

Wessel
Speth
Boller
Hug

Betriebswirtschaft für Gesundheitsberufe

mit gesamtwirtschaftlichen Aspekten



Merkur 
Verlag Rinteln

Wirtschaftswissenschaftliche Bücherei für Schule und Praxis

Begründet von Handelsschul-Direktor Dipl.-Hdl. Friedrich Hutkap †

Verfasser:

Bernhard Wessel, Dipl.-Kfm. Dipl.-Hdl.

Dr. Hermann Speth, Dipl.-Hdl.

Dr. Eberhard Boller, Dipl.-Hdl.

Hartmut Hug, Dipl.-Hdl.

Fast alle in diesem Buch erwähnten Hard- und Softwarebezeichnungen sind eingetragene Warenzeichen.

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 60a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Umschlagfotos: © Africa Studio – Fotolia.com
 © Yvonne Weis – Fotolia.com

Wir danken folgenden Unternehmen für die Verwendung ihrer Logos:

- visual eins, MVZ für Augenheilkunde und Anästhesie GmbH,
Am Finkenhügel 7B, 49076 Osnabrück (S. 55)
- Orthopädie-Technik H. + L. Hußmann GmbH,
Mindener Str. 199, 49084 Osnabrück
(Logo des Modellkrankenhauses Königsberg-Klinik GmbH [S. 35, 250, 303, 325, 334])

* * * * *

3., erweiterte und aktualisierte Auflage 2023

© 2019 by MERKUR VERLAG RINTELN

Gesamtherstellung:

MERKUR VERLAG RINTELN Hutkap GmbH & Co. KG, 31735 Rinteln

E-Mail: info@merkur-verlag.de
 lehrer-service@merkur-verlag.de

Internet: www.merkur-verlag.de

Merkur-Nr. 0667-03

ISBN 978-3-8120-0667-5

1

EIGENVERANTWORTLICH WIRTSCHAFTENDE GESUNDHEITSBETRIEBE

1 Aufgaben der Gesundheitsversorgung

1.1 Gewährleistung medizinischer Versorgung

Medizinische Leistungen sind für den Großteil der Bevölkerung, den gesetzlich Krankenversicherten, im Fünften Sozialgesetzbuch [SGB V] gewährleistet. Die Gesundheitsleistungen für die Versicherten haben nach Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen [§ 2 SGB V].

Gesetzlich Versicherte haben einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern [§ 27 SGB V]. Krankenversicherte haben ebenfalls Anspruch auf solidarische Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit [§ 1 SGB XI].

Zu den garantierten **Gesundheitsleistungen** zählen im Einzelnen:

- Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- zahnärztliche Behandlung einschließlich Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen,
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie mit digitalen Gesundheitsanwendungen,
- häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege und Haushaltshilfe,
- Krankenhausbehandlung,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Hilfeleistungen für Pflegebedürftige.



Zusammenfassend als Grundleistungen der Gesundheitsversorgung werden Prävention mit Früherkennung, Krankenbehandlung, Rehabilitation und Pflege mit den zuständigen Versorgungseinrichtungen näher dargelegt.

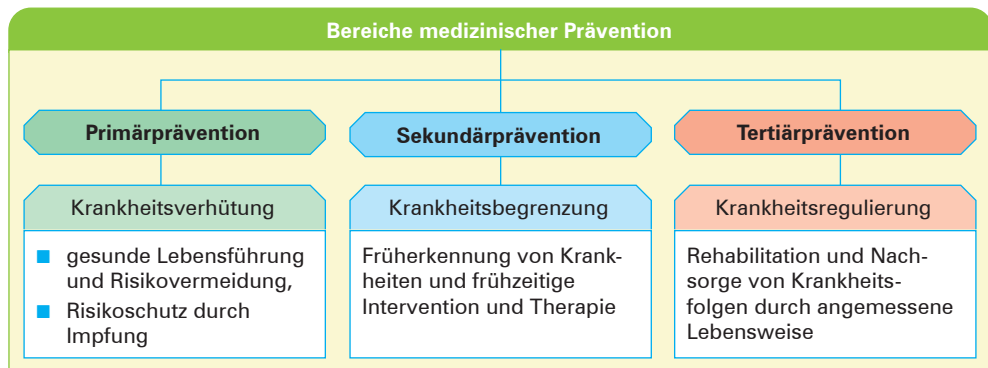
1.2 Grundleistungen medizinischer Versorgung

1.2.1 Prävention und Früherkennung

„Vorbeugen ist besser als heilen!“ ermahnt uns eine alte Volksweisheit und liegt damit auf der Linie der Präventionsmedizin. Prävention befasst sich mit der Gesundheitsvorsorge für konkrete Krankheitsrisiken. Auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge regelt das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention [Präventionsgesetz – PräVG] die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen.

Prävention und Gesundheitsförderung soll die Menschen in allen Lebenswelten erreichen: als Bürger einer Kommune, in der Kita, in der Schule, im Betrieb und im Pflegeheim. Weitere Anliegen des Präventionsgesetzes sind die Früherkennungsuntersuchungen in allen Altersstufen und Maßnahmen zum Impfschutz.

Medizinisch unterscheidet man drei Präventionsbereiche:



(1) Primärprävention

Primärprävention (Prophylaxe) ist die Aufgabe eines jeden gesunden Menschen. Vorbeugende Maßnahmen sollen dazu führen, dass Krankheiten erst gar nicht entstehen können.

Zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen vor ansteckenden Krankheiten gehört das Impfen. Impfungen bewirken einen hohen Gesundheitsschutz für den Einzelnen, aber auch für die Allgemeinheit. Geimpfte Menschen verhindern eine weitere Verbreitung von Infektionskrankheiten und können eine Herdenimmunität bewirken, indem die Infektionsketten abbrechen. **Schutzimpfungen** gehören daher zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Neben der verantwortungsvollen Entscheidung zur Impfung sollte der gesunde Mensch so weitsichtig sein, die auslösenden Ursachen von Krankheiten zu kennen und zu vermeiden. Schon vor Eintritt einer Krankheit sollen gesundheitsorientierte Bewegungs-, Ernährungs- und Verhaltensgewohnheiten gelebt werden [§ 20 SGB V]. Sogenannte Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2 und Herz-Kreislauf-Erkrankungen können durch eine achtsame Lebensweise mit gesunder Ernährung und sportlichen Aktivitäten vermieden werden.



Den gesetzlichen Auftrag für eine **individuelle verhaltensbezogene Prävention** fördern die Krankenkassen mit zertifizierten Präventionsangeboten in den Handlungsfeldern Ernährung, Stressmanagement/Entspannung, Suchtmittelkonsum und Bewegungsgewohnheiten.

Beispiele für primäre Präventionsangebote:

- AOK-Kurs im Handlungsfeld Ernährung:
„Aktiv abnehmen! Bewusst essen! Mehr bewegen!“
- AOK-Kurs im Handlungsfeld Stressmanagement/Entspannung:
„Yoga in der Schwangerschaft“
- DAK-Kurs im Handlungsfeld Suchtmittelkonsum:
„SKOLL-SPEZIAL – Selbstkontrolltraining für den gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol“



Für die **betriebliche Gesundheitsförderung** nach § 20b SGB V zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung entwickeln die Krankenkassen Präventionsangebote in Zusammenarbeit mit Betriebsleitern sowie Betriebsärzten und den Fachkräften für Arbeitssicherheit. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband KÖR) hat für die betriebliche wie auch die individuelle Gesundheitsförderung einen Leitfaden Prävention herausgegeben, der in einem zusätzlichen Teil verbindliche Präventionskriterien für stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI darlegt.¹

(2) Sekundärprävention

Sekundärprävention setzt dort ein, wo eine Krankheitsgefahr sehr real ist. Früherkennungsuntersuchungen für gefährdete Personengruppen dienen dazu, eine symptomlose Erkrankung bzw. eine Erkrankung bereits im frühen Entstehungsprozess zu erkennen.

Zum Leistungskatalog für gesetzlich Versicherte gehören **Vorsorgeuntersuchungen** zu Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes und Krebsfrüherkennung. Reihenuntersuchungen wie z. B. Neugeborenen-Screenings und weitere obligatorische Programme bei Kindern, Jugendlichen und Schwangeren sind Maßnahmen der Sekundärprävention. Die präventiven Vorkehrungen dienen dazu, bei positiven Befunden die Heilungschancen mit einer frühzeitigen Therapie zu erhöhen. Zumindest kann eine zunehmende Verschlimmerung der Krankheit verzögert oder gar verhindert werden.

Die Ansprüche der gesetzlich Krankenversicherten auf organisierte Früherkennungsprogramme ergeben sich aus dem Sozialgesetzbuch [§§ 25, 25 a, 26 SGB V].

(3) Tertiärprävention

Tertiärprävention bemüht sich um Patienten mit deutlichen Erkrankungen. Die tertiäre Prävention verfolgt den Zweck, das Fortschreiten einer Krankheit zu verhindern, Krankheitsfolgen zu lindern oder einen Rückfall in eine akute Bedrohung zu vermeiden.

Zur Zielgruppe gehören beispielsweise Patienten mit Tumorerkrankungen oder dem Zustand nach einem Herzinfarkt sowie chronisch Kranke. Durch abgestimmte Patientenschulungsmaßnahmen mit Anleitungen zu einem angemessenen Verhalten sollen nachfolgende Schädigungen durch Komplikationen oder ein Wiederauftreten der Krankheit vermieden werden. Das breite Feld der medizinischen Rehabilitation im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung gilt ebenfalls als tertiäre Nachsorgemaßnahme.

¹ GKV-Spitzenverband (Hg.): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V; KÖR: Körperschaft öffentlichen Rechts.

1.2.2 Krankenbehandlung

Die **kurativen Leistungen** der Feststellung, Linderung und Heilung von Krankheiten sind das Kernelement der Gesundheitsversorgung. Die Krankenbehandlung der Bevölkerung gliedert sich grundsätzlich in zwei Versorgungsbereiche: ambulante und stationäre Versorgungseinrichtungen kümmern sich um das Wohl der Patienten.

(1) Ambulante Behandlung

Ambulante Behandlungen werden von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten erbracht. Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden [§ 17 MBO].

Teil der ambulanten Versorgung ist auch die Belieferung mit Arzneimitteln durch die Apotheken sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln (z. B. Sehhilfen, Hörgeräte). Ergänzend zur ärztlichen Behandlung arbeiten nichtärztliche Heilberufe wie Physiotherapeuten und Logopäden ambulant. Die nichtärztlichen Heilberufspraxen bedürfen einer Anerkennung durch die Krankenkassen [§ 124 SGB V]. Zulasten der Krankenkassen dürfen nur ärztlich verordnete Heilmittel abgerechnet werden, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist. Dazu zählen Behandlungsverfahren der Physikalischen und Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie und der Ernährungstherapie. Welche Heilmittel verordnungsfähig sind, ist im Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt.

(2) Stationäre Behandlung

Stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik können Krankenversicherte in Anspruch nehmen, wenn das Behandlungsziel auf anderem Weg nicht erreicht werden kann [§ 39 SGB V].

Organisatorische Voraussetzung ist in aller Regel die Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt oder es liegt ein Notfall vor. Die Aufnahmeentscheidung trifft das Krankenhaus. Die Krankenhausbehandlung umfasst alle Leistungen, die nach Art und Schwere der Erkrankung notwendig sind, insbesondere die ärztliche Behandlung, die Krankenpflege, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Verpflegung. Für bestimmte Therapieformen und Diagnosen kann die Krankenhausbehandlung auch teil-



stationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht werden.

1.2.3 Rehabilitation

Rehabilitation (kurz: Reha) bedeutet die **Wiederherstellung der Teilhabe einer Person am alltäglichen Leben** in der Gesellschaft. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht bei körperlichen, geistigen oder seelischen Schäden mit alltagsrelevanten Beeinträchtigungen. Leistungen zur Teilhabe werden für soziale Teilhabe, Teilhabe an Bildung und am Arbeitsleben sowie für medizinische Rehabilitation gewährt [§ 5 SGB IX]. Die Leistungen für die aufgezählten Leistungsgruppen, die Kostenträger von Rehabilitationen und die Rehabilitationseinrichtungen sind so stark diversifiziert, dass sie an dieser Stelle nicht annähernd dargestellt werden können. Einzig die medizinische Rehabilitation wird hier berücksichtigt.

Die **medizinische Rehabilitation** verfolgt das umfassende Ziel, den Patienten eine bestmögliche Teilhabe an Familie, Gesellschaft und Beruf wieder zu ermöglichen. Zu den häufigsten rehabilitationsbedürftigen Krankheiten zählen Tumorerkrankungen, Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und psychische Erkrankungen. Für Erwerbstätige wird die medizinische Rehabilitation in aller Regel von der Rentenversicherung als Rehabilitationsträger finanziert. Mit dieser Maßnahme soll die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden, um Rentenleistungen zu vermeiden. Liegt die Ursache für eine Reha-Maßnahme allerdings in einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit begründet, zahlt die gesetzliche Unfallversicherung. Für nichterwerbstätige Versicherte ist die Krankenversicherung der zuständige Rehabilitations- und Kostenträger.

Die Rehabilitationsträger sind angehalten, in vertragsgebundenen ambulanten und stationären Einrichtungen nur angemessene Leistungen zu bewilligen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen.¹ Daher folgen die Reha-Maßnahmen den Grundsätzen „ambulant vor stationär“, „Rehabilitation vor Rente“ und „Rehabilitation vor Pflege“.

Beispiel einer medizinischen Rehabilitation:

Marie Mälzer, medizinische Fachangestellte aus Hameln, wird unvermittelt von einem einseitigen Taubheitsgefühl in Arm, Bein und Gesichtsbereich befallen. Aufgrund ihrer medizinischen Vorbildung vermutet sie sofort einen Schlaganfall und lässt sich schnellstmöglich in das Diakoniekrankenhaus in Hannover einliefern. In der dortigen „Stroke-Unit“, einer speziellen Schlaganfallstation, wird sie professionell versorgt. Mittels eines bildgebenden Verfahrens, der Magnetresonanztomografie, wird tatsächlich ein Schlaganfall (Apoplex) diagnostiziert. Es gelingt den Ärzten, die Durchblutung des betroffenen Gehirnbereichs rasch wiederherzustellen. Auch die weitere akute Behandlung

des Schlaganfalls verläuft vielversprechend. Daher wird bereits auf der Stroke-Unit mit einer **Frührehabilitation** aus Physiotherapie und Logopädie begonnen. Erfahrungsgemäß ist der frühzeitige Beginn entscheidend für den Erfolg der Maßnahmen.

Aus diesem Grund sieht der Entgeltkatalog für Fallpauschalen im Krankenhaus bereits Leistungen zur Frührehabilitation vor. Das Krankenhaus rechnet mit der Krankenkasse die spezifische Fallpauschale B42A ab: „Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie)

Für die weitere Behandlung nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus stellt Marie Mälzer mit Unterstützung des Sozialdienstes einen Antrag auf **Anschlussrehabilitation** (AHB – Anschlussheilbehandlung) an die Deutsche Rentenversicherung als zuständigen Kostenträger. Der Antrag auf stationäre Behandlung wird für das wohnortnahe Rehabilitationskrankenhaus „Klinik am Rosenhof GmbH“ in Bad Pyrmont bewilligt.

Ein multidisziplinäres Team aus Fachärzten, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und Pflegekräften bemüht sich um die Rückbildung der Schlaganfallsymptome. Durch häufiges Üben in den unterschiedlichsten Situationen gelangen Frau Mälzer achtbare Erfolge bei der Wiedererlangung von Alltagskompetenzen. Bereits nach vier Wochen kann sie mit einem stabilisierten Gesundheitszustand die Klinik verlassen.



1.2.4 Pflege

Alle Personen, die einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung angehören, sind pflichtgemäß auch gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen als rechtlich selbstständige Körperschaften des öffentlichen Rechts (KöR), allerdings immer im Verbund mit einer gesetzlichen Krankenkasse. Für die soziale Pflegeversicherung sind nur Pflegeeinrichtungen zugelassen, die mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Darin verpflichten sich die Pflegeeinrichtungen zu einer leistungsfähigen Versorgung der Pflegebedürftigen unter Beachtung von Qualitätsstandards.

Bei den Pflegeeinrichtungen unterscheidet man nach der Betreuungsform **ambulante, teilstationäre und stationäre Betriebe**. Ambulante Pflegedienste unterstützen Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung. Einrichtungen der Tages- und/oder Nachtpflege bieten weitergehende Betreuung einschließlich der notwendigen Fahrdienste zwischen der Wohnung des Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung. Eine umfassende Versorgung und Unterbringung erfahren die Bewohner von vollstationären Pflegeheimen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung hängen von den persönlichen Lebensumständen der Pflegebedürftigen und der Schwere der Pflegebedürftigkeit ab. Die Leistungsansprüche der Versicherten werden nach fünf Pflegegraden gestaffelt entsprechend dem Ausmaß der Beeinträchtigung an Selbstständigkeit und den Defiziten bei Alltagsfähigkeiten. Die Feststellung und der Grad der Pflegebedürftigkeit wird gutachterlich vom Medizinischen Dienst (MD) vorgenommen.

Kompetenztraining



- 1 Nennen Sie den jeweils zutreffenden Präventionsbereich zu den folgenden gesetzlichen Bestimmungen im SGB V!
 1. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung.
 2. Die Krankenkassen berücksichtigen u. a. folgende Gesundheitsziele: gesund aufwachsen mit Bewegung und entsprechender Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum reduzieren.
 3. Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und andere ergänzende Leistungen, um eine Behinderung abzuwenden oder ihre Folgen zu mildern.
 4. Die Krankenkassen bieten Leistungen zur Verhinderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung des gesundheitsorientierten Verhaltens der Versicherten an.

- 2 Ordnen Sie die folgenden Einrichtungen dem stationären, teilstationären oder ambulanten Versorgungsbereich zu!
 1. Seniorenresidenz Rosenhof KG, Pflegeheim für Dauer- und Kurzzeitpflege
 2. visual eins, MVZ für Augenheilkunde und Anästhesie GmbH
 3. Paritätische Tagespflege gGmbH
 4. Praxis für Physiotherapie und Massage
 5. Psychiatrische Tagesklinik Bad Pyrmont

- 3 Das Sozialgesetzbuch V sieht Leistungen für präventive Maßnahmen vor. Ordnen Sie den folgenden Leistungen die zutreffenden Präventionsbereiche zu!
 1. Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einer Knieoperation
 2. Mammographie-Screening
 3. Reihenuntersuchungen im Kinder- und Jugendalter
 4. Impfungen gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) und Hepatitis B (Leberentzündung)
 5. Aktivkurse zum Stressabbau und zur Entspannung
 6. Lebensqualität erhöhen nach Brustkrebsoperation

- 4
 1. Finja Fischer ist bei der KKH Kaufmännische Krankenkasse in Hannover gesetzlich krankenversichert. Wegen Beschwerden im Oberbauch sucht sie ihren Facharzt für Innere Medizin auf. Bei einer körperlichen Untersuchung zeigen sich charakteristische Merkmale einer Gallenblasenentzündung. Zu weiteren diagnostischen Untersuchungen überweist der ambulante Facharzt seine Patientin in die Königsberg-Klinik in Bad Pyrmont.

Aufgaben:

 - 1.1 Wer entscheidet über die Notwendigkeit einer vollstationären Aufnahme von Finja Fischer ins Krankenhaus?
 - 1.2 Erläutern Sie, unter welchen Umständen eine stationäre Behandlung sinnvoll und angemessen im Sinne des Sozialgesetzbuchs V ist!