

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	XI
Tabellenverzeichnis	XIII
Abkürzungsverzeichnis	XV
1. Einleitung	1
2. Status und Wirkbeziehungen in der GKV	5
2.1 Einnahmen und Ausgaben der GKV	5
2.2 Effizienz des Versorgungssystems	8
2.2.1 Anreizsystem bei niedergelassenen Ärzten	9
2.2.2 Anreizsystem in Akutkrankenhäusern und Reha-Kliniken	11
2.2.3 Anreizsystem in der Medikamentenversorgung	12
2.2.4 Anreizsystem in ambulanten bzw. stationären Pflegeeinrichtungen	13
2.2.5 Anreizsystem des Patienten	13
2.3 Doppelte Desintegration	14
3. Vergütung	21
3.1 Capitation als Grundlage eines effizienten Anreizsystems	21
3.2 Konsequenzen und Erfordernisse für die Umsetzung	23
3.3 Vertragselemente	25
3.3.1 Versichertenbindung	25
3.3.2 Transsektoralität	26
3.3.3 Hoch- und Höchstkostenabsicherung	27
3.3.4 Klärung des Kalkulationsrahmens: Regionalisierung, Fortschreibung und Verlaufseffekte	29
3.3.5 Morbiditätsorientierung, Risikoselektion und Manipulationsresistenz	31
3.4 Basisinformationen zu Capitationberechnungsmodellen	35
3.4.1 Kriterien zur Beurteilung der Prognosekraft der Modelle	35
3.4.2 Grundlegende Ausgestaltungsdimensionen von risikoadjustierten Modellen zur Capitationberechnung	38
3.4.2.1 Retrospektive vs. prospektive Modelle	38
3.4.2.2 Zellenansatz vs. Regressionsansatz	39
3.5 Prospektive risikoadjustierte Capitationmodelle	41
3.5.1 Diagnosebasierte Capitationmodelle	41

3.5.1.1	Das Diagnostic Cost Group (DCG)- Ursprungsmodell	41
3.5.1.2	Das Hierarchical Condition Categories (HCC)- Modell	42
3.5.2	Pharmadatenbasierte Capitationmodelle	44
3.5.2.1	Das RxGroups-Modell	44
3.5.2.2	Das niederländische Pharmacy-based Cost Group (PCG)-Modell	45
3.5.3	Soziodemographisch- und vorkostenbasierte Capitationmodelle	49
3.5.3.1	Das Adjusted Average Per Capita Cost (AAPCC) Modell	49
3.5.3.2	Das Schweizer Capitationmodell	50
3.6	Möglichkeiten für ein Capitationmodell in Deutschland	53
3.6.1	Grundsätzliche Forderungen für die Ausgestaltung	53
3.6.1.1	Verfügbarkeit und Qualität zu verwendender Variablen	55
3.6.1.2	Verfügbarkeit und Qualität ambulanter Daten	56
3.6.1.3	Verfügbarkeit und Qualität stationärer Daten	57
3.6.1.4	Soziodemographische und Kostendaten und sonstige sektorale Inanspruchnahmedaten	59
3.6.2	Anpassungs- und Pflegeaufwand	60
3.6.3	Empfehlung eines Modells für die Verwendung in der integrierten Versorgung	61
4.	Organisation und Strategieentwicklung	65
4.1	Theoretische Ansätze	65
4.1.1	Industrielle Organisationstheorie	65
4.1.2	Transaktionskostentheorie	68
4.1.3	Institutionentheorie	69
4.1.4	Empfehlung für die Verwendung der theoretischen Ansätze	71
4.2	Empirische Erfolgs- und Risikofaktoren für den organisatorischen Aufbau	73
4.2.1	Entwicklung der integrierten Versorgung in den USA	73
4.2.2	Risikofaktoren	74
4.2.2.1	Zu schnelles Wachstum („leading, speeding, bleeding“) und unterschätzter Zeitbedarf	74
4.2.2.2	Mangelnde Prozess- und „Kulturintegration“	76

4.2.2.3	Mangelnde Wettbewerbsvorteile und Managementkompetenz	77
4.2.2.4	Umsetzungsschwierigkeiten bei Capitationvergütung	78
4.2.2.5	Mangelnde Akzeptanz der Stakeholder	79
4.2.3	Erfolgsfaktoren	79
4.2.3.1	Fokussierung auf Kernkompetenzen und gemäßigte Größe	80
4.2.3.2	Einsatz von IT und Balance zwischen Autonomie und Zentralisierung	80
4.2.3.3	Integration ausgewählter Leistungserbringer und Reduktion doppelter Leistungsstrukturen	81
4.2.3.4	Umsetzungskraft und kontrolliertes Wachstum	82
4.3	Die Frage nach der Steuerungsmacht in der integrierten Versorgung	83
4.3.1	Verbund unter Führung eines Krankenhauses	84
4.3.2	Verbund unter Führung eines Arztnetzes	85
4.3.3	Arztnetz mit transektoraler Budgetverantwortung	88
5.	Informationstechnologie	91
5.1	Effizienz durch Optimierung der Wertschöpfung	91
5.2	Medizinische Dokumentation als Teil der primären Wertschöpfung	93
5.3	Bestehende Ineffizienzen bei der medizinischen Dokumentation	96
5.3.1	Intra- und interinstitutionelle Schnittstellen	96
5.3.2	Konsequenzen für Information und Kommunikation	97
5.4	IT-gestützte Ansätze zur Überwindung der Ineffizienzen	99
5.4.1	Elektronische Patientenakte	99
5.4.1.1	Erfahrungen	99
5.4.1.2	Idealtypische Erwartungen	101
5.4.1.3	Grundlegende Anforderungen	102
5.4.1.4	Architektur	104
5.4.2	Gesundheitskarte und e-Rezept	106
5.4.3	Elektronischer Arztbrief	107
5.4.4	Bilddokumentation und Archivierung	110
5.4.5	Evidenzbasierte Steuerung des Workflows zur Prozessunterstützung	111
5.5	Begleitende Problemfelder und Handlungsoptionen	116
5.5.1	Anwendung und Prozessunterstützung	117

5.5.2	Standards	118
5.5.3	Datenschutz, Datensicherheit und Haftung	120
5.5.4	Investitionen und Vergütung	122
5.5.5	Projektteam	123
5.5.6	Akzeptanz	124
5.6	Paralleler Fokus zur Erfolgssicherung	128
6.	Pharmakotherapie	129
6.1	Zwei ökonomische Dimensionen der Pharmakotherapie	129
6.2	Darstellung der gegebenen Problemfelder	130
6.2.1	Anstieg des Verordnungswerts	130
6.2.2	Nichtausgeschöpfte Einsparpotentiale durch Über- und Fehlversorgung	131
6.2.3	Unterversorgung durch Defizite in der Arzneimittelversorgung	135
6.2.4	Compliance und ihre gesundheitsökonomische Bedeutung	137
6.2.5	Marketing und Kundenmanagement in der pharmazeutischen Industrie	140
6.3	Bisherige Initiativen zur Effizienzverbesserung	142
6.3.1	Politisch-staatliche Interventionen	142
6.3.2	Interventionen auf Ebene der Länder und Regionen	144
6.3.2.1	Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie	144
6.3.2.2	Arzneimittelprogramme	147
6.3.2.3	Netzinterne Arzneimittellisten	149
6.4	Analyse bisher ergriffener Maßnahmen	150
6.5	Lösungsansätze	151
6.5.1	Veränderung der Anreizsituation	151
6.5.2	Strukturelle und organisatorische Voraussetzungen auf Seiten der Leistungserbringer	153
6.5.3	Strukturelle und organisatorische Voraussetzungen auf Seiten der pharmazeutischen Industrie	156
6.5.4	Multidimensionales Beziehungsmanagement	159
6.5.4.1	Integrierte Produktpolitik	160
6.5.4.2	Versorgungsforschung	163
6.5.4.3	Risk Sharing Modelle für innovative Arzneimittel	165
6.5.4.4	Verbesserung der (Arzneimittel-)Compliance	170
6.6	Einschätzung zur Umsetzbarkeit der Vorschläge	173
7.	Patienten und Versicherte	177

7.1	Ökonomischer Impact	177
7.2	Einflussfaktoren des Gesundheitsverhaltens	181
7.2.1	Grundbedürfnisse, Patientenzufriedenheit und Patientenbindung	181
7.2.2	Informationsasymmetrien, Moral Hazard und die Arzt-Patient-Beziehung	183
7.2.3	Wandel und Diversifizierung in der Arzt-Patient-Beziehung	189
7.2.4	Segmentierung zur zielgruppengerechten Ansprache der Patienten	190
7.3	Instrumente zur Patientenbindung	192
7.3.1	Effekte und Determinanten	192
7.3.2	Bindungsdeterminante Involvement	194
7.3.2.1	Aktivierung	194
7.3.2.2	Informationsversorgung	199
7.3.2.3	Interaktive Mitgestaltung	200
7.3.3	Bindungsdeterminante Zufriedenheit	201
7.3.3.1	Sichtbare Qualität	201
7.3.3.2	Erweiterung der Versorgungspräsenz	202
7.3.4	Bindungsdeterminante Wechselbarrieren	206
7.3.4.1	Monetäre Anreize	206
7.3.4.2	Sachanreize	208
7.4	Abbau institutioneller Barrieren	209
8.	Controlling	211
8.1	Motivation und Definition	211
8.1.1	Status	211
8.1.2	Definition und Inhalte des Controlling	214
8.1.3	Voraussetzungen für effizientes Controlling	215
8.1.4	Strukturierung des Controlling mittels der Balanced Scorecard	217
8.2	Praktische Umsetzung	221
8.2.1	Medizinisches Controlling anhand von Qualitätsindikatoren	221
8.2.2	Ökonomisches Controlling zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit	225
8.2.3	Risiken, Hemmnisse und Gefahren	227
8.2.4	Chancen und Entwicklungsperspektiven	228
8.2.5	Ausbau zur laufenden Evaluation	230

9. Zusammenfassung und Ausblick

235

Literaturverzeichnis

241

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bruttoinlandsprodukt, Bruttolöhne und -gehälter und Grundlohnsumme im Vergleich	6
Abbildung 2:	Doppelte Desintegration und ihre Konsequenzen	18
Abbildung 3:	Einflussfaktoren der Gesundheitsleistungen	33
Abbildung 4:	Vorgehensweise zur Bildung von HCCs	43
Abbildung 5:	Hierarchisierung von Krankheitszuständen am Beispiel von Diabetes mellitus	44
Abbildung 6:	Der „Nichtmarkt“ im deutschen Gesundheitswesen	66
Abbildung 7:	Das 5-Kräfte Modell nach Porter	67
Abbildung 8:	Interaktion der verschiedenen theoretischen Ansätze	72
Abbildung 9:	Anteil ausgewählter Leistungsarten in Prozent der Leistungsausgaben insgesamt in Deutschland	86
Abbildung 10:	Die Übertragung der Verantwortung unter Capitation	86
Abbildung 11:	Die Prozessebenen des Behandlungsprozesses	93
Abbildung 12:	Elektronische Entlassbrieferstellung im Krankenhaus	108
Abbildung 13:	Entwicklung von Verordnungen und Umsatz im GKV-Fertigarzneimittelmarkt (1991 bis 2004)	130
Abbildung 14:	Generika-Anteil am Gesamtmarkt im Jahr 2004	132
Abbildung 15:	Verordnungen und Umsatz umstrittener Arzneimittel 1991-2004	133
Abbildung 16:	Leitliniengerecht behandelte Alzheimer-Demenz Patienten	136
Abbildung 17:	Entwicklung der Qualitätszirkel in Deutschland	145
Abbildung 18:	Organisatorische Einordnung des Netzapothekers	154
Abbildung 19:	Umsatzentwicklung Pharmacia (in % zum Umsatz in 2000): Key Accounts vs. restliche Kunden	158
Abbildung 20:	Zusammenhang zwischen Kundennähe und Kundenbindung	161
Abbildung 21:	Das relevante Spektrum der Kundenintegration	162
Abbildung 22:	Maslow'sche Bedürfnishierarchie	181
Abbildung 23:	Das Beziehungsdreieck der Beteiligten im Gesundheitswesen	184
Abbildung 24:	Stufenspezifische Interventionsstrategien	196
Abbildung 25:	Die 4 Perspektiven der BSC und ihre horizontale und vertikale Verknüpfung	218
Abbildung 26:	Bewertung der Balanced Scorecard durch Mitarbeiter eines Krankenhauses	221

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Predictive Ratio für die Kostenabdeckung bei unterschiedlichen Erkrankungen	37
Tabelle 2:	Zuordnung der PCG-Groupen und ATC-Codes	47
Tabelle 3:	Prognosekraft unterschiedlicher niederländischer Klassifikationssysteme	48
Tabelle 4:	R ² -Werte von AAPCC und verschiedenen ergänzenden Variablen	49
Tabelle 5:	In der Schweizer Capitationformel berücksichtigte PCGs zzgl. ATC-Codes und Zusatzbedingungen	53
Tabelle 6:	Bewertung der Diagnosen und Prozeduren des Bürgerhospitals Frankfurt am Main	58
Tabelle 7:	Ausschnitt von möglichen Schnittstellen im Behandlungsprozess	96
Tabelle 8:	Mögliche Ineffizienzen an Schnittstellen	97
Tabelle 9:	Erforderliche Informatikbausteine und ihre Auswirkungen auf die Nutzung und Herstellung von Evidenz	114
Tabelle 10:	Einordnung der Begriffe Über-, Unter- und Fehlversorgung	134
Tabelle 11:	Vergleichsebenen des Gutachtens zur Unterversorgung in der Arzneimittelversorgung	135
Tabelle 12:	Gründe für Non-Compliance	138
Tabelle 13:	Direkte und indirekte Kosten der Non-Compliance	139
Tabelle 14:	Gestaltungsmerkmale ärztlicher Qualitätszirkel	145
Tabelle 15:	Komponenten des BEK-Rabattvertrages	152
Tabelle 16:	Rahmendaten des Projekts IDA	164
Tabelle 17:	Individuelle Motivation der Projektpartner	165
Tabelle 18:	Medikamente des NHS Risk Sharing Scheme	167
Tabelle 19:	Patientenbedürfnisse nach Carbonell	182
Tabelle 20:	Die verschiedenen Tätigkeiten auf den Ebenen der Arzt-Patient-Beziehung	185
Tabelle 21:	Die divergierenden Vorstellungen und Wünsche in der Arzt-Patient-Beziehung	186
Tabelle 22:	Gesprächsdauer in der ambulanten Versorgung	188
Tabelle 23:	Patientenbindungsinstrumente in einem Leistungserbringerverbund	194
Tabelle 24:	Triagestufen und Handlungsempfehlungen für 24-Std-Notfalltelefon	203

Tabelle 25:	Auswahl von Chancen und Risiken unter Budgetverantwortung	214
Tabelle 26:	Beispiele für international verfügbare Indikatorensets	223
Tabelle 27:	Fokus der Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze	225
Tabelle 28:	Exemplarische BSC für einen integrierten Leistungserbringerverbund	226