

13/2018

Nils B. Heyen, Tanja Bratan, Bärbel Hüsing, Thomas Reiß

ZEIG – EIN ZIELFOKUSSIERTES EVALUATIONSTOOL FÜR INNOVATIONEN IM GESUNDHEITSWESEN

Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft;
- Politikberatung;
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern;
- Begabtenförderung;
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

WISO Diskurs

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

Über die Autor_innen dieser Ausgabe

Dr. Nils B. Heyen, Dr. Tanja Bratan, Dr. Bärbel Hüsing und Dr. Thomas Reiß arbeiten in verschiedenen Funktionen am Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI in Karlsruhe, unter anderem mit dem Schwerpunkt Innovationen im Gesundheitssystem.

Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich

Severin Schmidt ist in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verantwortlich für die Themen Gesundheits- und Pflegepolitik.

Nils B. Heyen, Tanja Bratan, Bärbel Hüsing, Thomas Reiß

ZEIG – EIN ZIELFOKUSSIERTES EVALUATIONSTOOL FÜR INNOVATIONEN IM GESUNDHEITSWESEN

4	VORWORT
5	1 EINLEITUNG
7	2 ENTWICKLUNG UND AUFBAU DES ZIELFOKUSSIERTEN EVALUATIONSTOOLS
9	3 OPERATIONALISIERUNG DER ZWÖLF ZIELFELDER
9	3.1 Qualitätssicherung und -verbesserung
9	3.2 Versorgungssicherheit
10	3.3 Prävention und Gesundheitsförderung
10	3.4 Begrenzung der finanziellen Belastung der Versicherten
10	3.5 Solidarität und Gerechtigkeit
11	3.6 Effizienz(steigerung)
11	3.7 Transparenz
11	3.8 Stärkung der Patientenrechte
12	3.9 Selbsthilfe, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung
12	3.10 Gute Arbeitsbedingungen
13	3.11 Autonomie und Einfluss der Akteure
13	3.12 Wirtschaftlicher Erfolg
13	3.13 ZEIG-Übersicht
15	4 EXEMPLARISCHE ANWENDUNG
19	5 KONTEXTE, NUTZEN UND GRENZEN DER ZEIG-ANWENDUNG
21	6 ANHANG: ZEIG-VORLAGE
29	Abbildungsverzeichnis
29	Abkürzungsverzeichnis
29	Expert_innen des Steuerungskreises
29	Befragte Expert_innen
30	Literaturverzeichnis

VORWORT

Innovationen versprechen Fortschritt und sollen den Weg in eine bessere Zukunft weisen. Vor allem technische und digitale Innovationen prägen unsere Zeit und zwar in allen Gesellschafts- und Lebensbereichen: Weiterentwicklungen und Neuheiten von Informations- und Kommunikationstechnologien bewirken tief greifende Veränderungen in Wirtschafts- und Arbeitszusammenhängen sowie dem gesellschaftlichen Zusammenleben. Auch der Bereich der Gesundheit bzw. der Gesundheitsversorgung ist von Innovationen geprägt. Angesichts der Herausforderungen, die vor allem der demografische Wandel, die Zunahme von chronischen und psychischen Erkrankungen sowie der Fachkräftebedarf für die gesundheitliche Versorgung mit sich bringen, ist hier die Forderung nach Erneuerung naheliegend. Das System wartet auf Neuerungen.

Wenn von Innovationen im Gesundheitswesen die Rede ist, rücken meist neue hochtechnisierte Verfahren zur Diagnostik oder Behandlung von Erkrankungen in den Fokus. Es sind jedoch gerade soziale Innovationen, die entscheidend zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung auf einem hohen Niveau beitragen. Soziale Innovationen zielen auf die verbesserte Bereitstellung sozialer Dienstleistungen. Eine soziale Innovation könnte bspw. die Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen adressieren und hier neue Berufsprofile etablieren. Es geht somit um eine Neuregelung von Organisationsformen und Praktiken.

Als unstrittiges Ziel von (sozialen) Innovationen im Bereich der Gesundheit steht die positive Gesamtentwicklung des Gesundheitswesens. Doch was das genau bedeutet, definieren die vielen Akteure in diesem Feld anhand ihrer Position und Interessen sehr unterschiedlich. Wie die Autor_innen der vorliegenden Studie feststellen, ist das deutsche Gesundheitssystem an vielen Stellen von Interessen- und Verteilungskonflikten geprägt. Eine „Kultur des Gegeneinanders“ hat sich besonders mit Blick auf neue Ansätze und Innovationen etabliert: Den Vorstößen anderer Akteure wird zunächst misstraut, ein „Durchrechnen“ der Folgen gar nicht erst vorgenommen. Es kommt somit vielerorts zu Blockaden vielversprechender Maßnahmen und Projekte.

Die Autor_innen haben ein Evaluationstool entwickelt, welches Zielkonflikte in dieser Hinsicht offenlegt und sie da-

mit transparent und diskutierbar macht. Das Tool orientiert sich an zwölf im Gesundheitswesen präsenten Zielfeldern. Operationalisiert werden diese durch entsprechende Prüfungen und eine dazugehörige Bewertungsskala. Eine differenzierte Einschätzung von sozialen (sowohl zukünftigen als auch vergangenen) Innovationen und Maßnahmen wird damit möglich. Die Anwendung des Tools ist sowohl in der Selbstreflexion als auch in einem Forschungskontext sinnvoll, soll jedoch besonders auch in Diskussions- und Aushandlungsprozessen zwischen verhärteten Fronten zum Einsatz kommen. Denn pauschale Ablehnung wird erschwert, Interessenlagen werden greifbarer und strittige gleichwohl wie unstrittige Punkte werden schneller sichtbar.

Wir freuen uns, dass die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) mit dieser Publikation die wegweisende Arbeit der Expert_innen des Fraunhofer-Instituts für System- und Innovationsforschung (ISI) nun einem weiteren Publikum vorstellen darf und bedanken uns für die Zusammenarbeit. Wir bedanken uns ebenfalls bei den Expert_innen unseres Steuerungskreises, die dieses Projekt in den vergangenen Monaten begleitet haben.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und freuen uns über Ihr Feedback!

SEVERIN SCHMIDT

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik

1

EINLEITUNG

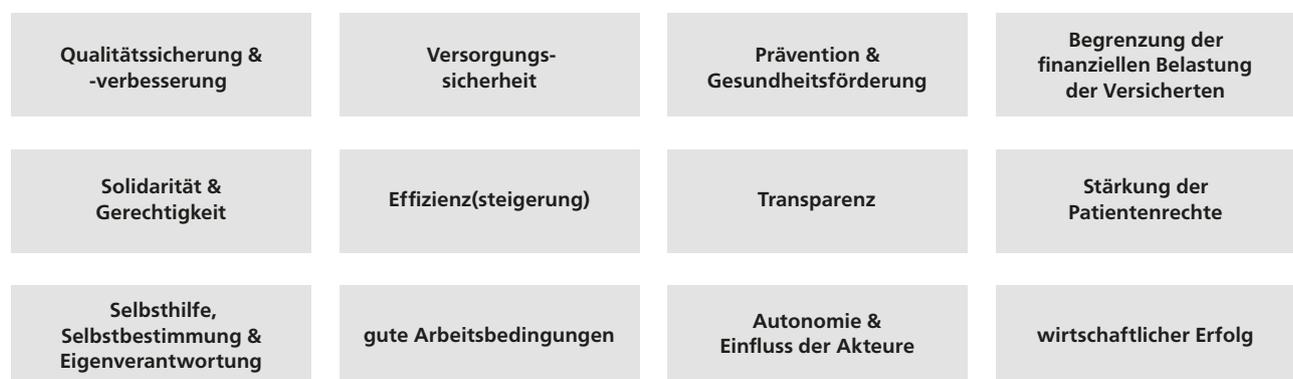
Das deutsche Gesundheitswesen gilt als eines der besten der Welt – einerseits. Andererseits werden die Leistungsfähigkeit und Effizienz seiner Strukturen, Finanzierungs- und Steuerungsinstrumente, aber auch die Güte seiner gesundheitsbezogenen Ergebnisse immer wieder infrage gestellt. Zudem steht es vor enormen Herausforderungen, die in Zukunft zu bewältigen sind, sei es der demografische Wandel, die allgemeine Zunahme chronischer und psychischer Krankheiten, die Finanzierbarkeit oder der ungedeckte Fachkräftebedarf. Entsprechend streiten verschiedenste Akteure aus Politik, Versorgung, Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft seit Jahren mit zum Teil bemerkenswerter Vehemenz über die Zukunftsfähigkeit und Reformbedürftigkeit des Gesundheitswesens. Dabei lässt sich insgesamt feststellen, dass das deutsche Gesundheitswesen von Interessenkämpfen, Verteilungskonflikten und ideologisierten Debatten geprägt ist und diese

Kultur des Gegeneinanders mit Blick auf neue Praktiken, Organisationsformen, Regulierungen und Systemstrukturen ein Innovationshemmnis darstellt (Heyen/Reiß 2014). Dies liegt nicht zuletzt an den unterschiedlichen Zielen, die die einzelnen Akteure verfolgen und die zum Teil in deutlichem Widerspruch zueinander stehen (Heyen/Reiß 2013).

Auf einer übergeordneten, abstrakten Ebene ist die Anzahl der bestehenden Akteursziele freilich begrenzt. In einer das Gesundheitswesen aus Innovationssystemperspektive analysierenden Studie (Heyen/Reiß 2013, 2014) wurden zwölf solcher übergeordneten, untereinander nicht weiter subsumierbaren Ziele für das deutsche Gesundheitswesen identifiziert (siehe Abbildung 1).

Wenn nun, so lässt sich aus Innovationssystemperspektive vermuten, diese übergeordneten Ziele in den Strategien und Aktivitäten der Akteure im Gesundheitswesen insge-

Abbildung 1
Zwölf übergeordnete Ziele im Gesundheitswesen



samt mehr Berücksichtigung fänden, könnten Innovationspotenziale besser erschlossen und Konflikte leichter vermieden werden. Wenn zum Beispiel jede Innovation im Gesundheitswesen vor ihrer Einführung daraufhin untersucht würde, ob sie auch möglichst keinem der zwölf Ziele entgegensteht, dann würde dies ihr Konfliktpotenzial senken und damit zugleich die Chancen ihrer erfolgreichen Durchsetzung und Verbreitung erhöhen.

Vor diesem Hintergrund war es das Ziel einer von der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) geförderten und vom Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung durchgeführten Studie, auf Basis dieser zwölf übergeordneten Ziele ein indikatorengestütztes Evaluationstool zu erarbeiten, mit dessen Hilfe einzelne Innovationen oder Maßnahmen, Strategien, Aktivitäten und Projekte von Akteuren im Gesundheitswesen daraufhin geprüft werden können, inwieweit sie zur Erreichung der übergeordneten Ziele und damit zu einer tendenziell positiven Gesamtentwicklung des Gesundheitswesens beitragen. Dieses *Zielfokussierte Evaluationstool für Innovationen im Gesundheitswesen (ZEIG)* wird in der vorliegenden Publikation vorgestellt.

Unter Innovationen werden hier grundsätzlich alle Neuerungen im Gesundheitswesen verstanden, die für mindestens einen Teil der Akteure eine Verbesserung gegenüber dem Bestehenden darstellen. Damit kommen vor allem soziale – und nicht so sehr technologische – Innovationen in den Blick, also neue Praktiken, Organisationsformen, Regulierungen und Systemstrukturen (vgl. Braun-Thürmann 2005; Howaldt/Jacobsen 2010). In diesem Sinne können so verschiedene Dinge wie die Einrichtung neuer Kooperationsformen zwischen Akteuren, die Einführung verbindlicher Personalvorgaben in der stationären Versorgung oder eine Aufgabenumverteilung zwischen den Gesundheitsberufen, ja selbst eine politische Reform des Gesundheitswesens als (soziale) Innovationen gelten. Auf solche Innovationen zielt das Evaluationstool primär.

In der Praxis ist die Anwendung des Tools in zweierlei Hinsicht möglich: zum einen als vorausschauende Evaluation (ex ante) im Sinne einer auf die Zukunft bezogenen Abschätzung der Folgen einer bestimmten Innovation oder Maßnahme für die zwölf Zielfelder; und zum anderen als rückblickende Evaluation (ex post) im Sinne einer Beurteilung der empirisch bereits sichtbaren Folgen einer bestimmten Innovation oder Maßnahme für die zwölf Zielfelder.

In den folgenden Abschnitten wird zunächst auf das Vorgehen bei der Entwicklung des zielfokussierten Evaluationstools und auf seinen allgemeinen Aufbau eingegangen (Kapitel 2). Daraufhin wird die Operationalisierung der zwölf Zielfelder im Detail vorgestellt (Kapitel 3) und das Tool zur Veranschaulichung exemplarisch angewendet (Kapitel 4). Abschließend wird auf mögliche Anwendungskontexte, Nutzungspotenziale und Grenzen des Tools hingewiesen (Kapitel 5). Im Anhang befindet sich eine komplette ZEIG-Vorlage. Zudem steht das Tool online unter www.zeig-analyse.de zur Anwendung bereit.

2

ENTWICKLUNG UND AUFBAU DES ZIELFOKUSSIERTEN EVALUATIONSTOOLS

GRUNDLAGE

Grundlage für das zielfokussierte Evaluationstool sind die in Abbildung 1 zusammengestellten zwölf übergeordneten Ziele, die im Rahmen einer das deutsche Gesundheitswesen aus Innovationssystemperspektive analysierenden Studie identifiziert worden sind (Heyen/Reiß 2013, 2014). In einem ersten Schritt wurden die (offiziell proklamierten) Ziele zentraler Akteure im Gesundheitswesen erhoben und analysiert. Dazu wurden Selbstbeschreibungen der Akteure wie Internetauftritte, Positionspapiere oder Stellungnahmen gesichtet und im Hinblick auf Ziele untersucht. Außerdem wurden zur Ergebniskontrolle Interviews mit Expert_innen des Gesundheitswesens zu den Zielen einzelner Akteursgruppen und Akteure geführt. Auf diese Weise sind insgesamt über 80 Akteure auf ihre Ziele hin untersucht worden. Systematisiert ergaben sich daraus über 140 verschiedene Ziele bzw. Zielkategorien. Analysiert wurden daraufhin Zielhäufigkeiten, Zielhierarchien, Zielkonflikte sowie die Akteursbeziehungen im Hinblick auf gemeinsame und konfligierende Ziele. Die Identifizierung von zwölf übergeordneten, untereinander nicht weiter subsumierbaren Zielen war ein Ergebnis dieser Zielanalyse.

ENTWICKLUNG

In der darauf aufbauenden Studie für die FES, von der hier berichtet wird (Laufzeit: Juli 2016 bis Dezember 2017), wurden zunächst für jedes der zwölf Zielfelder zwei bis drei Prüffragen formuliert, und zwar so, dass die Beantwortung klärt, inwiefern die zu evaluierende Innovation oder Maßnahme (I/M) einen Beitrag zum jeweiligen Ziel leistet. Dabei deckt jede Prüffrage einen zentralen Aspekt oder Teilbereich des jeweiligen Zielfeldes ab. Anschließend wurde für jede Prüffrage eine Reihe von Indikatoren zusammengetragen, die geeignet sind, einen positiven bzw. negativen Effekt der Innovation oder Maßnahme auf den jeweiligen Aspekt oder Teilbereich des Zielfeldes anzuzeigen. Dabei wurde bewusst keine Trennschärfe zwischen den Indikatoren angestrebt. Vielmehr sind die Indikatoren so ausgewählt und

formuliert, dass der/die Anwender_in möglichst viele Facetten und potenzielle Wirkungsfelder des Aspekts/Teilbereichs in den Blick bekommt und damit die Betrachtung des Aspekts/Teilbereichs möglichst umfassend und ganzheitlich erfolgen kann. Mit der Entwicklung eines abgestuften Scorings zur Bewertung der Innovation oder Maßnahme lag ein erster Entwurf des zielfokussierten Evaluationstools vor.

Dieser erste Entwurf wurde dann im weiteren Verlauf der Studie geprüft und validiert. Das geschah zum einen über eine Befragung ausgewählter Expert_innen, denen je nach Expertise die inhaltlich passenden Zielfelder mit den jeweiligen Prüffragen und Indikatoren vorgelegt wurden. Somit wurde jedes Zielfeld noch einmal von zwei externen Expert_innen auf Stimmigkeit, Lücken und etwaige Mängel kontrolliert. Zum anderen wurde das Evaluationstool auf insgesamt sechs Fallbeispiele praktisch angewendet. Dabei wurden diese so ausgewählt, dass in einer Vierfeldertafel, in der eine Mikro-Makro-Dimension mit einer Ex-post-/Ex-ante-Dimension gekreuzt wird, alle vier Felder abgedeckt sind (siehe Abbildung 2). Die Fallbeispiele, also die Innovationen/Maßnahmen, auf die das Tool exemplarisch angewendet wurde, waren: der neue Gesundheitsberuf des Operationstechnischen Assistenten/der Operationstechnischen Assistentin (Mikro/ex post); Home-Treatment in der psychiatrischen Versorgung (Mikro/ex ante); Entlassmanagement in Krankenhäusern (Makro/ex post); die Substitution ärztlicher Leistungen (Makro/ex ante). Zusätzlich zu diesen, kleinen Studien ähnelnden Anwendungen wurde das Tool auch in einem eher diskursiven Verfahren durch den von der FES eingesetzten Steuerungskreis auf zwei Treffen praktisch erprobt: ein Mal am Fallbeispiel Risikostratifizierung bei Diabetes (Mikro/ex ante); ein anderes Mal am Fallbeispiel monistischer Krankenhausfinanzierung (Makro/ex ante). Entsprechend der Rückmeldungen der Expert_innen und der Erfahrungen mit den exemplarischen Anwendungen wurde das Evaluationstool sukzessive überarbeitet. Im Folgenden wird die finalisierte Fassung vorgestellt.

Abbildung 2
Fallbeispiele der exemplarischen Anwendung

	ex post	ex ante
Mikro	– Operationstechnische_r Assistent_in (OTA)	– Home-Treatment in der psychiatrischen Versorgung – Risikostratifizierung bei Diabetes
Makro	– Entlassmanagement in Krankenhäusern	– Substitution ärztlicher Leistungen – monistische Krankenhausfinanzierung

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 3
ZEIG-Bewertungsskala



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 4
Codierung der Quellen-/Datenlage



Quelle: Eigene Darstellung.

AUFBAU

Das Zielfokussierte Evaluationstool für Innovationen im Gesundheitswesen (ZEIG) umfasst insgesamt zwölf Ziele, 32 Prüffragen (zwei bis drei pro Ziel) und 154 Indikatoren (zwischen zehn und 20 pro Ziel). Bei seiner Anwendung auf eine konkrete Innovation oder Maßnahme ist eine Bewertung auf allen drei Ebenen vorzunehmen, also auf Indikator-, Prüffragen- und Zielebene. Dieses Scoring beruht auf einer farblich und numerisch codierten Bewertungsskala, die in Abbildung 3 dargestellt ist. Zu beachten ist, dass es sich um eine qualitative Bewertung (im Sinne einer Ordinalskala) handelt. Das heißt, dass die einzelnen Ziffern nicht miteinander verrechnet werden können oder sich gegenseitig aufheben. Dementsprechend gibt es auch keinen sich mathematisch ergebenden, zusammenfassenden Gesamtwert. Bei einer ambivalenten Bewertung, die ebenfalls auf allen drei Ebenen möglich ist, sind im Zweifelsfall mehrere Farben bzw. Ziffern zu vergeben. Praktische Hinweise zur Anwendung der Bewertungsskala befinden sich im Anhang.

Da es für die Evaluation einer Innovation oder Maßnahme entscheidend sein kann, ob sich die Bewertung auf eine klare empirische Evidenzlage beispielsweise in Form eines Cochrane-Reviews stützen kann oder ob sie eher – aus Mangel an belastbaren Daten – aus dem subjektiven Erfahrungsschatz oder gar dem Bauchgefühl heraus getroffen werden muss, ist für die Ziel- und Prüffragenebene zusätzlich eine Bewertung der Quellen- bzw. Datenlage vorgesehen. Die Codierung hierfür ist in Abbildung 4 angezeigt. Wenn die Quellen-/Datenlage als schlecht eingestuft wird, kann das in vielen Fällen als Hinweis darauf gewertet werden, dass an dieser Stelle Forschungsbedarf besteht.

3

OPERATIONALISIERUNG DER ZWÖLF ZIELFELDER

Um die Operationalisierung der zwölf Zielfelder mittels Prüffragen und Indikatoren nachvollziehbar zu machen und ein für die Anwendung des Evaluationstools notwendiges Grundverständnis der Zielfelder zu ermöglichen, wird im Folgenden auf jedes Zielfeld einzeln eingegangen. Dabei werden auch alle Aspekte bzw. Teilbereiche, auf die die Prüffragen abzielen, einzeln thematisiert. Indikatoren hingegen werden nur exemplarisch angeführt, die vollständige Liste kann im Anhang eingesehen werden.

3.1 QUALITÄTSSICHERUNG UND -VERBESSERUNG

Die drei Prüffragen für dieses Zielfeld beziehen sich auf die drei weithin anerkannten Dimensionen von Qualität, welche auf den amerikanischen Gesundheitswissenschaftler Avedis Donabedian (1966) zurückgehen: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

Unter *Strukturqualität* der Gesundheitsversorgung versteht man die personellen, organisatorischen und sachlichen Voraussetzungen für die Erbringung von Versorgungsleistungen. Dazu gehören die Qualifikation des Personals, die organisatorischen und räumlichen Rahmenbedingungen wie auch die technische Ausstattung und Infrastruktur. Die Indikatoren zielen entsprechend auf eine Verbesserung in diesen Bereichen und zwar nicht nur aus Sicht der Leistungserbringer, sondern auch im Hinblick auf Patientenbedarfe.

Die *Prozessqualität* der Versorgung wird von den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie von allen Handlungen und Kommunikationen bei der Leistungserbringung bestimmt. Indikatoren für eine verbesserte Prozessqualität sind zum Beispiel eine stärker auf Evidenz basierte oder am Patientenbedarf ausgerichtete Diagnostik oder Therapie, besser aufeinander abgestimmte Versorgungsprozesse, ein besseres Schnittstellenmanagement zwischen Leistungserbringern (etwa zwischen ambulanter und stationärer Versorgung), eine bessere Kommunikation zwischen Leistungserbringern bzw. Professionellen (das können auch Beschäftigte einer Krankenversicherung sein)

untereinander sowie zwischen Leistungserbringern und Professionellen auf der einen und Patient_innen auf der anderen Seite.

Die *Ergebnisqualität* der Versorgung zielt auf Veränderungen im Gesundheitszustand oder Gesundheitsverhalten der Personen, die eine Versorgungsleistung in Anspruch genommen haben. Dabei werden auch soziale und psychische Merkmale berücksichtigt, weshalb eine bessere Lebensqualität, eine höhere Patientenzufriedenheit und bessere Patientenerfahrungen ebenfalls zu den Indikatoren gehören.

3.2 VERSORGUNGSSICHERHEIT

Versorgungssicherheit als übergeordnetes Ziel im Gesundheitswesen meint die Sicherstellung eines möglichst schnellen, nahen und leichten Zugangs zu einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung. Die drei Prüffragen zielen dementsprechend auf die großen Bereiche der Gesundheitsversorgung: die ärztliche, die nichtärztliche und die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln. Die jeweiligen Indikatorensets haben vor allem die Vermeidung von Unterversorgung als nicht bedarfsgerechter Versorgung im Blick (vgl. SVR 2001: 19 f.).

Die Sicherstellung der *ärztlichen Versorgung* beinhaltet sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung, einschließlich der zahnärztlichen Versorgung und ärztlichen Notfallversorgung. Die Indikatoren decken die Wohnortnähe, Wartezeiten und sonstige Zugangsfaktoren wie Barrierefreiheit oder Organisationsaufwand ab. Außerdem lenken sie die Aufmerksamkeit auf das Schnittstellenmanagement und die Bedarfsplanung, die ebenfalls nicht nur die vertragsärztliche Versorgung betrifft, sondern auch den Krankenhausbedarf.

Die Sicherstellung der *nichtärztlichen Gesundheitsversorgung* bezieht sich auf stationär oder ambulant erbrachte Leistungen in den Bereichen Psychotherapie, Kranken- und Altenpflege sowie Leistungen von Hebammen und Heilmittelberufen, zu denen unter anderem Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie gehören. Analog zur ärztlichen Versorgung decken die Indikatoren auch hier Wohnortnähe,

Wartezeiten und sonstige Zugangsfaktoren sowie das Schnittstellenmanagement und die Bedarfsplanung ab.

Gleiches gilt für die Sicherstellung der *Arznei- und Hilfsmittelversorgung*. Auch hier beziehen sich die Indikatoren auf Wohnortnähe, Wartezeiten, sonstige Zugangsfaktoren und das Schnittstellenmanagement. Dabei sind neben Medikamenten aller Art auch Hilfsmittel angesprochen, zu denen beispielsweise Seh- und Hörhilfen, Prothesen oder Rollstühle gehören und deren Versorgungssicherheit keineswegs immer selbstverständlich gegeben ist (Patientenbeauftragter 2015).

3.3 PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Unter den zwölf übergeordneten Zielen ist dieses im Grunde das einzige, das explizit auf ein Mehr an Gesundheit zielt. Mehr oder bessere Präventionsmaßnahmen sind schließlich kein Selbstzweck, sondern dienen einer (zukünftig) besseren Gesundheit von Menschen. Der Fokus in diesem Zielbereich liegt daher auf den Gesundheitsbelastungen und -ressourcen, auf die die ersten beiden Prüffragen gerichtet sind. Dem Konzept von Rolf Rosenbrock folgend, decken beide zusammen die sogenannte Primärprävention ab, die einerseits die Belastungssenkung zum Ziel hat und andererseits die Ressourcenstärkung oder Gesundheitsförderung (Rosenbrock/Gerlinger 2006: Kapitel 3; Rosenbrock/Michel 2007). Die dritte Prüffrage zielt ergänzend auf die sogenannte Sekundär- und Tertiärprävention, also auf die Früherkennung von Krankheiten und den Umgang mit Folge- und Spätphasen. Sie ist so konzipiert, dass nicht jede Normalbehandlung immer auch gleich als Prävention gilt (obwohl streng genommen in der Tat jede Behandlung immer auch präventive Wirkungen hat, vgl. Hafen 2003).

Zu den möglichen *Gesundheitsbelastungen* von Menschen – auch Risikofaktoren genannt – zählen beispielsweise chemische, physikalische und biologische Belastungen durch die unmittelbare Umwelt, eine körperliche oder psychische Überlastung, Ernährungs- und Bewegungsmängel sowie Belastungen durch Stress, Suchtmittelkonsum oder soziale Isolation. Entsprechend sind die Indikatoren formuliert.

Unter *Gesundheitsressourcen* von Menschen – auch Schutzfaktoren genannt – werden einerseits personale Faktoren, andererseits Kontext- oder Setting-Faktoren gefasst. Die Indikatoren decken beides ab, bei den personalen Faktoren zum Beispiel die körperliche und psychische Gesundheit, die Widerstandsfähigkeit, Gesundheitskompetenzen, zu denen auch Kompetenzen im Umgang mit einer Krankheit gehören, sowie Möglichkeiten zur Selbstbestimmung. Die sozioökonomische Lage, soziale Unterstützung oder Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe gehören zu den Kontext-Faktoren.

Die Prüffrage nach der *Früh- und Spätentwicklung* von Erkrankungen bezieht sich mit ihren Indikatoren zum einen auf Möglichkeiten der Früherkennung von Krankheiten und der Behandlung in einem frühen Krankheitsstadium (Sekundärprävention). Zum anderen wird nach Folge- und Spätschäden von insbesondere chronischen Krankheiten gefragt (Tertiärprävention).

3.4 BEGRENZUNG DER FINANZIELLEN BELASTUNG DER VERSICHERTEN

Die drei Prüffragen für dieses Ziel sind auf drei große Bereiche der Gesundheitsausgaben von Versicherten ausgerichtet: erstens die allgemeinen Beitragszahlungen zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, zweitens die im Fall der Inanspruchnahme einer Gesundheitsleistung zusätzlich anfallende Zuzahlung bzw. Selbstbeteiligung sowie drittens alle sonstigen privaten Gesundheitsausgaben, zu denen etwa selbst bezahlte therapeutische und präventive Gesundheitsleistungen, Arznei- und Hilfsmittel oder Fahrtkosten zum Leistungserbringer zählen (vgl. die Klassifikation des Statistischen Bundesamts 2017a).

Die Prüffrage nach den *Versicherungsbeiträgen* umfasst den allgemeinen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), einschließlich der gesetzlichen Pflegeversicherung, sowie Zusatzbeiträge und sonstige Beitragszahlungen zur GKV; äquivalent dazu außerdem die Beiträge (abzüglich etwaiger Boni oder Rückerstattungen) zur privaten Kranken- oder Pflegeversicherung (PKV), wozu auch privat abgeschlossene Zusatzversicherungen von GKV-Versicherten zu rechnen sind.

Unter *Selbstbeteiligung* (im Leistungsfall) fallen alle Zuzahlungen (zum Beispiel pro Tag eines Krankenhausaufenthalts) und Eigenanteile (zum Beispiel zu den Kosten eines orthopädischen Schuhs, der in seiner Grundform auch ohne medizinische Notwendigkeit hätte erworben werden müssen) in der GKV; außerdem Selbstbehalte bei Tarifen der PKV, aber auch bei speziellen GKV-Wahlтарifen.

Zu den *Selbstzahlungen* der Versicherten gehören alle sonstigen privaten Gesundheitsausgaben, angefangen bei den sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und sonstigen professionellen Leistungen, die nicht unter diesem Begriff verhandelt werden, über Ausgaben für Präventionsangebote wie Kurse zur Rückengymnastik oder Yoga bis hin zu privaten Ausgaben für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (Selbstmedikation) oder für Hilfsmittel, Unterkunft, Verpflegung und Transporte von kranken Angehörigen bzw. im eigenen Krankheitsfall. Höhere Selbstzahlungen können sich insbesondere auch durch den Abschluss von Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog ergeben.

3.5 SOLIDARITÄT UND GERECHTIGKEIT

Mit Solidarität als übergeordnetem Ziel im Gesundheitswesen wird gemeinhin auf das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung abgestellt. Gemeint sind damit Mechanismen der finanziellen Umverteilung, die teilweise auch für private Krankenversicherungen gelten, zum Beispiel beim Schadensausgleich zwischen gesunden und kranken Versicherten. Die erste Prüffrage fokussiert dementsprechend auf verschiedene Arten des (finanziellen) Solidarausgleichs. Von der Bevölkerung werden diese mehrheitlich als gerecht erachtet (Marstedt 2002), und gerade der Einkommensausgleich lässt sich ethisch durchaus als Gerechtigkeitsverpflichtung deuten (Werner 2004). Meistens wird unter dem Begriff der Gerechtigkeit allerdings eine angestrebte gesundheitli-

che Chancengleichheit verhandelt. Auf sie ist die zweite Prüffrage gerichtet (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017).

Die Indikatoren für den *Solidarausgleich* durch finanzielle Umverteilung beziehen sich auf den Schadens-, Einkommens-, Risiko-, Generationen- und Familienleistungsausgleich. Sie sind so formuliert, dass tatsächlich der Ausgleich bzw. eine größere Ausgeglichenheit zwischen zwei Entitäten im Vordergrund steht, der Transfer also prinzipiell in beide Richtungen möglich ist. Die Begriffe sind allesamt weit zu verstehen, beispielsweise betrifft der Schadensausgleich zwischen Gesunden und Kranken auch Menschen mit Behinderungen, der Einkommensausgleich auch die beiden Gruppen der GKV- und PKV-Versicherten („Zwei-Klassen-Medizin“) und der Risikoausgleich auch die diesbezüglichen (statistischen) Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Gesundheitliche Chancengleichheit meint die Gleichheit der Chancen von Menschen, gesund zu sein (gesundheitliche Gleichheit), gesund zu bleiben (Gleichheit der Risiken) und im Krankheitsfall wieder gesund zu werden (Gleichheit beim Zugang zur Versorgung). Sie ist dann gegeben, wenn weder der sozioökonomische Status (Einkommen, Bildungsstand, Beruf usw.) noch das Geschlecht, das Alter, die Ethnizität, ein etwaiger Migrationshintergrund noch sonstige Lebens- und Rahmenbedingungen, zu denen auch der Versichererstatus, eine Behinderung oder spezifische Merkmale einer sozialen (Ziel-)Gruppe zählen können, eine Rolle spielen. Dies gilt auch für die Situation einer möglichen Rationierung, wenn es also um die Zuteilung von begrenzten Leistungen geht. Mit dem an letzter Stelle erwähnten, bewusst als Sonstiges-Kategorie formulierten Indikator sollten alle Formen möglicher Diskriminierung abgedeckt sein.

3.6 EFFIZIENZ(STEIGERUNG)

Unter Effizienz wird das Verhältnis von eingesetzten Ressourcen und erzieltm Nutzen verstanden, eine Effizienzsteigerung will entsprechend den Nutzen pro eingesetzter Ressourceneinheit steigern. Effizienzgewinne lassen sich allerdings auf verschiedenen Wegen erreichen, nämlich zum einen durch einen höheren Nutzen (bei gleichem Ressourceneinsatz) und zum anderen durch eine Verringerung des Ressourceneinsatzes (bei gleichem Nutzen). Um hier klarer differenzieren und damit Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen besser lokalisieren zu können, hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen eine „in formaler Hinsicht tautologische“ Aufspaltung der Effizienz „in einen Produktions- und einen Wirkungsbereich“ vorgeschlagen: „Die Produktionseffizienz gibt dabei die Relation zwischen den volkswirtschaftlichen Kosten und dem mit ihnen erstellten Behandlungsangebot an, während die Wirkungseffizienz das Verhältnis zwischen diesem Behandlungsangebot und den mit ihm erzielten gesundheitlichen Outcomes beschreibt“ (SVR 2012: 38).

Diesem Vorschlag wird hier gefolgt: Die erste Prüffrage zielt auf die Produktionseffizienz, die zweite auf die Wirkungseffizienz. Dabei wird unterschieden zwischen Leistungsangebot und Gesundheitsleistung. Während Ersteres auf die Bereitstellung von Leistungen abzielt (man denke an

vorgehaltene Operationssäle, Medikamente, Bettendichte usw.), bezieht sich Letzteres auf die tatsächlich durchgeführten Leistungen (etwa Operationen, Behandlungen usw.). Statt von Leistungsangebot wird hier von Leistungsangebot gesprochen, weil der Begriff breiter angelegt ist und so zum Beispiel auch Präventionsprogramme sprachlich klarer einschließt. Außerdem ist mit Blick auf die beiden im Anhang aufgeführten Indikatorensets darauf hinzuweisen, dass sich die jeweils an dritter und vierter Stelle genannten Indikatoren auf keine neuen Sachverhalte beziehen, sondern nur die Indikatoren an erster und zweiter Stelle spezifizieren, um die praktische Anwendung zu erleichtern. Der jeweils fünfte Indikator wird als Sonstiges-Kategorie hinzugefügt.

Bei der *Produktionseffizienz* der Versorgung geht es demnach um die Kosten für die Erstellung eines Leistungsangebots oder einer Gesundheitsleistung. Das können Kosten für die eingesetzten Produktionsfaktoren in Form von Entgelten, Preisen oder Honoraren sein oder noch spezifischer Kosten für den mengenmäßigen Einsatz bestimmter Produktionsfaktoren, zum Beispiel für die benötigte Arbeitszeit.

Die *Wirkungseffizienz* der Versorgung stellt demgegenüber auf den Nutzen und gesundheitlichen Outcome eines Leistungsangebots oder einer Gesundheitsleistung ab. Das kann die höhere Nutzung eines bereitgestellten Bettenangebots, eine geringere regionale Sterblichkeitsquote aufgrund einer höheren Krankenhausdichte oder die höhere Wirksamkeit einer Therapie sein.

3.7 TRANSPARENZ

In diesem Zielfeld wird zum einen nach dem Zugang zu Informationen im Gesundheitswesen gefragt und zum anderen nach ihrer Verwendbarkeit. Bei der ersten Prüffrage steht Transparenz also eher für sich, ist als Selbstzweck konzipiert. Bei der zweiten Prüffrage hingegen ist Transparenz ein Mittel zum Zweck, hier geht es darum, inwiefern die Transparenz von Nutzen ist oder sein kann.

Zu den Indikatoren für die *Zugänglichkeit* von Informationen gehören etwa die Menge und Art offengelegter oder unabhängiger Informationen, eine unverzerrte Vermittlung von Informationen, Einsichts- und Informationsrechte sowie Möglichkeiten zur Einsichtnahme von Informationen.

Die *Verwendbarkeit* von Informationen zeigt sich zum Beispiel daran, ob die Informationen als Entscheidungsgrundlage für Patient_innen oder Versicherte dienen, die Wissensbasis für das Handeln von Akteuren erweitern, Prozesse und Entscheidungen nachvollziehbar machen, Prüf- und Kontrollhandeln erleichtern oder Interessenkonflikte sichtbar machen (können).

3.8 STÄRKUNG DER PATIENTENRECHTE

Die drei Prüffragen für dieses Zielfeld betreffen erstens die Rechte von Patient_innen im engeren Sinn, zweitens die Rechte von Krankenversicherten und drittens die Mitbestimmungsrechte von Patient_innen und Versicherten, das

heißt Formen der Patientenbeteiligung und -vertretung. Dabei geht es nicht nur um die prinzipiellen, gesetzlich eingeräumten Rechte, sondern auch um die praktischen Bedingungen und Möglichkeiten, diese tatsächlich wahrzunehmen (vgl. nur Patientenbeauftragter et al. 2016). Dazu kann beispielsweise auch eine unabhängige Patientenberatung beitragen.

Im Hinblick auf die *Patientenrechte* und deren Wahrnehmung wird nach Informations-, Aufklärungs-, Selbstbestimmungs- und Einsichtsrechten (das impliziert auch das Recht auf Dokumentation), nach dem Recht auf Vertraulichkeit, Privatheit und informationelle Selbstbestimmung, den Rechten bei Behandlungsfehlern sowie nach Beschwerdemöglichkeiten gegenüber den Leistungserbringern gefragt.

In Bezug auf die *Versichertenrechte* und deren Wahrnehmung stehen die Wahlfreiheitsrechte sowie Rechte und Beschwerdemöglichkeiten gegenüber den Krankenversicherungen im Fokus.

Bei der *Patientenbeteiligung* (Mitbestimmungsrechte) berücksichtigen die Indikatoren einerseits die Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen (Shared Decision Making) und andererseits Rechte und Befugnisse von Patientenbeauftragten auf Bundes- oder Länderebene, Rechte der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die Patientenbeteiligung in sonstigen Regulierungs- und Entscheidungsgremien sowie bei der Leitlinienerstellung.

3.9 SELBSTHILFE, SELBSTBESTIMMUNG UND EIGENVERANTWORTUNG

Allen drei Begriffen dieses Zielfeldes ist jeweils eine Prüffrage zugeordnet. Da allerdings zwischen kollektiver und individueller Selbsthilfe zu unterscheiden ist (Hundertmark-Mayser/Möller 2004: 8), bezieht sich die erste Prüffrage nur auf die kollektive und organisierte Selbsthilfe, während die individuelle Selbsthilfe zusammen mit der Eigenverantwortung von der dritten Prüffrage abgedeckt ist. Denn Eigenverantwortung wird hier ausdrücklich nicht – wie oftmals im gesundheitspolitischen Diskurs – als ein Mehr an finanzieller Beteiligung von Versicherten und Patient_innen verstanden, sondern als verantwortliches Gesundheitsverhalten im Sinne von § 1 SGB V, das heißt als verantwortliche Nutzung von Autonomiespielräumen (vgl. Grimmeisen/Leiber 2009: 21 f.). Dabei bezieht sich auch dies in erster Linie auf die eigene, individuelle Gesundheit und nicht so sehr auf ein kostenbewusstes Verhalten. Während die Eigenverantwortung somit eher in Richtung Wahlfreiheit interpretiert wird, zielt die (zweite) Prüffrage nach der Selbstbestimmung eher auf die Willens- und Entscheidungsfreiheit, und zwar nicht nur, aber insbesondere von temporär oder dauerhaft hilfe- und pflegebedürftigen Menschen (vgl. Artikel 1 der Pflege-Charta in BMFSFJ/BMG 2014).

Hinsichtlich der *kollektiven Selbsthilfe* sind sowohl die finanzielle als auch die infrastrukturelle Förderung und Ausstattung von Selbsthilfegruppen und -organisationen, die Selbsthilfefreundlichkeit von Gesundheitseinrichtungen (operationalisiert durch die Kriterien des Netzwerks Selbsthilfe-

freundlichkeit 2017, die auch Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich berücksichtigen) sowie die Beteiligungsmöglichkeiten der organisierten Selbsthilfe als Indikatoren zu nennen.

Bei der *Selbstbestimmung* von insbesondere hilfe- und pflegebedürftigen Menschen (damit sind auch Patient_innen, Kranke und Menschen mit Behinderung gemeint) stehen die Berücksichtigung des persönlichen Willens, die Wahrung der Entscheidungsfreiheit, Möglichkeiten der Realisierung eigener Entscheidungen sowie die Bedingungen für eine selbstständige Lebens- und Alltagsgestaltung (worunter auch Barrierefreiheit fällt) im Zentrum.

Mit Blick auf die *individuelle Selbsthilfe* und *Eigenverantwortung* wird nach den Bedingungen für eine Selbstdiagnose, Selbstbehandlung oder Selbstmedikation, den Bedingungen für die selbstständige Pflege und Betreuung von (kranken) Angehörigen, den Bedingungen für ein gesundheitsbewusstes Verhalten und die eigene Selbstsorge sowie nach Wahlfreiheiten und Wahlmöglichkeiten gefragt.

3.10 GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN

Grundlage für die Operationalisierung dieses Zielfeldes ist der DGB-Index „Gute Arbeit“: ein im Auftrag des Deutschen Gewerkschaftsbunds (DGB) entwickeltes, arbeitswissenschaftlich fundiertes Instrument zur Messung der Arbeitsqualität aus Sicht der Beschäftigten (DGB 2017). Seine drei Teilindices (Ressourcen, Belastungen, Einkommen/Sicherheit) finden sich in den drei Prüffragen wieder, die auf die Ressourcenausstattung der Beschäftigten, ihre Belastungssituation und die Ausgestaltung der Sozial- und Arbeitssicherheit abstellen. Dabei berücksichtigen die Indikatoren nicht nur die elf Kriterien der Arbeitsqualität aus dem DGB-Index, sondern wurden auch mit den vom Statistischen Bundesamt entwickelten sieben Dimensionen zur Qualität der Arbeit abgeglichen und ergänzt (Statistisches Bundesamt 2017b).

Die *Ressourcenausstattung* der Beschäftigten umfasst insbesondere Gestaltungs- und Mitbestimmungs-, Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten. Sie betrifft zudem die Führungsqualität von Vorgesetzten, das Betriebs- und Arbeitsklima sowie die erlebte Sinnhaftigkeit der Arbeit. Auch das mit der Beschäftigung verbundene Prestige oder der Status einer Tätigkeit können für diese Aspekte von Bedeutung sein.

Die *Belastungssituation* der Beschäftigten wird unter anderem von der Arbeitszeitlage, der Arbeitsintensität (zum Beispiel bedingt durch Arbeitstempo oder Termindruck) und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben beeinflusst. Zentral sind außerdem körperliche, soziale und psychische Anforderungen bei der Arbeit. So kann beispielsweise das Wissen, möglicherweise beobachtet oder kontrolliert zu werden, als psychisch belastend empfunden werden.

Mit *Sozial- und Arbeitssicherheit* der Beschäftigten ist zum einen ihre soziale Sicherheit und zum anderen die Arbeitssicherheit, also die Ausgestaltung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gemeint. Zu den Indikatoren für die sozi-

ale Sicherheit gehören das Einkommen (hier lassen sich auch verpflichtende Ausgaben wie eine berufsbedingte Haftpflichtversicherung berücksichtigen), die Höhe der gesetzlichen Rente (die ja auch vom Beschäftigungsverhältnis abhängt), betriebliche Sozialleistungen wie Altersvorsorge, Gesundheitsförderung oder Kinderbetreuung sowie die Beschäftigungssicherheit, also die Sicherheit und zeitliche Perspektive der Arbeitsstelle.

3.11 AUTONOMIE UND EINFLUSS DER AKTEURE

Dieses Zielfeld fokussiert gewissermaßen auf die politischen Außenbeziehungen der Akteure im Gesundheitswesen. Denn viele, wenn nicht alle Akteure wollen in ihrem Handeln einerseits möglichst frei und unabhängig von äußeren Vorgaben sein und andererseits im Sinne der Vertretung ihrer Interessen möglichst bei allen sie betreffenden Fragen kollektiv-bindender Regulierung oder konkreter Praxisgestaltung mitsprechen und mitbestimmen (vgl. zum Korporatismus und zur Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik Bandelow 2004; Gerlinger 2009). Bei der ersten Prüffrage geht es daher um die Unabhängigkeit der Akteure von außen, bei der zweiten um die Einflussmöglichkeiten nach außen (und nicht nach innen, zum Beispiel des Krankenhausmanagements auf die Qualität der Versorgung im eigenen Haus). Da mehr Autonomie oder Einflussmöglichkeiten für einen Akteur leicht mit weniger Autonomie oder Einflussmöglichkeiten für einen anderen Akteur einhergehen können, wird die Bewertung für dieses Zielfeld oftmals ambivalent, das heißt für verschiedene Akteursgruppen unterschiedlich ausfallen.

Der Grad der *Autonomie* der Akteure und Selbstverwaltung zeigt sich unter anderem in der Größe und Art ihrer Handlungsspielräume, in den eingeräumten Rechten und Befugnissen, in Umfang und Art von gesetzlichen Vorschriften und von staatlicher Aufsicht oder generell externer Kontrolle sowie in den Ressourcen und der sonstigen Ausstattung, über die ein Akteur verfügen kann. Selbstverwaltung bedeutet dabei sowohl die soziale Selbstverwaltung der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen, die gemeinsame Selbstverwaltung der GKV insgesamt (zum Beispiel durch den G-BA) als auch die berufsständische Selbstverwaltung (zum Beispiel durch die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen).

Mit *Einflussmöglichkeiten* der Akteure auf externe Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse sind die strukturellen Bedingungen der Einflussnahme gemeint (und nicht der faktisch-empirische Einfluss). Damit angesprochen sind neben den eigentlichen Mitwirkungsrechten explizit auch die praktischen Bedingungen und Möglichkeiten der Einflussnahme und Beteiligung, etwa die zur Verfügung stehenden Ressourcen wie Qualifikation, soziale Kompetenzen, Aufwand, Zeit, Geld oder Zugang zu relevanten Informationen. Wenn sich derartige strukturelle Bedingungen einer Beteiligung für einen Akteur verbessern – sei es beim G-BA, in anderen Selbstverwaltungsgremien oder bei Regulierungsprozessen –, muss das nicht zwangsläufig auf Kosten eines anderen Akteurs geschehen.

3.12 WIRTSCHAFTLICHER ERFOLG

Die ersten beiden Prüffragen für dieses Zielfeld fußen auf der betriebswirtschaftlichen Erfolgsrechnung, genauer: auf der Gewinn- und Verlustrechnung des externen Rechnungswesens (vgl. Wöhe/Döring 2010: 6. Abschnitt). Sie stellen die Erträge und Aufwendungen der Akteure in den Mittelpunkt, und zwar die ordentlichen, die das Kerngeschäft betreffen und nachhaltig sind (und nicht betriebsfremd und zufallsbedingt), und zugleich betrieblichen, die das Betriebsergebnis betreffen (und nicht das Finanzergebnis, das auch Erträge aus Wertpapieren und Zinsen berücksichtigt, oder das außerordentliche Ergebnis, in das zum Beispiel auch die einmalige Veräußerung eines Teilbetriebs fließt). Die dritte Prüffrage zielt auf die nichtmonetären Erfolgsfaktoren und geht auf das ebenfalls in der Betriebswirtschaftslehre entwickelte Management- und Controlling-Instrument der Balanced Scorecard zurück (vgl. Kaplan/Norton 1996). Neben der Finanzperspektive beinhaltet es zusätzlich die Kundenperspektive, die Perspektive der internen Geschäftsprozesse und die Lern- und Entwicklungsperspektive. Selbstverständlich betrifft dieses Zielfeld alle (wirtschaftenden) Akteure im Gesundheitswesen, also nicht nur Unternehmen, sondern auch Leistungserbringer oder Krankenversicherungen.

Zu den (ordentlichen, betrieblichen) *Erträgen* der Akteure (Unternehmen, Leistungserbringer, Krankenversicherungen) werden insbesondere die Umsatzerlöse und sonstige betriebliche Erträge bzw. Einnahmen gerechnet.

Zu den (ordentlichen, betrieblichen) *Aufwendungen* der Akteure (Unternehmen, Leistungserbringer, Krankenversicherungen) zählen vor allem der Material- und Sachaufwand, der Aufwand für bezogene Leistungen (etwa Dienstleistungen), der Personalaufwand und sonstige betriebliche Aufwendungen (etwa für Miete oder Werbung).

Im Hinblick auf die *nichtmonetären Erfolgsfaktoren* der Akteure (Unternehmen, Leistungserbringer, Krankenversicherungen) sind vor allem die Kundenzufriedenheit, interne Geschäftsprozesse, Innovations- und Entwicklungspotenziale und die Mitarbeiterzufriedenheit hervorzuheben.

3.13 ZEIG-ÜBERSICHT

In Abbildung 5 sind alle zwölf Zielfelder mit den jeweiligen zentralen Aspekten bzw. Teilbereichen, auf die sich die Prüffragen beziehen, in einer Übersicht dargestellt. Die Zahl in Klammern gibt die jeweilige Anzahl der Indikatoren pro Aspekt/Teilbereich an.

Wichtig zu betonen ist, dass sich eine Gesamtsystemperspektive auf das Gesundheitswesen bzw. auf die jeweils zu evaluierende Innovation/Maßnahme aus dieser Übersicht ergibt, also aus einer differenzierten Betrachtung der zwölf übergeordneten Ziele und ihrer zentralen Aspekte/Teilbereiche. Weder ist sie in einem der zwölf Zielfelder allein zu verorten (etwa im Zielfeld Autonomie und Einfluss der Akteure) noch ist ausgeschlossen, dass ein Indikator positiv für sein Zielfeld, zugleich aber negativ für ein anderes ist (etwa geringere Ausgaben der Versicherten für Prävention, dadurch Begrenzung ihrer finanziellen Belastung, aber womöglich schlechtere Gesundheit). Auch eine Hierarchisierung

oder Priorisierung der Ziele ist nicht sinnvoll, denn diese würde von Akteur (etwa eine Krankenkasse) zu Akteur (etwa ein Pharmaunternehmen) unterschiedlich ausfallen. Abstrakt lassen sich die Ziele nicht gegeneinander ausspielen. Nur im Einzelfall, anhand einer konkret zu evaluierenden Innovation/Maßnahme, mag eine Abwägung von Effekten in verschiedenen Zielfeldern angemessen sein, um zu einer Gesamteinschätzung zu kommen.

Abbildung 5
ZEIG-Übersicht

<p>Qualitätssicherung & -verbesserung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Strukturqualität (5) – Prozessqualität (9) – Ergebnisqualität (5) 	<p>Versorgungssicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> – ärztliche Versorgung (6) – nichtärztliche Versorgung (5) – Arznei- und Hilfsmittelversorgung (4) 	<p>Prävention & Gesundheitsförderung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitsbelastungen (5) – Gesundheitsressourcen (5) – Früh- und Spätentwicklung (5) 	<p>Begrenzung der finanziellen Belastung der Versicherten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Versicherungsbeiträge (5) – Selbstbeteiligung (3) – Selbstzahlungen (5)
<p>Solidarität & Gerechtigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> – Solidarausgleich (5) – gesundheitliche Chancengleichheit (5) 	<p>Effizienz(steigerung)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Produktionseffizienz (5) – Wirkungseffizienz (5) 	<p>Transparenz</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zugänglichkeit (5) – Verwendbarkeit (5) 	<p>Stärkung der Patientenrechte</p> <ul style="list-style-type: none"> – Patientenrechte (6) – Versichertenrechte (3) – Patientenbeteiligung (5)
<p>Selbsthilfe, Selbstbestimmung & Eigenverantwortung</p> <ul style="list-style-type: none"> – kollektive Selbsthilfe (4) – Selbstbestimmung (5) – individuelle Selbsthilfe und Eigenverantwortung (4) 	<p>gute Arbeitsbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ressourcenausstattung (5) – Belastungssituation (5) – Sozial- und Arbeitssicherheit (5) 	<p>Autonomie & Einfluss der Akteure</p> <ul style="list-style-type: none"> – Autonomie (5) – Einflussmöglichkeiten (5) 	<p>wirtschaftlicher Erfolg</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erträge (2) – Aufwendungen (4) – nichtmonetäre Erfolgsfaktoren (4)

Quelle: Eigene Darstellung.

4

EXEMPLARISCHE ANWENDUNG

In diesem Kapitel wird beispielhaft eine Anwendung des Evaluationstools skizziert. Dies dient primär der Veranschaulichung einer ZEIG-Anwendung, das inhaltliche Evaluationsergebnis spielt demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Als zu evaluierende Innovation/Maßnahme (I/M) wird das *Entlassmanagement in Krankenhäusern* gewählt, das zu den oben genannten Fallbeispielen dieser Studie gehört (Feld Makro/ex post, siehe Abbildung 2). Generell zielt das Entlassmanagement auf die Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung an der Schnittstelle von stationärer Krankenhausversorgung und nachfolgender Behandlung, auf die Verbesserung der Kommunikation zwischen den beteiligten stationären und ambulanten Versorgungsbereichen, auf eine Entlastung von Patient_innen und Angehörigen sowie auf die Vermeidung von Wiederaufnahmen ins Krankenhaus.

In Deutschland wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 zunächst ein gesetzlicher Anspruch der GKV-Versicherten auf ein effektives Versorgungsmanagement beim Übergang zu einer nachstationären Versorgung eingeführt. Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) 2011 wurde dieser Anspruch konkretisiert und das Recht auf Entlassmanagement mit dem Recht auf eine Krankenhausbehandlung gleichgesetzt. Zeitnah zu diesen Gesetzesänderungen hat das Deutsche Krankenhausinstitut Krankenhäuser zum Stand der Implementierung des Entlassmanagements befragt. Demnach verfügten im Jahr 2007 54,4 Prozent der 307 befragten Krankenhäuser über einen schriftlichen Standard zum Entlassmanagement (Blum et al. 2007). Im Jahr 2013 waren es 76 Prozent von 673 befragten Krankenhäusern (Blum 2014), wobei ungefähr die Hälfte einen hauseigenen Standard nutzte, die andere Hälfte den nationalen Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege“. Daraus wurde geschlossen, dass ein Entlassmanagement in Krankenhäusern zwar implementiert ist, es aber große Unterschiede in der Art der Implementierung, der Qualität und Effizienz der Durchführung gibt (Ott/Seidlmeier 2014).

Um die nach wie vor bestehenden Versorgungsdefizite an der Schnittstelle zwischen stationärer Krankenhausversorgung und nachfolgender Behandlung zu adressieren und Hemmnisse in der sektorenübergreifenden Versorgung ab-

zubauen, wurde 2015 das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) verabschiedet. Damit wurde das Entlassmanagement verpflichtender Teil der Krankenhausbehandlung. Gleichzeitig ist es Krankenhäusern seitdem gestattet, im Rahmen des Entlassmanagements für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen notwendige ambulante Leistungen und Arzneimittel zu verordnen und Arbeitsunfähigkeit festzustellen, was zuvor niedergelassenen Ärzt_innen vorbehalten war. Außerdem hat das Krankenhaus für eine nahtlose Überleitung der Patient_innen in die Anschlussversorgung zu sorgen und hierfür Kontakt mit den entsprechenden Einrichtungen oder Personen aufzunehmen. Dabei soll das Krankenhaus bei bestehendem oder sich abzeichnendem Versorgungsbedarf frühzeitig die zuständige Kranken- bzw. Pflegekasse informieren, um die entsprechenden Antrags- und Genehmigungsverfahren einzuleiten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat seinem gesetzlichen Auftrag entsprechend die jeweiligen Richtlinien angepasst. GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft wurden zudem verpflichtet, einen Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement zu schließen. Da nicht in allen Punkten eine Einigung zustande kam, wurde dieser in einem Schiedsverfahren durch das erweiterte Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung im Dezember 2016 festgelegt. Gegen diesen Schiedsspruch klagte die Deutsche Krankenhausgesellschaft, zog die Klage aber später zurück, als im Juni 2017 eine Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag getroffen wurde. Mit den entsprechenden Änderungen trat der Rahmenvertrag Entlassmanagement schließlich zum 1.10.2017 in Kraft.

Strittige Punkte in diesem Prozess waren vor allem, welcher administrative Aufwand mit dem Entlassmanagement verbunden ist und ob es daher bei allen Krankenhauspatient_innen durchgeführt werden muss oder nur in Fällen mit erhöhtem Versorgungsbedarf; inwieweit die notwendige IT-Infrastruktur für den formalisierten Informationsaustausch zwischen Kliniken und ambulanter Versorgung vorhanden ist; inwieweit Transparenz über das Ordnungsverhalten der einzelnen Krankenhausärzt_innen herzustellen ist und

bei wem mit welchen Daten ein Register aller Krankenhaus-ärzt_innen geführt werden soll.

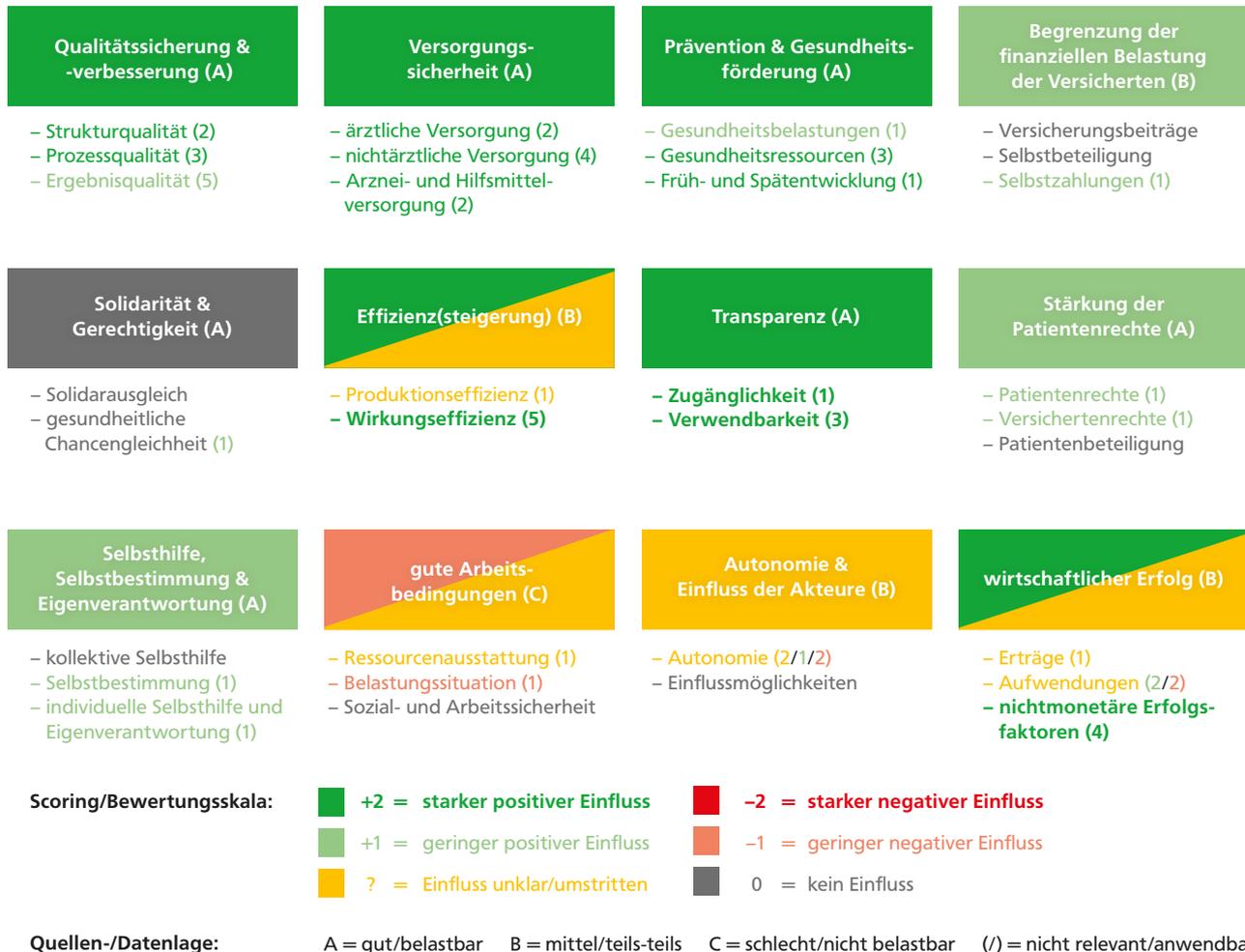
Ein aktuelles internationales Cochrane-Review zum Entlassmanagement (Gonçalves-Bradley et al. 2016) zeigt, dass der Nutzen des Entlassmanagements vor allem in einem verkürzten stationären Aufenthalt (Mittelwertsdifferenz: -0,73 Tage), bei älteren Patient_innen in einer geringeren Wiederaufnahmerate innerhalb von drei Monaten nach Entlassung sowie möglicherweise in einer höheren Patientenzufriedenheit liegt. Es könnte auch die Zufriedenheit des Personals erhöhen, auch wenn es diesbezüglich wenig Evidenz gibt. Unklar ist auch, ob Entlassmanagement die Kosten von Gesundheitsleistungen reduziert.

Die im Folgenden dargestellte ZEIG-Anwendung auf das Entlassmanagement als der zu evaluierenden Innovation/ Maßnahme ist vor dem skizzierten Hintergrund schwerpunktmäßig eine Anwendung ex post insofern, als sie sich auf bestehende Erfahrungen mit dem Entlassmanagement

stützt (etwa durch das Cochrane-Review oder AQUA 2015). Gleichzeitig erfolgt die Anwendung aber auch ex ante insofern, als der erwähnte, auf das GKV-VSG zurückgehende Rahmenvertrag zum Entlassmanagement erst kürzlich in Kraft getreten ist, hier also noch keine belastbaren Erfahrungen vorliegen. Für die ZEIG-Anwendung ist diese Mischung unproblematisch, solange transparent gemacht wird, auf was sich die Bewertung jeweils bezieht.

Es versteht sich von selbst, dass die folgende Darstellung erhebliche Abkürzungen vornehmen muss (also zum Beispiel bei Weitem nicht alle relevanten Indikatoren thematisieren kann), um den Rahmen nicht zu sprengen. Bevor auf jedes Zielfeld kurz einzeln eingegangen wird, zeigt Abbildung 6 bereits die Ergebnisübersicht der ZEIG-Anwendung. Die Zahl in Klammern gibt die Anzahl der betroffenen und für die Bewertung relevanten Indikatoren pro Aspekt/Teilbereich an, der Großbuchstabe in Klammern die Bewertung der Quellen-/Datenlage im jeweiligen Zielfeld.

Abbildung 6
ZEIG-Ergebnisübersicht zum Entlassmanagement



Auf das Zielfeld *Qualitätssicherung und -verbesserung* hat die I/M – das Entlassmanagement – deutlich positive Effekte, da ja bestehende Versorgungsschwierigkeiten und -lücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor adressiert werden. Bezüglich der Strukturqualität fallen vor allem die verbesserten organisatorischen Rahmenbedingungen ins Gewicht. Bezüglich der Prozessqualität ist davon auszugehen, dass die I/M unter anderem die Kommunikation zwischen den stationären und ambulanten Leistungserbringern sowie die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Patient_innen verbessert. Bezüglich der Ergebnisqualität ist der durch das Schließen der Versorgungslücke bedingte bessere Gesundheitszustand der Patient_innen und eine höhere Patientenzufriedenheit zu erwähnen (da die Effekte quantitativ jedoch eher gering ausfallen, wird auch der Einfluss als gering positiv gewertet). Durch die vorhandenen Reviews und zahlreichen HTA-Studien (Health Technology Assessment) ist die Datenlage bezüglich der Ergebnisqualität gut (vgl. AQUA 2015; Gonçalves-Bradley et al. 2016); dies gilt auch für die beiden anderen Aspekte insofern, als hier klare gesetzliche Vorgaben (GKV-VSG) zu befolgen sind.

Der Einfluss der I/M auf das Zielfeld *Versorgungssicherheit* ist ebenfalls positiv zu bewerten, erneut aus dem Grund, dass bestehende Versorgungslücken an der Schnittstelle von stationär und ambulant geschlossen und durch das GKV-VSG erforderliche Antrags- und Genehmigungsverfahren für Folgemaßnahmen ohne Zeitverzug eingeleitet werden sollen. Betroffen sind alle drei Bereiche, die ärztliche, die nichtärztliche und auch die Arznei- und Hilfsmittelversorgung, da Krankenhausärzt_innen durch das GKV-VSG nun selbst für einen bestimmten, an die Krankenhausentlassung anschließenden Zeitraum Arznei- und Hilfsmittel verordnen können. Da es sich um gesetzliche Vorgaben handelt, kann die Quellenlage als belastbar gelten; allerdings wird sich erst in den kommenden Jahren zeigen, wie genau die Vorgaben im Klinikalltag umgesetzt werden.

Positiv ist der Einfluss der I/M auch auf das Ziel *Prävention und Gesundheitsförderung*, denn sie führt zu tendenziell geringeren körperlichen und psychischen Belastungen bei den betroffenen Patient_innen und ihren Angehörigen. Außerdem stärkt sie die Gesundheitsressourcen, indem sie den Patient_innen das Gefühl gibt, selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess zu agieren (AQUA 2015: 86). Schließlich ist eine geringere Häufigkeit von Wiedereinweisungen ins Krankenhaus sowie eine geringere Häufigkeit einer Notfallversorgung durch das Entlassmanagement belegt (AQUA 2015; Gonçalves-Bradley et al. 2016). Die Datenlage ist entsprechend gut.

Hinsichtlich der *Begrenzung der finanziellen Belastung der Versicherten* kann von einem leicht positiven Effekt auf den Teilbereich der Selbstzahlungen ausgegangen werden. Und zwar deshalb, weil der Aufwand (Anfahrtskosten, Zeit) für unmittelbar nach der Entlassung notwendige Arzt- und Apothekenbesuche sinken dürfte genauso wie die Wahrscheinlichkeit, für bestimmte notwendige Leistungen selbst aufkommen zu müssen, weil der entsprechende Leistungsanspruch von der Krankenkasse noch nicht gewährt wurde. Ansonsten geht der Gemeinsame Bundesausschuss davon aus, dass es durch die I/M nicht zu einer übermäßigen Zu-

nahme an Verordnungen kommen wird (G-BA 2015). Daher ist auch keine Erhöhung der Versicherungsbeiträge zu erwarten. Da es für den angeführten positiven Effekt (noch) keine belastbaren Evidenzen gibt, bewegt sich die Datenlage im mittleren Bereich.

Das Zielfeld *Solidarität und Gerechtigkeit* scheint insgesamt von der I/M kaum tangiert. Zwar werden durch das Entlassmanagement die Gesundheitschancen vor allem von Patient_innen mit komplexem Versorgungsbedarf leicht erhöht, dies ist aber eher ein Aspekt der Versorgungsqualität als eine Frage der gesundheitlichen Chancengleichheit. Die Quellen- und Datenlage für die Bewertung insgesamt erscheint unkritisch.

Ambivalent fällt die Bewertung beim Ziel *Effizienz(steigerung)* aus. Auf der einen Seite ist umstritten, ob der Aufwand im Gesamtsystem durch die I/M steigt. Es scheint zwar klar, dass mehr Aufwand in die Krankenhäuser verlagert wird, allerdings könnten hier gleichzeitig auch Kosten sinken, etwa weil weniger Betten vorgehalten werden müssen (da sich die Zahl der ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus verringert oder Patient_innen ohne administrativ bedingten Zeitverzug in anschließende Maßnahmen wie Rehabilitation oder Pflegeheim übergeleitet werden können). Der Einfluss auf die Produktionseffizienz ist folglich unklar, ebenso die diesbezügliche Datenlage. Auf der anderen Seite steht ein klar positiver Effekt der I/M auf die Wirkungseffizienz durch einen besseren gesundheitlichen Outcome, der sich unter anderem an einer Verringerung der Zahl der ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus und der ambulanten Notfallbehandlungen zeigt. Die diesbezügliche Datenlage ist gut (AQUA 2015; Gonçalves-Bradley et al. 2016).

Im Hinblick auf das Ziel *Transparenz* fällt die Bewertung eindeutig positiv aus. Dabei bezieht sich diese auf das GKV-VSG, durch das der Informationsfluss zwischen Krankenhaus und nachgelagerter Versorgung bzw. Kranken- und Pflegekassen klar geregelt und formalisiert wird. Informationen sollten dadurch besser zugänglich werden. Auch ihre Verwendbarkeit verbessert sich insofern, als die an der Versorgung Beteiligten sie gut gebrauchen können sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die Krankenkassen bestimmte Vorgänge besser nachvollziehen können und bessere Prüf- und Kontrollmöglichkeiten erhalten, etwa was die Qualität des durchgeführten Entlassmanagements oder die verordneten Leistungen angeht. Da es sich hier um gesetzliche Vorgaben handelt, ist die Quellenlage belastbar.

Das Zielfeld *Stärkung der Patientenrechte* wird leicht positiv beeinflusst, denn zum einen wird das Recht der Patient_innen auf ein Entlassmanagement, wozu auch ein Informationsgespräch gehört, durch das GKV-VSG leichter wahrnehmbar – schließlich ist das Entlassmanagement nun verpflichtender Teil der Krankenhausbehandlung. Zum anderen werden die Krankenkassen zur Kostenübernahme der im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Leistungen verpflichtet. Auch hier ist die Quellenlage insofern belastbar, als es sich um gesetzliche Vorgaben handelt.

Tendenziell positiv ist der Einfluss der I/M auch auf das Zielfeld *Selbsthilfe, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung*. Die Selbstbestimmung der Betroffenen wird etwa da-

durch gefördert, dass weniger Organisationsaufwand für die auf die Entlassung folgende Behandlung notwendig ist. Außerdem soll folgender „Endpunkt“ erreicht werden: „Der Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess“ (AQUA 2015: 91). Auch die Eigenverantwortung ist angesprochen, zum Beispiel durch die Prozesskriterien „Adäquate Aufklärung, Beratung und Schulung oder Aushändigung einer Checkliste zur Eigenkontrolle der Entlassung“ (AQUA 2015: 91). Die diesbezügliche Datenlage ist gut.

Für das Ziel *gute Arbeitsbedingungen* fällt die Bewertung, die sich auf die Einführung eines verpflichtenden Entlassmanagements durch das GKV-VSG bezieht, erneut ambivalent aus. Unklar ist der Einfluss der I/M auf die von den Beschäftigten empfundene Sinnhaftigkeit der Arbeit, die für die Ressourcenausstattung eine Rolle spielt. Einerseits könnte sie sich erhöhen, wenn die verbesserte Versorgung der Patient_innen im Arbeitsalltag erlebbar wird. Andererseits könnte sie durch den zusätzlichen, selten als sinnvoll erlebten Verwaltungsaufwand in den Krankenhäusern auch sinken. Im Bereich Belastungssituation könnte die I/M zu einer erhöhten Arbeitsintensität für das Krankenhauspersonal führen, zum Beispiel durch die vorgesehenen Dokumentationspflichten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft befürchtet diesbezüglich gar ein „bürokratisches Monster“ (DKG 2017). Allerdings dürfte ein etwaiger zusätzlicher Arbeitsaufwand stark von der konkreten Ausgestaltung der Prozesse und der Qualität einer IT-Unterstützung abhängen. Für Beschäftigte, die mit der nachstationären Versorgung betraut sind, könnte sich die Arbeitsintensität umgekehrt auch verringern. Insgesamt ist die Datenlage für die Bewertung dieses Zielfeldes schlecht, verfügbar sind nur Äußerungen der betroffenen Akteure.

Weitgehend unklar ist der Einfluss der I/M auf das Zielfeld *Autonomie und Einfluss der Akteure*, wobei hier auch eine ambivalente (positiv-negative) Bewertung denkbar wäre. Auf der einen Seite erweitert das GKV-VSG die Rechte und Befugnisse der Krankenhäuser bzw. der Krankenhausärzt_innen im Rahmen eines standardisierten Entlassmanagements, zum Beispiel was die Verordnung von ambulant zu erbringenden Leistungen betrifft. Auf der anderen Seite schränkt es die bisher bestehenden Handlungsspielräume auch ein, etwa ein Entlassmanagement nach hauseigenen Kriterien durchzuführen, und erweitert externe Prüf- und Kontrollmöglichkeiten gegenüber den Krankenhäusern. So sollen etwa die Krankenhausärzt_innen eine lebenslang gültige Nummer erhalten, über die zum Beispiel jede Arzneimittelverschreibung dem jeweiligen Arzt bzw. der jeweiligen Ärztin zugeordnet werden könnte. Allerdings ist der Punkt noch nicht abschließend geregelt, bisher wurde lediglich eine Übergangsregelung getroffen, wonach anstelle der lebenslangen Arztnummer eine Fachgruppennummer zu verwenden ist (GKV-Spitzenverband et al. 2017). Strittig ist darüber hinaus, inwieweit die Ressourcenausstattung der Krankenhäuser auch für die neuen Aufgaben im Entlassmanagement ausreichend ist. Die Datenlage ist entsprechend uneindeutig.

Beim Ziel *wirtschaftlicher Erfolg* ist ebenfalls keine eindeutige Bewertung möglich. Sowohl der Einfluss der I/M auf die Ertragssituation von Krankenhäusern und ambulan-

ten Versorgern als auch der auf die Aufwandsseite ist unklar: Fallen die Einnahmen der Krankenhäuser geringer aus, weil die Häufigkeit von stationären Wiederaufnahmen sinkt? Oder ist für die ambulanten Versorger finanziell spürbar, dass weniger Patient_innen unmittelbar im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt bei ihnen vorstellig werden? Sinken die Kosten für die Krankenhäuser durch eine kürzere Aufenthaltsdauer der Patient_innen (bei pauschaler Vergütung) oder steigen sie unterm Strich durch einen erhöhten Personalaufwand für das Entlassmanagement? Wie wirkt sich ein womöglich geringerer Personalaufwand bei den nachgelagerten Versorgern aus? Im Gegensatz zu den finanziellen Aspekten ist der Einfluss der I/M auf die nichtmonetären Erfolgsfaktoren deutlich positiv, zum Beispiel da eine höhere Kunden- bzw. Patientenzufriedenheit erreicht wird (Gonçalves-Bradley et al. 2016) oder durch die Standardisierung und Verbesserung krankenhauser interner Prozesse. Entsprechend der unklaren Effekte bewegt sich die Datenlage hier im mittleren Bereich.

Insgesamt zeigt sich mit Blick auf die in Abbildung 6 dargestellte ZEIG-Ergebnisübersicht, dass die analysierte I/M – das Entlassmanagement – überwiegend positive Effekte auf die zwölf übergeordneten Ziele hat. Dabei sind auffallend viele Zielfelder und Prüffragen tangiert, jedenfalls mehr als bei den anderen untersuchten Fallbeispielen (siehe Abbildung 2). Unklar bleiben vor allem die finanziellen Effekte für die Krankenhäuser (und ambulanten Versorger). Negativ scheint bisher in erster Linie ein Punkt bei den Arbeitsbedingungen zu sein (erhöhte Arbeitsintensität), der allerdings stark von der konkreten Ausgestaltung der Prozesse abhängt und insofern änderbar sein dürfte. Dann würde die Gesamtbewertung (noch) positiver ausfallen.

5

KONTEXTE, NUTZEN UND GRENZEN DER ZEIG-ANWENDUNG

Nach der Vorstellung des zielfokussierten Evaluationstools und seiner Anwendung an einem Fallbeispiel sollen nun abschließend mögliche Einsatzfelder und Nutzungspotenziale des Tools verdeutlicht werden, wobei auch einige einschränkende Bemerkungen erforderlich sind. Generell kommen für die ZEIG-Anwendung in der Praxis diverse Kontexte infrage. Unterscheiden lassen sich insbesondere ein Selbstreflexions-, ein Deliberations- und ein Forschungskontext.

In einem Selbstreflexionskontext mag das Evaluationstool von einem Einzelakteur eingesetzt werden, um die zukünftigen Auswirkungen einer geplanten Maßnahme oder Strategie im Gesundheitswesen besser abschätzen (ex ante) oder die Auswirkungen einer bereits umgesetzten Maßnahme oder Strategie nachträglich bewerten (ex post) zu können. Die Anwendung kann dabei sowohl von einer Einzelperson als auch im Team durchgeführt werden. Im Ergebnis stößt man womöglich auf bislang übersehene negative Effekte, die eine entsprechende Anpassung der Maßnahme oder Strategie anregen, oder auf positive Effekte, die man sich für interne oder externe Zwecke zunutze machen kann. Oder es wird klar, an welchen Stellen der aktuelle Wissensstand unzureichend ist, um eine seriöse Beurteilung vorzunehmen.

In einem (gesundheitspolitischen) Deliberationskontext stecken möglicherweise die größten Potenziale einer ZEIG-Anwendung. Hier kann das Tool in Diskussions- und Aushandlungsprozessen eingesetzt werden, in die verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Interessen eingebunden sind. In einem moderierten Format etwa könnten alle Beteiligten das Tool zunächst einzeln auf die zur Diskussion stehende Innovation/Maßnahme anwenden (ob ex ante oder ex post), um anschließend die einzelnen ZEIG-Bewertungen nebeneinander zu legen und zu vergleichen. Auf diese Weise könnten – womöglich schneller als üblich – gezielt Bereiche identifiziert und differenziert werden, auf die die I/M unstrittig positive oder negative Auswirkungen hat (Konsens), und solche, für die die Bewertungen unterschiedlich ausfallen, also umstritten sind (Dissens). Man hätte dann eine ausgezeichnete Grundlage für anschließende Verhandlungen, weil pauschale Ablehnungen oder Einschätzungen erschwert, Interessenlagen deutlicher sichtbar und die eigent-

lich strittigen Kernpunkte leichter fassbar werden. Darüber hinaus könnte klarer aufgezeigt werden, an welchen Stellen aufgrund schlechter Datenlage Forschungsbedarf besteht und welche Fragen daher notgedrungen offenbleiben müssen. Im Idealfall könnten damit Prozesse zugleich versachlicht, transparenter und beschleunigt werden.

In einem Forschungskontext schließlich könnte das Tool dazu genutzt werden, eine sowohl ganzheitliche als auch solide und belastbare Wissensbasis zu schaffen entweder für nachträgliche Evaluationen von Innovationen/Maßnahmen (ex post) oder für Abschätzungen der zukünftigen Folgen von Innovationen/Maßnahmen (ex ante) im Gesundheitswesen, ähnlich wie es in den Bereichen Technikfolgenabschätzung (TA) und Gesetzesfolgenabschätzung (GFA) seit Langem praktiziert wird. Auch hier würde das Tool einerseits das Forschungsdesign strukturieren und andererseits in der Anwendung dazu beitragen, die eigentlichen Forschungslücken zu identifizieren, also die Stellen, wo die Datenlage insgesamt schlecht ist und entsprechend Forschungsbedarf besteht. Als Interessenten und potenzielle Auftraggeber für derartige Studien kommen prinzipiell alle Akteure im Gesundheitswesen infrage.

Natürlich lassen sich die drei skizzierten Kontexte auch kombinieren. Gerade Forschung ist immer dann eine Option, wenn die Quellen- und Datenlage bei einem Zielfeld als schlecht eingestuft wird, dem Zielfeld aber besondere Bedeutung zukommt. Und für die Akteure, die das Tool in einem Deliberationskontext anwenden, liegt es ohnehin nahe, es gleichzeitig zur Selbstreflexion einzusetzen.

Unabhängig von den Anwendungskontexten gilt, dass eine ZEIG-Anwendung mit extrem unterschiedlichem Aufwand erfolgen kann. Sie ist einerseits „quick & dirty“ möglich, also in ungefähr ein bis zwei Stunden, wenn der/die Anwender_in immer sofort eine Bewertung vornimmt, ohne groß zu überlegen oder Informationen einzuholen und ohne die Bewertung transparent zu begründen. Als ein erster, den weiteren Analyseprozess vorbereitender Schritt kann dies durchaus sinnvoll sein. Die Qualität und Brauchbarkeit der Evaluation hängt in diesem Fall aber stark von der Expertise und Kompetenz der Anwender_innen ab. Andererseits kann eine einzelne Anwendung mehrere hoch

qualifizierte Personen über Wochen und Monate in Anspruch nehmen, wenn zu allen relevanten Zielfeldern Informationen eingeholt, gegebenenfalls sogar neue Daten erhoben und analysiert, Bewertungen untereinander diskutiert und begründet werden. Ein solches Vorgehen schafft besonders günstige Voraussetzungen für eine robuste, belastbare und für Dritte nachvollziehbare Evaluation.

Selbst bei größtmöglicher Bearbeitungstiefe, Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit ist aber auch klar: Die Anwendung des Tools wird immer ein subjektives Moment haben. Dadurch dass bei vielen Indikatoren und Prüffragen letztlich komplexe Sachverhalte in eine sechsstufige Bewertungsskala übersetzt werden müssen und schließlich auch noch eine zusammenfassende Bewertung für jedes Zielfeld vorzunehmen ist, lässt sich dies gar nicht vermeiden. Umso wertvoller ist die Funktion des Tools, diese Übersetzungen, Gewichtungen und Bewertungen für den/die Anwender_in und Dritte transparent und nachvollziehbar zu machen.

Festgehalten sei schließlich, dass es bei einer ZEIG-Anwendung nicht um die Produktion absoluter Bewertungen (im Sinne „bunter Bilder“) geht, sondern darum, die Heterogenität und Komplexität der Effekte einer Innovation/Maßnahme im Gesundheitswesen besser erfassen, abbilden und im Hinblick auf normative Zielgrößen analysieren und diskutieren zu können. Wenn die daraus resultierenden Ergebnisse in die entsprechenden Entscheidungsprozesse einfließen würden, wäre schon viel gewonnen.

6

ANHANG: ZEIG-VORLAGE

Die folgenden Seiten geben einige praktische Hinweise zur Anwendung des Evaluationstools und einen vollständigen Überblick über die Systematik des Tools mit allen Zielfeldern, Prüffragen und Indikatoren. Darüber hinaus können die Seiten als Kopier- bzw. Druckvorlage für die eigene ZEIG-Anwendung dienen. Eine weitaus nutzerfreundlichere Anwendungsmöglichkeit besteht online unter www.zeig-analyse.de.

HINWEISE ZUR ANWENDUNG

Definieren Sie zunächst die **konkrete Innovation bzw. Maßnahme (I/M)**, die Sie mithilfe des Tools analysieren wollen. In vielen Fällen ist es außerdem sinnvoll zu überlegen, was genau die Vergleichsfolie für die Situation mit eingeführter/umgesetzter I/M ist. Gehen Sie dann bei der Anwendung des Tools wie folgt vor:

- Setzen Sie sich mit den **zwölf Zielen** einzeln auseinander (Reihenfolge ist beliebig) und bearbeiten Sie die zwei bis drei **Prüffragen** (a/b/c) getrennt voneinander.
- Die bei den Prüffragen aufgeführten **Indikatoren** weisen durch die in Klammern gesetzten Adjektive in die Richtung, für die ein positiver Einfluss bzw. positive Effekte angenommen werden können.
- Wann immer Ihnen ein Indikator relevant erscheint, halten Sie Ihre **Notizen** und Überlegungen dazu fest. Sollten Sie bei einem Indikator eine bestimmte Veränderung annehmen, können Sie ihn mit der entsprechenden Ziffer der ZEIG-Bewertungsskala versehen bzw. farblich markieren (Farbschema s. u.). Wird ein Aspekt von den Indikatoren nicht abgedeckt, versuchen Sie ihn unter den am nächsten liegenden Indikator zu subsumieren oder fügen Sie einen entsprechenden neuen Indikator zur Prüffrage hinzu – der Aspekt sollte jedenfalls nicht unberücksichtigt bleiben, nur weil die Indikatoren ihn nicht abzudecken scheinen.
- Haben Sie alle Indikatoren einer Prüffrage gedanklich geprüft, nehmen Sie das **Scoring** für die jeweilige Prüffrage vor. Benutzen Sie dafür die ZEIG-Bewertungsskala:

- 2 = starker negativer Einfluss**
- 1 = geringer negativer Einfluss**
- 0 = kein Einfluss**
- +1 = geringer positiver Einfluss**
- +2 = starker positiver Einfluss**
- ? = Einfluss unklar/umstritten**

- Treffen Sie anschließend eine Auswahl mit Blick auf die **Quellen- bzw. Datenlage**, auf der Ihre Einschätzung beruht. Verwenden Sie dazu folgende Codierung:
A = gut/belastbar
B = mittel/teils-teils
C = schlecht/nicht belastbar
(/) = nicht relevant/anwendbar
- Beachten Sie, dass bei den Prüffragen und Indikatoren womöglich unterschiedliche Akteure betroffen sein oder unterschiedliche Vergleichsmaßstäbe herangezogen werden können oder verschiedene Zeithorizonte (kurzfristig/langfristig) zu berücksichtigen sind. Dafür gibt es kein standardisiertes oder standardisierbares Vorgehen. Machen Sie ggf. die daraus folgenden **unterschiedlichen Bewertungen transparent**. In manchen Fällen kann eine Abwägung der unterschiedlichen Effekte und eine Zusammenfassung („im Endeffekt/unterm Strich“) sinnvoll sein; in anderen Fällen ist es entscheidend, die ambivalenten Effekte so stehen zu lassen und bis auf die Ebene der Ergebnisübersicht sichtbar zu halten.
- Haben Sie alle zwei bis drei Prüffragen des jeweiligen Ziels bearbeitet, nehmen Sie eine **zusammenfassende Einschätzung für das Ziel** vor. Verwenden Sie dafür erneut die ZEIG-Bewertungsskala. Markieren Sie für eine bessere Übersicht ggf. die gesamte Überschrift entsprechend farblich. Halten Sie auch hier Ihre Überlegungen oder Ihre Begründung für Ihre Einschätzung fest. Beachten Sie, dass diese zusammenfassende Einschätzung für eine etwaige Diskussion mit anderen essenziell ist. Geben Sie außerdem noch eine zusammenfassende Bewertung der Quellen- bzw. Datenlage für die Gesamteinschätzung des Ziels an.

Abbildung 7

Fiktives Beispiel für eine ZEIG-Ergebnisübersicht

Qualitätssicherung & -verbesserung (A)	Versorgungssicherheit (C)	Prävention & Gesundheitsförderung (B)	Begrenzung der finanziellen Belastung der Versicherten (A)
<ul style="list-style-type: none"> – Strukturqualität (1) – Prozessqualität (1) – Ergebnisqualität 	<ul style="list-style-type: none"> – ärztliche Versorgung (1) – nichtärztliche Versorgung – Arznei- und Hilfsmittelversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitsbelastungen – Gesundheitsressourcen (2) – Früh- und Spätentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> – Versicherungsbeiträge – Selbstbeteiligung – Selbstzahlungen (3)
Solidarität & Gerechtigkeit (B)	Effizienz(steigerung) (C)	Transparenz (/)	Stärkung der Patientenrechte (A)
<ul style="list-style-type: none"> – Solidarausgleich – gesundheitliche Chancengleichheit (3) 	<ul style="list-style-type: none"> – Produktionseffizienz (2) – Wirkungseffizienz (1) 	<ul style="list-style-type: none"> – Zugänglichkeit – Verwendbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> – Patientenrechte – Versichertenrechte (1) – Patientenbeteiligung
Selbsthilfe, Selbstbestimmung & Eigenverantwortung (/)	gute Arbeitsbedingungen (B)	Autonomie & Einfluss der Akteure (C)	wirtschaftlicher Erfolg (A)
<ul style="list-style-type: none"> – kollektive Selbsthilfe – Selbstbestimmung – individuelle Selbsthilfe und Eigenverantwortung 	<ul style="list-style-type: none"> – Ressourcenausstattung (1) – Belastungssituation (1) – Sozial- und Arbeitssicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> – Autonomie (2) – Einflussmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> – Erträge – Aufwendungen (1/1) – nichtmonetäre Erfolgsfaktoren

Scoring: Farbschema entscheidend; Ziffer dient nur als Abkürzung/Code; bei ambivalenter Bewertung mehrere Farben/Ziffern, die sich nicht gegenseitig aufheben

ZEIG-Bewertungsskala:

■	+2 = starker positiver Einfluss	■	-2 = starker negativer Einfluss
■	+1 = geringer positiver Einfluss	■	-1 = geringer negativer Einfluss
■	? = Einfluss unklar/umstritten	■	0 = kein Einfluss

Quellen-/Datenlage: A = gut/belastbar B = mittel/teils-teils C = schlecht/nicht belastbar (/) = nicht relevant/anwendbar

Abbildung 8

Vorlage für die ZEIG-Ergebnisübersicht

Qualitätssicherung & -verbesserung (/)	Versorgungssicherheit (/)	Prävention & Gesundheitsförderung (/)	Begrenzung der finanziellen Belastung der Versicherten (/)
<ul style="list-style-type: none"> – Strukturqualität – Prozessqualität – Ergebnisqualität 	<ul style="list-style-type: none"> – ärztliche Versorgung – nichtärztliche Versorgung – Arznei- und Hilfsmittelversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitsbelastungen – Gesundheitsressourcen – Früh- und Spätentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> – Versicherungsbeiträge – Selbstbeteiligung – Selbstzahlungen
Solidarität & Gerechtigkeit (/)	Effizienz(steigerung) (/)	Transparenz (/)	Stärkung der Patientenrechte (/)
<ul style="list-style-type: none"> – Solidarausgleich – gesundheitliche Chancengleichheit 	<ul style="list-style-type: none"> – Produktionseffizienz – Wirkungseffizienz 	<ul style="list-style-type: none"> – Zugänglichkeit – Verwendbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> – Patientenrechte – Versichertenrechte – Patientenbeteiligung
Selbsthilfe, Selbstbestimmung & Eigenverantwortung (/)	gute Arbeitsbedingungen (/)	Autonomie & Einfluss der Akteure (/)	wirtschaftlicher Erfolg (/)
<ul style="list-style-type: none"> – kollektive Selbsthilfe – Selbstbestimmung – individuelle Selbsthilfe und Eigenverantwortung 	<ul style="list-style-type: none"> – Ressourcenausstattung – Belastungssituation – Sozial- und Arbeitssicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> – Autonomie – Einflussmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> – Erträge – Aufwendungen – nichtmonetäre Erfolgsfaktoren

- Sollte die Bewertung eines Zielfeldes nicht einheitlich, sondern **ambivalent** ausfallen, vergeben Sie zwei (oder mehr) Ziffern. Gleiches gilt ggf. für das Scoring der Prüffrage. Auf diese Weise bleibt eine ambivalente Bewertung auch im Gesamtergebnis sichtbar.
- Wenden Sie Tool und Scoring **nicht zu formalistisch** an. Letztlich handelt es sich hier um eine qualitativ und oftmals auch subjektiv gefärbte Evaluation, die durch das Tool allerdings transparent gemacht wird. Das heißt insbesondere: 1) „verrechnen“ Sie nicht einfach Zahlen und Einschätzungen miteinander; 2) überlegen Sie auf jeder Ebene (Indikatoren – Prüffragen – Ziel) neu, ob sich ein relevanter Einfluss/Effekt beobachten lässt. Ob drei mit „grün/+1“ bewertete Indikatoren auch zu einer mit „grün/+1“ bewerteten Prüffrage und dies dann zu einem mit „grün/+1“ oder aber zu einem mit „grau/0“ bewerteten Zielfeld führt, ist kein Automatismus, sondern sollte von Fall zu Fall entschieden und entsprechend inhaltlich begründet werden.
- Nach der Bewertung aller zwölf Ziele können Sie die Ergebnisse in die Vorlage für die **Ergebnisübersicht** übertragen (siehe Abbildung 8). Halten Sie ggf. auch auf dieser zielübergreifenden Ebene Gedanken und Schlussfolgerungen fest.

Zur Illustration ist auf der voranstehenden Seite eine finale Ergebnisübersicht anhand eines fiktiven Beispiels dargestellt (siehe Abbildung 7). Die Zahlen in Klammern verweisen auf die Anzahl der Indikatoren, für die ein Effekt beobachtet werden konnte. Der Großbuchstabe in Klammern gibt die Bewertung der Quellen-/Datenlage im jeweiligen Zielfeld an.

1 QUALITÄTSSICHERUNG & -VERBESSERUNG

Zusammenfassende Einschätzung: (...)
 Quellen-/Datenlage: (...)

a) Welche Effekte hat die I/M auf die **Strukturqualität** der Versorgung?

- Indikatoren für Strukturqualität:
 - (erhöhte) Qualifikation des Personals
 - (mehr/bessere) Fort-/Weiterbildung des Personals
 - (bessere) organisatorische Rahmenbedingungen (auch bzgl. Patientenbedarfe)
 - (bessere) räumliche Rahmenbedingungen (auch bzgl. Patientenbedarfe)
 - (bessere) technische Ausstattung/Infrastruktur (auch bzgl. Patientenbedarfe)
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Strukturqualität? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

b) Welche Effekte hat die I/M auf die **Prozessqualität** der Versorgung?

- Indikatoren für Prozessqualität:
 - (bessere, EbM-/Leitlinien-basierte, bedarfsgerechte) Diagnostik

- (bessere, EbM-/Leitlinien-basierte, bedarfsgerechte) Therapie
- (besser) aufeinander abgestimmte Versorgungsprozesse
- (einfachere/anwenderfreundlichere) Versorgungspraxis
- (bessere) Dokumentation
- (bessere) Kommunikation zwischen Ärzten/ Professionellen und Patienten
- (bessere) Kommunikation zwischen Leistungserbringern/Professionellen
- (besseres) Schnittstellenmanagement zwischen Leistungserbringern
- (stärkere) Orientierung an Patientenbedarfen
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Prozessqualität? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

c) Welche Effekte hat die I/M auf die **Ergebnisqualität** der Versorgung?

- Indikatoren für Ergebnisqualität:
 - (besserer) Gesundheitszustand
 - (bessere) Lebensqualität
 - (höhere/bessere) Patientenzufriedenheit und -erfahrungen
 - (geringere) Häufigkeit von Komplikationen
 - (besseres) Gesundheitsverhalten
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Ergebnisqualität? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

2 VERSORGUNGSSICHERHEIT

Zusammenfassende Einschätzung: (...)
 Quellen-/Datenlage: (...)

a) Welche Effekte hat die I/M auf die Sicherstellung der **ärztlichen Versorgung**?

- Indikatoren für die Sicherstellung:
 - (größere) Wohnortnähe zur ambulanten/stationären ärztlichen Versorgung
 - (keine/kürzere) Wartezeiten auf die ambulante/stationäre ärztliche Versorgung
 - (besserer/leichterer) sonstiger Zugang zur ambulanten/stationären ärztlichen Versorgung
 - (besserer/leichterer) Zugang zur ärztlichen Notfallversorgung
 - (besseres) Schnittstellenmanagement bzgl. der ärztlichen Versorgung
 - (bessere/adäquatere) Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die ärztliche Versorgung? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

b) Welche Effekte hat die I/M auf die Sicherstellung der **nichtärztlichen Gesundheitsversorgung**?

- Indikatoren für die Sicherstellung:
 - (größere) Wohnortnähe zu ambulanten/stationären Leistungen der Psychotherapie, der Pflege, zu Hebammen- und Heilmittelleistungen (Physiotherapie u. a.)
 - (keine/kürzere) Wartezeiten auf ambulante/stationäre Leistungen der Psychotherapie, der Pflege, auf Hebammen- und Heilmittelleistungen (Physiotherapie u. a.)
 - (besserer/leichterer) sonstiger Zugang zu ambulanten/stationären Leistungen der Psychotherapie, der Pflege, zu Hebammen- und Heilmittelleistungen (Physiotherapie u. a.)
 - (besseres) Schnittstellenmanagement bzgl. der nichtärztlichen Versorgung
 - (bessere/adäquatere) Bedarfsplanung für nichtärztliche Gesundheitsleistungen, insbesondere für Psychotherapie und Pflege
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die nichtärztliche Versorgung? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

c) Welche Effekte hat die I/M auf die Sicherstellung der **Arznei- und Hilfsmittelversorgung**?

- Indikatoren für die Sicherstellung:
 - (größere) Wohnortnähe zur Apotheke und zum Hilfsmittel-Fachgeschäft
 - (keine/kürzere) Wartezeiten auf Arznei- und (maßgefertigte) Hilfsmittel
 - (besserer/leichterer) sonstiger Zugang zu Arznei- und Hilfsmitteln
 - (besseres) Schnittstellenmanagement bzgl. der Arznei- und Hilfsmittelversorgung
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Arznei- und Hilfsmittelversorgung? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

3 PRÄVENTION & GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Zusammenfassende Einschätzung: (...)
 Quellen-/Datenlage: (...)

a) Welche Effekte hat die I/M auf die **Gesundheitsbelastungen** von Menschen?

- Indikatoren für Belastung:
 - (keine/geringere) chemische, physikalische, biologische Belastung
 - (keine/geringere) körperliche und psychische Überlastung
 - (keine/geringere) Ernährungs- und Bewegungsmängel
 - (keine/geringere) Belastung durch Stress und Suchtmittelkonsum
 - (keine/geringere) soziale Isolation

- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Gesundheitsbelastungen? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

b) Welche Effekte hat die I/M auf die **Gesundheitsressourcen** von Menschen?

- Indikatoren für Ressourcen:
 - (bessere/größere) körperliche/psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit
 - (mehr/bessere) Bildung und Gesundheitskompetenzen
 - (mehr/größere) Handlungsspielräume und Selbstbestimmung
 - (mehr/bessere) Teilhabe und soziale Unterstützung
 - (bessere) sozioökonomische Lage
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Gesundheitsressourcen? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

c) Welche Effekte hat die I/M auf die **Früh- und Spätentwicklung** von Erkrankungen?

- Indikatoren für Früh- und Spätentwicklung:
 - (mehr/bessere) Früherkennung mit anschließenden Behandlungsmöglichkeiten
 - (mehr/bessere) Behandlungsmöglichkeiten von Erkrankungen im Frühstadium
 - (geringere) Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens einer Erkrankung
 - (keine/geringere) Folge-/Spätschäden manifester/chronischer Erkrankungen
 - (größerer) zeitlicher Aufschub von Folge- und Spätschäden
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Entwicklung von Erkrankungen? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

4 BEGRENZUNG DER FINANZIELLEN BELASTUNG DER VERSICHERTEN

Zusammenfassende Einschätzung: (...)
 Quellen-/Datenlage: (...)

a) Welche Effekte hat die I/M auf die **Versicherungsbeiträge**?

- Indikatoren für Versicherungsbeiträge:
 - (geringerer) Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung
 - (keine/geringere) Zusatzbeiträge und sonstige Beitragszahlungen (GKV)
 - (geringere) Beiträge/Prämien zur privaten Voll-/Teil-/Zusatzversicherung
 - (mehr/höhere) Boni/Geldprämien von der GKV
 - (mehr/höhere) Beitragsrückerstattungen von der PKV
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Versicherungsbeiträge? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

b) Welche Effekte hat die I/M auf die **Selbstbeteiligung** (im Leistungsfall)?

- Indikatoren für Selbstbeteiligung:
 - (keine/geringere) Zuzahlungen und Eigenanteile (GKV)
 - (keine/geringere) Selbstbehalte bei GKV-Wahlтарifen
 - (keine/geringere) Selbstbehalte bei der PKV
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Selbstbeteiligung? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

c) Welche Effekte hat die I/M auf **Selbstzahlungen** der Versicherten (sonstige private Gesundheitsausgaben)?

- Indikatoren für Selbstzahlungen im Gesundheitsbereich:
 - (geringere) Ausgaben für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)
 - (geringere) Ausgaben für sonstige ärztliche/pflegerische/therapeutische Leistungen
 - (geringere) Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung
 - (geringere) Ausgaben für Arznei-/Hilfsmittel und sonstige Waren
 - (geringere) Ausgaben für Unterkunft, Verpflegung und Transporte
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Selbstzahlungen? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

5 SOLIDARITÄT & GERECHTIGKEIT

Zusammenfassende Einschätzung: (...)
Quellen-/Datenlage: (...)

a) Welche Effekte hat die I/M auf den **Solidarausgleich** durch finanzielle Umverteilung?

- Formen des Solidarausgleichs:
 - (größerer) Schadensausgleich (Gesunde vs. Kranke)
 - (größerer) Einkommensausgleich (besser vs. schlechter Verdienende)
 - (größerer) Risikoausgleich (niedrigeres vs. höheres Erkrankungsrisiko)
 - (größerer) Generationenausgleich (Jüngere vs. Ältere)
 - (größerer) Familienleistungsausgleich (Kinderlose vs. Familien/Kinder)
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf den Solidarausgleich? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

b) Welche Effekte hat die I/M auf die **gesundheitliche Chancengleichheit**?

- Indikatoren für die Gleichheit der Chancen, gesund zu sein/bleiben/werden:
 - (kein/geringerer) Einfluss des sozioökonomischen Status

- (kein/geringerer) Einfluss des Geschlechts
- (kein/geringerer) Einfluss von Alter und Generationenzugehörigkeit
- (kein/geringerer) Einfluss von Nationalität/Ethnizität und Migrationshintergrund
- (kein/geringerer) Einfluss von sonstigen Lebens-/Rahmenbedingungen
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Chancengleichheit? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

6 EFFIZIENZ(STEIGERUNG)

Zusammenfassende Einschätzung: (...)
Quellen-/Datenlage: (...)

a) Welche Effekte hat die I/M auf die **Produktions-effizienz** der Versorgung?

- Indikatoren für Effizienz im Produktionsbereich:
 - (geringere) Kosten für die Erstellung eines Leistungsangebots
 - (geringere) Kosten für die Erstellung einer Gesundheitsleistung
 - (geringere) Kosten für die eingesetzten Produktionsfaktoren
 - (geringerer) Einsatz von Produktionsfaktoren für die Leistungserstellung
 - (geringerer) Einsatz sonstiger Ressourcen
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Produktionseffizienz? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

b) Welche Effekte hat die I/M auf die **Wirkungseffizienz** der Versorgung?

- Indikatoren für Effizienz im Wirkungsbereich:
 - (höherer) gesundheitlicher Outcome eines Leistungsangebots
 - (höherer) gesundheitlicher Outcome einer Gesundheitsleistung
 - (höhere) Nutzung eines Leistungsangebots
 - (höhere) Wirksamkeit einer Gesundheitsleistung
 - (höherer) sonstiger Nutzen
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Wirkungseffizienz? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

7 TRANSPARENZ

Zusammenfassende Einschätzung: (...)
Quellen-/Datenlage: (...)

a) Welche Effekte hat die I/M auf die **Zugänglichkeit** von Informationen?

- Indikatoren für die Zugänglichkeit:

- (mehr/zusätzlich) offengelegte Informationen
- (mehr/neuartige) unabhängige/unverzerrte Informationen
- (mehr/bessere) unabhängige/unverzerrte Informationsvermittlung
- (mehr/erweiterte) Einsichts- und Informationsrechte
- (mehr/bessere) Einsichtsmöglichkeiten
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Zugänglichkeit? (...)
 - Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

b) Welche Effekte hat die I/M auf die **Verwendbarkeit** von Informationen?

- Indikatoren für die Verwendbarkeit:
 - (bessere) Entscheidungsgrundlage für Patienten/Versicherte
 - (bessere) Wissensbasis für Handeln der Akteure
 - (bessere) Nachvollziehbarkeit von Prozessen/Entscheidungen
 - (bessere) Prüf- und Kontrollmöglichkeiten
 - (bessere) Sichtbarkeit von Interessenkonflikten
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Verwendbarkeit? (...)
 - Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

8 STÄRKUNG DER PATIENTENRECHTE

Zusammenfassende Einschätzung: (...)

Quellen-/Datenlage: (...)

a) Welche Effekte hat die I/M auf die **Patientenrechte** und deren Wahrnehmung?

- Zentrale Aspekte:
 - (erweiterte/leichter wahrnehmbare) Informations- und Aufklärungsrechte
 - (erweiterte/leichter wahrnehmbare) Selbstbestimmungsrechte
 - (bessere) Berücksichtigung des Rechts auf Vertraulichkeit, Privatheit und informationelle Selbstbestimmung
 - (erweiterte/leichter wahrnehmbare) Einsichtsrechte
 - (erweiterte/leichter wahrnehmbare) Rechte bei Behandlungsfehlern
 - (bessere) Beschwerdemöglichkeiten gegenüber Behandelnden
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Patientenrechtssituation? (...)
 - Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

b) Welche Effekte hat die I/M auf die **Versichertenrechte** und deren Wahrnehmung?

- Zentrale Aspekte:
 - (erweiterte/leichter wahrnehmbare) Wahlfreiheitsrechte
 - (erweiterte/leichter wahrnehmbare) Rechte gegenüber Kostenträgern

- (bessere) Beschwerdemöglichkeiten gegenüber Krankenversicherungen
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Versichertenrechtssituation? (...)
 - Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

c) Welche Effekte hat die I/M auf die **Patientenbeteiligung** (Mitbestimmungsrechte)?

- Zentrale Aspekte:
 - (mehr/bessere) Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen
 - (mehr) Rechte/Befugnisse für Patientenbeauftragte von Bund/Ländern
 - (mehr/leichter wahrnehmbare) Rechte für Patientenvertretung im G-BA
 - (mehr/bessere) Patientenbeteiligung in sonstigen Regulierungsgremien
 - (mehr/bessere) Patientenbeteiligung bei der Leitlinienerstellung
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Patientenbeteiligung? (...)
 - Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

9 SELBSTHILFE, SELBSTBESTIMMUNG & EIGENVERANTWORTUNG

Zusammenfassende Einschätzung: (...)

Quellen-/Datenlage: (...)

a) Welche Effekte hat die I/M auf die **kollektive Selbsthilfe**?

- Indikatoren für die Situation kollektiver Selbsthilfe:
 - (mehr/bessere) finanzielle Förderung/Ausstattung der Selbsthilfe
 - (mehr/bessere) infrastrukturelle Förderung/Ausstattung der Selbsthilfe
 - (mehr/höhere) Selbsthilfefreundlichkeit in Gesundheitseinrichtungen
 - (mehr/bessere) Beteiligung der organisierten Selbsthilfe
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die kollektive Selbsthilfe? (...)
 - Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

b) Welche Effekte hat die I/M auf die **Selbstbestimmung** von insbesondere hilfe- und pflegebedürftigen Menschen?

- Indikatoren für Selbstbestimmung:
 - (bessere) Berücksichtigung/Wahrung des persönlichen Willens
 - (bessere) Beachtung/Wahrung der Entscheidungsfreiheit
 - (bessere) Information als Entscheidungsgrundlage
 - (bessere) Möglichkeiten der Realisierung eigener Entscheidungen
 - (bessere) Bedingungen für eine selbstständige Lebens-/Alltagsgestaltung

- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Selbstbestimmung? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

c) Welche Effekte hat die I/M auf **individuelle Selbsthilfe** und **Eigenverantwortung**?

- Indikatoren für individuelle Selbsthilfe bzw. Eigenverantwortung:
 - (bessere) Bedingungen für Selbstdiagnose/-behandlung/-medikation
 - (bessere) Bedingungen für die eigene Pflege/Betreuung von Angehörigen
 - (mehr/größere) Wahlfreiheiten und -möglichkeiten
 - (bessere) Bedingungen für gesundheitsbewusstes Verhalten/Selbstsorge
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Eigenverantwortung? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

10 GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN

Zusammenfassende Einschätzung: (...)
Quellen-/Datenlage: (...)

a) Welche Effekte hat die I/M auf die **Ressourcenausstattung** der Beschäftigten?

- Indikatoren für die Ressourcenausstattung:
 - (größere) Gestaltungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten
 - (bessere) Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten
 - (höhere) Führungsqualität der Vorgesetzten
 - (besseres) Betriebs- und Arbeitsklima
 - (höhere) Sinnhaftigkeit der Arbeit
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Ressourcenausstattung? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

b) Welche Effekte hat die I/M auf die **Belastungssituation** der Beschäftigten?

- Indikatoren für die Belastungssituation:
 - (bessere/belastungsärmere) Arbeitszeitlage
 - (bessere) Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben
 - (weniger belastende) soziale und psychische Anforderungen
 - (weniger belastende) körperliche Anforderungen
 - (weniger belastende) Arbeitsintensität
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Belastungssituation? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

c) Welche Effekte hat die I/M auf die **Sozial- und Arbeitssicherheit** der Beschäftigten?

- Indikatoren für die soziale Sicherheit bzw. Arbeitssicherheit:
 - (höheres/leistungsgerechtes) Einkommen
 - (höhere/ausreichende) gesetzliche Rente
 - (bessere) betriebliche Sozialleistungen
 - (höhere) Beschäftigungssicherheit
 - (besserer) Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Sozial-/Arbeitssicherheit? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

11 AUTONOMIE & EINFLUSS DER AKTEURE

Zusammenfassende Einschätzung: (...)
Quellen-/Datenlage: (...)

a) Welche Effekte hat die I/M auf die **Autonomie** der Akteure und Selbstverwaltung?

- Indikatoren für Autonomie:
 - (größere) Handlungsspielräume für Akteure/Selbstverwaltung
 - (mehr/erweiterte) Rechte und Befugnisse der Akteure/Selbstverwaltung
 - (weniger/weniger einschränkende) gesetzliche Vorschriften/Vorgaben
 - (weniger) staatliche/externe Aufsicht und Kontrolle
 - (mehr/bessere) Ressourcen und Ausstattung für eigene Handlungen
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Autonomie? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

b) Welche Effekte hat die I/M auf die **Einflussmöglichkeiten** der Akteure auf externe Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse?

- Indikatoren für strukturelle Bedingungen der Einflussnahme:
 - (mehr/erweiterte) Mitwirkungsrechte und -möglichkeiten
 - (mehr/bessere) Beteiligungsmöglichkeiten bei Regulierungsprozessen
 - (mehr/bessere) Beteiligungsmöglichkeiten beim G-BA
 - (mehr/bessere) Beteiligungsmöglichkeiten in übriger Selbstverwaltung
 - (mehr/bessere) Ressourcen für die Interessenvermittlung
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Einflussmöglichkeiten? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

12 WIRTSCHAFTLICHER ERFOLG

Zusammenfassende Einschätzung: (...)
 Quellen-/Datenlage: (...)

a) Welche Effekte hat die I/M auf die (ordentlichen, betrieblichen) **Erträge** der Akteure (Unternehmen, Leistungserbringer, Krankenversicherungen)?

- Ertragsarten:
 - (höhere) Umsatzerlöse
 - (höhere) sonstige betriebliche Erträge bzw. Einnahmen
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Ertragssituation? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

b) Welche Effekte hat die I/M auf die (ordentlichen, betrieblichen) **Aufwendungen** der Akteure (Unternehmen, Leistungserbringer, Krankenversicherungen)?

- Aufwandsarten:
 - (geringerer) Material-/Sachaufwand
 - (geringerer) Aufwand für bezogene Leistungen
 - (geringerer) Personalaufwand
 - (geringerer) sonstiger betrieblicher Aufwand (Miete, Werbung etc.)
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die Aufwandssituation? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

c) Welche Effekte hat die I/M auf die **nichtmonetären Erfolgsfaktoren** der Akteure (Unternehmen, Leistungserbringer, Krankenversicherungen)?

- Nichtmonetäre Erfolgsfaktoren:
 - (höhere) Kundenzufriedenheit
 - (bessere) interne Geschäftsprozesse
 - (bessere) Innovations- und Entwicklungspotenziale
 - (höhere) Mitarbeiterzufriedenheit
- Scoring: Welchen Einfluss hat die I/M auf die nichtmonetäre Erfolgssituation? (...)
- Wie gut/belastbar sind die zugrunde gelegten Quellen/Daten? (...)

Abbildungsverzeichnis

- 5 Abbildung 1
Zwölf übergeordnete Ziele im Gesundheitswesen
- 8 Abbildung 2
Fallbeispiele der exemplarischen Anwendung
- 8 Abbildung 3
ZEIG-Bewertungsskala
- 8 Abbildung 4
Codierung der Quellen-/Datenlage
- 14 Abbildung 5
ZEIG-Übersicht
- 16 Abbildung 6
ZEIG-Ergebnisübersicht zum Entlassmanagement
- 22 Abbildung 7
Fiktives Beispiel für eine ZEIG-Ergebnisübersicht
- 22 Abbildung 8
Vorlage für die ZEIG-Ergebnisübersicht

Abkürzungsverzeichnis

DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GFA	Gesetzesfolgenabschätzung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-WStG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
HTA	Health Technology Assessment
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
I/M	Innovation/Maßnahme
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Gesetzliche Krankenversicherung
TA	Technikfolgenabschätzung
ZEIG	Zielfokussiertes Evaluationstool für Innovationen im Gesundheitswesen

Expert_innen des Steuerungskreises

- **Dr. Klaus-Heinrich Dedring**, SPD-Parteivorstand/Ref. Arbeitsmarkt, Sozial- und Gesundheitspolitik, Berlin
- **Malte Enderlein**, Verband der Ersatzkassen e.V., Referatsleiter, Berlin
- **Grit Genster**, ver.di Bundesvorstand, Bereichsleiterin Gesundheitspolitik, Berlin
- **Nils Hindersmann**, IG Bergbau, Chemie, Energie, Hauptverwaltung/Abt. Sozialpolitik, Hannover
- **Harald Kuhne**, Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, Lt. Zentralabteilung, Berlin
- **Knut Lambertin**, DGB Bundesvorstand, Gesundheitspolitik/Sozialpolitik, Berlin
- **Eckehard Linnemann**, IG Bergbau, Chemie, Energie, Hauptverwaltung/Abt. Sozialpolitik, Hannover
- **Dr. Marc Schietinger**, Hans-Böckler-Stiftung, Abt. Forschungsförderung, Düsseldorf
- **Severin Schmidt**, Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bonn

Befragte Expert_innen

- **Dr. Siiri Ann Doka**, Referatsleiterin Gesundheitspolitik und Selbsthilfeförderung, BAG Selbsthilfe
- **Prof. Dr. Uwe Fachinger**, Fachgebietsleiter Ökonomie und Demographischer Wandel, Universität Vechta
- **Prof. Dr. Oliver Schöffski**, Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement, Universität Erlangen-Nürnberg
- **Dr. Christof Veit**, Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
- **Dr. Bernhard Bührlen**, Bereich Qualität und Prozesse, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Dieses Projekt wurde von Expert_innen aus dem Gesundheitswesen begleitet. Wir danken den beteiligten Personen sehr herzlich für ihren großen Einsatz und ihre Expertise. Die in der Studie vertretenen Positionen müssen nicht in jedem Fall der Meinung der Mitglieder des Expert_innenkreises entsprechen.

Literaturverzeichnis

- AQUA (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) 2015: Entlassmanagement: Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren, Göttingen.
- Bandelow, Nils C. 2004: Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus?, in: Politische Bildung 37 (2), S. 49–63.
- Blum, Karl 2014: Entlassmanagement im Krankenhaus: Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung, https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/entlass-management_im_krankenhaus.pdf (15.12.2017).
- Blum, Karl; Offermanns, Matthias; Perner, Patricia 2007: Krankenhaus Barometer: Umfrage 2007, Düsseldorf.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend); BMG (Bundesministerium für Gesundheit) 2014: Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Berlin.
- Braun-Thürmann, Holger 2005: Innovation, Bielefeld.
- DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) 2017: DGB-Index Gute Arbeit, <http://index-gute-arbeit.dgb.de/dgb-index-gute-arbeit> (13.12.2017).
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) 2017: Pressemitteilung: DKG klagt gegen Entscheidung zum Entlassmanagement, http://www.dkgev.de/media/file/37861.2017-01-12-PM_DKG_zur_Klage_Entlassmanagement.pdf (20.12.2017).
- Donabedian, Avedis 1966: Evaluating the Quality of Medical Care, in: The Milbank Memorial Fund Quarterly 44 (3), S. 166–206.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) 2015: Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Entlassmanagement, https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3497/2015-12-17_AM-RL_Entlassmanagement_TrG.pdf (20.12.2017).
- Gerlinger, Thomas 2009: Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik, in: Rehder, Britta; Winter, Thomas von; Willems, Ulrich (Hrsg.): Interessenvermittlung in Politikfeldern: Vergleichende Befunde der Policy- und Verbändeforschung, Wiesbaden, S. 33–51.
- GKV-Spitzenverband; Kassenärztliche Bundesvereinigung; Deutsche Krankenhausgesellschaft 2017: Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/kranken-haeuser/entlassmanagement/Aenderungvereinbarung_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_06.06.2017.pdf (20.12.2017).
- Gonçalves-Bradley, Daniela C.; Lannin, Natasha A.; Clemson, Lindy M.; Cameron, Ian D.; Shepperd, Sasha 2016: Discharge Planning From Hospital, in: Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1, Art. No. CD000313.
- Grimmeisen, Simone; Leiber, Simone 2009: Zwischen Kostenprivatisierung und PatientInnenautonomie: Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik, WSI-Diskussionspapier Nr. 163, Düsseldorf.
- Hafen, Martin 2003: Was unterscheidet Prävention von Behandlung?, in: Abhängigkeiten – Fachzeitschrift für Prävention und Behandlung 2 (2003), S. 21–33.
- Heyen, Nils B.; Reiß, Thomas 2013: Innovationspotenziale im Gesundheitswesen: Ergebnisse einer Analyse offizieller Akteursziele, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 1 (2013), S. 37–45.
- Heyen, Nils B.; Reiß, Thomas 2014: Das Gesundheitswesen aus Innovationssystemperspektive: Acht Thesen und Handlungsmöglichkeiten, in: Sozialer Fortschritt – German Review of Social Policy 63 (10/11), S. 245–252 und 267–276.
- Howaldt, Jürgen; Jacobsen, Heike (Hrsg.) 2010: Soziale Innovation: Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma, Wiesbaden.
- Hundertmark-Mayser, Jutta; Möller, Bettina 2004: Selbsthilfe im Gesundheitsbereich, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23, Berlin.
- Kaplan, Robert S.; Norton, David P. 1996: The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action, Boston.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017: Hintergründe, Daten & Materialien, <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/hintergruende-daten-materialien/> (12.12.2017).
- Marstedt, Gerd 2002: Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV, in: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Schnee, Melanie (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002, Gütersloh, S. 112–129.
- Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit 2017: Unsere Qualitätskriterien, <http://www.selbst-hilfefreundlichkeit.de/unsere-qualitaetskriterien/> (12.12.2017).
- Ott, Robert; Seidlmeier, Heinrich 2014: Entlassmanagement im Krankenhaus, in: Bouncken, Ricarda B.; Pfannstiel, Mario A.; Reuschl, Andreas J. (Hrsg.): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus II: Prozesse, Produktivität, Diversität, Wiesbaden, S. 3–28.
- Patientenbeauftragter der Bundesregierung 2015: Hilfsmittel: Krankenkassen müssen bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen, <https://www.patientenbeauftragter.de/patientenrechte/10-pressemittelungen/patientenrechte/108-hilfsmittel-krankenkassen-muessen-bedarfsgerechte-versorgung-sicherstellen> (11.12.2017).
- Patientenbeauftragter der Bundesregierung; Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2016: Informiert und selbstbestimmt: Ratgeber für Patientenrechte, Berlin.
- Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas 2006: Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung, Bern.
- Rosenbrock, Rolf; Michel, Claus 2007: Primäre Prävention: Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung, Berlin.
- Statistisches Bundesamt 2017a: Gesundheit: Ausgaben 2015. Fachserie 12, Reihe 7.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2017b: Qualität der Arbeit, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/QualitaetArbeit/QualitaetDerArbeit.html> (13.12.2017).
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) 2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Gutachten 2000/2001: Über-, Unter- und Fehlversorgung (Band III), in: Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/6871.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung: Sondergutachten 2012, in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/10323.
- Werner, Micha H. 2004: Solidarität oder Gerechtigkeit? Anmerkungen zur ethischen Bewertung eines sozial finanzierten Gesundheitssystems, in: Graumann, Sigrid; Grüber, Katrin (Hrsg.): Patient – Bürger – Kunde: Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens, Münster, S. 197–212.
- Wöhe, Günter; Döring, Ulrich 2010: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 24. Auflage, München.

Impressum:

© 2018

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeberin: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Fax 0228 883 9202, 030 26935-9229, www.fes.de/wiso

Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-96250-068-9

Titelmotiv: © iStock/Getty Images

Gestaltungskonzept: www.stetzer.de

Gestaltungsumsetzung: www.zumweissenroessl.de

Betriebliche Sozialpolitik – Eine Bestandsaufnahme
WISO Diskurs – 01/2018

**Wer wählt rechtspopulistisch? Geographische und individuelle
Erklärungsfaktoren bei sieben Landtagswahlen**
WISO Diskurs – 16/2017

Angst im Sozialstaat – Hintergründe und Konsequenzen
WISO direkt – 38/2017

„Kapitaldeckung“ der Rente – ein Irrweg?
WISO direkt – 34/2017

**Gesundheit gerecht gestalten – politisch-ethische Überlegungen
zur Situation in Deutschland**
WISO direkt – 32/2017

**Was ist uns der Wohlfahrtsstaat wert? Einstellungen zur Finanzierung
und politische Handlungsoptionen**
Gute Gesellschaft – Soziale Demokratie #2017plus – 2017

**Zwischen Reichtum und Prekariat – Welchen Wohlfahrtsstaat brauchen
Künstler_innen?**
WISO direkt – 18/2017

**Patient first! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende
Versorgung im deutschen Gesundheitswesen**
WISO Diskurs – 03/2017

**Mehr Mitsprache und Orientierung – Vorschläge für ein nutzer-
freundliches und patientenorientiertes Gesundheitssystem**
WISO Diskurs – 01/2017

**Ungleichheit bekämpfen!: Wo der deutsche Wohlfahrtsstaat jetzt
investieren muss**
Gute Gesellschaft – Soziale Demokratie #2017plus – 2016

**Der Weg zur Bürgerversicherung: Solidarität stärken und Parität
durchsetzen**
WISO Diskurs – 24/2016

Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel
WISO Diskurs – 23/2016

**Qualität und Quantität, bitte!: Einstellungen zur staatlichen
Verantwortung in der Kindertagesbetreuung**
Gute Gesellschaft – Soziale Demokratie #2017plus – 2016

**Verhaltensökonomie: (kein) Thema für die lebensverlaufsorientierte
Sozialpolitik?**
WISO Diskurs – 20/2016