

Jan Güssow

**Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen  
im Gesundheitswesen**

# GABLER EDITION WISSENSCHAFT

## **Gesundheits- und Qualitätsmanagement**

Herausgegeben von

Professor Dr. Günther E. Braun,

Universität der Bundeswehr München und

Professor Dr. Hans-Konrad Selbmann,

Universität Tübingen

Die gesetzlichen Änderungen seit 1993 und die knappen Kassen der Krankenversicherungen haben zu einem zunehmenden Wettbewerb unter den Einrichtungen im Gesundheitswesen geführt. Die wirtschaftliche Orientierung und die Managementausrichtung haben deutlich zugenommen. Gleichzeitig besitzt weiterhin die öffentliche Bindung der Leistungserbringung eine besondere Bedeutung.

Die bisher unter dem Namen „Gesundheitsmanagement“ geführte Schriftenreihe trägt durch ihren neuen Titel und eine erweiterte Herausgeberschaft der zusätzlichen Bedeutung des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen verstärkt Rechnung. Die großen Erwartungen der Öffentlichkeit, der Leistungserbringer und der Kostenträger an die qualitätssichernden und kostendämpfenden Fähigkeiten des Qualitätsmanagements bei sich ständig verändernden Gesundheitssystemen eröffnen auch hier ein wichtiges und weites Feld für Versorgungsforscher aller Disziplinen. Aktuelle Forschungsergebnisse zur Management- und Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen schlagen sich in der Schriftenreihe nieder.

Jan Güssow

# **Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen**

Weiterentwicklung pauschaler  
Vergütungsansätze zur Förderung  
prozessorientierter Strukturen  
unter besonderer Berücksichtigung  
der Krankenhausperspektive

Mit Geleitworten von Prof. Dr. Günther E. Braun  
und Prof. Dr. Günter Neubauer

Deutscher Universitäts-Verlag

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Dissertation Universität der Bundeswehr München, Neubiberg, 2006

Gedruckt mit Unterstützung des Förderungs- und Beihilfefonds Wissenschaft der VG WORT.

1. Auflage April 2007

Alle Rechte vorbehalten

© Deutscher Universitäts-Verlag | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2007

Lektorat: Brigitte Siegel / Nicole Schweitzer

Der Deutsche Universitäts-Verlag ist ein Unternehmen von Springer Science+Business Media.  
[www.duv.de](http://www.duv.de)



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: Regine Zimmer, Dipl.-Designerin, Frankfurt/Main

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in Germany

ISBN 978-3-8350-0566-2

## Geleitwort

Dem Thema der Dissertation kommt eine außerordentlich hohe wissenschaftliche und praktische Bedeutung zu. In der Praxis beobachten wir zunehmend die Enge einer sektorspezifischen Versorgung im Gesundheitswesen. Das sowohl empirisch wie auch theoretisch relevante Postulat ist die ganzheitliche Orientierung der Patientenversorgung an der gesamten medizinischen Versorgungskette (Wertschöpfungskette). Dafür werden sog. „Integrierte Versorgungsstrukturen“ (IVS) benötigt, die sich diesem Postulat verpflichtet fühlen. Es ist dann erst in zweiter Linie zu klären, mit welchen sozialrechtlichen Formen sich diese Fokussierung umsetzen lässt. Dieser Ausrichtung an den „Integrierten Versorgungsstrukturen“ ist die vorliegende Arbeit des Verfassers verpflichtet, die sich damit gleichzeitig eine Prozessorientierung erschließt, die untrennbar mit „Integrierten Versorgungsstrukturen“ verknüpft ist.

Im Idealfall berücksichtigen „Integrierte Versorgungsstrukturen“ alle Episoden und Etappen einer Krankheitsbehandlung, so dass ein in dieser Richtung verstandenes „Disease Management“ Eingang in die Überlegungen des Verfassers findet. Gleichzeitig werden Vergütungsstrukturen betrachtet, die als Anreiz fungieren können, um eine derartige ganzheitliche Ausrichtung an der Behandlungskette zu ermöglichen. Das Konzept von „Integrierten Versorgungsstrukturen“ aus verschiedenen Blickrichtungen zu analysieren, ist eine Herausforderung, die sich die vorliegende Arbeit als Aufgabe gesetzt hat. Es ist eine Herausforderung, die der Verfasser mit einer Bravour und Kompetenz aufgegriffen hat, die man sehr selten in einer Dissertation findet. Dabei geht der Verfasser in umfassenden Sinne interdisziplinär vor, wie es der Bedeutung des Themas angemessen ist, und verarbeitet souverän volks- und betriebswirtschaftliche Ansätze und greift auch juristische Randbedingungen des Themas auf. Um das Potential prozessorientierter Strukturen im Gesundheitswesen entfalten zu können, berücksichtigt der Verfasser den Kontext organisationstheoretischer Fragestellungen. Hierbei werden ausgewählte institutionenökonomische Ansätze aufgegriffen.

Aus den Analysen der G-DRGs, den Zielsetzungen und den Mängeln der Integrierten Versorgungsstrukturen in Deutschland sowie den Erfahrungen aus dem Ausland werden Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Vergütungssysteme zur Unterstützung prozessorientierter Strukturen in einer polyzentrisch geprägten Systemwelt formuliert, wobei insbesondere auch der Frage nach einer zieloptimalen Verknüpfung der Pauschalvergütungen mit Elementen der Vergütung von Prozessqualität und Prozessintegration nachgegangen wird. Hierzu werden vom Autor verschiedene Abrechnungseinheiten und Patientenklassifikationssysteme auf ihre Wirkungen allgemein sowie in Bezug auf verschiedene Prozesskriterien hin geprüft und daraus eine zielloptimale Hierarchie von Abrechnungseinheiten im deutschen Gesundheitswesen abgeleitet. Anschließend wird aufbauend auf diesen Überlegungen ein auf verschiedenen Komponenten basierendes prozessorientiertes Vergütungssystem vorgeschlagen. Flankiert wird das Vergütungssystem durch direkte Fördermaßnahmen sowie transaktionssenkende Strukturmaßnahmen. Die Ableitung der Erfolgskomponenten fußt wissenschaftlich auf der Principal Agent- und der Transaktionskostentheorie, die der Verfasser formal elegant handhabt. Eine wichtige Rolle wird in diesem Zusammenhang der erfolgsorientierten Vergütung auf Basis von Kennzahlen zugeschrieben. Die entwickelte „Vergütungsvielfalt“ ist wissenschaftlich vom Verfasser vollumfänglich begründet, wenngleich unter Implementations- Praktikabilitäts- und Akzeptanzgesichtspunkten noch weiterer Analysebedarf besteht.

Weiterhin wird vom Autor vorgeschlagen, das Bewertungsverfahren, welches als zweites wichtiges Element eines Vergütungssystems die pekuniäre Wertigkeit je Abrechnungseinheit bemisst, so aufzu-

bauen, dass die Methodik aus der gesamtwirtschaftlichen Sicht eines Regulators auf der einen Seite zu einer zieloptimalen Verteilung der finanziellen Mittel führt, gleichzeitig auf der anderen Seite aber auch dem Management, welches diese Systematik der internen Kostenrechnung zu Grunde legt, die notwendigen Informationen an die Hand gibt, um steuernd in die Organisation des Patientenbehandlungsprozesses einwirken und Effizienzpotentiale heben zu können. Für die Umsetzung wird die Konzeption einer prozessorientierten Kostenrechnung vorgeschlagen, die auch sektorenübergreifend ausgestaltet sein kann.

Die vom Regulator zu übernehmenden Aufgaben im Rahmen der Gewährleistung einer zieloptimalen Ausgestaltung der Vergütungsstrukturen sollten nach Auffassung des Autors synergetisch in einem dafür eingerichteten unabhängigen Institut gebündelt sein. Hier wird deutlich, in welcher Weise auch ein Regulator gefordert ist, hier Vorgaben zu treffen. In diesen Schlussfolgerungen ist dem Verfasser voll zuzustimmen. Mit den Ausführungen zur Regulation verdeutlicht der Verfasser eine Sicht, die auf eine Liberalisierung des Gesundheitswesens setzt, die sich zwischen Wettbewerb und Regulierung bewegt.

Das Krankenhaus hat sich nach Auffassung des Verfassers in Deutschland auf Grund seiner medizinischen Bedeutung, seiner Managementkompetenzen und seiner Finanzstärke bislang als Promotor indikationsorientierter Integrierter Versorgungsstrukturen hervorgetan. Deshalb weist der Verfasser auch unter normativem Gesichtspunkt einem Krankenhaus einen hohen Stellenwert in einer IVS zu. Aufgrund der polyzentrisch geprägten IVS ist es vorteilhaft, ein Krankenhaus als gewissen Bezugspunkt zu haben, um innerhalb der, zumindest anfangs recht fragilen IVS ein Mindestmaß an „Organisiertheit“ gewährleisten zu können. Ob dies allerdings der erfolversprechende Weg zur Gewährleistung von Effektivität und Effizienz einer IVS darstellt, ist gerade angesichts des polyzentrischen Charakters von solchen IVS, die den ambulanten Bereich mit einschließen, noch weiter zu analysieren. Außerdem kann bei solchen Integrierten Versorgungsstrukturen, die eine regionale Vollversorgung anstreben, Praxisnetzwerken eine bedeutende Rolle zukommen. Die normative Akzentsetzung, die der Verfasser vornimmt, rechtfertigt die Betrachtung des Prozessmanagements aus der Perspektive des Krankenhauses. Allerdings erfordert diese Position weitere Analysen. Denn es sind auch andere Lösungen im Rahmen einer Managementorientierung von IVS denkbar. Neben krankenhausdominierten IVS sind z. B. auch „ambulantdominierte“ oder gar investorengetriebene IVS denkbar. Hier erschließt sich ein weites Forschungsfeld, das zukünftig zu bearbeiten sein wird.

Der umfassenden, gleichermaßen analytisch fokussierten und gesundheitssystemorientierten Arbeit, ist eine breite Resonanz in der ökonomisch ausgerichteten Diskussion um Integrierte Versorgungsstrukturen zu wünschen.

Univ.- Prof. Günther E. Braun

## Geleitwort

Das Bundeskabinett hat am 25. Oktober 2006 den Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen. Ab 2007 sollen demnach sektorübergreifende Versorgungsformen, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung für versorgungsrelevante Volkskrankheiten zum Ziel haben, durch die verlängerte Anschubfinanzierung vorrangig gefördert werden. Das Auslaufen dieser Finanzierung im Jahre 2008 wird den Druck zur Konsolidierung der Strukturen im Gesundheitswesen weiter erhöhen. Dies schlägt sich zum einen im Zusammenwachsen von Aktivitäten im Rahmen des Disease Managements und der Integrierten Versorgung und zum anderen in der zunehmenden Bedeutung der Versorgungseffizienz als entscheidungsrelevantes Zielkriterium für die Vertragspartner nieder. Vor diesem Hintergrund greift der Autor mit der Frage nach einer zielloptimalen Ausgestaltung von Vergütungsstrukturen ein hoch aktuelles Thema auf, welches für die zunehmend eigenständig und ohne Kontrahierungszwang agierenden Vertragspartner schon heute eine große Relevanz besitzt. Vom Autor wird dargestellt, wie Vergütungsstrukturen ausgebildet werden sollten, damit sie eine prozessorientierte Integration der Gesundheitsversorgung in qualitativer und ökonomischer Hinsicht fördern. Auch im Kontext internationaler Erfahrungen untersucht der Autor hierfür Varianten unterschiedlich klassifizierter und pauschalierter Vergütungskomponenten sowie deren Kombination mit erfolgsabhängigen Vergütungsbausteinen und deren Quantifizierung durch ein entsprechend ausgestaltetes prozessorientiertes Bewertungsverfahren. Die Arbeit bewegt sich dabei immer im besonderen Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und Regulation, welches für das Gesundheitswesen charakteristisch ist.

Mit der Thematik weist die Arbeit in eine zukunftsbestimmende Richtung. Zum einen beeinflussen die gesetzten Vergütungsanreize als wichtig(st)es Koordinationsinstrument maßgeblich Erfolg und Misserfolge verschiedener Organisationsformen. Zum anderen wird aber auch die Frage berührt, wie der Gesetzgeber das Nebeneinander von liberalisierten Strukturen in der Integrierten Versorgung einerseits und stark regulierten Strukturen in der Regelversorgung andererseits in Zukunft gestalten kann. Die vorliegende Arbeit leistet zu dieser Diskussion einen wertvollen Beitrag und wird der Auseinandersetzung um die Ausgestaltung von Vergütungsstrukturen zur Förderung eines integrierten Patientenbehandlungsprozesses sicherlich wertvolle Impulse geben.

Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

## Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde im März 2006 von der Fakultät für Wirtschafts- und Organisationswissenschaften der Universität der Bundeswehr München als Dissertationsschrift angenommen. Die Ergebnisse resultieren aus den Erkenntnissen, welche ich während meiner Zeit am Universitätsklinikum Bern und ab 2004 am Institut für Betriebswirtschaftslehre des öffentlichen Bereichs und Gesundheitswesens gewinnen konnte.

Mein Interesse an der organisationstheoretischen Auseinandersetzung mit Prozessen und Strukturen im Gesundheitswesen hat seinen Ursprung bereits in einem Seminar, welches ich an der Ecole Supérieure des Sciences Economiques & Commerciales" (ESSEC) 1999 in Paris bei Prof. Viens besuchte. Von der Neugierde nach einem tieferen Verständnis der Thematik getrieben, habe ich mich deshalb auch in meiner Diplomarbeit an der Ludwig-Maximilians-Universität in München mit den Möglichkeiten der Prozessoptimierung und der kostenmäßigen Bewertung von Prozessen im Gesundheitswesen auseinandergesetzt. Schließlich, durch die gesundheitspolitischen Veränderungen motiviert sowie durch die praktischen Erfahrungen im Rahmen meiner Tätigkeit als Controller am Universitätsklinikum Bern beeinflusst, reifte die konkrete Fragestellung zu dieser Arbeit heran: Wie können monetäre Anreizsysteme – ob gesetzlich vorgeschrieben oder zukünftig verstärkt in die Hände eines finanzwirtschaftlich verantwortlichen Leistungserbringerverbundes gelegt – so ausgerichtet werden, dass hierdurch optimale Strukturen für eine am Patientenbehandlungsprozess ausgerichtete Medizin resultieren? Auch wenn eine solche komplexe Fragestellung sicherlich nicht in allen Facetten durch diese Arbeit abschließend geklärt werden kann, so hoffe ich doch, Denkanstöße für die weitere Diskussion um eine zielführende Transformation der Strukturen im Gesundheitswesen gegeben zu haben.

So wie der Behandlungsprozess eines Patienten war auch der Erstellungsprozess dieser Dissertation geprägt durch eine Reihe von „Interaktionen“, „Schnittstellen“ und „Feedback-Loops“, an denen zahlreiche Personen ihren Anteil hatten, denen ich an dieser Stelle meinen herzlichen Dank aussprechen möchte.

An erster Stelle ist mein Doktorvater, Univ.-Prof. Günther E. Braun zu nennen, der sich trotz der Schwierigkeit, die die Betreuung einer Dissertation im Ausland mit sich bringt, bereit erklärte, diese Arbeit zu begleiten. Im Jahre 2004 holte er mich als wissenschaftlichen Mitarbeiter an sein Institut, wo er mir alle Möglichkeiten der Universität eröffnete, mich mit und bei erkenntnisreichen Forschungsaufträgen unterstützte und mir dennoch immer die notwendige Freiheit zur fristgerechten Vollendung der Arbeit gab. Die kritische, aber konstruktive Auseinandersetzung hat mich und die Arbeit sehr bereichert. Jederzeit stand er mir mit fachlichem Rat zur Seite, sein persönliches Engagement ging weit über gelegentliche Aufmunterungen hinaus. Danken möchte ich in diesem Zusammenhang auch Prof. Günter Neubauer für die Übernahme des Zweitgutachtens und die darin enthaltenen wertvollen Anregungen. Schließlich sei Frau Prof. in Andrea Maurer und Herrn Prof. Michael Eßig für die Übernahme des Rigosums und ihre Anregungen aus den Perspektiven der Neueren Institutionenökonomik bzw. der Theorie von Logistikknetzwerken gedankt.

In Phasen erhöhter Arbeitsbelastung ist es wichtig, dass man sich auf Kollegen verlassen kann, die unterstützend helfen und darüber hinaus auch als Ansprechpartner kompetente fachliche Hinweise geben können. In beiderlei Hinsicht waren mir die Kollegen, Dipl.-Volksw. Martin Gröbner, Dr. Jens Nissen und Dipl. Hdl. André Schumann eine große Unterstützung. Insbesondere Herrn Gröbner gilt

mein Dank für die zahlreichen Diskussionen, seine prägnanten „Diagnosen“ und die häufig kreativen Gedankengänge, die er immer mit mir teilte.

Bei der Universität der Bundeswehr München bedanke ich mich für die Gewährung eines Druckkostenzuschusses zur Publikation der vorliegenden Arbeit. Auch für die Förderung der Arbeit durch den Förderungs- und Beihilfefonds Wissenschaft der VG Wort GmbH möchte ich mich sehr bedanken.

Zur fachlichen Auseinandersetzung und formalen Gestaltung trugen darüber hinaus in diversen Diskussionen Frau Eva Angermaier, Frau Anneke Behrendt, Herr Prof. Gunther Friedl, Frau Karin Huber, Frau Dr. Ingrid Königbauer, Frau Indira Lütolf, Frau Dr. Katri Mikkonen, Herr Michael Nunner, Herr Prof. Karl Morasch und Herr Dr. Robert Ott bei. All jenen sei an dieser Stelle ein großes Dankeschön ausgesprochen, da sie jeder für sich in unterschiedlichen Phasen und mit ihrem jeweiligen Fachwissen wesentlich zum Gelingen der Arbeit beitrugen.

Darüber hinaus möchte ich meiner Freundin Eva Angermaier und meinen Eltern für den Rückhalt, den Zuspruch und die stetige Begleitung durch Höhen und Tiefen danken.

Abschließend und im Besonderen möchte ich Herrn Andreas Greulich meinen Dank aussprechen, der mich bereits während meiner Diplomarbeit für das Thema Prozessmanagement begeistern konnte, mich auf dem Weg durch meine ersten beruflichen Erfahrungen fachlich, vor allem aber auch persönlich begleitete und prägte und der mich schließlich auch zu dieser Dissertation motiviert hat. Ihm möchte ich deshalb die vorliegende Arbeit widmen.

Jan Güssow

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Problemstellung und Aufbau der Untersuchung</b> .....	2
1.1. Problemstellung .....	2
1.2. Aufbau .....	3
<b>2. Versorgungsstrukturen und Vergütungssysteme im deutschen Gesundheitswesen</b> .....	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</i> <i>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
<b>3. Potenzial prozessorientierter Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen</b> .....	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
<b>4. Auswirkungen sektoraler und integrierter Versorgungs- und Vergütungssysteme auf die Prozessorientierung.....</b>	<b>107</b>
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. Integrierte Versorgungsstrukturen und Disease Management in Europa .....	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. Schlussfolgerungen zum Aufbau prozessorientierter Strukturen für das deutsche Gesundheitswesen .....	200
4.4. Zusammenfassende Würdigung und Ausblick .....	204
<b>5. Ansätze zur prozessorientierten Weiterentwicklung pauschaler Vergütungssysteme für das deutsche Gesundheitswesen .....</b>	<b>209</b>
5.1. Grundlagen der Weiterentwicklung deutscher Vergütungssysteme .....	210
5.1.1. Notwendigkeit regulatorischer Eingriffe im Gesundheitswesen .....	211
5.1.2. Evaluation von Gesundheitsleistungen im Kontext der Vergütung .....	215
5.1.3. Motivationstheoretische Aspekte .....	217
5.2. Bestimmung einer zielloptimalen Abrechnungseinheit im Kontext der Prozessorientierung .....	221
5.2.1. Darstellung und Wirkungsanalyse möglicher Basisabrechnungseinheiten .....	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. Wirkungsanalyse möglicher Patientenklassifikationssysteme im Kontext der Prozessorientierung .....	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. Hierarchical Condition Categories (HCCs) .....	246
5.2.2.2.3. Bewertung der Klassifikationsmodelle .....	248
5.2.3. Zusammenfassung der Ergebnisse .....	251
5.3. Erfolgsorientierte Vergütung unter besonderer Berücksichtigung von Anreizen zur Förderung der Prozessqualität und Prozessintegration .....	257
5.3.1. Erfolgsorientierte Vergütung durch Kennzahlen .....	259
5.3.2. Vergütung von Prozessqualität bei Moral Hazard und Adverser Selektion .....	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. Vergütungsanreize zur Prozessintegration .....	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. Zusammenfassung .....	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. <i>Konzeption</i> .....	314
5.4.3.2. <i>Konstruktion</i> .....	319
5.4.3.3. <i>Kostenträgerkalkulation</i> .....	327
5.4.4. <i>Vergleich der prozessorientierten Kostenrechnung mit der Fallkalkulation der Selbstverwaltung im akutstationären Bereich</i> .....	329
5.4.4.1. <i>Methodik des Kalkulationshandbuchs</i> .....	329
5.4.4.2. <i>Vergleich der Methodik mit der Prozessorientierten Kostenrechnung</i> .....	333
5.4.5. <i>Anwendungsbeispiele einer prozessorientierten Kostenrechnung</i> .....	341
5.4.5.1. <i>Beispiel einer prozessorientierten Kostenträgerrechnung</i> .....	341
5.4.5.2. <i>Beispiel eines prozessorientierten Benchmarking-Projekts</i> .....	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
<b>6. Prozessmanagement aus der Perspektive des Krankenhauses</b> .....	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. <i>Verankerung des Prozessmanagements in den Führungsstrukturen             mittels einer Balanced Scorecard</i> .....	405
6.3.2.2. <i>Architektur von Managementsystemen</i> .....	410
6.3.2.3. <i>Institutionelle Verortung</i> .....	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
<b>7. Schlussbetrachtung und Ausblick</b> .....	440
<b>Bibliographie</b> .....	447

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Aufbau der Untersuchung
Abbildung 2	Strukturanalyse des Gesundheitswesens
Abbildung 2.1	Gegenstandsbereich der Untersuchung von Vergütungssystemen im Gesundheitswesen
Abbildung 2.1.2.2	Entwicklung der DRGs in verschiedenen Ländern nach Generationen
Abbildung 2.1.2.3	Gruppierungsalgorithmus im G-DRG-System
Abbildung 2.1.4	Klassifikation von Vergütungssystemen
Abbildung 2.2.1.a	Integrierte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen
Abbildung 2.2.1.b	Geltungsbereich Integrierter Versorgungsstrukturen
Abbildung 2.2.2.a	Unterschied zwischen Komponenten Management und Disease Management
Abbildung 2.2.2.b	Disease Management und Integrierte Versorgungsstrukturen
Abbildung 2.2.3	IVS auf Basis des SGB V
Abbildung 2.2.4.1	Raum von Möglichkeiten in der Integrierten Versorgung
Abbildung 3.1	Integriertes Prozessmodell
Abbildung 3.2	Prozessorganisation im Gesundheitswesen und Prozessmanagement im Krankenhaus
Abbildung 3.3.1.1.1.a	Ökonomisch kostenoptimaler Grad der Arbeitsteilung
Abbildung 3.3.1.1.1.b	Einflussfaktoren auf die Transaktionskosten im Gesundheitswesen
Abbildung 3.3.1.1.2	Koordinationsformen im Gesundheitswesen aus transaktionskostentheoretischer Sicht
Abbildung 3.3.1.1.4	Prozessorganisation aus transaktionskostentheoretischer Sicht
Abbildung 3.3.1.2.1	Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen
Abbildung 3.3	Untersuchungen zum Erfolg von Business Process Reengineering-Projekten
Abbildung 4.3.1.1.1.a	Einfluss der Managed Care-Organisationen auf die Leistungserbringer
Abbildung 4.3.1.1.1.b	Beurteilung von MCOs in Bezug auf die Prozessorientierung
Abbildung 4.3.1.2.1	Elemente von Managed Care-Konzepten mit Auswirkung auf die US-amerikanische Form des Disease Managements
Abbildung 4.3.1.2.2	Vorteilhaftigkeit der MCOs zur Unterstützung des Aufbaus von Disease Management -Programmen
Abbildung 4.3.1.2.3	Direkte und indirekte Kosten für ausgewählte Krankheiten
Abbildung 4.3.1.3.1.a	Verwendung von Kopfpauschalen im Vergleich zu anderen Vergütungsformen und nach Leistungserbringer
Abbildung 4.3.1.3.1.b	Vergütung von niedergelassenen Ärzten in HMOs
Abbildung 4.3.1.3.2	Kennzahlen zu Vergütungszwecken
Abbildung 4.3.1.3.3.a	Vergütung von SCPs in den USA
Abbildung 4.3.1.3.3.b	Prozentuale Verteilung von niedergelassenen Ärzten in den USA mit kopfpauschaler Vergütung, gemessen im Jahr 2001
Abbildung 4.3.1.3.5	Entwicklung der einzelnen Vergütungsvarianten in den 90er Jahren
Abbildung 4.3.3	Schlussfolgerungen aus den ausländischen Erfahrungen
Abbildung 4.4	Rahmen der Versorgungs- und Vergütungsstrukturen
Abbildung 5.1.1	Medizinische Leistung und Compliance als Inputs des Behandlungsergebnisses
Abbildung 5.1.3.a	Motivationstheoretische Aspekte
Abbildung: 5.1.3.b	Komponenten eines anreizkompatiblen Vergütungssystems aus Sicht der Prozessorientierung
Abbildung 5.2.2.3	Wirkungsweise des Disease Staging
Abbildung 5.2.2.2	Möglichkeiten zur Schätzung künftiger Ausgaben
Abbildung 5.2.2.2.1	ACG-Klassifikationsschema
Abbildung 5.2.2.2.2	HCC-Klassifikationsschema
Abbildung 5.2.3	Mögliche Hierarchie von Abrechnungseinheiten im deutschen Gesundheitswesen
Abbildung 5.3	Komponenten einer prozessorientierten Vergütung
Abbildung 5.3.1	Theoretische Analyse einer erfolgsorientierten Vergütung

Abbildung 5.3.2.2	Teilkostenerstattung zur Förderung von Prozessoptimierungsmaßnahmen
Abbildung 5.3.3.1.a	Synergieeffekt bei Prozessintegration
Abbildung 5.3.3.1.b	Bestimmung eines optimalen Prozessintegrationsgrades
Abbildung 5.3.3.1.c	Kontinuum der Koordinationsmöglichkeiten zur Prozessintegration
Abbildung 5.3.3.3	Operationalisierung von Transaktionskosten
Abbildung 5.3.3.4	Integrationsvergütung
Abbildung 5.3.4.a	Vergütungsmodulare und Prozessintegration
Abbildung 5.3.4.b	Komponenten eines prozessorientierten Vergütungssystems
Abbildung 5.4.3.1.a	Prozessdokumentation und Prozessorientierte Kostenrechnung als Bestandteile des Prozessmanagements
Abbildung 5.4.3.1.b	Prozesshierarchie im Krankenhaus am Beispiel einer proximalen Femurfraktur
Abbildung 5.4.3.1.c	Ebenenkonzept
Abbildung 5.4.3.1.d	Kostenstellenebenen und KHBV
Abbildung 5.4.3.2.a	Verrechnung in der Prozesskostenrechnung
Abbildung 5.4.3.2.b	Beispielhafter Auszug aus einem Prozesskostenblatt: „Bettenstation Kardiologie“
Abbildung 5.4.3.2.c	Beispielhafter Auszug aus einem Prozesskostenblatt „Herzkatheterlabor“
Abbildung 5.4.3.3	Prozessorientierte Kostenträgerkalkulation in IVS
Abbildung 5.4.4.1	Methodik des Kalkulationshandbuchs
Abbildung 5.4.5.1.a	Beispielprozesse am Universitätsklinikum Bern (Eintritt)
Abbildung 5.4.5.1.b	Beispielprozesse am Universitätsklinikum Bern (Koronarangiographie)
Abbildung 5.4.5.1.c	Beispielprozesse am Universitätsklinikum Bern (PCI)
Abbildung 5.4.5.1.d	Bewertete Teilprozesse am Universitätsklinikum Bern
Abbildung 5.4.5.1.e	Kostenrechnerisch bewertete Teilprozesse einer Ballonangioplastie (PTCA)
Abbildung 5.4.5.1.f	Kostenrechnerisch bewertete Teilprozesse einer Ballonangioplastie (Eintritt)
Abbildung 5.4.5.1.g	Kostenrechnerisch bewertete Teilprozesse einer Ballonangioplastie (Anamnese)
Abbildung 5.4.5.1.h	Kostenrechnerisch bewertete Teilprozesse einer Ballonangioplastie (Diagnose)
Abbildung 5.4.5.1.i	Kostenrechnerisch bewertete Teilprozesse einer Ballonangioplastie (Ballonplastie)
Abbildung 5.4.5.1.j	Kostenrechnerisch bewertete Teilprozesse einer Ballonangioplastie (Austritt)
Abbildung 5.4.5.1.k	Kostenrechnerisch bewertete Teilprozesse einer Ballonangioplastie (Pflege)
Abbildung 5.4.5.1.l	Prozesskostensätze in den administrativen Kostenstellen I
Abbildung 5.4.5.1.m	Prozesskostensätze in den administrativen Kostenstellen II
Abbildung 5.4.5.1.n	Zeitanalysen
Abbildung 5.4.5.1.o	Eintritt Rehabilitation
Abbildung 5.4.5.1.p	Diagnostik Rehabilitation
Abbildung 5.4.5.1.q	Therapie Rehabilitation
Abbildung 5.4.5.1.r	Pflege und Hotellerie
Abbildung 5.4.5.2.a	Prozessdarstellung der PTCA in Villingen-Schwenningen
Abbildung 5.4.5.2.b	Gesamtkostenvergleich
Abbildung 5.5	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit als zentrales Element zur Schaffung prozessorientierter Versorgungsstrukturen
Abbildung 6.1.b	Schnittstellenprobleme im Patientenbehandlungsprozess
Abbildung 6.2.a	Höherentwicklung von Organisationen
Abbildung 6.2.b	Aufbau eines umfassenden Prozessmanagements im Krankenhaus
Abbildung 6.3	Spektrum des Krankenhausmanagements
Abbildung: 6.3.1	Integration des Prozessmanagements im Rahmenkonzept
Abbildung 6.3.2.1.a	Übersetzung der Vision mittels einer Balanced Scorecard
Abbildung 6.3.2.1.b	Beispiel einer Prozessmanagement-konzentrierten Balanced Scorecard
Abbildung. 6.3.2.1.c	Ursache-Wirkungsbeziehungen am Beispiel des Schweizer Herz- und Gefäßzentrums Bern
Abbildung 6.3.2.2	Prozessmanagement als Bestandteil der Gesamtarchitektur von Managementsystemen

Abbildung 6.3.2.3	Institutionelle Verankerung des Prozessmanagements
Abbildung 6.3.3.a	Vorgehen zum Aufbau eines Prozessmodells
Abbildung 6.3.3.b	Prozessarchitekturmodell
Abbildung 6.3.3.c	Festlegung der Prozesshierarchie im Organisationsmodell
Abbildung 6.4.1.a	Konzeptionelle Gesamtsicht und geplante Evolution im Krankenhaus
Abbildung 6.4.1.b	Change Management und Prozessmanagement
Abbildung 6.4.2.a	(Behandlungs-)prozessorientiertes Wissensmanagement
Abbildung 6.4.2.b	Potential eines prozessorientierten Wissensmanagements
Abbildung 6.4.2.c	Wissensbedarf determiniert Wissenssystem und Arbeitssystem
Abbildung 6.4.2.d	Vorgehensmodell zur Einführung eines prozessorientierten Wissensmanagements
Abbildung 6.4.2.e	Workflow-Klassifizierung
Abbildung 6.4.2.f	Prozesse mit Potential für ein darauf aufbauendes Wissensmanagement
Abbildung 6.4.2.g	Prozessmanagement-Werkzeuge

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1.1.a	Produktionseffizienzen
Tabelle 2.1.1.b	Zielsetzungen von Vergütungssystemen
Tabelle 2.1.2.2	Verkürzte Darstellung der Ergebnisse zur Beurteilung von DRG-Systemen nach Fischer
Tabelle 2.1.3.1	Mögliche Honorarverteilungsinstrumente
Tabelle 2.1.4	Mögliche Abrechnungseinheiten
Tabelle 2.2.2.a	Kriterien zur Erstellung von Leitlinien im Disease Management
Tabelle 2.2.2.b	Mögliche Ziele von DMPs (im Rahmen von IVS) aus der Perspektive der jeweiligen Interessengruppen
Tabelle: 2.2.3.1	Gesetzesgrundlage für die Integrierte Versorgung
Tabelle 2.2.3.2	Vergleich Modellvorhaben – Integrierte Versorgung
Tabelle 2.2.3.3	Vergleich Strukturverträge – Integrierte Versorgung
Tabelle: 2.2.3.5	Rechtliche Grundlage von Disease Management-Programmen in Deutschland
Tabelle 3.1	Prozesscharakteristika
Tabelle 3.3.1.1.2	Potenzielle Transaktionskostenvorteile des Netzwerks gegenüber Markt u. Hierarchie
Tabelle 3.3.1.1.3	Modulbildung
Tabelle 3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse einer Prozessorientierung als Forderung für das deutsche Gesundheitswesen im Kontext ausgewählter Organisationstheorien
Tabelle 4.1.1.1	Auswirkungen der DRGs auf den stationären Sektor
Tabelle 4.2.1	Auswirkungen von DMPs und IVS auf die niedergelassenen Ärzte
Tabelle 4.2.2	Auswirkungen von DMPs und IVS auf Krankenhäuser
Tabelle 4.3.1.1.2	Netzwerkstrukturen in den USA
Tabelle 4.3.1.2.3.a	Untersuchte Interventionsformen in Disease Management-Programmen
Tabelle 4.3.1.2.3.b	Ergebnisse von Weingarten et al. zur Effektivität einzelner Interventionen in Disease Management-Programmen
Tabelle 4.3.1.2.3.c	Vergleich zwischen Disease Management und „Dienstleistungs-Carve-Out“
Tabelle 4.3.1.3.2	Kennzahlen offener und geschlossener Versorgungsstrukturen
Tabelle 4.3.1.3.4	Vergütungsformen für Krankenhäuser
Tabelle. 5.2.2.1.1	Anforderungen an Systeme der Fallklassifikation
Tabelle 5.2.2.1.2	Beurteilung von Klassifikationssystemen
Tabelle 5.2.3.a	Charakteristika und Effekte von Abrechnungseinheiten
Tabelle 5.2.3.b	Effekte verschiedener Abrechnungseinheiten in Bezug auf Prozesskriterien
Tabelle 5.3.1.a	Mögliche Kennzahlen für eine erfolgsorientierte Vergütung
Tabelle 5.3.1.b	Kriterien erfolgsorientierter Komponenten
Tabelle 5.3.1.c	Schritte zum Aufbau eines vergütungsrelevanten Kennzahlensystems
Tabelle 5.3.1.d	Mögliche Kennzahlen für eine erfolgsorientierte Vergütung
Tabelle 5.3.3.2.a	Medizinische Dimension der Transaktion
Tabelle 5.3.3.2.b	Ökonomische Dimension der Transaktion
Tabelle 5.4	Ergebnisse der Untersuchung zum Bewertungsverfahren
Tabelle 5.4.2.a	Gesetzliches Anforderungsprofil an die Kostenrechnung im Krankenhaus
Tabelle 5.4.2.b	Ökonomisches Anforderungsprofil an die Kostenrechnung im Krankenhaus
Tabelle 5.4.2.c	Zielsetzungen der Kostenrechnung im Krankenhaus
Tabelle 5.4.3.2	Beispiele für Teilprozesse und Maßgrößen im Krankenhaus
Tabelle 5.4.4.2	Vergleich der Kalkulationssysteme
Tabelle 5.4.5.2.a	Vergleich der Personalkostensätze
Tabelle 5.4.5.2.b	Personalkosten der untersuchten Teilprozesse
Tabelle 5.4.5.2.c	Relativer Vergleich der Materialkosten
Tabelle 5.4.5.2.d	Ermittlung der Kosten für Pflege auf Normalstation
Tabelle 5.4.5.2.e	Ermittlung der Kosten für Pflege auf Normalstation für nicht transferierte Patienten

Tabelle 5.4.5.2.f	Auswertung der Tätigkeiten des ärztlichen Personals auf Normalstation
Tabelle 5.4.5.2.i	Gesamtkostenvergleich Non-Transfer-Patienten Bern – Villingen
Tabelle 5.5.1	Schaffung transparenter und prozessorientierter Integrierter Versorgungsstrukturen
Tabelle 5.5.2	Rahmenbedingungen für die Vergütung der Leistungserbringer
Tabelle 5.5.3	Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Krankenkassen
Tabelle 5.5.4	Maßnahmen zur Stärkung der Patienteninteressen und Steigerung der Patientensouverenität
Tabelle 6.1	Anforderungskatalog des Prozessmanagements
Tabelle 6.4.1.a	Revolutions- und Evolutionsmodell
Tabelle 6.4.1.b	Beispielhafte Möglichkeiten der praktischen Verankerung des Prozessmanagements in strategischen Unternehmensprozessen

## Abkürzungsverzeichnis

AAHP	American Association of Health Plans	DWH	Data Warehouse
AAPCC	Average Adjusted Per Capita Cost	EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ABAG	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz	EFQM	European Foundation for Quality Management
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	E-GO	Ersatzkassen-Gebührenordnung
ACS	Acute Coronary Syndrom	E&M	Evaluation and Management procedure codes
AHB	Anschlussheilbehandlung	EQUAM	Externe Qualitätskontrolle im Managed Care
AID	Automated Interaction Detector	FFS	Fee For Service
APG	Ambulatory Patient Groups	FIM	Functional Independent Measurement
APC	Ambulatory Payment Classifications	FKK	Fallkostenkalkulation nach Kalkulationshandbuch
AMG	Arzneimittelgesetz	FKZ	Fremdkassenzahlungsausgleich
AVG	Ambulatory Visit Groups	FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	FRG	Functional Related Groups
EKV	Ersatzkassenvertrag	G-DRGs	German Diagnosis Related Groups
BDC	Berufsverband der deutschen Chirurgen	GHM	Groupes Homogènes de Malades
BG	Bezugsgröße	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
BGBI	Bundesgesetzblatt	GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
BKK	Betriebskrankenkasse	GoÄ	Gebührenordnung für Ärzte
BMÄ	Bundesmantelverträge für Ärzte	GoB	Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	GoM	Grundsätze ordnungsmäßiger Modellierung
BMV	Bundesmantelvertrag	GP	General Practitioner
BPR	Business Process Reengineering	GPWW	Group Practice Without Walls
BpflV	Bundespfllegesatzverordnung	GRG	Gesundheitsreformgesetz
BSC	Balanced Scorecard	GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
BSichG	Beitragssicherungsgesetz	HBG	Health Benefit Groups
CC	Complexity and Comorbidity, Condition Kategorie	HCC	Hierarchical Condition Categories
CEA	Cost-Effect-Analysis	HCFA	Health Care Financing Administration
CMG	Consolidated Medical Groups	HEDIS	Health Plan Employer Data and Information Set
CMI	Casemix Index	HHS	National Healthcare System
CQI	Continuous Quality Improvement	HHBG	Haushaltsbegleitgesetz
c.p.	ceteris paribus	HIRC	Health Industries Research Companies
CPT	Current Procedural Terminology	HMO	Health Maintenance Organisation
DHA	District Health Authority	HRG	Health Care Ressource Groups
DHGE	Departement Herz und Gefäße	HV	Heilverfahren
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft	HVM	Honorarverteilungsmaßstab
DM	Disease Management	HYE	Health Years Equivalents
DMAA	Disease Management Association of America	IC	Incentive Constraint
DMO	Disease Management Organisation	ICD	International Classification of Diseases
DRGs	Diagnosis Related Groups	IDS	Integrated Delivery System
DSS	Decision Support System		

i.d.R.	in der Regel	MDC	Major Diagnostic Category
IFRS	International Financial Reporting Standards	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen	MES	Modulares Entgeltsystem
IKK	Innungskrankenkasse	MOKKA	Modulares Klassifikations- und Kalkulationssystem
ILV	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung	MSO	Management Service Organisation
IMC	Intermediate Care	Mrd.	Milliarden
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
IPA	Independent Provider Association	NWA	Nutzwertanalyse
IPHCC	Inpatient Hierarchical Condition Categories	NICE	National Institute for Clinical Excellence
IRR	Internal Rate of Return	NOG	Neuordnungsgesetz
ISO	International Organization for Standardization	NPV	Net Present Value
IV	Integrierte Versorgung	NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht ohne Datum
IVS	Integrierte Versorgungsstrukturen	o.D.	ohne Datum
Kap.	Kapitel	OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development ohne Ortsbezeichnung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung	o.O.	ohne Ortsbezeichnung
KFPV	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
KG	Konzeptionelle Gesamtsicht	o.S.	ohne Seitenangabe
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung	OTC	Over-The-Counter
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz	o.V.	ohne Verfasser
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz	PA	Principal Agent
KHK	Koronare Herzkrankheit	PCCL	Patient Clinical Complexity Level
KHKDg	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz	PCP	Primary Care Physician
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz	PHO	Physician Hospital Organization
KK	Krankenkasse(n)	PKS	Patientenklassifikationssystem, Prozesskostensatz
KLR	Kostenleistungsrechnung	PKR	Prozesskostenrechnung
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus.	PMC	PMC Patient Management Category
KV	Kassenärztliche Vereinigung	PMP	Patient Management Path
KVEG	Kostendämpfungsergänzungsgesetz	PMPM	per member per month
KVG	Krankenversicherungsgesetz	PoKR	Prozessorientierte Kostenrechnung
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz	POS	Point Of Service
LDF	Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen	PPMC	Physician Practice Management Companies
LHU	Local Health Units	PPS	Prospective Payment System
LKF	Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung	PPR	Pflege-Personalregelung
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse	PR	Public Relation
M&A	Mergers and Acquisitions	PRN	Projet de Recherche en Nursing
MC	Managed Care	PRO	Peer-Review Organization
MCO	Managed Care Organization	PSO	Provider Sponsored Organization
		PTCA	Percutane Transluminal Coronar-Angioplastie
		Q(U)ALY	Quality Adjusted Life Years
		RBRVC	Ressource Based Relative Value Scale
		Reha	Rehabilitation
		RGB	Rehabilitationsbehandlungsgruppen

---

RN	Registrar Nurse	TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
RoI	Return on Investment	TK	Techniker Krankenkasse
RSA	Risikostrukturausgleich	TQM	Total Quality Management
RSAV	Risikostrukturausgleichs- verordnung	TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
RV	Rentenversicherung	u.a.	unter anderem
RVS	Relative Value Scale	UCM	Unit Cost Management
RVU	Relative Value Unit	UCR	usual, customary, and/or reasonable
SGB	Sozialgesetzbuch	UM	Utilization Management
SGG	Sozialgerichtesgesetz	vgl.	vergleiche
Sol(St)G	Solidaritätsstärkungsgesetz	VUV	Vereinfachtes Umlageverfahren
StGB	Strafgesetzbuch		
SWOT	Strength-Weakness, Opportunities-Threats		
T(A)K	Transaktionskosten		

# 1. Problemstellung und Aufbau der Untersuchung

Trotz der vielen Gesetze und Rechtsverordnungen, die in den letzten Jahren auf den Weg gebracht wurden<sup>1</sup>, konnte eine nachhaltige Eindämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bislang nicht erreicht werden und auch zukünftig wird man durch neue Gesetze zur Kostendämpfung dem Problem der Ausgabenregulierung nicht dauerhaft Abhilfe leisten können. Deshalb werden sich in den nächsten Jahren die **Strukturen** im Gesundheitswesen grundsätzlich ändern müssen<sup>2</sup>.

Die Balance zwischen Marktorientierung und Solidarität zu halten, stand und steht dabei im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen<sup>3</sup>. Ein „Gesundheits-Markt“, wie er in den USA besteht, ist in Deutschland nicht konsensfähig<sup>4</sup>. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 wurden aber verschiedene Restriktionen gelockert und die Möglichkeiten erweitert, sich als Leistungserbringer-Verbund auch ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zusammenzuschließen<sup>5</sup>, integrierte Strukturen aufzubauen und durch die Implementierung geeigneter Koordinationsinstrumente<sup>6</sup> die Abläufe der Patientenbehandlung zu optimieren<sup>7</sup>. Die in solchen Strukturen organisierten Leistungserbringer und Krankenkassen stehen dann in einem direkten Wettbewerb sowohl mit anderen Netzwerken aus der Region als auch mit Leistungserbringern aus der Regelversorgung<sup>8</sup>. Die Absicht der Gesundheitspolitik, horizontale und vertikale Krankheits- und Patientensteuerungsprozesse zu fördern, zeigt sich dabei nicht nur in dem Rechtsinstitut der „Integrierten Versorgung“ (IV) nach §§ 140a ff. SGB V<sup>9</sup>, sondern ebenfalls in der weiteren Öffnung von Kliniken für ambulante Operationen<sup>10</sup> und insbesondere auch in den Vorstößen des Gesetzgebers, die Krankenkassen zum Aufbau „strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“<sup>11</sup> im Sinne des aus den USA stammenden „Disease Management“-Ansatzes zu bewegen. Vernetzte bzw. „Integrierte Versorgungsstrukturen“ (IVS) beinhalten dabei eine ganzheitliche Sichtweise auf die Prozesse der Leistungserbringung im Gesundheitswesen und orientieren sich an der gesamten medizinischen **Wertschöpfungskette**<sup>12</sup>. Im Rahmen dieser Arbeit wird von „Integrierter Versorgung“ daher nur dann ge-

---

<sup>1</sup> Vgl. u.a. Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27.06.1977; Kostendämpfungsergänzungsgesetz (KVEG) vom 22.12.1981; Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKDG) vom 22.12.1981; Haushaltsbegleitgesetz (HHBG) vom 20.12.1982; Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) vom 20.12.1984; Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 08.12.1988; Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 09.12.1992; 1. Neuordnungsgesetz (1. GKV-NOG) vom 01.07.1997; 2. Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) vom 01.07.1997; GKV-Solidaritätsstärkungs-Gesetz (GKV SolG) vom 01.01.1999; Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (AABG) vom 15.02.2002; Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) vom 23.12.2002; GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003. Vgl. auch Ernst & Young (Gesundheitsversorgung 2020 2005), S. 54.

<sup>2</sup> Vgl. Braun (Zukunftsaufgabe Vernetzung 2006); Braun (Strukturwandel 2005); Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat 2003), S. 129ff.; Braun (Selbstverwaltung 1997), S. 102. Vgl. hierzu auch schon Braun (Neues Umfeld 1995). Vgl. zur Entwicklung der Versorgungsstruktur bis 2020 das Szenario von Ernst & Young (Gesundheitsversorgung 2020 2005), S. 102ff.

<sup>3</sup> Vgl. Braun/Schulz-Nieswandt (Wettbewerb und Regulierung 2006); Schulz-Nieswandt (Europa 2006).

<sup>4</sup> Vgl. Braun (Strukturwandel 2005), S. 3.

<sup>5</sup> Vgl. Kapitel 2.

<sup>6</sup> Vgl. Braun/Güßow (Innovative Ansätze 2006), S. 75ff.

<sup>7</sup> Vgl. Braun (Strukturwandel 2005); Sohn/Schöffski (Prozesstheoretische Grundlagen 2002).

<sup>8</sup> Dieser Wettbewerb wird durch die europäische Liberalisierung des Gesundheitssektors noch forciert. Vgl. Braun (Krankenhäuser und Europa 2000/2001). Vgl. auch Schulz-Nieswandt (Europa 2006), S. 52ff.

<sup>9</sup> Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482; zuletzt geändert durch Art. 3a - G v. 29. 8.2005, BGBl. I S. 2570).

<sup>10</sup> Vgl. § 115b SGB V. Ambulante Operationen werden häufig von niedergelassenen Ärzten im Krankenhaus durchgeführt, wodurch Kooperationen zwischen dem Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten nachhaltig intensiviert werden.

<sup>11</sup> Vgl. § 137f SGB V.

<sup>12</sup> Die holistische Sichtweise, nicht nur den Prozess einer spezifischen Krankenhausbehandlung, sondern den Gesundheitszustand bzw. den gesamten Verlauf einer (chronischen) Erkrankung in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen, ist das ursprüngliche Prinzip medizinischer Versorgung. Wenn sich in der hochspezialisierten Medizin westlicher Prägung wieder auf

sprochen, wenn Kooperationen ein Vertrag nach §§ 140a ff. SGB V zu Grunde liegt, als „Integrierte Versorgungsstrukturen“ (IVS) werden dahingegen allgemein alle Kooperationen bezeichnet, die auf eine bessere Koordination der Leistungserbringung abzielen. Sie berücksichtigen im Idealfall alle Episoden und Etappen einer Krankheit(sbehandlung)<sup>13</sup>, sodass sich das „Disease Management“ (DM) seiner Behandlungsphilosophie nach auch nur in IVS zielführend umsetzen lässt - DM und IVS stellen deshalb zwei Seiten derselben Medaille dar<sup>14</sup>.

### 1.1. Problemstellung

Zur Umsetzung eines effektiven Disease Managements werden prozessorientierte Integrierte Versorgungsstrukturen benötigt. Deshalb ist eine Förderung Integrierter Versorgungsstrukturen zu begrüßen. Bislang fällt diese allerdings sehr undifferenziert aus. Das Disease Management wird insbesondere durch die Krankenkassen forciert, die sich höhere Zahlungen aus dem daran gekoppelten Risikostrukturausgleich erhoffen<sup>15</sup>, und ähnlich hat auch die Integrierte Versorgung insbesondere dadurch einen großen Aufschwung erfahren, dass sie mit einem Prozent der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte sowie des Krankenhausbudgets gefördert wird und dass vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität befristet abgewichen werden darf<sup>16</sup>. Nachdem die Finanzmittel, welche in die Integrierte Versorgung und die Disease Management-Programme bzw. den Risikostrukturausgleich fließen, schon jetzt ein systemgestaltendes Ausmaß erreicht haben, es sich aber letztlich lediglich um die Umschichtung bestehender Finanzmittel aus der traditionellen Versorgung handelt, wird eine **undifferenzierte Förderung** Integrierter Versorgungsstrukturen in Zukunft nicht zu rechtfertigen sein.

Aspekte einer Weiterentwicklung der Vergütungssysteme zur Förderung am Behandlungsprozess orientierter Integrierter Versorgungsstrukturen stehen daher im Fokus dieser Untersuchung<sup>17</sup>. Das Postulat der Prozessorientierung findet sich in der deutschen Literatur zur Reorganisation des Gesundheitswesens häufig. Eine systematische, organisationstheoretisch motivierte Ableitung des Potenzials prozessorientierter Strukturen im Gesundheitswesen findet sich dahingegen bislang nicht. Organisationstheorien haben zum Ziel, den Zweck, das Entstehen, das Bestehen, den Wandel und die Funktionsweise von Organisationen zu erklären<sup>18</sup>. Sie sind grundlegend für das Verständnis der Wechselwirkungen zwischen organisatorischen Strukturen und hierauf gerichteten Koordinationsinstrumenten. Deshalb muss anhand geeigneter und anerkannter Organisationstheorien zunächst das **Potenzial prozessorientierter Strukturen** abgeleitet werden, um daran anschließend die Vergütungsstrukturen anreizoptimal ausrichten zu können. Diese sind im deutschen Gesundheitswesen größtenteils reguliert, sie werden zukünftig immer häufiger aber auch wettbewerblichen Mechanismen überlassen sein.

---

den Gesamtprozess zurückbesonnen wird, so geht es nicht darum, eine Vorwärts- bzw. Rückwärtsintegration zu betreiben, wodurch die Spezialisierung und Arbeitsteilung rückgängig gemacht würde, sondern darum, Abläufe zwischen den spezialisierten Einheiten effizient und effektiv zu gestalten. Auch hierarchische Strukturen werden mit einer Prozessorientierung nicht obsolet, die Prozessorientierung lenkt aber das Augenmerk verstärkt auf dezentrale, an der Versorgung des Patienten orientierte Abläufe. Vgl. hierzu Kapitel 3.

<sup>13</sup> Vgl. Braun (Selbstverwaltung 1997), S. 102.

<sup>14</sup> Vgl. auch Stock/Radaelli/Lauterbach (DM und IVS 2005), die schwerpunktmäßig auf verschiedene Komponenten des Disease Managements in Integrierten Versorgungsstrukturen eingehen. Der Fokus dieser Arbeit liegt dahingegen auf vergütungstechnischen Fragen innerhalb von IVS und den daraus resultierenden Wechselwirkungen zwischen Vergütung und Organisationsstruktur.

<sup>15</sup> Vgl. Kapitel 2.2.2. und 2.2.3.7.

<sup>16</sup> Vgl. Kapitel 2.2.2. und 2.2.3.3.

<sup>17</sup> Vgl. zum Unterschied von integrierten und prozessorientierten Strukturen Kapitel 2.2.2. und 3.4.

<sup>18</sup> Vgl. Kieser/Walgenbach (Organisation 2003), S. 31.

Insbesondere in der Regelversorgung und beim Aufbau von Disease Management-Programmen greift der Gesetzgeber sehr stark regulatorisch in den Gesundheitsversorgungsmarkt ein. Dies betrifft auch bestehende **Vergütungssysteme**, denen als Anreizsystem und Koordinationsinstrument zu Recht eine sehr weit reichende gestalterische Potenz zugesprochen wird<sup>19</sup>. In einem regulierten Markt<sup>20</sup> sind deshalb Bestimmungen hinsichtlich der Gestaltung entsprechender Vergütungsstrukturen essenziell, nicht zuletzt um einer Fragmentierung, wie sie in den USA zu beobachten ist, frühzeitig entgegenzuwirken. Bislang wurde aber die Vergütung in der Integrierten Versorgung nicht explizit, sondern den Verhandlungspartnern zur alleinigen Disposition gestellt. Auch für diese stellt die Gestaltung der Vergütung noch ein Novum dar. Hier hat sich ein neues Handlungsfeld aufgetan, für welches vom Regulator<sup>21</sup> die Rahmenbedingungen zu schaffen sind und welches von den Leistungserbringern noch praktisch gestaltet werden muss. Im Kontext moderner Versorgungsstrukturen<sup>22</sup> und vor dem Hintergrund des Postulats einer prozessorientierten Organisationsgestaltung sollen deshalb in dieser Untersuchung die Möglichkeiten und Grenzen für die Implementierung moderner Vergütungsstrukturen erörtert werden.

Am Ende der Untersuchung wird die **Perspektive des Krankenhauses** aufgegriffen. Das Krankenhaus stellt einen entscheidenden Akteur zur Umsetzung integrierter Versorgungsstrukturen dar<sup>23</sup>, welche sowohl polyzentrisch als auch fokal geprägt sein können<sup>24</sup>. Sind entsprechende Vergütungsanreize stark genug ausgeprägt, so werden vor allem Krankenhäuser sowohl die prozessorientierte Reorganisation ihrer internen Strukturen als auch den Aufbau externer sektorenübergreifender Strukturen vorantreiben. Hierzu muss die Krankenhausinstitution das Prozessmanagement zum Bestandteil ihrer Unternehmensphilosophie werden lassen und es für einen nachhaltigen Erfolg auf normativer, strategischer und operativer Ebene in einem integrierten Krankenhausmanagement verankern<sup>25</sup>.

## 1.2. Aufbau

**Kapitel 2:** Die Art der **Vergütung** der von den verschiedenen Leistungserbringern angebotenen Gesundheitsleistungen, welche bislang nicht vom Markt koordiniert, sondern vom Gesetzgeber bzw. Regulator festgelegt wurde, bestimmt als finanzieller Anreiz maßgeblich Art, Umfang und Struktur der Gesundheitsleistungen in den verschiedenen Sektoren<sup>26</sup>. Nach wie vor ist das deutsche Gesundheitswesen durch sektorale, wenig integrierte Vergütungssysteme geprägt, die in diesem Kapitel als Grundlage der Entwicklung prozessorientierter Vergütungsstrukturen dargestellt werden.

**Kapitel 3:** Für die weitere Untersuchung wird das **Potenzial prozessorientierter Strukturen** aus ausgewählten organisationstheoretischen Perspektiven untersucht. Für die (mangelnde) Kooperationsbe-

---

<sup>19</sup> Vgl. Braun/Güssow (Innovative Ansätze 2006), S. 76; Greiner (Ökonomische Aspekte 2005), S. 80.

<sup>20</sup> Vgl. zur Thematik Markt und Regulierung im Gesundheitswesen Braun/Schulz-Nieswandt (Wettbewerb und Regulierung 2006); Bruckenberg/Klaue/Schwintowski (Krankenhausmärkte 2005); Cassel (Wettbewerb und Regulierung 2004). Vgl. allgemein Bormann/Finsinger (Markt und Regulierung 1999).

<sup>21</sup> Im Weiteren soll der allgemeine Terminus „Regulator“ Verwendung finden. Hierdurch wird zum Ausdruck gebracht, dass sich die „Regulation“ im Gesundheitswesen auch auf Aspekte jenseits der Gesetzgebung beziehen kann, z.B. die Schaffung von Transparenz als Zielsetzung der Ausgabe von Broschüren zur Patienteninformation. Wenn sich explizit auf Maßnahmen der Gesetzgebung bezogen wird, die somit eine Teilmenge regulatoriver Maßnahmen darstellen, soll synonym der Begriff „Gesetzgeber“ verwandt werden.

<sup>22</sup> Vgl. Braun/Güssow (Innovative Ansätze 2005), S. 74.

<sup>23</sup> Vgl. hierzu auch die Evaluationen der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (Register IV @ 2005).

<sup>24</sup> Vgl. zu polyzentrischen und fokalen Strukturen Kapitel 2.2.1.

<sup>25</sup> Vgl. Braun (Integriertes Krankenhausmanagement 1998).

<sup>26</sup> Vgl. Henke (Finanzierung Gesundheitsleistungen 1992), S. 136ff.

reitschaft zwischen den Leistungserbringern sind vor allem die (zu) hohen Transaktionskosten für die Leistungs- und Vergütungsintegration im Gesundheitswesen ursächlich. Auch liefert der mikroökonomische Principal Agent-Ansatz, der auf den bestehenden Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen aufsetzt, wichtige Erkenntnisse für die mögliche Weiterentwicklung des Vergütungssystems. Sowohl aus strategie- und ressourcentheoretischer Sicht als auch aus kontingenztheoretischer und evolutionärer Sicht sollen darüber hinaus die Möglichkeiten und Grenzen prozessorientierter Koordinationsformen aus der einzelwirtschaftlichen „Binnenperspektive“ beleuchtet werden<sup>27</sup>.

**Kapitel 4:** Um die Vernetzung von Gesundheitsleistungen praktisch zu realisieren, ist ein Vergütungssystem notwendig, das die entsprechenden Anreize zur Prozessorientierung schafft. Mit der Einführung der deutschen G-DRGs (German Refined - Diagnosis Related Groups)<sup>28</sup>, welche als diagnosebezogenes Klassifikationssystem die Grundlage der Berechnung eines Pauschalpreissystems im stationären Sektor bilden und durch die der gesamte Krankenhausaufenthalt von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten vergütet wird, wurde bereits ein wichtiger Schritt in Richtung **prozessorientierte Pauschalvergütung** unternommen<sup>29</sup>. Die Umsetzung einer populationsbezogenen regionalen Integrierten Versorgung und der Disease Management-Programme geht in Deutschland dahingegen auch nach einem weit gehenden Abbau von rechtlichen Hürden nur schleppend voran. Dennoch manifestiert sich in diesen Modellen das Paradigma der Prozessorientierung sowohl aus medizinischer als auch aus organisatorischer Sicht. Pauschale Vergütungsformen in Integrierten Versorgungsstrukturen können als Wegbereiter für eine verstärkte Prozessorientierung angesehen werden. Ihnen ist allerdings gemein, dass sie das Risiko einer Kostenunterdeckung tendenziell auf die Leistungserbringerseite verlagern. Leistungserbringer erhalten dadurch einen Anreiz, sich überwiegend auf die betriebswirtschaftliche Optimierung von Behandlungsprozessen zu konzentrieren. Die Einführung von G-DRGs und liberaleren Möglichkeiten zur Vereinbarung alternativer Vergütungsstrukturen birgt daher auch Gefahren und kann sich unter Umständen sogar als kontraproduktiv für die Verzahnung von Leistungen erweisen. In Kapitel 4 werden deshalb die mit dem G-DRG-System verbundenen inter- und intraorganisatorischen Mängel herausgearbeitet, indem die Wirkung der G-DRGs auf die einzelnen Teilbereiche der Regelversorgung im Kontext der postulierten Prozessorientierung und mittels international vorliegender Erfahrungen analysiert wird. Dieser Analyse werden ebenfalls die Integrierten Versorgungsstrukturen unterzogen. Der Fokus liegt dabei auf der Frage nach der Entsprechung von Organisations- und Vergütungsform. Dafür wird auf die vorliegenden Erkenntnisse aus „Managed Care-Konzepten“ und „Integrated Delivery Systems“ aus den USA zurückgegriffen<sup>30</sup>.

**Kapitel 5:** Aus den Analysen der G-DRGs, der Zielsetzung und den Mängeln der Integrierten Versorgungsstrukturen in Deutschland und den Erfahrungen aus dem Ausland lassen sich Ansatzpunkte für eine **Weiterentwicklung der Vergütungssysteme** zur Unterstützung prozessorientierter Strukturen in einer polyzentrisch geprägten Systemwelt<sup>31</sup> formulieren, wobei insbesondere auch der Frage nach einer zielloptimalen Verknüpfung der Pauschalvergütungen mit Elementen der Vergütung von Prozess-

<sup>27</sup> Vgl. zur Binnenperspektive Kirsch (Führung 2001), S. 325ff.

<sup>28</sup> Vgl. <http://www.g-drg.de/>.

<sup>29</sup> Vgl. Fetter (Background 1991).

<sup>30</sup> Vgl. Mühlenkamp: „Diese Instrumente (gemeint sind Managed Care-Instrumente, Anm. d. Verf.) zielen auf die Verbesserung, respektive Optimierung von Versorgungs- bzw. Behandlungsabläufen. (...) Aus diesem Blickwinkel kann man Managed Care als Prozess oder sich auf den Prozess richtend verstehen“. Mühlenkamp (Managed Care 2000), S. 30.

<sup>31</sup> Während in fokalen Netzwerken ein Unternehmen oder wenige führende Unternehmen einen bedeutenden Einfluss ausüben und als Manager bzw. Koordinator des Wertschöpfungsprozesses agieren, ist in polyzentrischen Netzwerken eine formale Dominanz einzelner Mitglieder des Netzwerks nicht vorhanden. Vgl. Braun/Güssow (Innovative Ansätze 2006). Vgl. zu den Arten von Netzwerken auch Backhaus/Meyer (Strategische Netzwerke 1993), S. 330ff. Vgl. zu polyzentrischen Strukturen Kirsch (Evolutionäre Theorie 1997), S. 546ff. Vgl. auch Kapitel 2.2.1.

qualität und Prozessintegration nachgegangen wird. Hierzu werden zunächst verschiedene Abrechnungseinheiten und Patientenklassifikationssysteme auf ihre Wirkungen allgemein sowie in Bezug auf verschiedene Prozesskriterien hin geprüft und daraus eine zielloptimale Hierarchie von Abrechnungseinheiten für das deutsche Gesundheitswesen abgeleitet. Anschließend wird aufbauend auf diesen Überlegungen ein auf verschiedenen Komponenten basierendes prozessorientiertes Vergütungssystem vorgeschlagen, welches auf der Ebene Integrierter Versorgungsstrukturen eine morbiditätsorientierte Kopfpauschale und auf Leistungserbringerebene eine Kopfpauschale in Form einer Betreuungspauschale, eine differenzierte Fallpauschale sowie als Ergebnis- bzw. Erfolgskomponenten<sup>32</sup> u.a. auch eine Kostenerstattungs- und eine Integrationseinheit umfasst<sup>33</sup>. Flankiert wird das Vergütungssystem durch direkte Fördermaßnahmen sowie Transaktionskosten senkende Strukturmaßnahmen. Die Ableitung der Erfolgskomponenten fußt wissenschaftlich auf der Principal Agent- und der Transaktionskostentheorie. Eine wichtige Rolle wird in diesem Zusammenhang der erfolgsorientierten Vergütung auf Basis von Kennzahlen zugeschrieben, insbesondere da es dem Management in Netzwerken zunehmend freigestellt ist, die Vergütung der Leistungserstellung eigenständig zu bestimmen. Die Pyramide der Abrechnungseinheiten wird hierzu um entsprechende Komponenten ergänzt. Das Bewertungsverfahren als zweites wichtiges Element eines Vergütungssystems bemisst die pekuniäre Wertigkeit je Abrechnungseinheit. Dieses sollte so aufgebaut sein, dass die Methodik aus Sicht des Regulators auf der einen Seite zu einer zielloptimalen Verteilung der finanziellen Mittel führt, gleichzeitig sollten auf der anderen Seite auch dem Management, welches diese Systematik der internen Kostenrechnung zu Grunde legt, die notwendigen Informationen an die Hand gegeben werden, um steuernd in die Organisation des Patientenbehandlungsprozesses einwirken und Effizienzpotenziale heben zu können. Für die Umsetzung wird die Konzeption einer Prozessorientierten Kostenrechnung vorgeschlagen, die auch sektorenübergreifend ausgestaltet sein kann. Die vom Regulator zu übernehmenden Aufgaben im Rahmen der Gewährleistung einer zielloptimalen Ausgestaltung der Vergütungsstrukturen sollten synergetisch in einem dafür eingerichteten unabhängigen Institut gebündelt sein. Die organisatorische Umsetzung hierfür wird im letzten Teil des Kapitels 5 eruiert.

**Kapitel 6:** Das Kapitel 6 nimmt abschließend die Krankenhausperspektive auf. Wegen der angestrebten stärkeren Verbreitung vernetzter Versorgungsstrukturen, ihrer besonderen Bedeutung im Rahmen der Gesundheitspolitik und der Sozialgesetzgebung sowie der internationalen Verbreitung von Managed Care-Ansätzen und ihrer Forcierung durch entsprechende Vergütungssysteme muss die umfassende betriebswirtschaftliche Analyse der Wertschöpfungskette vernetzter Versorgungsstrukturen eine hohe Bedeutung erhalten. Die **Krankenhausinstitution** nimmt hier eine gewichtige Rolle ein, da Disease Management und Integrierte Versorgungsstrukturen mit dem erklärten Ziel einer Überwindung sektoraler Grenzen und einer versorgungsstufen-optimalen Behandlung vor allem durch die Einbindung des stationären Sektors sinnvoll umgesetzt werden können. Sektorübergreifende Wertschöpfungsketten stellen aus einzelwirtschaftlicher Sicht eine Verknüpfung der Prozessorganisationen einzelner Unternehmen dar<sup>34</sup>, sodass die gleichen Paradigmen, die für die Gesamtstruktur aus makroökonomischer Sicht gelten, auch innerhalb der einzelnen Organisationen ihre Entsprechung finden müssen, um kontingente Strukturen zu schaffen. Krankenhäuser sind angehalten, ihre Prozesse kritisch zu reflektieren sowie Synergien und Grenzen einer prozessorientierten Vernetzung auszuloten. Dazu be-

<sup>32</sup> Im Rahmen dieser Untersuchung soll nicht von „ergebnisorientierter“, sondern von „erfolgsorientierter Vergütung“ gesprochen werden, da sich Kennzahlen nicht ausschließlich auf Ergebniskennzahlen, d.h. das Outcome bzw. den Gesundheitszustand des Patienten nach einer Behandlung beziehen müssen, sondern auch Prozesskennzahlen, wie z.B. die „durchschnittliche Wartezeit“, zur Anwendung kommen können. In der Literatur wird eine klare Trennung häufig nicht vorgenommen. Vgl. auch Schmutte (TQM 1998), S. 94.

<sup>33</sup> Vgl. Kapitel 5.3. und Abbildung 5.3.4.b.

<sup>34</sup> Vgl. Schober (Prozessorganisation 2002), S. 4.

nötigen sie ein an den medizinischen und betriebswirtschaftlichen Prozessen orientiertes Integriertes (Prozess-)Management<sup>35</sup>. Am Ende des letzten Kapitels wird gezeigt, wie das Prozessmanagement als konzeptionelle Gesamtsicht in den Organisationsstrukturen des Krankenhauses zielführend verankert werden könnte; dabei wird neben dem Kosten- und Qualitätsmanagement insbesondere auch die Bedeutung des Wissens- und Change Managements als bedeutende Managementsysteme für die zukünftigen Anforderungen hervorgehoben.

Transparenz ist nicht nur für das Krankenhaus- bzw. Netzmanagement zur Entscheidungsfundierung notwendig, sondern auch für den Regulator Grundlage einer sachgerechten Koordination. Das Management hat die Aufgabe einer unternehmerischen Betriebsführung, gleichzeitig liefert es die (Kosten- und Qualitäts-)Informationen, durch die der Regulator auf das Gesundheitswesen zielführend einwirken kann. Ein institutionalisierter **Rückkopplungsprozess** bildet deshalb auch die Basis für eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Vergütungssystemen. Abbildung 1 stellt den Aufbau der Untersuchung dar.

---

<sup>35</sup> Vgl. zum „Integrierten Krankenhausmanagement“ Braun (Integriertes Krankenhausmanagement 1998); Braun (Integriertes Krankenhausmanagement 1999), S. 214ff.

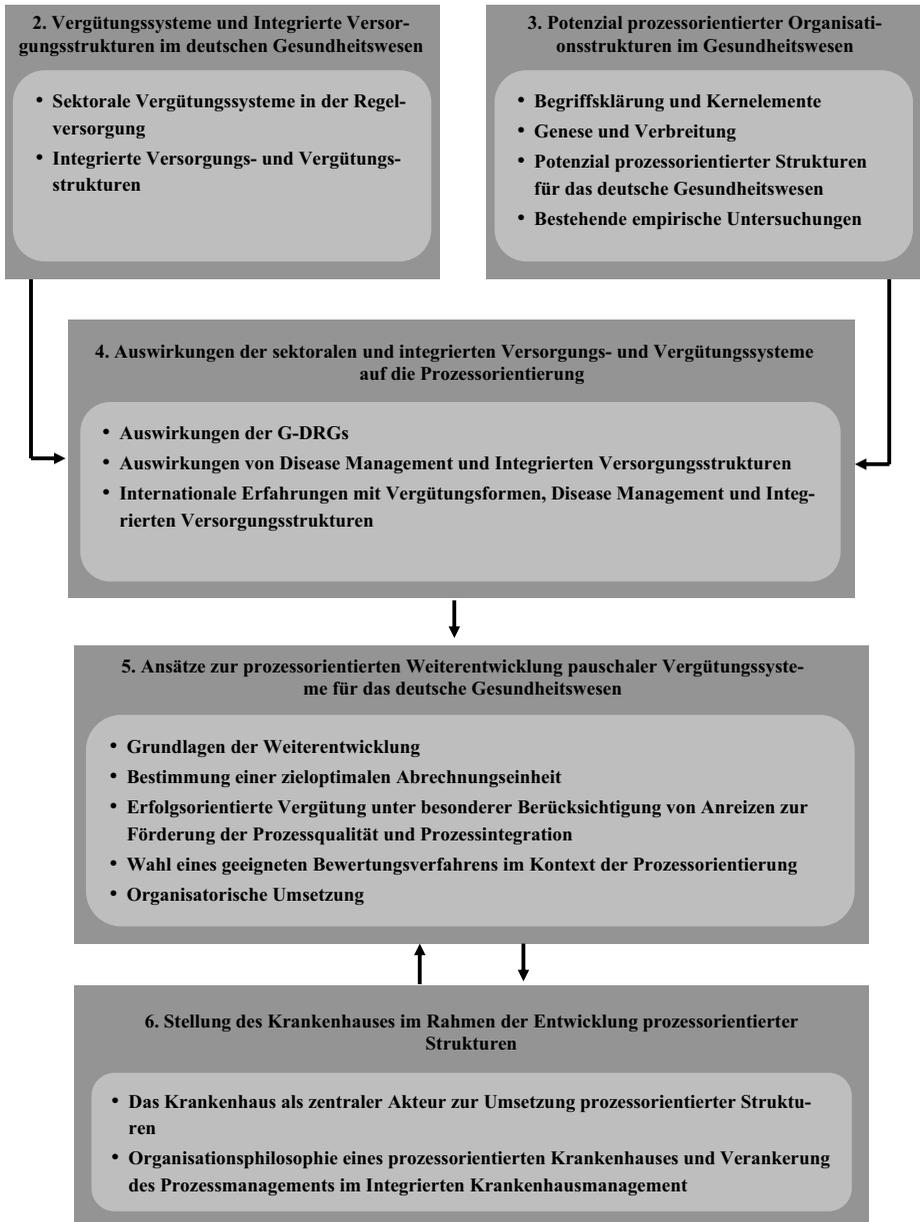


Abbildung 1: Aufbau der Untersuchung.  
Quelle: Eigene Darstellung.

## 2. Versorgungsstrukturen und Vergütungssysteme im deutschen Gesundheitswesen

### ***Inhalt:***

Das Kapitel 2 stellt die Vergütungssysteme und -strukturen im deutschen Gesundheitswesen dar. Sektorale Vergütungssysteme bilden den Ausgangspunkt für die Entwicklung integrierter Versorgungsstrukturen mit neuen Vergütungsformen, wobei der Fokus nach einer generellen Ableitung der Zielsetzungen zunächst auf den im akutstationären Sektor neu eingeführten diagnosebasierten Fallpauschalen (DRGs) liegt. Um die Problematik der Integration verschiedener Vergütungsmechanismen aufzuzeigen, werden auch die Vergütungssysteme und -strukturen für ambulante sowie Rehabilitations-Leistungen und für Arznei- und Heilmittel kurz dargestellt. Das am Ende des Kapitels 2.1 verwandte Klassifikationsschema zur Einteilung der dargelegten Vergütungssysteme in die beiden Komponenten „Abrechnungseinheit“ und „Bewertungsverfahren“ gibt auch den Orientierungsrahmen für die in Kapitel 5 dargelegten Ansätze einer prozessorientierten Weiterentwicklung vor. Der zweite Teil des Kapitels beschäftigt sich mit integrierten Versorgungsstrukturen. Hierbei kommen insbesondere dem Rechtsinstitut der Integrierten Versorgung und dem Disease Management eine herausragende Rolle zu, da sich in diesen Ansätzen das Paradigma der Prozessorientierung sowohl aus organisatorischer als auch aus medizinischer Sicht manifestiert. Getrennt werden muss zwischen der Budgetierung integrierter Versorgungsstrukturen und der direkten Vergütung von Leistungserbringern innerhalb solcher Leistungsverbünde. Die Möglichkeiten und Grenzen werden auf Grundlage der derzeitigen Gesetzeslage am Ende des Kapitels erörtert<sup>36</sup>.

### ***Ziel:***

Im Kapitel 2 sollen die Besonderheiten hinsichtlich der Zielsetzungen von Vergütungssystemen im Gesundheitswesen herausgestellt werden. Auch sollen die Schwierigkeiten von Integrationsbestrebungen auf Grund der unterschiedlichen Ausgestaltung der sektoralen Vergütungsstrukturen vermittelt werden. Wichtig für den weiteren Verlauf der Untersuchung ist ein Verständnis für den Begriff und die Zielsetzung integrierter Versorgungsstrukturen, insbesondere der Integrierten Versorgung und des Disease Managements in den Kapiteln 2.2.1 und 2.2.2. Die gesetzlichen Grundlagen für integrierte Versorgungsstrukturen zeigen die derzeitigen Handlungsspielräume sowie die Möglichkeiten der Budgetausgliederung und der Vergütung von Leistungserbringern in Integrierten Versorgungsstrukturen auf.

### ***Kernaussagen:***

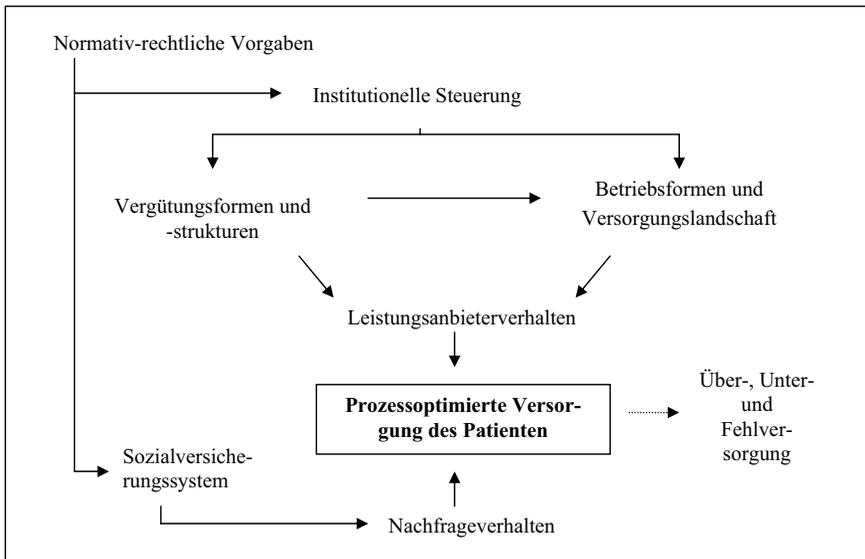
1. Das deutsche Gesundheitswesen ist durch eine ausgeprägte sektorale Organisation gekennzeichnet. Innerhalb der sektoralen Vergütungssysteme lässt sich eine Entwicklungstendenz hin zu (diagnose-)differenzierten Fallpauschalen bzw. Leistungskomplexen als Abrechnungseinheiten feststellen.
2. Die neu eingeführten G-DRGs im akutstationären Bereich können als Wegbereiter für eine prozessorientierte Weiterentwicklung von Vergütungssystemen betrachtet werden.
3. Im ambulanten Bereich spielen das „Kostenmanagement“ und die Entwicklung effizienter, prozessorientierter Versorgungsstrukturen auf Grund der dominierenden Einzelleistungsver-

<sup>36</sup> Neuerungen wurden bis August 2005 einbezogen.

gütung nur im Rahmen der Praxisbudgets eine Rolle. Anreize zur Prozessintegration bestehen kaum.

4. Insbesondere die Verzahnung von Disease Management und Integrierten Versorgungsstrukturen birgt ein hohes qualitatives und ökonomisches Optimierungspotenzial.
5. Verschiedene Abrechnungseinheiten, Patientenklassifikationssysteme und Bewertungsverfahren auf der einen Seite und eine zu geringe Zielorientierung hinsichtlich einer Konsolidierung dieser Systeme auf der anderen Seite haben die Integration von Gesundheitsleistungen in Deutschland bislang stark eingeschränkt.

Unter dem betriebswirtschaftlichen Aspekt der Realisierung einer „allokativen zielorientierten Systemeffizienz“<sup>37</sup> besteht die Herausforderung der Gesundheitspolitik darin, **effiziente institutionelle Arrangements und optimale Vergütungsformen** zu finden, die eine Überproduktion von Gesundheitsleistungen und eine Risikoselektion bei Patienten so weit wie möglich verhindern und darüber hinaus eine hohe Qualität honorieren.



**Abbildung 2: Strukturanalyse des Gesundheitswesens.**

Quelle: In Anlehnung an Schulz-Nieswandt/Kurscheid (Integrationsversorgung 2004), S. 51.

Im Mittelpunkt steht dabei die **prozessoptimierte Versorgung** des Patienten, durch die der Problematik einer Über-, Unter- und Fehlanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entgegengewirkt werden soll und welche durch die Wechselwirkungen des Anbieter- und Nachfrageverhaltens bestimmt wird. Beide Verhaltensmuster sind von verschiedenen Variablen abhängig, die hier nicht erschöpfend behandelt werden können. Im Rahmen dieser Untersuchung interessiert insbesondere der Einfluss der

<sup>37</sup> Vgl. Schulz-Nieswandt/Kurscheid (Integrationsversorgung 2004), S. 50.