

Inhalt

I Grundlagen	3	Versorgungsforschung	20
1 Ethik – Utilitarismus und Kant ...	3	Holger Pfaff, Oliver Ommen, Nicole Ernstmann und Matthias Schrappe	
Karl W. Lauterbach			
1.1 Der Einzug der Ökonomie	3	3.1 Definition	20
1.2 Der Begriff der Rationierung	3	3.2 Beteiligte Disziplinen	21
1.3 Die gesundheitsökonomische Perspektive des Einzelnen und die der Gesellschaft	4	3.3 Ziele und Ausblick	24
1.4 Ziele solidarisch eingezahlter Mittel im Gesundheitssystem	5	4 Evidence-based Health Care (EbHC)	26
1.5 Utilitarismus und Kants Gerechtigkeitstheorie	6	Matthias Schrappe und Markus Lungen	
1.6 Zusammenfassung	9	4.1 Historische Entwicklung	26
2 Statistik und Klinische Epidemiologie	11	4.2 Definition	27
Walter Lehmacher		4.3 Untersuchungsgegenstand	29
2.1 Statistik	11	4.4 Methodik	32
2.1.1 Deskriptive Statistik	11	4.5 Bedeutung im Innovationstransfer ..	35
2.1.2 Inferenzielle Statistik	12	5 Evidence-based Policy Making	39
2.2 Klinische Epidemiologie	14	Markus Lungen und Matthias Schrappe	
2.2.1 Studientypen	14	5.1 Definition, Ziele und Horizont der Gesundheitspolitik	39
2.2.2 Risikomaße	16	5.2 Gesundheitspolitik als Wirtschaftspolitik	40
2.2.3 Bewertung diagnostischer Tests ..	17	5.3 Gesundheitspolitik als Entschei- dungsproblem des Staates	43
		5.3.1 Wissensdefizite des Staates	44

5.3.2 Wahlfreiheit versus staatliche Einflussnahme. 45

5.3.3 Kosten-Nutzen-Analysen als Grundlage der Gesundheitspolitik 47

5.4 Gesundheitspolitik als gesellschaftlicher Prozess 51

5.5 Ausblick 55

5.5.1 Gesundheitspolitik als Informationsgabe 55

5.5.2 Gesundheitspolitik als Regulation des Marktzugangs . . . 56

5.5.3 Gesundheitspolitik als Pragmatismus 56

5.5.4 Gesundheitspolitik als iteratives Spiel 56

5.6 Fazit 57

II Gesundheitsökonomie

6 Gesundheitsökonomische Evaluationen als Ansatz zur Steuerung der Ausgaben im Gesundheitswesen. 63

Guido Büscher und Andreas Gerber

6.1 Formen gesundheitsökonomischer Bewertungen 63

6.1.1 Nutzen 63

6.1.2 Kosten 66

6.2 Grundformen gesundheitsökonomischer Entscheidungsfindung . . . 68

6.2.1 Krankheitskostenanalyse 68

6.2.2 Kosten-Nutzen-Analysen 69

6.3 Vom Ergebnis zur Entscheidung 71

6.4 Budget-Impact-Analyse (BIA). 75

6.5 Die Verortung der Kosten-Effektivitäts-Analyse in übergreifenden Konzepten. 76

6.5.1 Wohlfahrtsökonomie, Utilitarismus oder Entscheidungstheorie . . . 76

6.5.2 QALY-Konzept: spezielle ethische und methodische Probleme. 77

6.5.3 Ökonomische Analysen im Rahmen von klinischen Prüfungen. . 78

6.6 Auswahl der geeigneten Evaluationsmethode und Steuerung von gesundheitspolitischen Entscheidungen 78

7 Messung und Bewertung von Lebensqualität 82

Tanja Tecic, Maren Walgenbach und Edmund A. M. Neugebauer

7.1 Definitionen 82

7.1.1 Gesundheit. 82

7.1.2 Lebensqualität 83

7.1.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität 84

7.2 Messung der Lebensqualität 85

7.2.1 Messmethoden 85

7.2.2 Messtheorie 91

7.3 Bewertung von Lebensqualitätsdaten 93

7.4 Nutzentheoretische Messverfahren 96

7.4.1 Standard Gamble. 97

7.4.2 Time Trade-Off. 98

7.4.3 Rating Scale Procedure 98

7.4.4 Willingness-to-Pay und Willingness-to-Accept 98

7.5 Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität 100

7.5.1 Short-Form 36 Health Survey. 100

Inhalt

7.5.2	EuroQol	102	9	Vergütung medizinischer Leistungen und ihre Anreizwirkungen auf Qualität und Zugang	134
7.5.3	POLO-Chart	104		Markus Lungen	
7.6	Zusammenfassung	108			
8	Das Marktmodell im Gesundheitssystem	112	9.1	Überblick	134
	Anna Passon und Martin Siegel		9.2	Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung	136
8.1	Grundlagen der Mikroökonomik	112	9.2.1	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	136
8.1.1	Produktionstechnologie und Angebot	113	9.2.2	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	138
8.1.2	Präferenzen und Nachfrage	115	9.2.3	Besonderheiten pauschalierender Vergütung	139
8.1.3	Wettbewerbsgleichgewicht	117	9.2.4	Empirische Hinweise	142
8.1.4	Grenzrate der Transformation	118	9.3	Fallpauschalen in der akutstationären Versorgung (Diagnosis Related Groups)	143
8.1.5	Markteffizienz und Wohlfahrtsbegriff	118	9.3.1	Anreize und Auswirkungen	146
8.2	Unvollkommener Wettbewerb	120	9.3.2	Erfahrungen mit den Auswirkungen der Einführung in Deutschland	147
8.2.1	Monopole, Oligopole und Kartelle	120	9.4	Kopfpauschalen in der regionalen Versorgung	149
8.2.2	Monopolistischer Wettbewerb im Gesundheitswesen	121	9.4.1	Vergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen	150
8.2.3	Lizenzen und Preisbildung in der Pharmaindustrie	122	9.4.2	Regionalverträge	151
8.2.4	Nachfrage am Markt für Gesundheitsgüter, Marktversagen und Versicherungslösung	123	9.5	Zusammenfassung	151
8.2.5	Externe Effekte	124	10	Formen der Versorgung mit medizinischen Leistungen	154
8.3	Informationsasymmetrien	125		Markus Lungen	
8.3.1	Prinzipal-Agenten-Beziehungen	126	10.1	Hausarztzentrierte Versorgung	154
8.3.2	Adverse Selektion	128	10.1.1	Verbreitung	155
8.3.3	Moral Hazard	130	10.1.2	Diskussion	156
8.3.4	Angebotsinduzierte Nachfrage	131	10.2	Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	157
8.4	Zusammenfassung	133	10.2.1	Verbreitung	158
			10.2.2	Diskussion	160

10.3	Ambulant zu erbringende Hochspezialleistungen	162	11.2.4	Evaluation im Rahmen von Public-Health-Maßnahmen	193
10.3.1	Verbreitung	163	11.2.5	Kosteneffektivität von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen	194
10.3.2	Diskussion	164	11.3	Rechtlicher Rahmen von Prävention	197
10.4	Verträge zur Integrierten Versorgung	166		<i>Adem Koyuncu</i>	
10.4.1	Verbreitung	167	11.3.1	Hintergrund	197
10.4.2	Diskussion	170	11.3.2	Allgemeines Präventionsrecht	198
10.5	Regionalisierte Versorgung	171	11.3.3	Recht der gesundheitlichen Prävention	199
10.6	Ausblick: Managed Care und Einzelverträge	173	11.3.4	Zusammenfassung	202
10.6.1	Entwicklung	173	11.4	Fazit	202
10.6.2	Auswirkungen von Managed Care auf die Versorgungsformen	175	12	Der Gesundheitsfonds und die finanzierungsseitigen Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung	204
10.7	Fazit	178		<i>Karl W. Lauterbach, Markus Lungen und Anna Passon</i>	
11	Prävention und Gesundheitsförderung	180	12.1	Reformdiskussionen zur Einnahmenseite der Krankenversicherung	205
	<i>Wilhelm Kirch, Christiane Hillger, Adem Koyuncu, Ursula Schütte und Nicole Wolfram</i>		12.2	Konzepte	206
11.1	Einführung und Begriffsbestimmung	180	12.2.1	Bürgerversicherung	206
	<i>Nicole Wolfram und Wilhelm Kirch</i>		12.2.2	Gesundheitsprämien	207
11.1.1	Allgemeiner Präventionsbegriff	180	12.2.3	Gesundheitsfonds und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich	208
11.1.2	Gesundheitsförderung	183	12.3	Ausblick und weitere Reformoptionen	211
11.1.3	Verhaltens- und Verhältnisprävention	184	12.3.1	Beschäftigungswirkung des Gesundheitsfonds	211
11.1.4	Zugangswege	185	12.3.2	Leistungen der privaten Haushalte	212
11.1.5	Fazit	185	12.3.3	Demografischer Wandel	213
11.2	Evaluation und Kosteneffektivität	187	12.3.4	Einbeziehung der privaten Krankenversicherung	214
	<i>Christiane Hillger, Ursula Schütte und Wilhelm Kirch</i>				
11.2.1	Hintergrund	187			
11.2.2	Definition von Evaluation	188			
11.2.3	Evaluation von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen	189			

III Management

13 Organisationstheorie und Führungskonzepte 219

Matthias Schrappe

13.1 Organisationstheoretische Ansätze 220

13.2 Aufbauorganisation 221

13.3 Umsetzung im Gesundheitswesen. 224

13.3.1 Methoden zur Stärkung der Integrationsleistung 226

13.3.2 Krankenhaus als Expertenorganisation 228

13.3.3 Die komplexe Organisation. 228

13.4 Führung. 229

14 Krankenhaus-Controlling und -finanzierung 235

Ludwig Kuntz und Verena Pick

14.1 Grundlagen des Krankenhaus-Controllings 235

14.1.1 Operatives versus strategisches Controlling. 236

14.1.2 Medizin-Controlling 236

14.2 Krankenhausfinanzierung in Deutschland 237

14.3 Controlling-Instrumente 239

14.3.1 Kosten- und Leistungsrechnung. 240

14.3.2 Innerbetriebliche Leistungsverrechnung als Steuerungsinstrument 249

14.3.3 Abweichungsanalyse. 251

14.3.4 Neuere Kostenrechnungsverfahren 252

14.3.5 Ergebnisse einer empirischen Studie 256

14.4 Fazit. 256

15 Qualitätsmanagement 259

Frank Grüne, Matthias Schrappe, Hans-Joachim Schubert und Ingrid Seyfarth-Metzger

15.1 Terminologie, Verständnis und gesetzliche Grundlagen 259

Matthias Schrappe

15.1.1 Qualität und Strukturveränderungen im Gesundheitssystem 259

15.1.2 Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen 268

15.1.3 Qualitätsmanagement 280

15.1.4 Qualitätsdarlegung 284

15.2 Qualitätsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens 291

15.2.1 Qualitätsmanagement als Managementinstrument 291

Matthias Schrappe

15.2.2 Projektgruppenarbeit und Prozessanalyse 302

Frank Grüne

15.2.3 Qualitätsprojekte, Erfolgsfaktoren, methodische Vorgehensweise, Werkzeuge 314

Ingrid Seyfarth-Metzger, Bernhard Liebich und Alexander Volz

15.2.4 Entwicklung eines Leitbildes: Chancen und Gefahren 325

Hans-Joachim Schubert

15.3 Indikatoren 329

Matthias Schrappe

15.3.1 Hintergrund 329

15.3.2 Definition 330

15.3.3 Eigenschaften 332

15.3.4 Einteilung 333

15.3.5 Entwicklung und Validierung 337

15.3.6 Systeme 343

15.4	Qualitätswettbewerb	349	16.7.6	Spezifische Anforderungen an die Führung	392
	Matthias Schrappe		16.7.7	Public Disclosure: Veröffentlichung von Daten zu Fehlern und Komplikationen	393
15.4.1	Konzept	349	16.7.8	Sicherheitskultur	393
15.4.2	Public Disclosure	350			
15.4.3	Pay for Performance (P4P)	352			
15.5	Qualität und Finanzierungssystem ..	356			
	Matthias Schrappe				
15.5.1	Auswirkung der DRG-Einführung auf die Qualität der Gesundheits- versorgung	356	17	Beschwerdemanagement	395
15.5.2	Qualität und integrierte populationsbezogene Versorgung (Managed Care)	358		Monika Ziring	
16	Patientensicherheit und Risikomanagement	362	17.1	Kunden im Gesundheitswesen	395
	Matthias Schrappe		17.1.1	Personenkreis	395
16.1	Konzept	362	17.1.2	Unzufriedenheit	396
16.2	Terminologie	364	17.2	Internes und externes Kommunikationsmanagement	400
16.3	Unerwünschte Ereignisse (UE)	366	17.2.1	Kunden und Mitarbeiter	400
16.3.1	Systematik	366	17.2.2	Empowerment	401
16.3.2	Fehlerursachen und Analyse	369	17.2.3	Anreizsysteme	401
16.3.3	Erfassung von UE und Fehlern	372	17.3	Direkter Beschwerde- management-Prozess	402
16.3.4	Häufigkeit von UE und Sterblichkeit	375	17.3.1	Beschwerdestimulierung	402
16.4	Critical-Incident-Report-Systeme (CIRS)	378	17.3.2	Beschwerdeannahme und Kategorisierung	402
16.5	Patientensicherheitsindikatoren ..	382	17.3.3	Beschwerdebearbeitung	403
16.6	Prävention	385	17.3.4	Problem der Aufbauorganisation in deutschen Krankenhäusern	403
16.7	Organisatorische Umsetzung von Risikomanagement	388	17.4	Indirekter Beschwerde- management-Prozess	404
16.7.1	Verantwortung der Führung	388	17.4.1	Beschwerdeauswertungen	404
16.7.2	Definition und Konzept	389	17.4.2	Beschwerdemanagement- Controlling	407
16.7.3	Vorgehensweise	390	17.4.3	Beschwerde-Reporting	408
16.7.4	Aufbauorganisation und andere Umsetzungsaspekte	391	17.5	Organisatorische Aspekte	408
16.7.5	Non-punitives Management	392	17.5.1	Zentrales, dezentrales und duales Beschwerdemanagement	408
			17.5.2	Einordnung des Beschwerde- managements	409
			17.6	Technische Aspekte	411
			17.6.1	Einsatz einer Beschwerde- management-Software	411

Inhalt	
17.6.2	Internet als Kommunikationsplattform der Kunden. 411
17.7	Studienergebnisse zum Beschwerdemanagement in Deutschland. 411
17.8	Zusammenfassung. 412
18	Markenmedizin 414 Heinz Lohmann
18.1	Wandel durch Wettbewerb. 414
18.2	Gesundheitssektor als Markt. 415
18.3	Definition. 415
18.4	Der Patient – ein Kunde? 416
18.5	Ziele der Markttransparenz 417
18.6	Komplexleistungen bieten Nachvollziehbarkeit 417
18.7	Behandlungslösungen durch Leistungsverträge. 418
18.8	Qualität durch Markenmedizin 419
18.9	Gesundheitscenter ermöglichen Systempartnerschaften. 421
18.10	Gute Medizin zu bezahlbaren Preisen 423
 IV Evidence-based Medicine	
19	Einführung und Begründung . . 427 Matthias Schrappe und Karl W. Lauterbach
19.1	Ursprung und methodische Voraussetzungen 427
19.2	Definition 428
19.3	Anwendungsbereiche 430
19.3.1	Patientenversorgung. 430
19.3.2	Lehre und Ausbildung 431
19.3.3	Wissenschaftliche Entwicklung . . . 431
19.3.4	Internes Qualitätsmanagement. . . . 432
19.3.5	Gesundheitspolitik und Gesellschaft 433
19.4	Methodik 433
19.4.1	Fragestellung 433
19.4.2	Rating von Studien 433
19.4.3	Systematische Literatursuche 435
19.4.4	Explizite Wertung der Entscheidungsgrundlagen 435
19.5	Gegenstand, Studientypen und Vorgehen 436
19.6	Fazit. 437
20	Methodik 440 Guido Büscher, Andreas Gerber, Nicole Heussen, Ralf-Dieter Hilgers, Walter Lehmacher und Matthias Schrappe
20.1	Studien zur klinischen Effektivität . 440 Ralf-Dieter Hilgers und Nicole Heussen
20.1.1	Methodische Aspekte klinischer Studien 440
20.1.2	Bewertungssystem 449
20.1.3	Zusammenfassung 450
20.2	Diagnostische Evaluationsstudien und Studien zur Evaluation von Screening-Verfahren 452 Matthias Schrappe und Walter Lehmacher
20.2.1	Fragestellung und Studientypen . . . 452
20.2.2	Interne Validität von diagnostischen Studien und Screening-Studien 453
20.2.3	Rating-Systeme und der Zusammenhang zwischen Studienqualität und Ergebnis 454
20.2.4	Berichte von Studien 456

20.2.5	Evaluation von Screening-Verfahren	456	21.2	Metaanalyse	480
20.2.6	Anwendung in der Differenzialdiagnostik und in der Erstellung von Leitlinien.	458		Stefan Sauerland	
20.3	Beobachtungsstudien	460	21.2.1	Typen von Übersichtsartikeln	480
	Nicole Heussen und Ralf-Dieter Hilgers		21.2.2	Checklisten	481
20.3.1	Zielsetzung und Fragestellung	460	21.2.3	Literatursuche	482
20.3.2	Studientypen	460	21.2.4	Heterogenität	483
20.3.3	Vergleichende Bewertung und Grenzen der Aussagen	464	21.2.5	Sensitivitätsanalysen	484
20.4	Gesundheitsökonomische Evaluation	466	21.2.6	Zusammenfassung	485
	Andreas Gerber und Guido Büscher		21.3	Cochrane Collaboration	486
20.4.1	Perspektiven	466		Stefan Sauerland	
20.4.2	Bewertung von Produktivität: Humankapital oder Friktionskosten	467	21.3.1	Gründung, Ziel und Organisation	486
20.4.3	Diskontierung	468	21.3.2	Der Cochrane Review	488
20.4.4	Modellierung	468	21.3.3	Die Cochrane Library	490
20.4.5	Zeitraum	469	21.3.4	Zusammenfassung	491
20.4.6	Unsicherheit	469	22	Leitlinienentwicklung	492
20.4.7	Bewertung gesundheitsökonomischer Studien: Qualitätssicherung	472		Elfriede Bollschweiler, Ina Kopp, Matthias Schrappe und Stephanie Stock	
21	Systematischer Review, Metaanalyse und Cochrane Collaboration	474	22.1	Nationale und klinikinterne Leitlinien	492
	Elfriede Bollschweiler und Stefan Sauerland			Elfriede Bollschweiler	
21.1	Systematischer Review	474	22.1.1	Definition	492
	Elfriede Bollschweiler		22.1.2	Evidenzbasierte Leitlinien	492
21.1.1	Stadium I: Planung des Reviews	474	22.1.3	Ziele und Zielgruppe	493
21.1.2	Stadium II: Durchführung des Reviews	475	22.1.4	Medikolegale Aspekte	494
21.1.3	Stadium III: Publikation und Verbreitung der Ergebnisse	479	22.1.5	Form der Leitlinien	495
21.1.4	Zusammenfassung	479	22.1.6	Arbeitsschritte zur Leitlinien-erstellung	495
			22.1.7	Zusammenfassung	497
			22.2	Nationales Programm für Versorgungsleitlinien und Disease-Management-Programme	498
				Stephanie Stock	
			22.2.1	Nationales Programm für Versorgungsleitlinien	498
			22.2.2	Disease-Management-Programme (DMPs)	501

Inhalt

22.3 Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in der AWMF	504
Ina Kopp	
22.3.1 Leitliniensystem der AWMF.....	504
22.3.2 Methodische Qualität der Leitlinien.....	506
22.3.4 Fazit.....	511
22.4 Institutionelle Leitlinien	512
Matthias Schrappe	
22.4.1 Definition und Systematik.....	513
22.4.2 Konzept.....	516
22.4.3 Methodik der Leitlinienerstellung..	517
22.4.4 Implementierung institutioneller Leitlinien.....	520
22.4.5 Kalkulation und Controlling.....	522
22.4.6 Organisatorische Umsetzung und Management.....	523
22.4.7 Compliance und Effektivität.....	523
22.4.8 Ausblick: institutionelle Leitlinien in der Praxis.....	524
23 Health Technology Assessment (HTA) und seine Rolle in der Versorgungsforschung	528
Alric Rüterher und Hans-Peter Dauben	
23.1 Definition.....	528
23.2 Vielfalt von HTA-Produkten.....	529
23.3 HTA-Bericht als Werkzeug für die gesundheitspolitische Beratung.....	530
23.4 HTA und EbM: 2 ungleiche Schwestern?.....	532
23.5 HTA in Deutschland.....	533
23.6 Ausblick.....	535
Sachverzeichnis	537