

ARBEITSPAPIERE
des Instituts für Genossenschaftswesen
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

**„Benchmark Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen“ -
Erste empirische Ergebnisse**

von Theresia Theurl / Stefanie Franz
Nr. 64 ▪ April 2007

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

In vielen Branchen nehmen mit dem Auftreten besonderer Herausforderungen strategische Überlegungen zu, die zur Gründung von Netzwerken und anderen Kooperationen führen. Solche sollen Kosten senken, zusätzliche Marktsegmente zugänglich machen, Risiken verringern und die Verwirklichung weiterer einzelwirtschaftlicher Ziele ermöglichen. Insgesamt geht es um die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit in einem kompetitiver werdenden Umfeld. Dies ist auch im Gesundheitswesen nicht anders. Der Gesundheitssektor zählt zu jenen Bereichen, in denen eine stark steigende Anzahl von Kooperationen vereinbart wird. Mit der Integrierten Versorgung ist eine spezielle Form der Zusammenarbeit gefunden worden, die zunehmend Bedeutung gewinnt und die sich durch die Vernetzung von Leistungsanbietern auszeichnet. Die verfolgten Zielsetzungen bestehen in einer Kombination aus Kostensenkungen und Qualitätssteigerungen von Gesundheitsdienstleistungen.

Die Autorinnen haben in einer Primärerhebung zahlreiche Merkmale Integrierter Versorgungs-Netzwerke erhoben und legen in diesem IfG-Arbeitspapier eine erste Auswertung vor. Nicht nur die typischen Governancestrukturen solcher Netzwerke wurden isoliert, sondern auch die Einschätzung der Leistungserbringer über deren Einfluss auf Kosten und Qualität. Dabei konnten bereits sehr interessante Erkenntnisse gewonnen werden. Auf der Basis der ersten Auswertung erfolgt nun eine tiefer gehende theoretische und empirische Analyse, in der fundiert die Erfolgsfaktoren der Netzwerke Integrierter Versorgung isoliert werden sollen.

Diese Arbeit stammt aus dem „IfG-Forschungscluster II: Kooperationsmanagement“. Allen Personen, die sich an der Befragung beteiligt haben, sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Die ersten Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden hiermit einem breiteren Interessentenkreis zur Verfügung und gleichzeitig zur Diskussion gestellt. Kommentare und Anregungen sind sehr willkommen.



Prof. Dr. Theresia Theurl

Inhalt

1	Einleitung.....	5
2	Integrierte Versorgung als Analyseobjekt.....	6
3	Ausgewählte Messskalen zur Erfolgsbeurteilung der Integrierten Versorgung	13
4	Untersuchungsdesign und Auswahl der Datensätze	17
5	Erste empirische Ergebnisse der Studie	21
	5.1 Deskriptive Analyse der Studie	21
	5.2 Explikative Analyse der Merkmale einer Integrierten Versorgung	25
	5.3 Explikative Analyse der Erfolgsfaktoren einer Integrierten Versorgung	29
	5.3.1 Infrastruktur.....	31
	5.3.2 Informationsbeschaffung.....	34
	5.3.3 Individualisierung	37
	5.3.4 Sozialkapital.....	46
6	Zusammenfassung der ersten Untersuchungsergebnisse	51

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen als Analyseobjekt.....	12
Abbildung 2:	Charakteristika der Teilnehmer der Befragung	22
Abbildung 3:	Veränderungen der Qualitätsindikatoren ausgelöst durch die Zusammenarbeit in der Integrierten Versorgung.....	24
Abbildung 4:	Ausprägungen der Ergebnisfaktoren von umfassenden und indikationsspezifischen Integrierten Versorgungsnetzwerken im Vergleich	26
Abbildung 5:	Ausprägungen der Ergebnisfaktoren von Integrierten Versorgungsnetzwerken mit Pauschal- und Einzelleistungsvergütung im Vergleich	28
Abbildung 6:	Ausprägungen der Ergebnisfaktoren von sektorübergreifenden und interdisziplinär-fachübergreifenden Integrierten Versorgungsnetzwerken im Vergleich	29
Abbildung 7:	Wertschöpfungskette einer Integrierten Versorgung.....	31
Abbildung 8:	Erfolgsfaktor Infrastruktur.....	32
Abbildung 9:	Erfolgsfaktor Informationsbeschaffung	35
Abbildung 10:	Erfolgsfaktor Individualisierung - Behandlungsprozess .	40
Abbildung 11:	Erfolgsfaktor Individualisierung - Standardisierung/Individualisierung	43
Abbildung 12:	Erfolgsfaktor Individualisierung - Patientenintegration ...	45
Abbildung 13:	Erfolgsfaktor Sozialkapital.....	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Messindikatoren für das Konstrukt „Transaktionskosten“	14
Tabelle 2:	Messindikatoren für das Konstrukt „Produktionskosten“	15
Tabelle 3:	Messindikatoren für das Konstrukt „Qualität aus Sicht der Leistungserbringer“	16
Tabelle 4:	Messindikatoren für das Konstrukt „Qualität aus Sicht der Patienten“	16
Tabelle 5:	Mittelwertdifferenzen der Indikatoren „Infrastruktur“	33
Tabelle 6:	Vergleich der Kommunikationsinstrumente	36
Tabelle 7:	Mittelwertdifferenzen der Indikatoren „Beschaffung“	37
Tabelle 8:	Mittelwertdifferenzen der Indikatoren „Individualisierung - Behandlungsprozess“	41
Tabelle 9:	Mittelwertdifferenzen der Indikatoren „Individualisierung - Standardisierung/Individualisierung“	44
Tabelle 10:	Mittelwertdifferenzen der Indikatoren „Individualisierung - Patientenintegration“	46
Tabelle 11:	Mittelwertdifferenzen der Indikatoren „Sozialkapital“	50

1 Einleitung

Mehr denn je befindet sich das deutsche Gesundheitswesen in einem Veränderungsprozess. Ein immer stärker werdender Wettbewerbsdruck und die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen stellen die Akteure auf dem Gesundheitsmarkt vor große Herausforderungen. Diejenigen die nicht bereit oder in der Lage sind, sich frühzeitig den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen laufen Gefahr, ihre wirtschaftliche Existenz zu verlieren. Um dieses zu verhindern, werden vermehrt Kooperationen eingegangen, um die Kräfte der Akteure zu bündeln und den Patienten Komplettlösungen für den Krankheitsfall anbieten zu können. Immer häufiger schließen sich Leistungserbringer zusammen, um die Vorzüge der Zusammenarbeit zu nutzen. Dabei weisen Kooperationen und Zusammenschlüsse heute eine Vielzahl an unterschiedlichen Erscheinungsformen auf. Bisher ist jedoch noch weitgehend unerforscht, welche Ausgestaltungsmerkmale bei der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und im Speziellen bei der Kooperationsform „Integrierte Versorgung“ Erfolg versprechend sind.

Daher ist es Ziel des Forschungsprojektes „Benchmark Integrierte Versorgung“, zu hinterfragen, welche Faktoren der Zusammenarbeit in Integrierten Versorgungsnetzwerken eine positive Qualitäts- und Kostenwirkung auf die Gesundheitsversorgung auslösen können. So soll insbesondere erforscht werden, ob und inwiefern es möglich ist, diese beiden häufig als widersprüchlich angesehenen Ziele der Gesundheitsversorgung durch eine Zusammenarbeit vereinbar zu machen, d.h. neben einer Qualitätsverbesserung gleichzeitig eine Kostenreduktion der Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Der Umfang der Studie „Benchmark Integrierte Versorgung“ erlaubt es nicht, alle Auswertungen des Fragenkatalogs in dem vorliegenden Arbeitspapier zu veröffentlichen. Es werden daher zahlreiche Eingrenzungen vorgenommen, so dass hier erste ausgewählte Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt werden. Bereits diese Ergebnisse der Studie sollen den Integrierten Versorgungsnetzwerken dazu dienen, ihre relative Position im Komplex der Integrierten Versorgung einschätzen sowie ihre Defizite und ihren Handlungsbedarf zu identifizieren, um aktiv Fortschritte anstreben zu können. Zusätzlich bekommen die Krankenkassen Informationen über notwendige Verbesserungen, um die Integrierten Versorger bestmöglich zu unterstützen und zur Wettbewerbsfähigkeit auf ihrem Markt beizutragen.

Das Arbeitspapier ist in 6 Kapitel unterteilt. Nachdem in Kapitel 2 die Integrierte Versorgung als Analyseobjekt im Allgemeinen vorgestellt wurde, werden in Kapitel 3 Messskalen für die Erfolgsbeurteilung der Integrierten Versorgung in der empirischen Benchmark-Untersuchung¹ aufgezeigt. Daran anknüpfend werden in Kapitel 4 das Untersuchungsdesign sowie die Auswahl des verwendeten Datensatzes beschrieben. So wird die Grundlage für die folgende empirische Untersuchung geschaffen. Im Rahmen einer deskriptiven und einer explikativen Analyse werden die ersten Ergebnisse der empirischen Untersuchung der Studie „Benchmark Integrierte Versorgung“ gewonnen, die den Inhalt des Kapitels 5 bilden. Vor einer explikativen Analyse der Erfolgsfaktoren

¹ Großer Dank gilt Cornelia Wigand für ihre wertvolle Hilfe und den großen Einsatz bei der Erhebung der Daten.

(5.3), mit der die zentrale Fragestellung nach den Treibern von Kosten und Qualität in der Integrierten Versorgung beantwortet werden soll, stellt sich jedoch die Frage, ob es möglich ist, alle Einschätzungen der Befragten über ihre Integrierten Versorgungsnetzwerke gemeinsam in die Analyse einzubeziehen oder ob eine differenzierte Analyse der Integrierten Versorgungsnetzwerke gemäß ihrer Merkmale notwendig ist. Letzteres könnte aufgrund der ausgeprägten Heterogenität notwendig werden, um valide Aussagen im Hinblick auf die Qualität und die Kosten treffen zu können. Diese grundlegende Fragestellung ist Gegenstand von 5.2. Die Arbeit schließt mit einer Schlussbetrachtung und einem Ausblick auf den weiteren Forschungsbedarf in diesem Themengebiet (Kapitel 6).

2 Integrierte Versorgung als Analyseobjekt

Viele Volkswirtschaften kämpfen seit Jahren mit steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Der medizinische Fortschritt sowie die Zunahme der älteren Menschen tragen dazu bei. Doch auch Fehlanreize und die großen Herausforderungen bei der Steuerung eines sehr komplexen Systems verschärfen die Situation und bergen nicht nur ökonomische, sondern auch politische Brisanz. Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass das Gesundheitswesen vieler Staaten Adressat vieler Reformbemühungen ist. In vielen Ländern bestehen Bestrebungen, die Steuerung und die Finanzierung des Gesundheitswesens transparenter zu machen. Zusätzlich soll die Wahlfreiheit zwischen Versicherungen und Leistungserbringern ausgeweitet werden.

Reformbedarf, -diskussionen und -bemühungen kennzeichnen auch das Gesundheitswesen in Deutschland. Seit Ende der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts werden durch den Gesetzgeber zunehmend marktwirtschaftliche Mechanismen in das Gesundheitswesen eingeführt. Viele der zuvor kostenorientierten Maßnahmen erzielten nur kurzfristige Effekte, während langfristig keine Änderungen an den strukturellen Ineffizienzen des deutschen Gesundheitswesens verzeichnet werden konnten. Wettbewerbsfördernde Strukturen bilden somit die aktuellen Ansatzpunkte, die das Gesundheitswesen deregulieren sollen. Der Gesetzgeber versucht mit der weitestgehenden Übertragung von sog. Managed Care Instrumenten² aus den USA und der Schweiz den grundsätzlichen strukturellen Problemen zu begegnen und dabei neben der reinen Kostensicht auch den Qualitätsaspekten Beachtung zu schenken.³ „Managed Care ist die Anwendung von Managementprinzipien, die zumindest partielle Integration der Leistungsfinanzierung und -erstellung sowie das selektive Kontrahieren der Leistungsfinanzierer mit ausgewählten Leistungserbringern. Ziel ist die effiziente Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen.“⁴

Begonnen hat diese Umstrukturierung im deutschen Gesundheitswesen mit dem GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOG) im Jahre 1997, das die beiden Konzepte der Struk-

² Siehe ausführlich zu den Managementinstrumenten AMELUNG/SCHUHMACHER (2004). Zu den Managementinstrumenten zählen bspw. disease und case management, guidelines und Evaluationsverfahren.

³ Vgl. MITTENDORF/SCHMIDT (2006), S. 1f.

⁴ Vgl. AMELUNG/SCHUHMACHER (2004), S. 7.

turverträge §73a SGB V und der Modellvorhaben §§63-65 SGB V einführte. Im Rahmen von Strukturverträgen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit mit Landesverbänden und den Verbänden der Ersatzkassen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vertraglich festzulegen. Ziel dieser Strukturverträge ist es, dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) die Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung zu übertragen. Zudem wird den Vertragsärzten die Verantwortung über die verordneten und veranlassten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übergeben.⁵ Deutlich wird hier, dass Strukturverträge ausschließlich horizontale Kooperationen im ambulanten Sektor darstellen. Der stationäre Sektor wird nicht mit einbezogen. Kritisch zu betrachten ist, dass Vertragspartner stets die Kassenärztlichen Vereinigungen sind.⁶ Welche Anreize bzw. Probleme dies zur Folge hat, wird später im Zusammenhang mit der Integrierten Versorgung näher erläutert.

Durch die Förderung von Modellvorhaben können Krankenkassen und ihre Verbände zu Systeminnovationen anstoßen und eine Anschubfinanzierung leisten. Ziel ist es, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse zu verbessern und die unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahmen von Leistungserbringern durch Versicherte zu verhindern. Nach dem 2. NOG (1997) werden hierunter neue Verfahrens- und Organisationsformen der Leistungserbringung gezählt, z.B. eine Verbesserung der Verzahnung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, Innovationen für die Krankenbehandlung, für die Rehabilitation und für die Prävention. Darüber hinaus ist auch die Weiterentwicklung neuer Finanzierungs- und Vergütungsformen denkbar.⁷ Modellvorhaben sind - anders als die Strukturmodelle - auf alle Leistungssektoren ausgerichtet. Eine Befristung, im Regelfall auf längstens acht Jahre, verleiht ihnen einen Modellcharakter. Des Weiteren sind die Krankenkassen und ihre Verbände dazu verpflichtet, die Modellvorhaben zu evaluieren und die erstellten Berichte zu veröffentlichen.

Eine Weiterentwicklung dieser beiden Konzepte stellt die Integrierte Versorgung dar.⁸ Der Gesetzgeber zielte mit der Verankerung der Integrierten Versorgung in den §§140a-h SGB V im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform (GKV-GR) im Jahre 2000 darauf ab, konkretere Ausgestaltungsvorgaben als bei den bereits beschlossenen Regelungen für Modellvorhaben und Strukturverträge zu geben und weitere Elemente des Managed Cares in das deutsche Gesundheitswesen zu implementieren.⁹ Insgesamt sollte eine Abwendung von einer sektoralen Steuerung und Finanzierung, wie sie bereits durch Modellvorhaben und Strukturverträge begonnen hat, weiter fortgeführt werden. Schließlich sollten die Kosten den Leistungen folgen und nicht umgekehrt, wie es überwiegend im traditionellen Gesundheitssystem der Fall ist.¹⁰ Aufgrund einer zuerst

⁵ Vgl. §73a SGB V.

⁶ Vgl. HAUBROCK/HAGMANN/NERLINGER (2000), S. 99.

⁷ Vgl. DIEFFENBACH/LANDENBERGER/VON WEIDEN (2002), S. 65 und §§63ff SGB V.

⁸ Zur Notwendigkeit der Integrierten Versorgung siehe FRANZ (2006).

⁹ Vgl. BAUMBERGER (2001), S. 141f.

¹⁰ Vgl. GLAESKE (2002), S. 13.

geringen Resonanz wurde die Rechtsgrundlage der Integrierten Versorgung durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahre 2004 modifiziert. Das GKV-Modernisierungsgesetz setzt weitere Anreize zur Umsetzung, bspw. durch die Anschubfinanzierung und die Ausschaltung der Kassenärztlichen Vereinigung als Vertragspartner. Zusätzlich wurde der §140 SGB V entschlackt.¹¹ Weitere Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen wurden mit der Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 01. April 2007 vollzogen.¹²

Zu den Leistungserbringern in einer Integrierten Versorgung zählen gemäß §140 b SGB V insbesondere Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Vorsorge-, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen. Detaillierte Vorgaben zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit liegen von Seiten des Gesetzgebers nur in einem geringen Ausmaß im §140 SGB V¹³ vor. Die Möglichkeiten der Ausgestaltung einer Integrierten Versorgung sind daher sehr vielfältig. Es ist vielmehr Aufgabe der Leistungserbringer selber in Form eines Trial-and-Error-Verfahrens Erfolg versprechende und weniger Erfolg versprechende Gestaltungsmodelle der Zusammenarbeit auszutesten.¹⁴

Unter Anwendung einer allgemeinen Definition von Kooperation kann Integrierte Versorgung wie folgt verstanden werden: Integrierte Versorgung ist eine Zusammenarbeit von mindestens zwei Leistungserbringern (verschiedener Sektoren), die es ihnen ermöglicht, den Patienten (Nachfragern) eine Gesundheitsversorgung anzubieten, die ein einzelner Leistungserbringer ohne diese Zusammenarbeit nicht oder nur ineffizient produzieren könnte.¹⁵ Diese Kooperation ist eine auf Zeit (meist langfristig) angelegte Zusammenarbeit zwischen rechtlich und wirtschaftlich unabhängigen Leistungserbringern, wobei die wirtschaftliche Unabhängigkeit im Bereich der Kooperation eingeschränkt ist.¹⁶ Im Weiteren wird von diesem Begriffsinhalt ausgegangen.

Grundlegendes Ziel der Integrierten Versorgung

Das *grundlegende Ziel* der Integrierten Versorgung ist es, für die Patienten zum einen eine effiziente und zum anderen eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung im Vergleich zur traditionellen Gesundheitsversorgung zu erbringen.

Das Teilziel „Effizienz“ des grundlegenden Ziels der Integrierten Versorgung wird hier folgendermaßen verstanden: Durch die Zusammenarbeit der Leistungserbringer wird angestrebt, die Produktionskosten zu reduzieren und die Transaktionskosten der Gesundheitsversorgung zu minimieren. Produktionskosten können bspw. durch eine gemeinsame Nutzung von kostenintensiven Geräten und Patienteninformationen sinken,

¹¹ Vgl. ULLRICH (2002), S. 54 und HILDEBRANDT (2004), S. 379.

¹² Mit der Einfügung folgender Wörter nach Satz 1 im §140a SGB V Abs. 1 wird der Fokus zunehmend auf jene Integrierten Versorgungs-Verträge gelegt, die auf „eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung“ abzielen. Des Weiteren ist auch Pflegeeinrichtungen möglich an der Integrierten Versorgung teilzunehmen (§ 140b SGB V Abs. 1, eingefügt Nr. 5).

¹³ Auf jene Vorgaben durch den §140 SGB V wird bei der Beschreibung der Typen von Integrierten Versorgungsnetzwerken eingegangen.

¹⁴ Vgl. WASEM (2003), S. 7.

¹⁵ Vgl. SCHMIDTCHEN (2003), S. 67; S. 70 und FUCHS-HEINRITZ (1994), S. 371.

¹⁶ Vgl. THEURL (2001), S. 73.

da Kostensynergien genutzt werden können. Transaktionskosten werden allgemein durch Austauschbeziehungen zwischen Leistungserbringern und zwischen Patienten und Leistungserbringern in der Wertschöpfungskette des Behandlungsprozesses verursacht.¹⁷ Hier wird der Fokus auf die Austauschbeziehungen zwischen den Partnern in der Integrierten Versorgung gelegt, da sie Ziel des institutionellen Arrangements einer Integrierten Versorgung sind. Transaktionskosten bezogen auf die Austauschbeziehungen zwischen den Leistungserbringern von Integrierten Versorgungsnetzwerken fallen sowohl bei der Anbahnung und der Vereinbarung des Integrierten Versorgungsvertrages als auch bei der Abwicklung, der Kontrolle und der Anpassung nach Vertragsabschluss an. Zu den Transaktionskosten, die bei der Abwicklung der gemeinsamen Patientenbehandlung im Rahmen der Integrierten Versorgung hervorgerufen werden, zählen z.B. Kosten der Steuerung, des Informationsaustausches und der Koordination der gemeinsamen Patientenbehandlung.¹⁸ Abhängig von der jeweiligen Ausgestaltung bzw. Organisationsform der Integrierten Versorgung und den Eigenschaften der Gesundheitsversorgung fallen die Transaktionskosten in Art und Höhe unterschiedlich aus. Es gilt bei gegebenen Eigenschaften der Gesundheitsdienstleistung diejenige Ausgestaltung zu wählen, die bei gegebenen Produktionskosten die Transaktionskosten minimiert.¹⁹

Ergänzend dazu kann das zweite Teilziel „Qualität“ des grundlegenden Ziels der Integrierten Versorgung wie folgt interpretiert werden: Im Rahmen der Integrierten Versorgung soll die Gesundheitsversorgung sowohl aus Sicht der Patienten eine hohe Qualität und Zufriedenheit erzeugen als auch aus einer medizinischen Sicht einer hohen Qualität entsprechen. Insbesondere bei Letzterem ist der Fokus auf Aspekte zu legen, die positiv durch die Zusammenarbeit beeinflusst werden. D.h. es sind positive Qualitätssteigerungen und Synergien, die durch die Zusammenarbeit hervorgerufen werden, wie bspw. Reduzierung der Verweildauer und Wartezeit, zu analysieren.

Funktionen der Integrierten Versorgung

Um mit der Integrierten Versorgung das angestrebte Ziel zu erreichen und dabei die Defizite in der medizinischen Arbeitsteilung der traditionellen Gesundheitsversorgung zu beseitigen, sollen insbesondere drei *Funktionen* verwirklicht werden: Die Integrierte Versorgung soll eine Gesundheitsversorgung anbieten, die patientenorientiert/prozessorientiert, koordiniert/abgestimmt und kontinuierlich/ganzheitlich ist.

Um eine *patienten-/prozessorientierte Gesundheitsversorgung* anzubieten, ist die Sicht des Patienten zu berücksichtigen. Der Patient soll eine speziell auf ihn und seinen Krankheitsfall zugeschnittene Gesundheitsversorgung erhalten. Dabei gilt es genau jene Leistungserbringer aus dem Netzwerk auszuwählen, die unter Kosten- und Qualitätsaspekten, den größten Beitrag zu seiner Behandlung leisten können. Die Funktion der *Koordinierung und der Abstimmung* fokussiert die Zusammenarbeit der Partner in der Leistungserbringung. Deren Behandlungsschritte sollen so miteinander koordiniert

¹⁷ Vgl. WILLIAMSON (1985), S. 20.

¹⁸ Vgl. PICOT/REICHWALD/WIGAND (2003), S. 49f.

¹⁹ Vgl. BALLING (1998), S. 59.

werden, dass sich die einzelnen Schnittstellen nicht negativ auswirken. Insbesondere soll ein stetiger Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern gewährleistet, dass die Teilprozesse aufeinander abgestimmt sind. Drittens, wird mit der Integrierten Versorgung eine Gesundheitsversorgung angestrebt, die *kontinuierlich und ganzheitlich* ist. Hier ist der Beitrag der einzelnen Leistungserbringer zu betrachten. Deren Teilprozesse sollen zu einer gemeinsamen Wertschöpfungskette integriert und nicht nur miteinander verzahnt werden. 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 kann dabei definiert werden als die „[Wieder-] Herstellung einer Einheit [aus Differenzieritem]“ oder die „Eingliederung in ein größeres Ganzes“²⁰. Die Tätigkeiten der Leistungserbringer in einer Integrierten Versorgung werden auf ihre Grundaufgaben im Prozess der Erstellung der Gesundheitsdienstleistung reduziert und aufgabenorientiert zusammengefügt bzw. kombiniert.²¹ Das Netzwerk der Integrierten Versorgung ist als eine Einheit zu sehen. Dabei soll die Eingliederung der individuellen Leistungserbringer in eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung erfolgen.²² Es wird angestrebt, dass der einzelne Leistungserbringer nicht nur sich und seinen Behandlungsschritt fokussiert und zu optimieren versucht, sondern vielmehr stets die komplette Krankheitsbehandlung (somit auch die Handlungen der Partner) bei seinem Agieren in der Wertschöpfungskette der Patientenbehandlung berücksichtigt und anpasst.

Typen der Integrierten Versorgung

Im Weiteren werden drei Ausgestaltungsmerkmale herausgegriffen anhand derer die Integrierten Versorgungsnetzwerke systematisiert bzw. geclustert werden können. Die drei Merkmale sind aus dem - vom Gesetzgeber vorgegebenen - institutionellen Rahmen durch die §§140a-d SGB V abzuleiten: Integrationstiefe (1), Indikationsbreite (2) und Finanzierung (3).²³

Ad (1) Integrationstiefe: Mit dem Konzept der Integrierten Versorgung wird eine leistungserbringerübergreifende Versorgung angestrebt. Es wird in diesem Zusammenhang gemäß §140a Abs. 1 zwischen *einer sektorübergreifenden (vertikalen) und einer interdisziplinär-fachübergreifenden (horizontalen) Versorgung* unterschieden. Bei der vertikalen Kooperation arbeiten Leistungserbringer aus unterschiedlichen Versorgungsstufen bzw. Sektoren miteinander, z.B. niedergelassene Ärzte (ambulante Sektor) mit Krankenhäusern (stationäre Sektor).²⁴ Die horizontale Versorgung ist dadurch gekennzeichnet, dass Leistungserbringer einer gleichen Versorgungsstufe bzw. eines gleichen Sektors miteinander kooperieren, z.B. innerhalb des ambulanten Sektors.

²⁰ Vgl. DUDEN FREMDWÖRTERBUCH (2001), S. 447.

²¹ Vgl. MÜHLBACHER (2002), S. 64.

²² Vgl. HENZE/PÖPPL (2005), S. 225 und MÜHLBACHER (2002), S. 18.

²³ Vgl. HILDEBRANDT GESUNDHEITSCONSULT (2004), S. 4.

²⁴ Vgl. HENZE/PÖPPL (2004), S. 18.

Ad (2) 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.²⁵ 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.²⁶ Leistungserbringer verknüpfen ihre Leistungen nicht mit Leistungserbringern aus nur einem Fachgebiet, sondern mit einer Vielzahl an Leistungserbringern unterschiedlicher Fachrichtungen, um die großen und heterogenen Anforderungen der einzelnen Versorgungsprozesse bewältigen zu können.

Ad (3) Finanzierung: Im §140c SGB V wird lediglich zwischen Integrierten Versorgungs-Konzepten unterschieden, die eine *Gesamtbudget- oder eine Teilbudgetverantwortung* (kombiniertes Budget) übernehmen. Bei der Gesamtbudgetverantwortung verpflichten sich die Leistungserbringer der Integrierten Versorgung, alle einbezogenen Leistungen der - an der Integrierten Versorgung teilnehmenden - Versicherten für ein vereinbartes Budget zu erbringen. Bei der Budgetverantwortung für festgelegte Teilbereiche müssen die Leistungen, die in diesen Teilbereichen liegen, im Rahmen des Integrierten Versorgungs-Vertrages dargelegt werden.²⁷ Deutlich wird, dass zu Beginn einer Vergütungsvereinbarung, die Leistung des Teilbereichs definiert werden muss. Die „Leistung“ bzw. das „Produkt“ der medizinischen Versorgung ist im Wesentlichen in personenbezogene Dienstleistungen von Ärzten und medizinischen Assistenzberufen, Arznei- und Hilfsmittel sowie Leistungen für Unterbringung, Verpflegung und Transport aufzugliedern.²⁸

Vom Gesetzgeber wird somit keine bestimmte Vergütungsform vorgeschrieben.²⁹ Die spezielle Ausgestaltung der Vergütung im Rahmen einer Integrierten Versorgung kann von den Vertragspartnern selbst verhandelt werden. Im Folgenden wird beim Merkmal „Finanzierung“ allgemein zwischen einer einzelleistungsbezogen oder pauschalierten Vergütung unterschieden. Bei der Einzelleistungsvergütung werden die vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen einzeln entsprechend einer eng abgegrenzten Arbeitseinheit vergütet. Eine geringe Anzahl von Ausführungen wird i.d.R. lediglich zu einer Vergütungsposition kombiniert.³⁰ Jede einzelne Leistung am Patienten wird dem Leistungserbringer vergütet.³¹ Bei der Einzelleistungsvergütung übernehmen die Kostenträger somit ex post alle nach Art und Umfang der Versorgung zu rechtfertigenden

²⁵ Vgl. TOPHOVEN (2003), S. 241.

²⁶ Vgl. MÜHLBACHER (2002), S. 65 und TOPHOVEN (2003), S. 241f.

²⁷ Vgl. KASSLER KOMMENTAR SOZIALVERSICHERUNGSRECHT (2006).

²⁸ Vgl. SCHRÄDER/RYLL (2003), S. 139.

²⁹ Vgl. HILDEBRANDT (2000), S. 25.

³⁰ Vgl. SCHRÄDER/RYLL (2003), S. 142ff.

³¹ Vgl. AMELUNG/SCHUHMACHER (1999), S. 77.

Leistungen nach Menge und Preis.³² Anders ist es bei einer Vergütung in Form einer Pauschale. Eine solche fasst gemäß dem „Grad der Pauschalierung“ eine große Anzahl an unterschiedlichen Leistungen zusammen. Z.B. erhält der Leistungserbringer bei der Kopfpauschale für jeden Versicherten eine vorab definierte Pauschale, mit der er grundsätzlich alle Leistungen finanzieren muss. Die Pauschale bemisst sich an den Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsbedingungen.³³ Eine Homogenität des Ressourcenverbrauchs ist zumeist nicht gegeben.³⁴

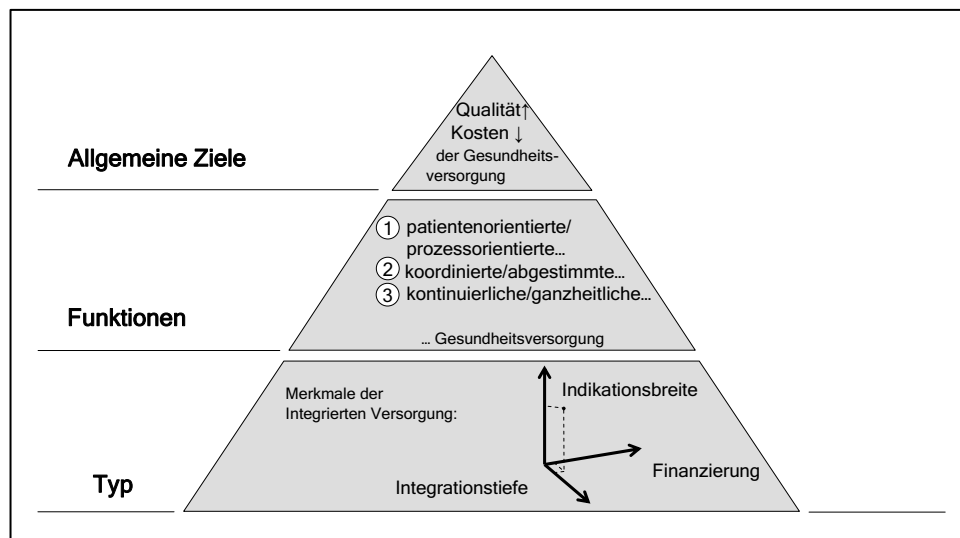


Abbildung 1: Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen als Analyseobjekt

Abbildung 1 fasst die Ergebnisse dieses Abschnittes zusammen. Nachdem der Begriff und das Konzept „Integrierte Versorgung“ in seinen Grundlagen erläutert wurde, gilt es nun die Messskalen zu beschreiben, mittels derer Erfolg versprechende und weniger Erfolg versprechende Integrierte Versorgungsnetzwerke in der dann anschließenden empirischen Benchmark-Analyse unterschieden werden können. Es geht primär darum jene Messskalen herauszustellen, die den Einfluss auf die Qualität und auf die Kosten durch die Zusammenarbeit in der Integrierten Versorgung messen. Dies ist notwendig, da die beiden Zielgrößen bzw. Ergebnisfaktoren Qualität und Kosten in diesem Zusammenhang Konstrukte darstellen. Konstrukte weisen die Eigenschaft auf, abstrakt und per se nicht direkt messbar zu sein. Das Ziel einer Konstruktmessung besteht darin, ein Messinstrument für das interessierende, jedoch nicht direkt messbare, Konstrukt zu entwickeln. Daher sollen im folgenden Abschnitt beobachtbare und messbare Indikatoren aufgezeigt werden, die im Zusammenhang mit den Konstrukten stehen und

³² Vgl. MÜHLBACHER (2006), S. 254.

³³ Vgl. AMELUNG/SCHUHMACHER (1999), S. 77.

³⁴ Vgl. SCHRÄDER/RYLL (2003), S. 142ff.

mittels derer die Konstrukte messbar gemacht werden können.³⁵ Erst dann ist eine empirische Analyse möglich.

3 Ausgewählte Messskalen zur Erfolgsbeurteilung der Integrierten Versorgung

Es wurden für jeden der Erfolgs- und Ergebnisfaktoren der Gesundheitsversorgung Indikatoren bzw. Items abgeleitet, damit die Antworten des Fragebogens einer Messung zugänglich gemacht werden können. In der vorliegenden Arbeit werden die Items aufgezeigt, die für die folgende Analyse relevant sind. Weitere Items für spätere Untersuchungen gilt es hier auszublenden.

Eine einheitliche Skala zur Messung der Erfolgs- und Ergebnisfaktoren im Rahmen der Integrierten Versorgung, die als Basis für die Analyse herangezogen werden könnte, existiert nach Kenntnis der Autorinnen bislang noch nicht. Demnach mussten eigene Skalen entwickelt werden. Hierfür wurden zwei Arten von Quellen herangezogen: Literaturrecherche und Experteninterviews.

Eine intensive Literaturrecherche führte dazu, dass bei einigen Ausprägungen der Erfolgs- und Ergebnisfaktoren auf in der Forschung bereits etablierte Skalen zurückgegriffen werden konnte. Allerdings mussten stets Änderungen vorgenommen werden, um die Skalen der Thematik Integrierte Versorgung anzupassen. Die Anpassungen im Rahmen von Ergänzungen und Eliminierungen sowie die Neuentwicklung von Items wurden auf Basis von theoretischen Überlegungen und verschiedenen Literaturquellen zu der jeweiligen Theorie durchgeführt.

Um die theoriebasierte Itemliste zu ergänzen, wurden Experteninterviews geführt. Ziel dieser qualitativen Forschungsmethode war es, die einzubeziehenden Einflussfaktoren für den Untersuchungsrahmen einzugrenzen, ein umfassendes Bild der Befragungsindikatoren für die Datenerhebung zu bekommen und alle wesentlichen Aspekte im Messinstrument zu berücksichtigen. Die Experteninterviews wurden mit Krankenkassen, Leistungserbringern aus unterschiedlichen Fachrichtungen, einschlägigen Unternehmensberatungen und einer Managementgesellschaft geführt. Die Experteninterviews beinhalteten allgemeine Fragen zur Integrierten Versorgung und der Zusammenarbeit. Des Weiteren wurden Fragen zu den einzelnen Erfolgs- und Ergebnisfaktoren gestellt. Alle theorie- und praxisbasierten Indikatoren wurden gesammelt, kategorisiert und bei Redundanz eliminiert. Insgesamt ist eine Sammlung von Indikatoren für die empirische Untersuchung generiert worden, die sowohl auf Erkenntnissen der Theorie als auch auf Meinungen und Wahrnehmungen der Experten beruht.

Eine Messung von objektiven Kosten- und Qualitätsdaten erscheint nicht sinnvoll, da eine Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Krankheitsfällen nicht möglich ist. Bspw. ist die durchschnittlich absolute Verweildauer eines Patienten je Krankheitstyp unter-

³⁵ Vgl. HOMBURG/GIERING (1996), S. 6.

schiedlich. Die Gesundheitsdienstleistungen sind sehr heterogen und daher nicht oder kaum mit den vorliegenden objektiven Daten vergleichbar. Zudem ist es das Ziel der vorliegenden Analyse eine Basis zu bilden und die Grundstruktur einer Untersuchung zu schaffen, die es weiter zu detaillieren gilt. Insgesamt wird aus den genannten Gründen auf eine Messung von objektiven Daten zugunsten von subjektiven Einschätzungen durch die Befragten verzichtet. Die Ergebnisse der Befragung beruhen daher auf einer Selbsteinschätzung der teilnehmenden Leistungserbringer von Integrierten Versorgungsnetzwerken. Vor diesem Hintergrund wird ein relativer Vergleich von Integrierten Versorgungsnetzwerken möglich. Arbeiten für andere Bereiche haben gezeigt, dass eine solche Vorgehensweise grundsätzlich möglich, methodisch einwandfrei und demnach zu aussagekräftigen Ergebnissen führen kann.³⁶

Die verwendeten Messinstrumente für die Ergebnisvariablen Kosten und Qualität werden nun kurz beschrieben. Die Messskalen der Erfolgsfaktoren werden in der empirischen Analyse (Kapitel 5) erläutert.³⁷

Transaktionskosten:

Item	Bezeichnung	Quelle
Wir informieren uns gegenseitig über Begebenheiten und Veränderungen, die den anderen betreffen könnten.	Veränderungen	In Anlehnung an Skala: „Norm of information exchange“ von Heide/John (1992), S. 37.
Jeder Partner stellt freiwillig Informationen bereit, falls sie für die gemeinsame Behandlung benötigt werden.	Freiwilliger Infoaustausch	
Wir treffen wichtige Entscheidungen im Hinblick auf die gemeinsame Behandlung zusammen.	Entscheidung	In Anlehnung an Skala: „Joint working“ von Nielson (1997), S. 462.
Wir stimmen uns bei der Behandlung über die Ziele ab.	Zielabstimmung	
Wir müssen bei größeren Behandlungsentscheidungen übereinstimmen, bevor sie getroffen werden.	Behandlungsentscheidung	

Tabelle 1: Messindikatoren für das Konstrukt „Transaktionskosten“

Transaktionskosten können im Hinblick auf die Zusammenarbeit in der Integrierten Versorgung in Kosten der Koordination und des Informationsaustausches unterschieden werden. Zur Operationalisierung dieser zwei Ausprägungen werden als Messgrößen die Intensitätsgrade der Koordination und des Informationsaustausches gesehen. Eine höhere Intensität darf allerdings nicht mit höheren Transaktionskosten und gleichzeitig ineffizientem Verhalten im Vergleich zu einer anderen Integrierten Versorgung, die eine geringere Ausprägung hat, verstanden werden. Vielmehr ist mittels des Transaktionskostenansatzes eine einzelwirtschaftliche Effizienzbeurteilung der Organisationsform bzw. der Ausgestaltung der Integrierten Versorgung vorzunehmen. Die Höhe

³⁶ Vgl. z.B. DESS/ROBINSON (1984), S. 265ff und VERA (2006).

³⁷ Die Items zu den Erfolgsfaktoren sind zudem im Fragebogen (siehe Anhang) zu finden.

der Transaktionskosten wird jeweils durch die Ausprägung der Transaktionsdimensionen Spezifität, Unsicherheit, Häufigkeit, Transaktionsatmosphäre und strategische Bedeutung determiniert.³⁸ Eine höhere Ausprägung der Transaktionskosten kann also demnach im Vergleich zu einer Integrierten Versorgung mit geringeren Transaktionskosten genauso effizient oder sogar effizienter sein, da bspw. die gemeinsam zu erstellende Gesundheitsversorgung eine größere Spezifität aufweist. Differenzen der Spezifitätsgrade der zu erbringenden Gesundheitsdienstleistung sind - wie oben schon beschrieben - insbesondere vor dem Hintergrund der Heterogenität der Krankheitsfälle nahe liegend.

Jede Integrierte Versorgung wird sowohl im Hinblick auf ihre Ausgestaltung als auch auf ihre Rahmenbedingungen demnach als Unikat angesehen. Da der Transaktionskostenansatz keinen direkten Vergleich zwischen den Integrierten Versorgungsnetzwerken zulässt, soll eine hohe Ausprägung eines Items positiv gewertet werden. Dies ist damit zu begründen, dass die Koordination und der Informationsaustausch bei einer hohen Ausprägung ein hohes Niveau aufweist, das mit der Integrierten Versorgung angestrebt wird. Letztendlich verursachen diese Aktivitäten Transaktionskosten und sind somit einzubeziehen, wodurch ein relativer Vergleich³⁹ der Integrierten Versorgungsnetzwerke durchgeführt werden kann. Tabelle 1 stellt die ausgewählten Items für die Messung der Transaktionskosten, deren gewählte Bezeichnung sowie ihre Quelle zusammengefasst dar.

Produktionskosten:

Item	Bezeichnung	Quelle
Durch das Arbeiten mit Standardprozessen können die Behandlungen schneller durchgeführt werden.	Schnelligkeit	Expertengespräche und Literaturrecherche
Durch das Arbeiten mit Standardprozessen können die Behandlungen effizienter durchgeführt werden.	Effizienz	
Durch das Arbeiten mit Standardprozessen werden die Behandlungen zur Routine.	Routine	

Tabelle 2: Messindikatoren für das Konstrukt „Produktionskosten“

Zur Messung von Produktionskosten werden Items, die mögliche Lernkurveneffekte in der Erstellung der Gesundheitsdienstleistung berücksichtigen, herangezogen (siehe Tabelle 2). Mit jeder gemeinsamen Ausbringungseinheit bzw. jeder gemeinsamen Patientenbehandlung, die in der Integrierten Versorgung produziert und durchgeführt wird, lernen die Leistungserbringer ihre Tätigkeit schneller und effizienter gemeinsam zu

³⁸ Vgl. WILLIAMSON (1985), S. 52ff.

³⁹ Die Ergebnisse der Befragung resultieren nicht aus objektiven Daten wie bspw. die absolute Verweildauer eines Patienten bei einer Behandlung in der Integrierten Versorgung, gemessen in Stunden, sondern aus subjektiven Informationen in Form einer Selbsteinschätzung der Leistungserbringer von Integrierten Versorgungsnetzwerken.

erbringen. Die gesunkenen Lohnstückkosten bzw. Gewinne durch die reduzierten Arbeitsstunden pro Patient werden als „Lernkurve“ bezeichnet.⁴⁰

Qualität aus Sicht der Leistungserbringer:

Zur Beurteilung der Qualität aus Sicht der Leistungserbringer werden die Items herangezogen, die Aspekte beinhalten, die durch die Zusammenarbeit positiv beeinflusst werden können und das allgemein Ziel der Integrierten Versorgung widerspiegeln. Hier wird den Items Wartezeit, Verweildauer, Komplikationen und Folgekrankheit Aufmerksamkeit geschenkt. Sie sind in Tabelle 3 mit ihrer allgemeinen Bezeichnung und Quelle zusammengefasst dargestellt.

Item	Bezeichnung	Quelle
Wartezeit ihrer Patienten bei einer Überweisung an einen Partner/Leistungserbringer	Wartezeit	Expertengespräche und Literaturrecherche
Verweildauer bei einer kompletten leistungserbringerübergreifende Behandlung in der Integrierten Versorgung/bei einer sektoralisierten Behandlung in der Regelversorgung	Verweildauer	
Komplikationen während der Behandlung	Komplikationen	
Folgekrankheiten	Folgekrankheiten	

Tabelle 3: Messindikatoren für das Konstrukt „Qualität aus Sicht der Leistungserbringer“

Qualität aus Sicht der Patienten:

Item	Bezeichnung	Quelle
Unsere Kunden loben unsere Servicequalität.	Servicequalität	In Anlehnung an Skala „Product quality“ von Menon/Jaworski/Kohli (1997), S. 197.
Unsere Kunden loben unsere medizinische Qualität.	Medizinische Qualität	
Unsere Qualität ist besser als die unserer Wettbewerber.	Wettbewerbsqualität	

Tabelle 4: Messindikatoren für das Konstrukt „Qualität aus Sicht der Patienten“

Obwohl in der vorliegenden Untersuchung aus Praktikabilitätsgründen vorerst nicht Patienten/Versicherte der Integrierten Versorgung - ergänzend zu der Befragung der Leistungserbringer befragt werden konnten, ist deren Meinung nicht weniger wichtig für die Beurteilung oder Identifizierung eines Integrierten Versorgungsbenchmarks als jene der Leistungserbringer.⁴¹ Daher wurden Items herangezogen, die versuchen die Sicht der Patienten von den Leistungserbringern zu erfahren und in die Untersuchung zu integrieren. Die Items zur Messung der Qualität aus Sicht der Patienten sind in Tabelle 4 mit ihrer im Folgenden verwendeten Bezeichnung und Quelle erfasst.

⁴⁰ Vgl. COENENBERG (2003), S. 185f.

⁴¹ Eine entsprechende Befragung von Patienten könnte für eine folgende Untersuchung noch durchgeführt werden.

Die aufgezeigten Messskalen stellen nur eine Auswahl der insgesamt verwendeten Messskalen dar. Der gesamte Fragebogen mit allen Items ist im Anhang zu finden.

Vor der empirischen Analyse ist noch klären, welches Untersuchungsdesign herangezogen wurde und wie der Datensatz ausgewählt wurde, der die Basis der Analyse bildet. Dies erfolgt im nächsten Abschnitt.

4 Untersuchungsdesign und Auswahl der Datensätze

Das Design der empirischen Untersuchung muss der Fragestellung der vorliegenden Arbeit entsprechen. Zu berücksichtigen sind der einzubeziehende Personenkreis, die Methode und die Datenerhebung. Sie müssen der Zielsetzung und der theoretischen Basis der Untersuchung angemessen sein.

Relevanter Personenkreis

Die Fragestellung der Untersuchung bedingt, dass nur Personen für die Datengewinnung relevant sind, die sowohl Leistungserbringer⁴² als auch aktiver Teilnehmer einer Integrierten Versorgung sind. Beide Voraussetzungen spielen bei der empirischen Überprüfung der zu beantwortenden Fragestellung eine wesentlich Rolle und müssen erfüllt sein.

Bei „der aktiven Teilnahme“ ist der Vertragsabschluss der Leistungserbringer oder einer Managementgesellschaft über die Teilnahme an der Integrierten Versorgung mit einer Krankenkasse von Bedeutung. Direkte Vertragspartner einer Integrierten Versorgung können sog. Unterverträge mit weiteren Vertragspartnern schließen. So schließt etwa ein Krankenhaus einen direkten Vertrag über die Integrierte Versorgung mit einer Krankenkasse ab. Dieser Vertrag beinhaltet die Versorgung der Patienten mit stationären Leistungen, Leistungen der Rehabilitation und der ambulanten Nachsorge. Das Krankenhaus kann dann wiederum Unterverträge mit niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationskliniken abschließen.⁴³ Auch indirekte Vertragsteilnehmer einer Integrierten Versorgung zählen zu der Zielgruppe der Befragten. Ähnliche Kooperationstypen der Leistungserbringer, wie die Teilnahme an Strukturverträgen (§73a SGB V) und Modellvorhaben (§§63 ff. SGB V) sind nicht ausreichend, um die Voraussetzungen der Integrierten Versorgung zu erfüllen und um so in die Untersuchung einbezogen zu werden. Alternative Kooperationsmodelle müssen sich größtenteils anderen Rahmenbedingungen stellen, so dass Leistungserbringer, die diesen Kooperationstypen angehören, die Untersuchung verzerren könnten und nicht einbezogen wurden.

Der Aktivitäts- und Ausführungsgrad von Gesundheitsversorgungsleistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung ist ebenso von Relevanz. Leistungserbringer, die in der Integrierten Versorgung bisher kaum bis gar nicht aktiv geworden sind, konnten nur

⁴² Siehe hierzu Kapitel 2.

⁴³ Vgl. SCHREYÖGG/WEINBRENNER/BUSSE (2006), S. 118. Unterverträge werden bei der Registrierungsstelle nicht gemeldet.

geringe bis noch gar keine Erfahrungen sammeln. Sie können somit keinen Beitrag zur Erforschung des Zusammenhangs zwischen Zusammenarbeit und den Ergebnissfaktoren leisten und sind daher von der Untersuchung auszuschließen.⁴⁴ Es wurden nur Leistungserbringer berücksichtigt, die aktiv in der Integrierten Versorgung arbeiten und diesbezüglich (erste) Erfahrungen sammeln konnten.⁴⁵

Die Anzahl der Leistungserbringer, die insgesamt in einer Integrierten Versorgung arbeiten, ist nicht bekannt. Von der Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des §140d SGB V⁴⁶ kann lediglich eine Anzahl der Leistungserbringer geschätzt werden, da die Registrierung der Netzwerke freiwillig ist. Die Vertragspartner sind nicht zur Meldung verpflichtet, so dass die tatsächliche Anzahl der geschlossenen Verträge noch höher liegen kann.⁴⁷ Es können zudem keine Rückschlüsse von der Anzahl der Integrierten Versorgungsnetzwerke auf die gesamte Anzahl der in Deutschland teilnehmenden Leistungserbringer gezogen werden, da die Leistungserbringer an einer unterschiedlichen Anzahl an Projekten teilnehmen können. Dieses Register ist zudem nicht öffentlich zugänglich. Es existiert also kein öffentlich zugängliches und vollständiges Register aller Integrierten Versorgungsnetzwerke in Deutschland. Es war daher nicht möglich, eine Zufallsauswahl über alle Leistungserbringer, die aktiv an einer Integrierten Versorgung teilnehmen, zu ziehen und diese zu befragen. Vielmehr wurde auf Basis einer eigenen umfassenden Recherche eine Datenbank von Leistungserbringern, die in Integrierten Versorgungsnetzwerken arbeiten, erstellt. Unter Berücksichtigung der schon durchgeführten Studien über die Integrierte Versorgung wurde eine Stichprobengröße von etwa 100 befragten Leistungserbringern angestrebt.⁴⁸

Methode

Zur Analyse der Integrierten Versorgung im Hinblick auf die vorliegende Fragestellung wurde die schriftliche anonyme Befragung anhand eines Fragebogens als Erhebungsmethode gewählt. Der Einsatz eines Fragebogens weist eine Vielzahl von Vorteilen auf. Die Standardisierung der Daten erleichtert ihre Auswertung. Darüber hinaus sind bei dieser Art der Erhebung die Probanden im Gegensatz zu einer mündlichen Befragung keiner möglichen Beeinflussung durch einen Interviewer ausgesetzt.⁴⁹ Der Fragebogen enthält z.B. „sensible“ Fragen über die Qualität, die in Anwesenheit eines Inter-

⁴⁴ Von Interesse wäre hier allerdings, woran es liegt, dass sie zwar einen Integrierten Versorgungsvertrag abgeschlossen haben, aber in diesem Rahmen noch nicht aktiv geworden sind. Diese Fragestellung ist jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

⁴⁵ Interessant könnte darüber hinaus sein, ob es einen Unterschied zwischen den Versorgungsmodellen gibt, die erst seit kurzem gegründet wurden und jenen, die schon einen längeren Zeitraum aktiv sind. Doch auch diese Fragestellung wird in der vorliegenden Arbeit nicht behandelt.

⁴⁶ Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) wurde mit der Einrichtung und dem Betrieb der Registrierungsstelle beauftragt.

⁴⁷ Vgl. FLINTROP (2005), S. A-1017.

⁴⁸ Z.B. arbeiten WAGNER/LENZ (2007) mit einer Stichprobengröße von 75 Leistungserbringern.

⁴⁹ Vgl. CHURCHILL (1995), S. 177.

viewers eventuell weniger offen beantwortet würden, als bei einer anonymen schriftlichen Erhebung.

Der schriftlichen Datenerhebung gingen zehn Pretests einer vorläufigen Fragebogenversion voraus. Zweck des Pretests war es, Struktur, Layout, Verständlichkeit, Vollständigkeit, Praxis- bzw. Realitätsnähe und Fragebogenlänge zu überprüfen.⁵⁰ Die durch den Pretest aufgedeckten Defizite und Mängel wurden anschließend korrigiert.

Der Fragebogen beinhaltet 113 Fragen/Items und untergliedert sich in acht Abschnitte, die jeweils grob eine Komponente des Modells widerspiegeln. Da davon auszugehen ist, dass die wahrgenommene Länge des Fragebogens einen Einfluss auf die Rücklaufquote hat,⁵¹ ist das Format des Fragebogens so gewählt, das es sechs Seiten nicht überschreitet.

Für die überwiegende Anzahl an Fragen wurde eine 7-Punkt-Likert-Skala mit den Extremwerten „überhaupt nicht zutreffend“ und „voll und ganz zutreffend“ verwendet.⁵² Von dieser Skala wurde insbesondere abgewichen, wenn es sich um die Identifizierung des Befragten und des Integrierten Versorgungstyps ging.

Die Befragung zur empirischen Datenerhebung wurde in dem Zeitraum von November 2006 bis Februar 2007 durchgeführt. Aus Gründen der Praktikabilität wurde der Fragebogen als Onlineversion programmiert, um den Befragten ein direktes Ausfüllen am Bildschirm zu ermöglichen. Neben der Online-Version wurde der Fragebogen zudem in Papierform vorbereitet.

Der Befragungsprozess kann in zwei Phasen unterteilt werden: In der ersten Phase wurden zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung im Rahmen einer umfassenden Recherche Integrierte Versorgungsnetzwerke, ihre Teilnehmer und die email-Adressen der teilnehmenden Leistungserbringer identifiziert. Die Recherche schloss eine Internetrecherche, eine Fachzeitschriftenrecherche und die Suche nach Kontaktdaten in communities/Netzwerkportalen ein. An alle identifizierten Leistungserbringer wurde eine E-mail mit einem motivierenden Anschreiben⁵³ (vgl. Anhang A, Version 1) und einem Link zu dem Fragebogen (vgl. Anhang 2) versandt.⁵⁴ Um das Weiterleiten an Kollegen, die ebenfalls Partner einer Integrierten Versorgung sind, wurde gebeten. Zudem wurden Verbände, Krankenkassen und Kontaktpersonen von Integrierten Versorgungsnetzwerken mit der Bitte kontaktiert, das Anschreiben und den Fragebogen an entsprechende Zielgruppen der Untersuchung weiterzuleiten. Zusätzlich brachten die

⁵⁰ Vgl. KINNEAR/TAYLOR (1991), S. 352ff und SCHNELL/HILL/ESSER (1992), S. 358f.

⁵¹ Vgl. CHILDERS/FERREL (1979), S. 429.

⁵² STADTLER (1985), S. 7-10, hat nachgewiesen, dass eine siebenstufige Skala bei den Befragten eine ausreichende Differenzierung ihrer Urteile bewirkt.

⁵³ Fand hingegen kein Versand des Fragebogens per E-mail statt, so erhielten die entsprechenden Unternehmen ein Anschreiben, das gleichzeitig das Deckblatt des Fragebogens darstellt und sich ebenfalls im Anhang 2 befindet.

⁵⁴ Von einigen Unternehmen wurde der Erhalt des Fragebogens in PDF-Form bevorzugt, andere präferierten den postalischen Weg oder das Zusenden per Fax.

Personen den Fragebogen in Umlauf, mit denen zuvor Expertengespräche zur Operationalisierung der Konstrukte geführt worden waren oder mit denen der Pretest erfolgte. Des Weiteren unterstützte die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V. (DGIV) diesbezüglich. Drei Wochen nach dem Versand der Fragebögen wurde zur Erhöhung der Rücklaufquote die erste Nachfassaktion per E-mail durchgeführt.⁵⁵ Allerdings war die Resonanz noch nicht zufriedenstellend, so dass in einer zweiten Phase weitere Maßnahmen zur Datenerhebung unternommen wurden.

In der zweiten Phase wurde die Studie mittels eines informierenden Telefongesprächs bei den Leistungserbringern, die nach einer weiteren Internet- und Zeitschriftenrecherche identifiziert wurden, angekündigt.⁵⁶ Diese Vorgehensweise erfüllte mehrere Funktionen. Zum einen konnte der richtige Ansprechpartner auf diese Weise identifiziert und seinem Wunsch des Distributionskanals (E-mail, Post, Fax) bei der Fragebogenzustellung entsprochen werden. Es zeigte sich, dass eine Vielzahl der Adressaten keine E-mailadresse besitzt oder dem Internet kritisch gegenüber steht, so dass darauf u.U. ein Teil der ursprünglich eingeschränkten Resonanz zurück zuführen sein kann. Das Anschreiben und der Fragebogen hat die Zielgruppe per E-mail möglicherweise nicht erreicht. Eine Studie aus dem Jahre 2005 zeigte, dass nur 46% der befragten niedergelassenen Ärzte überhaupt per E-mail erreichbar sind, wobei nur 24% dieser Ärzte ihre E-mails täglich abrufen und weitere 24% mehrmals pro Woche.⁵⁷

Des Weiteren war es telefonisch möglich, den Hintergrund der Studie zu erläutern und eventuelle Fragen im Vorhinein zu klären. Das Telefongespräch diente ebenfalls der Motivation des Ansprechpartners zur Teilnahme. Darüber hinaus wurde ohne Aufforderung von den Leistungserbringer häufig schon am Telefon von ihren ersten Erfahrungen berichtet, so dass deutlich wurde, dass ein großes Interesse an der Fragestellung und ein hoher Bedarf an einem Informationsaustausch bestehen. Die gewonnenen Erfahrungen waren sehr unterschiedlich. Neben einer Vielzahl an Leistungserbringern die von der Integrierten Versorgung überzeugt sind, gab es ebenso Leistungserbringer, die bisher nur schlechte Erfahrungen gesammelt haben und demnach sehr unzufrieden mit dem Konzept der Integrierten Versorgung sind.

Die Befragung der Leistungserbringer fand anonym statt. Den einzelnen Leistungserbringern wurde zugesichert, dass Ihre Angaben streng vertraulich behandelt werden und die Ergebnisse lediglich auf einem aggregierten Niveau veröffentlicht werden, das keine Rückschlüsse auf einzelne Integrierte Versorgungsnetzwerke zulässt. Alle teilnehmenden Befragten erhalten nach Abschluss der Studie einen Bericht mit den wichtigsten Ergebnissen.

⁵⁵ Nach KANUK/BERENSON (1975), S. 441, „Followups, or reminders, have been widely used with great success [...] Followups have been used in most mail surveys reported in the literature.“

⁵⁶ In der zweiten Phase wurde das Anschreiben siehe Anhang A, Version 2 verwendet.

⁵⁷ Siehe zu dieser Studie STROTBEK (2005), S. 106f.

Auswahl der Datensätze

Insgesamt haben 141 Leistungserbringer an der Befragung teilgenommen. 19 beantwortete Fragebögen wurden per Post und 4 per Fax zurück gesendet. 118 Fragebögen wurden von den Leistungserbringern online ausgefüllt. Von den 118 Fragebögen wurden jedoch zum einen 15 Fragebögen zwischengespeichert und zu einem späteren Zeitpunkt nicht wieder aufgenommen und vollständig ausgefüllt; zum anderen wiesen 16 Fälle eine Vielzahl an fehlenden Werten (Missing Values) auf. Diese insgesamt 31 Fragebögen wurden in der späteren Analyse nicht weiter berücksichtigt, so dass die nachfolgend beschriebene Analyse und ihre Ergebnisse auf einer Stichprobengröße von insgesamt 110 (N= 110) basiert.

Nach diesen Vorbemerkungen sind die ersten empirischen Ergebnisse der Studie „Benchmark Integrierte Versorgung“ zu analysieren. Dabei soll mit einer deskriptiven Analyse begonnen werden, die vorerst grob den Datensatz beschreibt. Diesen beschreibenden Ausführungen folgt die explikative Analyse, die Strukturen und Zusammenhänge aufdeckt und erklärt. Insbesondere wird dabei versucht, folgende Fragen in ihren Grundzügen zu beantworten: Welche Aktivitäten in der Integrierten Versorgung wirken sich positiv auf die Qualität und auf die Kosten aus? Ist es möglich die Qualität bei gleichzeitiger Reduktion der Kosten konstant zu halten oder sogar zu erhöhen?

5 Erste empirische Ergebnisse der Studie

5.1 Deskriptive Analyse der Studie

An der Befragung nahmen 12 Hausärzte, 38 Fachärzte, 35 Krankenhäuser und 8 Rehakliniken teil. 17 Befragte ordneten sich der Kategorie „sonstige“ zu, bei der die überwiegende Anzahl Apotheken, Manager oder Projektleiter der Integrierten Versorgung sind. In Abbildung 2 ist die Aufteilung der Stichprobe gemäß ihres Leistungserbringer-typs im Rahmen der Integrierten Versorgung in Prozent dargestellt.

Mehr als die Hälfte der Befragten - wie in Abbildung 2 sichtbar - nimmt an zwei oder mehr Integrierten Versorgungsprojekten teil: 18 % an zwei, 15 % an drei, 20 % an mehr als drei. Hingegen wirken lediglich 47 % der Befragten nur an einer Integrierten Versorgung mit. Im Fragebogen war darauf hingewiesen worden, dass wenn die Leistungserbringer an mehr als einer Integrierten Versorgung teilnehmen, diejenige Integrierte Versorgung ausgewählt werden soll, die ihrer Meinung nach die beste Versorgungsleistung für die Patienten erbringt. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass die Varianz geringer ausfallen kann als bei einer willkürlichen Wahlentscheidung der Befragten, da die Stichprobe überwiegend „gute“ Integrierte Versorgungsnetzwerke enthält.

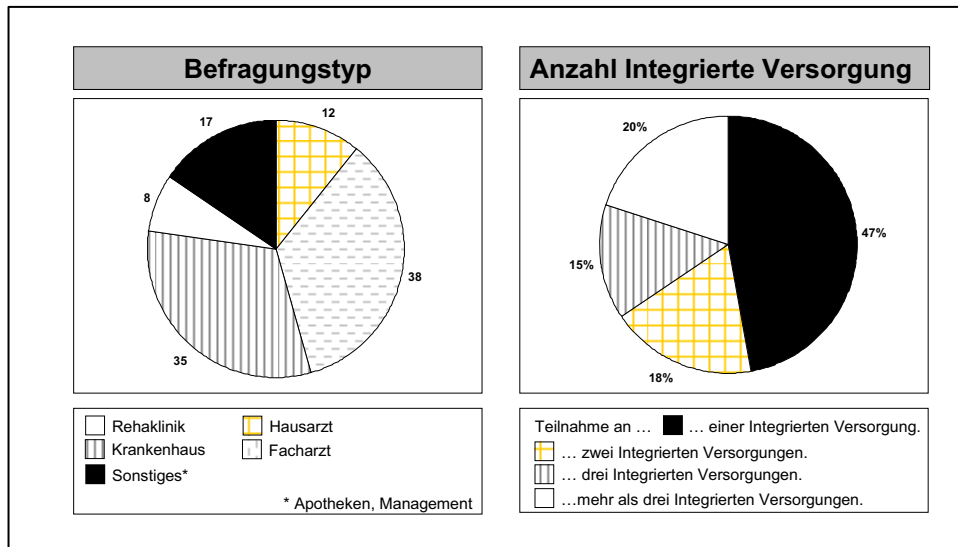


Abbildung 2: Charakteristika der Teilnehmer der Befragung

Dieses Vorgehen ist vor dem Hintergrund der Themenstellung „Benchmark Integrierte Versorgung“ gewählt. Auf der Suche nach der besten Ausgestaltung der Integrierten Versorgung ist es das Ziel, keine Facetten von erfolgreichen Integrierten Versorgungsnetzwerken unberücksichtigt zu lassen. Die im Fragebogen gemachte Anmerkung verhindert, dass die Befragten eine schlechte Integrierte Versorgung zur Beantwortung des Fragebogens auswählen. Zu berücksichtigen ist zudem bei dieser Vorgehensweise, dass das durchschnittliche Qualitäts- und Kostenniveau der befragten Integrierten Versorgungsnetzwerke u. U. höher ist als wenn die Befragten wahllos eine Integrierte Versorgung zur Beantwortung des Fragebogens hätten heranziehen können. Dieses muss bei der Interpretation der Daten stets berücksichtigt werden, da andernfalls ein zu positives Bild in Bezug auf die Ergebnisfaktoren entstehen könnte.

Die Größe der Integrierten Versorgungsnetzwerke in denen die Befragten kooperieren, ist sehr unterschiedlich. Über die Hälfte der Befragten nehmen an einer Integrierten Versorgung teil, die höchstens 10 Leistungserbringer umfasst. 26 % der Befragten arbeiten in einer Integrierten Versorgung mit 10 bis 50 Leistungserbringern zusammen; 20 % sind sogar mit mehr als 50 Partnern aktiv.

An der Befragung wirken Leistungserbringer aus fast jedem der sechzehn Bundesländer mit.⁵⁸ Die Spitzenposition nimmt Bayern mit 17 % ein, gefolgt von Hessen mit 15 %, Nordrhein-Westfalen mit 14 % und Baden-Württemberg mit 11 %. Nur jeweils ein Befragter existiert in der Stichprobe aus den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. 3 % der Befragten arbeiten in einer bundesweit ausgerichteten Integrierten Versorgung. Von zwei Befragten wurde mehr als ein Bundesland angegeben. Vergleicht man diese Häufigkeitsverteilung mit jener, die die BQS angibt, fällt

⁵⁸ Ausgenommen Bremen.

auf, dass die Anzahl der Befragten pro Bundesland der Struktur entspricht, die von der BQS ausgewiesenen wird.

85 % der Befragten arbeiten in einer Integrierten Versorgung, die ein zentrales Management hat. Aktivitäten des Managements können entweder externe darauf spezialisierte Unternehmen, sog. Managementgesellschaften, oder auch Leistungserbringer, die am Versorgungsprozess beteiligt sind, übernehmen. Insbesondere den Krankenhäusern der Netzwerke kann diese Rolle zugewiesen werden. Sie verfügen im Vergleich zu Ärzten meist über ein ausgebildetes Management⁵⁹ und vereinigen darüber hinaus häufig unterschiedliche Gesundheitsleistungen unter einem Dach.⁶⁰ Externe Managementgesellschaften entlasten mit der Übernahme der aufgezählten Aktivitäten die Partner in einer Integrierten Versorgung. Die Leistungserbringer können somit die knappe zur Verfügung stehende Zeit primär für die Behandlung direkt am Patienten einsetzen. Bei den Befragten übernehmen diese Tätigkeiten 26 % separate Organisationen (Managementgesellschaften), 41 % Krankenhäuser, 15 % Ärzte und bei 18 % sind es sonstige wie z.B. Verbände. Das zentrale Management übernimmt bei ca. 75 % der Befragten Koordinationsaufgaben (Abstimmung der Partner etc.), bei ca. 54 % Beratungsleistungen (Unterstützung und Hilfe bei Rechtsfragen etc.), bei ca. 75 % Administrationsaufgaben (Verwaltung etc.) und bei 73 % die Abrechnung und Aufteilung der Integrierten Versorgungsvergütung.⁶¹

Darüber hinaus lieferten die Befragten hinsichtlich der Merkmale einer Integrierten Versorgung folgende Informationen: 64 % der Integrierten Versorgungsnetzwerke der Probanden sind sektorübergreifend ausgerichtet, so dass 36 % in einer interdisziplinär-fachübergreifenden Integrierten Versorgung arbeiten. Das zweite Merkmal der Integrierten Versorgung bezieht sich auf die Indikationsbreite: 80 % der Befragten sind in einer oder mehreren indikationsspezifischen Integrierten Versorgung aktiv; nur 20 % hingegen in einer umfassenden Integrierten Versorgung. 41 % der indikationsspezifischen Netzwerke sind der Chirurgie zuzuordnen, 30 % der inneren Medizin, 13 % der Palliativmedizin, 4 % der Geriatrie, 6 % Sonstigem (Bspw. Einrichtungen für ambulantes Operieren, Suchtkrankheiten, Depressionen), 3 % der Ophthalmologie und 3 % der Gynäkologie.

Die Stichprobenstruktur bei dem dritten Merkmal der Integrierten Versorgung „Finanzierung“ stellt sich wie folgt dar: 30 % der Befragten haben in ihrer Integrierten Versorgung eine Finanzierung über eine Einzelleistungsvergütung, 55 % über Komplexpauschalen, 13% über die Kopfpauschale. 2 % ordneten ihre Integrierte Versorgung der Kategorie „sonstiges“ zu. Genannt wurde hier bspw. die Finanzierung nach Arbeitszeit. Eine Mehrfachnennung war möglich, so dass 12 Leistungserbringer zwei Finanzie-

⁵⁹ Vgl. HILDEBRANDT (2000), S. 30.

⁶⁰ Vgl. O. V. (2003), S. 86.

⁶¹ Mehrfachnennungen waren möglich.

rungsformen angegeben haben und ein Leistungserbringer in einer Integrierten Versorgung arbeitet, die alle drei Finanzierungsformen anwendet.

Gesondert vergütet werden bei 51 % der Fälle die Dokumentationsleistungen und bei 20 % die Teilnahme an Qualitätszirkeln. 25 % der Befragten nannten noch weitere Leistungen, die sie zusätzlich vergütet bekommen. Am häufigsten wurde in diesem Zusammenhang die ergänzende Bezahlung von Vor- oder Nachsorgebehandlungen aufgeführt.

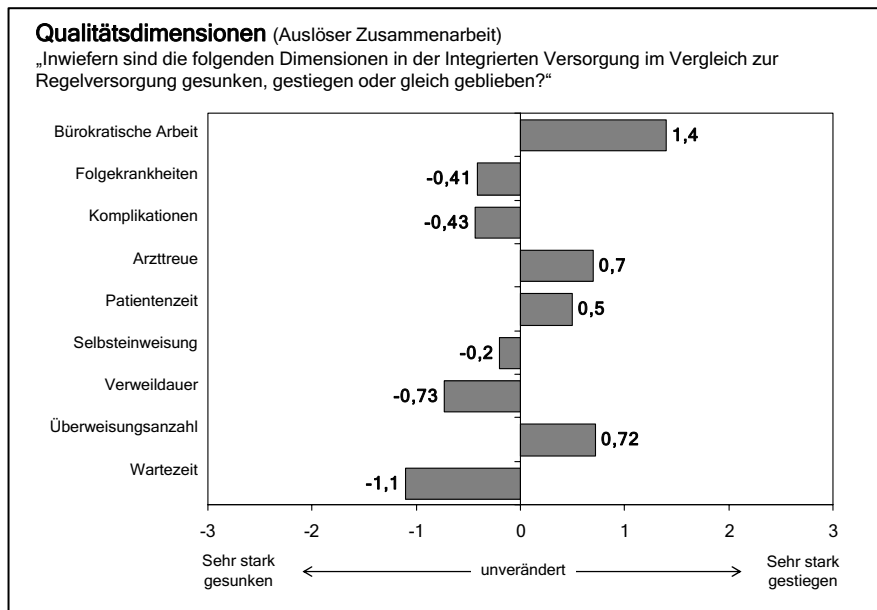


Abbildung 3: Veränderungen der Qualitätsindikatoren ausgelöst durch die Zusammenarbeit in der Integrierten Versorgung

Im Allgemeinen schätzen die befragten Leistungserbringer die Auswirkungen der Zusammenarbeit in der Integrierten Versorgung positiv ein. Die größte Wirkung wird dem Indikator Wartezeit der Patienten bei einer Überweisung an einen Partner aus der Integrierten Versorgung im Vergleich zu einer Überweisung an einen Leistungserbringer in der traditionellen Regelversorgung zu gesprochen; gefolgt von dem Anstieg der Überweisungsanzahl an Partner in der Integrierten Versorgung. Ein weiteres großes Verbesserungspotenzial wird in der Reduktion der Verweildauer bei einer kompletten leistungserbringerübergreifenden Behandlung in der Integrierten Versorgung durch die Zusammenarbeit gesehen. Das Ausmaß des Rückgangs der Komplikationen während der Behandlung und Folgekrankheiten durch die Integrierte Versorgung ist nur relativ gering, wird jedoch positiv eingeschätzt. Negative Wirkungen werden von den Leistungserbringern bezüglich der bürokratischen Arbeit, dem Dokumentieren und der Verwaltung aufgezeigt. Es wird deutlich, dass aus Sicht der Befragten nur durch einen erheblichen Aufwand an zusätzlicher bürokratischer Arbeit und zusätzlichem Dokumentieren die Qualitätsverbesserungen und Potenziale in der Integrierten Versorgung erzielt werden können.

Diese letzten beschreibenden Ausführungen dieses Abschnittes geben erste Hinweise zur Beantwortung der aufgeworfenen Fragen dieses Arbeitspapiers. Es ist in der Einschätzung der Leistungserbringer generell möglich, sowohl die Qualität als auch die Kosten durch die Integrierte Versorgung positiv zu beeinflussen, da z.B. eine Reduktion der Folgekrankheiten und Komplikationen sowohl die Qualität ansteigen lassen als auch die Kosten aufgrund abnehmender Behandlungsaktivitäten reduzieren können. Allerdings müssen bei dieser Schätzung die zusätzlich anfallenden Transaktionskosten durch die Koordination und durch die Steuerung des Netzwerkes berücksichtigt werden. Eine weitere Analyse, die erste empirische Ergebnisse im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen der Ausgestaltung der Integrierten Versorgung und einzelnen Ergebnisfaktoren aufzeigt, erfolgt nun im nächsten Abschnitt.

5.2 Explikative Analyse der Merkmale einer Integrierten Versorgung

Der Schwerpunkt dieses Arbeitspapiers liegt darin, erste empirische Ergebnisse aufzuzeigen, die sich durch relative Häufigkeiten, Mittelwerte und einem parameterfreien statistischen Homogenitätstest erkennen lassen. Zur Erfassung, Auswertung und Analyse des erhobenen Datensatzes wurde die Statistik-Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) verwendet.

Zuerst soll geprüft werden, ob die drei Merkmale: Integrationstiefe, Indikationsbreite und Finanzierung einer Integrierten Versorgung einen signifikanten Einfluss auf die beiden Ergebnisvariablen Qualität und Kosten haben, bevor auf den Zusammenhang zwischen Erfolgsfaktoren und Ergebnisfaktoren eingegangen wird. Im Wesentlichen wird zuvor der Frage nachgegangen, ob es möglich ist, alle 110 Integrierten Versorgungsnetzwerke gemeinsam in die weitere Analyse einzubeziehen. Eine Clusterung sowie die differenzierte Analyse der Integrierten Versorgung gemäß ihrer Merkmale könnte grundsätzlich aufgrund der vorliegenden Heterogenität notwendig werden, um valide Aussagen im Hinblick auf die Qualität und die Kosten treffen zu können.⁶² Zur Entdeckung eines möglichen Zusammenhangs werden die Mittelwerte der ausgewählten Ergebnisvariablen je Merkmal (Integrationstiefe, Indikationsbreite und Finanzierung) im Vergleich ihrer Merkmalsausprägungen näher beleuchtet. Um feststellen zu können, ob die dort erkannten Unterschiede zwischen den Merkmalsausprägungen signifikant sind, müssen statistische Testverfahren zum Vergleich zweier unabhängiger Messreihen angewendet werden.⁶³ Aufgrund der fehlenden Normalverteilung im Datensatz wird der nicht-parametrische Mann-U-Whitney-Test angewendet.⁶⁴

⁶² Vgl. EVANSCHITZKY (2003), S. 197.

⁶³ Die statistische Signifikanz informiert darüber, dass der erhobene Unterschied bzw. Zusammenhang nur mit einer geringen (konkretisierten) Wahrscheinlichkeit zufällig zustande gekommen ist. Die dabei häufig benutzte Methode ist der t-Test. Voraussetzung beim t-Test ist allerdings, dass eine Normalverteilung der untersuchten Daten vorliegt.

⁶⁴ Bei der Überprüfung der Normalverteilungs-Bedingung mittels des Kolmogoroff-Smirnoff-Anpassungstests ergab sich, dass signifikante Unterschiede zwischen den Verteilungen der gemessenen Variablen und der Normalverteilung existieren. Aufgrund der fehlenden

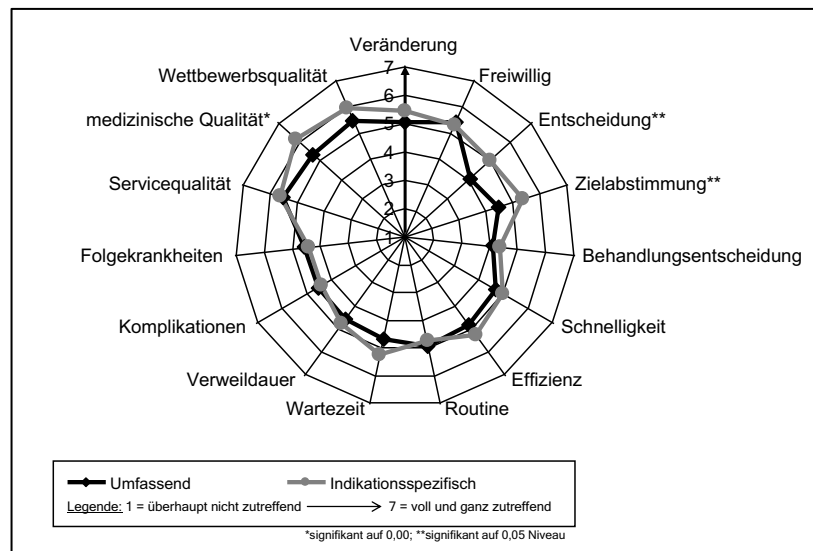


Abbildung 4: Ausprägungen der Ergebnisfaktoren von umfassenden und indikationsspezifischen Integrierten Versorgungsnetzwerken im Vergleich

Bei einer Differenzierung des Merkmals Indikationsbreite in die Ausprägungen umfassende und indikationsspezifische Versorgungsmodelle liegen hinsichtlich der Ergebnisfaktoren kaum Unterschiede vor. Zudem nehmen die Ergebnisfaktoren unabhängig von der Merkmalsausprägung einen relativ hohen Mittelwert an. Die hohen Mittelwerte der Ergebnisfaktoren deuten darauf hin, dass die Integrierten Versorgungsnetzwerke insgesamt recht erfolgreich sind, wenn sie an den Ergebnisindikatoren gemessen werden. In Abbildung 4 wird dieses dadurch sichtbar, dass die um das Netzdiagramm beschriebenen Indikatoren in ihrer Ausprägung (schwarzes Quadrat oder grauer Kreis) fast deckungsgleich relativ am Rand des aufgezeigten Netzes liegen. In der Mitte des Netzes bzw. des Netzdiagramms würden die Indikatorenausprägungen den Wert 1 (überhaupt nicht zureffend), ganz außen den Wert 7 (voll und ganz zutreffend) annehmen. Diese und die folgenden Skalen entsprechen der im Fragebogen verwendeten Skala. Der Übersichtlichkeit dienend wurden die Ausprägungen in den Abbildungen miteinander verbunden, um die Abweichungen der zu vergleichenden Merkmale der Integrierten Versorgung zu verdeutlichen.

Dennoch existieren signifikante Abweichungen bei diesem Merkmal, zum einen bezüglich der Koordinationsintensität und der Qualität aus Sicht der Patienten. Nach Einschätzung der Leistungserbringer aus einer umfassenden Integrierten Versorgung tref-

Normalverteilung wird ein nicht-parametrischer Test angewendet. Der Mann-U-Whitney-Test ist der wohl am häufigsten eingesetzte nicht-parametrische Test, mit dem überprüft wird, ob sich zwei Verteilungen signifikant hinsichtlich ihrer Umsetzung - im vorliegenden Fall - in Bezug auf die potenziellen Erfolgsfaktoren einer Integrierten Versorgung voneinander unterscheiden lassen. Vgl. JANSSEN/LAATZ (2005), S. 537ff. Der Mann-Whitney-Test ist äquivalent zum Wilcoxon-Rangsummen-Test. Es werden keine Messwerte, sondern Rangplätze zugrunde gelegt. Ziel ist es, zu erfahren, ob zwei Grundgesamtheiten die identische Lage besitzen, indem die Beobachtungen der beiden Messreihen miteinander kombiniert und in eine gemeinsame Reihenfolge gebracht werden. Dies dient der Überprüfung, wie häufig ein Wert aus der Messreihe einem Wert aus der anderen Messreihe vorangeht und umgekehrt. Vgl. JANSSEN/LAATZ (2005), S. 537ff und VERA (2006), S. 856.

fen insgesamt die Aussagen „ Wir treffen wichtige Entscheidungen im Hinblick auf die gemeinsame Behandlung zusammen.“, „Wir stimmen uns bei der Behandlung über die Ziele ab.“ und „Unsere Kunden loben unsere medizinische Qualität.“ im Durchschnitt geringer zu als nach Meinung der Leistungserbringer aus indikationsspezifischen Netzen. Dies wird dadurch deutlich, dass diese signifikanten Indikatoren bei den umfassenden im Vergleich zu den indikationsspezifischen Integrierten Versorgungsnetzwerken einen jeweils wesentlich geringeren Mittelwert aufweisen. Eine positive Differenz beim Item „Entscheidung“ von 0,95 ($\mu_u=4,05 < \mu_i=5,00$)⁶⁵, „Zielabstimmung“ von 0,9 ($\mu_u=4,41 < \mu_i=5,31$)⁶⁶ und „Medizinische Qualität“ von 0,81 ($\mu_u=5,32 < \mu_i=6,13$)⁶⁷ ist aus Sicht der Leistungserbringer von indikationsspezifischen Netzwerken zu verzeichnen.

Es ist davon auszugehen, dass indikationsspezifische Netze insbesondere Versorgungsleistungen für chronisch Kranke anbieten, die in einem kontinuierlichen Kontakt zu ihren Leistungserbringern sind. Meistens sind es Behandlungsfälle mit geringeren Varianzen und damit einer hohen Anzahl von Wiederholungen der gleichen Versorgungsprozesse⁶⁸, so dass sich in einer indikationsspezifischen Versorgung schneller stabile Beziehungen bilden können. Die Multiplikation von (standardisierten) Versorgungsprozessen führt demzufolge zu einer intensiven Kooperation für ein klar definiertes Aufgabenfeld. Eine intensive Zielabstimmung und wichtige Entscheidungen über den weiteren Verlauf der Behandlung werden von den Partnern verfolgt und stellen sich vor dem Hintergrund der beschriebenen Rahmenbedingungen u.U. eher ein als bei umfassenden Netzwerken. Die organisatorischen Anforderungen der umfassenden Integrierten Versorgung liegen zudem über denen der indikationsspezifischen, so dass eine intensive Zielabstimmung und gemeinsame Entscheidungsfindung erschwert werden kann.⁶⁹

Bei den Ergebnissen im Hinblick auf die Ergebnisfaktoren nach dem Merkmal der Vergütung (Einzelleistungs-/Pauschalvergütung), wird deutlich, dass auch hier die Mittelwertabweichung der Ausprägung „Zielabstimmung“ in der Integrierten Versorgung signifikant ist (siehe Abbildung 5). Eine pauschalierte Vergütung in Integrierten Versorgungsnetzwerken führt zu einer höheren Zielabstimmung bei der Behandlung unter den

⁶⁵ ($\mu_u=4,05 < \mu_i=5,00$) ist wie folgt zu interpretieren: Im Durchschnitt stimmten Leistungserbringer aus umfassenden Integrierten Versorgungsnetzwerken der Aussage „ Wir treffen wichtige Entscheidungen im Hinblick auf die gemeinsame Behandlung zusammen.“ geringer zu als im Durchschnitt die Leistungserbringer aus indikationsspezifischen Integrierten Versorgungsnetzwerken der Meinung waren, dass diese Aussage bezogen auf ihre Zusammenarbeit in der Integrierte Versorgung zutrifft.

⁶⁶ Die Aussage „Wir stimmen uns bei der Behandlung über die Ziele ab.“ trifft im Durchschnitt bei den Leistungserbringern aus umfassenden Integrierten Versorgungsnetzwerken weniger zu als bei jenen aus indikationsspezifischen Netzen.

⁶⁷ Nach Einschätzung der Leistungserbringer aus einer umfassenden Integrierten Versorgung trifft die Aussage „Unsere Kunden loben unsere medizinische Qualität.“ im Durchschnitt zu. Hingegen waren die Leistungserbringer aus indikationsspezifischen Netzen der Meinung, dass diese Aussage aus Sicht ihrer Patienten stärker zutrifft.

⁶⁸ Vgl. FLEISCH (2000), S. 167f.

⁶⁹ Vgl. TOPHOVEN (2003), S. 241f.

Leistungserbringern als bei einer Einzelleistungsvergütung. Dies zeigt der Mittelwertvergleich ($\mu_E=4,44 < \mu_P=5,34$).

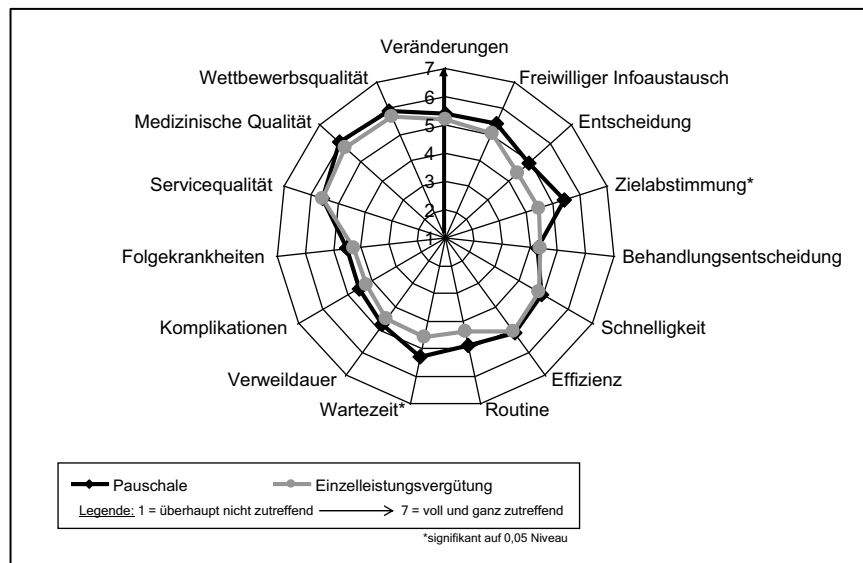


Abbildung 5: Ausprägungen der Ergebnisfaktoren von Integrierten Versorgungsnetzwerken mit Pauschal- und Einzelleistungsvergütung im Vergleich

Die Pauschale in Form von ergebnisorientierten und versichertenbezogenen Honorierungsformen (z.B. Kopfpauschale) überträgt die ökonomische Verantwortung und das Versicherungsrisiko auf die Leistungsanbieter in der Integrierten Versorgung, um Anreize für eine versorgungs-/ prozessorientierte Denkweise zu setzen.⁷⁰ Eine effiziente patientenorientierte (Zusammen-) Arbeit wird aus Sicht der Leistungserbringer zwingend notwendig. Sie kann sich in einer höheren Zielabstimmung und einer geringeren Wartezeit auswirken. Gemäß den Einschätzungen der Leistungserbringer aus Integrierten Versorgungsnetzwerken mit einer pauschalierten Vergütung hat sich die Wartezeit stärker reduziert als durch die Zusammenarbeit in Integrierten Versorgungsnetzwerken mit einer Einzelleistungsvergütung. Dies macht der Mittelwertvergleich deutlich ($\mu_E=4,59 < \mu_P=5,27$).

Darüber hinaus muss hierbei beachtet werden, dass überwiegend Integrierte Versorgungsnetzwerke, die indikationsspezifisch ausgestaltet sind, mit einer Pauschale ihre Leistungen vergütet bekommen. Dieser Zusammenhang zwischen indikationsspezifischer Ausgestaltung und pauschalierter Vergütung ist signifikant auf einem 0,003-Niveau.

Bei der Differenzierung der Integrierten Versorgungsnetzwerke nach dem Merkmal Integrationstiefe liegen keine bedeutsamen und signifikanten Unterschiede bzgl. der Ergebnisfaktoren vor (siehe Abbildung 6). Die größte Abweichung ist bei der Ausprägung „Routine im Behandlungsprozess“ zu erkennen. Die Integrierte Versorgung weist einen größeren Mittelwert bei der interdisziplinär-fachübergreifenden im Vergleich zur

⁷⁰ Vgl. BAUSCH (2003), S. 223.

sektorübergreifenden Integrierten Versorgung auf ($\mu_i=5,16 > \mu_s=4,49$). D. h. eine größere Routine im Behandlungsprozess kennzeichnet die interdisziplinär-fachübergreifenden gegenüber den umfassenden Integrierten Versorgungsnetzwerken. Dies kann darauf zurück zu führen sein, dass mittels der Integrierten Versorgung insbesondere die seit Jahren geschaffenen Sektorengrenzen überbrückt werden sollen. Das Konzept der Integrierten Versorgung ist noch relativ jung und somit auch das Kooperieren über die Sektorgrenzen hinaus, so dass noch von einer geringeren „Routine“ in den Behandlungsprozessen durch das Arbeiten mit Standardprozessen auszugehen ist. Im Laufe der Zeit könnte sich jedoch entsprechend der interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgungsnetzwerken zunehmend Routine in sektorübergreifenden Versorgungsnetzwerken einstellen.

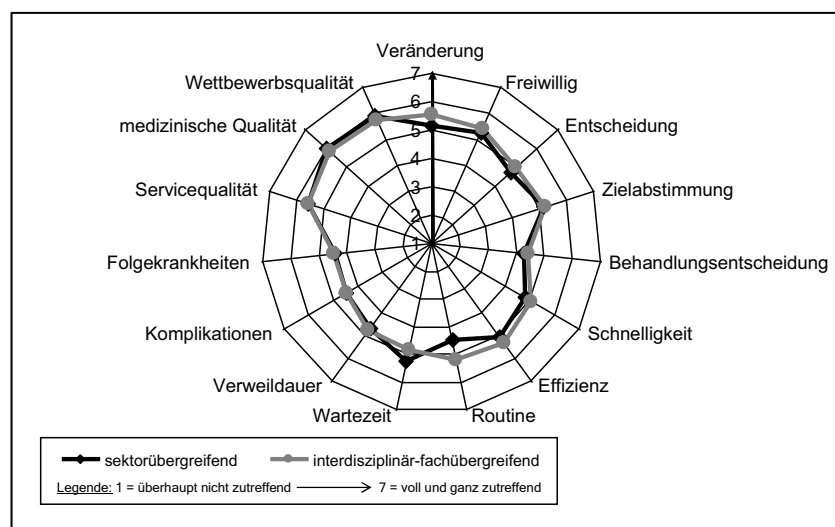


Abbildung 6: Ausprägungen der Ergebnisfaktoren von sektorübergreifenden und interdisziplinär-fachübergreifenden Integrierten Versorgungsnetzwerken im Vergleich

Aus den Abbildungen der Ergebnisse in 4-6, wird deutlich, dass die Abweichungen zwischen den Mittelwerten im Hinblick auf die Ergebnisfaktoren Transaktionskosten, Produktionskosten, Qualität aus medizinisch-objektiver Sicht und aus Sicht der Patienten insgesamt nicht so gravierend sind, dass eine differenzierte Analyse entsprechend der Merkmale notwendig wäre. Daher gilt es zunächst, die Ausprägungshöhe der potenziellen Erfolgsfaktoren im Hinblick auf die Ergebnisfaktoren zu betrachten.

5.3 Explikative Analyse der Erfolgsfaktoren einer Integrierten Versorgung

In der folgenden explikativen Analyse der Erfolgsfaktoren einer Integrierten Versorgung wird wie folgt vorgegangen: Es werden zuerst die Mittelwerte der Erfolgsfaktoren beschrieben, um einen ersten Eindruck auf diese zu geben. Dann wird ein Vergleich der durchschnittlichen Ausgestaltungintensität der einzelnen Erfolgsfaktoren zwischen Integrierten Versorgungsnetzwerken gezogen, die in ihrer Einschätzung eine hohe bzw. niedrige Qualität und hohe bzw. niedrige Kosten aufweisen. Die Qualitäts- und Kostenmessung wird mit einem normierten Index je Ergebnisbündel durchgeführt. Es

entstehen insgesamt vier Indizes: ein Transaktionskosten-, ein Produktionskosten-, ein leistungserbringerorientierter Qualitäts- und ein patientenorientierter Qualitätsindex.⁷¹ Die verschiedenen Zielgrößen werden verdichtet, um dann das Ergebnis als Gesamtzielerreichung interpretieren zu können. Dieses Vorgehen hat den Vorteil einer höheren Anschaulichkeit der Ergebnisse. Der Vorteil muss allerdings dem Nachteil gegenüber gestellt werden, dass es sich bei einem Index um ein eher „grobes Maß“ der Verdichtung von Daten handelt.⁷² Allerdings können bei einer vorsichtigen Interpretation der Indexwerte häufig brauchbare Annäherungen vorgenommen werden, so dass sich die Indexkonstruktion als ein nützliches Hilfsmittel erweisen kann und somit auch in der folgenden Analyse Verwendung findet.⁷³

Im Allgemeinen kann der (gewichtete) Index aus der Summe der Produkte aus Zielerreichungsgraden und Zielbedeutung (Gewichtung) aller Teilziele im Zielsystem gebildet werden.⁷⁴ Im vorliegenden Fall ergibt sich demnach der (Ergebnis-) Index aus der Summe der Produkte aus Indikatorenprägung (I_i) und ermittelter Faktorladung ($F_i/\sum F_i$) aller Indikatoren. Die Indikatoren werden in dem Index somit gemäß ihrer Faktorladung unterschiedlich stark gewichtet.⁷⁵ Der Median der jeweiligen Ergebniswerte der Gesamtstichprobe identifiziert z.B. qualitativ hochwertige und qualitativ weniger hochwertige Integrierte Versorgungsnetzwerke aus Sicht der Patienten und grenzt sie voneinander ab. Von erfolgreichen Integrierten Versorgungsnetzwerken wird im Folgenden ganz allgemein gesprochen, wenn jeder der vier Indizes einen hohen Wert der Ausprägung aufweist.

Die Überprüfung, ob ein erkannter Zusammenhang signifikant ist, erfolgt wiederum mit dem Mann-Whitney-Test.⁷⁶ Die Ausführungen fokussieren auf wesentliche und signifikante Ergebnisse. Die Ergebnisse der Studie „Benchmark Integrierte Versorgung“ sind entsprechend des Wertkettenansatzes nach Porter (2000) strukturiert. Dieser dient der näheren Untersuchung und Herausarbeitung von Erfolgsfaktoren.

Porter gliedert - die von ihm nach Wettbewerbsvorteilen zu untersuchenden - Aktivitäten eines Unternehmens in der Reihenfolge der zu erstellenden Wertschöpfung. Dieses Basiskonzept der Wertschöpfungskette eines einzelnen Unternehmens wird auf das Analyseobjekt der Integrierten Versorgung übertragen. Bei dieser gilt es primär, die

⁷¹ Ein Index ist eine integrierte Betrachtung mehrerer Variablen.

⁷² Vgl. EVANSCHITZKY (2003), S. 59, EVANSCHITZKY/STEIFF (2002), S. 190 und EISELE (1995), S. 94.

⁷³ Vgl. FRITZ (1992), S. 225f. Grundsätzlich ist ein Index ein nur einfaches, grobes Instrument zur Erfassung von Sachverhalten.

⁷⁴ Vgl. EVANSCHITZKY/STEIFF (2002), S. 190 und FRITZ (1992), S. 224.

⁷⁵ Die Faktorladung wurde im Rahmen einer Faktoranalyse ermittelt. Die Faktorladung gibt an, wie viel ein Faktor/eine Variable, z.B. Produktionskosten, mit einem Ausgangsindikator, z.B. Routine in einem Behandlungsprozess, zu tun hat. Faktorladungen sind im mathematisch-statistischen Sinne eine Maßgröße für den Zusammenhang zwischen Variable und Indikator, d.h. ein Korrelationskoeffizient zwischen Variable und Indikator. Vgl. BACKHAUS et al. (2003), S. 278f

⁷⁶ Vgl. VERA (2006).

einzelnen Wertketten der Leistungserbringer miteinander zu verknüpfen und eine übergeordnete gemeinsam zu gestaltende Wertkette zu bilden. Dabei wird jedoch eine nähere Betrachtung im Hinblick auf Wettbewerbsvorteile ausgeblendet.

Bei den wertschöpfungsbezogenen Tätigkeiten im Rahmen einer Wertkette eines Unternehmens bzw. Leistungserbringers in der Integrierten Versorgung wird zwischen primären und unterstützenden (sekundären) Aktivitäten unterschieden (siehe Abbildung 7): *Primäre Aktivitäten* sind jene, die die Versorgung des Patienten mit medizinischen Behandlungen, ausgelöst von den Leistungserbringern, darstellen. Zu den primären Aktivitäten der gemeinsamen Wertkette einer Integrierten Versorgung gehören direkte Aktivitäten der Prävention, der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege durch die einzelnen Leistungserbringer. *Unterstützende* bzw. *sekundäre Aktivitäten* dienen der Förderung und Unterstützung der primären Aktivitäten und der gesamten Geschäftstätigkeit.⁷⁷ Sie stellen somit auf die – im Folgenden zu beschreibenden – Erfolgsfaktoren einer Integrierten Versorgung ab.⁷⁸ Nur durch ein effizientes Zusammenspiel der Faktoren kann das Ziel einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit erreicht werden. Zu den sekundären Aktivitäten der Wertkette eines einzelnen Unternehmens bzw. Leistungserbringers zählen nach Porter die (Unternehmens-)Infrastruktur, die Beschaffung von Inputs, die Technologieentwicklung und die Personalwirtschaft.⁷⁹

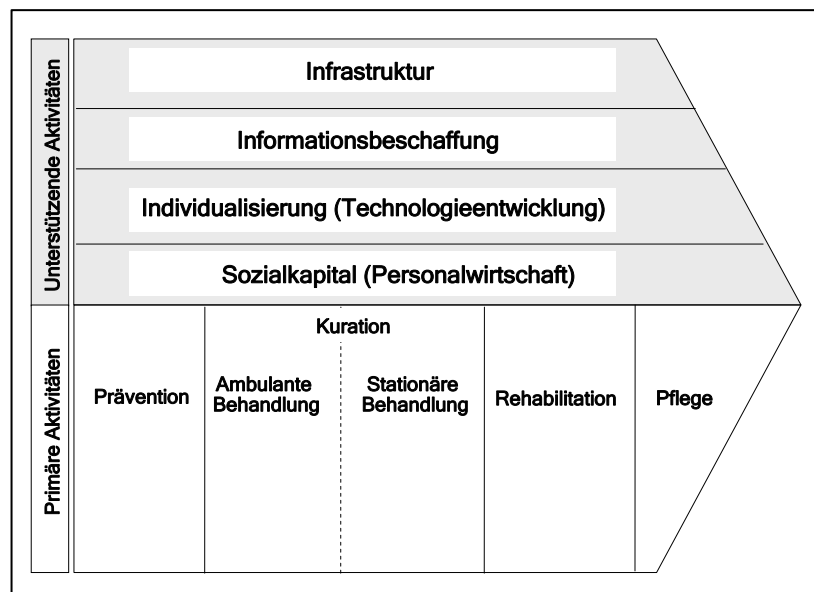


Abbildung 7: Wertschöpfungskette einer Integrierten Versorgung

5.3.1 Infrastruktur

Die Aktivitäten der *Unternehmensinfrastruktur* gliedern sich im Wesentlichen in Aktivitäten der Planung, der Finanzierung, des Controllings, der Qualitätskontrolle und des externen Rechnungswesens. D.h. es sind Aktivitäten, die die ganze Wertkette prägen

⁷⁷ Vgl. BAUM/COENENBERG/GÜNTHER (2004), S. 65.

⁷⁸ Vgl. HENZE/PÖPPL (2005), S. 225.

⁷⁹ Vgl. PORTER (2000), S. 69.

und nicht nur bei einzelnen Aktivitäten wie dem Einkauf oder Marketing anfallen.⁸⁰ Übertragen auf die Integrierte Versorgung bedeutet dies, dass Aktivitäten notwendig werden, die die gesamte Kooperation tragen und festigen. Dazu gehören die Struktur, die organisatorische Ausgestaltung sowie Festlegung und Ausführung der Kompetenzen für netzwerkübergreifende Aktivitäten wie Finanzierung und Controlling.

Detaillierte Vertragsgestaltungen legen den Grundstein der Kooperation und tragen demnach positiv zur Ausgestaltung des Erfolgsfaktors „Infrastruktur“ bei. Nur durch eine detaillierte Vertragsgestaltung können die Leistungserbringer die Ziele und den Inhalt der Kooperation verstehen und auch umsetzen. Zu einer detaillierten Vertragsgestaltung zählen das *Festlegen der Verantwortung* und *der Zuständigkeiten* der Partner, die Definition der *Anforderungen* an einen Partner sowie *eine verständliche Formulierung der Ziele und Strategien* der Integrierten Versorgung. Werden die Mittelwerte dieser Instrumente (Indikatoren) einer detaillierten Vertragsgestaltung in Abbildung 8 betrachtet, wird deutlich, dass die befragten Leistungserbringer dies auch in ihrer Integrierten Versorgung im Durchschnitt intensiv umsetzen. Große Abweichungen der Mittelwerte zwischen diesen Indikatoren der Infrastruktur liegen nicht vor.

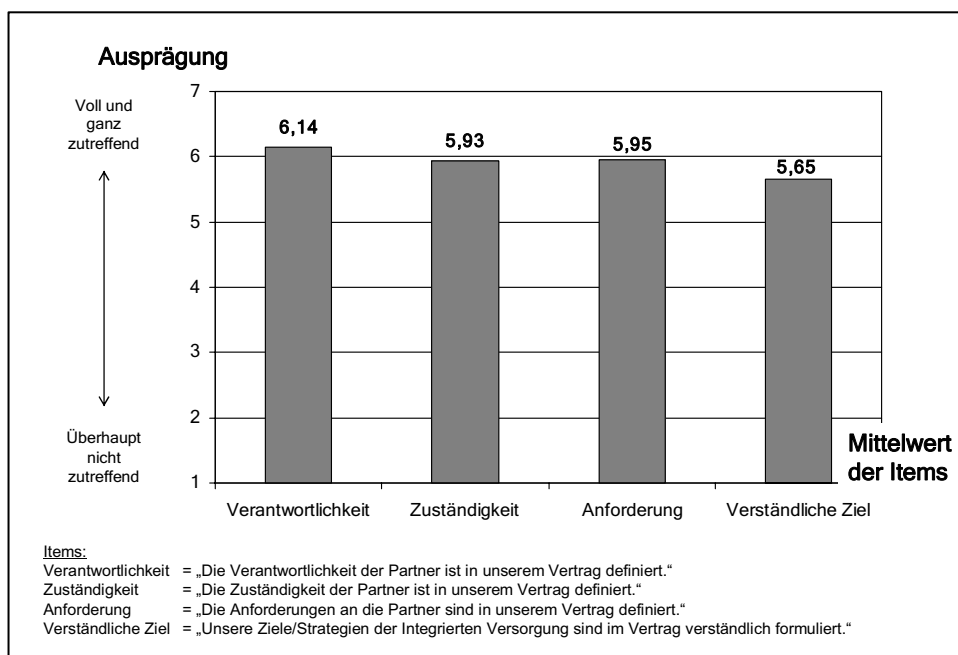


Abbildung 8: Erfolgsfaktor Infrastruktur

In Tabelle 5 sind die Ergebnisse der Analyse des Zusammenhangs zwischen den Ausgestaltungsfaktoren (Erfolgsfaktoren) und den Ergebnisfaktoren bzw. den Ergebnisindizes dargestellt. Die gesamte Stichprobe wird je Ergebnisfaktor bzw. Index gemäß seiner Ausprägungen (hoch/niedrig)⁸¹ in zwei Gruppen unterteilt. Für jede Gruppe wird der

⁸⁰ Vgl. PORTER (2000), S. 74.

⁸¹ Ausprägungen der Ergebnisindizes: Niedrige/hohe Transaktionskosten, niedrige/hohe Produktionskostensenkung, niedrige/hohe Qualität aus Sicht der Leistungserbringer und niedrige/hohe Qualität aus Sicht der Patienten.

Mittelwert des Erfolgsfaktors ermittelt. Die Mittelwerte sind in Spalte 3 und 5 aufgezeigt. Die Differenzen der Mittelwerte sind zur Plausibilisierung in Spalte 6 angeführt. Die Ergebnisse des Mann-Whitney-Tests, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen den einzelnen Erfolgsfaktoren und den Ergebnisfaktoren bzw. den Indizes existiert, sind in Tabelle 5 in den letzten beiden Spalten dargestellt.⁸²

Index	Erfolgsfaktor		Mittelwert des Erfolgsfaktors bei Indexausprägung...				Mann-Whitney-Test	
			niedrig (μ_n)	<	hoch (μ_h)	Differenz	Z	Signifikanz
Transaktionskosten	1	Verantwortlichkeit	5,93	<	6,34	0,41	-2,22	0,027
	2	Zuständigkeit	5,78	<	6,08	0,3	-2,04	0,041
	3	Anforderungen	5,86	<	6,05	0,19	-1,59	0,112
	4	Ziele verständlich	5,29	<	6,01	0,72	-2,61	0,009
Produktionskostensenkung	5	Verantwortlichkeit	5,92	<	6,38	0,46	-1,75	0,079
	6	Zuständigkeit	5,86	<	6,01	0,15	-1,05	0,292
	7	Anforderungen	5,83	<	6,09	0,26	-1,29	0,198
	8	Ziele verständlich	5,36	<	5,97	0,61	-2,01	0,044
Qualität Leistungserbringer	9	Verantwortlichkeit	5,89	<	6,36	0,47	-1,61	0,108
	10	Zuständigkeit	5,70	<	6,14	0,44	-1,75	0,079
	11	Anforderungen	5,78	<	6,11	0,33	-1,12	0,264
	12	Ziele verständlich	5,51	<	5,77	0,26	-0,94	0,345
Qualität Patient	13	Verantwortlichkeit	5,90	<	6,62	0,72	-3,21	0,001
	14	Zuständigkeit	5,75	<	6,30	0,55	-2,70	0,007
	15	Anforderungen	5,64	<	6,57	0,93	-4,24	0,000
	16	Ziele verständlich	5,36	<	6,22	0,86	-3,19	0,001

Legende: Z = empirischer Wert der Standardnormalverteilung

Tabelle 5: Mittelwertdifferenzen der Indikatoren „Infrastruktur“

Dass eine detaillierte Vertragsgestaltung, eine *verständliche Zielsetzung* und *eindeutige Strategien* im Vertrag die Qualität und Kosten positiv beeinflussen, zeigen auch die Ergebnisse der Studie im Rahmen des Mittelwertvergleiches (siehe Tabelle 5): Sind die Ziele und Strategien der Integrierten Versorgung im Vertrag verständlich formuliert, fällt die Koordinations- und Informationsintensität höher aus, die Produktionskosten sinken stärker und die Patienten schätzten die Qualität der Versorgung insgesamt positiver ein.⁸³

⁸² Die folgenden Tabellen 7-11 entsprechen dem Aufbau der Tabelle 5.

⁸³ Im Durchschnitt sind - laut Einschätzung der Befragten - die Ziele und Strategien im Integrationsvertrag bei einer höheren Koordinations- und Informationsaustauschintensität verständlicher formuliert (siehe Tabelle 5, Spalten 3 und 5, Zeile 4: $\mu_n=5,29 < \mu_h=6,01$). Auch bei einer höheren Produktionskostensenkung ist die durchschnittliche Verständlichkeit der Ziel- und Strategiesetzung im Integrationsvertrag stärker gegeben ($\mu_n=5,36 < \mu_h=5,97$), sowie bei der positiven Qualitätsbeurteilung aus Sicht der Patienten ($\mu_n=5,36 < \mu_h=6,22$).

Festgelegte Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten der Partner in dem Integrierten Versorgungsvertrag haben die Koordinations- und Informationsaustauschintensität stärker erhöht.⁸⁴ Begründet werden kann dies damit, dass die Partner besser wissen, wer Ansprechpartner für ihr Problem bzw. ihr Anliegen ist oder welchen Beitrag sie zur Wertschöpfung im Rahmen der gemeinsamen Behandlung leisten. Zum einen kann eine Koordination und ein Informationsaustausch zwischen den Partnern so zielgerichteter gestaltet werden. Zum anderen kann die gesamte Qualitätswahrnehmung der Patienten - ergänzend insbesondere durch *festgelegte Anforderungen* der Partnern im Kooperationsvertrag - gefördert werden, da die Patienten zielgerichtet zum nächst optimalen Leistungserbringer in der Behandlungskette überwiesen werden.⁸⁵ Die Gefahr eines Austestens von Leistungserbringern und damit eine mögliche Fehlüberweisung kann reduziert oder sogar verhindert werden.

5.3.2 Informationsbeschaffung

Die Aktivitäten der *Beschaffung* umfassen die Funktion des Einkaufes der verwendeten Inputs in der Wertkette. Diese Aktivität ist jedoch nicht mit den gekauften Inputs selber zu verwechseln.⁸⁶

Damit die Leistungserbringer in der Integrierten Versorgung gemeinsam die Gesundheitsversorgung erstellen können, bedarf es den Austausch von Informationen über eine Vielzahl an Details. Hierzu zählt bspw. die allgemeine Patientenhistorie, die bereits durchgeführten Behandlungsaktivitäten der Leistungserbringer etc. Der Indikator Informationsbeschaffung misst, wie sich die Partner in der Integrierten Versorgung ihre Informationen beschaffen oder die Informationen von ihren Partnern erhalten. Es stellen sich die Fragen: Wie erhält der Leistungserbringer von seinen Partnern die Informationen über den Patienten und seine Patientenhistorie? Wie kann er sich diese Inputs beschaffen? Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, damit der Leistungserbringer die Inputs von seinem Partner bekommt?

Berücksichtigt werden im Rahmen des Erfolgsfaktors „Informationsbeschaffung“ der Partner in der Integrierten Versorgung zwei grundlegende Unterscheidungsmerkmale. Zum einen geht es darum, in welchem Ausmaß die Partner einem *gemeinsamen IT-System angeschlossen* sind und zum anderen in welchem Grad die Partner die *Informationen informell* übermittelt bekommen oder nachfragen. Werden alle Mittelwerte des Erfolgsfaktors Informationsbeschaffung betrachtet, wird deutlich, dass jeder Indikator von den Befragten per se nicht hoch eingeschätzt wurde. Das heißt, dass die Part-

⁸⁴ Dieser Zusammenhang zwischen einer intensiveren Festlegung der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten der Partner auf der einen Seite und einem höheren Grad an Koordination und Informationsaustausch auf der anderen Seite ist in Tabelle 5 durch die Mittelwertvergleiche in den Spalten 3 und 5, Zeile 1 ($\mu_n=5,93 < \mu_h =6,34$) und Zeile 2 ($\mu_n=5,78 < \mu_h=6,08$) abgebildet.

⁸⁵ Diese Zusammenhänge werden in Tabelle 5 durch die Mittelwertvergleiche in den Spalten 3 und 5, je Zeile 13-16 deutlich.

⁸⁶ Vgl. PORTER (2000), S. 72f.

ner nur in einem geringen Ausmaß an einem gemeinsamen IT-System angeschlossen sind sowie dass sie nicht überdurchschnittlich hoch informell kommunizieren (siehe Abbildung 9).

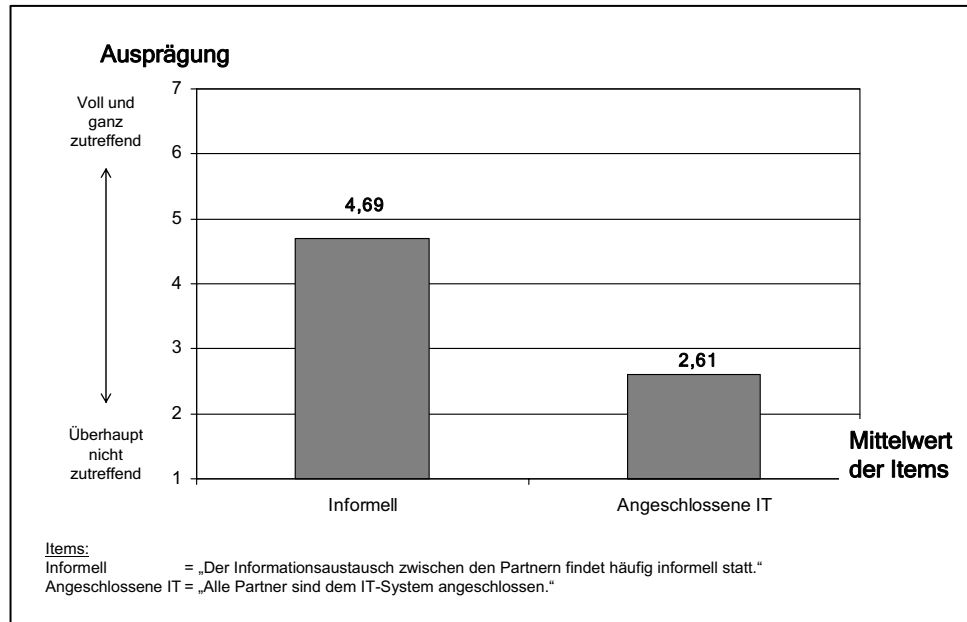


Abbildung 9: Erfolgsfaktor Informationsbeschaffung

Ein anschließender Mittelwertvergleich zwischen erfolgreichen und weniger erfolgreichen Integrierten Versorgungsnetzwerken bezüglich des Indikators *IT-Systeme* weist zwar keine Signifikanz auf (siehe Tabelle 7, Spalte 8), zeigt allerdings Folgendes: Auf den ersten Eindruck scheint es verwunderlich, dass gerade bei den Integrierten Versorgungsnetzwerken, die eine hohe Koordinations- und Informationsaustauschintensität (Transaktionskostenindex) aufweisen, sich durchschnittlich in einem geringeren Masse alle Partner an ein IT-System angeschlossen haben. Erklärt werden kann dieses damit, dass IT-Systemen von den Leistungserbringern per se eine große Skepsis entgegen gebracht wird. Eine hohe Ausprägung des Anschlusses an gemeinsamen IT-Systemen ist u.A. durch die Durchführung von Internetkonferenzen gekennzeichnet. Die Integrierten Versorgungsnetzwerke, die mit Internetkonferenzen arbeiten, weisen eine höhere IT-Angeschlossenheit auf als jene ohne ($\mu_{\text{Internetkonferenzen}} = 4,25 > \mu_{\text{keineInternetkonferenzen}} = 2,55$). Häufig werden bei den Integrierten Versorgungsnetzwerken mit einer niedrigen IT-Angeschlossenheit Telefonate geführt ($\mu_{\text{Telefonate}} = 2,55 < \mu_{\text{keineTelefonate}} = 2,87$). Zudem wird nicht über E-mails ($\mu_{\text{E-mails}} = 3,09 > \mu_{\text{keineE-mails}} = 2,19$), sondern über Faxe und Briefe ($\mu_{\text{Faxe/Briefe}} = 2,15 < \mu_{\text{keineFaxe/Briefe}} = 2,73$) kommuniziert (siehe Tabelle 6). Somit wird die Koordinations- und Informationsintensität überwiegend über andere Kommunikationssysteme hergestellt. Dennoch zeigen die anderen Ergebnisindizes, dass sich erhebliches Potenzial in IT-Systemen verbirgt, so dass die allmähliche Überwindung der u.U. anfänglichen Skepsis zu erwarten ist. Zudem kann der gemeinsame Aufbau eines IT-Systems viel Zeit in Anspruch nehmen. So kann es

auch sein, dass weniger die Skepsis, sondern der junge und noch teilweise mit großer Unsicherheit geprägte Zeithorizont des Integrierten Versorgungskonzeptes der Grund für eine geringe IT-Angeschlossenheit ist. Aus dem Grund, dass die Mittelwerte der Intensität der IT-Angeschlossenheit von erfolgreichen Integrierten Versorgungsnetzwerken - mit Ausnahmen beim Transaktionskostenindex - höher sind, kann angenommen werden, dass IT-Systeme dennoch einen positiven Einfluss auf den Erfolg von einer Integrierten Versorgung haben.⁸⁷

	Mittelwert der Intensität der gemeinsamen IT-Angeschlossenheit bei Integrierten Versorgungsnetzwerken, die generell...		
	...per...		...nicht per...
...Internetkonferenzen kommunizieren.	4,25	>	2,55
...Telefon kommunizieren.	2,55	<	2,87
...Email kommunizieren.	3,09	>	2,19
...Faxe, Briefe kommunizieren.	2,15	<	2,73

Tabelle 6. Vergleich der Kommunikationsinstrumente

Darüber hinaus kann ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Grad des *informellen Austausches* und Produktionskostensparnissen zum einen und einer erhöhten Qualität aus Sicht der Patienten zum anderen festgestellt werden (siehe Tabelle 7).⁸⁸ Ein informeller Informationsaustausch kann schnell durchgeführt werden. Kurzfristig auftretende Probleme können so u. U. einfach gelöst werden. Auch ein Informationsaustausch (über rein behandlungsrelevante Fakten) wird vereinfacht, ebenso ein solcher, der gegenseitige Kritik sowie Ratschlägen etc. enthält. So kann die Zusammenarbeit gefestigt werden. Die Leistungserbringer können das Gefühl eines Involviertseins in die gemeinsame Leistungserstellung erhalten, was auch die tatsächliche gemeinsame Leistungserstellung integrieren kann. Zudem kann ein informeller Informationsaustausch Vertrauen im Netzwerk widerspiegeln und den Patienten ein positives Signal in Bezug auf die angebotenen Gesundheitsdienstleistungen vermitteln.⁸⁹

⁸⁷ Siehe hierzu Tabelle 7, Spalte 3 und 5, Erfolgsfaktor: IT-System.

⁸⁸ Die Mittelwerte des Erfolgsfaktors „informell“ nehmen bei Integrierten Versorgungsnetzwerken mit sowohl einer höheren Produktionskostensenkung ($\mu_n=4,34 < \mu_h=5,08$) als einem höheren Qualitätsniveau aus Sicht der Patient ($\mu_n=4,38 < \mu_h=5,30$) einen größeren Wert an, als bei Integrierten Versorgungsnetzwerken mit geringen Produktionskostensenkungen und einer geringen Qualitätsniveaueinschätzung aus Sicht der Patienten (siehe Tabelle 7, Spalte 3 und 5, je Zeile 3 und 7).

⁸⁹ Vgl. den Zusammenhang zwischen Erfolgsfaktor „informell“ und Ergebnisindex „Qualität Patient“ im Rahmen des Mittelwertvergleichs ($\mu_n=4,38 < \mu_h=5,30$), Tabelle 7, Spalte 3 und 5, Zeile 7.

Index	Erfolgsfaktor		Mittelwert des Erfolgsfaktors bei Indexausprägung...				Mann-Whitney-Test	
			niedrig (μ_n)		hoch (μ_h)	Differenz	Z	Signifikanz
Transaktionskosten	1	informell	4,39	<	4,98	0,59	-1,88	0,060
	2	IT-System	2,72	>	2,51	-0,21	-0,64	0,520
Produktionskosten-senkung	3	informell	4,34	<	5,08	0,74	-2,20	0,028
	4	IT-System	2,40	<	2,86	0,46	-0,96	0,335
Qualität Leistungserbringer	5	informell	4,40	<	4,95	0,55	-1,42	0,155
	6	IT-System	2,36	<	2,84	0,48	-1,19	0,233
Qualität Patient	7	informell	4,38	<	5,30	0,92	-2,58	0,010
	8	IT-System	2,56	<	2,73	0,17	-0,41	0,683

Legende: Z = empirischer Wert der Standardnormalverteilung

Tabelle 7: Mittelwertdifferenzen der Indikatoren „Beschaffung“

5.3.3 Individualisierung

Die dritten Aktivitäten der *Technologieentwicklung* umfassen bei Porter jene, die eine Produkt- und Verfahrensverbesserung anstreben.⁹⁰ Sie reichen von der Dokumentenausfertigung und vom Gütertransport bis zu einer im Produkt selbst verkörperten Technologie. Im Gesundheitswesen bedarf es im Idealfall eine individuell auf den Patienten zugeschnittene Gesundheitsversorgung.⁹¹ Im Rahmen der Integrierten Versorgung wird versucht, dem Patienten eine leistungserbringerübergreifende Gesundheitsversorgung anzubieten, die den individuellen Anforderungen an die Krankheit oder/und den Patienten entspricht. Die bisher funktionale Organisationsstruktur⁹² wird durch die prozess- und patientenorientierte Betrachtung abgelöst.⁹³ Im Vergleich zur traditionellen Gesundheitsversorgung stellt diese patienten-individuelle Behandlung über die Leistungserbringergrenzen hinweg eine Verfahrensverbesserung dar, die unterschiedliche Ausmaße annehmen kann.

In diesem Zusammenhang stellen sich folgende Fragen, nämlich welche Voraussetzungen und Aktivitäten der Leistungserbringer fördern die Individualisierung der Behandlung und welcher Individualisierungsgrad ist sinnvoll und anzustreben?

⁹⁰ Vgl. PORTER (2000), S. 73.

⁹¹ Dass der Patient die Gesundheitsversorgung positiv bewertet, wird in Zukunft aus Sicht der Leistungserbringer eine zunehmend wichtigere Rolle einnehmen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich der Markt für Versorgungsleistungen von einem Verkäufer- zu einem Käufermarkt wandeln wird, da vermehrt Zuzahlungen und Eigenleistungen von den Patienten gefordert werden. Die zunehmenden Entscheidungsräume und das steigende Informationsinteresse der Patienten über die Leistungserbringung drängen Ärzte und Krankenhäuser dazu, den Patienten als Kunden anzuerkennen und ihn demgemäß zu behandeln.

⁹² Vgl. PICOT/REICHWALD/WIGAND (2003), S. 248.

⁹³ Vgl. MEFFERT/BRUHN (2000) S. 142.

Individualisierung im Behandlungsprozess

Das Arbeiten mit *evidenzbasierten Leitlinien* und *Qualitätszirkeln* sowie das *Einholen von Zweitmeinungen* im gemeinsamen Patientenbehandlungsprozess zielen insbesondere darauf ab, dem Patienten eine auf ihn zugeschnittene, leistungserbringerübergreifende Gesundheitsversorgung anzubieten. Sie werden somit als Indikatoren für den Erfolgsfaktor Individualisierung im Behandlungsprozess gesehen.

Evidenzbasierte Leitlinien sind Entscheidungshilfen für Leistungserbringer in der Integrierten Versorgung, die sich mit der Versorgung eines definierten Krankheitsbildes beschäftigen. Diese Leitlinien sind systematisch nach einer wissenschaftlichen Methode erstellt und müssen eine Vielzahl an Qualitätsindikatoren wie Validität, klinische Flexibilität und Reliabilität erfüllen.⁹⁴ In der Vergangenheit haben Leitlinien ihr medizinisches und ökonomisches Nutzenpotenzial schon häufig beweisen können. Das Verwendungsumfeld von evidenzbasierten Leitlinien ist sehr vielschichtig, so dass neben einem standardisierten Vorgehen Individuallösungen mit den jeweils lokalen Anpassungen anzustreben sind. Dies soll die Praktikabilität und Akzeptanz der evidenzbasierten Leitlinien gewährleisten.⁹⁵

Nach dem Institute of Medicine (1990) werden Leitlinien definiert als „Systematically developed statements to assist practitioners and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances“⁹⁶. Diese Definition hat sich international inzwischen durchgesetzt.

Mittels der Leitlinien werden Handlungsempfehlungen, insbesondere für Prävention, Diagnostik und Therapie, u.U. auch für Prophylaxe oder Rehabilitation eines Krankheitsfalles gegeben, die für die individuelle Patientenbehandlung die Basis bilden.⁹⁷ Evidenzbasierte Leitlinien sollen zu einer kontinuierlichen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung beitragen.⁹⁸ Die befragten Teilnehmer von Integrierten Versorgungsnetzwerken arbeiten zum Großteil relativ intensiv mit evidenzbasierten Leitlinien ($\mu=5,52$, siehe Abbildung 10).

Ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen Integrierten Versorgungsnetzwerken, die Leitlinien einsetzen, liegt im Vergleich zu jenen die Leitlinien nicht verwenden beim Produktionskostenindex vor (siehe Tabelle 8)⁹⁹. D.h. Integrierte Versorgungsnetzwerke, die mit Leitlinien arbeiten weisen eine stärkere Reduktion der Produktionskosten gegenüber Netzen auf, die keine Leitlinien einsetzen. Dieser Zusammenhang

⁹⁴ Siehe hierzu FIELD/LOHR (1992), S. 30.

⁹⁵ Vgl. STOCK/REDAELLI/LAUTERBACH (2005), S. 72f

⁹⁶ FIELD/LOHR (1990), S. 8.

⁹⁷ Vgl. STOCK/REDAELLI/LAUTERBACH (2005), S. 73.

⁹⁸ Vgl. STOCK/REDAELLI/LAUTERBACH (2005), S. 71.

⁹⁹ Die Produktionskostensparnisse sind bei Integrierten Versorgungsnetzwerken, die im Durchschnitt intensiver mit Leitlinien arbeiten höher (siehe Tabelle 8, Spalte 3 und 5, Zeile 4, $\mu_n=5,17 < \mu_n=5,90$).

lässt sich damit erklären, dass durch Leitlinien die Ressourcen zur Behandlung in ihre effizienteste Verwendung eingesetzt werden und sich so die Produktionskosten reduzieren können. Ein negativer Zusammenhang wird zwischen Leitlinien und dem Qualitätsindex aus Leistungserbringersicht deutlich. Dieser ist jedoch nicht signifikant (Signifikanz = 0,817, Tabelle 8, Spalte 8, Zeile 7). Von den verschiedensten Interessenskreisen werden medizinische Handlungsempfehlungen entwickelt und empfohlen. Diese medizinischen Handlungsempfehlungen treten unter zahlreichen Bezeichnungen wie Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen auf. Der Begriff Leitlinien ist kein geschützter Begriff, so dass dieser Begriff keinem Qualitätssiegel gleicht.¹⁰⁰ Es ist somit möglich, dass dieser Begriff für Handlungsempfehlungen verwendet wird, die jedoch keine positiven Effekte erzeugen. Für die Leistungserbringer, die die Leitlinien in ihrem Behandlungsprozess verwenden, ist die Qualität jedoch vor Anwendung dieser zumeist nicht direkt nachweisbar. Vielmehr vertrauen sie häufig auf die Vorteile der verwendeten Leitlinien. So kann es vorkommen, dass aufgrund der Vielzahl an medizinischen Handlungsempfehlungen die Leistungserbringer Leitlinien heranziehen, die die medizinisch-objektive Qualität weniger oder nicht gravierend ansteigen lassen. Die vorhandene Intransparenz resultiert zudem häufig in Missverständnissen und in Vorbehalten gegenüber Leitlinien, so dass Leitlinien kaum oder nicht adäquat implementiert werden. Es bedarf u.U. Zeit bis sich die Erfolge durch die evidenzbasierten Leitlinien abzeichnen und sich Qualität steigernde von weniger Qualität steigernden Leitlinien unterscheiden lassen.

Das *Einholen von Zweitmeinungen* kann sich sowohl auf kostenintensive, spezielle Arzneimittel als auf ein Genehmigungsverfahren vor terminierbaren Eingriffen in der Integrierten Versorgung beziehen.¹⁰¹ Kostenintensive, spezielle Arzneimittel sind seit dem 1. April 2007 mit der Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) nur in Abstimmung mit fachlich ausgewiesenen Ärzten zu verordnen. Im Folgenden soll aber auf das optionale - von den Leistungserbringern in der Integrierten Versorgung geregelte - Einholen von Zweitmeinungen bei der Patientenbehandlung eingegangen werden. Die Partner können festlegen, dass z. B. vor einer Krankenhauseinweisung oder einer speziellen Operation Zweitmeinungen von einem weiteren Leistungserbringer einzuholen sind. Dies kann zudem separat vergütet werden, um Anreize zur Umsetzung zu implementieren. Bspw. kann eine Versicherung ihren Versicherten die Möglichkeit im Rahmen der Integrierten Versorgung anbieten, sich vor bestimmten operativen Eingriffen noch eine Zweitmeinung von einem anderen Arzt anzuhören. Zweitmeinungen werden noch relativ wenig genutzt, sieht man sich die Ergebnisse bzw. den Mittelwert der Befragung an ($\mu=4,04$, siehe Abbildung 10).

Die Einführung von *Zweitmeinungen* in der Integrierten Versorgung hat einen positiven Zusammenhang zu den Ergebnisindizes (siehe Tabelle 8). Mit Ausnahme des Quali-

¹⁰⁰ Vgl. KIRCHNER/OLLENSCHLÄGER (2003), S. 66.

¹⁰¹ Vgl. HENKE (2006), S. II/12 und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG).

tätsindex aus Leistungserbringerperspektive sind diese Zusammenhänge signifikant. Es kann gefolgert werden, dass Zweitmeinungen zu einer Intensivierung der Kooperation beitragen können, die sowohl die Kosten reduzieren als auch die Qualität ansteigen lassen kann.¹⁰²

Qualitätszirkel stellen ein weiteres Instrument zur Förderung der Qualität in der Integrierten Versorgung dar. Qualitätszirkel sind (Klein-)Gruppen von Leistungserbringern, die zusammenwirken, um sich über fachliche Erfahrungen auszutauschen und Fortbildungen zu betreiben. Qualitätszirkel können freiwillig im Rahmen der Integrierten Versorgung organisiert oder verbindlich festgelegt werden. Die häufig fallbezogenen und dokumentationsgestützten Grenzanalysen (des Behandlungsalltages) in Kleingruppen überschreiten zumeist traditionelle und gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungen.¹⁰³

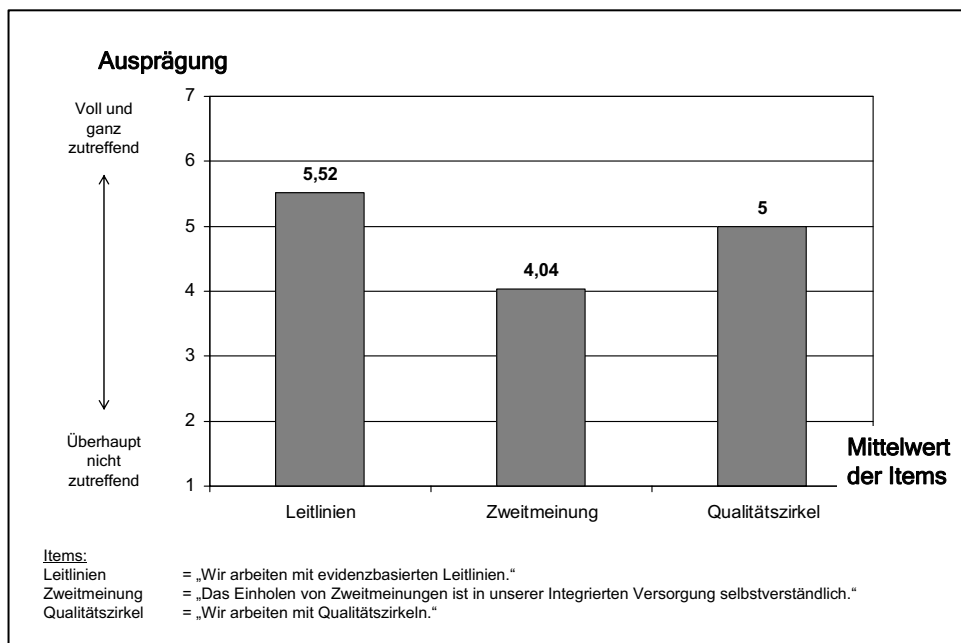


Abbildung 10: Erfolgsfaktor Individualisierung - Behandlungsprozess

Lediglich 11 von 110 Befragten antworteten, dass sie nicht mit Qualitätszirkeln arbeiten. 20 % der Befragten bekommen sogar die Teilnahme an Qualitätszirkeln extra vergütet. Zu Qualitätszirkel treffen sich die Befragten in der Integrierten Versorgung am häufigsten ein- bis zweimal pro Quartal (36 %) und einmal im Monat (22 %). Mindestens einmal pro Woche (einmal im halben Jahr) kommt nur bei 6 % (14 %) der Befragten vor. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit und der zusätzlichen Vergütung von Qualitätszirkeln konnte nicht gefunden werden. Dennoch liegt ein signifikant positiver Zusammenhang hinsichtlich der Qualität aus Sicht der Leistungserbrin-

¹⁰² Diese Zusammenhänge werden in Tabelle 8 durch die Mittelwertvergleiche in den Spalten 3 und 5, je Zeile 2, 5, 8 und 11 deutlich.

¹⁰³ Vgl. SPECKE (2005), S. 469.

ger bei den Indikatoren: Wartezeit, Verweildauer und Folgekrankheiten vor. Das Arbeiten mit Qualitätszirkeln fällt überdurchschnittlich intensiv aus ($\mu=5$, siehe Abbildung 10).

Qualitätszirkel können gemäß den Studienergebnissen die Produktionskosten reduzieren (siehe Tabelle 8).¹⁰⁴ In den Qualitätszirkeln lernen sich die Partner näher kennen, so dass Kommunikationsstrukturen geschaffen werden, die es einfacher machen, relevante Informationen an die mitbehandelnden Leistungserbringer weiterzuleiten. Der Behandlungsprozess kann schneller und effizienter ablaufen und es können gleichzeitig Produktionskosten insbesondere in Form von Arbeitszeit reduziert werden.

Index	Erfolgsfaktor		Mittelwert des Erfolgsfaktors bei Indexausprägung...				Mann-Whitney-Test	
			niedrig (μ_n)		hoch (μ_h)	Differenz	Z	Signifikanz
Transaktionskosten	1	Leitlinien	5,27	<	5,76	0,49	-1,81	0,070
	2	Zweitmeinung	3,36	<	4,72	1,36	-3,08	0,002
	3	Qualitätszirkel	4,67	<	5,33	0,66	-1,63	0,103
Produktionskostensenkung	4	Leitlinien	5,17	<	5,90	0,73	-2,21	0,027
	5	Zweitmeinung	3,63	<	4,50	0,87	-2,13	0,033
	6	Qualitätszirkel	4,36	<	5,71	1,35	-3,10	0,002
Qualität Leistungserbringer	7	Leitlinien	5,57	>	5,47	-0,1	-0,23	0,817
	8	Zweitmeinung	3,69	<	4,36	0,67	-1,55	0,122
	9	Qualitätszirkel	4,67	<	5,29	0,62	-1,57	0,117
Qualität Patient	10	Leitlinien	5,36	<	5,81	0,45	-1,67	0,095
	11	Zweitmeinung	3,70	<	4,72	1,02	-2,46	0,014
	12	Qualitätszirkel	4,70	<	5,59	0,89	-2,35	0,019

Legende: Z = empirischer Wert der Standardnormalverteilung

Tabelle 8: Mittelwertdifferenzen der Indikatoren „Individualisierung - Behandlungsprozess“

Insbesondere Qualitätszirkel und Zweitmeinungen können eine auf den Patienten zugeschnittene Behandlung fördern, die der Patient auch so wahrnimmt.

Individualisierung und Standardisierung im Behandlungsprozess

Die oben beschriebene Individualisierung der Patientenbehandlung im Behandlungsprozess darf allerdings nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr bedarf es einer Standardisierung und effizienten Arbeitsteilung, damit die Kosten der Individualisierung tragbar sind und eine entsprechende Nachfrage gefunden wird. Eine effiziente Arbeitsteilung, bei der sich jeder einzelne Leistungserbringer auf seine Kernkompetenzen konzentriert, stellt gemäß dem Mass Customization-Ansatz ein Wertschöpfungselement dar. Die einzelnen Wertschöpfungselemente der arbeitsteilig organisierten Leistungserbringer sind entsprechend des Nachfragerwunsches zu kombinieren. Der Vorgang

¹⁰⁴ Dieser Zusammenhang wird in Tabelle 8 durch den Mittelwertvergleich in den Spalten 3 und 5, Zeile 6 ($\mu_n=4,36 < \mu_h=5,71$) deutlich.

der Kombination wiederum findet größtenteils standardisiert statt, z.B. vorgeschriebene Prozessabläufe in Behandlungspfaden.

Diese Strategie der Mass Customization stellt im Hinblick auf das ausgeprägte Effizienz- und Qualitätsstreben eine mögliche Konzeption dar, die die beiden nach Porter (2000) generischen Wettbewerbsstrategien der Kostenführerschaft und der Differenzierung in Einklang bringen kann. Mit dem Strategietyp der Kostenführerschaft verfolgen Leistungserbringer einer Integrierten Versorgung das Ziel, der kostengünstigste Hersteller zu werden.¹⁰⁵ Mit der Strategie der Differenzierung streben die Leistungserbringer an, die Bedürfnisse entsprechend den Konsumentenwünschen derart zu befriedigen, dass sie sich von der Konkurrenz abheben und in die Position der Einmaligkeit gebracht werden.¹⁰⁶ Nach dem Mass Customization Ansatz wird der Fokus nicht auf einen der beiden Teilbereiche Kosten und Qualität gelegt, sondern die Leistungserbringer zielen darauf ab, dem Patienten eine Kombination aus kosten- und kundenorientierter Gesundheitsversorgung anzubieten. Sie streben an, eine höhere Qualität bei gleichzeitiger Reduktion der Kosten zu erzielen. Es ist bedeutsam, dass nicht davon ausgegangen wird, dass ein inhärenter Trade-off zwischen Qualität und Kosten existiert.¹⁰⁷ Qualität und Wirtschaftlichkeit sind zumeist keine konfliktären, sondern komplementäre Ziele bzw. Strategien. Eine angemessene Qualität kann gleichzeitig einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit leisten, indem bei einer hohen Qualität der Aspekt der wirtschaftlich optimalen Ressourcenverwendung berücksichtigt wird.¹⁰⁸ Bspw. können durch eine Reduzierung von Behandlungsfehlern die Qualität gesteigert und die Kosten gesenkt werden.¹⁰⁹

Dieser Arbeit wird die Definition von Piller (2000) zugrunde gelegt, nach der Mass Customization als „die Produktion von Gütern und Leistungen für einen (relativ) großen Absatzmarkt“ verstanden wird, „welche die unterschiedlichen Bedürfnisse jedes einzelnen Nachfragers dieser Produkte treffen. Die Produkte und Leistungen können dabei auch langfristig zu Preisen angeboten werden, die der Zahlungsbereitschaft von Käufern vergleichbarer massenhafter Standardprodukte entsprechen.“¹¹⁰

Auf das Gesundheitswesen übertragen, bedeutet dies, dass in Form einer Mass Customization die Integrierten Versorger jedem Patienten genau die Gesundheitsdienstleistungen anbieten können und sollten, die dem individuellen Patientenbedarf entspricht. Durch die Individualisierung sollen die Kosten der Gesundheitsversorgung jedoch nicht ansteigen, sondern konstant bleiben oder sogar sinken. Individualisierung und Standardisierung des gemeinsamen Dienstleistungsprozesses sind in einen Ausgleich zu bringen.

¹⁰⁵ Vgl. PORTER (2000), S. 39f.

¹⁰⁶ Vgl. PORTER (2000), S. 40f.

¹⁰⁷ Vgl. PORTER/TEISBERG (2006), S. 107f.

¹⁰⁸ Vgl. SPECKE (2005), S. 465.

¹⁰⁹ Vgl. PORTER/TEISBERG (2006), S. 109.

¹¹⁰ PILLER (2003), S. 190.

Der Grad der *Arbeitsteilung/Spezialisierung* in den befragten Integrierten Versorgungsnetzwerken fällt noch relativ gering aus (siehe Abbildung 11). Es ist davon auszugehen, dass die Potenziale der Zusammenarbeit bisher noch vergleichsweise wenig genutzt werden. Dies kann daran liegen, dass es die Leistungserbringer durch das sektorisierte Arbeiten in der traditionellen Gesundheitsversorgung gewohnt sind, ein breites Feld an Versorgungsleistungen anzubieten. Eine starke Spezialisierung hätte in der traditionellen Gesundheitsversorgung zum einen den Patientenstamm und damit das Einkommen reduzieren können und zum anderen die Abhängigkeit von Überweisungen zu anderen Leistungserbringern ohne Kooperationsvertrag eventuell erhöht. Im Rahmen der Integrierten Versorgung kann das Risiko der Abhängigkeit hingegen reduziert werden. *Individualisierung* und *Standardisierung* stellen in der Integrierten Versorgung stets Komplementäre dar. Beide Indikatoren nehmen in der Befragung einen in etwa gleich hohen Mittelwert an.

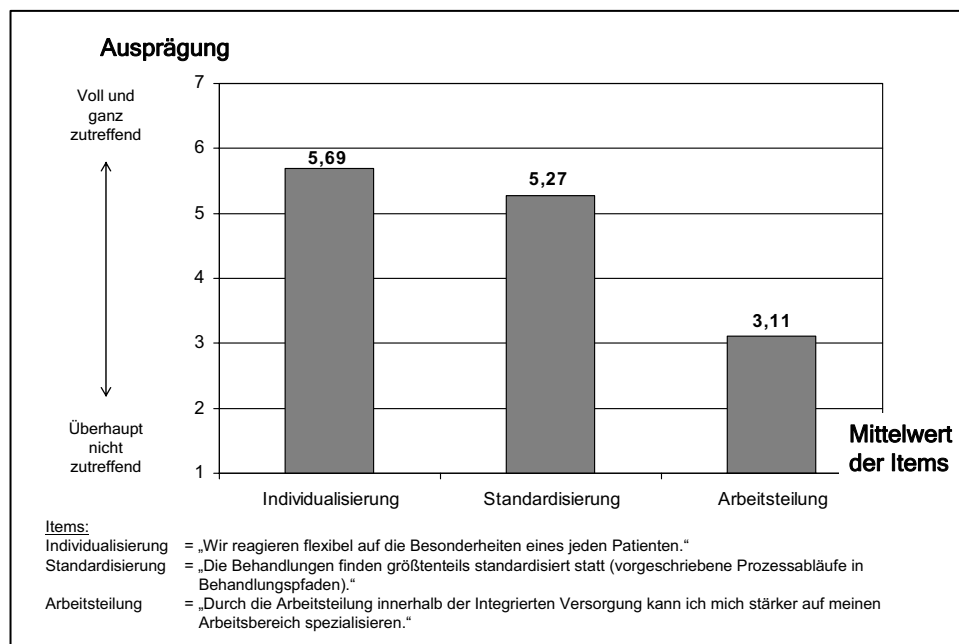


Abbildung 11: Erfolgsfaktor Individualisierung - Standardisierung/Individualisierung

Gemäß den ersten Ergebnissen führt eine hohe *Arbeitsteilung* und eine damit verbundene *Patientenindividualisierung* zu einer hohen Koordinations- und Informationsaustauschintensität (siehe Tabelle 9).¹¹¹ Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Leistungserbringer in einer Integrierten Versorgung stärker miteinander koordinieren müssen, wenn sie flexibel auf die Besonderheiten eines jeden Patienten reagieren möchten und in Folge die Arbeitsteilung ausgeprägter ist.

¹¹¹ Diese Zusammenhänge werden in Tabelle 9 durch die Mittelwertvergleiche in den Spalten 3 und 5, je Zeile 1 und 3 deutlich.

Die Produktionskosten sinken jedoch gleichzeitig durch eine stärkere *Arbeitsteilung* und *Standardisierung*.¹¹² Die Leistungserbringer führen mehrfach ähnliche Behandlungsschritte durch und werden mit jedem Krankheitsfall auf ihrem Gebiet schneller und effizienter. Zudem kann mit der Arbeitsteilung verbunden sein, dass die objektive medizinische Qualität steigt, da die einzelnen Leistungserbringer ihre Kernkompetenzen weiter entwickeln und sich Behandlungsfehler bei gleichzeitig schnellerem Arbeiten reduzieren können. Die Patienten schätzen diese Art der Gesundheitsversorgung in der vorliegenden Erhebung positiv ein. Diese Ergebnisse liefern wiederum erste Hinweise darauf, dass sich die Qualität und die Kosten der Gesundheitsversorgung gleichzeitig positiv verändern können, wenn der Behandlungsprozess in der Integrierten Versorgung entsprechend ausgestaltet ist.

Index	Erfolgsfaktor		Mittelwert des Erfolgsfaktors bei Indexausprägung...			Mann-Whitney-Test		
			niedrig (μ_n)		hoch (μ_h)	Differenz	Z	Signifikanz
Transaktionskosten	1	Patienten-individualisierung	5,27	<	6,11	0,84	-2,62	0,009
	2	Standardisierung	5,00	<	5,53	0,53	-2,36	0,018
	3	Arbeitsteilung	2,72	<	3,50	0,78	-2,16	0,031
Produktionskosten-senkung	4	Patienten-individualisierung	5,62	<	5,76	0,14	-0,55	0,585
	5	Standardisierung	4,53	<	6,08	1,55	-4,70	0,000
	6	Arbeitsteilung	2,62	<	3,65	1,03	-2,88	0,004
Qualität Leistungserbringer	7	Patienten-individualisierung	5,55	<	5,80	0,25	-0,61	0,544
	8	Standardisierung	4,99	<	5,51	0,52	-1,56	0,119
	9	Arbeitsteilung	2,71	<	3,47	0,76	-2,24	0,025
Qualität Patient	10	Patienten-individualisierung	5,46	<	6,13	0,67	-1,87	0,062
	11	Standardisierung	4,90	<	5,99	1,09	-3,84	0,000
	12	Arbeitsteilung	2,84	<	3,65	0,81	-1,93	0,053

Legende: Z = empirischer Wert der Standardnormalverteilung

Tabelle 9: Mittelwertdifferenzen der Indikatoren „Individualisierung - Standardisierung/ Individualisierung“

Individualisierung durch eine aktive Patientenintegration im Behandlungsprozess

Der Patient durchläuft als externer Akteur die komplette Dienstleistungskette und somit den gesamten Pfad der Wertschöpfung der Integrierten Versorgung. Er ist stets in den Behandlungsprozess involviert. In welchem Ausmaß die Beteiligung am Behandlungsprozess stattfindet, kann von der Integrierten Versorgung selber festgelegt werden.¹¹³

¹¹² Diese Zusammenhänge werden in Tabelle 9 durch die Mittelwertvergleiche in den Spalten 3 und 5, je Zeile 5 und 6 deutlich.

¹¹³ Vgl. KREUZPAINTER (2003), S. 53 und CASPAR (2003), S. 42. Integrierte Versorgungsnetzwerke sind Dienstleistungsnetzwerke. Letztere unterscheiden sich von Netzwerken im Pro-

Dementsprechend unterschiedlich müssen die Schnittstellen zwischen Leistungserbringern und Patienten gestaltet werden. Die Leistungserbringer in einer Integrierten Versorgung müssen festlegen in welchem Ausmaß wo, wann und wie (als Mitproduzent oder als Informant) sich die Patienten an der Definition und Umsetzung der Gesundheitsdienstleistung beteiligen sollen.¹¹⁴ 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 Leistungserbringern und Patient so zu gestalten, dass eine störungsfreie, kostengünstige und reibungslose Patientenintegration erzielt wird.¹¹⁵

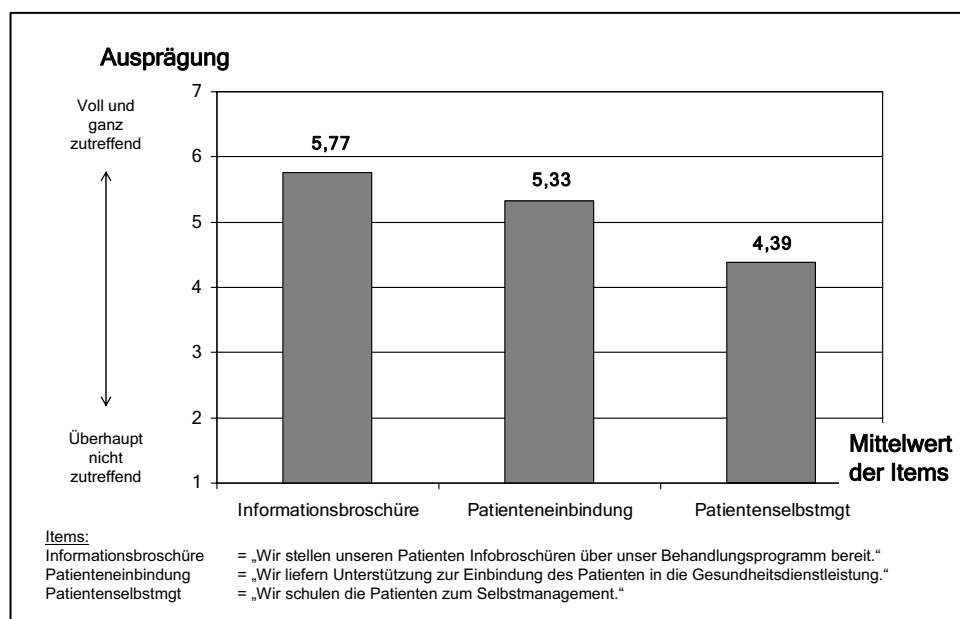


Abbildung 12: Erfolgsfaktor Individualisierung - Patientenintegration

Des Weiteren muss - insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten - bei einigen Teilen des Behandlungsprozesses festgelegt werden, inwiefern der aktive Patient die Aufgabe der Produktion übernehmen kann.¹¹⁶ Der Patient kann bei einzelnen Elementen des Behandlungsprozesses nicht nur ergänzend aktiv werden, sondern vielmehr die Aktivitäten des

duktionsgüterbereich dadurch, dass ein Unternehmen aus dem Netzwerk die Endkonfiguration übernimmt und ein anderes oder auch dasselbe für den Kundenkontakt zuständig ist. Vom Kunden wird lediglich das Unternehmen wahrgenommen, dass mit ihm in Kontakt steht. Hingegen durchläuft bei Dienstleistungsnetzwerken der Kunde die komplette Dienstleistungskette und kommt somit mit den einzelnen Unternehmen in Kontakt.

¹¹⁴ Vgl. KLEINALTENKAMP (1995), S. 80.

¹¹⁵ Als eine Methode zur Einführung der Patientenintegration wird das Blueprinting gesehen. Das Blueprinting verschafft den Anbietern und Nachfragern Transparenz über den Wertschöpfungsprozess. Die einzelnen Teilprozesse des Gesamtprozesses werden entlang der Zeitachse abgebildet. Innerhalb der Teilprozesse werden die Aktivitäten des Nachfragers und des Anbieters dargestellt. KLEINALTENKAMP (1995), S. 81.

¹¹⁶ Vgl. TOFFLER (1980), S. 276.

Leistungserbringers substituieren.¹¹⁷ Aufgabe der Leistungserbringer ist es vor diesem Hintergrund, dem Patienten Wissen über die Art und die Durchführung der Behandlung zu vermitteln, damit er in der Lage versetzt wird, Teilprozesse selbständig zu übernehmen. Beispiele dafür sind die Durchführung von Schwangerschaftstests oder die Anwendung automatischer Pulsmessgeräte.

Informationsbroschüren über das Behandlungsprogramm für Patienten, unterstützende Maßnahmen zur Patienteneinbindung und Schulungen für Patienten zum Selbstmanagement tragen dazu bei, dass sich die Unsicherheit bezüglich der Integrierten Versorgung reduzieren und Teile des Behandlungsprozesses durch Aktivitäten des Patienten ergänzen und/oder substituiert werden können. Eine Mittelwertbetrachtung der Indikatoren zeigt, dass das Ausmaß bzw. die Intensität der Aktivitäten in der Integrierten Versorgung mit dem Grad der Patientenintegration abnehmen: von den Informationsbroschüren, über die Patienteneinbindung bis zum Selbstmanagement. Vielmehr wird nach Einschätzungen der Leistungserbringer in ihrer Integrierten Versorgung durchschnittlich intensiver mit Informationsbroschüren ($\mu=5,77$) gearbeitet, als das Patienten in den Behandlungsprozess eingebunden ($\mu=5,33$), noch zum Selbstmanagement ($\mu=4,39$) geschult werden (siehe Abbildung 12).

Index	Erfolgsfaktor	Mittelwert des Erfolgsfaktors bei Indexausprägung...			Mann-Whitney-Test		
		niedrig (μ_n)	<	hoch (μ_h)	Differenz	Z	Signifikanz
Transaktionskosten	1 Informationsbroschüre	5,13	<	6,42	1,29	-4,12	0,000
	2 Patienteneinbindung	4,65	<	6,02	1,37	-4,66	0,000
	3 Patientenselbstmgt	3,74	<	5,04	1,3	-3,25	0,001
Produktionskostensenkung	4 Informationsbroschüre	5,64	<	5,92	0,28	-1,05	0,295
	5 Patienteneinbindung	5,02	<	5,68	0,66	-2,49	0,013
	6 Patientenselbstmgt	4,20	<	4,60	0,4	-1,18	0,237
Qualität Leistungserbringer	7 Informationsbroschüre	5,61	<	5,91	0,3	-1,54	0,123
	8 Patienteneinbindung	5,03	<	5,60	0,57	-2,03	0,043
	9 Patientenselbstmgt	4,25	<	4,52	0,27	-0,90	0,370
Qualität Patient	10 Informationsbroschüre	5,51	<	6,29	0,78	-2,95	0,003
	11 Patienteneinbindung	5,18	<	5,63	0,45	-2,19	0,029
	12 Patientenselbstmgt	4,36	<	4,45	0,09	-0,47	0,640

Legende: Z = empirischer Wert der Standardnormalverteilung

Tabelle 10: Mittelwertdifferenzen der Indikatoren „Individualisierung - Patientenintegration“

Der Transaktionskostenindex weist einen positiven signifikanten Zusammenhang zu den zuletzt beschriebenen Indikatoren auf (siehe Tabelle 10). Die Patienten können durch ihre *zusätzlichen, ergänzenden und substituierenden Aktivitäten* in Form bspw. eines ergänzenden Informationsaustauschprozesses die Koordinations- sowie die Informationsaustauschintensität steigern. Insbesondere weist *Selbstmanagement* erheb-

¹¹⁷ Vgl. MICHEL (1996), S. 21.

liches Potenzial auf. Integrierte Versorgungsnetzwerke mit einer hohen Koordinations- und Informationsintensität schulen ihre Patienten zum Selbstmanagement im Durchschnitt intensiver $\mu_n=5,04$ im Vergleich zu jenen, die dieses durchschnittlich gering $\mu_n=3,74$ tun (siehe Tabelle 10, Spalte 3 und 5, Zeile 3).

Darüber hinaus können *Informationsbroschüren* über die angebotenen Behandlungsprozesse zur Transparenz aus Patientensicht beitragen. Die Patienten fühlen sich als Kunden und sehen sich u.U. nicht mehr als Individuen, die sich fremdbestimmt in ein Behandlungssystem begeben. Dies kann zur Zufriedenheit der Patienten beitragen.

5.3.4 Sozialkapital

Zu den Aktivitäten der *Personalwirtschaft* eines Unternehmens zählt nach Porter das Recruiting, die Einstellung, die Aus- und Fortbildung und die Entlohnung des Personals.¹¹⁸ Insbesondere beziehen sich diese Aktivitäten der Personalwirtschaft eines Unternehmens auf das Humankapital. Übertragen auf die Integrierte Versorgung und aufgrund des Bezuges auf ein gesamtes Netzwerk muss hingegen dem Sozialkapital die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt werden. Humankapital sind Eigenschaften und Fähigkeiten der Individuen, Sozialkapital bildet sich hingegen erst durch die Beziehungen der Individuen untereinander heraus.¹¹⁹ Demnach ist Sozialkapital komplementär zum Humankapital.¹²⁰

Sozialkapital kann definiert werden als Fähigkeiten und Merkmale von sozialen Strukturen wie Vertrauen, die die Koordination und Kooperation unterstützen und fördern, um einen wechselseitigen Nutzen aus der Zusammenarbeit ziehen zu können.¹²¹ Es kann grundlegend zwischen zwei Elementen des Sozialkapitals unterschieden werden: dem strukturellen und dem inhaltlichen Sozialkapital. Die beiden Elemente weisen wiederum eine Vielzahl an Dimensionen auf. Insgesamt stellen alle Dimensionen Charakteristika einer sozialen Struktur dar, die die sozialen Interaktionen zwischen Akteuren ermöglichen bzw. erleichtern. Dies hat für die Integrierte Versorgung große Bedeutung.¹²²

Das strukturelle Element umfasst die strukturellen Eigenschaften der Integrierten Versorgung¹²³, während das inhaltliche Sozialkapitalelement eine relationale und eine kognitive Dimension aufweist. Die relationale Dimension von Sozialkapital wirkt sich

¹¹⁸ Vgl. PORTER (2000), S. 74.

¹¹⁹ Vgl. RIPPERGER. (2003), S. 165.

¹²⁰ Vgl. RIEMER (2005), S. 58.

¹²¹ Vgl. PUTNAM (1995), S. 67.

¹²² Vgl. NAHAPIET/GHOSHAL (1998), S. 243f.

¹²³ Vgl. NAHAPIET/GHOSHAL (1998), S. 244. Das strukturelle Element wird in der vorliegenden Arbeit in diesem Abschnitt ausgeblendet, da es insbesondere starke von schwachen Beziehungen im Netzwerk durch bereits schon in anderen Erfolgsfaktoren beschriebenen Indikatoren und Merkmalen der Integrierten Versorgung trennt. In diesem Abschnitt werden gemäß der Sozialkapitaltheorie jene Kriterien verwendet, die spezifische Formen von Sozialkapital in der Beziehung auszeichnen. Hierzu zählen etwa Vertrauen und gemeinsame Ansichten. Demnach lassen sich somit starke von schwachen Beziehungen durch die im Folgenden zu beschreibenden inhaltlichen Dimensionen erklären. Vgl. RIEMER (2005), S. 133.

positiv auf die Motivation von Akteuren aus.¹²⁴ Zu dieser Dimension gehören speziell für die Integrierte Versorgung *Vertrauen, Verpflichtungen und Erwartungen (Reziprozität), Identifikation und Identität*.¹²⁵ Die kognitive Dimension von Sozialkapital umfasst das gegenseitige Verständnis und gemeinsame Verstehen von Leistungserbringern in der Integrierten Versorgung. Dieses kann erst eine effektive Kommunikation, komplexe Interaktionen und gemeinsame wissensbasierte Behandlungen des Patienten ermöglichen. Die kognitive Dimension bezieht sich auf die Fähigkeit, gemeinsame Behandlungen effektiv und ohne Reibungsverluste ausführen zu können. Hierzu gehören insbesondere die Teilaspekte *gemeinsame Sprache* und *gemeinsames, wechselseitiges Wissen*.¹²⁶

Insgesamt wird dem Sozialkapital eine hohe Bedeutung in der Integrierten Versorgung zugesprochen, was die Mittelwerte der Indikatoren zwischen 5,07 und 5,87 zeigen (siehe Abbildung 13). *Vertrauen* wird durch die Indikatoren *Gute Absichten, Kompetenz, Zuverlässigkeit* und *Zugänglichkeit der Partner*, operationalisiert.

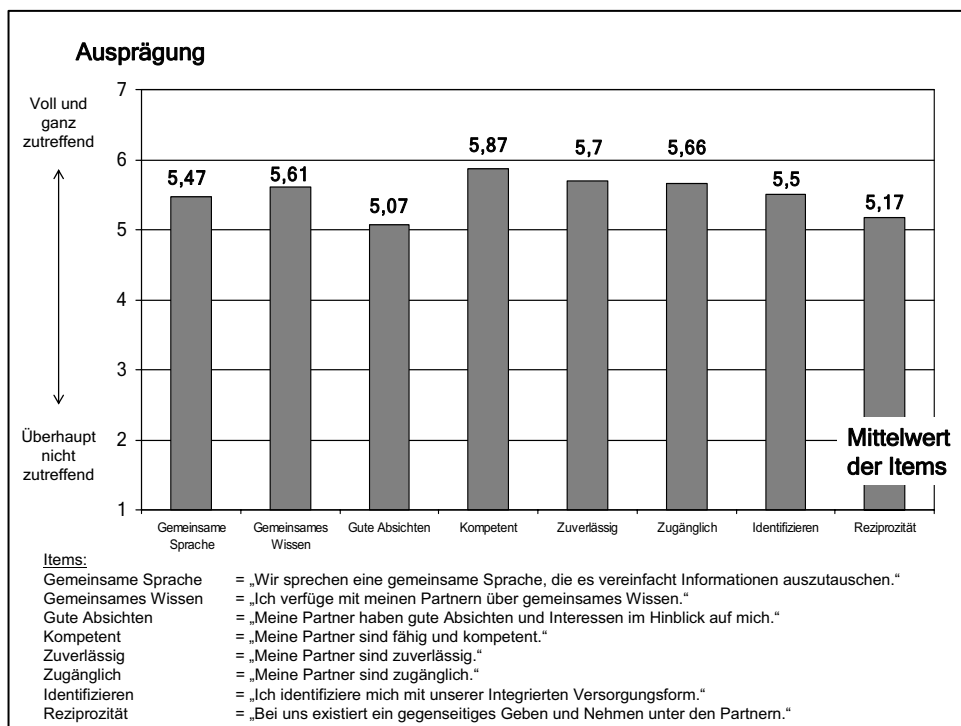


Abbildung 13: Erfolgsfaktor Sozialkapital

Des Weiteren steigert *Vertrauen, Reziprozität* und *das Identifizieren* mit der Integrierten Versorgung entsprechend der Einschätzungen der Leistungserbringer ihre Motivation zum kooperativen Verhalten. Die Gefahr opportunistischen Verhaltens der Leistungserbringer in der Integrierten Versorgung kann so verringert werden (siehe Tabelle 11).

¹²⁴ Vgl. NAHAPIET/GHOSHAL (1998), S. 254.

¹²⁵ Vgl. NAHAPIET/GHOSHAL (1998), S. 254ff.

¹²⁶ Vgl. RIEMER, K. (2005), S. 143f.

Durch Vertrauen kann die Bereitschaft zur Weitergabe von Ressourcen, insbesondere Informationen und Wissen, ansteigen, so dass Integrierte Versorgungsnetzwerke, deren Leistungserbringer einander vertrauen, wesentlich mehr leisten können als Integrierte Versorgungsnetzwerke ohne Vertrauen.¹²⁷

Die Frequenz der Interaktionen kann sich durch die relationalen Sozialkapitaldimensionen erhöhen, so dass es zu einem Anstieg an Aktivitäten der Koordination und des Informationsaustausches kommen kann. Das zeigen auch die Ergebnisse der Studie.¹²⁸ Der Prozess der gemeinsamen Leistungserstellung wird u.U. transparenter und der Aufbau von Vertrauen kann insofern wiederum schneller und intensiver ausfallen. Zudem können die relationalen Sozialkapitalelemente in der Integrierten Versorgung formelle Mechanismen wie fest vorgeschriebene Regelwerke zur Absicherung der Zusammenarbeit ergänzen und/oder sogar substituieren. Aufwendige Kontrollmechanismen können entfallen und somit Transaktionskosten eingespart werden.

Darüber hinaus beeinflussen die kognitiven Sozialkapitaldimensionen die Ergebnisfaktoren positiv (siehe Tabelle 11). Durch eine stärkere Frequenz an Interaktionen, die zudem durch die kognitiven Sozialkapitalelemente gefördert werden, kann sich eine *gemeinsame Sprache* und *ein gemeinsames, wechselseitiges Wissen* in der Integrierten Versorgung bilden. Diese kognitiven Sozialkapitaldimensionen erhöhen die Koordination und den Informationsaustausch¹²⁹, die Qualität aus Sicht der Patienten¹³⁰ und aus medizinisch-objektiver Sicht¹³¹. Wartezeiten und Verweildauer haben sich reduziert, Komplikationen und Folgekrankheiten sind gesunken, da insgesamt durch die kognitiven Sozialkapitaldimensionen u.U. erst eine Basis für eine effiziente Kommunikation und komplexe Interaktion geschaffen werden kann. Die Leistungserbringer besitzen ein gemeinsames Verständnis der Zusammenarbeit und eine gute kognitive Grundlage, so dass sie die gemeinsame komplexe Wissensarbeit der Gesundheitsversorgung durchführen können.¹³² Dieses nehmen wiederum die Patienten wahr und bewerten die Gesundheitsversorgung positiver als bei stärker isoliertem Arbeiten der Leistungserbringer.

¹²⁷ Vgl. RIEMER, K. (2005), S. 136.

¹²⁸ Vielmehr führt ein Anstieg an Vertrauen, an Reziprozität und an Identifikation mit der Integrierten Versorgung sowohl zu einer Steigerung der Koordinations- und Informationsaustauschintensität als auch zu einer Senkung der Produktionskosten. Dieser Zusammenhang wird in Tabelle 11 durch die Mittelwertvergleiche in den Spalten 3 und 5, Zeilen 3-8 und 11-16 deutlich.

¹²⁹ Dieser Zusammenhang wird in Tabelle 11 durch die Mittelwertvergleiche in den Spalten 3 und 5, Zeilen 1 und 2 deutlich.

¹³⁰ Dieser Zusammenhang wird in Tabelle 11 durch die Mittelwertvergleiche in den Spalten 3 und 5, Zeilen 25 und 26 deutlich.

¹³¹ Dieser Zusammenhang wird in Tabelle 11 durch die Mittelwertvergleiche in den Spalten 3 und 5, Zeilen 17 und 18 deutlich.

¹³² Vgl. RIEMER (2005), S. 129 und S. 150f.

Index	Erfolgsfaktor	Mittelwert des Erfolgsfaktors bei Indexausprägung...				Mann-Whitney-Test		
		niedrig (μ_n)	<	hoch (μ_h)	Differenz	Z	Signifikanz	
Transaktionskosten	1	Gemeinsame Sprache	4,93	<	6,01	1,08	-4,27	0,000
	2	Gemeinsames Wissen	5,24	<	5,97	0,73	-3,16	0,002
	3	gute Absichten	4,50	<	5,64	1,14	-4,17	0,000
	4	kompetent	5,43	<	6,32	0,89	-4,43	0,000
	5	zuverlässig	5,27	<	6,13	0,86	-3,74	0,000
	6	zugänglich	5,28	<	6,04	0,76	-3,35	0,001
	7	identifizieren	5,01	<	6,00	0,99	-2,95	0,003
	8	geben und nehmen	4,52	<	5,82	1,3	-4,58	0,000
Produktionskosten-senkung	9	gemeinsame Sprache	5,18	<	5,78	0,6	-2,08	0,037
	10	gemeinsames Wissen	5,23	<	6,02	0,79	-3,42	0,001
	11	gute Absichten	4,74	<	5,45	0,71	-2,47	0,013
	12	kompetent	5,56	<	6,23	0,67	-3,28	0,001
	13	zuverlässig	5,34	<	6,10	0,76	-3,44	0,001
	14	zugänglich	5,23	<	6,13	0,9	-3,79	0,000
	15	identifizieren	4,96	<	6,12	1,16	-3,82	0,000
	16	geben und nehmen	4,63	<	5,77	1,14	-3,83	0,000
Qualität Leistungserbringer	17	gemeinsame Sprache	5,27	<	5,64	0,37	-1,47	0,141
	18	gemeinsames Wissen	5,31	<	5,87	0,56	-2,58	0,010
	19	gute Absichten	4,93	<	5,21	0,28	-0,73	0,467
	20	kompetent	5,73	<	6,00	0,27	-1,27	0,204
	21	zuverlässig	5,58	<	5,81	0,23	-0,68	0,495
	22	zugänglich	5,41	<	5,87	0,46	-1,59	0,113
	23	identifizieren	4,67	<	6,25	1,58	-4,53	0,000
	24	geben und nehmen	4,72	<	5,57	0,85	-2,64	0,008
Qualität Patient	25	gemeinsame Sprache	5,18	<	6,04	0,86	-3,79	0,000
	26	gemeinsames Wissen	5,21	<	6,39	1,18	-4,90	0,000
	27	gute Absichten	4,76	<	5,70	0,94	-3,08	0,002
	28	kompetent	5,58	<	6,44	0,86	-4,04	0,000
	29	zuverlässig	5,39	<	6,30	0,91	-4,04	0,000
	30	zugänglich	5,38	<	6,19	0,81	-3,57	0,000
	31	identifizieren	5,12	<	6,27	1,15	-4,28	0,000
	32	geben und nehmen	4,72	<	6,06	1,34	-4,25	0,000

Legende: Z = empirischer Wert der Standardnormalverteilung

Tabelle 11: Mittelwertdifferenzen der Indikatoren „Sozialkapital“

6 Zusammenfassung der ersten Untersuchungsergebnisse

Es wurde im Rahmen dieses Arbeitspapiers eine Vielzahl an Teilergebnissen aufgezeigt. Die wesentlichen ersten Ergebnisse der Studie „Benchmark Integrierte Versorgung“ werden abschließend noch einmal kurz zusammengefasst:

1. Das Konzept der Integrierten Versorgung wirkt sich aus Sicht der Befragten insbesondere positiv auf die Wartezeit, die Verweildauer und die - von den teilnehmenden Leistungserbringern ausgehende - Überweisungsanzahl aus. Diese Vorteile sind allerdings mit einem zusätzlichen Dokumentationsaufwand verbunden.
2. Eine Gruppierung bzw. Clusterung der Integrierten Versorgungsnetzwerke nach Typen gemäß der Merkmale Integrationstiefe, Indikationsbreite und Finanzierung ist für die erste Analyse nicht notwendig. Die Ergebnisfaktoren schwanken hinsichtlich ihrer Merkmalsausprägungen nicht stark. Kleine positive Abweichungen liegen bei dem Indikator „gemeinsame Zielabstimmung beim Behandlungsfall“ vor. Konkret fällt die Zielabstimmung über die gemeinsame Behandlung gegenüber umfassenden und einzelleistungsvergüteten Integrierten Versorgungsnetzwerken etwas intensiver aus, wenn die Integrierten Versorgungsnetzwerke indikationsspezifisch sind und über eine Pauschale vergütet werden.
3. Bei der Analyse des Erfolgsfaktors „Infrastruktur“ wurde deutlich, dass detaillierte Verträge die Zusammenarbeit festigen. Insbesondere stellen sich eine intensivere Koordination und ein stärkerer Informationsaustausch ein.
4. Der Erfolgsfaktor „Informationsbeschaffung“ ist bei den Befragten noch relativ gering ausgeprägt. Wenige Partner sind an gemeinsam zu nutzenden IT-Systemen angeschlossen, die jedoch ein erhebliches Potenzial in sich bergen. Informelle Kontakte tragen speziell dazu bei, dass die Produktionskosten sinken können. Die einfachen und schnellen informellen Kontakte können die Effizienz und Schnelligkeit bei auftretenden Problemen in der gemeinsamen Behandlung erhöhen und insofern die zu verwendenden Ressourcen, z. B. die Arbeitszeit, reduzieren.
5. Der Erfolgsfaktor „Individualisierung“ zeigt, dass eine stärkere patientenorientierte Behandlung nicht gleichzeitig mit einem erheblichen Anstieg der Kosten verbunden sein muss. Auf der einen Seite tragen die evidenzbasierten Leitlinien, Zweitmeinungen und Qualitätszirkel zu einer stärkeren Individualisierung bei; auf der anderen Seite leisten eine ausgeprägte Arbeitsteilung und Standardisierungen gleichzeitig einen Beitrag dazu, die Produktionskosten zu reduzieren. Somit kann eine Gesundheitsversorgung entstehen, die durch die Zusammenarbeit im Vergleich zur traditionellen Regelversorgung die Qualität bei gleichzeitiger Kostenreduktion erhöht. Vor allem Zweitmeinungen werden im Vergleich zu dem Arbeiten mit Qualitätszirkeln und evidenzbasierten Leitlinien noch relativ selten eingesetzt. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass Zweitmeinungen einen positiven Einfluss auf die Ergebnisfaktoren haben.

6. Die Integration des Patienten in den Behandlungsprozess als ergänzendes Ausgestaltungselement des Erfolgsfaktors „Individualisierung“ wirkt sich generell positiv aus. Der Grad der Umsetzung diesbezüglicher Maßnahmen in der Integrierten Versorgung nimmt jedoch mit dem zu implementierenden Aktivitätsgrad des Patienten ab. Während Informationsbroschüren häufig zum Einsatz kommen, wird den Schulungen der Patienten zum Selbstmanagement noch eine geringe Bedeutung zugesprochen. Die generelle Patienteneinbindung befindet sich im Mittelfeld der Umsetzungsaktivitäten der Befragten.

7. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse der Studie, dass der Erfolgsfaktor „Sozialkapital“ eine positive Wirkung auf die Zusammenarbeit und letztendlich auf den Erfolg einer Integrierten Versorgung hat. Es wurde gezeigt, dass die Koordinations- und Informationsaustauschintensität ansteigt und die Produktionskosten sinken. Doppeluntersuchungen und weitere Ineffizienzen entfallen und die Qualität steigt sowohl aus Patienten- als auch aus medizinisch-objektiver-Sicht an. Letztendlich wird so zur Erreichung des allgemeinen Ziels der Integrierten Versorgung, nämlich einem Anstieg der Qualität und einer Reduktion der Kosten im Vergleich zur traditionellen Gesundheitsversorgung beigetragen.

Insgesamt leisten diese aufgezeigten Ergebnisse der Studie „Benchmark Integrierte Versorgung“ nur einen ersten Beitrag zur Erklärung des komplexen Konzeptes „Integrierte Versorgung“. Dennoch konnte gezeigt werden, welche Faktoren in der Einschätzung der Leistungserbringer generell einen positiven Einfluss auf Kosten und Qualität haben, so dass nun bereits erste Hinweise auf den nun näher zu erforschenden Zusammenhang zwischen Erfolgs- und Ergebnisfaktoren vorhanden sind. In weiteren Untersuchungen sind zusätzliche Aspekte zu berücksichtigen:

In der ersten Analyse wurde lediglich der Einfluss eines jeden Erfolgsfaktors isoliert betrachtet, während deren Zusammenwirken unberücksichtigt blieb. Zusätzlich wurde noch eine Vielzahl an weiteren Indikatoren mittels des Fragebogens erhoben. Daher ist es Aufgabe einer detaillierten Analyse sowohl die Wirkung der Indikatoren auf die Ergebnisfaktoren im Ganzen und die Wirkungsbeziehungen der Erfolgsfaktoren untereinander zu erforschen als auch weitere erhobene Indikatoren in die Analyse mit einzubeziehen. Interessant ist es dabei bspw. zuerkennen, wie sich ein formelles Regelwerk (Erfolgsfaktor: Infrastruktur) und weiche Faktoren wie Vertrauen (Erfolgsfaktor: Sozialkapital) ergänzen und wie mit einem unterschiedlichen Mix dieser Elemente u.U. ein vergleichbares Ergebnis im Hinblick auf die Ergebnisfaktoren erzielt werden kann.

Um diese Aspekte zu berücksichtigen, muss ein Modell aufgestellt werden, das die Wirkungsstärke und -richtung sowie die Abhängigkeitsbeziehungen zwischen den potenziellen Erfolgsfaktoren untereinander und ihre Wirkung auf die Ergebnisfaktoren Qualität und Kosten zusammen abbildet. Dieses soll zusätzlich einen Beitrag zu den

signifikanten Unterschieden zwischen erfolgreichen und weniger erfolgreichen Integrierten Versorgungsnetzwerken leisten.¹³³

¹³³ Vgl. LIEHR-GOBBER (2003), S. 73.

Anhang

Anhang A: EMailanschreiben Version 1:

Sehr geehrte(r) Frau/Herr XY,

ich schreibe an der Universität Münster meine Dissertation über das Thema „Benchmark Integrierte Versorgung“. Ziel der Studie ist es, die Erfolgstreiber von Integrierten Versorgungsnetzwerken zu identifizieren, um Handlungsempfehlungen über eine optimale Ausgestaltung treffen zu können.

Damit die Ergebnisse des Dissertationsprojektes valide, aussagekräftig und repräsentativ ausfallen, bitte ich Sie um Ihre Mithilfe. Sehr gerne würde ich Ihre Meinung über die Zusammenarbeit in Integrierten Versorgungsnetzwerken erfahren!

Ich bin Ihnen sehr dankbar, wenn Sie meinen Fragebogen ausfüllen und ggf. an Kollegen weiterleiten könnten, die Teilnehmer einer Integrierten Versorgung sind. Als Dankeschön sende ich Ihnen gerne die Ergebnisse der Umfrage zu, die Ihnen wertvolle Hinweise zur optimalen Gestaltung Ihrer Integrierten Versorgung liefern werden. Den Fragebogen finden Sie im Internet unter www.ifg-muenster.de/iv-befragung oder als pdf-Version im Anhang dieser Mail.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Tag und herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen
Stefanie Franz

Version 2:

Sehr geehrte(r) Frau/Herr XY,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und meinen Fragebogen zu meinem Dissertationsprojekt „Benchmark Integrierte Versorgung“ ausfüllen. Ich bin Ihnen sehr dankbar! Ziel der Studie ist es, die Erfolgstreiber von Integrierten Versorgungsnetzwerken zu identifizieren, um Handlungsempfehlungen über eine optimale Ausgestaltung treffen zu können.

Als Dankeschön sende ich Ihnen gerne die Ergebnisse der Umfrage zu. Den Fragebogen finden Sie im Internet unter www.ifg-muenster.de/iv-befragung oder als pdf-Datei im Anhang dieser Mail.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Tag und herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen
Stefanie Franz

Anhang B: Anschreiben und Fragebogen

Westfälische Wilhelms-Universität
Institut für Genossenschaft
Centrum angewandte Wirtschaftsforschung
Prof. Dr. Theresia Theurl
Am Stadtgraben 9
48143 Münster
Tel.: 0251/83-22955
Fax: 0251/83-22804

Ansprechpartnerin:
Dipl.-Vw. Stefanie Franz
E-Mail: integrierte_versorgung@ifg-muenster.de



Benchmark Integrierte Versorgung

Die Studie hat zum Ziel, die Erfolgstreiber von Integrierten Versorgungsnetzwerken zu identifizieren, um Handlungsempfehlungen über eine optimale Ausgestaltung treffen zu können. Mit den gewonnenen Erkenntnissen können Sie gegebenenfalls einen Handlungsbedarf identifizieren und aktiv eine Verbesserung anstreben.

Wir bitten Sie um ca. 15-20 Minuten Ihrer Zeit!

Als Gegenleistung für Ihre Teilnahme erhalten Sie einen Bericht mit den wichtigsten Ergebnissen, der Ihnen wertvolle Hinweise zur optimalen Gestaltung Ihrer Integrierten Versorgung liefern wird.

- Sie würden uns sehr helfen, wenn Sie den Fragebogen bis zum 15.02.2007 online unter dem unten angegebenen Link ausfüllen könnten oder uns den ausgefüllten Fragebogen per Post zu schicken würden.
- Wir sichern Ihnen zu, dass Ihre Angaben streng vertraulich behandelt werden. Die Ergebnisse werden nur auf einem aggregierten Niveau veröffentlicht, das keine Rückschlüsse auf einzelne Integrierte Versorgungsnetzwerke zulässt.
- Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne jederzeit unter der E-Mail-Adresse integrierte_versorgung@ifg-muenster.de oder telefonisch unter (0251) 83-22955 zur Verfügung.

Vielen Dank vorab für Ihre freundliche Unterstützung dieser Studie!

Folgender Link führt Sie zur Befragung:

www.ifg-muenster.de/IV-Befragung

Integrierte Versorgungsformen

Welche Art von Leistungserbringern sind Sie?

Hausarzt Facharzt Krankenhaus Reha-Klinik Sonstiges _____

In wie vielen Integrierten Versorgungsformen arbeiten Sie mit?

einer zwei drei mehr als drei

Sollten Sie an mehr als einer Integrierten Versorgung teilnehmen, bitte ich Sie diejenige Integrierte Versorgung auszuwählen, die Ihrer Meinung nach die beste Versorgungsleistung für die Patienten erbringt und für diese folgende Fragen zu beantworten.

Wann wurde Ihre Integrierte Versorgung gegründet? _____ / _____ (Monat/Jahr)

Unsere Integrierte Versorgung ist...

... sektorübergreifend. ... interdisziplinär-fachübergreifend.

Mit wie vielen Leistungserbringern (ohne Krankenkasse) arbeiten Sie in der Integrierten Versorgung zusammen?

< 6 6 - 10 11 - 20 21 - 30 31 - 40 41 - 50 51 - 70 71 - 100 > 100

Unsere Integrierte Versorgung bietet...

... eine oder mehrere indikationsspezifische Versorgungsleistungen an.
 ... nicht-indikationsspezifische (umfassende) Versorgungsleistungen an.

Wenn Ihre Integrierte Versorgung indikationsspezifisch ist, um welche Indikation(en) handelt es sich? _____

In welchen Bereichen Ihrer Tätigkeit arbeiten Sie in der Integrierten Versorgung zusammen?

	überhaupt nicht zutreffend	1	2	3	4	5	6	7	voll und ganz zutreffend
Der Aufnahmeprozess der Patienten ist auf meine Partner abgestimmt (z.B. einheitliches Aufnahmeprotokoll).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Anamneseprozess ist auf meine Partner abgestimmt (z.B. einheitliche Erhebung der Vorgeschichte, der Krankheitsentwicklung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Diagnoseprozess ist auf meine Partner abgestimmt (z.B. einheitliche Methoden der Diagnosefindung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Therapieprozess (ohne Arzneimitteltherapie) ist auf meine Partner abgestimmt (z.B. einheitliche Maßnahmen zur Behebung der Krankheitsursache).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arzneimitteltherapie ist auf meine Partner abgestimmt (z.B. einheitliche Wahl der Arzneimittel).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Überweisungsprozess ist auf meine Partner abgestimmt (z.B. festgelegte Überweisungsregeln).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Vergütungsform verwenden Sie in Ihrer Integrierten Versorgung?

Einzeileistungsvergütung Komplexpauschale Kopfpauschale Sonstige _____

Welche Leistungen werden gesondert vergütet?

Dokumentationsleistungen Qualitätszirkel Sonstige _____

In welchem Bundesland ist Ihre Integrierte Versorgung ansässig? _____

Haben Sie explizit für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung Investitionen getätigt?

	überhaupt nicht zutreffend	1	2	3	4	5	6	7	voll und ganz zutreffend
Ich habe den Standort gewechselt, um an der Integrierten Versorgung teilnehmen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir speziell für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung IT-Systeme, Medizingeräte etc. angeschafft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe an Fort- und Weiterbildungskursen speziell für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung teilgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe gewisse Behandlungsverfahren implementiert, die ich nur gemeinsam mit bestimmten Partnern aus der Integrierten Versorgung durchführen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe gemeinsam mit meinen Partnern Marketingmaßnahmen für unsere Integrierte Versorgung durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meine Behandlungsabläufe auf meine Partner zeitlich angepasst, um dem Patienten eine schnelle Behandlung anbieten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Managementgesellschaft

Hat Ihre Integrierte Versorgung ein zentrales Management?

Ja Nein

Von wem wird das zentrale Management durchgeführt?

Separate Organisation (Managementgesellschaft)
 Krankenhaus
 Arzt
 Sonstiges _____

Welche Aufgaben übernimmt das zentrale Management?

Koordinationsaufgaben (Abstimmung der Partner aufeinander etc.)
 Beratungsleistungen (Unterstützung und Hilfe bei Rechtsfragen etc.)
 Administrationsaufgaben (Verwaltung etc.)
 Abrechnung und Aufteilung der Integrierten Versorgungsvergütung

Steuerung der Integrierten Versorgung

Wie groß ist die durchschnittliche Entfernung zu Ihren Partnern der Integrierten Versorgung?

< 6 km 6-10 km 11-15 km 16-25 km 26-35 km 36-55 km > 55 km

Inwiefern treffen folgende Aussagen auf Ihre Integrierte Versorgung zu?

	überhaupt nicht zutreffend	1	2	3	4	5	6	7	voll und ganz zutreffend
Die Verantwortlichkeit der Partner ist in unserem Vertrag definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zuständigkeit der Partner ist in unserem Vertrag definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht zutreffend					voll und ganz zutreffend				
	1	2	3	4	5	6	7			
Die Anforderungen an die Partner sind in unserem Vertrag definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unser Vertrag definiert, was zu tun ist, wenn eine unerwartete Situation (Gesetzesänderung etc.) eintritt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn eine unerwartete Situation (Gesetzesänderung etc.) eintritt, handeln wir gemeinsam einen neuen Vertrag aus und halten nicht an dem alten Vertrag fest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir ändern die Ausgestaltung der integrierten Versorgungsform, um den veränderten Rahmenbedingungen (technologischer Wandel, Innovationen) zu entgegenen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir reagieren flexibel auf die Besonderheiten eines jeden Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bewertung der Behandlungsqualität der Partner ist subjektiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeder Partner erbringt viele verschiedene Aufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist schwierig festzustellen, ob die Partner ihren vertraglichen Verpflichtungen nachkommen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist schwierig festzustellen, ob die vereinbarte Qualität und die festgelegten Standards von den Partnern eingehalten wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unser Vertrag legt die Maßnahmen fest, wenn ein Partner gegen die Regeln der integrierten Versorgung verstößt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Ziele/Strategien der integrierten Versorgung sind im Vertrag verständlich formuliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere vereinbarten Ziele/Strategien der integrierten Versorgung sind umsetzbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationsaustausch in der Integrierten Versorgung

Inwiefern treffen folgende Aussagen auf Ihre Integrierte Versorgung zu?	überhaupt nicht zutreffend					voll und ganz zutreffend				
	1	2	3	4	5	6	7			
Der Informationsaustausch zwischen den Partnern findet häufig informell statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir informieren uns gegenseitig über Begebenheiten und Veränderungen, die den anderen betreffen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeder Partner stellt freiwillig Informationen bereit, falls sie für die gemeinsame Behandlung benötigt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeder ist in Grenzen bereit, dem anderen vertrauliche Informationen zu geben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben ein einheitliches IT-System in der integrierten Versorgung implementiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle Partner sind dem IT-System angeschlossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich kommuniziere... (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!)

... vor einer Überweisung eines Patienten mit meinem Partner.

... während einer Überweisung eines Patienten mit meinem Partner.

... nach einer Überweisung eines Patienten mit meinem Partner.

... mit meinen Partnern generell per Email.

... mit meinen Partnern generell per Telefon.

... mit meinen Partnern generell per Internetkonferenzen.

... mit meinen Partnern generell per _____ (Sonstiges).

Anzahl der Partner, mit denen Sie ca. pro Woche kommunizieren: _____

Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich am Tag?	[Std.]
Wie viele Stunden am Tag verbringen Sie durchschnittlich mit den folgenden Tätigkeiten im Rahmen der integrierten Versorgung?	
Dokumentieren von erbrachten Gesundheitsdienstleistungen (Einträge in die Patientenakte etc.)	_____ [Std.]
Bürokratische Arbeit/Verwaltung, die über das Dokumentieren von erbrachten Gesundheitsdienstleistungen hinausgeht	_____ [Std.]
Direkte Behandlung am Patienten	_____ [Std.]
Kommunikation (Informationsaustausch, Koordination etc.) mit Partnern der integrierten Versorgung	_____ [Std.]

Behandlungsprozesse in der Integrierten Versorgung

Inwiefern treffen folgende Aussagen für Ihr Unternehmen zu?	überhaupt nicht zutreffend					voll und ganz zutreffend				
	1	2	3	4	5	6	7			
Ich weiß über die Aktivitäten meiner Partner Bescheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin stark in den Behandlungen von meinen Partnern integriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir treffen wichtige Entscheidungen im Hinblick auf die gemeinsame Behandlung zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir stimmen uns bei der Behandlung über die Ziele ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir müssen bei größeren Behandlungsentscheidungen übereinstimmen, bevor sie getroffen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir führen die Behandlungen der Patienten mit gemeinsamen Einsatz und Bemühungen durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir stellen unseren Patienten Infobroschüren über unser Behandlungsprogramm bereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir liefern Unterstützung zur Einbindung des Patienten in die Gesundheitsdienstleistung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandlungen finden größtenteils standardisiert statt (vorgeschriebene Prozessabläufe in Behandlungspfaden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir arbeiten mit evidenzbasierten Leitlinien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben gemeinsame Treffen und Events eingeführt, um uns kennen zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Einholen von Zweitmeinungen ist in unserer integrierten Versorgung selbstverständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir arbeiten mit Qualitätszirkeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft finden die Treffen zu den Qualitätszirkeln statt?

1x pro Woche alle 2 Wochen 1x pro Monat alle 6 Wochen 1 x pro Quartal 1 x jedes halbe Jahr

nach Vereinbarung Sonstiges _____

Zusammenarbeit mit den Partnern

Inwiefern treffen folgende Aussagen für Ihre Integrierte Versorgung zu?	überhaupt nicht zutreffend					voll und ganz zutreffend				
	1	2	3	4	5	6	7			
Wir sprechen eine gemeinsame Sprache, die es vereinfacht Informationen auszutauschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Sprache ist für uns klar und eindeutig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht zutreffend					voll und ganz zutreffend				
	1	2	3	4	5	6	7			
Unsere Sprache ist für externe Leistungserbringer häufig missverständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Unsere Sprache in der integrierten Versorgung beeinflusst unsere Wahrnehmung der ausgetauschten Informationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Wir sind in unserer integrierten Versorgung sehr kritikfähig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Meine Partner haben gute Absichten und Interessen im Hinblick auf mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Meine Partner sind fähig und kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Meine Partner sind zuverlässig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Meine Partner sind zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ich identifiziere mich mit unserer integrierten Versorgungsform.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bei uns existiert ein gegenseitiges Geben und Nehmen unter den Partnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ich verfüge mit meinen Partnern über gemeinsames Wissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Alles in Allem, bin ich zufrieden mit meinem Job.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ich arbeite gerne in der integrierten Versorgung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ich mag meinen Job sehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Gesundheitsdienstleistung

Inwiefern treffen folgende Aussagen auf Ihre integrierte Versorgung zu?	überhaupt nicht zutreffend					voll und ganz zutreffend				
	1	2	3	4	5	6	7			
Unsere Kunden loben unsere Servicequalität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Unsere Kunden loben unsere medizinische Qualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Unsere Qualität ist besser als die unserer Wettbewerber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Unsere Kunden sind überzeugt, dass wir gute Qualität anbieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ich bin mit der Entwicklung der Patientenanzahl in der integrierten Versorgung sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Unsere integrierte Versorgung versucht dem Patienten eine überlegene Leistungsqualität anzubieten, auch wenn dafür höhere Kosten anfallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Inwiefern sind die folgenden Dimensionen in der integrierten Versorgung im Vergleich zur Regelversorgung gesunken, gestiegen oder gleich geblieben?

	sehr stark gesunken					unverändert					sehr stark gestiegen				
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3								
Wartezeit Ihrer Patienten bei einer Überweisung an einen Partner vs. Leistungsbringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Anzahl der Überweisungen an Partner vs. Leistungserbringer ausgelöst von Ihnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Verweildauer bei einer kompletten leistungserbringerübergreifenden Behandlung in der integrierten Versorgung vs. bei einer sektoralen Behandlung in der Regelversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Anzahl der Selbsteinweisungen der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Ausmaß der Zeit, die Sie mit dem Patienten verbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Anztrenue der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Komplicationen während der Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

	sehr stark gesunken					unverändert					sehr stark gestiegen				
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3								
Folgekrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Dokumentieren, bürokratische Arbeit, Verwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Wie hoch ist die durchschnittliche Wartezeit Ihrer Patienten bei einer Überweisung an einen Partner? _____ [Std./Tage]															
Wie hoch ist die Aussteuerquote der Patienten in der integrierten Versorgung? _____ [%]															
Wie viele Versicherte sind insgesamt in Ihrer integrierten Versorgung eingeschrieben?															
<input type="checkbox"/> < 50 <input type="checkbox"/> 50-100 <input type="checkbox"/> 101-150 <input type="checkbox"/> 151-200 <input type="checkbox"/> 201-250 <input type="checkbox"/> 251-300 <input type="checkbox"/> 301-400 <input type="checkbox"/> 401-500 <input type="checkbox"/> > 500															
Wie viele Patienten Ihres Patientenstammes nehmen an Ihrer integrierten Versorgung teil?															
<input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31-40 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> 51-70 <input type="checkbox"/> 71-100 <input type="checkbox"/> > 100															

Allgemeine Arbeitsbedingungen in der integrierten Versorgung

Inwiefern treffen folgende Aussagen auf Ihre integrierte Versorgung zu?	überhaupt nicht zutreffend					voll und ganz zutreffend				
	1	2	3	4	5	6	7			
Durch die Arbeitsstellung innerhalb der integrierten Versorgung kann ich mich stärker auf meinen Arbeitsbereich spezialisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Wir nutzen kostenintensive Produktionsmittel (z. B. Röntgensysteme) gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Das Teilen von Informationen mit den Partnern ist bei uns selbstverständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Die Dokumentation von Informationen ist zentralisiert und für alle zugänglich, sofern es die Datenschutzbedingungen zulassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Wir schulen die Patienten zum Selbstmanagement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Die Kosteneinsparungen sind größer als die Kosten für die Schulung der Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Durch das Arbeiten mit Standardprozessen können die Behandlungen schneller durchgeführt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Durch das Arbeiten mit Standardprozessen können die Behandlungen effizienter durchgeführt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Durch das Arbeiten mit Standardprozessen werden die Behandlungen zur Routine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Durch die Zusammenarbeit in der integrierten Versorgung sinken insgesamt die Kosten der Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Es war sehr aufwendig und/oder kostenintensiv, die richtigen Partner für die Zusammenarbeit zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Die Vertragsverhandlungen (Einigung, Vertragsformulierung etc.) waren sehr aufwendig und/oder kostenintensiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Jeder Partner wird in seinem Verhalten stark kontrolliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Die Kontrolle, ob ein Partner den Vertrag einhält, ist aufwendig und/oder kostenintensiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Der Aufbau der Infrastruktur, der IT-Systeme etc. (einmalige Investitionen) war sehr kostenintensiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				



Vielen Dank für Ihre Zeit und Mitarbeit!

Wir freuen uns, Ihnen bald einen Bericht mit den wichtigsten Ergebnissen der Studie zusenden zu können!

Bei Interesse geben Sie bitte unten Ihren Namen, Adresse und Email-Adresse an.

Wir versichern Ihnen, dass Ihr Name und Ihre Adresse selbstverständlich in keinem Zusammenhang mit Ihren Antworten gespeichert werden!

Name: _____

Adresse: _____

E-mail: _____

Westfälische Wilhelms-Universität
Institut für Genossenschaft
Centrum angewandte Wirtschaftsforschung
Prof. Dr. Theresia Theurl
Am Stadtgraben 9
48143 Münster
Tel.: 0251/83-22955
Fax: 0251/83-22804

Ansprechpartnerin:
Dipl.-Vw. Stefanie Franz
E-Mail: integrierte_versorgung@ifg-muenster.de

Literaturverzeichnis

Amelung, V./Janus, K. (2005c): Erfolgsfaktoren für die Integrierte Versorgung unter Einbeziehung von Erfahrungen aus den USA. In: Hellmann, W. (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung, 3. Erg.Lfg., Landsberg/Lech.

Amelung, V./Schuhmacher, H. (1999), Managed Care: neue Wege im Gesundheitsmanagement, Wiesbaden.

Backhaus, K./Erichson, B./Plinke, W./Weiber, R. (2003): Multivariate Analysemethoden - Eine anwendungsorientierte Einführung, 10. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York.

Balling, R. (1998): Kooperation: strategische Allianzen, Netzwerke, Joint Ventures und andere Organisationsformen zwischenbetrieblicher Zusammenarbeit in Theorie und Praxis, 2., durchges. Aufl., Frankfurt u.a.

Baum, H.-G./Coenenberg, A. G./Günther, Th. (2004): Strategisches Controlling, 3., überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart.

Childers, T. L./Ferrell, O. C. (1979): Response Rates and Perceived Questionnaire Length in Mail Surveys, Journal of Marketing Research, Vol. 16 (3), S. 429-431.

Churchill, G. A. (1995): Marketing Research: Methodological Foundations, 6th ed., The Dryden Press, Fort Worth.

Coenenberg, Adolf G. (2003): Kostenrechnung und Kostenanalyse, 5., überarb. und erw. Aufl., Stuttgart.

Duden Fremdwörterbuch (2001): Stichwort „Integration“, 7., neu bearb. und erw. Auflage, Bd. 5., Mannheim, S. 447.

Dess, G.G./Robinson, R.B. (1984): Measuring Organizational Performance in the Absence of Objective Measures. In: Strategic Management Journal, 5. Jg, S. 265-273.

Eisele, J (1995): Erfolgsfaktoren des Joint Venture-Management, Wiesbaden.

Evanschitzky, H. (2003): Erfolg von Dienstleistungsnetzwerken - Ein Netzwerkan-satz,Wiesbaden.

Evanschitzky, H./Steiff, J. (2002): NetworkExcellene - Positionierungsmodell und erfolg-faktorenorientierte Balance Scorecard. In: Ahlert, D./Evanschitzky, H./Hesse, J. (Hrsg./2002): Exzellenz in Dienstleistung und Vertrieb - Konzeptionelle Grundlagen und empirische Ergebnisse, Wiesbaden, S. 187-209.

Field, M./Lohr, K. (1992): Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use, Washington.

Field, M./Lohr, K. (1990): Clinical Practice Guidelines. Directions for a new Program, Washington.

Fleisch, E. (2000): Das Netzwerkunternehmen: Theorien, Strategien und Prozesse zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit in der "Networked economy", Berlin u.a..

Flintrop, J. (2005): Integrierte Versorgung: 342 registrierte Verträge in 2004. In: Deut-sches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 15, S. A 1017.

Fritz, W. (1992): Marketing-Management und Unternehmenserfolg: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, 2., überarb. und erg. Aufl., Stuttgart.

Fuchs-Heinritz, W. (1994): Stichwort: „Kooperation“. In: Fuchs-Heinritz, W./Lautmann, R.; Rammstedt, O./Wienold, H. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie, 3., völlig neu bearb. und erw. Aufl., durchges. Nachdr., Opladen, S. 371.

Haubrock, M./Hagmann, H./Nerlinger, T. (2000): Managed Care - Integrierte Versorgungsformen, Bern.

Henke, K.-D. (2006): Wo liegen die Chancen der Integrierten Versorgung aus ökonomischer Sicht? In: Clinical Research in Cardiology, Vol. 95, Supplement 2, S II/11-II/12 .

Henze, M./Pöppel, S. J. (2005): Integrierte Versorgung durch Kooperation der sektoralen Gesundheitssysteme. In: Jäckel, A. (Hrsg.): Telemedizinführer Deutschland, Ober-Mörlen, S. 225-229.

Hildebrandt, H. (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.

Janssen, J./Laatz, W. (2005): Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows, 5., neu bearb. u. erw. Aufl., Berlin u.a.

Kanuk, L./Berenson, C. (1975): Mail Surveys and Response Rates - A Literature Review, Journal of Marketing Research, Vol. 12 (4), S. 440-453.

Kassler Kommentar Sozialversicherungsrecht (2006), 52. ErgL., München.

Kinney, T. C./Taylor, J. R. (1991): Marketing Research - An Applied Approach, New York.

Kirchner, H./Ollenschläger, G. (2003): Implementierung von Leitlinien - Netze auf dem Weg zur evidenzbasierten Medizin. In: Tophoven, Ch./ Lieschke, L. (Hrsg./2003): Integrierte Versorgung - Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Köln, S. 63-107.

Kreuzpaintner, S. (2003): Management unternehmensübergreifender Markensysteme innerhalb virtueller Dienstleistungsunternehmen am Beispiel Luftverkehr, St. Gallen.

Kleinaltenkamp, M. (1995): Customer Integration: Kundenorientierung und mehr. In: Absatzwirtschaft, 38 Jg., Heft 8, S. 77-83.

Liehr-Gobbers, K. (2003): Determinanten des Legislativen Lobbying in Brüssel - Erste empirische Ergebnisse, Arbeitspapier des Institutes für Genossenschaftswesen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Meffert, H./Bruhn, M. (2000): Dienstleistungsmarketing, 3., vollst. überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden.

Michel, St. (1996): Prosuming-Marketing, Bern u.a..

Mühlbacher, A. (2002): Integrierte Versorgung: Management und Organisation: eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung, Bern u.a.

Nahapiet, J./Ghoshal, S. (1998): Social Capital, Intellectual Capital, and the Organizational Advantage. In: Academy of Management Review, Vol. 23, No. 2, S. 242-266.

- 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.
- Peter, J. P. (1979): Reliability: A Review of Psychometric Basics and Recent Marketing Practices, in: Journal of Marketing Research, Vol. 16 (1), S. 6-17.
- Picot, A./Reichwald, R./Wigand, R.T. (2003): Die grenzenlose Unternehmung, 5. Aufl., Wiesbaden.
- Piller, F. Th. (2003): Mass Customization - Ein wettbewerbsstrategisches Konzept im Informationszeitalter, 3., überarb. u. erw. Aufl., Wiesbaden.
- Porter, M. E. (2000): Wettbewerbsvorteile (Competitive advantage), 6. Aufl., Frankfurt.
- Porter, M. E./Teisberg, E.O. (2006): Redefining Health Care - Creating Value-Based Competition on Results, Boston.
- Putnam, R. D. (1995): Bowling Alone: America's Declining Social Capital. In: Journal of Democracy, Vol. 6, No. 1, S. 65-78.
- Riemer, K. (2005): Sozialkapital und Kooperation, Tübingen.
- Ripperger, T. (2003): Ökonomie des Vertrauens: Analyse eines Organisationsprinzips, 2. Aufl., Tübingen.
- Schmidtchen, D. (2003): Wettbewerb und Kooperation (Co-opetition): Neues Paradigma für Wettberberbstheorie und Wettberberbspolitik?. In: Zentes, J./Swoboda, B./Morschett, D. (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke, Wiesbaden, S. 65-92.
- Schnell, R./Hill, P. B./Esser, E. (1992): Methoden der empirischen Sozialforschung, München, Wien 1992.
- Schräder, W.F./Ryll, A. (2003): Pauschalierende Vergütungssysteme in der Integrierten Versorgung. In: Tophoven, Ch./Lieschke, L. (Hrsg./2003): Integrierte Versorgung - Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Köln, S. 130-169.
- Schreyögg, J./Weinbrenner, S./Busse, R. (2006): Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung. In: Busse, R./Schreyögg, J./Gericke, C. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen.
- Specke, H.K. (2005): Der Gesundheitsmarkt in Deutschland, Bern, u. a.
- Stadtler, K. (1985): Die Auswirkung unterschiedlicher Rating-Skalen auf das Antwortverhalten von Befragten, Marktforschungs-Report, 3. Jg., S. 7-10.
- Stock, St./Redaelli, M./Lauterbach, K.W. (2005): Disease Management als Grundlage integrierter Versorgungsstrukturen, Stuttgart.
- Strotbek, J. (2005): Weicher Faktor - harte Wirkung!. In: krankenhaus umschau, S. 104-106.
- Theurl, Th. (2001): Die Kooperation von Unternehmen: Facetten der Dynamik. In: Ahlert, D. (Hrsg.): Handbuch Franchising & Cooperation: Das Management kooperativer Unternehmensnetzwerke, Neuwied, S. 73-91.
- Toffler, A. (1980): Die Zukunftschance, München.

Tophoven, Ch. (2003): Integrierte Angebotsstrukturen - Netze auf dem Weg zur markt- und vertragsfähigen Organisation. In: Tophoven, Ch./ Lieschke, L. (Hrsg./2003): Integrierte Versorgung - Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Köln, S. 229-261.

Vera, A. (2006): Strategische Allianzen im deutschen Krankenhauswesen - Ein empirischer Vergleich von horizontalen und vertikalen Kooperationen. In: ZfB, 76.Jg., Heft 9, S. 835- 863.

Wagner, K./Lenz, I. (2007): Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung, Stuttgart.

Wasem, J. (2003): Wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems an der Schnittstelle von der ambulanten zur stationären Versorgung, URL: http://www.gesundheitspolitik.net/01_gesundheitssystem/reformkonzepte/dkg-konzept/Gutachten-Prof-Wasem.pdf [28.03.2007].

Williamson, O.E. (1985): The Economic Institutions of Capitalism. New York.

**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 Unternehmensstrategie 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 Perspektiven zur Unternehmensgliederung in Wohnungsbaugenossenschaften
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 Genossenschaftsbanken
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 Kreditgenossenschaften - 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 FinanzVerbund: Anforderungen und Konsequenzen ihrer Ausgestaltung
 Oktober 2002
- Nr. 28
Christian Rotter
 Risikomanagement und Risikocontrolling in Wohnungsgenossenschaften
 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 Schmolzmüller / 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 Genossenschaftsbank der Zukunft, Podiumsdiskussion im Rahmen der IGT 2004 in Münster
Dezember 2004
- Nr. 44
Theresia Theurl (Hrsg.)
Visionen in einer Welt des Shareholder Value, Podiumsdiskussion 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 Fusionskontrollregime?
Juni 2005
- Nr. 50
Bernd Raffelhüschen / Jörg Schoder
Möglichkeiten und Grenzen der Integration von genossenschaftlichem Wohnen in die Freiburger Zwei-Flanken-Strategie
Juni 2005
- Nr. 51
Tholen Eekhoff
Zur Wahl der optimalen Organisationsform betrieblicher Zusammenarbeit - eine gesamtwirtschaftliche Perspektive
Juli 2005
- Nr. 52
Cengiz K. Iristay
Kooperationsmanagement: Einzelne Facetten eines neuen Forschungsgebiets - Ein Literaturüberblick
August 2005
- Nr. 53
Stefanie Franz
Integrierte Versorgungsnetzwerke im Gesundheitswesen
März 2006
- Nr. 54
Peter Ebertz
Kooperationen als Mittel des Strategischen Risikomanagements
März 2006
- Nr. 55
Frank Beermann
Kooperation beim Stadtumbau - Übertragung des BID-Gedankens am Beispiel des Wohnungsrückbaus
Juni 2006
- Nr. 56
Alexander Geist
Flughäfen und Fluggesellschaften - eine Analyse der Kooperations- und Integrationsmöglichkeiten
Juni 2006
- Nr. 57
Stefanie Franz / Mark Wipprich
Optimale Arbeitsteilung in Wertschöpfungsnetzwerken
Oktober 2006
- Nr. 58
Dirk Lamprecht / Alexander Donschen
Der Nutzen des Member Value Reporting für Genossenschaftsbanken - eine ökonomische und juristische Analyse
Dezember 2006
- Nr. 59
Dirk Lamprecht / Christian Strothmann
Die Analyse von Genossenschaftsbankfusionen mit den Methoden der Unternehmensbewertung
Dezember 2006
- Nr. 60
Mark Wipprich
Preisbindung als Kooperationsinstrument in Wertschöpfungsnetzwerken
Januar 2007
- Nr. 61
Theresia Theurl / Axel Werries
Erfolgsfaktoren für Finanzportale im Multikanalbanking von Genossenschaftsbanken - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung
Februar 2007
- Nr. 62
Bettina Schlelein
Wohnungsgenossenschaftliche Kooperationspotentiale - empirische Ergebnisse des Forschungsprojektes
März 2007

Nr. 63

Gerhard Schwarz

Vertrauensschwund in der Marktwirtschaft, Vortrag anlässlich der Mitgliederversammlung der Forschungsgesellschaft für Genossenschaftswesen Münster
April 2007

Nr. 64

Theresia Theurl / Stefanie Franz

“Benchmark Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen“- Erste empirische Ergebnisse
April 2007

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)
