



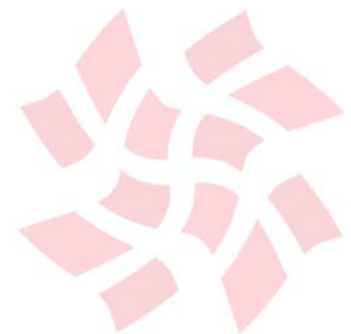
since 2002



## Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin

### Inhaltsverzeichnis

	Seite
Grußwort	3
Das Fachgebiet MiG im Überblick	5 - 8
Studium und Weiterbildung	9 - 12
Forschung	13 - 16
Ausgewählte Meilensteine	17 - 28
Publikationen	29 - 34
Kooperationspartner	35 - 36



Im April 2002 habe ich meine Professur für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin angetreten. Das Fachgebiet war neu geschaffen worden, ein Nachteil (nichts und niemand waren vorhanden, keine Räume, keine Mitarbeiter ...), aber auch ein Vorteil, konnte ich es doch nach meinen Vorstellungen gestalten. Inzwischen ist das Fachgebiet 15 Jahre alt, und es ist ein guter Moment zurück zu blicken und uns selbst die Entwicklung vor Augen zu führen und mit anderen zu teilen.

Das Fachgebiet ist, wie gewünscht und geplant, gewachsen und hinsichtlich Mitarbeitern, Forschungsfragen und Lehrprogramm bewusst interdisziplinär und international aufgestellt. Wir beschäftigen uns mit einem breiten Spektrum an Fragestellungen hin von ganzen Gesundheitssystemen bis zu einzelnen Gesundheitstechnologien.

Diese Broschüre soll einiges davon kurz beleuchten und so einen Überblick bieten. Unsere Webseite **[www.mig.tu-berlin.de](http://www.mig.tu-berlin.de)** ist wesentlich ausführlicher und bietet detaillierte Informationen und Downloads zu aktuellen Entwicklungen, Studium und Weiterbildung, Forschung, Publikationen und Vorträgen.

Berlin, im Februar 2017



Professor Dr. med. Reinhard Busse, MPH



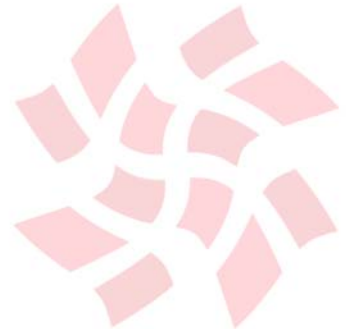
## Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen - ein kurzer Überblick

Als Teil der Fakultät Wirtschaft und Management beschäftigt sich das Fachgebiet mit Gesundheitssystemen, ökonomischen Fragestellungen im Gesundheitswesen, gesundheitspolitischen Maßnahmen und Akteuren sowie Gesundheitstechnologien. Leiter des Fachgebietes ist Prof. Dr. med. Reinhard Busse MPH.

Das Fachgebiet ist stark interdisziplinär und international ausgerichtet und berührt mit seiner Forschung und Lehre Wirtschafts-, Ingenieur- und Sozialwissenschaften, Humanmedizin und Public Health. Derzeit sind 20, zumeist Drittmittel-finanzierte wissenschaftliche Mitarbeiter mit unterschiedlichen disziplinären Hintergründen am Fachgebiet tätig. Es ist im Rahmen von Kooperationen eng mit internationalen Organisationen sowie universitären und industriellen Partnern in Europa und darüber hinaus vernetzt.

So ist das Fachgebiet eines der Zentren des European Observatory on Health Systems and Policies ([www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory)) und seit 2005 „Collaborating Centre for Health Systems Research and Management“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Als solches ist es in das weltweite Netzwerk der WHO eingebunden und unterstützt die internationalen Tätigkeiten der Weltgesundheitsorganisation durch seine wissenschaftliche Arbeit.

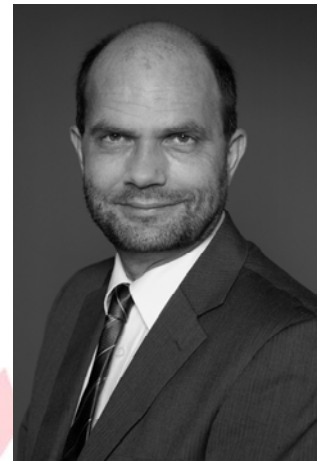
Das Lehrangebot umfasst deutsch- und englischsprachige, von den Studierenden mit sehr guten Noten bewertete Veranstaltungen im Rahmen des Bachelor- und Masterstudiums wirtschafts- und ingenieurwissenschaftlicher Studiengänge wie der Studienrichtung „Gesundheitstechnik“ des Masterstudiengangs Wirtschaftsingenieurwesen. Zusätzlich bietet das Fachgebiet seit 2009 auch einen Blended-Learning-Kurs zur Fortbildung im Bereich „Health Technology Assessment“ (HTA) an.



## Fachgebietsleitung:

### Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH

Reinhard Busse ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin. Er ist gleichzeitig Associate Director for Research Policy des European Observatory on Health Systems and Policies und Fakultätsmitglied der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Seine Forschungsschwerpunkte sind Gesundheitssystemforschung, insbesondere im europäischen Vergleich und zum Spannungsfeld zwischen Markt und Regulation, Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie sowie Health Technology Assessment (HTA). Seit 2011 ist er Editor-in-Chief des internationalen Peer-Review-Journals "Health Policy".



Er kooperiert international u.a. mit dem European Observatory, der Weltgesundheitsorganisation, der OECD, der Weltbank, dem Commonwealth Fund, der European Health Management Association und der Europäischen Kommission. Letztere förderte u.a. das von ihm geleitete Projekt EuroDRG-Projekt von 2009 bis 2011 im 7. Forschungsrahmenprogramm. Nationale Partner sind u.a. verschiedene Krankenkassen(verbände), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die Bundesärztekammer und das Bundesministerium für Bildung und Forschung. Letzteres fördert ab Juli 2012 das von ihm geleitete Gesundheitsökonomische Zentrum Berlin als eines von vier Zentren in Deutschland.

Professor Busse hat in Marburg, Boston und London Medizin sowie in Hannover Public Health studiert. Er habilitierte sich 1999 für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Von 1999 bis 2002 leitete er das Madrider Zentrum des European Observatory. 2003 wurde er zum Fellow der Faculty of Public Health of the Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom gewählt. Von 2006 bis 2009 war er Dekan seiner Fakultät an der TU Berlin.

## Mitarbeiter des Fachgebietes 2019

Katharina Achstetter

Natalie Baier, MSc

Elke Berger

Dipl.-Soz. Miriam Blümel

Susanne Felgner

Sabine Fuchs

Dr. Alexander Geissler, Dipl.-Ing.

Nora Gottlieb

Dr. Cornelia Henschke, Dipl.-Kffr.

Julia Köppen

Anika Kreutzberg

David Kuklinski

Hendrikje Lantzsich

Claudia Maier, MSc PH, Dipl.-Pflegerin

Dr. Ulrike Nimptsch

Daniel Opoku

Laura Oschmann

Dr. Dimitra Panteli, Ärztin, MSc PH

Katherine Polin

Christoph Pross

Dr. med. Wilm Quentin, MSc HPPF

Christoph Reichebner

Dr. Julia Röttger, MSc

Giada Scarpetti

Anne Spranger

Victor Stephani

Verena Struckmann, MSc PH

Dr. Ewout van Ginneken, MSc, PHD

Justus Vogel

Verena Vogt, MSc

Erin Webb

Juliane Winkelmann

---

Jasmin Reischel

Melissa Riedel

Oliver Rost

Ute Scharpe

Alexandra Starke

Hanna Tratz



# Studium und Weiterbildung

Fundierte ökonomisches und methodisches Verständnis sind wesentliche Voraussetzungen für ein erfolgreiches Management des Gesundheitssektors. Das Studium bei uns bereitet die Studierenden - primär aus dem Bereich des Wirtschaftsingenieurwesens (**Seite 12**), aber auch VWL, Medizintechnik, Public Health, Europawissenschaften u.a. - für Management-relevante Tätigkeiten in Krankenhäusern, Krankenversicherungen, der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie oder gesundheitspolitischen Gremien und Institutionen vor. Unser Fachgebiet vermittelt den Studierenden das notwendige Wissen und die Methodik in diesen Bereichen.

Studierende werden so in die Lage versetzt die Schnittstellen zwischen Management, Technik und Medizin zu verstehen und im späteren Berufsleben auch zu gestalten.

## Lehrangebot:

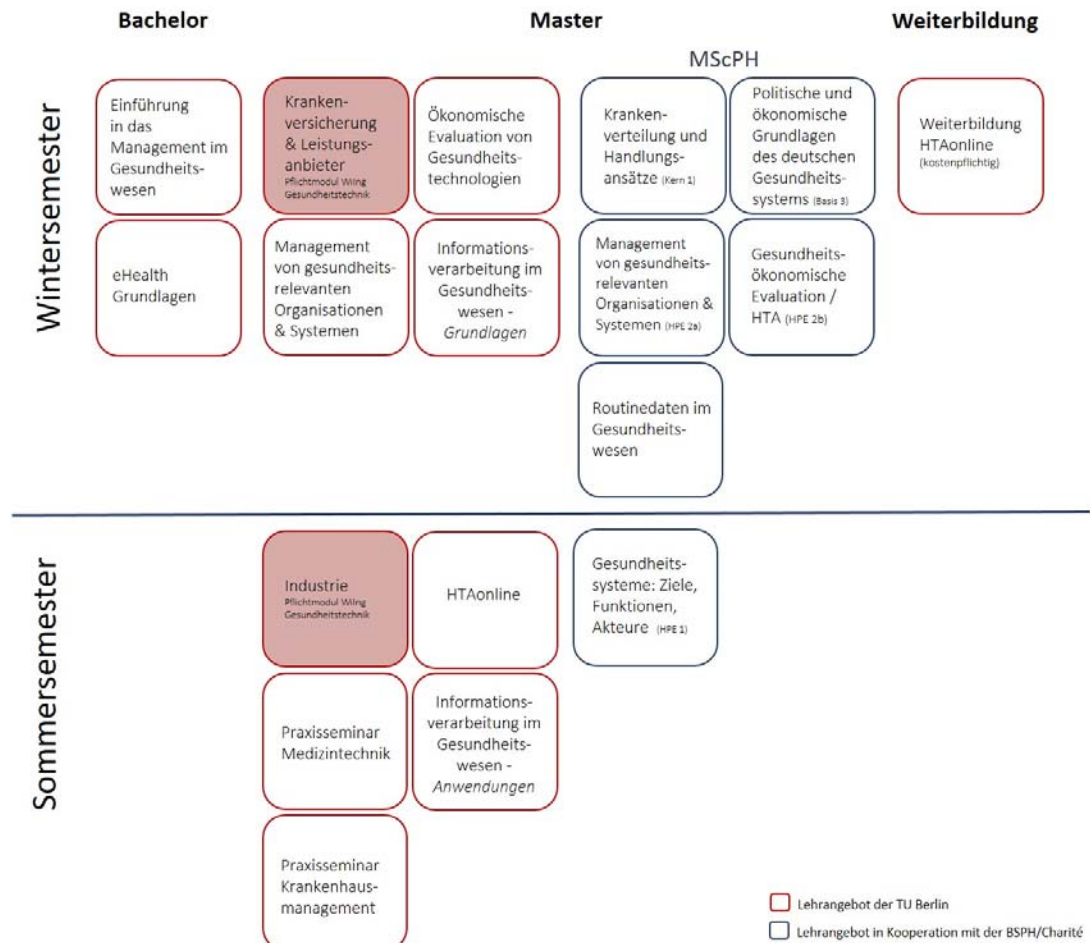
Hierzu steht den Studierenden ein vielseitiges Lehrangebot - von einführenden Veranstaltungen bis hin zu Forschungsseminaren - zu Verfügung. Neben klassischen Vorlesungen bieten wir integrierte Veranstaltungen mit dem Ziel, durch Übungen, Fallstudien und Praxisseminare das in den Vorlesungen erworbene Wissen zu vertiefen. **Seite 10**

Ein innovatives didaktisches E-Learning-Konzept wird im Modul „Systematische Bewertung medizinischer Technologien (Health Technology Assessment)/ HTA-Online“ angeboten und kann sowohl von als berufsbegleitendes Weiterbildungsangebot als auch von Studierenden belegt werden. **Seite 11**

Mit der Universität Oslo besteht ein Austauschprogramm in Health Economics, Policy & Administration.

Vielfältige internationale Forschungsprojekte am Fachgebiet bieten Studierenden einen großen Themenpool für aktuelle und interessante Abschlussarbeiten. Diese sind mehrfach prämiert worden: So gewann Julia Röttger 2012 den BKK Innovationspreis. 2011 erhielt Sabrina Weid für ihre Diplomarbeit den Robert-Wischer-Preis, 2009 Dr. Tom Stargardt für seine Promotion den Nachwuchspreis für Gesundheitsökonomie/-politik des Verbandes Progenerika und 2008 Dr. Markus Wörz für seine am Fachgebiet verfasste Dissertation den Wissenschaftspreis der GRPG.

## Modulangbot



Lehrangebot der TU Berlin  
 Lehrangebot in Kooperation mit der BSPH/Charité

Seit 2009 bietet das Fachbereich Management im Gesundheitswesen zweimal jährlich den Blended-Learning-Kurs „HTA online“ an: jeweils im Herbst als berufsbegleitende Weiterbildung und im Frühjahr als Mastermodul für Studierende verschiedenster Fachrichtungen.

Blended Learning kombiniert die Vorteile von (drei) Präsenzveranstaltungen und E-Learning. Inhaltlich ist der Kurs zweigeteilt: die erste Hälfte beschäftigt sich mit der politischen Einbindung von Health Technology Assessment (HTA) in Deutschland und international, die zweite mit der Methodik der Erstellung von HTA-Berichten (**Seite 16**).

Als durchgehend moderierter und interaktiver Kurs bindet „HTA online“ eine Vielzahl von Fachexperten ein und nutzt eine auf die Zielgruppen zugeschnittene Auswahl an Online-Lernszenarien (Webvorträge, Lern-texte mit Feedbackfragen, Online-Aufgaben, Foren, Chat, Wikis etc.).

Weitere Information unter: [www.mig.tu-berlin.de/menue/teaching/weiterbildung/](http://www.mig.tu-berlin.de/menue/teaching/weiterbildung/)

## Studienrichtung „*Gesundheitstechnik*“ im Rahmen des Master-Studienganges Wirtschaftsingenieurwesen an der TU Berlin

Der Gesundheitsmarkt gilt sowohl in Deutschland als auch international als ein Markt der Zukunft. Doch die Branche ist komplex, und die Anforderungen an Fachkräfte vielfältig. Die Studienrichtung „Gesundheitstechnik“ unter Leitung von Professor Busse vermittelt Masterstudierenden deshalb Wissen aus unterschiedlichen Disziplinen. Absolventen lernen die technischen und medizinischen Aspekte neuer Gesundheitstechnologien nachzuvollziehen. Über den ingenieurwissenschaftlichen Anteil hinaus, spielt auch ökonomisches Wissen eine wichtige Rolle – von der Vermarktung von Gesundheitstechnik bis zur Bewertung ihres gesellschaftlichen Nutzens.

**Master nach Maß:** Der modulare Aufbau ermöglicht den Studierenden große Wahlfreiheit – und einen Master nach Maß. Die Pflichtmodule zum Management im Gesundheitswesen bilden die Basis für profunde Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems: Akteure und Institutionen (z.B. Gesundheitsministerium, Krankenkassen, Leistungserbringer, Arzneimittel- und Medizintechnikhersteller), aktuelle Entwicklungen, politische Rahmenbedingungen sowie der internationale Kontext werden hier vermittelt. Eine individuelle Zusammenstellung der wirtschafts- und ingenieurwissenschaftlicher Module ermöglicht den Studierenden eigene Profilbildungen anzulegen. So kann der Schwerpunkt zum Beispiel auf Medizintechnik als Unterdisziplin des Maschinenbaus gelegt werden. Andere Kombinationen stellen das Informationsmanagement im Krankenhaus in den Vordergrund oder fokussieren auf Evaluation und Forschung.

**Jobchancen:** Diverse Institutionen und Unternehmen im Gesundheitswesen fordern zunehmend sowohl technisches Verständnis als auch einen ökonomischen Blick und bieten Absolventen ausgezeichnete Berufsaussichten: Medizintechnik- und Arzneimittelunternehmen, Institutionen und Verbände im Gesundheitswesen, Krankenkassen und Krankenhäuser sowie Unternehmensberatungen, die z.B. medizinische Technologien bewerten, einkaufen, oder in großen Einrichtungen für deren Betrieb verantwortlich sind.



Wir analysieren die Rolle und Leistung (engl. „performance“) unterschiedlicher Systeme, Organisationen, Technologien, Regulierungen und Programme beim Management von Gesundheitswesen – innerhalb Deutschlands und vor allem international mit einem Fokus auf Europa.

Die Forschung umfasst die vier Schwerpunkte:

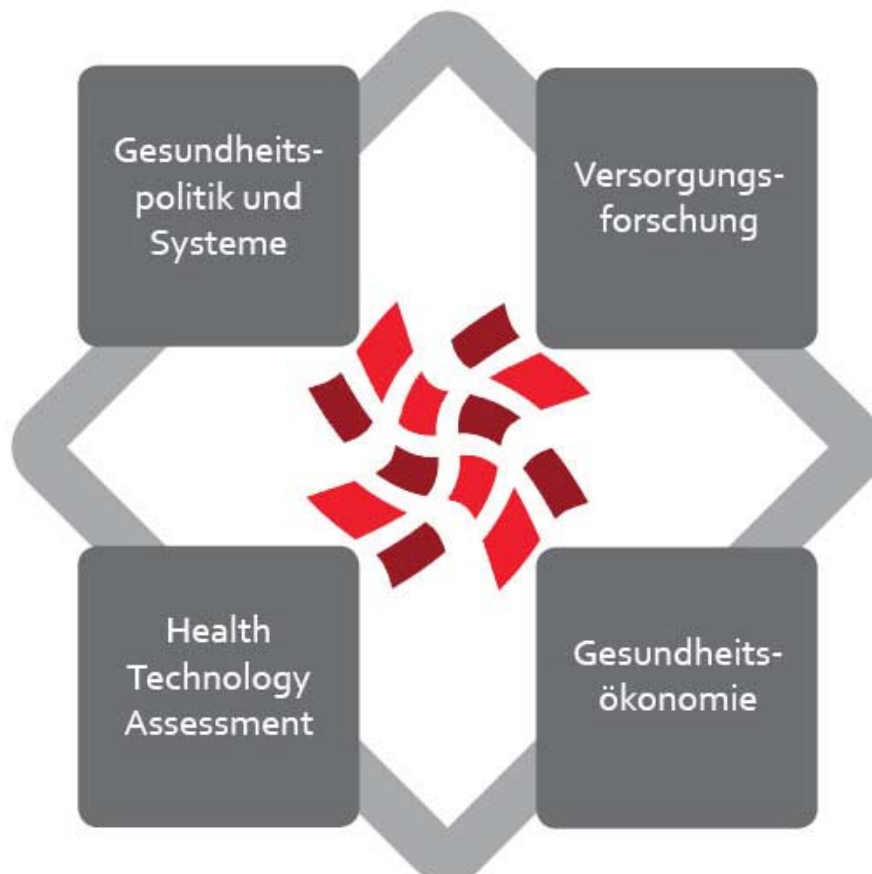
- Ökonomie des Gesundheitswesens (Health Economics) **Seite 15**
- Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme (Health Policy & Systems) **Seite 16**
- Evaluation von Technologien im Gesundheitswesen (Health Technology Assessment - HTA) **Seite 17**
- Versorgungsforschung **Seite 18**

Viele unserer Themen, die wir auf den folgenden Seiten nur kurz anreißen können, liegen allerdings quer zu diesen Bereichen, etwa wenn wir uns mit Fallpauschalen-Systemen in Krankenhäusern (**Seite 23-24**) oder mit der Bewertung, Finanzierung und dem Management von Medizintechnologien (**Seite 25**) beschäftigen.

Aufgrund unserer Mitarbeit im European Observatory on Health Systems and Policies sind unsere Analysen durch eine international vergleichende Perspektive geprägt.

Zudem ist es uns wichtig, mit den Ergebnissen unserer Arbeit durch Publikation in internationalen Zeitschriften einen Beitrag zum länderübergreifenden Diskurs und Erkenntnisfortschritt zu leisten. Gleichzeitig ist es unser Anspruch in angemessener Weise zu einem Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis beizutragen.

Unsere Forschung ist dabei der wissenschaftlichen Unabhängigkeit verpflichtet. Die dabei seit vielen Jahren von uns angewandten Kriterien (Diversifizierung hinsichtlich Geldgebern und Themen; Transparenz; Recht zum Publizieren; gute Forschungsmethodik; Leistung in angemessenem Umfang zum erhaltenen Geld) können auf unserer Webseite nachgelesen werden: <http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/papers/Grundsaeetze.der.Wahrung.wissenschaftlicher.Unabhaengigkeit.pdf>



## Forschungsfeld *Gesundheitsökonomie*

Gesundheitsökonomie zielt darauf ab, das Verhalten von Patienten, Leistungserbringern, Krankenkassen, sowie öffentlichen und privaten Organisationen im Gesundheitswesen in ihrer Entscheidungsfindung zu verstehen. Dabei bedient sie sich ökonomischer Theorien von Produktion, Verteilung und Konsum. Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen befasst sich in diesem Forschungsfeld u.a. mit Fragen zu Anreizwirkungen (z.B. von Vergütungssystemen), zur Qualität von Gesundheitsversorgung (und der Messung von Leistung und Qualität) der (Un)Gleichheit in der Gesundheitsversorgung, sowie der Bewertung von Therapien hinsichtlich ihrer Kosten und ihres Nutzens.

Das Gesundheitsökonomische Zentrum Berlin „BerlinHECOR“ (**Seite 30**) befasst sich auf überwiegend nationaler Ebene mit der Messung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Die Nachwuchsgruppe sowie die verschiedenen Projekte betrachten dabei neben dem ambulanten und stationären Sektor auch den präklinischen Rettungsdienst. Neben den klassischen Forschungsberichten wird unser Fachgebiet auch mit der Erstellung von Gutachten beauftragt. Im Bereich der Gesundheitsökonomie ist hier insbesondere das Gutachten der Mengenentwicklung in Krankenhäusern zu nennen.

EU-geförderte Projekte im Bereich Gesundheitsökonomie untersuchen z.B. den Einfluss der pauschalisierten Krankenhausvergütung (EuroDRG) bzw. der Pflegepersonalausstattung (RN4Cast) auf die Versorgungsqualität (vgl. „EuroDRG“ **Seite 24**, „RN4Cast“ **Seite 26**).

### **Ausgewählte wissenschaftliche Publikationen Seite 31-32**

## Forschungsfeld *Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme*



Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen widmet sich der Beschreibung, Analyse und Gegenüberstellung von Gesundheitssystemen sowie der Methodik der Gesundheitssystemforschung. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei der Entstehung und Auswirkung von Gesundheitsreformen, Regulierungs- und Anreizsystemen und Versorgungsstrukturen auf die Patientenversorgung und den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Auch die Auswirkungen der Rechtsprechung, des Binnenmarktes und der Erweiterung der Europäischen Union auf nationale Gesundheitssysteme (und Einrichtungen) werden untersucht. Auf der Basis internationaler Vergleiche werden abwägende Vorschläge für die künftige Gestaltung nationaler und europäischer Gesundheitspolitik und ihrer Umsetzung entwickelt.

Das Fachgebiet ist eines der drei Forschungszentren des European Observatory on Health Systems and Policies ([www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu)). Ziel des Observatoriums ist, anhand einer dynamischen Analyse von Europäischen Gesundheitssystemen und direktem Kontakt mit Entscheidungsträgern evidenzbasierte Gesundheitspolitik zu fördern. Dadurch soll durch Kompetenz, Verantwortlichkeit, Integrität und Gerechtigkeit das öffentliche Interesse unterstützt werden. Zu diesem Zwecke informiert das Observatorium mit seinen umfassenden Länderprofilen (Health Systems in Transition Reviews, **Seite 36**), themenspezifischen Studien, Policy Briefs, E-Bulletins und das vierteljährliche Journal Eurohealth Öffentlichkeit und Entscheidungsträger zugleich. Im Jahre 2011 wurden die Netzwerke des Observatoriums und des Health Policy Monitor vereinigt. Die neue Initiative wird zeitnah eine aktuelle und umfassende Übersicht von gesundheitspolitischen Entwicklungen in europäischen Ländern anbieten.

Des Weiteren ist bzw. war das Fachgebiet an mehreren europäischen Forschungsprojekten beteiligt, die sich mit diversen Aspekten von Gesundheitssystemen auf internationaler und nationaler Ebene befassen. So werden zum Beispiel die Mobilität von Patienten (EU-Projekt „Evaluating Care Across Borders“ 2010-2013) und Gesundheitspersonal (EU-Projekt „Health Professional Mobility in the European Union Study“ 2009-2012) und die Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte am Beispiel seltener Erkrankungen (BMBF-Projekt EIVE 2009-2012) untersucht.

### **Ausgewählte wissenschaftliche Publikationen Seite 29-30**



## Forschungsfeld *Health Technology Assessment (HTA)*

Das Ziel von Health Technology Assessment (HTA) ist die Unterstützung der Entscheidungsfindung auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems durch die Bereitstellung von umfassenden, wissenschaftlich-basierten Informationen zu spezifischen Technologien im Gesundheitswesen (z.B. Arzneimittel, chirurgische Prozeduren, medizintechnische Geräte oder Versorgungsmodelle für chronisch Kranke / DMPs).

Dabei werden die medizinischen, ökonomischen, sozialen, ethischen, organisatorischen und rechtlichen Aspekte der Anwendung einer Technologie in systematischer Weise untersucht. Produkt einer solchen Bewertung ist ein HTA-Bericht, eine Art Gutachten, in der die für Entscheidungsträger relevanten Informationen zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis transparent dargestellt werden.

Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der TU spielt seit Jahren national und international eine aktive Rolle in der Erstellung und Weiterentwicklung von HTA. Im Rahmen von Kooperationen mit dem Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG) und der Deutschen Agentur für HTA (DAHTA@DIMDI) wirken wir an verschiedenen HTA-Berichten mit. Das Fachgebiet ist maßgeblich an von der EU-geförderten Projekten zur Entwicklung und Stellung von HTA in Europa beteiligt, die zur Institutionalisierung eines permanenten, nachhaltigen Netzwerkes, der EUnetHTA Collaboration, geführt haben. Darüber hinaus wird die Expertise des Fachgebiets in HTA von der WHO, der Weltbank und der Europäischen Kommission zu verschiedenen Anlässen herangezogen.

*„Durch die Identifizierung derjenigen Interventionen, die die Gesundheit der Bevölkerung in einer wirksamen und gesellschaftlich vertretbaren Weise tatsächlich verbessern können, trägt HTA zur Qualität der Versorgung bei.“*

### **Ausgewählte Publikationen und Konferenzbeiträge (weitere Seiten 20 und 29-30)**

Busse R, Orvain J, Velasco M, Perleth M, Drummond M, Gürtner F, Jørgensen T, Jovell A, Malone J, Rüter A, Wild C (2002). Best practice in undertaking and reporting HTA. *Int J Technology Assessment Health Care* 18(2): 361-422  
Sorenson C, Drummond M, Kristensen F, Busse R (2008). Policy Brief „How can the impact of health technology assessments be enhanced?“ Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

## Forschungsfeld *Versorgungsforschung*

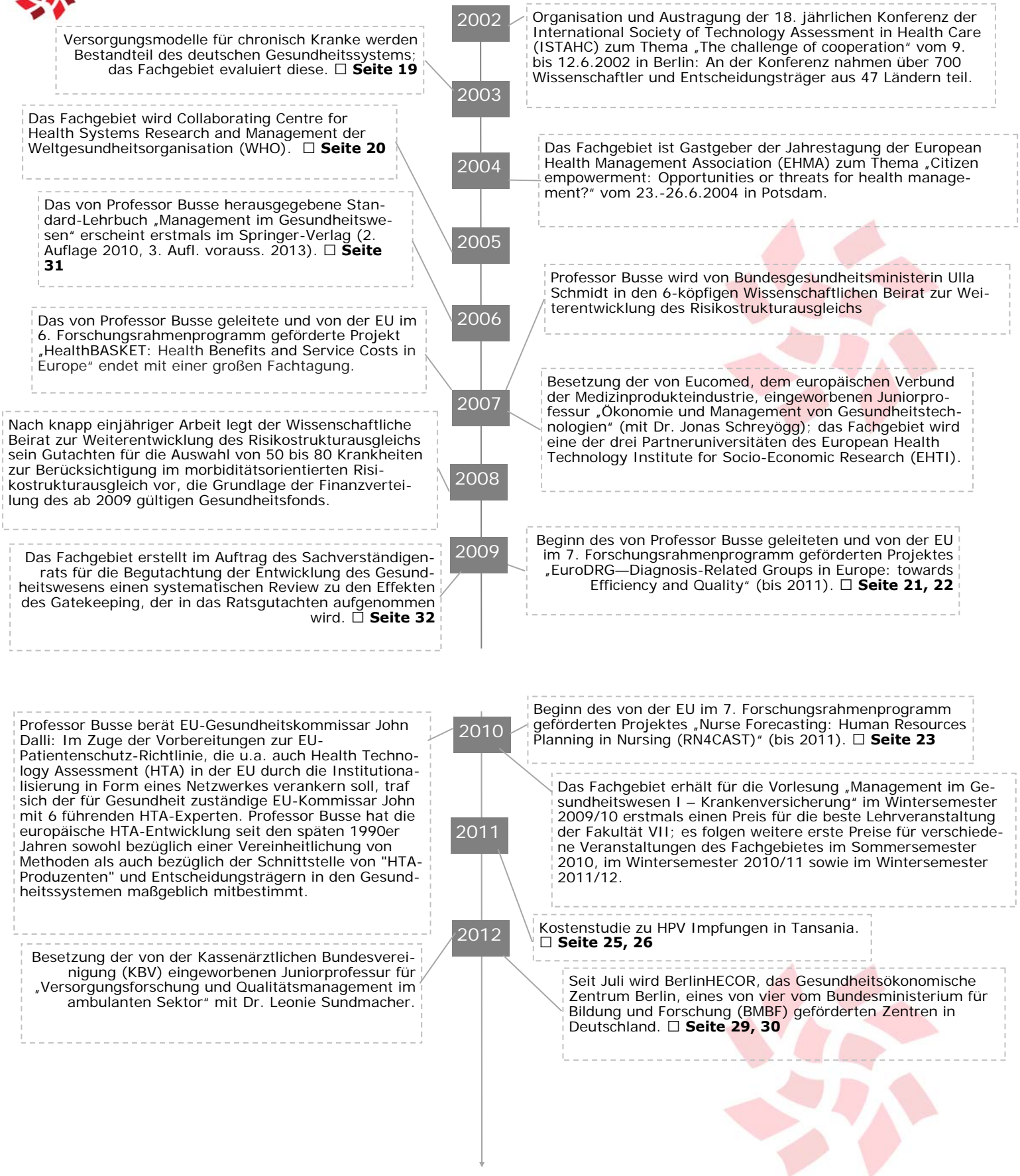
Gesundheitliche Versorgung umfasst die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser oder Heilmittelerbringer ebenso wie die Implementierung spezieller Behandlungs- und Präventionsprogramme oder die Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizintechnik.

Versorgungsforschung beschäftigt sich mit der Frage, ob und in wie weit solche gesundheitsrelevanten Leistungen unter Alltagsbedingungen wirksam sind. Der Forschungszweig berücksichtigt dabei den individuellen Patienten ebenso wie die Gesundheit der ganzen Bevölkerung. Fragen der Versorgungsforschung können lauten: werden alle Patienten durch eine bestimmte Maßnahme erreicht? Gibt es Bereiche, in denen eine Unter- oder Überversorgung stattfindet? Welche Konsequenzen hat die Implementierung eines neuen Behandlungsprogrammes? Die Versorgungsforschung bedient sich verschiedener Methoden, um solche Defizite aufzuspüren und Handlungsalternativen zu entwickeln.

Am Fachgebiet, das seit 2015 auch Mitglied im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) ist, laufen eine Vielzahl nationaler und internationaler Projekte, die sich auf unterschiedliche Schwerpunkte der Versorgungsforschung konzentrieren. Z.B. beschäftigt sich das EU-Projekt Munros mit den Auswirkungen neuer Gesundheitsberufe auf die klinische Praxis. Das Projekt ICARE4EU verfolgt das Ziel Informationen über innovative Versorgungsmodelle für multimorbide Patienten aus 30 europäischen Ländern bereitzustellen und so deren Versorgung zu optimieren. Die vom BMBF geförderte Studie RAC fokussiert auf die Patientenperspektive in der Bewertung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland.



# Ausgewählte Meilensteine



# Versorgungsmodelle für chronisch Kranke

Während der Ausbreitung von Infektionskrankheiten heutzutage gut entgegengewirkt werden kann, hat sich in letzten Jahrzehnten die Anzahl von Patienten mit chronischen Krankheiten stark erhöht. Insbesondere in hoch industrialisierten Ländern leiden immer mehr Menschen an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Diabetes mellitus, chronischen Lungenerkrankungen oder Depression. Chronische Krankheiten sind die führende Ursache für Mortalität in Europa und stellen eine der größten Herausforderungen an Gesundheitssysteme dar, sowohl aus ökonomischer als auch aus gesellschaftlicher Perspektive.

Die Komplexität chronischer Krankheiten verlangt nach einem Versorgungssystem, welches den Patienten in den Mittelpunkt stellt und langfristig die erforderlichen Leistungen über die Grenzen der Sektoren hinweg aufeinander abstimmt. Zu diesem Zweck wurden sowohl national als auch international eine Reihe innovativer Versorgungsmodelle entworfen. Ein Beispiel sind die im Jahr 2003 in Deutschland eingeführten *Disease Management Programme*, welche die kontinuierliche und koordinierte Behandlung chronisch Kranker verfolgen.

## Forschung am Fachgebiet

Unser Fachgebiet untersucht verschiedene Dimensionen von Versorgungsmodellen für chronisch kranke Patienten, sowohl national als auch international. Im Fokus steht der Vergleich von Maßnahmen zur Bekämpfung chronischer Krankheiten hinsichtlich ihrer Organisation und Finanzierung sowie ihrer Effekte auf die Qualität der Versorgung. Auf nationaler Ebene untersuchen wir zudem Disease Management Programme und Modelle der Integrierten Versorgung die Erwartungen der Patienten erfüllen.

## Ausgewählte Publikationen:

Velasco Garrido M, Busse R, Hisashige A (2003). Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)

Busse R (2004). Disease Management Programs in Germany's Statutory Health Insurance System – A Gordian Solution to the Adverse Selection of Chronically Ill in Competitive Markets? *Health Affairs* 23(3): 56-67

Busse R, Mays N (2008). Paying for chronic disease care. In Nolte E, McKee M (eds) *Caring for people with chronic conditions – A health system perspective*. Maidenhead: Open University Press, S. 195-221

Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A (2010). *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions, and challenges*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies

## WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management



Die Zusammenarbeit unseres Fachgebietes mit der Weltgesundheitsorganisation WHO erfolgt hauptsächlich über das European Observatory on Health Systems and Policies. Das European Observatory on Health Systems and Policies unterstützt und fördert eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik durch umfassende und gründliche Analysen der Dynamik der Gesundheitssysteme in Europa. Das Observatorium ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, den Regierungen von Belgien, Finnland, Irland, den Niederlanden, Norwegen, Slowenien, Spanien und Schweden, der Region Venetien in Italien, der Europäischen Kommission, der Europäischen Investitionsbank, der Weltbank, UNCAM (Verband der französischen Krankenkassen), der London School of Economics (LSE) und der London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM): [www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu).



Das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen bildet eines der insgesamt drei Forschungszentren des European Observatory. Die weiteren zwei Forschungszentren - neben der „Zentrale“ in Brüssel - sind an der LSE und der LSHTM angesiedelt.

Im Rahmen der Kooperation sind neben den Health Systems in Transition-Profilen (☐ **Seite 34**) mehrere Studien vollendet worden; daneben werden derzeit u.a. an einer Studie zur Messung, Überwachung und Verbesserung der Qualität in europäischen Gesundheitssystemen erstellt. Professor Busse leitet die jährliche Observatory Summer School in Venedig und nimmt an einer Vielzahl von sogenannten „Policy dialogues“ mit Ministerien etc. teil.

## Ausgewählte Publikationen:

Velasco-Garrido M, Børlum Kristensen F, Palmhøj Nielsen C, Busse R (eds.) (2008). *Health technology assessment and health policy-making in Europe – Current status, challenges and potential*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Wismar M, McKee M, Ernst K, Srivasteva D, Busse R (eds.) (2008). *Health Targets in Europe, Learning from experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E (eds.) (2011). *Cross-Border Healthcare in the EU: Mapping and Analysing Practices and Policies*. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies



Wie gut Gesundheitssysteme funktionieren, hängt unter anderem davon ab, welche Anreize von den eingesetzten Vergütungsmechanismen ausgehen. Die Anforderungen an diese Mechanismen sind hoch, denn sie sollen nicht nur die Akteure im Gesundheitswesen dazu motivieren, effizient zu handeln, sondern auch die Ressourcen zwischen den Leistungserbringern fair zu verteilen. Außerdem sollen sie leicht umzusetzen sein und möglichst wenig Verwaltungsaufwand nach sich ziehen.

Seit den frühen 90-er Jahren wurden sukzessive DRG („diagnosis-related groups“)-Systeme in Europa eingeführt, d.h. Systeme. Sie basieren zwar alle auf dem Ende der 70-er Jahre an der Yale Universität in den USA entwickelten Grundgedanken des Zusammenfassens der Vielzahl von unterschiedlichen Patienten zu einer begrenzten Zahl von Fallgruppen mit medizinisch und ökonomisch ähnlich schweren Fällen, sind aber in ihrer aktuellen Evolutionsstufe sehr unterschiedlich. Dies betrifft vor allem den Zweck des jeweiligen DRG-Systems. Dieser reicht vom Einsatz für Vergütungszwecke bis hin zur schlichten Leistungserfassung im Krankenhaus. Ein strukturiertes Bild über diese heterogene Landschaft der DRG-Systeme existierte bis dato nicht, so dass Informationen über europäische DRG-Systeme nur schwer und (wenn verfügbar) meist ausschließlich in der jeweiligen Landessprache zu beschaffen waren.

Die europäischen DRG-Systeme strukturiert nach verschiedenen Gesichtspunkten zu vergleichen war das Ziel des EuroDRG Projekts, welches von 2009 bis 2011 mit der Beteiligung 12 europäischer Partnerinstitutionen aus Deutschland, England, Estland, Finnland, Frankreich, Niederlande, Irland, Österreich, Polen, Portugal, Schweden und Spanien am Fachgebiet koordiniert wurde. Im Rahmen des 7. Forschungsrahmenprogramms wurden von der Europäischen Kommission 2,8 Mio. Euro für das EuroDRG Projekt zur Verfügung gestellt.

Zunächst wurden die DRG Systeme hinsichtlich verschiedener Merkmale wie Patientenklassifikation, Kostendatenerfassung, Preissetzung, Zuständigkeiten und Aktualisierungszyklen etc. strukturiert verglichen. Anschließend wurde detailliert mit Hilfe von zehn einheitlich definierten „episodes of care“ (u.a. Herzinfarkt, Schlaganfall, Appendektomie, normale Geburt und Hüftgelenkersatz) die Klassifikationssystematik analysiert. Darauf aufbauend wurde mit quantitativen Analysen geprüft, ob DRG-basierte Krankenhausvergütungen tatsächlich den anfallenden Ressourcenverzehr (im Sinne von Kosten) eines Krankenhauses abbilden.

Eine Vielzahl von Publikationen (ein umfassendes Buch, ein Supplement der Zeitschrift „Health Economics“ und weitere Buchbeiträge und Artikel in referierten Fachzeitschriften) und Präsentationen auf wissenschaftlichen Konferenzen, Workshops, bei internationalen Organisationen (wie etwa der Weltbank) und für Gesundheitsministerien (etwa in Bulgarien, Irland, Großbritannien, Korea, Polen, Russland) dokumentieren den Erfolg des Projekts. Auch nach dem Ende der Projektlaufzeit werden die Ergebnisse des EuroDRG Projekts weltweit diskutiert und für die Weiterentwicklung von DRG-Systemen heran gezogen.

### **Ausgewählte Publikationen**

Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (eds.) (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe – transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press

Scheller-Kreinsen D, Quentin W, Busse R (2011). DRG-type payment systems and technological innovation: reimbursement approaches in 11 European countries. *Value in Health* 14(8): 1166-1172

Geissler A, Scheller-Kreinsen D, Quentin W, Busse R (2012). DRG-Systeme in Europa - Anreize, Ziele und Unterschiede in zwölf Ländern. *Bundesgesundheitsbl* 55(5): 633-642

Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Geissler A, Busse R (2012). Appendectomy and diagnosis-related groups (DRGs): patient classification and hospital reimbursement in 11 European countries. *Langenbecks Arch Surg* 397(2): 317-326

Eine größere Übersicht über die wichtigsten Präsentationen und Publikationen ist auf [www.eurodrg.eu](http://www.eurodrg.eu) zu finden.





## Medizintechnologien Ökonomie, Management und Gesundheitspolitik

Gesundheitstechnologien, insbesondere Medizintechnik, treten in nahezu allen

Bereichen des Gesundheitswesens auf. Sie reichen von einfachen Hilfsmitteln wie Inkontinenzprodukten bis hin zu auf physikalischen Verfahren beruhenden Anwendungen wie Bestrahlungen. Neben einem hohen Innovationspotential ist dieser Bereich des Gesundheitswesens durch einen hohen Anteil interdisziplinärer Entwicklungen wie beispielsweise die Telemedizin gekennzeichnet. Auch in Zukunft wird dieser Markt zu einem wichtigen Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zählen. Innovative Medizintechnologien können die Lebensqualität von Patienten verbessern, Menschenleben retten, Ärzten helfen zu heilen und zu Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen beitragen. Dies setzt einerseits voraus, dass ein zusätzlicher Nutzen für Patienten, die Krankenkassen oder das Gesundheitssystem als Ganzes belegt werden kann. Andererseits müssen adäquate Finanzierungsmechanismen bestehen, die die Anwendung und Erstattung innovativer Produkte im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen.

### Forschung am Fachgebiet

Im Gegensatz zur Arzneimittelindustrie steht die wissenschaftliche Beschäftigung mit Medizintechnologien hinsichtlich ihrer ökonomischen Aspekte sowie ihres Beitrages zur Bevölkerungsgesundheit noch am Anfang. Deshalb stellt die Forschung im Bereich der Ökonomie und des Managements von Medizintechnologien einen Schwerpunkt unseres Fachgebietes dar. Folgende Forschungsgebiete sind hierbei von Bedeutung:

- Health Technology Assessment (HTA) von Medizintechnologien
- Kosten-Nutzen-Verhältnis von Medizintechnologien unter Alltagsbedingungen (z.B. Stents)
- Faktoren, die die Adoption und Diffusion von Medizintechnologien vorantreiben oder hemmen
- Kategorisierung von Medizintechnologien unter Vergütungsgesichtspunkten
- Anreizmechanismen von Vergütungsformen für Medizintechnologien

## „Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing“ (RN4CAST)



Inwieweit hat die Arbeitssituation in deutschen Krankenhäusern einen Einfluss auf die Arbeit und das Wohlbefinden des Pflegepersonals? Spiegeln sich Arbeitszufriedenheit und die Personalaufstellung in der Pflege in der Versorgungsqualität wider?

Die internationale Pflegestudie RN4CAST ist diesen Sachverhalt auf den Grund gegangen und hat in einer großangelegten Studie in 13 europäischen Ländern mehr als 34000 Pflegepersonen aus mehr als 500 Krankenhäusern zu verschiedenen Aspekten ihres Pflegealltags befragt. Zusätzlich wurden Patienteninterviews zu ihren Erfahrungen im Krankenhaus getätigt sowie Patientenentlassungsdaten erhoben. Mit diesem Volumen stellt RN4Cast die bisher weltweit umfangreichste Studie im Bereich der Pflegepersonalplanung dar. Als deutscher Projektpartner hat das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen 1512 Pflegefachkräfte in 49 deutschen Akutkrankenhäusern in die Studie eingeschlossen.

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass die Qualität der Arbeitsumgebung im Krankenhaus eine bedeutende Rolle bei der Erzielung guter Patienten- und Pflegeergebnisse spielt und sich in den letzten Jahren in Deutschland kontinuierlich verschlechtert hat - was sich in sinkender (wahrgenommener) Versorgungsqualität und steigender Unzufriedenheit unter dem Pflegepersonal bemerkbar macht. Um diesem Negativtrend langfristig entgegenzuwirken, versuchen wir nun mithilfe der „Best-Practice-Krankenhäuser“ Strategien zu entwickeln, die die Arbeitsumgebung verbessern sollen. So können wir einerseits ein weiteres Absinken der Versorgungsqualität verhindern sowie einer Verschärfung des Fachkräftemangels in Deutschland entgegenwirken, der dadurch verstärkt wird, dass immer mehr Pflegenden in Länder mit vermeintlich besseren Arbeitsbedingungen auswandern.

Dass allerdings die Annahme, es sei im Ausland besser, sich nicht für alle Dimensionen bestätigt, können wir auch aufzeigen und haben diese Forschungsergebnisse mithilfe einer innovativen Webseite so aufbereitet, dass sie auch für Interessierte außerhalb der Wissenschaftswelt interessant sind. Wer neugierig ist, kann sie sich unter:

**[www.pflege-wandert-aus.de](http://www.pflege-wandert-aus.de)** anschauen.



## Kostenstudie zu HPV Impfungen in Tansania

Gebärmutterhalskrebs ist weltweit die zweithäufigste Krebserkrankung bei Frauen. Jedes Jahr erkranken ungefähr 500.000 Frauen weltweit, vor allem in Entwicklungsländern. Die Ursache von Gebärmutterhalskrebs ist eine Infektion mit humanen Papillomaviren (HPV). Seit einigen Jahren werden von der Weltgesundheitsorganisation Impfungen gegen HPV für 9-13 jährige Mädchen empfohlen, weil sie die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs in ca. 70% der Fälle verhindern können.

In Tansania ist die Wahrscheinlichkeit an Gebärmutterhalskrebs zu sterben ungefähr 20 mal höher als in Deutschland. Um die tansanische Regierung bei den Vorbereitungen für ein HPV-Impfprogramm zu unterstützen wurde am National Institute for Medical Research (NIMR) in Mwanza, Tansania, in Zusammenarbeit mit der London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) eine Machbarkeitsstudie durchgeführt, bei der über 4.000 Mädchen in 130 Schulen geimpft wurden. Unser Fachgebiet beteiligte sich an dieser Studie, indem es die Kosten der Impfungen berechnete. Außerdem wurde ein Modell entwickelt, um zu schätzen, welche Kosten der tansanischen Regierung entstehen werden, wenn das Impfprogramm auf alle Schulen in der Region Mwanza ausgedehnt wird.



### Relevanz und Auswirkungen

Ende 2011 beschloss die GAVI-Alliance, die Regierungen in armen Ländern bei der Finanzierung von Impfprogrammen unterstützt, Mittel für die Einführung von HPV-Impfprogrammen bereit zu stellen. Bei dieser Entscheidung wurden die Ergebnisse unserer Studie berücksichtigt. Außerdem konnten wir mit unseren Erfahrungen die Weltgesundheitsorganisation bei der Entwicklung eines Computerprogramms unterstützen, mit dessen Hilfe Regierungen die Kosten der Einführung von HPV-Impfungen schätzen können. Im Jahr 2014 hat die tansanische Regierung mit Unterstützung durch die Globale

Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI) in vier Distrikten ein Pilotprogramm zur Impfung von Mädchen mit HPV-Impfstoff eingeführt.

**Publikation** Quentin W et al. (2012): Costs of delivering human papillomavirus vaccination to schoolgirls in Mwanza Region, Tanzania. BMC Medicine; 10:137



## Aufbau eines Krankenversicherungssystems in Syrien und Kosten-Nutzen von High tech-Medizin in Vietnam

In weiteren Projekten haben sich Doktoranden und Mitarbeiter des Fachgebietes damit beschäftigt, wie ein Krankenversicherungssystem in Syrien aussehen könnte und welche Ausgestaltung von der Bevölkerung priorisiert wird. Im Vergleich von Vietnam mit Deutschland wurde untersucht, ob und wodurch sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Behandlung von Gehirntumoren bzw. Metastasen im Gehirn mit moderner Medizintechnologie (im Vergleich zur traditionellen Operation) unterscheidet.

Mershed M, Busse R, van Ginneken E (2012). Health care financing in Syria: satisfaction with the current system and the role of national health insurance – a qualitative study of householders' views. Int J Health Planning Management 27(2): 167-179

Vuong DA, Rades D, Le AN, Busse R (2012). Cost effectiveness of stereotactic radio-surgery versus surgical resection in the treatment of brain metastasis in Vietnam with perspectives of patient and family. World Neurosurgery 77(2): 321-328

Vuong DA, van Eck, Horstmann, Rades D, Busse R: Comparing the cost-effectiveness of two brain metastasis treatment modalities from a payer's perspective: stereotactic radiosurgery versus surgical resection. Clinical Neurology and Neurosurgery (DOI 10.1016/j.clineuro.2012.05.005)

Seit Juli 2012 bildet das Fachgebiet Management gemeinsam mit Partnern der TU Berlin und der Charité eines der vier vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten gesundheitsökonomischen Zentren in Deutschland. Leiter des Berliner Zentrums ist Prof. Dr. Reinhard Busse.



Das Gesundheitsökonomische Zentrum BerlinHECOR (Centre for Health Economics Research) verfolgt neben dem Aufbau einer nachhaltigen, international wahrgenommenen gesundheitsökonomischen Forschungsstruktur die Entwicklung, Organisation und Implementierung einer umfassenden Leistungsmessung und -bewertung innerhalb des deutschen Gesundheitssystems. Die Leistungsmessung bezieht sich, angelehnt an das Health System Framework der Weltgesundheitsorganisation (WHO), auf die Bereiche 1) Bevölkerungsgesundheit, 2) Messung von Ungleichheit in Gesundheit und Gesundheitsversorgung, 3) Responsiveness (Eingehen auf gerechtfertigte Erwartungen der Bevölkerung) und 4) Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

Die Aktivitäten des gesundheitsökonomischen Zentrums am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen werden von Dr. Cornelia Henschke koordiniert und umfassen die Nachwuchsgruppe CHeC unter der Leitung von Prof. Dr. Leonie Sundmacher sowie die Projekte RAC und EMSiG. Die Forschungen der Nachwuchsgruppe CHeC haben eine umfassende Berichterstattung zur Bevölkerungsgesundheit, zum Ausmaß von Ungleichheit in Gesundheit und Gesundheitsversorgung in Deutschland und zu den Gründen einer möglichen Ungleichverteilung zum Ziel. Das Teilprojekt RAC wird Evidenz zu Responsiveness im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens erheben und auswerten, d.h. der Frage nachgehen, ob die ambulante „Normalversorgung“ und die Versorgung im Rahmen von strukturierten Versorgungsprogrammen den in sie gesetzten Erwartungen der Patienten gerecht werden. Das Projekt EMSiG untersucht, ebenfalls als Neuland, die Effizienz des präklinischen Rettungsdienstes im Vergleich zwischen den Bundesländern. Das weitere TUB-Teilprojekt IQM-GH, geleitet von Herrn Prof. Dr. Mansky, wird den Erfolg von Qualitätsmessung im stationären Sektor untersuchen und somit das Potential von Leistungsmessung evaluieren.

Die Projekte CHeC, RAC, EMSiG und IQM-GH sind untereinander eng verknüpft und kooperieren auch mit weiteren Institutionen des Gesundheitswesens, dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), dem Wissenschaftlichen Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG), der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Diese Institutionen liefern Sekundärdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (WIdO, WINEG und DAK), während die KBV Daten des ambulanten Sektors zur Verfügung stellt. Die Nachwuchsgruppe CHeC kooperiert darüber hinaus mit der Charité und arbeitet mit Primärdaten, welche in klinischen Studien erhoben wurden.

Ziel ist es, die Ergebnisse der Auswertungen in nachvollziehbaren Kennzahlen zusammenzufassen und somit eine transparente Leistungserfassung des deutschen Gesundheitssystems zu begründen sowie eine Evidenz-basierte Gesundheitspolitik zu ermöglichen. Die Ergebnisse werden in entsprechenden internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht, aber auch mittels einer hierfür angelegten Internetplattform der deutschen Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Die Erarbeitung internationaler Vergleiche und Summer Schools sowie Austauschprogramme mit renommierten internationalen Partnern in Brüssel, Helsinki, London, Paris, Rotterdam und York (**Seite 36-37**) sind fester Bestandteil der Arbeitsplanung.

Weitere Informationen sind der Webseite [www.BerlinHECOR.de](http://www.BerlinHECOR.de) zu entnehmen.



Wir legen Wert darauf, mit unseren Publikation in renommierten internationalen Zeitschriften einen Beitrag zum länderübergreifenden Diskurs und Erkenntnisfortschritt zu leisten (eine Auswahl seit 2005 ist unten dargestellt; weitere u.a. **Seite 16, 22, 26 & 32**). Gleichzeitig ist es unser Anspruch in angemessener Weise zu einem Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis beizutragen (d.h. unsere Forschungsergebnisse auch für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und Laien aufzuarbeiten; **Seiten 19, 32-34**) und Lehrbücher für Studierende zu verfassen (z.B. **Seite 31**).

Busse R, Schreyögg J, Henke K-D (2005): Regulation of pharmaceutical markets in Germany: improving efficiency and controlling expenditures. *Int J Health Plan Management* 20(4): 329-349

Schreyögg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R (2005): Defining the benefit basket in nine European countries: Evidence from the EU Health BASKET project. *Eur J Health Economics* 6(Suppl 1): 2-10

Wörz M, Busse R (2005): Analysing the impact of health care system change in the EU member states – Germany. *Health Economics* 14(S1): S133-S149

Busse R, Stargardt T, Schreyögg J (2005): Determining the benefit basket of the Statutory Health Insurance scheme in Germany: methodologies and criteria. *Eur J Health Economics* 6(Suppl 1): 30-36

Grabka M, Schreyögg J, Busse R (2006): Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung: Erste empirische Ergebnisse. *Med Klin* 101(6): 476-483

Zentner A, Busse R (2006): Internationale Standards der Kosten-Nutzen-Bewertung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 11: 368-373

Stargardt T, Schreyögg J, Busse R (2007): Pricing behaviour of pharmacies after market deregulation for OTC drugs: The case of Germany. *Health Policy* 84(1): 30-38

Busse R, Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (2007): Strategic Purchasing to Improve Health Systems Performance: Key Issues and International Trends. *Healthcare Papers* 8(Sp): 62-76

Schreyögg J, Tiemann O, Stargardt T, Busse R (2008): Cross-country comparisons of costs: the use of episode-specific transitive purchasing power parities with standardised cost categories. *Health Economics* 17(S1): 95-103

Stargardt T, Weinbrenner S, Busse R, Juckel G, Gericke C (2008): Effectiveness and cost of atypical versus typical antipsychotic treatment for schizophrenia in routine care. *J Ment Health Policy Econ* 11(2): 89-97

Blankart R, Schreyögg J, Busse R (2008): Performance of tariff schemes in valuation of technologies: the example of Magnetic Resonance Imaging. *Technology and Health Care* 16(3): 171-182

Busse R, Nimptsch U, Mansky T (2009): Measuring, Monitoring, and Managing Quality in Germany's Hospitals. *Health Affairs* 28(2): w294-w304

Schreyögg J, Bäuml M, Busse R (2009): Balancing adoption and affordability of medical devices in Europe. *Health Policy* 92(2): 218-224

Busse R, Nimptsch U, Mansky T (2009): Measuring, Monitoring, and Managing Quality in Germany's Hospitals. *Health Affairs* 28(2): w294-w304

Busse R (2009): Wettbewerb im Gesundheitswesen – eine Gesundheitssystemperspektive. *Z Evid Forbild Qual Gesundheitswesen (ZEFO)* 103(10): 608-620

Gericke CA, Dehn M, Wismar M, Busse R (2009): Cost-sharing in the German healthcare system: Effects of health reforms on efficiency and equity. *J Managem & Marketing Healthc* 2(4): 410-426

Velasco Garrido M, Gerhardus A, Röttingen J-A, Busse R (2010): Developing Health Technology Assessment to address health care system needs. *Health Policy* 94(3): 196-202

Henschke C, Bäuml M, Weid S, Gaskins M, Busse R (2010): Extrabudgetary payments: A gateway for introducing new medical devices into the German inpatient reimbursement system? *J Managem & Marketing Healthc* 3(2): 119-133

van Ginneken E, Busse R (2010): The future of pharmaceutical policy in the European Union until 2025 – results of a Delphi survey. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research* 1(2): 53-60

Henschke C, Bäuml M, Gaskins M, Busse R (2010): Coronary stents and the uptake of new medical devices in the German system of inpatient reimbursement. *Journal of Interventional Cardiology* 23(6): 546-553

Scheller-Kreinsen D, Geissler A, Street A, Busse R (2011): Leistungsbewertung von deutschen Krankenhäusern – Stärken, Schwächen und Vergleichbarkeit der bekannten Methoden. *Gesundheitsök & Qualitätsmanagem* 16(2): 85-95

Latzitis N, Sundmacher L, Busse R (2011): Regionale Unterschiede der Lebenserwartung in Deutschland auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte und deren möglichen Determinanten. *Gesundheitswesen* 73(4): 217-228

Sundmacher L, Kimmerle J, Latzitis N, Busse R (2011): Vermeidbare Sterbefälle in Deutschland – Räumliche Verteilung und regionale Konzentrationen. *Gesundheitswesen* 73(4): 229-237

Sundmacher L, Busse R (2011): The impact of physician supply on avoidable cancer deaths in Germany. A spatial analysis. *Health Policy* 103(1): 53-62

Mangiapane S, Busse R (2011): Prescription Prevalence and Continuing Medication Use for Secondary Prevention After Myocardial Infarction: The Reality of Care Revealed by Claims Data Analysis. *Dtsch Arztebl Int* 108(50): 856-862

Kreis J, Busse R (2012): From evidence assessments to coverage decisions? The case example of glinides in Germany. *Health Policy* 104(1): 27-31

Tiemann O, Schreyögg J, Busse R (2012): Hospital ownership and efficiency – A review of studies with particular focus on Germany. *Health Policy* 104(2): 163-171

Aiken LH, Sermeus W, van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M et al. (2012): Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Hospital Care: Cross-Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and the United States. *BMJ* 344:e1717

Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl AK, Westert G, Kene T (2012): Leadership and Governance in Seven Developed Health Systems. *Health Policy* 106(1): 37-49

Sundmacher L, Hofmann K, Gaskins M, Busse R (2012): Spatial distribution of avoidable cancer mortality in Germany. *J Public Health* 20(3): 279-288

Bäuml M, Stargardt T, Schreyögg J, Busse R (2012): Cost Effectiveness of Drug-Eluting Stents in Acute Myocardial Infarction Patients in Germany: Results from Administrative Data Using a Propensity Score-Matching Approach. *Applied Health Economics and Health Policy* 10(4): 235-248



# Management im Gesundheitswesen

- ⇒ Managementwissen für Entscheider im Gesundheitswesen - und die, die es werden wollen: verständliche Theorie, klare Anwendung und konkrete Fallbeispiele
- ⇒ Von der Krankenkasse über Krankenhäuser und Praxen und bis hin zur Pharmaindustrie: Leistungsmanagement erfolgreich anwenden!

In Zeiten sinkender Ressourcen werden im Gesundheitswesen zunehmend kompetente Fach- und Führungskräfte im Managementbereich benötigt, die über eine interdisziplinäre Ausrichtung verfügen und mit den speziellen institutionellen Gegebenheiten des Gesundheitswesens vertraut sind. Die 2., komplett aktualisierte und ergänzte Auflage des Lehrbuches stellt alle wichtigen Aspekte des Managements von Einrichtungen im Gesundheitswesen umfassend dar. Didaktisch aufbereitet folgen alle Themenblöcke einer einheitlichen Struktur mit einer Einführung zu den gesetzlichen, strukturellen und methodischen Grundlagen. Ausführlich wird auf die speziellen Anforderungen und ihre praktische Umsetzung in den Sektoren des Gesundheitswesens eingegangen: gesetzliche und private Krankenversicherungen, Krankenhäuser, Arztpraxen und Ärztenetze, Arzneimittelindustrie und Netzwerke zur integrierten Versorgung.

Plus: Fallstudien vertiefen wichtige Aspekte der praktischen Anwendung und eignen sich gut als Material für Unterricht bzw. Selbststudium.

Herausgegeben von Reinhard Busse (Technische Universität Berlin), Jonas Schreyögg (Ludwig-Maximilians-Universität München), Oliver Tiemann (Technische Universität Berlin), 2. Aufl., 2010, XIV, 419 S. 99 Abb., ISBN: 978-3-642-01335-5



## *Effekte des Gatekeeping* Systematischer Review im Auftrag des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Ein Bestandteil von Hausarztmodellen in Deutschland und international ist, dass der Primärarzt als ‚Torhüter‘ für die fachspezialisierte Versorgung und so als Lotse im Gesundheitssystem fungiert.

Welche gesundheitlichen, ökonomischen und weiteren Effekte das Konzept Gatekeeping hat, untersuchten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fachgebiets in einem systematischen Review im Auftrag des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im

Gesundheitswesen für das Sondergutachten 2009 „Koordination und Integration Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, in das der Text aufgenommen wurde.

*„Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung wirklich besser und billiger?“*

Die bisher umfassendste systematische Übersicht zur Thematik zeigt, dass die internationale Evidenz zu Effekten des Gatekeeping wegen ihrer geringen Qualität wenig belastbar und ihre Relevanz aus deutscher Perspektive sehr eingeschränkt ist. Es ist möglich aber nicht gesichert, dass Gesundheitsoutcomes und Lebensqualität von Patienten in Gatekeeping-Modellen vergleichbar mit jenen sind, bei denen freier Zugang zu spezialisierter Versorgung besteht. Gatekeeping kann die Inanspruchnahme von Fachärzten sowie die Gesundheitsausgaben senken, wobei nicht beantwortet wird, ob dies auf Kosten einer angemessenen bzw. bedarfsgerechten Versorgung geschieht.

Wie Prozessqualität, Zufriedenheit von Patienten oder Leistungserbringern beeinflusst wird, wird in den Studien widersprüchlich beantwortet bzw. nicht untersucht. Mangels belastbarer internationaler Evidenz bedürfen Auswirkungen der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland einer sorgfältigen Begleitforschung.

**Wissenschaftliche Publikation:** Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R (2011). The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. Scand J Primary Health Care 29(1): 28-38

# Diagnosis-Related Groups in Europa - Auf dem Weg zu Transparenz, Effizienz und Qualität in Krankenhäusern?

Patientenklassifikationssysteme auf Basis von Diagnosis-Related Groups (DRGs) wurden in ganz Europa aus ähnlichen Gründen eingeführt: Sie sollten in den Krankenhäusern die Transparenz erhöhen, Anreize für höhere Effizienz geben und dazu beitragen das Qualitätsniveau zumindest stabil zu halten. Nachdem in Europa über ein Jahrzehnt lang Erfahrungen mit DRGs gesammelt wurden, ist es nun an der Zeit zu evaluieren, ob der ausgedehnte Einsatz die in sie gesteckten Erwartungen erfüllt hat. Das Buch fasst Erfahrungen und Entwicklungen aus zwölf europäischen Ländern zusammen (Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Irland, Niederlande, Polen, Portugal, Spanien, Schweden, Vereinigtes Königreich (England)).

Dabei werden im ersten Teil unter anderem zentrale Fragen zur Entwicklung, Nutzung, Effizienz, Qualität sowie zu den theoretischen Anreizen von DRG Systemen beantwortet. Der zweite Teil des Buchs umfasst 12 ausführliche Länderkapitel, die aufgrund ihrer gleichen Struktur Länder- und Systemvergleiche vereinfachen und dabei Einblicke zu den wichtigsten Weiter(-Entwicklungen) in jedem der zwölf Länder geben.

Das Buch gibt einen Überblick über die zentralen DRG-Themen und fasst die europäischen Erfahrungen zusammen. Und ist daher für alle Länder und Regionen von Interesse, die DRGs einführen, weiterentwickeln oder verbessern wollen. Es richtet sich an Gesundheitspolitiker, Sachverständige und Wissenschaftler in Europa und darüber hinaus.

Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (Hrsg.) (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press

ISBN: 9780335245574, zu bestellen unter: <http://mcgraw-hill.co.uk/html/0335245579.html>

Frei zum download unter: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/162265/e96538.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf)



## Health Systems in Transition Reviews

Die sogenannten HiT-Profile des European Observatory on Health Systems and Policies dienen der Beschreibung und Analyse von Gesundheitssystemen und Reforminitiativen einzelner Länder, primär in der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Länderberichte werden anhand eines einheitlichen Fragenkatalogs entwickelt, um Akteuren und Analysten nationaler Gesundheitssysteme und internationaler Organisationen möglichst vergleichbare und relevante Informationen anbieten zu können.

Sie beschreiben die gesundheitliche Lage sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen im Land und vermitteln empirisch fundierte Einsichten in die Zusammenhänge der Organisation, Finanzierung und Erbringung der Gesundheitsversorgung. Sie untersuchen Reformen, ihre Ergebnisse und zeitliche Trends und analysieren Bereiche, die künftig intensivere Reformen erfordern. Eine möglichst neutrale und abwägende Darstellung und Interpretation der Informationen soll ein ausgewogenes Verständnis komplexer Zusammenhänge und eine unabhängige Meinungsbildung ermöglichen. Darüber hinaus können sie den Austausch von Erfahrungen bezüglich verschiedener Reformstrategien zwischen den unterschiedlichen Ländern fördern. Die Berichte werden von Experten aus dem jeweiligen Land verfasst, von Mitarbeitern des Observatory editiert und einem externen Reviewprozess unterzogen, bevor sie veröffentlicht und auf verschiedenen Foren zur Diskussion gestellt werden.



Alle Reviews sind auf der Webseite des Observatory ([www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu)) zugänglich und erscheinen in englischer und teilweiser in deutscher, spanischer, französischer oder russischer Sprache.

Als Forschungszentrum des Observatoriums ist das Fachgebiet für die HiT-Reviews der mittel- und osteuropäischen Länder sowie die USA zuständig. Zuletzt erschienen sind Berichte zu Estland (2008), Lettland (2008), Slowenien (2009), der Tschechischen Republik (2009), den Niederlanden (2010), Polen (2011), Slowakei (2011), Ungarn (2011) und Bulgarien (2012). 2012/13 folgen u.a. noch am Fachgebiet erstellte HiT-Profile zu Deutschland, Litauen, Österreich, der Schweiz und den USA.

# Ausgewählte internationale Kooperationspartner



European Observatory on Health Systems and Policies, Belgien



PRAXIS Center for Policy Studies, Estland



Katholieke Universiteit Leuven, Belgien



Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Frankreich



LSE Health, London School of Economics and Political Science, England



Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Frankreich



King's College London, England



Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Frankreich



London School of Hygiene and Tropical Medicine, England



National Institute for Health and Welfare, Finnland



Imperial College Business School - University of London, England



National and Kapodistrian University of Athens, Griechenland



Centre for Health Economics, University of York, England



Università Commerciale Luigi Bocconi

Università Commerciale Luigi Bocconi, Italien



European Health Management Association, Irland



The Centre for Patient Classification, National Board of Health and Welfare, Schweden



Maccabi Institute for Health Services Research, Israel



Universität Basel, Schweiz



International Network for Studies in Technology, Environment, Alternatives and Development, Luxemburg



Parc de Salut MAR



Institute for Health Policy & Management, Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam, Niederlande



Pompeu Fabra Universitat, Spanien



Department für Medizinische Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie, Medizinische Universität Innsbruck, Österreich



The World Bank, USA



European Centre for Social Welfare Policy and Research, Österreich



University of Pennsylvania, USA



Narodowy Fundusz Zdrowia, Polen



World Health Organisation



Karolinska Institutet, Schweden



The Commonwealth Fund, USA


Technische Universität Berlin  
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen

Sekretariat H80  
Straße des 17. Juni 135  
10623 Berlin

Tel.: +49 30 314 28420  
Fax: +49 30 314 28433  
E-Mail: [mig@tu-berlin.de](mailto:mig@tu-berlin.de)  
[www.mig.tu-berlin.de](http://www.mig.tu-berlin.de)

Folgen Sie uns auch auf:

 [www.facebook.com/mig.tuberlin](https://www.facebook.com/mig.tuberlin)

 [@tubhealth](https://twitter.com/tubhealth)

