

Inhaltsverzeichnis

1. Problemstellung und Aufbau der Untersuchung	2
1.1. Problemstellung	2
1.2. Aufbau	3
2. Versorgungsstrukturen und Vergütungssysteme im deutschen Gesundheitswesen	8
2.1. Sektorale Vergütungssysteme in der Regelversorgung.....	10
2.1.1. <i>Allgemeine Zielsetzungen</i>	11
2.1.2. <i>G-DRGs im stationären Bereich</i>	15
2.1.2.1. Begriffsklärung, Zielsetzung und Aufbau von DRG-Systemen	16
2.1.2.2. AR-DRGs als Grundlage des G-DRG-Systems.....	17
2.1.2.3. Darstellung des G-DRG-Systems	19
2.1.3. <i>Vor- und nachstationäre Bereiche</i>	22
2.1.3.1. Ambulanter Bereich.....	23
2.1.3.2. Rehabilitation.....	26
2.1.3.3. Arznei- und Heilmittel	28
2.1.4. <i>Zusammenfassung und Klassifikation</i>	29
2.2. Vergütung in Integrierten Versorgungsstrukturen	33
2.2.1. <i>Allgemeine Begriffsklärung und Zielsetzungen</i>	33
2.2.2. <i>Disease Management als Behandlungsphilosophie Integrierter Versorgungsstrukturen</i>	37
2.2.3. <i>Gesetzliche Grundlagen zu Integrierten Versorgungsstrukturen</i>	45
2.2.3.1. Gesetzesgrundlage für die Integrierte Versorgung (§§ 140a-d)	46
2.2.3.2. Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V).....	50
2.2.3.3. Strukturverträge (§ 73a SGB V).....	52
2.2.3.4. Hausärztliche Versorgung (§ 73b i.V.m. § 65 a SGB V).....	53
2.2.3.5. Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V).....	54
2.2.3.6. Ambulantes Operieren (§ 115b SGB V)	55
2.2.3.7. Gesetzesgrundlage von strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 137f SGB V)	56
2.2.4. <i>Regelungen zur Budgetierung und Vergütung von Leistungserbringern</i>	59
2.2.4.1. Budgetierung.....	60
2.2.4.2. Vergütung	66
2.3. Zusammenfassung.....	67
3. Potenzial prozessorientierter Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen	70
3.1. Begriffsklärung und Kernelemente einer Prozessorganisation	71
3.2. Genese und Verbreitung prozessorientierter Konzeptionen.....	74
3.3. Potenzial prozessorientierter Strukturen für das Gesundheitswesen im Kontext organisationstheoretischer Konzepte	80
3.3.1. <i>Mikroökonomische Perspektive</i>	81
3.3.1.1. Prozessorganisation im Gesundheitswesen aus transaktionskostentheoretischer Sicht	81
3.3.1.1.1. Arten von Transaktionskosten und deren Einflussgrößen.....	81
3.3.1.1.2. Erklärungspotenzial der Transaktionskostentheorie für die Prozessintegration im Gesundheitswesen	86
3.3.1.1.3. Prozessorientierte modulare Organisationsgestaltung.....	90
3.3.1.1.4. Transaktionskostentheorie zur Ableitung einer optimalen Strategie der Arbeitsteilung	92

3.3.1.1.5. Zusammenfassung der transaktionskostentheoretischen Überlegungen.....	96
3.3.1.2. Prozessorganisation im Gesundheitswesen aus Sicht der Principal Agent-Theorie.....	96
3.3.1.2.1. Problematik von Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen.....	96
3.3.1.2.2. Erklärungspotenzial der Principal Agent-Theorie.....	99
3.3.2. Weitere organisationstheoretische Ansätze zur Potenzialanalyse der Prozessorganisation	101
3.3.3. Empirische Untersuchungen zum Potenzial prozessorientierter Strukturen	104
3.4. Zusammenfassung.....	105
4. Auswirkungen sektoraler und integrierter Versorgungs- und Vergütungssysteme auf die Prozessorientierung.....	107
4.1. Auswirkungen der Vergütungssysteme in der stationären und ambulanten Versorgung.....	109
4.1.1. Auswirkungen der G-DRGs	109
4.1.1.1. Auswirkungen auf den stationären Bereich	109
4.1.1.2. Auswirkungen auf den ambulanten Bereich.....	116
4.1.1.3. Auswirkungen auf den Rehabilitations-Bereich	117
4.1.1.4. Zusammenfassung der G-DRG-Auswirkungen.....	118
4.1.2. Auswirkungen der neuen ambulanten Vergütung nach EBM 2000 plus.....	121
4.2. Auswirkungen von Disease Management und Integrierten Versorgungsstrukturen auf die Akteure.....	124
4.2.1. Stellung der niedergelassenen Ärzte(-netzwerke)	124
4.2.2. Stellung der Krankenhäuser.....	131
4.2.3. Stellung der Pflege.....	134
4.2.4. Stellung der Pharmaindustrie und Apotheken	135
4.2.5. Stellung der Rehabilitations-Einrichtungen.....	136
4.2.6. Stellung der Krankenkassen.....	137
4.2.7. Stellung des Patienten.....	139
4.2.8. Zusammenfassung.....	140
4.3. Internationale Erfahrungen mit Disease Management und integrierten Versorgungsstrukturen.....	145
4.3.1. Erfahrungen aus den USA mit prozessorientierten Integrierten Versorgungsstrukturen	145
4.3.1.1. Managed Care-Organisationen und Integrated Delivery Systems.....	146
4.3.1.1.1. Managed Care-Organisationen (MCOs).....	146
4.3.1.1.2. Integrated Health Care Delivery Systems (IDSs).....	153
4.3.1.1.3. Zusammenfassung.....	160
4.3.1.2. Disease Management in Managed Care-Organisationen (MCOs).....	165
4.3.1.2.1. Organisation des Disease Managements in MCOs	165
4.3.1.2.2. Einfluss der Organisationsform von MCOs auf die Entwicklung des Disease Managements	167
4.3.1.2.3. Auswirkungen des Disease Managements in den USA	169
4.3.1.2.4. Zusammenfassung.....	176
4.3.1.3. Vergütungsformen in Managed Care-Organisationen (MCOs).....	177
4.3.1.3.1. Vergütung von Primary Care Physicicans (PCPs) in Netzwerken	177
4.3.1.3.2. Leistungsorientierte Vergütung in integrierten Versorgungssystemen	183
4.3.1.3.3. Vergütung von Special Care Physicians (SCPs) in Netzwerken.....	187

4.3.1.3.4. Vergütung von Krankenhäusern in MCOs	190
4.3.1.3.5. Zusammenfassung	193
4.3.2. <i>Integrierte Versorgungsstrukturen und Disease Management in Europa</i>	195
4.3.2.1. Kurzdarstellung der Entwicklungen	195
4.3.2.2. Würdigung Integrierter Versorgungsstrukturen und des Disease Managements in europäischen Ländern zum Aufbau prozessorientierter Strukturen	200
4.3.3. <i>Schlussfolgerungen zum Aufbau prozessorientierter Strukturen für das deutsche Gesundheitswesen</i>	200
4.4. Zusammenfassende Würdigung und Ausblick	204
5. Ansätze zur prozessorientierten Weiterentwicklung pauschaler Vergütungssysteme für das deutsche Gesundheitswesen	209
5.1. Grundlagen der Weiterentwicklung deutscher Vergütungssysteme	210
5.1.1. <i>Notwendigkeit regulatorischer Eingriffe im Gesundheitswesen</i>	211
5.1.2. <i>Evaluation von Gesundheitsleistungen im Kontext der Vergütung</i>	215
5.1.3. <i>Motivationstheoretische Aspekte</i>	217
5.2. Bestimmung einer zielloptimalen Abrechnungseinheit im Kontext der Prozessorientierung	221
5.2.1. <i>Darstellung und Wirkungsanalyse möglicher Basisabrechnungseinheiten</i>	221
5.2.1.1. Fallpauschale und Komplexfallpauschale	222
5.2.1.2. (Morbiditätsorientierte) Kopfpauschale	224
5.2.1.3. Modulare und episodische Abrechnungseinheiten	226
5.2.1.4. Erfolgsorientierte Vergütungskomponenten	228
5.2.2. <i>Wirkungsanalyse möglicher Patientenklassifikationssysteme im Kontext der Prozessorientierung</i>	228
5.2.2.1. Patientenklassifikationssysteme auf Fallbasis	229
5.2.2.1.1. Auswahl der Kriterien nach Verwendungszweck	229
5.2.2.1.2. Übersicht, Bewertung und Potenzial möglicher Patientenklassifikationssysteme	231
5.2.2.1.3. Konsolidierung von patientenklassifizierten Abrechnungseinheiten	237
5.2.2.2. Morbiditätsorientierte Patientenklassifikationssysteme für Versicherungspopulationen	241
5.2.2.2.1. Adjusted Clinical Groups (ACGs)	244
5.2.2.2.2. Hierarchical Condition Categories (HCCs)	246
5.2.2.2.3. Bewertung der Klassifikationsmodelle	248
5.2.3. <i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	251
5.3. Erfolgsorientierte Vergütung unter besonderer Berücksichtigung von Anreizen zur Förderung der Prozessqualität und Prozessintegration	257
5.3.1. <i>Erfolgsorientierte Vergütung durch Kennzahlen</i>	259
5.3.2. <i>Vergütung von Prozessqualität bei Moral Hazard und Adverser Selektion</i>	269
5.3.2.1. Anreizkompatibilität bei Moral Hazard	270
5.3.2.2. Anreizkompatibilität bei Adverser Selektion	274
5.3.2.3. Zusammenfassung und Implikationen	281
5.3.3. <i>Vergütungsanreize zur Prozessintegration</i>	285
5.3.3.1. Theoretische Festlegung eines Prozessintegrationslevels	286
5.3.3.2. Praktische Festlegung eines Prozessintegrationslevels	290
5.3.3.3. Operationalisierung von Transaktionskosten	294
5.3.3.4. Vergütungstechnische Konsequenzen aus transaktionskosten- theoretischer Sicht	296
5.3.4. <i>Zusammenfassung</i>	300

5.4. Aufbau eines prozessorientierten Bewertungsverfahrens	303
5.4.1. <i>Perspektive des Regulators</i>	304
5.4.2. <i>Gesetzliche und ökonomische Anforderungen an die Kostenrechnung</i>	309
5.4.3. <i>Gestaltung einer prozessorientierten Kostenrechnung</i>	314
5.4.3.1. Konzeption	314
5.4.3.2. Konstruktion	319
5.4.3.3. Kostenträgerkalkulation	327
5.4.4. <i>Vergleich der prozessorientierten Kostenrechnung mit der Fallkalkulation der Selbstverwaltung im akutstationären Bereich</i>	329
5.4.4.1. Methodik des Kalkulationshandbuchs	329
5.4.4.2. Vergleich der Methodik mit der Prozessorientierten Kostenrechnung	333
5.4.5. <i>Anwendungsbeispiele einer prozessorientierten Kostenrechnung</i>	341
5.4.5.1. Beispiel einer prozessorientierten Kostenträgerrechnung	341
5.4.5.2. Beispiel eines prozessorientierten Benchmarking-Projekts	360
5.4.6. <i>Zusammenfassende Beurteilung der prozessorientierten Kostenrechnung</i>	367
5.5. Zusammenfassung der Ergebnisse und organisatorische Umsetzung im unabhängigen Institut	370
5.5.1. <i>Unterstützung im Aufbau von transparenten Integrierten Versorgungsstrukturen</i>	372
5.5.2. <i>Festlegung der Rahmenbedingungen für die Vergütung der Leistungserbringer</i>	380
5.5.3. <i>Festlegung der Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Krankenkassen</i>	385
5.5.4. <i>Maßnahmen zur Stärkung der Patienteninteressen</i>	388
6. Prozessmanagement aus der Perspektive des Krankenhauses	391
6.1 Anforderungsprofil des Prozessmanagements im Krankenhaus zum Aufbau polyzentrischer Netzwerkstrukturen	392
6.2 Organisationsphilosophie eines prozessorientierten Krankenhauses	396
6.3 Prozessmanagement im Integrierten Krankenhausmanagement	401
6.3.1. <i>Verankerung im Rahmenkonzept auf normativer Ebene</i>	403
6.3.2. <i>Verankerung auf strategischer Ebene</i>	404
6.3.2.1. Verankerung des Prozessmanagements in den Führungsstrukturen mittels einer Balanced Scorecard	405
6.3.2.2. Architektur von Managementsystemen	410
6.3.2.3. Institutionelle Verortung	412
6.3.3. <i>Verankerung auf operativer Ebene</i>	414
6.4 Prozessmanagement im Kontext der Change und Wissensmanagementsysteme	420
6.4.1. <i>Prozess- und Change Management</i>	420
6.4.2. <i>Prozess- und Wissensmanagement</i>	426
6.5 Zusammenfassung	438
7. Schlussbetrachtung und Ausblick	440
Bibliographie	447