

## Managed Care Grundlagen Internationale Erfahrungne

Unter Managed Care versteht man den Einsatz von Managementinstrumenten im Gesundheitswesen, die zumindest partielle Integration der Funktionen Leistungserstellung und Finanzierung sowie die Auswahl geeigneter Leistungserbringer. Das Buch stellt die Vielzahl unterschiedlicher Organisationsformen dar, wie beispielsweise integrierte Versorgungssysteme, und geht auf Instrumente wie Disease Management, Case Management, Evidence Based Medicine, HTA, DRGs, Bonus- und Malusysteme, Leitlinien und viele andere praxisrelevante Managementansätze ein. In aktuellen Fallstudien werden darüber hinaus erfolgreiche Konzepte aus den USA, Großbritannien und Deutschland vorgestellt. Für die 5. Auflage wurden die Fallstudien aktualisiert und erweitert.

Inhaltsangabe:Einleitung: In erster Linie ist es auf historische und kulturelle Begebenheiten zurückzuführen, dass es zur Diversifikation der Gesundheitssysteme kam. Trotz ihrer Unterschiede müssen sie sich ähnlichen Herausforderungen stellen. In jedem System trägt der demografische Wandel, der Anstieg chronischer Erkrankungen, die Entwicklung von Medikamentenkosten, der medizinisch-technische Fortschritt etc. auf die eine oder andere Weise zum Kostenanstieg bei. Das österreichische Gesundheitswesen stellt in dieser Hinsicht keine Ausnahme dar und muss in Zukunft diese und weitere Herausforderungen bewältigen. Die Lösungsansätze, die zum Ziel der langfristigen Finanzierung des Gesundheitssystems führen, sind vielfältig. Einer von ihnen ist der Weg des Wettbewerbs. Der wissenschaftliche Beirat des deutschen Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie geht davon aus, dass die Schaffung von wettbewerblichen Strukturen grundsätzlich zur Verringerung von Über-, Unter- und Fehlversorgung führen kann. Im wettbewerblichen Umfeld ist das Konzept Managed Care, das auf eine effiziente Steuerung der Kosten und der Qualität im Gesundheitswesen abzielt, entstanden. Vor diesem Hintergrund wurde das Thema dieser Arbeit entwickelt: Die Finanzierung von Gesundheitssystemen unter den Aspekten von Managed Care . Den zentralen Fokus bildet das österreichische Gesundheitswesen. Ziel der Arbeit ist die Beantwortung der Frage, ob Managed Care - Ansätze in Österreich vorzufinden sind und wenn ja, wie diese implementiert wurden. Bevor dieser Punkt in Kapitel sechs näher erläutert wird, werden in den vorausgehenden Kapiteln jene Grundlagen und Grundbegriffe, die zum Gesamtverständnis des Themas von essentieller Bedeutung sind, herausgearbeitet. Das zweite Kapitel befasst sich mit der Kategorisierung von Gesundheitssystemen nach Finanzierungsquellen, mit den Gründen des Reformbedarfs im österreichischen Gesundheitswesen sowie mit dem Wettbewerb innerhalb des Gesundheitswesens. Da seit der Etablierung von Managed Care eine grosse Anzahl von Fachliteratur verfasst wurde, zielt das dritte Kapitel darauf ab, eine Übersicht der Managed Care-Landschaft beschreibend wiederzugeben. Das US-amerikanische Gesundheitssystem, das als Geburtsstätte des Managed Care angesehen wird, ist Hauptthema des vierten Kapitels. Dargestellt werden die Umsetzung sowie die Auswirkungen dieses Konzepts für das amerikanische System. Die relative Systemnähe des deutschen Gesundheitswesens zum [...] Das deutsche Gesundheitswesen gilt in vielen Teilen als Vorbild für andere Länder - beispielsweise durch den allgemeinen und einkommensunabhängigen Zugang zu Gesundheitsleistungen, den umfassenden Versicherungsschutz sowie die freie Wahl der Krankenversicherung und unter bestimmten Voraussetzungen eine weitgehend freie Arztwahl. Dennoch hat das deutsche Gesundheitswesen mit Problemen zu kämpfen: Die Gesundheitskosten steigen stetig, die Finanzierung ist nicht nachhaltig und die Behandlungsleistungen sind oft nicht ausreichend koordiniert. Die zahlreichen Gesetzesreformen der vergangenen Jahre konnten die Mängel nicht nachhaltig eindämmen. Der Grund für diese Entwicklung lässt sich insbesondere darin finden, dass nach wie vor die Reformen auf die Einnahmen und Ausgaben für Gesundheitsleistungen fixieren. Die tatsächliche Effizienz des Gesundheitssystems spielt eine untergeordnete Rolle. Finanzielle Aspekt sind ohne Frage von großer Bedeutung für die Entwicklung des Gesundheitswesens, dennoch sollte das Gesundheitssystem sich mit den aktuellen Herausforderungen, wie beispielsweise die demografische Entwicklung mit einer weiteren Zunahme von chronischen Krankheiten, in größerem Umfang widmen. Susanne Dreier analysiert das vorhandene deutsche Gesundheitswesen mit Schwerpunkt auf der vertragsärztlichen Vergütung und leitet hieraus Maßnahmen ab, um nachhaltige Verbesserungen zu erzielen.

Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen

Wettbewerb und Kooperation

Theoretisch und Empirisch Gestützte Erfolgsfaktoren Für Ressourcenorientierte Implementierung in Krankenhäusern

Soziale Ungleichheit und Gesundheitspolitik

Handbuch für Studium und Praxis

Stand und Perspektiven der öffentlichen Betriebswirtschaftslehre

Auswahlprobleme und Verfahren zur Unterstützung der Auswahlentscheidung

*Mit dem Entwurf eines mehrstufigen Lagerhaltungsmodells für die krankenhausinterne Versorgung mit medizinischem Verbrauchsmaterial identifiziert die Autorin Kostensenkungspotentiale bei gleichzeitiger Gewährleistung der Versorgungssicherheit. Sie liefert ein Werkzeug zur Erhöhung der Transparenz von Versorgungsprozessen einerseits sowie zur Reduzierung von Lagerbeständen mit positiven Effekten auf Kapitalbindung, Lagerplatzbedarf, Obsoleszenzgefährdung und Verfallsrisiko, andererseits. Dabei zeichnet sich die zugrundeliegende Lagerhaltungspolitik durch einfache Umsetzbarkeit, geringe logistische Anforderungen an das Pflegepersonal und inhaltliche Nähe zu den gegenwärtigen Abläufen im Krankenhaus aus.*

*Michael Wiechmann analysiert die wichtigsten Struktur- und Prozessdefizite des deutschen Gesundheitssystems und zeigt, wie mit den verschiedenen Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten von Managed Care die Gesundheitsversorgung effizienter und qualitativ besser gestaltet werden kann.*

*Alles zur Versicherungswirtschaft: Dieses Buch beschreibt Rahmenbedingungen, Bereiche, Aufgaben und Produkte der Versicherungswirtschaft in der Tiefe, aber auch im Zusammenhang und stellt die Bezüge zu den jeweiligen Funktionsbereichen der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre her. Es eignet sich daher in besonderer Weise für das Studium der Versicherungsbetriebslehre und durch die Verknüpfung von Theorie und Praxis auch als wissenschaftliches Nachschlagewerk.*

*Die Pharmaindustrie als Versorgungspartner? Mögliche Rollen für die Pharmaindustrie als Partner in der Gesundheitsversorgung*

*Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 5+6/2007 227. Jahrgang, Heft 5/6.2007 Themenheft Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*

*Systemisches Krankenhausmanagement*

*Das Lehrbuch für Studium und Praxis*

*Deutsche Nationalbibliographie und Bibliographie der im Ausland erschienenen deutschsprachigen Veröffentlichungen*

*Recht und Ökonomie*

*Ein mehrstufiges Lagerhaltungsmodell für medizinisches Verbrauchsmaterial*

Pf|Der Autor Tobias F. Beck zeigt in diesem Buch auf, was sich hinter dem Begriff der Integrierten Versorgung verbirgt und warum die Teilnahme an der Integrierten Versorgung und insbesondere die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren für Krankenhäuser angesichts der schwierigen betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen für die Zukunft eine Notwendigkeit darstellt, um überleben zu können. Er verdeutlicht eindrücklich, warum in diesem Zusammenhang gerade die dem Managed-Care-Ansatz entlehnte Integrierte Versorgung neue Chancen und Perspektiven für Krankenhäuser bietet und welche Erfolgsfaktoren für eine gelungene Umsetzung unbedingt notwendig sind. Zwei Beispiele aus der Praxis zeigen hier, wie solch eine Umsetzung konkret aussehen kann. Da die mit der Integrierten Versorgung einhergehenden Veränderungen nicht ohne Folgen für die Führungsebene und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleiben, wird im Verlauf die besondere Relevanz für das Krankenhausmanagement und die Profession der Pflege betrachtet. Am Ende des Buches werden neben aller Euphorie und positiver Aspekte die kritischen Seiten und ethischen Spannungsfelder dieser neuen Versorgungsform aufgezeigt. Denn trotz aller Hochgefühle bedarf es immer wieder einer kritischen Begutachtung, um möglichen Fehlentwicklungen rechtzeitig vorbeugen oder entgegen lenken zu können. John Kenneth Gaibraith, ein bekannter amerikanischer Wirtschaftsprofessor bemerkte dazu treffend: "Die Deutschen neigen in Ihrer grenzenlosen Bewunderung der USA dazu, die Vorzüge ihrer sozialen Marktwirtschaft herunterzuspielen. Doch sollten sie sich davor hüten, blindlings alles zu kopieren, was aus Amerika kommt".

Inhaltsangabe:Einleitung: Wachsende Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherungen und der Einführung neuer Versorgungsformen machen es notwendig, neue Konzepte auch in der Häuslichen Krankenpflege zu entwickeln. Einen weiteren wichtigen Faktor stellt die Entwicklung der Altersstruktur in Deutschland mit einem relativ hohen Anteil älterer Menschen, bei insgesamt steigenden Lebenserwartungen, dar. Chronischen Erkrankungen, d.h. lebens-begleitende Erkrankungen werden daher zu nehmen. Das Ziel der Behandlung ist manchmal nicht die Heilung, sondern ein erträgliches Leben mit der Erkrankung zu führen. In diesem Zusammenhang darf die wachsende Nachfrage nach Pflege- und Behandlungsleistungen nicht übersehen werden. Die Entwicklung des Konsumentenverhaltens steigende Ansprüche an Dienstleistungsangebote - und die Entwicklung der Märkte zunehmende Konkurrenz, Globalisierung machen es außerdem notwendig, neue Modelle zu entwickeln, um sich von anderen Pflegediensten abzugrenzen und die künftige Auftragslage zu sichern. Nicht zuletzt werden Krankenhäuser ... unter dem Druck der Ökonomisierung der Patientenversorgung, dem drohenden Bettenabbau und dem wachsenden Spezialisierungswettbewerb strategische Anstrengungen unternehmen, neben der Erhöhung der Fall-Durchlaufzahlen und der internen Steuerung des Case Mix, auf den ambulanten Versorgungsmarkt vorzudringen, um dort neue Geschäftsfelder und Finanzierungschancen zu erschließen. Dabei steht die Sicherung der gezielten Zuweisung der Patienten ins Krankenhaus im Mittelpunkt der strategischen Überlegungen, um gleichsam als Systemmanager auch die Gesamtverantwortung für die Nachsorge der Patienten zu übernehmen. Die ambulanten Pflegedienste, aber auch die Einrichtungen der Tages-, Kurz- und vollstationären Pflege, geraten dadurch in einen massiven Verdrängungswettbewerb, wenn Krankenhäuser beginnen, den traditionellen Versorgungsmarkt der Pflege zu deregulieren. Die Anforderungen an die Pflegekräfte, gekoppelt mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, werden bedingt durch diese genannten Faktoren steigen. Eine Literaturanalyse des Instituts für angewandte Pflegeforschung zum Thema Auswirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen auf die ambulante Pflege in Deutschland kam zu der Schlussfolgerung, ... dass ambulante Pflegedienste von der Entwicklung im Gesundheitswesen profitieren können. Sie können eine entscheidende Rolle in der ambulanten Versorgung einnehmen, insbesondere vor [...]

Die Gesundheitsökonomie hat sich in Deutschland als akademisches Lehr- und Forschungsgebiet etabliert. Inhalt und Methoden der Gesundheitsökonomie sind vielfältig. Die fachlichen Hintergründe liegen nach wie vor in der Sozialpolitik, in der Finanzwissenschaft, in der Ordnungspolitik, aber auch in der Versicherungswissenschaft, der Institutionenökonomie und der angewandten Mikroökonomie sowie neuerdings sogar in der Spieltheorie. Innerhalb der Betriebswirtschaftslehre war es insbesondere die Krankenhausbetriebslehre, die Pate stand für die Weiterentwicklung zum Gesundheitsmanagement als Schwerpunkt in der betriebswirtschaftlichen Ausbildung und Forschung im Fach Gesundheitsökonomie. Fragen an der Schnittstelle zu anderen Sozialwissenschaften und der Medizin werden insbesondere in der Public Health-Forschung aufgegriffen. Im vorliegenden Themenheft wird der beschriebene Hintergrund des Faches an vier ausgewählten Themenfeldern deutlich. 1. Ordnungspolitik und Steuerung 2. Finanzierung und Vergütung 3. Wachstum und Verteilung 4. Neue Versorgungsformen und Evaluation

Ein CRM-Ansatz für die pharmazeutische Industrie

Patient Relationship Management

Einführung

Pfadabhängigkeiten vertragsärztlicher Leistungserbringung

Sozialrechtliche Grundlagen, gesellschaftsrechtliche Gestaltungsmöglichkeiten und verfassungsrechtliche Grenzen

Krankenhausmanagement

Das Wundmanagement in der häuslichen Krankenpflege

*Qualitätsverbesserungsinitiativen, bekannt unter der Bezeichnung Pay for Performance (P4P), sind der jüngste Versuch zur Verbesserung der gesundheitslichen Versorgung. Hierbei wird die Behandlungsqualität i medizinischer Leistungserbringer anhand von Kennzahlen gemessen; durch finanzielle und nicht-finanzielle Anreize soll positiv Einfluss auf die Behandlungsqualität genommen werden. Die Programme belohnen (bestrafen) rzte und Krankenher user f r das (Nicht-) Erreichen ex-ante definierter Qualitätsziele. Im Rahmen dieser Arbeit wird das derzeitige P4P-Vorzeigeprojekt aus dem US-Bundesstaat Kalifornien n her vorgestellt und die Ausgestaltung der finanziellen und nicht-finanziellen Anreizkomponenten gezeigt. Erstere spiegeln sich wider in der erfolgsorientierten Vergütung, zweitere im Public Reporting, d. h. der Veröffentlichung der gemessenen Behandlungsqualität. Gerade die Schaffung von mehr Transparenz soll die Leistungserbringer zu einer qualitativ hochwertigeren Gesundheitsversorgung motivieren. Im Anschluss an die Darstellung von Anreizwirkungen unterschiedlicher Vergütungsformen folgt eine Bestandsaufnahme bezüglich der Transparenz im deutschen Gesundheitswesen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Vorstellung vorhandener Public Reporting Informationsquellen aus dem ambulanten Sektor, die auf ihren Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung hin untersucht werden. Nach einer kritischen Betrachtung von P4P wird diskutiert, ob es sich dabei um ein effektives Instrument f r das deutsche Gesundheitswesen handeln könnte.*

*Julia Schmidt-Wilke führt eine umfassende und systematische Bewertung der Instrumente der Nutzenmessung durch. Im Mittelpunkt stehen dabei die Kosten-Nutzen-Analyse, die Nutzwertanalyse und die Kostenwirksamkeitsanalyse.*

*Krankenhäuser sind komplexe Unternehmen auf dynamischen Märkten, deren Führung ein umfassendes Denken unter Berücksichtigung zahlreicher Interdependenzen erfordern. Der vorliegende Band entwickelt ein systemisches Krankenhausmanagement, das nicht nur die Prinzipien und Modelle der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre auf diesen Betriebstyp überträgt, sondern die Verknüpfung der Teilsysteme aufzeigt und schrittweise zu einem Steuerungsmodell eines nachhaltigen Krankenhauses entwickelt.*

*Produktauswahl in der privaten Krankenversicherung aus Kundensicht*

*Eine Analyse der Wettbewerbsfaktoren in Deutschland, Österreich und der Schweiz*

*ärztliche Deutungsmuster und Leitlinienkonformität - eine Annäherung*

*Modelle, Ideen und Praktiken für die Organisations- und Führungsentwicklung*

*Betriebsformen und professionelle Haltungstypen - ein betriebsmorphologischer Beitrag zum Gesundheitswesen*

*Versicherungswirtschaft*

*Nutzenmessung im Gesundheitswesen*

**Auf der Grundlage einer umfangreichen empirischen Untersuchung von 100 Organisationen analysiert Michael Urselmann zentrale Erfolgsfaktoren des Fundraising von Nonprofit-Organisationen. Der Autor gibt konkrete, praxisorientierte Handlungsempfehlungen für eine professionelle Gestaltung der Mittelbeschaffung.**

Dieses Lehrbuch, nun in der 4. aktualisierten Auflage, gehört mittlerweile zu den Standardwerken für Studierende von Studiengängen des Gesundheits- und Pflegemanagements, Gesundheitsökonomie, Public Health, Wirtschaftswissenschaften, Teilnehmer von postgradualen Studiengängen sowie bereits tätige oder zukünftige Manager im Gesundheitswesen. Die Kapitel sind einerseits nach Funktionen wie Leistungs- oder Kundenmanagement als auch nach den Institutionen in Sektoren gegliedert. Sie geben eine Einführung zu den gesetzlichen, strukturellen und methodischen Grundlagen und einen detaillierten Überblick zu den speziellen Anforderungen und der praktischen Umsetzung innerhalb der jeweiligen Bereiche. Aus dem Inhalt Leistungsmanagement Kundenmanagement Finanzmanagement Personalmanagement Informationsmanagement und Controlling. Plus: Fallbeispiele verdeutlichen wichtige Aspekte für die Praxis und eignen sich als Unterrichtsmaterial und zum Selbststudium.

Angesichts der doppelten Alterung der Bevölkerung und der Kostenzunahme medizinischer Behandlungen ist der Sozialstaat gefordert, den Gesundheitssektor zukunftsfest zu machen. Allerdings führte die in den vergangenen Jahren erfolgte Deregulierung in diesem Bereich weder zu den erhofften Kosteneinsparungen noch zu Qualitätsverbesserungen. Mittels der organisationalen Pfadabhängigkeitstheorie zeigt Thomas Rosog die dafür verantwortlichen iterativen Mechanismen auf. Am Beispiel des Vertragsarztbereiches stellt er dar, wie sich die etablierte Regelversorgung gegenüber effizienteren Lösungen der integrierten Versorgung behauptet, wobei der ärztlichen Freiberuflichkeit eine zentrale Rolle zukommt. Ebenso geht er der Frage nach, wie der Sozialstaat mittels Innovationsregulierung auf eine Pfadbrechung hinwirken kann.

**Organisatorischer Wandel und Leadership**

**Experten führen**

**ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung?**

**Lagerhaltung im Krankenhaus**

**Gesundheitsökonomik**

**Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen**

**Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen**

**Vernetzung ist einer der Orientierungspunkte der Reform des Gesundheitswesens. Dabei werden Wettbewerb und Kooperation neu gestaltet zwischen Leistungsanbietern in Krankenhausverbunden, Franchisesystemen, Arzte- und Pflegenetzwerken über integrierte Versorgungsstrukturen bis hin zu anderen Systemen von Managed Care und Corporate Health Management. Viele dieser Vernetzungskonzepte befinden sich noch in der Erprobung, gleichwohl liegen schon erste Praxiserfahrungen vor.Der Band diskutiert grundlegende Probleme und Paradoxien von Vernetzung im Gesundheitswesen, gibt vor allem aber einen Überblick über unterschiedliche Lösungsansätze. Zu Wort kommen neben erfahrenen Praktikern ausgewiesene Wissenschaftler aus Betriebswirtschaftslehre und Soziologie.**

**Der Herausgeberband behandelt die Frage, wie sich Spezialisten und Experten in wissensintensiven Organisationen in Anbetracht von Herausforderungen wie Multirationalität, Digitalisierung, Ökonomisierung oder Wertewandel wirkungsvoll führen lassen. Das Fachbuch zeichnet ein differenziertes und vielschichtiges Bild aktueller Führungsherausforderungen und Führungsansätze in Expertenorganisationen, wie Bildungsinstitutionen, Gesundheitsorganisationen, Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen oder öffentlicher Verwaltung. Die Autoren beleuchten grundlegende Dimensionen einer gelingenden Führung und zeigen Möglichkeiten zur Gestaltung der Organisations- und Führungsentwicklung praxisnah auf.Die Herausgeber entwickeln vor dem Hintergrund der Gastbeiträge, eigener Forschung sowie des heutigen Wissensstands ein integrales Modell, welches die zentralen Ebenen und Ansatzpunkte zur produktiven Gestaltung von Führungsbeziehungen zwischen Managern, Führungskräften und Experten aufzeigt.Die Stiftung der Schweizerischen Gesellschaft für Organisation und Management SGO unterstützte die dieser Publikation zugrunde liegende Studie.**

**Die Bedeutung der Ökonomie im Gesundheitswesen steigt Jahr für Jahr. Hinzu kommt, dass die Allokation und Distribution von Gesundheitsleistungen immer häufiger in der Diskussion steht. Die Autoren beleuchten deswegen dieses Spannungsfeld: Sie stellen das Angebot und die Nachfrage von Gesundheitsleistungen dar, analysieren Krankenversicherungen unter Berücksichtigung bestehender Informationsasymmetrien und beleuchten zudem unterschiedliche Gesundheitssysteme in Europa und den USA. In diesem Kontext wird auch das Managed Care-Konzept im Detail vorgestellt.**

**Märkte für Krankenhausdienstleistungen**

**Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen**

**Monographien und Periodika--Halbjahresverzeichnis. Reihe D**

**die Auswirkungen politischer Entscheidungen am Beispiel rot-grüner Reformmassnahmen**

**Medizinische Leitlinien**

**Analyse der Instrumente vor dem Hintergrund ziefunktionsabhängiger Informationsverwendung**

**Innovative Versorgungsformen: Wettbewerbschancen für Psychotherapeuten**

*Das deutsche Gesundheitswesen ist in weiten Teilen immer noch von einer sektoralen Trennung der Sektoren und korporatistischen Steuerungselementen geprägt. Seit einigen Jahren jedoch gewinnen selektivvertragliche Regelungen zur integrierten Versorgung zunehmend an Bedeutung. Diese Entwicklungen gehen einher mit einer veränderten Rolle der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen. Krankenkassen engagieren sich im Case Management, Krankenhauskonzerne gründen Medizinische Versorgungszentren und Ärzte schließen sich zu interdisziplinären Netzwerken zusammen. Auch für die Pharmaindustrie ergeben sich hieraus Veränderungen und Herausforderungen des etablierten Geschäftsmodells. Diese Arbeit zeigt auf, welche Chancen und Möglichkeiten sich für die Pharmaindustrie hierdurch ergeben, wie die Branche aktiv auf die Veränderungen reagieren kann und welche möglichen Rollen als Partner in der Gesundheitsversorgung sich hierdurch ergeben können.*

*Unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland entwickelt Olaf Kilian Hahn einen Patient Relationship Management-Ansatz für chronisch Kranke und somit für den Markt verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Außerdem überprüft er anhand einer empirischen Untersuchung den Einfluss von über die Bereitstellung von Arzneimitteln hinausgehenden Zusatzleistungen auf die Patientenbindung bei Diabetikern.*

*In dem Buch werden aktuelle Fragen der Steuerung im Gesundheitssystem thematisiert. Ein Bezugsrahmen für notwendige Veränderungen wird beschrieben und daraus Anforderungen an ein modernes Krankenhausmanagement abgeleitet. Zudem wird die Wirksamkeit unterschiedlicher Qualitätsmodelle untersucht und ein Konzept zur Entwicklung von Gesundheitszielen mit Blick auf Prävention und Gesundheitsförderung geliefert. Leitmotiv ist hierbei die Steigerung der Wertschöpfung für Patienten sowie die Befähigung der Mitarbeiter, bestmögliche Qualität zu bieten.*

*Eine Herausforderung für den gestaltenden Sozialstaat*

*Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung ; mit 20 Tabellen*

#### **Managed Care**

*Innovative Integrierte Versorgung als Chance für Krankenh.,user*

*Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem*

*Gesundheitsökonomie / Health Economics*

*Außendienstmitarbeiterunterstützung durch innovative Marketing- und Vertriebsmethoden am Beispiel der Pharmaindustrie Deutschland*

*Heidi Dittmann präsentiert neue theoretische Überlegungen und empirische Befunde zum Zusammenhang des Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern und betriebswirtschaftlichen Entscheidungen. Die aktuellen Entscheidungen der Gesundheitspolitik werden aus ökonomischer Sicht kritisch auf ihre Wettbewerbswirkungen untersucht und alternative Lösungsansätze zur Bewältigung der seit Jahren bestehenden Probleme im Krankenhaussektor diskutiert. Die Analyse basiert auf repräsentativen Umfragen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Im Ergebnis zeigt sie die noch immer bestehenden Wettbewerbsdefizite auf Märkten für Krankenhausdienstleistungen auf.*

*Private Krankenversicherungsprodukte und -tarife sind auf Grund der großen Bandbreite an unterschiedlichen Leistungsversprechen besonders schwer miteinander zu vergleichen. Der Markt ist intransparent, gerade für den privaten Versicherungskunden ist es nahezu unmöglich, das für ihn am besten geeignete Versicherungsangebot zu finden. Der Auswahlprozess überfordert häufig den Interessenten. Das Werk beleuchtet die Produktauswahl in der privaten Krankenversicherung aus Sicht des Kunden und gibt entsprechende Hilfestellungen. Nach einer Analyse verschiedener gängiger Produkt- und Unternehmensbewertungen wird gefolgert, Leistungsunterschiede nach dem kalkulatorischen Gewicht zu berücksichtigen. Damit werden unterschiedliche Produkte normiert und auch vergleichbar. Dieser Lösungsansatz trägt nicht nur zu mehr Objektivität bei der Auswahl von Krankenversicherungsprodukten bei. Darüber hinaus kann so auch die Intransparenz des Krankenversicherungsmarktes reduziert werden. Gleichzeitig wird es für einzelne Versicherer auch schwerer, sich durch „Schaufensterprodukte“ – Produkte mit wohl klingenden, aber unwesentlichen Zusatzleistungen – ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Dr. Christian Hofer ist für die Krankenversicherung zuständiges Vorstandsmitglied der HUK-COBURG.*

*Der Gesundheitsbereich unterliegt seit Jahren vielfältigen Veränderungsprozessen, die Auswirkungen haben auf Ziele, Strukturen und Führung. Die Spannweite der unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Modelltheorien sind dabei differenziert zu betrachten, abzugrenzen und anwendungsorientiert auf die Praxis zu gestalten. Das vorliegende Werk ergänzt die sach-rationale Perspektive der Krankenhausmanagementlehre um die sozio-emotionale Dimension des Organisatorischen Wandels und Leadership & denn ein erfolgreiches Management bedarf des Leadership. Die Beiträge umfassen die Bereiche Gesundheitsökonomie, Krankenhausmanagement, Interessengruppen, Strukturen, Funktionen, Professionen und den Leistungserstellungsprozess und wurden von zahlreichen namhaften Autoren verfasst. Sie widmen als Wegbegleiter, Kollegen, Freunde und Schüler das vorliegende Werk Frau Professorin Barbara Schmidt-Rettig, die im Sommer 2014 nach 28 Jahren die Hochschule Osnabrück verließ.*

*Gestaltungsoptionen von Krankenkassen bei staatlichen Systemvorgaben: Eine theoriegeleitete Analyse der kasseneigenen Freiräume zur Einnahmen- und Ausgabengestaltung*

*Managed Care in der stationären Leistungserbringung*

*Weiterentwicklung pauschaler Vergütungsansätze zur Förderung prozessorientierter Strukturen unter besonderer Berücksichtigung der Krankenhausperspektive*

*Marktorientierte Steuerung im Krankenhaussektor*

*Erfolgsfaktoren im Fundraising von Nonprofit-Organisationen*

*Vergleich der Vereinigten Staaten von Amerika, Bundesrepublik Deutschland und Republik Österreich*

*Vernetzung im Gesundheitswesen*

*Hauptbeschreibung Die finanziellen und qualitativen Herausforderungen im deutschen Krankenhaussektor, ausgelöst durch den wachsenden Kostendruck, den zunehmenden Wettbewerb sowie die steigenden Patientenansprüche, verlangen ein intensiveres Zusammenspiel von Medizin und Ökonomie, als es die Vergangenheit zeigte. Die vorliegende Arbeit legt dar, wie klinische Behandlungspfade zu dieser geforderten Verknüpfung beitragen und geht insbesondere auf ihre Implementierung ein. Mit Hilfe eines theoretischen Bezugsrahmens aus Erfolgsfaktorenforschung und Ressourcenansatz gelingt es ihr - aus theoretischer und empirischer Perspektive - fünf Erfolgsfaktoren der Implementierung zu identifizieren und unter ressourcenallokativen Gesichtspunkten zu beleuchten"*

*Im Mittelpunkt von Jan Güssows Studie steht die zieloptimale Verknüpfung der Pauschalvergütungen mit Elementen der Vergütung von Prozessqualität und Prozessintegration. Eine wichtige Rolle spielt dabei die erfolgsorientierte Vergütung auf Basis von Kennzahlen. Der Autor schlägt vor, auch das Bewertungsverfahren so aufzubauen, dass die Methodik dem Management die notwendigen Informationen an die Hand gibt, um die Organisation des Patientenbehandlungsprozesses effizient steuern zu können.*

*Mit der vorliegenden Arbeit soll ein Beitrag zur anhaltenden Diskussion um die Bedeutung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland und ihre Stellung im Gefüge des Rechts der vertragsärztlichen Versorgung geleistet werden. Die Möglichkeit der Körperschaft, durch Gründung einer Dienstleistungsgesellschaft insbesondere auf die Entwicklung selektivvertraglicher Versorgungsmodelle Einfluss zu nehmen wird im Hinblick auf die sozial- und gesellschaftsrechtliche Organisation solcher Unternehmen beleuchtet. Verfassungsrechtlich gebotene Grenzen werden aufgezeigt, die Inhalte von 77a SGBV werden praktisch handhabbar erläutert.*

*Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger*

*Die Finanzierung von Gesundheitssystemen unter den Aspekten von Managed Care*

*Festschrift für Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Peter Eichhorn anlässlich seiner Emeritierung. 2*

*Neue Wege im Gesundheitsmanagement*

*Management im Gesundheitswesen*

*Die Dienstleistungsgesellschaft der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 77a SGB V)*

*Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung*

*Namhafte Autorinnen und Autoren von renommierten Universitäten und Institutionen analysieren in diesem Band das seit Jahrzehnten kontrovers diskutierte Verhältnis von Recht und Ökonomie aus verschiedenen Blickwinkeln und Disziplinen und widmen sich dabei aber aktuellen Themen. Zunächst wird in Teil 1 des Werkes das Verhältnis von Recht und Ökonomie in zwei Grundlagenkapiteln je aus der Sicht der Rechtswissenschaften und der Wirtschaftswissenschaften betrachtet, bevor in Teil 2 einzelne Politikfelder in den Fokus rücken. Wichtige Schwerpunkte sind die Staatsschuldenkrise, die Finanzmärkte, das Verkehrswesen, der Medien- und Telekommunikationssektor sowie das Medienrecht, das Patentrecht, das Kartellrecht und die Krankenhausreform 2015.*

*Hauptbeschreibung Demographische Entwicklung, medizinisch-technischer Fortschritt, Zweiklassenmedizin, Beitragssatzsteigerung – die Liste der Begriffe, die zum Standardvokabular der ungezählten Diskussionen über die Reformierung des staatlich organisierten Gesundheitssystems zählen, scheint endlos. Symptomatisch für die aktuellen Auseinandersetzungen mit gesundheitspolitischen Fragestellungen ist dabei das Fehlen von betriebswirtschaftlichen Argumentationslinien. Vielmehr stützen sich die insbesondere durch die bestehende Finanzierungslücke forcierten Reformdiskussionen vor allem auf volkswirt.*

*Klinische Behandlungspfade*

*Die vertragsärztliche Vergütung in Deutschland auf dem Prüfstand*