

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

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

5.4. Aufbau eines prozessorientierten Bewertungsverfahrens .....	303
5.4.1. <i>Perspektive des Regulators</i> .....	304
5.4.2. <i>Gesetzliche und ökonomische Anforderungen an die Kostenrechnung</i> .....	309
5.4.3. <i>Gestaltung einer prozessorientierten Kostenrechnung</i> .....	314
5.4.3.1. <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> .....	<b>391</b>
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> .....	<b>440</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>447</b>