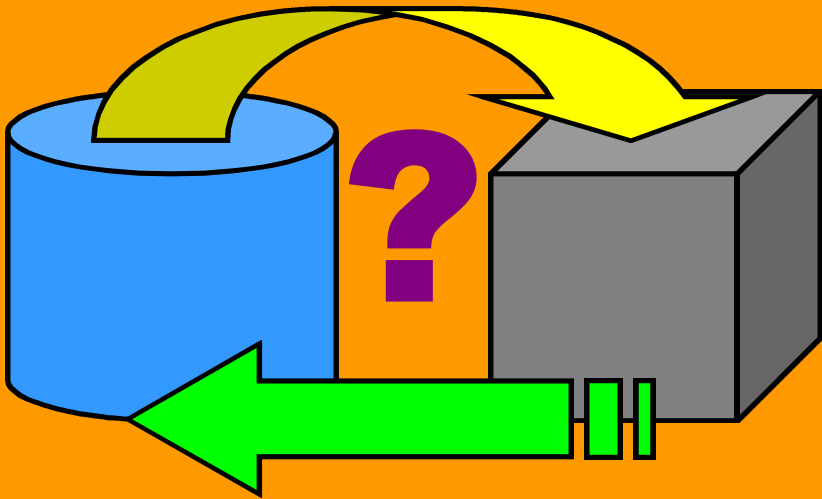


Olaf Bornemeier

Benchmarking in der Gesundheitsversorgung

Möglichkeiten und Grenzen



Autorenverlag K. M. Scheriau

Berlin

Inhaltsübersicht

	Seite
I. Einführung in die Arbeit	1
1. Einleitung und Problemstellung	1
2. Zielsetzung und Gang der Untersuchung	8
II. Professionelle Gesundheitsversorgung	11
1. Rahmenbedingungen für die medizinische Leistungserbringung	12
2. Die Produktion von Gesundheitsleistungen	33
III. Der Benchmarking-Ansatz	57
1. Terminologische Grundlegung	58
2. Technisch-inhaltliche Elemente des Benchmarking	68
3. Effizienz des Benchmarking	105
IV. Rahmenkonzept für Benchmarking in der Gesundheitsversorgung	131
1. Effizienz der Gesundheitsversorgung	132
2. Bezugsmerkmal des Benchmarking	168
3. Prozesse und Aufgabenstellungen als Ausgangspunkt für Benchmarking	202
V. Vorgehensmodell für Benchmarking in der Gesundheitsversorgung	225
1. Elemente des Benchmarking	225
2. Stufen des Benchmarking	240
VI. Zusammenfassung und Schluß	245
Literaturverzeichnis	251

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Einführung in die Arbeit	1
1. Einleitung und Problemstellung	1
1.1. Ausgangssituation	1
1.2. Stand der betriebswirtschaftlichen Forschung	5
2. Zielsetzung und Gang der Untersuchung	8
II. Professionelle Gesundheitsversorgung	11
1. Rahmenbedingungen für die medizinische Leistungserbringung	12
1.1. Charakter der Gesundheit	13
1.1.1. Asymmetrische Informationen	13
1.1.2. Gesundheit als Zukunftsgut	16
1.2. Institutionelle Regelungen der Gesundheitsversorgung	18
1.2.1. Entstehungsgeschichte	18
1.2.2. Die Rolle des Staates	20
1.2.2.1. Ethische Leitlinien	20
1.2.2.2. Spektrum der Staatsaktivitäten	21
1.2.3. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	25
1.2.3.1. Beziehungen zwischen GKV und Versicherten	25
1.2.3.2. Das Verhältnis der Krankenkassen zueinander	27
1.2.3.3. Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern	30
2. Die Produktion von Gesundheitsleistungen	33
2.1. Interaktionen in der Gesundheitsversorgung	34
2.2. Leistungserbringer und Versorgungsformen	36
2.2.1. Niedergelassene Ärzte – Arztpraxis	37
2.2.2. Krankenhäuser	40
2.2.3. Sektorübergreifende Versorgung	45
2.3. Aufgabenarten	47
2.3.1. Diagnostik	47
2.3.2. Therapie	48
2.3.3. Pflege	51
2.3.4. Unterkunft und Verpflegung	51
2.4. Besonderheiten der Produktion von Gesundheitsleistungen	51
III. Der Benchmarking-Ansatz	57
1. Terminologische Grundlegung	58
1.1. Der „Benchmarking“-Begriff und seine Verwendung	58

1.2.	Der Ursprung des „Benchmarking“ im betriebswirtschaftlichen Kontext	59
1.2.1.	„Competitive Benchmarking“ der Xerox Corporation	59
1.2.2.	„Benchmarking“ zwischen Xerox und L. L. Bean	60
1.3.	Begriffsverständnisse vom „Benchmarking“	63
1.3.1.	Die Definitionsproblematik und ihre Folgen	63
1.3.2.	Definitionen des „Benchmarking“	67
2.	Technisch-inhaltliche Elemente des Benchmarking	68
2.1.	Leistungsmessung – Performance Measurement	69
2.1.1.	Funktionen der Leistungsmessung	70
2.1.2.	Leistungsmerkmale	72
2.1.3.	Messtheoretische und praktische Anforderungen an Messungen	75
2.2.	Vergleich	76
2.2.1.	Allgemeine Relevanz des Vergleichens	77
2.2.2.	Vergleichsform im Benchmarking	78
2.2.3.	Informationspotentiale des Vergleichs	81
2.2.3.1.	Grundsätzliche Informationsfähigkeiten	82
2.2.3.1.1.	Quantitativer Vergleich	82
2.2.3.1.1.1.	Einfache Gegenüberstellungen	82
2.2.3.1.1.2.	Mathematische Verfahren	85
2.2.3.1.2.	Qualitativer Vergleich	88
2.2.3.2.	Interpretation der Vergleichsinformationen	91
2.2.4.	Relative Vergleichbarkeit	93
2.2.4.1.	Formelle Vergleichbarkeit	94
2.2.4.2.	Materielle Vergleichbarkeit	94
2.3.	Imitation	98
2.3.1.	Logik der Imitation	98
2.3.2.	Gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Imitation	99
2.3.3.	Einzelwirtschaftliche Rationalität der Imitation	101
3.	Effizienz des Benchmarking	105
3.1.	Arten des Benchmarking	106
3.1.1.	Herkunft der Daten	107
3.1.1.1.	Internes Benchmarking	107
3.1.1.2.	Externes Benchmarking	108
3.1.2.	Konkurrenzintensität zwischen (potentiellen) Bench- marking-Partnern	109
3.1.3.	Ähnlichkeit zwischen Aufgabenstellungen	112
3.1.4.	Beurteilung der relativen Effizienz	115
3.2.	Kulturelle Ebene des Benchmarking-Ansatzes	117
3.2.1.	Rolle der Organisationskultur	117
3.2.1.1.	Funktionen der Organisationskultur	118
3.2.1.2.	Stärke der Organisationskultur	119

3.2.1.3.	Effizienzwirkung der Organisationskultur	121
3.2.2.	Kulturelle Effizienzbedingungen des Benchmarking	122
3.2.2.1.	Offenheit	123
3.2.2.1.1.	Bereitschaft zum Informationsaustausch	123
3.2.2.1.2.	Anschlussfähigkeit fremder Problemlösungen	125
3.2.2.2.	Veränderungsbereitschaft	127
3.3.	Periodizität des Benchmarking	127
IV.	Rahmenkonzept für Benchmarking	131
	in der Gesundheitsversorgung	
1.	Effizienz der Gesundheitsversorgung	132
1.1.	Output der Gesundheitsversorgung	134
1.1.1.	Exkurs: Zur Leistungsvorhaltung als Output	134
1.1.2.	Änderungen des Gesundheitszustandes	136
1.1.2.1.“	Definitionen von „Gesundheit“ und „Krankheit“	137
1.1.2.2.	Operationalisierung von Gesundheitszuständen	139
1.1.2.2.1.	Maßgrößen	140
1.1.2.2.2.	Transformation von Ordinal- in Intervallskalen	144
1.1.2.3.	Kontrollgruppen	147
1.1.3.	Qualität der Leistungserbringung	149
1.1.3.1.	Definitionsansätze der Qualität	150
1.1.3.2.	Operationalisierung der Qualität	152
1.1.3.2.1.	Medizinische Qualität	155
1.1.3.2.2.	Servicequalität respektive Patientenzufriedenheit	158
1.2.	Input der Gesundheitsversorgung	162
1.2.1.	Inhalte des Input	162
1.2.2.	Bewertung des Input – Kostengrößen	165
1.3.	Zeit (Input und Output)	167
2.	Bezugsmerkmal des Benchmarking	168
2.1.	Vergleiche von großen Objekteinheiten	169
2.1.1.	Gegenüberstellungen innerhalb des stationären Sektors	169
2.1.1.1.	Morphologische Ansätze	170
2.1.1.2.	Clusteranalyse	171
2.1.2.	Vergleiche innerhalb des ambulanten Sektor	175
2.1.3.	Regionale und populationsbezogene Einheiten	176
2.2.	Produkte in der Gesundheitsversorgung	177
2.2.1.	Stationärer Sektor: Diagnosis Related Groups	178
2.2.1.1.	Konstruktionsprinzipien der DRG's	179
2.2.1.1.1.	Ermittlung der DRG's	179
2.2.1.1.2.	Bewertung der DRG's	182
2.2.1.2.	Zuweisung eines Falles in eine DRG	184
2.2.1.2.1.	Australian Refined-DRG's	185
2.2.1.2.2.	Der Zuordnungsprozeß	185

2.2.2.	Ambulanter Sektor : Ambulant Patient Groups	190
2.2.2.1.	Prozeduren-APG's	191
2.2.2.2.	Medizinische APG's	192
2.2.3.	Integrierte Versorgung : Episodengruppierung	194
2.2.3.1.	Adjusted Clinical Groups (ACG's)	194
2.2.3.2.	Global Risk Assessment Model (GRAM)	195
2.2.3.2.	Clinical Risk Groups (CRG's)	196
3.	Prozesse und Aufgabenstellungen als Ausgangspunkt für Benchmarking	202
3.1.	Die Prozessperspektive	202
3.1.1.	Bedeutung der Prozessperspektive	203
3.1.2.	Die Beschreibung von Prozessen	206
3.1.2.1.	Medizinische Therapie und Diagnostik	207
3.1.2.1.1.	Varianz des ärztlichen Handelns	207
3.1.2.1.2.	Leitlinien	209
3.1.2.2.	Patientenpfade	216
3.2.	Aufgabenstellungen als Differenzierungs- und Abstrahierungskriterium	219
V.	Vorgehensmodell für Benchmarking in der Gesundheitsversorgung	225
1.	Elemente des Benchmarking	225
1.1.	Kerntätigkeiten eines Benchmarking-Projektes	225
1.1.1.	Auftragerteilung und Festlegung der Ziele	226
1.1.2.	Wahl des Benchmarking-Objektes	227
1.1.3.	Zusammenstellung eines Benchmarking-Kernteams	229
1.1.3.1.	Projektleitung	229
1.1.3.2.	Projektmitglieder	231
1.1.4.	Auswahl von Messgrößen	233
1.1.5.	Suche und Auswahl der Vergleichsentitäten	235
1.1.6.	Gewinnung von Benchmarking-Partnern	236
1.1.7.	Festlegung der Erhebungsmethoden und Informations- quellen	237
1.1.8.	Datenaufbereitung und –vergleich	238
1.1.9.	Ableiten von Zielen und Implementierung des Verbes- serungsprozesses	238
1.2.	Begleitende und abschließende Komponenten	239
1.2.1.	Kommunikationsmanagement	239
1.2.2.	Projektcontrolling	239
2.	Stufen des Benchmarking	240
VI.	Zusammenfassung und Schluß	245
	Literaturverzeichnis	251

Verzeichnis der Abbildungen

	Seite	
Abb. II.01:	Gesetze, Verordnungen und Regelungsgebiete der deutschen Gesundheitsversorgung	21
Abb. II.02:	Entwicklung der Krankenhausmarktanteile nach Trägern	23
Abb. II.03:	Patientenströme in der Gesundheitsversorgung	36
Abb. II.04:	Planungs- und Entscheidungszyklus in der Diagnostik	47
Abb. II.05:	Klinische Entscheidungsmethodik	49
Abb. III.01:	Felder und Partner des Benchmarking bei Xerox	62
Abb. III.02:	Definitionsmenü des „Benchmarking“	65
Abb. III.03:	Zuordnung und Beziehungen der technisch-inhaltlichen Elemente des Benchmarking	69
Abb. III.04:	Wechselbeziehungen zwischen Kosten, Qualität und Zeit	74
Abb. III.05:	Formen des Vergleichs und spezifische Benchmarking-Ausprägung	81
Abb. III.06:	Best Practice-Produktionsfunktion und Regressionsgerade	87
Abb. III.07:	Grundformen von Abläufen	90
Abb. III.08:	Beispiele für „Störfaktoren“	95
Abb. III.09:	Beispiele für Systematisierungen des Benchmarking	106
Abb. III.10:	Benchmarking-Würfel zur Herleitung der relativen Effizienz	115
Abb. III.11:	Nettonutzeneinschätzung verschiedener Benchmarking-Arten	116
Abb. III.12:	Vor- und Nachteile starker Organisationskulturen	122
Abb. III.13:	Benchmarking Code of Conduct	124
Abb. IV.01:	Konzept der Zustandsbeschreibung von Gesundheit	136
Abb. IV.02:	Dekomposition des Gesundheitsbegriffs	138
Abb. IV.03:	Outputindikatoren aus der diagnostischen Medizin	140
Abb. IV.04:	Der Modified Barthel-Index	144
Abb. IV.05:	Skalenniveau-Transformation des Modified Barthel-Index	147
Abb. IV.06:	Fachrichtungsspezifische Qualitätsindikatoren	155
Abb. IV.07:	Absolute Fallmix-Darstellung von vier Krankenhäusern	172
Abb. IV.08:	Distanzmatrix nach einfacher euklidischer Distanz	173
Abb. IV.09:	Distanzmatrix nach dem ersten Durchlauf des Single-Linkage-Verfahrens	173
Abb. IV.10:	Prinzip der DRG-Gruppierung	181
Abb. IV.11:	Vergütungs- und Bewertungsmechanismus der DRG's	183
Abb. IV.12:	DRG-Familie und Entwicklung	184
Abb. IV.13:	MDC's der AR-DRG-Systematik	186
Abb. IV.14:	Hierarchiestufen der AR-DRG's	187
Abb. IV.15:	CCL-Werte	188
Abb. IV.16:	CCL-Kombinationen und PCCL-Wert	189
Abb. IV.17:	Körperregionen innerhalb des APG-Systems	191

Abb. IV.18:	Entstehungs- und Zuweisungslogik des APG-Systems	193
Abb. IV.19:	Schweregradermittlung im CRG-System	198
Abb. IV.20:	Wertkette der Gesundheitsversorgung	204
Abb. IV.21:	Hierarchie der Evidence nach AHCPR	210
Abb. IV.22:	Standardisierte Nomenklatur für klinische Algorithmen	213
Abb. IV.23:	Leitlinie für postoperative Anastomoseninsuffizienz nach Sigmaresektion	214
Abb. IV.24:	Leitlinie akuter Myokardinfarkt mit Ventrikelseptumruptur	214
Abb. IV.25:	Prozessablauf der Versorgung eines polytraumatisierten Patienten	218
Abb. V.01:	Prioritätenmatrix zur Durchführung von evaluativem Benchmarking	228
Abb. V.02:	Reaktionsmuster gegenüber Benchmarking	232
Abb. V.03:	Der PDCA-Regelkreis	241
Abb. V.04:	Arbeitsschritte des evaluativen Benchmarking	243
Abb. V.05:	Arbeitsschritte des adaptiven Benchmarking	243
Abb. VI.01:	Effekte der fallpauschalierten Vergütung	245

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ABS	Affect Balance Scale
Abs.	Absatz
ACG	Adjusted Clinical Groups
ADG	Adjusted Diagnostic Group
AG	Aktiengesellschaft
AHCPDR	US Agency for Health Care Policy and Research
ALLTAG	Fragebogen Alltagsleben
AM	Australian Modification
AN-DRG	Australian-Diagnosis Related Groups
AP-DRG	All Patient-Diagnosis Related Groups
APG	Ambulant Patient Groups
APQC	American Productivity and Quality Center
APR-DRG	All Patient Refined-Diagnosis Related Groups
AR-DRG	Australian Refined-Diagnosis Related Groups
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
BÄO	Bundesärzteordnung
BeLP	Berliner LQ Profil
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BPfIV	Bundespflegegesetzverordnung
CM	Clinical Modification
CRG	Clinical Risk Groups
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Evidence Based Medicine
EDC	Episode Disease Categories
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
EQ-5D	European Quality of Life Instrument
FACT	Functional Assessment of Cancer Therapy
FIM	Functional Independant Measure
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
FLZ	Fragen zur Lebenszufriedenheit
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GDRG	German Diagnosis Related Groups
GG	Grundgesetz
ggf.	Gegebenenfalls
gGmbH	Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHM	Groupes Homogenes de Malades
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GRAM	Global Risk Assessment Model

H.	Heft
HCFA	Health Care Financing Administration
Hg.	Herausgeber
HGB	Handelsgesetzbuch
HIS	Health Information Systems
IAP-DRG	International All Patient-Diagnosis Related Groups
IBC	International Benchmarking Clearinghouse
ICD	International Classification of Diseases
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine
Jg.	Jahrgang
KG	Kommanditgesellschaft
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHNG	Krankenhausneuordnungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung(en)
LDF	Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen
LZG	Lebenszufriedenheitsgraph
M. E.	Meines Erachtens
MBI	Modified Barthel-Index
MDC	Major Diagnostic Category
MLDL	Münchener Lebensqualitäts-Dimensionsliste
N. N.	Nomen Nominandum
NHP	Nottingham Health Profile
NLQ	Nürnberger LQ-Fragebogen
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
PCD	Primary chronic disease
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PKV	Privatrechtliche Krankenversicherung
PLC	Profil der Lebensqualität chronisch Kranker
QI-I	Quality of Life Index nach Spitzer
QWB	Quality of Well Being Index
R-DRG	Refined-Diagnosis Related Groups
S.	Seite
SEL	Skalen zur Erfassung der Lebensqualität
SF-36	Short Form-36 Health Survey
SGB	Sozialgesetzbuch
SIP	Sickness Impact Profile
sog.	Sogenannte
SVRKAiG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
WHO	World Health Organization
WHO-QOL-100	World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument
WISU	Das Wirtschaftsstudium (Zeitschrift)