

# Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsprozesse in der Endoprothetik: Ergebnisse einer qualitativen Prozessanalyse

## Factors of Successful Integrated Care Settings for Total Knee and Hip Arthroplasty: Findings of a Qualitative Process Analysis

### Autoren

S. Bartel<sup>1</sup>, M. Bethge<sup>1</sup>, M. Streibelt<sup>1</sup>, K. Thren<sup>2</sup>, C. Lassahn<sup>3</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin

<sup>2</sup> Klinik Niedersachsen Bad Nenndorf

<sup>3</sup> Annastift, Hannover

### Schlüsselwörter

- integrierte Versorgung
- Endoprothetik
- Qualitätsmanagement
- qualitative Forschung
- Prozessevaluation

### Key words

- integrated care
- arthroplasty
- quality management
- qualitative research
- process evaluation

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1249669>  
 Rehabilitation 2010;  
 49: 138–146  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0034-3536

### Korrespondenzadresse

**Susanne Bartel**  
 Charité Campus Mitte  
 Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation  
 Luisenstraße 13a  
 10098 Berlin  
 susanne.bartel@charite.de

### Zusammenfassung

**Zielsetzung:** Charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem ist eine Desintegration der verschiedenen Leistungsbereiche im medizinischen und pflegerischen Behandlungsprozess. Mit der „integrierten Versorgung“ (IV) hat der Gesetzgeber die Möglichkeit einer sektorenübergreifenden Leistungs- und Vergütungsform eröffnet (GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz, § 140a–d SGB V) und damit die Voraussetzungen für eine engere Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung geschaffen. Organisationsübergreifende und interdisziplinäre Arbeitszusammenhänge erfordern den Aufbau neuer Strukturen, um die unterschiedlichen Kompetenzen, Ressourcen und Interessen der beteiligten Kooperationspartner effektiv zu koordinieren. Ziel der Studie war die Identifizierung von Faktoren erfolgreicher Kooperationsbeziehungen im Rahmen integrierter Versorgungsleistungen bei Knie- und Hüftgelenkersatz. Am Beispiel des integrierten Versorgungsvertrages eines orthopädischen Fachkrankenhauses und einer Rehabilitationsklinik wurde untersucht, welche Faktoren eine erfolgreiche Implementierung der konzipierten Instrumente bedingen.

**Methodik:** Für die Analyse wurde ein qualitatives Forschungsdesign entwickelt. Es wurden unterschiedliche qualitative Erhebungsverfahren (teilnehmende Beobachtungen, leitfadengestützte Experteninterviews, Dokumentenanalysen) eingesetzt, die eine umfassende Untersuchung ermöglichen. Insgesamt wurden sechs Erstberatungen von IV-Patienten sowie zwei Informationsveranstaltungen, sieben Experteninterviews und unterschiedliche Dokumente analysiert (17 Patientenakten, IV-Patientenpässe, Informationsmaterialien für Patienten, Patienten- und Visitenlisten).

### Abstract

**Aims:** In Germany, introduction of the law on Integrated Health Care (IC) (§ 140a–d SGB V) opened up the possibility of cross-sectoral health care settings and new forms of remuneration, and improved the conditions for a closer cooperation between health care providers. However, cross-institutional and interdisciplinary work contexts demand new organizational structures in order to assure the coordination of different competences, resources and interests. This study aims at identifying factors of successful integrated care settings for total hip and knee arthroplasty. Using the example of an integrated care setting between an orthopaedic hospital and a rehabilitation clinic it will be examined which factors lead to successful implementation of the services and measures designed.

**Method:** A qualitative research design was developed comprising different methods of data assessment (participant observation, guided expert interviews, document analyses) enabling a comprehensive exploration. Overall, data were derived from six consultations with patients, two integrated care information sessions and various documents (17 patient files, information material, patient lists, etc.).

**Results:** First of all, the different phases of development and implementation of integrated care settings were described. In this context, clearly defined aims, structures and appropriate measures seem to be crucial for an ideal long-term cooperation. Furthermore, the staff perspective on the effects of the IC programme on their daily routines proved an essential basis for process reconstruction. The staff members pointed out four main aspects regarding IC settings, i. e., improved image, increased knowledge, intensity of relationship, and less and more work effort. Against this background, factors of successful IC settings could be generated such as the need for

**Ergebnisse:** Zunächst wurden die unterschiedlichen Phasen der Entwicklung und Implementierung der IV beschrieben, und es wurde gezeigt, dass für eine optimale langfristige Kooperation von Anfang an klar definierte Ziele, Strukturen und geeignete Instrumente definiert werden müssen. Des Weiteren konnte die Mitarbeitersicht auf die den Arbeitsalltag betreffenden Auswirkungen des IV-Programms als wichtige Perspektive für die Prozessrekonstruktion genutzt werden. Die Mitarbeiter sahen die IV dabei vor allem durch vier Aspekte gekennzeichnet: Imagegewinn, Wissenszuwachs, vertiefte Beziehungsintensität, Arbeitszuwachs/-entlastung. Vor diesem Hintergrund konnten Erfolgsfaktoren, wie die Notwendigkeit einer zentralen Koordination, regelmäßige Mitarbeiterinformationen sowie ein begleitendes Prozessmonitoring identifiziert werden, die eine erfolgreiche Kooperationsbeziehung gewährleisten.

**Schlussfolgerung:** Anhand der Prozessanalyse konnten zentrale Faktoren erfolgreicher Kooperationsbeziehungen in der Endoprothetik generiert werden, die wichtige Ansätze für die Ausgestaltung zukünftiger interdisziplinärer und sektorenübergreifender Kooperationsbeziehungen liefern.

## Hintergrund

Das deutsche Gesundheitssystem ist gekennzeichnet durch eine Desintegration der verschiedenen Leistungsbereiche im medizinischen und pflegerischen Behandlungsprozess. Diese Entwicklung ist verbunden mit einer zunehmenden Spezialisierung der Akteure in den betreffenden Arbeitsbereichen und führt zu Reibungsverlusten an den sektoralen Schnittstellen, starren Versorgungsstrukturen sowie einer nicht ausreichenden Koordination der Leistungsanbieter [1]. Als Antwort auf diese Entwicklung hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (§ 140 a–d SGB V) die Möglichkeit einer sektorenübergreifenden Leistungs- und Vergütungsform durch Verträge zur „integrierten Versorgung“ (IV) geschaffen. Sozialrechtlich wird damit die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern unterschiedlicher Sektoren gefördert, um inhaltlich und institutionell getrennte Leistungen zu verknüpfen und besser abzustimmen. Dies soll eine wirtschaftlichere Versorgung ermöglichen (z.B. aufgrund von Synergien durch gemeinsame Verwaltung und Dokumentation sowie die Vermeidung von Doppeluntersuchungen), die Behandlungskontinuität verbessern (z.B. durch verkürztes Antragsverfahren für die Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation und frühzeitige Anmeldung in der Rehabilitationsklinik) und eine höhere Transparenz des Behandlungsprozesses gewährleisten [2, 3].

Bis Ende 2008 wurden laut des Berichts der „Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V“ (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, BQS §140) deutschlandweit insgesamt 6407 Verträge zur IV gemeldet. Unter den abgeschlossenen Verträgen haben Verträge zur Behandlung von muskuloskelettalen Erkrankungen mit einem Anteil von 20% die quantitativ größte Bedeutung. Die meisten Verträge zur integrierten Versorgung betreffen dabei die Endoprothetik bei Hüft- und Kniegelenkersatz [2] und hier vor allem gemeinsame Versorgungsmodelle von Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen [3].

Ziel der Kooperationen entsprechender Leistungserbringer in der Endoprothetik ist die Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung mit Knie- und Hüftgelenkersatz. Realisiert werden soll dies über einen reibungslosen Verlauf der

central coordination, a regular staff information systems as well as accompanying process monitoring.

**Conclusion:** Several key factors of successful integrated care settings in arthroplasty could be generated which provide important clues for shaping future interdisciplinary and cross-sectoral cooperation settings in health care services in general.

gesamten Behandlung und abgestimmte Therapien sowie über ein verbessertes und patientengerechteres Informationsmanagement. Erste Forschungsergebnisse zeigen, dass IV-Konzepte in der Endoprothetik zu einer signifikanten Steigerung der Patientenzufriedenheit und zu einer deutlichen Senkung der Behandlungskosten führen können [4]. Weitere Beiträge im Kontext des Netzwerkmanagements verdeutlichen zudem, dass die IV dazu beiträgt, das Überleitungsmanagement zu verbessern und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zu etablieren [5, 6].

Die Einführung sektorenübergreifender integrierter Versorgungsleistungen erfordert den Aufbau neuer Organisationsstrukturen, um die unterschiedlichen Kompetenzen, Ressourcen und Interessen der beteiligten Kooperationspartner effektiv zu koordinieren. Als eine wichtige Voraussetzung gelingender IV-Prozesse gilt in diesem Zusammenhang u. a. das Personal- und Beziehungsmanagement [7–9]. Eine kooperative Unternehmenskultur bedarf Vertrauen und Verbindlichkeit sowie transparenter Kommunikation und effektiver Koordination [10].

Die in den letzten Jahren beschriebenen IV-Modelle [11–13] liefern wichtige Erkenntnisse über die Erfahrungen einer solchen sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Allerdings fehlen konkrete analytische Ansätze, die einen empirischen Beleg liefern, welche Faktoren für eine erfolgreiche Kooperation im Rahmen der IV erforderlich sind. Am Beispiel eines Kooperationsvertrages wurde exemplarisch untersucht,

- a) auf welche Art und Weise die Etablierung des IV-Prozesses stattfand und
- b) wie die Organisationsstrukturen, Arbeitsabläufe und -inhalte der IV aus Sicht der Mitarbeiter bewertet werden.

Ziel war es, Faktoren zu identifizieren, die integrierte Versorgungsleistungen gewährleisten und somit eine gelingende Kooperation charakterisieren.

## Methoden

Die vorliegende Prozessanalyse ist Teil einer Studie zur Evaluation eines IV-Modells bei Knie- und Hüftgelenkersatz zwischen einem Akutkrankenhaus (Annastift, Hannover) und einer

Rehabilitationsklinik (Klinik Niedersachsen, Bad Nenndorf) [14, 15].

### Das IV-Modell

Im Zentrum des hier untersuchten Versorgungsmodells stehen die Kooperationselemente Vernetzung, Kommunikation und Patientenzentrierung. Das Modell umfasst eine Vorbereitungsphase, eine präoperative Phase, eine akutstationäre Phase, die Anschlussrehabilitation und mehrere Nachsorgetermine. Während der *Vorbereitungsphase* werden alle Patienten, die für eine IV in Frage kommen, zunächst über den konkreten IV-Behandlungsablauf individuell aufgeklärt (IV-Beratung) und entscheiden sich in diesem Rahmen für oder gegen eine Teilnahme am IV-Programm. Diese Beratung findet in der sog. IV-Zentrale des Akutkrankenhauses statt, die mit einer hauptverantwortlichen Mitarbeiterin besetzt wurde. Die Mitarbeiterin der IV-Zentrale<sup>1</sup> übernimmt werktags von 8.00 bis 16.00 Uhr darüber hinaus die telefonische Beratung der Patienten. Gleichzeitig läuft in der IV-Zentrale die patientenbezogene Dokumentation beider Vertragspartner zusammen. Die Mitarbeiterin ist Ansprechpartnerin für Patienten und Ärzte. Mit Anmeldung am IV-Programm werden die Patienten mit einem voraussichtlichen Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus bereits in der Rehabilitationsklinik angemeldet, die somit frühzeitig die Bettenplanung einleiten kann. Des Weiteren werden die niedergelassenen Ärzte (Hausarzt und ggf. orthopädischer Facharzt) in einem detaillierten Arztbrief über den vorgesehenen Gelenkersatz informiert. Die patientenbezogenen Daten bei Anmeldung und im weiteren Behandlungsverlauf werden vom IV-Büro in die Patientenaufnahme der Rehabilitationsklinik übermittelt und von hier an die entsprechenden Mitarbeiter des Hauses weitergeleitet.

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

Die Kooperation während der *akutstationären Phase* ist gekennzeichnet durch die Frühmobilisierung der Patienten durch Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik. Die Physiotherapeuten der Rehabilitationseinrichtung dokumentieren den Behandlungsprozess und übermitteln die entsprechenden Daten in einem speziellen Formular der Rehabilitationsklinik. Eine weitere Schnittstelle in dieser Behandlungsphase ist die postoperative Arztvisite, die von einem Arzt des Akutkrankenhauses und der Rehabilitationsklinik gemeinsam geleitet wird. Hier können bereits vor Beginn der Anschlussrehabilitation besondere Probleme oder Fragen der Patienten geklärt (Komorbiditäten, besondere Medikamente usw.) und die Anschlussrehabilitation

frühzeitig abgestimmt und vorbereitet werden. Durch den direkten Transfer der Patienten in die Rehabilitationsklinik wird die Anschlussrehabilitation unmittelbar realisiert. Auch am Tag der Verlegung wird die krankengymnastische Behandlung sichergestellt. Mögliche Komplikationen durch einen verzögerten Rehabilitationsbeginn werden so vermieden.

Die *Anschlussrehabilitation* unterscheidet sich in Form und Ausgestaltung nicht von der herkömmlich durchgeführten Rehabilitation bei Knie- oder Hüftgelenkersatz. Jedoch können durch die frühzeitige Klärung möglicher Komplikationen, die bereits erfolgte Mobilisierung der Patienten und die kurzen und direkten Kommunikationswege die Rehabilitationsinhalte effizienter auf die Lebenswirklichkeit der Patienten abgestimmt werden (z. B. Berücksichtigung von Problemen bei der Krankheitsbewältigung oder von Barrieren im häuslichen Umfeld). Bei den Patienten auftretende medizinische Probleme werden mit den Operateuren telefonisch besprochen. In diesen Fällen wird gemeinsam entschieden, ob der Patient während oder direkt nach der Rehabilitation noch einmal im Akutkrankenhaus vorgestellt wird. Um den langfristigen Behandlungserfolg sicherzustellen und die Ergebnisqualität zu dokumentieren, werden *Nachsorgetermine* nach drei bis vier Monaten und einem Jahr sowie nach fünf und zehn Jahren angeboten. Die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse erfolgt in den standardisierten Patientenpässen der IV-Teilnehmer. Die Bewertung des Behandlungserfolgs wird mit dem Harris Hip Score [16] bzw. dem Knee Society Score [17] vorgenommen. Die derart realisierte Darstellung des Behandlungsverlaufs ermöglicht eine schnelle Orientierung für weiterbehandelnde Ärzte und schafft zugleich Transparenz für die Patienten. Um die Qualität des Versorgungsmodells langfristig weiterzuentwickeln, wurde ein gemeinsamer Qualitätszirkel durch beide Versorgungspartner eingerichtet, der die Umsetzung des Modells begleitet.

### Studiendesign

Um die einzelnen Kooperationselemente zu untersuchen, wurde ein qualitatives Forschungsdesign entwickelt. Die Erhebungsverfahren umfassten leitfadengestützte Interviews mit den Akteuren beider Einrichtungen (Experteninterviews) [18], teilnehmende Beobachtungsverfahren [19] sowie eine Dokumentenanalyse [20]. Daraus wurden klinikinterne und institutionsübergreifende Prozesse rekonstruiert sowie förderliche und hinderliche Faktoren der Kooperation identifiziert. Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte nach inhaltsanalytischen Gesichtspunkten [21] durch EDV-gestützte Dokumentation und Auswertung mittels der Analysesoftware MAXQDA.

### Erhebungsprozess

In einem ersten Schritt wurden *teilnehmende Beobachtungen* durchgeführt, um einen Zugang zum Behandlungsprozess im Rahmen der IV zu erhalten. Zu klären war, welche Informationen die Patienten im Vorfeld von wem erhalten und wie diese vermittelt werden. Hierfür wurden die individuelle Beratung im IV-Büro und die Informationsveranstaltung ausgewählt. Im Zeitraum von zwei Wochen wurde an insgesamt sechs Beratungen mit neuen Patienten teilgenommen. Zudem wurden zwei von jeweils unterschiedlichen Seminarleitern durchgeführte Informationsveranstaltungen besucht.

Basierend auf den Ergebnissen der Beobachtungsphase, theoretischen Vorüberlegungen sowie orientiert an den grundlegenden Fragestellungen wurde anschließend ein Leitfaden für die *Experteninterviews* entwickelt. Diese spezielle Form der Interviews

<sup>1</sup>Die Mitarbeiterin der IV-Zentrale ist als Sekretärin angestellt. Sie verfügt über die Qualifikation „Arzthelferin“ und über langjährige Berufserfahrung im Krankenhaus, speziell in der Orthopädie.

wird eingesetzt, um Erkenntnisse über soziale Kontexte und Strukturen zu erlangen. Experten verfügen aufgrund ihrer beruflichen Stellung über spezifische Perspektiven auf einen Sachverhalt und besonderes Wissen, welches es von Seiten der Forscher zu rekonstruieren gilt [18]. In diesem Fall sollte ermittelt werden, wie die Behandlungsprozesse in der IV hinsichtlich der Zuständigkeiten und Arbeitsabläufe auf personeller und organisatorischer Ebene strukturiert sind. Ein weiterer Schwerpunkt der Befragung lag in der Generierung von Bedingungen, die für eine optimale Zusammenarbeit zwischen den Institutionen gegeben sein müssen. Dabei war insbesondere der Umsetzungsprozess einzelner IV-Instrumente hinsichtlich deren Voraussetzungen und Modifikationen von Interesse. Des Weiteren wurde erfragt, wie aus der Sicht der Experten Patienten ihre Behandlung wahrnehmen und beurteilen. Ein zentraler Aspekt, der ebenfalls im Interview angesprochen wurde, waren Aspekte des Qualitätsmanagements, d. h. Maßnahmen, die die Qualität der etablierten Prozesse gewährleisten, aber auch mögliche Optimierungspotenziale identifizieren helfen. Die Fallauswahl orientierte sich an den unterschiedlichen Arbeitsbereichen der Mitarbeiter, die am IV-Behandlungsprozess beteiligt sind. Es konnten primär drei Handlungsebenen im IV-Prozess identifiziert werden, aus denen die jeweils zentralen Akteure interviewt wurden: die Konzeptentwicklungsebene, die Behandlungsebene und die operative Ebene. Als Mitarbeiter der Konzeptentwicklungsebene wurden Akteure bezeichnet, die aktiv am Entwicklungs- und Implementierungsprozess des IV-Vertrages beteiligt waren und damit über umfassendes Hintergrundwissen verfügen und zum Teil zugleich aktiv an der Umsetzung einzelner Instrumente beteiligt waren. Der Behandlungsebene wurden Akteure zugeordnet, die im Rahmen ihrer Arbeit die einzelnen IV-Instrumente in der Praxis umsetzen und diese hinsichtlich ihrer Praktikabilität beurteilen können. Die für die administrative Bearbeitung und Koordination zuständigen Mitarbeiter wurden auf der operativen Ebene lokalisiert (IV-Büro, Patientenaufnahme). Es wurden insgesamt sieben Experteninterviews im Zeitraum von zwei Monaten durchgeführt.

In der abschließenden Erhebungsphase der Prozessanalyse wurden unterschiedliche *Dokumente* untersucht, die im IV-Behandlungsprozess eine zentrale Rolle spielen und mit denen intern und organisationsübergreifend patientenspezifische und für die Behandlung relevante Informationen ausgetauscht werden. Sie stellen somit eine Operationalisierung der institutionellen Interaktion und Kommunikation dar. Ziel war es zunächst, den Umfang und die Art der Informationen über IV-Patienten zu ermitteln und mit den Informationen regulärer Patienten zu vergleichen. Hierfür wurden Patientenakten als Merkmalsträger herangezogen.

Des Weiteren galt es zu untersuchen, wie der organisationsübergreifende und interdisziplinäre IV-Prozess mithilfe speziell entwickelter Dokumente abläuft. Vor diesem Hintergrund wurden IV-Patientenpässe sowie Patienten- und Visitenlisten untersucht. Zusätzlich wurden für die Analyse alle Informationsmaterialien für IV-Patienten aus der Beratung genutzt (z. B. Ratgeber für Patienten, Patienteninformation zur integrierten Versorgung, Übungsprogramm vor der Operation).

Insgesamt konnten in der Rehabilitationsklinik neun Patientenakten von IV-Patienten und acht Patientenakten von regulär behandelten Patienten zufällig aus allen im Zeitraum von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderwochen entlassenen Fällen gezogen, vollständig kopiert und anonymisiert werden. Die IV-Patientenpässe lagen für die beiden Indikationen in Originalform

vor. Jeweils eine Patienten- und eine Visitenliste konnten in der Klinik eingesehen werden.

### Auswertungsprozess

Der Auswertungsprozess gliederte sich in unterschiedliche Phasen. Das Datenmaterial wurde zunächst separat für die einzelnen Erhebungsphasen ausgewertet. Abschließend erfolgte die Synthese der Einzelergebnisse hinsichtlich der eingangs erwähnten Fragestellungen.

Für die Auswertung der *teilnehmenden Beobachtung* wurden während der Beratung und der Informationsveranstaltung Beobachtungsprotokolle angefertigt und anschließend nach einzelnen Beobachtungsfeldern kategorisiert (Zeit, Personen, Inhalt, Unterbrechungen, Arbeitsschritte usw.). Zusätzlich zu den Protokollen wurden unmittelbar nach der Beobachtung Memos angefertigt, d. h. in Form eines Textes persönliche Eindrücke festgehalten, die in Ergänzung zu den Protokollen der anschließenden Auswertung zur Verfügung standen. Im Rahmen der Auswertungsphase der Erstberatungsgespräche wurde der Kodierprozess am Datenmaterial zunächst in einer offenen Form angewandt, davon ausgehend wurden unterschiedliche Beratungsdimensionen identifiziert.

Die Experteninterviews wurden zunächst vollständig transkribiert und nach inhaltsanalytischen Gesichtspunkten ausgewertet. Zusätzlich wurden Postskripts, die im Anschluss an die Interviews angefertigt wurden, in den Auswertungsprozess einbezogen. Aus den Trans- und Postskripten wurden die Themenschwerpunkte extrahiert und einzelnen Dimensionen zugeordnet, die für den Prozess der Zusammenarbeit charakteristisch sind und der weiterführenden Identifizierung der Erfolgsfaktoren dienen.

Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurden die einzelnen Dokumente zunächst entsprechend bestimmter Analyseeinheiten untersucht (Art des Dokuments, Datum, Inhalt, Form, Absender, Adressat, Medium der Übermittlung). Mithilfe dieser Analyseeinheiten war es möglich, einzelne Patientenkarrerien zu rekonstruieren und Form, Inhalt, Umfang und Übermittlung der Dokumente zu untersuchen. Die Auswertung der Dokumente ergab detaillierte Erkenntnisse über die hohe Komplexität des Dokumentenmanagements und die damit verbundenen Anforderungen an die Akteure und Handlungsabläufe innerhalb unterschiedlicher Arbeitsbereiche.

In **Abb. 1** sind die einzelnen Schritte der Datenerhebung und Auswertung sowie eine Auswahl der Einzelergebnisse zusammenfassend dargestellt.

### Ergebnisse

Die Identifizierung von Erfolgsfaktoren wurde anhand der unterschiedlichen Phasen des Entwicklungs- und Umsetzungsprozesses der IV in den Kliniken realisiert und basierend auf der Sicht der Mitarbeiter auf das IV-Programm verdeutlicht. Vor diesem Hintergrund konnten die Erfolgsfaktoren generiert und anhand von Beispielen konkretisiert werden.

### Phasen der Kooperation

Am Beispiel der Kooperationsbeziehung zwischen Krankenhaus und Rehabilitationsklinik wurde deutlich, dass die Entwicklung und Implementierung der IV in den beteiligten Einrichtungen einem Entwicklungsprozess folgten und die in **Abb. 2** dargestellten Phasen umfasste.

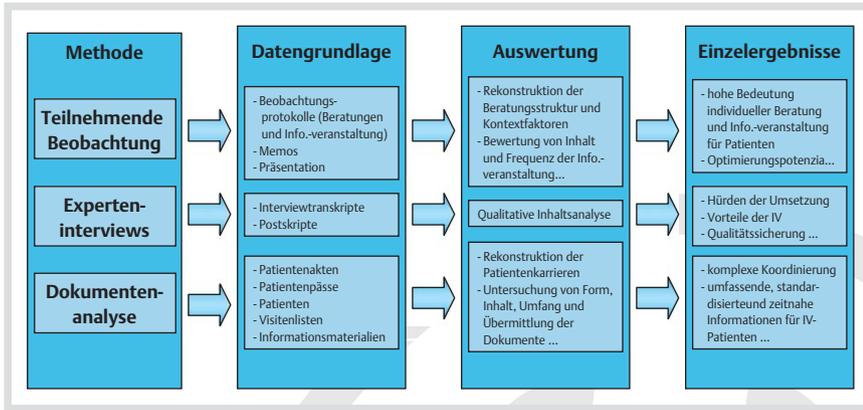


Abb. 1 Erhebungs- und Auswertungsprozess sowie Einzelergebnisdarstellungen der Prozessanalyse.

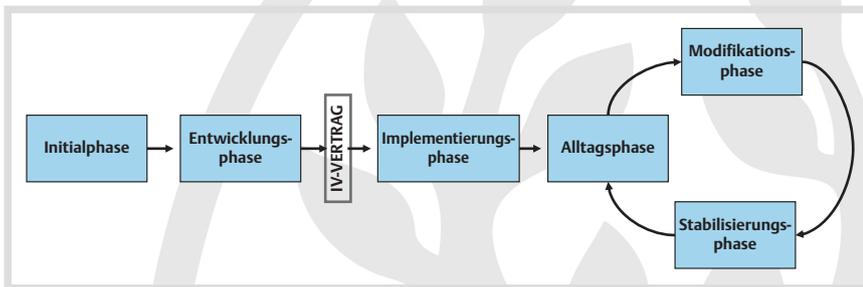


Abb. 2 Phasen der Kooperation in der IV.

In der *Initialphase* fand zunächst eine Identifizierung von Problemen und Optimierungsmöglichkeiten innerhalb des eigenen Unternehmens statt, es wurden Ressourcen und Kompetenzen herausgestellt und Lösungsmöglichkeiten beleuchtet. Hier war es wichtig, Chancen und Risiken sowie Aufwand und Nutzen gegenüberzustellen und geeignete Partner für Kooperationsbeziehungen zu finden. Beide Partner erwogen in diesem Zusammenhang eine Kooperation mit einem Vertreter eines anderen Versorgungsektors in der Region (vertikale Kooperation), um die sich in der Versorgung stellende Schnittstellenproblematik bewältigen zu können. Die Suche nach einem potenziellen Kooperationspartner war dabei bestimmt durch die Frage, welche Vorteile eine Kooperation – hinsichtlich der eigenen Interessenslagen, aber auch des Kooperationspartners – bringt, welche Barrieren damit überwunden werden können, welche Investitionen und Voraussetzungen im Rahmen einer solchen Zusammenarbeit eingebracht werden müssen und über welche Ressourcen und Potenziale der Kooperationspartner verfügen sollte.

Im weiteren Verlauf wurden im Rahmen der *Entwicklungsphase* Akteure benannt, die aktiv an dieser Konzept- und Produktentwicklung beteiligt und für die Ausgestaltung, Modifikation und Ansprache hinsichtlich IV-spezifischer Aspekte verantwortlich waren. In dieser Phase stand zudem die Konkretisierung und Weiterentwicklung der Idee im Vordergrund. Hier war es erforderlich, dass die einzelnen Partner ihre Interessen, Perspektiven, Ressourcen und Kompetenzen einbringen, um gemeinsam eine erste Zielklärung vorzunehmen. Dies diente der Vorbereitung der konkreten Zielvereinbarung und Klärung aller erforderlichen Regeln und Strukturen der Zusammenarbeit. Es wurde ein gemeinsames Behandlungskonzept entwickelt und den Krankenkassen vorgelegt. Das Konzept definierte Ziele und Instrumente und umfasste eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Behandlungsphasen. Zudem wurde der Behandlungsprozess unter Berücksichtigung der Informationsübertragung zwischen den Leistungserbringern detailliert beschrieben.

Darüber hinaus mussten in der *Implementierungsphase* auf verschiedenen Arbeitsebenen neue Strukturen und Kommunika-



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

tionswege in und zwischen den Kliniken geschaffen werden, um die Behandlungswege im Rahmen der IV zu realisieren. So wurden entsprechende Strukturen geschaffen (z. B. IV-Büro, Review-Meeting/später „Qualitätszirkel IV“), die zu erfüllenden Aufgaben an die verantwortlichen Mitarbeiter der entsprechenden Arbeitsbereiche übertragen, neue Abläufe in Form von Mitarbeiterbesprechungen thematisiert sowie benötigte Materialien, z. B. spezielle Mappen oder Patientenbroschüren, konzipiert und bereitgestellt. Es wurde deutlich, dass diese Um- und Neustrukturierungen durch ein komplexes Zusammenspiel struktureller und personeller Voraussetzungen und vorhandener Ressourcen charakterisiert waren und sich im Spannungsfeld definierter Kooperationsziele, bestehender etablierter Kommunikations- und Koordinationsstrukturen sowie begleitender qualitätssichernder Maßnahmen vollzogen (• Abb. 3).

In der sich anschließenden *Alltagsphase* folgte die Integration der eingesetzten Instrumente. Zeigten sich hier im Laufe der Zeit

Herausforderungen und Probleme in der Umsetzung bestimmter Instrumente, wurden diese in der *Modifikationsphase* zunächst gemeinsam diskutiert und ggf. verändert. Alle Veränderungen und Modifikationen der einzelnen Instrumente gestalteten sich in Abhängigkeit der Arbeitsbereiche zwar unterschiedlich, zielten aber einheitlich auf die Schaffung klarer und transparenter Strukturen und Abläufe ab, die für alle beteiligten Akteure effizient erschienen und eine optimale Behandlung der Patienten gewährleisten. Die zunehmende Stabilisierung der Prozesse zeigte sich schließlich in der zunehmenden Standardisierung der Arbeitsabläufe und in der Etablierung integrierter Versorgungsleistungen als neue Regelversorgung.

#### IV: Sicht der Mitarbeiter

Die Einführung der IV hing im hohen Maße vom Engagement der Mitarbeiter ab. Die Bedeutung der IV aus Mitarbeitersicht war daher besonders relevant und wurde im Rahmen dieser Studie aus den Experteninterviews rekonstruiert. Schwerpunkte waren hier neben der persönlichen Meinung zur IV allgemein auch die Erfahrungen mit IV-Patienten. Es konnten primär vier Effekte identifiziert werden:

- ▶ Imagegewinn,
- ▶ Wissenszuwachs,
- ▶ vertiefte Beziehungsintensität und
- ▶ Arbeitszuwachs/-entlastung.

Die IV wurde von allen Mitarbeitern als innovatives Konzept betrachtet, das im Interesse der Patienten und Institutionen entwickelt und umgesetzt wurde. Das Versorgungskonzept galt als Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Kliniken. Hervorgehoben wurde auch die frühzeitige Präsenz der Rehabilitationsklinik im Krankenhaus, die noch vor der Entlassung einen ersten Eindruck von der zukünftigen Rehabilitationsklinik vermittelte. Kritisch wurde angemerkt, dass niedergelassene Ärzte der IV noch immer mit verhaltener Resonanz begegnen.

In Bezug auf den Wissenszuwachs konnten – primär von den Mitarbeitern der Behandlungsebene – zwei Schwerpunkte herausgestellt werden. Einerseits wurde angemerkt, dass eine Vielzahl von IV-Patienten mehr über ihren Behandlungsverlauf sowie über ihre Erkrankung wussten und im Erstgespräch durch die Behandler diese grundlegenden Themen nicht mehr primär geklärt werden mussten. Andererseits verfügten die Behandler über detaillierte Informationen hinsichtlich des Behandlungsweges in der jeweils anderen Klinik und kannten die relevanten Ansprechpartner. Zudem gelangten die ersten patientenbezogenen Daten bereits mit der Anmeldung zur Operation in die Rehabilitationsklinik und wurden im weiteren Verlauf durch detaillierte Befunde ergänzt. Patienten waren häufig positiv überrascht, dass sie nicht ihren kompletten Behandlungsweg beschreiben mussten und schon so viel über sie bekannt war. Nicht zuletzt sahen die Mitarbeiter dadurch die Beziehungsebene deutlich verbessert. Ärzte und Therapeuten konnten direkt auf Personen, Strukturen und Abläufe Bezug nehmen, die ihnen aus der jeweils anderen Institution bekannt waren. Die Beziehung konnte dadurch persönlicher gestaltet werden und so zur Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit beitragen. Die Patienten wiederum kannten die ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik bereits aus dem Akutkrankenhaus.

Eine ebenfalls konsistente Wahrnehmung der interviewten Mitarbeiter war einerseits der Arbeitszuwachs durch die erforderlichen klinikinternen Abstimmungen (z.B. Koordination und Weiterleitung der Entlasstermine) und die für die IV-Patienten

auszufüllenden Dokumente (z. B. Patientenpass, Physiotherapiebogen). Dies wurde insbesondere von den Mitarbeitern der Behandlungsebene und der operativen Ebene angemerkt. Andererseits wurde die Bedeutung dieser Arbeitsaufgaben für einen reibungslosen IV-Prozess bestätigt und im Sinne einer verbesserten Patientenorientierung angesehen. In diesem Zusammenhang wurde von den Mitarbeitern auf der Konzeptentwicklungsebene herausgestellt, dass Arbeitsschritte wie die Ermittlung der Kostenträger oder die schriftliche Beantragung der Anschlussrehabilitation entfallen.

#### Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsleistungen

In einer Zusammenführung der einzelnen Analyseebenen konnten zentrale Prozesse rekonstruiert werden, die die IV charakterisieren. Im Zusammenhang mit den Einzelergebnissen war es so möglich, Faktoren zu generieren, die für eine optimale Kooperation im Rahmen der IV Geltung besitzen.

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

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

Der regelmäßige organisationsübergreifende Austausch sowie die Bewertung der IV-Prozessqualität durch die Qualitätsbeauftragten beider Kliniken stellen einen weiteren wichtigen Erfolgsfaktor dar. Für die Gestaltung, Umsetzung und Beurteilung des IV-Prozesses nimmt damit ein *prozessbegleitendes Monitoring*, z. B. im Rahmen des internen Qualitätsmanagements [6], einen zentralen Stellenwert ein. Die Relevanz dieser IV-Prozessbegleitung wurde besonders deutlich, als mit zunehmender Patientenzahl zahlreiche Veränderungen im Krankenhaus vorgenommen werden mussten. Beispielsweise konnte so gezeigt werden, dass nicht alle Patienten die Möglichkeit bekamen, an der Informationsveranstaltung teilzunehmen, da für viele der OP-Termin vor der nächsten Veranstaltung lag. Aufgrund dieser

Analyse wurde die Veranstaltungsfrequenz erhöht und die Teilnahmequote stabilisiert.

Weiterhin ist zu empfehlen, Dokumente und Materialien, die speziell für den IV-Behandlungsprozess entwickelt werden, *zielgruppenspezifisch und übersichtlich* zu gestalten. So werden den Patienten z.B. in der IV-Beratung einzelne Dokumente unterschiedlicher Akteure (Krankenkassen, Ergotherapeuten, Klinik usw.) ausgehändigt. Diese sollten bereits im Vorfeld zusammengestellt und vereinheitlicht werden. Anhand des Patientenpasses kann dieser Aspekt weiter verdeutlicht werden. Es hat sich gezeigt, dass der Patientenpass von unterschiedlichen Akteuren, zu unterschiedlichen Zeitpunkten und aus unterschiedlichen Gründen genutzt wird. Einigen Patienten schien die Relevanz des Dokuments für die Dokumentation ihres Behandlungsverlaufes nicht deutlich zu sein, denn sie vergaßen, ihn zu den Untersuchungen mitzubringen. Die erhobenen Werte konnten während der ärztlichen Untersuchung nicht eingetragen werden und eine Abbildung des Behandlungsverlaufes war damit nicht gewährleistet. Hier wird grundsätzlich eine Trennung von Datenerfassung und Patienteninformationen empfohlen. Die Werte könnten beispielsweise vom Arzt im Rahmen der Untersuchungen direkt elektronisch erfasst und ausgewertet werden. Analog dazu würden die Patienten eine Informationsbroschüre erhalten, die alle bisher einzeln ausgehändigten IV-Dokumente umfasst.

In **Abb. 4** sind die einzelnen Erfolgsfaktoren zusammengefasst.

## Diskussion

Ziel der vorliegenden Prozessanalyse war die Untersuchung einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im Rahmen der IV zwischen zwei Kooperationspartnern. Im Zentrum der Analyse stand die Identifizierung von Faktoren, die eine erfolgreiche Umsetzung der Kooperationsziele begünstigen.

Bisher gibt es nur wenige Veröffentlichungen, die sich differenziert mit den qualitativen Aspekten des Behandlungsprozesses im Rahmen der IV, insbesondere den Voraussetzungen und Bedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung der Kooperations-elemente, befassen. Gleichzeitig wird aber verstärkt die Trans-

parenz sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen hinterfragt [22,23]. Aufgrund des bisher noch wenig erforschten Untersuchungsgegenstandes wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Die Kombination unterschiedlicher Methoden (teilnehmende Beobachtung, Experteninterviews, Dokumentenanalyse) stellte in diesem Zusammenhang eine optimale Möglichkeit dar, der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes gerecht zu werden. Fragestellungen in Bezug auf Effektivität und Effizienzabschätzung der IV, die eher auf quantitative Aspekte fokussiert sind, können mit einem solchen Design nicht untersucht werden. Sie liefern aber in Ergänzung zur durchgeführten quantitativen Analyse der Zugangsbedingungen [24] und der ebenfalls realisierten Wirksamkeitsstudie wichtige Ergebnisse in Bezug auf qualitative Aspekte der Zusammenarbeit<sup>2</sup>.

Zusammenfassend gilt, dass die im Rahmen des Netzwerkaufbaus definierten IV-Instrumente in hohem Maße die Schnittstellenproblematiken des Überleitungsmanagements lösen, die sich im normalen Alltag ergeben. Im Zentrum stehen die Patienten, über die bereits im Vorfeld durch die gezielte Zusammenarbeit in Form der gemeinsamen postoperativen Visite sowie der Mobilisation durch Fachkräfte aus beiden Kliniken und die frühzeitig organisationsübergreifend geplante Dokumentation umfassende Informationen bekannt sind und deren Behandlung in der Rehabilitationsklinik optimal eingeleitet werden kann. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Einführung solcher innovativen Leistungen in beiden Kliniken Auswirkungen auf zentrale klinikinterne Arbeitsbereiche hat und zahlreiche Herausforderungen an alle Mitarbeiter stellt.

Der Erfolg einer Kooperation hängt maßgeblich von den Kooperationszielen und der damit zusammenhängenden Zweckmäßigkeit der entwickelten Instrumente ab, die sich mit Fortschreiten der Kooperationsbeziehung bewähren müssen und durch die Zusammenarbeit der einzelnen Netzwerkpartner determiniert sind. Für eine optimale langfristige Kooperation müssen daher von Anfang an klare Ziele, Strukturen und geeignete Instrumente definiert werden, die allen Akteuren eine Orientierungs- und Optimierungsgrundlage bieten. Deutlich wurde, dass gemeinsame Kommunikations- und Koordinationsstrukturen bereits im Vorfeld entwickelt und zumindest in der ersten Zeit begleitet werden müssen. Der nachhaltige Erfolg wird durch moderierte Qualitätszirkel und das Prozessmanagement sichergestellt. Dies wird zudem durch externe Aspekte wie veränderte Patientenzahlen, verkürzte Liegezeiten im Akutkrankenhaus oder Einschluss weiterer Vertragspartner beeinflusst. Hier muss die Kommunikations- und Organisationsstruktur flexibel und transparent gestaltet sein, um zeitnah und adäquat reagieren zu können.

Hinsichtlich der Wahrnehmung der Kooperation durch die Mitarbeiter gilt, dass die IV für Mitarbeiter auf allen Handlungsebenen von großer Bedeutung ist. Auffallend hierbei waren die einheitlich benannten Aspekte des Imagegewinns, des Wissenszuwachses und der Beziehungsintensivierung sowie des wahrgenommenen Arbeitszuwachses, aber auch der Arbeitsentlastung. Gleichzeitig wurde deutlich, dass die Gewichtung der benannten Aspekte durch die Mitarbeiter auf den unterschiedlichen Handlungsebenen variierte. So wurden von den Mitarbeitern



**Abb. 4** Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsleistungen.

<sup>2</sup>Für die hier dargestellte Prozessevaluation wurde auf Patienteninterviews verzichtet. Gleichwohl jedoch im Rahmen der Studie auch Patienteninterviews und schriftliche Patientenbefragungen durchgeführt. Eine ausführliche Darstellung der Gesamtergebnisse ist in Vorbereitung.

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

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

### Schlussfolgerungen

Die in dieser Arbeit dargestellten Aspekte wurden aus der Evaluation eines spezifischen IV-Programms generiert, können aber dennoch wichtige Ansätze für interdisziplinäre und fachübergreifende Kooperationsbeziehungen anderer Indikationen liefern. Die Ergebnisse legen nahe, dass höhere Patientenzufriedenheit und bessere Versorgungsqualität in der Endoprothetik nicht nur durch verbesserte Medizinprodukte, sondern auch durch die Etablierung innovativer Kommunikations- und Koordinationsstrukturen sowie ein Qualitäts- und Prozessmanagement erreichbar sind.

### Kernbotschaft

Mit der integrierten Versorgung wurden die Voraussetzungen für eine engere Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung geschaffen. Institutionsübergreifende und interdisziplinäre Arbeitszusammenhänge erfordern den Aufbau neuer Organisationsstrukturen, um die unterschiedlichen Kompetenzen, Ressourcen und Interessen der beteiligten Kooperationspartner effektiv zu koordi-

nieren. Der Erfolg einer Kooperation hängt dabei maßgeblich von den Kooperationszielen und der damit zusammenhängenden Zweckmäßigkeit der entwickelten Instrumente ab, die sich mit Fortschreiten der Kooperationsbeziehung bewähren müssen und durch die Zusammenarbeit der einzelnen Netzwerkpartner determiniert sind. Für eine optimale langfristige Kooperation müssen daher von Anfang an klare Ziele, Strukturen und geeignete Instrumente definiert werden, die allen Akteuren eine Orientierungsgrundlage bieten. Die in dieser Studie ermittelten Erfolgsfaktoren stellen für eine optimale Ausgestaltung interdisziplinärer und sektorenübergreifender Kooperationsbeziehungen wichtige Ansätze dar.

### Danksagung

Dank gilt der Erwin-Röver-Stiftung für die finanzielle Förderung, dem Diakoniekrankenhaus Annastift in Hannover sowie der Klinik Niedersachsen in Bad Nenndorf für die gute Zusammenarbeit.

### Literatur

- 1 Mühlbacher A, Nübling M, Niebling W. Qualitätsmanagement in Netzwerken der Integrierten Versorgung. Ansätze zur Steuerung durch Selbstbewertung und Patientenbefragung. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2003; 46: 659–667
- 2 Frank D. Integrierte Versorgung – aktuelle Situation. Z Orthop Ihre Grenzgeb 2005; 143 (3): 271–274
- 3 Grüner S, Haas H. Integrierte Versorgung – Halten IV-Verträge, was sie versprechen? Z Orthop Unfall 2007; 145 (5): 546–549
- 4 Dolderer M, Güldensupp H, Amelung VE. Das Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster. In: Weatherly J, Seiler R, Meyer-Lutterloh K et al., Hrsg. Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin: MWV; 2007; 73–83
- 5 Schneider R. Überleitungsmanagement. In: Bühler E, Hrsg. Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung. Stuttgart: Kohlhammer; 2006; 51–78
- 6 Georg A. Kooperationsnetze in der Gesundheitswirtschaft. In: Becker T, Dammer I, Howaldt J et al., Hrsg. Netzwerkmanagement. Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg. Heidelberg: Springer; 2005; 107–118
- 7 Janus K, Amelung VE. Integrierte Versorgungssysteme in Kalifornien – Erfolgs- und Misserfolgskriterien der ersten 10 Jahre und Impulse für Deutschland. Gesundheitswesen 2004; 66 (10): 649–655
- 8 Howaldt J, Ellerkmann F. Entwicklungsphasen von Netzwerken und Unternehmenskooperationen. In: Becker T, Dammer I, Howaldt J et al., Hrsg. Netzwerkmanagement. Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg. Heidelberg: Springer; 2005; 23–36
- 9 Güntert B. Personalmanagement in der Integrierten Versorgung. In: Busse R, Schreyögg J, Gericke C, Hrsg. Management im Gesundheitswesen. Heidelberg: Springer; 2006; 313–320
- 10 Dammer I. Gelingende Kooperation („Effizienz“). In: Becker T, Dammer I, Howaldt J et al., Hrsg. Netzwerkmanagement. Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg. Heidelberg: Springer; 2005; 37–48
- 11 Schnarr S, Beyer WF. Sektorenübergreifende Versorgung in der Rheumatologie: Konzept und erste Erfahrungen in einem Modellprojekt. Rehabilitation 2009; 48 (1): 26–29
- 12 Stöcker M. Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung in der Stadtklinik Baden-Baden. In: Bühler E, Hrsg. Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung. Stuttgart: Kohlhammer; 2006; 79–94
- 13 Weatherly J, Seiler R, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Lägler R, Amelung V, Hrsg. Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin: MWV; 2007
- 14 Streibelt M, Thren K, Müller-Fahrnow W. Patientenseitige Entscheidungspräferenzen beim Zugang zur Integrierten Versorgung von Knie- und Hüftgelenkersatz. In: Deutsche Rentenversicherung, Hrsg. Tagungsband, 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, März 2007 in Berlin. DRV-Schriften 2007; (72): 418–420

- 15 *Bartel S.* Entwicklungsansätze von Qualitätskriterien für die Integrierte Versorgung in der Endoprothetik. Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung. In: *DRV Bund*, Hrsg. Tagungsband, 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, März 2009, Münster. DRV-Schriften 2009; (83): 306–308
- 16 *Harris WH.* Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am* 1969; 51 (4): 737–755
- 17 *Insall JN, Dorr LD, Scott RD, Scott WN.* Rationale of the Knee Society clinical rating system. *Clin Orthop Relat Res* 1989; (248): 13–14
- 18 *Gläser J, Laudel G.* Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS-Verlag; 2006
- 19 *Scheffer T.* Das Beobachten als sozialwissenschaftliche Methode – Von den Grenzen der Beobachtbarkeit und ihrer methodischen Bearbeitung. In: *Schaeffer D, Müller-Mundt G*, Hrsg. Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Hans Huber; 2002; 351–374
- 20 *Wolff S.* Dokumenten- und Aktenanalyse. In: *Flick U, von Kardorff E, Steinke I*, Hrsg. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: ro-wohl; 2005; 502–513
- 21 *Mayring P.* Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: UTB; 2007
- 22 *Wiethage J, Ommen O, Ernstmann N, Pfaff H.* Transparenz als Voraussetzung für Innovation in der Versorgungsforschung: Defizite am Beispiel der Evaluation von Managed-Care-Modellvorhaben. *Gesundheitswesen* 2009, eFirst 12.11.2009, DOI 10.1055/s-0029-1239567
- 23 *Pfaff H.* Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: *Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW*, Hrsg. Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern: Hans Huber; 2003; 13–24
- 24 *Streibelt M, Bethge M.* Patientenpräferenzen bei der Ausgestaltung Integrierter Versorgungsprogramme: Ein Discrete Choice Experiment. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2009; 14 (6): 288–295

