

ARBEITSPAPIERE
des Instituts für Genossenschaftswesen
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Integrierte Versorgungsnetzwerke
im Gesundheitswesen

von Stefanie Franz
Nr. 53 ■ März 2006

Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Institut für Genossenschaftswesen
Am Stadtgraben 9 ■ D-48143 Münster
Tel. ++49 (0) 2 51/83-2 28 01 ■ Fax ++49 (0) 2 51/83-2 28 04
info@ifg-muenster.de ■ www.ifg-muenster.de

Vorwort

Im Gesundheitswesen findet derzeit ein grundlegender struktureller Wandel statt. Finanzierungsengpässe und vielfältige Anreizdefizite haben nicht nur zu regulatorischen Veränderungen geführt, sondern sie sind in der Folge mit neuen organisatorischen Herausforderungen verbunden. Der Gesundheitssektor ist einer jener Sektoren, in denen sich die Arbeitsteilung zwischen staatlichen und privaten Akteuren neu ausdifferenzieren wird. Es zeichnet sich ab, dass die Wertschöpfungsketten der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen in Zukunft anders als bisher ausgestaltet sein werden.

Die empirische Kooperationsforschung zeigt, dass dies ein Umfeld ist, in dem sich häufig Netzwerke, Wertschöpfungsk Kooperationen, Partnerschaften und Allianzen herausbilden. Vor diesem Hintergrund ist es daher nicht überraschend, dass sich erstens das Gesundheitswesen als eine Branche herausgestellt hat, in der der heute eine große Anzahl von Kooperationen in unterschiedlichster Ausgestaltung vereinbart werden, was nicht zuletzt auf die „Integrierte Versorgung“ zurück zu führen ist. Zweitens wird der Kunde, auch als Patient bezeichnet, stärker als bisher als eigenständiger Akteur mit speziellen Präferenzen einbezogen werden.

Stefanie Franz setzt sich im Rahmen ihrer Dissertation mit Kooperationen im Gesundheitswesen auseinander, die im Zuge der Neugestaltung von Wertschöpfungsketten nahe liegen. Sie beginnt ihre Überlegungen mit einer Analyse des Konzepts der Integrierten Versorgung, ihren Anreizstrukturen und möglichen Ausgestaltungen. Erste Überlegungen zu diesen Zusammenhängen werden hier angestellt und weiter fortgesetzt werden. Es handelt sich um eine Arbeit aus dem IfG-Cluster „Unternehmenskooperationen“, die hiermit zur Diskussion gestellt wird. Kommentare und Anregungen sind herzlich willkommen.



Prof. Dr. Theresia Theurl

Inhalt

1	Einleitung	6
2	Ineffizienzen der traditionellen Gesundheitsversorgung und daraus abgeleitete Anforderungen an Lösungsansätze	7
2.1	Ineffizienzen der traditionellen Gesundheitsversorgung in Deutschland.....	7
2.2	Anforderungen an die einzuführenden Konzepte im Gesundheitswesen zur Reduzierung der Ineffizienzen.....	10
3	Integrierte Versorgungsnetzwerke im Gesundheitswesen	12
3.1	Definition des Begriffs Integrierte Versorgung	12
3.2	Die Wertschöpfungskette der Integrierten Versorgung	14
3.2.1	Infrastruktur.....	16
3.2.2	Information und Kommunikation	22
3.2.3	Personalwirtschaft.....	23
3.2.4	Patientenintegration	24
3.2.5	Zusammenfassung.....	28
3.3	Typologisierung von Integrierten Versorgungsnetzwerken	29
4	Integrierte Versorgung als Lösungskonzept zur Behebung der Ineffizienzen im Gesundheitswesen	32
5	Schlussbetrachtung	35
	Literaturverzeichnis	36

Abkürzungsverzeichnis

GKV Gesetzliche Krankenversicherung

IKS Informations- und Kommunikationssysteme

IV Integrierte Versorgung

PKV Private Krankenversicherung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Leistungs- und Finanzierungsbeziehungen im deutschen Versorgungssystem.....	8
Abbildung 2: Das Versorgungskontinuum: Prävention, Kuration und Rehabilitation in einer Integrierten Versorgung.	13
Abbildung 3: Die Wertschöpfungskette der Integrierten Versorgung.	15
Abbildung 4: Ausgestaltungsmöglichkeiten einer Integrierten Versorgung.	29
Abbildung 5: Erreichung des gesamtwirtschaftlichen Ziels durch dargestellte Anforderungen und Umsetzungsmaßnahmen der Integrierten Versorgung.	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ziele und Ausgestaltung der Erfolgsfaktoren einer Integrierten Versorgung.	28
--	----

1 Einleitung

In der Politik und Medienwelt wird aktuell intensiv über das Gesundheitswesen diskutiert.¹ Die steigenden Ausgaben des Gesundheitswesens bei stagnierenden Einnahmen stellen den Staat vor gravierende Herausforderungen.² Die Ausgaben lagen 2003 bei insgesamt 239,7 Milliarden Euro oder 11,3 Prozent des BIP; was einer Steigerung von 3,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht.³ Die Einnahmen der GKV⁴ sind an die Löhne der sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätze gekoppelt. Durch die derzeit schwache Wirtschaftslage und die zunehmende Überalterung der Bevölkerung sinken die Einnahmen stetig.⁵ 2003 wurden 26.954.686 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte gezählt, 2002 waren es hingegen noch 27.571.147.⁶ Um diesen Herausforderungen zu begegnen, muss das Gesundheitswesen umstrukturiert werden.⁷ Die Integrierte Versorgung (IV) wird dabei vielfach als mögliches Konzept zur Reduktion der Ausgaben genannt.⁸

Daher ist es das *Ziel des vorliegenden Arbeitspapiers*, die Grundzüge der IV-Netzwerke herauszuarbeiten und die Notwendigkeit ihrer Anwendung zu belegen.⁹

¹ Vgl. beispielsweise BINDER (1999), S. 1 und BESKE/DRABINSKI/ZÖLLNER (2004), S. 16.

² Vgl. HAJEN/PAETOW/SCHUMACHER (2004), S. 11 und S. 264ff. und DIEFFENBACH/LANDENBERGER/VON DER WEIDEN (2002), S. 5.

³ Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2005a) und (2005b). Die Ausgaben der GKV 2002 bei 143.026 und 2003 bei 145.095. Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2005c).

⁴ Vgl. OBERENDER/JASPER (2004), S. 27. Auf die PKV soll im Folgenden nicht näher eingegangen werden, da das SGB V, in dem die IV verankert ist, lediglich die GKV regelt. Auszuschließen ist nicht, dass die PKV ebenso Veränderungen unterworfen ist und ähnliche Konzepte verwirklicht, um wettbewerbsfähig zu bleiben.

⁵ Vgl. ROLAND BERGER STRATEGY CONSULTING (2002), S. 11. Die zunehmende Überalterung wird hervorgerufen durch die steigenden Lebenserwartungen und die rückläufigen Geburtenzahlen. Vgl. CASSEL (2003), S. 239f.

⁶ Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2005c).

⁷ Vgl. MÜHLBACHER (2002), S. 18.

⁸ Probleme auf der Einnahmenseite werden daher nicht weiter berücksichtigt.

⁹ Im Rahmen dieses Arbeitspapiers wird eine ökonomische Perspektive eingenommen. Rechtliche Fragestellungen werden nicht untersucht. In Einzelfällen kann es zu Abweichungen zwischen ökonomisch sinnvollem und juristisch notwendigem Vorgehen kommen. So werden etwa Doppeluntersuchungen durchgeführt, um potenziellen Regressansprüchen juristisch wirkungsvoll zu begegnen (Haftungsrecht, §823 BGB).

In *Kapitel 2* werden die Ineffizienzen der traditionellen Gesundheitsversorgung aufgezeigt (2.1), um daraus die Anforderungen an die einzuführenden Konzepte im Gesundheitswesen abzuleiten (2.2). Auf die IV - als mögliches Konzept zur Behebung dieser Ineffizienzen - wird in *Kapitel 3* differenziert eingegangen: Nach einer Definition des Begriffs IV (3.1) wird das Grundgerüst einer IV durch die Identifikation ihrer Erfolgsfaktoren beleuchtet (3.2). Darauf aufbauend werden die unterschiedlichen IV-Typen vorgestellt (3.3). In *Kapitel 4* wird die IV als Lösungskonzept zur Überwindung der Ineffizienzen im Gesundheitswesen diskutiert. Abschließend erfolgt in *Kapitel 5* eine Schlussbetrachtung.

2 Ineffizienzen der traditionellen Gesundheitsversorgung und daraus abgeleitete Anforderungen an Lösungsansätze

2.1 Ineffizienzen der traditionellen Gesundheitsversorgung in Deutschland

Die deutsche Gesundheitsversorgung ist von einer strukturellen Desintegration geprägt (siehe Abbildung 1): Zum einen durch die *medizinische Arbeitsteilung* (z.B. Haus-, Facharzt, Krankenhaus) und zum anderen durch die rigorose *Separierung von Versorgungs- und Entscheidungsträgerstrukturen*. Letzteres bedeutet, dass eine Trennung von Zahlern (Kostenträger) und Nutzern (Versicherte) sowie Zahlern und Anbietern (Leistungserbringer) vorliegt.¹⁰ Diese Ausgangssituation der zunehmenden Fragmentierung der Gesundheitsdienstleistung und der Dreiecksbeziehung¹¹ zwischen Krankenkasse, Patient und Arzt¹² führen zu großen Ausgabeproblemen in der traditionellen Gesundheitsversorgung. Ursächlich sind insbesondere verschiedene Informationsasymmetrien innerhalb der Prinzipal-Agent-Beziehungen¹³ im Gesundheitssystem.

¹⁰ Vgl. DE OLIVEIRA (2001), S. 2f.

¹¹ Das deutsche Gesundheitssystem beruht in seinen Grundzügen auf dem Modell der Sozialversicherung. Kennzeichnend für das Sozialversicherungsmodell ist die Dreiecksbeziehung zwischen den Kostenträgern, den Versicherten und den Leistungserbringern. BREYER/ZWEIFEL/KIFMANN (2003), S. 4.

¹² Der Begriff Arzt umfasst im Folgenden alle Erbringer medizinischer Leistungen. Es wird keine Unterscheidung zwischen Facharzt, Krankenhausarzt etc. vorgenommen.

¹³ Die Prinzipal-Agent-Theorie untersucht im Kontext der drei Annahmen - der asymmetrischen Informationsverteilung, der individuellen Nutzenmaximierung und der divergierenden Interessen - die arbeitsteiligen Auftraggeber-Auftragnehmer-Beziehungen unter Kosten- und Effizienzaspekten und wird

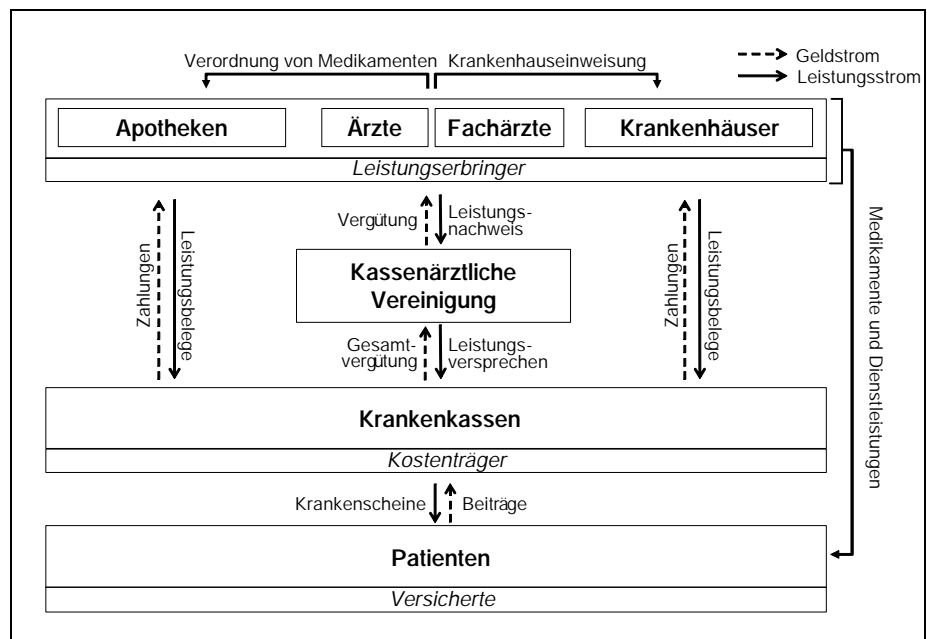


Abbildung 1: Die Leistungs- und Finanzierungsbeziehungen im deutschen Versorgungssystem.

In Anlehnung an: Afheldt u.a. (2003), S. 9.

Sowohl zwischen den Patienten als Versicherte (Prinzipal) als auch zwischen den Krankenkassen als Kostenträger (Prinzipal) existieren zugunsten der Leistungsanbieter¹⁴ (Agent) Informationsasymmetrien. Der Agent verfügt über „verstecktes“ Wissen, das zumeist weder dem Patienten noch der Krankenkasse bekannt ist. Die Gesundheitsdienstleistungen zählen zu den sog. Erfahrungs- und Vertrauensgütern.¹⁵ Die Prinzipale können nicht beurteilen, ob die von den Agenten durchgeführten Gesundheitsleistungen notwendig sind und/oder das Anstrengungs-

daher zur Erklärung der Ausgabeprobleme im Gesundheitswesen herangezogen. Vgl. JENSEN/MECKLING (1996), S. 106, PICOT/REICHWALD/WIGAND (2003), S. 55 und EBERS/GOTSCH (2002), S. 199.

¹⁴ Zu den Leistungserbringern zählen Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Apotheken und andere sozialmedizinische Einrichtungen. Personen oder Einrichtungen, die nicht unmittelbar an der Versorgung der Patienten beteiligt sind, sondern vielmehr ihre Produkte und Dienstleistungen über Dritte (z.B. Apotheken) vermarkten, gehören gemäß §140b SGB V nicht zu den Leistungserbringern im Rahmen einer IV. HILDEBRANDT (2004), S. 380.

¹⁵ Vgl. RICHARD (1993), S. 37 und S. 39. Bei Gütern mit Erfahrungseigenschaften ist die Qualität erst nach Produkt- und/oder Leistungsverwendung beurteilbar. Unter der Vertrauenseigenschaft wird verstanden, dass dem Konsumenten weder vor noch nach der Konsumierung eines Produktes oder Inanspruchnahme einer Leistung Informationen über dessen Qualität und Wirkung vorliegen. Vgl. MEFFERT (2000), S. 24f.

niveau im Hinblick auf die Leistung angemessen ist. Es können - selbst nach der Genesung - nicht zwangsläufig Rückschlüsse von einer erfolgreichen Behandlung auf die medizinische Leistung der Ärzte gezogen werden. Die Genesung wird i.d.R. neben der ärztlichen Behandlung durch externe Einflussfaktoren (z.B. durch das Patientenverhalten) bestimmt.

Insgesamt kann die *asymmetrische Informationsverteilung* zu Spielräumen *opportunistischem Verhaltens*¹⁶ der Leistungserbringer führen. Das opportunistische Verhalten führt wiederum zu *Ineffizienzen* sowohl innerhalb der Sektoren als auch sektorübergreifend:

Ineffizienzen innerhalb der Sektoren

Bei opportunistischem Verhalten generiert der isolierte Leistungsanbieter aufgrund von Informations- und Kommunikationsdefiziten auf der einen Seite und dem Ziel der individuellen Einkommensmaximierung auf der anderen Seite Über-, Unter-, Fehl- und Doppeluntersuchungen beim Patienten.¹⁷ Das Kostenbewusstsein der Leistungsanbieter reduziert sich auf ein Minimum und ruft eine unnötige finanzielle Belastung bei den Krankenkassen hervor. Dies hat langfristig zu der viel zitierten „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“¹⁸ beigetragen.¹⁹

Ineffizienzen sektorübergreifend

Erstens werden die Behandlungsleistungen der unterschiedlichen Leistungserbringer weder aufeinander abgestimmt noch kooperieren die Anbieter bei opportunistischem Verhalten miteinander. Begründet werden kann dieses aus Sicht der Leistungsanbieter dadurch, dass ein zusätzlicher Arbeitseinsatz bspw. für Absprachen der Zusammenarbeit lediglich Kosten verursacht und sich keine zusätzlichen Erträge realisieren lassen. Es kommt zu vielseitigen Qualitätsdefiziten, Schnittstellenproblemen, diskontinuierlichen Versorgungsprozessen und unangemessenen Kosten. Eine optimale Vernetzung und eine patientenorientierte Steuerung der Behandlungsprozesse bleiben aus.²⁰ Die Bedeutung der Zu-

¹⁶ WILLIAMSON (1975), S. 26 versteht unter opportunistischem Verhalten, dass Akteure ihr Eigeninteresse (Annahme: individuelle Nutzenmaximierung) unter Zuhilfenahme von Arglist verfolgen.

¹⁷ Vgl. WASEM (2003), S. 2.

¹⁸ Insgesamt wurden im Jahr 2003 239,7 Mrd. Euro für den Gesundheitssektor ausgegeben, wohingegen 10 Jahre vorher (1993) nominal 168 Mrd. Euro angefallen sind. Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2005a) und (2005b).

¹⁹ Vgl. ULLRICH (2002), S. 5.

²⁰ Vgl. DE OLIVEIRA (2001), S. 3f.

sammenarbeit wird verstärkt durch den medizinisch-technischen Fortschritt, die zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten, die fortschreitende Spezialisierung der Versorgungsprozesse und somit die zunehmende Arbeitsteilung.²¹

Zweitens ist eine Zusammenarbeit aus Sicht der Leistungserbringer (z.B. zwischen Hausarzt und Facharzt) zum einen nicht sinnvoll, da der vor- und/oder nachgelagerte Leistungserbringer die medizinische Behandlung kontrollieren und damit bewerten kann. Zum anderen besteht bei den Ärzten die Angst, den Patienten durch die Zusammenarbeit an den Konkurrenten zu verlieren.²²

Zusammenfassend ist das deutsche Gesundheitssystem durch vielfältige Info-, Anreiz- und Steuerungsprobleme gekennzeichnet. Diese führen zu Finanzierungs- und Organisationsmängeln, die mit vielseitigen Ineffizienzen korrespondieren.

2.2 Anforderungen an die einzuführenden Konzepte im Gesundheitswesen zur Reduzierung der Ineffizienzen

Als Regulativ für eine Beeinflussung der Leistungserbringer können aufgrund der Informationsasymmetrien weder der Patient noch die Krankenkassen fungieren. Auch zeigte sich in der Vergangenheit, dass eine Drosselung der Ausgabensteigerungen²³ durch verschiedene dirigistische Instrumente der Kostensenkung nur kurzfristige Erfolge erzielte. Der Grund liegt darin, dass nicht die Ursachen, d.h. die falschen Anreize der Leistungserbringer behoben, sondern vielmehr deren Symptome bekämpft wurden, d.h. die Ausgabenerhöhung durch eine Einschränkung des Entscheidungsspielraumes.²⁴ Die volkswirtschaftlichen Ziele zur Steigerung der Effizienz und der Qualität im Prozess der Leistungserstellung können nur erreicht werden, wenn sich durch veränderte Anreizstrukturen das Verhalten der Ärzte ändert. Gemäß der gesamtwirtschaftlichen Zielsetzung soll der Patient im Idealfall eine Versorgung er-

²¹ Vgl. o. V. (2003), S. 13.

²² Deshalb gilt vielfach bei den niedergelassenen Ärzten das „geflügelte“ Wort „Patient ist vom Feindflug nicht zurückgekehrt“. Vgl. RICHTER (2001), S. 4.

²³ Der Markt für Gesundheitsdienstleistungen ist aufgrund des verstärkten Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung, des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts ein Wachstumsmarkt mit Zukunft. Ein Ansatz beruhend auf reinen Ausgabenbegrenzungen scheint vor diesem Hintergrund als ineffizient. Vgl. SPECKE (2005), S. 193f.

²⁴ Vgl. BINDER (1999), S. 148.

halten, die unter medizinischen Aspekten effektiv und unter ökonomischen²⁵ Gesichtspunkten effizient ist.²⁶

Notwendig erscheint ein Konzept, das einerseits die *sektorale Separierung überwindet* und somit aus Sicht der Leistungserbringer sektorübergreifendes Handeln und Denken lohnenswert macht. Die Zusammenarbeit und Kommunikation der Leistungserbringer soll sicherstellen, dass sich ein kontinuierlicher Versorgungsprozess einstellt, bei dem Über-, Unter-, Fehl- und Doppeluntersuchungen minimiert werden.

Andererseits ist es effizienzfördernd, *marktwirtschaftliche Mechanismen* im Markt für Gesundheitsdienstleistungen dort zu implementieren wo dem keine Marktversagenstatbestände entgegenstehen. In diesem Bereich soll die gesundheitliche Versorgung weniger durch eine staatlich-korporatistische Steuerung sondern vielmehr durch den Wettbewerb einzelwirtschaftlich agierender Wirtschaftssubjekte gestaltet werden. Anzustreben ist allerdings nicht, einen „regulierungsfreien Raum“ zu schaffen, da aufgrund der Besonderheiten des Marktes die sozial- und gesundheitspolitischen Ziele auf diese Weise nicht zu erreichen wären.²⁷ Es bedarf vielmehr eines adäquaten Ordnungsrahmens, innerhalb dessen sich Wettbewerb einstellt. Die wettbewerbliche Ausrichtung wird als entscheidender Vorteil gesehen, da sich unter den geeigneten Rahmenbedingungen die Individual- und gesellschaftlichen Interessen angleichen.²⁸ Die Anreizstrukturen der Leistungserbringer sind so zu gestalten, dass sich ein gesamtwirtschaftlich effizientes Ergebnis durch das Verhalten von individuell, ökonomisch rational handelnden Akteuren einstellt.

²⁵ Ökonomisch bedeutet im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§12 SGB V), dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Das Maß des Notwendigen darf nicht überschritten werden. Folglich liegt eine Diskrepanz zwischen medizinisch Möglichem und Notwendigem vor.

²⁶ Vgl. HENZE/PÖPPL (2005), S. 225.

²⁷ Durch die Besonderheiten, wie einer fehlenden Markttransparenz und einer fehlenden Konsumentensouveränität, kann ein Marktversagen hervorgerufen werden. Eine freie Steuerung durch das Preissystem kann somit ausgeschlossen werden. Für eine ausführliche Darstellung des Marktversagens auf dem Markt für Gesundheitsleistungen siehe BREYER/ZWEIFEL/KIFMANN (2003), S. 167ff. In diesem Zusammenhang kann auch auf das oben geschilderte Problem des Prinzipal-Agenten-Beziehungsgeflechts verwiesen werden, da dadurch das Entstehen einfacher Anbieter-Nachfrager-Beziehungen verhindert wird. Vgl. JACOBS/SCHULZE (2003), S. 5.

²⁸ Vgl. BREYER/ZWEIFEL (1999), S. 316f.

Insgesamt geht es primär darum, neben dem seit über 100 Jahren bestehenden Versorgungssystem, einen neuen pluralistischen Ansatz zu entwickeln.²⁹ Dieser soll die Defizite des alten Systems beheben und eine patientenorientierte Versorgung entlang des Versorgungskontinuums zu geringeren Kosten, aber bei gleicher bis besserer Qualität, sicherstellen.³⁰ Ob die IV diesen Anforderungen genügt, wird - nachdem das Konzept der IV dargelegt wurde - aufgezeigt.

3 Integrierte Versorgungsnetzwerke im Gesundheitswesen

3.1 Definition des Begriffs Integrierte Versorgung

Im Jahre 2000 wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 das Konzept der Integrierten Versorgung (IV) gemäß der §§140a-h SGB V eingeführt. Modifiziert wurde die Rechtsgrundlage durch das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahre 2004. Das GKV-Modernisierungsgesetz setzt weitere Anreize zur Umsetzung, bspw. durch die Anschubfinanzierung und entschlackte den §140 SGB V.³¹ Mit den §§140a-d³² SGB V wird der institutionelle³³ Rahmen geschaffen, der laut Williamson (2000) die 2. Ebene³⁴ einer Institutionenhierarchie darstellt.³⁵ Dieser legt die Grenzen für die 3. Hierarchieebene - die Governancestrukturen - fest. Die Governancestrukturen stellen die eigens von

²⁹ Vgl. HILDEBRANDT GESUNDHEITSCONSULT (2004), S. 4.

³⁰ Vgl. REIF (2004), S. 23.

³¹ Vgl. ULLRICH (2002), S. 54 und HILDEBRANDT (2004), S. 379.

³² Da der §140d SGB V sich mit der Anschubfinanzierung und der Bereinigung befasst und somit nicht die organisatorische Ausgestaltung tangiert, wird auf ihn im Folgenden nicht explizit eingegangen:

Zur Förderung der IV steht zwischen 2004 und 2006 eine Anschubfinanzierung zur Verfügung. Diese beträgt jährlich bis zu ein Prozent der jeweilig zu entrichteten Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausvergütungen. Unter Bereinigung wird die Verringerung der Ausgabenvolumen - gemäß der Zahl, der Risikostruktur und der ergänzenden Morbiditätskriterien - der an der IV-Teilnehmenden verstanden; soweit die IV die Arznei- und Heilmittel in die Versorgung einbezieht.

³³ Institutionen sind verhaltenssteuernde Regelsysteme, die die Problembereiche menschlicher Interaktion entsprechend einer Leitidee ordnen. Sie sind langfristig und auf eine größere Anzahl von Menschen ausgerichtet. Ihre Einhaltung wird auf unterschiedliche Art und Weise durchgesetzt. Vgl. GÖBEL (2002), S. 3.

³⁴ WILLIAMSON unterscheidet zwischen 4 Ebenen: (1) Institutionelle Einbettung, (2) Institutioneller Rahmen, (3) Governancestrukturen und (4) Ressourcenallokation. Vgl. WILLIAMSON (2000), S. 597.

³⁵ Vgl. WILLIAMSON (2000), S. 597.

den Leistungserbringern gewählten Steuerungs- und Anreizsysteme innerhalb einer IV dar.³⁶

Im Allgemeinen wird unter einer IV ein Netzwerk verstanden. Das Netzwerk besteht aus einer Kombination von Haus- und/oder Fachärzten, ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern aus dem ambulanten und/oder stationärem Bereich sowie evtl. Apotheken. Die Netzwerkmitglieder arbeiten prozessorientiert und koordiniert zusammen, um dem Patienten eine auf ihn abgestimmte, kontinuierliche und ganzheitliche Gesundheitsversorgung - im Idealfall bis zur Genesung - anzubieten (siehe Abbildung 2).

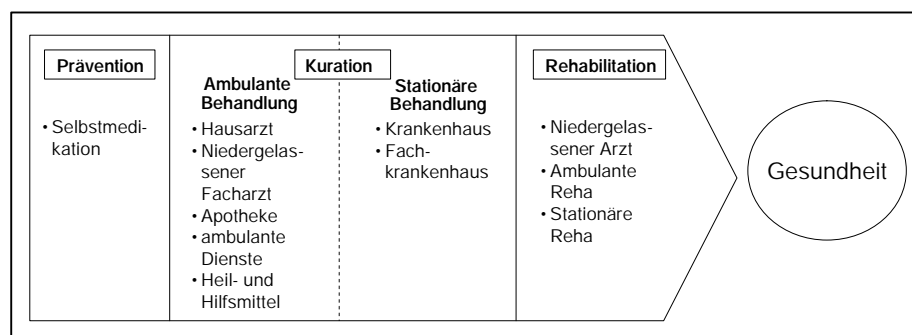


Abbildung 2: Das Versorgungskontinuum: Prävention, Kuration und Rehabilitation in einer Integrierten Versorgung.

In Anlehnung an: Brucksch (2004), S. 48; Melchert (2004), S. 9.

Ziel einer IV ist es, dass sich die Teilprozesse der Leistungserbringer zu einer gemeinsamen Wertschöpfungskette integrieren und nicht lediglich eine Verzahnung erreicht wird. Der Unterschied liegt darin, dass bei einer Verzahnung die Identitäten der kooperierenden Akteure beibehalten werden. Nur die Schnittflächen, die zwischen den Partnern liegen, werden betrachtet. Integration wird definiert als die „[Wieder-] Herstellung einer Einheit [aus Differenziertem]“ oder die „Eingliederung in ein größeres Ganzes“. Die Tätigkeiten der Leistungserbringer einer IV werden auf ihre Grundaufgaben im Prozess der Erstellung der Gesundheitsdienstleistung reduziert und neu zusammengefügt bzw. kombiniert.³⁷ Die Gesundheitsversorgung ist nach dem Konzept der IV als eine Einheit zu

³⁶ Die Governancestrukturen tangieren allerdings wiederum den institutionellen Rahmen. Vgl. WILLIAMSON (2000), S. 596.

³⁷ Vgl. MÜHLBACHER (2002), S. 64.

sehen. Dabei soll die Eingliederung der individuellen Leistungserbringer in eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung erfolgen.³⁸

Vor dem Hintergrund dieses Begriffsverständnisses wird das Konzept der IV im Rahmen des Wertschöpfungskettenansatzes nach PORTER (1985) näher untersucht.

3.2 Wertschöpfungskette der Integrierten Versorgung

Im folgenden Abschnitt werden die wesentlichen Erfolgsfaktoren einer IV herausgearbeitet, da sie die Basis einer jeden IV schaffen.

Das Verständnis der Wertschöpfungskette geht insbesondere auf die Wertkettenanalyse nach PORTER (1985) zurück. PORTER gliedert die Wert(schöpfungs-)kette eines Unternehmens in Aktivitäten, um diese jeweils hinsichtlich möglicher Wettbewerbsvorteile zu analysieren. Ob eine Aktivität einen Wert für die Abnehmer generiert und somit im Vergleich zu den Wertketten der anderen Unternehmen ein Kosten- oder Differenzierungsvorteil geschaffen wird, ist abhängig davon wie die Aktivitäten ausgeführt und die eigenen wirtschaftlichen Regeln ausgestaltet sind.³⁹

Zudem macht PORTER deutlich, dass die Wertketten eines Unternehmens in Wertketten anderer Unternehmen eingebettet sind, dem sog. Wertsystem.⁴⁰ Eine Verknüpfung der aufeinander folgenden Wertketten der einzelnen Leistungserbringer kann durch eine gemeinsame, unternehmensübergreifende Optimierung der Leistungen und durch eine Verbesserung der Koordinierung der Wertketten untereinander zu Wettbewerbsvorteilen führen.⁴¹ Vor dem Hintergrund dieser wettbewerbsstrategischen Analyse gilt es primär das Konzept des systematisierten Ablaufes von einem und mehreren hintereinander geschalteten Unternehmen auf das Konzept der IV anzuwenden.⁴²

Im Rahmen einer Wertschöpfungskette werden die wertschöpfungsbezogenen Tätigkeiten der einzelnen Leistungserbringer systematisiert

³⁸ Vgl. HENZE/PÖPPL (2005), S. 225 und MÜHLBACHER (2002), S. 18.

³⁹ Vgl. PORTER (2000), S. 69.

⁴⁰ Vgl. PORTER (2000), S. 63.

⁴¹ Vgl. PORTER (2000), S. 80f.

⁴² PORTER gliedert - die von ihm nach Wettbewerbsvorteilen zu untersuchenden - Unternehmensaktivitäten in Abfolge der zu erstellenden Wertschöpfung. Dieses Basiskonzept der Wertschöpfungskette wird herausgegriffen. Dabei wird jedoch eine nähere Betrachtung im Hinblick auf Wettbewerbsvorteile ausgeblendet.

dargestellt. Wertschöpfungsbezogen sind alle Tätigkeiten, die für den Patienten von Nutzen sind.⁴³ Der Konsument von Gesundheitsleistungen, der das Produkt Gesundheit nachfragt, rückt in den Mittelpunkt der IV. Bei den wertschöpfungsbezogenen Tätigkeiten wird zwischen primären und unterstützenden Aktivitäten unterschieden. Primäre Aktivitäten sind jene, die die Versorgung des Patienten mit medizinischen Behandlungen darstellen.

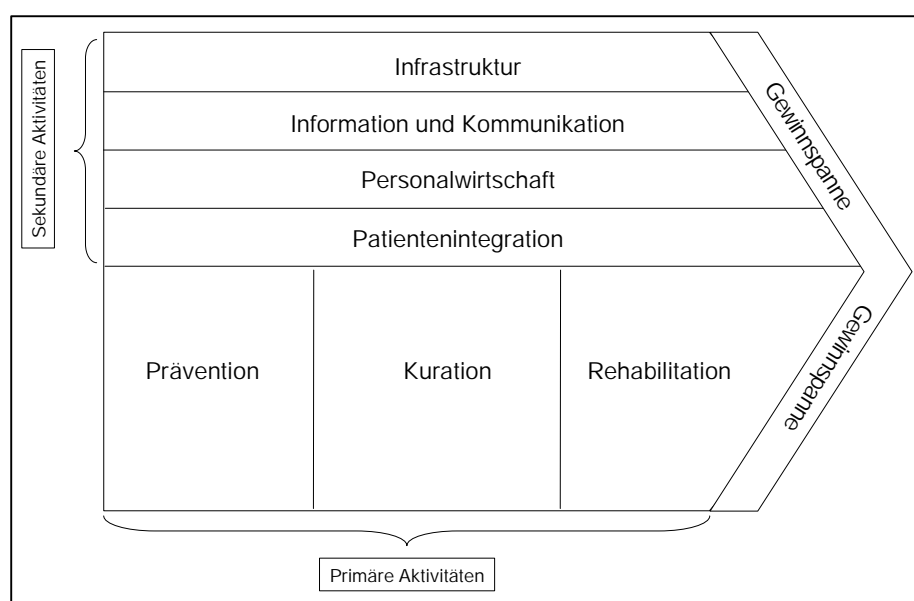


Abbildung 3: Die Wertschöpfungskette der Integrierten Versorgung.
In Anlehnung an: Porter (2000), S. 124.

Wie in Abbildung 3 ersichtlich gehören zu den primären Aktivitäten, Aktivitäten der Prävention, der Kuration und der Rehabilitation. Häufig wird ebenfalls der Bereich der Pflege hinzugezählt. Unterstützende Aktivitäten dienen der Gewährleistung der primären Aktivitäten und damit der gesamten Geschäftstätigkeit.⁴⁴ Sie stellen somit auf die - im Folgenden zu beschreibenden - *Erfolgsfaktoren* einer IV ab.⁴⁵ Nur durch ein effizientes Zusammenspiel der Faktoren kann neben dem gesamtwirtschaftlichen Ziel⁴⁶ der IV das einzelwirtschaftliche Ziel der Wettbewerbsfähigkeit⁴⁷ eines jeden Leistungserbringers erreicht werden. Die Erfolgs-

⁴³ Vgl. BAUM/COENENBERG/GÜNTHER (2004), S. 64f.

⁴⁴ Vgl. BAUM/COENENBERG/GÜNTHER (2004), S. 65.

⁴⁵ Vgl. HENZE/PÖPPL (2005), S. 225.

⁴⁶ Siehe dazu Abschnitt 2.2.

⁴⁷ Das einzelwirtschaftliche Ziel der Leistungserbringer stellt unter Berücksichtigung des institutionellen Rahmens die Sicherstellung und Steigerung der

faktoren der IV sind *Aktivitäten der Infrastruktur, der Information und Kommunikation, der Patientenintegration und der Personalwirtschaft*. Im Folgenden werden die Grundzüge der Erfolgsfaktoren dargestellt.

3.2.1 Infrastruktur

Die Aktivitäten der *Infrastruktur* sind die Planung, die Finanzen, das Rechnungswesen, die Rechtsfragen, die Kontakte zu Behörden und staatlichen Stellen, die Gesamtgeschäftsführung (z.B. übernommen von einem Krankenhaus oder einer Managementgesellschaft) und die Qualitätssicherung. Die Infrastruktur verbindet die einzelnen Elemente einer Wertschöpfungskette der IV. Eine diversifizierte IV hat allerdings keine in sich abgeschlossene Infrastruktur. Unter einer diversifizierten IV wird ein umfassendes großes Netzwerk verstanden, dass sich aus mehreren kleinen indikationsspezifischen Netzwerken zusammensetzt. Die Infrastruktur ist zwischen dem umfassenden und den kleinen Netzwerken aufgespalten. Häufig kommt es dazu, dass die finanziellen Aktivitäten durch das umfassende Netzwerk organisiert werden und die Qualitätskontrolle innerhalb der einzelnen Leistungserbringereinheiten stattfindet. Allerdings sind nicht selten die Aktivitäten der Infrastruktur sowohl auf der Ebene des umfassenden Netzwerkes als auch auf der des indikationsspezifischen Netzwerkes anzutreffen.⁴⁸

Die wesentlichen Aktivitäten der Infrastruktur sind für die IV-Netzwerke die Koordination (1) und die Qualitäts- und die Wirtschaftlichkeitskontrolle (2):

Ad (1): Koordination:

Aktivitäten der *Koordination* sind die Steuerung und die wechselseitige Abstimmung der Handlungen bei arbeitsteiligem Wirtschaften.⁴⁹ Es gilt die Schnittstellen zu überbrücken.⁵⁰ Die Koordination ist eine Aktivität die stets vor der ausführenden Kooperation durchgeführt wird. Die Eingliederung der Leistungsanbieter und somit das Zusammenführen ihrer Kompetenzen in die sektorenübergreifende Wertschöpfungskette kann unterschiedliche Ausmaße annehmen. Vielfach wird zwischen zwei Ko-

Wettbewerbsfähigkeit durch den Aufbau einer IV dar. Vgl. HENZE/PÖPPL (2005), S. 225. Ein Wandel vom Verkäufer- zum Käufermarkt hat sich eingestellt. Vgl. o. V., S. 10.

⁴⁸ Vgl. PORTER (2000), S. 74f.

⁴⁹ Vgl. GABLER WIRTSCHAFTSLEXIKON (1993), S. 1927 und ADAM (1998), S. 37.

⁵⁰ Vgl. ADAM (1998), S. 30 und MÜHLBACHER (2002), S. 20, S. 104 und S. 218.

ordinationsformen unterschieden, die jeweils Endpunkte eines Kontinuums darstellen:

Bei der ersten Koordinationsform wird jedem Leistungserbringer die Rolle eines Brokers im Netzwerk zugesprochen. Ein Broker nimmt im Gesundheitswesen den Versorgungsauftrag eines Patienten entgegen und sucht sich dann - zugeschnitten auf die Versorgung des Patienten - seine Partner gemäß ihrer Kernkompetenzen aus.⁵¹ Insofern können schnell innovative Behandlungsprozessen gestaltet werden, die zu einer effizienten und auf die Patienten zugeschnittene Abwicklung der Versorgung beitragen.⁵² Sucht bspw. ein Patient Rat bei seinem Hausarzt wegen eines Rückenleidens, wird ihn der Hausarzt an einen im Netzwerk befindlichen Orthopäden verweisen. Mit diesem wird er Rücksprache halten und bei Bedarf (gemeinsam mit dem Orthopäden) den weiteren Behandlungsablauf planen. Der Behandlungsablauf wird nicht zentral gesteuert⁵³, vielmehr sind die Teilnehmer eines Netzwerkes weisungsungebunden.⁵⁴ Die Macht innerhalb des IVs ist aufgrund eines paritätischen Ausmaßes von Entscheidungs- und Koordinationskompetenzen gleichverteilt.⁵⁵

Das Verhalten der Partner der IV wird überwiegend über interne Märkte und Verrechnungspreise aufeinander abgestimmt und gesteuert.⁵⁶ Es entsteht eine verbindliche Kooperation ohne Steuerung über ein klassisches Führungsinstrumentarium.⁵⁷

Nicht zu verwechseln sind Broker allerdings mit den fokalen Unternehmen, der zweiten Form der Koordination. Dem Broker wird im Vergleich zum fokalen Unternehmen „lediglich“ die Aufgabe zuteil, die einzelnen Leistungen eines Behandlungsprozesses zu bündeln und am Markt in Kontakt zu den Patienten zu treten. Eine strategische Führung, wie sie beim fokalen Unternehmen vorliegt, ist nicht vorgesehen.⁵⁸ Diese strategische Führung wird dadurch erkennbar, dass die Art und der Inhalt der gewählten Marktstrategie sowie die Form und der Inhalt der Binnenbe-

⁵¹ Vgl. SCHEER/ANGELI/HERRMANN (2003), S. 374, ZENTES /SWOBODA/MORSCHETT (2003) S. 833 und MILES/SNOW (1986), S. 64f.

⁵² Vgl. FLEISCH (2000), S. 167.

⁵³ Vgl. SYDOW (1999), S. 80.

⁵⁴ Vgl. PICOT/REICHWALD/WINGAND (2003), S. 302.

⁵⁵ Vgl. MÜHLBACHER (2002), S. 153.

⁵⁶ Vgl. MAYER (2000), S. 96 und GREVE (2002), S. 103.

⁵⁷ Vgl. TOPHOVEN (2003), S. 239.

⁵⁸ Vgl. GREVE (2002), S. 104.

ziehungen im Netzwerk überwiegend von diesem fokalen Unternehmen definiert werden.⁵⁹ Diese Kompetenzen können entweder externen Unternehmen, sog. Managementgesellschaften, oder Unternehmen, die am Versorgungsprozess beteiligt sind, übertragen werden. Falls Krankenhäuser im Netzwerk vertreten sind, sind sie prädestiniert für eine solche Managementrolle. Sie verfügen, im Vergleich zu neu gegründeten Ärztenetzen, zumeist über ein ausgebildetes Management⁶⁰ und vereinigen darüber hinaus i.d.R. schon unterschiedliche Gesundheitsleistungen unter einem Dach.⁶¹ Als Beispiel dient die integrierte Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel, bei der das Krankenhaus die Managementverantwortung trägt und die Steuerung leistet.

Die Netzwerkmitglieder unterliegen den Anweisungen des fokalen Unternehmens,⁶² was auf einen hohen Zentralisierungsgrad⁶³ schließen lässt. Sie bekommen i.d.R. die Kompetenzen für einen Behandlungsfall oder einen Patienten von dem fokalen Unternehmen übertragen, das die Versorgungsaufträge zentral annimmt.⁶⁴ Dann steuert und koordiniert das fokale Unternehmen den Ablauf der Versorgung durch (sektorübergreifende) Behandlungspfade.

Die Behandlungspfade können die *arbeitsteiligen Versorgungsschritte* hinsichtlich des Inhalts und der zeitlichen Abfolge vorschreiben. Zudem können sie durch Qualitätsvorschriften ergänzt werden.⁶⁵ Folglich werden unnötige Behandlungen verhindert, Kosteneinsparpotenziale realisiert und insgesamt wird den Patienten größere Sicherheit gegeben.⁶⁶ Durch die Standardisierung der Versorgungsprozesse und den daher stabilen Beziehungen können Skalen- und Lernkurveneffekte realisiert werden.⁶⁷ Dies senkt wiederum die Fallkosten der Versorgung.⁶⁸

Aus Krankenhaus- und Fachärztesicht werden die Behandlungspfade oftmals als Chance gesehen, die Hausärzte stärker an sich zu binden.

⁵⁹ Vgl. SYDOW (1999), S. 81.

⁶⁰ Vgl. HILDEBRANDT (2000), S. 30.

⁶¹ Vgl. o. V. (2003), S. 86.

⁶² Vgl. PICOT/REICHWALD/WINGAND (2003), S. 302.

⁶³ Ein Netzwerk ist umso stärker zentralisiert, je kleiner die Zahl und der jeweiligen Entscheidungsbereiche der Beteiligten sind. Vgl. BECKER (1999), S. 188.

⁶⁴ Vgl. PICOT/REICHWALD/WINGAND (2003), S. 316f.

⁶⁵ Vgl. RICHTER (2001), S. 5.

⁶⁶ Vgl. RICHTER (2001), S. 5f.

⁶⁷ Vgl. TOPHOVEN (2003), S. 241.

⁶⁸ Vgl. RÜSCHMANN (2004), S. 475.

Letzteren wird fest vorgeschrieben, wann sie die Versicherten welchem Leistungserbringer zur Behandlung überweisen müssen. Aus Hausärztesicht spricht für diese Behandlungspfade die Absenkung der Gefahr, dass Patienten unmittelbar die Fachärzte anstelle ihrer Hausarztpraxis aufsuchen.⁶⁹ Daran anknüpfend können die Hausärzte ihre Einnahmen erhöhen, wenn in den Behandlungspfaden verankert ist, dass sie stets vor Beginn einer medizinischen Versorgung aufzusuchen sind.⁷⁰

Ad (2): Qualitäts- und der Wirtschaftlichkeitskontrolle:

Um am Markt für Gesundheitsdienstleistungen wettbewerbsfähig zu sein, wird es zunehmend wichtig dem Patienten eine hohe Qualität - unter Beachtung von Wirtschaftlichkeitsaspekten - anzubieten. Qualität und Wirtschaftlichkeit sind zumeist keine konfliktären, sondern komplementäre Ziele. Eine angemessene Qualität leistet gleichzeitig einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit. Allerdings muss bei einer hohen Qualität der Aspekt der wirtschaftlich optimalen Ressourcenverwendung berücksichtigt werden.⁷¹

Allgemein sind unter den Aktivitäten hinsichtlich der Qualität und der Wirtschaftlichkeit jene zu verstehen, die durchgeführt werden, um eine qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. Die Gesundheitsdienstleistungen müssen grundsätzlich die Leistungsansprüche der Versicherten in dem Maße erfüllen, zu dem sie bereits nach Gesetz und Vertrag⁷² verpflichtet sind.⁷³ Insbesondere müssen die Vertragspartner zum einen laut §140b SGB V gewährleisten, dass die „organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts“⁷⁴ erfüllt sind. Zum anderen müssen die Vertragspartner eine Zusammenarbeit und Koordination zwischen allen an der Behandlung des Patienten sicherstellen; eine Dokumentation

⁶⁹ Vgl. ORTMANN/SCHNELLE (1999), S. 209.

⁷⁰ In Rheinland-Pfalz gibt es einen IV-Vertrag zwischen dem Ärztenbund MEDI und der AOK Rheinland-Pfalz, der den Hausärzten aus diesem Grund eine größere Vergütung zuspricht.

⁷¹ Vgl. SPECKE (2005), S. 465.

⁷² Vgl. §2 und §11 bis §62 SGB V.

⁷³ Vgl. SPECKE (2005), S. 216f.

⁷⁴ Siehe §140b SGB V.

muss allen Beteiligten zugänglich gemacht werden.⁷⁵ Auch wenn im SGB V die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssicherung Pflicht ist, gibt es im Gesundheitswesen dennoch kein allgemein anerkanntes Zielsystem sowie festgelegte Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsstandards.⁷⁶

Qualitätssicherung

Generell bedeutet *Qualitätssicherung* die Sicherstellung eines Qualitätsstandards durch die Leistungserbringer. Unter Qualitätsmanagement⁷⁷ wird die stetige Dokumentation, Überprüfung und Verbesserung von Organisationen, Arbeitsabläufen und Ergebnissen unter bestimmten Kriterien verstanden. Qualitätsmanagement kann als Voraussetzung einer nachhaltigen Qualitätssicherung gesehen werden.⁷⁸ Im Allgemeinen wird Qualität an den - im Vorfeld bestimmten - Anforderungen gemessen. Sie gelten als Meßlatte für den Grad der Qualität.⁷⁹

Die Sicherstellung der Qualität aus Leistungserbringerperspektive kann in interne und externe Qualitätssicherung unterschieden werden. Die externe Qualitätssicherung beinhaltet alle Vorschriften, die der IV von außen bspw. durch das SGB V vorgeschrieben werden. Häufig ist davon die Ergebnisqualität, d.h. das Ergebnis einer Behandlung betroffen.⁸⁰ Wichtig ist hierbei die Behandlungsergebnisse systematisch zu erfassen, um Vergleiche der Ergebnisse durchführen zu können.⁸¹ Unter der internen Qualitätssicherung sind solche Verfahren zu verstehen, die von den Leistungserbringern entwickelt wurden, um insbesondere die Struktur- und Prozessqualität zu verbessern. Da sich die Strukturqualität primär auf die für die Leistungserstellung notwendigen Ressourcen und Strukturen bezieht, sind die organisatorischen, persönlichen und sachlichen Voraussetzungen der Leistungserbringer zu überprüfen. Die Prozessqualität wird definiert als die Qualität der Durchführung der Leistungserbringung am Patienten, z.B. Über- oder Unterversorgung.⁸² Grundlage

⁷⁵ Vgl. §140b SGB V.

⁷⁶ Vgl. DIEFFENBACH/LANDENBERGER/VON DER WEIDEN (2002), S. 66.

⁷⁷ Durch den §135a SGB V sind alle Leistungserbringer dazu verpflichtet Qualität durch die Einführung eines internen Qualitätsmanagements sicherzustellen.

⁷⁸ Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (2005), S. 3.

⁷⁹ Vgl. OBERENDER/ECKER (1997), S. 15f.

⁸⁰ Allerdings stellt sich die Beurteilung der Ergebnisqualität aufgrund der Informationsasymmetrien als sehr schwierig dar (siehe Abschnitt 2.1).

⁸¹ Vgl. OBERENDER/ECKER (1997), S. 16.

⁸² Vgl. SPECKE (2005), S. 464f. und S. 468f.

der Prozessqualität ist u. a. die Vorgabe von klinischen Behandlungsrichtlinien, Standards, Positivlisten und Zweitdiagnosen.⁸³

Wirtschaftlichkeitssicherstellung

Ebenso wie bei der Qualität werden als Voraussetzung zur *Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit* die Aktivitäten des Kostenmanagements gesehen. Das Kostenmanagement hat gegenüber der Kostenrechnung eine Gestaltungsfunktion. Aufgabe des Kostenmanagements ist es, die Kostentreiber zu ermitteln und notwendige Veränderungen in der IV unter Kostenaspekten einzuleiten.⁸⁴ Das Hauptziel stellt die Optimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses dar. Das Kostenmanagement ist grob in zwei Wirkungsrichtungen zu unterteilen: Entweder sind die Kosten der IV unter der Voraussetzung eines konstanten Nutzenpotenzials des Gesundheitsgutes zu optimieren oder der Nutzen der Patienten ist unter der Voraussetzung konstanter Kostenstrukturen der IV zu maximieren.⁸⁵

Das Kostenmanagement vollzieht sich in fünf Schritten: Im ersten Schritt werden durch Abweichungsanalysen oder Informationen von Mitarbeitern Kostenlücken ermittelt, um Rückschlüsse auf Handlungsbedarf zu ziehen. Im zweiten Schritt sind Maßnahmenalternativen zu entwickeln mit denen die Kostenlücken geschlossen werden sollen. In einem dritten Schritt werden die Alternativen bewertet und selektiert, um im vierten Schritt die bevorzugte Alternative durchzuführen. Der fünfte Schritt betrifft die Kontrolle der Kosten.⁸⁶

Zur besseren Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sind Transparenz und Informationen⁸⁷ erforderlich. Nur durch ein transparentes Leistungs- und Abrechnungssystem können Manipulation und Abrechnungsbetrug reduziert werden. Unter Transparenz wird dabei nicht der „gläserne Patient/Arzt“ gesehen, vielmehr soll Transparenz den Patienten ermöglichen die Gesundheitsdienstleitungen nach Qualität und Wirtschaftlichkeit zu vergleichen.⁸⁸

⁸³ Vgl. OBERENDER/ECKER (1997), S. 15.

⁸⁴ Vgl. COENENBERG (2003), S. 438f. und S. 634 und BURGER (1999), S. 9f.

⁸⁵ Vgl. COENENBERG (2003), S. 438f.

⁸⁶ Vgl. MÜHLBACHER S. 201f.

⁸⁷ Siehe hierzu auch den Erfolgsfaktor Information und Kommunikation.

⁸⁸ Vgl. SPECKE (2005), S. 469 und S. 572.

Es wird davon ausgegangen, dass durch die Einführung einer IV eine 10-20 %-ige Kostensenkung bei gleicher bis höherer Qualität generiert werden kann.⁸⁹

3.2.2 Information und Kommunikation

Der zweite Erfolgsfaktor stellt die Aktivitäten der *Information und Kommunikation* der Leistungserbringer dar.⁹⁰ Die Kommunikation⁹¹ ermöglicht durch die Aktivitäten in Form von Absprachen über die arbeitsteiligen Prozesse hinweg, eine Abstimmung der wertschöpfenden Tätigkeiten der Leistungserbringer. Sie unterstützt die Koordination und wird als deren zwingende Voraussetzung angesehen. Des Weiteren gehören zu den Aktivitäten der Kommunikation das Austauschen, das Erfassen und das Weiterverarbeiten von Informationen und Daten. So entsteht eine verbesserte Versorgungsqualität des Arztes und somit des gesamten Netzwerkes. Hierzu können Informationen über Patienten, Behandlungsschritte und Krankheiten zählen. Ziel ist es, Transparenz von Behandlungsdaten und Versorgungsprozessen zu schaffen.⁹² Zudem verbirgt sich in jeder zweckgerichteten Nutzung von Informationen Wissen als Kuppelprodukt, sofern die Informationen archiviert werden.⁹³ Insbesondere bei der Koordination in Form eines Brokers ist die Kommunikation von großer Bedeutung. Anders als bei der Koordination durch ein fokales Unternehmen ist die Basis für Kooperationsabsprachen nicht durch den hohen Steuerungs- und Standardisierungsgrad geschaffen.⁹⁴ Bspw. entstehen Absprachen zwischen Leistungserbringern, wie der Patient weiter zu behandeln ist, da keine Behandlungsleitlinien existieren, die dieses festlegen.

Für den Austausch von Informationen im Gesundheitswesen sind die modernen Informations- und Kommunikationssysteme (IKS) notwendig. Der Einsatz von IKS wirkt raumüberbrückend (z.B. Erleichterung des Zustandekommens, der Abwicklung und der Beendigung von Marktaktivitäten)⁹⁵ und transaktionskostensenkend.⁹⁶ Moderne IKS ermöglichen die

⁸⁹ Vgl. POENSGEN (2004), S. 38.

⁹⁰ Vgl. MÜHLBACHER (2002), S. 23.

⁹¹ Die Informationstheorie definiert Kommunikation als Austausch von Informationen jedweder Art. Vgl. WÖHE (2002), S. 173.

⁹² Vgl. MÜHLBACHER (2002), S. 63f., S. 84f. und S. 77.

⁹³ Vgl. KLEINALTENKAMP (1997), S. 351.

⁹⁴ Vgl. O. V. (2003), S. 62.

⁹⁵ Vgl. WOLTER (1998), S. 27.

Etablierung einer dezentral aufgebauten Patientenakte, eines elektronischen Rezepts und eines elektronischen Arztbriefs innerhalb des Behandlungsprozesses.

Die Informations- und Kommunikationssysteme können die Informationen sowohl aufnehmen, speichern und/oder umformen als auch jedem berechtigten Leistungsanbieter zu jeder Zeit und an jedem Ort einen Zugang zu den erfassten Informationen (Patientendaten, Röntgenbilder, Diagnosen, Medikationen) verschaffen.⁹⁷ Durch diese Technologie (z.B. Telemonitoring) können vielfältige Absprachen über die Behandlung von chronisch Kranken erfolgen, so dass in einem Netz eine adäquate und kontinuierliche Versorgung sowie eine tägliche Überwachung gewährleistet werden können (z.B. Tabletteneinnahme). Gleichzeitig entfallen die Kosten des stationären Aufenthaltes wie ebenso die Ausfall- und Fahrzeit bei den Patienten.⁹⁸ Eine behandlungsübergreifende Wissens- teilung, die die Basis für eine bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung darstellt, kann somit erfolgen.⁹⁹

3.2.3 Personalwirtschaft

Zur *Personalwirtschaft* zählen die Tätigkeiten der Rekrutierung, der Aus- und Weiterbildung¹⁰⁰ und der Entlohnung jeder Art von Personal in der IV.¹⁰¹ Die Personalwirtschaft hat einen immensen Einfluss auf den Kenntnisstand und die Motivation der Teilnehmer einer IV und somit auch auf die Wettbewerbsfähigkeit des Netzwerkes.¹⁰² Wichtig ist, dass den Leistungserbringern, die zugleich Mitarbeiter eines Netzwerkes sind, Anreize gesetzt werden, die die (gemeinsame) Leistungsbereitschaft anregen. Unterschieden werden können die Leistungsanreize nach dem Anreizobjekt (materiell, immateriell), der Zahl der Empfänger (individual-, gruppen- und organisationsweit) und der Quelle (extrinsisch, intrin-

⁹⁶ Vgl. WINAND/NARHUSIUS (1998), S. 84.

⁹⁷ Vgl. RAMMSTEDT (1995), S. 347.

⁹⁸ Vgl. PÖSL (2004), S. 61.

⁹⁹ Vgl. PFEIFFER/SCHAUER/SCHOMMER (2004), S. 182 und MÜHLBACHER (2002), S. 63f. und S. 84f.

¹⁰⁰ Eine Pflicht der Leistungserbringer zur fachlichen Fortbildung wurde durch den §95d SGB V implementiert.

¹⁰¹ Vgl. PORTER (2000), S. 74.

¹⁰² Vgl. PORTER (2000), S. 74.

sisch).¹⁰³ Als Beispiele extrinsischer Anreize für die Leistungserbringer können identifiziert werden:

- a.) materielle Anreize zum Austausch von Informationen und Wissen über Krankheiten und Behandlungsmethoden,
- b.) immaterielle Anreize in Form von Prestige zur Anpassung der Fähigkeiten und Kenntnisse an neue Technologien (z.B. netzwerkübergreifende Patientenakte),
- c.) immaterielle Anreize, damit die Absprachen bzgl. der Implementierung und Umsetzung von Qualitätsstandards (z.B. Teilnahme an Fortbildungskursen) verbindlich werden.

3.2.4 Patientenintegration

Der vierte Erfolgsfaktor wird in der *Patientenintegration* gesehen. Bei dem Erstellungsprozess der Gesundheitsdienstleistung muss der Patient zeitgleich und zumindest passiv mitwirken. Er stellt einen unabdingbaren externen Faktor bei der Dienstleistungsproduktion dar.¹⁰⁴

Der *Patient als externer Faktor* gelangt zeitlich begrenzt in den „Verfügungsbereich“ der Leistungsanbieter und trägt in Kombination mit den internen Produktionsfaktoren (z.B. Röntgengerät) zur Erstellung der Dienstleistung bei. Die Verfügungsmacht der Leistungserbringer ist durch den Patienten eingeschränkt, d.h. der Leistungsanbieter ist in seiner Dispositionsfreiheit und Gestaltungsfreiheit bzgl. des externen Faktors begrenzt.¹⁰⁵

Der Patient als externer Faktor durchläuft die komplette Dienstleistungskette und somit den gesamten Pfad der Wertschöpfung der Integrierten Versorgung: Angefangen von der Erstbehandlung durch den Hausarzt, über gegebenenfalls Behandlungen des Facharztes, des Krankenhauses, der Rehabilitationseinrichtungen, bis zur abschließenden Nachsorge. Trotz seines Mitwirkens wird von dem Patienten stets der Leistungsanbieter für die Qualität des Leistungsergebnisses verantwortlich gemacht.¹⁰⁶

¹⁰³ Vgl. SCHANZ (1991), S. 12ff.

¹⁰⁴ Vgl. MEYER/BLÜMELHUBER/PFEIFFER (2000), S. 53; BEREKOVEN (1983), S. 23.

¹⁰⁵ Vgl. FLEIB (1996), S. 3.

¹⁰⁶ Vgl. FLEIB (1996), S. 3.

Hingegen werden bei Sachgütern die Kunden im Extremfall nicht in die Erstellung der Leistungen einbezogen. Der direkte Kontakt zum Kunden entsteht erstmals am Ende der Wertschöpfungskette. Vielmehr muss allerdings festgehalten werden, dass jede Leistungserstellung, ebenso die der Sachgüter, ein Mindestmaß an Kundenintegration voraussetzt. Die Bedürfnisäußerungen des Kunden, seine gesendeten Informationen, werden als externe Faktoren in den Erstellungsprozess integriert.¹⁰⁷ Dies gilt insbesondere bei Anbietern von Sachleistungen, die durch ein marktorientiertes Führungskonzept¹⁰⁸ gesteuert werden.

Zusammenfassend wird unter Patientenintegration im Gesundheitswesen verstanden, dass bei der Erstellung der Gesundheitsdienstleistung der Patient als externer Faktor, an dem die Dienstleistung erbracht wird, in den Erstellungsprozess des Leistungsanbieters integriert wird. Insofern können die Patienten durch ihre Bereitstellung in den Leistungsprozess eingreifen und diesen mitgestalten.¹⁰⁹

Des Weiteren ist der Begriff der Kundenintegration im Co-Produzenten-Ansatz wieder zu finden. Der Co-Produzenten Ansatz ist ein umfassendes theoretisches Konzept, das sich mit der Rolle des Kunden im Erstellungsprozess befasst. Als Ausgangspunkt wird die Integration des aktiven Kunden in den Leistungserstellungsprozess gesehen.¹¹⁰ Sowohl die Leistungserbringer als auch die Patienten müssen sich beteiligen und ihre Potenziale einbringen.¹¹¹ Schon PARSONS (1979) schrieb, dass der Patient nicht lediglich als passives Objekt zu sehen ist, sondern vielmehr als Partner und somit als Mitproduzent von Gesundheitsdienstleistungen.¹¹²

Der Co-Produzenten-Ansatz unterscheidet zwischen zwei Rollen des Patienten: die Rolle als Co-Produzent und die als Co-Designer.

Co-Produzent

Die Rolle als Co-Produzent (reale Integration)¹¹³, d.h. das aktive Mitwirken des Patienten an der Erstellung der Gesundheitsdienstleistung, kann in eine physische, intellektuelle und emotionale Beteiligung klassi-

¹⁰⁷ Vgl. KLEINALTENKAMP (1997), S. 350.

¹⁰⁸ Vgl. MEFFERT (1999), S. 8.

¹⁰⁹ Vgl. KLEINALTENKAMP (1997), S. 350.

¹¹⁰ Vgl. HANSEN/HENNING-THURAU (2001), S. 237.

¹¹¹ Vgl. KLEINALTENKAMP (1995), S. 83.

¹¹² Vgl. PARSONS (1979), S. 423f.

¹¹³ Vgl. MEYER/BLÜMELHUBER/PFEIFFER (2000), S. 58.

fiziert werden. Unter einer physischen Beteiligung ist die Bereitstellung von Zeit und körperlicher Teilnahme zu verstehen. Intellektuelle und emotionale Beteiligung bedeutet die Identifikation mit sowie das Gefühl einer Beteiligung an der Erstellung der Leistung.¹¹⁴ Die Integration des Patienten in den Erstellungsprozess kann in unterschiedlicher Intensität physisch, intellektuell und emotional eintreten und sich ebenfalls auf die Qualität auswirken. Daher führen die vom Patienten eingebrachten Produktionsfaktoren bzw. sein Mitwirken zu einer gewissen Individualität der Gesundheitsdienstleistung.¹¹⁵ Bspw. kann der Behandlungserfolg davon abhängen, ob der Patient die vom Arzt verschriebenen Medikamente einnimmt.¹¹⁶ „Jeder Doktor weiß, dass er diejenigen Patienten am erfolgreichsten behandeln kann, die seinen Ratschlägen folgen.“¹¹⁷

Co-Designer

Der Patient als Co-Designer (informationsgeleitete Integration)¹¹⁸ wird verstanden als die Integration des Patienten in Form einer Informationsquelle. Die informationsgeprägte Integration vermittelt den Leistungsanbietern die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten. Damit kann die Erstellung der Gesundheitsdienstleistung so gestaltet werden, wie sie von den Patienten gewünscht wird.¹¹⁹ Allgemein dienen die Informationen zur Innovation, Spezifikation und Modifikation der Gesundheitsdienstleistung. Informationen können in Beschwerdeanalysen, Patientenforen, Befragungen oder durch ein Gespräch mit dem Leistungserbringer gesammelt werden.¹²⁰ Bspw. wird die Leistungserstellung vom Arzt davon geprägt, inwiefern der Patient Informationen über seine Krankheitssymptome kommuniziert.¹²¹

Leistungserbringer müssen diese Erkenntnis der Rollenverteilung nutzen und die Patienten als Co-Produzenten/-Designer behandeln. Als managementbezogene Weiterführung der Kundenorientierung wird der Customer Integration-Ansatz gesehen, der die Aktivitäten der Patientenintegration aufzeigt.¹²² Dieser beleuchtet die Frage, wie intensiv der Pa-

¹¹⁴ Vgl. MEYER/BLÜMELHUBER/PFEIFFER (2000), S. 55.

¹¹⁵ Vgl. MEYER/BLÜMELHUBER/PFEIFFER (2000), S. 52 und 54.

¹¹⁶ Vgl. HANSEN/HENNING-THURAU (2001), S. 237.

¹¹⁷ Vgl. DAVIDOW/MALONE (1993), S. 178.

¹¹⁸ Vgl. MEYER/BLÜMELHUBER/PFEIFFER (2000), S. 58.

¹¹⁹ Vgl. DAVIDOW/MALONE (1993), S. 177.

¹²⁰ Vgl. MEYER/BLÜMELHUBER/PFEIFFER (2000), S. 52.

¹²¹ Vgl. HANSEN/HENNING-THURAU (2001), S. 237.

¹²² Vgl. KLEINALTENKAMP (1996), S. 14 und 23f. und FLIEß/JACOB (1996), S. 36.

tient an der Erstellung der Leistung mitwirken will, kann und muss. Dementsprechend unterschiedlich müssen die Schnittstellen zwischen Leistungserbringer und Patient gestaltet werden. Die Leistungserbringer müssen demnach festlegen in welchem Ausmaß wo, wann und wie (als Mitproduzent oder als Informant) sich die Patienten an der Definition und Realisierung der Gesundheitsdienstleistung beteiligen sollen.¹²³ Infolgedessen ist dem Patienten aufzuzeigen, wie und wo er an der Erstellung mitwirken soll, um eine effiziente Patientenintegration zu erzielen. Die Leistungserbringer müssen den Patienten Transparenz über den Dienstleistungsprozess verschaffen, um zudem Hemmungen und Unsicherheiten abzubauen. Insgesamt sind die gemeinsamen Aktivitäten von Leistungserbringer und Patient so zugestaltet, dass eine störungsfreie, kostengünstige und reibungslose Patientenintegration erzielt wird.¹²⁴

Allerdings müssen - insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten - bei manchen Teilen des Behandlungsprozesses die Patienten als Prosumer angesehen werden. Dabei geht der Prosumer-Ansatz¹²⁵ einen Schritt weiter als der Co-Produzenten-Ansatz.¹²⁶

Prosumer

Der Begriff Prosumer setzt sich aus den Begriffen „PROducer“ und „conSUMER“ zusammen. Deutlich wird, dass auch dieser Ansatz einen aktiven Patienten voraussetzt und der Patient neben dem Konsumenten, die Aufgabe der Produktion wahrnimmt.¹²⁷ Allerdings arbeitet der Patient nicht ergänzend, vielmehr substituiert er die Aktivitäten des Leistungserbringers.¹²⁸ Aufgabe der Leistungserbringer ist es dem Patienten Wissen über die Art und die Durchführung der Behandlung zu vermitteln, damit er in der Lage ist, die Teilprozesse selbständig zu übernehmen, bspw. Schwangerschaftstests oder automatische Pulsmessgeräte.

¹²³ Vgl. KLEINALTENKAMP (1995), S. 80. Das Grundprinzip ist die gemeinsame Lösung des Gesundheitsmangels durch Leistungserbringer und Patient.

¹²⁴ Als eine Methode zur Einführung des Customer Integration wird das Blueprinting gesehen. Das Blueprinting verschafft den Anbietern und Nachfragern Transparenz über den Wertschöpfungsprozess. Die Teilprozesse des Gesamtprozesses werden entlang der Zeitachse abgebildet. Innerhalb der Teilprozesse werden die Aktivitäten des Nachfragers und des Anbieters dargestellt. KLEINALTENKAMP (1995), S. 81.

¹²⁵ Häufig allerdings auch gleich verwendet. Vgl. HANSEN/HENNING-THURAU (2001), S. 237.

¹²⁶ Vgl. MICHEL (1996), S. 24.

¹²⁷ Vgl. TOFFLER (1980), S. 276.

¹²⁸ Vgl. MICHEL (1996), S. 21.

3.2.5 Zusammenfassung

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Wertschöpfungskette der Leistungserbringer in einer IV aus primären und sekundären Aktivitäten besteht. Zu den primären Aktivitäten zählen die der Prävention, der Kuration und der Rehabilitation. Die sekundären wurden näher beleuchtet, da insbesondere sie nicht nur von einem Leistungserbringer erfüllt werden müssen, sondern eine wertschöpfungs-übergreifende Zusammenarbeit notwendig machen. Zu den sekundären Aktivitäten - wie in Tabelle 1 dargestellt - zählen erstens die Aktivitäten der Infrastruktur. Darunter ist u. a. die Koordination, die Sicherstellung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit zu verstehen. Sie dienen dazu eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Gesundheitsdienstleistung zu gewährleisten.

Erfolgsfaktor	Ziel	Ausgestaltung
Infrastruktur		
- Koordination	Steuerung und wechselseitige Abstimmung der Handlungen in einer IV	a.) Broker, dezentraler Behandlungsablauf, Interne Märkte und Verrechnungspreise <u>oder</u> b.) Fokales Unternehmen, zentraler Behandlungsablauf über Leitlinien, strategisch festgelegte Kompetenzen
- Qualitätssicherung	Sicherstellung der Qualität des Ergebnisses, der Struktur und des Prozesses	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung von Qualitätsstandards (z.B. an die Qualifikation der Leistungserbringer, Zweitdiagnosen, klinische Behandlungslinien) • Ständige Dokumentation, Überprüfung und Verbesserung
- Wirtschaftlichkeitssicherung	Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Stetig Kostentreiber ermitteln, notwendige Veränderungen einleiten und kontrollieren
Information und Kommunikation	Abstimmung der Aktivitäten und Schaffung von Transparenz	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensteilung durch austauschen, erfassen und weiterverarbeiten von Informationen über z.B. Patienten und Krankheitsbildern • Einsatz von Informations- und Kommunikationssystemen
Personalwirtschaft	Effizientes, hoch qualifiziertes und zur Zusammenarbeit motiviertes Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung eines Anreizsystems • Angebot und Kontrolle an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen
Patientenintegration	Mitarbeit (a) und Übernahme von Dienstleistungsschritten (b) vom Patient	a.) Festlegen wo, wie (Mitproduzent, Informant) und wann der Patient im Behandlungsprozess mitwirken soll und in Kenntnissetzung des Patienten b.) Vermittlung dem Patienten von Wissen über die Art und Durchführung der Behandlung

Tabelle 1: Ziele und Ausgestaltung der Erfolgsfaktoren einer Integrierten Versorgung.

Quelle: Eigene Darstellung

Zweitens sind die Aktivitäten der Information und Kommunikation zu nennen, da ein Austausch von Informationen und Wissen ein Muss für eine patientenorientierte Versorgung ist. Die Anreize zur motivierten Zusammenarbeit werden von der dritten Aktivität der Personalwirtschaft gesetzt. Die Patientenintegration als vierter Erfolgsfaktor zielt darauf ab, Transparenz zur effizienten Mitarbeit des Patienten zu schaffen.

Insgesamt hängt die erfolgreiche Umsetzung der IV von dem Zusammenspiel der oben beschriebenen Erfolgsfaktoren ab. Aufbauend auf dem Grundgerüst einer IV, gibt es eine mannigfache Vielfalt an IV-Typen. Auf diese wird im Folgenden eingegangen.

3.3 Typologisierung von Integrierten Versorgungsnetzwerken

Die verschiedenen Merkmale von Integrierten Versorgungsnetzwerken spannen einen Merkmalsraum - in Abbildung 4 - auf, in dem die verschiedenen Integrierten Versorgungsnetzwerke positioniert sind. Die drei Merkmale sind aus dem von dem Gesetzgeber durch die §§140a-d SGB V gesetzten institutionellen Rahmen abzuleiten: Integrationstiefe, Indikationsbreite und Finanzierung.

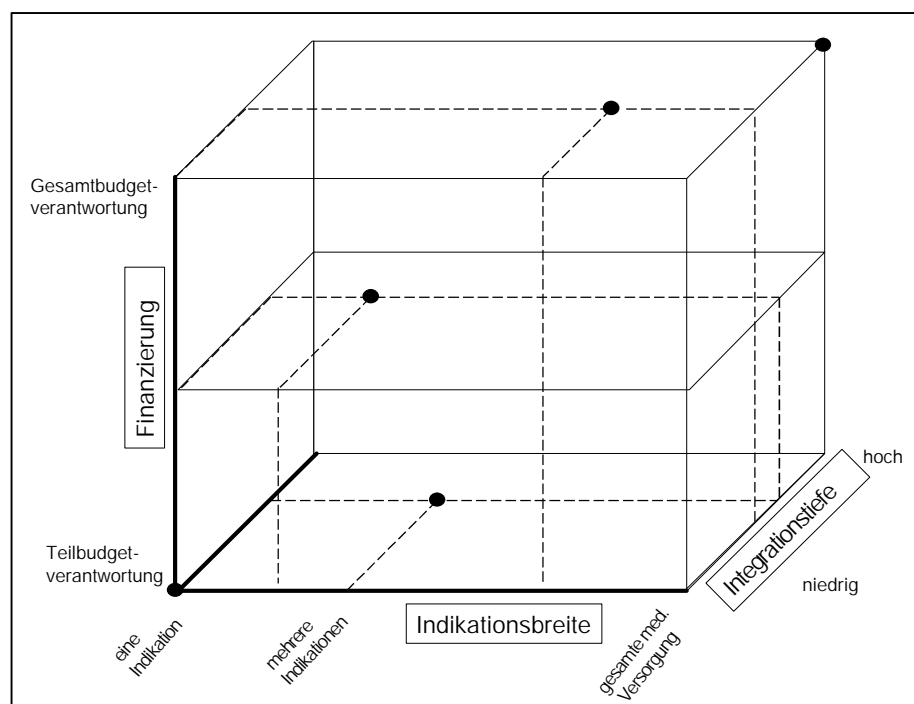


Abbildung 4: Ausgestaltungsmöglichkeiten einer Integrierten Versorgung.
In Anlehnung an: Hildebrandt Gesundheitsconsult (2004), S. 4.

Integrationstiefe

Mit dem Konzept der Integrierten Versorgung wird eine leistungsstellenübergreifende Versorgung angestrebt. Es wird in diesem Zusammenhang gemäß §140a Abs. 1 zwischen einer sektorübergreifenden (vertikalen) und einer interdisziplinär-fachübergreifenden (horizontalen) Versorgung differenziert. Bei der vertikalen Kooperation arbeiten Leistungs-

erbringer aus unterschiedlichen Versorgungsstufen miteinander, z.B. der ambulante mit dem stationären Sektor.¹²⁹ Die horizontale Versorgung ist dadurch gekennzeichnet, dass Leistungserbringer einer gleichen Versorgungsstufe miteinander kooperieren, z.B. innerhalb des ambulanten Sektors. Erforderlich ist allerdings, dass sich sowohl bei der vertikalen als auch bei der horizontalen Versorgung Leistungserbringer zusammenschließen, die gemeinsam das gesamte Versorgungskontinuum (Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege) abdecken.¹³⁰ Durch die Kooperationsrichtung - horizontal oder vertikal - wird die Stellung der kooperierenden Leistungsanbieter zueinander in der gemeinsamen Wertschöpfungskette festgelegt.¹³¹

Indikationsbreite

Hinsichtlich des *Ausmaßes der Indikationsbreite* kann zwischen indikationsspezifischen und umfassenden Versorgungsaufträgen unterschieden werden. Indikationsspezifisch ist ein Versorgungsauftrag, wenn die Leistungserbringer die Patientenversorgung im Hinblick auf eine einzelne Indikation (Krankheitsfall) übernehmen. Die Leistungserbringer kooperieren in einem klar definierten Aufgabenfeld mit geringen Varianzen im Versorgungsprozess. Es sind hochspezialisierte Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste und Anbieter von Rehabilitationsmaßnahmen, die ihre Leistungen eng miteinander verknüpfen, um den Nachfragern dieser Versorgungsart, eine kontinuierliche und effiziente Versorgung anzubieten.¹³² Häufig bilden sich Netze, die die medizinische Behandlung etwa für die Indikationen Dialyse, Onkologie oder Psychiatrie durchführen.

Mit einer Versorgung meist aller Krankheitsarten beschäftigen sich die umfassenden Versorgungsaufträge.¹³³ Leistungserbringer verknüpfen ihre Leistungen nicht mit einzelnen Partnern, sondern mit einer Vielzahl, um die großen Varianzen der Versorgungsprozesse zu bewältigen.

Finanzierung

Bei der IV soll die bisher sektoral getrennte Budgetierung durch eine sektorübergreifende Vergütung in Form von ergebnisorientierten und

¹²⁹ Vgl. HENZE/PÖPPL (2004), S. 18.

¹³⁰ Vgl. MÜHLBACHER (2002), S. 65. Aus diesem Grund wird im Folgenden nicht auf die spezielle Ausgestaltung von rein horizontalen IV wie z.B. die Organisationsform „Strategische Allianzen“ eingegangen.

¹³¹ Vgl. SCHWEINSBERG (2004), S. 11.

¹³² Vgl. TOPHOVEN (2003), S. 241.

¹³³ Vgl. MÜHLBACHER (2002), S. 65 und TOPHOVEN (2003), S. 241f.

versichertenbezogenen Honorierungsformen ersetzt werden. Bei dieser Vergütung wird die ökonomische Verantwortung auf die Leistungsanbieter übertragen, um Anreize für eine versorgungs-/ prozessorientierte Denkweise zu setzen.¹³⁴ Eine effiziente patientenorientierte (Zusammen-) Arbeit wird aus Sicht der Leistungserbringer zwingend notwendig. Senkungen der Qualität und Steigerungen der Quantität (z.B. in Form einer angebotsinduzierten Nachfrage) werden negative Auswirkungen auf das Gesamtergebnis der Beteiligten haben.¹³⁵

Die spezielle Ausgestaltung der Vergütung kann von den Vertragspartnern selbst verhandelt werden, da vom Gesetzgeber keine dezidierte Vergütungsform vorgeschrieben wird.¹³⁶ In §140c SGB V wird lediglich zwischen IV-Konzepten unterschieden, die eine *Gesamtbudget- oder eine Teilbudgetverantwortung* (kombiniertes Budget) übernehmen.

Allgemein gehören zu den denkbaren Abrechnungsformen - im Rahmen der IV - Festbeträge, Komplexpauschalen, Fallpauschalen¹³⁷ oder Vergütungen, die sich aus der Verbindung der vorgenannten oder ergänzender Berechnungsarten kalkulieren lassen.¹³⁸ Häufig wird die Berechnungsart der Komplexpauschalen von den IV-Beratern vorgeschlagen. Mit einer Komplexpauschale wird dem Anbieter die Verantwortung für die gesamten krankheitsfallspezifischen medizinischen Leistungen einer Patientenkarriere übertragen.¹³⁹

Darüber hinaus müssen die Leistungserbringer einer IV generell auch für die Vergütung von Gesundheitsleistungen außerhalb der IV aufkommen. Nimmt z.B. ein Versicherter, der in einer IV eingeschrieben ist, Leistungen von Ärzten in Anspruch, die nicht Mitglied dieses Netzwerkes sind, muss das Netz die Vergütung tragen. Voraussetzung ist i.d.R., dass der Nachfrager der Leistung von einem Arzt der IV überwiesen wurde.¹⁴⁰

¹³⁴ Vgl. BAUSCH (2003), S. 223.

¹³⁵ Vgl. O. V. (2003), S. 83.

¹³⁶ Vgl. HILDEBRANDT (2000), S. 25.

¹³⁷ Fallpauschalen in Krankenhäusern gibt es bereits seit 2004 durch die Einführung von DRGs (Diagnosis Related Groups). Vgl. BREYER/ZWEIFEL/KIFMANN (2003), S. 353.

¹³⁸ Vgl. MÜHLBACHER (2002), S. 62.

¹³⁹ Vgl. RÜSCHMANN (2004), S. 475.

¹⁴⁰ Vgl. MELCHERT (2004), S. 17. Diese Voraussetzung ist nicht zwingend: Auch aufgrund einer akuten Erkrankung in großer regionaler Entfernung zum Netzwerk muss die Leistung vom Netzwerk vergütet werden; es sei denn, die Krankenkasse übernimmt aus Kulanz die entstandenen Kosten oder es

Insgesamt können sich aus den drei Dimensionen Integrationstiefe, Indikationsbreite und Finanzierung eine Vielzahl an IV-Ausgestaltungsmöglichkeiten ergeben. Der Gesetzgeber hat den Leistungsanbietern sehr viel Spielraum hinsichtlich der Ausgestaltung einer IV gelassen.¹⁴¹

Nachdem das Konzept der IV vorgestellt wurde, wird nun überprüft, ob die IV den Anforderungen aus Abschnitt 2.2 gerecht wird.

4 Integrierte Versorgung als Lösungskonzept zur Behebung der Ineffizienzen im Gesundheitswesen

Die Anforderungen an die einzuführenden Konzepte im Gesundheitswesen - abgeleitet in Abschnitt 2.2 - bestehen einerseits darin eine sektorübergreifende Zusammenarbeit zu erzielen und andererseits darin marktwirtschaftliche Mechanismen einzuführen. Insofern sollen die Ineffizienzen in Form von Qualitätsdefiziten, Schnittstellenproblemen, diskontinuierlichen Versorgungsprozessen, Über-, Unter-, Fehl- und Doppeluntersuchungen reduziert werden.

Anforderung 1: Sektorübergreifende Zusammenarbeit

Durch die §§140a-d SGB V werden die Leistungserbringer gezwungen sich zusammenzuschließen und eine sektorübergreifende Gesundheitsdienstleistung anzubieten. Das Konzept der IV zielt darauf ab, die bisher funktionale Organisationsstruktur¹⁴² durch die prozessorientierte Betrachtung abzulösen.¹⁴³ Es gilt die sektoralen Isolierungen zu überwinden und Anreize eines effizienten (sektorübergreifenden) Handelns und Denkens entstehen zu fördern.

Von den Leistungserbringern eines IV-Netzwerkes wird festgelegt, „wer welche Aufgaben übernimmt, wann ein Patient an wen überwiesen wird, wie die Befunde weitergeleitet werden, welche Arzneimittel bevorzugt eingesetzt werden sollen und wer nach Beendigung der Behandlung den Kontakt zum Patienten hält“.¹⁴⁴ Zur Unterstützung dienen dabei die vier - in Abschnitt 3.2 - herausgearbeiteten Erfolgsfaktoren. Die Erfolgsfakto-

wurden im Vorfeld Ausnahmetatbestände vertraglich geregelt. Vgl. §140c SGB V.

¹⁴¹ Vgl. MÜHLBACHER (2002), S. 64 und PLASSMANN (2003), S. 21.

¹⁴² Vgl. PICOT/REICHWALD/WINGAND (2003), S. 248.

¹⁴³ Vgl. MEFFERT/BRUHN (2000), S. 142.

¹⁴⁴ Vgl. DOHRN (2004), S. 3f.

ren einer IV stellen die Aktivitäten der Infrastruktur, der Information und Kommunikation, der Personalwirtschaft und der Patientenintegration dar. Unter Aktivitäten der Infrastruktur ist erstens die Koordination zu verstehen. Hier wurde eine wesentliche Unterscheidung zwischen einer dezentralen Koordination über interne Märkte und Verrechnungspreise und einer zentralen Koordination in Form der Vergabe von Kompetenzen ausgehend von einer strategischen Führung und des Ablaufes über Behandlungspfade getroffen. Zweitens wird die Sicherstellung von Qualität und drittens der Wirtschaftlichkeit durch das Festlegen von Standards sowie einer ständigen Überprüfung und Verbesserung des Versorgungsablaufes hinzugezählt. Die Aktivitäten der Information und Kommunikation sollen gewährleisten, dass die Leistungserbringer wesentliche Informationen erhalten, die eine prozess- und somit patientenorientierte Versorgung garantieren. Wichtig bei der Umsetzung einer IV ist zudem, dass die an der IV beteiligten Leistungserbringer den Anreiz haben, Absprachen auch umzusetzen. Dies wird durch Aktivitäten der Personalwirtschaft sichergestellt. Ebenso müssen die Patienten, die durch die Integration eingebunden werden, durch mehr Transparenz in der Erstellung der Gesundheitsdienstleistung zu einer effizienten Mitarbeit motiviert werden. Dies verkörpert u. a. der Erfolgsfaktor Patientenintegration. Die erfolgreiche Umsetzung einer IV hängt somit vom Zusammenspiel der genannten Erfolgsfaktoren ab.

Anforderung 2: Marktwirtschaftliche Mechanismen

Mit den Regelungen zur IV wird Vertragswettbewerb zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern eingeführt.¹⁴⁵ Gekennzeichnet ist der Vertragswettbewerb durch den Wegfall des Kontrahierungszwanges von Seiten der Krankenkassen, sowie der Ausschaltung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Leistungsanbieter und die Krankenkassen können somit direkte Einzelverträge im Hinblick auf die Behandlung und die Vergütung abschließen. Die beidseitigen vertraglichen Gestaltungsfreiräume setzen bei den Leistungserbringern den Anreiz die Versorgung effizient und effektiv zu gestalten.¹⁴⁶ Die Möglichkeiten der Ausgestaltung einer IV sind sehr vielfältig. Generell können IV-Netzwerke - wie in 3.3 - hinsichtlich der Integrationstiefe, der Indikationsbreite und der Finanzierung unterschieden werden.

¹⁴⁵ Vgl. NOLTING (2004), S. 46.

¹⁴⁶ Vgl. WASEM (2003), S. 3f.

Dieser Ansatz, bei dem die Leistungserbringer selber in Form eines Trial-and-Error-Verfahrens erfolgsversprechende und weniger erfolgsversprechende Gestaltungsmodelle der Zusammenarbeit austesten, scheint sinnvoller, als die Vorgabe bestimmter Steuerungsansätze durch den Gesetzgeber.¹⁴⁷

Deutlich wird, dass die IV in ihren Grundzügen den Anforderungen an ein neu einzuführenden Ansatz im Gesundheitswesen entspricht. Letztendlich soll sie dazu beitragen, dass die Arbeitsteilung, die Spezialisierung, der Tausch und die Abstimmung in Einklang gebracht werden.¹⁴⁸ Einen Überblick über die Anforderungen und die entsprechenden Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen der IV gibt Abbildung 5.

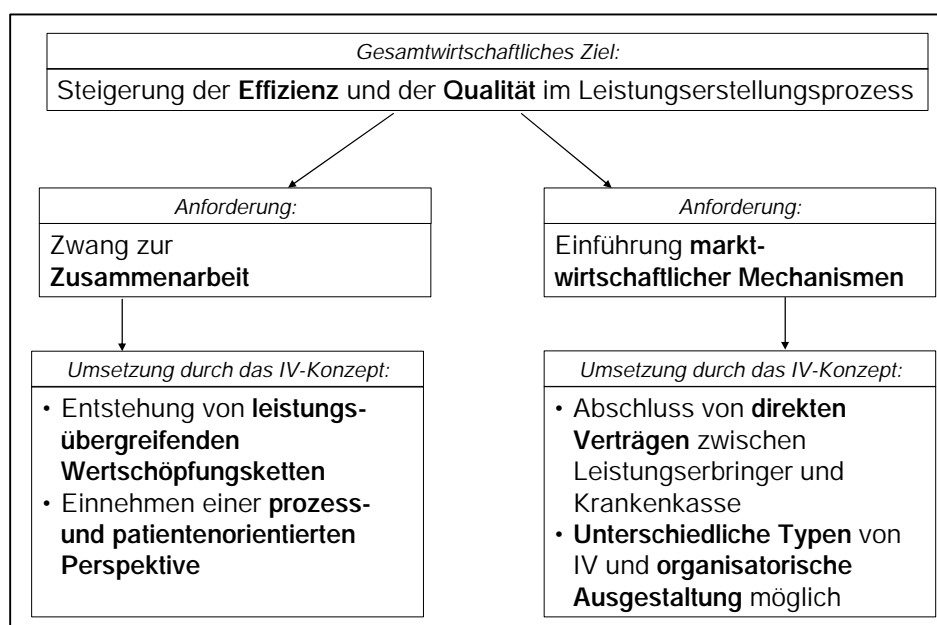


Abbildung 5: Erreichung des gesamtwirtschaftlichen Ziels durch dargestellte Anforderungen und Umsetzungsmaßnahmen der Integrierten Versorgung.

Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁴⁷ Vgl. WASEM (2003), S. 7.

¹⁴⁸ Vgl. PICOT/DIETL/Franck (2002), S. 1ff.

5 Schlussbetrachtung

Die IV strebt an, den Koordinations- und Motivationsproblemen vor dem Hintergrund einer arbeitsteiligen Wirtschaft in Form eines - eingeschränkt - wettbewerblichen Ansatzes zu begegnen.¹⁴⁹ Der Gesetzgeber hat den Leistungsanbietern und den Krankenkassen mit den Regelungen zur IV¹⁵⁰ ein Instrument an die Hand gegeben, um im Kontext des institutionellen Rahmens - durch den Abschluss von Verträgen - neue Behandlungs- und Vergütungsstrukturen auf dem Gesundheitsmarkt zu etablieren. Die IV zielt auf die Beseitigung der Ineffizienzen und somit auf die Reduktion monetärer Defizite im Gesundheitswesen ab.¹⁵¹ Abschließend ist davon auszugehen, dass sich in Zukunft eine Vielzahl von IV-Formen auf dem Gesundheitsmarkt etablieren wird. Für jeden Typ wiederum eröffnen sich Möglichkeiten organisatorischer Gestaltung, die der einzelwirtschaftlichen Zielerreichung in unterschiedlichem Umfang dienen. Ob und wie sie sich demgemäß in der Praxis etablieren wird und somit die gesamtwirtschaftlichen Ziele erfüllen wird, bleibt abzuwarten.

¹⁴⁹ Vgl. GÖBEL (2002), S. 30 und PICOT/DIETL/Franck (2002), S. 7ff.

¹⁵⁰ §§140a-d SGB V.

¹⁵¹ Der Ursprung dieser Entwicklung ist in dem Konzept des Managed Care aus den USA zu sehen. Vgl. LEITER/LOEST/THIELSCHER (1997), S. 55f. und S. 38. Beim Managed Care-Konzept werden durch veränderte Anreizstrukturen Allokations- und Produktionsineffizienzen beseitigt, sowie Maßnahmen zur Kostenkontrolle und Qualitätssicherstellung eingesetzt. Vgl. BREYER/ZWEIFEL/KIFMANN (2003), S. 403f.

Literaturverzeichnis

- Adam, Dietrich (1998): Produktions-Management, 9., überarb. Aufl., Wiesbaden.
- Afheldt, Heik u.a. (2003): Wachstumsfeld Gesundheit - 12 Forderungen an eine nachhaltige Gesundheitspolitik, Berlin, URL: <http://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/01642.pdf> [03.03.2005].
- Baum, Heinz-Georg/Coenenberg, Adolf G./Günther, Thomas (2004): Strategisches Controlling, 3., überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart.
- Bausch, Jürgen (2003): Strategische Allianzen - neue Vertriebswege für Arzneimittel und Medizinprodukte. In: Tophoven, Christiane/Lieschke, Lothar (Hrsg./2003): Integrierte Versorgung - Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Köln, S. 215-228.
- Becker, Nicola (1999): Regelungsfelder für Unternehmensnetzwerke, Wiesbaden.
- Berekoven, Ludwig (1983): Der Dienstleistungsmarkt in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 1 und 2, Göttingen.
- Beske, Fritz/Drabinski, Thomas/Zöllner, Herbert (2004): Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich - Eine Antwort auf die Kritik -, Band 100, Kiel.
- Binder, Stephan (1999): Effizienz durch Wettbewerb im Gesundheitswesen, Bayreuth.
- Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter S. (1999): Gesundheitsökonomie, 3., überarb. Aufl., Berlin u.a.
- Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter S./Kifmann, Mathias (2003): Gesundheitsökonomie, 4. Aufl., Berlin u.a.
- Brucksch, Michael (2004): Prozessmanagement im Gesundheitswesen. In: Eichhorn, Peter/Knoke, Martin (Hrsg./2004): Wertorientiertes Management im Gesundheitswesen, ZögU, Beiheft 32, S. 44-63.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005): Sicherung der Qualität, Bonn.

- Burger, Anton (1999): Kostenmanagement, 3., vollst. überarb. Aufl., München, Wien.
- Cassel, Dieter (2003): Intergenerative Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Cassel, Dieter/Müller, Herbert/Thieme, Jörg H. (Hrsg./2003): Stabilisierungsprobleme in der Marktwirtschaft, S. 235-263.
- Coenenberg, Adolf G. (2003): Kostenrechnung und Kostenanalyse, 5., überarb. und erw. Aufl., Stuttgart.
- Davidow, William H./Malone, Michael S. (1993): Das virtuelle Unternehmen: der Kunde als Co-Produzent, Frankfurt und New York.
- De Oliveira, Rosa Maria Martins (2001): Leitlinien im ambulanten deutschen Gesundheitswesen: Institutionen- und industrieökonomische Aspekte der Deregulierung, Bayreuth.
- Dieffenbach, Susanne/Landenberger, Margarete/von der Weiden, Guido (2002): Kooperation in der Gesundheitsversorgung, Neuwied und Kriftel.
- Dohrn, Susanne (2004): Lauterbach zur Integrierten Versorgung: "Die Patienten profitieren", URL: http://www.vorwaerts.de/print_article.php/iAid/7726 [15.03.2005].
- Ebers, Mark/Gotsch, Wilfried (2002): Institutionenökonomische Theorien der Organisation. In: Kieser, Alfred (Hrsg./2002): Organisations-theorien, 5. Aufl., Stuttgart, S. 199-253.
- Fleisch, Elgar (2000): Das Netzwerkunternehmen: Theorien, Strategien und Prozesse zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit in der "Networked economy", Berlin u.a.
- Fließ, Sabine (1996): Interaktionsmuster bei der Integration externer Faktoren. In: Meyer, Anton (Hrsg./1996): Grundsatzfragen und Herausforderungen des Dienstleistungsmarketing, Wiesbaden.
- Fließ, Sabine/Jacob, Frank (1996): Customer Integration - Was ändert sich im Marketing?. In: Kleinaltenkamp, Michael/Fließ, Sabine/Jacob, Frank (Hrsg./1996): Customer Integration: von der Kundenorientierung zur Kundenintegration, Wiesbaden, S. 13-24.

- Gabler Wirtschaftslexikon (1993), Stichwort „Koordination“, 13., vollst. überarb. Aufl., Wiesbaden, S. 1927.
- Göbel, Elisabeth (2002): Neue Institutionenökonomik, Stuttgart.
- Greve, Rolf (2002): Kooperation und Genossenschaft - Organisationsstrukturen in kooperativen Netzwerken. In: Münkner, Hans H. (Hrsg./2002): "Nutzerorientierte" versus "Investororientierte" Unternehmen, Marburger Schriften zum Genossenschaftswesen, Bd. 97, Marburg, S. 87-131.
- Hajen, Leonhard/Paetow, Holger/Schumacher, Harald (2004): Gesundheitsökonomie: Strukturen, Methoden, Praxisbeispiele, 2., überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart.
- Hansen, Ursula/Henning-Thurau, Thorsten (2001): Co-Produzenten-Ansatz, Prosumer. In: Diller, Hermann (Hrsg./2001): Vahlens Großes Marketinglexikon, 2., völlig überarb. u. erw. Aufl., München.
- Henze, Martin/Pöppl, Siegfried J. (2005): Integrierte Versorgung durch Kooperation der sektoralen Gesundheitssysteme. In: Jäckel, Achim (Hrsg./2005): Telemedizinführer Deutschland, Ober-Mörlen, S. 225-229.
- Hildebrandt, Helmut (2004): Die Fantasie ist noch gering entwickelt. In: f&w, 21. Jg., Heft 4, S. 379-382.
- Hildebrandt, Helmut (2000): Integrierte Versorgung - bald die Regel?. In: ku, 69. Jg., Heft 1, S. 25-32.
- Hildebrandt Gesundheitsconsult (2004): Integrierte Versorgung - Stand der Dinge. In: ku - Sonderheft Integrierte Versorgung, S. 4-10.
- Hilke, Wolfgang (1989): Dienstleistungs-Marketing, SzU, Band 35, Wiesbaden.
- Jacobs, Klaus/Schulze, Sabine (2003): Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Cassel, Dieter (Hrsg./2003): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen, Baden-Baden, S. 89-110.
- Jensen, Michael C./Meckling, William H. (1996): Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs, and Ownership Structure.

- In: Buckley, Peter J./Michie, Jonathan (Hrsg./1996): Firms Organizations and Contracts, Oxford, S. 103-167.
- Kleinaltenkamp, Michael (1997): Kundenintegration. In: Wirtschaftliches Studium, München und Frankfurt, S. 350-354.
- Kleinaltenkamp, Michael (1996): Customer Integration - Kundenintegration als Leitbild für das Business-to-Business-Marketing. In: Kleinaltenkamp, Michael/Fließ, Sabine/Jacob, Frank (Hrsg./1996): Customer Integration: von der Kundenorientierung zur Kundenintegration, Wiesbaden, S. 13-24.
- Kleinaltenkamp, Michael (1995): Customer Integration: Kundenorientierung und mehr. In: Absatzwirtschaft, 38 Jg., Heft 8, S. 77-83.
- Leiter, Josef M. E./Loest, Hagen/Thielscher, Christian (1997): Managed Care - Ansätze zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens. In: Knappe, Eckhard (Hrsg./1997): Reformstrategie : „Managed Care“, Baden-Baden.
- Mayer, Alexander G. (2000): Strategische Unternehmensnetzwerke und Marketing, Regensburg.
- Meffert, Heribert (1999): Marktorientierte Unternehmensführung im Wandel, Wiesbaden.
- Meffert, Heribert/Bruhn, Manfred (2000): Dienstleistungsmarketing, 3., vollst. überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden.
- Melchert, Otto (2004): Neue Geschäftsfelder für das Krankenhaus im Kontext der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Integrierte Versorgung. In: Hellmann, Wolfgang (Hrsg./2004): Handbuch Integrierte Versorgung, Landsberg/Lech, Kapitel 4.1.2.
- Meyer, Anton/Blümelhuber, Christian/Pfeiffer, Markus (2000): Der Kunde als Co-Produzent und Co-Designer - oder: die Bedeutung der Kundenintegration für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsanbietern. In: Bruhn, Manfred/Stauss, Bernd (Hrsg./2000): Dienstleistungsqualität, 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Wiesbaden, S. 49-86.
- Michel, Stefan (1996): Prosuming-Marketing, Bern u.a.

- Miles, Raymond E./Snow, Charles C. (1986): Organizations: New Concepts for New Forms. In: California Management Review, Vol. 28, No. 3, S. 62-73.
- Mühlbacher, Axel (2002): Integrierte Versorgung: Management und Organisation: eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung, Bern u.a.
- Nolting, Hans-Dieter (2004): Von der Pflichtprüfung zum strategischen Erfolgsfaktor. In: ku - Sonderheft Integrierte Versorgung, S. 46-48.
- Oberender, Peter O./Ecker, Thomas (1997), „Managed Care“ und Wettbewerb im Gesundheitswesen - Voraussetzungen und mögliche Auswirkungen -. In: Knappe, Eckhard (Hrsg./1997): Reformstrategie : „Managed Care“, Baden-Baden, S. 55-77.
- Oberender, Peter O./Jasper, Marc (2004): Aktuelle Herausforderungen und Konsequenzen der Gesundheitspolitik für die Medizinprodukteindustrie. In: Oberender & Partner (Hrsg./2004): Schriften zum Gesundheitsmanagement, Bd. 2, Bayreuth, S. 27-48.
- Ortmann, Günther/Schnelle, Wolfgang (2000): Medizinische Qualitätsnetze - Steuerung und Selbststeuerung. In: Sydow, Jörg/Windeler, Arnold (Hrsg./2000): Steuerung von Netzwerken, Wiesbaden, S. 206-233.
- O. V.: Integrierte Versorgung, URL:
[http://www.stryker.de/integrierte_versorgung_\(leitfaden\)-2.pdf](http://www.stryker.de/integrierte_versorgung_(leitfaden)-2.pdf)
 [12.03.2005].
- O. V. (2003): Von einem fragmentierten zu einem integrierten medizinischen Versorgungssystem - Überblick über den aktuellen Stand der Neuausrichtung des deutschen Versorgungssystems, Hans-Böckler Stiftung, Düsseldorf.
- Parson, Talcott (1979): Sozialstruktur und Persönlichkeit, 3., unveränder. Aufl., Bd. 7, Frankfurt.
- Pfeiffer, Martin/Schauer, Hanno/Schommer, Rainer (2004): Wissensorientierte Unternehmensführung bei medizinischen Leistungserbringern. In: Oberender & Partner (Hrsg./2004): Schriften zum Gesundheitsmanagement, Bd. 2, Bayreuth, S. 177-190.

- Picot, Arnold/Dietl, Helmut/Franck, Egon (2002): Organisation: eine ökonomische Perspektive, 3., überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart.
- Picot, Arnold/Reichwald, Ralf/Wigand, Rolf T. (2003) Die grenzenlose Unternehmung: Information, Organisation und Management, 5., aktualisierte Aufl., Wiesbaden.
- Plassmann, Walter (2003): Sektorübergreifende Leistungskomplexe - erste Erfahrungen mit der Umsetzung der integrierten Versorgung nach §§140 a bis f. In: Tophoven, Christiane/Lieschke, Lothar (Hrsg./2003): Integrierte Versorgung - Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Köln, S. 11-32.
- Poensgen, Andreas (2004): Reform des deutschen Gesundheitswesens - grundlegender Neuansatz statt Flickschusterei. In: pharmind, 66. Jg., Heft 1, S. 32-42.
- Pösl, Hans (2004): Die dezentral aufgebaute Patientenakte. In: ku - Sonderheft Integrierte Versorgung, S. 61-62.
- Porter, Michael E. (2000): Wettbewerbsvorteile (Competitive advantage), 6. Aufl., Frankfurt.
- Porter, Michael E. (1985): Competitive Advantage, New York.
- Rammstedt, Otthein (1995): Stichwort "Kommunikation". In: Fuchs-Heinritz, Werner/Lautmann, Rüdiger/Rammstedt, Otthein/Wienold, Hanns (Hrsg./1995): Lexikon zur Soziologie, 3., völlig neu bearb. und erw. Aufl., durchges. Nachdr., Opladen, S. 347.
- Reif, Mariana (2004): Wer zapft das Fass an?. In: krankenhaushaus umschau, 73. Jg., Heft 1, S. 22-23.
- Richard, Sabine (1993): Qualitätssicherung und technologischer Wandel im Gesundheitswesen: Eine institutionenökonomische Analyse, Baden-Baden.
- Richter, Mark (2001): Controlling in der ambulanten medizinischen Versorgung - dargestellt am Beispiel der "Vereinbarung zum Diabetesmanagement zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und der AOK M-V", München.

- Roland Berger Strategy Consulting (2002): Auswirkungen der transsektoralen integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukteindustrie, Berlin,
http://www.bvmed.de/linebreak4/mod/netmedia_pdf/data/langfassung.pdf [28.02.2005].
- Rüschmann, Bente (2004): Verantwortung für das „Produkt Gesundheit“. In: f&w, 21. Jg., Heft 5, S. 474-477.
- Schanz, Günther (1991): Motivationale Grundlagen der Gestaltung von Anreizsystemen. In: Schanz, G. (Hrsg./2003): Handbuch Anreizsysteme, Stuttgart, S. 3-30.
- Scheer, August-Wilhelm/Angeli, Ralf/Herrmann, Katja (2003): Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien - Treiber neuer Kooperations- und Kollaborationsformen. In: Zentes, Joachim/Swoboda, Bernhard/Morschett, Dirk (Hrsg./2003): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke, Wiesbaden, S. 359-386.
- Schweinsberg, Andrea (2004): Organisatorische Flexibilität als Antwort auf die Globalisierung, Münster.
- Specke, Helmut K. (2005): Der Gesundheitsmarkt in Deutschland, Bern, u.a.
- Statistische Bundesamt (2005a): 2003: Gesundheitsausgaben je Einwohner bei 2900 Euro, URL:
<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p1220095.htm> [23.03.2005].
- Statistische Bundesamt (2005b): Entwicklungen der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal), URL:
http://www.destatis.de/themen/d/thm_gesundheit.php [11.01.2006].
- Statistisches Bundesamt (2005c): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort am 30.06. des Jahres
<http://www.destatis.de/basis/d/erwerb/erwerbtab5.php> [29.12.2005].
- Sydow, Jörg (1999): Strategische Netzwerke: Evolution und Organisation, 4. Nachdr., Wiesbaden.
- Toffler, Alvin (1980): Die Zukunftschance, München.

- Tophoven, Christiane (2003): Integrierte Angebotsstrukturen - Netze auf dem Weg zur markt- und vertragsfähigen Organisation. In: Tophoven, Christiane/ Lieschke, Lothar (Hrsg./2003): Integrierte Versorgung - Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Köln, S. 229-261.
- Ullrich, Steffen (2002): Ordnungspolitische, vertragliche und wettbewerbliche Aspekte neuer autonomer Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen, Göttingen.
- Wasem, Jürgen (2003): Wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems an der Schnittstelle von der ambulanten zur stationären Versorgung, URL: http://www.gesundheitspolitik.net/01_gesundheitssystem/reform_konzepte/dkg-konzept/Gutachten-Prof-Wasem.pdf [03.03.2005].
- Williamson, Oliver E. (2000): The new institutional economics: Taking Stock, Looking Ahead. In: Journal of Economic Literature, Vol. 38, No. 3, S. 595-613.
- Williamson, Oliver E. (1975), Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. A study in the Economics of Internal Organization, New York.
- Winand, Udo/Nathusius, Klaus (1998): Unternehmensnetzwerke und virtuelle Organisationen, Stuttgart.
- Wöhe, Günter (2002): Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 21., neubearb. Aufl., München.
- Wolter, Hans Jürgen (1998) Das virtuelle Unternehmen: eine Organisationsform für den Mittelstand, Wiesbaden.
- Zentes, Joachim/Swoboda, Bernhard/Morschett, Dirk (2003): Perspektiven der Führung kooperativer Systeme. In: Zentes, Joachim/Swoboda, Bernhard/Morschett, Dirk (Hrsg./2003): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke, Wiesbaden, S. 821-848.

**Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster**

- Nr. 1 *Holger Bonus*
Wirtschaftliches Interesse und Ideologie im Umweltschutz
August 1984
- Nr. 2 *Holger Bonus*
Waldkrise - Krise der Ökonomie?
September 1984
- Nr. 3 *Wilhelm Jäger*
Genossenschaftsdemokratie und Prüfungsverband -
Zur Frage der Funktion und Unabhängigkeit der
Geschäftsführerprüfung
Oktober 1984
- Nr. 4 *Wilhelm Jäger*
Genossenschaft und Ordnungspolitik
Februar 1985
- Nr. 5 *Heinz Grosseckler*
Ökonomische Analyse der interkommunalen Kooperation
März 1985
- Nr. 6 *Holger Bonus*
Die Genossenschaft als Unternehmungstyp
August 1985
- Nr. 7 *Hermann Ribhegge*
Genossenschaftsgesinnung in entscheidungslogischer
Perspektive
Februar 1986
- Nr. 8 *Joachim Wiemeyer*
Produktivgenossenschaften und selbstverwaltete
Unternehmen - Instrumente der Arbeitsbeschaffung?
September 1986
- Nr. 9 *Hermann Ribhegge*
Contestable markets, Genossenschaften und
Transaktionskosten
März 1987
- Nr. 10 *Richard Böger*
Die Niederländischen Rabobanken -
Eine vergleichende Analyse -
August 1987
- Nr. 11 *Richard Böger / Helmut Pehle*
Überlegungen für eine mitgliederorientierte Unternehmensstra-
tegie in Kreditgenossenschaften
Juni 1988

- Nr. 12 *Reimut Jochimsen*
 Eine Europäische Wirtschafts- und Währungsunion -
 Chancen und Risiken
 August 1994
- Nr. 13 *Hubert Scharlau*
 Betriebswirtschaftliche und steuerliche Überlegungen und Per-
 spektiven zur Unternehmensgliederung in Wohnungsbaugenos-
 senschaften
 April 1996
- Nr. 14 *Holger Bonus / Andrea Maria Wessels*
 Genossenschaften und Franchising
 Februar 1998
- Nr. 15 *Michael Hammerschmidt / Carsten Hellinger*
 Mitgliedschaft als Instrument der Kundenbindung in Genossen-
 schaftsbanken
 Oktober 1998
- Nr. 16 *Holger Bonus / Rolf Greve / Thorn Kring / Dirk Polster*
 Der genossenschaftliche Finanzverbund als Strategisches
 Netzwerk - Neue Wege der Kleinheit
 Oktober 1999
- Nr. 17 *Michael Hammerschmidt*
 Mitgliedschaft als ein Alleinstellungsmerkmal für Kreditgenos-
 senschaften - Empirische Ergebnisse und Handlungsvorschläge
 April 2000
- Nr. 18 *Claire Binisti-Jahndorf*
 Genossenschaftliche Zusammenarbeit auf europäischer Ebene
 August 2000
- Nr. 19 *Olaf Lüke*
 Schutz der Umwelt -
 Ein neues Betätigungsfeld für Genossenschaften?
 September 2000
- Nr. 20 *Astrid Höckels*
 Möglichkeiten der Absicherung von Humankapitalinvestitionen
 zur Vermeidung unerwünschter Mitarbeiterfluktuation
 November 2000
- Nr. 21 *José Miguel Simian*
 Wohnungsgenossenschaften in Chile - Vorbild für eine Politik
 der Wohneigentumsbildung in Deutschland?
 Mai 2001

- Nr. 22 *Rolf Greve / Nadja Lämmer*
 Quo vadis Genossenschaftsgesetz? -
 Ein Überblick über aktuelle Diskussionsvorschläge
Christian Lucas
 Von den Niederlanden lernen? - Ein Beitrag zur Diskussion um
 die Reform des deutschen Genossenschaftsrechts
 Mai 2001
- Nr. 23 *Dirk Polster (unter Mitarbeit von Lars Testorf)*
 Verbundexterne Zusammenarbeit von
 Genossenschaftsbanken - Möglichkeiten, Grenzen, Alternativen
 November 2001
- Nr. 24 *Thorn Kring*
 Neue Strategien - neue Managementmethoden
 Eine empirische Analyse zum Strategischen Management von
 Genossenschaftsbanken in Deutschland
 Februar 2002
- Nr. 25 *Anne Kretschmer*
 Maßnahmen zur Kontrolle von Korruption -
 eine modelltheoretische Untersuchung
 Juni 2002
- Nr. 26 *Andrea Neugebauer*
 Divergierende Fallentscheidungen von Wettbewerbsbehörden -
 Institutionelle Hintergründe
 September 2002
- Nr. 27 *Theresia Theurl / Thorn Kring*
 Governance Strukturen im genossenschaftlichen Finanzver-
 bund: Anforderungen und Konsequenzen ihrer Ausgestaltung
 Oktober 2002
- Nr. 28 *Cristian Rotter*
 Risikomanagement und Risikocontrolling in Wohnungsgenos-
 senschaften
 November 2002
- Nr. 29 *Rolf Greve*
 The German cooperative banking group as a strategic network:
 function and performance
 November 2002
- Nr. 30 *Florian Deising / Angela Kock / Kerstin Liehr-
 Gobbers / Barbara Schmolmüller / Nina Tantzen*
 Die Genossenschaftsidee HEUTE: Hostsharing e.G. -
 eine Fallstudie
 Dezember 2002
- Nr. 31 *Florian Deising*
 Der Nitrofen-Skandal - Zur Notwendigkeit genossenschaftlicher
 Kommunikationsstrategien
 Januar 2003

- Nr. 32 *Gerhard Specker*
Die Genossenschaft im Körperschaftsteuersystem Deutschlands und Italiens
März 2003
- Nr. 33 *Frank E. Münnich*
Der Ökonom als Berater - Einige grundsätzliche Erwägungen zur wissenschaftlichen Beratung der Politik durch Ökonomen
April 2003
- Nr. 34 *Sonja Schölermann*
Eine institutionenökonomische Analyse der „Kooperations-Beratung“
August 2003
- Nr. 35 *Thorn Kring*
Erfolgreiche Strategieumsetzung - Leitfaden zur Implementierung der Balanced Scorecard in Genossenschaftsbanken
September 2003
- Nr. 36 *Andrea Neugebauer*
Wettbewerbspolitik im institutionellen Wandel am Beispiel USA und Europa
September 2003
- Nr. 37 *Kerstin Liehr-Gobbers*
Determinanten des Erfolgs im Legislativen Lobbying in Brüssel - Erste empirische Ergebnisse
September 2003
- Nr. 38 *Tholen Eekhoff*
Genossenschaftsbankfusionen in Norddeutschland - eine empirische Studie
Januar 2004
- Nr. 39 *Julia Trampel*
Offshoring oder Nearshoring von IT-Dienstleistungen? - Eine transaktionskostentheoretische Analyse
März 2004
- Nr. 40 *Alexander Eim*
Das Drei-Säulen-System der deutschen Kreditwirtschaft unter besonderer Berücksichtigung des Genossenschaftlichen Finanzverbundes
August 2004
- Nr. 41 *André van den Boom*
Kooperationsinformationssysteme - Konzeption und Entwicklung eines Instruments zur Erkenntnisgewinnung über das Phänomen der Kooperation
August 2004

- Nr. 42 *Jacques Santer*
Die genossenschaftliche Initiative - ein Baustein der
Europäischen Wirtschaft
September 2004
- Nr. 43 *Theresia Theurl (Hrsg.)*
Die Zukunft der Genossenschaftsbanken - die Genossen-
schaftsbank der Zukunft, Podiumsdiskussion im Rahmen der
IGT 2004 in Münster
Dezember 2004
- Nr. 44 *Theresia Theurl (Hrsg.)*
Visionen in einer Welt des Shareholder Value, Podiumsdiskus-
sion im Rahmen der IGT 2004 in Münster
Dezember 2004
- Nr. 45 *Walter Weinkauff (Hrsg.)*
Kommunikation als Wettbewerbsfaktor, Expertendiskussion im
Rahmen der IGT 2004 in Münster
Dezember 2004
- Nr. 46 *Andrea Schweinsberg*
Organisatorische Flexibilität als Antwort auf die Globalisierung
Dezember 2004
- Nr. 47 *Carl-Friedrich Leuschner*
Genossenschaften - Zwischen Corporate und Cooperative
Governance
März 2005
- Nr. 48 *Theresia Theurl*
Kooperative Governancestrukturen
Juni 2005
- Nr. 49 *Oliver Budzinski / Gisela Aigner*
Institutionelle Rahmenbedingungen für internationale M&A-
Transaktionen - Auf dem Weg zu einem globalen Fusionskon-
trollregime?
Juni 2005
- Nr. 50 *Bernd Raffelhüschen / Jörg Schoder*
Möglichkeiten und Grenzen der Integration von genossenschaft-
lichem Wohnen in die Freiburger Zwei-Flanken-Strategie
Juni2005
- Nr. 51 *Tholen Eekhoff*
Zur Wahl der optimalen Organisationsform betrieblicher Zu-
sammenarbeit - eine gesamtwirtschaftliche Perspektive
Juli 2005

- Nr. 52 *Cengiz K. Iristay*
Kooperationsmanagement:
Einzelne Faceten eines neuen Forschungsgebiets - Ein Literaturüberblick
August 2005
- Nr. 53 *Stefanie Franz*
Integrierte Versorgungsnetzwerke im Gesundheitswesen
März 2006

Die Arbeitspapiere sind - sofern nicht vergriffen - erhältlich beim
Institut für Genossenschaftswesen der Universität Münster, Am Stadtgraben 9,
48143 Münster,
Tel. (02 51) 83-2 28 01, Fax (02 51) 83-2 28 04, E-Mail: info@ifg-muenster.de
oder als Download im Internet unter www.ifg-muenster.de (Rubrik Forschung).
