

Inhalt

1	Ausgangslage.....	1
1.1	Demografiebedingte Herausforderungen und Forschungsfragen.....	1
1.2	Theoretische Einordnung.....	5
1.2.1	Positionen in der Betriebswirtschaftslehre.....	5
1.2.2	Systemtheorie und verhaltenswissenschaftliche Ansätze.....	6
1.2.3	Strukturationsansatz.....	9
1.3	Methodik und Gang der Arbeit.....	14
2	Gesundheitsversorgung.....	19
2.1	Gesundheitsbranche.....	19
2.1.1	Grundlegendes.....	19
2.1.2	Branchenstruktur.....	22
2.1.2.1	Eintrittsbarrieren für neue Anbieter.....	24
2.1.2.2	Klienten.....	26
2.1.2.3	Kostenträger.....	30
2.1.2.4	Ersatzleistungen.....	34
2.1.2.5	Rivalität in der Branche.....	35
2.1.3	Prägende Kräfte der Umwelt.....	37
2.1.3.1	Demografische Veränderungen.....	38
2.1.3.1.1	Chronifizierung und Multimorbidität.....	40
2.1.3.1.2	Frailty.....	46
2.1.3.1.3	Hochaltrigkeit.....	49

2.1.3.1.4	Gerontopsychiatrische Erkrankungen, insbesondere Demenz	52
2.1.3.2	Medizintechnik	56
2.1.3.2.1	Angebot und Nachfrage	61
2.1.3.2.2	Einsatz von Geräten für die Diagnostik und Therapie	64
2.1.3.2.3	Telemedizin, Robotik, elektronische Gesundheitskarte und E-Health	67
2.1.3.3	Kritische Würdigung der prägenden Kräfte Demografie und Medizintechnik für die Gesundheitsversorgung	70
2.1.4	Zusammenfassung	72
2.2	Versorgungsanforderungen und Aufwand	73
2.2.1	Bedeutung der Effektivität und Effizienz	73
2.2.2	Stellenwert der Geriatrie und Gerontologie in der Versorgung	75
2.2.2.1	Prävention	80
2.2.2.2	Behandlung	85
2.2.2.2.1	Ambulant	87
2.2.2.2.2	Teilstationär	90
2.2.2.2.3	Stationär	91
2.2.2.3	Rehabilitation	94
2.2.2.4	Pflege	96
2.2.2.4.1	Ambulant	98
2.2.2.4.2	(Teil)Stationär	99
2.2.2.5	Gerontopsychiatrie	103
2.2.2.5.1	Aufgaben	103
2.2.2.5.2	Versorgungsarrangements und -einrichtungen	104
2.2.2.6	Palliation	107
2.2.2.7	Angehörigenarbeit und Bürgerschaftliches Engagement ...	110
2.2.2.8	Kritische Würdigung der bestehenden Versorgung	112
2.2.3	Ausgaben- und Kostenbetrachtung der Versorgung	113
2.2.3.1	Ausgabenstruktur	115
2.2.3.1.1	Prävention	116
2.2.3.1.2	Behandlung	122
2.2.3.1.3	Rehabilitation	124
2.2.3.1.4	Pflege	125
2.2.3.1.5	Gerontopsychiatrie	128
2.2.3.1.6	Palliation	130

2.2.3.1.7	Angehörigenarbeit und Bürgerschaftliches Engagement	131
2.2.3.2	Kostenintensive Erkrankungen.....	133
2.2.3.3	Kostenzeitpunkte, insb. Kosten in Todesnähe.....	135
2.2.3.4	Kritische Würdigung der Ausgaben- und Kostenbetrachtung für die Versorgung der Hochbetagten .	137
2.2.4	Ethische Aspekte vor dem Hintergrund knapper Ressourcen.....	138
2.2.4.1	Rationierungsbegriff	138
2.2.4.2	Theoretische Positionen zum Thema Altersrationierung ...	140
2.2.4.3	Praktische Betrachtung der Rationierung.....	146
2.2.4.3.1	Methodik und Vorgehensweise.....	147
2.2.4.3.2	Ergebnisse.....	148
2.2.4.3.3	Ergebnisinterpretation.....	152
2.2.4.4	Kritische Würdigung ethischer Aspekte.....	152
2.2.5	Zusammenfassung	154
2.3	Quantitative Analyse der Versorgung im stationären Bereich.....	160
2.3.1	Klinische Daten hochbetagter Patienten	160
2.3.2	Spezifika in der Versorgung und Hypothesengenerierung.....	162
2.3.3	Vorgehensweise	163
2.3.4	Ergebnisse.....	167
2.3.4.1	Allgemeine Charakteristika der betrachteten Patientengruppe.....	167
2.3.4.2	Hypothesentests und Implikationen	172
2.3.4.2.1	Multimorbidität.....	172
2.3.4.2.2	Chronifizierung.....	173
2.3.4.2.3	Frailty.....	174
2.3.4.2.4	Gerontopsychiatrische Erkrankungen	175
2.3.4.2.5	Zwischenfazit.....	176
2.3.4.2.6	Krankheitskosten und Alter	176
2.3.4.2.7	Entlassungsgründe	181
2.3.4.3	Kritische Würdigung der empirischen Datenanalyse	182
2.3.5	Zusammenfassung	183

2.4	Zwischenfazit und Beantwortung der Forschungsfragen, Teil I	185
3	Organisationssoziologische Perspektive	193
3.1	Strukturationsansatz als architektonischer Bezugsrahmen.....	193
3.1.1	Anforderungen an den Steuerungsrahmen	193
3.1.1.1	Interessenpluralismus durch Stakeholder	194
3.1.1.2	Spannungsfeld der optimalen Versorgung bei knappen Ressourcen	198
3.1.1.3	Prinzipielle Elemente der Strukturation	200
3.1.2	Ebene der Struktur	203
3.1.2.1	Kostenträger als Anspruchsgruppe.....	204
3.1.2.2	Sicherung guter Versorgung durch Qualitätsmanagement .	208
3.1.2.3	Elemente der Strukturebene	210
3.1.2.3.1	Herrschaft	211
3.1.2.3.2	Legitimation.....	212
3.1.2.3.3	Signifikation	215
3.1.2.4	Wirkung der Elemente der Strukturebene in horizontaler Interdependenz	217
3.1.3	Ebene des Handelns	219
3.1.3.1	Mitarbeiter und Kooperationspartner als Anspruchsgruppen.....	220
3.1.3.1.1	Mitarbeiter	220
3.1.3.1.2	Kooperationspartner.....	226
3.1.3.2	Möglichkeitsraum der Handelnden durch kooperative Versorgung	234
3.1.3.3	Elemente der Handlungsebene	238
3.1.3.3.1	Macht	239
3.1.3.3.2	Sanktion	243
3.1.3.3.3	Kommunikation	244
3.1.3.4	Wirkung der Elemente der Handlungsebene in horizontaler Interdependenz.....	246
3.1.4	Ebene der Vermittlung	248
3.1.4.1	Hochbetagte und Bürgerschaftliches Engagement als Anspruchsgruppen	248

3.1.4.1.1	Hochbetagte	248
3.1.4.1.2	Bürgerschaftliches Engagement.....	252
3.1.4.2	Ganzheitliche Steuerungsleistung mit der Balanced Scorecard	256
3.1.4.3	Elemente der Vermittlungsebene	261
3.1.4.3.1	Machtmittel.....	262
3.1.4.3.2	Norm.....	264
3.1.4.3.3	Interpretation.....	265
3.1.4.4	Wirkung der Vermittlungselemente in horizontaler Interdependenz.....	267
3.1.5	Gesamtsynthese der Elemente auf den Ebenen der Struktur, des Handelns und der Vermittlung vor dem Hintergrund der Versorgung der Hochbetagten	269
3.1.6	Kritische Würdigung des strukturationstheoretischen Bezugsrahmens	274
3.2	Kennzeichen bestehender Praxis.....	277
3.2.1	Zufriedenheit Hochbetagter und Angehöriger mit einer Koordinationsstelle für ambulante regionale pflegerische Versorgung.....	279
3.2.1.1	Vorstellung der Koordinationsstelle.....	279
3.2.1.2	Methodik und Vorgehensweise.....	282
3.2.1.3	Ergebnisse	284
3.2.1.4	Ableitbare Kennzeichen bestehender Praxis vor dem Hintergrund der Strukturation (Angehörige und Hochbetagte)	288
3.2.2	Schnittstellenanalyse aus Sicht möglicher Kooperationspartner zwischen ambulanter und teilstationärer Versorgung.....	290
3.2.2.1	Vorstellung der Tagesklinik	290
3.2.2.2	Methodik und Vorgehensweise.....	291
3.2.2.3	Ergebnisse	292
3.2.2.4	Ableitbare Kennzeichen bestehender Praxis vor dem Hintergrund der Strukturation (Kooperationspartner).....	299
3.2.3	Mitarbeiterzufriedenheit im Krankenhaus als stationärer Versorger.....	300

3.2.3.1	Vorstellung des Krankenhauses	301
3.2.3.2	Methodik und Vorgehensweise	303
3.2.3.3	Ergebnisse	304
3.2.3.4	Ableitbare Kennzeichen bestehender Praxis vor dem Hintergrund der Strukturation (Mitarbeiter).....	311
3.2.4	Beziehungsmanagement in der stationären Altenpflege, insb. in Bezug auf die Kostenträger	313
3.2.4.1	Vorstellung der stationären Pflegeeinrichtung	313
3.2.4.2	Methodik und Vorgehensweise	315
3.2.4.3	Ergebnisse	315
3.2.4.4	Ableitbare Kennzeichen bestehender Praxis vor dem Hintergrund der Strukturation (Kostenträger).....	320
3.2.5	Kritische Würdigung der empirischen Studien	321
3.2.6	Zusammenfassung	324
3.3	Bewusstseinsstand und Implikationen	327
3.3.1	Bewusstseinsstand der Stakeholder vor dem Hintergrund der Strukturation	327
3.3.2	Anknüpfungspunkte für einen neuen Steuerungsansatz auf Basis eines erweiterten Bewusstseins der Stakeholder	331
3.4	Zwischenfazit und Beantwortung der Forschungsfragen, Teil 2	334
4	Fazit	339
	Literaturverzeichnis	343