

Reinhard Busse

Jonas Schreyögg

Oliver Tiemann

**Management im Gesundheitswesen**

Reinhard Busse  
Jonas Schreyögg  
Oliver Tiemann

# Management im Gesundheitswesen

2. Auflage

Mit 99 Abbildungen

 Springer

**Prof. Dr. Reinhard Busse**

Technische Universität Berlin  
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen  
Straße des 17. Juni 135, Sekr. H80  
10623 Berlin

**Prof. Dr. Jonas Schreyögg**

Ludwigs-Maximilians-Universität München  
Fachgebiet Health Services Management  
Schackstraße 4  
80539 München

**Dr. Oliver Tiemann**

Helmholtz Zentrum München &  
Ludwigs-Maximilians-Universität München  
Fachgebiet Health Services Management  
Schackstraße 4  
80539 München

**ISBN-13 978-3-642-01335-5 2. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York**

ISBN-13 978-3-540-29463-4 1. Auflage, Springer Medizin Verlag Heidelberg

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.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin  
Springer-Verlag GmbH  
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media  
[springer.de](http://springer.de)

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2006, 2010

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.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Ulrike Hartmann, Heidelberg  
Projektmanagement: Ulrike Niesel, Heidelberg  
Copy-Editing: Michaela Mallwitz, Tairnbach  
Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin  
Satz: medionet Publishing Services Ltd, Berlin

SPIN: 12609550

Gedruckt auf säurefreiem Papier 22/2122/UN – 5 4 3 2 1 0

# Vorwort zur 2. Auflage

---

Management im Gesundheitswesen stellt einen ebenso faszinierenden wie herausfordernden Aufgabenbereich dar, dessen Relevanz über die letzten Jahre stark zugenommen hat. Unabhängig davon, in welchem der unterschiedlichen Sektoren im Gesundheitswesen man tätig ist, ob in Krankenversicherungen, Krankenhäusern, Arztpraxen, Ärztenetzen, der integrierten Versorgung oder der Arzneimittelindustrie – immer wieder und immer öfter wird man mit Problemen konfrontiert, zu deren Lösung spezifisches Managementwissen von zentraler Bedeutung ist. Das wachsende Interesse an diesem Fach – bspw. widmen sich immer mehr Studiengänge und Weiterbildungsangebote dieser Thematik – ist daher auch nicht verwunderlich.

Das vorliegende Buch soll als Grundlagenwerk für die Lehre an Universitäten, Fachhochschulen und anderen Bildungseinrichtungen sowie zur betriebsinternen Weiterbildung in allen Sektoren des Gesundheitswesens dienen. Es schließt eine Lücke in der deutschsprachigen Literatur, indem es die wichtigsten Aspekte des Managements aller wesentlichen Sektoren im Gesundheitswesen umfassend abdeckt, d. h. der Kostenträger, der Leistungserbringung und der pharmazeutischen Industrie. Die Herausgeber sehen sich in der Konzeption dieses Lehrbuches bestätigt, da die 1. Auflage bereits innerhalb von zwei Jahren vergriffen war. Hierfür sei vor allem auch den Lehrenden gedankt, die dieses Buch in ihren Veranstaltungen einsetzen bzw. darauf verweisen.

Die umfassenden Überarbeitungen zur 2. Auflage wurden zum Anlass genommen, um die veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen seit der 1. Auflage dieses Buches abzubilden. Alle im Sommer 2009 gültigen relevanten gesetzlichen Regelungen sind berücksichtigt; Spekulationen über zukünftige Änderungen wird man aber vergeblich suchen, da wir auf das Management unter gegebenen Rahmenbedingungen fokussieren. Deshalb wurde in verschiedenen Teilkapiteln die Managementperspektive klarer in den Vordergrund gestellt. In diesem Zusammenhang wurde auch das ehemalige Kapitel 7 gestrichen, um den verbleibenden Managementfunktionen in den verschiedenen Kapiteln mehr Raum zu geben.

Bei der Erstellung der 2. Auflage dieses Buches sind wir von einer Reihe von Personen tatkräftig unterstützt worden. Für die Unterstützung bei der Umsetzung sind die Herausgeber Frau Ulrike Hart-

mann, Programmplanerin im Bereich Fachbuch Medizin und Gesundheit des Springer-Verlages, zu Dank verpflichtet. Ein besonderer Dank gebührt den zahlreichen Autorinnen und Autoren aus Wissenschaft und Praxis, die durch ihre vielfach umfassenden Überarbeitungen die 2. Auflage dieses Buches erst ermöglicht haben. Zu danken ist auch Frau Berit Brose, die bereits für die 1. Auflage mit der Grundkonzeption der ■ Abbildung 2.2-3 einen wertvollen inhaltlichen Beitrag geleistet hat und versehentlich unerwähnt blieb. Für die sorgfältige Manuskripterstellung und technische Bearbeitung sei Franziska Hecker, studentische Mitarbeiterin am Fachgebiet Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität München, herzlich gedankt. Darüber hinaus verdanken wir aufmerksamen und kritischen Lesern viele wertvolle Hinweise, die Berücksichtigung in der 2. Auflage gefunden haben.

Wir wünschen dem Werk auch in der 2. Auflage eine weite Verbreitung und freuen uns weiterhin über Anregungen und Kritik.

Berlin und München,  
Oktober 2009

Reinhard Busse  
Jonas Schreyögg  
Oliver Tiemann

# Vorwort zur 1. Auflage

---

Während »Management im Gesundheitswesen« in den angelsächsischen Ländern als etabliertes Lehr- und Forschungsgebiet gilt, hat es hierzulande erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Zunehmend widmen sich mehr Studiengänge und Weiterbildungsangebote dieser Thematik. Ein umfangreiches deutschsprachiges Lehrbuch zu diesem Gebiet fehlte jedoch bislang. Es existieren zwar diverse Lehrbücher zur Gesundheitsökonomik aus volkswirtschaftlicher Perspektive und zu ausgewählten Problemen des Managements in leistungserbringenden Einrichtungen des Gesundheitswesens. Keines dieser Lehrbücher deckt jedoch die wichtigsten Aspekte des Managements aller wesentlichen Sektoren im Gesundheitswesen umfassend ab, d.h. der Zahler, der Leistungserbringer und der Industrie. Das vorliegende Buch soll diese Lücke schließen und soll mit seinem systematischen Aufbau als Grundlagenwerk für die Lehre an Universitäten, Fachhochschulen und anderen Bildungseinrichtungen sowie zur betriebsinternen Weiterbildung in allen Sektoren des Gesundheitswesens dienen. Es richtet sich primär an Studierende der Wirtschaftswissenschaften, der Medizin und an Teilnehmer von postgradualen Studiengängen sowie an weiterbildungsinteressierte Führungskräfte, die sich mit dem Themengebiet näher befassen wollen.

Die Idee für das Buch hatte Herr Dr. med. Thomas Hopfe, ehemaliger Leiter Fachbuch Medizin und Gesundheit des Springer Verlages. Für die Unterstützung bei der Umsetzung sind die Herausgeber Frau Ulrike Hartmann, Programmplanerin im Bereich Fachbuch Medizin und Gesundheit des Springer-Verlages, zu Dank verpflichtet. Sehr dankbar sind die Herausgeber außerdem den zahlreichen hochkarätigen Autoren aus Wissenschaft und Praxis, die trotz der restriktiven Vorgaben der Herausgeber, Beiträge verfasst und so dieses Werk erst ermöglicht haben. Unser besonderer Dank gilt unseren Kollegen Dipl.-Kff. Armgard Hesse, Dipl.-Vw. Tom Stargardt, Dr. med. Susanne Weinbrenner MPH, Dipl.-Kfm. Oliver Tiemann und Markus Wörz M.A., die die erste Fassung des Manuskriptes gründlich und kritisch gelesen haben. Für die sorgfältige Manuskripterstellung und technische Bearbeitung sei Alexander Lindenbach, Thorsten Herold, Miriam Blümel, Cornelia Henschke, Karin Seidenschnur, Ahmed Cöllü, Patricia Meirelles, Monika Knaden und Bettina Arndt gedankt.

Wir wünschen dem Werk eine weite Verbreitung und freuen uns über Anregungen und Kritik.

Berlin, im Juni 2006

Reinhard Busse  
Jonas Schreyögg  
Christian Gericke

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Management im Gesundheitswesen – eine Einführung in Gebiet und Buch . . . . .</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>Finanzmanagement . . . . .</b>	<b>215</b>
	<i>Reinhard Busse und Jonas Schreyögg</i>		4.1	Finanzmanagement im Gesundheitswesen – Einführung und methodische Grundlagen. . . . .	216
				<i>Jonas Schreyögg und Reinhard Busse</i>	
<b>2</b>	<b>Leistungsmanagement . . . . .</b>	<b>9</b>	4.2	Finanzmanagement in Krankenversicherungen . . .	219
2.1	Leistungsmanagement im Gesundheitswesen – Einführung und methodische Grundlagen. . . . .	10		<i>Florian Buchner, Stefan Greß und Jürgen Wasem</i>	
	<i>Reinhard Busse</i>		4.3	Finanzmanagement in Krankenhäusern . . . . .	235
2.2	Leistungsmanagement von Krankenversicherungen	21		<i>Günter Neubauer, Raphael Ujlaky und Andreas Beivers</i>	
	<i>Jonas Schreyögg und Reinhard Busse</i>		4.4	Finanzmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen	248
2.3	Leistungsmanagement in Krankenhäusern . . . . .	47		<i>Wolfgang Greiner und Jan-Marc Hodek</i>	
	<i>Oliver Tiemann, Jonas Schreyögg, Markus Wörz und Reinhard Busse</i>		4.5	Finanzmanagement in der Integrierten Versorgung	259
2.4	Leistungsmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen . . . . .	76		<i>Axel Mühlbacher</i>	
	<i>Bernhard Gibis</i>		4.6	Finanzmanagement in der Arzneimittelindustrie. . .	268
2.5	Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung. . . . .	101		<i>Gunter Festel und Roman Boutellier</i>	
	<i>Jonas Schreyögg, Susanne Weinbrenner und Reinhard Busse</i>		4.7	Fallstudie zum Finanzmanagement in Krankenhäusern . . . . .	274
2.6	Leistungsmanagement in der Arzneimittelindustrie	122		<i>Manfred G. Krukemeyer und Josef Jürgens</i>	
	<i>Jonas Schreyögg und Tom Stargardt</i>		<b>5</b>	<b>Personalmanagement . . . . .</b>	<b>281</b>
2.7	Fallstudien zum Leistungsmanagement in Krankenversicherungen . . . . .	141	5.1	Personalmanagement im Gesundheitswesen – Einführung und methodische Grundlagen. . . . .	282
	<i>Frank Reiner mann, Detlef Schmidt und Sabine Richard</i>			<i>Oliver Tiemann</i>	
<b>3</b>	<b>Kundenmanagement . . . . .</b>	<b>151</b>	5.2	Personalmanagement in Krankenversicherungen . .	285
3.1	Kundenmanagement im Gesundheitswesen – Einführung und methodische Grundlagen. . . . .	152		<i>Paul M. Kötter und Andreas Behrens</i>	
	<i>Jonas Schreyögg</i>		5.3	Personalmanagement in Krankenhäusern . . . . .	293
3.2	Kundenmanagement in Krankenversicherungen . .	155		<i>Dirk-R. Engelke und Barbara Schmidt-Rettig</i>	
	<i>Anja Potratz und Michael Zerres</i>		5.4	Personalmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen . . . . .	308
3.3	Kundenmanagement in Krankenhäusern . . . . .	163		<i>Thomas Kopetsch</i>	
	<i>Bernd Helmig und Alexander Graf</i>		5.5	Personalmanagement in der Integrierten Versorgung. . . . .	320
3.4	Kundenmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen . . . . .	176		<i>Bernhard Güntert</i>	
	<i>Susanne Weinbrenner</i>		5.6	Personalmanagement in der Arzneimittelindustrie .	327
3.5	Kundenmanagement in der Integrierten Versorgung. . . . .	186		<i>HR-Team Sanofi Aventis, Frankfurt</i>	
	<i>Hanfried H. Andersen</i>		5.7	Fallstudie zum Personalmanagement in Krankenversicherungen: Führungskräfteentwicklung . . . . .	334
3.6	Kundenmanagement in der Arzneimittelindustrie. .	197		<i>Birgit König</i>	
	<i>Lars Alexander Mayer und Volker Trommsdorff</i>		<b>6</b>	<b>Informationsmanagement und Controlling . .</b>	<b>339</b>
3.7	Fallstudie zum Kundenmanagement im deutschen Generikamarkt . . . . .	207	6.1	Informationsmanagement und Controlling im Gesundheitswesen – Einführung und methodische Grundlagen. . . . .	340
	<i>Sylke Hassel, Georg Nederegger, Christian Pawlu</i>			<i>Jonas Schreyögg</i>	

6.2 Informationsmanagement und Controlling in Krankenversicherungen . . . . .	343
<i>Gabriele Moos und Frank Brüggemann</i>	
6.3 Informationsmanagement und Controlling in Krankenhäusern . . . . .	356
<i>Steffen Fleßa und Wolfgang Weber</i>	
6.4 Informationsmanagement und Controlling in Arztpraxen und Ärztenetzen . . . . .	373
<i>Stefan Sohn, Oliver Schöffski und Hanswerner Voss</i>	
6.5 Informationsmanagement und Controlling in der Integrierten Versorgung . . . . .	381
<i>Axel Mühlbacher</i>	
6.6 Informationsmanagement und Controlling in der Arzneimittelindustrie . . . . .	394
<i>Alexander Henrici</i>	
6.7 Fallstudie zum Controlling in Krankenhäusern: Clinical Pathways . . . . .	401
<i>Mechthild König und Dirk Appel</i>	
<b>Stichwortverzeichnis . . . . .</b>	<b>405</b>

# Autorenverzeichnis

---

**Andersen, Hanfried H., Dr.**

Technische Universität Berlin  
Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht  
Straße des 17. Juni 135  
10623 Berlin

**Appel, Dirk, Dipl.-Pflegermanager**

BPG Unternehmensberatungsgesellschaft mbH  
Nevinghoff 30  
48147 Münster

**Behrens, Andreas, Dr.**

Techniker Krankenkasse  
Personalgrundsätze & Projekte  
Bramfelder Str. 140  
22305 Hamburg

**Beivers, Andreas, Dipl.-Volksw.**

Institut für Gesundheitsökonomik (IfG)  
Nixenweg 2b  
81739 München

**Boutellier, Roman, Prof. Dr.**

Eidgenössische Technische Hochschule Zürich  
Lehrstuhl für Technologie- und Innovationsmanagement  
Kreuzplatz 5  
CH-8032 Zürich

**Brüggemann, Frank**

Novitas BKK - Die Präventionskasse  
47050 Duisburg

**Buchner, Florian, Prof. Dr., MPH**

Fachhochschule Kärnten  
Professur für Gesundheitsökonomie  
Hauptplatz 12  
A-9560 Feldkirchen

**Busse, Reinhard, Prof. Dr., MPH**

Technische Universität Berlin  
Fakultät Wirtschaft und Management  
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen  
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research  
and Management)  
Straße des 17. Juni 135, Sekr. H80  
10623 Berlin

**Engelke, Dirk-R.**

DRK Kliniken Berlin  
Einrichtungen der DRK-Schwwesterschaft Berlin  
Brabanter Straße 18–20  
10713 Berlin

**Festel, Gunter, Dr.**

Festel Capital  
Schürmattstraße 1  
CH-6331 Hünenberg

**Fleßa, Steffen, Prof. Dr.**

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald  
Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät  
Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Ge-  
sundheitsmanagement  
Friedrich-Loeffler-Straße 70  
17487 Greifswald

**Gibis, Bernhard, Dr., MPH**

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Dezernat 4 Verträge und Verordnungsmanagement  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin

**Graf, Alexander, Dr.**

Geschäftsführer  
Wirtschaftsregion Südwest GmbH  
Geschäftsstelle Lörrach  
Marie-Curie-Straße 8  
79539 Lörrach

**Greiner, Wolfgang, Prof. Dr.**

Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
AG Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement  
Universitätsstraße 25  
33615 Bielefeld

**Greß, Stefan, Dr.**

Hochschule Fulda  
Fachbereich Pflege & Gesundheit  
Professur für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie  
Marquardstraße 35  
36039 Fulda



**Güntert, Bernhard, Prof. Dr. MHA**

Private Universität für Gesundheitswissenschaften,  
Medizinische Informatik und Technik (UMIT)  
Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen  
Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1/G3  
A-6060 Hall in Tiro

**Haßel, Sylke, Dr.**

McKinsey & Company, Inc.  
Sophienstraße 26  
80333 München

**Helmig, Bernd, Prof. Dr.**

Universität Mannheim  
Fakultät für Betriebswirtschaftslehre  
Lehrstuhl für Allgemeine BWL, Public & Nonprofit Management  
L 5, 4 am Schloss  
68161 Mannheim

**Henrici, Alexander, Dr.**

Intendis GmbH  
Head of Finance & Administration  
Max-Dohrn-Straße 10  
10589 Berlin

**Hinz, Vera, Dipl.-Kffr.**

Universität Mannheim  
Fakultät für Betriebswirtschaftslehre  
Lehrstuhl für Allgemeine BWL, Public & Nonprofit Management  
L 5, 4 am Schloss  
68161 Mannheim

**Hodek, Jan-Marc, Dipl.-Ök.**

Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
AG Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement  
Universitätsstraße 25  
33615 Bielefeld

**HR-Team Sanofi Aventis, Frankfurt**

Sanofi -Aventis Pharma GmbH  
Königsteiner Str. 10  
65812 Bad Soden

**Jürgens, Josef**

Paracelsus-Kurfürstenklinik Bremen  
In der Vahr 65  
28329 Bremen

**König, Birgit, Dr.**

McKinsey & Company  
Kurfürstendamm 185  
10707 Berlin

**König, Mechthild, Dr.**

BPG Unternehmensberatungsgesellschaft mbH  
Nevinghoff 30  
48147 Münster

**Kopetsch, Thomas, Dr.**

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Referat Bedarfsplanung, Bundesarztregister und  
Datenaustausch der KBV  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin

**Kötter, Paul M.**

Director & Partner  
Kienbaum Management Consultants GmbH  
Human Resource Management  
Potsdamer Platz 8  
10117 Berlin

**Krukemeyer, Manfred G., Dr.**

Paracelsus Kliniken Deutschland GmbH  
Sedanstr. 109  
49076 Osnabrück

**Mayer, Lars Alexander**

Trommsdorff + Drüner innovation + marketing  
consultants GmbH  
Rosenstraße 18  
10178 Berlin

**Moos, Gabriele, Prof. Dr.**

RheinAhrCampus Remagen  
Fachbereich Betriebs- und Sozialwirtschaft  
Südallee 2  
53424 Remagen

**Mühlbacher, Axel C., Prof. Dr.**

Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Institut für Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement  
Brodaer Straße 2  
17033 Neubrandenburg

**Nederegger, Georg, Dr.**

McKinsey & Company, Inc.  
Sophienstraße 26  
80333 München

**Neubauer, Günter, Prof. Dr.**

Universität der Bundeswehr München &  
Institut für Gesundheitsökonomik (IfG)  
Nixenweg 2b  
81739 München

**Pawlu, Christian, Dr.**

McKinsey & Company, Inc.  
Sophienstraße 26  
80333 München

**Potratz, Anja, Dr.**

Universität Hamburg  
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Fachbereich Sozialökonomie  
Von-Melle-Park 9  
20146 Hamburg

**Reinermann, Frank**

ehemals: BKK Bundesverband  
Kronprinzenstraße 6  
45128 Essen

**Richard, Sabine, Dr.**

AOK Berlin – Die Gesundheitskasse  
Arzneimittel  
10957 Berlin

**Schmidt, Detlef, Dr.**

ehemals: MedicalContact AG  
Kronprinzenstraße 5–7  
45128 Essen

**Schmidt-Rettig, Barbara, Prof. Dr.**

Fachhochschule Osnabrück  
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Caprivistraße 30A  
49076 Osnabrück

**Schöffski, Oliver, Prof. Dr., MPH**

Universität Erlangen-Nürnberg  
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften  
Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement  
Lange Gasse 20  
90403 Nürnberg

**Schreyögg, Jonas, Prof. Dr.**

Ludwigs-Maximilians-Universität München  
Fakultät für Betriebswirtschaft  
Fachgebiet Health Services Management  
Schackstraße 4  
80539 München

**Sohn, Stefan, Dr.**

Universität Erlangen-Nürnberg  
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften  
Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement  
Lange Gasse 20  
90403 Nürnberg

**Stargardt, Tom, Dr.**

Helmholtz Zentrum München &  
Ludwigs-Maximilians-Universität München  
Fakultät für Betriebswirtschaft  
Fachgebiet Health Services Management  
Schackstraße 4  
80539 München

**Tiemann, Oliver, Dr.**

Helmholtz Zentrum München &  
Ludwigs-Maximilians-Universität München  
Fakultät für Betriebswirtschaft  
Fachgebiet Health Services Management  
Schackstraße 4  
80539 München

**Trommsdorff, Volker, Prof. Dr.**

Technische Universität Berlin  
Fakultät Wirtschaft und Management  
Fachgebiet Marketing  
Wilmersdorfer Str. 148, Sekr. WIL-B-3–1  
10585 Berlin

**Ujlaky, Raphael, Dr.**

Boston Scientific Medizintechnik GmbH  
Daniel-Goldbach-Straße 17-27  
40880 Ratingen

**Voss, Hanswerner, Dipl.- Ing.**

GCN HealthNet GbR  
Englbergweg 63a  
84036 Landshut

**Wasem, Jürgen, Prof. Dr.**

Universität Duisburg-Essen, Campus Essen  
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften  
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für  
Medizin-Management  
Schützenbahn 70  
45127 Essen

**Weinbrenner, Susanne, Dr., MPH**

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)  
Wegelystraße 3  
10623 Berlin

**Weber, Wolfgang, Dipl.-Kfm.**

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt  
am Main  
Theodor-Stern-Kai 7  
60590 Frankfurt am Main

**Wörz, Markus, Dr.**

WZB Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung &  
Technische Universität Berlin  
Fakultät Wirtschaft und Management  
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen  
Straße des 17. Juni 135, Sekr. H80  
10623 Berlin

**Zerres, Michael, Prof. Dr.**

Universität Hamburg  
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Fachbereich Sozialökonomie  
Von-Melle-Park 9  
20146 Hamburg

# Management im Gesundheitswesen – eine Einführung in Gebiet und Buch

Reinhard Busse und Jonas Schreyögg

Das Lehr- und Forschungsgebiet »Management im Gesundheitswesen« hat in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen. Es besteht in vielen Bereichen des Gesundheitswesens ein großer Bedarf nach Fach- und Führungskräften für das Management im Gesundheitswesen, die über eine interdisziplinäre Ausrichtung verfügen und mit den speziellen institutionellen Gegebenheiten des Gesundheitswesens vertraut sind. Bevor wir uns den einzelnen Komponenten des Fachgebietes »Management im Gesundheitswesen« sowie seiner Relevanz für Wissenschaft, Wirtschaft und Arbeitsmarkt zuwenden, sollen zunächst seine beiden Hauptbestandteile – »Gesundheitswesen« und »Management« – definiert werden.

## Was ist das Gesundheitswesen?

Eine gängige Definition für Gesundheitswesen bzw. Gesundheitssystem – die praktisch synonym verstanden werden – als »**Gesamtheit des organisierten Handelns als Antwort auf das Auftreten von Krankheit und Behinderung** und zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren« ist breit und konsensorientiert, aber wenig operationalisiert (vgl. Schwartz und Busse 2003). Diesem eher weiten Begriff steht in der Literatur häufig ein engeres Verständnis von Gesundheitswesen als »**Gesundheitsversorgung**« (Health Care) im Sinne von »*systems of individual arrangements and social institutions through which health services of a personal nature are provided, organized, financed and con-*

*trolled*« gegenüber (vgl. Myers 1986). Diese Definition ist beeinflusst von einer traditionellen Auffassung von einem Gesundheitswesen, in dem die persönliche Versorgung durch Heilberufe im Vordergrund stand.

Auf dieser Betrachtung von Gesundheitsversorgung beruht auch die zumeist gebrauchte **institutionelle Gliederung** des Gesundheitswesens. Dazu kommen – insbesondere beim deutschen Gesundheitssystem – der Einfluss von historischen Entwicklungen und sozialrechtliche Abgrenzungskriterien. Im Mittelpunkt dieser Gliederung stehen die Teile des Gesundheitssystems, in denen die ärztlichen Dienstleistungen dominieren und an denen sich auch wesentliche Kapitel in diesem Buch orientieren:

- **Stationäre Versorgung** in Krankenhäusern (einschließlich Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen),
- **Ambulante ärztliche Versorgung**, welche in Deutschland fast ausschließlich durch niedergelassene Ärzte, international häufig aber auch durch Polikliniken in Krankenhäusern erfolgt,
- »**Integrierte Versorgung**«, die sich über diese beiden Sektoren hinweg erstreckt.

Im Bereich der ambulanten Versorgung gibt es darüber hinaus eine Vielzahl anderer, nicht-ärztlicher Erbringer persönlicher Gesundheitsdienstleistungen. Dazu zählen Krankengymnasten, Logopäden, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten etc. Deren Leistungen

werden in Deutschland ärztlicherseits – in der Sprache des Sozialgesetzbuches – als »Heilmittel« verordnet. Als Krankenpflege im engeren Sinne wird die Pflege in (noch) ärztlich dominierten Behandlungs- und Überwachungsbereichen bezeichnet. Sie wird ergänzt durch die nicht-ärztlich supervidierte Pflege wie häusliche Krankenpflege oder sonstige Pflegeformen in offenen oder geschlossenen Einrichtungen (Sozialstationen, freie Pflegedienste, Heimpflege). Angesichts etablierter Werke zum Pflegemanagement (vgl. etwa Eisenreich und Balk 2002; Kerres und Seeberger 2005) wird in diesem Buch auf den Pflegebereich weitgehend verzichtet.

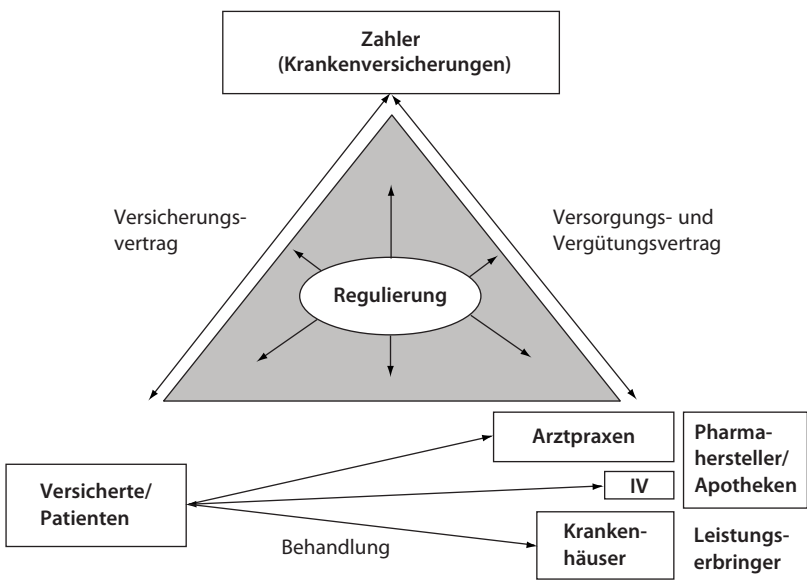
Zu den wesentlichen Gesundheitsbereichen, bei denen Waren im Mittelpunkt stehen – wobei ihre Abgabe und ihr angemessener Einsatz auch immer mit professionellen Dienstleistungen verbunden sind –, zählen die Arzneimittelversorgung und die Hilfsmittelversorgung. Wir konzentrieren uns in diesem Buch auf die **Arzneimittelindustrie**, wodurch die Relevanz der **Medizintechnikindustrie** keineswegs unterschätzt werden sollte.

Weitere, nicht immer klar abgrenzbare dienstleistende oder industrielle Bereiche sind z. B. rein sozialversicherungsrechtlich tätige Gutachterdienste, präventive Dienste, Hersteller medizinisch-technischer Produkte, das Laiensystem, Wohlfahrtsverbände, Rettungsdienste etc. Diese werden im vorliegenden Buch nur am Rande behandelt.

Ebenfalls vor allem historisch gewachsenen Strukturen folgt die Finanzierung von Gesundheitslei-

stungen. Neben der **Gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV) mit ihren noch rund 200 Einzelkassen zählen die **Private Krankenversicherung**, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Pflegeversicherung, die Arbeitgeber, die öffentlichen Haushalte und die privaten Haushalte zu den Ausgabenträgern im Gesundheitswesen. Diese Vielzahl der Ausgabenträger und die finanziellen Beziehungen zwischen diesen erschweren oft eine funktionale und simultane Betrachtung von Leistung und Finanzierung. Dies ist in anderen Gesundheitssystemen mit anderen Grundstrukturen wie staatlichen Gesundheitssystemen (z. B. Großbritannien, Schweden, Spanien) oder auch sog. marktorientierten Systemen (z. B. USA) jedoch nicht einfacher.

In der international vergleichenden Gesundheitssystemforschung hat sich für die vergleichende Darstellung und Analyse von Gesundheitssystemen das **Dreieck** etabliert (■ Abb. 1-1), um das herum die wesentlichen Akteure angeordnet sind: die Bevölkerung in ihren Rollen als Versicherte bzw. Patienten, die Leistungserbringer (in Form von Arztpraxen, Krankenhäusern, Netzwerken der Integrierten Versorgung [IV], Apotheken etc.) und – als dritte Partei – die Zahler bzw. Finanzintermediäre, in unserem System zumeist in Form von gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen. Zwischen diesen Akteuren bestehen unterschiedliche, aber klar definierte Beziehungen: die **Behandlung** zwischen Patient und Leistungserbringer, der **Versi-**



■ **Abb. 1-1**  
Vereinfachte Darstellung von Akteuren und ihren Beziehungen im Gesundheitswesen

**cherungsvertrag** zwischen Versichertem und Krankenversicherer und der **Versorgungs- und Vergütungsvertrag** zwischen dem Krankenversicherer und dem Leistungserbringer.

Alle Akteure und die Beziehungen zwischen ihnen unterliegen der Regulierung durch Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Rahmenverträgen etc. Die Regulierung ist im Gesundheitswesen notwendigerweise ausgeprägter als in anderen Sektoren, da hier **wirtschaftspolitische Ziele** wie die Förderung unternehmerischen Handelns mit **Zielen der Sozialpolitik und der Bevölkerungsgesundheit** (z. B. Zugang zur Versorgung, effektive und qualitativ hochwertige Versorgung) zu berücksichtigen sind, die sich oftmals widersprechen (Saltman und Busse 2002).

### Was bedeutet Management?

» Im Mittelpunkt des Managements steht der Mensch. Die Aufgabe des Managements besteht darin, Menschen in die Lage zu versetzen, gemeinsam Leistungen zu erbringen. ... Genau darum geht es in jeder Organisation, und es ist der Grund dafür, dass das Management ein so entscheidender Faktor ist. Heute arbeitet praktisch jeder von uns für eine gemanagte Einrichtung, die einem wirtschaftlichen Zwecke dienen kann oder nicht. ... [U]nsere Fähigkeit, zum Wohlergehen der Gesellschaft beizutragen, hängt nicht nur von unseren persönlichen Fähigkeiten ab, sondern auch vom Management der Organisationen, für die wir tätig sind. « (Drucker 2002, S. 27)

Trotz der großen Bandbreite an Managementdefinitionen ist vielen Managementlehrbüchern gemein, dass in der Regel zunächst eine Trennung von zwei unterschiedlichen Managementbegriffen vorgenommen wird (Macharzina und Wolf 2008; Steinmann und Schreyögg 2005; Staehle 1999): Management im **institutionellen Sinne** ist eine Beschreibung einer Gruppe von Personen innerhalb einer Organisation, die mit Anweisungsbefugnissen betraut ist. Demgegenüber befasst sich Management im **funktionalen Sinne**, unabhängig von bestimmten Personen, mit Handlungen die zur Steuerung von Prozessen in Unternehmen dienen (Steinmann und Schreyögg 2000, S. 6).

Die klassischen Funktionen von Management nach Koontz und O'Donnell umfassen dabei Planung, Organisation, Personaleinsatz, Führung sowie Kontrolle eines Unternehmens (vgl. Koontz und O'Donnell 1955). Sie sind als **Querschnittsfunktionen** zu sehen, die zu den Sachfunktionen eines Unternehmens – insbesondere die Produktion, aber auch Einkauf, Finanzierung oder Vertrieb – in einem kom-

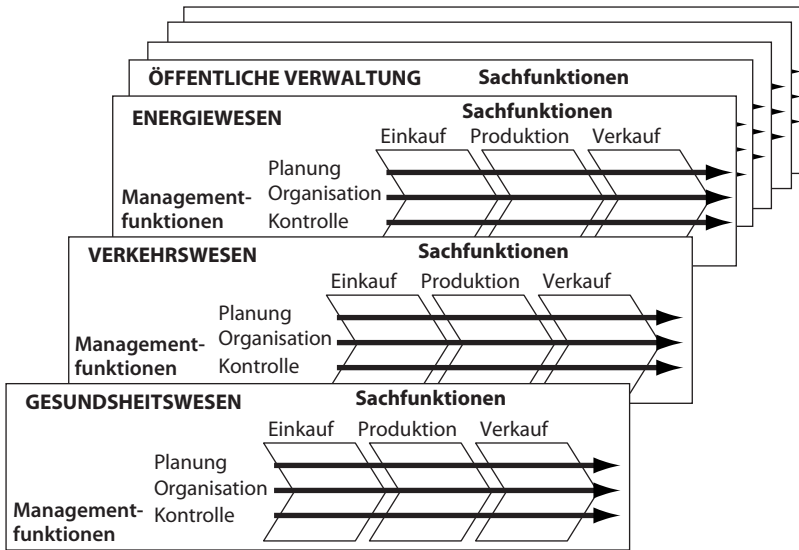
plementären Verhältnis stehen. Managementfunktionen fallen somit zwischen den Sachfunktionen und innerhalb einzelner Sachfunktionen an. Die erfolgreiche Wahrnehmung der Managementfunktionen erfordert bestimmte Fähigkeiten bzw. Schlüsselkompetenzen von den »Managern«. Im Rahmen von empirischen Studien haben sich drei Schlüsselkompetenzen herauskristallisiert. Dazu zählt erstens eine **technische Kompetenz**, die die Fähigkeit beschreibt, Wissen, Techniken und Methoden auf den konkreten Kontext anzuwenden. Zweitens ist eine **soziale Kompetenz** erforderlich, die insbesondere Kooperationsbereitschaft und interkulturelles Verstehen umfasst. Als dritte Schlüsselkompetenz wird eine **konzeptuelle Kompetenz** genannt, die es ermöglicht, komplexe Sachverhalte schnell zu strukturieren und in konkrete Handlungsanleitungen zu transformieren (Steinmann und Schreyögg 2005, S. 23ff.).

### Wie kann Management im Gesundheitswesen wissenschaftlich eingeordnet werden?

Während es in der klassischen Managementlehre eher um die Vermittlung von sozialer und konzeptioneller Kompetenz geht, will das Fach »Management im Gesundheitswesen« die Fundamente für eine technische Kompetenz zur Lösung von Problemen in Unternehmen oder Organisationen des Gesundheitswesens legen. Im Unterschied zu den klassisch betriebswirtschaftlichen Fächern, die die technische Kompetenz für die einzelnen Sachfunktionen in Betrieben vermitteln, ist das Fach Management im Gesundheitswesen institutionell ausgerichtet. Es bezieht sich auf alle **Sach- und Managementfunktionen**, die in – und zwischen – Organisationen des Gesundheitswesens zu erfüllen sind. In ■ Abb. 1-2 ist diese institutionelle Ausrichtung des Faches dargestellt (in Anlehnung an Steinmann und Schreyögg 2005).

Um den Gegenstand von Management im Gesundheitswesen noch klarer herauszuarbeiten, erscheint es sinnvoll, das Verhältnis zwischen »Management im Gesundheitswesen« und Gesundheitsökonomie als wirtschaftswissenschaftlicher Teildisziplin zu beleuchten. In ■ Abb. 1-3 sind die Teilgebiete der Gesundheitsökonomie und die sie beeinflussenden Wissenschaftsdisziplinen vorgestellt (vgl. Busse 2006).

In der Gesundheitsökonomie als Teilgebiet der Volkswirtschaftslehre geht es zunächst um den **Gesundheitsmarkt**, der in der Regel synonym zu Gesundheitssystem und Gesundheitswesen verwendet wird, das Gleichgewicht dieses Marktes und die **Beziehungen der Akteure untereinander** (vgl. Breyer



■ **Abb. 1-2**  
Institutionelle Ausrichtung von Management im Gesundheitswesen

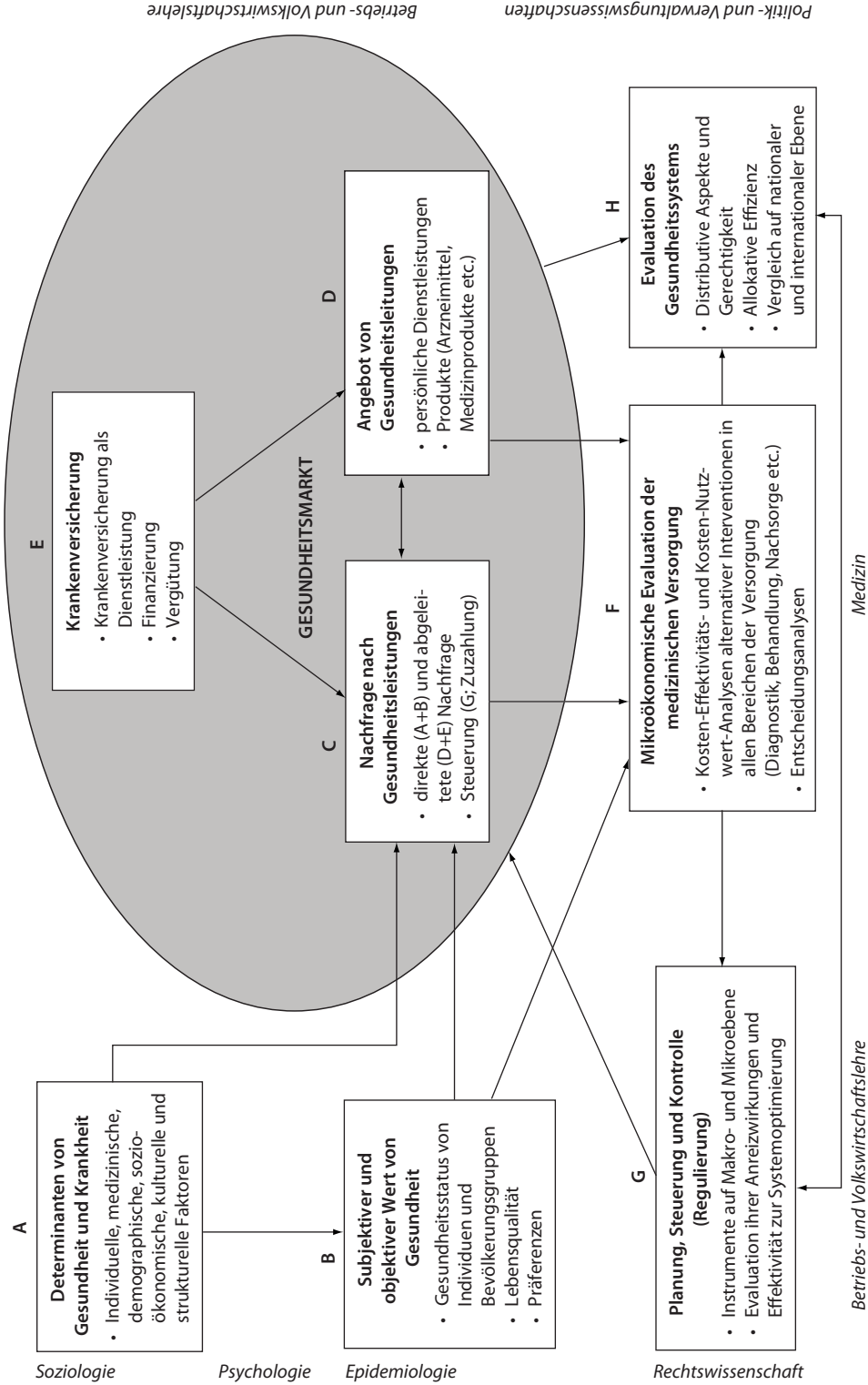
et al. 2005; Folland et al. 2003). Das Dreieck (CDE) in ■ Abb. 1-3 entspricht dabei dem Dreieck in ■ Abb. 1-1 und veranschaulicht die Hauptakteure dieses Marktes und deren Beziehungen. Der Bedarf und die Präferenzen der Individuen (B) artikulieren sich in der Nachfrage (C) nach Gesundheitsleistungen und induzieren somit das Angebot an persönlichen Dienstleistungen durch Ärzte etc. und Produkten der Arzneimittel- und Medizintechnikindustrie (D). Das Angebot bedarf wiederum einer Finanzierung und Vergütung, d. h. einer Dienstleistung, die von Individuen nachgefragt (C) und von Krankenversicherungen angeboten wird (E). Ein weiteres Gebiet der Gesundheitsökonomie beschäftigt sich mit der **Planung, Steuerung und Kontrolle (Regulierung)** des Gesundheitsmarktes (G) (vgl. z. B. Oberender 1992; Henke 1997; Rice 2004).

Neben dem Gesundheitsmarkt und seiner Regulierung ist auch die Frage nach der (ökonomischen) **Bewertung von Krankheit und Gesundheit** zum Gegenstand der Gesundheitsökonomie geworden (vgl. Guggenmoos-Holzmann et al. 1995; Bullinger und Kirchberger 1998) (B). Dabei ist die Gesundheitsökonomie auf Vor- und Zuarbeiten sowie eine enge Kooperation mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen angewiesen; genannt seien hier die Epidemiologie, die Psychologie (aus der heraus z. B. die meisten Instrumente zur Messung von Lebensqualität entwickelt wurden) und die Soziologie. In enger Anlehnung an dieses Feld sind die mikroökonomische Evaluation der medizinischen Versorgung (F) und die (makroökonomische) Evaluation des Gesundheitssystems (H) als stark wachsende Forschungsfelder zu nennen.

Die **mikroökonomische Evaluation der medizinischen Versorgung**, häufig als gesundheitsökonomische Evaluation bezeichnet, ist international wesentlich von der Arzneimittelindustrie mit entwickelt und geprägt worden, da sich staatliche Auflagen, solche Evaluationen durchzuführen, initial auf Arzneimittel konzentrierten. Im Kontext von Health Technology Assessment (vgl. Leidl et al. 1999) ist aber schnell klar geworden, dass die gleiche Notwendigkeit auch bei präventiven Maßnahmen, diagnostischen Verfahren (z. B. in der Bildgebung), therapeutischen Prozeduren, organisatorischen Einheiten und ganzen Programmen und Subsystemen besteht. Angesichts zunehmender Komplexität der zu bewertenden Leistungen ist die Multidisziplinarität in diesem Forschungsbereich besonders ausgeprägt. Neben Betriebs- und Volkswirten, Medizinerinnen und Psychologen werden zunehmend auch Medizininformatiker und Medizinethiker in Forschungsteams zur gesundheitsökonomischen Evaluation integriert (zur gesundheitsökonomischen Evaluation vgl. Schöffski und Schulenburg 2007; Drummond et al. 2005).

Die **Evaluation des Gesundheitssystems** widmet sich der Frage nach gerechter und effizienter Verteilung von Lasten und Nutzen des gesamten Gesundheitssystems (H). Dieses relativ junge Gebiet, das auch Gesundheitssystemforschung genannt wird, integriert insbesondere Ansätze aus der Finanzwissenschaft als Gebiet der Volkswirtschaftslehre, der Epidemiologie

als stark wachsende Forschungsfelder zu nennen.



■ Abb. 1-3 Teilgebiete der Gesundheitsökonomie und sie beeinflussende Wissenschaftsdisziplinen



sowie den Politik- und Verwaltungswissenschaften. Der internationale Vergleich von Gesundheitssystemen bildet einen Schwerpunkt dieser Forschungsrichtung (Schwartz und Busse 2003).

Im **Unterschied zur Gesundheitsökonomie** beschäftigt sich Management im Gesundheitswesen **im engeren Sinne** mit den Sach- und Managementfunktionen solcher Organisationen, die Produkte und Dienstleistungen bereitstellen, um die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu befriedigen (D+E). Dies umfasst gesetzliche und private Krankenversicherungen, Krankenhäuser, Pflegeheime, Arztpraxen, Ärztenetze, Netzwerke der Integrierten Versorgung, Unternehmen der Arzneimittel- und Medizintechnikindustrie u. v. m. In einer breiter angelegten anglo-amerikanisch geprägten Definition umfasst der Gegenstand von Management im Gesundheitswesen nicht nur die Sach- und Managementfunktionen innerhalb der Organisationen des Gesundheitswesens, sondern auch die staatliche Planung, Steuerung und Kontrolle dieser Organisationen, d. h. die **Managementfunktionen von Verbänden der Selbstverwaltung oder des Staates** und deren Implikationen für das Handeln von Organisationen (vgl. Palfrey et al. 2004). Hier besteht eine Schnittmenge mit dem volkswirtschaftlichen Gebiet der Ordnungspolitik (vgl. Oberender 1992).

In diesem Buch soll die Definition von Management im Gesundheitswesen im engeren Sinne zugrunde gelegt werden. Dennoch ist für Manager des Gesundheitswesens wichtig, sich auch mit den Ordnungsfunktionen des Staates auseinanderzusetzen, nicht zuletzt, deshalb, weil einige der heutigen Funktionen des Staates, z. B. Krankenhausplanung, morgen unter Umständen von den Krankenhäusern – d. h. den Krankenhausmanagern – selbst erledigt werden müssen.

## Warum ist Management im Gesundheitswesen praktisch relevant?

Um die Relevanz eines Sektors beurteilen zu können, sollte man zunächst Beschäftigtenzahlen und Umsatz betrachten. Allerdings sollte das Gesundheitswesen nicht nur an seiner wirtschaftlichen Relevanz, sondern mindestens ebenso an seinem Beitrag zur Bevölkerungsgesundheit gemessen werden (vgl. Schwartz und Busse 2003; vgl. auch ► Kap. 2.1).

In verschiedenen Studien wurde, je nach Abgrenzung, eine **Beschäftigung** von ca. 4,1–4,5 Mio. für gesundheitsrelevante Bereiche in Deutschland berechnet (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996; Hofmann et al. 1998;

Breyer et al. 2001) – mit weiterhin steigender Tendenz, wie Daten des statistischen Bundesamtes zeigen. Demnach ist mehr als **jeder neunte Erwerbstätige in Deutschland** in gesundheitsrelevanten Bereichen tätig. Allein zwischen 1994 und 2002 konnte ein Zuwachs von mehr als 250.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Gesundheitsberufen verzeichnet werden (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2005). Eurostat berechnete im Jahr 2003 im Rahmen der Labour Force Survey, dass in der EU-15 ein Anteil von 8,8% (9,3% in der EU-25) an allen Beschäftigten im Gesundheitswesen tätig ist. Demnach wäre in **der EU ca. jeder elfte Erwerbstätige** in gesundheitsrelevanten Bereichen tätig (Buchegger und Stoeger 2003). In den **USA** war im Jahre 2006 **ca. jeder zehnte Erwerbstätige** in gesundheitsrelevanten Bereichen tätig. Das Gesundheitswesen ist mittlerweile der größte Wirtschaftszweig in den USA. Es wird bis 2016 erwartet, dass die Beschäftigungszahl um ein Fünftel zunehmen wird. Das Gesundheitswesen wäre damit der Wirtschaftszweig mit den größten Beschäftigungszuwächsen in den USA (US Department of Labor 2009).

Aufgrund der zunehmenden Wettbewerbsorientierung vieler Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland wird in den nächsten Jahren gerade in den Managementbereichen ein Beschäftigungswachstum erwartet. Die Beschäftigten sind sowohl in den Dienstleistungsbereichen, insbesondere in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen, als auch in der Industrie, insbesondere bei Herstellern von Arzneimitteln und Medizintechnik angestellt. Zukünftig wird ein Beschäftigungswachstum in den klassischen Dienstleistungsbereichen, z. B. in Pflegeheimen infolge der demografischen Entwicklung, aber auch durch neue Formen der Versorgung, z. B. Integrierte Versorgung und Ärztenetze, sowie durch neu geschaffene Industrien, z. B. der Gen- oder Biotechnologieindustrie, erwartet.

Nun zum **Umsatz des Gesundheitswesens**, der oftmals nur als konsumtive Ausgabenbelastung für Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Staat und Patienten betrachtet wird – obwohl seit 10 Jahren auch zunehmend Stimmen zu hören sind, die diese Sichtweise korrigieren wollen (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion 1996; Henke et al. 2002): Nach der Abgrenzung des Statistischen Bundesamtes betragen die Gesundheitsausgaben in Deutschland pro Jahr rund **€ 250 Mrd.**, d. h. über € 3000,00 pro Kopf oder rund 11% des Bruttoinlandsproduktes.

■ Tab. 1-1 Aufbau des Buches nach Sachfunktionen und Akteuren/Sektoren mit Angabe der Kapitelnummern

Sachfunktionen	Einführung	Akteure/Sektoren					Fallstudie
		Krankenversicherungen	Krankenhäuser	Arztpraxen und Ärztenetze	Integrierte Versorgung	Arzneimittelindustrie	
2. Leistungsmanagement	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7
3. Kundenmanagement	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7
4. Finanzmanagement	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7
5. Personalmanagement	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7
6. Informationsmanagement und Controlling	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	6.6	6.7

Beide Faktoren – Beschäftigungsrelevanz und Umsatz – machen das Gesundheitswesen zum wirtschaftlich wichtigsten Sektor, der zunehmend spezifisch qualifizierte Manager benötigt. Dazu möchte das vorliegende Buch einen Beitrag leisten.

### Wie ist dieses Buch aufgebaut?

Nach dieser Einführung orientieren sich die folgenden Kapitel dieses Buches an den wesentlichen Sachfunktionen der Organisationen des Gesundheitswesens, seien sie profitorientiert, gemeinnützig oder öffentlich. Vor den Bereichen »Kundenmanagement«, »Finanzmanagement« und »Personalmanagement« bildet das »Leistungsmanagement« einen Schwerpunkt dieses Buches; dieser Teil bündelt die klassisch betriebswirtschaftlichen Sachfunktionen Forschung, Entwicklung, Leistungserstellung (Fertigung bzw. Produktion) und Vertrieb. Er nimmt deshalb einen größeren Umfang als die anderen ein. Ergänzt werden diese Teile durch das im Gesundheitswesen immer wichtiger werdende Querschnittsthema »Informationsmanagement und Controlling«.

Alle Bereiche folgen einer einheitlichen Struktur, wobei zunächst eine Einführung in sektorübergreifende gesetzliche, strukturelle und methodische Grundlagen gegeben wird. Es folgen dann jeweils fünf Kapitel zu den speziellen Anforderungen und ihrer praktischen Umsetzung für Akteure in ausgesuchten Sektoren. Als wesentliche Akteure wurden **Krankenversicherungen, Krankenhäuser, Arztpraxen und Ärztenetze** und die **Arzneimittelindustrie** ausgewählt.

Um innovative Entwicklungen auf der Leistungserbringerseite zu berücksichtigen, wurden außerdem Netzwerke zur **Integrierten Versorgung** als sektorübergreifender Bereich aufgenommen. Alle Teile schließen mit ein oder zwei Fallstudien, die zu der jeweiligen Sachfunktion des Kapitels und einem ausgewählten Akteur Bezug nimmt. Die Fallstudien sollen ausgewählte Aspekte vertiefen, die den Rahmen der sektorspezifischen Unterkapitel sprengen würden, und als Material für Unterricht bzw. Selbststudium dienen.

In ■ Tab. 1-1 wird der matrixorientierte Aufbau der Buchteile verdeutlicht. Es bleibt dem Leser überlassen, ob er eine horizontale, d. h. nach Sachfunktionen orientierte, oder eine vertikale, d. h. nach Akteuren bzw. Sektoren orientierte, Vorgehensweise wählen möchte.

### Literatur

- Breyer F, Grabka M, Jacobs K, Meinhardt V, Ryll A, Schulz E, Spieß KC, Wagner GG (2001) Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2005) Gesundheitsökonomik. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Buchegger R, Stoeger K (2003) Health as a growth factor, a comparative analysis. Institute for Health Systems Research at the University of Linz, Linz
- Bullinger M, Kirchberger I (1998) SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe, Göttingen

- Busse R (2006) Gesundheitsökonomie – Ziele, Methodik und Relevanz. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49(1): 3–10
- Drucker PF (2002) Was ist Management? Das Beste aus 50 Jahren. Econ, München
- Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL (2005) Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 3rd edn. Oxford University Press, Oxford
- Eisenreich T, BALK (Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen) (2002). Handbuch Pflegemanagement. Erfolgreich führen und wirtschaften in der Pflege. 2. Aufl. Luchterhand, Neuwied
- Folland S, Goodman AC, Stano M (2003) The Economics of Health and Health Care, 4th edn. Prentice Hall, Upper Saddle River
- Henke K-D (1997) Die Zukunft der Gesundheitssicherung. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 216(4–5): 478–497
- Guggenmoos-Holzmann I, Bloomfield K, Brenner H, Flick U (1995) Quality of Life and Health. Blackwell, Berlin
- Henke K-D, Mackenthun B, Schreyögg J (2002) Gesundheitsmarkt Berlin. Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung. Nomos, Baden-Baden
- Hofmann U, Mill D, Schneider M (1998) Beschäftigte im Gesundheitswesen 1996. Untersuchung für das Bundesministerium für Gesundheit. BASYS, Augsburg
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2005), <http://www.iab.de/> (download 03.02.2006)
- Kerres A, Seeberger B (2005) Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Springer, Berlin
- Koontz H, O'Donnell C (1955) Principles of management: an analysis of managerial functions. McGraw Hill, New York
- Leidl R, Graf v.d. Schulenburg J-M, Wasem J (Hrsg) (1999) Ansätze und Methoden der ökonomischen Evaluation – eine internationale Perspektive. Schriftenreihe «Health Technology Assessment», Band 9. Nomos, Baden-Baden
- Macharzina K, Wolf J (2008) Unternehmensführung. 6. Aufl. Gabler, Wiesbaden
- Myers BA (1986) Social Policy and the Organization of Health Care. In: Last JM (ed.). Maxcy-Roseau Public Health and Preventive Medicine. Appleton-Century-Crofts, Norwalk, pp 1639–1667
- Oberender P (1992) Ordnungspolitik und Steuerung im Gesundheitswesen. In: Andersen HH, Henke K-D, Graf v.d. Schulenburg J-M (Hrsg) Basiswissen Gesundheitsökonomie. Band 1: Einführende Texte. Edition sigma, Berlin, S 153–172
- Palfrey C, Thomas P, Phillips C (2004) Effective Health Care Management. Blackwell, Oxford
- Rice T (2004) Stichwort: Gesundheitsökonomie – Eine kritische Auseinandersetzung. KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996) Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. I – Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Sondergutachten. Nomos, Baden-Baden
- Saltman RB, Busse R (2002) Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E (eds) Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems. Buckingham, Open University Press, pp 3–52
- Schöffski und Graf v.d. Schulenburg J-M (Hrsg) (2007) Gesundheitsökonomische Evaluationen 3. Aufl. Springer, Berlin
- Staehe WH (1999) Management, 8. Aufl. Vahlen, München
- Schwartz FW, Busse R (2003) Denken in Zusammenhängen – Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg) Das Public Health Buch, 2. Aufl. Urban & Vogel, München, S 518–545
- Steinmann H, Schreyögg G (2005) Management, 6. Aufl. Gabler, Wiesbaden
- U.S. Department of Labor (2009) The 2008–09 Career Guide to Industries: Healthcare. <http://www.bls.gov/oco/cg/cgs035.htm> (download 13.10.2009)

# Leistungsmanagement

- 2.1 Leistungsmanagement im Gesundheitswesen –  
Einführung und methodische Grundlagen – 10**
  
- 2.2 Leistungsmanagement von Krankenversicherungen – 21**
  - 2.2.1 Gesetzliche und strukturelle Rahmenbedingungen – 21
  - 2.2.2 Praktische Umsetzung – 29
  
- 2.3 Leistungsmanagement in Krankenhäusern – 47**
  - 2.3.1 Gesetzliche und strukturelle Rahmenbedingungen – 49
  - 2.3.2 Praktische Umsetzung – 66
  
- 2.4 Leistungsmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen – 76**
  - 2.4.1 Gesetzliche und strukturelle Rahmenbedingungen – 76
  - 2.4.2 Praktische Umsetzung – 82
  
- 2.5 Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung – 101**
  - 2.5.1 Gesetzliche und strukturelle Rahmenbedingungen – 101
  - 2.5.2 Praktische Umsetzung – 109
  
- 2.6 Leistungsmanagement in der Arzneimittelindustrie – 122**
  - 2.6.1 Gesetzliche und strukturelle Rahmenbedingungen – 122
  - 2.6.2 Praktische Umsetzung – 130
  
- 2.7 Fallstudien zum Leistungsmanagement in  
Krankenversicherungen – 141**
  - 2.7.1 Integrierte Versorgung Onkologie – 141
  - 2.7.2 Arzneimittel – 145

## 2.1 Leistungsmanagement im Gesundheitswesen – Einführung und methodische Grundlagen

Reinhard Busse

Der ungewöhnliche Begriff »Leistungsmanagement« ist erklärungsbedürftig. Das Konzept stellt die klassisch betriebswirtschaftliche Sachfunktion »Produktion« in den Mittelpunkt, beinhaltet in Teilen aber Forschung, Entwicklung und Vertrieb (vgl. ► Kap. 1). Die Anwendung im Gesundheitskontext muss einige Besonderheiten berücksichtigen, die in der folgenden Einführung kurz vorgestellt werden.

Unter Produktion versteht man allgemein die Transformation von Inputs (sog. Produktionsfaktoren) in Outputs, mit denen am Absatzmarkt eine Nachfrage bedient wird. Die originäre Funktion des Gesundheitswesens und damit seiner einzelnen Institutionen ist die Produktion von Gesundheit, d. h. den betroffenen Unternehmen (z. B. Krankenhäuser, Arztpraxen, Hersteller von Arzneimitteln) kommt die Aufgabe zu, Produkte und Dienstleistungen zu erbringen, die einen Beitrag für die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Gesundheit leisten. Die Erfüllung dieser Funktion bzw. das Ergebnis des Transformationsprozesses beinhaltet eine Mengen- und eine Qualitätskomponente.

Die klassische Produktionstheorie stellt die Optimierung der Mengen an eingesetzten Produktionsfaktoren und erzeugten Produkten in den Mittelpunkt des Interesses. Qualität spielt hier eine geringere Rolle, d. h. sie wird neben den Mengen nicht als gleichwertige Dimension des Outputs berücksichtigt, sondern lediglich als Nebenbedingung verwendet. Im Gesundheitskontext ist die Qualität der Leistungen von besonderer Relevanz und stellt eine eigene Outputdimension dar, die unabhängig von der Menge zu optimieren ist. Dies gilt insbesondere für die Leistungsbereiche, in denen der Patient als Kunde Teil des Transformationsprozesses ist. Hier gilt in den meisten Fällen, dass die durch den Leistungsprozess erzeugten Veränderungen am Patienten irreversibel sind; z. B. kann bei fehlerhaften operativen Eingriffen der Ausgangszustand des betroffenen Patienten nicht wieder hergestellt werden, physische und psychische Spuren bleiben. Daher gibt es eine Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben, die die Bedeutung der Qualität unterstreichen und der Qualitätssicherung dienen.

Aus dem Rationalitätsprinzip der Betriebswirtschaftslehre lässt sich eine zentrale Anforderung an die Güte des Transformationsprozesses ableiten. Rati-

onales Verhalten bedingt, dass die eingesetzten Inputs möglichst optimal ausgenutzt werden. In einem nach betriebswirtschaftlichen Maßstäben geführten Unternehmen wird versucht, mit gegebenen Ressourcen einen möglichst maximalen Output (Maximalprinzip) oder einen gegebenen Output mit einem minimalen Ressourcenverbrauch zu erstellen (Minimalprinzip).

Die Erfüllung der Rationalität ist daher eine Optimierungsaufgabe und lässt sich als Quotient aus Outputs und Inputs ausdrücken, der maximiert werden soll. Diesen Quotienten bezeichnet man als Effizienz. Die effiziente Gestaltung des Transformationsprozesses ist für profit- und nicht profitorientierte Organisationen im Gesundheitswesen gleichermaßen erstrebenswert. Eine Erhöhung der Effizienz kann den Gewinn bzw. die Rentabilität steigern oder finanzielle Spielräume für Unternehmen schaffen, die andere Zielsetzungen verfolgen (z. B. Erfüllung eines öffentlichen Interesses oder einer christlichen Mission, Bedarfsdeckung, Image). Darüber hinaus induziert z. B. das derzeit für die stationäre Versorgung eingesetzte Vergütungssystem nach Diagnosis related Groups (DRG) eine sog. Yardstick-Competition, d. h. es werden explizit Anreize für eine ständige Steigerung der Effizienz gesetzt (vgl. Shleifer 1985, ► Kap. 2.3).

Zusammenfassend muss sich die Güte des Leistungsmanagements daran bemessen, wie groß der Beitrag zur Erfüllung der Funktion und der individuellen Unternehmenszielsetzungen ist, d. h. die Optimierung des Mengen- und Qualitätsportfolios muss diesen Zielen dienen. Darüber hinaus ist das Effizienzkriterium sowohl auf die Erreichung der Unternehmensziele als auch auf die Funktionserfüllung anzuwenden. Mit einer Erhöhung der Effizienz des Transformationsprozesses können die Unternehmensziele besser erreicht, die Funktion stärker wahrgenommen und im Ergebnis auch die gesellschaftliche Akzeptanz verbessert werden (für eine ausführliche Abgrenzung vgl. Fleßa 2007).

Es sei bereits an dieser Stelle angemerkt, dass die »Leistungen« der einzelnen Akteure bzw. Sektoren unterschiedlich ausfallen. Während auf die Arzneimittelindustrie (► Kap. 2.6) am ehesten betriebswirtschaftliche Erkenntnisse nur mit geringen Einschränkungen übertragen werden können – dies gilt beispielsweise für das Technologieportfolio nach Pfeiffer –, gilt für die direkt am Patienten tätigen Leistungserbringer (Krankenhäuser, Arztpraxen, integrierte Versorgung; ► Kap. 2.3–2.5) das oben Gesagte, dass nämlich die **Produktion von Gesundheit im Mittelpunkt** steht. Dabei ist das Zusammenspiel von leistungserbringender

Person (oft der Arzt), leistungserbringender Institution und bestimmter Technologie entscheidend. Der Technologiebegriff sollte dabei breit verstanden werden, d. h. er schließt einfache und komplexe professionelle Dienstleistungen ebenso ein wie Produkte (z. B. Arzneimittel). Krankenversicherungen, insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen, hingegen erbringen Gesundheitsleistungen nicht direkt an ihren Versicherten, sondern haben die Aufgabe, über ihr Versorgungs- und Vergütungsmanagement die Leistungserbringer so zu steuern, dass diese Leistungen am Patienten möglichst qualitativ hochwertig zu einem akzeptablen Preis erbringen. Neben diesem im Gesundheitssystemdreieck (vgl. ■ Abb. 1-1) rechts angeordneten Handlungsfeld bedeutet Leistungsmanagement von Krankenversicherern allerdings auch Tarifmanagement gegenüber ihren derzeitigen und ggf. zukünftigen Versicherten. Das Tarifmanagement sollte mit dem Versorgungs- und Vergütungsmanagement möglichst eng koordiniert sein (► Kap. 2.2). Aufgrund der besonderen Bedeutung wird die Schnittstelle des Leistungsmanagement zur Qualität im Rahmen dieses Einführungskapitels detailliert betrachtet. In diesem Zusammenhang werden Ansätze vorgestellt, die eine Optimierung der Qualität unterstützen. Weitere Ausführungen zur Optimierung von Effizienz und Mengen liefern die einzelnen Teilkapitel zu den verschiedenen Sektoren.

Die Kapitel in diesem Teil fallen besonders lang aus – nicht nur, weil dem Leistungsmanagement die zentrale Stellung für Management im Gesundheitswesen zukommt, sondern auch, weil es die jeweils ersten in ihrem vertikalen Strang sind. Dadurch sind in den ► Kap. 2.2–2.6 Beschreibungen des jeweiligen Sektors hinsichtlich regulatorischer Rahmenbedingungen und Akteure enthalten, die auch für die folgenden Teile 3–6 von Bedeutung sind.

## Modell zur Beurteilung der Produktion von Gesundheit

Um die Produktion von Gesundheit im Gesundheitswesen analysieren zu können, ist das statische Dreieck (vgl. ■ Abb. 1-1) nicht geeignet. Es bedarf vielmehr eines Modells, das verdeutlicht, wie aus Humanressourcen, Technologien und finanziellen Ressourcen in Form von organisatorischen Strukturen (wie Krankenhäuser oder Arztpraxen) mittels Leistungen für Patienten gesundheitsrelevante Ergebnisse erreicht werden, d. h. wie die Gesundheit der Bevölkerung erhalten bzw. verbessert wird.

Das in ■ Abb. 2.1-1 dargestellte Modell greift dabei die **Donabedian'sche Trias** von Struktur, Prozess und

Ergebnis (»outcome«) zur Beurteilung von Qualität im Gesundheitswesen auf.

» **Structure** describes the physical, organizational, and other characteristics of the system that provides care and of its environment. **Process** is what is done in caring for patients. **Outcome** is what is achieved, an improvement usually in health but also in attitudes, knowledge, and behaviour conducive to future health. « (Donabedian 1966)

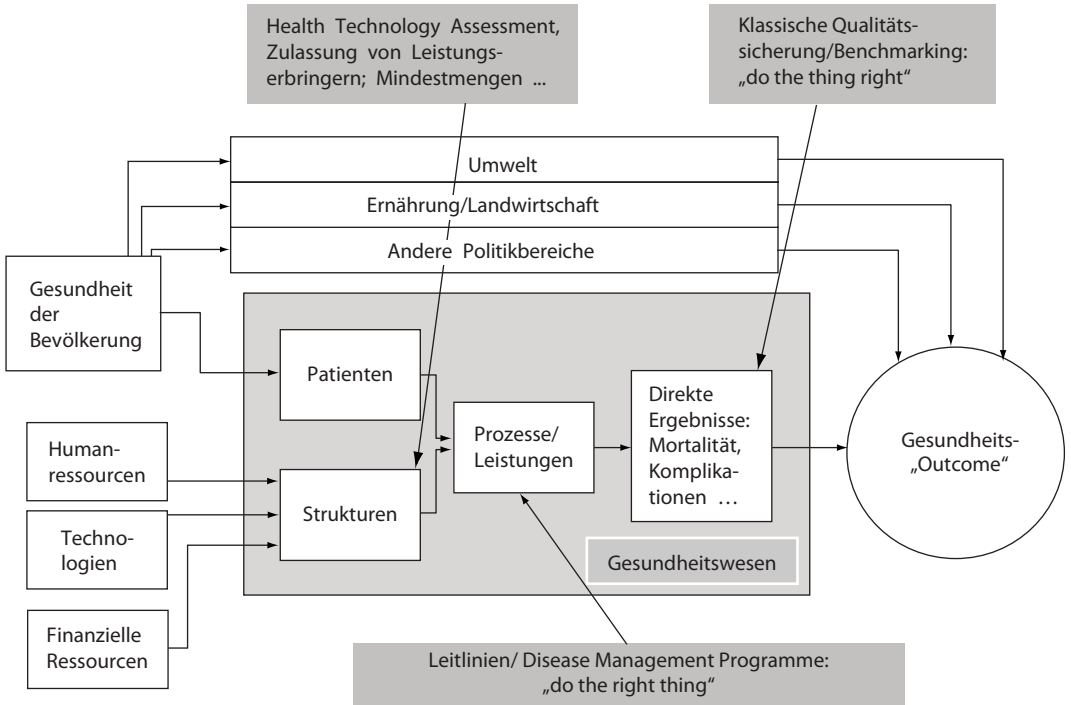
Auf der linken Seite finden sich die Inputs, d. h. einerseits die Gesundheit der Bevölkerung bzw. eines Einzelnen vor dem Kontakt mit dem Leistungserbringer (und nach dem Zugang als Patient) und andererseits die genannten drei Arten von Ressourcen, die notwendig sind, um die Strukturen des Gesundheitswesens vorzuhalten. Im Zentrum des Modells stehen die Prozesse, d. h. die am Patienten erbrachten Leistungen. Die Output-Seite zerfällt in zwei nacheinander geschaltete Elemente, die Ergebnisse direkt am Ende eines Prozesses (intermediäre Outcomes) und das mittel- bis langfristige zuschreibbare gesundheitliche Resultat (Outcome). Erst das letztere liefert für die Beurteilung, ob die Produktion »erfolgreich« war, die entscheidenden Bewertungskriterien. (Das Modell berücksichtigt zusätzlich, dass neben dem Gesundheitswesen auch andere gesellschaftliche Bereiche wie die Umwelt einen Einfluss auf die Schaffung von Gesundheit haben.)

Entlang des Modells von links nach rechts lassen sich wesentliche Maßnahmen anordnen, die das Leistungsmanagement auf der Ebene von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen maßgeblich beeinflussen (■ Tab. 2.1-1).

## Strukturqualität als Voraussetzung der Leistungserbringung

Wie erwähnt, können Leistungen im Gesundheitswesen als Zusammenspiel von Arzt, Institution und Technologie verstanden werden. Für alle drei gibt es mehrere Hürden, an denen ihre Eignung für die Leistungserbringung festgemacht und/oder überprüft wird, d. h. an denen sie potenziell vom Gesundheitswesen ferngehalten werden können – weswegen wir von strukturbezogener Qualitätssicherung sprechen:

- Erlaubnis, im Gesundheitssystem tätig zu werden/eingesetzt zu werden (Marktzutritt)
- Aufnahme in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (oder äquivalentes System im Ausland)
- Auflagen an die Abrechenbarkeit von Leistungen zu Lasten der GKV



■ **Abb. 2.1-1** Input-Struktur-Prozess-Ergebnis-Modell der Produktion von Gesundheitsleistungen mit Ansatzpunkten wesentlicher Qualitätssichernder Ziele und Maßnahmen

Leider ist die genutzte Terminologie bezüglich dieser verschiedenen Hürden alles andere als einheitlich; so kann eine »Zulassung« sich auf die erste oder auch die zweite Hürde beziehen. Dies gilt auch für die Begriffe »Zertifizierung« und »Akkreditierung«, die keine sektorübergreifende einheitliche Bedeutung haben und je nach Kontext unterschiedlich benutzt werden.

Auf der **ersten Stufe** geht es darum, die grundsätzliche Eignung der Person, der Institution oder der Technologie für die Gesundheitsversorgung festzustellen. Dabei werden je nach Sektor gewisse Anforderungen gestellt, die es zu erfüllen gilt (vgl. ► Kap. 2.3, 2.4 und 2.6). Dabei werden in der Regel keine Vergleiche mit bereits vorhandenen Leistungserbringern oder Produkten gefordert, d. h. Arzneimittel müssen ihre Wirksamkeit nur gegenüber Placebo (also einer Scheinbehandlung) unter Beweis stellen.

Auf der **zweiten Stufe** – also dem Zugang zur GKV – wird bei den Leistungserbringern neben zusätzlich zu erfüllenden Anforderungen (wie etwa einer abgeschlossenen Facharztweiterbildung) auch geprüft, ob die entstehenden potenziellen Kapazitäten zur Leistungserbringung für die Versorgung der Versicherten bzw. der Bevölkerung auch notwendig sind.

Hierfür hat sich der Begriff »Bedarfsplanung« eingebürgert; dafür werden im ambulanten Sektor die Regeln in Form von Richtlinien vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegeben und auf Landesebene umgesetzt (vgl. ► Kap. 2.4 und 6.4). Für den Krankenhausesektor fällt diese Rolle den Bundesländern zu, die sie in Form der Krankenhauspläne ausfüllen (vgl. ► Kap. 2.3). Analog sollte man den Zugang von Technologien zum Leistungskatalog werten, d. h. in die Gesamtheit der zu Lasten der GKV abrechenbaren Leistungen bzw. Produkte. In vielen Industrieländern werden Arzneimittel auf dieser Stufe vergleichend evaluiert – und oft wird nur das effektivste oder das kosteneffektivste in den Leistungskatalog aufgenommen (Zentner et al. 2005).

Was bezüglich Arzneimittel oft als »Nutzenbewertung« firmiert, wird technologieübergreifend international als »**Health Technology Assessment**« (HTA) bezeichnet. Im Kontext von HTA werden medizinische Technologien sehr breit definiert als Arzneimittel, Medizinprodukte, Prozeduren, Organisations- und Supportsysteme (z. B. Telematik) zur Erbringung medizinischer Leistungen. Der Technologiebegriff setzt dabei die systematische Anwendung wissen-

**Tab. 2.1-1** Wesentliche Ansätze des Leistungsmanagements unter Gesichtspunkten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

	Leistungserbringende Person (z. B. Arzt)	Leistungserbringende Institution (z. B. Krankenhaus)	Technologie (vgl. auch Tab. 2.1-2)
<b>Struktur</b>			
<b>Erlaubnis, tätig zu werden/eingesetzt zu werden (Marktzutritt)</b>	Approbation	Konzession (bei privaten Krankenhäusern)	Zertifizierung (Medizinprodukte), Zulassung bzw. Registrierung (Arzneimittel)
<b>Aufnahme in GKV-System (Kriterien/Verfahren)</b>	Zulassung als Vertragsarzt ( <i>Abgeschlossene Weiterbildung und Niederlassungsmöglichkeit laut Bedarfsplanung</i> )	Zulassung ( <i>Aufnahme in Krankenhausplan oder Abschluss eines Versorgungsvertrags mit Krankenkassen</i> )	Aufnahme in/Ausschluss aus Leistungskatalog ( <i>Health Technology Assessment</i> )
<b>Auflagen an GKV-Abrechenbarkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Notwendigkeit der Beteiligung an externer Qualitätssicherung</li> <li>– Notwendigkeit eines internen Qualitätsmanagements</li> <li>– Offenlegung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten</li> <li>– Notwendigkeit der regelmäßigen Fortbildung</li> </ul>		Beschränkung auf spezifische Indikation/Patienten/Leistungserbringer
	Mindestmengenregelung für Technologieanwendung pro Leistungserbringer und Jahr		
<b>Prozess</b>			
<b>Indikationsstellung (Wird das Angemessene/Notwendige/Richtige gemacht?)</b>	Ex-ante: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leitlinien</li> <li>– Disease Management-Programme</li> <li>– Clinical Pathways/Behandlungspfade</li> </ul> Ex-post: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Utilization Review/Überprüfung der Indikationsstellung</li> </ul>		
<b>Prozessqualität (Wird es richtig/gut gemacht?)</b>	– Überprüfung der Leitlinienbefolgung z. B. hinsichtlich Dokumentation, Einhalten von Zwischenschritten		
<b>Ergebnis</b>			
<b>Kurzfristig</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parameter: Intraoperative/stationäre Letalität/Mortalität, Komplikationsraten</li> <li>– Methodik: Benchmarking, league tables ...</li> </ul>		<i>(Forschungsergebnisse, die bei zukünftigen Entscheidungen zum Leistungskatalog berücksichtigt werden können)</i>
<b>Langfristig (Was nutzt es dem Patienten?)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parameter: Überleben, Lebensqualität, Ereignisfreiheit ...</li> <li>– Methodik: Benchmarking, league tables ...</li> </ul>		

schaftlichen und anderen organisierten Wissens auf praktische Problemstellungen voraus.

In sog. HTA-Berichten werden **Sicherheit, Wirksamkeit, Kosten und Kosten-Wirksamkeit** der Technologie unter Berücksichtigung **sozialer und ethischer Effekte** sowie **organisatorischer Implikationen** dem Nutzen gegenüber gestellt (Details zu Konzepten, Methoden und Praxis von HTA s. Perleth et al. 2008).

### Health Technology Assessment (HTA) in Deutschland

Das Ergebnis eines HTA-Berichts sollte eine fundierte Basis für eine **Entscheidungsfindung** über die Nutzung der Technologie sein. In Deutschland wird HTA vor allem für Beschlüsse zur Kostenübernahme von neuen Technologien in den **Leistungskatalog** der GKV eingesetzt.



Die Entwicklung von HTA in Deutschland begann 1995, als das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Auftrag erteilte, eine »Bestandsaufnahme, Bewertung und Vorbereitung der Implementation einer Datensammlung ‚Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien‘ in der Bundesrepublik« vorzunehmen. Den ersten politischen Niederschlag fand die daraus resultierende Arbeit bereits 1997 im GKV-Neuordnungsgesetz, als dem damaligen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen der Auftrag erteilt wurde, nicht nur neue, sondern auch bereits existierende Leistungen bzw. Technologien zu evaluieren. Vor 1997 war außerdem das Zustandekommen seiner Entscheidungen über Technologien verdeckt geblieben. Nur die Entscheidungen selbst wurden veröffentlicht. Die Arbeit des Bundesausschusses war immer stärker als willkürlich und interessengeleitet angeprangert worden. Im Mittelpunkt der 1998 in Kraft getretenen **Richtlinien zur Beurteilung** von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden stand dabei die gesetzliche Forderung, dass der diagnostische oder therapeutische Nutzen einer Methode, sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, auch im Vergleich zu bereits zulasten der Krankenkassen erbrachten Methoden, nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu überprüfen ist (Details zu diesen Richtlinien: Busse und Riesberg 2005, S. 180ff.).

**Gemeinsamer Bundesausschuss mit zentraler Rolle für GKV-Leistungsmanagement (aktualisiert nach Busse und Riesberg 2005, S. 54ff.)**

Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 sind die früheren Bundesausschüsse der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen, der Krankenhausausschuss und der Koordinierungsausschuss zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zusammengefasst. Das Plenum des G-BA besteht seit 2008 aus 5 Mitgliedern des GKV-Spitzenverbands und 5 Vertretern der Leistungserbringer (2 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 1 der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und 2 der Deutschen Krankenhausesellschaft) sowie aus 3 neutralen Mitgliedern (einschließlich des Vorsitzenden). Außerdem sind 5 Vertreter maßgeblicher Organisationen, die zur Vertretung der Belange von chronisch Kranken und Patienten formal akkreditiert sind, Mitglied, jedoch ohne Stimmrecht.

Der G-BA erlässt nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches V (SGB V) Richtlinien für nahezu alle Versorgungsbereiche der GKV. Alle Richtlinien werden direkt vom Plenum beschlossen, insbesondere die Geschäftsordnung oder die Verfahrensrichtlinie zur Bewertung von Technologien zum Ein- oder Ausschluss aus dem GKV-Leistungskatalog. Andere werden von einem der 8 Unterausschüsse des G-BA vorbereitet und dann vom Plenum verabschiedet.

**Die 8 Unterausschüsse** beschäftigen sich im Einzelnen mit:

1. **Arzneimittel** (Richtlinien zur Arzneimittelversorgung und zu Schutzimpfungen).
2. **Qualitätssicherung** (in allen Sektoren, insbesondere stationäre, vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung).
3. **Sektorübergreifende Versorgung** (Disease Management-Programme und ambulante Behandlung im Krankenhaus).
4. **Methodenbewertung** (Bewertung neuer Leistungen in allen Sektoren, insbesondere im vertragsärztlichen Sektor).
5. **Veranlasste Leistungen** (z. B. Richtlinien zur Rehabilitation, Palliativversorgung, Hilfsmittel, Heilmittel, Krankentransport, Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie).
6. **Bedarfsplanung** (der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung).
7. **Psychotherapie**.
8. **Zahnärztliche Behandlung** (insbesondere Richtlinien zur zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlung, Festzuschüsse).

Die Richtlinien des G-BA sind für die Akteure der GKV auf Bundes- und Landesebene ebenso wie für einzelne Leistungserbringer und GKV-Versicherte gesetzlich bindend; gegen sie kann allerdings Widerspruch bei Sozialgerichten eingelegt werden. Die Richtlinien befassen sich damit, den Leistungskatalog zu definieren oder zu gewährleisten, dass GKV-Leistungen angemessen, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden.

Mit der GKV-Reform 2000 wurde das **HTA-Mandat auf den stationären Sektor ausgeweitet** und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) der Auftrag erteilt, ein HTA-Informationssystem einzurichten und zu betreiben. Allerdings wurde der Krankenhaussektor vom Gesetzgeber anders behandelt: Alle Leistungen kön-

nen erbracht werden, solange sie nicht als nicht erforderlich aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind (»**Verbotsvorbehalt**«). Im ambulanten Sektor – einschließlich ambulanter Leistungen im Krankenhaus – gilt hingegen der »**Erlaubnisvorbehalt**«, d. h. nur solche Leistungen dürfen zu Lasten der GKV erbracht werden, die in den Leistungskatalog aufgenommen worden sind (■ Tab. 2.1-2).

Über diese fehlende Gleichbehandlung von ambulantem und stationärem Sektor bei der Einführung von Technologien in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen wurde lange diskutiert. Seit Oktober 2005 gilt eine neue Verfahrensordnung des nunmehr Gemeinsamen Bundesausschusses, die unter Beibehaltung der Vorbehalte den Evaluationsprozess vereinheitlicht.

Die nunmehr sektorenübergreifende Verfahrensordnung regelt die allgemeinen Entscheidungsverfahren, die Bewertung von Methoden und Leistungen, die Verfahren für Richtlinienbeschlüsse und Empfehlungen sowie die Zusammenarbeit mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Folgende Gesichtspunkte verleihen ihr besondere Bedeutung:

- Erstmalig sektorenübergreifende, einheitliche Beurteilung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit
- Sektorübergreifende, einheitliche Grundsätze und Verfahren der Beurteilung wissenschaftlicher Unterlagen
- Im Mittelpunkt steht der patientenbezogene Nutzen (nicht z. B. Investitionsentscheidungen des Krankenhauses oder Umsatzerwartungen von Vertragsärzten)
- Das Verfahren beinhaltet immer eine umfassende wissenschaftliche Recherche und Auswertung
- Die Kriterien zur Bewertung werden sektorübergreifend angewendet und detailliert beschrieben
- Durch die zusammenfassende Darstellung aller Beratungsunterlagen und Beratungsprozesse im Abschlussbericht besteht Transparenz für die Öffentlichkeit
- Durch die klare Offenlegung von Mängeln im Nutzenbeleg überprüft medizinischer Methoden werden notwendige klinische Studien gefördert

## Qualitätsmanagement, Qualitätsberichte und weitere Auflagen zur Strukturqualitätssicherung

In Deutschland sind spätestens seit Beginn der 2000er Jahre die Zeiten vorbei, dass eine abgeschlossene Facharztweiterbildung ausreichte, ungeprüft das weitere berufliche bzw. ärztliche Leben über tätig zu sein. Vorbei auch die Zeiten, dass Krankenhäuser lediglich zugelassen und in den Krankenhausplan aufgenommen zu sein brauchten, um die ihnen notwendig und sinnvoll erscheinenden Maßnahmen durchführen zu dürfen. Schritt für Schritt hat der Gesetzgeber die Anforderungen an die Qualitätssicherung erhöht. Die meisten dieser Verpflichtungen, die in den ► Kap. 2.3 und 2.4 im Detail für die jeweiligen Sektoren dargestellt werden, sind – zumindest derzeit noch – eindeutig strukturbezogen. So verpflichtet § 135a SGB V Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen »sich an **einrichtungübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung** zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern«. Der Fokus bei diesen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen liegt in der standardisierten Erhebung und Auswertung von patientenbezogenen Daten, die Rückschlüsse auf die ablaufenden Prozesse und ggf. Ergebnisse liefern. Dazu zählen für den stationären Bereich insbesondere die Analysen der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS; vgl. weiter unten). Deren Aufgaben werden ab 2010 von AQUA als der neuen, dafür vom G-BA beauftragten Institution nach § 137a SGB V übernommen, die im August 2009 beauftragt wurde, die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität sektorenübergreifend durchzuführen.

§ 135a verpflichtet die oben genannten Leistungserbringer zusätzlich, »**einrichtungintern ein Qualitätsmanagement** einzuführen und weiterzuentwickeln«. Das hier genannte Qualitätsmanagement fokussiert in aller Regel auf Strukturen und Abläufe innerhalb der Organisation und weniger (bzw. gar nicht) auf die am Patienten erbrachten Leistungen und die dabei erzielten Ergebnisse. In Deutschland besteht für die Leistungserbringer bezüglich des genutzten Qualitätsmanagementsystems Wahlfreiheit und dementsprechende Vielfalt. Oftmals wird für den Prozess der (Selbst-)Evaluation, d. h. ob eine Einrichtung die Anforderungen des gewählten Qualitätsmanagementsystems erfüllt, der Begriff »**Akkreditierung**« verwendet – was allerdings nichts über die tatsächlichen Behandlungsergebnisse aussagt. Für ähnliche Sach-

**Tab. 2.1-2** Die Regulierung medizinischer Leistungen und Produkte (»Technologien«) in Deutschland in Abhängigkeit vom Leistungssektor (unter Einbezug der im Buch nicht näher behandelten Medizinprodukte bzw. Hilfsmittel, zahnmedizinischen Versorgung sowie Heilmittel)

	Arzneimittel (Details vgl. ► Kap. 2.6)	Medizinprodukte direkt von Patienten genutzt (»Hilfsmittel«)	Medizinprodukte für Verfahren der medizinischen Versorgung	Ambulante medizinische/ chirurgische Proze- duren (Details vgl. ► Kap. 2.4)	Ambulante zahnmedizinische Behandlung	Stationäre Akutversorgung (Details vgl. ► Kap. 2.3)	Ambulante nicht- ärztliche Versor- gung (»Heilmittel«)
<b>Zulassung/ Marktzutritt</b>	Arzneimittel- zulassung/- registrierung durch BfArM nach Arznei- mittelgesetz (AMG)	Zertifizierung von Medizinprodukten lt. Medizinproduktegesetz (MPG) durch staatlich ausgewählte und kontrollierte Prüfstellen (»Ermächtigte Institutionen«)					
<b>Aufnahme in den Leistungs- katalog der GKV</b>	»Automatische« mit gesetzlich festge- legten Ausnahmen	Durch GKV-Spit- zenverband; Kata- log = Hilfsmittelver- zeichnis	Abhängig vom Sektor →	Durch G-BA ent- sprechend Verfah- rensordnung in Richtlinie Metho- den vertragsärzt- liche Versorgung	Durch G-BA ent- sprechend Verfah- rensordnung	Ggf. Ausschluss durch G-BA ent- sprechend Verfah- rensordnung in Richtlinie Metho- den Krankenhaus- behandlung	Durch G-BA in Heil- mittel-Richtlinien
<b>Implementation der Ergebnisse/ Steuerung der Nutzung</b>	Arzneimittel-Richt- linien des G-BA, Richtgrößen, Fest- beträge	Hilfsmittel-Richt- linien des G-BA, Festbeträge	Abhängig vom Sektor →	Bewertungsaus- schluss, KV-Bedarfs- planung, Verträge	Bewertungsaus- schluss, KZV-Be- darfsplanung, Verträge	Krankenhau- splanung Länder; Vergütung durch DRGs	Heilmittel-Richtli- nien mit Heilmittel- Katalog des G-BA

verhalte wird in Bezug auf Ärzte oft der Begriff »(Re-)Zertifizierung« genutzt.

Aussagen über die Ergebnisse zu ermöglichen, ist der Sinn weitergehender Anforderungen an die Leistungserbringer, nämlich ihre Ergebnisdaten offenzulegen, wie dies beispielsweise in Großbritannien der Fall ist. Dagegen beschränkten sich die Anforderungen in Deutschland im Rahmen der sog. **Qualitätsberichte** initial auf eine Offenlegung von Struktur- und Prozessdaten, d. h. Anfragen nach der Ausstattung und der Anzahl behandelter Patienten oder durchgeführter Interventionen (vgl. ► Kap. 2.3). Allerdings müssen seit 2007 auch 27 von der BQS erhobene Qualitätsparameter mitveröffentlicht werden (Busse et al. 2009).

### Prozesssteuerung als zentrale Komponente des Leistungsmanagements

Als Prozesse im Gesundheitswesen können die medizinischen Leistungen i.e.S. verstanden werden – sie zu managen steht im Mittelpunkt der Kapitel dieses Buchteils. Wenn es um Prozesse geht, müssen zwei deutlich voneinander abzugrenzende Aspekte betrachtet werden:

1. Erhält der Patient die für ihn angemessene bzw. notwendige Behandlung, d. h. wie ist die Qualität der Indikationsstellung? Oder verkürzt: Wird das Richtige getan?
2. Wie ist die Qualität der Leistungserbringung? Oder verkürzt: Wird es richtig gemacht?

In der oftmals kürzeren, aber auch eingängigeren englischen Sprache lauten die Anforderungen »do the right thing« und »do the thing right« (vgl. ■ Abb. 2.1-1).

Es sind verschiedene, sich teilweise überlappende Konzepte zu einer Verbesserung der Leistungsprozesse entwickelt worden. Einige sind auf eine Ex-ante-Beeinflussung angelegt, d. h. sie sollen steuern, welcher Patient mit welcher Indikation zu welchem Zeitpunkt welche Leistung erhält (vgl. ■ Tab. 2.1-1): Dazu gehören **Disease Management-Programme** (► Kap. 2.2 und 2.5), **Clinical Pathways/Behandlungspfade** (s. erste Fallstudie in ► Kap. 2.7) und Leitlinien, auf die im Folgenden exemplarisch näher eingegangen werden soll.

Durch Leitlinien soll externe wissenschaftliche Evidenz – d. h. zumeist aus veröffentlichten Studien – durch einen Konsensprozess unter Experten und Betroffenen als lokale Standards auf der Ebene von indikationsbezogenen Patientengruppen (möglichst unter Berücksichtigung weiterer Charakteristika wie Alter, Geschlecht, Komorbidität, Setting) vermittelt

werden. Leitlinien entstanden im Kontext der sog. **Evidenzbasierten Medizin (EbM)**, die in den 1980er Jahren in Nordamerika aus der klinischen Epidemiologie heraus quasi als Hilfswissenschaft zur Interpretation und Anwendung von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Studien für klinisch tätige Ärzte entwickelt wurde (vgl. etwa Perleth und Antes 2002).

**Leitlinien** sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben und den behandelnden Ärzten und ihren Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung spezifischer Krankheitssituationen erleichtern. Während sie oftmals in ihrer schriftlichen Version recht lang sein können (und damit praktisch unhandhabbar werden können), muss man sich ihren Kern als ein **Flussdiagramm** mit »Wenn-dann-Empfehlungen« vorstellen; ein Beispiel aus der Nationalen Versorgungsleitlinie zur Diagnostik der Chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2006) soll dies verdeutlichen (■ Abb. 2.1-2). Neben der »Langfassung« der Leitlinie mit den Empfehlungen an sich sowie der Evidenz für diese Empfehlungen (zumeist abgeleitet aus klinischen Studien) umfasst das »Paket« oftmals auch eine Kurzversion, Praxishilfen, »Kitteltaschenversionen«, Fortbildungsmaterial und eine Patientenversion.

Leitlinien stellen eine Quelle von aufbereitetem aktuellem externem Wissen dar, die den einzelnen Arzt, die Krankenhausabteilung oder ein Netzwerk von Leistungserbringern bei der Behandlung eines Patienten »leiten« soll. Aber auch für Krankenversicherer können sie bezüglich ihres Vertrags- und Vergütungsmanagements sehr nützlich sein, helfen sie doch, effektive und notwendige Leistungen von unnötigen oder gar schädlichen zu trennen.

Vereinfacht gesagt durchlaufen Leitlinien auf ihrem Weg vom Entwurf bis zu ihrer Modifikation oder ihrer Rücknahme fünf Phasen:

1. **Entwurf:** Auswahl der Behandlungssituation, systematisches Review des externen Wissens (Literatur) und der Erfahrungen, Konsensherstellung, Methodenreport
2. **Kritische Bewertung und Entscheidung über Einführung:** Beurteilung der Stärke der Evidenz (interne Validität) und der Erfahrungen, der Machbarkeit und der Anwendbarkeit auf die Zielpatienten, Schätzung der Kosteneffektivität, Festlegen der Verbindlichkeit, der Verantwortung und der Finanzierung

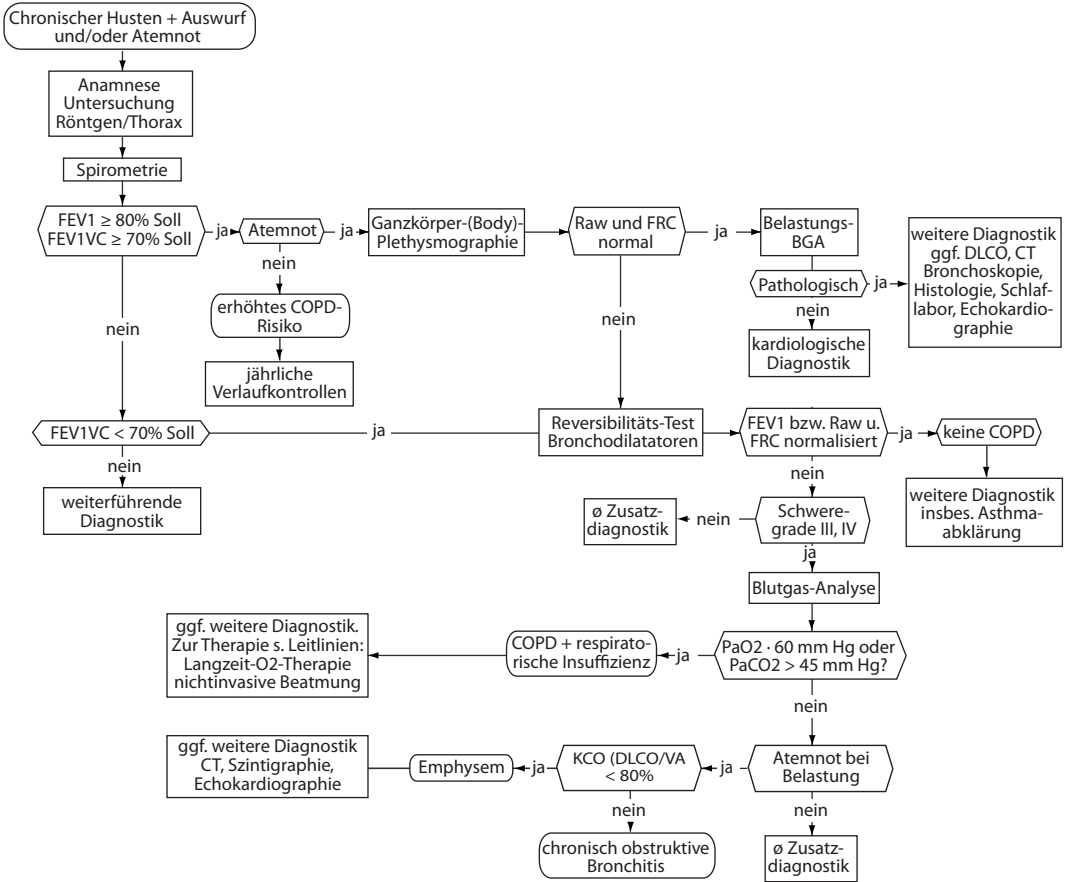


Abb. 2.1-2 Flussdiagramm zur Diagnostik der Chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung aus der Nationalen Versorgungsleitlinie COPD

3. **Dissemination/Verbreitung:** Konzentrierte Aktion der Medien, Integration in die Aus-, Weiter- und Fortbildungsprogramme
4. **Implementierung:** Anpassen der Leitlinie, Einführungsplanung, Monitoring des Einsatzes der Leitlinie in der Routine mit Qualitätsindikatoren, Evaluierung der Effektivität (externe Validität) und der Effizienz
5. **Fortschreibung:** Überwachung der Notwendigkeit der Überarbeitung oder der Rücknahme

Erst nach der Implementierung in den Alltag der Arztpraxis, des Krankenhauses oder des Netzwerkes zur Integrierten Versorgung kann der Nutzen einer Leitlinie zum Tragen kommen. Das bedeutet, dass die Implementierung ganz wesentlich über den Nutzen einer Leitlinie entscheidet. Daher kann es sein, dass eine sehr gut implementierte, aber in der Qualität

mäßige Leitlinie zu einem höheren Nutzen für Patient, Arzt oder System führt als eine qualitativ exzellente, die nur mit mäßigem Erfolg implementiert wurde. Da klar geworden ist, dass das Erstellen von hochwertigen Leitlinien allein die Versorgung nicht deutlich verändert, hat sich der **Managementfokus** in den letzten Jahren von Fragen der Erstellung von Leitlinien zu deren Implementation verändert.

Während die Erstellung und die kritische Bewertung einer Leitlinie in den Händen von Fachgesellschaften, den Trägern der Selbstverwaltung oder anderen Organisationen liegen, liegt die Verantwortung für die Verwendung der Leitlinie normalerweise beim behandelnden Arzt, beim Krankenhaus oder bei der Krankenkasse, die auf ihr einen Versorgungsvertrag aufbauen will. Das folgende Prozedere kann die **Implementierung und Verwendung der Leitlinie** erleichtern:

- Feststellung des Bedarfs an einer Leitlinie in der Praxis, Klinik etc.
- Adaptierung einer überregionalen Leitlinie an die vorhandenen strukturellen und personellen Möglichkeiten
- Einführungsplanung (Barrierenanalyse, Anreize, Fortbildung, interner Qualitätszirkel, Zeit- und Aktivitätenplan)
- Bereitstellung der Leitlinie (Erstellung von verschiedenen Leitlinien-Versionen, Behandlungspfade, Stationsbücher, Guideline Server)
- Integration der Leitlinie in die medizinische Dokumentation und das lokale Informationssystem
- Überwachung der Einhaltung und der Wirksamkeit der Leitlinie (Monitoring von Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität)
- Unterstützung bei der Verwendung der Leitlinie (Erinnerung, wiederholte Fortbildung)
- Regelmäßige Fortschreibung der Leitlinie

Grol und Grimshaw haben 2003 ein systematisches Review über 17 Maßnahmen zur Optimierung der Implementierung erstellt, das letztlich drei Klassen von Strategien hervorbrachte:

- **Generell ineffektive Strategien**
  - Passive Verbreitung von Informationen
  - Veranstaltungen mit Frontalvorträgen
- **Ab und zu effektive Strategien**
  - Audit und Rückmeldung mit Vergleichen
  - Lokale Konsensusgruppe, Einbindung lokaler Meinungsbildner
  - Patientenbeteiligung
- **Generell effektive Strategien**
  - Erinnerungshilfen z. B. durch Informationstechnologien
  - Interaktive Fortbildung und Betreuung (Qualitätszirkel)
  - Besuche vor Ort
  - Kombinierte Strategie (Einbau ins Qualitätsmanagement)

Zu den prozessbezogenen Ansätzen, die auf die Indikationsstellung abzielen – d. h. auf die Frage »Wird das Richtige getan?« –, gehören neben Maßnahmen, die ex-ante leiten sollen, auch die Maßnahmen, die ex-post die Angemessenheit der Leistungserbringung überprüfen – hier ist insbesondere das **Utilization Review** zu nennen (► Kap. 2.2; vgl. ■ Tab. 2.1-1). Während dieser Begriff häufig auf die Überprüfung der Leistungserbringung bei einzelnen Patienten oder einzelnen Leistungserbringern bezieht, unterscheiden

sich gewisse Aktivitäten der **externen Qualitätssicherung** hiervon systematisch nicht. So evaluiert die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) über alle deutschen Krankenhäuser für bestimmte Leistungen, wie z. B. Eingriffe am Ovar oder Koronarangiographien, die Qualität bzw. Notwendigkeit der Indikationsstellung, d. h. der Entscheidung zur Durchführung der Maßnahme (vgl. ► Kap. 2.3). Für die Eingriffe am Ovar lag die Rate der unnötigen Eingriffe 2004 z. B. bundesweit bei 25%, schwankte aber zwischen den Krankenhäusern von 0% bis 75% (Mohr 2006). Diese Daten bestätigen Ergebnisse der internationalen Angemessenheitsforschung (vgl. etwa Schwartz und Busse 2003).

Einen Schritt weiter geht die Evaluation, ob die Maßnahme auch richtig durchgeführt wurde. Als Beispiel sei auch hier auf BQS-Aktivitäten verwiesen, die z. B. überprüft, ob Krankenhäuser bei Patientinnen mit Brustkrebs den sog. Rezeptorstatus ermitteln, der wichtig ist für die Empfindlichkeit des Gewebes für bestimmte Medikamente. Im Jahr 2004 schwankte der Prozentsatz so untersuchter Patientinnen von 14,5% bis 100%, wobei ein Drittel der Krankenhäuser unterhalb des geforderten Wertes von 95% lagen (Mohr 2006).

### Ergebnisqualität als eigentliche Herausforderung für das Leistungsmanagement

Im Input-Output-Modell (■ Abb. 2.1-1) werden unmittelbar bzw. **kurzfristig anfallende Ergebnisse** von längerfristigen, dem Leistungserbringer zuschreibbaren gesundheitsbezogenen Resultaten abgegrenzt, für den sich der Begriff Outcome durchgesetzt hat. Dass diese Unterscheidung nicht trivial ist, liegt auf der Hand: Das komplikationsfreie Überleben einer schwerwiegenden Krebsoperation ist nicht identisch mit der 5-Jahres-Überlebenschance. Aber auch bei einer Leistenbruchoperation sind das kurz- und das mittelfristige Ergebnis nicht deckungsgleich.

Während aus Public Health-Sicht die längerfristigen Ergebnisse größere Bedeutung haben, fokussiert die betriebswirtschaftliche Perspektive zunächst auf die kurzfristigeren Ergebnisse. Diese haben zumeist den Vorteil, dass sie direkter mit den durchgeführten Leistungen in Verbindung gebracht werden können, womit sie eine größere Handlungsrelevanz haben, z. B. um Veränderungsprozesse einzuleiten. Versterben z. B. im eigenen Krankenhaus mehr Patienten während einer Operation als in anderen Krankenhäusern bei gleichen Operationen, kommen Fehler bzw. mangelnde Kenntnisse oder Erfahrungen der Chirurgen, hygienische Mängel, Organisationsmängel