherung die gemeinsamen Vorschriften des „Sozialgesetzbuches Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)“, insbes. §§ 4, 5 – Leistungen zur Teilhabe, Leistungsgruppen sowie §§ 26 ff. – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, §§ 33 ff. – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, §§ 44 ff. – Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, §§ 55 ff. – Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- ⁶ Siehe dazu die Beiträge von Kranig und Schumacher (zur deutschen gesetzlichen Unfallversicherung) sowie von Albert (zur österreichischen gesetzlichen Unfallversicherung) in diesem Band.

CW Haarfeld
Robert-Bosch-Straße 6
50354 Hürth

ISBN 978-3-7747-1762-6