

Herbert F. Stähr

Effizienz und Effektivität in der Integrierten Versorgung

GABLER RESEARCH

Herbert F. Stähr

Effizienz und Effektivität in der Integrierten Versorgung

Das Beispiel der künstlichen Ernährung

Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Christian Ernst



RESEARCH

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Dissertation Universität Hohenheim, 2009

D 100

1. Auflage 2009

Alle Rechte vorbehalten

© Gabler | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2009

Lektorat: Claudia Jeske | Britta Göhrisch-Radmacher

Gabler ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.
www.gabler.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg
Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier
Printed in Germany

ISBN 978-3-8349-1594-8

Geleitwort

Seit langer Zeit wird die strenge sektorale Trennung des deutschen Gesundheitswesens in ambulante Versorgung einerseits und stationäre Versorgung andererseits als ein Hauptgrund für Ineffizienzen im System genannt. Dies manifestiert sich in den bekannten Doppeluntersuchungen, Schnittstellenproblemen und Kommunikationsdefiziten. Es verwundert daher nicht, dass der Gesetzgeber einer verbesserten Verzahnung der beiden Sektoren seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts hohe Priorität einräumt. Erste erfolgreiche Ansätze einer Entwicklungen zu mehr Integration sind allerdings erst seit der 2004 erfolgten Reform der im Jahre 2000 geschaffenen Möglichkeit zur „Integrierten Versorgung“ nach §§ 140 a-d SGB V zu verzeichnen.

Dabei scheint unstrittig, dass entsprechende Versorgungskonzepte zu mehr Effizienz und möglichst auch zu einer verbesserten Qualität der Patientenversorgung führen sollten. Zumindest im Rahmen der umlagenfinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung erfordert eine streng wissenschaftliche Vorgehensweise dabei die Durchführung breit angelegter, kontrollierter Studien, in denen die neuen Versorgungskonzepte hinsichtlich *Outcome* und Effizienz mit der *Status Quo* Versorgung verglichen werden können. Hier offenbart sich jedoch schnell ein Problem, denn bereits die Schaffung entsprechender Strukturen für die integrierte Versorgung, etwa in Form von Schwerpunktpraxen für bestimmte Krankheitsbilder, erfordert erhebliche Investitionen. Da in Deutschland 90% der Bevölkerung Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung sind, erfordert dies fast zwingend eine Kooperation mit diesen Kostenträgern. Diese werden aber nur dann bereit sein, entsprechende Projekte zu unterstützen, wenn sie von deren ökonomischen und qualitativen Vorteilen überzeugt sind. Dies kann u. a. durch betriebswirtschaftliche Vorarbeiten geleistet werden, die Konzept, organisatorische Voraussetzungen sowie die Effizienzpotenziale des jeweiligen Projektes gezielt identifizieren und soweit möglich quantifizieren (*Business Plan*).

Vor diesem Hintergrund ist die vorliegende praxisorientierte Arbeit von Herrn Stähr angesiedelt. Für das derzeit sehr umstrittene und kontrovers diskutierte Thema „ambulante künstliche Ernährung“ vergleicht er die Kosten der *Status Quo* Versorgung

mit denjenigen einer ernährungsmedizinischen Schwerpunktpraxis, welche eine leitlinienkonforme Behandlung auf Basis der evidenzbasierten Medizin vornehmen würde. Als wesentliche Leistungen des Verfassers können dabei die (interdisziplinäre) Entwicklung eines ambulanten klinischen Behandlungspfades sowie dessen ökonomische Bewertung mittels der Prozesskostenrechnung gelten. Ferner ist das Ergebnis bemerkenswert, dass eine Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung zunächst deutlich teurer ausfallen würde als dies gegenwärtig der Fall ist. Von noch größerer praktischer Bedeutung dürften allerdings die von Herrn Stähr erzielten Resultate bezüglich der möglichen Einsparpotenziale einer integrierten Versorgung für ambulante künstliche Ernährung sein. Bereits das Ausnutzen einfacher Substitutionspotenziale oder eine Reduktion des Verschreibungsumfanges bei den Ernährungslösungen um ca. 3% lassen aus ökonomischer Sicht nämlich das Ergebnis eindeutig zugunsten der integrierten Versorgung ausfallen. Da in den Schwerpunktpraxen Ernährungsmediziner und entsprechend geschultes Hilfspersonal mit zugehöriger Kompetenz tätig wären, scheint dies in jedem Fall realistisch.

Es ist meine feste Überzeugung, dass niemand, der sich künftig aus ökonomischer Sicht mit der künstlichen Ernährung beschäftigt, an der vorliegenden Arbeit vorbei kommt. Andererseits stellt die Vorgehensweise einen originellen und kostengünstigen Ansatz dar, der sich durchaus auf ähnlich gelagerte Fragestellungen übertragen lassen dürfte. Aus diesem Grund wünsche ich der Arbeit eine weite Verbreitung.

Hohenheim im Januar 2009

Prof. Dr. Christian Ernst

Die Reise geht weiter ...

Meinen Eltern

Meiner Sandra

Vorwort

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen meiner Tätigkeit als externer Doktorand am Lehrstuhl für „Ökonomik und Management sozialer Dienstleistungen“ (Prof. Dr. Christian Ernst) der Universität Hohenheim.

Auf das Herzlichste bedanke ich mich bei meinem akademischen Lehrer und Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Christian Ernst, für seine wertvolle fachliche Betreuung und die fortwährende Unterstützung im Verlauf meines Promotionsvorhabens. Er gab mir in vielen Diskussionen wesentliche Anregungen und brachte mir viel Geduld und Vertrauen entgegen. Außerdem bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. Alfonso Sousa-Poza, der sich bereit erklärte, das Zweitgutachten zu erstellen.

Als Teil einer fakultätsübergreifenden wissenschaftlichen Arbeitsgruppe profitierte ich außerordentlich von den Anregungen und Hinweisen von Herrn Prof. Dr. Stephan Bischoff, dem Inhaber des Lehrstuhls für „Ernährungsmedizin/Prävention und Genderforschung“ an der Universität Hohenheim. Gleiches gilt für seine Mitarbeiterin Frau Sylvia Mader, die mir wiederholt Einblick in die Welt der (Ernährungs-)Medizin gewährte.

Ferner sei all jenen gedankt, die inhaltlich oder organisatorisch ihren Beitrag zum Abschluss meines Promotionsverfahrens geleistet haben. Insbesondere danke ich in diesem Zusammenhang meinem Arbeitgeber und meinen Kollegen, ohne deren Motivation und inspirierende Gespräche mir dieses Vorhaben sicherlich schwerer gefallen wäre. Ausdrücklich hervorzuheben ist dabei mein Zimmerkollege Herr Björn Zollenkop, der stets für wertvolle Diskussionen und regen fachlichen Austausch zur Stelle war. Weiterhin gilt mein Dank Herrn Herbert Koch, der mir mit seiner pharmazeutischen Fachkenntnis beratend zur Seite stand.

Außerordentlich danken möchte ich Herrn Jörg Lange, der das Manuskript las und ebenso hilfreich wie kritisch kommentierte.

Schließlich sei auch meiner Familie, insbesondere meinen Eltern, herzlich gedankt, die mir die Erstellung einer derartigen Arbeit überhaupt erst ermöglichten. Ein ganz besonderer Dank gebührt meiner Lebensgefährtin Sandra, die mir fortwährend zur Seite gestanden und mittels moralischer und persönlicher Unterstützung einen wichtigen Teil zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat. Vielen Dank für alles ...

München im Januar 2009

Herbert Stähr

Inhaltsübersicht

Geleitwort.....	V
Widmung.....	VII
Vorwort.....	IX
Inhaltsübersicht.....	XI
Inhaltsverzeichnis.....	XIII
Abbildungsverzeichnis.....	XIX
Tabellenverzeichnis.....	XXI
Abkürzungsverzeichnis.....	XXIII
1 Einleitung.....	1
2 Begriffliche und theoretische Grundlagen.....	19
3 Problematische Ausgangslage des deutschen Gesundheitssystems.....	75
4 Gegenmaßnahmen zur Verbesserung der Ausgangslage.....	101
5 Künstliche Ernährung als Anwendungsbeispiel für Integrierte Versorgung.....	115
6 Vorstellung, Vorgehensweise und Ergebnis der Studie.....	137
7 Schlussbetrachtung.....	217
8 Anhang.....	227
Literaturverzeichnis.....	235

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort.....	V
Widmung.....	VII
Vorwort.....	IX
Inhaltsübersicht.....	XI
Inhaltsverzeichnis.....	XIII
Abbildungsverzeichnis.....	XIX
Tabellenverzeichnis.....	XXI
Abkürzungsverzeichnis.....	XXIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung.....	1
1.1.1 Stand der Praxis.....	2
1.1.2 Stand der Forschung.....	5
1.1.3 Fazit.....	7
1.2 Zielsetzung der Arbeit.....	8
1.2.1 Forschungsfrage.....	9
1.2.2 Adressaten der Arbeit.....	10
1.3 Vorgehensweise.....	10
1.3.1 Forschungsansatz.....	11
1.3.2 Forschungsmethodik.....	11
1.3.3 Aufbau und Gang der Untersuchung.....	15
2 Begriffliche und theoretische Grundlagen.....	19
2.1 Vorbemerkung.....	19
2.2 Themenkomplex Gesundheitswesen/Medizin.....	19
2.2.1 Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM).....	19
2.2.2 Relevante Kosten bei der ökonomischen Evaluation von Gesundheitsprogrammen.....	22
2.2.3 Evidenzbasierte Medizin (EbM) und Leitlinien.....	24

2.2.4	Integrierte Behandlungspfade	27
2.2.4.1	Ziele und Vorteile von Behandlungspfaden	28
2.2.4.2	Kritik an Behandlungspfaden	30
2.2.4.3	Vorgehen bei der Pfaderstellung	33
2.2.5	Randomisierte kontrollierte Studien.....	35
2.2.6	Vorgehen bei der Sekundäranalyse von Primär- und Metastudien.....	37
2.3	Themenkomplex Betriebswirtschaftslehre/Ökonomische Theorie	40
2.3.1	Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen	40
2.3.2	Definition des Begriffes „Prozess“	42
2.3.3	Die Prozesskostenrechnung im Gesundheitswesen	43
2.3.3.1	Voraussetzungen für den Einsatz der Prozesskostenrechnung	47
2.3.3.2	Vorgehen bei dem Aufbau einer Prozesskostenrechnung	49
2.3.4	Asymmetrische Information und Prinzipal-Agent-Theorie	54
2.3.4.1	Grundbegriffe.....	55
2.3.4.2	Annahmen der Prinzipal-Agent-Theorie.....	56
2.3.4.3	Anreizmechanismen und Vertretungskosten	65
2.3.4.4	Implikationen für das Gesundheitswesen	68
3	Problematische Ausgangslage des deutschen Gesundheitssystems.....	75
3.1	Einleitung	75
3.2	Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitswesens	75
3.2.1	Einnahmen.....	75
3.2.2	Ausgaben.....	79
3.3	Ursachen der Entwicklungen im Gesundheitswesen	81
3.3.1	(Gesundheitssystem-) Exogene Ursachen	82
3.3.1.1	Demographische Entwicklung	83
3.3.1.2	Alters- und geschlechtsspezifische Morbidität	86
3.3.2	(Gesundheitssystem-) Endogene Ursachen.....	87
3.3.2.1	Angebotsseite	87
3.3.2.2	Nachfrageseite.....	94
3.4	Internationale Einordnung des Gesundheitswesens	98

3.5 Zwischenfazit	100
4 Gegenmaßnahmen zur Verbesserung der Ausgangslage.....	101
4.1 Historische Darstellung	101
4.2 Exkurs: Modellvorhaben und Strukturverträge.....	103
4.2.1 Modellvorhaben nach §§ 63 – 65 SGB V	103
4.2.2 Strukturverträge nach § 73a SGB V	105
4.2.3 Zwischenfazit	106
4.3 Integrierte Versorgung.....	106
4.3.1 Grundzüge und Ziele der IV	106
4.3.1.1 Anreizstrukturen.....	109
4.3.1.2 Rahmenvereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden	109
4.3.2 Neufassung im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes	110
4.3.3 Auswirkung der Integrierten Versorgung.....	112
5 Künstliche Ernährung als Anwendungsbeispiel für Integrierte Versorgung.....	115
5.1 Definition der künstlichen Ernährung.....	115
5.1.1 Enterale Ernährung.....	116
5.1.2 Parenterale Ernährung.....	117
5.2 Indikation zu künstlicher Ernährung.....	118
5.3 Nutzen und Risiken der künstlichen Ernährung	119
5.3.1 Enterale Ernährung.....	120
5.3.2 Parenterale Ernährung.....	121
5.4 Relevanz der künstlichen Ernährung	122
5.4.1 Kosten der Mangelernährung.....	124
5.4.2 Mangelernährung im stationären Bereich	125
5.4.3 Der attraktive Markt für künstliche Ernährung.....	128
5.4.4 Entwicklung der Verweildauer in deutschen Krankenhäusern.....	130
5.4.5 Häusliche künstliche Ernährung und ihre wirtschaftliche Bedeutung..	132
6 Vorstellung, Vorgehensweise und Ergebnis der Studie	137
6.1 Ausgangslage bei künstlicher Ernährung führt zu Handlungsbedarf.....	137
6.2 Detailliertes Studiendesign, Versuchsaufbau und Methodologie.....	145

6.2.1	Entwickeln integrierter Behandlungspfade für künstliche Ernährung mittels „Modellpatienten“	146
6.2.2	Erstellen einer Kostenübersicht der aktuellen Regelversorgung	149
6.2.3	Entwickeln und Kalkulieren des idealen Versorgungsstandards.....	153
6.2.3.1	Behandlungspfad erstellen.....	154
6.2.3.2	Kostenarten identifizieren und zugehörige Kostensätze berechnen	159
6.2.3.3	Kostenkalkulation der Pfadelemente bzw. des Behandlungspfades	165
6.2.3.4	Behandlungskosten der Modellpatienten im Verlauf des Behandlungspfades kalkulieren	166
6.2.4	Zwischenergebnis aus dem Vergleich der primären Kosten in der alten und in der neuen Versorgung.....	168
6.3	Ökonomische Perspektive des Integrierten Versorgungsansatzes für künstliche Ernährung	171
6.3.1	Reduktion der Ausgaben für Ernährungslösungen/-produkte.....	177
6.3.2	Reduktion der Komplikationsraten im Zuge der ernährungsmedizinischen Behandlung (Werte gerundet)	184
6.3.2.1	Typische Komplikationsraten in der Regelversorgung (ohne Einsatz eines Ernährungsteams).....	185
6.3.2.2	Einfluss eines Ernährungsteams auf Komplikationsraten (Höhe der Reduktion von Komplikationen).....	189
6.3.2.3	Kosten der Komplikationen	195
6.3.2.4	Monetäre Einsparungen aufgrund vermiedener Komplikationen im Integrierten Zentrum (d. h. bei Einsatz eines Ernährungsteams)	197
6.3.3	Reduktion der Kosten durch betriebliche Lerneffekte	199
6.3.4	Zwischenfazit (aus der Betrachtung der drei quantitativen Komponenten).....	203
6.4	Validierung der Ergebnisse des Modells mittels Sensitivitätsanalyse.....	205
6.4.1	Auswahl und Vorgehen bei der Sensitivitätsanalyse	206

6.4.2	Einfache Sensitivitätsanalyse mit Änderung einer Variablen (univariate Sensitivitätsanalyse, „One-way simple sensitivity analysis“)	208
6.4.3	Einfache Sensitivitätsanalyse mit Änderung mehrerer Variablen (multivariate Sensitivitätsanalyse, „multi-way simple sensitivity analysis“)	211
6.4.4	Schlussfolgerung der Sensitivitätsanalyse	215
7	Schlussbetrachtung	217
7.1	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	217
7.2	Ausblick	222
8	Anhang	227
8.1	Definition von Versorgungsleistung im Gesundheitssystem	227
8.2	Historie der Sektorentrennung und Gründe für deren Einführung	230
8.3	Die gesetzlichen Änderungen zur Integrierten Versorgung in der Übersicht	231
8.4	Weitere Abbildungen	233
	Literaturverzeichnis	235

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1	Gliederung der Arbeit.....	16
Abbildung 2-1	Überblick heutige ambulante kassenärztliche Vergütungsstruktur	20
Abbildung 2-2	Definition von Leitlinien	26
Abbildung 2-3	Vorgehen beim Erstellen von Behandlungspfaden (Auszug).....	34
Abbildung 2-4	Hierarchie der wissenschaftlichen Beweiskraft respektive Evidenz	36
Abbildung 2-5	Checkliste zur Beurteilung ökonomischer Studien (Auszug).....	38
Abbildung 2-6	Einordnung der Prozesskostenrechnung in traditionelle Kostenrechnungssysteme.....	49
Abbildung 2-7	Bilden einer Prozesshierarchie (Prinzip der Hauptprozessverdichtung).....	50
Abbildung 2-8	Medizinisches Beispiel zur Bildung eines Hauptprozesses.....	51
Abbildung 2-9	Prinzipal-Agent-Beziehungen im deutschen Gesundheitswesen	69
Abbildung 3-1	Entwicklung der Gesundheitsausgaben (1995 bis 2004).....	79
Abbildung 3-2	Bevölkerungspyramide für Deutschland	84
Abbildung 3-3	Entwicklung der jährlichen GKV-Ausgaben in hohen Altersgruppen (Pro-Kopf)	85
Abbildung 4-1	Anzahl der IV-Verträge	112
Abbildung 5-1	Überblick zu Ernährungsformen	116
Abbildung 5-2	Entwicklung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer (1991 bis 2005).....	131
Abbildung 6-1	Überblick zum Vorgehen gemäß dem Forschungsansatz.....	145
Abbildung 6-2	Übersicht zu Modellpatienten.....	149
Abbildung 6-3	Vorgehen beim Entwickeln und Kalkulieren des idealen Versorgungsstandards.....	154
Abbildung 6-4	Typische angenommene Versorgungsleistung für IV-Patienten bei Erstvorstellung	155

Abbildung 6-5	Auszug aus dem Prozess „Anthropometrische Untersuchung“ als Beispiel einer ereignisgesteuerten Prozesskette (EPK).....	157
Abbildung 6-6	Auszüge aus dem Behandlungspfad (vereinfacht)	158
Abbildung 6-7	Berechnung der Nettoarbeitszeit (2007).....	162
Abbildung 6-8	Gegenüberstellung Entlohnung nach EBM sowie Kosten im IV- Modell.....	168
Abbildung 6-9	Behandlungskosten pro Patient und Quartal (je Versorgungsart) ..	169
Abbildung 6-10	Vorteile/Einsparpotenziale des IV-Modells	173
Abbildung 6-11	Kostenreduzierende Vorteile eines Ernährungsteams (Auswahl) ..	176
Abbildung 6-12	Überblick zum benötigten Einsparvolumen bei den Kosten für Ernährungslösungen	179
Abbildung 6-13	Unterschiede bei Produktkosten für Ernährungslösungen (Beispiele).....	182
Abbildung 6-14	Überblick zum Einfluss von Ernährungsteams (ET) auf Komplikationsraten von Kathetersepsis (anhand ausgewählter Primärstudien)	194
Abbildung 6-15	Jeder der drei quantitativen Vorteile kann die Rangfolge eigenständig umkehren	204
Abbildung 6-16	Überblick zur Sensitivitätsanalyse (Auswirkung einer Kostenänderung um $\pm 1\%$)	209
Abbildung 8-1	Bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung	227
Abbildung 8-2	Defizitäre Versorgung	228
Abbildung 8-3	Teufelskreis der Gesetzlichen Krankenversicherung	233
Abbildung 8-4	Entwicklung rechtlicher Rahmenbedingungen für die Integration der Versorgung.....	234

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1	Kosten und Nutzen der häuslichen enteralen Ernährungstherapie (Auszug).....	23
Tabelle 2-2	Vorteile der Prozesskostenrechnung im Vergleich zu konventionellen Kostenrechnungssystemen.....	45
Tabelle 2-3	Überblick zu Typen asymmetrischer Informationsverteilung	58
Tabelle 2-4	Zusammensetzung von Vertretungskosten.....	67
Tabelle 3-1	Anzahl der Erwerbstätigen in ausgewählten Branchen (2005)	81
Tabelle 3-2	Übersicht zu exogenen und endogenen Ursachen	82
Tabelle 4-1	Gesetzliche Initiativen zur besseren Integration der Versorgung (seit 1988).....	102
Tabelle 5-1	Prävalenz von Mangelernährung bei Krankenhauspatienten	126
Tabelle 5-2	Wirtschaftliche Beurteilung von häuslicher parenteraler Ernährung	134
Tabelle 6-1	Bewertung von Ausbildungsdefiziten durch medizinische Absolventen (USA, 1993)	140
Tabelle 6-2	Angenommenes EBM-Leistungsspektrum – Allgemeinarzt (Hausarzt)	151
Tabelle 6-3	Angenommenes EBM Leistungsspektrum – Facharzt (Internist) ..	152
Tabelle 6-4	Überblick zu jährlichen Bruttoarbeitskosten verschiedener Berufsgruppen (Tariflohn, 2006).....	161
Tabelle 6-5	Personalkosten in einer ernährungsmedizinischen Praxis (2007) ..	163
Tabelle 6-6	Pfadhkosten pro Erstbesuch bzw. Wiedervorstellung.....	167
Tabelle 6-7	Überblick zu erwarteten Kosten für Ernährungsprodukte/-lösungen (pro Quartal, Werte gerundet).....	178
Tabelle 6-8	Übersicht zu Metastudien zum Einfluss von Ernährungsteams (ET) auf Komplikationsraten bei parenteraler Ernährungstherapie.....	187

Tabelle 6-9	Verbessert ein multidisziplinäres Ernährungsteam (ET) die Behandlungsergebnisse bei vollständig parenteral ernährten (TPN) Patienten? Systematischer Überblick zu Primärstudien 190
Tabelle 6-10	Effekt der Lernkurve auf durchschnittliche Personalkosten je Patient (Beispiel: Patient B) 202
Tabelle 6-11	Tabellarischer Überblick zur einfachen Sensitivitätsanalyse mit Änderung einer Variablen (univariate Sensitivitätsanalyse, „one-way simple sensitivity analysis“) 210
Tabelle 6-12	Tabellarischer Überblick zur einfachen Sensitivitätsanalyse mit Änderung mehrerer Variablen (multivariate Sensitivitätsanalyse, „multi-way simple sensitivity analysis“) – Absolute Werte 212
Tabelle 6-13	Tabellarischer Überblick zur einfachen Sensitivitätsanalyse mit Änderung mehrerer Variablen (multivariate Sensitivitätsanalyse, „multi-way simple sensitivity analysis“) – Prozentuale Abweichung 213
Tabelle 8-1	Übersichtsmatrix der Versorgungsleistung 229
Tabelle 8-2	Gegenüberstellung der gesetzlichen Änderungen bei der Integrierten Versorgung 231
Tabelle 8-3	Unterschiede bei Produktkosten für Ernährungslösungen (Beispiele)..... 234

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AHCPR	<i>Agency for Health Care Policy and Research</i>
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAPEN	<i>British Association for Parenteral and Enteral Nutrition</i>
bez.	bezüglich
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIA	<i>Bioelectrical Impedance Analysis</i> (Bioimpedanzanalyse)
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMI	<i>Body-Mass-Index</i>
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2002 bis 2005)
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DRG	<i>Diagnosis Related Group</i> (Fallpauschale)
d. h.	das heißt
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EM	Ernährungsmedizin
EPK	Ereignisgesteuerte Prozesskette
etc.	<i>et cetera</i>
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	<i>German Diagnosis Related Group</i> (Fallpauschale, deutsche Version)

ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GRG	Gesundheitsreform-Gesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HEN	<i>Home Enteral Nutrition</i> (Häusliche enterale Ernährung)
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
HPN	<i>Home Parenteral Nutrition</i> (Häusliche parenterale Ernährung)
Hrsg.	Herausgeber
ICD	<i>International Classification of Diseases</i> (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
i. d. F.	in der Fassung
i. H.	in Höhe
i. H. v.	in Höhe von
inkl.	inklusive
IV	Integrierte Versorgung
i. V. m.	in Verbindung mit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KE	Künstliche Ernährung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Imi	leistungsmengeninduziert
Imn	leistungsmengenneutral
MNA	<i>Mini Nutritional Assessment</i>
N. B.	<i>Nota bene</i> (wohlgemerkt; beachte wohl)
NASA	<i>National Aeronautics and Space Administration</i>
NIÖ	Neue Institutionenökonomik
NOG	Neuordnungsgesetz
Nr.	Nummer
NRI	<i>Nutritional Risk Index</i>

OECD	<i>Organisation for Economic Cooperation and Development</i> (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
o. S.	ohne Seite
o. V.	ohne Verfasser
p. a.	per annum
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PKV	Private Krankenversicherung
QALY	<i>Quality-Adjusted Life Year</i> (Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit)
PKR	Prozesskostenrechnung
RCT	<i>Randomized Controlled Trial</i> (Randomisierte kontrollierte Studie)
resp.	respektive
RVO	Reichsversicherungsordnung
s.	siehe
S.	Seite
SGA	<i>Subjective Global Assessment</i>
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt(e)
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, vormals Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ¹
TPN	<i>Total Parenteral Nutrition</i> (Vollständige parenterale Ernährung)
USA	<i>United States of America</i> (Vereinigte Staaten von Amerika)
u. a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
u. w.	und weitere

¹ Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2004 wird der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ umbenannt (SVR 2003a, S. 1). Der neue Name lautet „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“. Sowohl die Aufgabenstellung laut § 142 SGB V als auch die Zusammensetzung des Rates bleiben unverändert.

vgl.	vergleiche
WHO	<i>World Health Organization</i> (Weltgesundheitsorganisation)
z. B.	zum Beispiel

Vorbemerkung

In der vorliegenden Arbeit wird, ausschließlich im Sinne der leichteren Lesbarkeit, lediglich die männliche Bezeichnung gewählt; es sind jedoch stets beide Geschlechter angesprochen.